

LÄÄKETIETEEN OPISKELIJOIDEN NÄKEMYKSIÄ TYÖPAJATEATTERISTA

Jonna Koponen, Tampereen yliopisto, Puheopin laitos
Eeva Pyörälä, Helsingin yliopisto, Lääketieteellisen
koulutuksen tuki- ja kehittämissyksikkö
Pekka Isotalus, Tampereen yliopisto, Puheopin laitos

Lääketieteellisen alan opiskelijoiden ja asiantuntijoiden vuorovai-
kutuskoulutuksessa kokemukselliset oppimismenetelmät ovat osoittautuneet
tehokkaammiksi kuin ohjeiden antamiseen perustuvat menetelmät. Kuitenkaan
osallistavan draamakasvatuksen genrejä, kuten työpajateatteria, ei ole
juurikaan sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen eikä lääketieteen
opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterista ole aikaisemmin tarkasteltu.
Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää lääketieteen
toisen vuosikurssin opiskelijoiden (N = 43) näkemyksiä työpajateatterin
erityispiirteistä sekä menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen
oppimiseen. Tutkimusaineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun
yhteydessä kyselylomakkeen ja täsmäryhmähaastattelun avulla. Aineistosta
laskettiin vastausten jakauma ja prosenttiosuudet. Avointen kysymysten
sekä täsmäryhmähaastattelun analysoinnissa käytettiin laadullista sisällön
analyysiä. Tulokset osoittivat, että 86 % vastaajista piti työpajateatterin
soveltuvuutta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen joko hyvänä tai erittäin
hyvänä. Pieni osa vastaajista (5 %) koki työpajateatterin soveltuvan
huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Työpajateatteri näyttäisi
mahdollistavan oppimisen erityisesti havainnoimalla vuorovaikutusta
näytelmän katsomisvaiheessa sekä sovelletun foorumiteatterin aikana.
Toiseksi työpajateatteri vaikuttaisi stimuloivan toiminnanaikaista ryhmässä
tapahtuvaa reflektointia. Kolmanneksi menetelmä tarjosi mahdollisuuden
harjoitella vuorovaikutustaitoja lääkärin roolissa vapaaehtoisesti. Tulokset
rohkaisevat soveltamaan työpajateatteria jatkossakin lääketieteen
vuorovaikutuskoulutuksessa sekä kehittämään menetelmää edelleen.

Asiasanat: Vuorovaikutusosaaminen, lääketieteen opiskelijat, työpajateatteri.

Kirjoittajien yhteystiedot:

Jonna Koponen

Tampereen yliopisto, Puheopin laitos

33014 Tampereen yliopisto

Sähköposti: jonnapauliina.koponen@uef.fi

Eeva Pyörälä

Helsingin yliopisto, Lääketieteellisen koulutuksen

tuki- ja kehittämissyksikkö

Pekka Isotalus

Tampereen yliopisto, Puheopin laitos

JOHDANTO

Tänä päivänä lääketieteellisen alan asiantunti-
ja tarvitsee työssä menestyäkseen sekä laajojen
tietokokonaisuuksien hallintaa että vuorovai-
kutusosaamista. Lääkärin ja potilaan välinen
vuorovaikutus on noussut kiinnostavaksi tut-
kimusaiheeksi viimeisten 30 vuoden aikana
(Cegala & Broz, 2003: 95). Tutkimuksissa

on havaittu, että lääkärin ja potilaan välinen tarkoituksenmukainen ja tilanteeseen nähden sopiva vuorovaikutus on yhteydessä potilaan kokemaan hoitotyytyväisyyteen, hoitomyöntyvyyteen, hoito-ohjeiden ymmärtämiseen ja muistamiseen sekä parempiin hoitotuloksiin (Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995). Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen onnistuminen on yhteydessä myös potilasvalitusten vähenemiseen (Brown, Steward & Ryan, 2003) ja lääkärin parempaan työssä jaksamiseen (du Pré, 2001).

Vaikka vuorovaikutuksen merkitys lääkäri-potilassuhteessa ja hoidon onnistumisessa on tunnistettu, lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen on kiinnitetty laajemmin huomiota vasta viime vuosikymmeninä. 1980-luvulla esitettiin, että vuorovaikutustaitoja tulisi systemaattisesti opettaa lääkärikoulutuksessa, ja 1990-luvun aikana vuorovaikutusopinnot vakiintuivat sekä Suomessa että ulkomailla osaksi lääkäreiden peruskoulutusta (Makoul, 2003; Pyörälä, 2006). Lääketieteen asiantuntijoiden ja opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kouluttamista, opettamista ja oppimista on sittemmin tutkittu runsaasti. Tutkimuksissa on todettu, että vuorovaikutustaitoja kehittäväille kurssille osallistuneet lääketieteellisen alan asiantuntijat ja opiskelijat ovat oppineet vuorovaikutustaitoja kyseisessä koulutuksessa (Aspegren, 1999; Cegala & Broz, 2003; Fallowfield ym., 2002; Humphris & Kaney, 2001; Rutter & Maquire, 1976).

Kun lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutusta tarkastellaan puheviestintätieteen näkökulmasta, on syytä korostaa koko vuorovaikutusosaamisen kehittämistä. Vuorovaikutusosaamiseen liitetään usein kolme toisiinsa yhteydessä olevaa osatekijää: tieto, taito ja motivaatio (Rubin, 1990; Spitzberg & Cupach, 2002; Wilson & Sabee, 2003). Vuorovaikutusosaamiseen kuuluu 1) tieto tehokkaasta ja tarkoituksenmukaisesta viestin-

täkäyttäytymisestä, 2) taitorepertuaari, johon sisältyvät tehokkaat ja tarkoituksenmukaiset tavat viestiä, sekä 3) motivaatio käyttäytyä siten, että vuorovaikutuksen kaikki osapuolet pitävät viestintäkäyttäytymistä tehokkaana ja tarkoituksenmukaisena (Rubin, 1990: 96). Lisäksi siihen on liitetty viestinnän metakognitiiviset taidot sekä sellaisten viestinnän eettisten periaatteiden noudattaminen, jotka eivät vaaranna viestintäsuhteita eivätkä loukkaa toisia osapuolia (Valkonen, 2003: 26, 33–39). Lääkärin työssä on keskeistä myös taito muodostaa ja ylläpitää tasavertainen, toista osapuolta kunnioittava ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, joka huomioi herkästi ja kattavasti potilaan näkökulman ja mahdollistaa näin hoitotavoitteisiin pääsyn (Mönkkönen & Finstad, 2007:43–45, 58).

Lääkäreitä koulutetaan Suomessa viidessä eri yliopistossa. Yliopisto-opetuksessa korostetaan tänä päivänä oppijakeskeisyyttä sekä vuorovaikutukseen ja ryhmätyöskentelyyn perustuvia oppimismenetelmiä (Gerlander, Hyvärinen, Almonkari & Isotalus, 2009). Kokemukseen perustuvat ja oppijakeskeiset oppimismenetelmät ovat osoittautuneet tehokkaammiksi vuorovaikutustaitojen oppimisessa kuin ohjeiden antamiseen perustuvat menetelmät (Aspegren, 1999: 563–568). Kokemuksellisista oppimismenetelmistä lääketieteen opetuksessa laajalti käytettyjä ovat simuloitut potilaat (simulated patients) ja roolipelit (role-play) (Lane & Rollnick, 2007; May, Park & Lee, 2009). Simuloitut potilaat ja roolipeli mahdollistavat vuorovaikutustaitojen harjoittelun turvallisessa ympäristössä, eikä harjoittelusta koidu haittaa oikeille potilaille. Toisaalta simuloitujen potilaiden käyttö opetuksessa vaatii resursseja, sillä näyttelijöille täytyy maksaa palkkiot, ja vaikka simuloitut potilaat ovat hyvin lähellä aitoja potilaita, opiskelijat saattavat silti kokea heidät epärealistisina ja myös jännittää vuorovaikutustaitojen harjoittelua heidän kanssaan (Hoffman,

Utley & Ciccarone, 2008; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Mönkkönen, Pyörälä & Iso-talus, 2007). Lääketieteen opiskelijat voivat kokea myös roolipelin epärealistisena harjoittelumuotona, minkä on koettu heikentävän oppimista (Nestel & Tierney, 2007).

Asetelma roolipelissä ja simuloituissa potilashaastatteluharjoituksissa voidaan nähdä teatterin kaltaisena, koska osa toimii rooleissa tietyssä tilanteessa toisten seurattessa tapahtumia yleisöstä (Jacobsen, Baerheim, Lepp & Schei, 2006). Teatteriesitystä on käytetty lääketieteen opetuksessa, ja esimerkiksi tiettyä sairautta kuvanneen teatteriesityksen katsominen lisäsi katsojissa empatiaa ja ymmärrystä potilasta kohtaan (Shapiro & Hunt, 2003). Improvisaation tekniikoita on hyödynnetty ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa, ja opiskelijat ovat kokeneet improvisaation hauskaksi ja tehokkaaksi tavaksi oppia vuorovaikutusta (Hoffman ym., 2008). Foorumiteatteria on kokeiltu onnistuneesti vapaaehtoisten yliopisto-opiskelijoiden kanssa kursseilla, jonka tavoitteena oli harjoitella esiintymistaitoja sekä laajentaa ymmärrystä kehonkuvasta ja syömistottumuksista (Howard, 2004). Kuitenkaan osallistavan draamakasvatuksen genrejä, joihin Heikkisen (2005) mukaan kuuluvat prosessidraama (ks. O'Neill, 1995), työpajateatteri (ks. Jackson, 1993) ja foorumiteatteri (ks. Boal, 1992; 1995), ei ole juurikaan sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen sovellettua kokemuksellista oppimismenetelmää, työpajateatteria (Theatre in Education, TIE) ja opiskelijoiden näkemyksiä menetelmän erityispiirteistä sekä sen soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Työpajateatteri eroaa simuloituista potilaista ja roolipelistä siten, että koko opiskelijaryhmä on aktiivisesti mukana työskentelyssä alusta alkaen, eikä huomio

kiinnity intensiivisesti vuoron perään lääkärinä toimivan opiskelijan vuorovaikutustaitoihin ja niiden arviointiin. Työpajateatterin sisällä käytimme myös sovellettua foorumiteatteria. Sekä työpajateatteri että foorumiteatteri esitellään seuraavaksi tarkemmin.

Työpajateatteri

Työpajateatteri sai alkunsa vuonna 1965 Englannissa, kun neljän näyttelijä-opettajan ryhmä Belgrad Theatresta alkoi kiertää kouluissa ohjelmistolla, johon sisältyi sekä näytelmä että työpaja (Jackson, 1993: 3). Jacksonin (1993: 1–2) mukaan tavoitteena oli yhdistää teatteriesitykseen teemoja, joita oli koulussa muutoin vaikea opettaa. Työpajateatterin syntyyn vaikutti teatterin tekijöiden tarve saada aikaan sosiaalista ja yhteiskunnallista muutosta sekä 1960-luvulla voimistunut taiteen merkityksen korostaminen kasvatuksessa. Myöhemmin Augusto Boalin työ, ja muun muassa hänen luomansa foorumiteatteri, on innoittanut työpajateatterin tekijöitä (Jackson, 1993b: 22–28). Foorumiteatteri perustuu Boalin 1950–1970-lukujen aikana kehittämään sorrettujen teatteriin, ja sen taustafilosofiasta löytyy vaikutteita Paolo Freiren sorrettujen pedagogiikasta (Heikkinen, 2003: 12). Foorumiteatterissa näytelmä päättyi ristiriitatilanteeseen, jolloin katsojalle voi syntyä halu vaikuttaa näytelmän tilanteeseen. Boal (1992: 22–25) kehitti foorumiteatterin, kun hän havaitsi, että katsojasta voi tulla katsojanäyttelijä, joka ei vain anna ohjeita näyttelijöille, vaan ottaa sorretun roolin näytelmässä ja pyrkii näin aktiivisesti vaikuttamaan fiktion sisällä tilanteen kulkuun. Foorumiteatteria voidaan käyttää työpajateatterissa esimerkiksi yhtenä työtapana.

Työpajateatterin tavoitteet, teema, sisällöt ja työtavat suunnitellaan yhteistyössä oppilaitoksen opettajien ja teatteriryhmän kanssa (Jackson, 1993: 3). Osallistujien kanssa työ-

kentelyyn sisältyy näytelmän katsominen, työpajatyöskentely sekä mahdolliset jälki-tehtävät oppilaitoksessa (Heikkinen, 2003: 13). Näytelmän jälkeisessä työpajavaiheessa katsojasta tulee aktiivinen osallistuja ja tavoitteena on syventää, reflektoida ja tutkia niitä merkityksellisiä kysymyksiä, joita näytelmä osallistujissa herättää (Viirret, 2003). Työpajateatterin ohjaajalla, jota kutsutaan myös jokeriksi, on tärkeä merkitys yleisön aktivoinnissa, sillä hän toimii linkkinä yleisön ja näyttelijöiden välillä. Jokerin tulisi olla oivaltava kanssakokija ja luoda ryhmään turvallinen oppimisilmapiiri (Heikkinen, 2003; Vine, 1993).

Työpajateatteri pohjautuu draamakasvatukseen, joka kattaa kaiken sen draaman ja teatterin, jota tehdään erilaisissa oppimisympäristöissä (Heikkinen, 2002: 13–18). Draamakasvatuksessa käsitellään aina valittua asiaa, ilmiötä tai ongelmaa, ja siinä verrataan fiktiivisen ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään (Heikkinen, 2003: 15–16). Merkityksiä rakennetaan dramaturgian keinoin ja fiktio luodaan roolihahmojen avulla (Østern, 2000: 7). Draamakasvatuksessa on kyse vakavasta leikillisyydestä, jota määrittää teatterin fiktio; yhteistyöstä, joka syntyy draamasopimuksen kautta; ymmärryksen ja tiedon hankkimisesta itsestä ja maailmasta, jossa elämme; kulttuurisen ja sosiaalisen identiteetin rakentamisesta draamallisten fiktioiden ja roolien avulla sekä laajemmin tarkasteltuna siitä, kuinka siirrämme esteettisiä kokemuksia sosiaaliseen todellisuuteen ja päinvastoin (Heikkinen, 2002; 2003). Vakava leikillisuus tarkoittaa, että tiettyjen sopimusten ja sääntöjen puitteissa ”leikitään” niitä asioita, joita tahdotaan, eli draaman muoto on leikittelevä mutta tarkoitus vakava (Heikkinen, 2002; Østern, 2007).

Draamakasvatuksessa oppimispotentiaali liittyy esteettiseen kahdentumiseen, joka tarkoittaa, että fiktiivinen aika, tila ja rooli-

hahmot ovat läsnä yhtä aikaa todellisen ajan, paikan ja oman minän kanssa, ja asioiden tutkiminen ja oppiminen on mahdollista tämän kahdentumisen ja sen tarkastelun avulla (Østern & Heikkinen, 2001: 112). Tästä fiktiivisen ja todellisen maailman samanaikaisesta läsnäolosta on käytetty myös käsitettä *metaxis* (Boal, 1995; O’Toole, 1992). Draamakasvatuksen oppimiskäsitys pohjautuu konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen ja kokemukselliseen oppimiseen. Konstruktivismi liitetään draamakasvatukseen, koska jokainen osallistuja luo draamassa omat merkityksenantonsa (Asikainen, 2003: 37). Tynjälän (1999: 163) mukaan konstruktivismin eri painotuksia yhdistää tiedonkäsitys, jonka mukaan tieto ei ole sellaisenaan siirrettävissä olevaa objektiivista heijastumaa maailmasta, vaan se on aina yksilön tai sosiaalisen yhteisön rakentamaa. Oppiminen nähdään oppijan aktiivisena kognitiivisena ja/tai sosiaalisena toimintana, jossa hän jatkuvasti rakentaa kuvaansa maailmasta ja sen ilmiöistä tulkiten uutta informaatiota aiempien tietojensa, käsitystensä ja uskomustensa pohjalta sekä osallistuen sosiaalisten yhteisöjen toimintaan (Tynjälä, 1999: 163).

Aikuisen kokemuksellisessa oppimisessa oppijan rikas kokemusvarastonsa on nähty keskeisenä oppimisen kannalta (Knowles, 1990; Malinen, 2000). Malisen (2000: 137) mukaan aikuisen kokemuksellinen oppiminen ei ole ainoastaan jonkin lisäämistä yksilön tietämiseen tai merkitysten muutosta, vaan rekonstruktioprosessi, jonka sisällä luodaan täsmällisempää tietoa siten, että tietämisen *rakenne*, eli jo olemassa olevat käsitykset, muuttuu. Kokemuksista oppiminen edellyttää reflektointia. Reflektio on kokemuksen merkityksellistämistä ja tarkoittaa niitä prosesseja, joiden avulla oppija pyrkii kokemaan uudelleen, havainnoimaan ja uudelleen arvioimaan kokemuksiaan ja näin työstämään kokemustaan oppimiseksi (Boub, Cohen &

Walker, 1993: 9). Schönin (1983; 1987) teoria reflektiivisestä ammattilaisesta tuo esiin toiminnanaikaisen ja toiminnan jälkeen tapahtuvan reflektion. Toiminnanaikainen reflektio tarkoittaa, että asiantuntija pystyy havainnoimaan ja pohtimaan omaa toimintaansa yllättävissä ja ongelmallisissa tilanteissa samaan aikaan, kun hän toimii tilanteessa. Asiantuntija tarvitsee myös toiminnan jälkeistä reflektiota eli kykyä arvioida omaa työskentelyään toiminnan jälkeen ja valmiutta hyödyntää saamiaan kokemuksia uusissa tilanteissa (Schön, 1983). Aikuinen oppija tarvitsee sosiaalista vuorovaikutusta laajentaakseen ymmärrystään (Malinen, 2000: 138), joten ryhmässä tapahtuva kokemusten reflektointi voi muuttaa ja laajentaa niitä merkityksiä, joita olemme kokemukseemme liittäneet (Boud ym., 1993: 10). Siksi opetuksessa on keskeistä luoda mahdollisuuksia kokemusten yhteiseen reflektointiin esimerkiksi koko ryhmää aktivoivien oppimismenetelmien, kuten työpajateatterin, avulla.

Tutkimuksen tavoite

Vaikka useissa tutkimuksissa on arvioitu lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyjen oppimismenetelmien tehokkuutta, harvat tutkimukset ovat keskittyneet tarkastelemaan lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä ja kokemuksia näistä menetelmistä (Lane & Rollnick, 2007; Rees, Sheard & McPherson, 2004). Koska kokemuksellisissa oppimismenetelmissä oppijan oma aktiivisuus ja osallistuminen ovat keskeisiä oppimisen kannalta, ohjaajien tulee kiinnittää huomiota myös oppijoiden kokemuksiin niistä oppimismenetelmistä tai oppimismahdollisuuksista, joita he heille tarjoavat. Oppijoiden antamat merkitykset oppimistapahtumalle voivat olla erilaisia, kuin mitä ulkoisesti mittaamalla tai oppimistuloksia tarkastelemalla saadaan selville (Boud ym., 1993: 11). Sen vuoksi myös

oppimismenetelmän arvoa tai toimivuutta arvioitaessa oppijoiden kokemukset on otettava huomioon (Boud ym., 1993: 11). Draamakasvatukseen pohjautuvien kokemuksellisten oppimismenetelmien, kuten työpajateatterin, soveltamisesta lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen ja siitä saatuja oppijoiden kokemuksia ei ole systemaattisesti raportoitu. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa kysytään:

- 1) Millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin erityispiirteistä?
- 2) Millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen?

Puheviestinnän opetuskokeilu

Tutkimuksen aineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun yhteydessä syksyllä 2006. Suomen yliopistoissa tuli 1.8.2005 voimaan uusi tutkintoasetus, jonka yhteydessä lääketieteen puheviestinnän opetus Kuopion yliopistossa uudistettiin, ja aiemmin ensimmäiseen opintovuoteen sijoitetut puheviestinnän opinnot jakaantuivat 1.–2. opintovuodelle. Toisen vuoden opinnot (0,5 op) integroitiin Terveys sosiologia ja -psykologia (TSP) opintojaksoon ja toteutettiin syksyllä 2006 opetuskokeiluna. Opetus suunniteltiin ja toteutettiin tiimityönä puheviestinnän lehtorin ja lääketieteen opettajien kanssa. Puheviestinnän opetuksen tavoitteena oli 1) antaa valmiuksia lääkäri–potilassuhteen vuorovaikutuksen osatekijöiden analysoimiseen, 2) harjoitella vuorovaikutustaitoja sekä 3) auttaa opiskelijaa ymmärtämään viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäri–potilassuhteessa.

Opetuksen suunnittelussa hyödynnettiin erityisalakohtaisen viestintäpedagogiikan (communication in the disciplines) lähtökoh-
tia (Dannels, 2001). Tämän näkemyksen mu-

kaan jokaisella erityisalalla on omanlaiset viestintään liittyvät normit, arvot ja odotukset, jolloin myös tarkoituksenmukaiseksi koettu viestintä, keskeiseksi koetut viestintätilanteet ja käsitys tarvittavasta vuorovaikutusosaamisesta vaihtelee aloittain (Dannels, 2001: 146–147). Keskeiseksi viestintätilanteeksi valittiin lääkärin vastaanotto. Tavoitteena oli harjoitella sanallisen tutkimuksen tekemistä ja keskittyä erityisesti viiden vuorovaikutustaidon harjoitteluun, jotka olivat suhteen luominen potilaaseen, kysymysten käyttö, kuunteleminen, nonverbaalinen viestintä ja vastaanoton rakenteen hahmottaminen. Vuorovaikutustaitojen valinnan perusteena oli enhanced Calgary-Cambridge Observa-

tion Guide, joka on Kurtzin, Silvermanin ja Draperin (2005) luoma vuorovaikutustaitojen opetussuunnitelma. Opetussuunnitelmassa eritellään muun muassa lääkärin vastaanoton eri vaiheisiin liittyvät 71 vuorovaikutustaitoa, joiden joukosta valitsimme opetuskokeiluun edellä mainitut viisi osataittoa. Opetuskokeilun eteneminen kuvataan taulukossa 1. Puheviestinnän osuus arvioitiin asteikolla hyväksyty–hylätty. Hyväksyty suoritus edellytti aktiivista läsnäoloa pienryhmäopetuksessa sekä sovittujen tehtävien ja harjoitusten tekemistä kurssivaatimusten mukaisesti. Tutkimusaineisto kerättiin opetuksen loputtua.

Taulukko 1. Puheviestinnän opetuskokeilun eteneminen

<p>Infotilaisuus (1 tunti)</p> <ul style="list-style-type: none"> Opintojakson tavoitteet, sisällöt, tehtävät, aikataulu, sekä lukutehtävä Moodlessa käsiteltiin luennolla <p>I kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lääkärin vuorovaikutusosaamiseen liittyvien käsitysten ja aiempien haastattelukokemusten reflektointi kirjallisesti ja suullisesti Tietoisku vuorovaikutuksen merkityksestä potilas-lääkärisuhteessa Palautteen pelisääntöjen sopiminen Lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla käsittelevän DVD:n analysointi palautekorttien avulla Omien taitotavoitteiden asettaminen Toteutus 18 hengen ryhmässä vuosikurssin opetusjärjestelyistä johtuen <p>II kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ensimmäinen työpajateatterikokonaisuus Lämmittelyvaihe ja draamasopimus Näytelmän katsominen Työpajavaihe Toteutus kolmessa 13–16 hengen pienryhmässä 	<p>III kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Toinen työpajateatterikokonaisuus Lämmittelyvaihe Näytelmän katsominen Työpajavaihe Toteutus kolmessa 13–16 hengen pienryhmässä <p>Terveyskeskuspäivät</p> <ul style="list-style-type: none"> Itsenäinen potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen analysointitehtävä terveystieteiden päivien aikana Raportin kirjoittaminen Moodleen <p>IV kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Analysointitehtävien käsittely ja opitun tiivistäminen pienryhmissä Omien käsitysten ja kokemusten reflektointi kirjallisesti Kyselyyn vastaaminen Toteutus 18 hengen ryhmässä <p>Kontaktiopetuksen jälkeen</p> <ul style="list-style-type: none"> Opettajan palaute raporteista Moodlessa
--	--

Työpajateatterikokonaisuudet

Lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijat osallistuivat kahteen kahden tunnin mittaiseen työpajateatterikokonaisuuteen kolmessa 13–16 henkilön ryhmässä. Ryhmiä ohjasivat yleislääketieteen erikoislääkäri sekä puheviestinnän lehtori. Ensimmäisen työpajateatterikokonaisuuden alussa teimme draamasopimuksen jokaisen ryhmän kanssa tavoitteena sitouttaa ryhmän jäsenet yhteiseen toimintaan (ks. Heikkinen, 2002: 89). Työpajateatterikokonaisuudet koostuivat kolmesta vaiheesta, jotka olivat lämmittely, näytelmäesityksen katsominen ja työpaja. Lämmittelyvaiheessa käytimme erilaisia pelejä ja leikkejä ryhmän huomion keskittämiseksi (ks. Owens & Barber, 1998: 30), improvisaation tekniikoita rohkaistaksemme osallistujia hyväksymään sekä omia että toisten esittämiä ideoita (Koponen, 2004: 40) sekä pysähtyneitä tilannekuvia (Owens & Barber, 1998: 31), joiden avulla tutkittiin vuorovaikutuksen näkökulmasta onnistuneita ja epäonnistuneita lääkärin vastaanottotilanteita.

Näytelmävaiheessa koulutetuista harrastajanäyttelijöistä koostunut ryhmä esitti lääkäri-potilasvuorovaikutusta käsittelevän pienoisenäytelmän. Puheviestinnän lehtorin ja yleislääketieteen erikoislääkärin yhteistyössä laatimat näytelmien käsikirjoitukset perustuvat todellisiin potilastapauksiin. Kerronnassa käytettiin eppistä dramaturgiaa (Aaltonen, 2002: 75–82), ja molemmat näytelmät sisälsivät kolme kohtausta. Kohtausten välissä toinen ohjaajista toimi kertojana. Näytelmät sisälsivät haasteellisia vuorovaikutustilanteita (esimerkiksi lääkäri ei ottanut riittävästi katsekontaktia potilaaseen, ei vastannut potilaan huoliin, ei käyttänyt riittävästi avoimia kysymyksiä saadakseen selville potilaan koko tarinaa eikä kuunnellut potilasta tarkkaavaisesti). Molemmat näytelmät päättyivät lääkärin ja potilaan väliseen ristiriitatilanteeseen, sillä

halusimme käyttää foorumiteatteria näytelmien tutkimisessa. Koska tavoitteenamme oli kiinnittää opiskelijoiden huomio lääkärin vuorovaikutuskäyttäytymiseen, ei niinkään sorretun asemaan, kutsumme tätä työtapa *sovelletuksi foorumiteatteriksi*.

Työpajavaiheessa sovelletun foorumiteatterin aikana katsojia pyydettiin ensin keskustelemaan pareittain siitä, millaisia ajatuksia näytelmä herätti. Sen jälkeen harrastajanäyttelijät tekivät jokaisesta kohtauksesta pysähtyneen kuvan. Osallistujia pyydettiin menemään roolihenkilöiden taakse ja kertomaan ääneen, mitä lääkäri ja potilas tilanteessa ajattelivat (ks. Owens & Barber, 1998: 32). Tämän jälkeen lääkärin roolissa ollut näyttelijä tuli niin sanottuun kuumaan tuoliin (Owens & Barber, 1998: 31), ja osallistujat saivat haastella häntä tavoitteena selkiinnyttää lääkärin näkökulmaa tilanteeseen. Näytelmä esitettiin uudestaan ja osallistujat saivat pysäyttää näytelmän sanomalla seis heti, kun heistä tuntui, että lääkäri voisi muuttaa vuorovaikutuskäyttäytymistään. Pysäyttämisen jälkeen osallistujat tekivät ehdotuksia tilanteen muuttamiseksi ja näyttelijöitä pyydettiin tekemään kohtaus uudelleen. Näin toistettiin muutamia kertoja, jonka jälkeen osallistujia rohkaistiin vaihtamaan rooleja näyttelijä-lääkärin kanssa ja kekeilemaan itse, kuinka tilanteessa voisi toimia. Tavoitteena oli testata useita erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Työpajan lopuksi lääketieteen opiskelijat reflektoivat työskentelyä antamalla vuorovaikutukseen liittyviä neuvoja lääkäriä ja potilasta esittäneille harrastajanäyttelijöille, pohtimalla omaa viestintätäytyliään sekä keskustelemalla oppimiskokemuksestaan toistensa kanssa.

MENETELMÄT

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, ja sen tavoitteena on kuvata ja ymmärtää lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajate-

atterin ominaispiirteistä sekä menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Puheviestinnän tutkimuksessa viestintään liittyvien näkemysten tutkimisessa on käytetty tyypillisesti itsearviointimenetelmiä ja tietoa on kerätty usein kyselylomakkeiden tai haastattelujen avulla (Frey, Botan & Kreps, 2000: 96, 99). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja täsmäryhmähaastattelulla. Menetelmätriangulaatiolla pyrittiin lisäämään ymmärrystä tutkittavasta aiheesta (Frey ym., 2000: 85).

Kyselylomake

Opetuskokeilun jälkeen opiskelijoita pyydettiin vastaamaan kyselylomakkeeseen, joka sisälsi neljä osiota. Ensimmäinen osio käsiteli vastaajien taustatietoja, ja toinen liittyi vastaajien oppimiskokemuksiin. Kolmas osio käsiteli vastaajien näkemyksiä oppimismenetelmistä, ja neljäs heidän näkemyksiään puheviestinnän opetuksen kehittämisestä. Tässä tutkimuksessa raportoimme kyselylomakkeesta ensimmäisen osion taustatiedot sekä kolmannen osion oppimismenetelmään liittyneet vastaukset. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien ikä, sukupuoli, nimi (vapaaehtoinen), puheviestinnän ryhmäopetusnumero ja tutkimuslupa. Oppimismenetelmää tarkastelevassa osiossa oli kolme avointa kysymystä ja yksi Likert-asteikollinen kysymys. Avoimet kysymykset olivat: 1) Kirjoita vapaasti ja pohdi, kuinka työpajateatteri soveltui puheviestinnän oppimiseen. Edistikö opetusmenetelmä oppimistasi? Haittasiko opetusmenetelmä oppimistasi? Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti. 2) Millaista oli kurssin opettajien toiminta? 3) Mitä muuta haluat sanoa? Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan työpajateatterin soveltuvuutta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen Likert-asteikolla (1 = erittäin huonosti, 3 = ei huonosti muttei hyvinkään, 5 = erittäin hyvin). Kyselylo-

makkeen vastausprosentti oli 100 % (N = 43). Vastajat olivat iältään 20–29-vuotiaita (13 miestä, 30 naista), ja vain yhdellä heistä oli aiempaa kokemusta työpajateatterista.

Täsmäryhmähaastattelu

Kyselylomakkeella saatuja tietoja haluttiin täsmentää, vahvistaa ja monipuolistaa täsmäryhmähaastattelujen avulla (Cohen, Manion & Morrison, 2000: 288). Täsmäryhmähaastattelu tarkoittaa tässä tutkimuksessa järjestettyä keskustelutilaisuutta, johon on kutsuttu joukko ihmisiä keskustelemaan tietyistä aiheista fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti, noin 1–2 tunnin ajaksi (Stewart & Shamdasani, 1990; Valtonen, 2005). Stewart ja Shamdasani (1990: 10–15) kuvaavat, että täsmäryhmähaastattelun käyttäminen on hyödyllistä erityisesti sellaisessa tutkimuksessa, jonka aiheesta tiedetään vähän ja jossa pyritään hankkimaan tietoa osallistujien näkemyksistä, ajatuksista, tunteista, käsityksistä, uskomuksista, arvoista ja tavoista. Tutkija tai joku toinen valittu henkilö tarjoilee tutkimuksen kohteena olevia teemoja osallistujien keskenään keskusteltavaksi, ohjaa keskustelua ja antaa sen virrata luonnollisesti pitäen huolta siitä, että keskustelu pysyy aiheessa (Valtonen, 2005). Menetelmän haittoina on nähty se, ettei tuloksia voida yleistää laajempiin joukkoihin; dominoiva ryhmän jäsen voi vaikuttaa haastattelun tuloksiin; haastattelija saattaa tarkoituksella tai tahattomasti ohjailla vastauksia; ja tulosten tiivistäminen voi olla haasteellista, kun haastattelussa on ollut useita henkilöitä (Stewart & Shamdasani, 1990: 16–17).

Tässä tutkimuksessa vapaaehtoiseen täsmäryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan opiskelijaa (5 miestä, 3 naista). Haastatteluvien määrää voidaan pitää täsmäryhmähaastatteluun sopivana (Frey ym., 2000: 219). Haastattelu tehtiin viikon kuluttua opetus-

kokeilun päättymisestä, ja siinä keskityttiin osallistujien näkemyksiin työpajateatterista. Haastattelu kesti 75 minuuttia ja se videokuvattiin. Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja toimi haastattelijana, ja hän pyrki tietoisesti toimimaan keskustelun ohjaajan roolissa, jotta tilanteesta muodostuisi haastatteluun osallistuneiden välinen keskustelu- ja vuorovaikutustilanne. Videokuvauksen puutteellisuudesta johtuen haastattelun viimeiset 10 minuuttia jäivät nauhoittumatta, minkä vuoksi osallistujia pyydettiin täydentämään haastatteluvastauksiaan sähköpostitse. Sähköpostitse saapuneet vastaukset sisällytettiin täsmäryhmähaastatteluaineistoon ja otettiin mukaan aineiston analysointiin.

Aineiston analysoiminen

Kyselylomakkeen avoimet vastaukset sekä täsmäryhmähaastattelujen litteroidut tekstit sähköpostivastauksilla täydennettiin analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisen sisällön analyysin avulla (Frey ym., 2000; Lindlof & Taylor, 2002; Tuomi & Sarajarvi, 2002). Tarkasteltavana olevien avointen vastausten pituudet vaihtelivat muutamista lauseista yli puolen A4 sivun mittaisiin kirjoituksiin. Avovastausten aineistoa kertyi keskimäärin 13 sivua ja litteroitua tekstiä yhteensä 20 sivua. Sisällön analyysissä käytettiin apuna ATLAS.ti 5.2 -tietokoneohjelmaa. Vastaajat numeroitiin (1a–43a), ja tutkija luki aineistot huolellisesti useaan kertaan kirjoittaen samalla alustavia havaintojaan aineistosta. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, eli keskeistä oli löytää aineistosta niitä merkityksiä, joita vastaajat liittivät työpajateatterin erityispiirteisiin sekä sen soveltuvuuteen vuorovaikutusosaamisen oppimisessa. Merkitysyksiköistä muodostettiin aineistolähtöisesti yhteensä 27 koodia, jotka nimettiin aineistoa kunnioittaen. Koodit yhdisteltiin

alaluokiksi, jotka ryhmiteltiin päätteemoiksi (Tuomi & Sarajarvi, 2002). Kyselylomakkeen Likert-asteikollisesta kysymyksestä laskettiin vastausten jakauma ja prosenttiosuudet.

Rinnakkaiskoodaus

Laadullisen sisällön analyysin luotettavuutta pyrittiin lisäämään rinnakkaiskoodauksen avulla, jossa katsottiin, antoivatko tutkija ja rinnakkaiskoodaajana toiminut puheviestinnän tutkija samalle tekstiosiolle saman koodimerkinnän (Creswell, 2009: 191; Miles & Huberman, 1994: 64). Rinnakkaiskoodaajalle selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja koodaustehtävän periaatteet. Hänelle annettiin tutkijan aineistoon perehtymisen pohjalta luoma koodilista, selitettiin koodien perusteet ja pyydettiin tulkitsemaan etukäteen valitut aineiston ilmaukset ja sijoittamaan ne tutkijan luomiin koodeihin. Tutkimuksessa rinnakkaiskoodattiin 50 % kyselylomakeaineiston vastauksista. Rinnakkaiskoodaaja teki analysoitavana olleeseen aineiston osaan 152 koodimerkkiä. Näistä 142 oli yksimielisiä tutkijan omien koodausmerkintöjen kanssa. Jakamalla yksimielisten koodimerkintöjen määrä koodien kokonaismäärällä ja kertomalla tulos sadalla saatiin rinnakkaiskoodauksen yksimielisyysprosentiksi 93 % (Miles & Huberman, 1994: 64).

TULOKSET

Työpajateatterin erityispiirteet

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haettiin vastausta siihen, millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin erityispiirteistä. Näkemyksiä tutkittiin avointen kysymysten ja täsmäryhmähaastattelun avulla. Laadullisen sisällön analyysin tuloksena aineistoista syntyi kahdeksan päätteemaa, jotka kuvaavat

työpajateatterin erityispiirteitä. Kyselylomakeaineistosta syntyneet teemat ja niiden alaluokat esitellään taulukossa 2. Täsmäryhmähaastatteluaineistosta syntyneet teemat olivat samoja kuin kyselylomakeaineistossa, mutta haastatteluaineistosta mainintojen määriä ei ole erikseen laskettu, sillä haastatteluun osallistuneet henkilöt olivat jo kertaalleen vastanneet kyselylomakkeeseen. Tulokset esitetään sekä määrällisesti että laadullisesti kuvailemalla. Määrällisellä esittämisellä pyritään kuvaamaan lukijalle mainintojen ylei-

syttä aineistossa ja laadullisella kuvaamisella havainnollistetaan tulosten sisältöä ja tulkintaa. Tulokset esitetään teemoihin sisältyneiden mainintojen suuruusjärjestyksen perusteella. Tulosten kuvaamiseen sisältyy suoria aineistolainauksia sekä kyselylomakkeesta, jolloin suluissa ilmaistaan vastaajanumero, että täsmäryhmähaastattelusta, jolloin suluissa ilmaistaan TR ja vastaajanumero. Aineistolainauksilla halutaan antaa lukijalle mahdollisuus arvioida tehtyjä tulkintoja.

Taulukko 2. Työpajateatterin ominaispiirteitä kuvaavat teemat

Teema	Alaluokat (mainintojen määrä aineistossa)	f	n
<i>Oppimismenetelmä itsessään</i>	myönteisesti koettu oppimismenetelmä (43) oppimismenetelmä edisti oppimista (10) sopiva ryhmäkoko (3) kielteisesti koettu oppimismenetelmä (7) kielteiset asenteet oppimismenetelmää kohtaan (3)	66	40
<i>Ohjaajien toiminta työpajateatterin aikana</i>	myönteisesti koettu ohjaajien toiminta (40) kielteisesti koettu ohjaajien toiminta (7)	47	37
<i>Lääkärin roolissa oleminen</i>	myönteinen kokemus lääkärin roolissa olemisesta (16) vapaaehtoisuus (8) lääkärin rooliin ei päässyt (8) osallistumisen vältteleminen (7) lääketieteellisen tiedon puute (3)	42	23
<i>Käsitteelliset</i>	realistiset käsitteelliset (10) eläytyminen (8) potilaan näkökulman huomioiminen (4) epärealistiset käsitteelliset (10)	32	17
<i>Reflektio ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana</i>	vuorovaikutustilanteeseen puuttuminen (16) keskustelu ryhmässä (5) useiden näkökulmien esille tuleminen (11)	32	20
<i>Vuorovaikutuksen havainnointi</i>	vuorovaikutuksen havainnoiminen työpajateatterin aikana (30)	30	22
<i>Aktiivisuus</i>	aktiivinen osallistuminen (9) ajattelun aktivoituminen (18) motivaation puute (3)	30	22
<i>Tunnereaktiot</i>	mukavaa (12) hauskaa (9) turvallista (2) jännittävää (3)	26	17

f = teemaan sisältyneiden mainintojen määrä kyselylomakeaineistossa
n = teeman mainintojen vastaajien määrä kyselylomakeaineistossa

Oppimismenetelmä itsessään

Lähes kaikki vastaajat (n = 40) kirjoittivat työpajateatterista oppimismenetelmänä, ja suurin osa maininnoista liittyi positiivisiin kokemuksiin. Työpajateatteria pidettiin hyvänä, mielenkiintoisena ja uutena oppimismenetelmänä, jonka koettiin edistäneen oppimista, ja ryhmäkokoja pidettiin oppimisen kannalta sopivana, kuten seuraavat esimerkit kyselylomakeaineistosta osoittavat:

”Mielestäni työpajateatteri edisti oppimistani hyvin, eikä ainakaan missään tapauksessa haitannut sitä.” (29a)

”Ryhmän koko oli sopivan pieni.” (41a)

Pieni osa maininnoista liittyi joko kielteisesti koettuun oppimismenetelmään tai siihen, että vastaajilla oli kielteisiä asenteita työpajateatteria kohtaan. Työpajateatteria pidettiin tylsänä, tai sen koettiin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Alkulämmittelyharjoitukset koettiin turhiksi tai lapselliseksi, tai vastaaja kertoi suhtautuneensa varauksella työpajateatteriin. Täsmäryhmähaastatteluuun oli valikoitunut osallistujia (n = 8), joilla oli selvästi erilaisia näkemyksiä työpajateatterista. Kaksi heistä suhtautui myönteisesti menetelmään, kahden odotukset olivat neutraaleja ja neljä suhtautui epäilevästi tai kielteisesti työpajateatteriin tai kurssiin, kuten seuraavat esimerkit osoittavat:

”Musta oli mukava ajatus se että ois niitä lääkäri-potilas semmosia tilanteita tai siis kaikenlaista semmosta tekemistä.” (TR 37a)

”No mulla ei ollu oikeen minkäänlaisia odotuksia, koska tää on kuitenkin uusi kurssi.” (TR 11a)

”Lähin nyt silleen aika niinkun aika negatiivisella ennakoasenteella tähän.” (TR 28a)

Täsmäryhmähaastattelussa myönteisesti suhtautuvat osallistujat mainitsivat lämmittelyharjoitusten vapauttaneen ilmapiiriä, ja he kokivat, että draamasopimuksen avulla osallistujat sitoutettiin yhteiseen toimintaan. Epäilevästi tai kielteisesti suhtautuvat osallistujat eivät kokeneet lämmittelyharjoituksia tai draamasopimuksen tekemistä tarpeellisina. Kummassakaan aineistossa ei ollut mainintoja työpajateatterikonaisuuden lopussa tehdyistä reflektointiharjoituksista.

Ohjaajien toiminta työpajateatterin aikana

Suurin osa vastaajista (n = 37) kirjoitti näkemyksiään ohjaajien toiminnasta, ja ne olivat enimmäkseen myönteisiä. Ohjaajia pidettiin kannustavina, innostuneina, motivoituneina, aktiivisesti mukana olevina ja ammattitaitoisina. Kielteiset maininnat liittyivät ohjaajien persooniin, ja osa olisi halunnut ohjaajilta enemmän palautetta siitä, kuinka lääkäri oikeasti toimisi vastaavassa tilanteessa. Täsmäryhmähaastattelussa osallistujat toivat esille, että he olisivat halunneet kiinnittää enemmän huomiota lääketieteellisiin seikkoihin ja ehdottaa potilaille tiettyjä tutkimuksia. He eivät pitäneet siitä, että ohjaajat neuvoivat heitä keskittymään vuorovaikutukseen, kuten seuraava esimerkki osoittaa:

”Osittain myös se, että lääkärinä toimimista rajoitettiin kieltämällä mahdolliset diagnostiset tekijät kokonaan, oli huonoa, koska se riisui lääkäriltä toimintatapoja, joita ilman toimiminen mielestään jopa heikentää viestintää, ei paranna sitä.” (TR 27a)

Lääkärin roolissa oleminen

Noin puolet (n = 23) vastaajista kirjoitti lääkärin rooliin liittyneistä asioista. Lääkärin roolissa oleminen koettiin myönteisenä, mielenkiintoisena ja haasteellisena oppimiskokemuksena. Lääkärin roolin ottamisen vapaaehtoisuus koettiin myönteisenä:

”Se että pääsi esittämään halutessaan lääkäriä oli myös iso plussa forumteatteriharjoituksissa.” (15a)

Vapaaehtoisuus koettiin kuitenkin myös kielteisesti, sillä kaikki eivät päässeet tai joutuneet lääkärin rooliin. Osa kertoi myös vältelleensä omien mielipiteiden esittämistä, koska ei halunnut tai uskaltanut ottaa lääkärin roolia. Lääketieteellisen tiedon puute vaikeutti lääkärin roolissa toimimista, varsinkin, jos opiskelija ei tiennyt sairauteen tai lääkärin työhön liittyneitä faktoja. Täsmäryhmähaastattelussa osallistujat korostivat uuden ammattiroolin harjoittamisen merkitystä. Lääkärin roolissa oleminen tuntui todelliselta ja harjoittelun koettiin antaneen lisää itseluottamusta:

”No mä ainakin opin itestäni sen että mä en uskonu et mä pärjäisin kun mä olin se lääkäri siinä ja sit kun kaikki kurssilaiset kattoo niin silleen se meni aika hyvin. Mun mielestäni se paransi mun itseluottamusta, buustas.” (TR 37a)

”Ja jännä on huomata sekin miten toi lääkärin rooli ja toi valkonen takki niinkun buustaa sellasta sellasta itsensä tuntevaa käytöstä, vaikka muuten ei ehkä tuolla elämässä muuten oiskin ujompi.” (TR 2a)

Käsikirjoitukset

Vastaajista 17 kirjoitti näkemyksiään työpajateatterin näytelmien käsikirjoituksista. Käsikirjoitusten realistisuudesta tai epärealistisuudesta oli saman verran mainintoja. Vastaajien näkemysten mukaan realismi oli oppimista edistävä tekijä, sillä se auttoi eläytymään tilanteeseen sekä huomioimaan myös potilaan näkökulman. Potilastapauksia pidettiin tosielämään soveltuvina, ja potilaan ajatusten miettiminen ja potilaan tilanteen ymmärtäminen saivat pohtimaan, kuinka tärkeää on tukea potilasta arkojenkin aihe-

den kertomisessa. Epärealistisuus puolestaan vaikeutti näytelmään suhtautumista, mikäli tilanteet koettiin teennäisinä tai keksittyinä. Täsmäryhmähaastattelussa tämä teema herätti paljon keskustelua, ja haastateltavien erilaisia näkemyksiä kuvaavat seuraavat lainaukset keskustelusta:

”Niissä foorumteattereissa oli hieman kärjistettyjä tilanteita että ei varmaan tosi elämässä asiat noin niinkun hirveää ole.” (TR 11a)

”Et tää kun ihmiset sanoo et se oli liian kärjistetty niin jh.. voi voi kun joudutte sinne oikeesti osastolle niin siellä on se ei ollu mitenkään kärjistetty se oli aika ystävällinen omainen loppuen lopuksi.” (TR 27a)

Reflektio ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana ja vuorovaikutuksen havainnointi

Lähes puolet vastaajista (n = 20) kirjoitti reflektoinnista sovelletun foorumiteatterin aikana. Erityisen mielekkäänä koettiin vuorovaikutustilanteen pysäyttämisen ja siihen puuttumisen sekä yhteinen ryhmäkeskustelu, jossa tuli esiin useita erilaisia näkökulmia ja erityyppisiä ratkaisuvaihtoehtoja tilanteen eteenpäin viemiseksi. Erilaisten näkökulmien kuulemisen koettiin avartavan omaa ajattelua. Myös täsmäryhmähaastattelussa osallistujat toivat esiin samoja myönteisiä kokemuksia, kuten esimerkiksi käy ilmi:

”Musta oli tosi jännä nähdä miten erilaisia ehotuksia ihmisillä oli niinku niihin et miten se pitäs sit muuttua sen lääkärin ja silleen.” (TR 37a)

Puolet vastaajista (n = 22) kirjoitti vuorovaikutuksen havainnoinnista sekä näytelmäesityksen aikana että sovelletun foorumiteatterin aikana. Havainnointi auttoi kiinnittämään huomion vuorovaikutuksen osatekijöihin ja analysoimaan lääkärin ja po-

tilaan välistä vuorovaikutusta, mikä vastaajien mielestä edisti oppimista. Havainnointi koettiin oppimista edistävänä tekijänä myös täsmäryhmähaastattelussa:

”Koska tilanteita pääsi sekä tarkkailemaan, että toimimaan niissä itse, oli oppiminen monipuolista.” (TR 27a)

Aktiivisuus ja tunnereaktiot

Puolet vastaajista (n = 22) kirjoitti näkemyksiään omasta aktiivisuudestaan työpajateatterin aikana. Työpajateatteri aktivoi osallistumaan yhteiseen toimintaan, antoi ajattelemisen aihetta, herätti uusia ajatuksia ja oma näkökulma asioihin laajeni, jotka kaikki koettiin myönteisinä tekijöinä. Toisaalta motivaation puutteesta kertoi kolme vastaajaa, ja motivaation puute saattoi liittyä lähestyvään tenttiin, väsymykseen tai siihen, ettei vastaajaa huvittanut osallistua toimintaan. Täsmäryhmähaastattelussa samat asiat nousivat esiin, ja esimerkiksi ajatteluun liittyen yksi osallistuja kuvasi, että

”[työpajateatteri] jotenkin avas semmosia uusia ajatuksia” (TR 37a).

Työpajateatteri herätti vastaajissa sekä myönteisiä että kielteisiä tunnereaktioita, joista kirjoitti 17 vastaajaa. Työpajateatteri koettiin mukavaksi, hauskaksi ja turvalliseksi tavaksi harjoitella vuorovaikutusosaamista.

Esimerkiksi potilaan tai lääkärin ajatusten ääneen sanominen koettiin hauskaksi, ja koska pienryhmä ennätti tulla tutuksi, ei lääkärin rooliin meneminen toisella työpajateatterikerralla tuntunut pelottavalta. Toisaalta jännittämiseen liittyi kolme mainintaa, joissa vastaajat kertoivat jännittäneensä lääkärin roolissa olemista tai luokan eteen menemistä. Täsmäryhmähaastattelussa yksi osallistujista kuvasi tunnereaktiotaan seuraavasti:

”Niin mut se on vähän eri asia kun on oikee vastaanotto kun siinä on kaikki kaverit jotka kattoo siinä niin sit jännittää.” (TR 34a)

Työpajateatterin soveltuvuus vuorovaikutusosaamisen oppimiseen

Toisella tutkimuskysymyksellä haettiin vastausta siihen, millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Näkemyksiä tutkittiin ensinnäkin Likert-asteikollisen kysymyksen avulla. Suurin osa vastaajista (86 %) koki työpajateatterin soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Pieni osa vastaajista (5 %) koki työpajateatterin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Vastausten jakauma ja prosenttiosuudet esitetään tarkemmin taulukossa 3.

Taulukko 3. Vastaajien näkemykset työpajateatterin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen

Työpajateatteri soveltui puheviestinnän oppimiseen mielestäni	n	%
erittäin hyvin	18	42
melko hyvin	19	44
ei hyvin muttei huonostikaan	4	9
melko huonosti	2	5
erittäin huonosti	0	0
Yhteensä	43	100

n = arvion antaneiden vastaajien määrä aineistossa

% = arvion antaneiden vastaajien osuus koko vastaajamäärästä (N=43)

Lisäksi kyselylomakkeen avointen vastausten sekä täsmäryhmähaastattelun tulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa vastaajista näki työpajateatterin soveltuvan hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen, sillä laadullisessa aineistossa oli selvästi enemmän oppimismenetelmään liittyviä myönteisiä kommentteja (vrt. tema 1, oppimismenetelmä itsessään). Osa vastaajista kertoi kuitenkin negatiivisista asenteistaan oppimismenetelmää kohtaan, ja sitä saatettiin pitää myös tylsänä ja huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen soveltuvana. Osa koki lämmittelyharjoitukset lapsellisina tai turhina, eivätkä käsikirjoitukset vaikuttaneet kaikkien mielestä realistisilta. Osa vastaajista koki myös, ettei menetelmä soveltunut vuorovaikutusosaamisen oppimiseen hyvin siksi, koska kaikki opiskelijat eivät päässeet lääkärin rooliin tai he välttelivät osallistumista, koska eivät halunneet joutua lääkärin rooliin. Täsmäryhmähaastattelun ja Likert-asteikon tulosten tarkempi tarkastelu osoitti, että ne vastaajat, jotka raportoivat itse omaavansa negatiivisia asenteita työpajateatteria kohtaan arvioivat sen soveltuvan huonommin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen kuin ne vastaajat, joiden asenteet olivat myönteisiä.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Laadullisen aineiston tulokset sekä Likert-asteikollinen yleisarvio osoittivat, että suurin osa lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoista (86 %) piti työpajateatteria hyvänä ja vuorovaikutusosaamisen oppimiseen soveltuvana uutena ja mielenkiintoisena oppimismenetelmänä. Pieni osa vastaajista (5 %) piti työpajateatteria huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen soveltuvana. Tulokset tukevat aiempaa käsitystä siitä, että lääketieteen opiskelijat kokevat vuorovaikutustaitojen harjoittelun kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla mielekkääksi, sillä esimer-

kiksi lääketieteen opiskelijoiden näkemykset simuloituista potilaista (Eagles ym., 2001; Koponen, 2009; Mönkkönen ym., 2007; Rees ym., 2004) ja roolipelistä (Nestel & Tierney, 2007) ovat aiemmissa tutkimuksissa olleet myönteisiä. Eri oppijat voivat kokea saman oppimistilanteen tai -menetelmän eri tavoin, sillä oppijoiden odotukset, aiemmat tiedot, asenteet ja tunteet vaikuttavat siihen, kuinka he tulkitsevat kokemustaan (Boud ym., 1993:11). Työpajateatterissa pyritään luomaan mahdollisuuksia tutkia asioita ja ilmiöitä, joilla on katsojille merkitystä, mutta se ei kuitenkaan onnistu, elleivät katsojat halua heittäytyä ajatuksellisiin ja toiminnallisiin leikkeihin (Heikkinen, 2003: 20). Aikuinen oppija on myös lopulta itse vastuussa siitä, sitoutuuko hän oppimiseen vai ei (Malinen, 2000), käytettiinpä opetuksessa millaisia oppimismenetelmiä tahansa.

Työpajateatterin erityispiirteiden tarkempi tarkastelu osoitti, että tietyt erityispiirteet toimivat vastaajien näkemysten mukaan oppimista heikentävinä. Boub ja Walker (1993: 80) esittävät, että oppimisen esteet voivat olla oppijaan ulkoisesti tai sisäisesti liittyviä: Ulkoiset esteet voivat liittyä esimerkiksi toisiin ihmisiin, oppimisympäristöön, oppijan omaan laajempaan elämäntilanteeseen tai sosiaalisiin tekijöihin kuten stereotypioihin tai kulttuurisiin odotuksiin. Oppijan sisäisiä esteitä voivat olla aiemmat negatiiviset kokemukset; ennako-oletukset siitä, mitä oppija itse kokee pystyvänsä tekemään; tiedostamattomat oletukset tai oppijan tunnetilat. Vastaajien näkemyksiä tarkastelemalla voidaan todeta, että oppimista heikensivät oppijaan ulkoisesti liittyneet tekijät, kuten opettajien kielteisesti koettu toiminta, epärealistiseksi koetut näytelmien käsikirjoitukset ja se, etteivät kaikki päässeet tai joutuneet lääkärin rooliin. Oppimista ehkäisivät myös oppijaan sisäisesti liittyvät tekijät, kuten omat negatiiviset asenteet, motivaation puute, jännittämi-

nen, lääketieteellisen tiedon puute ja osallistumisen vältteleminen. Koska työpajateatteri oppimismenetelmänä perustuu aktiiviseen toimintaan, vapaaehtoisuuteen ja sitoutumiseen, tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota heti aluksi opiskelijoiden asenteisiin, motivaatioon, jännittämiseen sekä sitoutuneisuuteen ja auttaa heitä pääsemään oppimisen esteiden yli siinä määrin kuin se on mahdollista.

Vastaajien näkemysten mukaan oppimista edistivät myönteisesti koettu ohjaajien toiminta, myönteinen kokemus vapaaehtoisesta vuorovaikutustaitojen harjoittelusta lääkärin roolissa ja myönteiset tunnereaktiot, realistiset käsikirjoitukset, reflektointi ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana, vuorovaikutuksen havainnointi sekä oma aktiivisuus. Heikkisen (2003: 17) mukaan työpajateatterissa ohjaajan (jokerin) rooli on keskeinen ja hän näkee ohjaajan roolin opettaja-taiteilijana, jolla on oltava pätevyys toimia draaman maailmassa ja vastuu siitä, miten taidetta käytetään. Ohjaajalta vaaditaan erityistä kykyä olla vuoropuhelussa ryhmän kanssa ja kykyä yllättyä uusista ja yllättävistäkin ratkaisuehdotuksista (Heikkinen, 2003: 18). Toisaalta haasteellista erityisesti tämän tutkimuksen tulosten valossa on se, mihin ja miten ohjaaja tai ohjaajat asettavat rajat esimerkiksi vuorovaikutuksen tarkastelun ja diagnoosin tekemisen suhteen. Ohjaajien tulee miettiä tarkoin, kuinka opiskelijoita ohjeistetaan puuttumaan vuorovaikutuksen kulkuun ja mihin heidän huomionsa tulisi kiinnittyä.

Kokemukselliset oppimismenetelmät aktivoivat opiskelijoita ja kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta on keskeistä tarjota oppijoille mielekäs kokemus, jota pystytään myös reflektomaan (Boud ym., 1993: 8–10). Myönteinen kokemus lääkärin roolista lisäsi vastaajien luottamusta omaan vuorovaikutusosaamiseensa. Myös työpajateatterin kokeminen hauskaksi, mukavaksi ja turvalliseksi

oppimisen tavaksi edisti vastaajien näkemysten mukaan oppimista. Varmuuden, itseluottamuksen ja turvallisuuden kokeminen ovat tärkeitä oppimisessa, sillä ne voivat vaikuttaa myönteisesti jopa opittavan asian omaksumiseen (Boud ym., 1993: 15). Myös myönteiset tunnereaktiot voivat edistää oppimista, sillä toisten antama tuki ja luottamus voivat auttaa jatkamaan haasteellista tehtävää tai tekemään sen entistä paremmin (Boud ym., 1993: 15).

Realistisuus on aiempien tutkimuksen mukaan edistänyt lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen harjoittelua roolipelin (Nestel & Tierney, 2007) ja simuloitujen potilaiden avulla (Bondevik, Smith-Sivertsen & Baerheim, 2006; Mönkkönen ym., 2007). Tässä tutkimuksessa todettiin lisäksi, että realistisuus auttoi eläytymään tilanteeseen ja näkemään asioita potilaan näkökulmasta. Heikkisen (2003: 21) mukaan työpajateatteri voi mahdollisesti lisätä empatiaa eli kykyä asettua toisen ihmisen asemaan, mutta tarkempien johtopäätösten tekeminen vaatisi oppimistuloksiin liittyvää jatkotutkimusta.

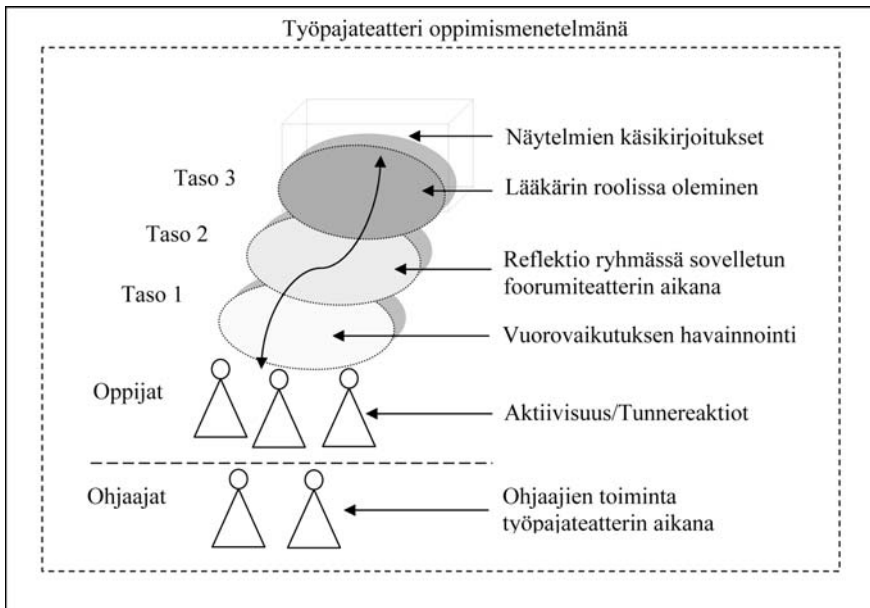
Vastaajien näkemysten perusteella työpajateatteri vaikuttaisi stimuloivan osallistujia toiminnanaikaiseen reflektioon, joka liittyy yleensä uuteen ongelmatilanteeseen, johon ihmisellä ei ole valmista ratkaisumallia (Schön, 1983). Tulevassa työelämässä nuori lääkäri kohtaa todennäköisesti uusia ongelmatilanteita, jotka hänen tulisi pystyä ratkaisemaan. Työpajateatteri näyttäisi valmentavan yhteiseen ongelmanratkaisuprosessiin, sillä tulosten perusteella oppimista edisti useiden näkökulmien esille tuleminen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen testaaminen käytännössä. Vastaajien näkemysten mukaan useiden erilaisten mielipiteiden ja näkökulmien kuuleminen avarsi tai laajensi omaa ajattelua. Vuorovaikutusosaamisen oppimisessa ja opitun soveltamisessa on olennaista, että oppiminen on ongelmalähtöistä, koska tällöin oppijat voivat ymmärtää paremmin

vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä ja löytää esimerkiksi perusteluja erilaisille tavoille toimia vuorovaikutustilanteissa (Putnam & Ford, 1990).

Vastaajien näkemysten mukaan vuorovaikutuksen havainnoiminen edisti oppimista. Vuorovaikutustilanteen havainnoiminen ja analysoiminen ovat keskeisiä tapoja oppia vuorovaikutusosaamista (Hargie, 2006), ja työpajateatteri näyttäisi tarjoavan erinomaisen mahdollisuuden vuorovaikutuksen havainnointiin. Vastaajat toivat esiin myös oman aktiivisuuden tärkeyden oppimisessa. On merkittävää, että he itse oivalsivat aktiivisuuden vaikutuksen oppimiseen, sillä juuri kokemuksellisten oppimismenetelmien kohdalla oppijan oma toiminta on keskeisesti yhteydessä siihen, mitä ja miten paljon oppija kokemuksestaan hyötyy.

Tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään työpajateatterin erityispiirteitä oppimismenetelmänä lääketieteen opiskelijoiden näkökulmasta. Tulosten perusteella voidaan todeta, että työpajateatteri aktivoi opiskelijoita ja tarjoaa mahdollisuuksia osallistua oppi-

mistolanteeseen useilla vapaaehtoisilla tavoilla. Opiskelija itse vaikuttaa siihen, kuinka hän osallistuu toimintaan työpajateatterin aikana. Ensinnäkin työpajateatteri mahdollistaa oppimisen havainnoimalla vuorovaikutusta erityisesti näytelmän katsomisvaiheessa ja sovelletun foorumiteatterin aikana. Toiseksi työpajateatteri stimuloi toiminnanaikaista ryhmässä tapahtuvaa reflektointia ja tarjoaa näin mahdollisuuden vuorovaikutuksen analysointiin, useiden näkökulmien kuulemiseen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen keksimiseen ja testaamiseen. Kolmanneksi työpajateatteri tarjoaa mahdollisuuden harjoitella vuorovaikutustaitoja lääkärin roolissa, jolloin opiskelija saa kokemuksen uudessa ammattiroolissa toimimisesta. Näitä kolmea osallistumisen mahdollisuutta on havainnollistettu kuviossa 1, jossa taso yksi kuvaa mahdollisuutta vuorovaikutuksen havainnointiin, taso kaksi mahdollisuutta reflektointiin ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana ja taso kolme mahdollisuutta asettua itse lääkärin rooliin.



Kuvio 1. Työpajateatterin mahdollistamat osallistumisen tasot

Tutkimuksen arviointi

Tutkimuksessa mukana olevien opiskelijoiden osuus koko vuosikurssista oli 32 %. Vastaajajoukko oli suhteellisen pieni (N = 43), mutta tutkimukseen osallistui 100 % opetuskokeiluun osallistuneista opiskelijoista. Tutkimus toteutettiin opetuskokeilun yhteydessä, jolloin vastaajat ovat voineet antaa sosiaalisesti suotuisia vastauksia (Frey ym., 2000: 96). Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja toimi opetuskokeilussa puheviestinnän lehtorina, täsmäryhmähaastattelussa haastattelijana sekä aineiston analysoijana. Toimiminen sekä tutkijana että opettajana on saattanut vaikuttaa aineiston keräämiseen ja aineiston analysoinnin luotettavuuteen, sillä tutkijalla on kaksoisroolinsa vuoksi voinut olla ennakkokäsityksiä lääketieteen opiskelijoista, heidän näkemyksistään tai työpajateatterin toimivuudesta. Toisaalta tutkija-opettajan kokemus tutkittavista ja heidän elämismaa-ilmastaan voi lisätä tulosten täsmällisyyttä ja pätevyyttä (Creswell, 2009: 192). Tutkija-opettaja reflektoi ennakkokäsityksiään ennen aineiston keräämistä, ja hän piti tutkimuspäiväkirjaa koko tutkimusprosessin ajan. Saadakseen etäisyyttä aineistoon hän analysoi aineiston ensin vuonna 2008 ja uudelleen vuonna 2009. Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi kyselylomakeaineistosta 50 % rinnakkaiskoodattiin. Rinnakkaiskoodauksen yksimielisyysprosentiksi tuli 93 %, jota voidaan pitää reliabiliteetin kannalta hyvänä (Miles & Huberman, 1994: 64).

Tutkimustulosten validiteettia pyrittiin lisäämään menetelmätriangulaatiolla (Miles & Huberman, 1994), kuvaamalla tulokset mahdollisimman rikkaasti ja tiheästi sekä tuomalla esiin eri teemoihin liittyneitä myönteisiä ja kielteisiä näkemyksiä (Creswell, 2009). Tuloksissa on tuotu esiin yksityiskohtaisesti myös pienemmän vastaajajoukon kriittisempiä näkemyksiä oppimismenetelmästä, vaikka vastaajista suurin osa toi esiin myönteisiä

näkemyksiään työpajateatterista oppimismenetelmänä. Tässä tutkimuksessa esitetyllä tavalla toteutettuna työpajateatteri ei tarjonnut kaikille opiskelijoille mahdollisuutta vuorovaikutustaitojen harjoitteluun, mikä olisi keskeistä taitojen oppimisen kannalta. Jatkossa työpajateatteriin voisi yhdistää esimerkiksi roolipeliharjoituksen, jolloin kaikki saisivat kokemuksen taitoharjoittelusta.

KIITOKSET

Tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen ilman Suomen Kulttuurirahaston ja Emil Aaltonen säätiön apurahoja. Haluamme kiittää myös kaikkia opetuskokeiluun osallistuneita lääketieteen opiskelijoita ja opettajia sekä Ira Virtasta.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (2002). *Käsikirjoittajan työkalut*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Asikainen, S. (2003). *Prosessidraaman kehittäminen museossa*. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- 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.
- Boal, A. (1992). *Games for actors and non-actors*. London: Routledge.
- Boal, A. (1995). *The rainbow of the desire. The Boal method of theatre and therapy*. London: Routledge.
- Bondevik, G.T., Smith-Sivertsen, T. & Baerheim, A. (2006). Bruk av skuespiller I undervisningen av medisinstuderenter. *Tidsskrift for Den norske Lægeförening*, 16, 2118–2121.
- Boud, D. & Walker, D. (1993). Barriers to reflection on experience. Teoksessa D. Boud, R. Cohen & D. Walker (toim.), *Using experience for learning*, (s. 73–86). Buckingham: SRHE and Open University Press.
- Boud, D., Cohen, R. & Walker, D. (1993). Introduction: understanding learning from experience. Teoksessa D. Boud, R. Cohen & D. Walker (toim.), *Using experience for learning*, (s. 1–17). Buckingham: SRHE and Open University Press.

- Brown, J.B., Steward, M. & Ryan, B.L. (2003). Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrot (toim.), *Handbook of health communication*, (s. 141–161). Mahwah: LEA.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. (2003). Provider and Patient Communication Skills Training. Teoksessa T.L. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrot (toim.), *Handbook of health communication*, (s. 95–119). Mahwah: LEA.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. 5. painos. London: Routledge.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3. painos. Los Angeles: SAGE.
- Dannels, D. (2001). Time to speak up: a theoretical framework of situated pedagogy and practice for communication across the curriculum. *Communication Education*, 50, 144–158.
- du Pré, A. (2001). Accomplishing the impossible: talking about body and soul and mind during a medical visit. *Health Communication*, 14, 1–21.
- Eagles, J.M., Calder, S.A., Nicoll, K.S. & Walker, L.G. (2001). A comparison of real patients, simulated patients and videotaped interview in teaching medical students about alcohol misuse. *Medical Teacher*, 23, 490–493.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V. Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 359, 650–656.
- 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., Hyvärinen, M.-L., Almonkari, M., & Isotalus, P. (2009). Mitä ja miten puheviestintään opintojaksoilla opetetaan? Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.), *Akateeminen puheviestintä: Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille?*, (s. 8–24). Helsinki: Finn Lectura.
- Hargie, O. (2006). Skill in theory: Communication as skilled performance. Teoksessa O. Hargie (toim.), *The handbook of communication skills*, (s. 7–36). Lontoo: Routledge.
- Heikkinen, H. (2002). *Draaman maailmat oppimisolueina. Draamakäsvatuksen vakava leikkiläisyys*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, H. (2003). Draamakäsventus liminaalisena leikkikenttänä - TIE (Theatre-In-Education) -genren teoreettinen viitekehys. Teoksessa H. Heikkinen, & T.-L. Viirret (toim.), *Draamakäsvatuksen teillä – Tutkimus TIE (Theatre-In-Education) –projektista*, (s. 11–24). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, H. (2005). *Draamakäsventus – opeutusta, taidetta, tutkimista!* Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy.
- Hoffman, A., Utley, B. & Ciccarone, D. (2008). Improving medical student communication skills through improvisational theatre. *Medical Education*, 42, 537–538.
- Howard, L.A. (2004). Speaking theatre/doing pedagogy: Re-visiting theatre of the oppressed. *Communication Education*, 53, 217–233.
- Humhris, G.M. & Kaney, S. (2001). Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Medical Education*, 35, 225–231.
- Jackson, T. (1993a). *Learning through theatre – new perspectives on Theatre in Education*. London: Routledge.
- Jackson, T. (1993b). Education or theatre? The development of TIE in Britain. Teoksessa T. Jackson (toim.), *Learning through theatre - new perspectives on Theatre in Education*, (s. 17–37). London: Routledge.
- Jacobsen, T., Baerheim, A., Lepp, M.R. & Schei, E. (2006). Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Medical Education*, 6. Noudettu 6.5.2009 osoitteesta <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1621062>
- Knowles, M. (1990). *The Adult Learner: a Neglected Species*. 4. painos. Houston: Gulf Publishing Company.
- Koponen, J. (2009). Vuorovaikutusosaamisen opettaminen lääketieteen opiskelijoille. Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.), *Akateeminen puheviestintä: Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille?*, (s. 54–78). Helsinki: Finn Lectura.
- Koponen, P. (2004). *Improkirja*. Helsinki: Like.
- 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.
- Lindlof, T. R. & Taylor, B. C. (2002). *Qualitative communication research methods*. 2. painos. Thousand Oaks: Sage.
- Makoul, G. (2003). The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient Education and Counseling*, 50, 79–84.
- Malinen, A. (2000). *Towards the essence of adult experiential learning: a reading of the theories of Knowles, Kolb, Mezirow, Revans and Schön*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- May, W., Park, J. H. & Lee, J. P. (2009). A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005. *Medical Teacher*, 31, 487–492.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2. painos. Thousand Oaks: SAGE.
- Mönkkönen, J. & Finstad, M. (2007). Lääkäriin ja poliitikon viestintäosaamisen jäljillä. Teoksessa P. Isotalus, M. Gerlander, M. Jäkälä & T. Kokko (toim.), *Prologi – Puheviestinnän vuosikirja 2007*, 33–66.
- Mönkkönen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. (2007). Medical students' perceptions of simulated patient interviews with amateur actors. *DRAMA – Nordisk dramapedagogisk tidskrift*, 4, 20–25.
- Nestel, D. & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical education*, 7. Noudettu 6.5.2009 osoitteesta <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1828731>
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903–918.
- O'Neill, C. (1995). *Drama worlds – a framework for process drama*. Portsmouth: Heinemann.
- O'Toole, J. (1992). *The process of drama, negotiating art and meaning*. London: Routledge.
- Owens, A. & Barber, K. (1998). *Draama toimii*. Helsinki: JB-kustannus.
- Putnam, L. L. & Ford L. (1990). Teaching organizational communication. Teoksessa J. A. Daly, G. W. Friedrich & A. L. Vangelisti (toim.), *Teaching communication. Theory, research, and methods*, (s. 115–128). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pyörälä, E. (2006). *Reflektiivinen toimintatapa palautekeskustelussa – haaste lääkäreiden vuorovaikutuskoulutukselle*. Peda-Forum 1/06, 30–32.
- Rees, C., Sheard, C. & McPherson, A. (2004). Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Education and Counseling*, 54, 119–121.
- Rubin, R.B. (1990). Communication competence. Teoksessa G. M. Phillips & J. T. Wood (toim.), *Speech communication: essays to commemorate the 75th anniversary of the Speech Communication Association*, (s. 94–129). Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Rutter, D. & Maguire, P. (1976). History-taking for medical students. – Valuation of a training programme. *Lancet*, 2, 558–560.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Shapiro, J. & Hunt, L. (2003). All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Medical Education* 37, 922–927.
- Spitzberg, B.H. & Cupach, W.R. (2002). Interpersonal skills. Teoksessa M.L. Knapp, & J.A. Daly (toim.), *Handbook of interpersonal communication*, (s. 564–611). 3. painos. London: Sage.
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus groups. Theory and practice*. London: Sage.
- 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*, (s. 160–179). Porvoo: WSOY.

- Valkonen, T. (2003). *Puheviestintätaitojen arviointi. Näkökulmia lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätaitoihin*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Valtonen, A. (2005). Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa J. Ruusuvoori & L. Tiittula (toim.), *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*, (s. 223–241). Jyväskylä: Vastapaino.
- Viirret, T. L. (2003). Taiteellis-pedagoginen vaikuttaminen – merkitysasot TIE-työpajassa. Teoksessa H. Heikkinen, & T.-L. Viirret (toim.), *Draamakasvatuksen teillä – Tutkimus TIE (Theatre-In-Education) -projektista*, (s. 42–52). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vine, C. (1993). TIE and the Theatre of the Oppressed. Teoksessa T. Jackson (toim.), *Learning through theatre – new perspectives on Theatre in Education*, (s. 109–127). London: Routledge.
- Wilson, S. R. & Sabee, C. M. (2003). Explicating communicative competence as a theoretical term. Teoksessa J. O. Greene & B. R. Burleson (toim.), *Handbook of communication and social interaction skills*, (s. 3–50). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Østern, A.-L. (2000). Draamapedagogiikan genret pohjoismaisten opetussuunnitelmien valossa. Teoksessa P. Teerijoki, (toim.), *Draaman tiet – suomalainen näkökulma*, (s. 4–26). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Østern, A.-L. (2007). The future of arts education – a European perspective. *Journal of Artistic and Creative Education*, 1, 222–248.
- Østern, A.-L. & Heikkinen, H. (2001). The aesthetic doubling. A central concept for the theory of drama education? Teoksessa B. Rasmussen, T. Kjølnner, V. Rasmussen & H. Heikkinen (toim.), *Nordic Voices in drama theatre and education*, (s. 110–123). Bergen: IDEA publications.

FINNISH MEDICAL STUDENTS' PERCEPTIONS OF THE SUITABILITY OF THE THEATRE IN EDUCATION (TIE) METHOD FOR LEARNING INTERPERSONAL COMMUNICATION COMPETENCE

Jonna Koponen, Department of Speech Communication and Voice Research, University of Tampere

Eeva Pyörälä, Research & Development Unit for Medical Education, University of Helsinki

Pekka Isotalus, Department of Speech Communication and Voice Research, University of Tampere

The study objectives were to explore Finnish second-year medical students' perceptions of the special characteristics of the TIE method and its suitability for learning interpersonal communication competence. TIE was incorporated into a pilot course in speech communication and the research data were gathered with a questionnaire (N=43) and focus group interview. Percentages were calculated and the open-ended questions and transcriptions of the focus group interview analyzed using qualitative content analysis. According to the respondents, TIE provided opportunities for observing live patient-doctor interaction and reflecting the problematic situation together with peers in the modified forum theatre stage. TIE enabled students to practice interviewing skills voluntarily by assuming the doctor's role. Most of the respondents (86 %) thought TIE was suitable or very suitable, and minority (5 %) thought TIE was unsuitable for learning interpersonal communication competence in medicine. The results encourage communication instructors to apply TIE in medical students' communication training.

Keywords: Interpersonal communication competence, medical students, Theatre in Education.