

# FYSIOTERAPIAN OHJAUSTILANTEEN VUOROVAIKUTUS

Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa

Kirsi Kukkohovi  
Jyväskylän yliopisto  
Viestintätieteiden laitos  
Puheviestinnän pro gradu –tutkielma  
Syksy 2004



## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	3
2 VIESTINTÄ TERVEYSALAN AMMATTILAISEN JA ASIAKKAAN VÄLILLÄ	6
2.1 Tutkimuksen näkökulmia	6
2.2 Vuorovaikutuksen informatiiviset ja affektiiviset piirteet	9
2.3 Roolit, odotukset ja potilaan osallistuminen	13
2.4 Terveysneuvonta ja ohjaus	19
3 MUKAUTTAMINEN JA KOHDENTAMINEN FYSIOTERAPIAN OHJAUSTILANTEESSA	24
3.1 Mukauttaminen fysioterapiassa	24
3.2 Kohdentaminen fysioterapiassa	27
3.3 Mukauttamisen ja kohdentamisen vertailua fysioterapi- kontekstissa	31
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	33
4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	33
4.2 Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähestymistapa	35
4.3 Aineistonkeruumenetelmät	37
4.4 Aineiston analyysi	43
5 TULOKSET	47
5.1 Käsitteitä ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta	48
5.1.1 Vuorovaikutuksen tavoitteet ohjaustilanteessa	48
5.1.2 Fysioterapeutin ja asiakkaan roolit vuorovaikutuksessa	51
5.1.3 Kuunteleminen ohjaamisen lähtökohtana	53
5.1.4 ”Yhteisen kielen” löytäminen ja ”henkilökemiat”	57
5.1.5 Luottamus ja asiantuntemus	60
5.1.6 Ilmapiiri ja huumori	61
5.1.7 Potilaan tukeminen	64
5.2 Käsitteitä vuorovaikutuksen kohdentamisesta	66
5.2.1 Kohdentamisen tavoitteet	66
5.2.2 Ohjauskeinot ja kohdentaminen	68
5.2.3 Motivointikeinot ja kohdentaminen	77

5.3	Käsityksiä vuorovaikutuksen mukauttamisesta	81
5.3.1	Fysioterapeuttien käsityksiä vuorovaikutuksen mukauttamisesta	81
5.3.2	Asiakkaiden kokemuksia fysioterapeutin vuorovaikutuksesta	85
6	TULOSTEN TARKASTELU	87
6.1	Ohjaustilanteen vuorovaikutuksen tarkastelua	87
6.1.1	Ohjaaminen fysioterapiassa	87
6.1.2	Vuorovaikutussuhteen tasavertaisuus	89
6.1.3	Potilaan kuunteleminen ja tukeminen	92
6.2	Mukauttaminen ja kohdentaminen ohjaamisessa	96
6.3	Haasteita jatkotutkimukselle	99
7	TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA	101
7.1	Laadullisen tutkimuksen arviointia	101
7.2	Aineistonkeruumenetelmien arviointia	103
7.3	Tutkimusaineiston arviointia	106
	KIRJALLISUUS	108
	LIITE 1: Fysioterapeuttien teemahaastattelurunko	116
	LIITE 2: Asiakkaiden kyselylomake	118

## 1 JOHDANTO

Vuorovaikutuksella on keskeinen osa fysioterapiassa. Fysioterapeuttien työ koostuu nykyisin paljolti asiakkaan ohjaamisesta, neuvomisesta, aktivoimisesta ja motivoimisesta, jotka kaikki tapahtuvat vuorovaikutuksen välityksellä. Vuorovaikutuksen tärkeyteen ja vuorovaikutustaitoihin ei kuitenkaan juuri puututa fysioterapeuttien koulutuksessa, eikä fysioterapeuttien vuorovaikutusta ei ole tutkittu kuin suhteellisen vähän. Kiinnostus fysioterapeuttien vuorovaikutusta kohtaan niin käytännön työn kuin tutkimuksenkin kannalta on herännyt vasta viimeisen vuosikymmenen aikana. Yksi syy tähän on luultavasti se, että fysioterapeuttien työnkuva on muuttunut. Fysioterapia on perinteisesti nähty mekaanisena toimintana, johon kuuluu muun muassa hierontaa ja fysikaalisia hoitoja, jolloin vuorovaikutus on jäänyt vähälle huomiolle. Fysioterapeutin rooli on kuitenkin siirtynyt perinteisestä hoitajasta lähemmäksi ohjaajaa ja neuvojaa, jolloin vuorovaikutuksella on työssä tärkeämpi merkitys. Useat tänä päivänä esiintyvät vaivat, kuten tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, johtuvat istumatyöstä, huonosta ergonomiasta, liikkumattomuudesta ja huonoista elintavoista. Perinteiset passiiviset hoidot toki tepsivät näihin vaivoihin, mutta vaivojen uusimisen estämiseen ja ennakkoehkäisyyn tarvitaan asiakkaan aktiivisuutta ja elämäntapojen muuttamista. Fysioterapeutin tehtävänä on aktivointiprosessissa ohjata, neuvoa, tukea ja motivoida asiakasta. (ks. esim. Veijola & Larivaara 2001, 14–16; Viitanen 1997, 110–111.) Ohjaaminen, neuvonta ja aktivointi perustuvat vuorovaikutukseen, jolloin fysioterapeuteilta vaaditaan vuorovaikutustaitoja. Siksi on tärkeää selvittää sitä, millaista vuorovaikutus on fysioterapian ohjaustilanteessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella fysioterapeuttien ja heidän asiakkaidensa käsityksiä fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta.

Fysioterapia määritellään kuntoutuslainsäädännön mukaan kuuluvaksi lääkinälliseen kuntoutukseen, ja sen tavoitteena on vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja normaalin elämän edellytyksiin. Fysioterapian pyrkimyksenä on ehkäistä, korjata ja tasapainottaa ihmisen liikkumisen ja

toimintakyvyn häiriöitä sekä ylläpitää ja parantaa jäljellä olevaa toimintakykyä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 11.) Fysioterapeuttien opetussuunnitelmassa fysioterapia määritellään Viitasen (1997, 22) mukaan sekä terveiden että sairaiden ihmisten perusliikkumisen ja toimintakykyisyyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Tavoitteena on ihmisten fyysisen aktiivisuuden säilyttäminen ja lisääminen sekä liikunnallisten toimintahäiriöiden vähentäminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Fysioterapian keinoja ovat terveystkasvatus, liiketerapia ja fysikaalinen hoito. Määritelmän mukaan fysioterapia on myös fysioterapeutin tutkimukseen perustuvaa potilaan verbaalista ja manuaalista ohjausta ja aktivointia, sekä potilaan tukemista käyttämään optimaalisesti liikunnallisia voimavarojaan.

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan fysioterapeutit pitävät kuntoutujan aktivoimista ottamaan osaa omaan kuntoutumisprosessiinsa yhtenä fysioterapian tärkeimmistä tavoitteista. Kuntoutuksessa vallalla oleva ihmiskäsitys korostaa kuntoutujan aktiivisuutta ja itsemääräämistä. Tutkimusten mukaan fysioterapeuttien tavoitteena on tehdä terapiatilanteesta vuorovaikutuksellinen oppimistilanne, jossa asiakas on aktiivinen ja osallistuva toimija ja ottaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Tutkimukset kuitenkin osoittavat myös sen, että tavoitteet ja käytäntö eivät usein kohtaa fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Puhe terapiassa koostuu tutkimusten mukaan kehon toimivuuden selvittelystä, ja aitoa keskustelua fysioterapeutin ja asiakkaan välillä syntyy harvoin. Fysioterapeutit johtavat terapiatilanteita ongelma- ja oirelähtöisesti, jolloin erilaiset testit ja tutkimukset ovat pääosassa. Tällöin terapeutilla on tilanteessa keskeinen rooli, ja asiakas osallistuu lähinnä vain päämäärien asettamiseen. Kuntoutuksessa on kuitenkin tärkeää huomioida asiakkaan oireiden lisäksi myös sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Asiakkaan osallistuminen keskusteluun on tärkeää, jotta asiakkaasta saadaan rakennettua kokonaisvaltainen kuva. Tavoitteena on dialoginen terapiasuhde, jossa terapian päämäärä rakentuu asiakkaan omaan käsitykseen ongelmistaan ja siitä, miten niihin voidaan vaikuttaa. (ks. esim. Järvikoksi 2000, 248; Lundvik Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl 1999,

89–91; Vesenterä 2001, 29–31; Veijala & Larivaara 2001, 14–15; Viitanen 1995, 49–51; Viitanen 1997, 110, 116.) Yksi osoitus siitä, että kuntoutujien rooli on muuttumassa, on se, että kuntoutujista on ruvettu puhumaan asiakkaina potilaiden sijaan. Tässä tutkimuksessa käytetään kuitenkin molempia termejä, koska molemmat esiintyvät yhä sekä kirjallisuudessa että fysioterapeuttien puheessa. Termien merkityksiä ei tässä tutkimuksessa erotella, vaan ne esiintyvät rinnatusten tarkoittaen samaa asiaa.

Vaikka tutkimuksessa on ruvettu kiinnittämään huomiota fysioterapeuttien vuorovaikutukseen, on tutkimusta tehty tähän mennessä vielä suhteellisen vähän. Tutkimuksen teon jatkaminen on siis tärkeää, varsinkin kun fysioterapeuttien työnkuva on muutoksessa. On tärkeää saada tietoa muun muassa siitä, millaiset vuorovaikutukselliset seikat ovat oleellisia fysioterapeuttien työssä, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla on vuorovaikutuksesta, ja miten asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen. Tiedot ovat tarpeellisia muun muassa fysioterapeuttien vuorovaikutustaitojen kehittämisessä. Tämä tutkimus pyrkii osaltaan lisäämään tietoa fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti vuorovaikutuksen kohdentamisen ja mukauttamisen ilmiötä fysioterapian ohjaustilanteessa. Kohdentamisella tarkoitetaan ohjauksen räätälöintiä sopivaksi jokaisen kuntoutujan tarpeisiin, toiveisiin ja resursseihin nähden. Kohdentaminen on tärkeää kuntoutujan aktivoimisessa ja motivoimisessa. Mukauttamisella tarkoitetaan vuorovaikutuksen, kuten äänensävyn, puheen nopeuden ja nonverbaalisten viestien, muuttamista keskustelukumppanin vuorovaikutusta mukailleen. Mukauttamisella pyritään muun muassa tehostamaan viestin perille menoa sekä luomaan hyväksyvää ilmapiiriä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sitä, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla ja heidän asiakkaillaan on fysioterapian ohjaustilanteessa tapahtuvasta fysioterapeutin viestinnän kohdentamisesta ja mukauttamisesta. Miten kohdentaminen ja mukauttaminen ilmenevät? Millaisista tekijöistä ne koostuvat? Mitkä ovat niiden tavoitteet? Lisäksi tarkoituksena on selvittää, millaiset muut viestinnälliset tekijät ovat fysioterapian ohjaustilanteessa tärkeitä.

## **2 VIESTINTÄ TERVEYSALAN AMMATTILAISEN JA ASIAKKAAN VÄLILLÄ**

### **2.1 TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMIA**

Fysioterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutuksen tutkiminen voidaan määritellä kuuluvaksi terveystieteen tutkimuksen piiriin. Eri tieteenalojen tutkimuksessa terveystieteen määrittely on eri tavoin. Terveystieteen tutkimuksessa terveystieteen käsitetään positiivisen terveyden vaikuttamisena. Tieteen tutkimuksen piirissä terveystieteenäksi luetaan kuuluvaksi kaikki ihmisten välinen vuorovaikutus, joka liittyy terveyden, sairauten, terveydenhuoltoon tai lääketieteeseen. (Torkkola 2002, 5; Rogers 1996, 15; Donohew & Ray 1990, 4.) Tieteen tutkimuksen näkökulmasta terveystieteen on tutkittu noin 20 vuotta. Sitä ennen terveystieteen tutkimusta on tehty sosiologian, sosiaalipsykologian, psykologian, terveys-, hoito- ja lääketieteen piirissä. (Torkkola 2002, 10.) Terveystieteen esiintyminen useissa konteksteissa: intrapersonaalisissa, interpersonalisissa, ryhmä-, organisaatio-, joukkoviestintä- ja julkisissa konteksteissa (Northouse & Northouse 1998, 3). Terveystieteen tutkimuksen eniten tutkitut aihealueet ovat terveystieteen ammattilaisen ja potilaan välinen suhde, informaatiojärjestelmät, ammattiharjoittajien väliset suhteet, terveyskampanjat ja ammattiharjoittajien koulutus. Toisen maailman sodan jälkeen on keskitytty terveystieteen tutkimiseen, esimerkiksi ruokatuotantoon ja tupakointiin ennaltaehkäisy näkökulmasta. Nykyisin suuntaus on siirtynyt sosiaalisten suhteiden tutkimiseen ja yhteisöjen vaikutukseen terveystieteen tutkimisessä. (Finnegan Jr. & Viswanath 1990, 13–22.) Tässä tutkimuksessa perehdytään terveystieteen interpersonalisissa konteksteissa. Muihin konteksteihin, kuten terveystieteen organisaatiossa tai mediassa ei tämän tutkimuksen puitteissa perehdytä. Seuraavaksi käydään lyhyesti läpi tutkimusta, jossa tarkastellaan terveystieteen ammattilaisen ja potilaan / asiakkaan välistä vuorovaikutusta.



Viimeisen vuosikymmenen aikana tehdyt tutkimukset tehokkaasta potilassuhteesta painottavat interpersonaalisen viestinnän roolia. (ks. esim. Ballard-Reisch 1990; Thompson 1994.) Terveysviestinnän interpersonaalisen tutkimuksen piirissä on tutkittu niin lääkärien ja potilaiden, sairaanhoitajien ja potilaiden kuin muiden terveysalan ammattilaisten ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Tutkimuksissa on tarkasteltu sitä, millaista terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on, millaiset piirteet ovat vuorovaikutukselle ominaisia, ja mikä vuorovaikutuksessa on olennaista ja tärkeää. Vuorovaikutussuhteessa tarkasteltuja seikkoja ovat muun muassa suhteen kontrolli, tasavertaisuus ja emotionaalisuus. Tutkimuksissa on tarkasteltu myös sitä, millaiset tekijät vaikuttavat terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Tarkasteltuja tekijöitä ovat muun muassa vuorovaikutukseen osallistuvien ominaisuudet, kuten potilaan sukupuoli, ikä, koulutus sekä terveysalan ammattilaisen sukupuoli, viestintätyyli ja viestintätaidot. Näiden tekijöiden on todettu vaikuttavan vuorovaikutukseen. Lisäksi tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota yksittäisiin viestinnällisiin seikkoihin, kuten kielenkäyttöön ja nonverbaaliseen viestintään. Tutkimukset ovat pyrkineet selvittämään myös sitä, miten vuorovaikutus vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen, hoitomyöntyvyyteen ja paranemiseen. (Thompson 1994, 696–716; Street 2003, 64.) Tutkimukset osoittavat, että hoitoalan ammattilaisen ja potilaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa muun muassa potilaan tyytyväisyyteen, hoitomyöntyvyyteen, hoito-ohjeiden noudattamiseen ja jopa potilaan paranemiseen. Siksi vuorovaikutuksen tutkiminen nähdään tärkeänä. (ks. esim. du Pré 2000; Klinge & Burgoon 1995; Ragan, Beck & White. 1995; Roter & Hall 1997.)

Fysioterapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta on tutkittu jonkin verran, mutta huomattavasti vähemmän kuin esimerkiksi lääkärin ja potilaan tai sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Thompson (1990, 42–43) kokoaa kirjassaan fysioterapiaan liittyvää tutkimusta ja toteaa, että vielä kymmenisen vuotta sitten tutkimusta ei ollut juurikaan tehty. Thompsonin mukaan fysioterapeutin vuorovaikutukseen liittyvät artikkelit olivat tuolloin

lähinnä ohjaavia ”miten haastatella asiakasta” tai ”miten pitää puhe” – tyyllisiä artikkeleita. Thompson oli löytänyt ainoastaan yhden tutkimuksen vuodelta 1977, jossa tarkasteltiin fysioterapeuttien empatian osoittamisen kehittymistä koulutusohjelman avulla. Fysioterapeuttien vuorovaikutusta koskeva tutkimus on siis lähtenyt käyntiin vasta viimeisen vuosikymmenen aikana, eikä tutkimusartikkeleiden määrä nykyisinkään ole kovin laaja. Joitain fysioterapian vuorovaikutusta koskevia tutkimuksia kuitenkin löytyy koskien muun muassa fysioterapeutin ja asiakkaan rooleja ja erilaisia odotuksia sekä fysioterapeutin ohjaamista (ks. esim. Lundvik Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl 1999 ja Potter, Gordon & Hamer 2003).

Suomessa terveydenhuoltoon liittyvää vuorovaikutustutkimusta on tehty suhteellisen vähän. Tutkimuksissa on tarkasteltu muun muassa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Tarkasteltuja aiheita ovat muun muassa hoitajien antama tuki ja supportiivinen viestintä, asiakkaiden motivointi, huumorin käyttö, tiedon jakaminen, valtasuhteet, potilaiden aktiivisuus ja terveysneuvonta. (ks. esim. Kettunen 2001; Miilunpalo, Laitakari & Vuori 1995; Mikkola 2000; Poskiparta 1997; Rantanen 1994; Suominen, Leino-Kilpi & Laippala 1994; Åstedt-Kurki & Liukkonen 1993.) Myös lääkärin vuorovaikutusta on tarkasteltu. Ruusuvuori (2001) on muun muassa tarkastellut sitä, miten lääkärin asento potilaaseen nähden ja katse vaikuttavat potilaiden käsitykseen siitä, milloin lääkäri kuuntelee heitä. Muita tutkittuja aiheita ovat muun muassa nauru lääkärin vastaanotolla (Haakana 2001), potilaan ja lääkärin väliset jännitteet viestintäsuhteessa (Gerlander 2003) sekä potilaan institutionaaliset tehtävät lääkärin vastaanotolla (Raevaara 2001). Fysioterapeuttien vuorovaikutusta ovat tarkastelleet muun muassa Viitanen (1997) asiakkaan osallistumisen, Talvitie (1996) asiakkaiden ohjaamisen ja Talvitie (2000) palautteen annon ja sosioaffektiivisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Seuraavissa luvuissa perehdytään tarkemmin terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan / asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Luvuissa tarkastellaan vuorovaikutuksen informatiivisia ja affektiivisia piirteitä, vuorovaikutuksen osapuolten rooleja ja odotuksia sekä ohjaamista ja neuvomista. Näiden aihepiirien katsottiin olevan mielenkiintoisia tämän tutkimuksen kannalta.

## 2.2 VUOROVAIKUTUKSEN INFORMATIIVISET JA AFFEKTIIVISET PIIRTEET

Terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta tutkittaessa on pyritty selvittämään sitä, mitkä piirteet ovat ominaisia ja tärkeitä juuri terveydenhuollon vuorovaikutuksessa. Roter ja Hall (1997, 212) esittävät artikkelissaan mallin, jonka mukaan lääkärin vuorovaikutuksessa on kaksi tärkeää osa-aluetta: tehtävään eli ongelman ratkaisuun liittyvä vuorovaikutus ja sosioemotionaalinen vuorovaikutus. Tutkimusten mukaan molemmat vuorovaikutuksen osa-alueet vaikuttavat potilaan tyytyväisyyteen. Se, millainen ilmapiiri lääkärin vastaanotolla on, vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen, kuten myös se, miten paljon potilas saa lääkäriltä informaatiota. Ilmapiirin luomiseen vaikuttavat muun muassa lääkärin myönteinen puhe, potilaan huomioon ottaminen tasavertaisena toimijana sekä nonverbaalisesti viestitty välittäminen esimerkiksi äänensävyjen kautta. Roterin ja Hallin tekemän tutkimuksen mukaan näistä vuorovaikutuksen osa-alueista tehtäväalue on potilaalle tärkeämpi, sillä potilas haluaa saada ongelmastaan informaatiota, mutta tärkeäksi koetaan myös se, miten lääkäri antaa informaatiota, eli muun muassa lääkärin puheen äänensävyt. Tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen tehtäväalue ja sosioemotionaalinen osa-alue kulkevat siis rinnatusten ja vaikuttavat yhdessä potilaan tyytyväisyyteen. (Roter & Hall 1997, 212–220.)

Myös muiden tutkimusten mukaan sekä vuorovaikutuksen informatiiviset että affektiiviset piirteet koetaan tärkeiksi. Tutkimusten mukaan sairauden ja ammattisanaston selittäminen ymmärrettävästi, hoitohenkilöstön ystävällisyys ja paneutuminen potilaan huoliin, sekä suullista vuorovaikutusta tukeva nonverbaalinen viestintä vaikuttavat potilaan tyytyväisyyteen (Thompson 1990, 27–33). Myös Du Pré (2002, 2–3) tarkastelee artikkelissaan potilaiden tyytyväisyyteen liittyviä tutkimuksia ja toteaa, että näiden tehtyjen tutkimusten mukaan potilaat toivovat lääkärin antavan informaatiota sairautta koskien, mutta myös puhuvan muistakin kuin lääketieteellisistä seikoista. Tutkimusten mukaan potilaat kokevat tärkeäksi terveyden ja sairautteen liittyvien tunteidensa käsittelyn ja

haluavat lääkäreiden ottavan heidän tuntemuksensa huomioon. Lääkäreiden koulutus keskittyy kuitenkin perinteisesti terveyden fyysisiin seikkoihin, jolloin lääkärit kokevat usein emotionaalisiin tai psykologisiin seikkoihin tarttumisen hankalana tai aikaa vievänä.

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella kahden eri lähestymistavan kautta, joista toinen tapahtuu ongelmalähtöisesti fyysisiä seikkoja painottaen, ja toinen ottaa huomioon myös sosiaaliset ja psykologiset seikat. Näitä lähestymistapoja kutsutaan biomekaaniseksi ja biopsykososiaaliseksi. Biomekaaninen orientaatio on terveydenhuollossa perinteinen lähestymistapa, ja siinä keskitytään potilaan fyysisiin ongelmiin. Vuorovaikutus on osa tätä fyysisten ongelmien selvittämistä. Puhe koostuu lähinnä kysymyksistä ja lyhyistä vastauksista, ja se rajoittuu koskemaan fyysistä sairautta. Tutkimusten mukaan biomekaaninen lähestymistapa voi joissain tapauksissa olla toimiva ja tehokas, mutta sitä on kritisoitu sen oirelähtöisyyden vuoksi – ihmistä tarkastellaan oireiden kautta. Biopsykososiaalinen orientaatio taas tarkastelee henkilöä kokonaisuutena, johon vaikuttavat niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinen puoli. Sairautta ei käsitellä pelkästään oireiden kautta, vaan huomioon otetaan myös henkilön tuntemukset, uskomukset, asenteet ja elämäntilanne. Biopsykososiaalisen orientaation on katsottu olevan biomekaanista orientaatiota parempi siksi, että potilaat toivovat psykologisten ja sosiaalisten seikkojen huomioon ottamista. (Du Pré 2000, 8–9.) Lääkärit ovat kuitenkin yleensä huolissaan ajankäytön vähyydestä potilasta kohti ja ajattelevat aikaa olevan vain diagnoosin tekemiseen ja välttämättömistä lääketieteellisistä seikoista puhumiseen (Walker et al. 2002, 60). Du Prén (2002) tutkimuksen mukaan potilaan psyykkiset ja sosiaaliset tekijät huomioon ottava vuorovaikutus ei vie sen pidempää aikaa kuin pelkkä oireisiin perustuva vuorovaikutus. Du Pré (2000, 10) muistuttaa kuitenkin, että biomekaaninen ja biopsykososiaalinen orientaatiot ovat vain malleja, eivätkä varmasti esiinny puhtaina kenenkään lääkärin vuorovaikutuksessa. Ne kuitenkin selittävät kahta eri tapaa käsitellä sairautta ja sitä, millaisia malleja lääkäreiden viestinnän perustalla on.

Du Pré (2002) tarkastelee tutkimuksessaan sellaisen lääkärin vastaanottoa, jonka vuorovaikutuksessa on havaittavissa biopsykososiaaliseen lähestymistavan piirteitä. Hän observoi tutkimuksessaan 53 vastaanottokäyntiä ja huomasi lääkärin vuorovaikutuksessa erilaisia tekniikoita, joiden kautta lääkäri ottaa vuorovaikutuksessaan huomioon myös sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Näitä tekniikoita ovat lääkärin itsestä kertominen, empatian osoittaminen, potilaan ottaminen mukaan päätöksen tekoon, peloista puhuminen, avointen kysymysten esittäminen ja potilaan tarkka kuunteleminen. Du Prén mukaan potilaan elämänpiiristä ja tunteista puhuminen on tärkeää varsinkin silloin, kun sairaus uhkaa minäkuvaa tai sosiaalista statusta. Myös muut tekijät, kuten potilaan koulutus, kulttuuri, sukupuoli ja persoonallisuus vaikuttavat siihen, millaista vuorovaikutusta potilas toivoo. (Du Pré 2002, 17.) Tutkimuksessa havainnoitiin ainoastaan yhtä naislääkärinä, joten sen perusteella ei voi tehdä yleistyksiä, mutta se antaa osviittaa siitä, millaista biopsykososiaalinen vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla voisi olla.

Myös muissa tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia. Walkerin, Arnoldin, Miller-Dayn ja Webbin (2002) tutkimuksessa havainnoitiin sitä, miten lääkäri ja potilas rakentavat luottamusta. Tutkimuksessa observoitu lääkäri yritti synnyttää luottamusta ottamalla huomioon potilaan nonverbaaliset vihjeet ja reagoimalla jokaiseen potilaaseen eri tavoin näiden vihjeiden perusteella. Hän myös osoitti huolta ja lämpöä ja kuunteli potilasta aktiivisesti. Luottamuksen rakentumisen toisessa vaiheessa luottamusta rakennetaan teoilla ja yritetään löytää yhteiset odotukset luottamuksellista suhdetta kohtaan. Tutkimuksen mukaan luottamuksen rakentaminen saattaa edetä myös kolmanteen vaiheeseen silloin, jos lääkäri kertoo jotain itsestään, esimerkiksi oman kokemuksensa sairaudesta. (Walker et al. 2002, 57–60.)

Vuorovaikutuksen tehtäväalueeseen eli ongelman ratkaisuun ja potilaan informointiin liittyen paljon tarkasteltu alue on lääkärin käyttämä kieli ja potilaan ymmärtäminen. Tutkimusten mukaan lääkärin ja potilaiden välissä on tiedontasollinen kuilu, joka johtaa väärinymmärryksiin. Lääkärit

käyttävät lääketieteellistä ammattisanastoa, jota potilaat eivät ymmärrä. (Ragan, Beck & White 1995, 187.) Myös suomalaisessa tutkimuksessa on tarkasteltu lääkärin käyttämää sanastoa. Haakana, Raevaara ja Ruusuvuori (2001, 196–219) videoivat 12 eri terveyskeskuslääkärin vastaanottoa. He tarkastelivat sitä, miten lääketieteellistä terminologiaa käytetään ja vastaanotetaan vuorovaikutuksessa. Tutkimustulosten mukaan vierasperäisiä termejä esiintyy lääkäreiden puheessa suhteellisen harvaan, eivätkä potilaat juurikaan pysäytä lääkärin puhetta korjausaloitteilla eli selventävillä kysymyksillä. Silti tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat eivät aina ymmärrä lääkäriä, vaikka eivät esitä kysymyksiä. Ymmärtämättömyys tulee esille keskusteluissa myöhemmin. Tutkijat arvelevat tämän saattavan johtua muun muassa potilaan pelosta näyttää tietämättömyyttään tai potilaan pelosta lääkäriä ja tämän auktoriteettia kohtaan. Tutkimuksen mukaan lääkärit käyttävät joskus lääketieteellistä termistöä asiantuntijuuden osoittajana. Myös potilaat käyttävät silloin tällöin puheessaan lääketieteellisiä termejä, mutta termien käyttö on usein epävarmaa, ja lääkärille annetaan tilaisuus vahvistaa termi oikeaksi tai korjata sitä, jolloin lääkärin asiantuntijuus tulee esiin. (Haakana, Raevaara & Ruusuvuori 2001, 201, 205–207.)

Kuten on jo käynyt ilmi, on hoitosuhde erityislaatuinen vuorovaikutussuhde, jossa yhdistyvät rationaaliseen ajatteluun ja tietoon perustuva asiantuntijarooli ja tunnetekijöihin perustuva henkilökohtainen suhde. Fysioterapeuttisessa vuorovaikutussuhteessa sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät ovat yleensä tärkeitä, sillä suhde on usein intiimi ja saattaa olla kestoaltaan pitkä. Viimeaikaisessa fysioterapian tutkimuksessa onkin perehdytty terapeuttisen vuorovaikutuksen sosio-affektiiviseen luonteeseen. Sosio-affektiivisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan muun muassa sosiaalisen tuen antamista, yhteistyötä, ja tunnepitoisen ilmapiirin luomista. Asiakkaat kokevat, että hyvä fysioterapeutti kunnioittaa heitä, sitoutuu kuntoutumisprosessiin, on sensitiivinen ja kuuntelee aktiivisesti. (Lundvik Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl 1999, 91–92; Talvitie & Reunanen 2002, 77; Veijala & Larivaara 2001, 14.) Fysioterapeuttien vuorovaikutuksessa on havaittu olevan paljon nonverbaalista viestintää, katsekontakteja ja kosketuksia, jotka tekevät tilanteesta emotionaalisen ja

tukea antavan. Tutkimusten mukaan fysioterapeuteilla on kuitenkin ongelmia affektiivisella alueella. Asiakkaat saattavat purkaa yksinäisyytään ja ahdistustaan fysioterapeuteille, ja usein fysioterapeutit tuntevat olevansa avuttomia tällaisissa tilanteissa, koska heitä ei ole koulutettu kohtaamaan tämän kaltaisia ongelmia. (Viitanen 1997, 93, 110–111.)

### **2.3 ROOLIT, ODOTUKSET JA POTILAAN OSALLISTUMINEN**

Yksi tutkituimmista aihealueista terveysalan ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on potilaan osallistuminen vuorovaikutukseen. Robinson (2003) on koonnut aiheesta tehtyjä tutkimuksia, ja toteaa, että potilaan osallistumista on tarkasteltu aina 1950-luvulta tähän päivään asti. Tutkimusten tulosten mukaan lääkärit johtavat vuorovaikutusta ja tekevät aloitteita, ja potilaat ovat passiivisempia osapuolia. Potilaat pyytävät harvoin lisätietoa, selityksiä ja selvennyksiä tai kertovat omaa tietämystään, omia mielipiteitään tai huolenaiheitaan. Kuitenkin tutkimusten mukaan lääkärin antamalla informaatiolla ja potilaan esittämällä kysymyksillä on yhteys potilaiden tyytyväisyyteen ja terveyteen, ja siksi potilaan osallistumisen tutkiminen nähdään tärkeäksi. (Robinson 2003, 27–28.)

Potilaan osallistumattomuutta voidaan tarkastella muun muassa kulttuuristen odotusten asettamien roolien kautta. Länsimaisessa kulttuurissa lääkäreitä pidetään kaikkietävinä asiantuntijoina, jolloin potilas voi tuntea itsensä epäpäteväksi ottamaan vastaanotolla aktiivisen roolin. Toisaalta myös perinteinen lääkärin koulutus on painottanut lääkärikeskeistä vuorovaikutusta, jolloin lääkärin vastaanoton vuorovaikutukselle ovat syntyneet tietynlaiset normit. (Du Pré 2000, 48–49.) Näitä muodostuneita normeja voidaan tarkastella institutionaalisenä puheena. Institutionaalista vuorovaikutusta tapahtuu julkisissa tilanteissa, joissa vuorovaikutuksen toinen osapuoli on asiantuntija, ja toinen on maallikko. Institutionaalista vuorovaikutusta jäsentää joukko erilaisia institutionaalisia tehtäviä, sekä käsitys siitä, miten nämä tehtävät tulisi suorittaa. Yleensä institutionaalisen vuorovaikutuksen tarkoituksena on tiedon jakaminen. Tehtävien lisäksi

institutionaalista vuorovaikutusta määrittävät erilaiset roolit. Tyypillisesti nämä roolit ovat ammattilainen ja asiakas, kuten lääkäri tai fysioterapeutti ja potilas. (Kajanne 2000, 69; Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 13.) Lääkäriin ja potilaan suhteessa institutionaalisen vuorovaikutuksen on todettu näkyvän muun muassa puheenvuorojen määrässä ja lääketieteellisten termien käytössä (Du Pré 2000, 49–51; Haakana, Raevaara & Ruusuvuori 2001, 196–219). Tutkimusten mukaan lääkäri ohjaa yleensä potilastilanteen vuorovaikutusta, esittää kysymyksiä, ja puhuu paljon, jolloin potilaan rooli on passiivisempi kuin lääkärin. Vaikka vuorovaikutukselle ei ole kirjoitettua sääntöjä, etenee se yleensä tietyn kaavan mukaisesti, jossa lääkäri kysyy ja potilas vastaa. (Raevaara, Ruusuvuori & Haakana 2001, 17.)

Walker, Arnold, Miller-Day ja Webb (2002) tarkastelevat tutkimuksessaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja siihen liittyvää roolien neuvottelua ja kontrollia. Tutkijat observeivat yhden perhelääkärin vastaanottoa 72 eri potilaan käynnin aikana. Tehtyjen havaintojen mukaan lääkäri kontrolloi vuorovaikutusta, ja kontrolloivaan käytökseen kuuluu muun muassa ohjeiden ja määräysten anto, informaation kontrollointi sekä oman tietämyksen ja auktoriteetin painottaminen. Tutkimuksen mukaan potilaat antavat ohjat usein lääkärille panematta vastaan. Rooleista ei tutkimuksen mukaan sen kummemmin neuvotella, vaan sekä potilaat että lääkäri hyväksyvät lääkärin asiantuntijaroolin ja potilaan maallikkoroolin. Tutkimuksen mukaan potilaat ovat kuitenkin yleensä kiinnostuneita omaa terveyttään kohtaan ja sitoutuneita hoitamaan terveyttään. Aktiivisuus ja sitoutuneisuus osoitetaan muun muassa hakemalla tietoa omasta vaivasta tai sairaudesta. Se, että lääkäri on kiinnostunut potilaasta kokonaisvaltaisesti, ei vaan oireista, vaan myös esimerkiksi potilaan elämäntavoista, vaikuttaa tutkimuksen mukaan myönteisen ilmapiirin syntyyn. (Walker et al. 2002, 51–54.)

Kuvatussa tutkimuksessa observeittiin ainoastaan yhtä lääkäriä, jolloin tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää. Tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia muiden lääkärin vuorovaikutusta tarkastelevien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi Cline ja McKenzie (1998, 59–60) ovat



artikkelissaan koonneet vuorovaikutustutkimusta koskien lääkärin kontrollia ja valtaa. Näiden tutkimusten mukaan lääkärin valta muodostuu keskustelussa. Lääkärit muun muassa dominoivat puheaikaa, kyselevät enemmän kuin potilaat, käyttävät suljettuja kysymyksiä, keskeyttävät potilaita, vaihtavat puheenaiheita, eivätkä vastaa kunnolla potilaan kysymyksiin. Sen lisäksi että lääkärit tutkimuksen mukaan kontrolloivat viestintäsuhdetta, he kontrolloivat myös potilaiden saamaa informaatiota. Usein lääkärit aliarvioivat potilaan tiedon tarpeen, eivätkä selitä sairauteen liittyviä seikkoja tarpeeksi. Tutkimusten mukaan tarpeellisella ja riittävällä tiedolla on yhteys muun muassa potilaan hoitomyöntyvyyteen, nopeampaan paranemiseen ja ahdistuksen vähenemiseen. (Thompson 2000, 3–4.)

Myös fysioterapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta voi kuvailla institutionaaliseksi. Muun muassa Viitanen (1997) ja Talvitie ja Reunanen (2002) ovat observoineet fysioterapiatilanteen vuorovaikutusta, ja näiden tutkimusten mukaan fysioterapeutit puhuvat fysioterapiatilanteessa paljon, ja potilaat esittävät vain harvoja kysymyksiä. Vuorovaikutus koostuu suureksi osaksi fysioterapeuttien ongelma- ja oirelähtöisestä kehontoimivuuden määrittämisestä ja kommentoinnista, ja fysioterapeutit tarttuvat harvoin asiakkaan aloitteeseen. Fysioterapeuttien viestintä liittyy paljolti ohjaukseen ja tehtäviin harjoituksiin – mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään. Kieli on usein abstraktia ja analyttistä. Tutkimusten mukaan on myös paljon sellaisia tilanteita, joissa asiakkaan ja fysioterapeutin intressit eivät kohtaa toisiaan, esimerkiksi kuntoutuksen tavoitteen suhteen. Fysioterapeutit eivät tutkimusten mukaan aina osaa kuunnella asiakasta hänen omista lähtökohdistaan käsin, vaan johtavat tilanteita omalla asiantuntemuksellaan ja myös omien tavoitteidensa mukaisesti, jolloin asiakkaan oma motivaatio ei aina selviä. Asiantuntijan ohjeet ja suositukset ovat tärkeitä asiakkaille, mutta ne eivät usein kohtaa asiakkaan todellisuutta. Fysioterapeutti vie usein läpi oman näkemyksensä riippumatta sen onnistumismahdollisuuksista asiakkaan elämässä. Viitanen kuvaa fysioterapeuttien toimintaa yksilöorientoituneeksi, mutta ei asiakaslähtöiseksi asiakaspalveluksi. (Viitanen 1997, 110–111, 117, 121; Talvitie & Reunanen 2002, 80.) Kuitenkin tutkimusten mukaan

fysioterapeutit itse pitävät asiakkaan omia resursseja ja niiden tukemista hoitoprosessissa tärkeimpänä. He näkevät asiakkaat yhteistyökumppaneina ja haluavat asiakkaiden olevan mukana rakentamassa fysioterapiatilannetta. Fysioterapeutit painottavat asiakkaan motivoimista ja tämän omaa aktiivisuutta ja vastuuta hoidon onnistumisessa. Asiakkaan halutaan osallistuvan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Viitanen 1997, 75–76, 93).

Vuorovaikutuksen institutionaalisen rakenteen lisäksi tutkimukset ovat antaneet myös muita selityksiä potilaan vähäiseen osallistumiseen. Robinson (2003, 28–29) on koontanut tutkimuksien perusteella syitä siihen, miksi potilaiden osallistuminen lääkärikäyntien vuorovaikutukseen on vähäistä. Osallistumisen vähyyttä selitetään institutionaalisten roolien lisäksi potilaan psykologisilla ominaisuuksilla, potilaan vähäisellä lääketieteellisten termien ymmärtämisellä, lääkärin viestinnällä, potilaiden sosiodemografisella taustalla, lääkärikäynnin luonteella ja pituudella sekä sillä, onko tilanteessa läsnä muita henkilöitä.

Potilaan psykologisten ominaisuuksien vaikutusta potilaan osallistumiseen on tarkasteltu muun muassa potilaan kokeman epävarmuuden näkökulmasta. Babrow, Hines ja Kasch (2000, 42–44) tarkastelevat artikkelissaan potilaan epävarmuuteen liittyvää tutkimusta ja kertovat, että tutkimusten mukaan potilas kokee usein epävarmuutta sairastuessaan. Epävarmuus liittyy itse sairauteen ja siihen, miten vartalon toiminnot ja tunteukset muuttuvat sen myötä, sosiaaliin suhteisiin ja niiden muuttumiseen sairauden myötä sekä sairaudesta saatuun informaation – sen ymmärrettävyyteen ja luotettavuuteen sekä informaation jäsentämiseen omien arvojen, uskomusten ja asenteiden perusteella. Sairastuminen voi muuttaa potilaan koko maailmankuvaa. Tällainen epävarmuus voi aiheuttaa sen, että potilas haluaa antaa kaikki ohjat lääkärille, eikä osaa, halua tai uskalla ottaa itse aktiivista roolia. Muita potilaan psykologiaan liittyviä ja aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimusten mukaan muun muassa potilaan pelko ja itsetunto (Robinson 2003, 28).

Tutkimuksissa on tarkasteltu potilaiden osallistumista myös potilaiden muiden ominaisuuksien kautta. Street (2003) referoi potilaan ominaisuuksista tehtyjä tutkimuksia ja kertoo, että näiden tutkimusten mukaan esimerkiksi koulutetummat potilaat ottavat enemmän osaa keskusteluun, ja heillä on enemmän mielipiteitä kuin vähemmän koulutetuilla. Tämän kerrotaan johtuvan tutkimusten mukaan siitä, että koulutetummat potilaat pitävät potilaan osallistumista tärkeämpänä, tietävät enemmän terveysasioista, tuntevat paremmin lääketieteellistä termistöä ja ilmaisevat itseään verbaalisesti enemmän. Lisäksi tutkimuksissa on tarkasteltu muun muassa potilaan iän ja sukupuolen vaikutuksia viestintään. (Street 2003, 67–68.)

Tutkimuksissa on tarkasteltu myös lääkäreiden viestintätaitoja ja –tyylejä ja niiden vaikutusta vuorovaikutukseen ja asiakkaan osallistumiseen. Tutkimuksissa on muun muassa todettu, että potilaat esittävät enemmän kysymyksiä sellaisille lääkäreille, jotka antavat potilaalle mielellään informaatiota (Robinson 2003, 28). Lääkärin tapaan viestiä taas vaikuttavat muun muassa lääkärin persoonallisuus, viestintätaidot ja koulutus. Eräs näkökulma tarkastelee yksilöiden interpersonaalisten konstruktoiden vaikutusta vuorovaikutukseen. Tutkimusten mukaan henkilö, jolla on kompleksinen, psykologisesti suuntautunut interpersonaalinen konstruktio, sopeuttaa yleensä omaa viestintäänsä muiden ihmisten viestintään. Tällaista viestinnällistä suuntautumista voidaan kuvailla henkilökeskeiseksi viestinnäksi. Kognitiivisesti kompleksisilla henkilöillä on todettu olevan enemmän tunneorientoituneita viestintäkykyjä, kuten kykyä lohduttamiseen ja empatiaan kuin henkilöillä, joiden kognitiiviset konstruktiot eivät ole yhtä komplekseja. Näiden konstruktoiden on todettu vaikuttavan myös lääkärin viestintäkäyttäytymiseen. Erään tutkimuksen mukaan sellaiset lääketieteen opiskelijat, jotka ovat kognitiivisesti kompleksisia, osaavat kertoa potilaalle diagnoosin vakavasta sairaudesta empaattisemmin kuin sellaiset opiskelijat, joiden kognitiiviset konstruktiot eivät ole yhtä komplekseja. (Gillotti & Applegate 2000, 110–117.) Lisäksi tutkimusten mukaan potilaan aktiivisuuteen lääkärin vastaanotolla vaikuttaa lääkärikäynnin luonne, kuten se, millainen vaiva on kyseessä, monesko lääkärikäynti on kyseessä, minkä

mittainen lääkärikäynti on, ja onko tilanteessa läsnä muita henkilöitä (Robinson 2003, 29).

Myös terveysalan ammattilaisten ja asiakkaiden erilaiset odotukset hoitotilannetta kohtaan voivat hankaloittaa vuorovaikutuksen sujuvuutta ja asiakkaan osallistumista. Vanderford, Stein, Sheeler ja Skockhealk (2001) toteavat tutkimuksensa perusteella lääkäreiden ja potilaiden erilaisten uskomusten ja odotuksien johtavan konfliktiin vuorovaikutuksessa. Tutkimuksessa, jossa lääkärit kirjoittivat kokemuksiaan haastavista vuorovaikutustilanteista potilaiden kanssa, ilmeni, että lääkärin ja potilaiden väliset konfliktit liittyvät erilaisiin uskomuksiin sairaudesta ja sen hoidosta. Lisäksi ongelmia aiheuttivat lääkärin ja potilaiden eriävät odotukset lääkäri-potilassuhdetta kohtaan. Myös Potterin, Gordonin ja Hamerin (2003, 195, 200–201) tutkimuksen mukaan odotuksista puhutaan harvoin. Potilaan tyytyväisyyden ja terapian onnistumisen kannalta olisi kuitenkin tärkeää, että fysioterapeutti tietää potilaan odotukset terapiaa kohtaan. Kun fysioterapeutit tietävät, mitä potilaat odottavat, voivat he muuttaa käyttäytymistään sen perusteella. Myös Ranta (1995) painottaa asiakkaan odotusten ja toiveiden kartoittamisen tärkeyttä. Niiden pohjalta voidaan määritellä terapialle ja oppimiselle tarkka tavoite. Jos asiakkaalla ja fysioterapeutilla on eri tavoitteet, ei lopputulos ole tällöin eri osapuolille tyydyttävä. Fysioterapeutin on tiedettävä, mitä asiakas haluaa ja odottaa. Toisaalta hänen on kerrottava asiakkaalle realistiset kuntoutumismahdollisuudet. (Ranta 1995, 8–10).

Nykyisessä tutkimuksessa on pyritty kehittämään erilaisia vuorovaikutuksen malleja ja rakenteita, joilla terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus saataisiin toimivaksi. Potilaat ja asiakkaat ovat korkeamman koulutuksen myötä ruvenneet aktiivisemmin ottamaan kantaa omaan terveyteensä liittyviin kysymyksiin, jolloin myös sosiaaliset odotukset lääkärin vastaanottotilanteesta ovat muuttuneet. (Du Pré 2000, 51). Lääkärit ja muut terveysalan ammattilaiset tarvitsevat uusia malleja vuorovaikutuksen muuttamiseksi. Young ja Flower (2002, 70–71) ovat esimerkiksi kehittäneet tutkimuksensa pohjalta vuorovaikutusmallin, jota he

kutsuvat nimellä CI (collaborative interpretation). He observoivat tutkimuksessaan ensiapupoliklinikalla lääkäreiden ja potilaiden vuorovaikutusta ja siinä tapahtuvia väärinymmärryksiä. Väärinymmärrykset liittyivät muun muassa avaintermien merkitykseen ja ensiavun tarkoitukseen. Tutkijoiden mukaan väärinymmärrykset johtuivat osapuolten erialisista odotuksista ja siitä, ettei odotuksista keskusteltu. Vuorovaikutusta ei siis nähty retorisenä tiedon rakentamisprosessina. Observoinnin ja lääkäreiden sekä potilaiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta tutkijat kehittivät CI:n, ”yhdessä rakennettujen tulkintojen” mallin. Mallin tarkoituksena on antaa lääkäreiden ja potilaiden käyttöön strategioita, joiden avulla voidaan rakentaa yhteiset odotukset ja tavoitteet. Mallissa potilas asetetaan ongelman ratkaisijan rooliin, ja lääkäri-potilassuhteesta pyritään sen avulla tekemään vastavuoroinen. Malli tarkastelee lääkärin tapaamista kompleksina, retorisenä vuorovaikutuksena, jossa molemmat osapuolet neuvottelevat tarpeista, tulkinnoista ja tavoitteista. Mallin mukaan informaation vaihto, ongelmien tunnistaminen ja ratkaisujen kehittäminen on interaktiivinen prosessi.

## **2.4 TERVEYSNEUVONTA JA OHJAUS**

Fysioterapeutin työ on nykyisin paljolti asiakkaiden ohjausta ja neuvontaa. Ohjaamisella pyritään vaikuttamaan asiakkaan asenteisiin, välittämään tietoa, sekä motivoimaan ja aktivoimaan asiakasta jolloin terapian luonne on terveyttä edistävä. Ohjaamisella on myös terapeuttinen merkitys, sillä sen avulla pyritään liikesuoritusten mallintamiseen. Fysioterapeuttien vuorovaikutusta tarkasteltaessa on havaittu, että fysioterapeutit ohjaavat lähinnä selittämällä ja ohjaamalla suullisesti ja näyttämällä esimerkkiä. Muita ohjauskeinoja ovat muun muassa visuaalinen havainnollistaminen ja manuaalinen avustaminen. Myös palautteen annolla on ohjaamisessa tärkeä rooli. Potilaat vastaavat fysioterapeutin vuorovaikutukseen usein toimimalla. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 87; Talvitie & Reunanen 2002, 77.)

Tieteellisessä kirjallisuudessa termit terveysneuvonta, potilasohjaus, potilasopetus ja potilasneuvonta määritellään sisällöllisesti hyvin usein samalla tavoin (Kettunen 2001, 12). Green ja Kreuter (1999) määrittelevät terveysneuvonnan erilaisiksi oppimiskokemuksiksi, jotka helpottavat terveyttä edistävää toimintaa. He painottavat, että tehokas terveyttä edistävä neuvonta edellyttää laaja-alaista tuntemusta ohjausta saavan henkilön elintilanteesta. On tärkeää selvittää potilaan motivaatio, tiedot ja taidot ja toimia niiden mukaan. (Green & Kreuter 1999, 27, 38–42, 444–445.)

Tones ja Tilford (1994, 11) määrittelevät terveysopetuksen tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tähtää asiakkaan tietämyksen tai ymmärryksen lisäämiseen ja terveyskäyttäytymisen muutokseen. On havaittu, että yksilöllinen terveysneuvonta, joka ottaa huomioon asiakkaan lähtökohdat, tarpeet ja voimavarat, edistää terveyskäyttäytymisen muutoksia. Tällaista terveysneuvontaa kutsutaan usein voimavarakeskeiseksi. Siinä tärkeällä sijalla on asiakkaan kuunteleminen, ammattilaisen ja asiakkaan vuoropuhelu, asiakkaan itsearviointi, ja toiminnan uudelleensuuntaaminen. Tapa, jolla neuvoja ja ohjeita annetaan, ratkaisee sen, onnistuuko neuvonta vai ei. Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstö antaa usein ohjeita omasta aloitteestaan kuuntelematta asiakkaiden toiveita. Asiakkaan aktiivinen kuunteleminen on kuitenkin tärkeää, ja ohjaamisessa ja neuvonnassa tulee ottaa huomioon asiakkaan tietämys, kokemus ja osaaminen. (Poskiparta 2002, 24–25, 32.)

Terveysohjaus rakentuu oppimistavoitteiden asettamisesta, oppimissisällön suunnittelusta, oppimisvälineiden valikoinnista, oppimistoimista, joiden avulla sisältö opetetaan, sekä arvioinnin valmistelusta. Ohjauksen tavoitteena on yleensä käyttäytymisen muutos. Tiedon jakaminen pelkän tiedon vuoksi on turhaa – tietoa tulee käyttää niin, että käyttäytyminen muuttuu. Fysioterapian ohjauksessa tämä tarkoittaa muun muassa ohjattavien liikkeiden integrointia asiakkaan jokapäiväiseen elämään. Ihmiset oppivat parhaiten silloin, kun ovat aktiivisia oppimisprosessissa. Terveysohjausta suunniteltaessa tulee terveysongelman lisäksi ottaa huomioon muitakin taustatekijöitä, kuten asiakkaan käyttäytymismallit ja

koulutuksellinen tausta. (Greenberg 1998, 10–11, 66–67.) Ohjaaminen ja neuvonta tulee kytkeä asiakkaan merkityks maailmaan, kokemuksiin ja arkielämään (Poskiparta 1997, 125).

Myös yhteisistä tavoitteista on puhuttava. Talvitien (1996) tutkimuksen mukaan fysioterapeutit eivät keskustele yksittäisen harjoituksen saati ylipäänsä harjoittelun tavoitteista tai merkityksestä asiakkaidensa kanssa. Yhteisymmärrys harjoituksen tarkoituksesta ja tavoitteista helpottaisi asiakkaita ennakoimaan tulevaa harjoitusta, ymmärtämään harjoituksen merkityksen laajemmasta näkökulmasta ja motivoitumaan. On kuitenkin huomioitava, että tutkimuksessa havainnoitiin ainoastaan muutamaa fysioterapeuttia ja asiakasta, jolloin laajempaa yleistystä fysioterapeuttien toiminnasta ei voi tutkimuksen perusteella tehdä. (Talvitie 1996, 59.)

Asiantuntijan ja asiakkaan roolit, vastavuoroinen suhde ja asiakkaan osallistuminen ovat tarkastelun kohteena myös terveysneuvonnan näkökulmasta käsin. Kettunen (2001, 78–81) on koonnut voimavarakeskeiseen terveysneuvontaan liittyvää tutkimusta, ja toteaa, että voimavarakeskeisen toimintamallin perusolettamuksena on asiakkaan nostaminen ammattilaisen rinnalle. Voimavarakeskeisyyteen perustuvassa ajattelutavassa korostetaan molempien, asiakkaan ja ammattilaisen, kyvykkyyttä ja asiantuntemusta. Tällaisessa näkökulmassa ammattilainen uskoo potilaiden tietoihin ja taitoihin, ja ottaa huomioon potilaan arkipäivän tarpeet, voimavarat ja toimintatavat. Voimavarakeskeisyyden periaatteina voidaan nähdä potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistuminen, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen, tasavertaisuus, autonomia ja reflektio. Keskustelun avulla potilaat ymmärtävät paremmin omaa terveyttään koskevia asioita ja löytävät omalla kohdallaan toimivia ratkaisuja.

Nupponen (1994, 168–169) esittelee Brickmanin (1982) kehittelemää mallia, joka kuvaa sitä, miten terveyskasvattaja suhtautuu asiakkaisiin ja heidän ongelmiinsa. Suhtautumistavat esitellään erilaisten mallien kautta. Yksilöllistämismallissa kaikki vastuu on asiakkaalla itsellään, ja asiakkaan vastuu ongelman hoitamisessa korostuu. Mallin mukaan ihmisen täytyy itse

vaikuttaa omaan terveyteensä omilla elämäntavoillaan. Hoivamalli taas antaa kaiken vastuun asiantuntijoille. He tuntevat parhaiten sairaudet ja niiden hoidot, ja potilaiden kuuluu saada hoivaa. Malli korostaa terveysalan ammattilaisten asiantuntijuutta ja potilaan maallikkoutta, ja voi täten vähentää asiakkaan omatoimisuutta. Opastusmallissa sekä asiakas että asiantuntija ovat vastuussa ongelman ratkaisemisessa. Asiantuntija tukee, opastaa ja avustaa asiakasta tarjoten potilaalle muun muassa keinoja, joiden avulla tämä voi hallita oireitaan. Nupposen mukaan taitava ammattilainen toimii joustavasti ja käyttää eri asiakkaiden kanssa erilaisia toimintamalleja. Vaikka nykyään puhutaan paljon potilaan aktivoinnista, voi liian vastuun tarjoaminen olla Nupposen mukaan haitallista – sairauden tai muun ongelman uuvuttama ihminen ei jaksa ponnistella, vaan haluaa hoivaa, tukea ja turvaa.

Fysioterapian vuorovaikutuksesta tehtyjen tutkimusten mukaan ohjausta ei ole räätälöity tarpeeksi yksilölliseksi eri asiakkaiden mukaan (Ks. esim. Kerssens, Sluijs, Verhaak, Knibbe & Hermans 1999; Viitanen 1997). Treden (2000) tutkimuksen mukaan ohjaaminen on usein fysioterapeuttikeskeistä, jolloin sitä kuvaa anatomisten, patofysiologisten ja biomekaanisten faktojen opettaminen, ongelmien ennustaminen ja kontrollointi sekä oireisiin ja diagnoosin tekemiseen keskittyminen. Potilaan kuunteleminen jää vähäiseksi, ja fysioterapeutti suunnittelee potilaan kuntoutumisen itse. Fysioterapeuttien mukaan potilaiden tulee oppia anatomiasta, patofysiologiasta ja biomekaniikasta, sillä fysioterapeutit uskovat faktojen opettamisen johtavan asiakkaiden luottamukseen fysioterapeuttia kohtaan, myöntyvyyteen terapiaa kohtaan, ja tiedon määrän lisääntymiseen. Fysioterapeutit ajattelevat, että tuodessaan esille laajan tietämyksensä ja asiantuntemuksensa, he vakuuttavat asiakkaan ja rakentavat asiakkaassa luottamusta ja kunnioitusta fysioterapeuttia kohtaan. (Trede 2000, 428–430.)

Treden (2000, 431–432) mukaan potilaskeskeinen ohjaaminen koostuu potilaan aktiivisesta kuuntelemisesta ja kuntoutuksen suunnittelemisesta yhdessä potilaan kanssa. Potilaskeskeisessä ohjaamisessa fysioterapeutti



osoittaa potilaalleen myönteistä asennetta ja antaa tälle mahdollisuuden itsenäiseen oppimiseen. Terapeutti pyrkii tekemään oppimisesta potilaalle merkityksellistä ja antaa potilaalle oppimisprosessissa teknistä ja tiedollista tukea. Treden tutkimuksen kahdeksasta fysioterapeutista vain yksi toteutti ohjaamisessaan potilaskeskeistä lähestymistapaa. Treden tutkimuksen mukaan fysioterapeuttien opetusmenetelmät eivät perustuneet mihinkään opetusteorioihin. Ainoastaan yksi fysioterapeutti käytti ohjaamisensa perustana kokemuksellisen oppimisen teorioita.

Fysioterapeuttien vuorovaikutuksen on siis usein todettu koostuvan lähinnä lääketieteellisten faktojen opettamisesta. Ongelmia pyritään ehkäisemään ja kontrolloimaan, jolloin oireet ja diagnoosi ovat keskeisessä roolissa. Potilaan kuunteleminen ei ole prioriteettina, ja fysioterapeutti tekee hoidon suunnittelun valmiiksi potilaalle, jolloin potilaat ovat välttämättä myöntäviä. Tutkimusten mukaan asiakkaat kokevat ongelmaan perehtymisen tärkeänä, mutta tärkeämpänä oppimista edistävänä tekijänä he pitävät terapeutin viestintätaitoja. Heidän mukaansa fysioterapeuttien kertomat tekniset termit eivät jää mieleen. Ne tulisikin sitoa asiakkaan omiin kokemuksiin, jotta ne saavat merkityksen. Harjoitussuunnitelma tulisi tehdä yhdessä asiakkaan kanssa. Tärkeimpänä seikkana ohjaustilanteessa asiakkaat pitävät fysioterapeuttien asennetta ja avointa keskustelua. Se, että fysioterapeutti kuuntelee ja ottaa asiakkaan vakavasti, vaikuttaa asiakkaiden mukaan paljon oppimistilanteeseen. (Trede 2000, 430–432.)

### **3 MUKAUTTAMINEN JA KOHDENTAMINEN FYSIOTERAPIAN OHJAUSTILANTEESSA**

#### **3.1 MUKAUTTAMINEN FYSIOTERAPIASSA**

Mukauttamisen teoria (communication / speech accomodation theory) tarkastelee viestin tuottamista ja ihmisten käyttäytymistä vuorovaikutustilanteessa (Littlejohn 2002, 97). Se tarkastelee verbaalista ja nonverbaalista käyttäytymistä, sen motivaatioita ja seurauksia. Mukauttamisen teoria on viestinnän mikroteoria. Mikroteoriat kuvaavat tarkasti jotain tiettyä asiaa ja ovat yleensä helposti sovellettavissa käytäntöön. (Cragan & Shields 1998, 11, 288.) Mukauttamisen teoria on valittu tämän tutkimuksen taustalle osaksi juuri sen takia, että sillä on käytännön soveltamisarvoa.

Mukauttamisen teorian kehittäjä Howard Giles kumppaneineen vuonna 1973, ja teorian kehittelyn alkuvaiheissa tutkittiin aksenttia kaksikielisessä kontekstissa. Tutkimusten mukaan kuulijat suhtautuivat puhujaan myönteisemmin silloin, kun he huomasivat, että puhuja yritti puhua kuulijoiden kielellä, vaikka puhujan äidinkieli oli toinen. (Giles, Mulac, Bradac & Johnson 1987, 13.) Sittemmin mukauttamista on tutkittu muun muassa maahanmuuttajien sopeutumisessa, oikeudenkäynnissä, mediassa ja terveydenhuollossa. Tutkimusten mukaan vuorovaikutuksen mukauttamisella on ollut erilaisia vaikutuksia kaikissa tutkituissa konteksteissa. Esimerkiksi lääkärin vuorovaikutuksen mukauttamisen on todettu vaikuttavan potilaan tyytyväisyyteen. (Giles & Coupland 1991, 60, 84.) Mukauttamisen teorian taustalla on sosiaalipsykologisia periaatteita. Se pohjautuu muun muassa samanlaisuusattraktioon ja kausaalisten attribuutioiden tekoon. Mukauttamisen teorian mukaan ihmiset koettavat mukauttaa oman vuorovaikutuksessa keskustelukumppanien vuorovaikutukseen sopivaksi. Mukauttamisen avulla he pyrkivät saamaan hyväksyntää, tehostamaan vuorovaikutusta ja luomaan myönteisen sosiaalisen identiteetin vastapuolen silmissä. Teorian mukaan havaintomme

toisen henkilön puheesta vaikuttavat siihen, miten arvioimme henkilöä ja miten käyttäydymme henkilöä kohtaan. (Giles et al. 1987, 13–15; Street & Giles 1982, 205.)

Strategiaa, jossa yksilöt pyrkivät tuottamaan samankaltaista vuorovaikutusta kuin vuorovaikutuksen toinen osapuoli, kutsutaan konvergenssiksi. Konvergenssissa puhuja havainnoi vuorovaikutuskumppaniaan ja muuttaa esimerkiksi puhenopeuttaan ja taukojen kestoa, äänensävyään, sanastoaan ja kohteliaisuuttaan sekä ilmeitään ja eleitään vuorovaikutuskumppaniaan mukailleen. Tutkimusten mukaan kuulijat havaitsevat konvergenssin myönteisesti ja arvioivat henkilön, joka mukauttaa vuorovaikutustaan miellyttävämpänä kuin henkilön, joka ei mukauta vuorovaikutustaan. Mukauttaminen herättää tunteita vuorovaikutuskumppanin lämmöstä, kompetenssista, viehättävyydestä ja yhteistyökykyisyydestä. Siksi puhuja käyttää mukauttamisen teorian mukaan konvergenssia silloin, jos hänellä on tarve tulla sosiaalisesti hyväksytyksi tai hän haluaa tehostaa vuorovaikutuksensa tehokkuutta. Teorian mukaan mukauttaminen helpottaa toisen osapuolen ymmärtämistä. Konvergenssia voi tapahtua yhtäaikaaisesti vuorovaikutuksen molemmilla osapuolilla, mutta yleensä henkilöt, joilla on tarve tulla sosiaalisesti hyväksytyksi, mukauttavat puhettaan enemmän. Keskustelukumppanin vuorovaikutukseen mukautuminen on suurempaa yleensä silloin, jos keskustelukumppanilla on korkea status. Teorian mukaan mukauttamista tapahtuu joskus tietoisesti, mutta useimmiten tiedostamatta. (Argyle 1991, 181–184; Giles & Coupland 1991, 63–64; Giles & Powesland 1975, 158–159; Street & Giles 1982, 211–213; ks. myös Cragan & Shields 1998, 288; Infante, Rancer & Womack 1997, 198–200, Littlejohn 2002, 97–99.)

Street (2003, 65–71) on tarkastellut terveysalan ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta mukauttamisen näkökulmasta. Hänen esittämänsä mallin mukaan terveysalan ammattilaisen ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat asiantuntijan ja potilaan viestintätyylit, kognitiivis-affektiviiset tekijät sekä osapuolten mukautuminen toistensa vuorovaikutukseen. Streetin mukaan terveysalan ammattilaisen ja potilaan

välisessä vuorovaikutuksessa on sekä pysyvyyttä että sopeutumista. Tällä hän tarkoittaa sitä, että useimmat ihmiset käyttävät samanlaista verbaalista ja nonverbaalista ilmaisua useissa erilaisissa tilanteissa. Jos esimerkiksi fysioterapeutti on luonteeltaan avoin ja humoristinen, on hän luultavasti puhelias ja nauravainen lähes kaikkien potilaidensa kanssa. Streetin mukaan vuorovaikutus on kuitenkin myös sopeutuvaa, jolloin osapuolet mukauttavat viestintäänsä tavoitteidensa, viestinnän tarkoituksen, toisesta osapuolesta tehtyjen havaintojen sekä toisen osapuolen toiminnan mukaan. Eli jos fysioterapeutti huomaa, että asiakas on vetäytyvä ja hiljainen, lähestyy hän tätä luultavasti varovaisemmin ja vakavammin kuin yleensä muita asiakkaita.

Fysioterapeutti kohtaa fysioterapiatilanteissa paljon erilaisia ihmisiä. Tällöin on tärkeää kuunnella ja havainnoida asiakkaita ja mukauttaa viestintää asiakkaiden mukaan. Fysioterapeutti voi käyttää konvergenssia eli puheen mukauttamista esimerkiksi helpottaakseen asiakkaan ymmärtämistä muun muassa mukauttamalla sanastoaan ja kieltään asiakkaan mukaan. Lisäksi hän voi käyttää konvergenssia vaikuttaakseen asiakkaan mielestä miellyttävämmältä, esimerkiksi lähestymällä puheliaita ja hiljaisia asiakkaita eri tavoin. Konvergenssin käyttö toimii, kun se on tarkkaa, hyvin tarkoitettua ja tilanteeseen sopivaa. Vuorovaikutustilanteessa voi tapahtua myös niin sanottua ylikonvergenssia. Ylikonvergenssissa vuorovaikutusta yritetään mukauttaa liikaa, jolloin se ei enää palvele tarkoitustaan. Ylikonvergenssiin voi johtaa muun muassa sellainen tilanne, josta henkilöllä ei ole aikaisempaa kokemusta. Esimerkiksi jos henkilö, joka ei ole ollut aikaisemmin tekemisissä kehitysvammaisen henkilön kanssa, yrittää mukauttaa puhettaan kehitysvammaisen keskustelukumppaninsa mukaan, saattaa hän puhua kehitysvammaiselle kuin lapselle, vaikka se ei ole tarpeellista, tarkoituksenmukaista tai tehokasta. (Giles & Powesland 1975, 158–159.)

Mukauttamisen teoriassa puhutaan myös toisesta vuorovaikutusstrategiasta nimeltä divergenssi. Se on strategia, jolla pyritään korostamaan sosiaalisia eroja kielellisin keinoin. Divergenssiä voidaan käyttää esimerkiksi silloin,

jos halutaan erottautua kuuluvaksi johonkin tiettyyn ryhmään. Silloin ryhmän sisäiset jäsenet tulkitsevat divergenssin myönteisenä, kun taas ulkopuoliset jäsenet, joita kohtaan divergenssi on kohdistettu, kokevat sen yleensä negatiivisena. Myös kahdenkeskisessä vuorovaikutustilanteessa divergenssi koetaan yleensä negatiivisena. Divergenssiä voidaan käyttää muun muassa ammattiaseman säilyttämiseen. Esimerkiksi fysioterapeutti voi korostaa asiantuntemustaan ja ylemmyyttään tilanteessa käyttämällä ammattisanastoa, jota asiakas ei välttämättä ymmärrä. Yleensä divergenssi ei kuitenkaan ole tehokasta tai tarkoituksenmukaista fysioterapiassa, sillä se ei toimi tasavertaisen suhteen puolesta. (Giles & Coupland 1991, 65–66; Street & Giles 1982, 211–213; ks. myös Cragan & Shields 1998, 288; Infante, Womack & Rancer 1997, 198–200.)

### **3.2 KOHDENTAMINEN FYSIOTERAPIASSA**

Kohdentaminen tarkastelee sitä, miten puhuja sopeuttaa sanomansa kuulijalle. Kohdentamisella pyritään saamaan puheen sanoma kuulijalle sopivaksi ja ymmärrettäväksi. Kun puhuja kohdentaa puhettansa, miettii hän ensimmäiseksi sitä, kenelle hän puhuu. Huomioon otettavia seikkoja ovat muun muassa kuulijan ikä, sukupuoli, kulttuurinen ja uskonnollinen tausta, sekä koulutus ja tiedon taso. Puhujan on mietittävä, mitä kuulija odottaa puhujalta, mitkä ovat puhujan tavoitteet, millaista informaatiota hänen tulisi jakaa, miten esittää kyseinen informaatio, miten pitää huomio yllä, millaiset esimerkit sopivat kuulijoille parhaiten ja miten esittää tieto tehokkaimmin. Kohdentaminen ilmenee siten, että puhuja muun muassa valitsee kuulijoille sopivan aiheen, käyttää kuulijoiden ymmärtämää sanastoa ja kertoo kuulijoille sopivia esimerkkejä. Olennaisena osana kohdentamiseen kuuluu kuulijoiden tarkkailu. Puhujan on kiinnitettävä huomiota kuulijoiden ilmeisiin, liikehtimiseen, nonverbaaliseen ja verbaaliseen viestintään. Näiden avulla puhuja saa vihjeitä siitä, onko aihe kuulijoille sopiva, ymmärtävätkö he puheen, ovatko he kiinnostuneita, ym. (Lucas 1983, 68–86, 205–207; Beebe & Beebe 1997, 80–96.)

Vaikka kohdentamista tarkastellaankin yleensä esiintymisen yhteydessä, soveltuvat kohdentamisen periaatteet myös interpersonaaliseen vuorovaikutukseen. Kohdentamiseksi käsitetään tässä tutkimuksessa se, että fysioterapeutti viestii asiakkaalle juuri tälle sopivalla tavalla ja ottaa huomioon asiakkaan taustan, toiveet ja tarpeet. Fysioterapeutin tulisi samoin kuin puhujan esiintyessä miettiä, kenelle hän puhuu. Millainen asiakas on, mikä on hänen tiedon tasonsa, mitkä ovat hänen mielenkiinnon kohteensa? Mitä asiakas odottaa – haluaako hän kenties tietää ongelmastaan enemmän fysiologisia seikkoja vai esimerkiksi keinoja pärjätä jokapäiväisessä elämässä? Mikä on vuorovaikutuksen tavoite – onko se esimerkiksi tiedon jakaminen vai asiakkaan motivointi? Miten esittää informaatio – ymmärtääkö asiakas parhaiten esimerkeistä, mielikuvista tai tietokoneanimaatioista?

Kuuntelemisella on tärkeä rooli kohdentamisessa. Jotta fysioterapeutti osaa kohdentaa puheensa juuri tietylle asiakkaalle, on tätä henkilöä kuunneltava. Kuuntelemalla saadaan selville esimerkiksi kuuntelijan tiedon ja taidon taso, kokemukset ja odotukset. Näiden tietojen avulla on helpompaa kohdentaa viestintää. Fysioterapeutti saa esimerkiksi tietoa siitä, miten hyvin asiakas tuntee anatomian ja fysiologian, ja millaista kieltä asiakkaan kanssa voi käyttää. Fysioterapeutin on kuunneltava ja tarkkailtava asiakastaan, jotta hän saa vihjeitä muun muassa siitä, mitä asiakas haluaa ja odottaa, mitkä ovat asiakkaan resurssit, ja onko asiakas ymmärtänyt. Tutkimusten mukaan kuntoutujilla on yleensä fysioterapiatilanteessa passiivisen vastaanottajan rooli. Asiakaskeskeinen työskentely edellyttää kuitenkin, että myös kuntoutuja osallistuu keskusteluun terapian tavoitteista ja harjoittelutoimenpiteistä. Keskustelussa täytyy antaa kuntoutujalle tilaa niin, että hänen tahtonsa, ymmärryksensä, käsityksensä ja todellinen osaamisensa pääsevät esille. (Talvitie 1992, 12–13.)

Kuunteleminen on kompleksi, opittu prosessi, jossa aistitaan, tulkitaan, organisoidaan, arvioidaan, varastoidaan ja vastataan viesteihin (Steil 1991, 203; Wood 2000, 68). Kuunteleminen ei ole pelkkä fysikaalinen prosessi (vertaa kuuleminen), vaan se sisältää myös mielellisen prosessin.

Kuuntelemisessa henkilö kiinnittää huomionsa ja yrittää ymmärtää toisen henkilön lähettämiä verbaalisia ja nonverbaalisia signaaleja. Kuuntelemisen prosessi etenee siten, että kuuntelija keskittää huomionsa puhujaan, vastaanottaa viestin, valitsee viestistä sen, mihin keskittyy, jäsentää kuulemaansa, tulkitsee sitä, vastaa siihen ja muistaa kuulemansa. (Wood 2001, 68–69.) Kuuntelemista on tutkittu muun muassa lääkäreiden ja sairaanhoitajien parissa. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että kuuntelemisen taitoa pidetään tärkeänä, mutta silti ei välttämättä osata kuunnella. Kuuntelemisen taito on siis opeteltava. (Hargie, Saunders & Dickson 1994, 195–196.)

Aktiiviseen kuuntelemiseen liittyy taito seurata puhumisen sisällön rakentamista, taito eritellä kuultua tai tiivistää se, taito erottaa keskeiset asiat, taito erottaa puhujan käyttämät perustelemiskeinot ja kyky arvioida sanoman luotettavuutta, taito tehdä kuullusta päätelmiä sekä taito antaa puhujalle tarkoituksenmukaista palautetta (Trenholm & Jensen 1996, 177). Aktiivinen kuunteleminen on asiakkaan käsitysten ja väärinkäsitysten kuulemista. Se on asioiden, joita ei sanota suoraan, kuulemista. (Lahikainen 2000, 272.) Aktiivinen kuunteleminen viestii asiakkaalle myös hyväksyntää. Asiakas tuntee itsensä tärkeäksi, kun häntä kuunnellaan. Kuuntelemalla fysioterapeutti osaa kysyä tarkoituksenmukaisia kysymyksiä, jotka auttavat selventämään asiakkaan ajatuksia. (Poskiparta 2002, 29.) Raevaara ja Sorjonen (2001, 68–69) ovat tarkastelleet kuuntelemista lääkäri-potilassuhteessa. Heidän mukaansa lääkäri voi osoittaa kiinnostuksensa potilaan kertomusta kohtaan monella tavalla. Aktiivinen kuunteleminen voi olla hiljaisuutta, mutta toisaalta potilaan kertomuksen keskeyttävä kysymys voi olla kannustava ja tukeva.

Kuuntelemisen lisäksi kyselemisellä on tärkeä rooli kohdentamisessa. Kysymyksillä onkin keskeinen osa terveysneuvonnassa.. Kysymyksillä hankitaan tietoa asiakkaasta, avataan vuorovaikutusta, arvioidaan asiakkaan kuntoa, tietoa ja ymmärrystä. Kysymyksillä osoitetaan myös kiinnostusta ja herätetään asiakkaan kiinnostusta sekä helpotetaan keskustelua. (Poskiparta 2002, 33.) Kysymykset varmistavat tiedon ymmärtämisen, ja asiakkaalle on

tärkeää tarjota kysymisen mahdollisuutta. Tiedon jakaminen on onnistuessaan neuvottelua. (Kajanne 2000, 76.) Kuitenkin jo kysymysten asettelussa tarvitaan kohdentamista. Vähäsanaisille asiakkaille voivat toimia laajemmat kysymykset, joihin he voivat vastata omin sanoin. Tiukan looginen kysymyssarja taas voi auttaa rönsyileviä asiakkaita. (Raevaara & Sorjonen 2001, 69.)

Kuntoutujien tarpeiden, toiveiden ja mahdollisuuksien huomioon ottamisella luodaan perusta kuntoutukseen sitoutumiselle ja motivaatiolle, jotka puolestaan vaikuttavat kuntoutuksen tuloksellisuuteen. Kuntoutuslainsäädännössä tehtiin uudistus 90-luvulla, jolloin lisättiin asiakkaan vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia. Kuntoutujalle suotiin muun muassa mahdollisuus tulla kuulluksi häntä koskevissa lausuntoasioissa. Lisäksi käyttöön otettiin yksilöllisen, kirjallisen kuntoutussuunnitelman tekeminen. Uudistuksista huolimatta kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet eivät kuitenkaan ole kehittyneet odotetulla tavalla. (Perttinen 2001, 18–21.)

Fysioterapiassa kohdentamisella on tärkeä merkitys muun muassa sanaston suhteuttamisessa kuulijan tiedon tasoon. Tutkimusten mukaan lääketieteellisen ammattisanaston käyttö voi hämmentää asiakkaita ja johtaa väärinymmärryksiin. Oppimisen edellytyksenä on kommunikation sujuva ymmärtäminen. Asiakkaan on hankalaa noudattaa ohjeita, jos hän ei ymmärrä niitä kunnolla. Väärinymmärryksiä voi ehkäistä viestimällä selkeästi ja hakemalla palautetta. (Kreps & Thornton 1992, 7.) Hargie, Saunder ja Dickson (1994, 182–183) ovat tarkastelleet kielen käyttöä asioiden selittämisessä. Heidän mukaansa jokainen selitys olisi suhteutettava kuulijan tiedon tasoon. Asiantuntijakielen lisääntyessä ja tiedon määrän kasvaessa on tärkeää kyetä ilmaisemaan asiat niin, että myös maallikko ymmärtää ne (Kajanne 200, 75). Argylen (1991, 181–184) mukaan ihmiset puhuvat eri lailla ammattilaiselle kuin maallikolle ja suhteuttavat puheensa sen mukaan, mitä ajattelevat toisen tietävän asiasta entuudestaan. Puheen lisäksi on kiinnitettävä huomiota asiakkaan kehon välittämiin viesteihin. Ymmärtämistä helpottaa myös fysioterapeutin puheen



mukauttaminen asiakkaan mukaan. (Salminen, Salo & Tiitinen 1995, 42–43.)

### **3.3 MUKAUTTAMISEN JA KOHDENTAMISEN VERTAILUA FYSIOTERAPIAN KONTEKSTISSA**

Mukauttamisen ja kohdentamisen käsitteet ovat suhteellisen lähellä toisiaan, mutta ne voidaan kuitenkin määritelmässä erottaa toisistaan. Mukauttaminen tarkastelee enemmän vuorovaikutuksen muotoa (äänenpainot ja –sävyt, murre, ilmeet ja eleet, ym.) kun taas kohdentaminen perehtyy enemmän puheen sisältöön (sanasto, aihe, ym.). Jos fysioterapeutti esimerkiksi kertoo yläasteikäiselle asiakkaalleen liikunnan tärkeydestä, mukauttaa hän puhettansa ottamalla käyttöön esimerkiksi slangisanoja ja pukemalla puheen rentoon muotoon. Kohdentaessaan puheensa yläasteikäiselle asiakkaalle fysioterapeutti kiinnittää fysioterapeutti huomiota puheensa sisältöön eli valitsee aiheensa niin, että se koskettaa nuorisoa (esimerkiksi miksi on tärkeää aloittaa liikkuminen nuorena) ja valitsee sellaisen sanaston, että yläasteikäinen asiakas ymmärtää (eli fysioterapeutti ei välttämättä lähde kuvaamaan muutoksia solutasolla). Jos fysioterapeutti taas keskustelee liikkumisen tärkeydestä asiakkaansa kanssa, joka on lääkäri, mukauttaa hän puheensa asiakkaana olevan lääkärin mukaan, jolloin puheen muoto on luultavasti asiallisempi, ja myös äänensävyt, ilmeet ja eleet saattavat olla erilaisia, jotta fysioterapeutti yrittää luoda itsestään uskottavaa ja luotettavaa mielikuva lääkärin mielessä. Kohdentaessaan puheensa asiakkaana olevalle lääkärille fysioterapeutti puuttuu puheensa sisältöön siten, että se on lääkäreille sopiva. Hän ehkä rajaa puheensa aiheen kapeammaksi ja menee puheessaan syvemmälle – solutasolle saakka, sillä lääkärin tietämys aiheesta on huomattavasti laajempi kuin yläasteikäisen nuoren, jolloin lääkäri ymmärtää, mistä solutasolla on kyse ja saa keskustelusta enemmän irti, kun asioita käsitellään syvällisemmällä tasolla.

Usein varsinkin kohdentamista tarkastellaan esiintymisen yhteydessä, jolloin kohdejoukko on isompi. Kohdentamista voi kuitenkin tarkastella

myös kahdenkeskisessä viestinnässä. Erona on kuitenkin se, että kohdentamista ja mukauttamista voi ja täytyy tarkentaa, kun kohteena ei ole enää monipäinen yleisö, vaan yksi henkilö. Toisaalta kohdentaminen ja mukauttaminen helpottuvat, sillä suuremmassa kohdejoukossa on useita erilaisia yksilöitä, jolloin puheen kohdentaminen ja mukauttaminen jokaiselle sopivaksi on mahdoton juttu. Toisaalta taas kahdenkeskisessä viestinnässä haasteena on kohdentamisen ja mukauttamisen sopivuus juuri tietylle yksilölle, joten fysioterapeutin on kuunneltava, havainnoitava ja tehtävä päätelmiä asiakkaastaan koko ajan ja yritettävä niiden perusteella kohdentaa ja mukauttaa puhettaan. Joskus fysioterapeutti saattaa tavata asiakkaansa vain yhden kerran, jolloin havaintoja ja päätelmiä on pystyttävä tekemään hyvinkin nopeasti.

## **4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN**

### **4.1 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on perehtyä fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutukseen. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sitä, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla ja heidän asiakkailtaan on ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Tarkasteltavia aiheita ovat ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa tärkeiksi koetut seikat sekä fysioterapeutin viestinnän kohdentaminen ja mukauttaminen. Tarkoituksena on selvittää sitä, mitkä seikat koetaan tärkeiksi fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa fysioterapian ohjaustilanteessa. Tutkimus pyrkii vastaamaan siihen, millaisista vuorovaikutuksellisista tekijöistä ohjaustilanne muodostuu ja millaiset roolit kohdentamisella ja mukauttamisella on ohjauksessa. Tavoitteena on selvittää sitä, miten fysioterapeutit käsittävät kohdentamisen ja sitä, miten kohdentaminen ilmenee fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemusten mukaan fysioterapian ohjaustilanteessa. Tarkoituksena on myös selvittää sitä, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla on oman viestintänsä mukauttamisesta. Tutkimus pyrkii vastaamaan siihen, millaisista seikoista kohdentaminen ja mukauttaminen muodostuvat ja mitkä ovat niiden tavoitteet. Näitä aiheita lähestytään ilmiöinä, ei esimerkiksi taitoina.

Tutkimuksessa fysioterapian kontekstiksi valittiin ohjaustilanne siksi, että suurin osa fysioterapeutin työstä on nykyisin asiakkaan ohjaamista ja neuvomista. On mielenkiintoista tarkastella, millaisia käsityksiä ja kokemuksia fysioterapeuteilla ja heidän asiakkailtaan on ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Aikaisemmin tehtyjen tutkimusten mukaan fysioterapeutit johtavat vuorovaikutustilanteita, vaikka he pitävätkin asiakkaiden aktivointia ja tasavertaisuutta tärkeänä. On mielenkiintoista tutkia sitä, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla on vuorovaikutuksesta. Ovatko asiakkaan tasavertaisuus ja aktivoiminen vain päämäärä, joihin ei todellisuudessa ole keinoja, vai onko fysioterapeuteilla käsitys siitä, miten

he voivat käytännön tasolla tehdä tilanteesta tasavertaisen ja aktivoida ja motivoida asiakkaita. Millaisia nämä keinot ovat? Entä mitkä muut vuorovaikutukselliset tekijät koetaan ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa tärkeiksi? On myös mielenkiintoista tarkastella asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta ja katsoa, nostavatko he kenties eri asioita esille kuin fysioterapeutit.

Vuorovaikutuksen kohdentamisen ja mukauttamisen ilmiöt valittiin tutkittaviksi siksi, että niiden arveltiin aikaisemman tutkimuksen perusteella olevan tärkeitä ja merkittäviä ohjaustilanteessa, ja niiden katsottiin olevan olennaisia asiakkaan oppimisen ja ymmärtämisen kannalta. Mitä paremmin ohjaus kohdennetaan, sitä paremmin se on yksilöity juuri tietyn asiakkaan tarpeisiin. Vuorovaikutuksen mukauttamisella pyritään tehostamaan ohjausta ja vaikuttamaan ohjaustilanteen ilmapiiriin. Tutkijasta oli mielenkiintoista ottaa selvälle, millaisia käsityksiä ja kokemuksia fysioterapeuteilla ja heidän asiakkaillaan on kohdentamisesta ja mukauttamisesta. Koetaanko ne ohjaustilanteessa tärkeiksi? Mistä seikoista ne koostuvat? Miten ne ilmenevät? Tutkija halusi myös varmistaa laajemmilla ja avoimemmilla kysymyksillä sen, mitkä vuorovaikutukselliset tekijät koettiin ohjaustilanteessa tärkeiksi – liittyivätkö ne kohdentamiseen ja mukauttamiseen vai johonkin muuhun. Siksi tutkimuksessa tarkastellaan ohjaustilanteen vuorovaikutusta kohdentamisen ja mukauttamisen lisäksi myös yleisemmällä tasolla, sillä aineistosta nousi esiin myös muita mielenkiintoisia vuorovaikutussuhteeseen liittyviä seikkoja.

Tutkittavia teemoja tarkastellaan pääasiallisesti fysioterapeuttien omien käsitysten ja kokemusten kautta. Tarkoituksena on selvittää sitä, millaisia käsityksiä ja kokemuksia fysioterapeuteilla on ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta, kohdentamisesta, mukauttamisesta ja vuorovaikutussuhteen muodostumisesta. Tutkimuksessa tarkastellaan myös asiakkaiden käsityksiä ja kokemuksia, mutta asiakkailta kerätty aineisto on suppeampi, joten asiakkaiden näkemyksiä käytetään lähinnä täydentämässä fysioterapeuttien käsityksiä ja kokemuksia.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaiset vuorovaikutukselliset tekijät ovat fysioterapeuttien ja heidän asiakkaidensa käsitysten ja kokemusten mukaan tärkeitä fysioterapian ohjaustilanteessa?
- 2) Millaisia käsityksiä ja kokemuksia fysioterapeuteilla ja heidän asiakkailtaan on fysioterapeutin vuorovaikutuksen kohdentamisesta?
  - millaisista tekijöistä kohdentaminen muodostuu?
  - miten kohdentaminen ilmenee?
  - mitkä ovat kohdentamisen tavoitteet?
- 3) Miten fysioterapeutit käsittävät vuorovaikutuksen mukauttamisen?
  - millaisista tekijöistä mukauttaminen muodostuu?
  - miten mukauttaminen ilmenee?
  - mitkä ovat mukauttamisen tavoitteet?

#### **4.2 TUTKIMUKSEN TIETEENFILOSOFINEN LÄHESTYMISTAPA**

Tutkijan tieteenfilosofinen näkökanta vaikuttaa siihen, miten tutkimus suoritetaan ja miten tutkimusaineisto kerätään. Tutkijan tulee määritellä, millaiset ontologiset ja epistemologiset lähtökohdat ovat tutkimuksen taustalla. (Janhonen & Nikkonen 2001, 14–15.) Epistemologiset eli tietopilliset kysymykset tarkastelevat tiedon luonnetta, sen muodostumista ja tietämisen alkuperää. Tutkijan tulee pohtia sitä, miten hän saa tietoa, millaista tietoa hän saa tutkimuksella, sekä millainen suhde on tutkijan ja tutkittavan välillä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 121.) Tässä tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa fysioterapeuttien ja heidän asiakkaidensa käsityksistä ja kokemuksista, ja tutkijan epistemologinen lähtökohta on se, että tieto on subjektiivista. Tutkimus pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavien henkilöiden kokemuksia ja käsityksiä, eikä se pyri muodostamaan tilastollista yleistettävyyttä. Käsityksiä ja kokemuksia kerättiin haastattelumenetelmällä sekä kyselylomakkeilla, koska niiden

avulla katsottiin saatavan parhaiten tietoa juuri tutkittavien käsityksistä ja kokemuksista.

Ontologia on oppi olevaisen perusolemuksesta. Se esittää kysymyksiä todellisuuden luonteesta. Tutkijan on pohdittava sitä, mikä on tutkittavan ilmiön luonne, mikä on todellista, ja mitä voidaan pitää todisteina. Jos tutkittavana on ihminen, tutkijan on pohdittava ihmiskäsitystensä. (Hirsjärvi Remes & Sajavaara 1997, 121.) Tässä tutkimuksessa ontologinen oletus on se, että tutkittavien henkilöiden käsitykset ja kokemukset ovat heille todellisia, jolloin jokaisen tutkimushenkilön käsitykset ja kokemukset ovat merkittäviä. Toisaalta tutkija olettaa, että absoluuttista totuutta ei tutkimuksella voida tavoittaa, vaan tulkinnalla on tutkimuksessa merkittävä rooli. Tutkittavien kokemukset ja käsitykset ovat heidän tulkintaansa maailmasta. Lisäksi tutkimustulokset sisältävät tutkijan tulkintaa. Tutkija on osa tutkimaansa maailmaa, eikä pelkkä ulkopuolinen tarkastelija.

Tämä tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan ilmiöitä antaen niille merkityksiä (Denzin & Lincoln 1995, 5). Tutkimuksen voi luokitella myös kuvailevaksi. Kuvaileva tutkimus kuvailee tutkittavaa ilmiötä esimerkiksi haastatteluiden ja kyselylomakkeiden avulla (Marshall & Rossman 1995, 41). Laadullinen tutkimus näkee maailman naturalistisen paradigman kautta. Naturalistisen paradigman mukaan ihmisen ominaisuuksia tai toimintaa ei voi yleistää tai ennustaa, vaan jokainen yksilö tai ilmiö on erilainen. Yksilöitä ja ilmiöitä voidaan kuitenkin jollain tasolla ymmärtää. (Borg & Gall 1989, 383.) Ymmärtäminen on osallistuvaa, keskustelevaa ja dialogista. Se on aina sidottu kieleen ja perustuu kysymyksiin ja vastauksiin. Se tuotetaan dialogissa, eikä jälkikäteen analyysissä. Merkitys neuvotellaan tulkinnassa. (Schwandt 2000, 194 – 195.) Tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutuksessa ja vaikuttavat toisiinsa (Borg & Gall 1989, 384). Tutkija siis tekee tulkintoja koko tutkimuksen ajan. Tutkimuskysymykset perustuvat tutkijan tulkintoihin asioista tai ilmiöistä, aineiston keruu perustuu tutkittavien ja tutkijan tulkintoihin, ja analyysi on myös tutkijan tulkintaa. Merkitykset muodostuvat siis tulkinnoista.

Tutkimuksen lähestymistavassa on yhtäläisyyksiä hermeneuttisen tutkimusnäkökulman kanssa. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ihmisten käsityksiä ja ajatuksia, ja ymmärtäminen on myös hermeneuttisen tutkimusotteen tavoite. Hermeneutiikka perehtyy merkitykseen ja sen ymmärtämiseen, ja sen tavoitteena on ymmärtää, mitä ymmärtämisen prosessissa tapahtuu (Schwandt 2000, 196; Weinsheimer 1991, 1). Hermeneutiikan mukaan koko kulttuurinen ja sosiaalinen totuus on merkitysten läpäisemää, jolloin tutkiminen on ilmiöiden merkitysten etsimistä. Hermeneutiikassa ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkitysten oivaltamista, mikä taas perustuu tulkintaan. Tässä tutkimuksessa pyritään oivaltamaan sitä, mitä ohjasutilanteen vuorovaikutus merkitsee fysioterapeuteille ja heidän asiakkailleen. Näiden käsitysten ja kokemusten ymmärtäminen perustuu tutkijan tulkintaan. Hermeneutiikan mukaan ymmärtäminen perustuu niin sanottuun esiyymmärtämiseen. Esiyymmärrys on olemassa ihmisen historian kautta, sukupolvien tuottamana. Tässäkin tutkimuksessa tutkijalla on esiyymmärrys tutkimastaan asiasta. Ensinnäkin tutkija näkee maailman tietynlaisena kulttuurinsa ja historiansa pohjalta. Toiseksi esiyymmärrys tutkittavasta asiasta pohjautuu teoriaan ja aiheesta aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tutkija ei siis lähde aivan puhtaalta pöydältä, vaan hänellä on tietty esiyymmärrys tutkimastaan asiasta. Kuitenkin tämä esiyymmärrys, joka voi olla myös tietynlainen ennakkoluulo asiaa kohtaan, pyritään varsinaisessa ymmärtämisessä ylittämään, ja siihen pyritään luomaan kriittistä etäisyyttä. (Juntunen & Mehtonen 1982, 113–117.) Tässäkin tutkimuksessa tutkija on pyrkinyt tarkastelemaan tutkimustuloksia ”omana itsenään”, nojaamatta liiaksi taustateoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin.

### **4.3 AINEISTONKERUUMENETELMÄT**

Fysioterapeuttien käsityksiä ja kokemuksia kerättiin haastatteluin (ks. liite 1). Tutkimuksessa päädyttiin keräämään aineistoa haastatellen, sillä tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa tutkimushenkilöiden käsityksiä ja

kokemuksia. Haastattelua käytetään aineistonkeruumenetelmänä silloin, kun halutaan painottaa tutkimushenkilöiden subjektiivista näkökantaa (Marshall & Rossman 1995, 80). Haastattelussa haastattelija voi motivoida tutkimushenkilöitä vastaamaan toisin kuin esimerkiksi kyselylomakkeiden käytössä. Lisäksi haastattelussa voidaan säädellä aiheiden järjestystä sekä tarttua haastateltavien esille tuomiin mielenkiintoisiin seikkoihin ja kysyä niistä lisäkysymyksiä. Haastattelussa voidaan tarkentaa tutkimushenkilöiden vastauksia ja ohjata haastateltavia puhumaan tutkimuksen kannalta relevanteista asioista. Niinpä haastattelun avulla yleensä saadaankin syvällisempää tietoa kuin muiden metodien kautta. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 15–16; Borg & Gall 1989, 446.) Toisaalta haastattelun kulkuun vaikuttaa haastattelijan taito haastatella, ja haastattelu on tutkijalle vaikeampi kuin esimerkiksi kyselylomakkeen käyttö (Hirsjärvi & Hurme 1988, 16).

Fysioterapeuttien haastattelut suoritettiin temahaastatteluina. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa järjestystä eikä muotoa. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 35–36.) Teemahaastatteluun päädyttiin siksi, että se mahdollistaa haastateltavalle strukturoitua haastattelua laajemmat mahdollisuudet yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. Tällöin merkityksillä ja niiden rakentumisella on iso rooli. Haastattelun osapuolet tekevät kuulemansa kautta päätelmiä toistensa käsityksistä, ajatuksista ja tunteista. Puhe ei yleensä ole niin avointa, että jokainen sana voidaan ymmärtää juuri sellaisena kuin se esitetään. Silloin on myös mahdollista, että tulkinnoissa tapahtuu virheitä. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 48.)

Teemat takaavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttu edes jossain määrin samoista asioista. Haastattelija siis ohjaa haastattelua oman tutkimuskysymyksensä kautta – haastattelu on vapaata keskustelua, mutta taustalla on ohjaava suunnitelma. Teemahaastattelussa otannalla on erilainen merkitys kuin standardoidussa haastattelussa, jossa valitaan



edustava joukko haastateltavia. Tässä tutkimuksessa fysioterapeuttien valinnalla ei ollut erityisiä kriteerejä. Erilaisista lähtökohdista ja taustoista tulevat ihmiset tarjoavat erilaista tietoa. Heillä on erilaisia tarinoita kerrottavana, joita kannattaa kuunnella. Myös reliabiliteetilla ja validiteetilla on standardoidussa ja teemahaastattelussa erilainen merkitys. (Eskola & Suoranta 1999, 88–89; Holstein & Gubrium 1995, 26, 73–76.)

Tutkimuksessa haastateltiin yhteensä kahdeksaa fysioterapeuttia sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Haastatelluista fysioterapeuteista puolet on miehiä ja puolet naisia. Haastatelluilla fysioterapeuteilla on erilaiset taustat työkokemukseltaan ja koulutukseltaan. Tutkija otti yhteyttä fysioterapeutteihin sähköpostitse, jossa hän kertoi olevansa puheviestinnän ja fysioterapian opiskelija ja tekevänsä opinnäytetyötäni. Sähköpostissa kerrottiin tutkimuksen alustavan otsikko sekä lyhyesti tutkimuksen tavoitteesta, tutkimusmenetelmästä, teoriasta ja tutkimusaikataulusta. Fysioterapeutteja pyydettiin osallistumaan haastatteluun, joka kestäisi korkeintaan tunnin verran. Lisäksi sähköpostissa kerrottiin, että tutkija haluaa jokaisen haastateltavan fysioterapeutin jakavan kyselylomakkeet kahdelle asiakkaalleen. Halukkaat terapeutit ottivat tutkijaan sähköpostin kautta yhteyttä, ja haastatteluajat sovittiin.

Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut tapahtuivat fysioterapeuttien työtiloissa. Ennen haastattelujen alkua tutkija kertoi lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta. Haastattelut aloitettiin kyselemällä yleisesti fysioterapeutin koulutuksesta, sen hetkisestä työstä, kuten asiakassuhteiden luonteesta ja ajallisesta kestävyydestä. Tämän jälkeen haastattelut etenivät kolmen eri teeman ympärillä. Teemat muodostettiin tutkimuskysymysten ja taustateorian pohjalta. Haastattelun teemat ja haastattelurunko on esitetty liitteessä 1. Jokaisessa haastattelussa käytiin läpi samat teemat, mutta kysymysten järjestys saattoi vaihdella, eikä kaikilta kysytytä täysin samoja kysymyksiä. Osa fysioterapeuteista saattoi kertoa teemojen asioista oma-aloitteisesti, jolloin kaikkia kysymyksiä ei tarvinnut kysyä. Jos fysioterapeutilla oli paljon kokemuksia ja kerrottavaa jostain tietystä aiheesta, viivytettiin aiheessa pidempään, ja aiheeseen liittyen

esitettiin lisäkysymyksiä, joita ei ollut haastattelurungossa. Haastattelurunko kuitenkin takasi sen, että kaikkien fysioterapeuttien kanssa käytiin läpi suunnilleen samat asiat.

Haastattelun ensimmäinen teema koski ohjaustilannetta ja sen vuorovaikutusta yleisellä tasolla. Tämän teeman tarkoituksena oli saada mahdollisimman avointa tietoa ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta, jolloin kysymykset olivat melko laajoja ja yleisiä. Fysioterapeutteja pyydettiin muun muassa kuvaamaan ohjaustilannetta, kertomaan millaisista asioista ohjaaminen koostuu, ja mikä ohjaamisessa on tärkeää. Lisäksi kysyttiin muun muassa viestinnän roolista vuorovaikutustilanteessa. Tällaisilla avoimilla kysymyksillä saatiin tietoa fysioterapeuttien käsityksistä vuorovaikutuksesta ja ohjaamisesta. Lisäksi tällainen avoin osio toimi ikään kuin ”lämmittelynä” tarkempia ja vaikeampia kysymyksiä ennen.

Toinen haastattelun teema käsitteli vuorovaikutuksen kohdentamista. Siinä käytiin läpi muun muassa erilaisten asiakkaiden vaikutusta terapiatilanteeseen, asiakkaiden oppimista, ymmärtämistä, motivoimista ja kuuntelemista. Kysymyksissä edettiin laajemmista seikkaperäisempiin. Haastattelun kolmantena teemana olivat mukauttamiseen liittyvät asiat, jossa pyydettiin fysioterapeutteja pohtimaan ja kuvailemaan puhettaan ohjaustilanteessa. Heitä pyydettiin muun muassa arvioimaan sitä, muuttuuko oma puhe jollain tavoin eri tilanteissa tai eri asiakkaiden kanssa. Yleisen pohdinnan jälkeen kyseltiin seikkaperäisempiä kysymyksiä muun muassa äänenkäytöstä, puhenopeudesta ja murteesta. Haastattelujen lopuksi kysyttiin vielä, oliko terapeuteilla mielessä vielä jotain, josta he olisivat halunneet puhua.

Fysioterapeutit suhtautuivat haastatteluihin mielenkiinnolla, ja tutkija koki jokaisen haastattelun ilmapiirin avoimeksi ja hyväksi. Haastattelujen alussa oli muutamassa tapauksessa havaittavissa hieman molemminpuolista jännitystä. Tutkijaa epäilytti oma pätevyytensä haastattelijana ja se, miten haastateltavat suhtautuisivat haastatteluun. Haastateltavia taas ehkä huoletti se, osaavatko he antaa vastauksia. Muutama haastateltava toi alussa esille

oman huolensa siitä, että viestintäala ei ole tuttu, jolloin he epäilivät omaa kyvykkyyttään antaa vastauksia kysymyksiin. Pari haastateltavaa arasteli myös nauhurin käyttöä, mutta tutkija vakuutti fysioterapeuteille, että nauhuri on vain helpottamassa tutkijan työtä, ja on täysin luottamuksellinen, sekä yritti keventää ilmapiiriä vitsailemalla siitä, miltä itse kuulostaa nauhalli. Pienen alkujännityksen jälkeen tilanteet sujuivat hyvin, ja pariin otteeseen haastateltava totesi lopussa, että jutustelua olisi voinut jatkaa pidempääkin, josta tutkija päätteli haastateltavan viihtyneen haastattelutilanteessa.

Fysioterapeuttien asiakkailta kerättiin tietoa kyselylomakkein. Tutkija pyysi jokaista haastateltua fysioterapeuttia jakamaan kahdelle asiakkaalleen täytettäväksi kyselylomakkeen, jonka asiakkaat palauttivat postitse palautuskuorella. Fysioterapeutit valitsivat itse asiakkaat, joille lomakkeet jaettiin. Asiakkaiden valinnalla ei ollut muuta kriteeriä kuin se, että heidän terapiaansa sisältyi liikkeiden ohjausta. Toivomuksena oli myös se, että asiakkaat ovat käyneet terapiassa muutaman kerran, jolloin heillä on parempi kuva siitä, mitä fysioterapian ohjaustilanteessa tapahtuu. Tämä ei kuitenkaan kaikkien kohdalla ollut mahdollista, sillä osalla fysioterapeuteista oli vain lyhyitä asiakaskontakteja. Tämän ei kuitenkaan ajateltu haittaavan, sillä fysioterapian asiakkaat ovat hyvin erilaisia ja myös hoitosuhteet poikkeavat paljon toisistaan esimerkiksi ajallisesti. Erilaisten asiakkaiden katsottiin rikastuttavan tutkimusaineistoa. On mielenkiintoista tarkastella sitä, miten kohdentaminen ja mukauttaminen ilmenevät silloin, kun fysioterapeutti tapaa asiakkaan vain kerran tai kaksi.

Asiakkaiden kohdalla tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkein (liite 2). Kyselylomaketta käytettiin siksi, että sen ajateltiin olevan helpompi tapa saada asiakkaat tutkimukseen mukaan. Kyselylomakkeet annettiin asiakkaille kotiin, jotta he saisivat rauhassa miettiä vastauksia. Palautus tapahtui postitse palautuskuorella. Kyselylomakkeiden kaikki kysymykset olivat avoimia. Näin pyrittiin saamaan samankaltaista tietoa kuin mitä haastattelut olisivat mahdollisesti antaneet. Kyselylomakkeiden huonona puolena on se, että vastaajilla ei ole mahdollisuutta esittää kysymyksiä, jos

he eivät ymmärrä lomakkeen kysymyksiä täysin. Tutkija antoi kuitenkin sähköpostiosoitteensa mahdollisia kysymyksiä varten. Lomakkeet esitettiin muutamalla henkilöllä, jotta kysymyksistä saatiin mahdollisimman selkeät ja toimivat.

Kyselylomakkeiden kysymykset perehtyvät ohjaustilanteeseen ja sen vuorovaikutukseen. Kysymykset on esitetty liitteessä 2, mutta niiden jäljessä ollut vastaustila on jätetty pois. Vastaustilaa oli lomakkeissa puoli sivua kysymystä kohti. Ensimmäiseksi asiakkaita pyydetään kyselylomakkeessa kuvailemaan ohjaustilannetta ja sitä, mitä siinä tapahtuu. Kysymyksen tarkoituksena on orientoida vastaajat ajattelemaan ohjaustilannetta sekä saada asiakkaiden omia käsityksiä siitä, millainen ohjaustilanne on. Seuraavaksi asiakkaita pyydetään kuvailemaan ohjaustilanteen vuorovaikutusta. Kuvailun helpottamiseksi on annettu myös tarkempia kysymyksiä muun muassa siitä, kuka puhuu ja mistä puhutaan. Asiakkailta kysytään myös sitä, miten liikkeiden ohjaaminen tapahtuu, ymmärtääkö hän annetut ohjeet, ja mitkä tekijät helpottavat tai vaikeuttavat ymmärtämistä. Näillä kyselylomakkeen alkupään kysymyksillä pyritään saamaan tietoa ohjaustilanteesta ja sen viestinnästä yleisemmällä tasolla. Seuraavaksi kyselylomakkeissa kysytään sitä, miten annetut ohjeet soveltuvat asiakkaalle. Tällä pyritään saamaan tietoa siitä, ovatko ohjeet kohdennettu asiakkaalle. Lisäksi kysytään sitä, mikä helpottaa tai vaikeuttaa liikkeiden oppimista. Myös tällä kysymyksellä pyritään tarkastelemaan, onko ohjeiden kohdentaminen onnistunut. Seuraavaksi kyselylomakkeessa kysytään sitä, miten paljon terapeutti kertoo asiakkaille siitä, mitä hän tekee ja miksi. Kirjallisuuden perusteella on tärkeää kertoa asiakkaille, mitä tapahtuu ja miksi, jotta he saavat tilanteesta kattavan kuvan. Tällä kysymyksellä pyrittiin tarkistamaan sitä, mitä terapeutti kertoo tilanteessa.

Asiakkaita pyydetään kuvailemaan myös fysioterapeutin puhetta. Tämän kysymyksen tarkoituksena on saada selville, millaiseksi asiakkaat kokevat terapeutin puheen. Onko se heidän mielestään ymmärrettävää ja miellyttävää? Eli onko puhe kohdennettua ja myös mukautettua? Asiakkailta kysytään myös sitä, miten fysioterapeutti ottaa huomioon

asiakkaan tietämyksen ja kokemuksen. Lisäksi asiakkailta kysytään terapatilanteen ilmapiiristä ja siitä, kokevatko he tullessa kuulluksi. Lopuksi kysytään vielä, mikä asiakkaiden mielestä on tärkeää ohjaustilanteen viestinnässä.

Asiakkaiden vastaukset vaihtelivat hyvin paljon syvyydessä ja laajuudessa. Jokaisen kysymyksen vastaamiseen oli jätetty tilaa puoli sivua. Osa vastaajista käytti koko tilan ja jatko vastausta vielä paperin takapuolelle, kun taas osa vastaajista vastasi kysymyksiin parilla lauseella tai vain parilla sanalla. Kysymykset oli ymmärretty pääsääntöisesti hyvin, mutta joidenkin vastaajien lyhyet vastaukset saattavat kertoa siitä, että he eivät olleet varmoja siitä, miten kysymyksiin tulisi vastata. Asiakkaiden aineisto jäikin aika suppeaksi, joten fysioterapeuttien vastaukset painottuvat analyysissä ja tuloksissa. Heidän haastatteluistaan saatiin enemmän ja syvempää tietoa kuin asiakkaiden kyselylomakkeista. Alun perin tarkoituksena oli peilata fysioterapeuttien ja asiakkaiden vastauksia toisiinsa, mutta koska asiakkaiden osalta aineisto jäi pieneksi, käytetään asiakkaiden aineistoa lähinnä tukemassa fysioterapeuttien haastatteluaineistoa.

#### **4.4 AINEISTON ANALYYSI**

Ennen aineiston analysointia tutkija perehtyi laadullisen aineiston analyysia käsittelevään kirjallisuuteen. Tarkemmin tutkija perehtyi kahteen eri teokseen (Tesch, R. 1990 & Dey, I. 1993), joiden pohjalta analyysi suoritettiin. Aineiston analyysi suoritettiin teemoittelemalla. Haastattelut litteroitiin melko sanatarkasti. Selkeästi tutkimuksen kannalta merkityksettömät keskustelut, kuten fysiologisiin seikkoihin takertuminen, jätettiin litterointivaiheessa pois. Litteroinnin jälkeen haastattelut luettiin läpi useaan otteeseen. Myös kyselylomakkeet luettiin läpi useaan kertaan. Lukemisvaiheessa tutkija esitti aineistolle erilaisia kysymyksiä, kuten mitkä seikat liittyvät kohdentamiseen, mitkä mukauttamiseen, miksi kohdennetaan, miksi mukautetaan, jne. Tämän jälkeen haastattelut ja kyselylomakkeet käytiin läpi alleviivaten teorioiden pohjalta

kohdentamiseen ja mukauttamiseen liittyviä seikkoja sekä muita ohjaukseen ja vuorovaikutukseen liittyviä asioita. Aineiston analyysi tapahtui siis osaksi abduktiivisesti, sillä apuna käytettiin mukauttamisen teoriaa, sekä aikaisemmista tutkimuksista esille tulleita asioita kohdentamiseen ja ohjaukseen liittyen. Analyysissa ei kuitenkaan esiintynyt puhdasta abduktiivista päättelyä, sillä aineiston avulla ei pyritty todentamaan mitään teoriaa, vaan teoriaa käytettiin apuna kysymysten muotoilussa sekä aineiston teemoittelussa. Vaikka teoriaa ja aikaisempia tutkimustuloksia käytettiin apuna tutkimuskysymysten muotoilussa ja aineiston tarkastelussa, pyrittiin aineistoa tarkastelemaan kuitenkin mahdollisimman ennakkoluulottomasti. Tutkija pyrki esimerkiksi löytämään aineistosta kohdentamiseen liittyviä seikkoja mahdollisimman avoimesti ja pyrki miettimään, kokivatko fysioterapeutit kohdentamiseksi sellaisia asioita, joita ei kirjallisuudessa ollut mainittu, koska kirjat perehtyivät enimmäkseen kohdentamiseen esiintymiskontekstissa. Aineiston tarkastelussa oli siis myös induktiivisia piirteitä – tarkoituksena oli antaa aineiston puhua ilman ennako-oletuksia. Niinpä aineistosta nousikin esille uusi tutkimuskysymys.

Alleviivauksen jälkeen aineistolle annettiin kategoriat. Kategorioiden luonti on yksi aineiston analyysin tärkeimmistä vaiheista, sillä sen perusteella aineisto organisoidaan ja käsitteellistetään (Dey 1993, 112). Alleviivattujen asioiden perusteella kategorioiksi muodostuivat kohdentaminen, mukauttaminen ja muut ohjaustilanteen vuorovaikutukseen liittyvät seikat. Jotta aineisto pystyttiin jakamaan kategorioiden alle, annettiin alleviivatuille asioille koodit. Nämä koodit kehitettiin kategorioiden perusteella, eli ne pohjautuvat tutkimuskysymyksiin ja haastattelun teemoihin sekä suoraan aineistosta esille nousseisiin seikkoihin. Kohdentamiseen ja mukauttamiseen liittyvät koodit syntyivät lähinnä teoriakirjallisuuden perusteella, mutta koodeja ei muodostettu siten, että ne olisi kehitetty kirjallisuuden perusteella ja lähdetty sitten etsimään niitä aineistosta, vaan koodit tehtiin aineiston perusteella saaden kirjallisuudesta vihjeitä siitä, millaisia asioita voisi esimerkiksi kohdentamiseen liittyen lähteä etsimään. Ohjaamiseen ja muut vuorovaikutukseen liittyvät koodit muodostuivat lähes täysin aineiston perusteella, eli aineistosta etsittiin ohjaamiseen ja vuorovaikutukseen

liittyviä, useasti esiintyviä seikkoja, joille annettiin koodit. Koodit käsittivät lähinnä lauseita ja kappaleita, ja ne erotettiin toisistaan numero- ja kirjainyhdistelmällä, esimerkiksi lause tai kappale, jossa esiintyi kuuntelemiseen liittyviä seikkoja, sai koodin 1k, jossa ykkönen viittaa sen liittyvän kohdentamiseen, ja k on kuuntelemisen koodi. Joissain lauseissa saattoi esiintyä useamman koodin alle kuuluvia seikkoja, jolloin lauseen ylle kirjoitettiin kaikki nämä koodit. Koodauksen jälkeen aineisto jaoteltiin kategorioiden eli teemojen alle. Jokaisen teeman alle luokiteltiin siis niihin kuuluvia asioita, ja näillä asioilla oli jokin tietty koodi. Kohdentamisen teeman alle muodostui alkuvaiheessa 17 koodattua asiaa, kuten kuuntelemiseen, sanastoon, ohjauskeinoihin ja asiakkaaseen liittyviä seikkoja. Mukauttamisen teeman alla oli 10 koodattua asiaa, jotka liittyivät muun muassa ääneen, puhenopeuteen, murteeseen ja tiedostamiseen. Ohjaamisen alle kertyi 20 koodattua asiaa, kuten huumoriin, ilmapiiriin, asiantuntemukseen, persoonallisuuteen, kipuun ja motivointiin liittyviä seikkoja. Jotkin lausahdukset saattoivat kuulua yhtäaikaaisesti kahden teeman tai koodin alueelle, jolloin ne merkittiin molempiin. Koodeihin merkittiin, mistä haastattelusta ja miltä sivulta ne olivat, jotta ne olivat aina palautettavissa aineistoon.

Aineiston analyysi tapahtui muodostuneiden teemojen ja koodien perusteella. Näiden pohjalta kirjoitettiin alustavat tulokset, jolloin teemat ja koodit vielä muotoutuivat, esimerkiksi jotkin ohjaamisen alle koodattujen asioiden huomattiin kuuluvan paremmin kohdentamisen alle. Lisäksi koodeja yhdisteltiin, jolloin loppujen lopuksi koodit olivat aineiston organisointia helpottavia tekijöitä, eikä tuloksissa esitellä asioita alkuperäisten koodien mukaisesti, toisin sanoen lukija ei löydä kohdentamisen luvun alta 17 eriteltyä seikkaa. Tulosten kirjoittamisen vaiheessa teemoja mietittiin vielä uudelleen. Aineisto luettiin uudelleen läpi pariin kertaan, ja sille esitettiin kysymyksiä. Tämän jälkeen muodostettiin lopulliset teemat, joiden perusteella tuloksia muokattiin uudelleen eli asioita yhdisteltiin ja niiden merkityssuhteita mietittiin. Esimerkiksi kuunteleminen oli alun perin koodattu kohdentamisen alle, mutta analyysin aikana huomattiin sen olevan merkittävä tekijä sekä kohdentamisessa,

mukauttamisessa että ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa ylipäänsä, jolloin kuuntelemisesta muodostui oma teemansa. Lopullisiksi teemoiksi asioiden yhteyksien etsimisen ja kysymysten esittämisen jälkeen muodostuivat ohjaustilanteen vuorovaikutussuhde, kuunteleminen, kohdentaminen ja mukauttaminen.



## 5 TULOKSET

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla ja heidän asiakkaillaan on fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Tarkasteltavia aiheita ovat ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa tärkeiksi koetut seikat sekä fysioterapeutin viestinnän kohdentaminen ja mukauttaminen. Tarkoituksena on selvittää sitä, mitkä seikat koetaan tärkeiksi fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa fysioterapian ohjaustilanteessa. Tutkimus pyrkii vastaamaan siihen, millaisista vuorovaikutuksellisista tekijöistä ohjaustilanne muodostuu, ja millainen rooli kohdentamisella ja mukauttamisella on ohjauksessa. Tarkoituksena on selvittää, millaisista asioista kohdentaminen ja mukauttaminen koostuvat fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsitysten ja kokemusten mukaan sekä sitä, miten kohdentaminen ja mukauttaminen ilmenevät ohjaustilanteessa. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden vastauksia ei verrata toisiinsa, vaan painotus on fysioterapeuttien kokemuksilla ja käsityksillä, jolloin asiakkaiden käsityksillä täydennetään fysioterapeuttien kertomaa. Niinpä fysioterapeuttien ja asiakkaiden vastauksia ei esitetä eri kappaleissa, vaan ne kulkevat tekstissä rinnastusten.

Tutkimustulokset esitellään kolmessa eri luvussa. Luvut on muodostettu kolmen eri teeman ympärille. Teemat muodostuivat taustateorian ja aineiston perusteella. Ensimmäisessä luvussa tarkastellaan fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Luvussa pyritään vastaamaan siihen, millaiset seikat vuorovaikutuksessa koetaan tärkeiksi. Aineiston tarkastelu lähtee liikkeelle tästä siksi, että aineiston perusteella vuorovaikutussuhde tuntui olevan ohjaamisen ja siten myös kohdentamisen ja mukauttamisen taustalla oleva tekijä. Siksi ohjaustilanteen vuorovaikutusta kuvataan ennen kuin siirrytään spesifimpien kohdentamisen ja mukauttamisen ilmiöiden tarkasteluun.

Toisessa luvussa tarkastellaan fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä fysioterapeutin viestinnän ja ohjaamisen kohdentamisesta. Aineiston

analyysissa tämän teeman alle luokiteltiin haastatteluissa ja kyselyissä esille tulleita seikkoja, joiden pääteltiin kuuluvan kohdentamiseen. Luvussa pyritään vastaamaan siihen, millaisista seikoista kohdentaminen koostuu fysioterapian ohjaustilanteessa, miten kohdentaminen ilmenee sekä mihin kohdentamisella pyritään.

Kolmannessa luvussa tarkastellaan käsityksiä mukauttamisesta. Teeman alle luokiteltavien asioiden perustana käytettiin mukauttamisen teoriaa. Luvussa pyritään vastaamaan siihen, millaisia kokemuksia fysioterapeuteilla on mukauttamisesta fysioterapian ohjaustilanteessa. Mistä seikoista mukauttaminen koostuu? Miten mukauttaminen ilmenee? Mitkä ovat mukauttamisen tavoitteet? Onko mukauttaminen tiedostettua vai tiedostamatonta? Asiakkailta ei fysioterapeuttien mukauttamisesta voinut kysyä, koska he eivät tiedä, milloin fysioterapeutti mukauttaa puhettaan, mutta kappaleessa tarkastellaan sitä, millaiseksi asiakkaat kokevat fysioterapeutin puheen.

## **5.1 KÄSITYKSIÄ OHJAUSTILANTEEN VUOROVAIKUTUKSESTA**

### **5.1.1 Vuorovaikutuksen tavoitteet ohjaustilanteessa**

Tutkimuksessa haastatellut fysioterapeutit kertoivat fysioterapeutin työn olevan nykyisin suurimmaksi osaksi asiakkaiden / potilaiden ohjaamista. Lähes jokaisen potilaskontaktin kerrottiin sisältävän ohjaamista. Fysioterapeuttien mukaan ohjaamisen tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn kokonaisvaltainen parantaminen. Haastatteluiden perusteella fysioterapeutit käsittävät ohjaamisen termillä useita eri asioita, kuten liikkeiden ohjaamista, apuvälineiden käytön opetusta, opastamista ja tiedon antoa siitä, miten asiakas voi itse hoitaa omaa sairauttaan sekä elämän hallinnan ohjaamista. Fysioterapeuttien mukaan ohjaaminen sisältää siis myös opettamista ja neuvontaa.

”Ohjausta sisältyy jokaiseen potilaskontaktiin. Jokainen potilas saa ohjeita, opastusta ja tietoa, ohjeita siitä, miten hän voi itse hoitaa omaa sairauttaan tai käyttää jotain täällä annettuja välineitä, tai miten hänen tulisi harjoitella. Työ on nimenomaan ohjausta.”  
(F3)

Useimmat haastattelut aloitettiin kysymällä, millainen rooli ohjauksella on fysioterapiassa, ja mitä ohjauksella tarkoitetaan. Tällöin kävi ilmi, että ohjaus on paljon muutakin kuin liikkeiden ohjausta. Esimerkkejä kertoessaan fysioterapeutit puhuivat kuitenkin lähes aina liikkeiden ohjauksesta, ja haastatteluissa perehdyttiinkin ohjaamisen osa-alueista enimmäkseen liikkeiden ohjaukseen. Vaikka haastattelukysymyksissä puhuttiin yleisesti ohjaamisesta, ei ainoastaan liikkeiden ohjaamisesta, orientoi yhteydenottokirje fysioterapeutteja ajattelemaan liikkeiden ohjaamista, sillä siinä toivottiin tutkimukseen osallistuvien potilaiden hoitoon kuuluvan liikkeiden ohjausta. Lisäksi liikkeiden ohjauksesta on ehkä helpompi kertoa konkreettisia esimerkkejä, sillä asiakkaan oppiminen näkyy ohjaustilanteessa. Pari fysioterapeuttia halusi haastattelutilanteessa tarkennuksen siitä, puhutaanko haastattelussa nimenomaan liikkeiden ohjaamisesta vai ylipäänsä kaikenlaisesta ohjaamisesta. Tällöin sovittiin, että puhutaan selvyuden vuoksi ensisijaisesti liikkeiden ohjaamisesta, mutta myös muut ohjaamiseen liittyvät seikat ja esimerkit saa kertoa, jos sellaisia tulee mieleen.

Fysioterapeuttien mukaan ohjauksen tavoitteena on se, että asiakas saa ohjauksesta tukea oman elämänsä hallintaan. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä ohjauksella siihen, että asiakas ei ole enää riippuvainen fysioterapeutista, vaan etsii itse aktiivisesti ratkaisuja oman tilanteensa helpottamiseksi. He kertoivat, että tavoitteena on myös integroida vaivan hoitaminen asiakkaan arkeen siten, että se sujuu mahdollisimman sujuvasti ja rutiininomaisesti.

Fysioterapeuttien mukaan ohjaamisen tavoitteisiin pyritään viestinnän keinoin. Fysioterapeuttien kertoman mukaan tärkeimpiä seikkoja ohjaustilanteessa ovat vuorovaikutuksellisuus ja ohjauksen ratkaisukeskeisyys, potilaan kuunteleminen ja havainnoiminen, potilaan

motivoiminen ja aktivoiminen, potilaan tukeminen, sekä se, että potilas ymmärtää mitä ja miksi ollaan tekemässä.

Vuorovaikutuksella kerrottiin olevan useita eri tavoitteita. Ensimmäkin tavoitteeksi mainittiin hyvän ilmapiirin luominen. Hyvän ilmapiirin arveltiin rohkaisevan asiakasta osallistumaan mukaan keskusteluun. Fysioterapeutit pitivät asiakkaan osallistumista tärkeänä. Sen tarkoituksena kerrottiin olevan ratkaisujen etsiminen asiakkaan vaivaan yhdessä asiakkaan kanssa. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä siihen, että asiakas kokee itsensä tasavertaiseksi fysioterapeutin kanssa. Haastatteluiden perusteella vuorovaikutuksella on tärkeä rooli fysioterapeutin ja asiakkaan välisen suhteen luomisessa ja ylläpitämisessä. Fysioterapeuttien painottamia seikkoja ovat tasavertaisuus, vastavuoroisuus ja asiakkaan aktiivisuus.

Toinen viestinnän tavoite haastattelujen perusteella on asiakkaan oppimisen ja ymmärtämisen helpottaminen. Fysioterapeutit kertoivat, että on tärkeää, että asiakas tietää, mitä tehdään ja miksi tehdään, jotta ohjaaminen onnistuu. Fysioterapeutit kuvasivat viestintää muun muassa välineeksi, jonka avulla rakennetaan tieto yhdessä asiakkaan kanssa. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä koko ajan havainnoimaan ja kuuntelemaan asiakasta saadakseen vinkkejä siitä, onko asiakas ymmärtänyt, ja siitä, millainen vuorovaikutus ja ohjaaminen toimivat parhaiten juuri tietyn asiakkaan kanssa. Ymmärtämisen helpottamisessa käytettiin paljon kohdentamisen keinoja, joita kuvaillaan myöhemmin.

Lisäksi viestintä toimii fysioterapeuttien mukaan motivoivavälineenä. Fysioterapeutit kertoivat asiakkaiden yleensä olevan valmiiksi motivoituneita terapiaan tullessa, mutta motivointia tarvitaan silti, sillä kuntoutuminen voi joskus olla hidasta tai harjoitusohjelman toteuttaminen kivuliasta.

### 5.1.2 Fysioterapeutin ja asiakkaan roolit vuorovaikutuksessa

Haastatellut fysioterapeutit käsittävät vuorovaikutuksellisuudeksi sen, että viestintä on molemminpuolista. Tällöin asiakkaat ovat mukana keskustelussa, eikä keskustelu ole fysioterapeutin yksinpuhelua. Fysioterapeutit kertoivat, että on tärkeää kuunnella asiakasta ja antaa asiakkaalle tilaisuus ottaa osaa keskusteluun. Terapeuttien mukaan molemminpuolisella viestinnällä pyritään luomaan terapiatilanteeseen tasavertainen ilmapiiri, saamaan tietoa siitä, onko asiakas ymmärtänyt ohjatun asian vai ei sekä tietoa asiakkaan tiedoista, taidoista, asenteista, mielipiteistä, uskomuksista, resursseista, rutiineista, tunteista ja motivaatiosta. Vastavuoroisella viestinnällä pyrittiin myös pääsemään asiakkaan kanssa yhteisymmärrykseen. Terapeutit pitivät tärkeänä yhteisymmärryksen synnyttämistä.

”Ihmisten välinen vuorovaikutus on ainakin hyvin tärkeä asia. Mä pyrin siihen, että se tapahtuu semmosessa yhteisymmärryksessä että mä en niin ku vaan kaatas sitä tietoo toisen niskaan.” (F4)

Yhteisymmärryksellä terapeutit tarkoittavat sitä, että päätökset ja ratkaisut tehdään yhdessä, ja niissä on otettu huomioon sekä terapeutin että asiakkaan näkemykset. Lisäksi yhteisymmärrys tarkoittaa sitä, että molemmat tietävät, mitä ollaan tekemässä ja miksi. Terapeuttien mukaan on tärkeää ottaa asiakas mukaan pohtimaan ratkaisua ongelmiin ja asettamaan tavoitteet. Yhteiset tavoitteet ovat olennaiset terapian onnistumisen kannalta.

Vastavuoroisen viestinnän tavoitteena pidettiin myös sitä, että asiakas ei koe terapeutin olevan hänen yläpuolellaan, vaan kokee olevansa terapeutin kanssa tasavertainen. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä asiakkaan kuuntelemisella ja keskusteluun mukaan ottamisella luomaan asiakkaille sellaisen tunteen, että he ovat terapeuttien kanssa tasa-arvoisia. Fysioterapeuttien kertoman mukaan tasavertainen suhde onnistuu usein ainakin siinä mielessä, että fysioterapeutin ja potilaan välinen suhde koetaan yleensä välittömämmäksi ja avoimemmaksi kuin esimerkiksi lääkärin ja potilaan välinen suhde, eikä fysioterapeutteja pidetä samalla tavalla

auktoriteetteina kuin lääkäreitä. Fysioterapeutit kertoivat, että asiakkaat esimerkiksi kysyvät fysioterapeutilta selityksiä lääkärin kertomiin asioihin. Tämä saattaa fysioterapeuttien mukaan tarkoittaa sitä, että fysioterapeuteilta uskalletaan kysyä helpommin kuin lääkäreiltä. Fysioterapeuttien mukaan tämä on osoitus siitä, että suhde on avoin, ainakin jossain määrin tasavertainen ja läheisempi kuin esimerkiksi lääkäri–potilassuhde. Läheisen suhteen rakentumiseen kerrottiin vaikuttavan muun muassa sen, että tapaamiskertoja on usein enemmän kuin esimerkiksi lääkäriillä käyntejä, ja sen, että fysioterapiaan liittyy paljon koskettamista ja toisen lähellä oloa.

”Kyllä ilmeisesti fysioterapeutille on helpompi sanoa asioista ja kysyä. Monet esimerkiksi tulee jonku lääkärin lausunnon kanssa ja pyytää suomennosta, että mitähän tää tarkoittaa. Että lääkäriltä ei niinkään uskalleta kysyä. Että jännittää sellasta auktoriteettia enemmän. Ja tietenki fysioterapeutilla on useempia kontakteja siihen potilaaseen, että tulee sellanen luottamuksellisempi ja helpompi toimii useella kerralla.” (F2)

Osa terapeuteista myönsi, ettei vuorovaikutus aina onnistu vastavuoroisesti, vaan joskus viestintä on ylhäältä päin tulevaa eli terapeuttijohtoista. Tämän arveltiin johtuvan muun muassa siitä, ettei koulutuksessa ole painotettu tarpeeksi vuorovaikutustaitoja sekä siitä, että usein asiakkaat haluavat antaa ohjat asiantuntijalle eli fysioterapeutille, sillä heillä ei itsellä ole tietoa tai aikaisempaa kokemusta omasta ongelmastaan. He odottavat, että fysioterapeutti asiantuntijana johtaa tilannetta ja antaa tietoa ja ohjeita.

”Vuorovaikutuksen pitäis olla molemminsuuntaista, mut kyllähän se usein on, ainakin itse huomaa, että se on sellaista ylhäältä päin tapahtuvaa, että fysioterapeutti kertoo, mitä pitää tehdä ja potilaan pitää totella... (naurahdus). Mä uskon, että se on perua siitä, että on koulutettu hoitajaks, eikä oo koulutettu niitä vuorovaikutus- ja viestintätaitoja.” (F2)

Myös asiakkaat kertoivat kokevansa viestinnän vastavuoroisuuden tärkeäksi ohjausviestintälanteen vuorovaikutuksessa. Heidän mukaansa on tärkeää, että ohjaaminen lähtee heidän tarpeistaan käsin, jolloin viestinnän vastavuoroisuudella on iso rooli. Asiakkailla oli myönteisiä kokemuksia vastavuoroisuuden onnistumisesta. He kertoivat kokeneensa, että fysioterapeutti ottaa heidät keskustelussa huomioon tasavertaisina kumppaneina, eikä pelkästään puheen kohteena ja vastaanottajana. He kertoivat, että keskustelua ja kysymyksiä syntyy puolin ja toisin molempien

tarpeista lähtien. Se, että terapeutti ottaa asiakkaan tasavertaisena keskusteluun mukaan, saa asiakkaat kyselylomakkeiden perusteella kokemaan itsensä tasavertaiseksi fysioterapeutin kanssa, eikä pelkäksi passiiviseksi potilaaksi.

”Viestinnän tulee olla molemminpuolista sekä molemmilta osapuolilta vastaanottavaista. Myös se on tärkeää, että molemmat kokevat oikeudekseen tuoda ajatuksensa esille ja kommunikointi on vastavuoroista. Toisen huomioonottaminen on myös ehdoton edellytys, jotta ohjaustilanne on ylipäänsä järkevää. Fysioterapeutti otti minut huomioon tasavertaisena keskustelukumppanina, eikä potilaana.” (A8)

Viestinnän tasavertaisuuden ja vastavuoroisuuden kerrottiin vaikuttavan myös keskustelun miellyttävyyteen. Avoimuus ja tasavertaisuus koetaan miellyttävänä. Lisäksi kyselylomakkeissa kävi ilmi, että vastavuoroinen viestintä lisää luottamuksen tunnetta. Kun asiakkaat kokevat terapeutin ottavan heidät tosissaan ja kunnioittavan heitä, lisää se asiakkaissa luottamuksen tunnetta terapeuttia kohtaan.

### **5.1.3 Kuunteleminen ohjaamisen lähtökohtana**

Asiakkaan huomioon ottamisessa ja tasavertaisen suhteen luomisessa on kuunteleminen keskeisellä sijalla. Kaikki haastatellut fysioterapeutit painottivat kuuntelemisen tärkeyttä. Kuuntelemista pidettiin ohjaustilanteen lähtökohtana. Kuunteleminen on fysioterapeuttien mukaan tärkeää heti alkuminuuteista lähtien, sillä kuuntelemisen avulla fysioterapeutti saa ensivaikutelman asiakkaasta ja siitä, miten tätä kannattaa lähestyä.

”Siitä kuuntelemisestahan se kaikki lähtee. Se liittyy siihen ensimmäisen minuutin ensivaikutelmaan, että millasen kuvan siitä ihmisestä saa tai millasen kuvan hän saa musta. Ja siinä on just se, että siinä saa aika nopeesti sen kuvan, että jos sieltä rupee tuleen hirvee maailman historia, jossa kerrotaan samalla kaikki kynsien lohkeemiset ja se valitus kuultaa sieltä läpi, niin se jo kertoo aika paljon, että minkälaisesta ihmisestä on siinä kyse. Mitenkä esim. hienotunteisesti silloin lähdetään liikkeelle.” (F8)

Haastattelujen perusteella kuuntelemisen voi päätellä olevan kohdentamisen, mukauttamisen ja terapiasuhteen luomisen perusta. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä kuuntelemisen avulla muun muassa

selvittämään asiakkaan persoonallisuutta, kokemusta, elämäntilannetta ja motivaatiota. Näitä tietoja fysioterapeutit kertoivat käyttävänsä hyödykseen kohdentaessaan ohjaustaan asiakkaalle sopivaksi eli valitessaan asiakkaalle sopivia harjoitteita, ohjaustapoja ja motivoinnin keinoja. Fysioterapeutit kertoivat selvittävänsä kuuntelemisen avulla sitä, millaiset harjoitteet ovat asiakkaalle sopivia ja miten juuri tietyn asiakkaan kohdalla ohjauksen saa onnistumaan parhaiten. Myös asiakkaan puhutavan tai -tyylin kuuntelemisella kerrottiin olevan merkitystä. Jos asiakas on esimerkiksi hiljainen, kertoivat fysioterapeutit lähestyvänsä asiakasta varovaisemmin ja muuttavansa omaa puhutapaansa hieman hillitymmäksi. Kuuntelemisella voidaan katsoa siis olevan tärkeä rooli myös puheen mukauttamisessa.

Kuunteleminen on haastatteluiden perusteella tärkeää myös asiakassuhteen luomisessa. Kuuntelemisella pyritään fysioterapeuttien kertoman mukaan viestimään asiakkaalle, että fysioterapeutti ottaa asiakkaan ja hänen ongelmansa vakavasti. Terapeuttien mukaan on tärkeää näyttää asiakkaalle, että asiakasta kuunnellaan ja ymmärretään. Fysioterapeuttien havaintojen mukaan asiakkaat haluavat tulla kuulluiksi, ja se, että asiakas saa kertoa omasta vaivastaan, saattaa jo yksistään helpottaa asiakkaan oloa. Ymmärtämisen osoittaminen on fysioterapeuttien mukaan tärkeää varsinkin kiputiloissa ja juuri tapahtuneen tapaturman jälkeen. Tällöin asiakas tarvitsee enemmän tukea. Fysioterapeutit kertoivat asiakkaiden antaneen myönteistä palautetta siitä, että fysioterapeuteilla on aikaa ja halua kuunnella heitä. Kuuntelemisen kerrottiin vaikuttavan myös luottamuksen syntyyn. Sen, että fysioterapeutti kuuntelee ja ottaa potilaan vakavasti, katsottiin synnyttävän luottamusta.

Myös asiakkaat kertoivat kyselylomakkeissa kuuntelemisen olevan tärkeää. Asiakkaiden mukaan kuunteleminen kertoo siitä, että terapeutti ottaa asiakkaan ja tämän vaivan vakavasti. Tämä taas on tärkeää luottamuksen ja hyvän suhteen rakentamisessa.

”Asiakkaan omien käsitysten kuunteleminen ja vakavasti ottaminen on fysioterapian ohjaustilanteessa tärkeää. On hyvä, että fysioterapeutti kuuntelee ja tuntuu paneutuvan asiaani.” (A1)



Asiakkaiden kokemukset kuulluksi tulemisesta olivat myönteisiä. Asiakkaat kertoivat pääsääntöisesti tullessa kuulluksi terapeutin vastaanotolla. Sen, että fysioterapeutti kuuntelee, kerrottiin tekevän terapiatilanteesta miellyttävän.

”Fysioterapeutin kanssa oli miellyttävä keskustella, koska hän kuunteli, mitä minä sanoin, ja vastaili rauhallisesti.” (A8)

Sen lisäksi että fysioterapeutit kertoivat rakentavansa kuuntelemisen avulla suhdetta asiakkaaseen ja saavansa kuuntelemalla ja havainnoimalla tietoa asiakkaasta, he kertoivat kuuntelemisen olevan tärkeää myös vaivan diagnosoinnissa. Fysioterapeutit painottivat sitä, että asiakkaan vaiva ei aina välttämättä selviä mittauksilla ja testeillä. Se, että asiakas kertoo vaivastaan ja se, että fysioterapeutti kuuntelee, on fysioterapeuttien mukaan hyvin tärkeää, sillä testit ja mittaukset eivät usein kerro vaivan synnystä ja syistä.

”Siinä voi periaatteessa selvittää itse diagnoosi pelkällä haastattelulla. Ilman sitä kuuntelemista ei ensinnäkään löydy ne vaivan syyt, että saattaa olla, että joillakin kliinisillä testeillä voidaan paikantaa se kivulias kudus, mut ne syyt voi olla muualla. Eli jos jokin tärkeä asia jää kuulematta, niin se ei välttämättä tule sitten kliinisissä testeissä esille. Jos potilas ei kerro tai näytä, miten hän käyttää sitä kehoaan, niin silloin ei se terapiakaan osu oikeeseen. Näinä 20 vuotena oon kyllä eniten oppinu potilailta, enemmän kuin oppikirjoista, esim. mitkä asiat helpottaa.. ne on sit sellasia, mitkä auttaa muitakin. Siinä on sitten se nöyrytyminen, että kuunnella sitä potilasta.” (F2)

Fysioterapeutit kertoivat osoittavansa kuuntelemista asiakkailleen katsekontaktilla, pitämällä puheessaan taukoja, kyselemällä, palaamalla asiakkaan esittämiin asioihin, nyökyttelemällä ja muilla nonverbaaleilla ilmeillä ja eleillä. Tärkeimpänä kuuntelemisen osoittamisena pidettiin sitä, että terapeutti otti asiakkaan ideat ja toiveet käytännössä huomioon

”Mä osoitan sen, että mä kuuntelen häntä esim. siten, että mä en oo koko ajan itse äänessä. Pidän hyvinkin pitkiä taukoja välillä. Sit teen tarkentavia kysymyksiä. Sit joku asia mitä hän sanoo edellispäivänä, mä voin palata siihen seuraavana päivänä. Se on just osa sitä luottamuksen saavuttamista. Kuunteleminen on tärkeää, koska enhän mä saa sitä potilaan elämänpiiriä tai just tiedon tasoa muuten selville kuin kuuntelemalla.” (F4)

”Se, että käyttää niitä asiakkaan omia ideoita lopullisissa kuntoutussuunnitelmissa tai ohjeissa, osoittaa sille asiakkaalle, että sitä on kuunneltu.” (F1)

Asiakkaiden käsitykset fysioterapeutin kuuntelemisen osoittamisesta olivat samansuuntaisia. He kertoivat fysioterapeutin osoittavan kuuntelemista kysellen, viitaten myöhemmin siihen, mitä asiakas oli kertonut, ottaen asiakkaan kommentit ja tarpeet huomioon ja käyttäen näitä harjoitusohjelman teossa.

”Fysioterapeutti osoittaa kuuntelevansa kysellen ja myöhemmin viitaten siihen, mitä potilas on kertonut.”(A1)

”Tunnen tullessi kuulluksi. Terapeutti kysyy, miten kuntoutuminen on sujunut ja miltä harjoitukset tuntuvat. Hän ottaa kommenttini huomioon ja vastailee kysymyksiini parhaansa mukaan.”(A2)

”Fysioterapeutti on kuunnellut minua. Saamani harjoitukset ja ohjeet ovat osoitus siitä.” (A4)

Nonverbaaleista kuuntelemisen osoittamisen eleistä mainittiin muun muassa nyökkäily, silmiin katsominen ja vastaanottavainen olemus. Vastaanottavaisen olemuksen kerrottiin viestivän siitä, että fysioterapeutti on kiinnostunut asiakkaasta ja tämän ongelmasta. Se, että fysioterapeutti on kiinnostunut ja ottaa asiakkaan tosissaan, mainittiin useissa kyselylomakkeissa useampaan otteeseen, joten se tuntuu olevan asiakkaille yksi tärkeimmistä seikoista fysioterapiassa.

”Fysioterapeutti osoitti kuuntelevansa vastaamalla katsekontaktiin, nyökkäilemällä, esittämällä tarkentavia kysymyksiä ja vastailemalla kysymyksiini. Yleinen olemus oli ”vastaanottavainen”, fysioterapeutti osoitti mielenkiintoa minua ja ongelmaani kohtaan.” (A8)

Muutamit fysioterapeutit pitivät itseään luonnostaan hyvänä kuuntelijana ja kertoivat osaavansa aistia asiakkaita. Tätä pidettiin luontaisena persoonallisuuden piirteenä. Osa fysioterapeuteista taas kertoi opetelleensa kuuntelemista tietoisesti. Heidän mukaansa kuuntelemista voi ja täytyy harjoitella.

”Et kyl se on niin, että mäkin oon yrittäny opetella sitä asiakkaan kuuntelemista, et mikä hänellä on ongelmana ja yhdessä sit pohdittais sitä ratkaisua, että mihin päin mennään. Että sitä ei voi koskaan oppia liikaa tai osata liian hyvin että sitä pitää opiskella koko ajan. Että se on tässä se tärkein pointti.” (F6)

Kuuntelemisella on siis tärkeä rooli fysioterapian ohjaamisessa niin fysioterapeuttien kuin asiakkaidenkin mukaan. Kuunteleminen viestii

asiakkaalle, että hän on terapeutin kanssa tasavertainen ja että terapeutti osoittaa mielenkiintoa asiakasta ja tämän ongelmia kohtaan. Terapeutti taas saa kuuntelemisella tärkeitä tietoja asiakkaasta sekä rakentaa sillä terapiatilanteen ilmapiiriä.

#### **5.1.4 ”Yhteisen kielen” löytyminen ja ”henkilökemiat”**

Kuuntelemisen yhteydessä terapeutit puhuivat usein yhteisen kielen löytymisestä, samalla aaltopituudella olemisesta ja yhteisen linjan etsimisestä. Näillä ilmauksilla tarkoitettiin sitä, että fysioterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on molemmin puolin ymmärrettävää, sujuvaa ja miellyttävää. Terapeuttien mukaan yhteisen aaltopituuden löytäminen helpottaa ohjaustilannetta. Terapeutit kokivat, että kommunikaatio sujuu paremmin, jos asiakas kokee terapeutin olevan kanssaan samanhenkinen. Tämän ”yhteisen kielen” löytyminen perustuu fysioterapeuttien mukaan paljolti asiakkaan aistimiseen. Aistimisen kerrottiin hieman epämääräisesti olevan ”intuitiota” tai ”hiljaista tietoa”, ja sitä pidettiin toisaalta luontaisena ominaisuutena ja persoonallisuuteen liittyvänä herkkyytenä, mutta toisaalta sen katsottiin kehittyvän elämän- ja työkokemuksen myötä. Aistiminen tapahtuu fysioterapeuttien kertoman mukaan kuuntelemalla, havainnoimalla ja tarkkailemalla asiakasta. Asiakkaan puheesta ja ilmeistä ja eleistä tehtyjen havaintojen avulla terapeutit kertoivat pyrkivänsä löytämään vihjeitä muun muassa siitä, miten lähestyä asiakasta. Fysioterapeuttien kertoman mukaan joitakin asiakkaita täytyy esimerkiksi lähestyä varovaisemmin, kun taas toisten kanssa voi olla tuttavallisempi heti alusta alkaen. Asiakasta tarkkailemalla terapeutit kertoivat pyrkivänsä selvittämään myös sitä, mitä asiakas on valmis ottamaan vastaan. Fysioterapeuttien mukaan toisille asiakkaille toimii parhaiten suoraan asiaan meneminen, toiset taas vaativat enemmän totuttelua ja orientoivia harjoitteita.

T: ”Mitkä on tärkeitä seikkoja ohjaustilanteessa?”

F8: ”No, ehkä ensimmäisenä huomioida, minkä tyylinen ihminen on vastapelurina.. että millä tavalla ohjeita voi antaa ja sitten, et mikä hänen taustansa on, et mitä hän on

aiemmin tehny ja et voidaanko siirtyä heti vaikeampiin harjoitteisiin vai pitääkö nimenomaan käyttää näitä orientoivia harjoitteita ja toisaalta et minkä tyyllisiä harjoitteita ihmisille pystyy antamaan. Että tulee sellanen hyvä vuorovaikutus ja löydetään nopeesti se yhteinen sävel ja linja, mitä seurataan. Kyl mä yleensä ku ihminen astelee ensimmäistä kertaa sisään käyttäen sen minuutin tai kaks siihen, vaikka rupeenkin anamneesissa etenemään, niin samalla pyrin niin ku saamaan selville, et minkälainen ihminen on kyseessä, että mitä voi puhua ja mitä ei voi puhua.”

F3: ”Tää kaikki tietysti edellyttää sitä, että me puhutaan niin kuin samaa kieltä. Eri ihmisille puhutaan eri lailla tai eri tarkkuudella asioista. Sitä pitää aistia, että mitä tää ihminen on valmis ottamaan vastaan.”

T: ”Miten aistit?”

F3: ” Se on vaikee pukea sanoiksi, että en mä tiä, onks se sitä hiljaista tietoo vai mitä se on mut tota.. se on esimerkiks tuota sitä, että onko potilas esimerkiks hyvin ylimalkainen tai kiireinen tai näin..että minkä verran hän on esimerkiks valmis panostamaan aikaa siihen, että rupeenko mä esimerkiks puhun kovin pikkutarkasti asiaa ihmiselle, joka ei selkeestikään jaksa, halua, viitsi kuunnella.”

Fysioterapeutit mainitsivat kokemuksen yhdeksi tärkeäksi asiaksi, joka helpottaa asiakkaan tulkintaa. Kokemuksesta kerrottiin olevan hyötyä siinä mielessä, että kun mittaukset sujuvat rutiinilla, pystyy fysioterapeutti keskittymään paremmin asiakkaan kuuntelemiseen, havainnoimiseen ja tulkitsemiseen. Työkokemuksen myötä fysioterapeutilla ei mene aikaa ja energiaa välineiden käyttöön ja työn rutiineiden, kuten erilaisten mittausten, tekemiseen, vaan hän pystyy keskittymään asiakkaan kuuntelemiseen ja tulkintaan. Työkokemuksen lisäksi myös elämäkokemuksesta katsottiin olevan hyötyä. Sen kerrottiin helpottava asiakkaiden elämäntilanteen ymmärtämistä, jolloin on helpompi ymmärtää esimerkiksi sitä, millaiset resurssit asiakkaalla on harjoitella.

”Kokemuksesta on ainakin sillä tavalla hyötyä, kun mittaukset, ym. sujuvat rutiinilla, niin voin enemmän keskittyä siihen kommunikaatioon ja kiinnittää enemmän huomiota siihen ihmiseen ja siihen persoonaan kuin niihin välineisiin, mitä tilanteessa käytetään.” (F3)

”Silloin, kun valmistuin, olin vähän yli kaksikymppinen, että mä silloin monesti kohtasin sellasen ajatuksen itestäni, että.. että.. voi kun mä olisin vanhempi, et mä ymmärtäisin ihmisiä, että mulla ois omaa kokemusta ja voisin siltä pohjalta yrittää ymmärtää enempi et nyt täs on vaan se hyvä puoli täs työs, että suurin osa asiakkaista on mua nuorempia. Et mä oon kokenu sen nuoruusajan ja sen opiskeluajan ja se ei oo ihan hirveen kaukana et osaa niinku kuvitella sitä elämäntilannetta, mikä siellä on.” (F6)

Kokemuksesta huolimatta asiakkaiden tulkitseminen ei aina ole fysioterapeuttien mukaan helppoa, eikä se välttämättä onnistu kaikkien

asiakkaiden kohdalla. Tähän kerrottiin osaksi vaikuttavan asiakassuhteiden lyhytaikaisuuden, jolloin päätelmiä täytyy tehdä hyvinkin nopeasti.

”Munhan täytyy olla hirveen hyvä ihmistuntija että mä niin ku saan siinä hetkessä välähdyksen omaisesti tietää siitä ihmisestä mukamas kaiken. Mun täytyy tavallaan luottaa siihen kokemukseen ja siihen intuitioon mikä mulla on.. että tota mä tietyillä kysymyksillä testaan sitä ihmistä ja sit siihen vaan täytyy luottaa. Et varmaan aika monesti menee kyllä vikaankin. En mä koskaan voi sanoo, että se niinku aina onnistuis. Mutta ihmistuntemus, joka kehittyy eletystä elämästä ja kokemuksesta ja opitusta.. mistä se nyt tuleekaan. Se on aika tärkeä asia. Vaatii aika nopeitaki oivalluksia, että pystyy niinku tarkentamaan kysymyksillä tiettyjä asioita.” (F4)

Toisaalta vuorovaikutuksen sujuvuuteen viitattiin myös ”ihmiskemioilla”. Useat terapeutit toivat haastattelussa esille sen, että yksi vuorovaikutussuhteen muodostumiseen paljon vaikuttava tekijä on asiakkaan ja terapeutin välinen ”ihmiskemia”. Tätä ihmiskemiaa selitettiin siten, että toisten kanssa on helpompi tulla toimeen kuin toisten. Terapeutit kertoivat, että ohjaustilannetta helpottaa, jos asiakkaan kanssa niin sanotusti synkkaa. Ihmiskemioita ei osattu sen tarkemmin selittää, mutta saattaa olla, että esimerkiksi henkilöiden viestintätyleillä on jotain vaikutusta siihen, milloin vuorovaikutus koetaan sujuvaksi ja miellyttäväksi.

”Siviilielämässäkin toisten kans alkaa helpommin hiekkalaatikolla juttelemaan ja toisten kans menee vähän kauemmin. Et ne kemiat menee toisten kans paremmin kuin toisten.” (F6)

Fysioterapeutit kokivat haasteellisiksi tilanteet, jolloin ”kemat” eivät olleet kohdallaan, eli jolloin vuorovaikutus ei jostain syystä tuntunut miellyttävältä.

”Ja ihan niin kuin muussakin elämässä, että toisten kans tulee helpommin toimeen kuin toisten kanssa. Että jos sattuu sellanen potilas, jonka kanssa synkkaa, niin totta kai se helpottaa huomattavasti. Mutta kaikkien kanssa pitää tulla toimeen. Et se on varmaan se yks haasteellinen tässä ammatissa.” (F7)

Myös asiakkaat mainitsivat kyselylomakkeissa henkilökemioiden ja persoonallisuuden vaikuttavan ilmapiiriin ja vuorovaikutussuhteeseen. Kun kemiat olivat kohdallaan, kerrottiin ilmapiiriin olevan muun muassa leppoisa. Asiakkaat eivät myöskään eritelleet kyselylomakkeissa sitä, mistä hyvä ihmiskemia muodostuu, mutta hyvä ilmapiiri koettiin muun muassa

leppoisaksi, ja fysioterapeutin persoonallisuus koettiin miellyttäväksi silloin, kun fysioterapeutti oli rento, mutta samalla asiantunteva.

### 5.1.5 Luottamus ja asiantuntemus

Luottamuksen herättäminen asiakkaassa on fysioterapeuttien mukaan yksi tärkeimmistä seikoista suhteen muodostamisessa tasavertaisuuden ja kuuntelemisen ohella. Haastatteluiden perusteella tasavertaisuus, kuunteleminen ja luottamus ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Kuuntelemisella viestitään tasavertaisuutta ja rakennetaan luottamusta. Terapeutit kertoivat, että luottamuksen rakentaminen lähtee siitä, että terapeutti kuuntelee asiakasta. Terapeutit pyrkivät kuuntelemalla ilmaisemaan asiakkaalle, että he ottavat asiakkaan tosissaan.

”Monesti on saanut sitä palautetta, että olipa kiva, että kerranki joku kuunteli. Ja kiva, että meillä oli näin paljon aikaa käytössä. Se on aika hyvä hoitokeino, että kuuntelee sitä ihmistä. Se, kun saa kertoa ongelmansa ja vaivansa, niin se helpottaa jo monia ihmisiä. Ja se, kun sä oot sen kuuntelemisen tehnyt, niin sä oot saavuttanut sen luottamuksen ja sit se rupee sen jälkeen kuuntelemaan sua. Se, että mä kuuntelen ensin, niin on melkein tärkeintä.” (F3)

”Tärkeetähän se on, että kuunnellaan puolin ja toisin. Tulee sellanen luottamuksellinen suhde siinä, kun molemmat kuuntelee molempia. Että ei kiirehdi liikaa sen ohjeitten antamisen kanssa, vaan kuunnellaan, mitä sillä potilaalla on asiaa ja pyritään sit sen mukaan ohjaamaan, Tietysti tulee myös sellasia tilanteita, että ohjaus ei oikein etene, jos potilas on tosi puhelias. Joutuu tekemään jonkinlaisia ratkaisuja, jotta voidaan keskittyä ja viedä se asia eteenpäin.” (F7)

Fysioterapeutit kertoivat, että luottamuksen syntyyn vaikuttaa paljon myös fysioterapeutin asiantuntemus. Fysioterapeutit pitivät omaa asiantuntemustaan tärkeänä. Asiantuntemuksen kerrottiin syntyvän fysioterapeutin tietomäärästä ja kokemuksesta. Fysioterapeutit pitivät tärkeänä sitä, että he osaavat kertoa ja selittää vaivan asiakkaalle.

”Että kyl mun pitää herättää luottamusta siinä asiakkaassa. Että mä tiedän mistä mä puhun ja mulla on perusteet siihen mitä mä kerron ja ohjaan ja näin. Että esimerkiksi mun on aivan ehdoton tietää todella mitä siel on tehty, et mun täytyy lukee leikkauskertomuksetki niin, et ku tota hyvin paljonhan ne sit meiltä kysyy. Lääkärit käy vaan nopeesti ja tota sit siinä ohjaustilanteessa niin tulee hyvin paljon sellasii kysymyksiä, että mitä siel on oikein tehty ja no mitäs se sitten tarkoittaa ja jos mä en

jotain tiedä, niin sit mä tarkistan lääkäriltä asian tai katotaan kirjasta tai jotain muuta mutta niinku semmonen tietynlainen asiasta perillä oleminen on perusasia.” (F4)

Myös asiakkaat kertoivat arvostavansa fysioterapeuttien asiantuntemusta ja luottavansa terapeuttien ammattitaitoon. Asiakkaiden mielikuva fysioterapeutin asiantuntemuksesta syntyy kyselylomakkeiden perusteella fysioterapeutin tietämyksestä, kyvystä osata selittää asioita ja halukkuudesta vastata asiakkaan kysymyksiin.

”Fysioterapeutti on vakuuttava ja luotettavan kuuloinen ja vastaa mielellään kysymyksiini, keskustelutilanne on mielestäni mukava. Ohjaus on asianmukaista ja ohjaavaa, tunnen olevani osaavissa käsissä.”(A2)

”Fysioterapeutin laaja tietämys ja asiantuntemus paistoi läpi hänen puheestaan, jolloin tuli varma olo siitä, että on hyvissä käsissä.” (A8)

Toisaalta luottamus siis syntyy siitä, että fysioterapeutti kuuntelee asiakasta ja viestii näin asiakkaan olevan kanssaan tasavertainen. Toisaalta luottamus kuitenkin muodostuu myös siitä, että fysioterapeutti on tilanteessa asiantuntija, jolloin hän on tavallaan korkeammassa asemassa kuin asiakas. Haastatteluiden ja kyselylomakkeiden perusteella on tärkeää, että fysioterapeutilla on asiantuntemusta ja osaamista, mutta hän silti ottaa asiakkaan terapiatilanteessa tasavertaisena toimijana huomioon.

### **5.1.6 Ilmapiiri ja huumori**

Tasavertaisuuden, kuuntelemisen ja luottamuksen synnyttämisen lisäksi vuorovaikutuksen tavoitteeksi mainittiin hyvän ilmapiirin luominen. Kuunteleminen ja vuorovaikutuksen molemminpuolisuus rakentavat haastatteluiden ja kyselylomakkeiden perusteella osaltaan ilmapiiriä, mutta hyvän ilmapiirin luomisessa mainitaan myös muita seikkoja, kuten positiivisuus, kannustaminen ja huumorin käyttö. Terapeutit kertoivat pyrkivänsä tekemään ohjaustilanteesta rakentavan ja kannustavan. He kertoivat, että on tärkeää puuttua asiakkaan virheellisiin suorituksiin, mutta virheitä ei pidä korostaa. Terapeuttien mukaan oman kehon virheet saattavat olla asiakkaille herkkäluontoisia asioita, jolloin terapeutin tulee olla

hienotunteinen. Huumorin kerrottiin usein helpottavan vaikeiden asioiden käsittelyä.

”Ilmapiirin pitäis olla ratkaisukeskeinen. Niin ettei korosta potilaan virheellisiä suorituksia. Jos potilaalla on vaikeuksia ymmärtää jotain juttua, niin silloin mä esimerkiks huumorin kautta tai jollain muulla keinolla, että nyt mä taisin puhua läpiä päähäni, että ymmärsiksä tästä mun jutusta yhtään mitään. Tai että tää on tosi vaikee asia ja vaikee hahmottaa, mutta että tää ois sulle tosi tärkeä ja että kokeillaas eri keino.” (F2)

Fysioterapeutit kertoivat, että huumorin käyttö on myös väline osoittaa asiakkaille, että terapeutti on samalla tasolla heidän kanssaan. Terapeuttien mukaan huumorin käytöllä pyritään irtautumaan jäykästä auktoriteettiasemasta ja osoittamaan asiakkaille, että myös heillä on lupa olla rentoja ja nauraa.

”Tärkeää on se, että on hirveen rento. Että mä en oo mikään jumala ja sano, että tyhmä kansa tää on näin. Että se potilas mieltäis sen ja että se tulis sieltä sisältä, että miten se menee. Mä yritän saada rennoks sen tilanteen. Täytyy osata paljon vitsejä. Musta se auttaa paljon, että on sellanen huumorisävytteinen ja helppo. Niin ettei se ihminen koe että mä oon yläpuolella. Sen takia mä meen polville sinne matolleki vaik on jo vähä jäykät polvet. Se auttaa monesti, että menee samalle tasolle potilaan kanssa. Se tekee siitä viestinnästä sellasen, että se alkaa toimia hyvin.” (F5)

Huumorin kerrottiin purevan myös tilanteessa, jossa potilas on pitkään ollut kipeä. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä tuomaan tilanteesta esille huumorin kautta myönteisiä seikkoja. He kertoivat pyrkivänsä huumorin ja myönteisyyden avulla helpottamaan potilaan vaivaa ja motivoimaan potilasta.

”Ja aika monesti potilaat on ollu kipeitä jo kauan, ahdistuneita ja itkuisia, niin nekin monesti saa irti siitä sairaan roolista, kun yrittää hakee jotain positiivista.. että hei, täs on hyvää se, että sun jalka ei oo poikki. Voi heittää jotain törkeetäkin juttua. Täytyy osata löytää niitä positiivisia juttuja. Potilas motivoituu tekemään enemmän, kun saa uskoa ja helpotusta ja paranemisprosessi lähtee helpommin liikkeelle.” (F5)

Fysioterapeutit kertoivat, että kaikkien kanssa ei voi käyttää samanlaista huumoria, vaan huumoria käytettävä kunkin potilaan kohdalla eri tavalla. Huumorin käytössä on otettava huomioon potilaan persoonallisuus ja reaktiot. Niinpä potilaan kuunteleminen ja havainnoiminen toimivat myös ilmapiirin rakentamisen ja huumorin käytön perustana.



”Ajan saatossa oppii huomaamaan, millanen ihminen on, että kärsiikö tälle ihmiselle nyt kertoo tällasia vitsejä ja ja.. mutta pääsääntöisesti kyllä se huumori on siinä niin hyvä juttu, että sillä melkein pärjää kaikkien kanssa.” (F5)

Asiakkaiden kokemukset ohjaustilanteen ilmapiiristä ovat kyselylomakkeiden perusteella myönteisiä. Myös asiakkaat kertovat, että hyvän ilmapiirin muodostumiseen vaikuttavat terapeutin rentous ja huumori. Ilmapiirin kerrotaan olevan keskittynyt ja asiallinen, mutta samalla rento ja hulpea. Asiakkaat kokevat tällaisen ilmapiirin hyväksi. Asiallisuus ja keskittyminen tuovat heille tunteen, että terapeutti ottaa heidän vaivansa vakavasti. Toisaalta huumori ja nauru rentouttavat tilannetta ja tekevät siitä miellyttävän. Rento ilmapiiri osoittaa asiakkaalle, että terapeutti ei ole yläpuolella oleva auktoriteetti, vaan ”tavallinen ihminen”.

”Fysioterapeutti puhuu varsin paljon ja osa puheesta on humoristisen vireen ylläpitoa ja luomista. Ilmapiiri on keskittynyt mutta samalla hulpea, leikkiä laskeva.” (A1)

”Ilmapiiri on rento mutta asiallinen. Kumpikin tietää, miksi siellä ollaan ja mitä sieltä haetaan, mutta siitä ei oteta paniikkia. Terapeutti on mukavan oloinen persoona, mikä vaikuttaa hyvin paljon ilmapiiriin.” (A2)

”Välillä nauretaan. Se on hyvä, sillä näin hoitosuhde ei ole liian kireä. Ei tarvitse olla esimerkiksi vaivautunut. Hän on myös välitön, tavallinen ihminen, Tilannetta vaikeuttaisi, jos hän olisi olevinaan pollea ihmemies ja toisi sen asenteeltaan ja tyyliältään ulos. Näitäkin on, jotka luulevat itsestään liikaa.” (A5)

Useat asiakkaat mainitsevat hyvään ilmapiiriin vaikuttavan sen, että ohjaustilanteessa keskustellaan muistakin kuin pelkästään fysioterapiaan liittyvistä asioista. Tällaisia asioita kerrottiin olevan muun muassa yhteiset mielenkiinnon kohteet tai harrastukset. Muista asioista jutteleminen kerrottiin vapauttavan ilmapiiriä.

”Jutellaan muistakin asioista kuin pelkästään fysioterapeutti-asioista. Myös se auttaa ilmapiirin luomisessa. Meillä on muutama sama harrastus, niistä myös voidaan jutella.” (A3)

”Ei ole jännitteitä puolin eikä toisin. Pystyn kommunikoimaan hänen kanssaan hyvin. Hyvänä lisänä on puhua joskus tai lisäksi jotain muuta, joka sivuaa hoitotoimenpidettä.” (A5)

Ilmapiirin rakentuminen alkaa asiakkaiden mukaan jo heti ensimmäisen tapaamisen ensimmäisten minuuttien aikana. Asiakkaiden mukaan ilmapiiriin vaikuttavat sekä terapeutti, asiakas että ympäristö.

Ensivaikutelmaa pidetään tärkeänä. Toisaalta ilmapiirin kerrottiin paranevan useampien käyntien ja tutustumisen myötä.

”Ilmapiiri ohjaustilanteessa on avoin, välittävä, lämmin ja ystävällinen. Ilmapiirin rakentuminen alkaa mielestäni jo sillä hetkellä, kun tapaan fysioterapeutin ensimmäisen kerran. Olen huomannut, että ensivaikutelmalla on suuri merkitys ilmapiirin muodostumisessa. Ilmapiiriin vaikuttavat mielestäni terapeutti, asiakas, sekä ympäristö.” (A4)

”Ilmapiiriin vaikutti ehkä eniten tutustuminen, sillä itse ainakin koin terapiakerrat rennommiksi, kun fysioterapeutti oli tuttu ja tiesin mitä odottaa.” (A8)

Se, että suhde on välitön, avoin ja huumoripitoinen, ei laske asiakkaiden kokemusten mukaan kuvaa terapeutin asiantuntemuksesta.

”Fysioterapeutin puhe oli toisaalta kuvailevaa asiantuntijapuhetta ja toisaalta hulvatonta herjan heittoa. Tätä herjaa hän kohdisti myös itseensä. Siitä huolimatta ammattitaitoinen kuva säilyy hänestä.” (A1)

Asiakkaat kuvailivat terapiatilanteen ilmapiiriä siis miellyttäväksi, avoimeksi, välittäväksi, lämpimäksi, ystävälliseksi, asiantuntevaksi ja humoristiseksi. Ilmapiirin luomisen katsottiin alkavan jo heti ensitapaamisen ensiminuuteista, mutta suhteen koettiin paranevan ja rentoutuvan suhteen rakentumisen ja tutustumisen myötä. Sekä fysioterapeutit että asiakkaat pitivät välitöntä ja myönteistä ilmapiiriä hyvänä. Molemmat osapuolet kokivat huumorin ja vapaamuotoisen jutustelun hyväksi asiaksi, mutta kertoivat myös asiassa pysymisen olevan terapiatilanteen edistymisen kannalta tärkeää.

### **5.1.7 Potilaan tukeminen**

Aina hyvän ilmapiirin rakentaminen ja huumorin käyttö eivät ohjaustilanteessa riitä, vaan potilaat saattavat tarvita enemmän fysioterapeutin henkistä tukea. Terapeutin on huomioitava muun muassa potilaan kipu, väsymys ja henkiset sekä fyysiset resurssit. Suurin osa terapeuteista mainitsi potilaan kiireen ja väsymyksen vaikuttavan annettaviin ohjeisiin. Jos potilaalla ei ole resursseja tai halua harjoitella paljoo, kertoivat fysioterapeutit antavansa minimimäärän harjoitteita.

”Ja sit se, että jos ajatellaan resursseja, niin mieltii sit sen asiakkaan kanssa, että mihin hänellä on tällä hetkellä resurssit, et jos nyt hyvin vähäset resurssit ja hän ei jaksa, niin mitäs sitten.. että voisko jonkun ajan kuluttua. Että se on paljon sitä puhumista ja keskustelua.” (F6)

Fysioterapeutit puhuivat jonkin verran myös potilaiden mielentilasta ja shokista. Riippuen fysioterapeutin työpaikasta saattaa fysioterapeutti olla tekemisissä paljon tapaturmissa olleiden potilaiden kanssa. Tällöin potilaan tukeminen on tärkeää. Haastatteluissa tuli ilmi, että tällöin fysioterapeutin on oltava erittäin herkkä aistiessaan potilaan mielentilaa ja kykyä ottaa ohjeita vastaan. Terapeuttien mukaan tapaturman jälkeisessä mielentilassa voi monimutkaisia asioita olla tavallista hankalampaa ymmärtää, jolloin ohjeiden tulee olla yksinkertaiset.

”Kun mä menen ensimmäistä kertaa asiakkaan luokse, niin mul on tuntosarvet koholla siitä, kuinka paljon mä voin ensimmäisellä kerralla tuoda uutta asiaa ihmiselle, joka on sairastunut äkillisesti. Aika usein mä aloitan sellaisella lyhyellä tutustumiskäynnillä ja sanon mitä tuleman pitää, että mä tuun hetken päästä takaisin tai tulen iltapäivällä takaisin, mutta että semmosta on tulossa tai tämmöistä on tulossa. Pysin saamaan jonkinnäköisen orientaation ja sitoutumisen.” (F4)

”Mä menin sit aamulla sinne ja kysyin, että no oliko se mitä sulle eilen puhuin pelkkää utopiaa, että ymmärsitkö sä mistä siinä oli kysymys ja miksi näin pitäis tehdä ja siinä hän vaan pyöritteli silmiä.. että ikään kuin se ei ollu menny perille. Niin mä en niinku sitä tiä, että oliko se sitten niinku pelkoa kivusta, oliko hän lääkkeiden vaikutuksen alaisena vai onko niin shokissa vieläkin tästä sairaudesta ja vammautumisesta.” (F4)

Myös kivun kerrottiin vaikuttavan ohjaamiseen. Terapeuttien mukaan potilaat ovat usein kipeitä, jolloin motivaatio päästä kivusta eroon on suuri. Toisaalta kivun kerrottiin myös voivan rajoittaa oppimista, ja harjoitteiden tekemisen kivuliaisuus voi laskea motivaatiota. Tällöin terapeutit kertoivat pyrkivänsä vakuuttamaan potilaan siitä, että vaikka harjoite tekee kipeää, se ei ole vaarallinen, vaan sen tekemisestä on päinvastoin hyötyä.

”Että toisaalta se motivointi on täällä helppoa koska tota ne ihmiset ei pääse liikkeelle. He makais sängyssä kipeenä eikä ne uskaltais tehdä ku ne ei tiedä omia rajoituksia, on aika helppo motivoida. Mut toisaalta taas vaikee, koska ne on niin kipeitä. Et me joudutaan motivoimaan heitä tekemään jotain mikä tekee kipeää, joka ei oo niin ku ihmisluonteen mukaista että menee niinku kipua päin. Sitä yritetään vältellä... Aina tulee kuitenkin kerrottua, että tää tehdään, vaikka se sattuu, että älä pelkää, ei mee mikään rikki ja tätä tehdään sen takia, että sun helpompi taas lähtee sit liikkeelle. On tärkeää nousta pystyyn, ettet sängyn pohjalle jää makaamaan. Kyl sitä kertomista siinä,

et miks me tehdään tällasii temppuja. Mun mielestä on hirvee tärkeetä, että jos sattuu, niin yritetään saada ihminen tietoseks siitä, että miks tehdään näin.” (F4)

Asiakkaiden kyselylomakkeissa kipu mainitaan muutaman kerran. Asiakkaat kertovat, että kivun hallintaan vaikuttaa luottamus fysioterapeutin asiantuntemukseen ja tunne siitä, että on ”hyvissä käsissä”. Myös fysioterapeutin rauhallisuuden kerrotaan helpottavan kivuliaan harjoituksen opettelemista.

”Vaikka kipua onkin, on tilanne hallittavissa, koska fysioterapeutti on rauhallinen ja ilmapiiri on hyvin rauhoittava.” (A9)

Myös mielenterveysongelmat ovat fysioterapeutin arkea. Niiden kohtaaminen tuo työhön lisää haastetta. Haastatteluissa mielenterveysongelmat tulivat esiin pariin otteeseen. Terapeutit kertoivat, että on kiinnitettävä huomiota potilaan jaksamiseen ja mietittävä sopivia hoitokeinoja.

”Ja sitten se mikä tässä työssä, mä oon huomannu, varmaan muissakin työsuhteissa, että tavallaan sitaateissa se mielenterveys, että missä mennään, että onko elämä tasapainossa, vaan onks siellä semmosia ongelmia, että ne vaikuttaa siihen jaksamiseen, että ei jaksa fyysistä puolta hoitaa, jos se henkine puoli ei oo kunnossa. Et siinä pitää sit miettiä, että miten hoitaa.” (F 6)

Terapeuttien on siis ohjaamisessa otettava huomioon asiakkaiden kipu, resurssit ja mielenterveys ja toimittava niiden mukaan. Osa fysioterapeuteista kohtaa työssään enemmän potilaita, jotka kaipaavat tukea ja hoivaa, osa taas vähemmän. Fysioterapeutin on kuitenkin aina otettava huomioon potilaan resurssit ja sovitettava ohjaus potilaan elämäntilanteeseen.

## **5.2 KÄSITYKSIÄ VUOROVAIKUTUKSEN KOHDENTAMISESTA**

### **5.2.1 Kohdentamisen tavoitteet**

Ohjauksen tärkeimpiä tavoitteita fysioterapeuttien mukaan ovat asiakkaan aktivointi, motivointi sekä harjoitteiden integrointi asiakkaan jokapäiväiseen

elämään. Tavoitteena on se, että asiakas oppii itse aktiivisesti vaikuttamaan omaan terveyteensä ja löytämään ratkaisuja omaan tilanteeseensa. Jotta näihin tavoitteisiin päästään, on tärkeää se, että asiakas ymmärtää ja sisäistää ohjatun asian, eikä vain toimi automaattisesti fysioterapeutin antamien ohjeiden mukaan. Fysioterapeutit kuvasivat ideaalitalanteeksi sellaisen, jossa asiakas on motivoitunut ja etsii aktiivisesti ratkaisuja omaan tilanteeseensa. Fysioterapeutin tehtävänä tässä prosessissa on neuvoa, ohjata, motivoida ja tukea asiakasta, jotta sopivat ratkaisut löytyvät.

”Pitää pyrkiä auttamaan asiakasta itse löytämään ratkaisuja asioihin. Että hän itse tekee omasta tilastaan päätelmiä ja itse keksii niitä asioita, mitkä helpottaa ja mitkä taas vaikeuttaa sitä tilannetta.” (F1)

Päästäkseen ohjauksessa tavoitteisiinsa fysioterapeutit kertoivat käyttävänsä kohdentamisen keinoja. Fysioterapeutit kokivat kohdentamisen ohjaustilanteessa tärkeäksi. Vaikka kohdentamisesta ei puhuttukaan kyseisellä termillä, esiintyivät kohdentamiseen liittyvät seikat haastatteluissa useaan otteeseen. Kuten aikaisemmin tuli jo ilmi, voidaan asiakkaan kuunteleminen nähdä kohdentamisen lähtökohtana. Kuuntelemisen, kyselemisen ja asiakkaan tarkkailun perusteella fysioterapeutit kertoivat saavansa selville asiakkaistaan asioita, joiden perusteella he voivat valita erilaisia kohdentamisen keinoja helpottaakseen asiakkaan oppimista, ymmärtämistä ja motivoitumista. Fysioterapeuttien mukaan kuuntelemisen ja tarkkailun avulla selville saatavia asioita ovat muun muassa asiakkaan hahmottamis- ja oppimistapa, tarpeet, resurssit, koulutus, kokemus, mielenkiinnon kohteet ja liikunnallinen aktiivisuus. Näitä tietoja fysioterapeutit käyttävät kertomansa mukaan valitessaan sopivia kohdentamisen keinoja. Näitä kohdentamisen keinoja ovat haastattelujen mukaan muun muassa sopivan kielen ja sanaston käyttö ja sopivien ohjausmenetelmien, harjoitteiden sekä motivaatiokeinojen valinta. Kohdentamisen tavoitteena on haastattelujen perusteella se, että asiakas ymmärtää ja sisäistää annetut ohjeet, motivoituu noudattamaan ohjeita, sekä etsii itse aktiivisesti ratkaisuja oman tilanteensa parantamiseksi. Tavoitteena on myös integroida ongelman hallintakeinot mahdollisimman sulavasti asiakkaan jokapäiväiseen elämään. Fysioterapeutit kertoivat, että

pyrkimyksenä on asiakkaan elämänlaadun parantaminen jokaiselle asiakkaalle sopivalla tavalla. Nämä tavoitteet ovat fysioterapeuttien kertoman mukaan myös ohjaamisen tavoitteita.

Aineiston perusteella fysioterapeuttien kohdentaminen perustuu siis asiakkaan taustojen, tilanteen, resurssien, mielenkiinnon kohteiden, ym. huomioon ottamiseen ohjauksessa. Fysioterapeutit kertoivat, että jos potilas on esimerkiksi väsynyt tai kiireinen, täytyy se ottaa huomioon ja rajoittaa harjoitteet minimiin, jotta potilaan motivaatio pysyy yllä. Kohdentamisena pidettiin myös harjoitteiden ujuttamista asiakkaan työhön tai harrastukseen. Fysioterapeutin tulee siis ottaa selvää asiakkaan rutiineista, taustasta ja asenteista. Näiden tietojen perusteella fysioterapeutit kertomansa mukaan suunnittelevat asiakkaalle juuri tietynlaiset ohjeet ja harjoitteet, jotta vaivan hoitaminen sujuu asiakkaan elämässä parhaiten.

### **5.2.2 Ohjauskeinot ja kohdentaminen**

Helpottaakseen asiakkaan oppimista, ymmärtämistä ja sisäistämistä terapeutit kertoivat käyttävänsä ohjauksessa erilaisia keinoja. Perinteisiä ja tärkeimpiä keinoja fysioterapeuttien mukaan ovat puhe, mallin näyttäminen ja manuaalinen ohjaaminen. Fysioterapeutit painottivat näiden kaikkien tärkeyttä. Fysioterapeutit kertoivat, että on tärkeää saada asiakas ymmärtämään, mitä tehdään ja miksi. Fysioterapeutit kertoivat, että ohjaaminen aloitetaan yleensä puheella. Sanallisen neuvonnan aikana fysioterapeutit kertoivat tarkkailevansa sitä, miten asiakas hahmottaa ja ymmärtää asian. Terapeuttien mukaan pelkkä sanallinen ohjeistus ei kuitenkaan lähes milloinkaan riitä, vaan mallin näyttämisen ja koskettamisen kautta asiakkaat hahmottavat harjoitteet paremmin. Fysioterapeutit kertoivat tilanteesta riippuen käyttävänsä apuna myös mielikuvia, teippausta tai peiliä.

”Puheen kautta tulee paljon ohjeita, kun kerrotaan suullisesti liikkeit. Yleensä suullinen neuvonta on semmonen ensimmäinen keino, jolla pyritään katsomaan, miten se asiakas hahmottaa asian, ja sitten sitä suullista tehostetaan manuaalisella ohjauksella.

Ennen sitä manuaalista tulee oma näyttäminen, ja asiakas toimii perässä. Jos silläkään ei saada toivottua tulosta, niin tehdään manuaalisesti se ohjaus. Jos vielääkään ei löydy, niin mä yritän keksii jotain lisää.. yleensä aika paljon pelaan mielikuvilla, jos on kyseessä joku muu kuin esim. hauiskääntö, joka on helppo toteuttaa. Eli mielikuvien kautta ja omalla kosketuksella pyrkii saamaan ihmiselle sen idean. Sit ku ihminen on löytänyt sen lihaksen, niin sitä toistetaan, niin että se menee syvemmälle sinne tiedostamiseen.” (F1)

”Meillä on onneks fysioterapeuttina lupa koskee potilaaseen, niin mä voin mennä ja koskee käsin ja korjata sitä asentoa ja sillä tavalla helpottaa siitä, että se menis perille. Usein käytän myös peiliä apuna ja joskus teippausta, että asiakas pystyy paremmin aistimaan sen oikean liikkeen ja liikeasennon.” (F2)

Fysioterapeuttien mukaan ohjauksessa pyritään ottamaan huomioon eri asiakkaiden ominaisuudet hahmottaa, oppia ja omaksua asioita. Fysioterapeuttien mukaan on tärkeää kuunnella ja tarkkailla asiakasta, jotta saadaan selville se, miten asiakas ajattelee ja miten hän oppii ja ymmärtää asian helpoiten. Fysioterapeutit kertoivat tietävänsä asiakkaistaan ennakkoon hyvin vähän. Potilastiedoista selviää kohdentamisen kannalta vain hyvin vähän asioita, lähinnä vain asiakkaan ikä. Muiden tietojen selvittäminen jää terapeutin tehtäväksi. Osa terapeuteista kertoi kyselevänsä asiakkaan taustoista vähemmän, osa taas enemmän. Terapeutit kertoivat käyttävänsä saatuja tietoja hyväksi ohjaamisessa. Jos asiakkaalla on esimerkiksi kokemusta harjoitteiden tekemisestä, saatetaan terapeuttien mukaan siirtyä suoraan vaikeampiin harjoitteisiin. Osalla fysioterapeuteista potilaskontaktit jäävät lyhyiksi, yhteen tai kahteen tapaamiskertaan, jolloin päätelmät on tehtävä hyvinkin nopeasti. Terapeutit kertoivat eri tavoilla ajattelevien potilaiden tuovan haastetta työhön – yhden potilaan kanssa käytetty keino ei välttämättä toimi toisen potilaan kanssa.

”Pitää aika nopeesti saada selville minkä tyyppinen ihminen on, miten paljon tarttee ohjausta ja minkä tyyppistä ohjausta. Sehän voi vaihdella ihan.. toiselle sanoo puolella sanalla jonku asian niin hän ymmärtää ja sit hän rupee kyselemään ja mä rupeen vastaamaan. Mut toisille taas ihan täytyy sanoa a:sta ö:hön kaikki asiat, on niin shokissa, ettei osaa kysyä. Toiset vaatii enempi kirjallisia ohjeita. Hyvin vaihtelevaa.” (F4)

”No, ehkä ensimmäisenä täytyy huomioida, minkä tyylinen ihminen on vastapelurina.. että millä tavalla ohjeita voi antaa ja sitten, et mikä hänen taustansa on, et mitä hän on aiemmin tehnyt ja et voidaanko siirtyä heti vaikeampiin harjoitteisiin vai pitääkö nimenomaan käyttää näitä orientoivia harjoitteita ja toisaalta et minkä tyyllisiä harjoitteita ihmisille pystyy antamaan.” (F8)

”Toiset pystyvät analysoimaan omaa elämäänsä ja sen oman vaivan vaikutusta elämään ja toisilla se on taas hankalampaa. Jotkut ihmiset ymmärtää jo heti suullisella ohjeella, mitä pitää tehdä ja toiset taas vaatii hyvin, hyvin pitkän ajan, että ymmärtää. Vaatii sekä suullista että manuaalista sekä hirveesti mielikuvia.” (F1)

Fysioterapeutit kertoivat, että heidän käyttämänsä kieli, sanasto ja ohjauskeinot vaihtelevat asiakkaiden mukaan. He kertoivat, että ohjaukseen vaikuttavia seikkoja ovat muun muassa asiakkaan ikä, koulutus, mielenkiinnon kohteet ja harrastukset, persoonallisuus resurssit. Vaikka terapeutit kertoivat pyrkivänsä kuuntelemaan ja tarkkailemaan asiakasta ja toimimaan saatujen havaintojen ja tietojen perusteella, he kertoivat, että tietyt taustatietojen, kuten asiakkaan ammatin tietäminen, voi helpottaa toimimista ohjaustilanteessa.

Fysioterapeutit kertoivat ottavansa asiakkaan koulutuksen, tiedon tason ja ammatin huomioon, ja niillä kerrottiin olevan usein vaikutusta fysioterapeutin puheeseen ja ohjaukseen. Terapeutit kertoivat tekevänsä asiakkaan koulutuksen tai ammatin perusteella päätelmiä muun muassa siitä, millä tasolla potilas pystyy ottamaan tietoa vastaan. Fysioterapeutit kertoivat yleisesti ottaen pyrkivänsä selittämään asiat asiakkaille yksinkertaisesti ja välttämään latinankielisiä termejä. He kertoivat kuitenkin käyttävänsä usein erilaista kieltä, jos vastaanotolle tuleva asiakas on esimerkiksi lääkäri tai liikunnan opiskelija. Fysioterapeutit painottivat, että aina kuitenkin on varmistettava, että asiakas ymmärtää – oli hän sitten lääkäri tai ei.

T: ”Mitä on tärkeää tietää siitä potilaasta?”

F2: ”No, koulutus tietenkin sillä tavalla, että voi arvioida, että millä tasolla pystyy ottamaan sitä tietoa vastaan, mutta harvemmin siinä tulee mitään ongelmaa tai sen huomaa jo siinä ohjaustilanteessa, jos joku harjoite ei mene perille tai se on liian vaikea hallita, niin silloin täytyy muuttaa sitä suunnitelmaa.”

”Jos tulee ihminen, jolla on tietoa, esimerkiksi sairaanhoitaja tai fysioterapeutti, niin pyrin käyttämään ammattitermejä, mut kysyn silti kuitenkin aina, ymmärtääkö ihminen sen, mitä tarkoitan. Jos taas on ihminen, joka ei oo ollut minkäänlaisessa tekemisissä ihmiskehon toiminnan kanssa, niin pyrin käyttämään arkikieltä, enemmän selittämään, erilaisten mallien ja mielikuvien avulla.” (F1)

”Tossa kävi eilen pikkusen vanhempi kaveri, joka oli aiemmin opiskellu liikunnalla ja hän oli yllättävän hyvä.. et mä en ensin sitä niinku edes huomannu ite, et se oli jotenki luonnollista vaan, et puhuttiin ja sitte käytiin noita jalkaterän ja polven asioita läpi ja mä sit rupesin jossain vaiheessa kuuntelemaan, et kun hän puhui, niin sieltä tuli koko ajan perinteisiä anatomian sanoja välissä ja sit jossain vaiheessa mulla lokshti, et ai jaa



sehän puhuuki tolla tavalla. Ja sit kommentoin sitä ja sen jälkeen vasta selvis, et hän oli aikoinaan opiskellu liikunnalla ja oli muutenki erittäin kiinnostunu näistä asioista. Mutta ite käytän tosi harvoin niitä sanoja, et pitäähän sen ihmisen ymmärtää, mistä on kyse, eikä mun tarvi brassailla niillä.” (F8)

Fysioterapeuttien mukaan eri alojen ihmiset käsittelevät tietoa usein eri tavoin, mikä vaikuttaa ohjaukseen. Esimerkiksi luonnontieteellisen alan henkilöt haluavat terapeuttien mukaan usein tarkkoja ohjeita ja toistomääriä, kun taas humanistisen alan henkilöt oppivat paremmin kokemuksellisuuden kautta. Lisäksi koulutetumpien henkilöiden kerrottiin yleensä haluavan tarkempia perusteluja ja selityksiä.

”Matematiikan, fysiikan opiskelijat haluaa tasan tarkkaan tietää, kuinka pitkään yks harjotus vie aikaa, kuinka.. semmosen reseptin tarkan, että paljonko niitä toistoja tehdään ja niin pois päin. Sit joku humanistisen tiedekunnan opiskelija, niin se haluaa enemmän sitä kokemuksen kautta sitä hommaa, et sille ei oo niin tarkkaa, että montako kertaa. Ja nää kumpikaan ei oo väärin. Et kyl näis on eroa. Ehkä liikunnan opiskelijat on sit taas omanlaisensa ryhmä että heit joutuu joskus jarrutteleen. Varsinki jonku vammautumisen jälkeen, et nyt tarvitaan vähän lepoa. Et on näissä eroa.” (F6)

”Totta kai sitten koulutuskin vaikuttaa. Jotka on koulutetumpia, niin monesti kysyy ja haluaa tarkempaa perustelua.” (F3)

Fysioterapeutit kertoivat, että asiakkaan ammattia tai harrastusta voi käyttää hyödyksi harjoitusten ohjaamisessa myös esimerkiksi havainnollistavien mielikuvien kautta. Fysioterapeuttien pyrkimyksenä on tuoda ohjeet ja harjoitteet lähelle asiakkaan elämänpiiriä, jolloin ohjeista pyritään tekemään asiakkaalle merkitykselliset, mielenkiintoiset ja helpommat ymmärtää.

”Potilaasta on tärkeää tietää perustiedot, esimerkiks sukupuoli ja ammatti, liikunnallinen aktiivisuus, oman elämän aktiivisuus, mitä tekee elämässä paljon. Jos esimerkiks tietää, mikä on ihmisen ammatti, niin pyrkii yhdistämään ohjausta sellaisiin mielikuviin, jotka tulee sieltä ammatista. Jos ihminen on töissä rakennustyömaalla, niin kuvaan selkärankaa jonkinlaisena rakennusmallina. Että sillä tavalla vaikuttaa ne esitiedot.” (F1)

Fysioterapeutit kertoivat myös asiakkaan iän vaikuttavan fysioterapeutin käyttämään ohjaukseen ja kieleen. Lasten kanssa kerrottiin käytettävän yksinkertaisempaa ja kuvainnollisempaa kieltä. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä käyttämään yksinkertaisempaa kieltä myös iäkkäiden asiakkaiden kanssa, mutta toisaalta iäkkäille kerrottiin yleensä puhuttavan kunnioittavammin ja kohteliaammin kuin muille asiakkaille.

”Nuorille puhun ehkä erilailla. Joillekin yliopiston professoreille puhun erilailla. Tapahtuu ehkä osittain tietoisesti kyllä. Jos ottaa esimerkin, niin kyl mä varmaan vanhuksille puhun erilailla kuin nuorille.” (F4)

”Esimerkiks vanhemmille ja nuoremmille täytyy selittää yksinkertaisemmin.” (F5)

”Ja sit vaikuttaa tietysti potilaan, asiakkaan ikä siihen, että onks kyseessä vanhus tai lapsipotilas. Se vaikuttaa ainakin kielenkäyttöön jollakin tavalla. Että jos on lapsipotilas sitä tulee juteltua vähän eri tavalla kuin vanhalle ja ehkä kerrottua, juteltua jotaki lasten asioista ja jostain televisio-ohjelmista tai semmosista. Sitä ehkä miettii valmiiks, että onks jotain semmosia asioita, jota vois heittää esim. vaikka muumeista.” (F7)

Myös fysioterapian ohjauskeinojen kerrottiin vaihtelevan iän mukaan. Lapsien kanssa fysioterapeutit kertoivat käyttävänsä paljon esimerkiksi pelejä ja leikkejä, joiden lomaan harjoitukset piilotetaan. Terapeuttien kokemusten mukaan nuorten kohdalla on oltava varovaisempia korjaamisen ja palautteen annon kanssa, sillä murrosikäiset nuoret ovat usein herkkiä oman kehon virheitä kohtaan, jolloin korjaaminen voi tuntua arvostelulta. Ikääntyvien kohdalla on terapeuttien mukaan kiinnitettävä huomiota etenemisvauhtiin, sillä iäkkäiden oppiminen saattaa olla hitaampaa.

”Keinot vaihtelee tosi paljon asiakkaasta riippuen. Lapsien kohdalla esimerkiksi yritän ujuttaa harjoitteita leikkiin tai peliin ja käytetään mielikuvitusta.” (F1)

”Mulla on esimerkiksi nuoria, tollasia alle 15-vuotiaita. Niin siinä saa olla tosi tarkkana, ettei vaadi liikaa. Kun näillä nuorilla ei oo sellaista elämäkokemusta tai kehonhallintaa, niin oon huomannu, että monet kokee arvosteluna sellaset, mitä hän ei osaa tehdä, että siitä pitäis tehdä sellainen oppimistapahtuma eikä sellainen arvosteleva, että sulla on tossa vikaa ja virhettä.” (F2)

”Esimerkiks joidenkin vanhempien kanssa eteneminen ja rytmi on rauhallisempi, ja pitää välillä jollain tapaa tarkistaa, että se ihminen ymmärtää, mitä tehdään ja missä mennään.” (F3)

Fysioterapeuttien mukaan on tärkeää tietää myös asiakkaan tottumuksista, arkipäivän askareista, harrastuksista ja työrutiineista, jotta harjoitteet voidaan paremmin integroida asiakkaan päivittäisiin tekemisiin.

”Ja sitten tietenkin se on tärkeä tietää, että mihin se potilas ite tarvii sitä. Että missä se vaiva eniten haittaa. Että se toimintakyvyn haitta siinä joka päiväisessä elämässä. Että ne pitäis onkia sieltä. Että me mitataan voima ja liikkuvuuksia, mut se ei välttämättä kerro, miten se vaikuttaa siihen jokapäiväiseen elämään. Silloin pitää ohjata potilasta, millä tavalla harjoitella tai miten toimia jokapäiväisessä elämässä, että ne oireet

paranis. Ja sit se, että pyritään parantamaan sitä jokapäiväistä toimintakykyä, niin silloin se ei ole, tällöistä terapeutista lähtöistä. Ettei pyritä saada potilaalle mahdollisimman hyvää kroppaa tai maksimivoimaa, vaan työkäisillä ohjauksen tulee kohdistua vaikkapa ergonomia-asioihin ja sit taas huippu-urheilijoilla erinäisiin ominaisuuksien osa-alueisiin ja tarkemmin niihin biomekaanisiin ongelmiin. Iäkkäimmillä taas pitäis ohjaaminen painottua niihin jokapäiväisiin, toiminnallisiin tilanteisiin. Se on kuitenkin se tärkein asia, eikä vaan se, että tehdään se kuntosaliohjelma ja harjoitetaan voimaa ja liikkuvuutta, vaan se ohjaus pitää kohdistua toiminnallisiin asioihin.” (F2)

Potilaan persoonallisuuden kerrottiin joko helpottavan tai vaikeuttavan ohjaustilannetta. Jos asiakas on aktiivinen ja vastaanottavainen, tekee se terapeuttien kokemuksen mukaan ohjaustilanteesta helpomman. Jos asiakas taas on passiivisempi, on motivointiin käytettävä enemmän aikaa.

”Sit asiakkaan persoonallisuus vaikuttaa. Että joidenkin kans on helpompi työskennellä kuin toisten. Mut se ei tarkoita sitä, että kokis sitten negatiivisiks sen niin sanottujen hankalien asiakkaiden kanssa työskentelemisen, vaan se on enempikin semmoinen haaste, että miten mä nyt saan *tän* (painottaen) asiakkaan vuorovaikutuksen siten, että me ymmärrettäis toisiamme ja että hänen vaivansa sais helpotusta.” (F6)

”No, asiakkaan persoonaan liittyy, et jos joku on tosi reipas, malttaa kuunnella ja keskittyä ja siihen ku vielä lisätään se aiempi kokemus, niin onhan se sit huomattavasti helpompi antaa niitä ohjeita. Että osa tulee pelkästään et he haluu käydä köllölleen tohon penkille ja osa taas tulee rinta rottingilla sisään ja valmiina tekemään kaikkia uusia juttuja jotta elämän hallinta paranis.” (F8)

Muita pariin otteeseen haastatteluissa mainittuja kohdentamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaan sukupuoli ja vieraskielisyys. Naisten kerrottiin käsittelevän asioita omien tuntemuksiensa tai kokemuksiensa kautta, kun taas miesten kerrottiin kyselevän enemmän teknisiä asioita ja käsittelevän ongelmaa tiedon kautta. Fysioterapeutit kertoivat, että ulkomaalaisten asiakkaiden kanssa kielelliset keinot eivät välttämättä aina toimi, jolloin apuna käytetään muun muassa kuvia, piirtämistä tai mallista näyttämistä.

”Monesti miehet haluaa kysyä jotain selvästi teknisempiä asioita ja ehkä naiset puhuu enemmän siitä, miltä hänestä tuntuu tai mitä hän kokee.” (F3)

”Ensimmäisenä tulis mieleen, että mulla käy ulkomaalaisia asiakkaita, niin onhan se mullekin työläämpää, koska siinä joutuu sen kielenkin kanssa kommunikoidaan. Ja se ei ookaan välttämättä niin, että silloin ne asiat kohtaa, vaan silloin joutuu käyttämään muitakin viestintätapoja, että sitten piirretään tai katotaan kuvia tai käsillä katotaan tai mä näytän.” (F6)

Muutama fysioterapeutti painotti sitä, että taustatiedot eivät aina välttämättä ohjaa terapeuttia oikeaan suuntaan. Asiakkaasta voi esimerkiksi ammatin perusteella saada etukäteen stereotyyppisen kuvan, joka ei todellisuudessa välttämättä pidä paikkaansa.

”Taustatiedoista voi saada tietynlaisia ennakkokäsityksiä. Joskus ne voi olla aika stereotyyppisiäkin. Naureskellaan vähän, että insinöörit ja opettajat on pahimpia. Ne tietää jo luonnostaan niin paljon, että niitä ei paljon mennä neuvomaan. Et kyllä se ammatti.. sehän selviää papereista, mut se ei taas sais ohjata sit liikaa. Siitä pitäis olla varovainen. Et esim. on ollu lääkäreitä potilaina, niin en mä oo aatellu, että se tietää, vaan kyllä mä sille kerron a:sta o:hon, esim terveystieteiden lääkärin, niin jos sattuu joku tapaturma, niin et sä oo niinku itses asiantuntija.” (F4)

Asiakkaat kertoivat kokeneensa, että terapeutit ottavat heidän taustansa, ymmärtämisen tasonsa ja mielenkiinnon kohteensa ohjauksessa hyvin huomioon. Asiakkaat kertovat tämän ilmenevän muun muassa siten, terapeutit hyödyntävät harjoitteissa asiakkaille jo ennestään tuttuja jumppaliikkeitä. Asiakkaiden mukaan terapeutit ottavat ohjeissa huomioon asiakkaan perustiedot ja taidot, harrastukset ja liikuntatottumukset. Sopivan tasoilla harjoitteilla vältetään asiakkaan turhautuminen.

”Ohjeet soveltuivat minulle hyvin, koska niissä huomioitiin se, että perustietoa oli jo ennestään ja toisaalta se, että vaikka sitä tietoa jo oli, niin mitään ei kuitenkaan otettu automaattisesti itsestäänselvyytenä. Asiat käytiin perusteellisesti läpi, mutta jos jokin osa-alue oli tuttu, niin se huomioitiin, mutta ei jääty jankkaamaan.” (A8)

”Fysioterapeutti kysyy, olenko aikaisemmin käynyt fysioterapiassa ja minkälaisia harjoituksia olen tehnyt. Jos jokin harjoite on tuttu, hän ei ohjauksessaan lähde ruohonjuuritasolta. Sen sijaan hän saattaa antaa lisäohjeita harjoituksen tehostamiseksi tai siirtymisessä astetta vaativammalle tasolle. Hän kyselee myös liikuntatottumuksiani ja ottaa ohjauksessa huomioon liikunnalliset rajoitteeni.” (A4)

”Alussa kävimme läpi harrastukseni ja mitä olen tehnyt aikaisemmin. Näin ollen fysioterapeutti sai aikaan kattavan kuvan taidoistani ja tietämyksestäni. Hän kyseli myös henkilökohtaisista harrastuksistani ja laitto harjoitusohjelmaan harrastuksen kautta tutuksi tulleita liikkeitä.” (A2)

Asiakkaan tietämyksen tason huomioon ottaminen tulee asiakkaiden mukaan ilmi myös fysioterapeuttien puheessa. Kyselylomakkeiden mukaan fysioterapeutit puhuvat selkeää kansankieltä silloin, kun asiakas ei tunne lääketieteellistä termistöä. Jos asiakas taas tuntee erikoissanastoa, ottaa fysioterapeutti sen asiakkaiden kokemusten mukaan puheessaan huomioon.

”Fysioterapeutti puhuu ymmärrettävästi eikä käytä esim. ammattitermistöä hämmentävästi vaan selittää niin, että voin ymmärtää.” (A1)

”Hän kertoo kansankielellä mitä tehdään ja miksi. Jos hän sanoo jotain, mitä minä en ymmärrä, hän selvittää kyllä mitä tarkoittaa.” (A2)

”Fysioterapeutti ottaa kokemukseni huomioon puheessaan ja harjoitusten vaikeustasossa Olen liikunnan alalla, joten erikoissanasto on minulle tuttu.” (A3)

Asiakkaiden erilaiset oppimistyyliä tulivat kyselylomakkeissa esille, sillä eri asiakkaat kertoivat oppivansa parhaiten eri tavoilla. Useimmat asiakkaat pitivät kyselylomakkeiden perusteella kuitenkin eri keinojen yhtäaikaista käyttämistä tehokkaana tapana oppia. Oppimista helpottavina tekijöinä mainitaan terapeutin näyttämä malli, kuvalliset mallit, ohjeiden saaminen eri muodoissa (suullisesti ja kirjallisesti), peilin käyttö sekä harjoituksen toistaminen.

”Tärkeää on esittää ohjeet eri tavoin, tekemällä, kertomalla, kuvallisesti ja kirjallisesti. Ymmärtämistä helpottaa se, että terapeutti itse näyttää, miten jokin liike tehdään. Lisäksi oppimista helpottaa sekä suullinen ohjeistus että kirjalliset ohjeet. Pitkän hoitosuhteen aikana unohdin, mitä hoidon aikana tulee tapahtumaan. Ehkä siksi olisi hyvä saada ensimmäisellä tapaamiskerralla kirjallinen hoitosuunnitelma.” (A4)

”Pelkkä puhe ei ole aina ymmärrettävää. Se, että liikkeet näytetään, helpottaa ymmärtämistä sekä korjaaminen. Lisäksi ymmärtämistä helpottaa harjoitusliikkeistä oleva kuva ja teksti siinä.” (A5)

”Ymmärtämistä helpotti fysioterapeutin näyttö ja peilin käyttö. Myös fysioterapeutin käyttämät mielikuvat helpottivat liikkeiden oppimista. Myös manuaalinen ohjaus ja tehostus helpottivat.” (A8)

Asiakkailla on myös kokemuksia siitä, että aina ei ole helppoa ymmärtää. Asiakkaat kertoivat, että ymmärtämiseen vaikuttavat muun muassa asiakkaan oma väsymys, keskittymiskyvyn ja motivaation puute sekä ohjeistuksen epäselvyys.

”Joskus ymmärtämiseen vaikuttaa oma väsymykseni. Se heikentää keskittymistä mikä puolestaan vaikeuttaa ymmärtämistä. Liikkeiden oppimista vaikeuttaa myös oma motivaation puute, liikkeen ohjeistuksen tarkoituksen epäselvyys ja kivun tunteminen liikkeen aikana tai jatkuva kipu.” (A4)

Osa fysioterapeuteista myönsi, että välillä puhe ei välttämättä ole asiakkaalle ymmärrettävää. Haastattelussa tuli ilmi, että joskus tutut

asiakkaat huomauttavat terapeutille, jos he eivät ymmärrä jotain. Tästä terapeutit kertoivat olevansa kiitollisia ja toivoivat, että asiakkaat huomauttaisivat aina, jos he eivät ymmärrä.

”No, kyllä pitäis käyttää entistä vähemmän ammattisanastoo, että siitä on onneks tullu näiltä urheilijoilta palautetta, jotka on tullu tutummaks. Että pitäis.. ja vaikka muuttais suomenkieleksi sitä sanastoo, niin silti se saattaa olla sellasta, että se ei oo ymmärrettävää suomee. Et sitä joutuu opettelmaan koko ajan. Ja muistutuksia tulee koko ajan.” (F2)

”Ja ehkä joskus saattaa käyttää semmosia termejäkin, jotka saattaa olla jolleki toiselle hyvin outojaki mut taas jolleki toiselle hyvin tuttuja. Tietysti pitäis pyrkiä käyttämään aina semmosta selkokieltä, ettei tulis liikaa termejä.” (F7)

Fysioterapeutit kertoivat yrittävänsä seurata sitä, ymmärtääkö asiakas vai ei. Heidän mukaansa joskus on hankalaa tietää, onko asiakas ymmärtänyt vai ei. Terapeuttien kertomia keinoja saada asiakkaan ymmärtäminen selville ovat muun muassa asiakkaan ymmärtämisen testaaminen kysymyksiin, liikesuoritusten tarkkailu sekä liikkeiden kertaaminen seuraavalla tapaamiskerralla. Osa fysioterapeuteista kertoi aistivansa sen, ymmärtääkö asiakas vai ei. Aistimista ei osattu sen kummemmin selittää tai pilkkoa eri tekijöihin, sen kerrottiin olevan niin sanottua hiljaista tietoa.

”Mulle tulee sellanen tunne, että tää potilas ei nyt ymmärtänyt tai että.. se on sellasta hiljaista tietoo.. mun mielestä tää on sitä intuitiota.. tunnustaudun sen tunnustajaksi.. Et se niinkun ehkä ohjaa minua.. se on joku, joka tapahtuu meidän välillä ja mä niinku huomaan, et se potilas ei ymmärrä. Hän tarttee niinku pidemmän ajan siihen, et hän tajuaa mistä on kysymys, niin mä varaan näyttöajan.” (F4)

”Mä nään sen siitä suoritustekniikasta tai sit semmosesta eleettömästä viestinnästä, että hämmentyy.” (F2)

”Kyllä asiakkaan ilmeistä, eleistä näkee, että onks se mukana siinä, onks se motivoitunu siihen hommaan ja ymmärtääkö hän.. että jos asiakas on minun mielestä kuin kysymysmerkki, niin kyllä mä sitten uudestaan otan sen asian puheeks, että ymmärsiks sä ja pyydän joskus, että no kerro omin sanoin että mitä sä ajattelet tästä asiasta.” (F6)

Terapeuteilla on siis käytössään erilaisia ohjauskeinoja, joista he pyrkivät valitsemaan jokaiselle asiakkaalle erikseen sopivimmat. Terapeuttien mukaan ohjaamiseen vaikuttavat muun muassa asiakkaan ikä, koulutus, ammatti, persoonallisuus ja sukupuoli. Terapeutit kuitenkin painottavat sitä, että asiakkaan taustatietoja ei saa käyttää ohjaustilanteessa stereotyyppisesti,

vaan asiakasta on aina kuunneltava ja tarkkailtava, ja ohjausta on mukautettava tehtyjen havaintojen perusteella.

### 5.2.3 Motivointikeinot ja kohdentaminen

Yhdeksi ohjaamisen tavoitteeksi fysioterapeutit mainitsivat sen, että asiakas oppii itse huomaamaan sen, miten harjoittelun voi integroida omiin päivittäisiin toimiin, ja sen, mitkä tekijät helpottavat ja vaikeuttavat omaa oloa. Ongelman hallinnasta ja harjoittelusta pyritään tekemään osa arkipäivän rutiineja, jolloin se hoituu mahdollisimman vaivattomasti. Terapeuttien mukaan motivoinnilla on tärkeä rooli asiakkaan aktivoimisessa. Asiakkaan tulee olla motivoitunut, jotta hän toimii itse aktiivisesti oman vaivan helpottamiseksi. Terapeuttien mukaan on tärkeää selvittää asiakkaan motivaatio ja resurssit ennen ohjaamisen aloittamista. Terapeuttien mukaan useat asiakkaat ovat valmiiksi motivoituneita tullessaan terapeutin vastaanotolle, sillä he haluavat päästä vaivastaan eroon. Motivointia kuitenkin tarvitaan, sillä yleensä vaivaa ei saa poistettua hetkessä, vaan se vaatii pitempi aikaisen sitoutumisen ja asiakkaan oman aktiivisuuden. Terapeuttien kertoman mukaan osa asiakkaista taas haluavat terapeutin hoitavan ongelman passiivisten hoitojen avulla. Tällöin motivointia tarvitaan enemmän. Se, että asiakkaan motivaatio puuttuu joissain tapauksissa kokonaan, saattaa terapeuttien mukaan johtua muun muassa asiakkaan elämäntilanteesta, kiireestä, stressistä ja väsymyksestä. Tällöin terapeuttien mukaan on ohjauksessa lähdettävä liikkeelle varovaisesti, keskittyttävä olennaiseen ja karsittava annettavista ohjeista kaikki ylimääräinen pois.

”Yleensä tänne tulevilla potilailla on hyvä motivaatio, mut on sit sellasiaki, joita on vaikea motivoida harjoittelemaan. Siihen on paljonki syitä, kuten elämäntilanne, henkilökohtaiset syyt. Monet on tänä päivänä uupuneita ja siihen pitäis vielä ruveta treenaamaan. Että jotkut selkeesti kaipaa hoivaa ja hoitoo. Et silloin pitää vaan karsia ja keskittyy sellasiin pieniin keinoihin, joita voi toteuttaa pitkin päivää töissä, ettei ota sit liikaa.” (F2)

”Yleensä tänne tultaessa ollaan motivoituneita, on käyty monella lääkäriillä ja ollaan kipeitä. Hoitoa halutaan. Mä kysyn aika usein, että minkä verran sä oot valmis

panostamaan tähän, että me voidaan käydä tällaisia asioita läpi, mut tuleeks sulla tehtyä. Haluutsä, että käydään näitä läpi vai? Jos toinen selkeesti katselee kattoon, niin en mä viitsi ruveta ohjaamaan, vaan kysyn sit, että minkä verran sä oot ite valmis panostamaan. Yleensä sit päädytään jonkinlaiseen kompromissiin, että mitä tehdään ja kuinka paljon.” (F3)

Terapeutit kertoivat, että motivoivassa harjoitusohjelmassa käytetään pohjalla asiakkaan omia mielenkiinnon kohteita. Terapeuttien mukaan asiakkaat motivoituvat yleensä paremmin, jos he huomaavat, että terapeutti ottaa ohjauksessa huomioon asiakkaan tarpeet, resurssit ja mielenkiinnon kohteet. Lisäksi ottamalla huomioon nämä tekijät, saadaan harjoittelu integroitua paremmin asiakkaan arkeen. Terapeutit arvelivat, että jos harjoitteet saadaan yhdistettyä vaikkapa asiakkaan harrastuksiin, se vaikuttaa asiakkaan motivaatioon tehdä harjoitteita.

”Kyl mä kyselen potilaan mielenkiinnonkohteita just sen takia, että pystyis miettimään sitä harjoittelua potilaalle.. että pystyis tekemään sellaisen motivoivan harjoitteluohjelman. Että päästäis siihen tavoitteeseen mikä meillä on.. niin eri keinoilla.. että mahdollisuuksia on paljon. Joku tykkää juosta, käydä uimahallissa tai hiihtää. Mut usein siinä alkuvaiheessa ei voi hirveesti eriyttää niitä harjoitteita, että kyllä ne on aika perusharjoitteita kuitenkin.” (F7)

”Niitä taustatekijöitä just niin ku sen motivaation kannalta, että.. onko ollu... hmm... lähinnäki siitä lapsuudesta, että onko sellasia liikunnallisia tottumuksia jo sieltä tullu ja mikä on se asenne tällaiseen kuntoutumiseen tai liikkumiseen ylipäänsä. Että se on aika ratkaseva lähtökohta... että millä tasolla me lähetään sit liikkeelle. Ja totta kai sit se, että miten paljon sit se elämä tai opiskelu vie sit aikaa.” (F6)

Myös potilaat pitävät motivoitumisessa tärkeänä harjoitusten soveltumista jokapäiväiseen elämään. Heille on olennaista se, että harjoittelun pohjalla on heidän omat tarpeensa ja toiveensa, jotta harjoitukset pystytään integroimaan jokapäiväiseen elämään ja soveltamaan eri puuhissa. Asiakkaat pitävät tärkeänä motivaation kannalta myös sitä, että fysioterapeutti kertoo, mistä kipu johtuu ja miten kipuun voi vaikuttaa. Motivaatiota lisää asiakkaiden mukaan myös se, että he tietävät, miksi liikkeitä tehdään ja miten ne vaikuttavat. Muista henkilöistä kerrotut esimerkit kannustavat asiakkaiden mukaan myös harjoitteluun. Asiakkaat toivovat fysioterapeuttien perustelevan harjoitukset, määrittelevän tavoitteen sekä kertovan esimerkkejä samantlaisista tapauksista. Näiden kerrotaan motivoivan harjoitteluun.



”Tärkeää on viestinnän perustuminen asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin. Tällöin harjoituksista saa sellaiset, että ne pystyy hyvin soveltamaan muun muassa kotona, kuntosalilla tai hyötyliikunnassa. Oppimista edistää myös se, että tiedän, miksi kyseinen liike on minulle tärkeä; mikä on sen vaikutus ja tarkoitus. Tämä edistää myös motivaatiota, joka helpottaa oppimista.” (A4)

”Tärkeää motivaation kannalta on perustelu harjoituksille, tavoitteen määrittelemineen, palautteen antaminen ja esimerkkien kertominen aikaisemmista potilaista.” (A7)

Asiakkaat pitävät myös palautteen antoa ja kannustamista tärkeänä motivoitumisen kannalta. Asiakkaat kokevat fysioterapeutin antaman palautteen positiivisena, eikä fysioterapeutin puuttumista asiakkaan virheisiin koeta negatiivisena. Kannustaminen motivoi harjoittelemaan. Fysioterapeutin on asiakkaiden mukaan oltava sopivan tiukka, mutta kuitenkin ymmärtävä ja kannustava.

”Fysioterapeutti antaa myönteistä palautetta liikkeiden löytyessä. Se tuntuu kannustavalta.”(A1)

”Vaikka fysioterapeutti joutui korjaamaan useasti ja jouduimme toistamaan liikettä paljon, ei tilanne ollut kiusallinen tai pakollista suoritusta. Olo oli varmempi, kun tiesi tarkkaan, kuinka liike tehdään ja että sen tekee varmasti oikein.” (A8)

”Fysioterapeutin puheen sävy on ystävällinen, motivoiva ja joskus hieman vaativakin. Tämä on hyvä, sillä se kannustaa liikkeiden tekemiseen, ponnisteluun ja itsenäiseen harjoitteluun. Fysioterapeutin puhe ei ole soimaavaa, paheksuvaa, syyllistävää tai säälivää. Epäonnistumisen kohdatessa hän jaksaa kannustaa asiakastaan yrittämään uudelleen.” (A4)

Myös fysioterapeutit pitävät palautteen antoa tärkeänä. He toivovat, että asiakkaat antaisivat enemmän palautetta ja että asiakkaat uskaltaisivat kysellä ja tuoda esille omia tuntemuksia ja ehdotuksia. Silloin ohjaaminen lähtisi terapeuttien mukaan todella asiakkaasta käsin. Fysioterapeutit kertoivat, että he etsivät palautetta asiakkaan ilmeistä ja eleistä sekä kehon liikkeistä. Palautteen avulla fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä integroimaan harjoituksia entistä enemmän asiakkaiden jokapäiväiseen elämään, jolloin harjoittelu hoituu mahdollisimman sujuvasti ja jolloin harjoitteista on mahdollisimman paljon hyötyä asiakkaan jokapäiväisessä toiminnassa.

”Ja tärkeä on palaute, et sen saaminen ja siitä kiinni.. hmm.. tai sen hyödyntäminen niin, että asiakas tosiaan niinku siihen elämän hallintaansa sitä tukea. Että palautetta

sitten kyselen tai pyydän tai sitä voi olla myöskin sellasta nonverbaalista palautetta. Ja tietenkin se, että jos se asiakas alkaa siitä omasta kehostaan tuottamaan sitä palautetta, niin se on mulle sellainen voitto, että hän on sisäistänyt asian ja osaa itse tarvittaessa omassa harjoituksissaan arvioida sitä omaa suoriutumistaan. Että se ois se päätavoite. Mm.” (F6)

Fysioterapeutit pohtivat syitä siihen, miksi asiakkaat eivät juuri tee kysymyksiä ja ehdotuksia tai anna palautetta. Näiden puutteen uskottiin johtuvan siitä, että tilanne on asiakkaalle uusi, jolloin hän luottaa terapeutin asiantuntijuuteen ja haluaa terapeutin johtavan tilannetta. Osa terapeuteista pohti myös sitä, ovatko suomalaiset liian kilttejä, eivätkä uskalla kysyä tai pistää vastaan.

”Kysymyksiä ei kyl hirveen paljon tuu. Mut tietysti aina silloin tällöin. En tiä, mistä se on merkki. Että luotetaan vai ei uskalleta sanoa.” (F5)

”Omia ehdotuksia ei tuu kovinkaan paljoa eikä kommentteja. Suomalaiset on ilmeisesti aika kilttejä ja kuuliaisista, että ne melkein ottaa vastaan sitä, mitä sanotaan. Aika vähän tulee sellasia, että väitettäis esim. vastaan.” (F3)

”Toivois, että asiakkailla ois kysymyksiä ja omia ehdotuksia enemmän. Et he on niin uuden asian kans tekemisissä, että ku joku paikka menee rikki ja se on kipeä, niin sitä tietää itekin, että vaik onki ammattilainen, niin sit sitä onki aika ymmällä. Et he oikeestaan oottaa, että heitä ohjataan ja heille niin ku sanotaan ja musta sitä liian vähän syntyy sellasta että he kyselee. Että musta se on huippuhieno tilanne.. ihan muistan sellasia ohjauksia, että siitä tulee mahottoman hieno tunne, kun potilas rupee kyselemään ja hän kyselee sellasia asioita, joita mä olisin ohjannu hänelle. Mut se tulee niinku hänen kautta. Sit mä tiedän, että ne on hänelle tärkeitä kysymyksiä, hänelle tärkeitä asioita ja mä pystyn niistä keskustelemaan hänen kanssaan.” (F4)

Vaikka fysioterapeuttien mukaan asiakkaat eivät juuri tee omia ehdotuksia, pitävät asiakkaat kyselylomakkeiden perusteella tärkeänä sitä, että terapeutti ottaa heidän ehdotuksensa huomioon. Asiakkaiden kokemusten mukaan fysioterapeutit ovat avoimia ehdotuksille ja rohkaisevat heitä kysymään ja tekemään ehdotuksia.

”Fysioterapeutti suhtautuu kysymyksiini ja ideoihini asiallisesti ja asiantuntevasti. Koen saavani vastauksia kysymyksiini. Lisäksi hän kommentoi ehdotuksiani. Toisaalta hän myös korjaa vääriä oletuksiani. Hän rohkaisee tekemään ehdotuksia ja kysymyksiä.” (A4)

”Fysioterapeutti vastaili kärsivällisesti kaikkiin kysymyksiini ja huomioi kommenttini ja halusikin niitä. Ehdotuksiani otettiin huomioon. Esimerkiksi ehdotukseni siitä, että kotiharjoitteluohjelmaani voitaisiin lisätä joukkueeni harjoitusohjelman punttiharjoituksia, toteutettiin, ja sitä käytettiin pohjana pidempiaikaisen harjoitusohjelman tekemisessä.” (A8)

Sekä fysioterapeutit että asiakkaat kokevat motivoivan ohjaustilanteen pohjautuvan asiakkaan tarpeisiin, resursseihin ja mielenkiinnon kohteisiin. Asiakkaat pitävät motivoinnissa tärkeänä harjoitteiden perusteiden ymmärtämistä, tavoitteen asettamista, palautteen antoa ja kannustavaa ilmapiiriä. Myös terapeutit pitävät asiakkaan ymmärtämistä tärkeänä. Heidän mukaansa on tärkeää, että asiakkaat oppivat itse hallitsemaan ongelmaansa terapeutin avustuksella.

”Hyvä ohjaustilanne on, kun homma toimii ja asiakas ymmärtää, mikä täs on juju ja pystyy integroimaan sen sinne arkiaskareisiin.. et hän on huomannu iteki, että tää toimii siellä ja että ei enää särje niin paljon. Niin se on sellanen. Ja sit se, että asiakas iteki tuottaa siltä esille asioita ja uskaltaa kysyä ja se on sellanen hyvä.” (F6)

Fysioterapeutit pitävät motivoinnin tavoitteena sitä, että asiakas oppii itse hallitsemaan ongelmaansa terapeutin avustuksella. Terapeutit haluavat asiakkaan olevan aktiivinen omassa kuntoutumisessaan. He kuitenkin pitävät tärkeänä myös sitä, että asiakkaan resurssit otetaan kuntoutuksessa ja motivoinnissa huomioon.

### **5.3 KÄSITYKSIÄ VUOROVAIKUTUKSEN MUKAUTTAMISESTA**

#### **5.3.1 Fysioterapeuttien käsityksiä vuorovaikutuksen mukauttamisesta**

Haastatteluiden perusteella fysioterapeuteilla vaikuttaisi olevan vähemmän käsityksiä ja kokemuksia vuorovaikutuksen mukauttamisesta kuin kohdentamisesta tai yleensä muusta ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Enemmistö fysioterapeuteista kertoi, etteivät he olleet kiinnittäneet huomiota vuorovaikutuksensa mukauttamiseen. Yksi syy siihen, että fysioterapeutit eivät ole kiinnittäneet huomiota vuorovaikutuksen mukauttamiseen on se, että osa fysioterapeuteista pitää mukauttamista tiedostamattomana. Osa fysioterapeuteista arveli, että mukauttaminen ja herkkyys keskustelukumppania kohtaan on henkilön luontainen ominaisuus, joka tulee itsestään. Toisaalta joissain tilanteissa vuorovaikutuksen mukauttamisen kerrottiin olevan myös tiedostettua. Tällaisia tilanteita ovat

fysioterapeuttien mukaan sellaiset, joissa terapeutti yrittää tietoisesti muuttaa puhettaan esimerkiksi kohteliaammaksi puhuessaan arvovaltaiselle henkilölle. Osa fysioterapeuteista taas katsoi mukauttamisen olevan ainakin jossain määrin tietoista toimintaa ja kertoi opetelleensa tietoisesti puheensa mukauttamista. Haastatteluissa tuli ilmi myös se, että pari fysioterapeuttia oli ruvennut kiinnittämään puheensa mukauttamiseen huomiota sen jälkeen, kun he olivat lupautuneet mukaan tähän tutkimukseen.

”Mä luulen, että se on aika pitkälle luontainen ominaisuus. Mä ite koen, että tuun aika hyvin ihmisten kans juttuun ja se verbaalinen kanssakäyminen on luontevaa ja siinä tapahtuu sitä mukautumista itsestään automaattisesti. Tietysti kun tätä työtä enemmän ja enemmän tekee, niin vois sanoo, että tulee sitä tietoistakin käyttäytymistä, tietoista äänentuottamisen säännöstelyä tai millä tavalla tän ihmisen kanssa kommunikoidaan. Jos esimerkiksi on joku hiljainen potilas, joka puhuu hiljaisella äänellä, niin ei sitä sen vähäistäkin puhetta mennä tappamaan sillä, että puhutaan kovaa ja paljon. Vaan sellaisen ihmisen kanssa voidaan työskennellä niin, että sille tehdään enemmän kysymyksiä. Koitetaan saada siltä potilaalta sitä kommunikaatiota ja informaatiota. Jos joku puhuu muutenkin paljon, niin ei yllytetä kysymyksillä lisää, vaan kysytään ehkä tarkempia kysymyksiä, joihin voi vastata lyhyesti ja tehdään ehdotuksia, että tehdäänkö näin, että.” (F3)

”Ja sit puhenopeus ja rytmii saattaa vaihdella huomaamatta. Mut en mä etukäteen mieti, se tulee siinä tilanteessa. Ja tää kaikkihan on paljon siitä kiinni, miten herkkä on toiselle ihmiselle. Miten kiinnostunut on toisesta ihmisestä ja miten paljon kuuntelee toista. Mut kyl mä luulen, että mä mukautan puhettani potilaiden mukaan.” (F4)

Fysioterapeutit kokevat haastatteluiden perusteella puheen mukauttamiseksi muun muassa äänen, puhenopeuden ja puheen määrän vaihtelut. He kertoivat muuttavansa puhenopeuttaan, puheensa määrää ja äänenkäyttöään asiakkaan mukaan. Vuorovaikutuksen mukauttamista tapahtuu fysioterapeuttien mukaan muun muassa silloin, jos fysioterapeutti aistii asiakkaan olevan arka ja hiljainen. Silloin kerrottiin vältettävän liian pirteää tai hyökkäävää lähestymistä. Oma puhe saattaa fysioterapeuttien mukaan muuttua joko tiedostamatta tai tietoisesti.

”No, ehkä silleen, että on asiakkaita, joista niin kuin näkyy, että he on ujoja tai arkoja, niin kyl kai sitä välttää sit sellasta hyökkäävää otetta tai tämmöstä ylipirteetä tai rempseetä tai jotain.. että sitä menee sit vähän niin kuin hitaammin asiakkaan luo, että antaa hänen ensin tutustuu minuun tai molemmin puolin ja sit pääsee vähän sujuvammin asioihin.” (F6)

”Joskus puhuu paljon rauhallisemmin, joskus vähän kovempaa ja hiljempaa. Ku otit silloin yhteyttä, niin huomasin, että en ollu hirveesti kiinnittänyt siihen sillain huomiota, mut sit rupesin ihan miettiin, että jaaha miks niinku puhuu joskus ihan eri tavalla.” (F7)

Fysioterapeutit kertoivat kokevansa mukauttamiseksi myös puheen muuttamisen arvokkaammaksi, asiallisemmaksi tai kohteliaammaksi. Terapeuttien mukaan joidenkin asiakkaiden kanssa on luontevampaa olla asiallisempi, kun toisten kanssa taas rennompia. Myös iän kerrottiin vaikuttavan fysioterapeutin puheen arvokkuuteen. Fysioterapeuttien mukaan usein vanhempia henkilöitä kunnioitetaan, jolloin terapeutin puhe on arvokkaampaa kuin muulloin.

”Esimerkiksi jos mulla on tommonen 93-vuotias mummo potilaana, niin kyllä mä hyvin kunnioitan tavallaan sitä hänen elämäkokemusta. Ja se tilanne on paljon arvokkaampi tai sillä tavalla erilainen kuin jos mulla on urheilijapotilas, joita mä tapaan tuolla leireillä ja joista on tullu sillä tavalla tuttuja, niin siinä voi olla sellasta herjan heittoa molemmin puolin. Sitten vaan pitää tietää ne rajat, että mä oon kuitenkin siinä se terapeutti enkä kaveri.” (F2)

Fysioterapeutit kertoivat, että puheen mukauttamisella voi vaikuttaa asiakkaan oppimiseen. Fysioterapeuttien mukaan toiselle asiakkaalle asia saattaa mennä perille paremmin esimerkiksi huumorin kautta, kun taas toisen kohdalla toimii paremmin asiapitoinen tyyli.

”Toisten kanssa sitä on asiallisempi ja käyttää enemmän tietopainotteista puhetta ja toisten kanssa on sitten taas rennompia, tavallaan huomaa, että tähän ihmiseen pitää vaikuttaa sellaisella hei kaveri –tyylillä. ja toiseen pitää vaikuttaa virallisemmalla tyyllillä.” (F1)

Myös murre on yksi fysioterapeuttien käyttämä mukauttamisen keino. Muutamia terapeuteja mainitsivat, että asiakkaan murre saattaa tarttua ja että siitä on hyötyä, sillä silloin asiakas tuntee terapeutin olevan samanhenkinen.

”Ja sitten saattaa joskus puhua.. niin kuin.. tai muuttaa omaa puhetapaansa tiedostamattaankin. Et ite oon kotosin Itä-Suomesta ja siellähän puhutaan mietä ja sietä ja viennetään savvoo, niin jos joku puhuu sinne päin, niin sitä saattaa tulla itelläkin savolaisia sanoja, vaikka puhunkin nyt vähän eri tavalla täällä Keski-Suomessa.. tarttunut tämä puhetyyli.” (F7)

”Saattaa just murteeseen vallanki tarttua. Mul on sellanen tunne, että se helpottaa sitä tilannetta, että potilas kokee, että on samanhenkinen.” (F5)

Fysioterapeuteilla oli kokemuksia myös sellaisista tilanteista, joissa he yrittävät omalla puheellaan muuttaa asiakkaan puhetta. Fysioterapeutit kertoivat, että jos asiakas puhuu esimerkiksi hyvin nopeasti, hidastaa

fysioterapeutti omaa puhettaan tietoisesti yrittäen saada myös asiakkaan hidastamaan omaa puhettaan. Tällöin fysioterapeutit muuttavat omaa puhettaan tietoisesti, mutta eivät mukauta sitä asiakkaan puheeseen, vaan yrittävät saada asiakkaan muuttamaan puhettaan fysioterapeutin puheen mukaiseksi. Fysioterapeutit eivät kuitenkaan kertoneet käyttävänsä kyseistä keinoa näyttääkseen arvovaltaansa, vaan esimerkiksi rauhoittaakseen hermostunutta asiakasta tai piristääkseen väsynyttä asiakasta.

”Sit ääni on yks fysioterapian tehokeino. Jos potilas on kauheen hermostunu, niin mä puhun rauhallisemmin tai tosi flegmaattinen niin mä oon pirteämpi kuin oikeesti onkaan. Äänenkäyttö on siis yks metodi.” (F4)

”Kyl mä varmaan mukautan mun puhetta. Luulisin, että tiedostamatta. Mutta esimerkiksi jos joku puhuu tosi nopeesti, niin yritän ehkä rauhoittaa sitä puhetta. Että silloin tietoisesti.” (F2)

Osa fysioterapeuteista kertoi myös esimerkkejä siitä, että vuorovaikutuksen mukauttaminen ei aina onnistu, varsinkin silloin jos omaa puhetta yrittää muuttaa tietoisesti liikaa.

T: ”Ootko pyrkiny tietoisesti muuttamaan sun puhetta?”

F8: ”No, ehkä silloin jos pyrkii esiintymään jotenki arvokkaasti, fiksumpana kuin onkaan, jolloin se menee tietysti metään.”

Haastatteluiden perusteella osa fysioterapeuteista pyrkii siis vuorovaikutuksessaan tietoisesti konvergenssiin. He perustelevat puheen mukauttamista sillä, että se helpottaa asiakassuhteen rakentamista, asiakkaaseen tutustumista ja asiakkaan oppimista. Toiset fysioterapeuteista taas pitivät puheen mukauttamista tiedostamattomana, eivätkä olleet kiinnittäneet siihen huomiota. He arvelivat vuorovaikutuksen mukauttamisen olevan joidenkin ihmisten luontainen ominaisuus, joka liittyy henkilön viestintätyyliin ja herkkyyteen toisten ihmisten tulkintaa kohtaan.

### 5.3.2 Asiakkaiden kokemuksia fysioterapeutin vuorovaikutuksesta

Asiakkailta ei kysytty kyselylomakkeissa fysioterapeutin vuorovaikutuksen mukauttamisesta, koska he eivät voi tietää, muuttaako fysioterapeutti vuorovaikutustaan keskustellessaan heidän kanssaan vai ei. Asiakkailta kuitenkin kysyttiin, millaiseksi he kokevat fysioterapeutin puheen. Tällä kysymyksellä pyrittiin saamaan tietoa muun muassa siitä, kokevatko asiakkaat fysioterapeutin puheen kenties auktoriteettiseksi, jolloin konvergenssin käyttö ei luultavasti ole onnistunut, vai tasavertaiseksi ja miellyttäväksi. Kyselylomakkeiden perusteella asiakkaat kokevat fysioterapeuttien puheen miellyttäväksi. Fysioterapeuttien puhetta kuvattiin muun muassa rauhalliseksi, luotettavaksi, asialliseksi ja humoristiseksi. Puhe ei ole asiakkaiden mukaan liian kovaa, hiljaista, käskevää tai hermostunutta.

”Fysioterapeutilla on rauhallinen, luotettavan kuuloinen ääni. Hän on vakuuttava ja luotettavan kuuloinen ja vastaa mielellään kysymyksiini. Keskustelutilanne on mielestäni mukava. Terapeutti on muutenkin mukavan oloinen persoona, mikä vaikuttaa hyvin paljon ilmapiiriin.” (A2)

”Fysioterapeutin puhe on rauhallista ja asiallista. Ei liian kiireistä, hiljaista, kovaa tai käskevää tai vaikka hermostunutta. Fysioterapeutin kanssa on miellyttävä keskustella, sillä hän ottaa tarpeeni huomioon. Hän on myös humoristinen. Se on hyvä, sillä näin hoitosuhde ei ole liian kireä.” (A5)

Asiakkaiden vastauksista voisi päätellä, että jos fysioterapeutit ovat käyttäneet konvergenssia eli pyrkineet lähentämään omaa puhetapaansa asiakkaan puhetapaan, on konvergenssin käyttö kenties ollut onnistunutta. Suoria johtopäätöksiä asiakkaiden vastauksista ei voi vetää, sillä ei tiedetä, onko tilanteissa tapahtunut puheen mukauttamista vai ei.

Asiakkailta ei myöskään kysytty heidän oman puheensa mukauttamisesta, sillä tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien puheen mukauttamista, mutta pari asiakasta mainitsi vastauksissaan silti puheen mukauttamiseen liittyvistä seikoista. He kertoivat, että fysioterapiatilanteen alussa on tärkeää löytää yhteinen puhetyyli, jotta viestintä sujuu hyvin. Tähän puhetyyliin mainittiin kuuluvaksi muun muassa huumorin käyttö.

”Minun oli päästävä ensin terapeutin huumoriin ja tarpeen puhua ”sisälle” jotta vuorovaikutuksesta tulisi sujuvaa.” (A1)

Terapiatilanteissa on saattanut tapahtua puheen mukauttamista siis myös asiakkaiden puolelta. Mukauttamisen teorian mukaan yleensä mukaudutaan siihen, jolla on korkeampi status, ja osa asiakkaista saattaa pitää fysioterapeutteja terapiatilanteessa statukseltaan korkeampana, sillä terapeutit ovat tilanteessa asiantuntijan roolissa.



## **6 TULOSTEN TARKASTELU**

### **6.1 OHJAUSTILANTEEN VUOROVAIKUTUKSEN TARKASTELUA**

#### **6.1.1 Ohjaaminen fysioterapiassa**

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia peilaten niitä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tarkoituksena on pohtia sitä, millaista uutta tietoa tutkimustulokset antavat fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta ja miten tuloksia voidaan hyödyntää. Ensimmäiseksi perehdytään fysioterapian ohjaustilanteeseen ja sen vuorovaikutukseen, fysioterapeutin ja asiakkaan rooleihin vuorovaikutustilanteessa, ja kuuntelemiseen ja tukemiseen vuorovaikutustilanteen. Sen jälkeen pohditaan vuorovaikutuksen mukauttamisen ja kohdentamisen merkitystä fysioterapian ohjaustilanteessa. Lopuksi esitellään tutkimuksen pohjalta nousseita mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

Tässä tutkimuksessa haastateltujen fysioterapeuttien mukaan potilaiden ohjaamiseen kuuluivat useat eri asiat, kuten apuvälineiden käytön opettaminen, liikkeiden ohjaaminen, asiakkaan ongelmaa koskevan tiedon jakaminen sekä neuvojen antaminen siitä, miten asiakas voi aktiivisesti vaikuttaa oman tilanteensa hallintaan. Ohjaamisena pidettiin siis myös opettamista ja neuvontaa. Myös kirjallisuudessa potilasohjaus, potilasopetus ja potilasneuvonta määritellään sisällöllisesti hyvin usein samalla tavoin (Kettunen 2001, 12). Myös muiden tutkimusten mukaan potilasohjaus koostuu enimmäkseen ongelmaa koskevan informaation jakamisesta, kotiharjoitusten ohjaamisesta, ohjeiden ja informaation antamisesta muita asioita, kuten lepoa ja kehon asentoa koskien, terveysneuvonnasta, esimerkiksi tupakointia ja liikuntaa koskien, sekä psyykkisen hyvinvoinnin ja jaksamisen neuvonnasta. (ks. esim. Gahimer & Domholdt 1996; Slujjs 1991.)

Tässä tutkimuksessa perehdyttiin enimmäkseen liikkeiden ohjaukseen. Tutkimuksen tulosten mukaan ohjaus perustuu sanalliseen ohjaukseen, mallin näyttöön ja manuaaliseen ohjaukseen. Fysioterapeuttien kertoman mukaan apuna käytetään erilaisia havainnollistavia tekijöitä, kuten peiliä, teippausta ja mielikuvia. Myös muiden fysioterapian ohjausta koskevien tutkimusten mukaan ohjaus perustuu eniten puheeseen ja näyttöön (ks. esim. Chase 1993).

Fysioterapeuttien kertoman perusteella ohjaamisesta voi löytää piirteitä konstruktivistisesta oppimiskäsityksestä. Konstruktivismiin mukaan ohjaaja ei siirrä tietoa oppijaan, vaan oppija rakentaa eli konstruoi sen itse omien tavoitteidensa mukaan (Ojanen 2000, 41). Fysioterapeutit totesivat haastatteluissa muun muassa, että tieto rakennetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tässä tiedon rakentamisessa fysioterapeutit pyrkivät auttamaan asiakkaita muun muassa käyttämällä asiakkaalle merkityksellisiä asioita esimerkeissään. Konstruktivismiin liittyvä aktiivinen oppiminen tuli myös esille haastatteluissa. Aktiivisessa oppimisessa oppijalla on keskeinen rooli oppimistilanteessa (Ojanen 2000, 49). Fysioterapeutit korostivat asiakkaiden aktiivista roolia ohjauksessa. Aktiivisessa oppimisessa ohjaajan tehtävänä on ymmärtää ja rohkaista oppijaa ja tehdä tilanteesta tasa-arvoinen (Ojanen 2000, 51). Nämä kaikki aktiivisen oppimistilanteen ohjaajan rooliin kuuluvat seikat tulivat esille fysioterapeuttien haastatteluissa.

Tutkimuksessa haastatellut fysioterapeutit lähestyivät ohjaustilannetta kahden eri orientaation kautta – osa fysioterapeuteista lähestyi ohjaamista lääketieteellisten faktojen kautta, osa taas vuorovaikutuksen kautta. Esimerkiksi kysyttäessä fysioterapeuteilta sitä, mikä heidän mielestään on tärkeää ohjaustilanteessa, erään fysioterapeutin vastaus oli lantion hallinta, kun toinen fysioterapeutti piti tärkeimpänä kuuntelemista. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Viitanen 1997) on todettu, että fysioterapeutit suhtautuvat fysioterapiaan usein biomekaanisen orientaation kautta, jolloin lääketieteelliset faktat painottuvat. Tämän tutkimuksen perusteella voisi päätellä tämän biomekaanisen mallin näkyvän myös ohjaamisessa. Tutkimustulosten perusteella ei kuitenkaan voi luokitella fysioterapeuttien

kuuluvan joko biomekaanisen tai biopsykososiaalisen orientaation käyttäjiksi. Osa fysioterapeuteista käsitteli ohjaamista selkeästi vuorovaikutuksellisten tekijöiden kautta, kun osa taas painotti fyysisiä tekijöitä. Fysioterapeutit eivät kuitenkaan yleensä edusta vain jompaakumpaa orientaatiota, vaan piirteitä löytyy molemmista orientaatioista. Esimerkiksi tämän tutkimuksen mukaan sellainen fysioterapeutti, joka hahmottaa ohjaustilanteen fysiologisten seikkojen kautta, voi kuitenkin pitää vuorovaikutuksellisuutta tärkeänä. Kaikki tässä tutkimuksessa haastatellut fysioterapeutit kertoivat pitävänsä vuorovaikutusta ohjaustilanteessa tärkeänä. Se, että fysioterapeutit orientoituvat ohjaamiseen eri tavoin, saattaa johtua esimerkiksi fysioterapeuttien viestintätäytylistä, persoonallisuudesta, koulutuksesta, ja jopa sukupuolesta (ks. esim. Gillotti & Applegate 2000 kognitiivisista konstruktioista ja Gabbard-Alley 2000 sukupuolen vaikutuksesta).

### **6.1.2 Vuorovaikutussuhteen tasavertaisuus**

Fysioterapeutit käsittävät vuorovaikutuksellisuudeksi sen, että viestintä on kahdensuuntaista. He kertoivat, että on tärkeää ottaa asiakas tasavertaisena toimijana ohjaustilanteeseen mukaan, jotta asiakas motivoituu toimimaan itse aktiivisesti oman kuntoutumisensa puolesta ja jotta harjoitteet saadaan integroitua paremmin asiakkaiden arkeen. Fysioterapeutit kertoivat kokevansa, että he useimmiten ottavat asiakkaan tasavertaisena toimijana huomioon. Myös asiakkaat kertoivat kokeneensa olleensa ohjaustilanteessa fysioterapeutin kanssa tasa-arvoisia. Tämän tutkimuksen asiakkaiden ja fysioterapeuttien arkikokemusten perusteella asiakkaat ovat fysioterapian ohjaustilanteessa tasavertaisia toimijoita ja tyytyväisiä ohjaustilanteen vuorovaikutukseen. On kuitenkin hankalaa sanoa, miten tasavertaisuus oikeasti toteutuu, sillä tässä tutkimuksessa ei observoitu ohjaustilannetta, ja aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että vaikka terveysalan ammattilaiset kokevat potilaan olevan tasavertainen toimija vuorovaikutussuhteessa, todistavat videoidut tilanteet päinvastaista – niissä ilmenee asiantuntijajohtoinen toimintamalli, eikä potilaalla ole mahdollisuutta

kertoa, miten ongelma vaikuttaa jokapäiväisessä elämässä, miten ohjeet voitaisiin ottaa osaksi arkielämää, miten hän selviytyy kotona, töissä ja vapaa-ajalla, millaista tukea hän saa, jne. Keskustelut perustuvat asiantuntijan päätelmiin ja ohjeiden antoon. (Kettunen 2001, 12–13).

Tässä tutkimuksessa asiakkaiden kokemukset kuitenkin vahvistavat fysioterapeuttien kertomaa. Asiakkaat kertoivat fysioterapeuttien ottaneen ohjeissa huomioon asiakkaiden toiveet, ideat ja arjen toiminnot. Jos vuorovaikutus on fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemusten mukaisesti tasavertaista, voisi päätellä, että fysioterapeutit ovat omaksuneet asiakaskeskeisen lähestymistavan ohjaamiseen. Jos observointi osoittaisi ohjaamisen yhä olevan terapeuttijohtoista, kertoisi se silloin siitä, että arkikokemus ja ulkopuolisen tarkkailijan näkemys poikkeavat toisistaan. Tämä saattaisi johtua esimerkiksi siitä, että terapiatilanteessa on tietyt normit, joita noudatetaan, eivätkä fysioterapeutit tai asiakkaat koe asiakkaan olevan tilanteessa alempiarvoinen, vaikka terapeutti johtaakin määrin tilannetta. Asiakkaat luultavasti odottavat terapeutin antavan ohjeita ja johtavan vuorovaikutusta, ja ovat tilanteeseen tyytyväisiä. Jos terapeutti osoittaa asiakkaalle kuuntelevansa tätä ja ymmärtävänsä tätä, asiakas kokee terapeutin ottavan hänet tasavertaisena toimijana huomioon, eikä kaipaa itselleen aktiivisempaa roolia.

Myös eräissä muissa tutkimuksissa on todettu, että potilas on täysin tyytyväinen, vaikka terveysalan ammattilainen johtaakin tilannetta (ks. esim. Skelton 1997, 155). Vuorovaikutus saatetaan siis kokea tasavertaista myös silloin, kun fysioterapeutti johtaa tilannetta asiantuntijaroolissaan, mutta ottaa potilaan kysymykset, ehdotukset ja toiveet huomioon, eikä korosta omaa ylemmyyttään. Siksi onkin tärkeää kysyä fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä ja kokemuksia, koska vaikka tilanne saattaa vaikuttaa observoimalla epätasa-arvoiselta, voivat terapeutit ja asiakkaat kuitenkin kokea tilanteen tasa-arvoisena. Skeltonin (1997, 156) mukaan tärkeämpää ohjaustilanteessa on kunnioitus toista osapuolta kohtaan ja odotusten jakaminen, jolloin keskustellaan molempien roolit, jotta tilanteesta saadaan muodostettua molemmille osapuolille tyydyttävä.

Vaikka vuorovaikutuksen kerrottiin haastatteluissa ja kyselylomakkeissa olevan tasavertaista, tuli tutkimuksessa esille myös jonkinlainen kontrollin tarve. Fysioterapeutit kertoivat esimerkeissä yrittävänsä omalla vuorovaikutuksellaan vaikuttaa asiakkaan vuorovaikutukseen. Jos asiakas esimerkiksi puhuu fysioterapeutin mielestä liian paljon, yrittää terapeutti kertomansa mukaan esittää asiakkaalle mahdollisimman lyhyitä ja selkeitä kysymyksiä. Lisäksi tutkimuksessa tuli esille länsimaiselle kulttuurille tyypillinen näkemys siitä, että potilaat pitävät hoitohenkilökuntaa kaikkietävänä lääketieteellisen tiedon jakajana, jolloin potilaan rooli on passiivinen (Ragan, Beck & White 1995, 186). Tutkimuksessa haastatellut fysioterapeutit kokivat, että asiakkaat luottavat terapeuttien asiantuntijuuteen, eivätkä liiemmin tee omia ehdotuksia. Fysioterapeuttien mukaan heidän on tärkeää tuoda esille oma asiantuntijuutensa fysioterapiatilanteessa, koska heidän mukaansa asiantuntijuus herättää asiakkaissa luottamusta. Myös asiakkaat arvostavat tämän tutkimuksen mukaan fysioterapeutin asiantuntemusta ja pitävät sitä tärkeänä.

Asiakkaat kuitenkin kertoivat asiantuntijuuden lisäksi arvostavansa myös sitä, että fysioterapeutti puhuu muistakin kuin vain terapiaan liittyvistä asioista. Tällaisiksi muiksi aiheiksi asiakkaat mainitsivat muun muassa yhteiset mielenkiinnon kohteet terapeutin kanssa. Asiakkaiden kokemusten mukaan arkipäiväinen puhe tekee ohjaustilanteen ilmapiiristä leppoisan. Myös Watson ja Gallois (2002) toteavat tutkimuksessaan, että potilaat ovat tyytyväisiä silloin, kun vuorovaikutus lääkärin kanssa ei ole pelkkää keskustelua ammattilaisen kanssa, vaan keskustelua kuin kenen tahansa ”tavallisen henkilön” kanssa.

Lääkärin ohjaavaa roolia onkin luonnehdittu hyvin moninaiseksi ja hienovaraiseksi, koska lääkärin on pyrittävä yhtäaikaaisesti tuomaan esille oma asiantuntijuutensa, pyrittävä näyttämään arvostavansa asiakkaan kompetenssia, ja rakennettava suhdetta asiakkaan kanssa. Lisäksi lääkärin on pyrittävä selittämään vaikeita lääketieteellisiä termejä, toimintoja ja lääkitystä asiakkaalle ymmärrettävällä tavalla. Lääketieteellisen tietämyksen tason lisäksi lääkärin ja potilaan välinen tasa-arvoero tulee esille potilaan

vähäisenä kysymysten esittämisenä. Kulttuurisen ilmiön mukaan kysymysten esittäminen uhkaa lääkärin arvovaltaa. (Ragan, Beck & White 1995, 186.) Samoin kuin lääkärin, on myös fysioterapeutin taiteiltava asiantuntijaroolin ja tasa-arvoisen suhteen välillä. Toisaalta haastatellut fysioterapeutit kokevat oman roolinsa avoimemmaksi ja tasavertaisemmaksi kuin lääkärin roolin. Terapeutit kertoivat, että asiakkaat uskaltavat kysellä heiltä, ja pyytävät fysioterapeuttia usein esimerkiksi selittämään jotain lääkärin sanomaa asiaa. Tästä voisi päätellä, että fysioterapeutit ovat ehkä helpommin lähestyttävissä ja intiimimmässä suhteessa asiakkaidensa kanssa kuin lääkärit, jolloin vuorovaikutus ei ole ehkä niin institutionaalista kuin lääkäreiden ja potilaan välinen vuorovaikutus. Ehkä lääkärin ja potilaan ja fysioterapeutin ja potilaan vuorovaikutusta määräävät osittain erilaiset normit. Kuitenkin aikaisemmin tehtyjen tutkimusten mukaan myös fysioterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on institutionaalista, ja fysioterapeuttien on todettu johtavan vuorovaikutusta omalla puheellaan.

Vaikka lääkärin ja potilaan ja fysioterapeuttien ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus on osin ehkä erilaista ja erilaisten normien sanelemaa, on tämän tutkimuksen tuloksia kuitenkin jouduttu vertaamaan lääkärin ja potilaan tutkimukseen, koska fysioterapeuttien vuorovaikutuksesta ei ole olemassa kovin paljoa tehtyä tutkimusta. Toisaalta tuloksia oli myös mielenkiintoista verrata lääkäreistä tehtyyn tutkimukseen, koska osaksi tulokset olivat yhteneviä ja osaksi poikkeavia.

### **6.1.3 Potilaan kuunteleminen ja tukeminen**

Haastatellut fysioterapeutit pitivät asiakkaan kuuntelemista erittäin tärkeänä ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa. Fysioterapeutit kertoivat, että kuuntelemalla ja havainnoimalla asiakasta, he saavat asiakkaasta tärkeitä tietoja esille, joita he voivat käyttää apuna diagnoosin teossa, ohjaamisessa, asiakkaan aktivoimisessa ja motivoinnissa. Lisäksi asiakkaan havainnoimisella ja kuuntelemisella osoitetaan fysioterapeuttien mukaan asiakkaalle, että tämä on tärkeä ja ongelma vakavasti otettava. Myös muissa

tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia kuuntelemista koskien. Esimerkiksi hoitotyötä koskevassa tutkimuksessa on todettu, että yritys ymmärtää potilasta ja tämän kipua ilmenee potilaiden kokemusten kuuntelemisena ja niistä yhdessä keskustelemisena. (Heikkinen & Laine 1997, 142.) Samoin kuuntelemisen, nonverbaaleihin vihjeisiin reagoimisen, kiinnostuksen osoittamisen asiakasta kohtaan, avoimien kysymysten käytön, potilaan tasa-arvoisen kohtelemisen ja opastamisen ja kannustamisen itsestä kertomiseen on todettu olevan tärkeitä myös asiakkaan aktivoimisessa (Du Pré 2000, 57–58). Fysioterapeutit kertoivat kokevansa kuuntelemisen tärkeäksi myös päästäkseen selville asiakkaan voimavaroista, ja siitä, miten paljon asiakas pystyy ja jaksaa itse vaikuttaa ongelmiinsa. Muun muassa Viitanen (1997, 116) on tutkimuksessaan pohtinut sitä, miten paljon fysioterapeutit voivat luottaa asiakkaan voimavaroihin, jatkuvaan oppimiseen ja kehittymiseen. Joskus asiakkaalla ei välttämättä voimavaroja ottaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan, ja hän voi tarvita aktivoimisen sijaan hoitoa ja tukea. Voimavarakeskeinen työskentely malli sallii myös potilaan osallistumatta olemisen. Sen mukaan potilaalla on oikeus määritellä kuntoutumiseen osallistumisen laatu ja laajuus oman jaksamisensa ja mahdollisuuksiensa mukaan. (Kettunen 2001, 93.) Jos potilaat kokevat, että tilanne vaatii liikaa omaa panosta ja vastuuta, voivat huolet ja stressi voimistua (Nupponen 1993, 155).

Fysioterapeutit kertoivat osoittavansa kuuntelemista esimerkiksi katsomalla asiakasta silmiin. Samoin asiakkaat kertoivat, että fysioterapeutti osoittaa kuuntelemista katsomalla silmiin. Myös lääkärin vuorovaikutuksesta tehtyjen tutkimusten mukaan potilaat kokevat lääkärin katseen tärkeäksi kuuntelemista osoittavaksi asiaksi. Ruusuvuoren (2001) tutkimuksen mukaan potilaat saattavat tulkita, että lääkäri ei kuuntele, jos lääkäri katsoo esimerkiksi potilaan papereita samalla, kun potilas kertoo oireistaan. Potilas saattaa keskeyttää tällöin puheensa luullessaan, että lääkäri ei kuuntele. Lääkärin katse voidaan kokea tärkeäksi myös siksi, että joskus potilaan sanat eivät riitä kuvaamaan kipua ja oireita, jolloin potilas käyttää apuna näyttämistä. Heathin (2002) tutkimuksen mukaan potilaat käyttävät eleitä ja kehon liikkeitä näyttämään sitä, millaista kipu on ja missä se sijaitsee.

Lisäksi potilaat pyrkivät eleiden ja näytön avulla vahvistamaan vaivan tai sairauden vakavuutta. Siksi on tärkeää katsoa, kuunnella ja tarkkailla potilasta.

Fysioterapeutit kertoivat työkokemuksen vaikuttavan siihen, että voi paremmin keskittyä enemmän asiakkaan kuuntelemiseen, koska työkokemuksen myötä työn tekniset asiat ja mittaukset eivät vie niin isoa osaa terapeuttien huomiosta. Fysioterapeutin elämäkokemuksen puolestaan kerrottiin vaikuttavan asiakkaiden elämän ja ongelmien ymmärtämiseen. Myös Jensenin, Shepardin ja Hackin (1990) mukaan kokeneet fysioterapeutit ovat parempia kannustamaan asiakkaita ja antamaan kosketuksen avulla vihjeitä kuin aloittelevat fysioterapeutit.

Erään tutkimuksen mukaan se, että hoitajalla ja potilaalla on jokin yhteinen asia, kuten samantapainen kokemus, auttaa ymmärtämään potilasta. Tutkimuksen tulosten mukaan myös huumori auttaa yhteyden saamisessa asiakkaaseen. Huumorilla voidaan keventää vaikeasti käsiteltäviä tilanteita. (Heikkinen & Laine 1997, 142.) Myös tässä tutkimuksessa tuli esiin huumorin käyttö vaikeissa tai arkaluontoisissa asioissa. Sen lisäksi, että huumorin kerrottiin keventävän ilmapiiriä, sen kerrottiin vaikuttavan myös asiakkaan mielialaan, mikä taas osaltaan saattaa vaikuttaa asiakkaan paranemiseen.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan fysioterapeuteilla on vaikeuksia sosio-afektiivisella puolella, sillä heillä ei ole sopivaa koulutusta henkisen tuen antamisesta työssä. Tässä tutkimuksessa ei perehdytty syvällisesti sosio-afektiivisiin tekijöihin, mutta fysioterapeuttien puheessa tulivat esille asiakkaiden psyykkiset ongelmat, sokki, kipu ja sairaus. Näissä tilanteissa koettiin tärkeäksi se, että fysioterapeutti näyttää potilaalle ymmärtävänsä ja kuuntelevansa tätä. Myös muiden tutkimusten mukaan tukea antavalla vuorovaikutuksella on vaikutus potilaan hyvinvointiin. Esimerkiksi Jeffels ja Foster (2003, 208) kokoavat artikkelissaan tutkimuksia, joissa on tarkasteltu viestinnän vaikutusta potilaan kokemaan kipuun, ja toteavat tehtyjen tutkimusten perusteella, että fysioterapeutti voi helpottaa potilaan



kipua muun muassa ottamalla kivun huomioon ja kannustamalla potilasta. Tässä tutkimuksessa vain sivuttiin sosio-affektiivisiä tekijöitä ja tuen antamista. Tutkimuksen mukaan ne koetaan kuitenkin tärkeiksi ohjaustilanteessa. Olisi mielenkiintoista tutkia sitä, miten fysioterapeutit kohtaavat asiakkaita, jotka tarvitsevat muita enemmän henkistä tukea. Millaisia työvälineitä ja keinoja fysioterapeuteilla on tällaisissa tilanteissa?

Tutkimuksessa saatiin mielenkiintoista tietoa ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta, sekä siitä, miten fysioterapeutit käsitteellistävät vuorovaikutusta. Osa tutkimuksen fysioterapeuteista käsitteellistää vuorovaikutustilannetta paremmin ja pystyy pilkkomaan sitä eri osatekijöihin. Osa fysioterapeuteista kertoi miettineensä vuorovaikutukseen liittyviä seikkoja ja kiinnittäneensä niihin ohjauksessaan huomiota, kun taas osa kertoi vuorovaikutuksen sujuvan itsestään ilman erityistä huomiota. Fysioterapeutit painottavat vuorovaikutuksessa eri asioita. Osan fysioterapeuteista mukaan kuunteleminen on tärkein vuorovaikutuksellinen tekijä ohjaustilanteessa, osa taas painottaa huumorin tärkeyttä, ja osa esimerkiksi tuen antamista. Usein tämä fysioterapeutin tärkeäksi kokema asia toistui haastattelussa useaan otteeseen. Tällaiset painotuserot saattavat johtua muun muassa fysioterapeutin viestintätyylistä ja persoonallisuudesta, mutta myös fysioterapeutin työpaikasta ja asiakkaista. Esimerkiksi tapaturmapotilaiden kanssa työskentelevät fysioterapeutit joutuvat varmasti tukemaan potilaita enemmän, jolloin supportiivisen viestinnän rooli ehkä painottuu.

Haastatellut fysioterapeutit suhtautuvat vuorovaikutukseen mielenkiinnolla, ja kokevat vuorovaikutustaidot tärkeiksi työssään. Osa fysioterapeuteista harmitteli sitä, että fysioterapeutin koulutukseen ei juuri kuulu vuorovaikutustaitojen harjoittamista, ja toivat haastatteluissa ilmi halukkuuden ja tarpeen oppia vuorovaikutuksesta enemmän. Fysioterapeuttien vuorovaikutusta onkin tärkeää tutkia muun muassa siksi, että saadaan käsityksiä fysioterapeuttien vuorovaikutusvalmiuksista ja siitä, millaisia vuorovaikutuksellisia valmiuksia fysioterapeutit tarvitsevat työssään, ja jotta ne voidaan ottaa koulutuksessa huomioon. Ohjaustilanne

on vaativa viestinnällinen tapahtuma, jossa fysioterapeutin on pystyttävä selittämään asiat asiakkaalle ymmärrettävästi, otettava tämä tasavertaisesti huomioon, kuunneltava, aktivoitava, motivoitava ja tuettava tätä, jolloin vuorovaikutustaidot ja kokemus ovat tarpeen.

## **6.2 MUKAUTTAMINEN JA KOHDENTAMINEN OHJAAMISESSA**

Vuorovaikutuksen mukauttaminen tehostaa mukauttamisen teorian mukaan viestintää. Tämän tutkimuksen mukaan fysioterapeutit mukauttavat vuorovaikutustansa sen takia, että heillä on mielikuva siitä, että viestintä on tällöin sujuvampaa ja miellyttävämpää. Tietysti viestintä on tällöin myös tehokkaampaa, mutta fysioterapeutit eivät sinänsä puhuneet mukauttamisen yhteydessä tehokkuudesta. Tosin eräs fysioterapeutti mainitsi, että ääni on yksi fysioterapian tehokeino.

Osa fysioterapeuteista koki mukauttamisen hyvinkin tiedostettuna tapahtumana, osa taas uskoi sen olevan tiedostamatonta. Myös mukauttamisen teorian mukaan vuorovaikutuksen mukauttaminen on joskus tiedostettua, mutta usein tiedostamatonta. Osa fysioterapeuteista uskoi mukauttamisen olevan luontainen ominaisuus, joka perustuu siihen, miten herkkä henkilö on toisia kohtaan ja miten hän osaa aistia toisia ihmisiä. Osa fysioterapeuteista taas oli sitä mieltä, että mukauttamista voi tietoisesti opetella.

Kohdentamisen ilmiötä on yleensä tarkasteltu esiintymisen yhteydessä. Vaikka terveysalan ammattilaisten (kuten lääkärien, sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien) vuorovaikutustutkimuksessa ei sinänsä ole tutkittu kohdentamista, on tutkimuksissa tarkasteltu kuitenkin viestinnän kohdentamiseen liittyviä seikkoja. Tarkasteltuja aiheita ovat muun muassa lääkärien kielen käyttö ja fysioterapeuttien antamien ohjeiden integrointi asiakkaan arkielämään. Terveysalalla vallitsee nykyään suuntaus, jossa pyritään hyödyntämään asiakkaan omia voimavaroja ja tekemään asiakkaasta oman vaivansa asiantuntija. Tällöin kohdentamisella on

terveysneuvonnassa erittäin merkittävä rooli. Jotta jokaiselle asiakkaalle löytyy omat, sopivat ja toimivat keinot hallita ongelmaa, on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan mielenkiinnon kohteet, resurssit, motivaatio, ymmärryksen taso, ym.

Esiintymisessä kohdentamisella pyritään siihen, että kuulija ymmärtää puhujan sanoman ja myös siihen, että kuulijan mielenkiinto pysyy yllä. Myös fysioterapeutit käyttävät tutkimuksen mukaan kohdentamista helpottaakseen asiakkaan ymmärtämistä. Kohdentamisen keinoja ovat muun muassa sopivan sanaston käyttö ja sopivien esimerkkien kertominen. Kielenkäytöllä on fysioterapeuttien mukaan vaikutusta myös asiakkaan kiinnostuksen ylläpitämiseen. Jos fysioterapeutti käyttää liian vaikeaa kieltä, kun asiakkaana on maallikko, tai liian yksinkertaista kieltä, kun asiakkaana on esimerkiksi lääkäri, voi asiakas turhautua. Kohdentamisella tuntuu fysioterapeutin työssä olevan kuitenkin muitakin funktioita, joista esiintymisen yhteydessä ei yleensä puhuta. Näistä tärkeimmät ovat potilaan aktivoiminen ja motivoiminen.

Tutkimuksen fysioterapeutit pitävät asiakkaan aktivoimista tärkeänä ohjaamisessa. Pelkkä ohjaaminen ja opettaminen eivät takaa oppimista, vaan asiakas, joka on passiivinen, oppii luultavasti huonommin kuin asiakas, joka on aktiivisesti mukana oppimistilanteessa (Ragan, Beck & White 1995, 205). Kohdentamisella on haastatteluiden perusteella merkittävä rooli asiakkaiden aktivoimisessa. Fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä aktivoimaan asiakkaita näille mielekkäillä keinoilla, jolloin fysioterapeutin on tärkeää tietää asiakkaan taustoista, mielenkiinnon kohteista, harrastuksista, työstä, resursseista, jne. Asiakkaan aktivoimisesta puhuttaessa kohdentamisella tarkoitetaan ohjaamisen räätälöimistä juuri kullekin asiakkaalle sopivaksi.

Usein terveysalan ammattilaiset saattavat ajatella, että tarkka kohdentaminen vie liikaa aikaa. Kuitenkin tutkimusten mukaan lääkäripotilassuhteessa vastaanottokäynti, jossa potilasta kuunnellaan ja jossa potilaan toiveet ja ideat otetaan huomioon, ei vie sen enempää aikaa kuin

”perinteinenkään” vastaanotto(ks esim. du Pré 2002). Voidaan jopa väittää, että koska hoito mahdollisesti onnistuu paremmin kuuntelemisen ja potilaan taustojen ja ideoiden hyväksi käyttämisen kautta, voi kohdentaminen jopa säästää aikaa. Myös tämän tutkimuksen fysioterapeutit kertoivat, että asiakkaan kuunteleminen saattaa jopa ratkaista diagnoosin, jolloin kuunteleminen jopa nopeuttaa etenemistä terapiatilanteessa.

Myös kohdentamisen ja yhteydessä puhuttiin jo aikaisemmin esille tulleista asiakkaan voimavaroista. Fysioterapeutin on otettava huomioon asiakkaan voimavarat ja resurssit ja toimittava niiden mukaan. Terapeutit kertoivat, että on turha antaa asiakkaalle isoa nippua ohjeita, jos tällä ei ole resursseja toteuttaa niitä, vaan tällöin on keskityttävä vain olennaiseen. Toisaalta myös asiakkaan persoonallisuus voi fysioterapeuttien mukaan vaikuttaa asiakkaan aktiivisuuteen. Osa voi haluta toimia aktiivisina toimijoina, kun taas osa kaipaa hoivaa ja huolenpitoa. Tällöin fysioterapeutin on pystyttävä lukemaan asiakasta tarkasti. On pyrittävä päättelemään, milloin asiakkaan aktivointi on paikallaan, ja milloin asiakas taas selvästi kaipaa hoivaa ja huolenpitoa.

Tämä tutkimus lisäsi tietoa vuorovaikutuksen kohdentamisesta ja mukauttamisesta fysioterapian ohjaustilanteessa. Tutkimuksen mukaan mukauttamisella ja varsinkin kohdentamisella on tärkeät roolit ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa. Tutkimuksen perusteella sekä fysioterapeuteilla että asiakkailla on käsityksiä siitä, mitä kohdentaminen merkitsee ohjaamisessa. Osalla fysioterapeuteista oli käsityksiä ja kokemuksia kohdentamisesta enemmän kuin toisilla. Kohdentaminen koettiin merkittäväksi ohjauskeinojen valinnan lisäksi asiakkaan aktivoinnissa ja motivoinnissa. Nämä ovat tämän tutkimuksen mukaan erityisiä piirteitä fysioterapian ohjaustilanteen kohdentamiselle, eikä niitä tarkastella esimerkiksi esiintymisen kohdentamisessa.

Tutkimus lisäsi tietoa myös vuorovaikutuksen mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Ensinnäkin tutkimus toi esille mukauttamisen tutkimisen problematiikan. Koska mukauttamisen ilmiö on osin tiedostamaton, on siitä

vaikea kysyä, ja siitä saatiinkin vähemmän tietoa irti kuin kohdentamisesta. Osa terapeuteista ei ollut kiinnittänyt huomiota vuorovaikutuksensa mukauttamiseen, ja piti sitä henkilön luontaisena ominaisuutena liittyen henkilön persoonallisuuteen ja retoriseen sensitiivisyyteen. Osa terapeuteista taas kertoi jopa opetelleensa vuorovaikutuksensa mukauttamista ja pitivät sitä tärkeänä lähestyessään erilaisia asiakkaita. Vaikka fysioterapeuteilla on eri käsityksiä vuorovaikutuksen mukauttamisesta, on mukauttamisella kuitenkin tutkimuksen mukaan ohjaustilanteessa merkitystä.

### **6.3 HAASTEITA JATKOTUTKIMUKSELLE**

Fysioterapeuttien vuorovaikutusta on tutkittu tähän mennessä vasta suhteellisen vähän, joten jatkotutkimuksen teko on aiheellista ja tärkeää. Olisi muun muassa mielenkiintoista perehtyä siihen, millaisia työkaluja fysioterapeuteilla on käytössään henkisen tuen antamisessa sekä siihen, millaisia piirteitä fysioterapeuttien vuorovaikutuksessa on fysioterapian eri osa-alueilla, esimerkiksi vaikeavammaisten, lasten tai vaikka psyykkisesti sairaiden kanssa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia fysioterapeuttien vuorovaikutustaitoja ja heidän omia käsityksiä omista taidoistaan ja viestintätyylistään. Fysioterapian vuorovaikutuksen kentällä on siis vielä paljon tutkimattomia aiheita, joita olisi tärkeää ja mielenkiintoista tutkia.

Tämän tutkimuksen pohjalta nousi muutama mielenkiintoinen kysymys, joita olisi mielenkiintoista tarkastella jatkotutkimuksen parissa. Ensinnäkin mukauttamista olisi mielenkiintoista tutkia havainnoiden. Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla on puheen mukauttamisesta, mutta olisi mielenkiintoista tutkia sitä, miten mukauttaminen ilmenee fysioterapiatilanteessa. Tapahtuuko mukautumista? Kumpi osapuoli mukautuu? Myös kohdentamista olisi mielenkiintoista tutkia observoiden. Samoin fysioterapeuttien ja asiakkaiden tasavertaisuutta olisi kiinnostavaa observoida. Aikaisempien tutkimusten mukaan fysioterapeutit hallitsevat vuorovaikutustilannetta, vaikka kokevatkin asiakkaat tasavertaisina toimijoina. Tässä tutkimuksessa kuitenkin myös

asiakkaat kokevat itsensä tasavertaisina toimijoina. Olisikin mielenkiintoista observoida, miten asian laita on. Onko fysioterapian vuorovaikutuskulttuurissa tapahtunut muutos tasavertaisempaa hoitosuhdetta kohtaan?

Muita mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita ovat fysioterapeuttien käyttämä huumori (milloin huumoria käytetään, millaista huumori on, ym.), tuen antaminen (milloin tukea annetaan, millaista fysioterapeutin antama tuki on), sekä ihmiskemioiden vaikutus vuorovaikutukseen (mistä ihmiskemiat koostuvat, miten ne vaikuttavat vuorovaikutukseen).

## 7 TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

### 7.1 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on keskeisessä osassa, ja tutkimuksen pääasiallinen kriteeri on tutkija itse. Tutkijan on pohdittava ratkaisujaan, perusteltava niitä ja tuotava ne lukijalle ilmi. (Eskola & Suoranta 1998, 211; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 217.) Realistinen näkökulma tarkastelee tutkimuksen luotettavuutta sen kautta, miten pätevästi tutkimustekstissä kuvataan tutkittua kohdetta. Olen pyrkinyt kuvaamaan tarkasti sitä, miten aineistonkeräykseni toteutui ja miten aineiston analyysi tapahtui. Perinteisesti tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa puhutaan sen reliabiliteetista ja validiteetista. Usein näitä termejä ei käytetä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa, mutta realistisessa luotettavuusnäkökymyksessä näitä perinteisiä käsityksiä käytetään. (Eskola & Suoranta 1998, 213–214). Reliabiliteettia voidaan arvioida siten, että tutkittaessa samaa henkilöä saadaan kahdella tutkimuskerralla sama tulos. Tämä on kuitenkin ehkä huono menetelmä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittaamiseksi, sillä tutkittavien käsitykset voivat muuttua päivittäin erilaisten kokemusten kautta. Kuitenkin esimerkiksi havainnoidessa voidaan tätä toteuttaa havainnoimalla kohdetta useampaan kertaan. Haastattelututkimuksessakin tätä voidaan jollain tapaa toteuttaa kysymällä samaa asiaa eri muodoissa. Pyrin haastatteluissa kysymään tutkimistani ilmiöistä mahdollisimman kattavasti. Samoin kyselylomakkeissa pyrin kysymään kohdentamisesta ja ohjaamisesta erilaisin kysymyksin. Mielestäni tässä täytyy kuitenkin olla tarkkana, ettei haastateltava tai lomakkeeseen vastaaja turhaudu tai tunne itseään typeräksi, kun hän kokee, että häneltä kysytään samaa asiaa uudelleen. Toinen tapa arvioida reliabiliteettia on se, että kaksi arvioitsijaa päätyy samaan tulokseen. Myös tämä on laadullisessa tutkimuksessa mielestäni huono mittari, sillä tutkijan tekemä tulkinta on laadullisessa tutkimuksessa keskeistä. Toisaalta esimerkiksi havainnointitutkimuksessa kahden eri havainnoitsijan käyttäminen saattaa tuoda rikkaamman aineiston, jolloin ilmiöstä saadaan kokonaisempi kuva. Kolmantena reliabiliteettia

voidaan mitata siten, että kahdella rinnakkaisella menetelmällä saadaan sama tulos. Myöskään tämä ei ole laadullisessa tutkimuksessa sopiva mittari, sillä tutkittavien omat kokemukset saattavat poiketa paljonkin siitä, miten tutkija näkee asiat vaikkapa havainnoinnin välityksellä. Mutta taas kahden eri menetelmän käyttö rikastuttaa aineistoa, jolloin kahden menetelmän käyttö on myös laadullisessa tutkimuksessa suositeltavaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 186; Eskola & Suoranta 1998, 214–215.) Tämän tutkimuksen puitteissa päädyttiin kuitenkin käyttämään vain yhtä menetelmää, koska tutkimus olisi muuten paisunut liian laajaksi.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, tutkitaanko tutkimuksessa juuri sitä, mitä sen on oletettu tutkivan, eli käytetäänkö tutkimuksessa käsitteitä, jotka heijastavat tutkituksi aiottua ilmiötä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 187). Pyrin käyttämään tämän tutkimuksen haastatteluissa selkeitä käsitteitä, joiden koin kuvaavan kohdentamisen ja mukauttamisen teemoja. Mutta kuten aikaisemmin tuli jo ilmi, ei hyvien käsitteiden löytäminen ollut helppoa. Mielestäni kuitenkin tutkimustulokset kertovat siitä, että kysymykset olivat ainakin jollain tavalla onnistuneet, sillä sain vastauksia tutkimuskysymyksiini.

Relativistinen näkökulma tarkastelee tutkimuksen luotettavuutta tutkimusraportin tekstin kautta. Sen mukaan tutkimusteksti ei viittaa itsensä ulkopuolelle, eikä luotettavuutta voi näin ollen tavoitella tekstin ulkopuolelta. Näkökulma korostaa sosiaalisen todellisuuden kielellistä rakentumista. Tekstin luotettavuutta voidaan tarkastella muun muassa sen johdonmukaisuutena. Lisäksi luotettavuutta parantavat poikkeustapauksien mukaan ottaminen sekä tutkittavien orientaatioiden esille tuominen. Olen pyrkinyt kirjoittamaan tutkimusraportin mahdollisimman johdonmukaisesti. Myönnän sen, että tutkimusraportti perustuu tutkimushenkilöiden ja minun tulkintaani maailmasta, ja lisäksi tutkimusraportin kirjoittamista ohjaavat tietyt tutkimuksen kirjoittamisen säännöt. En väitä, että tutkimus kuvaa todellisuutta, vaan se on tutkijan eli minun tulkintaani. Olen pyrkinyt tuomaan tutkimustuloksissa esille kaikki ne seikat, jotka sain tutkimusilmiöstä esille. Jos fysioterapeuteilla oli erilaisia mielipiteitä tai



kokemuksia asioista, toin ne esille. Lisäksi olen pyrkinyt todentamaan fysioterapeuttien näkemyksiä suorilla lainauksilla.

Kuten tuli jo ilmi, perustuu laadullinen tutkimus suurelta osin tulkintaan. Hyvältä tutkijalta odotetaan aineiston tulkintaa, pelkkä aineiston siteeraus ei riitä. Olen pohtinut tätä laadullisen tutkimuksen olennaista osaa paljon. Aloittelevana tutkijana oli lähes pelottavaa ruveta tekemään tulkintoja aineiston perusteella. Mietin sitä, osaanko tehdä oikeita tulkintoja, ja tekisikö toinen tutkija samanlaisia tulkintoja kanssani. Toisaalta jokainen tutkimuksen lukija tietää sen, että laadullisen tutkimuksen tekijä ei pyri kertomaan absoluuttista totuutta, vaan myöntää, että tutkimus perustuu tulkintaan. Siksi tutkijan onkin tärkeää kertoa tutkimusprosessistaan ja valinnoistaan seikkaperäisesti, jotta lukijat voivat päätellä sitä, mistä ja miten tulkinnat syntyvät.

## **7.2 AINEISTONKERUUMENETELMIEN ARVIOINTIA**

Haastattelin yhteensä kahdeksaa fysioterapeuttia yksityiseltä ja julkiselta sektorilta. Alussa suoritettujen kyselyiden perusteella fysioterapeuteilla oli kiinnostusta tutkimukseen, mutta haastateltavia oli kuitenkin vaikea saada kokoon. Lähestyin fysioterapeutteja sähköpostitse, mikä saattaa olla yksi syy siihen, että loppujen lopuksi vapaaehtoisia haastateltavia oli vain vähän. Ehkä henkilökohtainen käynti ja esittäytyminen olisivat olleet paikallaan. Toisaalta olisi ollut vaikeaa saada fysioterapeutit yhtä aikaa samaan paikkaan, ja käynti jokaisen luona erikseen olisi ollut liian aikaa vievää.

Haastattelemillani fysioterapeuteilla on erilaiset työ- ja koulutustaustat. Tutkimusaineistoa ajatellen nämä erilaiset taustat ovat rikastuttava tekijä, sillä tarkoituksena oli saada mahdollisimman laaja kirjo erilaisia käsityksiä ja kokemuksia. En katso, että tämä erilainen tausta vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi, sillä jokaisen haastattelemanin fysioterapeutin työhön kuului ohjausta olennaisena osana, ja tutkimuksen tarkoituksena oli perehtyä juuri ohjaustilanteen vuorovaikutukseen.

Valitessani aineistonkeruumenetelmää päädyin teemahaastatteluiden käyttöön, sillä uskoin saavani sillä parhaiten esille fysioterapeuttien omia käsityksiä ja kokemuksia tutkimuksen aiheista. Yksi haastattelun luotettavuuteen vaikuttava tekijä on haastattelurunko. Muodostin haastattelurunkoni sen jälkeen, kun olin tutustunut taustakirjallisuuteen ja teorioihin. Tällä pyrin varmistamaan sen, että kysymykseni olivat relevantteja. Tekemäni haastattelurunko oli minulla mukana haastatteluissa. Haastattelut etenivät suureksi osin rungon mukaisesti, mutta välillä kysymysten järjestys vaihteli, jos haastateltava otti esille jonkin haastattelun aiheen jo aikaisemmassa vaiheessa. Kaikki haastattelun teemat käytiin läpi jokaisen haastateltavan kanssa. Pyrin myös kysymään jokaiselta haastateltavalta kaikki samat kysymykset, mutta joidenkin kanssa keskustelu eteni niin, ettei kaikkia kysymyksiä tarvinnut kysyä. Osalle esitin myös erilaisia lisäkysymyksiä, jos haastateltavalla oli jostain asiasta paljon käsityksiä, kokemuksia tai kerrottavaa. Joitain esille tulleita seikkoja pystyin käyttämään hyväksi seuraavissa haastatteluissa. Kaikkien haastateltavien kanssa käytiin kuitenkin läpi samat aihealueet, ja kysymyksissä käytettiin kaikkien kanssa samoja käsitteitä.

Toinen haastatteluiden luotettavuuteen vaikuttava tekijä on haastattelijan koulutus ja kokeneisuus. Minulla oli entuudestaan kokemusta haastattelujen tekemisestä, sillä olen toiminut toimittajaharjoittelijana vuoden verran. Kuitenkin tutkimushaastattelut olivat minulle uutta, ja ensimmäisiin haastatteluihin vaikutti varmasti jännittäminen. Olisin varmasti saanut rikkaampaa aineistoa, jos olisin ollut kokeneempi haastattelija ja osannut esittää enemmän lisäkysymyksiä ja tarttua mielenkiintoisiin seikkoihin. Myös haastattelukysymysten tekeminen oli vaikeaa. Tutkimuksen ongelmallisin seikka oli se, miten saada fysioterapeuteilta ja asiakkailta vastauksia tutkimuskysymyksiin, sillä kohdentamisen ja mukauttamisen teorit tai termit eivät olleet tutkimushenkilöille tuttuja. Oli pohdittava, millaisin kysymyksiin aiheita saataisiin avattua kuitenkin antamatta johdattelevia esimerkkejä. Varsinkin mukauttamiseen liittyvien kysymysten muotoilu oli vaikeaa. Lisäksi minua mietitytti se, voiko mukauttamista

ylipäättään tutkia haastatellen. Mukauttamisen teorian perusteella mukauttaminen voi olla myös tiedostamatonta – silloinhan siitä ei periaatteessa voi kysyä, vaan parempi keino saada tietoa olisi havainnointi. Päädyin kuitenkin siihen tulokseen, että toisaalta on mielenkiintoista saada tietoa siitä, missä määrin mukauttaminen on tiedostettua ja millaisia käsityksiä fysioterapeuteilla on mukauttamisesta. Mukauttamisen osuus haastatteluissa jäi kuitenkin melko suppeaksi. Ehkäpä fysioterapeuttien viestinnän mukauttaminen havainnoiden voisi olla yksi jatkotutkimusaihe.

Fysioterapeuttien asiakkailta kerättiin kokemuksia ja käsityksiä kyselylomakkein. Kyselylomakkeiden käyttöön päädyttiin siksi, että asiakkaiden ajateltiin suostuvan helpommin täyttämään ne kuin osallistumaan haastatteluihin. Tämä oli ehkä kuitenkin huono valinta, sillä kyselylomakkeita palautui vain yhdeksän. Pyysin jokaista terapeuttia jakamaan lomakkeet kahdelle asiakkaalleen, jolloin lomakkeita olisi pitänyt palautua 16. Minulla ei ole tietoa siitä, muistivatko terapeutit jakaa lomakkeita, tai oliko heillä vaikeuksia saada potilaita osallistumaan tutkimukseen. Ainoastaan yksi fysioterapeutti otti minuun yhteyttä ja kertoi, että potilaat olivat kieltäytyneet osallistumasta tutkimukseen, eikä hän ollut varma, saisiko annettua molempia kyselylomakkeita. Muut fysioterapeutit eivät ottaneet minuun kyselylomakkeita koskien yhteyttä, joten voi olla, että osa asiakkaista, jotka ottivat lomakkeen vastaan, jättivät kuitenkin vastaamatta.

Se, että fysioterapeutit saivat itse valita asiakkaat, joita he pyysivät osallistumaan tutkimukseen, saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Fysioterapeutit ovat luultavammin antaneet lomakkeet sellaisille asiakkaille, joiden kanssa vuorovaikutus sujuu ja joiden he ajattelevat suostuvan tutkimukseen. Vastaajajoukko saattaa siis olla valikoitunut, mikä osaltaan voi selittää sitä, että asiakkaiden kokemukset fysioterapeuttien vuorovaikutuksesta olivat myönteisiä. Koska asiakasjoukko on valikoitunut, ei tutkimustuloksia voi yleistää kaikkiin yksilöihin. Tämän tutkimuksen kannalta yleistettävyys ei kuitenkaan ole oleellista. Kyselyn saaneet asiakkaat olivat erilaisia, heitä ei yhdistä esimerkiksi jokin tietty oire.

Mielestäni tämä on vain tutkimusta rikastuttava tekijä, sillä fysioterapian potilassuhteet ovat hyvin erilaisia, joten miksi siis tutkia vain yhtä tietynlaista.

### **7.3 TUTKIMUSAINEISTON ARVIOINTIA**

Tutkimusta arvioitaessa on tarpeen arvioida myös tutkimusaineistoa. Tutkimusaineistoa tarkastellaan yleensä sen merkittävyyden, riittävyyden, ja analyysin näkökulmista. Tutkimuksen relevanssi tarkastelee sitä, miten merkityksellinen tutkimus on yleisesti ja käytännöllisesti. Fysioterapeuttien vuorovaikutusta on tutkittu suhteellisen vähän, joten fysioterapeuttien työn kehittymisen kannalta tutkimuksen tekeminen on tärkeää. Lääkäreiden ja hoitajien vuorovaikutusta on toki tutkittu, mutta heidän työnsä eroaa fysioterapeuttien työstä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli perehtyä fysioterapeuttien vuorovaikutukseen ohjaustilanteessa. Ohjaustilanne valittiin tutkimuksen kontekstiksi sen takia, että fysioterapeuttien työ on nykyisin suurimmaksi osaksi ohjaamista.

Näin jälkeinpäin ajateltuna tutkimusalue oli ehkä hieman liian laaja, joten tutkija ei päässyt niin syväälle analyysissään ja tutkimustuloksissaan kuin olisi toivonut. Tutkimuksessa olisi voinut keskittyä esimerkiksi pelkästään kohdentamiseen tai mukauttamiseen tai vaikkapa kuuntelemiseen. Mutta toisaalta tutkimuksen laaja näkökulma toi esille mielenkiintoisia seikkoja, joita voidaan käyttää hyödyksi vaikkapa jatkotutkimuksessa.

Merkittävyyden lisäksi voi tutkimusaineistoa arvioida sen riittävyyden kannalta. Aineiston riittävyyden määrittely kvalitatiivisessa tutkimuksessa on hankalaa. Usein puhutaan riittävyyden kriteerinä aineiston kylläntymisestä eli siitä, että uudet tapaukset eivät enää tuo esille uusia piirteitä. On kuitenkin vaikeaa etukäteen tietää, milloin tuo raja tulee vastaan. Ohjeeksi onkin annettu, että kannattaa aluksi kerätä pieni määrä aineistoa ja analysoida se, jonka jälkeen päättää, tarvitaanko aineistoa lisää. (Mäkelä 1990, 52.) Tämän tutkimuksen aineisto on melko suppea, koska

tutkimushenkilöitä oli vaikea saada tutkimukseen mukaan. Olinkin huolestunut aineiston pienuudesta, mutta analysointivaiheessa tuli tunne, että aineistoa oli kuitenkin riittävästi. Sain mielestäni riittävästi käsityksiä ja kokemuksia tutkimistani aiheista. Tosin suurempi aineisto olisi voinut ehkä rikastuttaa tutkimustuloksia jonkin verran.

Tutkimusaineiston arviointiin kuuluu myös analyysin arviointi. Analyysia voidaan arvioida sen kattavuuden, toistettavuuden ja arvioitavuuden perusteella. Analyysin kattavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija ei perusta tulkintojaan satunnaisiin poimintoihin. Siksi on tärkeää miettiä, miten aineisto saadaan hallittavaan ja prosessoitavaan muotoon. (Mäkelä 1990, 53.) Olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt organisoimaan ja analysoimaan aineistoni järjestelmällisesti, eivätkä tutkimuksen tulokset perustu pelkkään aineiston selailuun.

Analyysin arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä. Lukijalle on annettava edellytykset hyväksyä tai olla hyväksymättä tutkijan tulkinnat. (Mäkelä 1990, 53.) Olen koettanut selittää tutkimusprosessin mahdollisimman tarkasti ja toivon, että lukijat saavat selvyuden siitä, miten tutkimus on tapahtunut ja voivat sen perusteella joko hyväksyä tai hylätä tekemäni tulkinnat.

Analyysin toistettavuus tarkoittaa sitä, että luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty niin selkeästi, että toinen tutkija pääsee niitä soveltamalla samoihin tutkimustuloksiin (Mäkelä 1990, 53). Tässä ongelmallista mielestäni on kuitenkin se, että myös luokitteluun sisältyy tulkintaa. Niinpä toinen tutkija saattaisi koodata aineiston eri tavalla kuin minä olen sen koodannut. Olen kuitenkin pyrkinyt selittämään tutkimusraportissa sitä, miten koodit ja teemat luotiin.

## KIRJALLISUUS

- Babrow, A. S., Hines, S. C. & Kasch, C. R. 2000. Managing Uncertainty in Illness Explanation: An Application of Problematic Integration Theory. Teoksessa B.B. Whaley (toim.), Explaining Illness. Research, Theory, and Strategies, 41-67. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ballard-Reisch, P.S. 1990. A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Communication*, 2, 91-104.
- Beebe, S.A. & Beebe, S.J. 1997. Public Speaking. An Audience-centered Approach. Kolmas painos. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Borg, W.R. & Gall, M.D. Educational Research. An Introduction. Viides painos. New York: Longman.
- Cline, R.J. & McKenzie N.J. The Many Cultures of Health Care: Difference, Dominance, and Distance in Physician-Patient Communication. Teoksessa L.D. Jackson & B.K. Duffy (toim.), *Health Communication Research. A Guide to Developments and Directions*, 57-74. Westport: Greenwood Press.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. 2000. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. Teoksessa N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (toim.), *Handbook of Qualitative Research*, 1- 28. Toinen painos. Thousand Oaks: Sage.
- Dey, I. 1993. *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scinetists*. London & New York: Routledge.
- Donohew, L. & Ray, E.B. 1990. Introduction: Systems Perspective on Health Communication. Teoksessa E.B. Ray & L. Donohew (toim.), *Communication and Health: Systems and Applications*, 3-8. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- du Pré, A. 2000. *Communication about Health: Current issues and perspectives*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- du Pré, A. 2002. Accomplishing the Impossible: Talking About Body and Soul and Mind During a Medical Visit. *Health Communication*, 14 (1), 1-21.

- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Finnegan Jr, J.R. & Viswanath K. 1990. Medical and Public Health Influences on the Research Agenda. Teoksessa E.B. Ray & L. Donohew (toim.), *Communication and Health: Systems and Applications*, 9-24. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gabbard-Alley, A.S. 2000. Explaining Illness: An Examination of Message Strategies and Gender. Teoksessa B.B. Whaley (toim.), *Explaining Illness. Research, Theory, and Strategies*, 147-170. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gahimer, E.J. & Domholdt, E. 1996. Amount of patient education in physical therapy practice and perceived effects. *Physical Therapy* 76 (10), 1089-1096.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylän yliopisto.
- Giles, H. & Powesland, P.F. 1975. *Speech Style and Social Evaluation*. London: Academic Press.
- Giles, H., Mulac, A., Bradac, J.J. & Johnson, P. 1987. Speech Accomodation Theory: The First Decade and Beyond. Teoksessa M.L. McLaughlin (toim.), *Communication Yearbook* 10, 13-48. Beverly Hills: Sage.
- Giles, H. & Coupland, N. 1991. *Language Contexts and Consequences*. Buckingham: Open University Press.
- Gillotti, C.M. & Applegate, J.L. 2000. Explaining Illness as Bad News: Individual Differences in Explaining Illness-Related Information. Teoksessa B.B. Whaley (toim.), *Explaining Illness. Research, Theory, and Strategies*, 101-120. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greenberg, J.S. 1998. *Health Education. Learner-Centered Instructional Strategies*. Fourth Edition. Boston: WCB/Mc Graw-Hill.
- Haakana, M. 2001. Lääkäri, potilas ja nauru. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 135-160. Tampere: Vastapaino.
- Haakana, M., Raevaara, L. & Ruusuvoori, J. 2001. Lääketieteen termit

- lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksessa. Teoksessa J. Ruusuvoori, M. Haakana & L. Raevaara (toim.), *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, 196-222. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hargie, O., Saunders, C. & Dickson, D. 1994. *Social Skills in Interpersonal Communication*. Kolmas painos. London: Routledge.
- Heath, C. 2002. Demonstrative Suffering: The Gestural (Re)embodiment of Symptoms. *Journal of Communication*, 52 (3), 597-616.
- Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Miten kohtaaminen hoitotyössä rakentuu? Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Laine (toim.), *Hoitava kohtaaminen*, 136-145. Helsinki: Kirjayhtymä oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1988. *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. 1995. *The Active Interview*. Qualitative Research Methods Series 37. Thousand Oaks: Sage.
- Infante, D.A., Rancer, A.S. & Womack, D.F. 1997. *Building Communication Theory*. 3. painos. Prospect Heights: Waveland.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.), *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, 7-20. Helsinki: WSOY.
- Jeffels, K. & Foster, N. 2003. Can Aspects of Physiotherapist Communication Influence Patients' Pain Experiences? A Systematic Review. *Physical Therapy Reviews* 8, 197-210.
- Jensen, G.M., Shepard, K.F. & Hack, L.M. 1990. The novice versus the experienced clinician: Insights into the work of the physical therapist. *Physical Therapy*, 70, 314-323.
- Juntunen, M. & Mehtonen, L. 1982. *Ihmistieteiden filosofiset perusteet*. Toinen painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Järvikoski, A. 2000. Kuntoutuskeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spanger (toim.), *Ohjaus ammattina ja tieteenalana* 2. Ohjauksen



- toimintakentät, 246-257. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kajanne, M. 2000. Asiantuntijoiden ja maallikoiden viestintävalmiuksista – tiedon jakaminen ja yhteinen ymmärtäminen. Teoksessa H-P. Lappalainen (toim.), *Virikkeitä viestintävalmiuksin arviointiin*. Opetushallitus arviointi 3/2000, 68-78. Helsinki: yliopistopaino.
- Kerssens, J.J., Sluijs, E.M., Verhaak, P.F.M, Knibbe, H.J.J. & Hermans, I.M.J. 1999. Back Care Instructions in Physical Therapy: A Trend Analysis of Individualized Back Care Programs. *Physical Therapy*, 79 (3), 286-295.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteissä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Klinge, R.S. & Burgoon, M. 1995. Patient compliance and with satisfaction physician influence attempts. *Communication Research*, 22, 148-187.
- Lahikainen, S. 2000. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spanger (toim.), *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät*, 258-278. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Littlejohn, S.W. 2002. *Theories of Human Communication*. 7.painos. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Lundvik Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E. & Ekdahl, C. 1999. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4 (2), 89-109.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. 1995. *Designing Qualitative Research*. Toinen painos. Thousand Oaks: Sage.
- Miilunpalo, S., Laitakari, J. & Vuori, I. 1995. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary health care. *Patient Education and Counseling* 25, 317-328.
- Mikkola, L. 2000. Supportiivinen viestintä hoitotyössä: sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Lisensiaatintyö.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa K.

- Mäkelä (toim.), Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, 42-61. Helsinki: Gaudeamus.
- Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Perttinä P. 2001. Kuka minusta puhuu? Asiakkaan osallistuminen kuntoutussuunnitteluun. *Fysioterapia* 48 (8), 18-21.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 46.
- Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystietämisen muutosta. Teoksessa S. Torkkola (toim.), *Terveysviestintä*, 24-35. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Potter, M., Gordon, S. & Hamer, P. 2003. Identifying Physiotherapist and Patient Expectations in Private Practice Physiotherapy. *Physiotherapy Canada* 55 (4), 195-202.
- Raevaara, L. 2001. Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 113-134. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Raevaara, L., Ruusuvuori, J. & Haakana, M. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. 2001. Teoksessa J. Ruusuvuori, M. Haakana & L. Raevaara (toim.), *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*, 11-38. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Raevaara L. & Sorjonen M-L. 2001. Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa M-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.), *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*, 49-69. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Ragan, S.L., Beck, C.S. & White D.W. 1995. Educating the Patient: Interactive Learning in an OB-GYN Context. Teoksessa G.H. Morris & R.J. Chenal (toim.), *The Talk of the Clinic*, 185-207. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ranta, R. 1995. Vuorovaikutustaitojen oppiminen avaa uusia

- mahdollisuuksia. *Fysioterapia*, 42 (1), 8-10.
- Rantanen, L. 1994. Asiakkaan tukeminen ja motivointi terveysterveystieteessä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 99-104.
- Robinson, J.D. 2003. An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation. *Health Communication*, 15 (1), 27-59.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. 1997. Patient-Provider Communication. Teoksessa K. Glanz, F.M. Lewis, B.K. Rimer (toim.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*, 206-208. 2. painos. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ruusuvuori, J. 2001. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science & Medicine*, 52 (7), 1093-1108.
- Salminen A., Salo S. & Tiitinen K. 1995. Kourallinen keinoja kommunikaation kehittämiseksi. *Fysioterapia*, 42 (6), 42-43.
- Schwandt, T.A. 2000. Three Epistemological Stances For Qualitative Inquiry. Interpretivism, Hermeneutics, and Social Constructionism. Teoksessa N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (toim.), *Handbook of Qualitative Research*, 189 – 213. Toinen painos. Thousand Oaks: Sage.
- Skelton, A.M. 1997. Patient education for the millennium: beyond control and emancipation? *Patient Education and Counseling* 31, 151-158.
- Slujis, E.M. 1991. A checklist to assess patient education in physical therapy practice: development and reliability. *Physical Therapy* 71, 561-569.
- Street Jr. R.L. & Giles, H. 1982. *Speech Accommodation Theory: A Social Cognitive Approach To Language and Speech Behavior*. Teoksessa M.E. Roloff & C.R. Berger (toim.), *Social Cognition and Communication*, 193 -226. Beverly Hills: Sage.
- Street Jr. R.L. 2003. *Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective*. Teoksessa T.L. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrott (toim.), *Handbook of Health Communication*, 63-89. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Laippala, P. 1994. Nurses' role in

- informing cancer patients: a comparison between patients' and nurses' opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 6-11.
- Talvitie, U. 1992. Motorinen oppiminen – tie aktiiviseen kuntoutukseen. *Fysioterapia* 49 (3), 11-13.
- Talvitie, U. 1996. Guidance Strategies and motor modelling in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 12, 49-60.
- Talvitie, U. 2000. Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy. *Physiotherapy Research International*, 5 (3), 173 – 188.
- Talvitie, U., Karppi, S-L., & T. Mansikkamäki.1999. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita.
- Talvitie, U. & Reunanen M. 2002. Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment. *Physiotherapy*, 88 (2), 77 – 88.
- Tesch, R. 1990. *Qualitative Research. Analysis Types & Software Tools*. Hampshire & Bristol: The Falmer Press.
- Thompson. T.L. 1990. Patient Health Care: Issues in Interpersonal Communication. Teoksessa E.B. Ray & L. Donohew (toim.), *Communication and Health: Systems and Applications*, 27-50, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, T.L. 1994. Interpersonal communication and health care. Teoksessa M.L. Knapp & G.R. Miller (toim.), *Handbook of interpersonal communication*, 696-779. Toinen painos. Newbury Park: Sage.
- Thompson, T.L. 2000. The Nature and Language of Illness Explanations. Teoksessa B.B. Whaley (toim.), *Explaining Illness. Research, Theory, and Strategies*, 3-39. Mahwah & London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Torkkola, S. 2002. Johdanto: Näkökulmia terveystiedettä. Teoksessa S. Torkkola (toim.), *Terveystiedettä*, 5-12, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Trede, F.V. 2000. Physiotherapists' Approaches to Low Back Pain Education. *Physiotherapy* 8, 427 – 433.
- Trenholm, S. & Jensen, A. 1996. *Interpersonal Communication*. Kolmas painos. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

- Vanderdorf, M L., Stein, T., Sheeler, R. & Skockhealk, S. 2001. Communication Challenges for Experienced Clinicians: Topics for an Advanced Communication Curriculum. *Health Communication*, 13 (3), 261-284.
- Veijola A. & Larivaara P. 2001. Asiakaslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. *Fysioterapia* 48 (3), 14-16.
- Vesenterä J. 2001. Dialogi – mahdollisuus ymmärtävään oppimiseen. *Fysioterapia* 48 (6), 29-31.
- Viitanen E. 1995. Fysioterapiatilanteissa keskustelu jää tenttaamisen asteelle. *Fysioterapia*, 42 (6), 49-50.
- Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 577.
- Walker, K.L., Arnold, C.L., Miller-Day, M. & Webb L.M. 2002. Investigating the Physician-Patient Relationship: Examining Emerging Themes. *Health Communication*, 14 (1), 45-68.
- Watson, B. & Gallois, C. 2002. Patients' Interactions With Health Providers: A Linguistic Category Model Approach. *Journal of Language & Social Psychology*, 21 (1), 32-52.
- Weinsheimer, J. 1991. *Philosophical Hermeneutics and Literary Theory*. New Haven: Yale University Press.
- Wood, J.T. 2000. *Relational Communication. Continuity and Change in Personal Relationships*. Toinen painos. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Young, A. & L. Flower. 2002. Patients as Partners, Patients as Problem-Solvers. *Health Communication*, 14 (1), 69-97.
- Åstedt-Kurki, P. & Liukkonen, A. 1993. Huumori hoitotyössä – ”Imeläpussi leuan alla on hyvä elää” (94-vuotias Hanna, 10 vuotta vanhainkodissa asunut). *Hoitotiede* 5 (4), 178-183.

## **LIITE 1: FYSIOTERAPEUTTIEN TEEMAHAASTATTELURUNKO**

### **Aloittavat kysymykset:**

- Millaisessa työpaikassa / millä osastolla fysioterapeutti on töissä?
- Miten kauan fysioterapeutti on työskennellyt alalla?
- Millainen koulutus fysioterapeutilla on?
- Millaisia potilaita fysioterapeutilla pääasiassa on?
- Millaisia potilassuhteet ovat esimerkiksi kestoltaan?

### **1. Teema: ohjaustilanne ja vuorovaikutus siinä**

- Millainen rooli ohjauksella on fysioterapiassa?
- Miten paljon fysioterapiassa on ohjausta?
- Ajattele tilannetta, jossa ohjaat asiakasta tekemään esimerkiksi tiettyjä harjoitusliikkeitä. Kuvaile, mitä tilanteessa tapahtuu.
- Mistä seikoista ohjaaminen koostuu?
- Mitä kaikkea sinun täytyy ottaa ohjaamisessa huomioon?
- Mitkä asiat ovat ohjaustilanteessa tärkeitä?
- Millainen rooli viestinnällä on ohjauksessa?
- Millaista viestintää ohjaustilanteessa tapahtuu?
- Mikä on tärkeää ohjaustilanteen viestinnässä?

### **2. Teema: kohdentaminen**

- Johdattelu: Fysioterapiassa käy hyvin erilaisia asiakkaita erilaisine vaivoineen: eri-ikäisiä, ehkä eri kulttuureista tulevia ja erilaisia taustoja omaavia. Miten erilaiset asiakkaat vaikuttavat ohjaustilanteeseen?
- Mitä kaikkea on tärkeää tietää potilaasta ohjaustilanteessa?
- Miksi nämä tiedot ovat tärkeitä?
- Miten käytät tietoja ohjaustilanteessa? Mikä merkitys niillä on?
- Millaisia tietoja sinulla on asiakkaan kokemuksesta, osaamisesta ja tiedon tasosta liittyen asiakkaan vaivaan (esim. anatomian tietämys ammatin, harrastuksen tai oman vaivan tuntemisen kautta)?
- Miten saat esille kyseistä tietoa?
- Mitä kyseisten asioiden tietäminen merkitsee ohjaustilanteessa?
- Onko asiakkaan tietämyksellä ja osaamisella vaikutusta ohjaukseen? Millä tavalla?
- Onko asiakkaan tietämyksellä ja osaamisella vaikutusta käyttämäsi kieleen (sanastoon)? Millä tavalla?

- Millä perusteilla valitset asiakkaalle ohjattavat liikkeet?
- Millä tavoin pyrit saamaan asiakkaan ymmärtämään antamasi ohjeet?
- Mistä tiedät, onko asiakas ymmärtänyt ohjeet oikein?
- Miten pyrit helpottamaan asiakkaan oppimista ja opetetun sisäistämistä?
- Voiko ohjaustilanteessa olla tekijöitä, jotka estävät ohjaamista? Millaisia tekijöitä nämä ovat?
- Millaiset tekijät helpottavat ohjaamista?
  
- Mikä merkitys ohjaustilanteessa on asiakkaan kuuntelemisella?
- Miten osoitat asiakkaalle kuuntelevasi häntä?
- Mikä merkitys ohjaustilanteessa on asiakkaan kysymyksillä, kommentteilla ja ehdotuksilla?
- Miten otat ne ohjaustilanteessa huomioon?

### **3. Teema: mukauttaminen**

- Johdattelu: Kuvittele tilanne, jossa fysioterapiaan tulee potilas, joka puhuu kovalla äänellä ja nauraa paljon. Kuvittele myös tilanne, jossa fysioterapiaan tulee potilas, joka puhuu vähän ja hiljaisella äänellä. Mieti omaa puhettasi molemmissa tilanteissa. Millaista puheesi on kahdessa erilaisessa tilanteessa? Onko puheesi molemmissa tilanteessa samanlaista? Onko asiakkaalla vaikutusta omaan puheeseesi?
  
- Oletko huomannut, että puheesi on erilaista (esim. puhenopeus, äänen voimakkuus, murre) eri asiakkaiden kanssa?
- Millaisissa tilanteissa puheesi on ollut erilaista?
- Oletko tietoisesti pyrkinyt muuttamaan puhettasi joidenkin asiakkaiden kanssa? Millaisessa tilanteessa? Miksi? Millä tavalla?

## LIITE 2: ASIAKKAIDEN KYSELYLOMAKE

Alla on muutama kysymys koskien fysioterapian ohjaustilannetta. Vastaa, mitä mieleen ensimmäiseksi juolahtaa. Oikeita vastauksia ei ole, vaan omat tunteuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä. Kun olet vastannut kysymyksiin, lähetä kyselylomake mukana tulevalla kirjekuorella (postimaksu maksettu valmiiksi). Suuri kiitos avusta!

Nimi:

Ikä:

Sukupuoli:

Kuinka kauan olet käynyt fysioterapiassa:

- Ajattele tilannetta, jossa fysioterapeutti ohjaa sinua tekemään jotain harjoitusliikettä. Kuvaile tilannetta. Mitä siinä tapahtuu? Miltä sinusta tuntuu?
- Kuvaile fysioterapian ohjaustilanteen viestintää. Kuka puhuu? Mistä puhutaan? Esitätkö tilanteessa kysymyksiä? Esittääkö fysioterapeutti sinulle kysymyksiä?
- Millä tavalla fysioterapeutti ohjaa sinua tekemään harjoitusliikkeitä?
- Ymmärrätkö, mitä sinun tulee tehdä? Mikä helpottaa ja mikä vaikeuttaa ymmärtämistäsi?
- Miten annetut ohjeet soveltuvat juuri sinulle? Ovatko ne sinulle sopivat? Miksi ovat / eivät ole?
- Mikä helpottaa ja mikä vaikeuttaa tai estää liikkeiden oppimista?
- Miten paljon terapeutti kertoo sinulle ohjaustilanteessa, mitä hän tekee ja miksi? Tiedätkö, miksi terapeutti antaa sinulle juuri tiettyjä ohjeita?
- Kuvaile fysioterapeutin puhetta. Millaista se on? Onko fysioterapeutin kanssa miellyttävää keskustella? Miksi on / ei ole?



- Puhuuko fysioterapeutti mielestäsi ymmärrettävästi? Millaista kieltä fysioterapeutti käyttää?
- Miten fysioterapeutti ottaa ohjaustilanteessa huomioon tietämyksesi ja kokemuksesi?
- Millainen ilmapiiri ohjaustilanteessa on? Mitkä tekijät vaikuttavat ilmapiiriin?
- Tunnetko tullesi kuuluksi fysioterapeutin vastaanotolla? Miten fysioterapeutti ilmaisee kuuntelevansa sinua?
- Miten fysioterapeutti reagoi kysymyksiisi, kommentteihisi, ehdotuksiisi?
- Mikä on ohjaustilanteen viestinnässä mielestäsi tärkeää?