

**SELVITYS PUHETERAPEUTIN AMMATILISESTA  
PUHEVIESTINTÄOSAAMISESTA JA SITÄ MITTAAVAN ALUSTAVAN  
ITSEARVIOINTILOMAKKEEN TOIMIVUUDESTA ASIAKASTYÖSSÄ**

**Kirsi Lassila**

**Puheviestinnän pro gradu -tutkielma**

**Syksy 2011**

**Tampereen yliopisto**

**Viestinnän, median ja teatterin yksikkö**

## TAMPEREEN YLIOPISTO

Tieteenalayksikkö – School Viestinnän, median ja teatterin yksikkö	Pääaine – Major Subject Puheviestintä
Tekijä – Author Kirsi Lassila	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Työn nimi – Title Selvitys puheterapeutin ammatillisesta puheviestintäosaamisesta ja sitä mittaavan alustavan itsearviointilomakkeen toimivuudesta asiakastyössä	
Aika – Month and year Syyskuu 2011	Sivumäärä – Number of pages 120 sivua, 6 liitesivua
Tiivistelmä – Abstract <p>Tämän tutkielman tarkoituksena on tuottaa tietoa puheterapeutin asiakastyössä tarvittavasta puheviestintäosaamisesta. Samalla tutkielmassa pyritään hahmottelemaan kuinka hyvin kirjallisuudesta valittu lääkärin puheviestintäosaamista arvioiva taitomittari soveltuu logopedian opiskelijoiden ja puheterapeuttien puheviestintäosaamisen itsearviointiin. Puheterapeutti-asiakasviestintää ei ole puheviestinnän tieteen alalla aiemmin tutkittu ja logopediset vuorovaikutustutkimukset taas ovat pääsääntöisesti keskittyneet kuvailemaan puheterapian vuorovaikutusprosessia pragmaattisesta näkökulmasta. Lisäksi tutkimusten painopiste on asiakkaan vuorovaikutuksen tarkastelemisessa. Vähäisen tutkimuksen vuoksi aihetta lähestytään tutkielmassa lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksen kautta, mikä on jo pitkään ollut terveysviestinnän yleisin tutkimuskohde.</p> <p>Tutkielman näkökulma on laadullinen, ja se toteutettiin teemahaastatteluin syksyllä 2009. Haastateltavina oli neljä logopedian oppiaineen parissa työskentelevää puheterapeuttia. Haastattelujen sisältö analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmän avulla. Puheviestintäosaamista tarkastellaan interpersonallisessa ja relationaalisessa kontekstissa.</p> <p>Tutkielman tulosten perusteella puheterapeutin puheviestintäosaaminen koostuu aiemman puheviestintäosaamista tarkastelevan tutkimuksen mukaisesti tiedoista, taidoista ja motivaatiosta. Lisäksi osaamisessa korostuu eettinen ulottuvuus. Puheviestintäosaaminen on puheterapeuttien mukaan ammattiosaamisen ydinaluetta, sillä koko kuntoutus perustuu toimivaan viestintään. Erityisesti puheterapiassa korostuu asiakassuhteen rakentamisen taitoalue, jossa motivointi, luottamuksen rakentaminen, vastavuoroisuus sekä asiakaslähtöiseen ja neuvottelevaan yhteistyöhön pyrkiminen ovat tärkeitä osataitoja. Tärkeää puheterapiassa on myös analyttiseen kuuntelemiseen perustuva tiedon kerääminen sekä ystävällisyyden ja empatian osoittaminen. Toisin kuin lääkärin vastaanotolla puheterapiassa ei tulosten perusteella esiinny lainkaan konfliktilanteita ja jännitteisyyttäkin ilmenee vähäisesti. Puheterapeutin ammatissa on kuitenkin yhtäläisyyksiä lääkärin professioon ja alun perin lääkärin puheviestintäosaamisen arviointiin kehitetty taitomittari on näin ollen toimiva <i>pohja</i> itsearviointilomakkeen mahdolliselle jatkokehittelylle. Taitomittaria voi jatkokehittelyissä rakentaa kliinisen haastattelutilanteen sijaan enemmän terapeutin keskustelutilanteen kaltaiseksi ja korostaa arvioinnissa nykyistä paremmin relationaalisen kompetenssin taitoalueita. Arvioitavia taitoalueita ja niihin kuuluvia osa-alueita voi myös muokata selkeämmiksi.</p>	
Asiasanat – Keywords: ammattiosaaminen, puheviestintäosaaminen, puheviestintätaito, puheterapeutti-asiakasviestintä, puheterapeutti-asiakassuhde, lääkäri-potilasviestintä, terveysviestintä, arviointi, taitomittari, itsearviointilomake	
Säilytyspaikka – Depository Tampereen yliopiston pääkirjasto	

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	5
<b>2 AMMATTIOSAAMINEN</b> .....	9
2.1 Ammattitaito ja kvalifikaatio.....	9
2.2 Kvalifikaatioluokituksia .....	13
2.3 Ammattiosaaminen .....	14
<b>3 AMMATILLINEN PUHEVIESTINTÄOSAAMINEN</b> .....	17
3.1 Viestintäosaaminen.....	17
3.2 Puheviestintäosaaminen.....	23
3.3 Puheviestintäosaaminen tietojen, taitojen ja motivaation näkökulmasta .....	25
3.4 Puheviestintäosaaminen ammattiosaamisen ulottuvuutena.....	28
<b>4 TERVEYSVIESTINNÄN TUTKIMUKSET</b> .....	33
4.1 Terveysviestintä.....	33
4.1.1 Terveysviestinnän tutkimukset ja teoreettiset lähtökohdat.....	35
4.1.2 Interpersonaalinen ulottuvuus.....	37
4.1.3 Relationaalinen ulottuvuus .....	39
4.2 Ammatillisen viestintäsuhteen ongelmia.....	41
4.3 Terveysviestinnän arviointi .....	44
4.3.1 Puheviestintäosaamisen kehittämisen mahdollisuudet .....	44
4.3.2 Puheviestintätaitojen arvioiminen .....	45
<b>5 PUHETERAPEUTTI-ASIAKASVIESTINNÄN TUTKIMUKSET</b> .....	50
5.1 Puheterapeutin työnkuva .....	50
5.2 Puheterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutukseen keskittyvä tutkimus.....	52
<b>6 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	55
7.1 Menetelmän valinta .....	57
7.2 Haastattelut .....	59

7.3 Itsearviointilomake .....	62
<b>8 TULOKSET .....</b>	<b>66</b>
8.1 Puheterapeutin ja lääkärin professiot puheterapeuttien näkökulmasta.....	66
8.2 Puheterapeutin ammatillinen puheviestintäosaaminen.....	70
8.2.1 Puheterapeutin vuorovaikutustaidot työnkuvan ja ammattiosaamisen näkökulmasta....	70
8.2.2 Puheviestintäosaamisen vaikutuksia terapian kulkuun ja hoitotuloksiin .....	73
8.3. Asiakaslähtöisyys ja relationaalinen ulottuvuus puheterapiassa .....	75
8.4 Puheterapeutin erilaisia rooleja .....	79
8.5 Konfliktit ja jännitteet puheterapeutti-asiakasviestinnässä.....	82
8.6 Itsearviointilomakkeen tarkastelua .....	84
8.6.1 Hoidonantaja-asiakassuhteen rakentaminen.....	84
8.6.2 Keskustelun avaaminen .....	86
8.6.3 Tiedon kerääminen .....	88
8.6.4 Asiakasnäkökulman ymmärtäminen.....	90
8.6.6 Yhteisymmärrykseen pääseminen .....	94
8.6.7 Vastaanottotilanteen päättäminen.....	96
8.6.8 Yhteenveto itsearviointilomakkeen toimivuudesta .....	97
<b>9 POHDINTA.....</b>	<b>100</b>
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	100
9.2 Tutkimuksen arviointia.....	110
9.3 Jatkotutkimusta .....	112
<b>KIRJALLISUUS.....</b>	<b>114</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>121</b>
Liite 1. Teemahaastattelurunko .....	121
Liite 2. Litteraatiomerkinnot.....	123
Liite 3. Lääkärin puheviestintäosaamisen arviointiin kehitetty taitomittari .....	124
Liite 4. Itsearviointilomake.....	125

## 1 JOHDANTO

Työelämä on muuttunut paljon viimeisen kymmenen vuoden aikana. Työelämän muutokset vaativat työntekijältä hyvää viestintä- ja puheviestintäosaamista ja erilaisten interpersonaalisten ja relationaalisten puheviestintätaitojen hallintaa. Gerlanderin & Takalan (2000, 163, 174) mukaan tulevaisuudessa laadukas asiantuntijuus määritellään yhä enenemässä määrin viestinnän ja vuorovaikutuksen kautta. Joidenkin alojen kohdalla viestintätaidot ovat keskeinen osa alan substanssi- tai ydinosaamista (Gerlander, Hyvärinen, Almonkari & Isotalus 2009, 21). Erityisen tärkeäksi vuorovaikutus nousee ihmissuhdeammateissa, joissa koko toiminta tapahtuu keskeisesti vuorovaikutuksessa ja työn tulokset riippuvat pitkälti vuorovaikutuksen toimivuudesta (Gerlander & Takala 2000, 157; Mönkkönen & Finstad 2007, 33). Ihmissuhdeammattilaisiin kuuluvat esimerkiksi useat terveydenhoidonammattilaiset kuten lääkärit ja puheterapeutit.

Hoidonantajan ja hoidonsaajan välisen tehokkaan viestinnän on osoitettu monissa tutkimuksissa vaikuttavan positiivisesti terveydenhuollon tuloksiin usealla eri tavalla (Rider, Hinrichs & Lown 2006, 127; Wright, Sparks & O'hair 2008, 19; Schiavo 2007, 17; Babrow & Mattson 2003; Thompson & Parrot 2002). Esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisen tarkoituksenmukaisen ja tilanteeseen sopivan vuorovaikutuksen on todettu olevan yhteydessä muun muassa potilaan kokemaan hoitotyytyväisyyteen ja hoito-ohjeiden noudattamiseen (esim. Koponen 2009, 54) sekä esimerkiksi sopivanlaisen lääkehoidon löytymiseen (Hyvärinen, Tanskanen, Katajavuori & Isotalus 2008, 363). Viestinnän on todettu myös kohentavan potilaan elämänlaatua ja lisäävän potilaan ymmärrystä lääketieteellisen informaation, diagnoosin ja hoidon tarpeellisuuden osalta sekä auttavan potilasta käsittelemään sairauttaan (Mönkkönen, Pyörälä & Isotalus 2007, 20) vaikuttaen tällä tavoin sekä potilaan fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin (Wright ym. 2008, 21). Viestintäosaaminen katsotaankin nykyisin hyvin olennaiseksi osaksi lääkärin ja ylipäätään hoidonantajien kliinistä osaamista (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 2). Terveysviestintää on jopa luonnehdittu 2000-luvun terveydenhuollon tärkeimmäksi ”valuutaksi” (Schiavo 2007).

Hoidonantajan ja asiakkaan välisen viestinnän tutkimus on jo pitkään ollut terveystieteiden yleisin tutkimuskohde (Gerlander 2003, 20) ja viimeisten kolmenkymmenen vuoden ajan on keskitytty nimenomaan lääkäri-potilasviestinnän tutkimukseen (Cegala & Broz 2003, 95; Koponen 2009, 54; Mönkkönen ym. 2007, 1). Puheviestinnän eri osa-alueista vuorovaikutuksen tarkasteluun keskitytty erityisesti interpersonaalisen viestinnän tutkimus, joka on viime vuosikymmenien aikana noussut puheviestinnän yhdeksi keskeisimmäksi tutkimuskohteeksi

(Gerlander & Isotalus 2010, 3). Puheviestintätieteellisessä kirjallisuudessa terveystietintää käsitellään usein interpersonaalisen terveystietintänä, jolla tarkoitetaan nimenomaan lääkäri-potilasviestintää (Gerlander 2003, 20; ks. myös Schiavo 2007, 25).

Gerlanderin (2003, 23) mukaan useimmat terveystietinnän tutkimuksista ovat olleet korrelatiivisia, tilastollisin menetelmin tehtyjä vaikutustutkimuksia, joissa on etsitty toiminnan tuloksellisuuteen vaikuttavia viestinnällisiä tekijöitä. Erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisen ja ja potilastyytyväisyyden ja sekä hoitomyöntyvyyden väliset suhteet ovat olleet suosittuja tarkastelukohteita (Thompson & Parrot 2002). Lääkäri-potilasviestintään on kehitetty useita erilaisia, esimerkiksi potilaskeskeisyyttä kuvaavia analyysijärjestelmiä ja arvioinnin mittareita. Usein tutkimusten tavoitteena on ollut identifioida ongelmia ja etsiä erilaisia viestintästrategioita niiden ratkaisemiseksi. Tästä terveystietinnän ongelmalähtöisyydestä johtuen terveystietinnän piirissä on tehty lukuisia tutkimuksia hoidonantajan- ja hoidonsaajan välisestä vuorovaikutussuhteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä (esim. Rider, Hinrichs & Lown 2006; Schirmer, Mauksch, Lang, Marvel, Zoppi, Epstein, Brock & Pryzbylski 2005). Erityisesti lääkärin viestintäkäyttäytymisen ja potilastyytyväisyyden sekä hoitomyöntyvyyden väliset suhteet ovat olleet suosittuja tarkastelukohteita (Thompson & Parrot 2002). Myös Suomessa on ilmestynyt useita terveydenhuollon ammattilaisia koskettavia viestintäosaamisen arviointitutkimuksia (Esim. Hyvärinen ym. 2008; Hyvärinen 2009; Mönkkönen ym. 2007; Koponen 2009). Tuoreimmissa puheviestinnän tutkimuksissa lääkäri-potilasviestintää on jäsenetty relationaalisen viestinnän näkökulmasta. Suhteisiin liittyvinä piirteinä on tarkasteltu niihin olennaisesti sisältyvää epäsymmetrisyyttä ja jännitteisyyttä. (Esim. Gerlander & Isotalus 2010; Gerlander 2003.)

Tämän tutkielman tarkoituksena on kartoittaa millaista puheviestintäosaamista puheterapeutti tarvitsee työssään ja millaisista interpersonaalista ja relationaalista taitoalueista ja niihin liittyvistä osa-alueista puheterapeutin ammatillinen puheviestintäosaaminen rakentuu. Tutkielmassa ammatilliseen osaamiseen liittyvä viestintäosaaminen katsotaan ammattiosaamisen yhdeksi ulottuvuudeksi (ks. Kostianen 2003, 30) ja tutkielman focus on viestintäosaamisen erillisessä osassa, puheviestintäosaamisessa. Aiemman tutkimuksen mukaisesti puheviestintäosaaminen katsotaan työssä koostuvan tiedoista, taidoista ja motivaatiosta (esim. Spizberg & Cupach 1984, Streetin 2003, 916 mukaan; Valkonen 2003, 25; Isotalus 2005, 75; Isotalus & Mäki 2009, 25; Valkonen 2003, 25; Isotalus & Koivuoja 2009, 139) jota tässä tarkastellaan sen mukaan miten tehokasta ja tarkoituksenmukaista viestintä vastaanottotilanteessa ja ammatillisessa suhteessa on (ks. esim. Spizberg & Cupach 1984, Streetin 2003, 916 mukaan; Mönkkönen & Finstad 2007, 36).

Kyseessä on laadullinen tutkielma, jonka empiirinen aineisto on kerätty teemahaastatteluilla. Haastatellut ovat puheterapeutteja, jotka työskentelevät logopedian oppiaineen parissa. Tutkielman aihe on lähtöisin haastateltujen toivomuksesta. Haastateltavat ovat toivoneet logopedian oppiaineeseen itsearviointilomaketta, jolla opiskelijat voisivat arvioida omia vuorovaikutustaitojaan. Puheterapiaan on toki kehitetty lukuisia erilaisia testejä ja arviointimittareita, joilla voidaan arvioida vuorovaikutusprosessia ja ennen kaikkea puhetta ja puheen aikaansaamia ilmiöitä (Klippi & Launonen, 2008), mutta niiden pääpaino on asiakkaan vuorovaikutuksen arvioinnissa (esim. Ferguson & Armstrong, 2004). Uusi, itsearviointiin perustuva taitomittari antaisi tietoa logopedian opiskelijoiden ja jo työelämään siirtyneiden puheterapeuttien puheviestintäosaamisen tasosta (ks. Kurtz ym. 2005, 253).

Itsearviointilomakkeen kehittämiseksi täytyy olla selvillä mistä puheterapeutti-asiakasviestintää määrittävistä taitoalueista ja niihin kuuluvista interpersonallisista ja relationaalisista osa-alueista taitomittari tulee rakentaa. Tällaista tutkimustietoa ei kuitenkaan vielä ole. Logopedian tieteen alalla puheterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutusta koskettavia tutkimuksia on myös vähän, vaikka kiinnostus puheterapian vuorovaikutuksen tutkimukseen on kasvanut logopedian piirissä muiden terveydenhoitoalojen tavoin jo 1980-luvulta lähtien (Pietarinen 2007, 1). Ensimmäisiä Suomessa tehtyjä puheterapian vuorovaikutustutkimuksia on muun muassa Pietarisen (2007) afaattisen henkilön ja puheterapeutin vuorovaikutusprosessia käsittelevä tutkimus sekä Snellmanin (2008) ääniterapian vuorovaikutukseen ja vuorovaikutusprosessin kuvailuun keskittyvä tutkimus. Lisäksi Tykkyläinen (2005) on väitöskirjassaan tutkinut puheterapiavuorovaikutuksen institutionaalisia piirteitä. Kaikissa näissä tutkimuksissa ensisijainen tarkastelun kohde on asiakas. Lisäksi useat logopedian keskusteluanalyttiset tutkimukset keskittyvät kuvaamaan vuorovaikutusta pragmaattisesta näkökulmasta (Pietarinen 2007,1, jolloin on tarkasteltu esimerkiksi puheenvuorojen jakaantumista ja puheterapeutin vuorovaikutuksen edistämiseen käyttämää aikaa (Klippi & Launonen 2008). Pääasiallisesti Snellmanin (2008, 24-25) mukaan on pyritty kuvaamaan miten asiakkaan viestintään liittyvä häiriö ilmenee institutionaalisessa keskustelussa verrattuna esimerkiksi arkikeskusteluun. Ääniterapiasta keskusteluanalyttistä tutkimusta ei ole ennen Snellmanin tutkimusta tehty, vaikka Snellman (emt. 25) huomauttaa, että vuorovaikutus ääniterapiassa on hyvin keskeisessä roolissa. Pelkästään jo puheterapian luonnetta ja institutionaalisuutta ylläpidetään ja muokataan puheterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksessa.

Puheterapeuttien puheviestintäosaamisesta tehdyn tutkimusten vähäisyyden vuoksi tutkielmassa lähestytään aihetta lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksen kautta. Teoreettinen viitekehys muodostuu ammattiosaamista ja ammatillista puheviestintäosaamista käsittelevästä tutkimuksesta

sekä terveystieteen ja puheviestinnän piirissä tehdystä lääkäri-potilasviestintää käsittelevästä tutkimuksesta. Lisäksi viitekehykseen on otettu mukaan puheviestintäosaamisen arviointia koskettavaa tutkimusta. Teoreettisen viitekehyksen ja puheterapeuttien haastatteluiden avulla pyritään muodostamaan kuva puheterapeuttien ammattiosaamisen ja puheviestintäosaamisen välisestä suhteesta. Puheviestintäosaamista tarkastellaan vastaanottotilanteessa. Osaamista pidetään sosiaalisena ja vuorovaikutuksellisenä ilmiönä, jolloin puheviestintäosaamisella on kiinteitä yhtymäkohtia interpersonaalisen kompetenssin ja relationaalisen kompetenssin kanssa (ks. Valkonen 2003, 34; Purhonen 2004, 13).

Tarkastelua tehdään tutkimalla miten merkityksellisenä puheterapeutit pitävät puheviestintäosaamista ja mitkä puheviestintätaidot ovat heidän mielestään tärkeimpiä terapian ja hoitotulosten kannalta. Tutkielmassa ollaan kiinnostuneita erityisesti asiakaskeskeisyyden toteutumisesta, puheterapiasta asiakaspalvelutilanteena, puheterapeutin erilaisista rooleista sekä puheterapeutti-asiakassuhteesta ja siihen liittyvästä jännitteisyydestä ja konfliktialttiudesta. Lisäksi tutkielmassa kartoitetaan miten puheterapeutin ja lääkärin toimenkuvat ja asiakasviestintä vastaanotolla eroavat toisistaan. Niin ikään selvitetään miten lääkäri-potilasviestinnän arvioinnissa käytetty taitomittari soveltuu puheterapeutin puheviestintäosaamisen itsearviointiin. Tämän tutkielman tarkoituksena ei ole kehittää lopullista itsearviointilomaketta, vaan selvittää voiko taitomittaria hyödyntää mahdollisessa itsearviointilomakkeen jatkokehittämisessä.



## 2 AMMATTIOSAAMINEN

Ammattiosaamisen määrittely on ongelmallista, koska siihen voidaan eri yhteyksissä liittää useita erilaisia termejä ja käsitteitä. Tutkimuksissa ammattiosaamiseen liitetään usein esimerkiksi käsitteet kvalifikaatio, kvalifikaatiovaatimus, kvalifikaatiotyyppi, kompetenssi, osaaminen sekä ammattitaito, joita käytetään joko erikseen tai toistensa synonyymeina (Kostiainen 2003, 21; Pelttari 1997, 23; 1998, 86). Seuraavaksi tarkastellaan näiden ammattiosaamiseen liittyvien lähikäsitteiden saamia määritelmiä. Erityisesti tarkastellaan erilaisia näkemyksiä kvalifikaatio- ja kvalifikaatiovaatimuskäsitteiden merkityksestä sekä käsitteiden suhteesta kompetenssi- ja ammattitaidon käsitteeseen (ks. Pelttari 1997, 23). Lisäksi selvennetään miksi tutkimuksissa on viime vuosina siirrytty käyttämään ammattitaidon sijasta ammatillisen *kompetenssin* (pätevyyden) käsitettä sekä yhä enenemässä määrin myös ammatillisen *osaamisen* käsitettä (ks. Kostiainen 2003, 21).

### 2.1 Ammattitaito ja kvalifikaatio

Ammattiosaamisen määrittely ei Kostiaisen (2003, 21–22) mukaan ole vaikeaa pelkästään edellä mainittujen käsitteiden rinnakkaiskäytön takia, vaan myös ammattiosaamiseen liittyvien lähikäsitteiden erilaisten määritelmien vuoksi. Esimerkiksi yksistään ammattitaidon käsitettä on vaikea määritellä yksiselitteisesti, koska suomen kielessä jo *ammatti*-sanalle annetaan erilaisia merkityksiä, jolloin myös ammattitaidon laajuus käsitteenä vaihtelee sen mukaan miten ammatti ymmärretään. Suomenkielisenä yhdyssanana ammattitaito viittaa Kostiaisen (emt. 21) mukaan kahteen asiaan:

”*Ammatti* ymmärretään usein työnjaollis-yhteiskunnalliseksi käsitteeksi, joka viittaa tiettyyn tehtäväalueeseen ja työnjakoon perustuvaan asemaan yhteiskunnassa tai työorganisaatiossa. *Ammattitaito* on jotakin mitä ammatti vaatii.”

Käsitteen kaksitahoisuus tulee Kostiaisen (emt. 22) mukaan ilmi myös Räsänen (1994) määritelmässä, jossa Räsänen pitää *ammattia*

”Yhteiskunnallistuneen toiminnan käsitteenä. Käsite ilmaisee sekä työnjakoa että persoonallisuuden kehitykseen liittyviä tekijöitä, kuten kykyjä, pätevyyttä, tietoja ja taitoja.”

Kostiaisen (emt. 22) mukaan yhteistä kaikille ammatin määritelmille on se, että niissä korostetaan usein konkreettista tekemistä. Nyky-yhteiskunnassa tällainen määrittely jää kuitenkin tutkijan mukaan hyvin suppeaksi, sillä useissa työtehtävissä ammattitaito tai ammatillisuus liittyy ennemminkin ihmisen käsitteelliseen tai abstraktiin suhteeseen ympäristöstään ja sen ilmiöistä. Tästä syystä ammattitaitoa voidaan arvioida tekojen sijaan ”selitysten oikeellisuuden perusteella” eli sen mukaan, miten yksilö luo merkityksiä ja ilmaisee niitä viestinnän välityksellä. Tästä esimerkkinä Kostiaisen (emt. 22) viittaa Haltian (1995, 12) määritelmään, jossa huomioidaan myös ammattitaidon abstrakti puoli.

”Ammattitaito on henkisiin, sosiaalisiin ja käsittelytehtäviin liittyvää osaamista jossakin teknisessä ja organisatorisessa työympäristössä.”

Tässä Kostiaisen (emt. 22) tutkimuksessaan esille nostamassa Haltian (emt. 12) määritelmässä osaaminen liittyy työntekijän ominaisuuksiin teknisen ja organisatorisen ympäristön viitatessa puolestaan työn vaatimukseen. Kostiaisen mukaan tästä syystä hyvin usein puhutaan ammattitaidon ohella *työelämätaidoista* tai *asiantuntijataidoista*.

Ammattitaidon määrittelyssä, sitä kuvaamaan tai sen synonyymina voidaan käyttää myös *kvalifikaatio* (qualification) käsitettä (Kostiainen emt. 21), joka yhdessä *kvalifikaatiovaatimus*-käsitteen kanssa on ollut käytössä erityisesti koulutusta ja ammattitaitovaatimuksia koskevissa kirjoituksissa (Pelttari 1998, 86). Vielä kymmen vuotta sitten *kvalifikaation* käsitettä käytettiin tutkimuksissa tutkittaessa työelämän teknisiä ja organisatorisia muutoksia sekä työelämän ja koulutuksen välisiä yhteyksiä (Kostiainen emt. 22). Ellström (1994, 19–20, Pelttarin 1997, 23 mukaan) painottaa, että *kvalifikaatio*, *kompetenssi*, *pätevyys* ja *ammattitaito* ovat *sukulaiskäsitteitä*, jolloin niillä on yhteinen ydinsisältö, mutta lisäksi jokaisella on myös oma erityinen merkityksensä (ks. myös Kostiainen 2003, 23).

Käsitteiden sisällöllisistä suhteista esiintyy erilaisia tulkintoja, minkä vuoksi käsitteiden käyttäminen tutkimuksissa toistensa synonyymeina herättää perusteltua kritiikkiä (Pelttari 1997, 23–24). Esimerkiksi kvalifikaation käsitteessä ongelmana on toisaalta sen selkeys, mutta yhtäältä myös sen laaja soveltuvuus, jolloin sitä voidaan tulkita usealla eri tavalla (Kostiainen 2003, 23). Kvalifikaation käsite on lähtöisin 1970-luvulta sosiologian piiristä ja kvalifikaatiotutkimuksen lähtökohtana pidetään saksalaista työelämän tutkimustraditiota (Pelttari 1997, 24; 1998, 86). Nykysuomen sanakirja (osa II, 1958, 652; Nykysuomen sanakirja osa 4. 1991, 231, Pelttarin 1998, 87 mukaan) määrittelee kvalifikaation

”Laadun määrityksenä, sopivuutena, soveliaisuutena ja asetettujen ehtojen mukaisuutena. Kvalifioida ilmentää laadun ilmaisu, laadullistamista sekä soveliaaksi, edellytykset täyttäväksi, kelvolliseksi ja päteväksi selittämistä ja tekemistä.”

Suomenkielessä kvalifikaatio termin vastineena puhutaankin usein *taidosta, pätevyydestä, kelpoisuudesta, osaamisesta tai valmiudesta* (Kostiainen 2003, 22–23). Yhteistä näille kaikille käsitteille on se, että niiden avulla on pyritty kuvaamaan tai määrittelemään ammattitaitoa ja sen eri puolia ja osa-alueita (Jaakkola 1995, 114–115, Pelttarin 1998, 86 mukaan). *Taito*- käsitteen alkuperä taas on puolestaan psykologisessa tutkimustraditiossa ja se otettiin käyttöön sekä kvalifikaatio- että pätevyystutkimuksen eri suuntauksissa ja taito käsitteenä koettiin konkreettisena siltana työelämän ja koulutuksen välillä (Pelttari 1997, 24). Taito kvalifikaation yhteydessä käytettynä määritellään yleensä *kyvyksi* toimia ennalta määriteltyjen teknisten tai käytännöllisten sääntöjen mukaisesti (Lehtisalo & Raivola 1999, 39, Kostiainen 2003, 22 mukaan). Lisäksi kuten jo aiemmin todettiin, kvalifikaatiota on käytetty usein myös suoraan ammattitaidon ja ammatillisen pätevyyden synonyymina (Kostiainen 2001, 23; Pelttari 1998, 86).

Tutkimusten perusteella kvalifikaatiota voidaan käyttää hyvin erilaisissa yhteyksissä ja käsite voidaan liittää niin yhteiskuntaan, työorganisaatioon kuin yksilöönkin. Kostiainen (2003, 23–24) mukaan kvalifikaatiolla voidaan tarkoittaa esimerkiksi työn vaatimia konkreettisia taitoja, mutta yhtä lailla käsite voidaan ymmärtää ihmisen ominaisuutena, jolloin se yhdistetään työntekijän persoonaan, motivaatioon ja soveltuvuuteen tietylle alalle. Koska kvalifikaation määrittelyssä ei ole läheskään aina selvää liittyvätkö kvalifikaatiot itse työntekijään vai työtehtäviin, useat tutkijat ovat Kostiainen mukaan kiteyttäneet kvalifikaation olevan suhdekäsite, jolloin kvalifikaatio voidaan ymmärtää sekä yksilön ominaisuuksien, että myös työhön liittyvän ympäristön väliseksi suhteeksi. Myös Pelttarin (1998, 87) mielestä kvalifikaatio työhön liitettäessä voidaan määritellä

suhde-käsitteenä tai yksilön aktuaalina tai potentiaalina ominaisuutena. Tätä havainnollistaakseen Pelttari (emt. 87) nostaa esille useita erilaisia kytkeviä mainiten esimerkiksi Toikan (1982, 11, 42) joka kokee kvalifikaation työprosessin elementiksi. Toikan mukaan työprosessin toteutuminen edellyttää nimenomaan työntekijän ominaisuuksia, kvalifikaatioita, jolloin kvalifikaatio tarkoittaa työvoiman pätevyyttä työn suorittamiseksi. Useimmat tutkijat pitävät kuitenkin Pelttarin mukaan kvalifikaatiota ihmisen toimintakyknä, ominaisuutena ja / tai valmiutena. Tosin Rousin (1985) määritelmän mukaan, johon Pelttari (emt. 87) niin ikään tutkimuksessaan viittaa, kvalifikaatio puolestaan tarkoittaa henkilön yksilöllisiä valmiuksia toisaalta kehittyä ja oppia ja toisaalta toteuttaa tiettyjä työtehtäviä. Kvalifikaatioon sisältyvät tällöin kaikki ne valmiudet ja kyvyt, jotka vaaditaan ammattiin kytkeytyvien toimintojen suorittamiseksi. Jotkut tutkijat ovat Pelttarin mukaan myös laajentaneet kvalifikaatio-käsitettä katsoen sen liittyväksi ihmisen muihinkin elämänalueisiin, ei vain työelämään. Esimerkkinä Pelttari (emt.87) käyttää Takalaa (1983, 10), jonka mukaan työn ja muiden elämässä tarvittavien valmiuksien välinen raja on häilyvä, jolloin monissa työtehtävissä ei voida tarkkaan rajata, mitkä vaatimuksista liittyvät itse työhön ja mitkä myös muuhun elämänalueeseen yhteiskunnassa. Tällaisia ovat esimerkiksi sairaanhoitajan työssään kohtaamat vaatimukset.

Kvalifikaation moninainen käyttö aiheuttaa tutkimuksissa paljon sekaannusta, jonka vuoksi on pyritty tekemään eroa, milloin kvalifikaatiot liittyvät työntekijään ja milloin työtehtäviin. Useissa tutkimuksissa (ks. Esim. Pelttari 1997; 1998; Metsämuuronen 1999) on erotukseksi työntekijän ominaisuuksista alettu puhua *työn kvalifikaatiovaatimuksista* (Kostiainen 2003, 23), joista saatetaan käyttää myös nimitystä *suoriutumista* (ks. Esim. Metsämuuronen 1999, 140). Kvalifikaatiovaatimukset osoittavat, minkälaisia pätevyysominaisuuksia henkilöltä vaaditaan tai edellytetään ammattitaitoiseen työsuoritukseen yltämiseksi (Helakorpi ym. 1988, 148, Pelttarin 1997, 31; 1998, 87 mukaan).

*Työntekijän* ominaisuuksiin viitataan puolestaan ammatillisen pätevyyden eli *kompetenssin* (competence) käsitteellä (Kostiainen (2003, 24). Esimerkiksi Ellström (1994, 29–30, 37–38; 1997, 49, Kostiainen 2003, 24 mukaan) katsoo kvalifikaation lähtevän työn asettamista vaatimuksista, kun taas kompetenssi on lähtöisin työntekijästä ja tämän henkilökohtaisista ominaisuuksista. Luultavasti yksinkertaisin tapa määritellä kvalifikaatiota, kvalifikaatiovaatimusta, ammattitaitoa ja kompetenssia on Metsämuurosen (1999, 141) käyttämä selkeä määritelmä, joka pohjautuu Taalaksen (1993; 1995a) ja Pelttarin (1997, 23, 45; 1998b, 86) jäsennyksiin:

”Kvalifikaatiovaatimukset ovat niitä vaatimuksia, joita työ tai työnantaja edellyttää työntekijältä. Kvalifikaatio ja kompetenssi puolestaan ovat sitä, millä työntekijät vastaavat työnantajan tai työn asettamiin haasteisiin.”

Peltari (1997, 29) muistuttaa, että kvalifikaatiota voidaan vaatia tai edellyttää työssä ilman, että työntekijällä on tarvittavaa pätevyyttä eli kompetenssia.

## 2.2 Kvalifikaatioluokituksia

Kvalifikaatioista on olemassa myös erilaisia luokituksia. Saksalaisessa, kaikista perinteisimmin käytetyssä luokittelutyyliässä kvalifikaatiot on jaoteltu kolmeen päätyyppiin: tuotannollisiin tietoihin ja taitoihin sekä normatiivisiin ja innovatiivisiin ominaisuuksiin (Peltari 1997, 34; Metsämuuronen 1999, 141). Tähän luokitteluun on päätynyt esimerkiksi Metsämuuronen (1999, 141) omassa tutkimuksessaan käsitellessään kvalifikaatioita ammatillisen koulutuksen ja sosiaali- ja terveystalouden osaamisen yhteydessä. Tutkijan mukaan ammatilliset tiedot, taidot ja pätevyudet, joita Väärälä (1995b, 48; Metsämuuronen 1999, 141 mukaan) nimittää tuotannollis-tekniikkiksi kvalifikaatioiksi, ovat oleellisia kvalifikaatioita sosiaali- ja terveystalouden kontekstissa haluttaessa suoriutua työstä hyvin. Perinteisen jaottelun lisäksi tyypillistä on ollut myös jakaa kvalifikaatiot sensomotorisiin, -kognitiivisiin - ja motivaatio ominaisuuksiin (Peltari 1997, 34; Metsämuuronen 1999, 141). Lisäksi yhtä lailla on käytetty erottelua erityis- ja yleiskvalifikaatioihin sen mukaan, miten laajasti niitä voi käyttää erilaisissa tehtävissä.

Ihmissuhdeammatteja käsittelevissä tutkimuksissa nousee niin ikään usein esille termi ”näkymätön” kvalifikaatio. Ihmissuhdemmateiksi kutsutaan ammatteja, joissa ihmissuhdeulottuvuus on todella syvä koko toiminnan tapahtuessa keskeisesti vuorovaikutuksessa ja työn tulosten riippuessa pitkälti vuorovaikutuksen toimivuudesta (Gerlander & Takala 2000, 157; Mönkkönen & Finstad 2007, 33; Koponen 2009, 54). Näkymätön kvalifikaatio liittyy termiin ”äännetön ammattitaito”, jonka on Metsämuuronen (1999, 142) mukaan Suomessa tutkimuksissa nostanut esille Kivinen (1991; 1994; 1998). Äänettömällä ammattitaidolla Kivinen tarkoittaa sellaisia työssä tarvittavia ei-tiedostettuja taitoja, jotka ovat osa työn kokonaishallintaa ja jotka ilmenevät käytännöllisenä tai toiminnallisena tietona. Tieto on karttunut kokemuksen myötä ja sisäistynyt niin, ettei sitä tarvitse tietoisesti pohtia. Äänettömän ammattitaidon osatekijöitä voidaan puolestaan nimittää äänettömiksi kvalifikaatioiksi. Äänettömät kvalifikaatiot voivat

Kivisen mukaan olla myös näkymättömiä ilmeten muun muassa innostuneisuutena, rakentavana yhteistyökykyinä, viestintä- ja ihmissuhdetaitoina tai esimerkiksi tahdikkuutena.

Paradoksaalisesti kuvattuna äänetöntä ja hiljaista ammattitaitoa on luonnehdittu myös seuraavalla tavalla:

”Sellaista hienovaraista, hiljaista tietoa, jota on vaikea kuvata, koska sitä ei ole käsitteellistetty. Siinä on mukana ammattilaisen elämäkokemukset, itsetuntemus, virittyminen kohti toista ihmistä, intuitio.” (Aho 1999, 333, Gerlanderin & Takalan, 2000, 160 mukaan)

Edellä kuvattuja niin sanottuja ihmissuhdevalmiuksia ei silti aina mielletä ammattitaidon osatekijöiksi (Gerlander & Takala 2000, 158). Metsämuurosen (1999, 142; ks. Myös Gerlander & Takala, 2000, 158) mukaan silloin kun ihmissuhdevalmiudet tiedostetaan ja tunnustetaan työn vaatimaksi keskeiseksi osaamiseksi, voidaan kuitenkin useiden tutkijoiden mukaan puhua niin sanotuista pehmeistä kvalifikaatioista. Tällaisten pehmeiden kvalifikaatioiden avulla voidaan Gerlanderin & Takalan (2000, 158) mukaan jäsentää erityisesti ihmissuhdeammattien kaksikasvoisuutta. Pehmeillä kvalifikaatioilla tarkoitetaan ihmistyössä ja asiakaspalvelussa sellaista työn kannalta oleellista osaamista, jota on hankala sovittaa perinteisiin kvalifikaatioluokituksiin. Sosiaali- ja terveysalalla äänettömään ja pehmeään perusosaamisen kuuluu yhden määritelmän mukaan esteettisyyden taju, innostumisen ja innostamisen taidot, intuition käyttö, toisten huomioiminen, ilmapiirin ja tunnelmanluomisen taito, heittäytyminen ja irrotteleva työote sekä ulospäin suuntautuneisuus, taito aktivoida ja motivoida muita työn tekemisessä. (Metsämuuronen 1999, 140, 145–146.)

### 2.3 Ammattiosaaminen

Kvalifikaation, kvalifikaatiovaatimuksen ja ammattitaidon käsitteistä ollaan hiljalleen luopumassa. Ne eivät enää riitä kuvaamaan nykypäivän työelämässä tapahtuvia muutoksia ja toimintojen moninaistumista. Sen sijaan ammattitaidosta ja kvalifikaatioista puhuttaessa käytetään joko edellä kuvattua *kompetenssin* (pätevyyden) käsitettä tai sen synonyymina koko ajan yleistyväämpää *osaamisen* käsitettä. Erityisesti ammatillisessa koulutuksessa puhutaan usein ”työelämälähtöisestä osaamisesta” kuvatessa yksilön osaamista työelämän muutoksissa. Usein käsitteellä on myös haluttu viitata taitojen soveltamiseen sosiaalisessa tilanteessa ja siihen liittyvässä kontekstissa.

(Kostiainen 2003, 25.) Tässä tutkielmassa käytetään ensisijaisesti osaamisen käsitettä. Joissakin yhteyksissä osaamisen synonyymina saatetaan käyttää myös kompetenssin käsitettä.

Ammattiosaamisen ja kompetenssin välille on vaikea tehdä eroa. Sen sijaan ammattiosaaminen ja ammattitaito eroavat toisistaan selkeämmin (Brander 2009, 33). Kostiaisen (2003, 25) mielestä ammattitaidon käsitteen voidaan katsoa edustavan ns. adaptiivista lähestymistapaa yksilön työtoimintaan, jolloin ammattitaito ja kvalifikaatiot määritellään olemassa olevien työtehtävien perusteella. Ammattitaito viittaa tällöin työn asettamiin teknisiin, organisatorisiin ja välineellisiin vaatimuksiin, jolloin ammattiosaamiseen sisältyy myös kognitiiviset ja sosiaaliset taidot (Brander 2009, 33). Osaamisen käsite puolestaan edustaa Kostiaisen (2003, 25) mukaan selkeämmin kehityksellistä näkökulmaa työssä toimimiseen, jolloin yksilöllä katsotaan olevan kapasiteettia muokata työympäristöään haluamallaan tavalla.

Vaikka ammattiosaamisen käsite on suhteellisen tuore, on termi ollut käytössä jo aiemminkin. Esimerkiksi Metsämuuronen (1999, 140) on käyttänyt 1990-luvulla ilmestyneessä tutkimuksessaan suomenkielistä sanaa *osaaminen* tarkoittamaan laajalla alueella taitoja, kykyä ja ominaisuuksia, joita työntekijä tarvitsee suoriutuakseen työstä. Vastaavasti osaamistarve-sanalla Metsämuuronen on viitannut työn edellyttämiin vaatimuksiin tai edellytyksiin katsoen termin tällöin synonyymiksi kvalifikaatiovaatimuksille (Kostiainen 2003, 26). Metsämuuronen tekemässä määrittelyssä ei kuitenkaan mainita erikseen tiedon merkitystä, toisin kuin Kostiaisen (2003) tutkimuksessaan käyttämässä Jaakkolan (1995, 119) ammattiosaamisen määritelmässä. Siinä ammattiosaamisella tarkoitetaan paitsi yksilön taidoista ja ominaisuuksista myös *tiedoista* muodostuvaa toimintakykyisyyttä, jonka avulla yksilö toimii ammatissaan. Tällöin osaaminen ei korosta tietojen ja taitojen erottelua.

Ammattiosaamista voidaan tarkastella eri tavoin ja tarkastelunäkökulmasta riippuu miten ammattiosaamista määritellään. Yksi tarkastelutapa on lähestyä osaamista erilaisten suhteiden kautta, kuten työntekijän ja työtehtävän välisenä vuorovaikutuksena. Tällöin puhutaan sosiaalisesta suhteesta, jonka kautta työntekijä suhteuttaa itsensä työhönsä, tehtäviinsä ja kollegoihinsa. (Kostiainen 2003, 26.) Ihmissuhdeammateissa kompetenssi taas voidaan Gerlanderin ja Takalan (2000, 158) mukaan jakaa selkeästi kahteen ulottuvuuteen: sisältöjen hallintaan (substantial knowledge) ja suhdetietoon (howledge). Kompetenssin kahtia jakaminen johtuu ihmissuhdeammattien kaksikasvoisuudesta. Tällöin ammattitaitoon kuuluu yhtenä osana oman erityisalan sisällön tietojen ja taitojen hallinta ja toisena osana vuorovaikutussuhteessa tapahtuvan toiminnan hallinta, johon kuuluu ihmisen toiminnan ja sen säätelymekanismien

ymmärtäminen sekä vuorovaikutustaitojen hallintaa. Erityisen hyvin kaksikasvoisuus näkyy tutkijoiden mukaan lääkärin työssä. Lääkärin on oltava asiantuntija lääketieteessä, mutta pelkkä substanssitieto ei riitä, jollei hänellä ole myös halua tai kykyä käyttää tietoaan hyväksi vastaanottotilanteessa. Lääkäriltä täytyy myös löytyä halua pyrkiä ymmärtämään asiakkaansa näkökulmaa sekä selventää tarvittaessa sanomaansa ja välittää informaatiota.

Ammattiosaamisen tarkastelua voidaan tehdä myös Kostiaisen (2003, 26–28) esille nostaman kolmen eri ammattikäsitteen näkökulmasta, joita ovat objektiivinen, funktionaalinen/rationaalinen ja tulkinnallinen ammattikäsitte. Objektiivisen (yhteiskuntasidonnaisen) ammattikäsitteen mukaan ammatit on määritelty ennalta työnjaossa ja annettu työntekijöille, jolloin ammatti ei ole lähtöisin työntekijän omasta ideologiasta tai ammatti-identiteetistä. Funktionaalinen tai rationaalinen käsite taas liittyy työntekijän hoitamiin toimintoihin ja tehtäviin painottaen tiettyjen suoritusten osaamista. Huomion ulkopuolelle jää tiedollinen perusta. Rationaaliseen ammattikäsitteeseen on tyypillistä se, että työn osatekijät katsotaan kontekstista riippumattomiksi, mikä aiheuttaa ongelmia silloin, kun esimerkiksi viestintäosaaminen koetaan kontekstista riippumattomaksi.

Kolmas näkökulma on tulkinnallinen näkökulma. Tulkinnallinen ammattikäsite, josta voidaan käyttää myös nimityksiä subjektiivinen sekä yksilö- tai ihmissidonnainen ammattikäsite tarkoittaa nimenomaan ihmisen omaa käsitystä ammatistaan. Tulkinnallisen ammattikäsitteen juuret ovat tulkinnallisessa sosiologian perinteessä ja ennen kaikkea sen aloittajan Max Weberin ideologiassa. Lähestymistavan mukaan ihminen muodostaa ammatistaan käsityksen sen tieto-, taito- ja valmiuspohjan perusteella, jota hän käyttää hyväkseen hoitaessaan tehtäviään työpaikalla. Subjektiivinen ammattikäsite muodostuu kasvuprosessin seurauksena, johon vaikuttaa yksilön elämäkokemukset, kasvatus ja koulutus. Useiden tutkijoiden mukaan ammatti on siis ajattelevan ihmisen ehdoilla tapahtuvaa toimintaa ja osaamista. Tulkinnallisessa lähestymistavassa työntekijä ja työ muodostavat koetun työprosessin kautta kokonaisuuden. Yksilön ammattiosaaminen ei koostu tietynlaisesta joukosta työssä tarvittavista ominaisuuksista, vaan työntekijän työssä käyttämät taidot, tiedot ja muut ominaisuudet pohjautuvat nimenomaan hänen henkilökohtaisiin käsityksiinsä työstä. Ominaisuudet ovat näin ollen kontekstisidonnaisia, toisin kuin rationaaliseen lähestymistavassa. (Kostiainen 2003, 28.) Tässä tutkielmassa ammatillista puheviestintäosaamista tarkastellaan tulkinnallisesta näkökulmasta, koska tutkielma perustuu nimenomaan puheterapeuttien omiin käsityksiin ja kokemuksiin puheterapiassa tarvittavasta ammatillisesta puheviestintäosaamisesta.



### 3 AMMATILLINEN PUHEVIESTINTÄOSAAMINEN

Tässä tutkielmassa ammatilliseen osaamiseen liittyvä viestintäosaaminen katsotaan ammattiosaamisen yhdeksi ulottuvuudeksi (ks. Kostiainen 2003, 30). Tutkielman focus on viestintäosaamisen yhdessä erillisessä osassa, puheviestintäosaamisessa, jota tarkastellaan interpersonallisessa ja relationaalisessa kontekstissa. Puheviestintäosaaminen myös määritellään relationaalisen kompetenssin ja interpersonaalisen kompetenssin lähikäsitteeksi. Niin ikään puheviestintäosaamisella viitataan tässä tutkielmassa sekä työssä tarvittaviin puheviestintätaitoihin, että ihmisen kykyyn suunnitella ja kehittää omaa puheviestintäosaamistaan. Tarkastelun kohteena on hoidonantaja-asiakasviestintä, ja erityisesti hoidonantajan ja asiakkaan (lääkäri-potilas, puheterapeutti-asiakas) välinen viestintäsuhde, jolloin puheviestinnällisestä osaamisesta voidaan käyttää myös nimitystä vuorovaikutusosaaminen (Mönkkönen ja Finstad 2007, 58). Jatkossa tutkielmassa käytetään vaihtelevasti molempia nimityksiä, puheviestintäosaaminen ja vuorovaikutusosaaminen.

#### 3.1 Viestintäosaaminen

Samoin kuin ammattikompetenssin kohdalla (ks. luku 2.3), myös viestintäkompetenssin synonyymina käytetään tutkimuksissa vaihtelevasti osaamisen käsitettä (ks. Esim. Huotari, Hurme & Valkonen 2005, 75), tai viestintätaitojen käsitettä (Koivuoja & Isotalus 2009, 139, ks. myös Valkonen 2003, 25). Nykytutkimuksissa suositaan edellä luvussa 2.3 määriteltyä osaamisen käsitettä. Aiemmin viestintäosaamista on käytetty muun muassa viestintäsivistys-käsitteen rinnalla. Näissä tutkimuksissa viestintäsivistynyt kansalainen on katsottu ihmiseksi, jolla on viestintämotivaatiota, riittävät tiedolliset, taidolliset ja tekniset viestintävalmiudet ja joka kykenee moraalisiin ja eettisiin viestinnällisiin arvovalintoihin. (Valkonen 2003, 27.)

Ammattiosaamisen tavoin myös viestintäosaamisen määrittely on monimutkaista, koska jo pelkästään viestintää voidaan määritellä monin eri tavoin. Huotari ym. (2005, 75–76) kuitenkin korostavat, että eri määrittelytavoista huolimatta, määrittelyssä joudutaan aina nostamaan jokin viestinnän ilmiöistä keskiöön. Viestinnän määritelmässä korostettavina ilmiöinä voivat olla

esimerkiksi ihmisten välisen yhteyden rakentaminen, informaation välittyminen ja tiedon rakentuminen tai viestintätekniiikka. Viestintä voi tarkoittaa muun muassa informaation siirtämistä (information transfer) tai tiedon jakamista (knowledge sharing). Yhtä lailla viestintää voidaan kuitenkin tutkijoiden mukaan tarkastella myös laajemmasta näkökulmasta, kuten esimerkiksi Stuart Hallin kiteyttämän merkityksentämisen kautta. Tällöin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tuotetaan viestinnällä merkityksiä, joiden luominen on tärkeämpää kuin asioiden/viestien välittäminen eteenpäin. Viestintä voidaan siis katsoa sosiaalisesti toiminnaksi, jonka avulla pidetään yhteyttä sekä luodaan ja ylläpidetään omia tai toisten käsityksiä.

Huotarin ym. (2005, 76) mukaan viestintä on prosessi, jonka avulla yksilöt erilaisissa vuorovaikutussuhteissa, ryhmissä ja organisaatioissa luovat viestejä ja reagoivat niihin. Tällöin myös viestinnän tarkastelua voidaan tehdä monella eri tasolla. Tutkijat viittaavat Powersiin (1995) jonka mukaan tarkastelun keskiössä voi olla esimerkiksi sanomataso tai vuorovaikutuksen suhdetaso.

Koska viestintä itsessään on hyvin monimuotoinen ilmiö, myös viestintään liittyvän osaamisen yksiselitteinen määrittely on mahdotonta (Huotari ym. emt. 75). Viestintäosaaminen on käsitteenä hyvin moniselitteinen ja jossain määrin myös vaikeasti hahmotettava ilmiö (Valkonen 2003, 26; ks. myös Finstad & Isotalus 2005, 14). Wilson ja Sabee (2003, 3,7) huomauttavat, että viestintäkompetenssia (osaamista) ei ole käsitelty perinteisesti niinkään teoreettisena terminä, vaan mieluummin nimenomaan käsitteenä. Lukuisat useat tutkijat ovat Wilsonin ja Sabeen mukaan nähneet runsaasti aikaa käsitteen määrittämiseen ja arvioimiseen ja viestintäosaamisesta tehty kirjallisuustutkimus on hyvin laajaa ja monipuolista. Kaikkein varhaisimmat teoreettiset jäsennyspyrkimykset osaavasta viestinnästä ulottuvat jo antiikin aikakaudelle retoriikan piiriin (Huotari ym. 2005, 76; Valkonen 2003, 25; Mönkkönen & Finstad 2007, 35). Tuolloin viestinnällistä osaamista määriteltiin puhe- ja argumentointitaitojen perusteella. Aristoteleen oppien mukaisesti osaavaa viestintää määriteltiin sillä, kuinka vakuuttava, vilpiton ja luotettava puhuja oli. Nykyisin viestintäosaamisen käsite on kuitenkin laajentunut käsittämään puhetaidon lisäksi myös muut vuorovaikutustaidot sekä vuorovaikutusosaamisen, luku- ja kirjoitusosaamisen, informaatio-osaamisen sekä media-alan osaamisen. (Huotari ym. 2005, 76–77; ks. Myös Rubin 1990, 96, Valkosen 2003 mukaan.)

Viestintäosaamista on tutkittu erilaisissa konteksteissa, kuten asiantuntijaroolin sisällä (esimerkiksi opettajien ja terveydenalan ammattilaisten) keskuudessa sekä henkilökohtaisten suhteiden (esimerkiksi ystävyysuhteiden ja perheen) sisällä (Wilson ja Sabee (2003, 3, 7). Kaiken

kaikkiaan viestintäosaamista on puheviestintätieteessä, kuten monissa muissakin tieteissä määritelty eri näkökulmista ja käsitettä on mallinnettu esimerkiksi kognitiivisesta, affektiivisesta ja taitokeskeisestä näkökulmasta (Spizberg & cupach 1984, Mönkkösen ja Finstadin 2007, 35 mukaan).

Eräänlaisen yleispätevän ja sangen väljän määritelmän mukaan viestintäosaaminen voidaan määritellä ”yksilön kyvyksi tai valmiudeksi viestiä toisten kanssa” (Huotari ym. 2005, 76; Valkonen 2003, 25). Kostiaisen (2003, 9-10, 30) ammattiosaamisen yhteydessä käyttämässä viestintäosaamisen määritelmässä taas kuvastuu nykyisin puheviestintäosaamisenkin määritelmässä korostuva tieto, taito, motivaatio-kompensaatio:

“Viestintäosaaminen tarkoittaa yksilön viestinnällistä toimintakykyä, jonka avulla yksilö toimii ammatissaan: niitä ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyviä tietoja, taitoja, kykyjä, ominaisuuksia, asennoitumista ja ymmärrystä, joita ammattilainen tarvitsee työssä menestyäkseen ja joille hän antaa omat merkityksensä ja oman painoarvonsa.”

Myös Valkonen (2003, 25) kiteyttää viestintäkompetenssin koostuvan toisiinsa kiinteästi liittyvistä osatekijöistä: tiedosta, taidosta ja asenteesta. Kostiaisen (2003) puheviestinnän ja interpersonaalisen viestinnän näkökulmiin pohjautuvassa viestintäosaamisen käsitteen määritelmässä on kuitenkin huomioitavaa se, että viestintäosaamiseen lasketaan tässä määritelmässä kasvokkain tapahtuvan viestinnän lisäksi myös kirjoitettu viestintä. Joissakin yhteyksissä viestintäosaaminen saatetaan liittää myös kiinteästi esiintymistaitoihin (Brander 2009, 21).

Joissakin viestintäosaamisen tutkimuksissa viestintäosaamisen käsitteen sijasta on käytetty myös kommunikaatiovalmiuksien eli kvalifikaatioiden käsitettä (ks. Esim. Valkonen 2001) ja Kostiaisen (2003, 32–33) mukaan hyvin yleistä on sijoittaa viestintään liittyvä osaaminen erilaisiin kvalifikaatioluokkiin, jolloin osaamista kuvataan esimerkiksi nimikkeillä ”ihmissuhdetaidot”, ”motivoinnin taidot”, ”kuuntelemisen taidot” jne. Kostiaisen (emt.) kuitenkin kritisoi tämänkaltaisia kvalifikaatio- ja osaamisluokittelututkimuksia, joissa viestintäosaamista ei ole konkretisoitu. Tällaisissa tapauksissa määrittely on puutteellista tai se mainitaan hyvin ylimalkaisesti ammattitaitovaatimuksissa jätäten hyvin epämääräiseksi alueeksi (ks. kvalifikaatiovaatimukset luku 2.3). Tämän vuoksi kvalifikaatiojaottelutkaan eivät tällöin perustu aina viestinnän teoreettisiin käsityksiin. Kostiaisen kuitenkin painottaa, että mikäli kvalifikaatioluokituksissa viestintäosaaminen jäsennetään teoreettisesti hyvin, eritasoiset ja

irrationaaliset viestintäosaamisen alueet pystytään perustelemaan teoreettisten jäsenysten pohjalta nouseviksi ammattiosaamisen *ulottuvuuksiksi*. Tässä tutkielmassa puheviestintäosaamista käsitellään juuri ammattiosaamisen ulottuvuutena.

Usein arkikielessä viestintäosaamista ja viestintätaitoja käytetään toistensa synonyymeina (Mönkkönen & Finstad 2007, 36; Huotari ym. 2005, 77; Valkonen 2003, 25). Ne eivät kuitenkaan tarkoita samaa asiaa (Huotari ym. 2005, 77). Viestintäosaaminen ja viestintätaidot eroavat toisistaan samalla tavalla kuin edellä kuvatut käsitteet ammattiosaaminen ja ammattitaito (ks. 2.1 ja 2.4). Viestintäosaaminen on tällöin laajempi kattokäsite / yläkäsite, jonka alle taidot sijoittuvat (Mönkkönen & Finstad, 2007, 36; Huotari 2005, 77). Viestintäosaaminen myös tarkoittaa eri kontekstissa erilaista osaamista. Viestintään liittyvä osaaminen voi määrittelijän näkökulmasta riippuen käsittää esimerkiksi sanomien tuottamiseen, ilmaisuun, havaitsemiseen ja tulkintaan liittyvät prosessit. Viestintäosaamisella voidaan tarkoittaa esimerkiksi ryhmätyöskentely valmiuksia ja määrittelyssä voidaan korostaa muun muassa työtehtävien vaatimaa ammattikohtaista viestintä - ja informaatio-osaamista. (Huotari ym. 2005, 76, 78.) Esimerkiksi Valkonen (2001, 16 25) määrittelee lukiolaisten viestintävalmiuksien arvioinnin tuloksia käsittelevässä raportoinnissa viestintäkompetenssin tarkoittavan sekä kielellistä että nonverbaalista ilmaisu- ja havaintotoiminnan taidokkuutta kahden tai useamman ihmisen välisessä vuorovaikutussuhteessa. Kompetenssiin liittyy tällöin tietäminen, taitaminen, tahtominen, ryhtyminen, rohkeneminen ja oman toiminnan arvioiminen. Kaiken kaikkiaan on tärkeää tiedostaa, että viestintäosaaminen ei ole persoonallisuuden piirre, vaan sarja opittuja taitoja (Kurtz ym. 2005, 2).

Usein viestintäosaamista jäsenetään viestintätaitojen ja niistä tehtyjen luokitusten avulla (Kostiainen 2003, 31, Mönkkönen & Finstad 2007, 36 ). Viestintäkompetenssia on mallinnettu esimerkiksi kognitiivisten, affektiivisten ja behavioraalisten osatekijöiden avulla (Valkonen 2003, 25). Huotarin ym. (2005, 77) mukaan viestintäosaamiseen liittyy näiden lisäksi myös neljäs ulottuvuus, eettinen ulottuvuus, vaikka osaaminen rakentuukin periaatteessa kolmen ensimmäisen ulottuvuuden kautta (vrt. Valkonen 2003, 25). Tutkijoiden määritelmä ulottuvuuksista on seuraavanlainen:

*”Affektiiviseen* osaamiseen kuuluvat myönteiset viestintäasenteet, rohkeus halukkuus tai riittävä motivaatio viestiä. *Kognitiivinen* viestintäosaamisen ulottuvuus tarkoittaa viestintään liittyvää tietoa ja viestintäkäyttäytymistä säätelevien prosessien hallintaa eli viestinnän metakognitiivisia taitoja. *Behavioristinen* ulottuvuus kuvastaa viestintäkäyttäytymisen ja taitojen osuutta osaamisesta. Viestintäosaaminen vaatii myös sellaisten periaatteiden noudattamista, joita voidaan pitää *eettisesti* hyväksyttävinä.”(Huotari 2005, 77.)

Huotarin ym. (2005, 77) mukaan eettisyys on tärkeä osaamisen ulottuvuus, koska pelkästään tietotaito-motivaatio ei riitä takaamaan sitä, että viestijällä on myös kykyjä ja haluja moraaliseen vastuuseen sekä viestinnän *eettiseen* ongelmien ratkaisuun. Viestintäkompetenssin neljä ulottuvuutta ovat tutkijoiden mukaan kiinteästi yhteydessä toisiinsa ja eroteltavissa toisistaan vain teoreettisesti.

Kuten edellä on jo tullut ilmi, viestintäosaamiselle voidaan asettaa myös tiettyjä kriteereitä, vaikka itse käsitteen määrittely onkin hankalaa. Koska viestinnällä pyritään usein merkityksellisten tarpeiden ja tavoitteiden saavuttamiseen, on tutkimuskirjallisuudessa peruskriteereiksi nousut *tehokkuuden* ja *tarkoituksenmukaisuuden* kriteerit (Huotari ym. 2005, 77–78; Spitzberg 1994; Cupach & Canary 1997). Useissa tutkimuksissa kriteerit nousevat Rubinin (1990) tavasta tarkastella puheviestintäkompetenssia kognitiivisen- interpersonaalisen- ja taitokeskeisen lähestymistavan kautta (ks. esim. Valkonen 2003, 25–26). Rubin (1990, 96, Valkosen 2003, 25–26 mukaan) on määritellyt viestintäkompetenssin seuraavasti:

“Communication competence is a knowledge about appropriate and effective communication behaviors, development of a repertoire of skills that encompass both appropriate and effective means of communication and motivation to behave in ways that are viewed as both appropriate and effective by interactants”.

Valkosen (2003, 26) mukaan viestintätaitojen opetuksen kontekstiin määritelmä soveltuu vain osittain, vaikka useasti puheviestintätaitojen opetusta käsittelevässä kirjallisuudessa viestintäkompetenssia määritellään juuri Rubinin määritelmään tukeutuen. Valkonen katsoo, että kompetenssin osatekijöiksi tulisi lisätä myös viestinnän metakognitiiviset taidot ja määritelmän tulisi viitata edellä esitetyn Huotarin ym. (2005, 77) määritelmän tavoin suuremmin viestinnän eettisiin periaatteisiin. Valkosen (2003, 26) oma, Rubin määritelmästä laajennettu viestintäosaamisen määritelmä tarkoittaa tällöin

”Tietoa tehokkaasta ja tarkoituksenmukaisesta viestintäkäyttäytymisestä, motivaatiota ja taitoa toimia viestintätilanteissa tavalla, jota viestintään osallistuvat pitävät tehokkaana ja tarkoituksenmukaisena, taitoa ennakoita, suunnitella, säädellä ja arvioida viestintäkäyttäytymistä sekä sellaisten viestinnän eettisten periaatteiden noudattamista, jotka ei vaaranna viestintäsuhteita eivätkä loukkaa toisia osapuolia”.

Tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen kriteeristön käyttäminen ei kuitenkaan ole ongelmatonta. Esimerkiksi Schirmerin ym. (2005, 184–185) artikkelissa lääkärin tehokkaan viestinnän katsotaan

sisältävän kyvyn adaptoida, reagoida ja hallita itseään kuuntelemisen ja puhumisen prosessissa, mutta samalla tehokkaan viestinnän on todettu olevan riippuvaista paitsi lääkärin viestintätaidoista, myös potilaan käytöksestä ja käsityksistä. Tällöin viestintä saattaa olla tehokasta yhden potilaan kanssa, mutta vähemmän tehokasta toisen potilaan seurassa. Tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen kriteeristön käyttämisessä tulisi siis huomioida kontekstisidonnaisuus.

Tehokkuudelle ja tarkoituksenmukaisuudelle on *yritytty* asettaa yhteisiä kriteereitä, jotta viestintäkompetenssin *arviointi* olisi mahdollista erilaisista konteksteista huolimatta. Spitzbergin (1994, 31–32) mukaan tehokkuus tarkoittaa haluttujen tulosten saavuttamista viestintäsuhteessa. Tehokkuuden kriteereitä ovat esimerkiksi viestinnän selkeys ja vakuuttavuus. Myös ymmärtäminen liittyy tehokkuuteen. Myös Cupachin ja Canaryn (1997, 23–25) mukaan tehokkuus on tavoitteiden saavuttamista viestinnässä. Tavoitteet voivat olla itsensä esittämiseen liittyviä eli instrumentaalisia tavoitteita. Tavoitteet voivat olla myös relationaalisia eli vuorovaikutussuhteeseen liittyviä. Instrumentaaliset ja relationaaliset tavoitteet ovat sidoksissa toisiinsa, sillä instrumentaalisissa tavoitteissa onnistuminen vaikuttaa yleensä positiivisesti myös relationaalisiin tavoitteisiin.

Tarkoituksenmukaisuus taas tarkoittaa Spitzbergin (1994, 31–32) mukaan käyttäytymistä tilanteeseen ja kontekstiin edellyttämällä tavalla. Myös Cupach ja Canary (1997, 23–25) määrittelevät tarkoituksenmukaiseksi viestinnäksi sellaisen toiminnan, joka sopii vallitsevaan tilanteeseen ja huomioi esimerkiksi muiden odotukset. Tämä tarkoittaa usein sitä, että viestijän odotetaan noudattavan tiettyjä sääntöjä ja kunnioittavan yhteisön arvomaailmaa.

Viestintäosaamisen tavoitteistoa voidaan jäsentää myös lukutaito (literacy) käsitteen avulla. Lukutaito-käsitettä on käytetty viestintäosaamisen yhteydessä pohdittaessa lukutaitojen ja tietoyhteiskuntakehityksen nivoutumista toisiinsa sekä kuvattaessa tietoyhteiskunnassa tarvittavaa tietoa ja osaamista. (Valkonen 2003, 18, 27.) Lisäksi sitä on käytetty kompetenssin ohella jäsentämään viestintäosaamisen ulottuvuuksia (Huotari ym. 2005, 78) ja toisinaan sitä käytetään jopa puheviestintäosaamisen synonyymina (Valkonen 2003, 28).

Esimerkiksi silloin kun viestintäosaamista tarkastellaan osana yksilön elämänhallintaa tai kykynä toimia sosiaalisissa tilanteissa puhutaan usein *kulttuurisen lukutaidon* käsitteestä, jonka rinnalla käytetään myös *kommunikatiivisen kompetenssin käsitettä*. Kommunikatiivisessa kompetenssissa viestintäosaamisen huomion kohteena ovat muun muassa verbaalisten ja nonverbaalisten sanomien tuottamisen, havaitsemisen ja tulkinnan taidot sekä kulloiseenkin viestintäkontekstiin liittyvien sosiaalisten normien ja rituaalien hallinta. Yksilön viestintäosaamista voidaan lähestyä

myös määrittelemällä osaamisalueita erilaisten viestintätehtävien, -yhteyksien, - tai – tapojen mukaan. Tällöin tarkastelun kohteena voi olla esimerkiksi informaatio-osaaminen eli informaatiolukutaito, tai sen rinnakkaiskäsite tiedonhallintaidot tai mediakompetenssi eli medialukutaito. Yhtäältä voidaan tarkastella esimerkiksi puheviestintäkompetenssia, jonka keskiössä voi olla esimerkiksi puhumisen ja kuuntelemisen taidot, esiintymistaidot, ryhmätaidot tai esimerkiksi vuorovaikutus- ja suhdekeskeiset taidot. (Huotari ym. 2005, 78.)

### 3.2 Puheviestintäosaaminen

Puheviestintäosaaminen on viestinnällistä osaamista ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Valkonen 2003, 26; ks. myös Purhonen 2004, 13). Viestintäosaamista ja puheviestintäosaamista, eli niin sanottua inhimillisen osaamisen aluetta on määritelty ja nimitetty hyvin usealla eri tavalla (Huotari, Hurme & Valkonen 2005, 76). Puheviestintätieteellisessä kirjallisuudessa käytetään viestintään liittyvään osaamiseen viitatessa vaihtelevasti käsitteitä viestintäkompetenssi, puheviestintäkompetenssi, viestintäosaaminen ja puheviestintäosaaminen (ks. Esim. Kostainen 2003; Valkonen 2003; Valo 2000; Mönkkönen & Finstad 2007). Kuten aiemmin on jo todettu, kompetenssi ja osaaminen voidaan katsoa toistensa synonyymeiksi, vaikka osaamisen käsite voidaan ymmärtää kompetenssia laajempänä käsitteenä.

Puheviestintään liittyvää kompetenssia tarkasteltiin vielä 1960-luvulla lähinnä ainoastaan vaikuttamisen näkökulmasta. Tällöin pyrittiin selvittämään, millaiset osatekijät selittävät puhujasta syntyvää luotettavuusvaikutelmaa ja miten esimerkiksi empatia, evidenssin määrä ja itsestä kertominen ovat yhteydessä puhujan tehokkuuteen. Kompetenssi myös katsottiin puhujan luotettavuuden luontaiseksi elementiksi. Myöhemmin näkökulma laajeni viestintäkompetenssin tavoin puhuja - ja sanomakeskeisyydestä sekä viestintäprosessin tuloksellisuudesta viestintäkompetenssin sosiaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin ulottuvuuksiin. Nykyisin puheviestintäkompetenssi tarkastelee viestinnällistä osaamista kahden tai useamman ihmisen välisessä vuorovaikutustilanteessa ja kompetenssiin kuuluu sekä kielellinen että nonverbaalinen ilmaisu- ja havaintotoiminta. Tutkimuksien kohteina ovat olleet viestintähalukkuus ja viestintäarkeus, viestintäasenteet ja – motivaatio, viestintäkäyttäytymisen taustalla olevat

kognitiiviset tekijät sekä käyttäytymisessä ilmenevät puheviestintätaidot ja niiden arvioiminen. (Valkonen 2003, 34–35.)

Teoreettisena käsitteenä puheviestintäkompetenssi on edelleen melko jäsentymätön ja monitulkintainen. Useat tutkijat ovat huomanneet käsitteen määrittelyssä ongelmalliseksi kompetenssin osatekijöiden välisen suhteen selvittämisen sekä kompetenssin tilannekohtaisuuden ja piirretyyppisyyden huomioonottamisen. Puheviestintäkompetenssin tutkimuksessa on tarkasteltu lähinnä vain yksittäisiä osatekijöitä, jolloin tutkimustuloksia ei ole voitu liittää laajempaan teoreettiseen viitekehykseen. Lisäksi viestintäkompetenssia kuvaavia malleja ja teorioita ei ole juurikaan testattu. (Valkonen 2003, 26, 34–35.)

Silloin kun viestintäosaamisen tarkastelu fokusoituu puheviestintätieteissä vuorovaikutuksen suhdetasoon, puhutaan puheviestintäosaamisen ohella myös interpersonaalista kompetenssista (interpersonal competence) tai relationaalista kompetenssista (relational competence) (Valkonen 2003, 27, 33–34). Interpersonaalista kompetenssia käytetään puheviestintäkompetenssin lähikäsitteenä ja toisinaan jopa rinnakkaiskäsitteenä.

Interpersonaalisen kompetenssin rinnalla käytetään myös viestintäsuhteita tarkastelevaa relationaalisen kompetenssin käsitettä. Relationaalinen ei tarkoita tässä yhteydessä *suhteellista*, vaan *suhteeseen* liittyvää osaamista. Kompetenssin tarkastelun kohteena ei ole viestivä yksilö, vaan viestintäsuhte. Myös relationaalisen kompetenssin käsitteen määrittely on kaksijakoista. Sillä voidaan tarkoittaa taitoa luoda ja ylläpitää vuorovaikutussuhteita tai se voi tarkoittaa vuorovaikutussuhteen tasolla tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen viestintäkäyttäytymisen ilmenemismuotojen, eli taitojen ja viestintäkäyttäytymisen tulosten tarkastelua. Juuri interpersonaalisen ja relationaalisen kompetenssin tutkimuksen myötä edellä mainitun viestintäkompetenssin näkökulma on laajentunut viestijä - ja sanomakeskeisyydestä ja tuloksellisuudesta viestintäkompetenssin sosiaaliin ja vuorovaikutuksellisiin ulottuvuuksiin. Tällöin viestinnän taitavuuden kriteerit nousevat viestijäosapuolten tilannekohtaisista tulkinnoista ja arvomääritelmistä, joissa heijastuvat tietyn aikakauden, kulttuurin tai sosiaalisen yhteisön moraalisisista ja ideologisista positioista. Kukaan ei myöskään voi olla sosiaalisesti *osaava* yksinään, vaan kompetenssi on tulosta viestijöiden yhteistyöstä. Interpersonaalisisessa ja relationaalisisessa näkökulmissa tarkastelun kohteena ovat prosessit, joiden avulla viestijä omaksuu sosiaalisen käyttäytymisen muotoja ja pyrkii hallitsemaan vuorovaikutustilanteita. Puheviestintäkompetenssin kannalta merkityksellisiksi nousevat erilaiset käsitteet kuten kyky



ottaa huomioon toisten näkökulmia (social perspective taking), aktiivinen mukanaolo (interaction involvement) ja retorinen sensitiivisyys. (Valkonen 2003, 33–34.)

Tämän tutkielman focus on puheviestintäosaamisessa. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät tällöin esimerkiksi kirjoittaminen, lukeminen ja medialukutaito. Puheviestintäosaamista tarkastellaan puheterapeutin ja asiakkaan viestintäsuhteessa ja osaamista pidetään sosiaalisena ja vuorovaikutuksellisenä ilmiönä. Tällöin puheviestintäosaamisella on kiinteitä yhtymäkohtia interpersonaalisen kompetenssiin ja relationaaliseen kompetenssiin. (ks. Valkonen 2003, 34; Purhonen, 2004, 13).

### 3.3 Puheviestintäosaaminen tietojen, taitojen ja motivaation näkökulmasta

Valkosen (2003, 35–36) mukaan ihmisen viestintäkäyttäytymistä ja asenteita saattaa määrittää piirretyyppisesti viestintäkäyttäytymisen taustalla olevat erilaiset viestintäominaisuudet (communication predispositions) ja viestintäpiirteet (trait communication behaviors). Tällaisia ovat muun muassa argumentatiivisuus, itsestä kertominen, kognitiivinen kompleksisuus, oman toiminnan monitorointi, viestintähaluttomuus, vähäpuheisuus ja viestintäarkuus. Tämänkaltaisen kognitiivinen lähestymistapa puheviestintäkompetenssiin näkyy tutkijan mukaan teoreettiselta perustaltaan konstruktivismiin nojaavissa tutkimuksissa, joissa tarkastelun kohteena ovat yksilön kognitiivisten rakenteiden kongruenssin merkitykset. Kognitiivinen kompleksisuus katsotaan puheviestintäkompetenssin keskeiseksi osatekijäksi ja tällöin myös oletetaan, että viestijä pystyy toimimaan eri tilanteissa taitavasti, mikäli hänellä on riittävän monipuolinen ja joustava informaation vastaanotto- ja käsittelyjärjestelmän rakenne. Valkosen mukaan on myös esitetty, että viestinnän piirretyyppiset ominaisuudet yhdessä persoonallisuuden kanssa säätelevät hyvin paljon sitä, mitä yksilö havaitsee vuorovaikutustilanteissa merkitykselliseksi ja miten vuorovaikutustilanteen osapuolet reagoivat toisiinsa. Niin ikään yksilön synnynäiset ominaisuudet vaikuttavat todennäköisesti huomattavan paljon siihen, miten taitavaa vuorovaikutuskäyttäytyminen on. Esimerkiksi lahjakkuustutkimukset vahvistavat, että useat viestintäosaamisen perustekijät ovat synnynäiseen kykyrakenteeseen liittyviä. Tämä ei kuitenkaan Valkosen mukaan tarkoita sitä, että osaamista ei pystyisi kehittämään.

Paitsi henkilön luontaiset viestintäominaisuudet, puheviestintäosaamiseen, niin kuin myös viestintäosaamiseen, liitetään usein yksilön tiedot, taidot ja motivaatio, joita mitataan tehokkuuden ja tarkoituksenmukaisuuden periaatteilla (Mönkkönen & Finstad 2007, 36). Tätä kuvaa hyvin aiemmin luvussa 2.2 esiteltyt viestintäosaamisen määritelmät. Useissa tutkimuksissa puheviestintäosaamisen katsotaan nykyisin koostuvan juuri tiedoista, taidoista ja sopivasta asenteesta, toisin sanoen motivaatiosta (esim. Spizberg ja Cupach 1984, Streetin, 2003, 916 mukaan; Valkonen 2003, 25; Isotalus 2006,75; Isotalus & Mäki 2009, 25; Valkonen 2003, 25; Isotalus & Koivuola 2009, 139).

Streetin (2003, 917) mukaan kolmen elementin- tiedon, taidon ja motivaation- kehikko kuvaa hyvin viestintäkompetenssin piirteitä, mutta ei selitä viestintäosaamisen prosessia eli sitä, miten viestijät tuottavat osaamistaan viestinnällisessä käytöksessään ja miten he saavuttavat taidot? Viestintätiedosta osana yksilön viestintäkompetenssia tiedetään ylipäättään vain vähän, eikä ole juurikaan tutkittu mitä osaava viestijä tietää, mistä hän on tiedon saanut ja kuinka tietoa voidaan ohjata oppimaan (Valkonen 2003, 36). Tiedon rooli puheviestintäosaamisen osana saakin alan kirjallisuudessa vain hyvin vähän huomiota. Sen sijaan taitonäkökulman vallitsevuus näkyy esimerkiksi siinä, miten opetuksessa uskotaan käytännön työharjoittelun hyötyyn, vaikka puheviestintäosaaminen voi kehittyä myös tiedon, kuten esimerkiksi luentojen avulla. Tietoperusteisella opetuksella on olennainen rooli muun muassa tiedostetun ja ei-tiedostamattoman osaamisen alueiden muuttamisessa tiedostetuksi osaamiseksi. (Isotalus & Mäki, 2009, 25-27.)

Puheviestintäosaamisen kattokäsitteeseen kuuluvien puheviestintätaitojen sijaan voidaan puhua myös vuorovaikutustaidoista tai viestintätaidoista (Valkonen 2003, 11), kuten tässä tutkielmassa tehdään. Käsitteitä saatetaan käyttää tutkimuksissa usein myös viestintäkompetenssin ja / tai viestintäosaamisen synonyymina (Valkonen 2003, 25; ks. myös Virtanen 2007, 15). Tässä tutkielmassa puheviestintätaidot katsotaan puheviestintäosaamisen alakäsitteeksi.

Valkonen (2003, 37-38) huomauttaa, että kaikki tutkimukset eivät koe taitoja ehtona osaavalle viestinnälle. Silti puheviestintätaitojen tarkasteleminen on aina ollut kompetenssin määrittelyn ytimenä. Taito-käsitteelle löytyy käyttöä esimerkiksi opetuksessa ja oppimisessa. Puheviestintätaidot, jotka Valkonen katsoo sellaisen viestintäkäyttäytymisen osoittamiseksi, joka tulee tietyssä viestintäkontekstissa arvioiduksi tehokkaaksi ja tarkoituksenmukaiseksi, nousevat avainasemaan, koska osaaminen on vain osittain observoitavissa eikä osaamista varsinaisesti pysty havaitsemaan, mittaamaan ja arvioimaan.

Puheviestinnän tutkimushistorialle on ollut tyypillistä määritellä taidon olemusta luokittelemalla ja ryhmittelemällä taitoja (Valkonen, 2003, 42). Luokittelulla on pyritty rakentamaan hierarkioita, joiden avulla on eroteltu muun muassa puhumisen ja kuuntelemisen taidot kieleen, puhetekniikkaan ja nonverbaliikkaan liittyvistä viestintävalmiuksista. Puheviestintäosaamiseen on liitetty esimerkiksi viestinnän toiminnallisuuteen liittyvät taidot, vuorovaikutuksen ja sanoman rakentamisen taidot sekä sanoman vastaanottamisen ja arvioimisen taidot. (Valo 1994, 37–38 Isotaluksen & Koivuoja 2009, 141 mukaan.)

Valkosen 2003, 42) mukaan yksi varhaisimmista systemaattisista luokitteluista on jakaa taidot funktionaalisiin kategorioihin eli ryhmitellä ne viestinnän vastaanottavuuden ja tuottavuuden funktion mukaisesti. Tällöin puhutaan kontrolliin liittyvistä puheviestintätaidoista, informaation saamiseen ja antamiseen liittyvistä taidoista, ritualistiseen käyttäytymiseen ja kuvitteluun liittyvistä taidoista sekä esimerkiksi tunteiden ilmaisuun ja tulkintaan liittyvistä taidoista. Burleson (1990, Valkosen emt. 42 mukaan), liittyy interpersonaaliseen viestintäkompetenssiin näiden taitojen lisäksi myös seuraavanlaiset viestintäfunktioiden edellyttämät puhumisen ja kuuntelemisen taidot:

”keskustelujen aloittaminen, ylläpito ja päättäminen, lohduttaminen ja empatia, konfliktin hallinta, vaikuttaminen, toisen minäkuvan tukeminen, vuorovaikutuksen sääntöjen ja normien noudattaminen sekä toisten viihdyttäminen jutuilla, tarinoilla ja kertomuksilla (narratiiviset taidot).”

Taitoluokitusten rinnalle on noussut myös taitojen tarkastelu toiminnan kontekstissa (Gerlander & Takala 2000, 173), kuten tässä tutkielmassa tehdään. Tällöin viestintäosaamista ei tarkastella yksilön ominaisuutena, vaan sellaisena kuin viestintäosaaminen toiminnassa, esimerkiksi puheterapeutin työssä ilmenee (ks. Myös Isotalus & Koivuoja 2009, 142). Tällöin hyvin usein puhutaan puheviestintäosaamisen spesifeistä ja yleisistä taidoista, jolloin taidot luokitellaan yleisiin - ja alakohtaisiin taitoihin (Isotalus & Koivuoja 2009, 140). Tämänkaltaisia tilanne - ja tehtäväkohtaisia taitoja ovat muun muassa esiintymistaidot, interpersonaalisen viestinnän taidot, ryhmäviestintätaidot, konfliktien hallintaan liittyvät taidot ja haastattelutaidot. Tällainen jaottelu ei kuitenkaan tarkoita sitä, että taidot olisivat aina kuvattavissa ja tarkkaan eriteltävissä vain tiettyihin tilanteisiin kuuluvaksi. Jäsentelyn tavoitteena on auttaa hahmottamaan, millaisia taitoja jokin tilanne erityisesti edellyttää. (Valkonen 2003, 43.)

Kolmas puheviestintäosaamisen tärkeä elementti on affektiivinen ulottuvuus eli motivaatio. Viestintäkompetenssin affektiivisista osa-alueista on aina 1970-luvulta lähtien tutkittu ensisijaisesti viestintähalukkuutta, puhumisrohkeutta, viestintäarkuutta ja ujoutta. Pelkät taidot eivät riitä, ellei viestijällä ole myös halua, uskallusta ja *motivaatiota* osallistua vuorovaikutustilanteisiin. (Valkonen 2003, 37.)

Puhe- ja viestintäkäyttäytymistä voidaan määritellä myös sen mukaan miten taitavaa henkilön viestintä on. Taitavuutta on luonnehdittu useilla erilaisilla käsitteillä, joista Valkonen (2003, 38) nostaa tutkimuksessaan esille käsitteet asiantuntevuus, johdonmukaisuus, ymmärrettävyys, selkeys, tarkkuus, rehellisyys ja suoruus.

Puheviestintätaitoja voidaan tarkastella myös sosiaalisina taitoina. Sosiaalisen kompetenssin ja sosiaalisten taitojen tutkimustraditio on tarkastellut hyvin samankaltaisia ilmiöitä kuin puheviestintätaitojen tutkimus (Valo 1995b, Valkosen 2003, 32 mukaan). Valkonen (2003, 32–33) huomauttaa, että tutkimustraditioiden lähtökohdat ovat erilaiset sosiaalisten taitojen koulutuksen liittyessä usein psykiatriseen, psykoterapeuttiseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen ja puheviestintätaitojen koulutuksen liittyessä ennemminkin koulutusjärjestelmän yleissivistäviin tai ammatillisiin tavoitteisiin. Sosiaalisen kompetenssin ja puheviestintäkompetenssin määrittelyt ovat kuitenkin hyvin samankaltaiset. Valkonen (emt. 33) viittaa Ellisiin ja Whittingtoniin (1981, 11) jotka toteavat että, sosiaalisia taitoja voidaan nimetä monella eri tavalla ja niitä voidaan kutsua esimerkiksi sosiaalisiksi, interpersonaaliseksi tai kasvokkaiseksi käyttäytymiseksi. Olennaista ei kuitenkaan ole tutkijoiden mukaan nimeäminen vaan se, että taidot ovat havaittavissa käyttäytymisestä ja niitä voidaan opettaa ja oppia. Valkosen (emt. 33) mukaan sosiaalisen kompetenssin ja sosiaalisten taitojen tutkimusta on käytetty vuorovaikutuskoulutuksen perustana juuri ihmissuhdeammateissa, kuten hoitotyössä. Puheviestintäkompetenssin- ja taitojen tutkimus on kaiken kaikkiaan pystynyt hyödyntämään monella tavalla sosiaalisen kompetenssin tutkimusta ja päinvastoin.

#### 3.4 Puheviestintäosaaminen ammattiosaamisen ulottuvuutena

Ammattiosaamiseen liitetään yhä useammin viestintäosaaminen, sillä viestintäosaamisen merkitys yhteiskunnassa on kasvanut nopeasti (Gerlander & Takala 2000, 162) ja erilaisia viestintätaitoja

tarvitaan yhä useammissa työtehtävissä (Kostiainen 2003, 9; Gerlander & Takala 2000, 157; Mönkkönen & Finstad 2007, 33). Viestinnällä on keskeinen merkitys työtehtävien hoitamisessa, tiedon kulkemisessa ja esimerkiksi yhteyksien luomisessa ja ylläpitämisessä (Suomalainen 2000, 131). Ennen kaikkea työntekijältä odotetaan osaamista esiintymistaidoissa, kokous- ja neuvottelutaidoissa sekä perustelu- ja vakuuttelutaidoissa (Kostiainen 2003, 84). Viestintätaidot ovat keskeisiä myös työsaannin ja työssä menestymisen kannalta (Suomalainen 2000, 131). Gerlanderin & Takalan (2000, 163, 174) mukaan tulevaisuudessa laadukas asiantuntijuus määritellään paljolti viestinnän ja vuorovaikutuksen kautta. Joidenkin alojen kohdalla viestintätaidot ovat jopa keskeinen osa alan substanssi- tai ydinosaamista (Gerlander, Hyvärinen, Almonkari & Isotalus 2009, 21). Erityisen tärkeäksi vuorovaikutus nousee ihmissuhdeammateissa (ks. luvut 1 ja 2.3). Ihmissuhdeammattin lisäksi voidaan yhtäältä käyttää myös nimitystä *interpersonaalinen ammatti*. (Gerlander & Takala 2000, 157). Esimerkiksi lääkäri ja puheterapeutti toimivat tehtävissä, joissa viestinnällä ja vuorovaikutuksella on keskeinen rooli työn toiminnan ja tulosten kannalta, jolloin näitä ammatteja voidaan pitää interpersonaalina eli ihmissuhdeammatteina (Ks. Mönkkönen & Finstad 2007, 34).

Jatkossa tässä tutkielmassa lääkärin ja puheterapeutin ammateista käytetään vaihtelevasti sekä interpersonaalista, että ihmissuhdeammatti-nimitystä. Lisäksi lääkärin toimenkuvaan/tehtäväkuvaan viitataan *professiolla*, joksi kutustaan perinteistä, yhteiskunnallista ”ammattien parhaimmistoon” kuuluvaa lääkärin kaltaista ammattia (Kostiainen 2003, 29; Mönkkönen & Finstad 2007, 34; Gerlander & Isotalus 2010, 6). Vaikka puheterapeuteilla ei ole yhtä pitkää ja vahvaa ammatillista perinnetaustaa kuin lääkäreillä, käytetään myös puheterapeutin tehtäväkuvaan viitattaessa professio- nimitystä. Ammattiin liittyvästä viestintä-/ja tai puheviestintäosaamisesta käytetään nimitystä ammatillinen puheviestintäosaaminen, joka koostuu edellä määritellyistä ammattiosaamisen ja puheviestintäosaamisen käsitteistä (ks. luvut 2.3 ja 3.2).

Viestintäosaaminen on aikaisemmin koettu kuuluvaksi ihmisen yleissivistykseen, ei niinkään ammattiosaamiseen. Vasta 2000-luvulle siirryttäessä työelämän nopeista muutoksista sekä ammattiosaamisen ja asiantuntijuuden laajenemisesta johtuen viestintä on alettu omaksua osaksi ammattiosaamisen ydintä. (Kostiainen 2003, 13.) Erityisesti *puheviestintätaidot* koetaan organisaatiotutkijoiden, esimiesten ja rekrytoijien piirissä tärkeiksi (Brander 2009, 34). Kuitenkin monet ihmiset eivät muutoksista huolimatta edelleenkään koe viestintäosaamista osaksi ammattiosaamista. Tämä tulee ilmi esimerkiksi Kostiaisen (2003) tutkimuksessa, jossa on tarkasteltu ammattikorkeakouluissa kaupallisia ja teknisiä aloja opiskelevien käsityksiä

ammattitaidoista. Kostiainen havaitsi, että vaikka opiskelijat pitivät viestintätaitoja tärkeinä, nämä eivät kokeneet viestintätaitoja kiinteäksi osaksi ammattiosaamista, vaan irrallisiksi taidoiksi.

Koska viestintäosaamisen on vasta viime alettu katsoa osaksi ammatillista osaamista, ammattiosaamisen ja viestinnän välisen suhteen tutkimus on hyvin uutta, jolloin myös viestintään liittyvän työelämäosaamisen *määrittely* on jäänyt varsin kapea-alaisen tieteellisen perustan varaan (Kostiainen 2003, 11). Gerlander ja Takala (2000, 173) painottavat, että viestintäosaaminen ja viestintätaidot on perinteisesti konkretisoitu vahvasti yksilölliseksi osaamiseksi. Kun viestintäosaaminen sidotaan yksilölliseen osaamiseen, on mahdollista nostaa esiin tietyn ammatin kannalta keskeisimmät taidot ja luetella ja luokitella ne samalla tavoin kuin kvalifikaatioiden kohdalla (ks. Luku 2.2). Esimerkiksi Kostiainen (2003, 30–31) luetteloit muutamia eri tutkimuksissa esiintyviä yleis- ja *avaintaitojen* luokituksia, joiden avulla jäsenetään viestintäosaamista eri ammattiteissa. Tällaisia ovat esimerkiksi jako sensomotorisiin, kognitiivisiin ja motivaatio- kvalifikaatioihin, jako ydin- ja reunakvalifikaatioihin sekä jako työtehtäväspesifisiin taitoihin, yleiseen ammatilliseen osaamiseen ja yleisiin ominaisuuksiin ja taitoihin. Gerlanderin ja Takalan (2000, 173) sekä Kostiaisen (2003, 31) mielestä vaarana tällaisissa työelämän viestinnällisiä vaatimuksia koskevissa taitoluokituksissa on kuitenkin niiden jääminen pirstaleisiksi taito- ja tilannelistoiksi, jolloin viestinnän osaaminen saattaa vaikuttaa ammattitaidon kylkiäiseltä.

Kostiaisen (2003, 31) mukaan jaotteluista voi päätellä, että viestintäosaamisen katsotaan melko erilliseksi osaksi yksilön spesifiä ammattiosaamista sijoittuen useasti ”yleiskvalifikaatioihin” tai ”yleisosaamiseen”. Usein viestintää ammattiosaamisen ulottuvuutena kuvataan käsitteillä yleiskvalifikaatio, pehmeä kvalifikaatio, äänetön kvalifikaatio jne. (ks. Luku 2.2) Vuorovaikutustaito erillään taas lasketaan näissä luokituksissa kuuluvaksi normatiivisiin kvalifikaatioihin, joihin lasketaan ihmisen henkilökohtaiset ominaisuudet.

Sen sijaan että viestintätaidot ja viestintäkompetenssi katsottaisiin yksilölliseksi osaamiseksi, vastakohtaksi kyseisen lähestymistavan rinnalle on noussut taitojen tarkastelu toiminnassa. Tämä on luonnollinen ajattelutapa esimerkiksi ihmissuhdeammattiteissa, joissa työ tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Tällöin juuri vuorovaikutus muodostaa sen viitekehyksen, jonka puitteissa työntekijä käyttää alansa substanssitietoa. Viitekehystä riippuu myös työn tulos. (Gerlander & Takala 2000, 173.)

Viestinnän asemaa suhteessa muuhun osaamiseen voidaan Gerlanderin ja Takalan (2000, 158–159) mukaan etsiä myös suhteessa *asiantuntijatiendon* eri komponentteihin. Tutkijat nostavat esille

toisiaan täydentävät pääkomponentit, joihin on katsottu formaali, praktinen ja metakognitiivinen tietämys. Formaalitytämys tarkoittaa ns. ”oppikirjatietoa”, joka on luonteeltaan julkista, näkyvää ja helposti viestittävässä. Formaali tietämys taas toimii lähtökohtana kokemuksen myötä hankittavalle praktiselle tietämykselle, jota kutsutaan myös proseduraaliseksi tietämykseksi sen ilmetessä taitoina. Praktinen tieto voi olla myös henkilökohtaista ja intuition kaltaista mikäli formaalitetä on eksplisiittistä ja universaalista. Kolmas komponentti, metakognitiivinen tieto liittyy tutkijoiden mukaan puolestaan henkilön omaan toimintaan ja sen ohjaukseen, hallintaan ja organisointiin, niin että saa tehtävän suoritetuksi. Komponentilla on erityinen rooli kahden ensimmäisen eli formaalin ja praktisen tiedon integroinnissa ja suodattamisessa. Tutkijat kritisoivat perinteistä tapaa tutkia näitä komponentteja erillisinä, sillä tällöin ne eivät jäsennä asiantuntijaksi oppimisen eri vaiheita. Tämä on erityisesti opetuksen kannalta haasteellista, koska tutkijat katsovat viestinnällisen tiedon sijoittuvan enimmäkseen praktisen tietämyksen alueelle jolloin se kuuluu ns. hiljaisen tiedon alueelle.

Varsinaisen tiedon lisäksi hyvin usein myös viestintä ja vuorovaikutus kokonaisuudessaan sijoitetaan hiljaisen ”piilevän” tiedon alueelle, jota voidaan kuvata myös näkymättömäksi ammattitaidoksi (ks. luku 2.2). Sijoittuminen tälle alueelle konkretisoituu esimerkiksi hoitotyössä, jossa äänettömän ammattitaidon aineksia sisältyy muun muassa tilanteen tunnesävyä tunnistamiseen ja potilaan voimavarojen ja motivaation arvioimiseen (Kivinen 1998, 77, Gerlanderin & Takalan, 161 mukaan).

Kuten edellä jo todettiin, viestintäosaamista voidaan tarkastella joko kokonaan erillisenä osana ammattiosaamista tai ammattiosaamisen ulottuvuutena. Ulottuvuus voidaan niin ikään ymmärtää usealla eri tavalla ja viestintäosaamiseen voidaan liittää erilaisia ominaisuuksia tai odotuksia. (ks. Kostiainen 2003.) Esimerkiksi Kostiaisen (2003, 84) tutkimustulosten osalta selkeästi puheviestinnän osaamiseen liittyviksi odotuksiksi työelämässä koettiin muun muassa ”esiintymistaito- ja varmuus, ryhmätaidot, kokous- ja neuvottelutaidot, perustelu- ja vakuuttamistaidot sekä vuorovaikutustaidot. Huomioitavaa Kostiaisen tekemässä havainnossa on, että useat näistä koetaan monissa tutkimuksissa toistensa synonyymeiksi. Esimerkiksi puheviestintätaidoista puhuttaessa tarkoitetaan usein nimenomaan esiintymistaitoja.

Mitä tulee viestinnällisen ammattiosaamisen piirteiden hahmottumiseen työelämässä ja työelämän mahdolliseen muutokseen, Kostiaisen (2003, 247-250) tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että työelämässä on siirrytty työkuultuuriin, jossa työskentely perustuu symbolien ja merkitysten luomiseen. Työntekijöiden viestinnälliselle osaamiselle antamat merkitykset eivät kuitenkaan tue

siirtymää. Vielä 2000-luvun vaihteessa merkityskeskeisissä työkuultuureissa on työskennelty yhä toimintakeskeisen työkuulttuurin viestinnän keinoilla. Lisäksi viestintäosaamisesta saatavaa ”tuottavuutta” on vaikea todeta ja mitata, joten on vaikea arvioida sitä, ovatko työntekijän viestintäosaamiselle antamat merkitykset ylipäättään sopivia tai tarkoituksenmukaisia työtehtävän kannalta. Työntekijä ei välttämättä myöskään itse ole tietoinen omista viestinnän voimavaroistaan tai nojautuu väriin viestinnän keinoihin. Jos tarkoituksenmukainen viestintäosaaminen osattaisiin ottaa eri toimintaympäristöissä konkreettisesti käytäntöön, työn tulokset saattaisivat tutkijan mukaan olla laadukkaampia ja viestintäosaamista pystyttäisiin hyödyntämään aiempaa paremmin.

Viestintäosaamista tutkittaessa on syytä muistaa myös ihmisen viestintäkäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät, jotka vaikuttavat myös ammatillisiin kvalifikaatiovaatimuksiin ja puheviestintäosaamiseen. Puheviestinnän tutkimuksissa viestintäkäyttäytymistä ja vuorovaikutusprosesseja on selitetty

”yksilökohtaisilla ominaisuuksilla (kuten persoonallisuus, motivaatio ja taipumukset) sekä yksilöiden välisillä (kuten viestintäsuhde ja roolit) ja ulkoisilla tekijöillä (kuten konteksti- ja tilannetekijät)” (Pörhölä 2000, 17).

Lisäksi yksi merkittävimmistä viestintäkäyttäytymistä säätelevistä ulkoisista tekijöistä on kulttuuri, joka vaikuttaa siihen, miten viestimme toisillemme ja miten viestejä tulkitaan ja arvioidaan erilaisissa tilanteissa. (Pörhölä, 2000, 17, 23.) Kulttuurienvälisen viestinnän traditionaalisesta näkökulmasta ajateltuna kulttuuri määräytyy maantieteellisen sijainnin tai kansallisuuden perusteella, mutta viestinnän etnografisissa tutkimuksissa kulttuuri voidaan sen sijaan määritellä viestintätekoina, kulttuurisena diskurssina tai yhteisön jakamina asenteina ja arvoina (Poutiainen 2007, 23). Vaikka ihmissuhdeammattilaisen ja asiakkaan välisessä viestintätilanteessa ei varsinaisesti ole kyse ryhmästä, johon kulttuuri vaikuttaisi, kyseessä on kuitenkin tilanne, josta osapuolilla on olemassa tietynlaiset odotukset ja näkemykset vuorovaikutuksesta, jotka myös ohjaavat viestintää vastaanotolla.



## 4 TERVEYSVIESTINNÄN TUTKIMUKSET

Viestintä- ja puheviestintäosaamisen merkitys terveydenhoitoalalla on kasvanut merkittävästi viime vuosina. Viestintäosaaminen katsotaan jo olennaiseksi osaksi hoidonantajan, kuten lääkärin kliinistä osaamista (Kurtz ym. 2005, 2). Hoidonantajan - ja hoidonsaajan välisen tehokkaan viestinnän on osoitettu useissa tutkimuksissa vaikuttavan positiivisesti terveydenhuollon tuloksiin monella eri tavalla (esim. Rider ym. 2006, 127; Wright, Sparks, O'hair 2008,19; Schiavo 2007, 17). Erityisesti lääkärin ja potilaan välisen tarkoituksenmukaisen ja tilanteeseen sopivan vuorovaikutuksen on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi potilaan kokemaan hoitotyytyväisyyteen ja hoito-ohjeiden noudattamiseen (Koponen 2009, 54) sekä esimerkiksi sopivanlaisen lääkehoidon löytymiseen (Hyvärinen ym. 2008, 363). Viestinnän on osoitettu vaikuttavan myös kohentavasti potilaan elämänlaatuun ja lisäävän potilaan ymmärrystä lääketieteellisen informaation, diagnoosin ja hoidon tarpeellisuuden suhteen sekä auttavan potilasta käsittelemään sairauttaan (Mönkkönen, Pyörälä, Isotalus 2007, 20) vaikuttaen tällä tavoin sekä potilaan fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin (Wright ym. 2008, 21). Tässä luvussa tarkastellaan interpersonaalista terveystviestintää, jolla tässä tutkielmassa tarkoitetaan sekä lääkäri-potilasviestintää, että puheterapeutti-asiakasviestintää (ks. Gerlander 2003, 20). Ensisijaisesti tarkastellaan terveystviestintää määrittäviä interpersonaalisia vuorovaikutustaitoja. Samalla tarkastellaan miksi, miten ja millaisilla arviointimodeilla ja mittareilla lääkärin puheviestintäosaamista ja vuorovaikutustaitoja on tutkimuksissa arvioitu.

### 4.1 Terveystviestintä

Useinkaan ihmiset eivät heti ymmärrä, miten viestintä liittyy terveyteen. Terveyst liitetään lääkäreihin ja laboratoriotesteihin ja viestintä esimerkiksi sähköiseen mediaan ja interpersonaaliseen viestintään. Kuitenkin terveydestä saadaan tietoa juuri sähköisen median avulla esimerkiksi internetistä ja terveyteen liittyvistä asioista keskustellaan vastaanotolla, eli interpersonaalisisa viestintätilanteessa hoidonantajan kanssa. (Wright ym.2008, 3.) Viestintä liittyy siis terveyteen monella tavalla. Terveystviestintää on jopa luonnehdittu 2000-luvun

tärkeimmäksi ”valuutaksi” terveydenhuollossa ja terveystiedettä katsotaan myös kaikkein tärkeimmäksi terveydenhuoltoon liittyvistä tieteistä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa terveystiedettä kuuluu ensimmäistä kertaa Terve ihminen 2010 (Healthy People 2010) tavoitteisiin ja on osa Yhdysvaltojen virallista ja yleistä terveysohjelmaa. (Schiavo 2007.)

Terveystiedennän määritelmät vaihtelevat samalla tavoin kuin jo pelkästään terveyden määritelmät vaihtelevat kulttuurista ja uskonnosta toiseen. Etnisen taustan ja uskonnon lisäksi esimerkiksi sosioekonominen asema ja ikä vaikuttavat siihen miten terveydenhuollon asiakas ylipäättään suhtautuu terveyteen, sairauksiin ja hoitoihin. (Schiavo 2001, 75.) Lisäksi viime vuosina erityisesti internet on vaikuttanut osaltaan siihen miten me ylipäättään puhumme terveydestä (Wright ym. 2008, 12). The World Health Organization (WHO) määrittelee terveyden ”fyysiseksi, henkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi” (Wright ym. 2008, 5).

Terveystiedennän kuvailemisessa ja määrittämisessä on käytetty apuna lukuisia puheviestinnän teorioita (Babrow & Mattson 2003, 53), joista yleisimpiä vastaanottoviestinnän määrittämisessä käytettyjä teoriatyyppejä jäsenyyksiä ovat Craigin (1999) mukaan retorinen, semioottinen, fenomenologinen, kyberneettinen, sosiopsykologinen, sosiokulttuurinen ja kriittinen jäsenyys (Babrow & Mattson 2003, 47). Eräs hyvä 2000-luvun terveystiedennän määritelmä on Schiavon (2007, 7) määritelmä:

”Health communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes.”

Kyseen Schiavon (2007, 8-10) määritelmä on tutkijan tekemä yhteenveto useista eri terveystiedennän määritelmistä. Tutkija havaitsi, että eri määritelmissä esiintyi useimmiten eräänlaisina avainsanoina *merkitysten ja informaation jakaminen, yksilöihin ja yhteisöihin vaikuttaminen, tiedottaminen, kohdeyleisön motivointi, tiedon vaihtaminen ja käyttäytymismallien muuttaminen*, jotka nousevat keskeisiksi terveystiedennässä. Schiavo (emt, 5-6) itse kokee, että erityisen tärkeä rooli terveystiedennällä on etenkin ihmisiin ja yhteisöihin vaikuttamisessa. Lisäksi tutkija katsoo, että viestinnällä on tärkeä rooli myös vastaanottavaisen ja miellyttävän ympäristön luomisessa, jossa informaatiota voidaan jakaa, ymmärtää ja käsitellä ja josta voidaan myös keskustella.

Terveysviestintä on kaiken kaikkiaan hyvin monitieteinen lähestymistapa. Tästä syystä Yhdysvalloissa on kehitetty termi *yleismaailmallinen terveysviestintä* (Global health communication), jota on alettu käyttämään haluttaessa sisällyttää terveysviestintään eri toimintoihin keskittyviä osa-alueita, kuten interpersonaalinen viestintä, julkiset ja yhteiskunnalliset suhteet, yhteiskunnallinen mobilisaatio, professionaalinen lääketieteellinen viestintä ja muut aihepiiriin kuuluvat suhteet. (Schiavo 2007, 24-25.)

#### 4.1.1 Terveysviestinnän tutkimukset ja teoreettiset lähtökohdat

Terveysviestinnän tutkimuksia leimaa tutkimusten ongelmakeskeisyys. Terveysviestinnän tutkimukset ovat olleet yleensä korrelatiivisia, tilastollisin menetelmin tehtyjä vaikutustutkimuksia, joissa on etsitty toiminnan tuloksellisuuteen vaikuttavia viestinnällisiä tekijöitä. Usein tutkimusten tavoitteena on myös ollut identifoida ongelmia ja etsiä erilaisia viestintästrategioita niiden ratkaisemiseksi. (Gerlander 2003, 23.) Sama ongelmakeskeinen lähestymisnäkökulma näkyy myös useissa lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa, joissa yksi suosituimmista tarkastelukohteista on ollut lääkärin viestintäkäyttäytymisen ja potilaan tyytyväisyyden ja hoitomyöntyvyyden (compliance) välisten yhteyksien tutkimus (Thompson & Parrot 2002). Vaikka korrelaatiotutkimuksia on tehty runsaasti, tulokset selvistä korrelaatioista ovat kuitenkin jääneet vähäisiksi. Ennen kaikkea ongelmälähtöisyys on kaventanut tutkimuksellista näkökulmaa, koska tutkimuksen kohteina ovat olleet kehitettävänä pidetyt tai ongelmakohtiksi ajatellut asiat, ei niinkään viestintäprosessit tai ilmiöiden luonne itsessään. (Gerlander 2003, 23.)

Lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksissa on Gerlanderin (2003, 21–22) mukaan teoreettisena lähtökohtana käytetty kaikista eniten terapeutin viestinnän mallia. Malli perustuu humanistiseen psykologiaan ja teorian keskeisimpiä edustajia ovat Ruesch (1963), Bateson (1951) ja erityisesti Rogers (esim. 1967). Kaikki edellä mainitut tutkijat korostivat Gerlanderin mukaan terapeutin viestinnän merkitystä psykologisen terveyden edistämässä ja heidän edustamansa humanistinen näkökulma on vaikuttanut keskeisesti siihen, miten ja mistä näkökulmasta hoidonantaja-potilasviestintää on tarkasteltu ja arvioitu.

Terapeutin viestinnän mallista on olemassa erilaisia variaatioita. Keskeisimmän tutkijan,

Rogersin, terapeuttinen malli on useimpien muidenkin terapeuttisten mallien tavoin kehitetty psykoterapian alueella, mutta sitä on sovellettu myös suoraan terveydenhoidon ammattilaisten ja asiakkaiden välisten suhteiden tarkasteluun (Gerlander 2003, 21). Terapeuttiseen viestintämalliin kuuluu erilaisia viestintää määrittäviä piirteitä. Silloin kun terveysviestinnän tutkimuksissa käsitellään terapeuttista viestintää, tarkoitetaan usein viestintää, joka ilmentää juuri rogersilaisen, henkilökohtaisen terapiamallin piirteitä (Gerlander 2001, 21). Tällaisiksi viestinnän piirteiksi Kreps ja Thornton (1992, 49, 51, Gerlanderin 2003, 21-22 mukaan) ovat nimenneet Rogersiin (1967) tukeutuen empatian, luottamuksen, rehellisyyden, vahvistamisen ja välittämisen. Tutkijat katsovat viestinnänpiirteet samalla myös taidoiksi, joita tarvitaan tehokkaassa hoidonantajasiakasviestinnässä.

Gerlanderin (2003, 22) mukaan terapeuttisen viestinnän mallin periaatteita noudattavasta viestinnästä on tullut myös asiakaskeskeisen viestinnän normatiivinen malli ja hyvän lääkäri-potilassuhteen kriteerit määräytyvät monissa tutkimuksissa terapeuttisista piirteistä. Tutkija huomauttaa, että terapeuttisen viestinnän mallin ja yleensäkin humanistisen näkökulman soveltaminen lääkäri-potilasviestinnän tutkimukseen on ylipäätään luonteeltaan normatiivista. Normatiivisuus näkyy Burgoonin (1992, 103, Gerlanderin 2003, 22 mukaan) mielestä siinä, että terveydenhuollon viestinnän kontekstissa viestinnän tavoitteina on nähty ”altruistisen, prososiaalisen käyttäytymisen hyväksyttävyyden ja toivottomuus”. Tällaisen tavoitteen vaikutus vääristää tutkijan mukaan hoitosuhteen luonnetta. Myös Parks (1995, 485, Gerlanderin 2003, 22 mukaan) mielestä toiminnan tavoitteiden kannalta on vahingollista korostaa henkilökohtaisten ja läheisten suhteiden luomista.

Humanistinen näkökulma näkyy Gerlanderin (2003, 22) mukaan myös lääkäri-potilassuhteen analysoinnissa ja arvioimisessa käytetyissä malleissa ja metaforissa. Näissä tutkimuksissa lääkäri-potilassuhteet on yleisimmin jaettu paternalistiseen, kuluttaja-, yhteistyö - ja vetäytyneeseen malliin, jotka eroavat toisistaan viestinnän piirteiden perusteella. Yhteistyötä ja yhteistä päätöksentekoa korostavat mallit, joiden pohjalta lääkäri-potilassuhdetta on kuvattu terapeuttisena resurssina, nousivat tavoiteltaviksi malleiksi 2000-luvun alussa. Humanistisen näkökulman käyttäminen viestintätutkimuksissa herättää kuitenkin monissa tutkijoissa myös kritiikkiä. Esimerkiksi Barker ja Bento (1995, 224, Gerlanderin 2003, 22 mukaan) kokevat humanistiset lähestymistavat viestintätieteissä rajoittavina, koska tällöin keskeisintä ei ole tutkia sitä, miten asiat ovat, vaan sitä, miten niiden pitäisi olla.

#### 4.1.2 Interpersonaalinen ulottuvuus

Terveysviestinnän yleisin tutkimuskohde on jo pitkään ollut hoidonantajan ja asiakkaan välisen viestinnän tutkimus (Gerlander 2003, 20) ja viimeisten kolmenkymmenen vuoden ajan on keskitytty erityisesti lääkäri-potilasviestinnän tutkimukseen (Cegala & Broz, 2003, 95; Koponen 2009, 54; Mönkkönen, Pyörälä, Isotalus, 2007, 1; Gerlander 2003, 20). Terveysviestinnän tutkimusten yleisestä fokuksista johtuen puheviestintätieteellisessä kirjallisuudessa terveysviestintää käsitellään usein *interpersonaalisen terveysviestintänä*, jolla tarkoitetaan juuri terveydenhoidon asiantuntijan ja asiakkaan välistä viestintää, ja usein nimenomaan lääkäri-potilasviestintää (Gerlander 2003, 20; ks. myös Schiavo 2007, 25). Tosin joidenkin tutkijoiden mukaan interpersonaalilla viestinnällä terveydenhoidossa tarkoitetaan terveydenhoidon ammattilais-asiakassuhteita, jolloin tutkimuspiiriin kuuluvat myös hoidonantajien väliset dyadisuhdet, vaikka tutkimuskirjallisuudessa näitä ei juurikaan mainita. Mikäli interpersonaalilla viitataan suhteeseen, on huomioitava, että hoidonantaja - asiakassuhteet eivät aina välttämättä ole dyadisia, koska vastaanotolla voi potilaan ja lääkärin lisäksi olla mukana myös esimerkiksi omaisia. Tällöin hoidonantaja-asiakasviestintä on jäsennettävissä myös ryhmäviestinnäksi tai jopa kulttuurien väliseksi viestinnäksi. (Gerlander 2003, 20.)

Niin kuin useita puheviestinnän käsitteitä, myös interpersonaalisen viestinnän käsitettä on mahdotonta määritellä yksiselitteisesti. Erityisesti näkemys siitä, millaiset vuorovaikutussuhteet ja viestintä voidaan ylipäätään katsoa interpersonaalista viestinnäksi, herättää tutkimuksissa erimielisyyttä. Watsonin & Galloisin (1998, 343, Gerlanderin 2003, 21 mukaan) mukaan näkemys interpersonaalisuudesta riippuu siitä, miten interpersonaalinen viestintä määritellään. Esimerkiksi jos interpersonaalista viestintää ajatellaan vielä 2000-luvun alussa vallinneen psykologisen paradigman mukaisesti, viestinnän interpersonaalisuus riippuu siitä, miten henkilökohtaista tai yksilöllistä tietoa viestin lähettäjä käyttää viestinnässään. Jos siis henkilö tukeutuu sosiologiseen tai kulttuuriseen tietoon, viestintä ei ole interpersonaalista ja jos taas viestintä perustuu psykologiseen tai henkilökohtaiseen tietoon, viestintä on interpersonaalista. Interpersonaalinen viestintä toteutuu näin ollen silloin kun viestinnässä on päästy henkilökohtaiselle tasolle, persoonien väliseen viestintään.

Koska interpersonaalisuus on pitkään riippunut suhteen laadusta, interpersonaalisen viestinnän tutkimukset ovat keskittyneet pääasiallisesti epävirallisten ja *läheisten* ihmissuhteiden, kuten ystävyysuhteiden tarkasteluun. Tutkimukset ovat tuottaneet paljon tietoa siitä, millaista viestintä

läheisissä suhteissa on, miten suhteet kehittyvät viestinnällisesti ja mitä vaiheita tai käännekohtia suhteisiin sisältyy ja miten suhteita ylläpidetään. (Gerlander & Isotalus 2010, 3-4.) Interpersonaalisen viestinnän yhtenä tärkeimmistä ominaisuuksista pidetäänkin voimakkaan ja pitkäkestoisen suhteen rakentamista.

Lääkäri-potilasviestintä- ja suhde ovat nousseet interpersonaalisen viestinnän tutkimuksen kohteiksi viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana (Gerlander 2003, 20–21), vaikka Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 4) mukaan interpersonaalinen viestintä ymmärretään usein *edelleen* käsitteenä tarkoittavan ainoastaan viestintää läheisissä suhteissa, jolloin asiantuntija-asiakassuhde on määritelty tutkimuksissa ei- interpersonaaliseksi. Tutkijoiden mielestä professionaalisia suhteita ei voida silti kutsua merkityksettömiksi ja ei-läheisiksi suhteiksi, jonka puitteissa ko. suhteet voitaisiin sulkea interpersonaalisen viestinnän ulkopuolelle. Tutkijat perustelevat merkityksellisuuden näkökulmaa viittaamalla aiempiin terveysviestinnän tutkimustuloksiin, joissa asiantuntijan ja asiakkaan välisen viestinnällä on todettu olevan suuri merkitys hoitotuloksiin.

Ford (2001, 1-2, Virtasen 2007, 10 mukaan) on ratkaissut interpersonaalisuuden määrittelyongelman jakamalla suhteet kahteen kategoriaan; vahvoihin ja heikkoihin vuorovaikutussiteisiin. Molemmissa tilanteissa on Fordin mukaan kyse interpersonaalisesta viestinnästä. Enemmän tutkittuihin vahvoihin siteisiin (strong ties) lukeutuvat vuorovaikutussuhteen osapuolet ovat toisilleen jo ennestään tuttuja ja tällaisia ovat esimerkiksi perhe- ja ystävyys suhteet. Heikkoihin vuorovaikutussiteisiin (weak ties) puolestaan katsotaan kuuluvan erilaiset palveluntarjoajat aina kampaajista myyjiin. Virtanen (2007, 10) painottaa, että näissä asiakaspalvelutilanteissa tapaamisen pääsääntöisenä tarkoituksena ei ole luoda pitkäaikaista ja erityisen läheistä suhdetta (ks. myös Trenholm & Jensen 2000, 28).

Jotkut tutkijat ovat laajentaneet interpersonaalisuuden käsitteen vielä pidemmälle. Redmond (1995, 7-9, Virtasen 2007, 9 mukaan) painottaa interpersonaaliseen viestintään liittyvää tilanneyhteyttä, jolloin interpersonaalista viestintää on tutkijan mielestä kaikki sellainen, jossa kaksi ihmistä on kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Beebe, Beebe & Redmond (2008, 3-4) puolestaan vertaavat interpersonaalista viestintää jopa hengittämiseen. Redmondin (1995, 7-9, Virtasen 2007, 9 mukaan) mukaan viestintä voidaan määritellä interpersonaaliseksi myös sen perusteella, millaista informaatiota (symbolista, sytomaattista, verbaalista, nonverbaalista) vuorovaikutustilanteessa on mahdollista kerätä. Lisäksi Redmond liittyy interpersonaaliseen viestintään prosessimaisuuden, jolloin viestintä on dynaamista ja muuttuvaa ja

vuorovaikutustilanteen osapuolet vaikuttavat toisiinsa samanaikaisesti. Lisäksi interpersonaaliseen viestintään on tutkijan mukaan tunnusomaista tarkoituksellisuus, merkityksien ja vaikutuksien luominen sekä informaation ja viestien vaihtaminen. Schiavon (2007, 25) mukaan interpersonaalinen viestintä perustuu paitsi yhteiskunnallisiin käyttäytymisteorioihin, erityisesti aktiiviseen kuunteluun. Myös Virtasen (2007, 14) mukaan palveluviestinnässä tärkeimmät viestinnälliset elementit ovat kuunteleminen ja puhuminen, jotka nousevat keskeisiksi taidoiksi myös puheviestinnän kirjallisuudessa. Esimerkiksi Beebe ym. (2008) määrittelevät interpersonaaliseksi viestintätaidoiksi kuuntelemisen- ja vastaamisen taidot, verbaaliset - ja nonverbaaliset viestintätaidot sekä konfliktin hallinnan taidot.

#### 4.1.3 Relationaalinen ulottuvuus

Tässä tutkielmassa tarkastellaan ihmissuhdeasiantuntijan eli puheterapeutin interpersonaalista- ja relationaalista puheviestintäosaamista ja osaamiseen kuuluvia puheviestintätaitoja. Asiantuntija-asiakassuhteessa viestintä on samalla sekä työväline että työn tekemisen konteksti (Gerlander & Isotalus 2010, 6), jolloin viestinnän suhdeulottuvuus nousee ensisijaisen tärkeäksi. Kuten jo aiemmin todettiin (ks. luku 4.1.2), jotkut interpersonaalisen viestinnän määritelmät korostavat osapuolten välistä suhdetta, kun taas useimmat määritelmät painottavat pelkästään viestinnän transaktionaalista luonnetta. Tässä tutkielmassa interpersonaalisen terveystieteen tarkastelussa keskitytään sekä viestinnän transaktionaaliseen luonteeseen, että viestinnän tarkasteluun suhteena, jota jäsennetään relationaalisen ulottuvuuden kautta.

Puheterapeutin ja asiakkaan välinen ammatillinen viestintäsuhde erotetaan läheisistä suhteista nojautumalla edellä luvussa 4.1.2 esiteltyyn Virtasen (2007) tutkielmassaan käyttämään Fordin (2001) jaotteluun heikoista ja vahvoista siteistä. Tällöin puheterapeutti ja asiakas muodostavat heikon vuorovaikutussiteen. Heikosta siteestä huolimatta puheterapeutin ja asiakkaan välille voi kuitenkin muodostua pitkäaikainen ja sitä kautta myös tavanomaista asiakaspalvelutilannetta läheisempi suhde (vrt. Virtanen 2007, 10; Trenholm & Jensen 2000, 28).

Relationaalisuuteen liittyvissä käsitteellisyyskäsitteissä nojaututaan pitkälti Gerlanderin ja Isotaluksen (2010) tutkimuksessa esiintyviin käsitteisiin ja tutkijoiden tekemiin määritelmiin. Gerlander ja Isotalus (emt. 4) käyttävät esimerkiksi ihmissuhdeasiantuntija-asiakassuhteista professionaalisen

viestintäsuhteen nimitystä. Professionaalisella tutkijalla viittaavat ammatillisuuteen, jossa ”ammatillisuutta tuotetaan ja rakennetaan viestintäsuhteessa tehtävän tai tavoitteen kautta”. Ammatillisuus ei siis tarkoita viestintään liittyvää ammattimaisuutta. Tässä tutkielmassa lääkäripotilassuhteeseen sekä puheterapeutti-asiakassuhteeseen viitataan vaihtelevasti sekä ammatillisella että professionaalisella nimityksellä. Suhde määritellään niin ikään Gerlanderin ja Isotaluksen (emt, 5-6) tutkimuksen tavoin siten, että suhde katsotaan ontologisesti viestinnälliseksi ilmiöksi, jolloin kyseessä on ensisijaisesti viestintäprosessi, jossa merkityksiä luodaan ja jaetaan. Suhde ja viestintä muodostavat kiinteän ja kaksitahoisen yhteyden siten, että viestinnän sisältö eli se, mitä sanotaan, asettuu relationaaliseen (suhde) ympäristöön. Relationaalisen ulottuvuuden vihjeet auttavat ihmistä tulkitsemaan viestin sisältöä. Gerlanderin (2003) mukaan kyse on tällöin relationaalisen viestinnän perusideasta, jonka mukaan viestinnässä on aina mukana myös toimijoiden välisen suhteen luonteen määrittävä relationaalinen ulottuvuus. Näitä ovat esimerkiksi luottamus, valta ja läheisyyteen ja etäisyyteen vaikuttava välittömyys (Gerlander ja Takala 2010, 7). Lisäksi suhteet myös syntyvät ja rakentuvat viestintäprosesseissa (Gerlander 2003) ja suhteen syvyys ja luonne puolestaan vaikuttavat siihen, miten osapuolet jatkossa viestivät keskenään (Gerlander & Isotalus 2010, 5). Suhde on siis aina viestinnän tulosta (Littlejohn 2002, 235). Professionaalisella viestintäsuhteella tarkoitetaan Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 6) tutkimuksen tavoin suhdetta, jossa ”toinen osapuoli on tietyn alan tai toiminnan asiantuntija tai ammattilainen suhteessa toiseen osapuoleen”.

Relationaalista viestintää ammatillisessa kontekstissa on tarkasteltu runsaasti etnometodologiaan pohjautuvissa keskusteluanalyttisissä ja erityisesti institutionaalista vuorovaikutusta käsittelevissä tutkimuksissa. Asiantuntija-asiakasvuorovaikutus on ollut myös diskursiivisen sosiaalipsykologian sekä institutionaalisen etnografian tutkimuskohteena. (Gerlander & Isotalus 2010, 4-5.)

Suhdeulottuvuuden huomioiminen on Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 9) mukaan suuri haaste ihmishuoneasiantuntija-ammateissa. Huolimatta siitä, että esimerkiksi terveydenhoidossa työ tapahtuu suhdekontekstissa, professionaaliset suhteet ovat ennen kaikkea *tavoitteellisia* suhteita. Tutkijat viittaavat Sennetiin (2003), joka toteaa, että asiantuntijatyö keskittyy luontaisesti tavoitteelliseen toimintaan, eikä työn ydin ole näin ollen ihmisten välisissä suhteissa eikä prosessissa. Esimerkiksi tavoitteellisesta suhteesta Gerlander ja Isotalus (emt. 7) nostavat juuri lääkärin ja potilaan välisen suhteen, jossa tavoitteena on tehdä diagnoosi, jolloin toiminta suuntautuu potilaaseen ja hänen oireisiinsa ja hoidon toteutumiseen, ei keskinäiseen suhteeseen.



Tämä on kuitenkin ristiriitaista siinä mielessä, että työ tapahtuu nimenomaan vuorovaikutussuhteessa.

Erityinen haaste tavoitteiden ja suhteen välisessä dilemmassa voidaan olettaa olevan puheterapiassa. Puheterapiassa *tavoitteena* on poistaa, lieventää tai ehkäistä kielen ja puheen häiriöitä (Sinustako puheterapeutti?), mutta työn onnistumisen kannalta vuorovaikutussuhde nousee erityisen tärkeäksi. Haasteena Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 8) mukaan professionaalisissa suhteissa on näin ollen se, miten hyvin suhdeulottuvuus nähdään työtehtävän kontekstina tai kehyksenä.

#### 4.2 Ammatillisen viestintäsuhteen ongelmia

Ganaryn (2003, 515) mukaan konfliktit ovat väistämättömiä vuorovaikutustilanteissa. Useissa tutkimuksissa konfliktien hallinta katsotaan yhdeksi interpersonaalisen viestinnän osaamisalueeksi (Beebe ym. 2008) ja esimerkiksi asiakaspalvelussa ja myyntitehtävissä konfliktien hallinta luetaan jopa keskeisimpiin taitoihin (ks. esim. Virtanen 2007). Sen sijaan ammatillisessa viestintäsuhteessa ei Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 8, 11) mukaan esiinny varsinaisia konflikteja, jotka olisi ratkaistavissa ja siten myös poistettavissa. Sen sijaan ammatilliseen viestintäsuhteeseen kuuluu jännitteisyys ja epäsymmetria, jotka tutkijoiden mukaan kuuluvat suhteen ontologiseen luonteeseen. Niistä ei näin ollen voi päästä eroon. Ammatillisia suhteita luonnehditaan usein epäsymmetrisiksi suhteiksi (ks. myös Gerlander 2003).

Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 8) mukaan epäsymmetrisyys johtuu osapuolten erilaisesta tiedosta ja osaamisesta, erilaisesta näkökulmasta vuorovaikutukseen sekä oikeuksista ja velvollisuuksista osallistua vuorovaikutukseen. Usein esimerkiksi institutionaaliset roolit saattavat olla epäselvät. Lääkäri-potilassuhdetta pidetään epäsymmetrisenä, jossa osapuolten institutionaaliset roolit ovat selkeät. Terapeutin ja asiakkaan välistä suhdetta puolestaan on epäsymmetrisyydessään verrattu lääkäri-potilassuhteeseen, mutta samalla siinä on havaittu myös ystävyysuhteen piirteitä mikä taas tekee suhteesta symmetrisemmän. Tutkijoiden mukaan monimuotoinen epäsymmetrisyys johtuu osittain professionaalisten suhteiden kaksitahoisuudesta: ihmissuhdeasiantuntija-asiakassuhteet eivät ole läheisiä ihmissuhteita, mutta eivät toisaalta julkisia palvelusuhteitakaan.

Lisäksi yksi suurimmista jännitteistä liittyy hoidonantajan ja asiakkaan erilaisiin ja eritasoiisiin odotuksiin, toiveisiin ja kuvitelmiin vastaanottotilanteen ohjelman ja vuorovaikutuksen suhteen. Siinä missä yksi potilas pitää lääkäriä ”koneen korjaajana”, toinen pitää lääkäriä läheisenä tuttavana ja kolmas suhtautuu tilanteeseen asiakaspalvelutilanteena. (Gerlander, 2003, 11; Gerlander & Takala 2000, 167; ks. myös Wright ym. 2008, 30–31.) Omanlaistaan haastetta asiantuntija-asiakassuhteeseen luo myös asiakkaiden kasvava tiedontaso. Gerlanderin ja Takalan (2000, 164–165) mukaan asiakkaiden tietotason nouseminen heijastuu etenkin lääkärin työhön ja hämärtää maallikon ja asiantuntijan rajaa.

Ammatillisiin viestintäsuhteisiin liittyy Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 5, 9-10) mukaan myös emootioiden hallintaan ja etäisyyden säätelyyn liittyvä jännitteisyys, joka johtuu paitsi ihmissuhdeasiantuntija-asiakassuhteen erityisestä luonteesta, myös siitä että asiakastyö on muuttunut luonteeltaan vuorovaikutuksellisemmaksi ja henkilökohtaisemmaksi. Professionaalisissa viestintäsuhteissa joudutaan usein kohtaamaan, käsittelemään ja ylläpitämään monenlaisia tunteita ja myös käsiteltävät asiat ovat itsessään emotionaalisia (esimerkiksi sairaus). Erityisen ongelmallista emotionaalisuus on tutkijoiden mukaan lääkäri-potilassuhteessa tilanteen fyysisyyden, tunteiden kokemiseen ja potilaan yksityisasioiden tuntemisen vuoksi. Voidakseen luoda riittävän läheisen ja ennen kaikkea luotettavan potilassuhteen, lääkärin on samaan aikaan toimittava ikään kuin olisi potilaan ystävä, mutta samalla kuitenkin osattava säilyttää asiantuntijuutensa (Gerlander 2003, 57; ks. myös Gerlander & Takala 2000, 166).

Terapiassa tilanne on vielä hankalampi. Gerlander (2003, 41) katsoo, että erityisesti erilaisia hoito- ja terapiasuhteita on vaikea kuvata, koska suhteiden välisistä eroavuuksista ja samankaltaisuuksista esitetään täysin ristiriitaisia näkemyksiä. Gerlander (emt.41) viittaa esimerkiksi Branchiin (2000, 4) joka korostaa, että lääkäri-potilassuhde on lähtökohdiltaan erilainen kuin psykiatrin ja potilaan kohtaaminen. Branchin mukaan lääkäri voi ilmaista vastaanotolla aitoja tunteita ja olla aito ihminen ”oikea ystävä ja potilaan auttaja”, mutta psykiatri tai psykoterapeutti ei voi tutkijan mukaan toimia aitona persoonana vastaanotolla, vaan hänen on oltava koko ajan asiantuntija. Gerlanderin mukaan Branchin näkemys tarkoittaa sitä, että lääkäri-potilassuhde sijoittuisi lähemmäksi henkilökohtaisia suhteita kuin terapeutti-asiakassuhde. Szasz (1988) ja Howard (1992), joihin Gerlander (emt.) niin ikään viittaa, taas korostavat, että terapiaa ei voida erottaa ylipäätään muista interpersonallisista suhteista kuten ystävyysuhteesta, sillä ystävydessäkin toteutuvat rogersilaisen henkilökohtaisen terapiamallin peruspiirteet aitous, empatia ja varaukseton hyväksyntä. Gerlander itse on sitä mieltä, että liiallinen ystävällisyys hoitosuhteessa ei ole hyväksi. Myös Ruusuvuori (2005) puoltaa ammatillisen neutraalisuuden

linjan pitämistä. Gerlander (2003, 41–42) nimittää hoito- ja terapiasuhteita ”sekasuhteiksi”. Henkilökohtaisiin suhteisiin verrattuna sekasuhteet ovat luonteeltaan tavoitteellisempia ja strategisempia, mutta julkisiin asiakaspalvelutilanteisiin verrattuna sekasuhteisiin taas liittyy suurempi emotionaalisuus.

Kuten edellä on todettu (ks. esim. luku 4) viestinnällä on monenlaisia vaikutuksia terveydenhuollon tuloksiin. Suurin vaikutus viestinnällä on potilastyytyväisyyteen. Tutkimukset osoittavat, että tyytyväisyys liittyy hoidonantajan kykyihin olla lämmin, emotionaalisesti tukeva sekä kykyyn ymmärtää, välittää ja olla läsnä. Tyytyväisyys on myös liitetty siihen, että lääkäri riittävästi rohkaisee ilmaisemaan huolia, tuo esille keskusteluaiheita ja esittää kysymyksiä (Wright ym. 2008, 38.)

Gerlander (2003, 78–79) huomauttaa, että vuorovaikutustilanteen ohjaukset kuuluvat asiakaskeskeisyydestä huolimatta edelleen viime kädessä lääkärille. Näin ollen lääkäri pystyy roolinsa puitteissa esimerkiksi ohjaamaan ja kontrolloimaan vuorovaikutusta ja tilanteen etenemistä. Tällöin pitkälti lääkäristä riippuu, millaista relationaalista välimatkaa suhteessa ylläpidetään ja millä tavoin muun muassa päätöksenteko tapahtuu. Koska lääkäri on ohjaavassa roolissa, lääkäri voi omalla toiminnallaan vaikuttaa mahdollisiin jännitteisiin ja niiden syntymiseen.

Wright ym. (2008, 36) korostavat, että tärkeimmässä roolissa terveysviestinnän onnistumisessa on potilas-keskeinen viestintä (patient-centered communication), jossa potilas huomioidaan ”kokonaisuutena” ja häneen ja hänen tilanteeseensa suhtaudutaan yksilöllisesti. Wrightin ym. mukaan joidenkin tutkijoiden mielestä potilaskeskeisyyteen kuuluu, että potilaan tarpeita, mieltymyksiä ja vakaumusta kunnioitetaan *koko ajan*. Niin ikään eri tutkimusten pohjalta potilaskeskeinen viestintä sisältää kolme olennaisesta asiaa jotka hoidonantajan tulisi muistaa: 1) potilaan kokemukset vaikuttavat 2) potilaan sairauteen liittyvät kokemukset ovat keskiössä ja 3) potilaan kokemuksia täytyy ymmärtää kontekstisidonnaisesti. Lisäksi potilaskeskeisyyteen kuuluu, että hoidonantaja ottaa huomioon tapaamiseen vaikuttavat muut seikat kuten potilaan iän sukupuolen ja koulutuksen. Olemalla potilaskeskeinen, hoidontarjoaja voi myös rohkaista potilasta puhumaan huolistaan käyttämällä avoimia kysymyksiä liittyen potilaan tunteisiin ja tarpeisiin. Hoidonantajan tulisi myös välttää keskeyttämästä asiakasta ja sen sijaan kehottaa asiakkaita keskeyttämään *heidät* tarpeen vaatiessa. Olemalla tietoinen relationaaliseen viestintään kuuluvista tietyistä toimintamalleista, hoidontarjoaja voi vaihtaa viestintätäytyliä potilaalle tutummaksi. Hoidonantaja ei myöskään saisi olettaa potilaan ymmärtävän kaiken mistä

vastaanotolla puhutaan. Tulokset myös osoittavat että potilaskeskeisyys on huomioitu enenemässä määrin ottamalla huomioon potilaan tarpeet tarjoamalla myös vaihtoehtoisia palveluita kuten rentouttavaa terapiaa, hierontaa, neuvontaa ja tukiryhmiä.

### 4.3 Terveystieteen arviointi

#### 4.3.1 Puheviestintäosaamisen kehittämisen mahdollisuudet

Viestintä- ja puheviestintäosaaminen on pitkään katsottu äänettömäksi, ”hiljaiselle alueelle” sijoittuvaksi taidoksi mikä on osaltaan vaikuttanut vuorovaikutusosaamisen opittavuuden ja kehitettävyyden ajatteluun (Gerlander & Takala 2000, 160–161; Kostainen 2003). Nykykäsityksen mukaan puheviestintäosaamiseen kuuluvia erillisiä taitoalueita ja näihin kuuluvia osa-alueita voidaan oppia, kehittää ja opettaa. Valkonen (2003, 48–49) kuitenkin huomauttaa Valoon (1995a, 99–119) viitaten, että osa puheviestintätaidoista osa (esimerkiksi motoriset taidot, sanoman rakentamiseen liittyvät taidot) on helpommin ”opittavissa” kuin tottumuksiksi ja tyyleiksi muodostuneet tavat toimia esiintymistilanteissa, jotka ovat vaikeimmin muutettavissa. Niin ikään Valkonen (2003, 49–50) huomauttaa, että puheviestintätaidot eivät kasva lineaarisesti, vaan ennemminkin kurvilineaarisesti.

Terveystieteissä puheviestintä katsotaan ytimeltään kliiniseksi taidoksi, jota voidaan opettaa ja oppia (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 20; Rider ym. 2006, 127) ja lääketieteen opetussuunnitelmaan viestintätaitojen opetus sisältyy jo lähes kaikkialla maailmassa (Mönkkönen & kumppanit, 2007, 20). Isotaluksen ja Mäen (2009, 25–28) mukaan edellä luvussa 3.3 kuvattu taitonäkökulma on kuitenkin edelleen vallitseva, vaikka tietoperusteisella opetuksella on olennainen rooli muun muassa tiedostetun ja ei-tiedostamattoman osaamisen alueiden muuttamisessa tiedostetuksi osaamiseksi.

Toistaiseksi on kuitenkin saatavilla vain vähän tutkimustietoa siitä, *millainen* tieto auttaa ihmistä puheviestintätilanteissa. Isotaluksen ja Mäen (2009, 28) mukaan sen sijaan tiedon *hallintaa* on tutkittu monin eri menetelmin ja on olemassa esimerkiksi lukuisia puheviestintäosaamisen tietojen ja kognitiivisen ulottuvuuden mittareita. Muun muassa Spizberg (2003, 106–107) on listannut

erilaisia puheviestintäosaamisen tietojen ja kognitiivisen ulottuvuuden mittareita, jotka kohdistuvat esimerkiksi itsensä monitorointiin ja vuorovaikutuksen ongelmanratkaisuun.

Puheviestintätaitoja voidaan tarkastella myös sosiaalisten taitojen näkökulmasta (ks. luku 3.3). Etenkin psykiatriseen, psykoterapeuttiseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liitetään usein sosiaalisten taitojen koulutus ja hoitotyössä koko vuorovaikutuskoulutuksen perustana on ollut sosiaalisen kompetenssin- ja taitojen tutkimus. Valkosen (2003, 33) mukaan sosiaalisten taitojen koulutuksessa on sovellettu systemaattista koulutusmallia, joka muistuttaa lähinnä käyttäytymisterapiaa. Käyttäytymismuotoja on kuvattu osataitoina (kuten katsekontakti, havainnollistavat eleet, äänen voimakkuus) joita on koulutuksessa harjoiteltu. Tällaista alun perin käyttämisterapiaan sovellettua koulutustapaa on esimerkiksi Hargie (199b, Valkosen 2003, 33 mukaan) soveltanut hoitoalan opiskelijoiden ja hoitotyössä toimivien vuorovaikutusosaamisen kehittämiseen.

#### 4.3.2 Puheviestintätaitojen arvioiminen

Vuorovaikutustaitojen oppimisen edellytyksinä pidetään paitsi riittävää motivaatiota, myös harjoittelua ja riittävää toistoa sekä tarkoituksenmukaisen *palautteen* saamista omasta viestinnästä (Street 2003, 919–921). Palaute ja arviointi ovat läheisiä käsitteitä, joita arkikielessä käytetään usein rinnakkain tai toistensa synonyymeina. Puheviestinnän opiskelijat ovat erotelleet arviointia palautteesta muun muassa korostamalla arvioinnin nojaavan kriteereihin, jolloin arviointi on ”arvioitavan sijoittamista akselille hyvä-huono”. Palaute taas on heidän mielestään enemmän ”tapahtumien kulun kuvailua” ja ”tunteiden ja ajatusten ilmaisemista.” (Valkonen & Suomalainen 2000, 217.) Erityisesti arvioinnilla on oppimisessa suuri merkitys, koska se antaa tietoa opiskelijoiden ja jo ammatissa toimivien ihmisten puheviestintäosaamisen tasosta ja samalla motivoi opiskelijoita viestinnän opiskeluun (Kurtz ym. 2005, 253). Lisäksi puheviestintätaitoja arvioitaessa tarkastellaan osaamisen aluetta, joka usein jää ”hiljaisen tiedon alueelle” (ks. Street 2003; Kostiainen 2003).

Puheviestintäosaamisen arvioinnista on tullut etenkin Yhdysvalloissa ja Kanadassa hyvin merkittävä prioriteetti lääketieteen koulutuksen, käytäntömallien ja organisaatioiden rakenteen osalta. Lääketieteen tutkijoista koostuva valtakunnallinen neuvosto (National Board of Medical

Examiners, NBME) on esimerkiksi edellyttänyt Yhdysvalloissa objektiivisia, standardisoituja ja kliinisiä tutkimuksia (Objektive Standardized Clinical Examinations, OSCEs) lääkärin haastattelu- ja viestintätaitojen arvioimiseen jo useiden vuosien ajan. (Schirmer ym. 2005, 184.)

Puheviestintäosaamisen arvioiminen ei ole yksinkertaista (Schirmer ym. 2005, 184). Erityisen haastavaa on arvioida hoidonantajan puheviestintäosaamista interpersonallisessa kontekstissa, sillä kuten Sbitzberg (2003, 102) toteaa, vain harvaa asiaa on yhtä vaikea arvioida kuin interpersonaalisia taitoja (vrt. Schirmer & kumppanit 2005, 191). Arvioinnissa ja palautteenannossa voidaan käyttää monenlaisia tapoja, kuten yhteisiä arviointi- ja palautteenantokeskusteluja, ulkopuolisia tarkkailijoita, henkilökohtaista palautetta, portfolioarviointia tai esimerkiksi videopalautetta (Valkonen & Suomalainen 2000, 217). Varsinaisena arviointitapana taas voidaan käyttää epäsuoraa tapaa kuten haastattelua tai suoraa menetelmää joka edellyttää observointia ja arviointia joko todellisessa tai simuloitussa tilanteessa. Yllättävän usein puheviestintäosaamisen tutkimus on perustunut epäsuorien menetelmien käyttöön. Arviointi voi tällöin tapahtua joko varsinaisessa viestintätilanteessa tai välittömästi tilanteen jälkeen, jolloin apuna käytetään usein ääni- tai videotallenteita. (Valkonen 2003, 52.) Helpoiten muokattavissa olevia viestinnän piirteitä ovat esimerkiksi oikean sanan valinta ja artikulaation hidastaminen. Myös viestinnän tapoja ja rutiineja pystyy kontrolloimaan. (Street 2003, 919–920.)

Yksi arviointitapa on itsearviointi, jonka harjoittelua on pidetty Suomessa tärkeänä jo koulutuksen aikana, jotta opiskelijalla olisi tulevassa työssään hyvät valmiudet arvioida osaamistaan ja työnsä laatua (Opiskelijan arvioinnin hyviä käytäntöjä 2008). Itsearviointia käytetään muun muassa silloin kun viestintäkompetenssi määritellään yksilön kontrolliprosessiksi. Tällöin viestintäkäyttäytyminen on tehokasta, mikäli henkilö kykenee sen avulla kontrolloimaan ympäristöään. Tällaisessa kompetenssin määritelmässä katsotaan, että ihminen itse on paras asiantuntija arvioimaan oman viestintäkäyttäytymisensä tehokkuutta tai viestintätavoitteiden saavuttamista. (Parks 1994, Valkosen 2003, 218 mukaan.) Itsearvioinnissa pohjana ovat useimmiten ontologisesti tutkimushenkilöiden omat käsitykset ja ajatukset ympäristöstään, ammatistaan ja itsestään, jolloin itsetarkkailuun perustuva tutkimus perustuu pitkälti tulkintoihin (Kostiainen 2003).

### 4.3.3 Terveysviestintään kehitettyjä arviointimittareita

Puheviestintätaitojen arvioimiseksi on laadittu sekä arviointimalleja että testejä. Erityisesti Yhdysvalloissa on Valkosen (2003, 54) mukaan opetuksen tarpeita varten kehitetty lukuisia standardisoituja viestintäkompetenssin mittareita, joista useimmat ovat esiintymistaitomittareita. Standardisoituja, reliabiliteetiltään korkeaksi osoittautuneita mittareita joita on käytetty puheviestintäosaamista mittaavissa tutkimuksissa, ovat Valkosen mukaan esimerkiksi Rubinin (1982, 1985) kompetenssimittari (Communication Competence Assessment Instrument, CCAI), jota on eniten käytetty puheviestintäosaamisen tutkimuksissa, sekä Spitzbergin ja Hurtin (1987) keskustelutaitojen arviointimittari (Conversational Skills Rating Scale, CSRS).

Gerlanderin (2003, 23) mukaan terveystieteen ongelmalähtöisyydestä johtuen etenkin terveystieteen piirissä on tehty lukuisia tutkimuksia hoidonantajan- ja hoidonsaajan välisestä vuorovaikutussuhteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä (esim. Rider ym. 2006; Schirmer ym. 2005). Myös Suomessa on ilmestynyt useita terveydenhuollon ammattilaisia koskettavia kartoitettavia viestintään arviointitutkimuksia (Esim. Hyvärinen ym. 2008; Hyvärinen 2009; Mönkkönen ym. 2007; Koponen 2009). Näiden tutkimusten tarkoituksena on ollut luoda menetelmiä, joiden avulla voidaan analysoida esimerkiksi potilaskeskeisyyden toteutumista. Lääkäri-potilasviestintään onkin kehitetty useita erilaisia analyysijärjestelmiä ja arviointimittareita, joiden avulla on pyritty saamaan tarkkaa ja ensisijaisesti määrällistä tietoa viestintään sisällöstä. (Gerlander 2003, 23.)

Eri koodausjärjestelmillä saatujen tulosten eroavaisuuksista johtuen terveystieteen ongelmalähtöisyydessä on tehty myös erillisiä tutkimuksia, joissa on vertailtu arvioinneissa käytettyjä koodausjärjestelmiä ja arviointimittareita (ks. esim. Roter & McNeilis 2003; Schirmer 2005). Yksi tällainen katsaus puheviestintäosaamisesta käytetyistä arviointimittareista on Schirmerin, Maukschin, Langin, Marvelin, Zoppin, Epsteinin, Brockin ja Pryzbylskin (2005) toteuttama pilottitutkimus, jossa on vertailtu eri arvioinnin mittareita. Mittareiden varsinaisen arvioimisen toteutti paneeli, joka koostui kuudesta kouluttajina toimivasta perhelääkäristä. Paneeli arvosteli viisitoista lääkärin ja potilaan välisen *haastattelutilanteen* arvioimisessa käytettävää arviointimittaria. Pääasiallisena arvosteluperusteena tutkimuksessa käytettiin Kalamanzoon yksimielistä ohjetta (Kalamanzoo Consensus Statement, KCS) jonka on aikoinaan kehittänyt monitieteellinen asiantuntijapaneeli Bayerin ja Fetzerin instituutioiden konferenssissa. Kyseinen paneeli määritteli seitsemän lääkəri-potilas viestinnälle pääasiallisinta piirrettä/elementtiä (Essential Element). Näitä olivat

yhteisymmärryksen/välien avaaminen, keskustelun avaaminen, informaation kerääminen, potilaan sairauteen liittyvien näkökulmien ymmärtäminen, informaation jakaminen, yhteisymmärryksen saavuttaminen ongelmien ja suunnitelmien suhteen ja lopettamisen tarjoaminen. Näihin Schirmer ym. (emt. 186) lisäsivät vielä kaksi ylimääräistä keskusteluun liittyvää osa-aluetta, joita olivat usemman kuin yhden perheenjäsenen kanssa asiointi ja haastattelun tehokkuus. Lisäksi alkuperäinen KCS-metodi sisältää seitsemän ylätaidon lisäksi 23 ns. ”ala-taitoa”. KCS- arvioinnin ohjetta on sovellettu myös muihin tutkimuksiin (esim. Rider & ym. 2006).

Schirmer ym.(2005, 184) määrittivät mittareille psykometriset tarpeistot ja muut arvioinnin arvosteluperusteet, joiden he katsoivat olevan tärkeitä nimenomaan perhelääkäriin ammatissa (kuten perheeseen liittyvät kysymykset ja aiheet, haastattelun vaikuttavuus sekä käytettävyys ja käytännöllisyys). Mittareiden pisteytyksessä tutkijat käyttivät viisiportaista Likertin asteikkoa. Tutkimuksessa lääkärin viestintäosaamista mitataan sen suhteen miten tehokasta ja tarkoituksenmukaista viestintä on. Tutkijoiden mukaan toimiva viestintä sisältää kyvyn sopeutua tilanteeseen, vastaanottavaisuuden ja itsensä tietoisien johtamisen puhumisen ja kuuntelemisen prosessissa. Tutkijat huomauttavat, että onnistunut viestintä ei ole kuitenkaan riippuvainen ainoastaan lääkärin käyttäytymisestä, vaan myös potilaan käytöksestä ja odotuksista. Juuri erot potilaiden viestinnässä tekevät tutkijoiden mukaan arviointien standardisoimisen vaikeaksi.

Schirmer ym. (2005, 186) tutkimuksen tulosten perusteella mikään arviointimittareista ei saavuttanut korkeita pisteitä kaikilla arvioinnin alueilla. Korkeimmat yleispisteet saavuttivat viimeisimmäksi kehitetyt mittarit. Tosin nekin saivat alhaiset pisteet psykometrisen tarpeiston osalta, jonka suhteen vain muutama mittari arvioitiin korkealle. Psykometristä tarpeistoa oli yleisesti ottaen vaikea arvioida johtuen vähäisestä tulosten julkaisusta ja vähäisestä varmennetusta tiedosta. Niin ikään vain muutama mittari arvioi perheen haastattelutilannetta ja haastattelun tehokkuutta. Mittarit jotka saavuttivat huippuarvosanat KCS elementeissä (elements) oli suunniteltu tiedekunnan arvioijille ja ne vaihtelivat psykometrisen tarpeiston tai käytännöllisyyden ja helppokäyttöisyyden mukaan. Ne mittarit, joissa arvioijina käytettiin potilaita ja vakituksia potilaita arvioivat taas kaikista vähiten KCS elementtejä. Pilottitutkimuksen tulokset osoittavat, että olemassa olevat viestintäosaamisen arviointimittarit vaihtelevat huomattavasti sisällön, psykometrisen tarpeiston ja käytettävyyden osalta.

Puheviestintäosaamisen arviointi on hankalaa, ja erityisesti puheviestinnän taito-opetuksen kannalta puheviestintätaitojen arviointitutkimusten antia ei voi Valkosen (2003, 52) mukaan pitää mitenkään merkittävänä. Taitojen arviointitutkimusten sovellettavuutta vaikeuttaa tutkijan mukaan



se, että tutkimukset perustuvat hyvin erilaisiin osaamisen määritelmiin. Näkemykset eroavat esimerkiksi osaamisen tilannekohtaisuuden ja piirretyyppisyyden osalta. Useimmat viestintäosaamisen arviointimittarit määrittelevät osaamisen melko pysyväksi, tilanteesta riippumattomaksi, piirretyyppiseksi ilmiöksi. Myöskään terveystieteen piirissä ei Gerlanderin (2003, 23) mukaan ainakaan vielä 2000-luvun alkuun mennessä ole löydetty universaalia koodausjärjestelmää, joka ottaisi yksittäisen tutkijan intressien lisäksi huomioon myös laajemmat yhteydet. Lisäksi tutkimustulokset ovat jääneet vähäisiksi, koska eri analyysijärjestelmillä saadut tulokset ovat usein keskenään ristiriitaisia.

Schirmer ym. (2005, 191) viittaavat tutkimuksessaan niin ikään Kalamazon toiseen raporttiin (The Kalamazoo II Report), jossa painotetaan, että lääkäri-potilastutkimuksiin kehitetyt arviointimittarit toimivat parhaiten arvioitaessa interpersoonallisia taitoja, joita ovat ihmisen kunnioitus, potilaan nonverbaalisten - ja verbaalisten vihjeiden huomiointi, henkilökohtainen läsnäolo, välittäminen ja joustavuus. Toisaalta joissakin tutkimuksissa juuri interpersonaalisten taitojen arviointi koetaan kaikista vaikeimmaksi (ks. Sbitzberg 2003, 102). Kurtzin ym. (2005, 257, 263) mukaan hyvä lähtökohta arvioinnin suunnittelussa on päättää aluksi mitä ylipäätään yritetään arvioida. Lääketieteessä arviointi voi keskittyä joko tiedon, osaamisen, suorituksen tai tulosten arviointiin ja arviointi voi olla joko tiedottava (formative) tai yhteenvedoa tekevä (summative). Esimerkiksi itsearviointi on olennainen osa tiedottavaa arviointia. Lisäksi Schirmerin ym. (2005, 191) mukaan terveystieteen arvioimisessa tärkeintä on luoda sellaiset mittarit, joiden suunnittelussa on kiinnitetty erityisesti huomiota tarkoituksensa, lääketieteelliseen tarpeeseen, käytännöllisyyteen ja helppokäyttöisyyteen. Ennen kaikkea arviointimittarin pitää olla luotettava ja paikkansapitävä.

Puheviestintäosaamisen taitokompetenssia arvioivissa tutkimuksissa olisi hyvä huomioida myös osaamiseen liittyvä kognitiivinen ja affektiivinen ulottuvuus, jotka Valkosen (2003, 38) mukaan ovat varsinkin itsearvioinnissa todennäköisesti kiinteästi toisiinsa sidoksissa. Sen sijaan esimerkiksi Valkosen (2003) lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätaitojen arviointitutkimuksessa tarkastellaan arvioinnin näkökulmasta vain osaamisen taitoulottuvuutta, jota voidaan tutkijan itsensäkin mukaan hyvällä syyllä kritisoida. Taidot ovat havaittavissa ilmiäytymisestä ja päätelmiä ja arviointia taidoista tehdään tilannekohtaisesti, jolloin kognitiivisen ja affektiivisen ulottuvuuden huomiotta jättämisen vuoksi arvioija ei käyttäytymistä havainnoidessaan voi tietää, missä määrin se, minkä hän havaitsee taidon puutteena, johtuukin arvioitavan heikosta motivaatiosta tai viestintätiedon vähyydestä.

## 5 PUHETERAPEUTTI-ASIAKASVIESTINNÄN TUTKIMUKSET

### 5.1 Puheterapeutin työnkuva

Logopedia on poikkitieteellinen ala (Silvast, Klippi, Timonen & Hakala 1990, Snellmanin 2008, 11 mukaan), jossa on piirteitä sekä lääkärin, että terapeutin professioista. Samoin kuin lääkärin vastaanotolla, myös puheterapiassa käytetään samaa lääketieteellistä lähestymistapaa, eli aluksi kuntoutuksessa lähdetään liikkeelle ongelman syystä tai oireista, jotta voidaan määrittellä oikea terapiatapa. Tosin esimerkiksi ääniongelmien määrittelyssä ei aina ole selvää mikä on syy ja mikä seuraus. (Snellman 2008, 11–12.) Niin ikään samoin kuin lääkäri, puheterapeutti kartoittaa erilaisilla tutkimuksilla asiakkaan terveydentilaa, tekee diagnoosia, arvioi kuntoutuksen tarpeellisuuden, muodon ja keston sekä laatii hoitosuunnitelman yhdessä potilaan kanssa. Puheterapeutille kuuluu myös suurena osana lähiympäristön ja omaisten ohjaus ja konsultointi. (Puheterapia.) Puheterapia on kliinistä kuntoutusta ja puheterapia kuuluu sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluihin. Puheterapeutit pitävät vastaanottoa muun muassa erikoissairaanhoidossa neurologian poliklinikalla, korva-, puhe- ja äänihäiriöpoliklinikalla sekä osastolla. Puheterapeutteja saattaa kuitenkin työskennellä yksityisen vastaanoton ja terveyskeskusten ja sairaaloiden lisäksi myös erilaisissa kuntoutuslaitoksissa, päivähoitossa ja erityiskouluissa, jolloin puheterapeutti voi kuulua esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolan työryhmään. (Puheterapiapalvelut.)

Terapiaan puheterapia taas linkittyy Snellmanin (2008, 11) mukaan jo terapia-nimityksen kautta, sillä terapia on usean eri kuntoutusalan yhteinen nimittäjä (esimerkiksi psykoterapia, toimintaterapia, puheterapia). Kaikissa terapioissa on lähtökohtana avunhakijan häiriintyneen toiminnan muuttaminen. Erityisen lähellä Snellman katsoo puheterapian olevan psykoterapiaa, koska ne ovat ”ytimeltään yhteneväiset” vain oireen laadun erottaessa ne toisistaan. Lisäksi laillistettuina terveydenhuollon ammattilaisina puheterapeutit jakavat muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa myös yhteisen näkemyksen työnsä tavoitteesta: parantaa ja ehkäistä sairauksia ja häiriöitä (Leahy 1989; 1995, Snellmanin 2008, 11 mukaan).

Pietarisen (2007, 4) mukaan puheterapeutin ammatilliseen asiantuntijuuteen kuuluvat monipuoliset kielen lingvistiseen analyysiin sekä kielen käyttöön liittyvät tiedot ja taidot, ja juuri

näiden ominaisuuksien vuoksi Pietarisen mukaan puheterapeuttia voidaan pitää ideaalina viestijänä (ks. myös Ferguson & Armstrong 2004, 470). Asiantuntijuuteen kuuluu myös kyky käydä terapeuttisia keskusteluja. Useat tutut tiedon hankinnan ja tiedon tuottamisen tilanteet, kuten lääkärissä käynti, ovatkin juuri haastattelujen kaltaisia keskustelutilanteita (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 9). Puheterapiatilannetta ei voi kuitenkaan verrata tavalliseen kahden ihmisen väliseen keskustelutilanteeseen, koska usein normaalin keskustelun aikaansaaminen voi jo itsessään olla terapian yksi tavoitteista (Pietarinen (2007, 4).

Lääkärin vastaanotolla lääketieteellinen *haastattelu* on lääketieteen harjoittamisessa toiminnan keskiössä. Hyvän haastattelun katsotaan rakentuvan kliinisestä osaamisesta, jonka muodostaa neljä olennaista komponenttia: yleistieto, viestintätaidot, ongelman ratkaisukyky ja fyysinen tutkimus. (Kurtz, Silverman ja, Draper 2005, 2.) Aaltonen (2005, 166) korostaa, että haastatteluja tehdään eri syistä ja terapeuttinen keskustelu on yksi terveydenhuollon käytänteisiin kuuluvista haastatteluperinteistä. Terapeuttisen haastattelun avulla asiakasta pyritään ohjaamaan ja auttamaan ja kliinisen haastattelun aikana hankitaan luotettavaa tietoa potilaan oireyhtymästä, jonka varassa edetään hoitosuunnitelmassa ja tehdään muun muassa diagnoosia. Tutkimushaastattelun avulla taas hankitaan tietoa sairastuneen ja hänen läheistensä omista näkemyksistä ja kokemuksista. Silloin kun ollaan kiinnostuneita puhujan tekemistä kielellisistä virheistä, on tavoitteena selvittää lähinnä oireyhtymän ominaislaatu. Esimerkiksi lääkärin vastaanotolla afasian piirteitä selvittävää haastattelua voidaan nimittää kliiniseksi haastatteluksi. Afasia-asiakkaan ongelmaa voidaan lähestyä myös viestintä -ongelmana. Ongelmaan keskittyvä haastattelu voi olla tyypiltään ohjaushaastattelu tai terapeuttinen haastattelu.

Aaltonen (2005, 167) kokee että nimenomaan kielellisistä ongelmista kärsivän henkilön haastattelussa on vaarana, että edellä kuvatut haastatteluperinteet sekoittuvat keskenään. Esimerkiksi puhehäiriöstä kärsivän asiakkaan kliininen haastattelu tapahtuu yleensä lääkärin vastaanotolla kun terapeuttinen haastattelu kuuluu varsinaiseen puheterapiaan. Tutkimushaastattelu ei ole tavoitteiltaan terapeuttinen, mutta se voi muodostua sellaiseksi.

Tärkeintä puheterapiaan liittyvässä haastattelussa/keskustelussa on tiedostaa, että kyseessä ei ole tavallinen arkikeskustelu, vaan nimenomaan institutionaalinen keskustelu. Terapiasuhte on aina roolisuhte, jossa apua etsivä ja apua tarjoava ihminen kohtaavat toisensa. Puheterapeutti kohtaa tällöin asiakkaan esimerkiksi ääniterapiassa institutionaalisisessa roolissaan, jonka taustalla oleva kuntoutuksen lääketieteellinen malli korostaa terapeutin asiantuntijuutta. (Snellman 2008, 27.)

## 5.2 Puheterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutukseen keskittyvä tutkimus

Vuorovaikutuksen näkökulman korostuminen jo 1980-luvulta lähtien on näkynyt logopedisessä tutkimuksessa muun muassa siten, että puhetta on alettu aiempaa enemmän tarkastella pragmaattisesta näkökulmasta (Pietarinen 2007, 1). Runsaasti on tutkittu esimerkiksi puheterapeutin ja kielihäiriöisen puhujan kuten afasia-asiakkaan välistä vuorovaikutusta (esim. Ferguson & Armstrong, 2004). Tällöin on tutkittu muun muassa sitä, miten puheenvuorot jakaantuvat ja paljonko aikaa puheterapeutti käyttää asiakkaan vuorovaikutuksen edistämiseen. Puheterapiaan on myös kehitetty erilaisia testejä ja arviointimittareita, joilla voidaan *arvioida* vuorovaikutusprosessia ja ennen kaikkea puhetta ja puheen aikaansaamia ilmiöitä (Klippi & Launonen, 2008). Puheterapeutti-asiakasviestinnän tutkimuksissa painopiste on ensisijaisesti asiakkaan puheviestintäosaamisen tarkastelussa.

Puheterapian interaktiota on tarkasteltu luonnollisessa terapiatilanteessa keskusteluanalyysin avulla (Pietarinen 2007, 2), jota on käytetty runsaasti myös muualla terveydenhuollon piirissä esimerkiksi tutkittaessa lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta (Snellman 2008, 24–25). Analyysi nojautuu olettamukseen, jonka mukaan osanottajan puheen rakenteelliset piirteet seuraavat tiettyjä toimintalinjoja. Puhe on siis käsikirjoitettua. Tällainen keskusteluanalyttinen ”käsikirjoitus” tarjoaa ymmärrystä siihen, miten ajoitus ja sijoittelu toimivat dialogien virrassa. (Roter & Mcneils 2003, 131.) Keskusteluanalyysin avulla voidaan myös Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 227) mukaan vertailla esimerkiksi asiakaskeskustelua normaaliin keskustelutilanteeseen ja selvittää miten keskustelu noudattaa ihmisten arkitoimintaa.

Snellmanin (2008, 22–24) mukaan keskusteluanalyysi soveltuu hyvin puheterapian vuorovaikutuksen tutkimusmetodiksi, koska siinä vuorovaikutusta tarkastellaan sellaisena kuin se tapahtuu luonnollisissa konteksteissaan. Keskustelu on sidoksissa edeltävään kontekstiin ja sitä myös muokataan koko ajan keskustelun kuluessa. Samalla luodaan uutta kontekstia. Keskusteluanalyysissä arkikeskustelua pidetään vuorovaikutuksen ensisijaisena muotona, mutta keskusteluanalyysiä voi hyvin soveltaa myös institutionaaliseen vuorovaikutukseen. Keskusteluanalyttisella tutkimuksella voidaan tutkijan mukaan muun muassa kuvata toistuvia ammatilliseen toimintaan liittyviä käytänteitä ja selvittää millaisen puheen ja vuorovaikutuksen kautta hoidonantajan tehtävät tulevat suoritetuiksi.

Logopedinen keskusteluanalyttinen tutkimus on pääasiallisesti keskittynyt kuvaamaan miten asiakkaan viestintään liittyvä häiriö ilmenee keskustelussa. Tutkimuksissa on muun muassa verrattu miten asiakkaan puhe- tai kielihäiriö ilmenee institutionaalisessa vuorovaikutustilanteessa ja arkikeskustelussa. Suurin osa tutkimuksista on koskettanut afaattisten henkilöiden vuorovaikutuksen piirteiden kuvaamista. Ääniterapiasta keskusteluanalyttistä tutkimusta ei ole juurikaan tehty, vaikka vuorovaikutus on ääniterapiassa keskeistä, sillä pelkästään jo puheterapian luonnetta ja institutionaalisuutta ylläpidetään ja muokataan puheterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. (Snellman 2008, 24–25.)

Terveysviestinnän lääkäri-potilastutkimuksissa on puheen tutkimuksessa käytetty myös keskusteluanalyysiin (Conversation Analysis) läheisesti liittyvää diskurssianalyysiä (Discourse Analysis), joka keskittyy siihen, miten puheella vaihdetaan, osoitetaan tai ylläpidetään sosiaalista valtaa suhteissa. Analyysiä on käytetty muun muassa tutkittaessa millaisia ristiriitoja hoidonantajan ja potilaan erilaiset uskomukset ja ennakkoluulot synnyttävät. (Roter & Mcneils 2003, 131.)

Kuten jo aiemmin todettiin, puheterapiavuorovaikutus on paitsi terapeutista haastattelemista, ennen kaikkea suurelta osin institutionaalista keskustelua. Institutionaalille keskustelulle on tyypillistä, että puhujien välisessä vuorovaikutuksessa ammattilaiset kontrolloivat keskustelua ja keskustelu on hyvin päämäärätietoista. Myös puheterapiassa puheterapeutti tavallisesti kontrolloi keskustelua ja toimii aloitteen tekijänä. Silti terapiassa tavoitellaan tasavertaista keskustelua, jossa afaattinenkin asiakas olisi aktiivinen ja toimisi terapeutin kanssa yhteistyössä. (Pietarinen 2007, 5-6.)

Siinä missä puheterapian vuorovaikutusprosessia on tutkittu paljon pragmaattisesta näkökulmasta, vuorovaikutuksen varsinaista luonnetta ja merkitystä kuntoutumisprosessin etenemisessä ei ole juurikaan tutkittu. Vasta viime vuosina puheterapiavuorovaikutustutkimuksissa on kiinnitetty huomiota nonverbaaliseen viestintään ja esimerkiksi kuulijan reaktioiden vaikutuksiin puhujan puheeseen (Pietarinen 2007, 3-4.) Eräs tällainen tutkimus on muun muassa Pietarisen (2007) tutkimus, joka tarkastelee afaattisen henkilön puheterapiaa vuorovaikutusprosessina. Hän on tutkinut keskusteluanalyysin menetelmää soveltamalla omaa ammattitoimintaansa tarkastelemalla yhdelle afasia-asiakkaalle antamia palautteita sekä niiden vaikutusta vuorovaikutusprosessin etenemiseen ja rooleihin terapiatilanteessa. Tutkimuksessa lähtökohtana on ajatus, että nimenomaan vuorovaikutus tekee puheterapiasta terapiatilanteen. Snellmanin (2008) tutkimus taas on ensimmäinen tutkimus joka keskittyy ääniterapian vuorovaikutukseen ja

vuorovaikutusprosessin kuvailuun. Snellmanin tutkimus ei kuitenkaan keskity varsinaisesti puheterapeutin vuorovaikutustaitojen tarkastelemiseen, vaan ääniterapian harjoittelun rakenteen, terapeutin palautteen ja oppimisen kuvailuun.

Puheterapeutin viestinnän katsotaan olevan ideaali malli toimivasta viestinnästä (Ferguson & Armstrong 2004, 470; Pietarinen 2007, 4). Fergusonin ja Armstrongin (2004, 470–471) mukaan puheterapiassa viestinnässä ei esiinny kovinkaan paljon väärinymmärryksiä, ja nekin väärinymmärrykset mitä esiintyy, liittyvät ensisijaisesti terapiatilanteisiin, joissa tarvitaan puheterapeutin ja asiakkaan välille tulkkia. Tällöin puhutaan tilanteista, joissa puheterapeutit yleisesti uskovat tulkkauksen yhteistoiminnalliseksi, mutta useat tutkimukset osoittavat asian olevan toisin. Puheterapeuttien ja tulkkien välisen kielellisen analyysin perusteella puheterapeutti ottaa ensisijaisesti kaikkietävän” primary knower” roolin sen sijaan, että käyttäisi tulkkia kulttuurisena tai kielellisenä tiedonantajana. Puheterapeutti siis dominoi koko tilannetta. Tällainen käyttäytyminen johtuu eri tutkijoiden mukaan vanhasta lääketieteen mallista, jonka mukaan hoidonantaja yksin on asiantuntija.

Logopedian tutkimusten valossa vaikuttaisi siltä, että on olemassa vain vähän tutkimustietoa siitä, millaista puheviestintäosaamista puheterapeutin ammatissa tarvitaan. Niin ikään logopedian opiskelijoiden ja puheterapeuttien puheviestintäosaamisen arviointiin ei ole olemassa toimivaa arviointimallia, vaikka puheterapiaan on kehitetty lukuisia arviointimalleja asiakkaan vuorovaikutuksen arvioimiseen. Puheterapeutin puheviestintäosaamisen kartoitus ja arviointi palvelisivat puheterapeutin ammatillista osaamista, sillä puheterapia on kuitenkin puheeseen ja vuorovaikutukseen liittyvää kuntoutusta, joka tapahtuu vuorovaikutussuhteessa,

## 6 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää millaista interpersonaalista ja relationaalista puheviestintäosaamista puheterapeutti tarvitsee työssään ja millaisia vaikutuksia puheviestintäosaamisella on heidän käsityksensä mukaan hoitotuloksiin. Tarkoituksena on myös luokitella keskeisimpiä puheviestintäosaamisen taitoalueita sekä näihin liittyviä osa-alueita. Samalla tarkoitetaan hahmotella alustavaa versiota itsearviointilomakkeesta, jolla logopedian opiskelija/puheterapeutti voi arvioida puheviestintäosaamistaan.

Tutkimusongelmaksi muotoutui: *Millaista puheviestintäosaamista puheterapeutin työssä tarvitaan ja miten aineistossa tarkasteltu taitomittari soveltuu puheterapeutin puheviestintäosaamisen itsearviointiin?*

Tutkimusongelmaa lähestytään kolmen tutkimuskysymyksen kautta.

### 1. Millainen merkitys puheviestintäosaamisella on puheterapeutin työssä?

Ensimmäinen tutkimuskysymys on hyvin laaja. Kysymys auttaa ymmärtämään, millaisena puheterapeutit näkevät ammattiosaamisen ja puheviestintäosaamisen välisen suhteen puheterapiassa ja millaisia vaikutuksia puheterapeutti-asiakasviestinnällä on heidän käsityksensä mukaan hoitotuloksiin. Samalla kartoitetaan millaisista interpersonallisista ja relationaalisista taitoalueista ja niihin liittyvistä osa-alueista puheterapeutin ammatillinen puheviestintäosaaminen koostuu. Tätä selvitetään tarkastelemalla puheviestintäosaamista eri näkökulmista. Tarkastelua tehdään muun muassa puheterapeutin työnkuvan, ammattiosaamisen, asiakaslähtöisyyden, työhön liittyvän vastuun sekä asiakassuhteen toimivuuden kannalta. Erityisesti tarkastellaan puheterapian relationaalista ulottuvuutta. Lisäksi selvitetään millaisia konflikteja ja jännitteitä suhteessa esiintyy.

### 2. Miten puheterapeutin ja lääkärin professiot ja asiakasviestintä eroavat toisistaan?

Toisen kysymyksen avulla muodostetaan ”silta” aikaisemman lääkäri-potilasviestinnän tutkimuksen ja tämän tutkielman empirian välille. Tällöin halutaan selvittää onko lääkärin ja puheterapeutin professiossa/työnkuvassa ja asiakasviestinnässä riittävästi samaa, jotta lääkäreistä tehtyä tutkimusta on relevanttia ja validia hyödyntää tämänkaltaisessa tutkielmassa. Kysymyksellä tarkastellaan toimenkuvia (professioita) ja asiakasviestintää erottavia ja yhdistäviä piirteitä.

### **3. Miten lääkäri-potilasviestinnän arvioinnissa käytetty taitomittari soveltuu puheterapeutin puheviestintäosaamiseen arviointiin?**

Tutkielman yhtenä tavoitteena on hahmotella alustavaa versiota itsearviointilomakkeesta, jolla logopedian opiskelija/puheterapeutti voi arvioida puheviestintäosaamistaan. Kolmas tutkimuskysymys perustuu kahteen aiempaan tutkimuskysymykseen, joista saatujen vastausten perusteella pyritään selvittämään miten kirjallisuuskatsauksesta valittu alun perin lääkäri-potilasviestinnän arvioimiseen kehitetty taitomittari arvioi puheterapeutin työssä tarvittavaa puheviestintäosaamista. Kysymyksellä etsitään vastausta siihen, miten taitomittari arvioi puheterapeutti-asiakasviestintää määrittäviä puheviestintäosaamisen taitoalueita ja niihin liittyviä interpersonaalisia ja relationaalisia osa-alueita. Taitomittarista ja itsearviointilomakkeesta käytyjen keskustelujen avulla halutaan myös laajentaa ja tarkentaa kahdesta edellisestä tutkimuskysymyksestä saatuja vastauksia.



## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Menetelmän valinta

Puheterapeuttien ammatillista puheviestintäosaamista on tutkittu niukasti. Pääosa logopedian tieteenalan tutkimuksista on keskittynyt puheen ja puheen aikaansaaman toiminnan tarkasteluun. Puhetta tarkastelevissa tutkimuksissa on tarkasteltu esimerkiksi asiakkaan- ja erityisesti afasia-asiakkaan, ja puheterapeutin välistä keskustelua, kuten puheenvuorojen rakentumista ja jakautumista. Ensimmäisiä Suomessa tehtyjä puheterapian vuorovaikutustutkimuksia on Pietarisen (2007) afaattisen henkilön ja puheterapeutin vuorovaikutusprosessia käsittelevä tutkimus sekä Snellmanin (2008) ääniterapian vuorovaikutukseen ja vuorovaikutusprosessin kuvailuun keskittyvä tutkimus.

Tässä tutkielmassa pyritään kartoittamaan ja kuvailemaan millaisista puheviestintäosaamisen taitoalueista ja yksittäisistä osa-alueista puheterapeutin ammatillinen puheviestintäosaaminen rakentuu. Tutkielmassa on osittain samoja piirteitä kuin terveystieteen ja lääkäri-asiakasviestinnän tutkimuksissa eli tutkielmaa lähestytään tietyiltä osin ongelmalähtöisesti etsimällä toiminnan tuloksellisuuden vaikuttavia viestinnällisiä tekijöitä (ks.esim.4.2). Tutkielma on jo tutkimusongelmaltaan hyvin moniulotteinen, jonka vuoksi tutkielmassa on päädytty dialektisen tutkimusmenetelmän valintaan. Dialektinen tutkimus ei ankkuroidu pelkästään yhteen tutkimustraditioon, vaan tutkimuksessa hyödynnetään sekä tulkitsevia tai laadullisia lähestymistapoja, että perinteisempää, tilastollista tutkimusotetta (Baxter & Montgomery 1997, 346, Gerlanderin 2003, 32 mukaan). Tällaista kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistämistä on joissakin yhteyksissä nimitetty myös monistrategiseksi tutkimukseksi sekä triangulaatioksi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 28).

Dialektisen näkökulman valintaa tukee myös se, että erilaiset näkökulmat pääsevät tutkimusotteessa esille ja tutkimusmenetelminä voidaan käyttää useampaa eri menetelmää. Tutkimusmenetelmällisesti tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusaineisto voidaan kerätä erilaisista lähteistä, aineistoja voidaan yhdistellä ja tarkastelua voidaan tehdä lähestymällä tutkittavaa ilmiötä eri tavoin. (Gerlander 2003, 32.) Käytettäessä useaa eri aineistoa, puhutaan Denzinin (1970) mukaan aineistotriangulaatiosta (Hirsjärvi ym. 2009, 233). Sekä metodien että aineistojen

yhdistämisellä, eli triangulaatiolla, on mahdollista lisätä tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143; Hirsjärvi & Hurme 2008, 28). Kuitenkin kuten Denzin (1989) muistuttaa, triangulaatio on vain yksi vaihtoehto tutkimuksen validiteetin arvioimiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143).

Tieteelliselle tutkimukselle on pitkään ollut tyypillistä tehdä vastakkainasettelua laadullisen ja tilastollisen tutkimusotteen välillä ja pitää ne vahvasti erillään toisistaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 21.) Mikäli tätä tutkielmaa ajatellaan vastakkainasettelun kautta, on kyseessä kvalitatiivinen tutkielma. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on Hirsjärven ym. (2009, 164) mukaan kyse ennen kaikkea ihmisten tutkimuksesta ja ihmisestä tiedon keruun välineenä, jolloin tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Tämä tutkielma perustuu pitkälti puheterapeuttien omiin käsityksiin, kokemuksiin ja tulkintoihin omasta ammattiosaamisestaan (ks. Kostiainen 2003). Lisäksi kvalitatiivinen lähestymistapa on olennainen kun tutkitaan hiljaisen tiedon kaltaista ilmiötä, josta henkilö ei välttämättä ole itse tietoinen (ks. Gerlander & Takala 2000, 160). Kvalitatiivista tutkimusotetta tukee myös se, että tutkielmassa liikutaan jokseenkin kartoittamattomalla ja ennakoimattomalla alueella (Hirsjärvi ym. 2009, 205), ja laadullisella tutkimuksella voidaan tutustua tutkimuskohteeseen ennen varsinaista otantaa ja tilastollista tutkimusta (Silverman 1993, 20, Kahran 2010, 38 mukaan). Lisäksi Metsämuurosen (2006, 88) mukaan silloin kun ollaan kiinnostuneita merkityksistä, on tulosten kannalta hedelmällisintä käyttää juuri kvalitatiivisia menetelmiä.

Lisäksi tutkielman kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkielmalla pyritään niin ikään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä sekä tutkittavien ajatuksia ja heidän niille antamiaan merkityksiä, jolloin vastauksissa huomiota kiinnitetään osittain samankaltaisiin asioihin kuin esimerkiksi Branderin (2009) insinöörien viestintätaitoja koskevassa pro gradu- tutkielmassa. Branderin (emt. 58) tutkielmassa, samoin kuin tässä tutkielmassa ei olla kiinnostuneita pelkästään vastausten sisällöstä tai tietynlaisten vastausten määrästä, vaan tarkastelussa kiinnitetään huomiota myös siihen, millaisissa yhteyksissä vastaajat puhuvat asioista ja millaiset kokemukset vaikuttavat ajattelun taustalla. Tällöin kiinnostuneita ollaan Branderin tutkielman tavoin kysymyksistä ”miksi, miten, missä, koska ja millä seurauksella.” Lisäksi tarkoituksena on tarkastella ja eritellä millaisia ajatuksia, mielipiteitä ja arvostuksia puheviestintäosaaminen herättää puheterapeuteissa.

Tutkielman tieteenfilosofinen lähestymistapa pohjautuu fenomenologiaan siltä osin, että tutkielmassa ollaan kiinnostuneita ihmisten omista kokemuksista. Toisaalta tutkielma nojautuu

myös fenomenografiseen analyysiin, sillä ilmiöitä ei vain tutkita, vaan aineistosta esiin nousseet käsitykset jaetaan luokkiin. (ks. Brander 2009, 60.)

## 7.2 Haastattelut

Tutkimusaineisto koostuu logopedian oppiaineen parissa toimivien puheterapeuttien haastatteluista. Haastattelu on käytetyin tiedonhankkimisen menetelmä useilla yhteiskuntaelämän alueilla (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 9). Tässä tutkielmassa empiirinen aineisto päädyttiin keräämään kyselyn sijaan haastattelemalla, koska kyselylomakkeen vastausten ajateltiin jäävän suppeiksi. Lisäksi kuten Hirsjärvi ym. (2009, 204–205) toteavat, haastattelu on hyvä tiedonkeruumenetelmä silloin kun liikutaan melko kartoittamattomalla ja ennakoimattomalla alueella. Lisäksi haastattelu mahdollistaa tutkijoiden mukaan joustavan aineiston keräämisen ja haastattelutilanteessa on mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä ja selvennyksiä. Haastattelussa tutkittavalla ihmisellä on myös suuremmat mahdollisuudet tuoda vapaasti esille subjektiivisia kokemuksiaan.

Erilaisten haastattelutyyppeiden jakoja, samoin kuin haastattelutyyppeiden nimityksiä on useita. Perinteisesti haastattelut on jaettu kysymysten valmiuden ja sitovuuden mukaan strukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin, joiden välimaastoon jää puolistrukturoitu haastattelu (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11). Hirsjärvi ym. (2009, 208–209), Tuomi & Sarajärvi (2009, 74–75) sekä Ruusuvuori & Tiittula (2005, 11–12) jakavat haastattelutyypit kolmeen eri luokkaan: strukturoitu haastattelu, jota palvelee lomakehaastattelu, puolistrukturoitu haastattelu, joista tunnetuin on teemahaastattelu ja strukturoimaton haastattelu joka tarkoittaa täysin avointa haastattelua ja josta käytetään myös nimitystä syvähaastattelu. Tässä tutkielmassa haastattelumuodoista tutkimustarkoitusta parhaiten tuntui palvelevan teemahaastattelu. Teemahaastattelu on sopivasti lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto (Hirsjärvi ym.2009, 208) ja se on lähellä syvähaastattelua (Tuomi ym. 2009, 75). Teemahaastattelussa on etukäteen päätetty teema-alueet ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset, joiden varassa edetään. Teemahaastattelun etuna on, että kysymysten ei tarvitse olla tarkkoja ja teemahaastatteluissa voi tarvittaessa liikkua vapaasti teemasta toiseen satunnaisessa järjestyksessä. (Hirsjärvi ym.2009, 208; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelurunko jakaantui viiteen eri teema-alueeseen (liite 1). Teemat laadittiin kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuskysymysten (ks. luku 6) pohjalta niin, että haluttuja asioita nousisi erilaisista näkökulmista. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen viittaavat puheterapeutin puheviestintäosaamista, puheterapeutti-asiakassuhdetta sekä konflikteja ja jännitteitä tarkastelevat teema-alueet (teemat 1,3 ja 4). Toiseen tutkimuskysymykseen viittaa puheterapeutin ja lääkärin työnkuvia vertaileva teema-alue (teema 2). Viides, itsearviointilomakkeen toimivuutta tarkasteleva teema muodostui puolestaan kolmannelta tutkimuskysymyksestä. Lisäksi haastattelurunko käsitti taustakysymykset. Haastatteluissa kulki mukana hahmotelma itsearviointilomakkeesta.

Otanta on tutkielman validiteettia ja realabiliteettia ajatellen pieni. Tässä tutkielmassa pieni otanta on kuitenkin perusteltua, koska otanta käsittää kaikki Tampereen yliopiston logopedian opettajat eikä tutkielmaa haluttu laajentaa ns. ”kentällä” työskenteleviin puheterapeutteihin, joilla ei ole kokemusta logopedian opettamisesta.

Haastatteluista sovittiin sähköpostitse sekä suullisesti jo ennen tutkimuksen aloittamista vuodenvaihteessa 2008. Haastateltavat ovat kaikki naisia. Puheterapeutteina tutkittavat olivat työskennelleet vuoteen 2009 mennessä seitsemästä vuodesta 25:een vuotta ja logopedian opettajina kahdesta vuodesta 18 vuoteen. Yksi haastatelluista työskentelee (2011) logopedian professorina eikä pidä enää puheterapeutin vastaanottoa. Kolme muuta haastateltua pitävät edelleen opetustyön ohessa sivutoimista puheterapeutin vastaanottoa.

Yksilöhaastattelut tehtiin lokakuun 2009 aikana puheopin laitoksella opettajien omissa työhuoneissa. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla teemahaastattelurungon mukaisesti. Haastattelut nauhoitettiin kokonaisuudessaan ja litteroitiin sanatarkasti kirjalliseksi aineistoksi. (Litteroinnissa käytetyt merkinnät on merkitty liitteeseen 2). Kestoltaan haastattelut jakaantuivat siten että kaksi haastattelua kesti 65 minuutista 72:teen minuuttia ja kaksi haastattelua 35 minuutista 38:een minuuttia. Litteroituna haastatteluaineistoa oli A4 sivukooltaan 88 sivua, fonttikoon ollessa 12 ja rivivälin 1,5.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysiä. Sisällön analyysi valittiin, koska sen avulla saatiin tuloksia haastateltujen ajatuksista ja kokemuksista ammattiosaamisen ja puheviestintäosaamisen suhteen. Sisällön analyysi voi olla luonteeltaan joko aineistolähtöistä, teoriaohjaavaa tai teorialähtöistä. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään rakentamaan teoreettinen kokonaisuus, jossa aikaisemmilla tutkittavaan ilmiöön liittyvillä havainnoilla, teorialla ja tiedoilla ei pitäisi ole mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysi on aineistolähtöistä. Teoriaohjaavassa (teoriasidonnaisessa) sisällön analyysissä on

tietynlaisia teoreettisia kytkeviä, mutta aikaisemmalla tiedolla ei ole teoriaa testaavaa merkitystä. Teoria toimii aineiston analyysin apuna. Teorialähtöinen analyysi taas on perinteinen luonnontieteellisen tutkimuksen malli. Teorialähtöisessä analyysissä esitellään teoria ja käsitteet, jolloin tutkielma määrittellään jonkin jo tunnetun mukaisesti ja aineiston analyysiä ohjaa valmis, aikaisempaan tietoon perustuva kehys. Teorialähtöinen malli onkin esitetyistä malleista eniten kiinni teoriassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97, 113.) Tässä tutkielmassa käytettiin teorialähtöistä analyysiä, koska se perustui aikaisemmalle tutkimukselle aiheesta, mutta sen tarkoituksena ei ollut testata yksittäistä teoriaa tai mallia. Tutkielma oli siis myös induktiivista eli yksittäisestä yleiseen liikkuvaa.

Otannon pienuudesta johtuen haastatteluaineistoa analysoitiin litteroinnin jälkeen tapauskohtaisesti. Yksittäiset haastatteluaineistot analysoitiin ja ryhmiteltiin teemoittelun ja tyypittelyn avulla. Tuomen ym. (2009, 93) mukaan teemoittelussa painottuu se, mitä kustakin aiheesta on sanottu. Kyse on laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Tyypittelyssä aineisto taas ryhmitellään tietyiksi tyypeiksi.

Teemoittelun pohjana hyödynnettiin haastattelussa käytettyjä teemoja (ks. liite1). Teemoittelussa samaa teemaa kuvaavat maininnat kerättiin yhteen. Kuten Hirsjärvi & Hurme (2009, 173) toteavat, saattaa aineistosta alkuperäisten teemojen lisäksi usein nousta myös alkuperäisiä teemoja kiinnostavampia muita teemoja. Uusia teemoja syntyi, kun aineiston jäsenyyden yhteydessä esiintyi katkelmia, jotka eivät sopineet täydellisesti alkuperäisiin teemoihin tai jotka nousivat esille useissa vastauksissa. Tarvittaessa etukäteen muokattuja teemoja saatettiin myös muokata analyysin edetessä. (ks. myös Kahra 2010, 41.)

Tämän jälkeen haastatteluaineistot yhdistettiin. Jokaista teema-aluetta käsiteltiin aluksi omana kokonaisuutenaan, jonka jälkeen aloitettiin eri teemojen välisten mahdollisten yhteyksien tutkiminen. Jos aineistosta nousi jokin asia esille useiden eri teemojen ja kysymysten yhteydessä, vastaukset pyrittiin liittämään jonkin tietyn, yhtäläisen teeman alle. Puheterapeuttien kokemuksista, havainnoista ja näkemyksistä esimerkiksi asiakaskeskeisyyden toteutumisen suhteen etsittiin sekä samankaltaisuuksia että eroavaisuuksia. Päätelmiä tehtiin myös siitä, miksi tietyt asiat toistuivat useissa vastauksissa ja mistä taas ristiriidat osissa vastauksista saattoivat johtua. Vaikka haastateltujen vastauksia pyrittiin vertailemaan toisiinsa, ymmärrettiin että neljän puheterapeutin vastauksien ei voida olettaa edustavan kaikkia alalla työskenteleviä henkilöitä. Vastajia käsitellään tästä syystä tässä tutkielmassa yksilöinä.

Tuloksiin on haastatteluaineistosta poimittu suoria lainauksia, joiden avulla lukija voi arvioida tutkijan tekemiä päätelmiä. Alkuperäisestä litteroidusta tekstistä erotettuihin katkelmiin merkittiin aina haastateltavien tunnistetiedot, jotta ne voitaisiin tarvittaessa jäljittää alkuperäiseen yhteyteensä. Koska kontekstilla saattaa olla merkitystä oikean tulkinnan ja ymmärtämisen kannalta, vastausten kontekstit pyrittiin säilyttämään (Hirsjärvi & Hurme 2009, 142). Haastateltavista käytettävä tunniste muodostuu kirjaimista PT sekä numeroista välillä 1-4. PT tulee sanasta puheterapeutti ja numerot tulevat haastattelujärjestyksestä. Muussa tapauksissa haastateltaviin on viitattu vaihtelevasti joko nimikkeellä puheterapeutti tai logopedian opettaja. Aineistoa on pyritty käsittelemään mahdollisimman anonyymisti, mutta pienen otannan takia jotkin suorat lainaukset tai termien käyttö saattaa paljastaa haastateltavan henkilöllisyyden. Haastateltavat ovat tietoisia tästä.

### 7.3 Itsearviointilomake

Ammatillisten vuorovaikutustaitojen opettamisessa ja kehittämisessä pidetään tärkeänä riittävää palautteen antamista sekä vuorovaikutustaitojen arviointia. Lääkäri-potilasviestinnän sekä lääkäreiden ja lääketieteen opiskelijoiden viestintätaitojen arvioimiseen ja mittaamiseen on kehitetty lukuisia analyysijärjestelmiä sekä erilaisia arviointimittareita. Tässä tutkielmassa käytetään käsitettä taitomittari, kun viitataan puheviestintäosaamiseen kuuluviin taitoalueisiin (kuten tiedon kerääminen) sekä näihin kuuluviin osa-alueisiin (kuten avointen kysymysten käyttäminen). Viitatessa taitomittarin ohella myös arvoasteikkoon tai arviointikriteeristöön käytetään puolestaan käsitteitä arviointimalli tai arviointimenetelmä.

Tämän tutkielman tavoitteena on selvittää miten lääkärin vastaanottoviestinnän arvioimisessa käytettyä taitomittaria (liite 3) voi hyödyntää itsearviointilomakkeen muodossa (liite 4) puheterapeutin puheviestintäosaamisen arviointiin. Taitomittarin soveltuvuutta pyritään selvittämään kartoittamalla puheterapeuttien haastatteluiden avulla puheterapeutti-asiakasviestintää ja siihen olennaisesti kuuluvia puheviestintäosaamisen taitoalueita ja näihin kuuluvia osa-alueita.

Kirjallisuuden pohjalta valittiin taitomittari, jota Rider, Hinrichs & Lown (2006) ovat käyttäneet lääketieteen opetussuunnitelmaan kehittämässään (kompetenssi) arviointimallissa (ks. Liite 3).

Kyseiseen taitomittariin päädyttiin koska arviointimalli on kehitetty nimenomaan interpersonaalisten vuorovaikutustaitojen opetukseen ja arvioimiseen. Lisäksi arviointimenetelmää on Riderin ym. (emt) mukaan hyvällä menestyksellä sovellettu käytäntöön useiden vuosien ajan Harvardin lääketieteellisessä tiedekunnassa ja se on tarjonnut hyvää opastusta viestintätaitojen arviointiin sekä menestykselliseen integrointiin lääketieteellisissä tiedekunnissa Yhdysvalloissa. Lisäksi arviointimalli on tutkijoiden mukaan *yleisesti tarjolla* opetusalan johtajille ja kaikille, jotka ovat mukana puheviestintäosaamisen arvioimisessa. Tämän tutkielman kannalta olennaista taitomittarissa on huomioida sen alkuperäinen konteksti. Arviointimalli on rakennettu lääkärin vastaanottoviestinnän arvioimiseen, mikä näkyy niin taitoalueissa kuin arvioitavissa osa-alueissakin.

Riderin ym. (2006, 127) arviointimalli pohjautuu luvussa 4.3.3 esitellyn Schirmerin ym. (2005) arviointimallin tavoin Bayerin ja Fetzerin instituutioiden Kalamanzoo nimisessä paikassa kehittämään yksimieliseen lausuntoon perustuvaan arviointimalliin (Bayer-Fetzer Kalamanzoo Consensus Statement, KCS). Bayer-Fetzer instituutioiden Kalamazon monitieteellinen asiantuntijaneeli määrittä tuolloin *seitsemän* laajasti tuettua lääkäri-potilas viestinnälle ominaista ja olennaista puheviestintäosaamisen taitoaluetta. Näitä olivat lääkäri-potilassuhteen rakentaminen, keskustelun avaaminen, informaation kerääminen, potilaan (sairauteen liittyvien) näkökulmien ymmärtäminen, informaation jakaminen, yhteisymmärryksen saavuttaminen ongelmien ja suunnitelmien suhteen sekä lopettamisen tarjoaminen (providing closure). (Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001, Riderin ym. 2006, 128 mukaan; ks.myös Schirmer ym. 2005.)

KCS-arviointimallissa ei arvioida kyseisiä taitoalueita, vaan arviointi keskittyy näihin kuuluviin osa-alueisiin. Alkuperäinen KCS- metodi sisältää Riderin ym.(2006, 128) mukaan 23 osa-aluetta, joista tutkijat käyttävät nimitystä alataidot (sub-competencies). Näitä on arvioitu asteikolla ”hyvin tehty”, ”tarvitsee harjoitusta”, ”ei tehty”, ”asiaankuulumaton” (not applicable). Riderin ym. arviointimalli pohjautuu lähestulkoon kokonaan KCS- arviointimalliin, mutta arvosteluasteikkona käytetään maailmanlaajuista 5-portaista Likertin asteikkoa, jossa arvoasteikko asettuu köyhän- ja loistavan viestinnän välille. Lisäksi, toisin kuin alkuperäisessä KCS-arviointimallissa, Riderin ym. arviointimallissa arvioinnin piiriin kuuluu myös kyseiset edellä esitellyt seitsemän taitoaluetta. Riderin ym. (emt.128–129) arviointimallissa on KCS- arviointimallin lisäksi sovellettu myös Amerikan internaalisen lääketieteen johtokunnan (american board of internal medicine, ABIM) potilaan tyytyväisyyden arviointimenetelmää tuomaan arviointiin myös potilasnäkökulmaa.

Tutkielmaa varten Riderin ym. (2006) taitomittari suomennettiin. Arviointimenetelmien kääntäminen kieleltä toiselle on haastavaa kielellisten erojen vuoksi (ks. Huttunen, Paavola & Suvanto 2008, 20), joten tässäkin tutkielmassa on syytä huomioida, että suomennokset perustuvat täysin tutkijan omiin, melko vapaamuotoisiin suomennoksiin. Tällöin joku toinen henkilö saattaisi päätyä käyttämään eri termiä tai käsitettä. Niin ikään koska Riderin ym. (2006) kompetenssi-arviointimalli on kehitetty ulkopuolisen henkilön tekemään arviointiin, taitoalueisiin kuuluvien arvioitavien osa-alueiden eteen lisättiin etuliite ”osaan”, jotta arviointimallia voi käyttää itsearviointiin (ks. liite 3). Taitoalueen sijaan jatkossa käytetään *ensisijaisesti* termiä *ylätaito* ja siihen kuuluvasta osa-alueesta Riderin ym. (emt) tavoin termiä *alataito*. Haastatteluissa käytettiin nimenomaan näitä termejä. Lisäksi raportoinnin helpottamiseksi asiakasviestintään liittyvät puheviestintäosaamisen taitoalueet eli ylätaidot on luokiteltu alkuperäisen arviointimallin sisältämien numeroiden sijasta kirjaimin A-G ja näihin kuuluvat osa-alueet eli alataidot on puolestaan numeroitu välillä 1-23. Tällöin viitatessa raportoinnin yhteydessä esimerkiksi ylätaitoon ”hoidonantaja-asiakassuhteen rakentaminen ” ja siihen liittyvään alataitoon ”osaan näyttää/osoittaa yksilöllistä kiinnostusta potilaaseen”, käytetään tekstissä merkintää A1.

Lisäksi taitomittaria muokattiin joidenkin ylä- ja alataitojen osalta. Ensimmäiseen taitoalueeseen ”potilassuhteen rakentaminen” liittyvään alataitoon A1 kiinnostusta mittaavaan kohtaan lisättiin sana ”yksilöllistä”. Lisäksi A2-alataito jaettiin kahteen erikseen arvioitavaan osaan, jolloin välittämisen ja huolenpidon osoittaminen käsittää erikseen verbaalisen- ja nonverbaalisen viestinnän osiot. C-ylätaitoon liitettiin puolestaan kokonaan uusi alataito C7 ”osaan kuunnella aktiivisesti”, jotta kuuntelemisen merkitys korostuisi arvioinnissa erillisenä osa-alueena. D12-alataitoon ”osaan kysyä elämäntilanteesta, olosuhteista ja muista ihmisistä jotka saattavat vaikuttaa asiakkaan terveyteen” lisättiin erikseen sulkuihin maininta ”perhe, kulttuuri, sukupuoli, ikä, sosiaalinen status, hengellisyys”, jotka päädyttiin ottamaan mukaan Schirmerin ym. (2005, 185) arviointimallista. Alataitoon E15 lisättiin sulkujen sisälle terminologian välttäminen, koska lääketieteen asiantuntijat käyttävät tutkijan kokemuksen mukaan puheessaan runsaasti terminologiaa. F20-alataitoon ”osaan tunnistaa sopivat lisäapukeinot ” lisättiin sulkuihin ”mm. asiakkaalle sopivat vaihtoehtoiset toimintatavat/hoitomuodot”, koska nykyään moni terveydenhuollon asiakas haluaa tietää myös vaihtoehtoisista hoitomuodoista. G-ylätaito päädyttiin suomentamaan yksinkertaistetusti ”vastaanoton päättämiseksi”.

Itsearviointimalliin ei sisällytetty Riderin (2006, 129) käyttämää potilastyytyväisyyden mittaria, koska itsearvioinnissa potilastyytyväisyyden toteutumisen arvioiminen ei ole mahdollista. Likertin 5-portainen asteikko sijoitettiin jokaisen arvioitavan alataidon kohdalle. Varsinaiset ylätaidot eivät



kuulu arvioinnin piiriin. Itsearviointimallin kvantitatiiviseen toimivuuteen ja ulkoasun yksityiskohtiin ei ole kiinnitetty huomiota, koska ne eivät ole tämän tutkielman osalta olennaisia, sillä lopullisen itsearviointilomakkeen kehittäminen jää jatkotutkimusten varaan.

Itsearviointilomake annettiin haastatelluille tarkasteltavaksi noin puolessa välissä haastattelua, kahden haastattelun kohdalla jo hiukan aiemmin. Arviointilomaketta tarkasteltiin keskustelujen lomassa yhdessä tutkijan kanssa ja jokainen ylätaito ja siihen liittyvät alataidot pyrittiin käymään lyhyesti läpi. Haastateltujen kanssa keskusteltiin taitojen oleellisuudesta puheterapeuttiasiakasviestinnässä. Keskusteluissa mietittiin myös taitomittarin yleistä soveltuvuutta puheterapiaan. Haastatteluiden lopussa haastatellut saivat halutessaan antaa kehitysehdotuksia myös arvoasteikon ja itsearviointilomakkeen ulkoasun osalta.

Huomioitavaa on, että taitomittari ei ollut haastatelluille entuudestaan tuttu, joten palaute perustuu vastaajien lomakkeesta saamaan ensivaikutelmaan. Itsearviointin tulokset analysoitiin käyttämällä edellä luvussa 7.3 kuvattua sisällön analyysi-menetelmää. Tulokset jaettiin tarkkoihin teema-alueisiin, jotka muodostettiin ylä- ja alataidoista. Tulokset on raportoitu yksityiskohtaisesti, jolloin on pyritty huomioimaan kaikki taitomittariin liittyvät kehitysehdotukset.

## 8 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkielman empiirisen aineiston tulokset. Tulokset perustuvat haastateltujen puheterapeuttien omiin näkemyksiin, mielipiteisiin ja kokemuksiin omasta itsestään ja suhteestaan ammattiinsa. Tulokset kertovat puheterapeutin ammattiosaamisen ja puheviestintäosaamisen välisestä suhteesta ja puheviestintäosaamisen merkityksestä muun muassa puheterapeutin työnkuvan, ammattiosaamisen ja hoitotulosten osalta. Tulokset kertovat myös puheterapian asiakaslähtöisyydestä, puheterapeutin erilaisista rooleista, työhön liittyvästä vastuusta, puheterapiaan liittyvistä konflikteista ja jännitteistä sekä toimivan asiakassuhteen rakentamisesta ja merkityksestä. Tuloksissa esitellään myös keskeisimpiä puheterapeutin puheviestintäosaamista määrittäviä interpersonaalisia ja relationaalisia puheviestintätaitoja. Niin ikään tuloksissa esitellään millä tavoin lääkärin ja puheterapeutin professiot ja vastaanottotilanteeseen liittyvä asiakasviestintä eroavat ja miten lääkäri-potilasviestinnän arviointiin kehitetty taitomittari soveltuisi puheterapeutin puheviestintäosaamisen itsearviointiin. Lääkärin professiolla viitataan tutkielmassa ensisijaisesti yleislääkärin toimenkuvaan. Lääkärin palveluja käyttävään henkilöön viitataan termillä potilas ja puheterapiapalveluja käyttävään henkilöön viitataan termillä asiakas.

### 8.1 Puheterapeutin ja lääkärin professiot puheterapeuttien näkökulmasta

Puheterapeuttien haastatteluissa ilmeni lukuisia asioita, joissa konkretisoituu lääkärin ja puheterapeutin professioita erottavat piirteet ja toisaalta ne seikat, jotka yhdistävät ammatteja esimerkiksi vastaanottotilanteen viestinnän osalta. Yleisesti ottaen toimenkuvissa koettiin olevan paljon samaa, mutta yhtä lailla eroavaisuuksia. Eräs puheterapeuteista kiteytti asian siten, että puheterapiassa on *professionaaliltaan* kyse lääkärin työstä, mutta *hoitomuodoltaan ja kuntoutuksen kannalta* tarkasteltuna työ on lähempänä terapiatilannetta. Myös kahdessa muussa haastattelussa huomautettiin puheterapeutin ammatin olevan eräänlainen sekoitus lääkäriä ja terapeuttia. Lisäksi yksi näistä haastatelluista korosti, että puheterapiaa tulisi tarkastella prosessina, jossa on piirteitä *useista* eri ammattiryhmistä.

Yksi haastatelluista toi esille aikaisempina vuosina tapahtuneet tilanteet, joissa asiakas on saattanut verrata häntä puheterapeutin statukseltaan jopa suoraan lääkäriin.

”...tehän ootte melkeen lääkäreitä valkosessa takissa. Jaa ja selitä sinä nyt mulle...” PT2

Haastateltu huomautti, että tällainen puheterapeutin itsetuntoa hivelevä vertailutilanne on tosin liittynyt tilanteeseen, jossa esimerkiksi aivovauriopotilas on pyytänyt puheterapeuttia *tulkkamaan* lääkärin kertomusta, kun ei ole *ymmärtänyt* lääkärin selvitystä asiasta.

Kolme puheterapeuttia (N=4) mainitsi useasti eri yhteyksissä lääkärin ja puheterapeutin työnkuvien eroavan paljolti jo pelkästään käytettävissä olevan ajan ja potilasmäärien suhteen. Esimerkiksi vastaanottoajan pituuden ja asiakasmäärän koettiin vaikuttavan muun muassa asiakaskeskeisyyden huomioimiseen. Mitä pienemmät asiakasmäärät ja mitä pidempi vastaanottoaika, sitä paremmat resurssit hoidonantajalla on luoda tilanteesta asiakkaalle yksilöllisemmän tuntuinen. Puheterapiassa tilanne on tältä osin hyvä, toisin kuin lääkärin työssä, jossa lääkäri kohtaa päivän aikana useita kymmeniä potilaita.

Kaksi puheterapeuttia puolestaan nosti esille erot hoitosuhteiden pituuksissa. Toisen vastaajan mukaan lääkärin - ja potilaan välisen *hoitosuhteen* jäädessä useimmiten hyvin lyhyeksi, jopa kertaluontoiseksi tapaamiseksi, lääkärin varsinaiseksi tehtäväksi muodostuu diagnoosin tekeminen ja avun nopea tarjoaminen. Puheterapeutti sen sijaan haastatellun mukaan ”oikeasti” hoitaa ja kuntouttaa asiakasta.

Vaikka diagnosointi katsottiinkin ensisijaisesti lääkärin toimenkuvaan kuuluvaksi, myös puheterapeutin korostettiin tekevän tutkimusta eli diagnosointia, vaikka virallisen diagnoosin antajaksi on Suomen terveydenhuoltosysteemistä johtuen luokiteltu lääkäri. Esimerkiksi ääniasiakkaan tutkimustilanne koettiin asiakkaalle esitettävien kysymysten osalta samankaltaiseksi lääkärin tekemän tutkimustilanteen kanssa. Eräs haastateltu korosti, että käytännössä diagnoosin tekeminen onkin tiimityötä, jolloin hoitoprosessiin voi ongelman laadusta riippuen osallistua esimerkiksi psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, foniatri ja puheterapeutti. Lääkäri toimii tässä prosessissa yhteyshenkilönä eri tahojen välillä. Lisäksi lääkäri tekee asiakkaalle ensimmäisen tutkimuksen sekä (yleensä) laatii diagnoosin muiden asiantuntijoiden lausuntojen pohjalta.

Puheterapeutin myös korostettiin käyttävän lääkäriä enemmän aikaa diagnoosin ja hoitosuunnitelman laadintavaiheisiin.

”...meil ei oo mitään reseptei valmiina. Tietysti on jotain menetelmii, koeteltui menetelmii, mut ne on kuitenkin räätälöitävissä tai räätälöitävä yksilöllisesti ja nimenomaan neuvoteltava sen, sen asiakkaan tai potilaan kanssa siitä mihin tässä ollaan lähössä. Se diagnostinen vaihe on pitempi ku lääkrillä. Se on monipuolisempi...” **PT2**

Yksi haastatelluista käsitteli puheterapeutin ja lääkärin työnkuvien yhtäläisyyksiä ja eroja *positioitumisen* kautta. Puheterapeutin mukaan lääkärin vastaanotolla potilas positioidaan siten, että lääkäri on asiantuntija ja potilas asiaa tuntematon. Puheterapiassa tilanne taas on vastaajan mielestä erilainen.

”...siinä kohtaa taudin ja vaivan asiantuntija. Ja sillan puheterapeutti on se taudin asiantuntija [-] *mutta* vaivan asiantuntija on se potilas, se - se meidän asiakas...” **PT1**

Puheterapiassa ei siis haastatellun mukaan kohtaa varsinaisesti asiantuntija ja asiakas toisin kuin lääkärin vastaanotolla, vaan puheterapiassa molemmat sekä puheterapeutti että asiantuntija ovat paikalla asiantuntijoina. Tällöin puheterapeutilla on lääkärin tavoin hallussaan lääketieteellinen tieto erilaisista logopedisistä häiriöistä, mutta varsinaisen vaivan asiantuntija on asiakas itse.

Haastateltu pohti puheterapeutin ja lääkärin työnkuvaa myös eräänlaisen ”tietoilmion” kannalta, jonka äärellä professioissa toimitaan. Tällöin hän rinnastaisi puheterapian profession vahvasti lääkärin professioon.

”...mä rinnastaisin sen hyvin vahvasti lääkärin ammattiin, lääkärin professioon. Mutta historiallisesti hyvin erilaisesta näkökulmasta. Että lääkärit on ehkä viestinnän osaajina tulossa, niinku vasta pikkuhiljaa lähestymässä sen tyyppisiä näkökulmia [-] viestintäsuhteessa, mikä on puheterapeutin työssä se lähtökohta [-] Ne on *tiedollisesti* professioiltaan samanlaisia.” **PT1**

Molemmat professiot siis rakentuvat haastatellun mukaan tietoon, mutta professioiden kehitysvaiheissa sen sijaan on eroa.

” Traditio on erilainen, eli se että lääkärin ammattitraditio on ollut se, että lääkäri kyselee, potilas vastaa ja potilas ei juuri sit muuta sano. Ja se traditio on muuttumassa. Ja puheterapeutin traditiossa se on aina ollut enemmän yhteistyöllinen ja enemmän se viestintä välineenä.” **PT1**

Kaksi puheterapeuttia (N=4) näki puheterapeutin ja lääkärin professioissa eroavaisuuksia myös siinä, minkä vuoksi vastaanotolle hakeudutaan ja miten hyvin asiakas tiedostaa ongelmansa/sairautensa laadun ennen ensimmäistäkään vastaanottokäyntiä. Kyseisten puheterapeuttien mukaan lääkärin vastaanotolle mennään nimenomaan jostain *tietystä* syystä. Tällöin lääkäriltä harvoin kysytään, että: ” Katsosiksää onko mussa mitään *erityistä?*”, kuten toinen haastatelluista asian ilmaisi. Toisinaan potilas myös saattaa lääkäriä paremmin tietää mikä vaiva tai sairaus hänellä on, joten lääkärille ei myöskään aina hakeuduta diagnoosin takia. Sen sijaan potilas haluaa saada selville syyn sairauteensa/vaivaansa ja hoitoa siihen. Puheterapiassa tilanne taas koettiin erilaiseksi. Puheterapeutin vastaanotolle tuleva asiakas saattaa hyvinkin ensimmäiseksi kysyä ”Mikä minua vaivaa?”, koska asiakas tulee vastaanotolle *ison* kokonaisuuden kanssa, tietämättä tai hahmottamatta lainkaan sitä millaisesta ongelmasta on kyse.

Kyseiset puheterapeutit olivat yhtä mieltä myös siitä, että lääkäri ja puheterapeutti lähtevät eri tavalla selvittämään asiakkaalta vastaanotolle tulon syytä. Toinen haastatelluista esitti, että lääkäri aloittaa tulosyyn selvittämiseksi keskustelun usein yksinkertaisesti karrikoidulla kysymyksellä ” Mikä teitä vaivaa?”, kun taas puheterapiassa tällainen kysymys ei ole oleellinen. Ero johtuu siitä, että ilman lähetettä lääkäri harvoin tietää tulosyytä etukäteen. Puheterapiassa asiakkaan tulosyy taas selviää yleensä lähetteestä, jollaisella puheterapia-asiakas useimmiten tulee vastaanotolle. Tästä huolimatta tulosyy ei aina ole täysin selvä ja yksinkertainen, sillä puheterapiassa pyritään yleensä jonkin isomman teeman ympärillä, jolloin varsinaisen ongelman selvittämiseen voi kulua paljon aikaa. Lisäksi usean asiakkaan kohdalla jo pelkästään puheterapiaan hakeutuminen saattaa olla työläs ja aikaa vievä prosessi.

## 8.2 Puheterapeutin ammatillinen puheviestintäosaaminen

Ammatillista puheviestintäosaamista ja hyvien vuorovaikutustaitojen hallintaa pidettiin haastateltujen keskuudessa hyvin merkityksellisenä osaamisalueena niin työn, ammattitaidon<sup>1</sup>, asiakaspalvelun kuin työn tulostenkin kannalta. Seuraavissa luvuissa tarkastellaan millainen merkitys puheterapeutin vuorovaikutustaidoilla on työn ja ammattitaidon näkökulmista ja esitellään vuorovaikutustaitojen vaikutuksia hoitotuloksiin. Haastatteluissa erilliset kysymykset vuorovaikutustaitojen merkityksestä *ammattitaidon* ja *työnkuvan* kannalta (ks. liite 1; teema 1) koettiin hankalaksi, jonka vuoksi vuorovaikutustaitoja tarkasteltiin myös yleisellä tasolla ilman erityistä kontekstia. Puheterapiaa ei myöskään käsitellä erikseen asiakaspalvelutilanteena, vaan puheterapeuttia asiakaspalvelijan roolissa tarkastellaan puheterapian asiakaskeskeisyyden tarkastelun yhteydessä.

### 8.2.1 Puheterapeutin vuorovaikutustaidot työnkuvan ja ammattiosaamisen näkökulmasta

Tiedusteltaessa haastatelluilta miten tärkeänä nämä kokevat vuorovaikutustaidot puheterapeutin professiota ja *työnkuvaa* ajatellen, kaksi puheterapeuteista kiteytti vastauksensa pariin sanaan kertomalla kokevansa taidot ”*tosin tärkeäksi*”. Toinen kyseisistä puheterapeuteista painotti, että huomioitavat vuorovaikutustaidot riippuvat aina asiakkaasta ja tilanteesta. Esimerkiksi lasten kanssa on toimittava vuorovaikutuksen osalta eri tavoin kuin aikuisten.

Yksi haastatelluista puolestaan katsoi vuorovaikutustaitojen olevan ”*kaiken perusedellytys*”. Haastatellun mielestä vuorovaikutustaidot, joista haastateltu käytti yksikkömuotoa taito, täytyy olla hallinnassa, koska työssä pitää pystyä luomaan vuorovaikutusta asiakkaan kanssa. Muutoin asiakkaan arvioimisesta tai itse terapiasta (kuntoutuksesta) ei saa mitään irti. Hyvät viestintätaidot ovat siis puheterapiassa ”*kaiken A ja O*”.

---

<sup>1</sup> Haastatteluissa ammattiosaamisen sijasta käytettiin enimmäkseen ammattitaidon käsitettä, koska taito-käsite on edelleen monelle osaamisen käsitettä tutumpi. Kirjallisuudessa ammattiosaaminen katsotaan ammattitaitoa laajemmaksi käsitteeksi (ks. luku 2.3), mutta tässä kontekstissa ammattitaito katsotaan ammattiosaamisen synonyymiksi.

Eräs puheterapeuteista korosti viestintätaitojen<sup>2</sup> olevan puheterapiassa erityisen keskeisessä asemassa, koska ammatissa työskennellään asiakkaiden kanssa, joilla on ongelmia nimenomaan vuorovaikutuksen saralla. Lisäksi haastateltu sijoitti viestinnän työn ja koko ammatin keskiöön koska

”Noo niinku missä tahansa asiakastyössä, jos nyt puheterapiaa ajatellaan siitä näkökulmasta nii, niin se on *vuorovaikutuksen väline* tietysti samalla tapaa kun missä tahansa asiakastyössä ja siinä mielessä vuorovaikutustaidot on tärkeitä. Puheterapeutin työssä sitten erityisesti vuorovaikutustaidot on tärkeitä siksi että, kahdestakin syystä, että toisaalta *työskennellään usein ihmisten kanssa, joilla on eri tavoin rajoittunut viestintäkyky*, ja se haastaa puheterapeutin viestintätaidot. Ja sitten toisaalta *puheterapeutin työssä puhe on kuntoutuksen väline, puheella kuntoutetaan*. Että oikeastaan näist kolmesta näkökulmasta niin, niin viestintä on ihan ammatin keskiössä. “PT1

Niin ikään kyseinen puheterapeutti ajatteli vuorovaikutustaitoja puheterapeutin työnkuvan näkökulmasta ilmiönä, jota hän itse nimittää” ammatilliseksi kaksikielisyudeksi”. Ilmiössä on kyse siitä, että kykenee

”...varioimaan omia viestintä, tai niinku omaa viestintäänsä sen mukaan kenen kanssa keskustelee ja puheterapeutit usein toimii sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa, jollon, jollon siihen viestintään liittyy ilmiötä, kutsutaan ammattislangiksi. Jaa ja silloin se erityisesti haastaa puheterapeutit (-) sillä tavalla ammatilliseen kaksikielisyteen, että kykenee puhumaan hyvin kompleksisista ilmiöistä, kykenee pelkistämään, yksinkertaistamaan ajatuksiaan [-] peesamaan sen kuulijan viestintätaitoja ja esimerkiksi liftaamaan sen kuulijan kyytiin sillä lailla, että kun kysyy vaikka henkilöltä että ” no, mistä asiasta nyt on kysymys?” ja henkilö omin sanoin alkaa sitä kuvailla, niin se puheterapeutti kykenee ikään kuin liftaamaan kyytiin, tunnistamaan mistä henkilö puhuu ja toisaalta sitten käsitteellistämään sitä asiaa mistä se henkilö puhuu.” PT1

Myös ammattitaidon osalta (puhe)viestintätaidot koettiin tärkeäksi osaksi ammattitaitoa. Eräs vastaajista katsoi pienen mietinnän jälkeen vuorovaikutustaitojen tarkoittavan ammattitaidon kontekstissa vastaanottavuutta tai tapaa, jolla puheterapeutti on vuorovaikutustilanteessa. Tässä kontekstissa haastateltu nosti esille herkkyyden ja empatian. Pari puheterapeuttia painotti ammattitaitoon kuuluvan viestintätaitojen hallinnan lisäksi myös lääketieteellisen, kielitieteellisen ja psykologisen tiedon ja menetelmien hallinnan, joiden avulla asiakasta tutkitaan ja kuntoutetaan.

<sup>2</sup> Joissakin tilanteissa vuorovaikutus/puheviestintätaitojen sijasta puhuttiin ei-tarkoituksellisesti *viestintätaidoista*, vaikka viestintätaidot onkin laajempi yläkäsite, jonka alle puheviestintätaidot sijoittuvat. Samoin puheviestintä/vuorovaikutusosaamisen sijasta saatettiin puhua viestintäosaamisesta, vaikka puheviestintäosaaminen on yksi osa viestintäosaamista.

Yksi haastatelluista sijoitti vuorovaikutustaidot jopa puheterapeutin ammattitaidon keskiöön. Vastaja painotti, että puheterapeuttisia tutkimuksia, kuten asiakkaan tutkimista ja häiriön selvittämistä pystyy tekemään, vaikka vuorovaikutustaidot eivät olisi hyvät, mutta sen sijaan varsinaista puheterapiaa -jolla voidaan olettaa haastatellun tarkoittaneen kuntoutusta - ei voi tehdä ilman hyviä vuorovaikutustaitoja.

Eräs puheterapeutti puolestaan koki vuorovaikutustaitojen ammattitaidon kontekstissa olevan se osa, jolla luodaan puheterapiassa yhteistyön pohja. Siinä missä kyseinen puheterapeutti katsoi viestintätaidot *työnkuvan* kannalta *vuorovaikutuksen välineeksi*, ammattitaidon näkökulmasta tarkasteltuna hän katsoi viestintätaitojen toimivan *kohtaamisen välineenä*, jonka puitteissa terapiasuhteen luominen alkaa. Lisäksi koska terapiasuhteeseen kuuluu viestintätaitojen arviointi, hän tarvitsee erilaisia viestintätaitoja myös selvittääkseen asiakkaan arvioitavat viestinnän osiot. Tällöin viestinnällä myös pyritään motivoimaan asiakasta sekä

”...kannattelemaan sitä tilannetta niin, et se henkilö pystyy säilyttämään integriteettinsä ja toisaalta kokee olonsa turvalliseksi riippumatta siitä, että minkälaisia tuloksia sitte itse siitä arvioinnista syntyy.” **PT1**

Yhteenvedona työnkuvan/profession ja ammattitaidon osalta vuorovaikutustaidot sijoitettiin ammatin harjoittamisen keskiöön. Ennen kaikkea viestinnällä on puheterapiassa erilaisia tehtäviä. Vuorovaikutustaidot ovat puheterapeutille sekä työn väline, että samalla kohtaamisen väline. Vuorovaikutuksella ja erilaisten taitojen avulla luodaan myös yhteistyön pohja ja rakennetaan terapiasuhdetta. Niin ikään haastateltujen miettiessä puheterapiassa tarvittavia vuorovaikutustaitoja yleisellä tasolla, ilman erityistä näkökulmaa, yhteenvedona vastauksissa korostui itsearviointilomakkeen (ks. liite 2) taitomittarissa arvioitavat viestinnän piirteet eli niin sanotut ylätaidot *asiakaskeskeisyyden huomiointi* sekä *hyvän, toimivan vuorovaikutussuhteen luominen*. Viestinnän tehtäviin liittyviksi *alataidoiksi* (ks. luku 7.4), nousivat erityisesti *ammattitaidon* ja *työnkuvan* näkökulmista tarkasteltuna asiakkaan viestintätaitojen arvioinnin osalta *kyvyt motivoida asiakasta ja kannatella tilannetta* ja samalla *taata asiakkaalle turvallisuuden tunne*. Niin ikään tärkeäksi vuorovaikutustaidoksi katsottiin *kyky ammatilliseen kaksikielisyyteen* sekä *kyky tehdä arviointia*.



### 8.2.2 Puheviestintäosaamisen vaikutuksia terapian kulkuun ja hoitotuloksiin

Vuorovaikutustaidoilla voi olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia niin varsinaisen kuntoutusprosessin kuin puheterapian hoitotulostenkin osalta. Eräs puheterapeutti painotti puheterapian profession tärkeänä taitona kykyä osata *ottaa asiakas vastaanottotilanteessa oikealla tavalla vastaan*. Vastaanottaminen tapahtuu haastatellun mukaan muun muassa ”*tekemällä itsensä tykö*”, sekä *antamalla asiakkaalle itsestään empaattisen, mutta samalla ammattimaisen kuvan*. Niin ikään haastateltu otti esille taidon *olla hienovarainen, mutta samanaikaisesti kykenevä houkuttelemaan asiakas yhteistyöhön*. Näin ollen se tapa, jolla hän ottaa asiakkaan ensimmäisellä kerralla sekä se tyyli, millä tavoin hän puheterapeutina saa asiakkaan houkuteltua yhteistyöhön, on puheterapiassa vuorovaikutuksen ja hoitotulosten kannalta ”kaiken A ja O”. Hyvä puheviestintäosaaminen ja tarkoituksenmukaiset puheviestintätaidot vaikuttavat näin ollen positiivisesti hoitotuloksiin.

Haastatteluissa keskusteltiin myös ”huonojen” vuorovaikutustaitojen negatiivisista vaikutuksista puheterapian kulkuun ja tuloksiin. Eräs puheterapeutti totesi, että puheterapeutin huonot vuorovaikutustaidot saattavat pahimmassa tapauksessa johtaa jopa asiakkaan päätökseen lopettaa puheterapia. Kaikenlaiset epäonnistumiset vuorovaikutuksessa vaikuttavat myös asiakkaan oppimiseen sekä ylipäätään tämän *haluun* oppia. Oppimishaluun katsottiin vaikuttavan myös vuorovaikutukseen liittyvä keskinäinen luottamus.

”...hyvän vuorovaikutuksen takaa löytyy luottamus.” **PT4**

Kyseinen puheterapeutti painotti luottamuksessa myös sitä, että asiakkaan pitää pystyä luottamaan puheterapeutin *osaamiseen* eli ammattitaitoon. Osaamiseen kuuluu muun muassa puheterapeutin aito ja vilpittömän pyrkimys ymmärtää asiakkaan haluja ja tarpeita.

Eräessä haastattelussa puheterapeutti katsoi vuorovaikutustaitoihin liittyvän henkilöiden eritasoiset tavoitteet ja valmius vastata niihin. Työskentely ei etene, jos tavoitteet eivät kohtaa. Puheterapeutti kertoi esimerkiksi aikoinaan aloittelevana puheterapeutina halunneensa tarjota asiakkaalle ”vain parasta”, jolloin hän vaati asiakkaalta sellaisten harjoitteiden tekemistä, joihin tämä ei ollut vielä valmis. Asiakas kieltäytyi harjoituksista ja hän itse loukkaantui tällaisesta reaktiosta. Nykyisin hän tiedostaa, että tällaiselta tilanteelta vältyy, jos terapian alussa solmii

asiakkaan kanssa molemminpuolisen sopimuksen. Siinä neuvotellaan asioista ja määritellään esimerkiksi terapian tavoitteet.

Myös asiakkaan vuorovaikutustaidot nostettiin haastatteluissa esiin. Puutteet asiakkaan vuorovaikutuksessa vaikuttavat esimerkiksi siihen, miten nopeasti puheterapiassa päästään tekemään harjoituksia. Puheterapeutin epäonnistumiset viestinnässä puolestaan vaikuttavat muun muassa konkreettisen tiedon välittymisessä, paitsi asiakkaalle, myös muulle hoitoprosessiin osallistuville henkilöille.

”...siihen ihan niinku terapian tuloksellisuuteen vaikuttaa [-] jos asiakkaalla on kauheen huonot vuorovaikutustaidot ja niitä joudutaan niinku kauheesti harjottelemaan ni se et miten, miten päästään sitten harjoittelemaan itse *niitä* [terapiassa harjoiteltavia] taitoja. Mut sit sit se tietysti vaikuttaa myös siihen et miten se tieto välittyy [-] sekä asiakkaalle, että sitte muille ammattihenkilöstölle...” **PT3**

Kuvioon 1 on listattu tähän mennessä vastauksista esiin nousseet vuorovaikutustaidot. Puheviestintäosaamisen taitoalueiksi eli *ylätaidoiksi* on luokiteltu edellä luvussa 8.1 mainitut ylätaidot asiakaskeskeisyyden huomioiminen sekä hyvän, toimivan vuorovaikutussuhteen luominen. Näiden alle on koottu edellä luvussa 8.2.1 kuvatut työhön ja ammattitaitoon läheisesti puheviestintätaitojen osa-alueet eli *alataidot*. Koska puheterapeutit käyttivät tässä yhteydessä taidon sijaan termiä kyky, puheterapeutilta edellytettäviin puheviestintätaitoihin viitataan kuviossa kvalifikaatioon liittyvällä termillä kyky, jolla kvalifikaation käsitteessä tarkoitetaan ”kykyä toimia ennalta määriteltyjen teknisten tai käytännöllisten sääntöjen mukaisesti” (Lehtisalo & Raivola 1999, 39, Kostiaisen 2003, 22 mukaan). (ks. myös luku 2.1)



**Kuvio 1** Puheterapeutin puheviestintäosaamisen keskeisimpiä taitoalueita ja niihin kuuluvia osa-alueita

Puheterapeutilta edellytettäviä tärkeitä puheviestintäosaamisen taitoalueisiin liittyviä osa-alueita ovat siis kyky kannatella tilannetta, kyky houkutella asiakas hienovaraisesti yhteistyöhön, kyky herättää asiakkaassa luottamusta, kyky tehdä arviointia, kyky motivoida asiakasta, kyky ”ammatilliseen kaksikielisyteen” sekä kyky ottaa asiakas oikealla tavalla vastaan, jolloin tärkeää on myös kyky osata antaa itsestään hienovaraisen mutta samalla ammattimainen kuvan.

### 8.3. Asiakaslähtöisyys ja relationaalinen ulottuvuus puheterapiassa

Lääkäri-potilas viestinnässä on vasta viime vuosina siirrytty lääkärikeskeisestä viestinnästä asiakaskeskeisempään/asiakaslähtöisempään viestintään, jossa terveydenhuollon asiakkaalla on esimerkiksi entistä paremmat mahdollisuudet osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon. Se, millainen tilanne on puheterapiassa nyt ja miten asiakaskeskeisyys on puheterapian traditiossa huomioitu, jakoi haastatteluissa puheterapeuttien mielipiteitä. Erään haastatellun mielestä puheterapiassa *ei* suinkaan olla *aina* oltu vahvasti asiakaslähtöisiä, vaan asiakaslähtöisyyden on puheterapiassa kiinnitetty enemmän huomiota *vasta* 80-luvun loppupuolelta lähtien.

”...tavallaan se koko terveydenhuollon paradigma on muuttunut, muuttunu siitä tota intra-psykologisesta siihen inter ja interpersoonallisen viestinnän suuntaan ja myöskin siihen yhteisölliseen suuntaan, että se ei oo pelkästään se henkilö, joka istuu sun edessä vaan se koko konteksti missä hän toimii, se otetaan mukaan.” **PT2**

Toisen puheterapeutin mielestä puheterapian traditiossa työskentely taas on *aina* ollut lääkärin työhön verrattuna enemmän yhteistyötä painottavampaa ja asiakaslähtoisempää. Haastateltu suhtautui kuitenkin varauksella itse asiakaslähtöisyyden termiin.

”...asiakaslähtöisyys on tällöinen [-] termi jota käytetään *aika viljalti*. Minusta se on sellainen tietynlainen myytti. Asiakaslähtöisyys minusta on prosessi, jota, jota kohti mennään. Jaa ja kuntoutustyössä, terapiatyössä se väline, jota, jolla asiakaslähtöisyyttä lähestytään on monologinen dialogi ja (-) dialoginen dialogi, minkä tyyppisesti (-) se taudin ja vaivan asiantuntija siinä keskustelee ja (-) millä tavalla eri tilanteissa sitä taudin ja vaivan näkökulmaa painotetaan kun yhteistyötä tehdään. Et se asiakaslähtöisyys-se on semmoinen tietynlainen taustavaate, joka, jota lähestytään tietyllä tavalla, jota ei ikinä koskaan saavuteta...” **PT1**

Kyseinen puheterapeutti koki siis asiakaslähtöisyyden prosessina, jota ei voi saavuttaa hetkessä, vaan jota kohti mennään terapiassa keskustelun eri muodoilla. Haastateltu koki myös, että asiakaslähtöisyyttä ajatellaan liian usein yksinkertaistetusti pelkkänä *kuuntelemisena*. Eli ikään kuin olisi riittävää, että yksinkertaisesti vain *kuuntelee* asiakasta ja sitä mitä asiakas haluaa. Lisäksi asiakaslähtöisyys käsitteenä pitää hänen mielestään sisällään *virheellisen* ajatuksen siitä, että asiakaskeskeisyys olisi sitä parempaa, mitä enemmän asiakas saa päättää.

”...mä väittäisin, että terveydenhuollossa asiakkaat lähestyy asiantuntijoita juuri sen takia, että (-) joku muu päättää...” **PT1**

Haastattelussa yhtenä teemana oli niin ikään pohtia puheterapeutin roolia asiakaspalvelijana. Puheterapeutit kokivat hankalaksi hahmottaa puheterapiaa nimenomaan asiakaspalvelutilanteena. Asiakaspalvelun osalta työ nähtiin muun muassa työskentelyrajojen vetämisenä.

”...kyllä se palvelu on varmaan siellä että puheterapeutina mun pitää pyrkiä näkemään mihin se asiakas kykenee, elikkä niinku ne, asiakas asettaa ne ehdot minkä rajoissa mä pystyn toimimaan. Tietenkin mä en osaa *arvata*, että mikä se raja on? Mutta ku mä sitten teen jotakin ja huomaan että nyt tuli raja vastaan, ni mä ymmärrän perääntyä.” **PT4**

Eräs puheterapeutti korosti asiakaspalvelussa tärkeänä vastavuoroisuutta ja yhteistyötä, jossa neuvottelemisella on suuri rooli.

”...vastavuoroisuus että siinä pyritään *yhteistyöhön* ja, ja mun tehtävä on saada se, se ihminen siinä ymmärtämään et mitä mä pystyn antaa, mihin hänen täytyis myös sitoutua, ja tota (-) siinä koko ajan tavallaan *neuvotellaan* siitä et niinku millä tasolla se työskentely etenee.” **PT2**

Kyseinen puheterapeutti viittasi neuvottelemisesta puhuessaan myös erääseen logopediassa tehtyyn tutkimukseen, jossa on tarkasteltu logopedian opiskelijoiden ja kokeneiden puheterapeuttien vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa. Tutkimustuloksista käy haastatellun mukaan ilmi, että vuorovaikutuksen luonne muuttuu kokemuksen myötä. Opiskelijoilla vuorovaikutus asiakkaan kanssa on alussa ikään kuin asiakkaan opettamista, mutta myöhemmässä vaiheessa kokemuksen karttuessa vuorovaikutuksen luonne muuttuu neuvottelevampaan suuntaan.

Toimiva *asiakassuhde* koettiin kaikkien haastateltujen keskuudessa erityisen tärkeäksi. Eräs puheterapeutti korosti, että asiakassuhde ei kuitenkaan ole puheterapiassa tasavertainen.

”... tasavertainen vuorovaikutussuhde lähtökohtaisesti se ei ole, koska se asiakas ei oo siellä omasta halustansa. Sil on aina joku syy, miksi se on terveydenhuollon piiris, niinku joutunu, joutunu tuleen puheterapeutin luo. [-] Puheterapeutti ei myöskään oo kaveri, jonka kanssa vaan rupertellaan vaan sil on joku [tehtävä], siinä pyritään [johonkin].” **PT3**

Kyseisen puheterapeutin mielestä epätasa-arvoisuus tulee ilmi myös puheenvuorojen epätasaisessa jakaantumisessa, sillä yleensä puheterapeutti on asiakaskeskeisyydestä huolimatta edelleen se, joka johtaa keskustelua. Tosin puheterapeutin dominoivuus ja ”vetovastuu” terapiassa johtuu jo pelkästään siitä, että puheterapia-asiakkailta on puhevaikeuksia, joka estää tasavertaisen suullisen vuorovaikutuksen.

Toimivan asiakassuhteen rakentamisen suhteen eräs puheterapeutti korosti asiakassuhteessa tärkeinä piirteinä *luottamusta, vastuuta, asiakkaan näkökulman huomioonottamista* sekä *yhteistyöllistä ilmapiiriä*.

”Keskeistä jotenkin on mun mielestä myös, että (-) syntyy ilmapiiri, että halutaan olla yhdessä. Me halutaan niinku yhdessä työskennellä, semmonen yhteistyön ilmapiiri.” **PT4**

Vastausten perusteella puheterapiassa asiakassuhdetta rakennetaan pitkälti samalla tavoin kuin mitä tahansa asiakassuhdetta, eli ”varsin normaaleilla keinoilla”, kuten eräs puheterapeuteista asian ilmaisi. Lisäksi kyseinen haastateltu korosti, että koska asiakas kokee terapiatilanteen usein

jännittäväksi, asiakassuhteen rakentaminen on hyvä aloittaa *tilanteen laukaisemisella*. Haastateltu kertoi jännityksen purkamiseksi ottavansa alussa vahvasti kontaktia asiakkaaseen, antamalla puheenvuoroja ja normaalia vuorovaikutustilannetta enemmän myös menemällä asiakasta vastaan vuorovaikutuksellisesti, kuten esittämällä asiakkaalle kysymyksiä. Suhteen rakentajana puheterapeutilla on sitä isompi rooli, mitä pienemmästä lapsesta tai isommasta ongelmasta on kyse. Asiakkaan rooli taas korostuu varsinaisessa kuntoutusvaiheessa, jossa puheterapeutti antaa harjoitusten osalta ohjeita, neuvoa ja opastaa, mutta jossa asiakkaan tehtäväksi jää itsenäiseen harjoitteluun oppiminen. Tällöin asiakas on tärkeässä roolissa informaation vastaanottajana ja informaation käyttäjänä.

Puheterapeuteilta kysyttiin myös Puheterapeuttiliiton Ammattieettisissä periaatteissa (ks. Ammattieettiset periaatteet) erikseen mainitusta ja painotetusta vastuullisuudesta ja sen merkityksestä puheterapiassa. Erään puheterapeutin mukaan vastuu puheterapiassa tarkoittaa kolmea asiaa: Ensinnäkin vastuullisuudessa on kyse siitä, että puheterapeutilla on oltava tarpeeksi tarvittavaa viestintäosaamista ja riittävän monimuotoiset viestintätaidot osatakseen ottaa asiakkaan tarpeet ja tilanne huomioon subjektiivisesta näkökulmasta. Toiseksi puhehäiriöisen asiakkaan kanssa työskennellessä puheterapeutin on huolehdittava viestinnän toimivuudesta. Lisäksi vastuu liittyy haastatellun mukaan jo pelkästään lainsäädäntöön, jonka puitteissa puheterapeutin tulee esimerkiksi osata vastuullisesti käyttää ja kuvailla erilaisia testejä.

Toisen haastatellun mukaan vastuullisuus liittyy ensisijaisesti asiakassuhteeseen sitoutumiseen. Lisäksi puheterapeutilla on haastatellun mukaan työssään vielä *erityinen* vastuu siinä mielessä, että puheterapiassa on kyse pitkäaikaisista asiakassuhteista ja mikäli asiakassuhdetta hoitaa huonosti, asiakkaalle saattaa äärimmäisessä tapauksessa jäädä terapiasta jopa traumoja. Lisäksi koska puheterapia on intiimiä työtä, on puheterapeutin oltava erityisen tarkkana asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi lapsi-asiakkaan kohdalla sitä, että vanhempien kanssa on tehtävä sopimus siitä, miten pitkälle kulloisessakin terapiaan liittyvässä asiassa mennään ja minkälaisia keinoja jonkin asian hoitamisessa käytetään. Vastuullisuus liitettiin myös puheterapian taloudelliseen puoleen. Esimerkiksi diagnoosi ja hoitosuunnitelma tulee laatia huolellisesti, koska lausunto ratkaisee asiakkaan etuuksien saamisen KELAsta. Mikäli puheterapeutti ei esimerkiksi pysty kunnolla määrittelemään vaikeavammaisen asiakkaan hoidon tarvetta ja häiriöstä aiheutuvaa haittaa, asiakas ei saa maksusitoumusta.

Vastuun ottaminen ja vastuun kantaminen koettiin ulottuvan paitsi asiakkaaseen ja puheterapeuttiin, myös pienen lapsen vanhempiin.

”... tietenkin asiakas kun on tullu vastaanotolle tai vanhemmat tuoneet lapsen, niin tietenkin *he ottaa sen vastuun*, että he nyt lähtevät hoitamaan asiaa.[-] Voi olla ettei se [vastuu] ole kovin niinku itsestä lähtöisin [-] jotenkin vastuu tulee siitä, et määhä tulen, määhä haluan muuttaa tätä tilannetta mikä mulla on. [-] mä toivoisin, että asiakas ottais ite vastuuta ja vanhemmat vastuuta, koska kaikki mitä puheterapiassa tehdään, „niin se harjoittelu, niin sitä pitäisi tehdä myös muualla, sen pitäisi siirtyä myös muualle. Että lasten kohdalla vanhemmat on siinä vastuussa, mutta sitä mä en voi loppuun asti pakottaa että vanhemmat ottaa [vastuuta]. Määhä voin houkutella, määhä voin niin kun puhua sen puolesta...” **PT4**

Kyseisen puheterapeutin mukaan vanhempien tulisi siis kantaa oma osuutena vastuusta huolehtimalla siitä, että lapsi tekee ja harjoittelee puheterapiassa määrättyjä asioita kotona.

#### 8.4 Puheterapeutin erilaisia rooleja

Puheterapeuteilta tiedusteltiin onko heillä terapiatilanteissa erilaisia ”rooleja” ja tuoko esimerkiksi asiantuntijarooli puheterapeutin työhön ja toimintaan jonkinlaista ”valtaa”. Puheterapeutit käsittelevät rooliaan kukin hieman eri näkökulmasta. Yksi haastateltu ajatteli roolin ottamista positioitumisen näkökulmasta, toinen erilaisen suhtautumistavan ja ”tyylin” vaihtamisena ja pari muuta haastateltua taas ajatteli roolien ottamisessa olevan kyse nimenomaan liikkumisesta oman ”minän” ja asiantuntijaroolien välillä. Erilaiset vastaukset olivat hyviä, koska kysymyksellä ei alun perinkään haettu mitään tiettyä näkökulmaa tai tyhjentävää vastausta.

Eräs puheterapeutti, joka ei ottanut kantaa ”valtakysymykseen”, kuvasi roolin ”ottamista” seuraavasti:

”...Luoja paratkoon minua olemasta professionaalisesti samanlainen kuin minä olen siviilissä! [nauraa] [-] Minusta on itsestään selvää, että tietyssä professionissa käyttäydytään tietyllä tavalla [-] et se rooli on, on asiantuntijan rooli...” **PT1**

Kyseinen puheterapeutti korosti puheterapiassa olevan siis kyse nimenomaan asiantuntijan roolista. Hänen mukaansa asiakaspalvelijan ottaessa tietynlaisen roolin, on kuitenkin kyseessä ennemminkin valittu *suhtautumistapa*, kuin varsinaisesti jonkin tietyn *roolin* ottaminen.

” Mä en puhuisi tossa asiassa roolista. Minusta rooli on ulkoa annettu määritelmä siitä, miten jossakin tilanteessa toimitaan. *Mä puhuisin mieluummin positioista*, siitä että millä tavalla minä suhteessa asiakkaaseen positoidun? [-] Positioituminen on eri asia [kuin rooli] ja se on viestintätapa. Esimerkiksi se että miten mä annan tilaa toisen aktiivisuudella valita itse teema, alottaa keskustelu. Ja mä lähdän peesaamaan sitä minkä teeman hän valitsee [-]Mä positioin hänet keskustelun aloittajaksi sillä tavalla, että mä tartun siihen mistä hän alottaa, eikä siitä mitä mä olen suunnitellut aloittavani. Mä jossain vaiheessa sitten positoidun toisin [-] se on sitä viestintä, *yks osa sitä viestintäosaamista se että miten itsensä positioi suhteessa alotteen tekijäks, kysyjäks.*” **PT1**

Positioitumista tapahtuu kyseisen haastatellun mukaan myös silloin, kun hän vaihtaa asiantuntijan roolista oppijan rooliin.

”... mä positoidun myöskin osittain, niinku ikään kuin amatööriksi siinä mielessä, että mä olen amatööri potilaan vaivojen suhteen ja sitten kun mä haluan positioitua niinkun sen taudin asiantuntijaksi , niin silloin mä pyrin, positoidun niin, että mä selitän tälle ihmiselle, annan tietoa [-] Ja mä otan erilaisia rooleja, mä otan kysyjän roolia, kuulijan roolia, terminologian tarkentajan positioita [-] epäilijän positioita, kyseenalaistajan positioita. [-] taitava puheterapeutti positioi itseään eri tavoin jaa ja silloin myöskin antaa sille asiakkaalle erilaisia positioita [-] käytännössä se tarkoittaa sitä, et se puheterapeutti myöskin positioituu oppijaksi, ei pelkästään tietäjäksi.” **PT1**

Tämänkaltainen positioituminen eroaa kyseisen puheterapeutin mukaan perinteisestä vanhasta pedagogisesta kolmiosta, joka on tuttu lääkäri-potilastyössä. Siinä potilas pystyy saavuttamaan tiedon omasta terveydentilastaan ainoastaan kysymällä asiasta lääkäriltä. Kuitenkin haastatellun mielestä ihmisellä itsellään on olemassa itseänsä koskeva tieto, ja tämän vuoksi puheterapiassa myös asiakas voi olla oman vaivansa asiantuntija. Tällöin puheterapeutti ei ole pelkästään se, jolla on tieto hallussa. Puheterapeutin mukaan kuitenkin myös puheterapiassa on olemassa ”roolistatuksia”, mutta roolien ottaminen liittyy enemmänkin viestintäosaamiseen, jossa roolit toimivat viestinnän välineenä. On esimerkiksi tärkeää osata positioida itsensä välillä neutraaliin kysyjän rooliin ja kysyä asiakkaalta ” miltä tämä sinusta tuntuu?”. Tällöin asiantuntijan rooliin kuuluu, että osaa antaa asiakkaalle tilaa kertoa *itse* omista tuntemuksistaan.

Myös toinen haastateltu myötäili, että puheterapiaan kuuluu *erilaisten* roolien ottaminen, jolloin hän saattaa olla erilainen eri asiakkaiden kanssa.

” Joo kyllä se, ilmanmuuta siinä on niinku sellasia rooleja, ite oon erilainen [-] eri asiakkaiten kanssa. Joittenkin kanssa on vaativampaa et ”nyt me tehdään tämä” tai jotain [-] Lääkäri on enemmän, se on se tutkimustilanne, nyt tämä kuuluu tähän protokollaan. Puheterapeutillakin on [protokolla] ja nyt, mä tiedän mitä pitää tehdä tai mihin pitää tähdätä, mutta välttämättä mä en tiedä, että miten juuri tällä kertaa, millä tavalla me yritetään tavoittaa sitä. Se asiakas, lapsen mieliala päättää. Sitte, jos esimermerkiks jos ääniasiakas(-)



on hirveen väsynyt, ni mä saatan muuttaa, että millä tavalla me nyt tehdään tämä. Tavote, perustavote on koko ajan sama, mutta se tapa millä me tehdään se, sen asiakas päättää. **PT4**

Kyseisen haastatellun mielestä on tärkeää, että pystyy samankin asiakkaan kanssa muuntelemaan viestintäänsä. Tällä ymmärrän haastatellun tarkoittaneen mahdollisuutta liikkua tarpeen tullen ”roolista” toiseen. Vastaaja painotti, että kaikkien ”rooliensa” keskelläkin hän on silti koko ajan myös oma itsensä, ”siviilipersoonansa” eikä hänen tarvitse sen kummemmin miettiä onko hän liikaa oma itsensä vai liian vähän.

”... kyllä siinä on kauheen väljä tila mun olla...” **PT4**

Haastateltu korosti, että asiantuntijaroolin ja oman minän yhteensovittaminen ei silti ollut uran alkuvaiheessa itsestään selvää. Sen sijaan kului vuosia löytää oma tapa olla ja hahmottaa se, mikä osa on puheterapeuttia ja mikä osa saa milloinkin olla ”häntä itseään.” Puheterapeutin roolissa toimiminen helpottui vasta, kun vastaaja lopulta oppi sallimaan henkilökohtaisen ”minänsä” läsnäolon eikä enää tarkkaillut ”roolitusta” liikaa. Sen sijaan tärkeintä on pitää huoli siitä, että myös puheterapeuttipuoli on koko ajan toiminnassa esillä. Puheterapeutin rooliin kuuluu myös rajan tekeminen terapiaan kuuluvien keskustelujen ja ”turhanpäiväisen höpötyksen” välille. Puheterapeutin täytyy siis osata lopettaa keskustelut, jotka eivät palvele perustavoitetta ja toimia keskustelun ohjaajana. Myös toisessa haastattelussa korostettiin keskustelun ohjaamista asiantuntijaroolin puitteissa.

Erään puheterapeutin mukaan rooli ei ole pelkästään jokin ulkoapäin annettu rooli. Sen sijaan roolilla on institutionaalinen tehtävä, jonka puitteissa pystyy luomaan luottavaisen suhteen asiakkaaseen. Luottamusta taas tarvitaan esimerkiksi vastaanoton alussa relevantin tiedon keräämiseksi. Varsinaiseen ammattirooliin taas kuuluu se, että puheterapeutilla on olemassa tieto oikeanlaisista toimintatavoista. Lisäksi puheterapeutin tulee osata olla ystävällinen ja sympaattinen henkilö. Ammatillisuus tulee taas esille siinä, miten henkilö osaa vetää rajan ystävän ja asiantuntijan roolien välillä, niin että ”ei lähde liiaksi ystävystymään asiakkaan kanssa”. Haastatellun mukaan rajan veto on puheterapiassa toisinaan erityisen haastavaa, koska hoitosuhteet ovat usein pitkiä ja työhön kuuluu yhtenä osana myös kotikäynnit ja erilaiset kahvitteluhetket asiakkaiden kanssa. Nämä luonnollisesti lähentävät puheterapeuttia ja asiakasta.

”...ne on vaikeita tilanteita kun asiakkaat tykäästyvät niin kovasti puheterapeuttiinsa et ne tahtoo kutsua sitä syömään ulos jaa käymään kotona. [-] eihän se oo paha asia että että tota ollaan hyvissä väleissä, mutta et niinku, se rupee käymään taakaksi jos sulla on paljon asikkaita, jotka kaikki haluaa kutsua sut kaikenmaailman kissanristiäisiin, niin kyllä siinä sit täytyy pystyä sanomaan sekin et tää ei nyt kuulu, kuulu tähän meidän suhteeseen.” **PT2**

Yksi haastatelluista taas pitäytyisi ehdottomasti pelkässä asiantuntijaroolissa.

”...Missään sosiaali- ja terveydenhuollon professionissa niinku ystävällä tai tuttavallisuudella tai sen tyyppisellä ei ole mitään sijaa.” **PT1**

Haastateltu jättäisi tällöin tuttavallisuuden kokonaan puheterapian ulkopuolelle. Vastauksen perusteella ei voida kuitenkaan olettaa, että puheterapeutti ei osoittaisi vastaanotolla normaalisia *ystävällisyyttä* asiakkaalle.

## 8.5 Konfliktit ja jännitteet puheterapeutti-asiakasviestinnässä

Edellinen luku ilmentää jo osaltaan puheterapiaan liittyvää jännitteisyyttä, joka johtuu muun muassa puheterapian epäsymmetrisestä luonteesta sekä emootioiden hallinnasta eli asiantuntijaroolin ja ystävällisyyden välillä liikkumisen haasteellisuudesta. Puheterapeuteilta tiedusteltiin lisäksi erillisellä kysymyksellä esiintyykö vastaanotolla jännitteisyyttä tai mahdollisesti jopa konflikteja<sup>3</sup>. Kysymyksellä haluttiin selvittää mistä mahdolliset konfliktitilanteet johtuvat. Haastatellut kertoivat havainneensa työssään pieniä jännitteitä, mutta niitäkin esiintyy puheterapiassa hyvin harvoin. Lisäksi vastauksista ilmeni, että suurin osa jännitteistä johtuu puheterapeutin ja esimerkiksi lapsiasiakkaan vanhempien erilaisista arvioista ja käsityksistä terapian aloittamisen suhteen. Asiakas itse nähtiin vain harvoin jännitteiden aiheuttajana tai ylipäätään osallisena tilanteeseen jossa esiintyy jännitteisyyttä.

<sup>3</sup> Haastateltavilta kysyttiin samassa kysymyksessä sekä vastaanottotilanteeseen mahdollisesti liittyvistä jännitteistä että konflikteista, vaikka hoidonantajan- ja asiakkaan välisessä relationaalisessa viestintäsuhteessa ei Gerlanderin (2003) mukaan esiinny varsinaisia konflikti-tilanteita, vaan jännitteitä. Toisaalta interpersonaalisen viestintään voi kuulua myös sellaisia ristiriitatilanteita, jotka joissakin tilanteissa voivat ilmentää myös varsinaista konfliktia. Tästä syystä haastateltavien kanssa mietittiin jännitteiden esiintymisen ohella myös tilanteita, jotka ovat herkkiä konflikteille. (ks. Virtanen 2007, 47.) Kysymys on kuitenkin saattanut johtaa haastateltavia harhaan konfliktiin liittyvän negatiivisen konnotaation vuoksi, mikä tulee huomioida vastauksissa.

Jonkin verran jännitteisyyttä ilmentävät myös erilaiset arviot asiakkaan tilasta. Eräs puheterapeutti kertoi aloittelevana puheterapeutina kohdanneensa tilanteita, joissa lapsiasiakkaan vanhemmat ovat olleet eri mieltä hänen tekemästään arviosta lapsen suhteen. Puheterapeutti katsoi kyseenalaistuksen johtuneen hänen nuoresta iästään, ei siis virheellisestä arviosta.

”... sulla ei oo omia lapsia et miten sä tiedät tämmösestä tilanteesta...” **PT3**

Haastattelun mukaan arviota koskeva erimielisyys samalla kyseenalaisti hänen arviointikykyä puheterapeutina. Nykyisin tällaiset tilanteet ovat kyseiselle puheterapeutille harvinaisia ja tarpeen tullen hän selviää tilanteista juuri vetoamalla aiemmin kyseenalaistettuun asiantuntijuuteensa.

Puheterapeuteille annettiin niin ikään esimerkki lääkärin vastaanottotilanteesta, jossa asiakkaan odotukset vastaanoton ohjelmasta tai mielikuvat ja ennakkokäsitykset lääkärin viestinnästä ovat ristiriidassa todellisuuden kanssa, josta seuraa jännitteisyyttä, jopa mahdollisesti konfliktitilanne lääkärin ja asiakkaan välille. Tällaisia varsinaisia konfliktitilanteita puheterapeutit *eivät ole työssään kokeneet*. Ainoastaan yksi puheterapeutti muisti yhden varsinaisen niin sanotun konfliktitilanteen, jossa mielenterveysongelmista kärsivä asiakas ei ollut osannut ilmaista, mitä hän halusi ja mitä ei ja josta aiheutui jonkinlainen konflikti. Haastattelun mukaan konflikteja / jännitteitä ei hänen vastaanotollaan kovin herkästi synny, koska ihmiset luottavat yllättävän paljon hänen asiantuntijuuteensa. Lisäksi hänellä on asiakkaan kanssa usein samankaltaiset tavoitteet terapian suhteen, joten tältäkin osin ei synny ristiriititilanteita.

Erään haastattelun kanssa konflikti/jännite-teeman ympärillä pyörittiin enemmän, koska hänellä oli aiheesta enemmän mielipiteitä. Puheterapeutti oli sitä mieltä, että erilaisista odotuksista syntyvistä konflikteista tulisi puhua ennemminkin erilaisina *kohtaamistilanteina*. Tällaisia haasteellisia kohtaamistilanteita syntyy puheterapiassa esimerkiksi silloin, kun asiakas on saanut lähetteen, mutta ei itse välttämättä halua puheterapiaa.

” Eli siinä on siinä mielessä konflikti, että ihminen lähetetään puheterapeutin vastaanotolle ikään kuin sellaisena, että annetaan reseptilääke, resepti ja sanotaan että sun pitää hakea tää apteekista.” **PT1**

Asiakas ei siis haastatellun mukaan saavu tämänkaltaisessa tilanteessa vastaanotolle innokkaana, koska hän ei tiedä minkälaista palvelua ”reseptillä” saa ja miksi hänellä ylipäätään on lähete kädessään. Tällaisessa tilanteessa näkyy se miten eri tavalla asiakas ja puheterapeutti toisensa kohtaavat.

”...siinä kaksi erilaista asiantuntijaa keskustelee keskenään ja mun tehtäväni siinä kohtaa on (-) tehdä sille asiakkaalle mahdollisimman hyvin selväksi, että miten mä, minkälaisia asioita mä asiantuntijana hänen tilastaan havaitseen, yhtään väheksymättä hänen subjektiivisia kokemuksiaan siitä, siitä esimerkiksi että miten hän kokee selviytyvänsä...” **PT1**

Tällaisessa tilanteessa haastateltu kertoi tarjoavansa asiakkaalle terapiamahdollisuutta ja asiantuntija-apuaan, mutta samalla hänen täytyy ottaa huomioon myös kieltäytymisen mahdollisuus ja se, että asiakas saattaa nähdä oman tilanteensa eri valossa kuin hän. Puheterapiassa käynti on siis jo lähtökohdiltaan erilainen kuin lääkärissä käynti.

”...puheterapiassa ihmisen toimintakyky ei ole prosentteja ja millimooleja (-) ja erilaisia laboratorioarvoja [toisin kuin lääkärissä], vaan puheterapiassa ihmisen toimintakyky on kokemuksia ja elämyksiä...[-] Puheterapia on optio, ei pakko.” **PT1**

Ymmärsin haastatellun tarkoittaneen vapaaehtoisuudella sitä, että puheterapia ei ole niin konfliktierkkää kuin lääkärissä käynti, koska asiakkaalle syövän hoito on useimmiten pakko, ei optio. Pakkotilanne on siis herkempi synnyttämään esimerkiksi konflikteja. Tosin *vanhempien* ja puheterapeutin erilaiset näkemykset lapsen viestinnällisistä taidoista ja terapian tarpeellisuudesta saattavat aiheuttaa erimielisyyttä.

## 8.6 Itsearviointilomakkeen tarkastelua

### 8.6.1 Hoidonantaja-asiakassuhteen rakentaminen

Taitoalueen eli ylätaidon ”Hoidonantaja-asiakassuhteen rakentaminen” osalta kaikki puheterapeutit kiinnittivät erityistä huomiota A1 osa-alueeseen eli alataitoon ”osaan näyttää ja osoittaa yksilöllistä kiinnostusta potilaaseen” (ks. liite 4). Eräs puheterapeuteista esimerkiksi painotti, että asiakasta kohtaan esitettävän kiinnostuksen tulee suorastaan *säteillä* puheterapeutista. Kiinnostuksen osoittamisessa on kuitenkin muistettava, että kaikki eivät suhtaudu kiinnostusta osoittaviin ja välittäviin eleisiin samalla tavalla. Joku asiakas saattaa esimerkiksi vastata kiinnostusta ilmaisevaan eleeseen suopeasti siinä missä toinen asiakas vastaa samaan eleeseen torjuvasti.

Toisaalta joissakin haastatteluissa ilmeni suoraan tai epäsuorasti, että puheterapeutit eivät kokeneet A1 alataitoa riittävän relevantiksi arviointikohteeksi juuri puheterapiassa, koska puheterapiassa yksilöllisen kiinnostuksen osoittaminen on itsestään selvää.

”...tuntus hirveen hassulta ajatella et joku puheterapeutti ei kohtais, kohtais yksilönä asiakasta!” PT3

Kyseinen puheterapeutti koki sen sijaan asiakaskeskeisyyden osoittamisen oleelliseksi arviointikohteeksi lääkärin arvioinnissa, koska haastatellun kokemusten mukaan lääkärille yksilöllisen kiinnostuksen osoittaminen ei ole yhtä itsestään selvää kuin puheterapeutille. Haastateltu esimerkiksi kertoi tavanneensa useita lääkäreitä, jotka vastaanotolla vain murahtelevat tai myhähtävät ”yhm” osoittamatta minkäänlaista yksilöllistä kiinnostusta asiakkaaseen. Lääkärin vähäeleisyyden vastaaja arvioi johtuvan osittain jo pelkästään suuresta potilasmäärästä, mikä verottaa asiakaskeskeisyyttä. Puheterapiassa sen sijaan vastaanottomäärät ovat pienemmät, mikä osaltaan tekee puheterapiasta yksilöllisemmän tilanteen.

Yksi puheterapeutti korosti, että suhteen rakentaminen ei ole puheterapiassa minälähtöistä. Sen sijaan vastaanotolla lähdetään siitä, mitä hän puheterapeutina pystyy *antamaan* asiakkaalleen. Tähän taas liittyy yksilöllinen kiinnostus, joka hoitosuhteen rakentamisessa tarkoittaa sitä, että puheterapeutti viestii asiakkaalle arvioivansa ja antavansa apua nimenomaan asiakasta huolestuttavien asioiden kohdalla.

A2 alataidon kohdalla ”osaan näyttää välittämistä ja huolenpitoa vastaanoton ajan verbaalisesti (tukea ilmaisevat sanat kuten ”ymmärrän”) ja nonverbaalisesti (äänenkäyttö, katsekontakti, asento) kaksi puheterapeuttia painotti nimenomaan *nonverbaalisen* viestinnän osoittamisen tärkeyttä. Nonverbaaliseen viestintään koettiin tärkeäksi lisätä erikseen myös tilankäyttö, koska

asiakkaan ja terapeutin konkreettisella välimatkalla (esimerkiksi kuinka kaukana asiakas istuu puheterapeutista) on suuri merkitys puheterapiassa. Lisäksi nonverbaaliseen viestintään tulisi kiinnittää erityistä huomiota työskenneltäessä lasten kanssa.

”(-) esimerkiksi lasten kanssa just ainaki monesti sitä joutuu et niinku hakee sitä tarkkaavaisuutta ja huomiota niinku hyvin voimakkailla katsekontakteilla, sit tietysti ihan niinku joutuu joskus pysäyttämään ja koskettamaan, kääntämään jaa (-) ottamaan siis ihan niinku sillai fyysisestikkin sitä [kontaktia].” **PT3**

Kaksi puheterapeuttia katsoi alataitojen A1 ja A2 tarkoittavan osittain samaa ja toinen heistä koki alataitojen olevan jopa niin lähellä toisiaan, että ei pystyisi arvioimaan niitä erillisinä alataitoina. He siis yhdistäisivät alataidot A1 ja A2.

A3 alataidon kohdalla ”osaan vastata selkeästi asiakkaan ideoihin, tunteisiin ja arvoihin liittyviin puheenvuoroihin” eräs puheterapeuteista korosti keskeisenä asiana erityisesti *arvoja* ja niiden huomioimista. Haastateltu kertoi, että puheterapiassa on viime aikoina etenkin maahanmuuttajaperheiden kanssa työskenneltäessä korostunut uskonnolliset vakaumukset, arvot ja tunteet ja asiakkaan ja puheterapeutin välillä. Lisäksi vastaanotolla saattaa usein olla paikalla myös tulkki. Tällä ymmärsin haastatellun tarkoittavan tulkin läsnäolon ja asiakkaan erilaisten arvojen ja vakaumusten tuovan mukanaan uudenlaista haastetta viestintään ja asiakassuhteeseen.

Eräs puheterapeuteista mietti alataidon A3 jäsentämistä siten, että asiakkaan ideoihin, tunteisiin ja arvoihin liittyvät puheenvuorot tiivistettäisiin sanaan ”tarpeet”. Tällöin A3 alataidolla arvioitaisiin sitä, miten hyvin puheterapeutti osaa selvittää asiakkaan varsinaisen tulosityyn ja sitä kautta asiakkaan todelliset tarpeet.

### 8.6.2 Keskustelun avaaminen

”Keskustelun avaamisen” -ylätaidon osalta kaikki puheterapeutit olivat yksimielisiä siitä, että keskustelu alkaa sekä puheterapiassa että lääkärin vastaanotolla aina hoidonantajan kysymyksellä, jota seuraa asiakkaan selonteko eli narratiivi.

”...annetaan sille asiakkaalle se ensimmäinen puheenvuoro. Kysytään että mitä sää ajattelet miksi sää olet täällä? Mitä sää ajattelet mitä täällä tapahtuu, mitä täällä tehdään? Lähetään kuuntelee sitä. Ja sit, sit lähetään arvailee tai antaa apuja ja lähetään arvuuttelemaan, jos siinä on ollu, ollu siinä ilmasussa pulmia.” **PT2**

Eräs puheterapeutti ajatteli keskustelun avaamisessa olevan kuitenkin kyse enemmänkin *topiikin*, eli ”ilmiöteeman” avaamisesta. Keskustelua avatessa avataan siis samalla teema.

”...puheterapeutin työssä usein avataan se keskustelu että ” nooh, kertokaas vähän et minkä takia tulitte tänne?”. Niin silloin tavallaan avataan laajemmin teemaa kun lääkäri karrikoidusti kysyy että ”mikä teitä vaivaa?” **PT1**

B4 alataito ”osaan antaa potilaan sanoa loppuun avauslauseensa häiritsemättä häntä” koettiin tärkeäksi. Lisäksi eräs puheterapeutti painotti erityisen tärkeänä sitä, että asiakas saa ylipäättään puhua rauhassa. Haastatellun mielestä puheterapeutti voi *välillä* tehdä tarkentavia kysymyksiä, mutta tärkeää on, että ei lähde heti tuomaan tilanteessa omaa tietämystään esille ja ryntää suoraan aiheeseen.

B5 alataidon osalta ”osaan kysyä esimerkiksi ”oliko mitään muuta?” selvittääkseni asiakkaan kaikki huolenaiheet” eräs puheterapeutti kiinnitti erityistä huomiota kysymykseen ” *oliko mitään muuta?*”. Vastaajan mukaan tämänkaltainen kysymys liittyy enemmänkin vastaanottotilanteen loppuvaiheeseen kuin alkutilanteeseen.

B6 alataito ”osaan selittää vastaanoton ohjelman ja/tai neuvotella vastaanoton ohjelmasta” herätti erään puheterapeutin kohdalla ihmetystä.

”Vastaanoton ohjelmasta? No tota ei oo kyllä tullu mulle mieleen että oikeen niinku *neuvottelet* että mitä me tehdään...” **PT4**

Haastateltu koki alataidon turhaksi arviointikohdaksi, koska hänen toimintatapaansa ei kuulu sanan varsinaisessa merkityksessä *neuvotella* asiakkaan kanssa vastaanoton ohjelmasta.

### 8.6.3 Tiedon kerääminen

Ylätaito ”Tiedon kerääminen” herätti puheterapeuttien haastatteluissa runsaasti erilaisia kommentteja. Eräs puheterapeuteista koki ”tiedon keräämisen” *otsikkona* (eli vastaanoton viestinnän piirteenä, ylätaitona) erittäin hyväksi, mutta taitoon tulisi kuitenkin lisätä alataito, joka kattaisi myös asiakkaan näkökulmien, kokemusten, huolien ja pelkojen kartoittamisen. Haastattelun ehdotus tarkoittaa sitä, että tähän alataitoon olisi mahdollista liittää edellisestä B ylätaidosta alataito B5 (ks. luku 8.6.2) tai yhdistää B5 alataito sekä vastaajan ehdottama arvioitava taito arviointilomakkeen myöhempään vaiheeseen, D13 alataitoon (ks. luku 8.6.4).

C7 alataidossa ”osaan kuunnella aktiivisesti kiteytyvä” ”*kuunteleminen*” koettiin puheterapeuttien vastauksissa tärkeäksi viestintätaidoksi. *Aktiivinen* kuunteleminen ymmärrettiin seuraavanlaisesti:

”No ihan siis pysähdytään ja kuunnellaan ja sitten jollakin tavalla ilmastaan että onko se viesti vastaanotettu [nauraa].” **PT3**

”Öö siinä lähetetään näitä [demonstroi nyökkäyksiä] koko ajan viestiä että mää kuuntelen, kuuntelen sua. Elikkä ilmeet, eleet, joo. Kaikki nämä feedbackit on (-) siinä tärkeitä. Ja voisin ajatella että se olis myös joku tarkentava kysymys, koska sitten [-] se niinku myös ohjaa ehkä puhujaakin, tosin saattaa joskus vääräänkin ohjata.” **PT4**

”En mä osaa sanoa ku must se on jotenkin [-] mikään ei suju jos ei ei niinku kuuntele aktiivisesti, et jää kuuntelee, kuuntelee sen et mitä siellä takanakin saattaa olla. Ja erityisesti kun on puhevammanen ihminen ni sen niistä ilmasun rippeistä on kuunneltava hyvin tarkkaan, koetettava tulkita sitä, et tässä kontekstissa, et mitä se nyt mahto tarkoittaa. [-] Se o sellasta tuunautumista, niinku virittäytyy sillee.” **PT2**

Erään haastattelun kanssa pohdittiin kuuntelemisen yhteydessä analyttisen ja aktiivisen kuuntelemisen eroa. Puheterapeutti käyttäisi ”aktiivisen” kuuntelemisen sijasta analyttistä eli prosessoivaa kuuntelemista. Tällöin analyttiseen kuuntelemiseen sisältyy kuulijan reagointitavat, välikysymykset, tarkennukset, selvennykset ja nonverbaalinen viestintä.

Eräs puheterapeutti katsoi C8 alataitoon ”osaan aloittaa potilaan selonteolla käyttämällä avoimia kysymyksiä kuten ” kerro minulle ...” liittyvien avointen kysymysten käyttämisen tiedon keräämisessä tarkoittavan puheterapiassa viestintätaitona sitä, että osaa antaa asiakkaalle aktiivisen roolin. Lisäksi keskustelun tulee haastattelun mukaan olla prosessiluontoista, teemasta toiseen siirtymistä.



”...eli asiakas kertoo (-) mistä on kysymys ja puheterapeutti liftaa kyytiin. [-] Delaguurin tällöinen termi kun mimesis, joka tarkoittaa siis sellasta, sellasta prosessiluontoista keskustelua, jossa henkilö sanoo jotakin (-) vaikkapa että, että kertoksikää ensin että minkä takia tulit? [-] ja sitten henkilö kertoo [-] ja sit sanoo että ”okei, et et mä tulkitsen sen niin, että joku tässä asiassa sua nyt huolestuttaa.” **PT1**

Yksi puheterapeuteista korosti C8 alataidon kohdalla tärkeänä asiana aiheessa pysymistä, jolloin puheterapeutin tehtävänä on huolehtia siitä, että asiakkaan ”tarinointi” ei lähde liiaksi rönnyilemään.

C9 alataitoa ”osaan tarvittaessa selventää yksityiskohtia joko tarkentavilla lisäkysymyksillä tai esittämällä kyllä/ei-kysymyksiä” luonnehdittiin useimmissa vastauksissa erittäin hyväksi arvioinnin kohdaksi. Eräs puheterapeuteista täsmensi logopediassa käytettävän tällaisen asian kohdalla termiä *ymmärrystarjous*. Termi ei kuitenkaan ollut muiden vastaajien keskuudessa tuttu tai sitä ei ainakaan tuotu missään vaiheessa esille.

”...logopediassa käytetään termiä *ymmärrystarjous* eli se, että että kun sä sanoit näin, mä tulkitsen tämän nyt näin-oonks mä yhtään jäljillä? Eli ymmärrystarjous siitä, että kun [-] aktiivisesti analysoiden kuuntelee ja sitten peilaa sen takaisin ja sitten antaa sille sen oman, oman tulkintansa eli tekee ymmärrystarjouksen ”olenks mä tähän asti kärryillä?” **PT1**

Myös alataito C10 ”osaan tehdä yhteenvetoa sekä antaa asiakkaalle mahdollisuuden korjata tai lisätä tietoa” koettiin hyväksi arviointikohteeksi, koska yhteenvetojen tekemisellä pidetään puheterapiassa tarinaa kasassa. Eräs puheterapeuteista lisäsi yhteenvetojen tekemiseen vielä etuliitteen ”väliyhteenvetoja”, koska niitä on tärkeää tehdä koko terapian ajan. Lisäksi haastateltu koki kyseisen kohdan samansuuntaiseksi edellä mainitun C9 alataitoon liittyvän ymmärrystarjouksen kanssa. Tällöin molemmissa alataidoissa korostuu sen tarkistaminen, että puheterapeutti ja asiakas puhuvat koko ajan samasta asiasta.

C11 alataitoa ”osaan siirtyä tehokkaasti lisäkysymyksiin” ei juurikaan kommentoitu. Yksi puheterapeutti kehotti käyttämään *tehokkaan* siirtymisen sijasta esimerkiksi termiä *hienovarainen*, joka kuvastaisi paremmin pehmeää ja vaivihkaista siirtymistä aiheiden välillä. Vastaaja koki siis *tehokkaassa* lisäkysymyksiin siirtymisessä olevan kyse ennen kaikkea *joustavasta* siirtymisestä *asiasta* toiseen. Haastateltu korosti, että puheterapeutti ei saisi koskaan ”jyrätä asiakasta” ja töksäyttää tälle, että ”nyt sun tarina loppu”, vaikka tämä puhuisikin aiheen vierestä.

#### 8.6.4 Asiaksnäkökulman ymmärtäminen

Asiaksnäkökulmaa määrittävän taidon osalta lähes kaikki puheterapeutit kokivat muutamat taitoon liittyvät asiat sellaiseksi tiedoksi, jollaista puheterapeutti ei välttämättä tarvitse, joten niitä ei ole heidän mielestään oleellista kysyä. Lisäksi asiaksnäkökulmaa kartoittavat alataitokohdat tulevat automaattisesti selvitettyksi jo *alkuhaastatteluissa*.

” [-] tän sortiset tota kysymykset, nää elämäntilanteen selvittelyt ja näin ni ne kuuluu usein niihin alkuhaastatteluihin. Ihan jopa niissä formaaleissa testeissä on se alku siinä, että kartotetaan minkälaista työtä on tehny, minkälaista kou, koulutusta on saanu ja onks perheessä muita ihmisiä, missä asuu [-] on olemassa semmosii lomakkeita. Se on niinku strukturoitu haastattelu, et senhän voi sit aina laajentaa tarpeen mukaan siitä.” **PT2**

Tällaisten kyseisen puheterapeutin esille tuomien formaalien testien tai kyselylomakkeiden kaltaisten metodien käyttämisessä sen sijaan oli vastaajien keskuudessa eroja. Siinä missä yksi puheterapeutti mainitsi käyttävänsä alkuhaastatteluissa jonkinlaisia kyselylomakkeita saadakseen selville asiaksnäkökulmaan liittyviä asioita, toinen haastateltu kielsi käyttävänsä työssään mitään erityisiä kyllä -/ ei- kysymys-lomakkeita. Sen sijaan hän pyrki normaalin keskustelun avulla kartoittamaan ja selvittämään asiakkaan elämäntilannetta ja perinnöllisyystekijöitä. Samalla hän saa kerätyksi subjektiivista näkemystä siitä, mitä asiakkaan vaivat ovat ja millaisia asioita asiakas on omassa mielessään liittänyt vaivaansa. Puheterapeutin mukaan asiaksnäkökulmasta puhuttaessa käytetään logopediassa määritelmää *subjektiivinen näkökulma*. Haastateltu myös painotti, että elämäntaustaa kartoittavilla kysymyksillä täytyy olla selvä teoreettinen linkki siihen, mitä on tutkimassa. Tällaisia ovat esimerkiksi suvun perinnöllisiin kuulosairauksiin liittyvät jatkokysymykset, jotka liittyvät myös D12 alataitoon ”osaan kysyä elämäntilanteesta, olosuhteista ja muista ihmisistä, jotka saattavat vaikuttaa asiakkaan terveyteen (perhe, kulttuuri, sukupuoli, ikä, sosiaalinen status, hengellisyys)”. Lisäksi haastateltu kertoi kysyvänsä asiakkaalta myös muun muassa perheen viestintätavoista ja siitä huolestuttaako muuttunut viestintätilanne perhettä. Sen sijaan sukupuolta ja ikää kartoittavia kysymyksiä ei tarvita, koska ne selviävät useimmiten kysymättäkin.

Muutoinkin D12 alataitoon liittyen useimmat puheterapeutit jakoivat käsityksen siitä, että sosiaalista statusta ei ole tarpeen selvittää, koska Suomessa sosiaalisen status ei vaikuta mitenkään puheterapiaan. Niin ikään hengellisyyttä kartoittavia asioita ei kaikkien vastaajien keskuudessa koettu erityisen tärkeäksi. Toisaalta eräs puheterapeuteista taas koki tärkeäksi *tiedostaa* asiakkaan

hengellinen tausta, koska puheterapiassa saattaa tulla eteen tilanne, jossa lapsen perhe uskoo lapsen tilanteella (puhehäiriöllä) olevan jokin syvälinen merkitys heidän elämälleen, jonka vuoksi he kieltäytyvät terapiasta. Vaikka vastaajalla itsellään ei ollut kokemusta tällaisista tilanteista, piti hän tärkeänä, että puheterapeutti osaa tarvittaessa katsoa asioita myös hengellisestä näkökulmasta ja huomioida kulttuurin vaikutukset ja ymmärtää näitä erilaisia näkökantoja. Lisäksi haastateltu korosti, että tällaisissa tilanteissa on tärkeää paitsi tarjota apuaan, myös osata välittää omalla viestinnällään asiakkaalleen, että puheterapia on optio, johon voi palata myöhemminkin.

”...kaikki eivät näe puheterapiaa pelastuksena [huomauttaa]. [-] *Mä en koskaan kysy ihmisiltä mitään uskonnollisista vakaumuksista, enkä muusta, mut jos mä sanon, että mä näkisin tän tyyppisiä juttuja ja se käynnistää vanhemmissa esimerkiksi semmosen et vanhemmat sanoo et he jää miettimään ja ja usein sillo se kertoo mulle sen et ”aha, täällä on ehkä joku, joku niinku uskonnollinen näkemys”, tai niinku nykyään ihmisiä on monesta maista muuttanu Suomeen. Kulttuuriset tekijät on kovin erilaisia-monissa kulttuureissa lapsen pitää näkyä, mutta ei kuulua ja sitten lapsen vanhemmat saattaa ilmottaa, että me ollaan nyt päädytty siihen että ”kiitos, kiitos vaan tarjouksesta mutta me ei nyt oteta tätä”...” **PT1***

Kuten edellisestä esimerkistäkin käy ilmi, kulttuuri koettiin uskonnon ohella tärkeäksi asiaksi tiedostaa jollain tasolla. Eräs puheterapeutti mainitsi kulttuurin vaikuttavan pelkästään jo testeihin, joita asiakkaiden kanssa tehdään. Vastaaja kertoi huomanneensa esimerkiksi tuloksissa eroja jo pelkästään maaseudulta ja kaupungista tulevien asiakkaiden välillä. Maaseudulta tullut lapsi saattaa esimerkiksi osata nimetä traktorin ja muut maatalouteen liittyvät työkonet, mutta ei tunnista metroa. Tulosten arvioinnissa täytyy siis huomioida kasvuympäristö ja kulttuurilliset taustatekijät.

D13 alataittoa ”osaan selvittää asiakkaan uskomukset, huolenaiheet ja odotukset sairaudesta ja hoidosta” enemmistö vastaajista muokkasi jollain tavalla. Eräs puheterapeutti tarrautui esimerkiksi sanaan *uskomukset*. Haastateltu piti uskomus-sanaa tässä kontekstissa hankalana ja vaihtaisi sen termiin *käsitykset*. *Tällöin käsitykset* kattaisivat asiakkaan uskomukset, huolenaiheet ja odotukset. Asiakkaan *odotuksista* terapian suhteen haastatellulle puolestaan nousi mieleen *toiveet*, sillä etenkin lapsiasiakkaiden kohdalla vanhemmat usein enemmän *toivovat* kuin *odottavat* parannusta lapsen tilanteeseen.

”...jotenkin se on *pikkusen toiveita*. Että koska vanhemmatkin selvästi, jos sä sanot että ois se kiva ku se pärjäis ja sais kavereita ja pystyis leikkimään toisten kanssa, kun sitä ei saa, on niin yksin. Ehkä toive enemmän ku odotus? [-] Perustavote on juuri tuo, että pärjää yhteisössä vuorovaikutustaidoilla mahdollisimman hyvin. Se-se on tässä se päätävote puheterapiassa.” **PT4**

Yksi puheterapeuteista taas muuttaisi D13 alataitoa siten, että uskomukset, huolenaiheet ja odotukset muutettaisiin muotoon ” *osaan välittää asiakkaalle tiedon terapian sisällöstä, tavoitteista, intensiteetistä ja lopputuloksesta.*” Tällöin puheterapeutti pystyisi realistisesti välittämään asiakkaalle esimerkiksi sen, mikä on asiakkaan tilanne ja määrittelemään samalla sekä välitavoitteen että lopullisen tavoitteen. Realistisen kuvan välittämisessä haastateltu mainitsi käyttävänsä neliportaista häiriötä kuvastavaa asteikkoa, jonka avulla asiakkaalle pystyy hahmottamaan, missä kohtaa asteikkoa tämä ongelmansa kanssa on nyt ja mitä pitää tehdä, jotta päästään lievemmälle asteikolle. Tässä vaiheessa haastatellun mukaan on tärkeää tehdä asiakkaalle selväksi se, mitä pitää tehdä, että ongelma poistuisi kokonaan ja miten varmaa on, että terapian avulla päästään sataprosenttisesti haluttuun lopputulokseen. Kun asiaa ajatellaan kyseisen puheterapeutin tavoin, D13 alataito on hyvin samankaltainen kuin alataito B6.

#### 8.6.5 Tiedon jakaminen

Tiedon jakamista pidettiin tärkeänä viestintätaitona vastaanottotilanteessa, jota puheterapeuttien mukaan kannattaa arvioida tällä tavoin erillisenä osana. Eräs puheterapeuteista katsoi tiedon jakamisessa ensi sijaisen tärkeäksi sen, että osaa selventää asiakkaan uskomuksia, odotuksia ja näkemyksiä asiakkaan puhehäiriön suhteen, siten että olisivat realistisia todellisuuden kanssa. Lisäksi puheterapeutin tulee osata viestittää asiakkaalle mitkä asiat todellisuudessa ovat nimenomaan viestintään liittyviä ongelmia, eli asioita joille puheterapiassa voi tehdä jotain.

”...mitkä asiat johtuu esimerkiksi sairaudesta ja mitkä johtuu jostain muusta. Joka näkyy esimerkiksi afasia kuntoutuksessa niin (-) ajatellaan usein että ku ihminen on saanut afasian niin (-) koska sen jälkeen ihminen ei saa olla enää kiukkunen tai vihanen- että se on niinku viestintäongelma!” **PT1**

Kyseisen haastatellun mielestä ongelman ymmärtämiseen ja lisätiedon tarpeen kartoittamiseen liittyvä E14 alataito ”osaan arvioida miten hyvin asiakas ymmärtää ongelman ja kuinka paljon lisätietoa hän haluaa” on erityisen tärkeä, sillä *siinä kiteytyy yksi puheterapeutin tärkeimmistä viestintätaidoista.* Puheterapeutin interpersonaalisen viestintäosaamiseen kuuluu tällöin yhtenä taitona kyky vahvistaa tarpeen vaatiessa asiakkaan ymmärrystä esimerkiksi kertamalla asioita.

”...puheterapeutti osaa välittää sen tiedon sellaisina kokonaisuuksina, joka on kerralla sulatettavissa ja myöskin tekee siitä, että kun puhutaan ongelmasta, tehdään tavoitteita - niin niiden selittäminen on prosessi. Koska samalla ihmisessä käynnistyy aina kriisityö, eli puolustusmekanismit kun tällaisia asioita käsitellään, ja silloin sen puheterapeutin yksi viestintätaito on ymmärtää, viestintäosaaminen on ymmärtää, että mä en kerro kaikkea mitä minä tiedän, koska se ihminen ei voi sitä ottaa vastaan. [-] niin ymmärretään että se tiedon välittäminenkin on prosessi, ei pelkästään se niin sanottu kuntoutus. [-] Ja silloin viestintäosaamista on ymmärtää se, että mun täytyy kerrata näitä asioita, palotella, antaa materiaalia mukaan, siis kirjoitettuna tekstinä...” **PT1**

Eräs puheterapeutti piti tiedon jakamisessa tärkeänä sitä, että osaa arvioida kuinka paljon asiakkaalla on *taustatietoa* tilaansa koskevasta asiasta, jonka jälkeen puheterapeutti pystyy määrittelemään lisätiedon tarpeen. Myös tiedon oikeellisuus ja alkuperä on haastatellun mukaan tärkeää osata tarkistaa. Nykypäivänä moni terveydenhuollon asiakas on hankkinut etukäteen tietoa sairaudestaan tai ongelmastaan internetistä, mutta tieto saattaa usein olla virheellistä. Haastateltu itse koki helpommaksi jakaa informaatiota sellaiselle asiakkaalle, jolla ei ole ennestään *mitään* tietoa aiheesta.

Kolme puheterapeuttia (N=4) korosti erikseen E15 alataitoon ”osaan selittää asiat käyttämällä sanoja, joita potilaan on helppo ymmärtää (vältän vaikeaa terminologiaa)” liittyvää terminologian välttämistä hyvin oleellisena asiana. Ymmärrettävän kielen käyttämisen ja ymmärryksen tarkistamisen katsottiin tosin kuuluvan jo luonnolliseen kanssakäymiseen. Eräs puheterapeutti kuitenkin muistutti, että vaikka ammattiterminologiaa tulee pääasiallisesti välttää, sitä ei saa kuitenkaan kokonaan unohtaa. Sen sijaan terminologiaa tulee käyttää keskusteluissa *sopivassa suhteessa*, jotta asiakkaan tietomäärä terminologian osalta lisääntyy. Terminologiaa ei kuitenkaan saa käyttää niin runsaasti ettei asiakas pysty seuraamaan puheterapeuttia. Ammattislangilla ei saa lähteä ”kikkailemaan”. Lisäksi haastateltu korosti vaikean terminologian välttämisen olevan luonnollisesti tärkeää koko vastaanoton ajan, jolloin ymmärrettävän kielen käyttämistä ei hänen mukaansa ole tarpeellista sitoa juuri tähän kontekstiin/taitokohtaan.

E16 alataito ”osaan varmistaa kysymällä onko asiakkaalla kysyttävää” koettiin tärkeäksi, koska siinä huolehditaan ymmärryksen tarkistamisesta erillisellä kysymyksellä. Yksi puheterapeutti lisäksiikin taitoon edellä esitellyn ”ymmärrystarjouksen” tekemisen (ks. luku 8.6.3), jolla tarkistettaisiin molemminpuolinen ymmärrys.

### 8.6.6 Yhteisymmärrykseen pääseminen

”Yhteisymmärrykseen pääseminen” koettiin tärkeäksi viestinnän tehtäväksi, mutta samalla myös jokseenkin ongelmallisena taitona/funktiona, koska siihen liittyviä kaikkia alataitoja ei koettu oleellisiksi puheterapiassa. Eräs vastaajista muuttaisi esimerkiksi F17 alataitoa ”osaan ottaa asiakkaan toiveet huomioon valinnoissa ja päätöksen teossa” siten, että toiveiden sijasta huomioitaisiin mieluummin asiakkaan *näkökulmat ja mielipiteet*, jolloin varsinaiset toiveetkin sisältyisivät tähän kokonaisuuteen. Yksi puheterapeutti puolestaan katsoi ylipäättään yhteisymmärrykseen pääsemisessä olevan kyse *neuvottelusta*. Tällöin asiakkaan kanssa *neuvotellaan* esimerkiksi hoitojakson pituudesta ja siitä, miten asiakas saa järjestettyä esimerkiksi kuljetukset terapiaan. Hän kertoi, että Tampereen yliopistossa puheopin laitoksella logopedian opiskelijoiden harjoittelusta tehdään lisäksi myös erillinen sopimus asiakkaan kanssa, jossa selvitetään muun muassa keitä terapiassa on mukana, mitä terapiassa tehdään ja saako harjoittelija ottaa esimerkiksi ääni - tai videonäytteitä ja mikäli saa luvan, niin mihin nauhaa saa käyttää. Näistä asioista neuvottelemineen on osa sopimuksen tekemistä, joka taas haastatellun mukaan käsittää yhteisymmärrykseen pääsemisen. Eli puheterapeutti tarvitsee yhteisymmärrykseen pääsemiseksi hyviä neuvottelutaitoja.

F18 alataidon” osaan tarkistaa keskinäisen ymmärryksemme diagnoosin ja/tai hoitosuunnitelman laadintavaiheessa” kohdalla yksi puheterapeutti kiinnitti huomionsa *diagnoosiin*. Vastaaja kiteytti, että diagnoosi sinänsä on tärkeää tehdä, mutta tässä kontekstissa hän puhuisi mieluummin terapian *tavoitteista*. Eli tällöin puheterapeutin täytyy osata tarkistaa ja selventää onko puheterapeutin asettamat tavoitteet samanlaiset esimerkiksi lapsen vanhempien tavoitteiden kanssa. Yksi haastateltu taas katsoi, että keskinäinen ymmärrys ei tarkoita sitä, että asiasta täytyisi olla samaa mieltä, vaan kyseessä on

”...keskinäinen yhteisymmärrys, joka voi siis olla samanmielisyyttä tai erimielisyyttä. Eli tietoinen samanmielisyyys tai tietoinen erimielisyys. Ne on ihan yhtä arvokkaita lopputuloksia...”**PT1**

Tällöin haastateltu muuttaisi F18 alataidon seuraavanlaiseksi:

”...osaan tarkistaa sen, että henkilö on ymmärtänyt (-) tarkottamani hoito ja kuntoutussuunnitelman...” **PT1**

Tällöin haastatellun aikaisemmin esittämää ymmärrystarjousta voisi käyttää niin hoitosuunnitelman laadintavaiheessa kuin myöhemminkin. Ymmärrystä voi tarkistaa esimerkiksi pyytämällä asiakasta kertomaan, miten hän selittäisi naapurilleen, mitä hän on tähän mennessä tehnyt terapiassa ja millaiseen lopputulokseen hän on puheterapeutin kanssa päätenyt. Tällöin puheterapeutti pystyy tarpeen tullen tarkentamaan, selventämään ja korjaamaan asioita. Lisäksi asiakkaan ”tarinasta” selviää puheterapeutille myös muita asioita.

”Sit mä kuuntelen et mitä se henkilö sanoo ja sit mä sanon et tota kohtaa mä tarkennan nyt vielä että, että ton kohdan minä sanoin näköjään huonosti, mä tarkotan tällä tätä. [-] Ja mä en sano että (-) toista minulle, vaan saan myöskin selville taas kaikki nämä miten se henkilö on ymmärtänyt ne käsitteet joita mä käytän, miten se henkilö on yhdistelly ne asiat mistä mä puhun, miten se henkilö (-) tuo sen oman näkökulmansa siinä esille ja minkälaisen synteesin, minkälaisella käsitteellä hän sitä asiaa nyt tästä eteenpäin sitten puhuu.” **PT1**

F19 alataidon kohdalla ”osaan kysyä asiakkaan kyvystä seurata ja noudattaa diagnoosia ja /tai hoitosuunnitelmaa” eräs puheterapeutti muisteli ensin, että ei ole koskaan esittänyt asiakkaalle varsinaista *kysymystä* tämän mahdollisuuksista ja kyvystä seurata hoitosuunnitelmaa. Hetken pohdinnan jälkeen haastateltu kuitenkin muisti selvittävänsä erilaisten keinojen avulla esimerkiksi sen, miten hyvin asiakas pystyy tekemään harjoituksia kotona. Haastatellun mukaan varsinaista kysymystä tärkeämpää on hahmottaa ja selvittää syyt, miksi joku ei mahdollisesti kykene noudattamaan hoitosuunnitelmaa. Tärkeää on tiedostaa myös asiakkaiden perheiden voimavarat ja jaksaminen.

Alataito E20 ”osaan tunnistaa sopivat lisäapukeinot (mm. asiakkaalle sopivat vaihtoehtoiset toimintatavat/hoitomuodot)” koettiin tulkinnanvaraiseksi kohdaksi. Eräs puheterapeuteista ei kokenut lisäapukeinojen kartoittamisen olevan laisinkaan ammatinhallinnan ja vuorovaikutustaitojen ytimessä, vaan niiden katsottiin kuuluvan lääketieteen puolelle. Sen sijaan puheterapeutti voi tarjota useampia korvaavia ”kommunikaatiokeinoja”, mutta ne eivät ole varsinaista lisäapua, vaan oleellisia osia jo itse hoidossa. Eräs puheterapeutti muokkaisikin E20 alataitoa siten, että siinä kiteytyisi puheterapian olevan vain yksi lähestymistapa kyseiseen asiaan. Puheterapeutin tulee näin ollen osata tarkentaa asiakkaalle, että puheterapia on vain yksi ”kielellisen kehityksen tukiraameista”. Muita tällaisia tukiraameja esimerkiksi lapsiasiakkaalle tarjoaa muun muassa päiväkotit, joka on hyvä kielellisen kuntoutuksen paikka, koska siellä kieltä käytetään aktiivisesti. Samoin harrastukset ja toimintaterapia ovat hyviä. Puheterapia on kyseisen

haastatellun mukaan näin ollen vain yksi lisä kuntoutuksessa. Tärkeää on osoittaa asiakkaalle myös muunlaisia kuntoutusmuotoja silloin, kun puheterapiassa käynti on asiakkaalle esimerkiksi välimatkojen takia hankalaa.

#### 8.6.7 Vastaanottotilanteen päättäminen

Vastaanottotilanteen päättäminen koettiin tärkeäksi ylätaidoksi, jonka osalta ei ehdotettu suurempia muutoksia. G21 alataidon ”osaan kysyä mikäli asiakkaalla on muuta kysyttävää tai huolia” osalta kaksi puheterapeuttia jättäisi ”muuta” -liitesanan pois. Lisäksi toinen kyseisistä puheterapeuteista jättäisi huolista kysymisen kokonaan pois, koska asiakas saattaisi hämmentyä tällaisesta kysymyksestä. Huolista tiedusteleminen on oleellisempaa lääkärin vastaanotolla, jossa asiakkaan huolia avataan usein tutulla ”ovenripa diagnoosilla”.

G22 alataito ”osaan tehdä yhteenvedon” koettiin erittäin oleelliseksi puheterapiassa ja eräs haastatelluista korosti, että yhteenvedoa täytyy osata tehdä useammalla eri tavalla. Yksi puheterapeutti painotti, että tavoitteiden ja hoitosuunnitelman osalta yhteenvedoa ei tarvitse tehdä jokaisen terapiakerran jälkeen, vaan ainoastaan ensimmäisessä tutkimustilanteessa. Yksi vastaajista puolestaan esitti alataidon G22 liittämistä alataitoon G23 ”osaan selventää jatkoa tai seuraavaan tapaamiseen liittyviä järjestelyitä”. G24 alataitoa ”osaan kirjata asiakkaan ja päättää vastaanottotilanteen” kommentoi vain yksi puheterapeutti.

”Joo se on jännä tää miten päättää sen. Suomessa on tuota olemassa malli et tervehditään kun tullaan, mut kun lähdetään pois ni ei enää kätellä- jotkut kätelee. Mä en tiedä mikä on semmonen toimiva malli? [-] mää huomaan että mää oon alkanut niinku käyttämään opiskelijoitten kanssa ”no niin, nyt mulla ei oo enää mitään sanomista, onko teillä?” [naurahtaa]. [-] terapiatilanteessa mä sanon että ”no niin, nyt lopetetaan...” **PT4**

Haastateltu koki alataidon erityisen hyväksi arviointikohteeksi, koska hän kokee vastaanoton päättämisen melko ongelmallisena tilanteena ja asiaan olisi hänen mielestään hyvä kiinnittää huomiota.



### 8.6.8 Yhteenveto itsearviointilomakkeen toimivuudesta

Kaksi puheterapeuttia (N=4) koki itsearviointilomakkeen sopivan tällaisenaan selkeästi paremmin lääkärin viestintäosaamisen arviointiin, koska itsearviointilomakkeen taitomittarissa näkyy selvästi lääkärin vastaanoton rakenne. Lisäksi toinen kyseisistä haastatelluista koki, että itsearviointilomakkeessa korostuu lääkärin ja potilaan erilainen positioituminen verrattuna puheterapian ja asiakkaan positioitumiseen vastaanotolla (ks. luku 8.4).

”...tässä näkyy varsin selvästi se että tää on lääkäri-potilassuhteeseen tehty. [-] Viestintätaidoissa se tarkoittaa mun mielestäni sitä, että, että siinä on kaksi erilaista henkilöä. Siinä (-) positioidaan henkilöt. Toinen on asiantuntija ja toinen asiaa tuntematon [-]Jollon jollon tän tyyppinen luokittelu sopii oikein hyvin...”**PT1**

Kyseisen puheterapeutin mukaan positioituminen tarkoittaa vastaanottotilanteissa sitä, että tietoa hankitaan vastaanotoilla eri tavalla. Silti haastatellun mukaan vastaanottotilanteessa ei kuitenkaan ole kysymys *haastattelutilanteesta*, jollaisen kuvan arviointilomake tilanteesta antaa, vaan nimenomaan *keskustelutilanne*.

Yksi puheterapeuteista huomautti, että taitomittarissa korostuu erityisesti ensikontaktin ottaminen, koska lääkäriissäkäynnit ovat useimmiten yksittäisiä käyntejä, jolloin lähes jokaisella vastaanottokerralla lääkärin täytyy luoda uutta kontaktia. Samoin lääkäri yleensä joutuu paljon lyhyemmässä ajassa tekemään johtopäätökset ja diagnoosit. Puheterapiassa asiakaskunta taas pysyy pitkään suhteellisen vakiona, jolloin kontaktin hakeminen ja asiakassuhteen rakentaminen ei jää puheterapiassa vain yhteen kertaan. Puheterapeutilla on lääkäriä enemmän aikaa vuorovaikutuksen luomiseen ja tiedon keräämiseen ja ensimmäinen tapaamiskerta saattaa esimerkiksi lapsen kanssa mennä pelkästään vuorovaikutuksen luomiseen. Haastatellun mielestä tämänkaltainen arviointimalli sopisikin puheterapeutin ja asiakkaan *ensimmäiseen* tapaamiseen, koska lääkärin vastaanotolla käynti vastaa lähinnä puheterapeutin tekemää ensimmäistä arviointia asiakkaasta. Tosin myös arviointi tapahtuu pitkän prosessin aikana, ei yhden tapaamisen perusteella. Suurin ero vastaajan mielestä lääkärin ja puheterapeutin vastaanottojen välillä on siis hoitosuhteiden pituuksissa (ks. luku 8.1).

Siinä missä kaksi puheterapeuttia näki lääkärin ja puheterapeutin vastaanottotilanteissa edellä kuvattuja eroavaisuuksia, yksi vastaajista katsoi vastaanottotilanteita määrittävän hyvin

samankaltaiset piirteet, jonka vuoksi taitomittari soveltuisi hyvin myös puheterapiaan. (Puheterapian vastaanoton rakentumisesta ja etenemistä ks. Snellman 2008).

Kaikki haastatellut katsoivat itsearviointilomakkeen kuitenkin hyväksi pohjaksi lopulliselle itsearviointilomakkeelle, mutta alataitoihin ja osittain myös ylätaitoihin kaivattiin selvennystä. Niin ylä- kuin alataidotkin menevät osittain limittäin, jolloin niitä on vaikea erottaa toisistaan. Eräs haastatteluista mietti itsearviointilomaketta myös logopedian opiskelijan näkökulmasta. Oppiaineen opettajana vastaaja epäili, että vaikka opiskelijoilla on jo pelkästään opintojen takia riittävästi tietoa itsensä tarkkailemisesta yleisellä tasolla, heidän taitonsa eivät kuitenkaan opiskeluvaiheessa aina ole riittävät tämänkaltaiseen puheviestintäosaamisen analyysin tekemiseen ja itsensä tarkkailuun. Yksi puheterapeuteista korosti myös opiskelijoihin viitaten, että nonverbaaliseen viestintään liittyviä alataitoja tulisi selvittää, koska kaikille ei ole selvää mitä kaikkea nonverbaalinen viestintä pitää sisällään.

Arvoasteikon ja arviointikriteeristön osalta kolme vastaajaa (N=4) koki Likertin asteikkoon ja kvantitatiiviseen kyselykaavakkeeseen perustuvan arvioinnin kokonaisuudessaan kaikista helpoimmaksi ja toimivimmaksi arviointimenetelmäksi.

”Kaikista helpointa ois panna se rasti johonkin paikkaan.” **PT4**

Silti Likertin asteikko ei välttämättä ole paras arviointiasteikko puheterapian kontekstiin. Kvantitatiivisessa analyysissä oikean vastauksen ympäröimisen katsottiin rajaavan liiaksi arvioitavaa asiaa ja useampi vastaaja kehottikin lisäämään lomakkeeseen myös avoimia kysymyksiä. Yksi puheterapeuteista kuitenkin korosti, että avoimissa kysymyksissä on puolestaan se huono puoli, että arviointi vie vastaajalta suljettuja kysymyksiä enemmän aikaa. Lisäksi tämänkaltaista itsearviointia tulisi haastatellun mielestä tehdä melko harvoin.

”...jos aattelee et oikeesti sitä pitäs niinku käyttää tai niiku jos on (-) asiakastyössä [-] et ku on vähän on aikaa ja kaikkea muuta..Tietysti riippuu (-) missä sitä käytetään ja miten sitä käytetään et sitte tietenkin jos se on vaan niinku aina joskus, niinku päivität niitä (-) tyyliin kerran vuodessa tarkastelet et millaset sun (-) vuorovaikutustaidot nyt on, ni tietysti se sit saattas olla niinku avoimetki kysymykset.” **PT3**

Yksi puheterapeutti katsoi kvantitatiivisen arvoasteikon soveltuvan kokonaisuudessaan huonosti vuorovaikutustaitojen arvioimiseen.

”...mun on vaikea nähdä sitä niinku tän tyyppistä arviointia likkartin asteikolla, koska se on (-) implikoi sitä että, että vitonen on jotenkin niinkun semmonen kaikkien hyvä? Ja kysymys on enemmänkin siitä profiilista, että minkä tyyppisiä taitoja [-] mulla nyt on ja mitä mä toivon saavani opiskelujen myötä, koska ne opiskelijoiden alkuvaiheen profiilit on ihan erilaisia! [huudahtaa] Ja ja silloin jos on likkartin asteikko, niin automaattisesti oletetaan että ensin se on ykkönen ja sitten, sit se on paljon. Ja jaa silloin se ei anna oikeutta *sille ilmiölle* [painottaa] että mitä, mitä me tutkitaan, eikä myöskään sitä oppimisprosessia.”**PT1**

Erään puheterapeutin mukaan puheviestintätaitoja voi arvioida kvantitatiivisesti, mutta enemmän 6-portaisella Likertin asteikolla, jolloin vastatessa joutuu ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen. Lisäksi haastateltu korosti, että puheterapia pitää nähdä prosessina, jossa opiskelijan puheviestintätaidot kehittyvät ajan ja kokemuksen myötä. (ks. Myös luku 8.2).

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoitus oli selvittää millaista puheviestintäosaamista puheterapeutin työssä tarvitaan puheterapeuttien näkemysten mukaan. Tutkimusongelmaa lähestyttiin kolmen tutkimuskysymyksen kautta tarkastelemalla millainen merkitys interpersonallisella ja relationaalisella puheviestintäosaamisella on puheterapeutin työssä, miten puheterapeutin ja lääkärin professiot ja asiakasviestintä eroavat toisistaan ja miten lääkäripotilasviestinnän arviointiin kehitetty taitomittari soveltuu puheterapeutin puheviestintäosaamisen itsearviointiin.

Yksi keskeisimmistä tuloksista liittyy puheterapeutin ammattiosaamisen ja puheviestintäosaamisen väliseen suhteeseen. Tulosten perusteella puheviestintäosaaminen on keskeinen osa puheterapeutin ammattiosaamista. Puheterapeutin ammattiosaaminen muodostuu aineistoon pohjautuvan määritelmän mukaan ”lääketieteellisen-, kielitieteellisen- ja psykologisen tiedon- ja kuntoutuksen menetelmien hallinnasta sekä viestintäosaamisesta.” Määritelmä vahvistaa aikaisempaa tutkimusta, jonka mukaan viestinnän asemaa suhteessa muuhun osaamiseen on usein tapana etsiä asiantuntijatiedon eri komponenttien avulla, joihin on tutkimuksissa katsottu formaali, praktinen ja metakognitiivinen tietämys (ks. Gerlander & Takala 2000, 158). Lisäksi määritelmä tukee Kostiaisen (2003, 30) tapaa käsitellä puheviestintäosaamista yhtenä ammattiosaamisen ulottuvuutena. Viestintää ammattiosaamisen ulottuvuutena on aiemmissa tutkimuksissa kuvattu käsitteillä yleiskvalifikaatio, pehmeä kvalifikaatio ja äänetön kvalifikaatio (esim. Peltari 1997; 1998; Metsämuuronen 1999, Kostiainen 2003), joiden käytöstä on viime vuosina luovuttu siirryttäessä käyttämään osaamisen käsitettä (Kostiainen 2003).

Kyseisessä aineistoon pohjautuvassa ammattiosaamisen määritelmässä korostuu ensisijaisesti tieto- komponentti. Määritelmässä ei mainita erikseen motivaatiota. Metsämuuronen (1999, 140) mukaan motivointi on aiemmin sosiaali- ja terveysalalla katsottu kuuluvan innostamisen ja aktivoinnin ohella äänettömään ja pehmeään perusosaamiseen, eli ei- tiedostettuihin taitoihin. Motivaation puuttuminen määritelmästä voi siis johtua osaltaan tästä. Vaikka motivaatio puuttuu aineistosta johdetussa määritelmästä, tuloksissa korostuu kuitenkin useaan otteeseen motivoinnin

taito, jota tulosten perusteella tarvitaan muun muassa asiakkaan eri näkökulmien huomioidussa, sanoman selventämisessä ja esimerkiksi informaation välittämisessä. Motivointi ja siihen liittyvä puheviestintäosaaminen vaikuttaa myös asiakkaan oppimiseen ja ennen kaikkea asiakkaan oppimishaluun, johon puolestaan vaikuttaa keskinäinen luottamus. Erityisen tärkeää on, että asiakas pystyy luottamaan puheterapeutin ammattiosaamiseen. Motivaatio voidaan näiden tulosten perusteella katsoa osaksi ammattiosaamista ja samalla myös siihen liittyvää puheviestintäosaamista.

Sen sijaan on mielenkiintoista, että tutkitussa aineistossa ei mainittu lainkaan omista, *henkilökohtaisista ominaisuuksista* muodostuvaa osaamista (vrt. Jaakkola 1995, 119 Kostiaisen 2003, 26 mukaan), vaikka esimerkiksi henkilökohtaiset, yksilölliseen osaamiseen liittyvät puheviestintätaidot korostuvat välillisesti etenkin niissä puheterapeuttien kertomissa esimerkeissä, jotka koskevat itsearviointilomakkeen taitoalueita ja osa-alueita. Henkilökohtaisia puheviestintätaitoja ja yksilöllistä osaamista ilmentävät muun muassa erilaiset tavat keskustella asiakkaan kanssa ja kerätä tietoa asiakkaan huolista ja tarpeista.

Kyseinen ammattiosaamisen määritelmä vahvistaa Gerlanderin ja Takalan (2000, 158) näkemystä ihmissuhdeammattien kaksikasvoisuudesta. Ammattiosaaminen jakautuu Gerlanderin ja Takalan (emt.) mukaan selkeästi kahteen ulottuvuuteen: sisältöjen hallintaan, johon kuuluu oman erityisalan sisällön tietojen ja taitojen hallinta sekä suhdetietoon, johon kuuluu ihmisen toiminnan ja sen säätelymekanismien ymmärtäminen sekä vuorovaikutustaitojen hallitseminen. Tutkimusaineiston valossa puheterapian kaksikasvoisuus ei kuitenkaan ole näin selkeä, sillä sisältöjen hallinta ja suhdetieto näyttävät linkittyvän toisiinsa tiiviisti. Osa puheterapeuteista katsoi puheviestintäosaamisen jopa ammattiosaamisen ydinalueeksi. Kuntoutus perustuu toimivaan viestintään ja vuorovaikutustaidoilla luodaan pohja yhteistyölle. Puheterapian interpersonaalisuutta ilmentää myös Snellmanin (2008, 24–25) logopedian tutkimus, jossa korostetaan, että jo pelkästään puheterapian luonnetta ja institutionaalisuutta ylläpidetään ja muokataan puheterapeutin ja asiakkaan interpersonaalisisessa vuorovaikutuksessa. Lisäksi eräs puheterapeuteista korosti, että vuorovaikutustaidot ovat puheterapiassa paitsi työn väline myös kohtaamisen väline. Tulosten perusteella voidaankin pohtia onko puheviestintäosaamista edes mahdollista tai ylipäätään tarpeen erottaa puheterapeutin ammattiosaamisesta. Sen sijaan, että puheviestintäosaamista käsiteltäisiin edellä esitellyn määritelmän mukaisesti ammattiosaamisen ulottuvuutena, osaamisalueita voi käsitellä myös yhtenä, tiiviinä kokonaisuutena.

Puheterapian puheviestintäosaamisen merkityksellisyydestä kertoo erityisesti puheterapian syvä ihmissuhdeulottuvuus, jonka vuoksi puheterapiaa voidaan hyvällä syyllä kutsua ihmissuhdeammattiksi (ks. Gerlander & Takala, 2000, 157; Mönkkönen & Finstad 2007, 33; Koponen 2009, 54) tai yhtä lailla interpersonaaliseksi ammattiksi (ks. Gerlander & Takala 2000, 157). Imissuhde/- tai interpersonaalisen ammattinimikkeen käyttämistä tukee myös se, että vuorovaikutuksella on puheterapiassa iso merkitys kuntoutuksen onnistumisessa ja hoitotuloksissa (ks. Mönkkönen & Finstad 2007, 34). Lisäksi puheviestintätaidoilla on puheterapiassa erityisen suuri merkitys, koska työ tapahtuu ihmisten kanssa, joilla on ongelmia nimenomaan vuorovaikutuksen ylläpitämisessä. Kuten eräs puheterapeuteista korosti, kuntoutuksen tavoitteena saattaa olla pelkästään normaalin keskustelun aikaansaaminen, josta myös Pietarinen (2007, 4) tutkimuksessaan huomauttaa. Niin ikään vastaanottotilanteen interpersonaalisuudesta kertoo puheterapeutti-asiakassuhteessa henkilökohtaiselle tasolle pääseminen viestinnän perustuessa henkilökohtaiseen tietoon (ks. Watson & Gallois 1998, 343, Gerlanderin 2003, 21 mukaan).

Puheterapeutin puheviestintäosaamisessa näyttää yksittäisen näkökulman perusteella olevan kyse siitä, että osaa pelkistää ja yksinkertaistaa ajatuksia ja kykenee seuraamaan ja mukautumaan asiakkaan vuorovaikutukseen. Puheterapeutin puheviestintäosaamiselta odotetaan ja edellytetään kuitenkin tulosten perusteella paljon enemmän. Puheterapeutti tarvitsee hyvin monipuolista, vaativaa ja moniulotteista puheviestintäosaamista. Puheterapeutin puheviestintäosaaminen vaikuttaisi muodostuvan aiempien tutkimusten mukaisesti tiedoista, taidoista ja edellä käsitellystä motivaatiosta eli sopivasta asenteesta (esim. Spizberg ja Cupach 1984 Streetin, 2003, 916 mukaan; Valkonen 2003, 25; Isotalus 2006, 75; Isotalus & Mäki 2009, 25; Isotalus & Koivuola 2009, 139), joita määrittää tehokkuuden ja tarkoituksenmukaisuuden kriteerit (esim. Huotari, Hurme & Valkonen 2005, Spitzberg 1994; Cupach & Canary 1997). Puheterapeutin ammatilliseen puheviestintäosaamiseen liittyy vahvasti myös Huotarin ym. (2005, 77) korostama eettinen ulottuvuus. Puheterapiassa pyritään noudattamaan kaikilla tavoin eettisesti hyväksyttäviä periaatteita ja kunnioittamaan paitsi asiakasta, myös asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Lisäksi puheterapeutti-asiakassuhdetta määrittää vahva, molemminpuolinen luottamus.

Kun viestintäosaaminen sidotaan yksilölliseen osaamiseen, on mahdollista nostaa esiin tietyn ammatin kannalta keskeisimmät taidot ja luetella ja luokitella ne (Gerlander & Takala 2000, 173). Tulosten perusteella puheterapiassa tärkein puheviestintäosaamisen taitoalue on luokittelun perusteella aineistossa esitellyn taitomittarinkin sisältämä relationaalinen taitoalue, ylätaito A ”vuorovaikutussuhteen rakentaminen” (liite 4). Puheterapiassa kuntoutus tapahtuu puheterapeutti-asiakassuhteessa ja työn tuloksiin vaikuttaa merkittävästi relationaalinen puheviestintäosaaminen.

Relationaalisessa viestinnässä samoin kuin interpersonaalisisessa viestintäosaamisessa korostuu keskeisesti asiakaslähtöisyys, minkä huomioiminen on erityisen tärkeää varsinkin kuntoutuksen alussa alettaessa rakentamaan ammatillista vuorovaikutussuhdetta. Asiakaslähtöisyys näkyy myös aineistossa esitellyssä itsearviointilomakkeessa ja parhaiten asiakaslähtöisyyttä ilmentää D-ylätaito ”Asiakasnäkökulman ymmärtäminen” (liite 4). Tulosten osalta asiakasnäkökulma korostuu puheterapiassa kokonaisvaltaisesti ja tulokset osoittavat, että puheterapia on jo pelkästään terapeuttiselta luonteeltaan hyvin asiakaslähtöistä.

Aineiston perusteella asiakaskeskeisen työskentelyn puheterapiassa mahdollistaa jo pelkästään käytettävissä oleva aika, sillä mitä enemmän on aikaa keskittyä yhteen asiakkaaseen, sitä helpompi on noudattaa asiakaskeskeisyyttä määrittäviä piirteitä. Puheterapiassa on tärkeää ja itsestään selvää osoittaa asiakkaalle yksilöllistä kiinnostusta, jolloin esimerkiksi taitomittarin alataitoa A1 on oleellista arvioida mitattaessa puheterapeutin puheviestintäosaamista. Asiakaslähtöisyyden osalta puheterapeutti-asiakasviestintä vaikuttaisi olevan hyvä esimerkki toimivasta terveystietinnästä, sillä Wrightin ym. (2008, 36) tutkimuksen valossa tärkeimmässä roolissa terveystietinnässä on potilas-keskeinen viestintä (patient-centered communication). Potilaskeskeisessä viestinnässä potilas huomioidaan aina ”kokonaisuutena” ja häneen ja hänen tilanteeseensa suhtaudutaan yksilöllisesti. Aineiston perusteella asiakasnäkökulma puheterapiassa tarkoittaa juuri subjektiivisen näkökulman ottamista.

Haastatteluissa ilmeni kuitenkin eriävyyttä sen suhteen, *milloin* puheterapiassa on siirrytty asiakaskeskeiseen viestintään. Siinä missä yhden vastaajan mielestä puheterapiassa asiakaslähtöisyys on kasvanut vasta 1980-luvulta lähtien, toisen vastaajan mukaan puheterapia on aina ollut esimerkiksi lääkärin työhön verrattuna asiakaslähtöisempää ja painottunut enemmän yhteistyöhön. Tämän tutkielman tulokset eivät näin riitä osoittamaan, onko puheterapia ollut aina yhtä asiakaskeskeistä kuin nykypäivänä.

Asiakaskeskeisyydestä huolimatta puheterapeutti on tutkimustuloksien perusteella edelleen se, joka johtaa keskustelua ja toimii aloitteen tekijänä. Tilanne on sama myös lääkärin vastaanotolla (Gerlander 2003, 78–79). Pietarisen (2007, 5–6) mukaan dominoivuus on tyypillistä institutionaaliselle keskustelulle. Puhujien välisessä vuorovaikutuksessa ammattilaiset kontrolloivat keskustelua ja keskustelu on hyvin päämäärätietoista. Silti puheterapiassa Pietarisen mukaan tavoitellaan tasavertaista keskustelua, jossa afaattinenkin asiakas olisi aktiivinen ja toimisi terapeutin kanssa yhteistyössä. Yhteistyön merkitys korostuu myös tutkimusaineistossa. Tulosten perusteella keskustelun tulisi puheterapiassa olla prosessiluonteista, hienovaraista ja joustavaa

siirtymistä teemasta toiseen. Keskustelun alussa tärkeää on, että asiakkaan narratiivia ei häiritä keskeytyksillä. Aineistossa esitellyn taitomittarin alataito B4 (liite 4) on siis puheterapiassa tärkeässä roolissa. Puheterapeutin täytyy kuitenkin tarvittaessa ohjata keskustelua oikeaan suuntaan. Lisäksi tuloksista käy ilmi, että puheterapeutin dominoivuus keskusteluissa johtuu osaltaan jo asiakkaiden puhevaikeuksista.

Niin ikään yhdeksi tärkeimmistä puheterapeutin puheviestintäosaamisen osa-alueista koettiin tiedon kerääminen ja erityisesti tiedon keräämiseen liittyvä ymmärryksen ja lisätiedon tarkistaminen, joka sisältyy myös aineistossa esitellyn taitomittarin alataitoon E14 (ks. liite 4). Tiedon keräämisessä on myös tärkeässä roolissa niin ikään taitomittariin sisältyvä alataito C10, yhteenvetojen tekeminen, koska puheterapiassa ”tarinaa” pidetään kasassa yhteenvetojen avulla. Yhteenvedon tekeminen myös varmentaa molemminpuolisen ymmärryksen. Tiedon keräämisen osalta tuloksissa korostui myös avoimien kysymysten käyttäminen ja prosessoiva eli analyttinen kuunteleminen. Näitä osa-alueita ilmentävät taitomittarin alataidot C7 ja C8 (ks. Liite 4). Tällainen tiedon kerääminen analyttisen kuuntelemisen avulla on yksi Spitzbergin (1994, 31–32) viestinnän tehokkuutta ilmentävä kriteeri päästä viestinnällä haluttuun tavoitteeseen. Lisäksi tehokkuuden kriteereitä ovat tutkijan mukaan esimerkiksi viestinnän vakuuttavuus, selkeys ja ymmärrys, jotka ovat puheterapiassa erityisen tärkeitä kriteereitä. Tiedon kerääminen esiintyy myös tutkimuskirjallisuudessa useissa terveysviestinnän määritelmässä eräänlaisena avainsanana (Schiavo 2007, 8-10).

Puheterapeutin puheviestintäosaamista pohdittiin haastatteluissa myös asiakaspalvelutilanteen kautta, koska kyseessä on asiakaspalvelutilanne. Haastateltavien oli vaikea hahmottaa puheterapiaa ja puheviestintäosaamista asiakaspalvelun näkökulmasta. Niukoista vastauksista kuitenkin ilmenee, että asiakaspalvelu puheterapiassa tarkoittaa vastavuoroisuutta ja yhteistyötä. Erityisesti asiakaspalvelua vaikuttaisi määrittävän neuvotteleminen. Aineistosta ilmenee yhtä eriävää mielipidettä lukuun ottamatta, että neuvotteleminen on muutenkin puheterapiassa tärkeää ja neuvottelevaan asiakasviestintään pyritään. Erityisen tärkeää neuvotteleminen on vastaanottotilanteen alussa, jossa neuvotellaan vastaanoton ohjelmasta ja tavoitteista. Näin ollen taitomittarin alataito B6 on hyvä arviointikohde. Myös yhteisymmärryksen etsimisessä on kyse neuvottelusta.

Useissa tutkimuksissa yhdeksi interpersonaalisen viestinnän osaamisalueeksi katsotaan konfliktien hallinta (Beebe ym. 2008) ja esimerkiksi asiakaspalvelussa ja myyntitehtävissä konfliktien hallinta on katsottu jopa yhdeksi keskeisimmistä taidoista (ks. esim. Virtanen 2007). Konfliktit siis



kuuluvat interpersonaaliseen viestintään ja esimerkiksi Ganaryn (2003, 515) mukaan mitä enemmän ollaan vuorovaikutuksessa saman henkilön kanssa ja mitä enemmän neuvotellaan asioista, sitä suurempi on konfliktien syntymisen todennäköisyys. Tämän tutkielman osalta tulos on kuitenkin päinvastainen. Tutkimusaineiston perusteella puheterapeutin ja asiakkaan välillä ei esiinny konflikteja. Toisaalta tulos tukee Gerlanderin (2003) tutkimusta siitä, että ammatillisessa suhteessa ei esiinny konflikteja, vaan suhteelle on luonteenomaisempaa jännitteisyys ja epäsymmetria. Myös logopedian tieteenalalla tehty tutkimus osoittaa, että puheterapiassa viestinnässä ei juuri esiinny väärinymmärryksiä. Nekin väärinymmärrykset, mitä esiintyy, liittyvät ensisijaisesti terapiatilanteisiin, joissa tarvitaan puheterapeutin ja asiakkaan välille tulkkia. (Ferguson & Armstrong 2004, 470–471.) Tulkin läsnäolo aiheuttaa tilanteessa omanlaistaan jännitteisyyttä. Tulosten perusteella vaikuttaisi siis siltä, että puheterapiassa ei tarvita varsinaisia konfliktin hallintaan liittyviä taitoja.

Tulosten perusteella puheterapia-asiakasviestinnässä ei vaikuttaisi esiintyvän edellä mainittua tilannetta lukuun ottamatta suoranaisia jännitteitäkään samassa mittakaavassa kuin lääkäri-potilasviestinnässä. Puheterapeuttien näkemysten mukaan jännitteet liittyvät enemmän tilanteeseen, jossa lapsiasiakkaan vanhempien ja puheterapeutin arviot lapsen tilasta poikkeavat ja tavoitteet ovat erilaisia. Asiakas itse on siis harvoin jännitteiden aiheuttaja. Tulos voi osaltaan johtua puheterapeutti-asiakassuhteen symmetrisyydestä, sillä vaikka suhdetta voidaan verrata epäsymmetriseen lääkäri-potilassuhteeseen, suhteessa on samalla symmetrisyydestä kertovan ystävyyssuhteen piirteitä, joka vähentää jännitteisyyttä (ks. Gerlander & Isotalus 2010, 8).

Toisaalta jännitteet liittyvät puheterapiassa välillisesti puheterapeutin eri rooleihin. Puheterapiaan kuuluu tutkimustulosten perusteella erilaisia roolistatuksia, jotka toimivat viestinnän välineinä. Rooli pohjautuu kuitenkin aina asiantuntijan rooliin. Rooli ei myöskään ole pelkästään ulkoapäin annettu rooli, vaan roolin ”ottamisessa” on kyse ennemminkin suhtautumistavan ja vuorovaikutustyylin vaihtamisesta. Puheterapeutin rooli voi vaihtua asiakkaiden ja tilanteiden mukaan esimerkiksi ”asiantuntijan roolista oppijan rooliin.” Ennen kaikkea roolilla on institutionaalinen tehtävä, sillä asiantuntijaroolin avulla luodaan luottavainen suhde asiakkaaseen. Luottamusta tarvitaan esimerkiksi relevantin ja validin tiedon keräämisessä.

Tutkimusaineistossa korostuu myös, että rooli tarkoittaa liikkumista oman minän ja asiantuntijaroolin välillä. Oman persoona näyttäisi tulosten valossa osaltaan symboloivan samalla myös ystävällisyyttä, sillä ”oman minän” läsnäolo on aineiston perusteella tärkeää asiakassuhteen rakentamisessa ja tarpeellisen tiedon saamisessa. Asiantuntijaroolin avulla taas ohjataan

keskustelua. Osa vastaajista korosti, että puheterapeutin oma persoona saa olla melko vahvasti esillä, kun taas osa katsoi ystävällisyyden ja asiantuntijuuden välillä liikkumisen melko haastavaksi ”taiteiluksi”. Sama haasteellisuus tulee esiin myös lääkäri-potilas viestinnässä (ks. Billig ym.1998, Gerlanderin & Takalan 2000, 166 mukaan). Ennen kaikkea ystävällisyyden ja neutraalisuuden paradigma tulee esille ns. sekasuhteissa, jollaiseksi Gerlander (2003, 41–42) nimittää hoito- ja terapiasuhteita. Henkilökohtaisiin suhteisiin verrattuna sekasuhteet ovat luonteeltaan tavoitteellisempia ja strategisempia, mutta julkisiin asiakaspalvelusuhteisiin verrattuna sekasuhteisiin taas liittyy suurempi emotionaalisuus. Puheterapeutti-asiakassuhde ei läheisenä ja usein pitkäkestoisena vuorovaikutussuhteena istu myöskään Fordin (2001, Virtasen 2007, 10 mukaan) määritelmään heikosta vuorovaikutussiteestä, johon palveluviestintä yleensä lukeutuu. Toisaalta kyse ei ole myöskään vahvasta, ystävyysuhteen kaltaisesta vuorovaikutussuhteesta.

Puheterapeutti-asiakasviestintä noudattaa Rogersilaisen terapeutin viestinnän mallia, jota ilmentää empatia, luottamus, rehellisyys, vahvistaminen ja välittäminen (Grep & Thornton 1992, 49, 51, Gerlanderin 2003, 21-22 mukaan). Suhteen syvyys ja luonne vaikuttavat siihen miten osapuolet viestivät jatkossa keskenään (Gerlander & Isotalus 2010, 5). Tulosten perusteella puheterapeutin ammattiosaamista tarvitaan rajan vetämisessä liiallisen ystävällisyyden ja asiantuntijuuden välille, sillä liiallista ystävällisyyttä ei koeta tarkoituksenmukaiseksi. Tämä vahvistaa myös aiempia tutkimustuloksia (ks. esim. Gerlander 2003, 41–42). Rajan vetämisen asiantuntijuuden ja ystävällisyyden välille tekee puheterapiassa haasteelliseksi paitsi vuorovaikutuksen terapeutin luonne, myös pitkät hoitosuhteet ja kotikäynnit, jotka osaltaan vaikuttavat suhteen syvyyteen. Mielenkiintoista oli erään haastatellun näkemys siitä, että puheterapiaan ei saisi kuulua minkäänlainen tuttavallisuus tai ystävyys.

Tärkeimmät puheviestintätaidot yleisellä tasolla ilman erityistä kontekstia olivat puheterapeuttien mielestä kyky olla läsnä tilanteessa, kyky ottaa vastaan ja välittää viestiä sekä kyky olla vuorovaikutuksessa niin, että molemmat osapuolet saavat ilmaistua itseään. Myös kuuntelemista korostettiin eri yhteyksissä. Nämä ”yleis” taidot kuuluvat aineiston valossa puheterapeutin puheviestintäosaamiseen. Niin ikään puheterapian vuorovaikutuksen ja hoitotulosten kannalta aineistosta nousi kahtena hyvin keskeisenä osaitona esiin kyky ottaa asiakas oikealla tavalla vastaan antamalla itsestään empaattinen mutta samalla ammattimainen kuva sekä kyky olla hienovarainen, mutta samanaikaisesti kykenevä houkuttelemaan asiakas yhteistyöhön. Niin ikään keskeisiksi taidoiksi nousivat tilanteen kannattelukyky, kyky herättää asiakkaassa luottamusta, kyky tehdä arviointia sekä kyky motivoida asiakasta. Taidot on aiemmissa lääkäri-

potilasviestinnän tutkimuksissa liitetty potilastyytyväisyyteen (ks. esim. Wright ym. 2008, 38). Kyseisiä taitoja voisi taitomittarin kannalta ajatella puheviestintätaitojen osa-alueina eli alataitoina. Lisäksi tulokset ilmentävät muitakin taitomittarissa arvioitavia ala- ja ylätaitoja, kuten asiakaskeskeisen ilmapiirin luomista ja asiakkaan riittävää huomiointia sekä hyvän, toimivan vuorovaikutussuhteen rakentamista. Tulosten perusteella puheterapeutti tarvitsee puheviestintäosaamista myös neuvomisessa, opastamisessa ja ohjeiden antamisessa. Lisäksi aineistosta ilmenee nonverbaalisen viestinnän tärkeys ja esimerkiksi lasten kanssa erityisesti oikeanlainen tilankäyttö.

Tutkielmassa vertailtiin myös puheterapeutin ja lääkärin toimenkuvia ja asiakasviestintää vastaanotolla. Puheterapeutin toimenkuva on puheterapeuttien yksittäisten näkemysten ja koko aineiston perusteella vahva sekoitus sekä lääkärin että terapeutin toimenkuvaa. Tämä saattaa osaltaan johtua logopedian poikkitieteellisyydestä (ks. Silvast, Klippi, Timonen & Hakala 1990, Snellmanin 2008, 11 mukaan). Tulosten perusteella puheterapiasta tekee terapiatilanteen nimenomaan vuorovaikutus jota painotetaan myös alan tutkimuksissa (ks. Pietarinen 2007).

Lääkärin professioon verrattuna puheterapeutin ja lääkärin toimenkuvat ovat esimerkiksi tiedollisesti samankaltaisia ja vastaanottotilanteissa on paljon samanlaisia viestinnän piirteitä. Varsinkin asiakkaan tutkimustilanteissa on tulosten perusteella paljon yhtäläisyyksiä. Suurin osa vastaajista koki, että lääkärin tehtävä on kuitenkin pääsääntöisesti diagnosoinnissa, kun taas puheterapeutin työ liittyy enemmän varsinaiseen hoitamiseen eli asiakkaan kuntoutukseen. Huomioitavaa on, että tässä tutkielmassa on keskitytty puheterapeutin ja terveyskeskuslääkärin tehtävien vertailemiseen, jolloin ei ole huomioitu esimerkiksi erikoislääkäreitä, jotka konkreettisesti hoitavat potilaita.

Tämän tutkielman valossa vaikuttaisi siltä, että suurimmat vastaanottotilanteen *viestintään* liittyvät erot konkretisoituvat ajan käytössä ja esimerkiksi tulosityn selvittämisessä. Tulosityn selvittäminen eroaa vastaanotoilla muun muassa kysymyksen muotoilun suhteen. Tämä näyttäisi johtuvan osittain siitä, että puheterapia-asiakas tulee yleensä läheteellä, jolloin tulositytä ei tarvitse erikseen kartoittaa. Toisaalta taas erään puheterapeutin mielestä lääkärin vastaanotolle tuleva potilas yleensä tietää vastaanotolle tullessaan mikä on ongelmana, kun puheterapia-asiakas itse on usein epätietoinen esimerkiksi ääniongelman tai sairauden syystä, jonka vuoksi puheterapiassa tulositytä pitää alussa selvittää. Tulos ei ole kuitenkaan näin yksiselitteinen, sillä myös lääkärin vastaanotolle hakeutuva potilas voi olla tietämätön ongelmastaan ja toisaalta taas puheterapia-asiakas voi olla hyvinkin tietoinen omasta tilastaan ja ongelmastaan. Tulosten

pohjalta voisikin tehdä johtopäätöksen, että tulosityyksi on tärkeää tiedustella joka kerta, oli asiakas sitten tietoinen omasta tilastaan tai ei, ja tuli asiakas lähetteen kanssa tai ilman.

Ajan käytön suhteen eroavaisuuksia on paljon. Puheterapiassa on pienet asiakasmäärät, jolloin vastaanottoaika on samalla pidempi. Samoin diagnostinen vaihe kestää useamman asiakaskäynnin ajan. Eräs vastaajista katsoi, että myös hoitosuhde on pidempi. Tällöin ei toisaalta ole otettu huomioon, että myös lääkärin- ja potilaan välille saattaa kehittyä pitkä hoitosuhde. Esimerkiksi maaseudulla sama lääkäri saattaa hoitaa potilasta syntymästä aikuisikään asti. Aika liitettiin myös tiedon keräämiseen ja jakamiseen, jonka suhteen vastaanottojen välillä on eroja. Lääkäri joutuu keräämään heti vastaanoton alussa paljon tietoa, mikä näkyy myös tutkimuksessa tarkastellun itsearviointilomakkeen rakenteessa. Puheterapia sen sijaan on pitkä prosessi, jossa tietoa kerätään koko kuntoutuksen ajan. Käytettävissä oleva aika vaikuttaa myös asiakaskeskeisyyteen.

Yksi tärkeistä tuloksista on se millaiseen viestintätilanteeseen puheterapia pohjautuu. Aaltonen (2005, 166) tähdentää, että lääkärikäynti pohjautuu kliiniseen haastatteluun, jonka aikana lääkäri hankkii luotettavaa tietoa potilaan oireyhtymästä ja jonka varassa edetään hoitosuunnitelmassa ja tehdään diagnoosia, kun taas terapeuttisen haastattelun avulla asiakasta pyritään ohjaamaan ja auttamaan. Puheterapia pohjautuisi tämän jaottelun osalta juuri terapeuttiseen haastatteluun. Aaltonen (2005, 166) huomauttaa, että molemmat haastattelut ovat olennainen osa hoitoa ja kuntoutusta. Kielellisistä ongelmista (kuten afasia-asiakas) kärsivän henkilön haastattelussa on kuitenkin vaarana, että edellä kuvatut haastatteluperinteet sekoittuvat keskenään. Haastatteluperinteiden sekoittumista ilmentää myös tämän tutkielman aineisto, sillä kuten eräs haastatelluista täsmensi, myös puheterapeutti tekee diagnoosia, vaikka diagnosointi pääsääntöisesti kuuluu lääkärille. Tästä syystä myös puheterapian voidaan olettaa perustuvan osittain kliiniseen haastatteluun. Eräs puheterapeuteista kuitenkin korosti, että puheterapiassa on kyse keskustelusta, jollaiseksi myös Snellman (2008, 27) puheterapeutti-asiakasviestinnän vastaanotolla katsoo. Tärkeintä puheterapiaan liittyvässä keskustelussa on Snellmanin (emt.) mukaan tiedostaa, että kyseessä ei ole tavallinen arkikeskustelu, vaan nimenomaan institutionaalinen keskustelu.

Tutkielmassa selvitettiin niin ikään alustavan itsearviointilomakkeen toimivuutta kartoittamalla miten alun perin lääkärin puheviestintäosaamisen arviointiin kehitetty taitomittari arvioi puheterapeutin työssä tarvittavaa puheviestintäosaamista. Tulosten perusteella taitomittari sisältää edellä esiin tulleiden puheviestintäosaamiseen liittyvien taitoalueiden ja niihin kuuluvien osa-alueiden lisäksi paljon sellaisia taitoja, joita lääkärin ohella myös puheterapeutti tarvitsee

työssään. Kuitenkin taitomittarin rakenteessa näkyy liian selkeästi lääkärin vastaanottotilanteen rakenne, eli se että kyseessä on edellä esitelty kliininen haastattelutilanne. Puheterapeutin vastaanottoviestinnän taitomittari sen sijaan tulisi perustua terapeuttiseen haastatteluun / kliiniseen keskusteluun. Kliinistä haastattelutilannetta ilmentää esimerkiksi se, miten paljon ja millä tavoin tietoa kerätään. Esimerkiksi yleislääkärin vastaanottotilanteessa tärkeässä asemassa on tiedon kerääminen, jotta diagnosointi ja sitä kautta avun nopea tarjoaminen olisi mahdollista jopa saman vastaanottokäynnin aikana. Puheterapiassa sen sijaan tiedon kerääminen ja esimerkiksi asiakkaan ääniongelman määrittäminen jakautuu useampaan käyntikertaan. Tietoa kuitenkin kerätään niin lääkärin kuin puheterapeutinkin vastaanotoilla pitkälti samankaltaisilla kysymyksillä. Lisäksi arvioinnissa voisi nykyistä enemmän korostaa relationaalisen kompetenssin taitoalueita, koska kuntoutus tapahtuu vuorovaikutussuhteessa.

Taitomittariin tulisi näin ollen tehdä muutoksia, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin puheterapian kontekstia. Itsearviointilomake on kuitenkin toimiva *pohja* itsearviointilomakkeen mahdolliselle jatkokehittelylle. Nykyisellään itsearviointilomake soveltuisi tulosten perusteella ääniasiakkaan tutkimustilanteeseen eli kliiniseen haastattelutilanteeseen tai ylipäätään asiakkaan ensimmäiseen terapiakertaan, jossa korostuu lääkärin vastaanottotilanteen tavoin tiedon kerääminen ja ensi kontaktin ottaminen.

Itsearviointilomakkeen soveltuvuuden tarkastelussa ja mahdollisessa jatkokehittelyssä on huomioitava, että tulokset perustuvat neljän logopedian opettajina toimivan puheterapeutin palautteeseen. Otannan tulisi olla nykyistä suurempi ja otantaa tulisi laajentaa myös ”kentällä” työskenteleviin puheterapeutteihin, jotta palautteeseen saataisiin laajempaa näkökulmaa. Lisäksi niin taitomittarin kuin koko tutkielmankin osalta tulee muistaa Kostiaisen (2003, 9-10, 30) tärkeä huomautus, että jokainen henkilö antaa puheviestintäosaamista määrittävälle tieto-taito-motivaatio-kompensaatiolle omat merkityksensä ja oman painoarvonsa (ks. myös Valkonen 2003, 25–36).

Tulosten osalta on myös hankala tarkastella minkälaisia termejä ja käsitteitä lopullisessa itsearviointilomakkeessa tulisi käyttää. Saatu palaute sisältää esimerkiksi runsaasti yksittäisten puheterapeuttien käyttämiä omia termejä, jotka eivät välttämättä ole tuttuja kaikille alan opiskelijoille ja muille ”kentällä” työskenteleville puheterapeuteille. Tällaisia aineistosta esiin tulleita yksittäisiä termejä olivat esimerkiksi ”ymmärrystarjous” ja ”ammatillinen kaksikielisyys”. Lisäksi taitomittari itsessään sisältää puheviestintätaitojen osa-alueisiin liittyviä termejä, jotka puheterapeutit kokivat hankaliksi. Lopullinen itsearviointilomake tulisikin olla termistöltään

yksinkertainen ja käsitteistöltään selkeä. Ensimmäiseksi itsearviointilomakkeen jatkokehittämissä tulisi kuitenkin päättää, halutaanko arvioinnilla arvioida nimenomaan ensimmäistä tapaamiskertaa, vai koko terapiaa, jolloin arvioinnin täytyy soveltua koko kuntoutusprosessin arvioimiseen. Itsearviointilomakkeessa tulisi kiinnittää huomiota myös arvoasteikkoon niin, että se sisältäisi myös avoimia kysymyksiä sekä arviointikriteeristön. Lisäksi alataitoja eli taitoalueisiin kuuluvia osa-alueita tulisi selkeyttää, sillä osa taidosta koettiin vaikeaselkoisiksi. Lisäksi taitoja tulisi yhdistää, sillä nykyisellään niissä esiintyy päällekkäisyyttä.

Itsearviointilomakkeen sijaan tulisi tulosten perusteella harkita myös ulkopuoliseen arviointiin perustuvaa arviointimallia. Yleensä terveystieteen viestinnässä lääkäri-potilasviestinnän arvioinnin on suorittanut ulkopuolinen paneeli (ks. esim. Cegala & Broz 2003; Spizberg 2003; Rider ym. 2006) ja tulosten perusteella itsearviointi saattaisi olla logopedian opiskelijoille ongelmallista, koska heillä ei tutkimusaineiston perusteella ole vielä opintojen aikana riittävästi taitoa omien puheviestintätaitojen hahmottamiseen ja arviointiin. Lisäksi tulisi miettiä myös mahdollista Likertin- arvoasteikon muuttamista kuusiportaiseksi.

## 9.2 Tutkimuksen arviointia

Tutkielman aihe on ajankohtainen ja merkitsevä logopedian tieteenalalla. Tulokset antavat tietoa puheterapeutin työssä tarvittavasta puheviestintäosaamisesta. Itsearviointilomaketta koskettavat kehitysehdotukset olivat rakentavia ja nykyinen taitomittari tarjoaa hyvän lähtökohdan lopullisen taitomittarin ja sitä kautta itsearviointilomakkeen jatkokehittelylle. Tulosten perusteella puheterapeutti-asiakasviestintään sisältyy hyvin samanlaisia ilmiöitä kuin lääkäri-potilasviestintään ja lääkäreistä tehtyjä tutkimuksia voi joissakin määrin hyödyntää logopedian tutkimuksissa.

Tutkielman laaja aineisto on selitettävissä sillä, että tutkielmassa on haluttu hahmotella ensimmäistä versiota itsearviointilomakkeesta. Taitomittarin yksityiskohtaisesta läpikäymisestä oli apua keskeisimpien puheviestintätaitojen hahmottamisessa ja puheterapiaa määrittävien piirteiden kartoittamisessa, sillä yksittäisistä taidoista keskusteleminen sivusi samalla monella tapaa myös muita teema-alueita.

Koska puheterapeuttien ammatillisesta puheviestintäosaamisesta on olemassa niukasti tutkimustietoa ja professio oli tutkijalle ennestään melko tuntematon, teemahaastattelut päätettiin toteuttaa varhaisessa vaiheessa, jotta tulokset näyttäisivät suuntaa minne alueille teoreettista viitekehystä tulisi laajentaa. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 150) korostavatkin, että laadullisessa tutkimuksessa teoreettinen viitekehys voi olla määrällistä tutkimusta väljempi eikä sitä tarvitse kirjoittaa valmiiksi etukäteen. Myös tutkimustehtävät voivat muotoutua vielä tutkimuksen kuluessa. Järjestys oli kuitenkin tulosten kannalta ongelmallinen, koska vasta teoreettisen viitekehysten rakentuessa hahmottui millaisia lisäkysymyksiä haastatteluissa olisi tarvittu tulosten selkiinnyttämiseksi.

Otanta koettiin riittäväksi, vaikka haastateltavien lukumäärä vaikuttaa myös luotettavuuteen. Tällaisenaan aineistossa oli kuitenkin nähtävissä yhteneväisyyttä ja aineistosta nousi esiin samoja asioita. Analyysin kohdalla heikkoutena oli aineiston jäsentäminen. Laajan aineiston pohjalta oli hankala tiivistää asiat olennaisuuden ja tärkeyden mukaan.

Analyysi perustuu tutkijan omiin ennako-oletuksiin, arkielämän perussääntöihin ja teoreettiseen oppineisuuteen. Lisäksi aineisto pohjautuu puheterapeuttien yksilöllisiin kokemuksiin (ks. Kahra 2010, 74.) ja kuten Valkonen (2003, 71–72) huomauttaa, haastattelumenetelmä tuottaa lähinnä toimintaan ja ilmiöön liittyviä käsityksiä, jolloin ei voida varmuudella sanoa, onko haastateltavan käsitys yhdenmukainen todellisuuden kanssa. Tämä ei kuitenkaan heikennä tutkielman luotettavuutta, koska puheterapeuttien käsitykset ilmentävät heidän omia arvostuksiaan, joita Kahran (2010, 74) mukaan pidetään fenomenologisessa tutkimusperinteessä todellisuuden ilmentyminä.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 141) mukaan tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa yhtenä osana tutkija-tiedonantaja- suhde. Tällöin arvioidaan miten tutkijan ja tutkittavien suhde toimi, lukivatko tiedonantajat tutkimuksen tulokset ennen julkaisua ja jos lukivat niin miksi ja muuttivatko heidän kommenttinsa tuloksia. Tässä tutkielmassa laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisistä kysymyksistä pyrittiin huolehtimaan kiinnittämällä huomiota haastateltujen anonymiteettisuojaan, vaikka otannan pienuuden vuoksi tutkielmassa ei pystytty takaamaan täydellistä anonymiteettisuoja. Anonymiteettiä pyrittiin parantamaan lähettämällä puheterapeuteille luettavaksi haastatteluaineiston raakaversio ja kommentoimaan anonymiteetin säilymistä. Palautteen jälkeen tulososioon tehtiin joitakin muutoksia.

### 9.3 Jatkotutkimusta

Tämä tutkielma vahvistaa aikaisempien hoidonantaja-asiakasviestinnän tutkimusten esittelemää tarvetta huomioida terveydenhoidon asiantuntijoiden puheviestintäosaaminen. Tutkimuksia tulisi laajentaa koskettamaan lääkärin ja sairaanhoitajien lisäksi myös muita terveydenhuollon palveluiden tarjoajia kuten terveydenhoitajia sekä esimerkiksi kuntoutusalalla työskenteleviä fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja.

Tämän tutkielman kannalta luonteva jatkotutkimusaihe on taitomittarin ja itsearviointilomakkeen jatkokehittäminen ja sen testaaminen käytännössä sekä logopedian opiskelijoilla että työelämään siirtyneillä puheterapeuteilla. Itsearviointilomake tulisi laatia yhteistyössä eri asiantuntijoiden kanssa. Asiantuntijaryhmä voisi muodostua esimerkiksi puheviestinnän asiantuntijoista, logopedian lehtoreista sekä ns. ”kentällä” toimivista puheterapeuteista. ”Kentällä” toimivien puheterapeuttien näkökulmat ovat tärkeitä, sillä heillä on reaaliaikainen käsitys mahdollisista työelämän muutoksista ja toimintatavoista. Lisäksi arviointilomakkeen kehittämisessä olisi hyvä olla myös tilastolliset menetelmät hallitseva asiantuntija.

Arvioinnista olisi hyötyä logopedian opiskelijoille ja työelämässä toimiville puheterapeuteille, koska arvioinnilla tarkastellaan osaamisen aluetta, joka usein jää ”hiljaisen tiedon alueelle” (ks. Street 2003). Lisäksi arviointi antaa opiskelijalle motivaatiota viestinnän opiskeluun (ks. Kurtz ym. 2005, 253). Puheterapeutti-asiakasviestintää tulisi arvioida myös ulkopuolisen arviointipaneelin avulla, jotta eri arvioinneista saatuja tuloksia voisi verrata keskenään ja varmistua eri analyysijärjestelmillä saatujen tulosten luotettavuudesta. Arvioinnin tulisi perustua simuloituihin puheterapeutti-asiakas terapiatilanteisiin, jotta arviointi vastaisi todellista terapiatilannetta. Puheviestintäosaamisen taitokompetenssia arvioivissa tutkimuksissa olisi hyvä huomioida myös osaamiseen liittyvä kognitiivinen ja affektiivinen ulottuvuus, ei pelkästään taitoulottuvuus (ks. Valkonen 2003, 38).

Yksi jatkotutkimusaihe olisi myös laajentaa relationaalisen viestinnän tutkimusta, jolloin tutkimuksissa voisi keskittyä tätä tutkielmaa laajemmin ammatillisen *suhteen* tarkasteluun. Esimerkiksi tämän tutkielman tulosten perusteella puheterapiassa esiintyy vähemmän jännitteisyyttä kuin lääkärin vastaanotolla, joten mielenkiintoista olisi jatkaa tästä aiheesta ja selvittää mistä jännitteiden vähäisyys johtuu.



Mielenkiintoista olisi myös tutkia puheterapeutti-asiakasviestintää asiakaspalvelutilanteena. Asiakasviestintää ja asiakaspalveluosaamista on tutkittu runsaasti perinteisillä palvelualoilla kuten myyntityössä (esim. Virtanen 2007) ja jopa teollisuuden alan yrityksessä (esim. Purhonen 2004). Tässä tutkielmassa on lyhyesti sivuttu asiakaspalvelun näkökulmaa, mutta tutkielmassa ei ole erikseen esimerkiksi luokiteltu asiakaspalvelutaitoja, vaan ne sisältyvät puheviestintätaitoihin.

**KIRJALLISUUS**

Aaltonen, T. 2005. Haastattelun rajoilla. Afaattisen puhujan haastattelemine. Teoksessa J, Ruusuvoori & L, Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 165-222.

Ammattieettiset periaatteet. Hyväksytty Suomen Puheterapeuttiliiton syysliittokokouksessa 24.11.2007. <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/ammattieettiset+periaatteet/>> viitattu 5.10.2009

Berger, C.R. 2005. Interpersonal Communication: Theoretical perspectives, Future prospects. Journal of Communication 55, 515-447.

Beebe, S., Beebe, S & Redmond, M.V. 2008. Interpersonal Communication. Relating to others. 5. Painos. Boston: Pearson.

Brander, J. 2009. Toiveissa asiallinen ja aloitekykyinen tiimityöskentelijä. Puheviestintäosaamisen merkitys insinöörivaltaisilla aloilla. Tampereen yliopisto. Puheviestinnän pro gradu -tutkielma.

Burleson, B.R. 2003. Emotional Support Skill. Purdue University. Teoksessa J.O, Greene & B.R, Burleson. Handbook of communication and Social Interaction skills. Purdue University. Mahwah, New Jersey 14, 556- 633.

Canary, D.J. 2003. Managing Interpersonal Conflict: A model of Events Related to Strategic Choices. Teoksessa J.O, Greene & B.R, Burleson. Handbook of communication and Social Interaction skills. Purdue University. Mahwah, New Jersey 13, 515-549.

Cegala, D.J. & Broz, St.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. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 5, 95-119.

Cupach, W.R. & Canary, D.J. 1997. Competence in interpersonal conflict. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Ferguson, A. & Armstrong, E. 2004. Reflections on speech-language therapists' talk: Implications for clinical practice and education. *International Journal of Language & Communication* 15, 229-243.

Finstad, M. & Isotalus, P. Näkökulmia poliitikon viestintäosaamiseen. *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja* 2005, 12–30.

Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylän yliopisto. Puheviestinnän väitöskirjatutkimus.

Gerlander, M. & Takala, E. 2000. Viestinnän opetus interpersonaalisiin ammatteihin koulutettaessa. Teoksessa M. Valo (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20. Jyväskylä: Kopiojyvä Oy 9, 156-181.

Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe ja kieli* 30 (1), 3-19.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki : Yliopistopaino

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2009. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huotari, M., Hurme, P., Valkonen, T. 2005. Viestinnästä tietoon. Tiedon luominen työyhteisössä. Helsinki: WSOY

Huttunen, K., Paavola, L. & Suvanto, A. 2008. Tests and Assessment Methods Currently Used and New Ones Desired by Finnish Speech and Language Therapists. Teoksessa A, Klippi & K, Launonen (toim.) *Research in Logopedics: Speech and Language Therapy in Finland* 3, 19-32.

Hyvärinen, M-L., Tanskanen, P., Katajavuori, N & Isotalus, P. 2008. Feedback in patient counselling training- Pharmacy student's opinions. *Patient Education and Counselling* 70, 363-369.

Hyvärinen, M-L. 2009. Farmaseuttiopiskelijoiden ammatillinen puheviestinnän oppiminen ja opettaminen. Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.) Akateeminen puheviestintä. Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille? Helsinki: Hakapaino, 79-99.

Isotalus, P. Puheviestintä tietona. Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2006, 72-81.

Isotalus, P. & Mäki, E., 2009. Tiedon rooli puheviestinnän oppimisessa: tapaustutkimus opiskelijoiden kokemuksista. Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.) Akateeminen puheviestintä. Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille? Helsinki: Finn Lectura, 25-35.

Kahra, H. 2010. Suomalaisten asiantuntijoiden kokemuksia kulttuurienvälisistä esiintymistilanteista. Tampereen yliopisto. Puheviestinnän pro gradu -tutkielma.

Knapp, M. L., Daly, J.A., Albada, K.F & Miller, G.R. 2002. Background and current trends in the study of interpersonal communication. Teoksessa M.L. Knapp & J.A. Daly (toim.), *Handbook of interpersonal communication*. 3. painos. Thousand Oaks. Sage, 3-13.

Koponen, J. 2009. Vuorovaikutusosaamisen opettaminen lääketieteen opiskelijoille. Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.) Akateeminen puheviestintä. Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille? Helsinki: Hakapaino, 54-78.

Kostiainen, E. 2003. Viestintä ammattiosaamisen ulottuvuutena. Jyväskylän yliopisto. Puheviestinnän laitoksen julkaisuja 1.

Koivuoja, H. & Isotalus, P. 2009. Yliopistosta valmistuneiden näkemyksiä työelämän puheviestinnästä ja saamastaan puheviestinnän opetuksesta. Teoksessa M. Almonkari & P.

Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. 2005. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2.Painos. Oxford, San Francisco: Radcliffe Puplicing.

Littlejohn, S.W. 2002. Theories of human communication. 7.painos. Belmont. Wadsaworth.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Metsämuuronen, J. 1999. Pehmeät kvalifikaatiot sosiaali- ja terveystalan työssä ja ammatillisessa koulutuksessa. Aikuiskasvatus 2, 140.

<http://elektra.helsinki.fi/se/a/0358-6197/19/2/pehmeatk.pdf>>Viitattu 12.10.2010

Mönkkönen, J., Pyörälä, E & Isotalus, P. 2007. Medical Students' perceptions of simulated patient interviews with amateur actors. Drama og teater indvinglivet 4, 20-25.

Mönkkönen, J. & Finstad, M. Lääkäriin ja poliitikon viestintäosaamisen jäljillä. Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2007, 33-92.

Opiskelijan arvioinnin hyviä käytäntöjä. 2008. Opetushallituksen julkaisuja. [http://www.oph.fi/julkaisut/2008/opiskelijan\\_arvioinnin\\_hyvia\\_kaytantoja.pdf](http://www.oph.fi/julkaisut/2008/opiskelijan_arvioinnin_hyvia_kaytantoja.pdf).>Viitattu 20.9.2008.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Tampereen yliopisto: Stakesin tutkimusjulkaisuja, 80.

Pelttari, P. 1998. Kvalifikaatio vai kvalifikaatiovaatimus? Futura 1(10) 86-94. <http://elektra.helsinki.fi/se/f/0785-5494/17/1/kvalifik.pdf>.>Viitattu 20.11.2010.

Pietarinen, A. 2007. Afaattisen henkilön puheterapia vuorovaikutusprosessina. Helsingin yliopisto. Logopedian lisensiaatin työ.

Poutiainen, S. Viestinnän etnografia ja suomalainen puhekulttuuri. Prologi. Puheviestinnän vuosikirja. 2007, 8-32.

Puheterapia. Suomen puheterapeuttiliitto Ry. Puheterapeuttien edunvalvontaa vuodesta 1966. <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/>.>Viitattu 5.10.2009.

Puheterapiapalvelut. Suomen puheterapeuttiliitto Ry. Puheterapeuttien edunvalvontaa vuodesta 1966. <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/puheterapiapalvelut/>.>Viitattu 5.10.2009.

Purhonen, H. 1998. Muuttuva ihminen. Carl Rogersin filosofinen antropologia. Helsinki. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 158.

Purhonen, P. 2004. Puheviestintäosaaminen asiakaskeskeisessä teollisen alan yrityksessä. Jyväskylän yliopisto. Puheviestinnän Pro gradu –tutkielma. [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11305/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2005116.pdf;jsessionid=AD462A5CF699513C279E9E465E666FE9?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11305/URN_NBN_fi_jyu-2005116.pdf;jsessionid=AD462A5CF699513C279E9E465E666FE9?sequence=1)>Viitattu 20.1.2011.

Pörhölä, M. 2000. Kulttuurin viestintäodotukset ja yleisölle puhuminen. Teoksessa Valo, M. (toim.) Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20 (2), 16- 43.

Rider, E., Hinrichs, M. & Lown, B, 2006. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Harvard Medical School. USA. (Informa healthcare, Web paper) Medical Teacher 28 (5), 127-134.

Roter, D. & McNeilis, K.S. 2003. The Nature of the Therapeutic Relationship And the Assesment of Its Discourse in Routine Medical Visits. Teoksessa T,L., Thompson, A.M., Dorsey, K.I., Miller & R, Parrot. Handbook of health Communication. Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (6) 121–140.

Ruusuvuori, J. 2005. ”Empathy” and sympathy” in action: attending to patien’ s troubles in Finnish homeopathic and general practice consultations. Social psychology quarterly 68, 204–222.

Ruusuvuori, J. Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Schiavo, R. 2007. Health Communication. From theory to practice. 1. painos. San Francisco: A Wiley Imprint vai PB Printing.

Schirmer, J., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, K., Zoppi, K., Epstein, R., Brock, D. & Pryzbylski, M. 2005. Assessing Communication Competence: A review of Current Tools. Family Medicine. USA. Medical Student Education, 37 (3), 184-192.

Sinustako puheterapeutti? Suomen puheterapeuttiliitto Ry. Puheterapeuttien edunvalvontaa vuodesta 1966.

<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapeutiksi/sinustako+puheterapeutti/>.>Viitattu 10.2009.

Snellman, J. 2008. Vuorovaikutus ääniterapiassa. Keskusteluanalyttinen tutkimus harjoittelun rakenteesta, terapeutin antamasta palautteesta ja oppimisesta. Helsinki: Hakapaino.

Spitzberg, B.H. 1994. The dark side of (in) competence. Teoksessa Cupach, W.R. & Spitzberg, H. (toim.) The dark side of interpersonal communication. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 25-49.

Spizberg, B.H, 2003. Methods of Interpersonal Skill Assesment. San Diego State University. Teoksessa J.O, Greene & B.R, Burleson. Handbook of communication and Social Interaction skills. Purdue University. Mahwah, New Jersey 3, 93-134.

Street, R. L .Jr. 2003. Interpersonal Communication Skills in Health Care Contexts. Department of Speech Communication. Teoksessa J.O, Greene & B.R, Burleson. Handbook of communication and Social Interaction skills. Purdue University. Mahwah, New Jersey 23, 909-933.

Suomalainen, E. 2000. Viestintä osana ammatillista osaamista - Viestinnän opetuksesta ammattikorkeakouluista. Teoksessa Valo, M. (toim.) Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20, (8), 130–155.

Thompson, T. L. & Parrot, R. 2002. Teoksessa M. L. Knapp & J.A. Daly (toim.). Handbook of interpersonal communication. Thoasand Oaks. Sage, 680-725.

Trenholm, S. & Jensen, A. 2000. Interpersonal communication. 4. Painos. Belmont: Wadsworth.

Trenholm, S., Jensen, A. 2008. *Interpersonal communication* . 6. Painos. New York: Oxford University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. Painos. Helsinki: Tammi.

Valkonen, T. 2001. *Lukiolaisten kommunikaatiovalmiudet. Lukion 2. vuoden opiskelijoiden kommunikaatiovalmiuksien kansallinen arviointi 2000*. Opetushallitus. Oppimistulosten arviointi 5. Helsinki: Yliopistopaino.

Valkonen, T. 2003. *Puheviestintätaitojen arviointi. Näkökulmia lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätyötaitoihin*. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Humanities* 7. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/.../13452/9513915468.pdf>.> Viitattu 15.11.2010

Valkonen, T., Mikkola, L. 2000. *Miten analysoida tehtäväkeskeisen ryhmän vuorovaikutusta?* Teoksessa M, Valo (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20 (6), 86-108.

Valkonen, T. Suomalainen, E. 2000. *Puheviestinnän opiskelijoiden kokemuksia palautteen antajaksi oppimisesta*. Teoksessa Valo, M. (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20 (11), 206–233.

Virtanen, S. 2007. ”Asiakas rupes huutaan kun hinaaja”. *Asiakaspalveluviestinnän konfliktien hallinta*. Tampereen yliopisto. Puheviestinnän pro gradu -tutkielma.

Wilson, S.r., Sabee, C.M. 2003. *Expliting Communicative Competence As a Theoretical Term*. Purdue University. Fresno State University. Teoksessa J.O, Greene & B.R, Burlson. *Handbook of communication and Social Interaction skills*. Purdue University. Mahwah, New Jersey, 1, 3-51.

Wright, K., Sparks, L., O’Hair, D. 2008. *Health Communication in the 21st Century*. USA: Malden: Blackwell Pupliching.



## LIITTEET

### Liite 1. Teemahaastattelurunko

#### Haastateltavan taustatiedot:

Koulutus ja nykyinen ammatti:

Työssäolokokemus (vuosina) puheterapeutina ja logopedian lehtorina:

#### **Teema 1. Puheterapeutin ammatillinen puheviestintäosaaminen ja puheviestintätaidot**

-Kuinka tärkeänä pidät vuorovaikutustaitoja puheterapeutin työssä (professiossa)?

-Kuinka keskeinen rooli vuorovaikutustaidoilla on ajatellen puheterapeutin ammattitaitoa?

-Mitä vuorovaikutustaitoja pidät puheterapeutin työssä erityisen tärkeinä? Miksi?

-Millaisia vaikutuksia vuorovaikutustaidoilla voi olla puheterapialle?

\* positiiviset (esimerkiksi lääkärin hyvät viestintätaidot vaikuttavat positiivisesti terveydenhuollon tuloksiin, onko samaa havaittu puheterapiassa?)

\* negatiiviset (esimerkiksi jos jokin taito on erityisen huono tai viestintä on puutteellista niin miten vaikuttaa?)

-Puheterapeutin työ on asiakaspalvelua. Mitkä vuorovaikutustaidot koet erityisen tärkeiksi juuri asiakaspalvelun kannalta? Miksi?

#### **Teema 2. Puheterapeutin ja lääkärin työnkuvien vertailua (erityisesti asiakasviestinnän näkökulmasta)**

-Miten vertaisit puheterapeutin työtä lääkärin työhön?

\* millaisia samankaltaisuuksia näet työnkuvissa?

\* entä eroavaisuuksia?

-Mihin sijoittaisit puheterapian terveydenhoitoalalla?

#### **Teema 3. Puheterapeutti-asiakassuhde**

-Miten tärkeäksi koet toimivan asiakassuhteen puheterapiassa?

\* mikä rooli puheterapeutilla on mielestäsi asiakassuhteen rakentamisessa?

\* entä asiakkaalla?

\* mistä toimiva asiakassuhde mielestäsi rakentuu?

-Entä miten asiakaskeskeisyys /asiakaslähtöisyys tai sen puuttuminen näkyy puheterapeutin työssä?

-Puheterapeuttiliiton ammattieettisissä periaatteissa korostetaan vahvasti vastuuta ja vastuunkantoa. Mihin vastuu liittyy?

-Mahdollinen lisäkysymys (mikäli aiheesta ei ole keskusteltu muutoin)

\* Mitä mieltä olet empatian ja tuen osoittamisesta, asiakkaan motivoinnista, kuuntelemisesta ja informaation oikeanlaisesta jakamisesta, jotka korostuvat itsearviointilomakkeessa?

#### **4. Konfliktit ja jännitteet vastaanottotilanteessa**

-Ovatko konfliktit tai erilaiset jännitteet tuttuja vastaanottotilanteessa? Jos on, niin

\* millaisia konflikteja / jännitteitä on ollut ja missä tilanteissa?

\* miten olet selvinnyt tilanteista?

\* pystytkö mielestäsi vaikuttamaan konfliktien tai jännitteiden syntymiseen?

#### **5. Itsearviointilomakkeen tarkastelua**

-Itsearviointilomakkeessa on seitsemän taitoaluetta, joista tässä yhteydessä puhutaan ylätaitoina. Mitä mieltä olet näistä taitoalueista/ tästä taitoluokituksesta?

-Mennään kaikki ylä- ja alataidot kohta kohdalta läpi. Kommentoisitko taitoja?

\* miten ymmärrät ko. ylätaidon ja siihen liittyvät alataidot?

\* esimerkiksi miten tärkeä ylätaito A, B, C jne. ja alaito 1,2,3 jne. on puheterapiassa?

-Kannattaisiko mielestäsi kyseistä ylätaitoa ja siihen kuuluvia alaitoja kysyä lopullisessa arviointilomakkeessa?

-Sopisiko tällainen itsearviointilomake / taitomittari puheterapiaan?

-Miten taitomittaria / itsearviointilomaketta voisi kehittää?

-Miten hyvin osaisit arvioida näitä taitoja?

-Haluatko jotenkin muuten kommentoida itsearviointilomaketta, esimerkiksi Likertin asteikkoa?

## Liite 2. Litteraatiomerkinnot

- ...           esimerkki valittu puheenvuoron keskeltä; esimerkkiä ennen tai sen jälkeen puheenvuoro jatkuu
  
- [-]           puhetta, jota ei ole valittu esimerkkiin
  
- (-)           poisjätettyjä, lukemista haittaavia täytesanoja kuten ”niinku, tota, öö” tai puolittaisia tavuja kuten (mer mer) jotka eivät ole esimerkin kannalta oleellisia

Lisäksi [ ] merkkien sisälle on laitettu tarpeen tullen asiaa selventävä sana tai äänenpainoa kuvaava ilmaisu kuten [nauraa]

Kursiivia on käytetty jonkin asian tai sanan korostamiseen.

## Liite 3. Lääkäriin puheviestintäosaamisen arviointiin kehitetty taitomittari

(Rider, Hinrichs &amp; Lown 2006)

*A model for communication skills assessment***Table 1.** Competencies and sub-competencies in communication skills adapted from the Bayer-Fetzer Kalamazoo consensus framework: the HMS Communication Skills Tool.

- 
1. Builds a relationship:
    - Greets and shows interest in the patient as a person
    - Uses words that show care and concern throughout the interview
    - Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern
    - Responds explicitly to patient statements about ideas, feelings, and values
  2. Opens the discussion:
    - Allows patient to complete opening statement without interruption
    - Asks 'is there anything else' to elicit full set of concerns
    - Explains and/or negotiates an agenda for the visit
  3. Gathers information:
    - Begins with patient narrative using open-ended questions ('tell me about...')
    - Clarifies details as necessary with more specific or 'yes/no' questions
    - Summarizes and gives patient opportunity to correct or add information
    - Transitions effectively to additional questions
  4. Understands the patient's perspective:
    - Asks about life events, circumstances, other people that might affect health
    - Elicits patient's beliefs, concerns and expectations about illness and treatment
  5. Shares information:
    - Assesses patient's understanding of problem and desire for more information
    - Explains using words that are easy for patient to understand
    - Asks if patient has any questions
  6. Reaches agreement (if new/changed plan):
    - Includes patient in choices and decisions to the extent she/he desires
    - Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans
    - Asks about patient's ability to follow diagnostic and/or treatment plans
    - Identifies additional resources as appropriate
  7. Provides closure:
    - Asks if the patient has questions, concerns, or other issues
    - Summarizes
    - Clarifies follow-up or contact arrangements
    - Acknowledges patient and closes interview
- 

*Notes:* Ratings used: 1 = poor; 2 = fair; 3 = good; 4 = very good; 5 = excellent.

*Source:* Adapted from *Essential Elements: The Communication Checklist*, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001.

Used with permission.

**Table 2.** Adapted ABIM Patient Satisfaction Tool.

## Items:

- 
1. Greeting you warmly; calling you by the name you prefer; being friendly; never crabby or rude
  2. Treating you like you're on the same level; never 'talking down' to you or treating you like a child
  3. Letting you tell your story; listening carefully; asking thoughtful questions; not interrupting you while you're talking
  4. Showing interest in you as a person; not acting bored or ignoring what you have to say
  5. Encouraging you to ask questions; answering them clearly; never avoiding your question or lecturing you
  6. Using words you can understand when explaining your problems and treatment; explaining any technical medical terms in plain language
- 

*Notes:* Ratings: 1 = poor; 2 = fair; 3 = good; 4 = very good; 5 = excellent; 6 = unable to evaluate. *Source:* Adapted from American Board of Internal Medicine. Patient and peer assessment forms. Available at: [http://www.acgme.org/outcome/downloads/landC\\_1.pdf](http://www.acgme.org/outcome/downloads/landC_1.pdf)

## Liite 4. Itsearviointilomake

**Hoidonantaja-asiakassuhteen rakentaminen (A)**

- |   |           |
|---|-----------|
| 1.osaan näyttää/osoittaa yksilöllistä kiinnostusta potilaaseen        | 1 2 3 4 5 |
| 2. osaan näyttää välittämistä ja huolenpitoa vastaanoton ajan         |           |
| *verbaalisesti (tukea ilmaisevat sanat esimerkiksi ”ymmärrän”)        | 1 2 3 4 5 |
| * nonverbaalisesti (äänenkäyttö, katsekontakti, asento)               | 1 2 3 4 5 |
| 3. osaan vastata selkeästi asiakkaan ideoihin, tunteisiin ja arvoihin |           |
| liittyviin puheenvuoroihin  | 1 2 3 4 5 |

**Keskustelun avaaminen (B)**

- |   |           |
|---|-----------|
| 4. osaan antaa potilaan sanoa loppuun avauslauseensa häiritsemättä häntä  | 1 2 3 4 5 |
| 5. osaan kysyä esimerkiksi ”oliko mitään muuta?” selvittääkseni asiakkaan |           |
| kaikki huolenaiheet   | 1 2 3 4 5 |
| 6. osaan selittää ja/tai neuvotella vastaanoton ohjelmasta                | 1 2 3 4 5 |

**Tiedon kerääminen (C)**

- |   |           |
|---|-----------|
| 7. osaan kuunnella aktiivisesti                                       | 1 2 3 4 5 |
| 8. osaan aloittaa potilaan selonteolla käyttämällä avoimia kysymyksiä |           |
| kuten ” kerro minulle..”  | 1 2 3 4 5 |
| 9. osaan tarvittaessa selventää yksityiskohtia joko tarkentavilla     |           |
| lisäkysymyksillä tai esittämällä kyllä /ei- kysymyksiä                | 1 2 3 4 5 |
| 10.osaan tehdä yhteenvedoa sekä antaa asiakkaalle mahdollisuuden      |           |
| korjata tai lisätä tietoa   | 1 2 3 4 5 |
| 11. osaan siirtyä tehokkaasti lisäkysymyksiin                         | 1 2 3 4 5 |

**Asiakasnäkökulman ymmärtäminen (D)**

- |  |           |
|--|-----------|
| 12. osaan kysyä elämäntilanteesta, olosuhteista ja muista ihmisistä, |           |
| jotka saattavat vaikuttaa asiakkaan terveyteen (perhe, kulttuuri,    |           |
| sukupuoli, ikä, sosiaalinen status, hengellisyys)                    | 1 2 3 4 5 |

13. osaan selvittää asiakkaan uskomukset, huolenaiheet ja odotukset  
sairaudesta ja hoidosta 1 2 3 4 5
- Tiedon jakaminen (E)**
14. osaan arvioida miten hyvin asiakas ymmärtää ongelman ja kuinka paljon  
lisätietoa hän haluaa 1 2 3 4 5
15. osaan selittää asiat käyttämällä sanoja, joita potilaan on helppo ymmärtää  
(vältän vaikeaa terminologiaa) 1 2 3 4 5
16. osaan varmistaa kysymällä onko asiakkaalla kysyttävää 1 2 3 4 5
- Yhteisymmärryksen pääseminen (F)**
17. osaan ottaa asiakkaan toiveet huomioon valinnoissa ja päätöksen teossa 1 2 3 4 5
18. osaan tarkistaa keskinäisen ymmärryksemme diagnoosin ja/tai  
hoitosuunnitelman laadintavaiheessa 1 2 3 4 5
19. osaan kysyä asiakkaan kyvystä seurata ja noudattaa  
diagnoosia ja /tai hoitosuunnitelmaa 1 2 3 4 5
20. osaan tunnistaa sopivat lisäapukeinot  
(mm. asiakkaalle sopivat vaihtoehtoiset toimintatavat/hoitomuodot) 1 2 3 4 5
- Vastaanottotilanteen päättäminen (G)**
21. osaan kysyä mikäli asiakkaalla on muuta kysyttävää tai huolia 1 2 3 4 5
22. osaan tehdä yhteen vedon 1 2 3 4 5
23. osaan selventää jatkoa tai seuraavaan tapaamiseen liittyviä järjestelyitä 1 2 3 4 5
24. osaan kirjata asiakkaan ja päättää vastaanottotilanteen 1 2 3 4 5

Arvostelu Likkertin asteikolla 1-5

1= huonosti tai en lainkaan 2= kohtalaisesti 3= hyvin 4= oikein hyvin 5= erinomaisesti