

**FYSIOTERAPEUTIN PÄÄTÖKSENTEKOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT
TERAPIATILANTEESSA**

Veli-Matti Kauppinen

Fysioterapia
Pro gradu-tutkielma
Jyväskylän Yliopisto
Terveystieteen laitos
Syksy 2000

TIIVISTELMÄ

KAUPPINEN VELI-MATTI: Fysioterapeutin päätöksentekoon vaikuttavat tekijät terapiatilanteessa

Ohjaaja: THT Ulla Talvitie

Pro gradu-tutkielma

Toukokuu 2000

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat fysioterapeutin terapeuttiseen päätöksentekoon terapiatilanteen aikana. Tutkimuksen metodologia koostui etnografiasta ja sosiaalisesta konstruktionismista. Etnografinen ote esiintyi aineiston hankinnassa ja osassa analyysiä. Aineiston hankinta toteutettiin videoimalla fysioterapeutin toimintaa todellisissa terapiatilanteissa sekä haastatteleamalla fysioterapeutteja. Sosiaalinen konstruktionismi toteutui tutkimuksessa käyttämällä aineiston analyysissä diskurssianalyysiä.

Fysioterapeutin päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä ennako-oletustekijä ohjasi fysioterapeutin tulevaa toimintaa ja vaikutti oleellisesti muiden tekijöiden muodostumiseen. Ongelmienkartoittamistekijän kautta fysioterapeutti kartoitti asiakkaan tilanteen menneessä ja nykyisessä ajassa. Fysioterapeutti sai tietoa miten ja mihin terapeutin päätös pitäisi kohdistaa. Tilannekohtaisen päätte-lytekijän avulla fysioterapeutti sai tietoa asiakkaan aktuaalisesta tilanteesta. Fysioterapeutti vertasi tietoja aikaisemmin muodostettuihin olettamuksiin sekä edelliseen terapiatilanteeseen.

Ristiriitaisuustekijä muodostui tiedollisten ristiriitojen kautta, jossa fysioterapeutin ennako-olettamukset ja saatu uusi tieto olivat ristiriidassa. Lisäksi asiakkaalta saatu tieto ja fysioterapeutin koulutuksessa saatu tietoa aiheutti fysioterapeutissa hämmennystä. Päätökset tapahtuivat intuitiivisesti, jolloin ne olivat varovaisia ja niiden terapeutin vaikutus jäi kyseenalaiseksi.

Asiakkaan motivointitekijän laukaisi turhautuneisuuden ilmeneminen. Positiivisuustekijän, tavoitteellisuustekijän ja orientaatiotekijän kautta fysioterapeutti pyrki varmentamaan asiakkaalle annettavan terapeutin päätöksen hyväksymisen ja vaikuttavuuden.

Hoitokäytäntötekijä ja lääketieteen auktoritaarisuustekijä vaikuttivat fysioterapeutin päätöksentekoon lähes samalla tavalla. Fysioterapeutin toiminta ja päätöksenteko tapahtuivat tällöin rutiininomaisesti.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PÄÄTÖKSENTEKO	2
2.1 Päätöksenteon taustalla hypoteettinen päättelyprosessi	2
2.2 Päätöksenteko on kognitiivista toimintaa	4
2.3 Intuitio päätöksenteossa	4
2.4 Tietoperusta päätöksentekoprosessissa	5
2.5 Terapiatilanteen luonteen vaikutus päätöksentekoon	6
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	8
4 AINEISTON HANKINTA JA KOHDEJOUKKO	9
5 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA ANALYYSI	11
5.1 Tutkimuksen metodologia	11
5.2 Aineiston analyysin eteneminen	12
5.3 Tutkimuksen luotettavuus	14
6 TULOKSET	16
6.1 Asiakkaasta saatavan tiedon kautta muodostuvat tekijät	16
6.1.1 Ennakko-oletustekijä	17
6.1.2 Ongelmien kartoittamistekijä	17
6.1.3 Tilannekohtainen päättelytekijä	20
6.2 Olettamusten ja asiakkaasta saadun uuden tiedon aiheuttama ristiriitaisuustekijä	20
6.3 Motivointitekijät fysioterapeutin päätöksenteon varmentajina	22
6.3.1 Positiivisuustekijä	23
6.3.2 Tavoitteellisuustekijä	24
6.3.3 Orientaatiotekijä	24
6.4 Ulkoiset tekijät	25
6.4.1 Hoitokäytäntötekijä	25
6.4.2 Lääketieteen auktoritaarisuustekijä	27

7 POHDINTA	28
8 LÄHTEET	35
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveysthuollon alalla työskentelevät ammattihenkilöt joutuvat tekemään päivittäin potilaan hoitoa tai kuntoutusta koskevia päätöksiä. Päätöksentekoa pidetään kognitiivisena prosessina, jota kuvataan fysioterapiassa ja hoitotieteessä kliiniseen työhön yhdistettynä ajatteluprosessina (Higgs, 1992; Jones, 1997) sekä myös hypoteettis-deduktiivisena päättelymallina (Echternach, Rothstein, 1989; Fleming, 1991; Rivett, Higgs, 1997).

Tilanteissa, joissa yksilö joutuu valitsemaan oikean vaihtoehdon monien muiden vaihtoehtojen joukosta, on haastava tehtävä. Päätöksentekoon voivat vaikuttaa hyvin erilaiset seikat, kuten epävarmuus- ja riskitekijät, joita pidetäänkin kliinisessä päätöksentekotilanteessa merkittävänä tekijöinä (Loewenberg, 1992).

Päätökset tapahtuvat tietyissä kontekstissa (Dutton, 1995, 3-11). Tilanteet voivat olla monimutkaisia, ainutlaatuisia tai epäselviä. Murdach (1995) on tutkinut päätöksentekotilanteita ja jakoi ne operationaaliseen, strategiseen, auktoritaariseen ja kriisi kategorioihin.

Magistron (1989) mukaan päätöksenteossa täytyisi huomioida myös päätökset, jotka johtavat tai vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti potilaan hoitoon. Suorasti vaikuttavia ovat ne hoidolliset päätökset, joita tehdään potilaan ongelman suhteen. Epäsuoriin päätöksiin vaikuttavat taloudelliset ja eettiset seikat.

Tässä tutkimuksessa selvitetään fysioterapeutin päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin kuvaamalla fysioterapeutin toimintaa todellisissa terapiatilanteissa terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon fysioterapiayksiköissä.

2 PÄÄTÖKSENTEKO

Terveydenhuoltoalan englanninkielisissä tieteellisissä tutkimusartikkeleissa ja kirjallisuudessa käytetään päätöksenteosta tai päätöksentekoprosessista käsitteitä "clinical reasoning", "critical thinking", "clinical judgment", "problem solving" ja "clinical decision-making" (Magistro, 1989; Huber, 1989; Fonteyn, 1991; Higgs, 1992; Higgs, 1993; Delitto, Snyder-Mackler, 1995; Dutton, 1995, 3-11; Jones, 1997; Thomson-O'Brien, Moreland, 1998; Epstein, 1999; Lohman, Givens, 1999). Käsitteet esiintyvät teksteissä usein synonyymeinä (Higgs, 1992) sen mukaan, mikä on ollut tutkijan kiinnostuksen kohde ja näkökulma suhteessa päätöksentekoon. Käsitettä "clinical decision making" käytetään kuvatessa päätöksenteon rationaalista prosessia, jolloin se sisältää potilaasta saatavan tiedon kokoamisen ja analysoinnin, ratkaisuvaihtoehtojen muodostamisen ja parhaan vaihtoehdon valinnan potilaan hoidon kannalta (Tanner, 1989). Käsitettä "clinical judgment" käytetään myös tilanteissa, joissa päätöksenteon kohteena ei ole todellista eikä mahdollista ongelmaa, vaan on kyse terveyttä edistävästä terapeuttisesta toiminnasta (Tanner, 1989). Tässä tutkimuksessa käytetään yhteistä suomenkielistä käsitettä "pätöksenteko".

2.1 Päätöksenteon taustalla hypoteettinen päättelyprosessi

Pätöksentekoa kuvataan hypoteettisena päättelyprosessina, joka nähdään olevan alku ja väylä tulevaan kliiniseen päätökseen. Lääketieteenalan kirjallisuudessa kliinisen päättelyn on kuvattu alkavan hypoteesin muodostamisprosessilla tai hypoteettis-deduktiivisella päättelyllä (Higgs, 1992). Fysioterapiassa ja hoitotieteessä päätöksenteko nähdään kliiniseen työhön yhdistettynä ajatteluprosessina (Higgs, 1992; Jones, 1997) sekä myös hypoteettis-deduktiivisena päättelymallina (Echternach, Rothstein, 1989; Fleming, 1991). Päätöksenteossa on eroja terveydenhuollon eri ammattialoilla. Erot päättelyssä näkyvät sen eri tekijöissä (Higgs, 1993).

Fysioterapiassa painotus kohdistuu terapiaan ja sen arviointiin, jolloin hypoteesien muodostaminen, arvioiminen ja tulkinta ohjaavat myös tulevan hoidon suunnittelua (Echternach, Rothstein, 1989). Lääketieteessä painotus on diagnoosin muodostamisessa (Higgs, 1993; Cabana, ym., 1999). Delitton ja Snyder-Macklerin (1995) mukaan fysioterapia-alan kirjallisuudessa fysioterapiassa tehtävä diagnosointi nähdään saman kaltaisena lääketieteessä suoritettavan diagnosoinnin kanssa. Tutkijat kuitenkin muistuttavat, että vertailussa on huomioitava se, että lääketieteen edustajat ovat todellisia asiantuntijoita diagnosointiprosessissa. Fysioterapiassakin tehdään diagnooseja, joilla on oma tarkoituksensa. Dekker ym. (1993) ovat todenneet, että tulevaa terapiaa ohjaa tehty diagnoosi, mikäli sen perusteena ovat asiakkaalla ilmenneet fyysiset vauriot.

Fysioterapiassa hypoteeseja muodostetaan saadun informaation perusteella, joka on yhteydessä oireiden lähteisiin tai toiminnan häiriöihin, varotoimenpiteisiin ja kontraindikaatioihin, ennusteisiin ja hoitoon (Higgs, 1993). Prosessi alkaa siis tiedon tai vihjeiden keräämisellä asiakkaalta (Case, ym., 2000). Hypoteesien muodostamisen jälkeen oletuksia testataan. Testaaminen tapahtuu tiedon keruun ja tulevan intervention aikana (Jones, 1997), eikä niinkään vasta täydellisesti kerätyn informaation jälkeen (Gale, Marsden, 1982). Testaamisen kautta fysioterapeutti joko hyväksyy, hylkää tai muokkaa hypoteeseja (Case, ym., 2000). Hypoteesien muodostaminen ja testaaminen on prosessi, jonka sisäinen eteneminen on jaksottaista. Tällöin hypoteesien muodostamista, hyväksymistä ja hylkäämistä pidetään algoritmisena prosessina, joka etenee ainoastaan yhtä tietä eteenpäin. Tehtäessä valintoja prosessin edetessä eliminoidaan muut mahdolliset eteenpäin vievät tiet. (Weed, Zimny, 1989.)

Hypoteesien määrällisessä ja ajallisessa muodostamisessa on havaittu eroja. Eksperttiterapeutti muodostaa yhtäaikaisesti useita hypoteeseja (Dutton, 1995, 3-11) ja hypoteesien muodostaminen voi tapahtua hyvin aikaisessa vaiheessa. Tutkimusten mukaan fysioterapeutit muodostavat hypoteeseja jo ensimmäisten minuuttien kuluessa (Payton, 1985; Rivett, Higgs, 1997). Terapeutille jää tällöin mahdollisuus muodostettujen hypoteesien muokkaamiseen. Delitto ja Snyder-Mackler (1995) katsovat, että klinikot luottavat kahteen vahvimpaan hypoteesiin, jotka on muodostettu jo aikaisessa vaiheessa tiedonkeruuprosessia.

Terapeutin saadessa uutta tietoa, on klinikon mahdollista joko vahvistaa tai heikentää muodostettuja hypoteeseja. Aikaisin muodostetut hypoteesit voivat aiheuttaa kuitenkin ongelmia etenkin systemaattisesti ja algoritmisesti etenevässä päättelyprosessissa. Prosessissa hylätty hypoteesi voi mahdollisesti olla myös oikea, josta seuraa, että saatu uusi informaatio, joka olisi tukenut hylättyä hypoteesia, menettää merkityksensä. (Dutton, 1995, 3-11).

2.2 Päätöksenteko on kognitiivista toimintaa

Päätöksentekoprosessin sisältämät hypoteesien muodostamisprosessit ovat yksilön kognitiivista toimintaa. Higgs ja Jones (1995) näkevät päätöksentekoprosessin taidon vaativan teoretiedon käyttöä ja metakognitiivisia prosesseja. Kognitiivisia toimintoja sisältävissä päätöksentekoprosesseissa käytetään skeemoja, prototyyppejä, kuvia, asenteita ja stereotypioita. Nämä ovat yksinkertaistuja yleistyksiä aikaisemmasta kuvauksesta. (Neuberg, Newsom, 1993.) Eksperttiterapeutit käyttävät kokemuksellisuuteen perustuvaa kognitiivista skeemaa arvioidessaan toiminnan kohteena olevaa tilannetta (Tabak, Bar-Tal, 1996).

Päätöksenteko voi muodostua myös niin, ettei terapeutti tiedosta sen perustana ollutta kognitiivista prosessia. Flemingin (1994) tutkimuksen mukaan terapeuteilla ei ollut selvää kuvaa terapian suhteen tehdyistä päätöksistä, ennen kuin tutkijat olivat pyytäneet kuvaamaan heidän ajatteluprosessejaan hoidon päätyttyä.

2.3 Intuitio päätöksenteossa

Intuition esiintyminen päätöksenteossa ilmenee tilanteessa, jossa terapeutti ei pysty kuvaamaan päätökseen johtaneita tilannetekijöitä tai käyttämäänsä prosessia (Tanner, 1989).

Intuition määrittäminen päätöksentekoprosessissa on vaikeaa (Watts, 1985). Intuutiolla on kuitenkin vaikutus yksilön päätöksenteossa. Magistron (1989) mukaan intuitiolla on oleellinen osa kliinistä päätöksentekoa. Selvemmin tämä tulee esille noviisin terapeutin toiminnassa, jolloin noviisi toimii intuitiivisesti tarkastelemalla yhtäaikaisesti useita eri vaihtoehtoja, kun taas kognitiivisesti päätöstään ja toimintaansa prosessoiva terapeutti etenee sulkemalla yhden vaihtoehdon kerrallaan pois (Dutton, 1995, 3-11).

Benner ja Tanner (1987) käyttävät termiä intuitio kuvatessaan päätöksentekoa ilman järkiperusteita. Kuitenkin intuitiivisilla päätöksillä on myös jokin tietoperusta. Magistron (1989) mukaan intuitiivisen päätöksenteon taustalla on teoreettinen tietämys tai käytännön kokemus. Kokemuksellisuuden käyttö intuitiivisessa päätöksenteossa tulee esille silloin, kun terapeutti kykenee tulkitsemaan epätäydellistä ja epäselvää tietoa, sekä pystyy tunnistamaan merkkejä, joita ei voi tulkita suoraan selkeästä tiedosta (McCormick, 1992). Tällöin intuitiivinen toiminta rakentuu terapeutin aikaisemmalle tiedolle ja ymmärtämiselle, yhtä hyvin kuin myös luovalle ideoinnille (Higgs, Titchen, 1995).

2.4 Tietoperusta päätöksentekoprosessissa

Tutkijoiden mukaan kliinisessä päättelykyvyssä on merkittävää asiaankuuluva ja syvä tieto, yksilöllisen tietoperustan sisältö ja rakenne (Grant, Marsden, 1987; Norman, 1988) sekä kyky organisoida tietoa tarkoituksenmukaisiin malleihin (Norman, 1988). Tiedon tehokas hyödyntäminen on tällöin kliinisen päätöksenteon perusta (Higgs, 1993).

Kliininen päätöksenteko perustuu sekä "selvään" muodolliseen, että myös kokemuksen kautta rakentuneeseen tietoon (Feinstein, 1994). Terapiaprosessin aikana tehtävät päätökset vaativat pätevää ja voimassa olevaa informaatiota. Terapeutti saa tietoa ja informaatiota kliinisistä tutkimuksista julkaistuista raporteista ja teoreettisista malleista, kokemuksesta tai lääketieteellisestä kirjallisuudesta. (Thomson-O'Brien, Moreland, 1998.)

May ja Dennis (1991) totesivat tutkimuksessaan, että lääkäreiltä saatava tieto tai ohjeisto vaikuttaa fysioterapeutin toimintaan sitä rajoittavasti.

Eksperttien päätöksenteko on todettu olevan voimakkaasti yhteydessä teoria-tietoon. Oleellista tietorakenteessa onkin se, kuinka tieto on varastoitu, kuinka se on saavutettavissa ja käytettävissä (van der Vleuten, Newble, 1995). Ekspertin tietoperusta, verrattuna noviisiin, on organisoidumpi, abstraktisempi ja rakennetumpi (Schraagen, 1993). Tämä osittain selittyy sillä, että ammattimainen kliininen asiantuntisuus kehittyy käsitteellisesti korkeasta ja rationaalisesta tietoperustasta ei-analyttiseen kykyyn tehdä huomioita ja käsitellä tuttuja kliinisiä tilanteita. (van der Vleuten, Newble, 1995.) Asiantuntisuuden kehittymistä vie eteenpäin terapeutin saama käytännön kokemus. Asiantuntisuus perustuu hyvin organisoituun tietoperustan prosessointikykyyn, joka saavutetaan harjoituksen ja kokemuksen kautta. (Case, ym., 2000.)

2.5 Terapiatilanteen luonteen vaikutus päätöksentekoon

Päätöksentekotilanteiden luonteilla on oma vaikutuksensa päätöksien tekemiseen. Tilanteet voivat olla monimutkaisia, ainutlaatuisia ja epäselviä. Tämä edellyttää terapeutilta tilanteeseen sopivia ratkaisuja. (Jones, 1997.) Sopivilla ratkaisuilla ymmärretään terapeutin tekemää parasta päätöstä erityisessä tilanteissa (Jones ym., 1995).

Tilanteen luonteen vaikutus päätöksentekoon ilmenee myös siinä, kuinka terapeutti suhteuttaa potilaan aikaisempia tietoja vallitsevan terapiatapahtuman todellisuuteen. Duttonin (1995, 3-11) mukaan terapeutti käyttää tilannekohtaista ajattelua, jolloin hän arvioi ja suhteuttaa asiakkaalta saatua tietoa hänen hoitokertomukseensa.

Murdach (1995) tarkasteli sosiaalityöntekijöiden päätöksentekoa jakaen sen operationaaliseen, strategiseen, auktoritaariseen ja kriisi kategorioihin. Tällöin päätöksentekotilanteet ovat luonteeltaan erilaisia. Operationaalinen päätöksentekotilanne voidaan määrittää usein toistuvaksi tai rutiiniksi. Rutiini tässä tapauksessa ei tarkoita tilannetta, joka on arkipäiväinen, vaan tilanne on tuttu ja usein toistuva. Päätöksenteko tapahtuu toiminnan tasolla usein samalla tavalla ja huomioimalla päätöksenteon osalta vain oleellisemmat asiat. Tämän tapainen päätöksenteko sisältyy hyvin yleisesti työntekijöiden työpäivään. (Sloan, 1987.)

Strategisessa päätöksentekotilanteessa on tarkoituksena kehittää yksilöidyt interventiot erityisiin ongelmiin sopiviksi (Sloan, 1987). Päätöksentekotilanteet eivät kuitenkaan ole aina tarkoitukseen sopivia. Loewenbergin (1992) mukaan strategiselle päätöksentekotilanteelle on yleistä ristiriitaisuus ja ympäristön sekasortoisuus. Terapeutille tämän tapainen tilanne on haastava. Päätöksentekotilanteen tavoitteena voi tällöin olla pyrkimys vähentää ristiriitaista tilannetta. Tämän vuoksi pitkäaikaisten tavoitteiden asettaminen on rajoittunutta, jolloin päätökset kohdistuvat ainoastaan tilannekohtaisiin tavoitteisiin. (Murdach, 1995.)

Auktoritaarisessa päätöksentekotilanteessa on luonteenomaista työntekijän tarve edustaa valtaa ja auktoriteettia olosuhteissa, jotka vaativat ekspertin luonteista päätöksentekoa tai virallista interventiota (Hartman, 1993). Tilanteille on ominaista sen ulkoapäin tuleva vaikutus terapeutin toimintaan. Auktoritaarisessa päätöksentekotilanteessa terapeutin toimintaan vaikuttavat organisaation työntekijältä edellyttämät tehtävät ja sen luomat resurssit (Murdach, 1995).

Kriisi päätöksentekotilanne sisältää kriittisiä kysymyksiä terveydestä ja huolenpidosta, ja on usein päätöksenteon kannalta epästabiili tilanne, missä aika on lyhyt, informaatio on epäselvää ja olosuhteet ovat täynnä pelkoa (Marson, jne. 1988). Epästabiilius tai epävarmuus vaikuttavat päätöksentekoon. Epävarmuus yleensä määritetään vaikeudeksi tietää ennakkoon sitä, että millainen on valitun toiminnan tulos (Abelson, Levi, 1985), joka voi rajoittaa päätöksenteon muodostumista.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella fysioterapeutin päätöksentekoa terapiatilanteessa. Tutkimuksen kautta lisääntyy tieto ja ymmärrys fysioterapeutin päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä. Tutkimus kohdistuu koko päätöksentekoprosessiin. Tutkimus ei pyri kuvaamaan päätöksenteon rakennetta taikka sen rakentumista, vaan pyrkii saamaan vastauksen kysymykseen: Mitkä tekijät vaikuttavat fysioterapeutin päätöksentekoon terapiatilanteen aikana?

4 AINEISTON HANKINTA JA KOHDEJOUKKO

Aineiston hankinta toteutettiin videoimalla todellisia fysioterapiatapahtumia perus- ja erikoissairaanhoidon eri fysioterapiayksiköissä. Videoinnin suoritti kaksi tutkijaa. Videoidun aineiston hankkimiseksi otettiin aluksi yhteyttä kyseisten työyksiköiden vastuuhenkilöihin ja fysioterapeuteihin. Heille informoitiin molempien tutkijoiden tutkimuksen tarkoituksesta ja videoinnin käytännön toteuttamisesta sekä pyydettiin ilmoittamaan tiettyyn päivämäärään mennessä tutkijoille mahdolliset tutkimukseen osallistuvat fysioterapeutit. Videointi aloitettiin, kun kyseisistä yksiköistä oli saatu tieto osallistujista ja virallinen lupa suorittaa kuvaukset. Erään työyksikön luvan saamiseksi tutkijoiden täytyi antaa selvitys tutkimuksesta myös eettiselle toimikunnalle, joka kutsui tutkijat myöhemmin kuultavaksi.

Saman fysioterapeutin ja asiakkaan välistä fysioterapiatapahtumaa videoitiin kaksi kertaa, jolloin toinen terapiatapahtuma videoitiin noin pari viikkoa ensimmäisestä tapahtumasta. Kuvaukset toteutettiin marraskuun 1999 ja tammikuun 2000 välisenä aikana. Videointikertoja oli yhteensä kymmenen. Yhden videoidun fysioterapiatapahtuman kesto vaihteli 45 minuutista puoleentoista tuntiin. Ennen terapiatapahtuman videoinnin aloittamista pyydettiin fysioterapeuttia täyttämään lomake, jossa tiedusteltiin hänen taustatietojaan (Liite 1). Fysioterapeuteilta pyydettiin myös kirjallinen suostumus fysioterapiatapahtumien videoimiseen (Liite 2). Lisäksi tutkijat antoivat fysioterapeutille kirjallisen sitoumuksen salassapitovelvollisuuden noudattamisesta (Liite 3) ja videoaineiston säilyttämisestä (Liite 4).

Fysioterapeuteille tehtiin haastattelu sen jälkeen, kun heidän molemmat terapiatapahtumansa oli videoitu. Haastattelut ajoittuivat joulukuulle 1999 ja helmikuulle 2000. Haastattelun toteutti kaksi tutkijaa ja se suoritettiin avoimena haastatteluna fysioterapeuttien työpaikalla. Fysioterapeutille näytettiin haastattelutilanteessa katkelma videoidusta fysioterapiatapahtumasta, josta tutkijat esittivät fysioterapeutille kysymyksiä. Haastattelut nauhoitettiin.

Tutkimuksen kohdejoukko koostui viidestä fysioterapeutista sekä heidän asiakkaistaan. Kaikki fysioterapeutit olivat naisia. Työkokemus vaihteli 11 vuodesta 23 vuoteen ja nykyisestä työstä saama kokemus 9 vuodesta 23 vuoteen. Valituista fysioterapeuteista kolme toimi perusterveydenhuollon- ja kaksi erikoissairaanhoidonyksiköissä.

Fysioterapiatapahtumaan osallistuvat asiakkaat olivat iältään työ- ja eläkeikäisiä, joista kaksi oli mies- ja neljä naispuolista asiakasta, iältään 39-62 vuotta. Asiakkaille annettiin informaatiota kyseisen videoinnin tarkoituksesta sekä heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus videoinnin suorittamiseen (Liite 5).

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA ANALYYSI

5.1 Tutkimuksen metodologia

Tutkimuksen metodologinen ratkaisu pohjautuu sosiaaliseen konstruktionismiin ja etnografiaan. Tutkija oli kiinnostunut terapeutin työstä, sen rakenteesta ja terapeutin toiminnoista eri tilanteissa. Tällöin huomio kiinnittyi terapeutin todelliseen päivittäiseen työskentelyyn hänen omassa työympäristössään. Etnografisen tutkimusotteen kautta tutkija saa tietoa siitä, kuinka yksilöt toimivat kulttuurissaan (Juhila, Pösö, 1999). Etnografiselle tutkimukselle on tyypillistä tutkia ihmisiä ja heidän tekemisiään luonnollisessa toiminta ympäristössään (Jokinen, 1999). Etnografinen ote tutkimuksessa sisältyi aineiston hankintaan, joka toteutui videoimalla ja haastatteleamalla terapiatilanteessa työskenteleviä fysioterapeutteja. Aineiston hankinnassa osallistuva havainnointi ja haastattelu ovat olleet perinteisen etnografisen tutkimusotteen yleisimmät sovellutukset (Nisula, 1996). Etnografinen ote näkyy myös osaltaan aineiston analyysissä. Aineiston tarkasteleminen ja analysoiminen tiettyjen teemojen mukaan ja niiden eräänlainen kategorioiminen, on tyypillistä etnografisen tutkimuksen analysoinnille (Syrjäläinen, 1994).

Sosiaalinen konstruktionismi on kiinnostunut yksilöiden vuorovaikutuksen kielellisistä prosesseista, jotka tuottavat sosiaalista todellisuutta (Juhila, Pösö, 1999). Tutkimus kohdistui terapiatilanteeseen ja siinä käytettyyn kieleen. Terapiaa tai terapiatilannetta voidaan tarkastella sosiaalisena toimintana (Wahlström, 1992, 24-44), jolloin tutkimuksessa tarkastellaan yksilöiden kieltä sosiaalisessa toiminnassa. Tutkimuksessa sosiaalinen konstruktionismi tuli esille aineiston analyysin valinnassa. Videotallenteiden verbaalinen aineisto analysoitiin käyttämällä diskurssianalyysiä.

Diskurssianalyysi on kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimusta, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä, kuten ihmisten välisissä kommunikaatiotilanteissa (Jokinen, Juhila, Suoninen, 1993, 9-47).

Diskurssianalyysissä tarkastellaan keskustelusta erotettuja episodeja. Episodilla tarkoitetaan keskustelujaksoa, joka on erotettu muusta keskustelusta puheena olevan teeman tai vuorovaikutuksellisen ilmiön perusteella. Episodit rakentuvat lausumista, jotka pitävät sisällään sen, mitä puhuja on sanonut tai ilmaissut. (Haarakangas 1997, 50.) Lausumia nimitetään usein selonteoksi (Suoninen, 1999). Keskustelupuheenvuorojen tarkastelemiseksi voidaan valita näkökulma, jonka kautta tutkija voi kiinnittää huomion siihen, mitä sanoja tai sanastoja kielenkäyttäjät ovat valinneet selontekoihinsa (Suoninen, 1993). Sananvalinnat edustavat usein "sanastoja", joilla on omat taustansa, avainvertauskuvat ja konnotaatio. Sanojen tunnistamisessa on kyse näiden sanastojen tulkinnasta. Käsitteen "sanasto" sijasta on tutkimuksissa usein käytetty käsitteitä "diskurssi tai "merkityssystemi". (Suoninen, 1999.) Diskurssit voivat ilmetä eri lausumissa hajanaisesti esiintyvänä sanontoina, kielikuvina, kuvauksina tai määrittelyinä, jossa kokonaisuutena tulee esille yhtenäinen näkökulma todellisuuteen (Haarakangas, 1997, 26).

5.2 Aineiston analyysin eteneminen

Aineiston analyysi aloitettiin videotallenteiden katselemisella, jonka kautta tutkija pääsi sisälle terapiatilanteen aiheeseen. Katselun yhteydessä tehtiin merkintöjä ja muistiinpanoja niistä tilanteista, jotka sisälsivät tutkimuksen ilmiön kannalta kiinnostavia kohtia, kuten keskustelun puheenaihe tai fysioterapeutin toiminta ja sen muuttuminen tilanteen aikana.

Videotallenteiden ääni kirjoitettiin sanasta sanaan mahdollisimman tarkasti tietokoneelle. Keskustelun muuttaminen kirjoitettuun muotoon supisti oleellisesti terapiatilanteeseen liittyvän informaation määrää, jolloin sanaton viestintä rajattiin tarkoituksellisesti huomion ulkopuolelle. Tutkimuksessa keskityttiin siis pääasiallisesti keskustelujen verbaaliseen aineistoon.

Kirjoitetut terapiatilanteiden keskustelut muodostivat kymmenen eri tapausta, jotka käsiteltiin erikseen jokainen omana tapauksenaan. Tapaukset luettiin useaan kertaan läpi, jonka jälkeen tekstiin tehtiin rajauksia, joiden avulla se jaoteltiin erillisiin analyysiyksiköihin. Analyysiyksiköt muodostuivat sisällöllisen teeman mukaan. Seuraavaksi analysoitiin jokainen yksikkö ja muodostettiin erilaisia episodeja. Tutkijaa kiinnosti ne tekstissä esiintyvät keskusteluepisodit, jotka liittyivät tutkimusongelman kuvaamaan ilmiöön keskustelussa.

Analyysissä seurasi videoituun terapiatilanteeseen osallistuneiden fysioterapeuttien haastattelu. Haastattelun kohteena olevalle fysioterapeutille näytettiin videolta hänen omasta terapiatilanteesta nauhoitettua katkelmaa, jonka tutkija oli valinnut litteroidun tekstin ja videotallenteen avulla. Videotallenteen kautta fysioterapeutille hahmottui paremmin mieleen ko. tilanne, jonka kautta hän pystyi vastaamaan tutkijoiden esittämiin kysymyksiin. Tutkijat käyttivät avointa haastattelua saadakseen lisätietoa fysioterapeutin toiminnasta, sen tarkoituksesta tai sen muista taustatekijöistä ko. tilanteessa. Kysymykset pyrittiin esittämään niin, ettei niillä ollut ohjailevaa vaikutusta fysioterapeutin antamiin vastauksiin. Tavoitteena oli, että fysioterapeutti kuvaili vapaasti ajatuksiaan, tunteuksiaan, tarkoitustaan tai yleensä toimintaansa kyseisessä terapiatilanteen vaiheessa. Haastattelut muutettiin tutkijoiden toimesta kirjoitettuun muotoon, jolloin niitä voitiin käyttää aineiston analyysissä.

Analyysissä seuraavaksi palattiin videoaineistosta transkriboituun tekstiin. Analysoinnin kohteena oli episodeihin sisältyvät lausumat. Tutkija analysoi, mitä sanoja tai sanastoja puhujat ovat käyttäneet lausumissaan. Nämä diskurssit tai merkityssysteemit toivat esille niitä tekijöitä, joiden kautta pyrittiin löytämään vastaus tutkimuksen kysymykseen.

Tutkimuksen analyysissä edettiin yhdistämällä aineistossa muodostuneet diskurssit. Tämä suoritettiin etsimällä diskurssien yhteisiä piirteitä sekä myös etsimällä poikkeavia diskursseja.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Lincolnin ja Cuban (1985, 290) mukaan tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) täytyisi arvioida totuusarvon, sovellettavuuden, pysyvyyden ja neutraalisuuden kautta. Luotettavuutta perinteisesti tarkastellaan tutkimuksen sisäisenä ja ulkoisena validiteettina, rehabiliteettina sekä objektiivisuutena. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa sisäisestä validiteetista voidaan käyttää käsitettä uskottavuus (credibility), ulkoisesta validiteetista käsitettä siirrettävyys (transferability), reliabiliteetista tutkimustilanteen arviointia (dependability) ja objektiivisuudesta käsitettä vahvistettavuus (confirmability). (Lincoln, Cuba, 1994.)

Uskottavuudella arvioidaan (credibility) tutkimushavaintojen ja tulkintojen uskottavuutta suhteessa alkuperäisiin todellisiin konstruktioihin (Kincheloe, McLaren, 1994). Tällöin korostuu tutkijan huolellinen ja järjestelmällinen tiedonkeruu ja aineiston analyysi. Tutkimuksen aineiston hankinnassa terapiatilanteiden videointi pyrittiin toteuttamaan niin, että kameran ja tutkijoiden läsnäolo vaikuttaisi mahdollisimman vähän terapiatilanteeseen. Tämä toteutettiin sijoittamalla videokamera mahdollisemman kauaksi terapiatilanteesta ja pitämällä kamera samalla paikalla videoinnin aikana. Tällöin mahdollistettiin fysioterapeutin ja asiakkaan aidot toiminnot. Tutkija kiinnitti erityistä huomioita myös tutkimuksessa käytettyjen metodologisten ratkaisujen hyvään teoreettiseen hallitsemiseen, jotka korostuivat etenkin aineiston analyysivaiheessa.

Tulosten sovellettavuus (transferability) riippuu alkuperäisen tutkimusympäristön ja sovellusympäristön samankaltaisuudesta. Tutkijan on kuvattava tarkasti tutkimustaan ja sen aineistoa, jotta tutkimuksen tuloksia voi soveltaa muihin samankaltaisiin konteksteihin. (Kincheloe, McLaren, 1994, 151.)

Tutkimuksen raportoinnissa kiinnitettiin huomio tarkkaan kuvaukseen aineiston hankintaprosessista ja tutkimuksen kohdejoukosta.

Tutkimustilanteen arviointia (dependability) voidaan lisätä käyttämällä päällekkäisiä metodeja tai antaa tutkimus arvioitavaksi ulkopuoliselle asiantuntijalle. Tutkimuksen arviointi kriteeri tulee täytetyksi, jos tutkimuksen uskottavuus voidaan osoittaa. (Lincoln, Cuba, 1985, 316.) Tutkimuksen vahvistettavuus on varmistettu huolellisella aineiston keruun suunnittelulla ja sen järjestelmällisellä toteuttamisella sekä aineiston analyysissä käytetyn menetelmän hallitsemisena. Aineiston keruun oikeassa kohdistamisessa auttoi tutkijan oma kokemus kyseisestä tutkimusalasta.

6 TULOKSET

Tulokset on esitetty fysioterapeutin päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä niin, että ne sijoittuvat terapiatilanteen etenemistä kuvaavalle kuvitellulle jatkumolle. Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät on pyritty tuomaan esille etenemisjärjestyksessä, mutta tekijöiden keskuudessa on luonnollisesti myös päällekkäisyyttä sekä joustavuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että tietty tekijä voi esiintyä useassa eri vaiheessa terapiatilannetta. Samoin myös jotkut tekijät vaikuttivat lähes koko terapiatilanteen ajan, jolloin ei pidä ymmärtää, että tekijöiden rajat olisivat selviä. Fysioterapeutin päätöksentekoon vaikuttavat tekijät on jaettu eri kategorioihin, kuten asiakkaasta saatavan tiedon kautta rakentuviin tekijöihin, olettamusten ja asiakkaasta saadun uuden tiedon ristiriitaisuustekijään, asiakkaan motiivitekijään ja ulkoisiin tekijöihin. Tuloksissa esiintyvä merkintä FT kuvaa fysioterapeutin esittämää lausumaa ja vastaavasti merkintä A asiakkaan lausumaa. Kursivoitu teksti kuvaa fysioterapeutin haastattelussa antamaa lausumaa.

6.1 Asiakkaasta saatavan tiedon kautta muodostuvat tekijät

Tekijöillä oli yhteistä se, että asiakkaalta saatu tieto liittyi jollakin tavalla ennako-oletustekijän ja ongelmien kartoittamistekijän muodostumiseen. Ennako-oletustekijässä fysioterapeutti oli saanut tietoa asiakkaasta jo ennen terapiatilanteen alkua. Ongelmien kartoittamistekijässä ja tilannekohtaisessa päättelytekijässä tietoa hankittiin terapiatilanteen kuluessa asiakasta haastattelemalla tai manuaalisesti tutkimalla. Asiakkaasta saadun tiedon kautta rakentuvat tekijät vaikuttivat fysioterapeutin päätöksentekoon luomalla sille ”perustaa” ja ohjaamalla päätöstä tiettyyn suuntaan.

6.1.1 Ennakko-oletustekijä

”Ennakko-oletusdiskurssissa” fysioterapeutti oli muodostanut ennakko-olettamuksen itselleen jo ennen terapiatilanteen alkua. Ennakko-oletus oli muodostunut niiden tietojen kautta, joita hän oli saanut asiakkaasta esitietojen kautta. Ennakko-oletus ohjasi fysioterapeutin ongelmien kartoittamista ja näin ollen oli vaikuttamassa päätöksentekoon. Esimerkki fysioterapeutin haastattelussa antamasta lausumasta, joka sisältää ennen terapiatilannetta muodostetun ennakko-oletuksen asiakkaasta:

FT: ”...semmonen mielikuva tuli, että hän luulee syövänsä vähemmän kuin syö. Niinku näitten esitietojen, mitä hän oli niinku kertonu, että hän kokee, et hän syö hirvittävän vähän, mutta paino on vaan noussu, et tää oli niinku tämmönen ennakko-odotus...”

Seuraavassa ote kyseisen ennakko-oletuksen omaavan fysioterapeutin ja hänen asiakkaansa välisestä keskustelusta, jossa terapeutin ennakko-oletukset ohjasivat tällöin keskustelua ja ongelmien kartoittamista:

FT: ”No mitä sä ajattelet, mistä se johtus? Syötsä sitten enemmän?”

A: ”En”

FT: ”Et omasta mielestä siinä kohalla sit syö enemmän?”

A: ”En en siis en syö...”

Ennakko-oletukset ovat siis oleellinen tekijä fysioterapeutin toiminnan ja ajattelun ohjaamisessa. Ennakko-oletukseen perustuen fysioterapeutti oli suunnitellut etukäteen, mitä asioita hän ottaa keskustelussa esille ja mihin suuntaan hän vie keskustelua. Tämän hän toi esille hänelle tehdyssä haastattelussa:

FT: ”...et tavallaan oli valmis ajatus jo siitä, että mistä lähetään liikkeelle...”

6.1.2 Ongelmien kartoittamistekijä

Ongelmien kartoittaminen ajoittui terapiatilanteessa yleensä sen alkuosan haastatteluvaiheeseen. ”Ongelmankartoittamiskurssissa” keskustelu eteni voimakkaasti fysioterapeutin tavoitteiden suuntaisesti, jolloin diskurssi jakaantui menneeseen ja nykyiseen aikaperspektiiviin.

Menneen- ja nykyisen tietoaikakauden kautta fysioterapeutti pystyi muodostamaan yhtenäisen "kuvan" siitä, miten asiakkaan ongelma on edennyt ja millainen on sen vallitseva luonne terapiatilanteessa. Diskurssissa asiakkaiden selonteot sisälsivät hyvin yleisesti ongelmien luonteiden kuvauksia yhdistettynä tiettyyn elimistön osaan, jolloin lausumat rajasivat fysioterapeutille ongelma- tai kokemukskarttaa:

"...polvet on lonksunu..."

"...olemattomat nämä reisilihakset"

"...näähän lumbot on väljät"

"Niskoo särkee väliin, että hirveesti, ku pääkään ei taho kääntyä paljon mihinkään..."

"Menneenajandiskurssissa" fysioterapeutti johdatti asettamalla kysymyksillään keskustelun menneeseen aikaan, jolloin asiakkaan antamat oireiden merkityskuvaukset ajoittuvat tapahtuvasta terapiatilanteesta joskus jopa vuosia taaksepäin olevaan aikaan:

FT: "...onko ne vähitellen alkanut vai kuinka pitkään sulla on on niitä ollu?"

A: "On niitä varmaan mä muistan... kaheksankymmentä kesällä..."

FT: "...mut voisiks sä ihan muutamalla sanalla kertoa, että mitä tässä on tapahtunu?"

A: "Toukokuussa yhdeksänkymmentäviisi alkaen on ollu kipeä ja nyt, nyt tässä yhdeksänkymmentäkahdeksan... ensimmäisen kerran pistetty kortisonia..."

Fysioterapeutti sitoi ongelmakokemusten kartoittamisen myös nykyisyyteen, jolloin diskurssissa esiintyvät asiakkaan lausumat merkityksellistävät asiakkaan lähiajan kokemuksellisuutta:

FT: "...Mitä sä nyt koet mitkä mitkä onko sellasia asentoja...mitkä ovat niinku kivuliaampia...?"

A: "No se oikeestaan se, ettei pysty esimerkiksi kävelemään..."

FT: "...miltäs se nyt olo tuntuu ja?"

A: "No nyt on ihan siedettävä..."

Ongelmien kartoittamiseen sisältyi myös asiakkaasta saadun informaation kautta muodostettua päättelyä:

FT: "... Mites pääki, liikkuuks sekin paremmin?"

A: "Joo kyllä on paljon parempi jo ollu..."

A: "Kyllä no nyt sitten viime kerralla kun minä kävin niin se uinti, ui, ui, uiminen onnistui jo aika hyvin jo"

FT: "Et niska oli jo sit aika hyvässä kunnossa koska se, ihan rintaintiako niinkö?"

A: "Joo, joo, ihan..."

FT: "...siinä mielessä vois nyt olla niinku just se, että nyt varmaankin se pääpaino sitten sen painonhallinnankin suhteen pitäisi miettiä sitä ruokailupuolta, koska nythän just tällä hetkellä...konkreettisesti, kun tuo käsi, sä et voi varmaan kunnolla käyä kävelylenkilläkään?"

Ongelmien kartoittamisen kautta fysioterapeutti pystyi muodostamaan oletta-
musta siitä, mikä on asiakkaan akuutein tilanne terapiatilanteessa:

FT: "...mites yöt muuten?"

A: "No semmosta katkonaista nukkumista"

FT: "Ihan joka yö?"

A: "...no joskus mene ihan ettei herrää ollenkaan, ku hyvin ussein niin kyllä minä heräsin..."

FT: "Joo"

A: "...kaks tai kolme kertaa yöllä..."

FT: "Onks se pahin silloin yölläkin ne kädet ja se niinku hartia- niskaseutu vai enem-
mänkö se sinne jalkaan ja selkään?"

A: "Kyllä se tuonne hartiaseltuun etupäässä, kyllä..."

FT: "...niin se pahin"?

A: "Joo kyllä"

FT: "Et tuntuuko nyt, mikä käsitys mulla ja se enemmän tuntus tuo hartiaseltu tällä het-
kellä vaivaavan"

A: "Joo tällä hetkellä on hartiaseltu..."

Ongelmienkartoittamistekijän kautta muodostuva oletta-
mus perustui siis asiak-
kaan kuvaamiin oireisiin, joiden kautta fysioterapeutti päätteli mahdollisesta oi-
reiden aiheuttajasta. Tällöin hän sai myös "vihjeitä" siitä mitä mahdollinen tera-
peuttinen päätös pitäisi sisältää:

FT: "...olinkin jo miettinyt tossa oireiden perusteella, että hänellä olikin varmaan lihakset heikot..."

6.1.3 Tilannekohtainen päättelytekijä

Tilannekohtaisen päättelyn kautta fysioterapeutti sai tietoa sen hetkisestä asiakkaan tilanteen todellisuudesta. Samalla fysioterapeutilla oli mahdollisuus suhteuttaa jo aikaisemmin muodostettuja olettamuksia tilannekohtaisiin päättelyihin, jolloin päättelyn kautta testattiin aikaisemmin muodostettuja olettamuksia. Olettamukset joko vahvistuivat tai heikentyivät. Tilannekohtaista päättelyä tapahtui koko ajan terapiatilanteen edetessä, painottuen pääosin terapiatilanteiden tutkimuksellisiin osioihin, joissa fysioterapeutti suoritti asiakkaalle manuaalista tutkimusta:

FT: "...nyt tässä niin näytti jo meno ainakin paljon rennommalta viime..."

A: "Joo niin on kyllä"

FT: "...kertaseen verrattuna"

FT: "No täällähän on, tähän menee tosi hyvin viimekertaiseen..."

A: "Joo näin on kyllä"

FT: "...Kun näin tarkastelee näyttäs ihan silmämääräisesti, että lihaksistossakin on sen verran eroa, tää ois niinku vahvemman tuossa jännittäessäkin..."

FT: " Nyt kun se ei näköjään nuo jalat ei estä tuota tuontia, se voi nyt olla tään niskan...syytä, voi olla semmonen ohimenevä ja parinviikon päästä voi olla tilanne toinen..."

6.2 Olettamusten ja asiakkaasta saadun uuden tiedon aiheuttama ristiriitaisuustekijä

"Ristiriitaisuusdiskurssi" muodostui niiden saatujen tietojen ja muodostuneiden olettamusten kautta, jotka rakentuivat "ongelmienkartoittamis- ja tilannekohtaisen päättelydiskurssin" välityksellä. Ristiriitaisuustekijä vaikutti hämmentävän tilanteen muodostumiseen. Tilanteessa fysioterapeutin täytyi tehdä asiakasta koskevia päätelmiä ja päätöksiä.

Ristiriitaisuus oli siis jatkuvan prosessin tulosta ja vaikutti oleellisesti fysioterapeutin ajatteluun, lähinnä päättelyyn ja lopulta ennen kaikkea päätöksentekotilanteeseen. Ristiriitaisessa tilanteessa tehdyt päätökset olivat asiakkaan kannalta varovaisia ja ”turvallisia”, kuten seuraava ote fysioterapeutin tekemästä terapeuttisesta päätöksestä:

FT: ”Kokeillaampas semmonen ihan mahan sisään veto, ja vatsa sisään, pito ja renoks...oikeestaan tää vatsalihasten jännitys, joka ei ota, se nyt on semmonen... Jos tää jäiskin ainooksi jumppaliikkeeksi?”

Ristiriitaisuuden rakentuminen tapahtui tilanteissa, joissa fysioterapeutilla oli asiakkaasta ennen terapiatilanteen alkua muodostunut ennako-oletus, jonka mukaan hän oli hahmotellut tai suunnitellut etukäteen toimintoja, joita tulisi ohjaamaan terapiassa asiakkaalle. Ristiriitaisuus syntyi tilannekohtaisen päättelyn tuloksena niin, että fysioterapeutin saama aktuaalinen tieto oli ristiriidassa hänen ennako-oletuksensa kanssa. Fysioterapeutti havaitsi, ettei suunniteltuja ohjauksia voinut toteuttaa asiakkaalle:

FT: ”...se näköjään ei kestä yhtään tämmöstä niinku heilutusliikkeitä, niin kyllä sitä enemmän niinku kannattas nyt vaan kylmällä hautoo...sitä ei nyt tähän jumppajuttuun voi tuota kättä...”

FT: ”...ei nyt voi aatella, et nyt alkaa se kova treeni millekkään vatsa ja selkähaksille, mutta tietenkin semmosia jännitysliikkeitä vois tehdä, vaik ei niitä liikeitä tapahdu...”

Vallitsevan hämmentävän ilmapiirin fysioterapeutti toi esille hänelle tehdyssä haastattelussa seuraavasti:

FT: ” Sekava, kaaosmainen...epälooginen...me ensiks jutellaan kauheesti harjoittelusta ja mä yritän motivoida siihen ja vähän ajan päästä joudunkin peruu, ku ihminen onkin sillä kertaa niin...siis on niin kipee...”

Toinen ristiriitaisuuden muodostumistapa oli ongelmien kartoittamisen kautta syntyvä ristiriitaisuus. Tällöin asiakkaalta saatujen tietojen, ja sitä kautta fysioterapeutille muodostuneen olettamuksen sekä fysioterapeutin tietoperustan välillä vallitsi ristiriitaisuutta:

FT: "...sillo lähetään toimenpiteisiin et se mua niinku hassulta tuntuu iteltä, että..."

A: "...kun mä en tunne, kun käyn pissalla....ei täälläkään nytten. Tätä saa nipistellä miten vaan..."

FT: "Just"

A: "...tää ei tiedä mitään"

FT: "...tuntu vaan sillo jännält ku sä sanoit et sille ei kuitenkaan tehty mitään..."

A: "...sit täältä tässä tuntee ja tää ympäristö on. Tätä voi nipistellä ihan niinku haluaa, ei tää tiä mitään..."

FT: "...luultavasti se on ollu joku prolapsi tai vastaava..."

Asiakkaalta saatua tietoa (mm. asiakkaalle tehdyistä hoitotoimenpiteistä) fysioterapeutti vertasi omaan teoreettiseen tietoinekseen, joka perustui hänen koulutuksessa saamaansa tietoon. Tämä esiintyy fysioterapeutin haastattelussa antamassa lausumassa:

FT: "...Niin ku se on semmonen yleensä meillä meille opetetaan miten meidän täytyy se on välittömästi semmonen asia millo mennään niinku keskussairaalaan..."

6.3 Motivointitekijät fysioterapeutin päätöksenteon varmentajina

Motivaatiodiskurssi esiintyi ongelmienkartoittamiskurssin sisällä, jossa asiakas antoi ongelmakuvauksille turhautumismerkityksen tai toi esille lausumissaan oman heikon motivaation kuntoilua kohtaan. Motivaation merkitys tuli oleelliseksi silloin, kun fysioterapeutti halusi varmistaa asiakkaan motivaation terapiatilanteessa, jossa fysioterapeutin olisi tehtävä terapiaa koskeva päätös tai annettava terapiaa koskevaa informaatiota. Hyvän motivaation omaava asiakas on näin ollen vastaanottavaisempi näissä tilanteissa. Asiakkaan motivaation huomioiminen oli lähinnä päätöksenteon "perustyötä", joka loi paremman mahdollisuuden fysioterapeutin tekemän päätöksen hyväksymiselle asiakkaan puolelta. Turhautuneisuusdiskurssissa asiakkaan selonteossa korostuivat heikko motivaatio ja henkinen väsymys:

A: "...tieteenkiinhän sitä on minussakin ollu, ku minä sanon suoraan, että ei oo tullu sitä jumppahomaa semmosta, eikä tullu niinku kävelyä tuota tehtyä... Samaten ku tuo hiihtäminenkin ni..."

A: " Mä oon niin kypsä siihen hommaan tämmöseen..."

A: " Se aina kun tuntuu oikein ahistavalta niin se silloin ja nyt ku se on niin tuota, et nyt ei vielä sillä tavalla, että onhan mulla se tämä viimeinen, mikä aina oli niin tuota se on niin huolestuttavaan suuntaan menossa, et se ei ollenkaan siihen, mihin mä haluaisin..."

6.3.1 Positiivisuustekijä

Turhautuneisuuden ilmeneminen oli eräänlainen "laukaisevatekijä" fysioterapeutille, jolloin hänen täytyi löytää positiivisia piirteitä asiakkaan selonteosta. Positiivisuustekijä esiintyi tietynlaisena fysioterapeutin ratkaisuna turhautuneisuuden ilmenemiselle, jolloin fysioterapeutin tavoitteena oli asiakkaan motivaation lisääntyminen terapiaa ja fysioterapeutin antamaa informaatiota kohtaan:

FT: "...että kuitenkin oot niinku onnistunut sillalaila niinku aika hyvässä jamassa ittes pitämään..."

FT: "...tämmönen ihan tietonen. Positiivisen ajattelun niinku kautta, et ihminen uskoo...koko idea, et asiakas tulis tietosemmaks kaikesta omasta niinku toiminnastaperustaa..."

A: " Ku vuan iskis karpänen täällä sitten..."

FT: " Mites se karpänen iskis, että... Et jos nyt ajatellaan sit kumminkin et kyllähän toi tilanne niinku tuntuu, et se on pitkä ja oikein kunnan vaivoja, siellä on muutoksia, ni ei-hän niitä tietysti niitä luitahan me ei sada kuntoon..., Mutta kyllä niille lihaksille vois tehdä jotain..."

FT: "...tän tyyppist muutokset mitä sä just oot tehny niin vaikuttaa ihan just sinne tavoitteen suunnassa kuin sä haluat..."

6.3.2 Tavoitteellisuustekijä

Tavoitteellisuustekijä liittyy läheisesti positiivisuustekijään, koska tavoitteellisuusdiskurssissa esiintyneisiin fysioterapeutin lausumiin ja merkityksiin sisältyi tulevaisuuteen suuntautuneita positiivisia toimintoja. Tavoitteellisuustekijän kautta terapeutin päätös sai jatkuvuutta, jolloin päätös ei koskenut ainoastaan vallitsevaa terapiatilannetta, vaan myös seuraavia terapiatilanteita:

FT: "...ja katotaan vielä sitten ensiviikolla otetaan taas sitten seuraava aika"

A: "Joo"

FT: "...ja lisätään vähitellen niitä harjoitteita ja juttuja..."

"Tavoitteellisuusdiskurssissa" fysioterapeutti määritti terapeutitset tavoitteensa suhteessa asiakkaan tavoitteisiin. Tavoitteen asettelu oli tällöin asiakaslähtöistä. Terapeutitset päätökset tulivat olemaan oikeassa suhteessa siihen, mikä on asiakkaalta lähtevä vaatimus tulevalle terapialle:

A: "...70:n alle sinne tuota, kuitenkin tuonne niin että ni, paremminkin et en mä siis hirveen en ehkä tuohon niinkun tuonne, mut jos tuohon niinku vaikka tuonne 65 taikka 68 väliin johonkin siihen..."

FT: "...Niin sitten vois ihan tyytyväinen olla..."

A: "Siihen voisin olla ihan tyytyväinen, kun mä siihen pääsen..."

6.3.3 Orientaatiotekijä

Orientaatiotekijä rakentui kahden "välitekijän" kautta. Fysioterapeutti luki terapiatilanteessa asiakkaalle lääkärin tekemää diagnoosia ja hoitosuosituksia. Samalla terapeutti muodosti asiakkaalle orientaatiota tulevaan terapiaan. Mikäli asiakas on tietoinen lääkärin antamasta hoitosuosituksista, niin fysioterapeutilla on mahdollisuus selventää asiakkaalle tulevan terapian sisältöä. Tällöin fysioterapeutti luo orientaatiota ja lisää asiakkaan motivaatiota tulevalle terapeutiselle päätökselle:

FT: "Täällä lukeekin sitten, että tuota reisilihasta ja varsinkin sen sisäosan..."

A: "Tämän..." ((osoittaen kädellä reisilihaksen sisäosaa))

FT: "...joka tuota tukee todella eniten sitä polvilumpiota ja varsinkin ojennusvaiheessa on hyvin tärkeää ja ihan kävelyssä...että jos se on huonossa kunnossa niin se...vaikuttaa kyllä sitten heti kaikkeen..."

Toinen orientaatiotekijää rakentava "välitekijä" oli fysioterapeutin selvitys asiakkaan ongelmasta tai häneen kohdistuvasta tulevasta hoidollisesta toiminnasta. Fysioterapeutti selvitti asiakkaalle teoreettisesti ja havainnollisesti sen, mikä on mahdollisesti asiakkaan ongelman taustalla:

FT: "...No jos silleen ihan yksinkertaisesti sanoo, tässähan epäiltiin niitten oireitten perusteella, että vois olla syynä siihen huonoon kävelyyn ja siihen muuhun kipuun...tai sitten selässä on semmonen ahtautuma...mutta se ahtautuma sieltä kyllä löyty...Mä voisoin näyttääkin vaikka tosta selkärangasta, että minkäläinen... nyt se on tuolta luitten sisältä se selkäydin ahtautunut..."

FT: " Näyttikös toi ((lääkärin nimi)) sulle tästä?"

A: "Ei ei ei"

FT: " Niin eli tuota elikkä tää on sulle, sä pystyt havainnoimaan, että ei tarvii selittää mikä luu on mitäkin?"

A: "Joo"

6.4 Ulkoiset tekijät

Ulkoiset tekijät olivat tekijöitä, jotka vaikuttivat fysioterapeutin päätöksentekoon terapiatilanteen ulkopuolelta. Fysioterapeutti ei voinut vaikuttaa niiden läsnäoloon omalla toiminnallaan, vaan ne vallitsivat ja vaikuttivat työyksikössä työ-
kulttuurin kautta.

6.4.1 Hoitokäytäntötekijä

"Hoitokäytäntödiskurssi" esiintyi tilanteissa, joissa fysioterapeutti toimi työyksikössä, jossa fysioterapeutin tarkoituksena oli antaa asiakkaalle ohjausta tai informaatiota ennen lääketieteellistä hoitotoimenpidettä:

FT: ” Näin, ja hirveesti me ei välttämättä täällä oikeestaan voimistella, lähinnä se että mä ohjaan sua et sä pystyt käyttää ton jalan, selviät päivittäisistä toiminnoistas, niin siinä se on, sitten se päivittäinen liikkuminen, kulkeminen se on sitä parasta hommaa”

A: ” Niin

FT: ” Siinä se kuntoutuu”

A: ” Joo”

Hoitokäytäntö ohjasi fysioterapeutin toimintaa, joten terapeutin päätöksenteko myötäili vallitsevaa käytäntöä työyksikössä. Päätöksenteko oli terapian tai annettavan informaation suhteen hyvin samankaltainen huolimatta terapian kohteena olevasta asiakkaasta:

FT: ” ...mulla on tuossa semmonen kaavake, jonka mukaan mä mittaan ja tutkin...saat käydä, sut kyllä haastatellaan ensiks...”

FT: ”...pumppaat kummastakin jalasta...et huomenna ei tarte muuta kuin tuo muistaa-tuo nilkkojen pumppausliike, mutta seuraavana päivänä ojentaa, tuo reisilihasten jännitys...”

FT: ”...niin tota oliko teillä puhetta siitä, että miten tästä nyt sit kun tää leikkaus tehdään, niin mitäs sen jälkeen?”

A: ”Mulle sanottiin kaks viikkoo mitella...ja sen kahden viikon jälkeen saapi ruveta aktiivisia liikkeitä tekemään ihan, ei se niistä sanonu enää minkäänlaiset rajoitukset...”

FT: ”...ja pyrkimys kahessa viikossa on se, että sä saat sen sinne, saat sen niinko nostettua tänne näin...”

A: ” Joo”

Hoitokäytännön fysioterapeutti näki työyksikön yhteisenä sopimuksena toteutettavista toiminnoista aina tietyn potilasryhmän osalta, johon myös lääketieteen edustajat (ortopedi) voivat omalta osalta vaikuttaa. Tämä tuli esille myös fysioterapeuteille tehdyssä haastattelussa:

FT: ”...meillä on niinku omat tietty käytäntö, mitä -potilaalle saa ja pitää tehdä...”

*FT: ”...no se on taas se meidän sovittu käytäntö, elikkä että opetetaan sen verran raa-
jan hallintaa, että potilas pystyy itsenäiseen liikkumiseen ylipäänsä...”*

FT: "...tää tää on semmonen lääkärisidonnainen asia, että meillä on yks ortopedi, joka ehdottomasti ei päästä potilasta kotia, ennen kuin se nostaa, niinku tän leikkauksen jälkeen ni se potilas nostaa sen oman kätensä tuonne noin ja tota siihen niinku tavallaan se ihmisen valmistaminen, et tämmönen suoritus niinku sulta vaaditaan..."

6.4.2 Lääketieteen auktoritaarisuustekijä

Toisena, päättelyyn ja päätöksentekoon vaikuttavana, ulkoisena tekijänä esiintyi auktoritaarisuusdiskurssi. Diskurssissa tuli esiin lääketieteen voimakas vaikutus fysioterapeutin toimintaan, mikä ohjasi terapian suunnittelua ja toteuttamista:

FT: " Fysiatrikin suositushan oli että tätä yleisliikuntaa, mistä nyt on vähän puhuttu-kin..."

A: " Niin just"

FT: "...tää oli nyt yks niistä liikkeistä, joita se fysiatrikin suositteli"

A: "Joo näin on kyllä"

FT: " No tää oli nyt yks liike kanssa, mitä se fysiatri käski tehdä"

A: " Joo"

FT: "...tai tai tämmönen tieto... tällä hetkellä heidän tiedon mukaan ei ole tuota hyötyä...sitä kulumamuutosta, niin silloin sitä ei enää olis..."

FT: "...ja tota nyt se näitten tään reisilihasten mitä se lääkärikin aikonu ja mikä onkin täs heikko elikkä tää tää tuota..."

7 POHDINTA

Tutkimuksessa käytettiin aineistonhankintana videointia ja haastattelua. Kun ajattelee näiden valintojen lähtökohtaa ja ennen kaikkea sitä, että miten näihin valintoihin on tutkimuksessa päädytty, niin tutkijan täytyi kysyä itseltään: "Mistä metodologisista lähtökohdista käsin voimme tarkastella ihmisiä ja heidän toimintaansa luonnollisessa ympäristössään (Jokinen, 1999), saadaksemme lisää tietoa ja ymmärrystä siitä, miten he kulttuurissaan kuvaavat maailmaa ja miksi he toimivat sillä tavalla, jolla toimivat (Juhila, Pösö, 1999)?" Lisäksi oli kysyttävää: "Mistä metodologisista lähtökohdista käsin voimme tarkastella yksilön kielellisiä vuorovaikutusprosesseja, jotka tuottavat sosiaalista todellisuutta (Juhila, Pösö, 1999)?" Näiden lähtökohtien mukaan tutkimuksessa päädyttiin käyttämään etnografiaa ja diskurssianalyysiä. Samanlaista, yhdistettyä etnografista ja diskurssianalyttistä otetta ovat käyttäneet Juhila ja Pösö (1999) omassa tutkimuksessaan. Mielestäni kahden metodin ratkaisu oli tutkimuksellisesti erittäin haastava, mutta myös antoisa monipuolisuutensa vuoksi. Alasuutari (1994, 74-75) suosittelee vaihtamaan vapaasti metodologista näkökulmaa niin, ettei aineisto koostuisi ainoastaan yhden näkökulman kautta tehdyistä havainnoista. Tällöin saavutetaan se kvalitatiiviselle aineistolle ominainen ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus ja kompleksisuus.

Fysioterapeuttien päätöksentekoon vaikuttavat tekijät muotoutuivat terapiatilanteen edetessä. Mitään tekijää ei voi nostaa vaikuttavuutensa puolesta toisen yläpuolelle, eikä mistään tekijästä voi sanoa, että sen vaikutus päätöksentekoon olisi vähäinen. Yksittäinen tekijä vaikutti seuraavaan muodostuvaan tekijään, kuitenkin niin, että uusi tekijä alkoi rakentua jo edellisen vaikutuspiirissä. Tekijöiden rajat eivät olleet siis selvät.

Tutkimus osoitti, että fysioterapeutilla oli tietynlainen ennako-oletus asiakkaasta, mikäli fysioterapeutti oli saanut asiakkaasta ennakkoon tietoa ennen terapiatilanteen alkua. Ennako-olettamusten muodostuminen on todettu aikaisemmissa tehdyissä tutkimuksissa (Rivett, Higgs, 1997).

Ennako-oletustekijä ohjasi fysioterapeutin tiedon keruuta ongelmien kartoittamisessa ja tilannekohtaisessa päättelyssä. Olettamukset muodostuivat fysioterapeutin vertaillessa asiakkaasta saatua ennakkoinformaatiota omaan kokemuksen kautta saatuun tietoon vastaavanlaisista tapauksista. Terapeutti käyttää tällöin kognitiivisia prosesseja päätöksenteossa. Neuberg ja Newsom (1993) toivat esille tutkimuksessaan skeemojen, prototyyppien tai stereotyyppien hyödyntämisen päätöksenteon kognitiivisina rakenteina. Nämä abstraktit kuvaukset ovat yksinkertaistuja yleistyksiä aikaisemmista tilannekuvauksista. Mikäli ennako-oletus on yhteneväinen sen informaation kanssa, jonka fysioterapeutti saa haastattelun tai tutkimuksen kautta, niin fysioterapeutti voi tehdä jo lopullisen terapeutin päätöksen hyvin aikaisessa vaiheessa terapiatapahtumaa. Ennako-oletustekijällä voi olla myös negatiivinen vaikutus. Mikäli muodostunut ennako-oletus ei olekaan yhdenvertainen siihen informaatioon, minkä fysioterapeutti saa ongelmien kartoittamisen tai tilannekohtaisen päättelyn kautta, voi tilanteesta muodostua ristiriitaisuutta, joka tulee vaikuttamaan päätöksentekoon.

Asiakkaan haastattelussa fysioterapeutti ohjasi keskustelua ja pyrkii kartoittamaan ongelmat menneessä ja nykyisessä ajassa. Ongelmien kartoittamistekijän kautta fysioterapeutti teki päättelyä ja muodosti itselleen olettamusta siitä, missä kehonosassa ongelmat asiakkaalla sijaitsevat, miten hänen ongelmansa on saanut alkunsa, miten se on edennyt ja millainen se on terapiatilanteessa tai ennen sitä. Vaikuttaa siltä, että fysioterapeutti vertailee asiakkaan menneen- ja nykyisenajan ongelmakuvauksia keskenään, jolloin hänelle rakentuu lopulta rajattu kuva siitä, mihin ja miten terapia täytyisi kohdistaa. Fysioterapeutti tekee mielessään tietynlaista ongelmien luokittamista (Cuccione, 1991). Hän laittaa saatuja ”vihjeitä” tietynlaiseen järjestykseen sen mukaan, onko jokin vakava tai vähemmän vakava, akuutti tai krooninen. Ongelmien tai oireiden kartoittamisen jälkeen fysioterapeutilla on mahdollisesti olettamus tai olettamuksia, jotka tulevat muuttumaan, säilyvät tai menettävät merkityksensä terapiatilanteen jatkueksa.

Tilannekohtaista päättelyä tapahtui koko terapiatilanteen ajan, painottuen kuitenkin tutkimukselliseen osioon, jossa fysioterapeutti tutki asiakasta manuaalisesti sekä teki hänelle liikkuvuus- tai lihasvoimatestejä. Tilannekohtaisen päättelytekijän kautta fysioterapeutti sai tietoa siitä, mikä on asiakkaan tilanne sillä hetkellä ja siinä tilanteessa. Ongelmien kartoittamisen yhteydessä tehtyä päättelyä ja muodostettua mahdollista olettamusta fysioterapeutti vertasi tilannekohtaisessa päättelyssä saatuun uuteen tietoon. Tilannekohtaisen päättelyn aikana fysioterapeutti tekee uusia päätöksiä siitä, mitä terapiaa asiakkaalle voi ohjata ja mitä ei.

Tutkimus toi esille sen, että tilannekohtaisessa päättelyssä fysioterapeutti vertasi sen hetkistä asiakkaan tilannetta aikaisempaan asiakkaan ja fysioterapeutin väliseen terapiatilanteeseen. Tilannekohtaisen päättelyn kautta fysioterapeutilla oli mahdollisuus saada tietoa mahdollisista asiakkaan tilanteen muutoksista. Tilannekohtainen päättely perustui oleellisesti fysioterapeutin kokemuksellisuuteen, jolloin fysioterapeutti arvioi tilannetta aikaisemmin kokemiinsa tilanteisiin. Tutkimuksessa tämä tuli selvimmän esille työyksiköissä, joissa fysioterapeutin asiakkaina oli toistuvasti saman ongelman omaavia potilaita. Tällöin päätökset asiakkaalle annettavasta informaatiosta perustuivat pitkälti fysioterapeutin kokemuksellisuuteen. Tämä tuki ns. kognitiivisen skeemateorian käyttöä päätöksenteossa. Tabakin Bar-Talin (1996) tutkimuksen mukaan kokeneet terapeutit käyttivät heidän kokemuksellisuuteensa perustuvaa kognitiivista skeemaa arvioidessaan toiminnan kohteena olevaa tilannetta.

Asiakkaasta saatavan tiedon kautta muodostui tekijöitä, jotka vaikuttivat ristiriitaisuustekijän rakentumiseen. Ristiriitaisuustekijä syntyi tilanteissa, joissa fysioterapeutti oli suunnitellut etukäteen harjoitukset, mitä hän tulisi asiakkaalle ohjaamaan. Kuitenkin tilannekohtaisen päättelyn kautta, fysioterapeutti havaitsi, ettei suunniteltuja harjoituksia voi ohjata. Syntyi ristiriita, joka aiheutti hämmentävää ja epävarmaa "ilmapiiriä". Päätöksentekoon tämä vaikutti niin, että päätöksenteosta tuli vaikea. Wackerbarth`n (1999) mukaan vaikeus voi johtua juuri epävarmasta tilanteesta. Tuloksena oli tällöin hyvin varovainen tai mahdollisemman vähän asiakasta "haittaava" ja riskejä välttävä päätös, jonka terapeutin vaikutus jäi kyseenalaiseksi.

Lopputuloks on siis vastaavassa tilanteessa epäselvä (Abelson, Levi, 1985). Fysioterapeutin tekemä päätös olikin terapeuttiselta tavoitteeltaan lyhytaikainen. Päätökset perustuvat yleensä vastaavissa tilanteissa intuition. Magstron (1989) mukaan intuitiivisen päätöksenteon taustalla on joko teoreettinen tietämys tai käytännön kokemus.

Ristiriitaisuutta aiheutti myös tiedollinen ristiriitaisuus, jossa asiakkaalta saama informaatio oli ristiriidassa fysioterapeutin tietoperustaan aiheuttaen hämmäntävää ilmapiiriä. Tämä vaikutti fysioterapeutin ajatteluun niin, että hän tunsu tarvetta saada lisäinformaatiota, jolla varmistaisi muodostamaansa oletusta. Fysioterapeutti luotti kuitenkin omaan tietoperustansa, mutta oli epävarma siitä, oliko hänen ongelmakartoituksensa ja tilannekohtainen päättelynsä tuottanut tarpeeksi kattavaa informaatiota asiakkaan tilanteesta. Tutkimuksessa fysioterapeutin päätöksenteon tietoperustana esiintyi myös koulutuksessa tai eri koulutuksellisissa tilaisuuksissa saama tietoaines. Feinsteinin (1994) mukaan päätöksenteossa esiintyvät sekä muodollinen ja myös kokemuksen kautta saatu tietoaines. Ristiriidan välttämiseksi on painotettava asiakkaan haastattelussa ja tutkimisessa voimakkaammin tilannekohtaista päättelyä, jonka perustana on huolellinen tiedon kerääminen. Tietoa ei pidä ainoastaan kerätä pyrkien suureen määrälliseen tietoon, vaan sitä pitäisi pystyä arvioimaan ja yhdistämään. Tutkimus osoitti, ettei näin välttämättä aina tapahdu, vaikka Dutton (1995, 3-11) on todennut terapeuttien vertaavan ja arvioivan tilannekohtaisesta päättelystä saatua tietoa asiakkaasta olevaan muuhun aktuaaliseen tietoon.

Asiakkaan motivointitekijä rakentui asiakkaan turhautuneisuuden kautta. Turhautuneisuus tuli esille ongelmien kartoittamisen yhteydessä. Turhautuneisuuden ilmeneminen kiinnitti fysioterapeutin huomion asiakkaan psyykkisiin tekijöihin. Turhautuneisuuden lieventämiseksi fysioterapeutin täytyi etsiä sellaisia tekijöitä, joilla olisi positiivinen vaikutus asiakkaan ajatteluun, mielialaan tai asenteeseen. Positiivisuustekijän avulla fysioterapeutti teki mahdolliseksi asiakkaan motivaation ja myöntyväisyyden itse terapiatilanteeseen ja myös tulevaan terapeuttiseen päätökseen. Positiivisuustekijä esiintyi tilanteissa, joissa itse terapia tuli olemaan pitkäjänteinen prosessi ja terapian tuloksellisuus vaati asiakkaan kiinteää ja itsenäistä sitoutumista terapiaan.

Ilman positiivisuuden huomioimista fysioterapeutin päätös ei saavuttaisi mahdollisesti asiakkaan mielenkiintoa, vaan turhautuneisuus voisi vaikuttaa asiakkaan asenteisiin.

Tavoitteellisuustekijä vaikutti asiakkaan motivaatioon tuomalla tulevalle päätökselle jatkuvuutta. Fysioterapeutti pyrki suunnittelemaan terapian siten, että asiakkaan motivaatio siirtyisi kyseisestä terapiatilanteesta myös seuraavaan terapiatilanteeseen. Samoin fysioterapeutti pyrki saamaan asiakkaalta selville hänen omat tavoitteensa, jolloin fysioterapeutilla olisi terapian tuloksellisuudelle tietynlaiset rajat, jotka ovat lähtöisin asiakkaalta itseltään. Terapiatavoitteen asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa on yksi tapa motivoida asiakasta myönteisemmäksi terapiaa kohtaan (Basset, Petrie, 1999). Yhteisten tavoitteiden asettaminen on tärkeää ajallisesti pitkäkestoisissa terapiaprosesseissa (Stenstrom, 1994). Tavoitteellisuustekijän huomioiminen oli eräänlaista perustyötä tulevalle päätökselle, mutta samalla se kuitenkin ilmensi fysioterapeutin pyrkimystä toteuttaa ennakkoon suunnittelemaansa ohjausta. Motivoinnilla ikään kuin luodaan edellytykset fysioterapeutin tavoitteiden toteutumiseksi.

Orientaatiotekijällä oli asiakasta motivoiva vaikutus, mutta samalla se vaikutti fysioterapeutin päätöksentekoon. Orientaation kautta fysioterapeutti toi asiakkaalle esille terapian tarkoituksen. Lisäksi fysioterapeutin tavoitteena oli, että asiakas tiedostaa hänen ongelma-alueensa ja sen merkityksen oireiden aiheuttajana. Fysioterapeutti varmistaa sen, että asiakas on orientoitunut tulevaan päätökseen. Ilman orientaatiota tuleva terapeuttinen päätös ja sen tuominen julki asiakkaalle voi jäädä hyvin irralliseksi ja tuloksellisesti heikoksi.

Fysioterapeutin työtoimintaa ohjasi lääkäriltä saamat ohjeet, joita hän sovelsi varsin itsepintaisesti asiakkaan ohjauksessa. Mikäli tilanteessa esiintyi ristiriitaisuustekijä, niin harjoitusten tavoitteellinen ohjaaminen siirtyi seuraavaan terapiatilanteeseen. Lääketieteen edustajalta tulevat ohjeet ja normit luovat tietynlaiset rajat fysioterapeutin kliiniselle toiminnalle (May, Dennis, 1991). Mielestäni terapiatilanteen ”ulkopuolelta” tuleva vaikutus ohjeiden muodossa ja niiden ”orjallinen” noudattaminen, vie fysioterapeutin toiminnalta mahdollisuuden tehdä päätöksiä terapiatilanteissa.

Fysioterapeutin päätöksentekoa ohjasi vahvasti myös hoitokäytäntö. Eräissä työyksiköissä fysioterapian asiakkaina olivat toistuvasti samankaltaisista ongelmista potevat potilaat, joten työyksikön sisällä oli muotoutunut sovitut hoitokäytännöt. Nämä ohjasivat fysioterapeutin päätöstä terapiatilanteissa. Fysioterapeuteilla oli yleensä pitkä kokemus nykyisestä työstään työyksikössä, jolloin heitä voisi kutsua kokemuksensa puolesta eksperteiksi. Fysioterapeuttien toiminnan perustana oli kokemuksen antama tieto. Tämä vaikutti siihen, että fysioterapeutit toteuttivat työtään rutiinimaisesti tietyn hoitokäytännön "alaisuudessa". Kyseinen päätöksentekotilanne vastaa Sloanin (1987) esittämää operationaalista päätöksentekotilannetta, jossa päätökset tapahtuvat usein samalla tavalla ja huomioimalla vain oleellisemmat asiat.

Hoitokäytännön vaikutus fysioterapeutin toimintaan oli saman kaltainen kuin lääketieteen auktoritaarisuus. Tutkimus toi esille, että työyksiköissä oli sovittu tietyistä hoitokäytännöistä vastaavan kirurgin tai fysiatriin kanssa. Tämä merkitsee sitä, että fysioterapeuteille ei jää "liikkumavaraa" omille päätöksille tilanteissa, joissa tilannekohtaisen päättelyn perusteella fysioterapeutti saa tietoa siitä, ettei ulkoapäin tulevaa "ohjausta" voi noudattaa.

Mielestäni oleellisinta tutkimuksen antamissa tuloksissa on se, että terapian kannalta parhaat fysioterapeutin tekemät päätökset syntyvät terapiatilanteessa silloin, kun terapeutti menee terapiatilanteeseen ilman ennakko-oletuksia tai ilman etukäteen tehtyjä terapeuttisia suunnitelmia. Terapeutin täytyy tällöin selvittää asiakkaan tilanne tilannekohtaisesti. Terapeutin ei pidä siis ajatella niin, että asiakkaan tilanne vastaa sitä tietoa, jonka terapeutti on saanut etukäteen asiakasta koskevista papereista. Fysioterapeutin ei pidä myöskään luottaa siihen, että asiakkaalle edellisillä terapiakerroilla annettu hoitokäytännönmukainen terapia soveltuu jatkossakin hänelle. Mielestäni fysioterapeutin täytyy aina ennen terapiatilannetta kyseenalaistaa hänelle annetut lääketieteen autoritaariset tai hoitokäytäntöön perustuvat terapeuttiset päätökset, jotka hänen on tarkoitus toteuttaa.

Lääketieteen autoritaarisuuden tai hoitokäytännön vaikuttaessa terapeutin päätökseen aiheuttaa sen, että fysioterapeutin suhtautuminen asiakkaaseen ei ole yksilöllistä. Asiakas nähdään tällöin ainoastaan kohteena, johon voidaan toistuvasti toteuttaa vallitsevan hoitokäytännön mukaista terapiaa. Olisi mielenkiintoista, että kaikille asiakkaille ei sovi standardin omaiset harjoitukset (Watts, 1985). Ongelmat voivat tällöin esiintyä terapiatilanteessa ristiriitaisuustekijän kautta.

Tutkimukseen osallistuneilla fysioterapeuteilla oli suhteellisen pitkä työkokemus. Jatkotutkimuksissa voisi tarkastella sitä, esiintyykö tutkimuksessa esiin tulleita tekijöitä myös juuri valmistuneiden fysioterapeuttien päätöksenteossa. Fysioterapiakoulutuksessa käytetään hyvin usein kuviteltuja terapiatilanteita. Opiskelijat saavat usein lääketieteellisen diagnoosin asiakaan ongelmasta, johon opiskelijat pyrkivät löytämään oikean terapeutin ratkaisun. Jatkotutkimus antaisi selvyyttä siitä, että opettaako koulutus opiskelijalle muodostamaan voimakasta ennako-oletusta asiakkaasta vai vaikuttaako siihen fysioterapeutin saama työkokemus.

8 LÄHTEET

- Abelson, RP., Levi, A. 1985. Decision making and decision theory, 231-309.
Teoksessa: Lindsey, G., Aronson, E. (toim.) Handbook of social Psychology (3.painos). Random House, New York
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Gummerus, Jyväskylä
- Basset, SF., Petrie, KJ. 1999. The effect of treatment Goals on Patient Compliance with Physiotherapy Exercice Programmes. Physiotherapy, Vol. 85 (3), 130-137
- Benner, P., Tanner, C. 1987. How expert nurses use intuition. American Journal of Nursing (1) 23-31
- Cabana, MD., Rand, CS., Powe, NR., Wu, AW., Wilson, MH., Abbound, P-A.C., Rubin, HR. 1999. Why don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? JAMA, Vol. 282 (15), 1458-1465
- Case, K., Harrison, K., Roskell, C. 2000. Differences in the clinical reasoning process of expert and novice cardiorespiratory physiotherapists. Physiotherapy, Vol. 86(1), 14-21
- Cuccione, AA. 1991. Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and funktion. Physical Therapy, Vol. 71, 499-503
- Dekker, J., van Baar ME., Curfs, EC., Kerssens, JJ. 1993. Diagnosia and treatment in physical therapy: An investication of their relationship. Physical Therapy, Vol. 73, 568-577
- Delitto, A., Snyder-Mackler, L. 1995. The diagnostic process: Examples in orthopedic physical therapy. Physical Therapy, Vol. 75 (3), 203-211
- Dutton, R. 1995. Clinical reasoning in physical disabilities.
Williams&Wilkins, USA
- Echternach, JL., Rothstein, JM. 1989. Hypothesis oriented algorithms. Physical Therapy, Vol.69, 559-564
- Epstein, RM. 1999. Mindfull Practice. JAMA, Vol. 282 (9), 833-839
- Feinstein, AR. 1994. Clinical judgment revisited: the distraction of quantitative models. Annals of Internal Medicin, Vol.120, 799-805

- Fleming, MH. 1991. Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 45, 988-996
- Fleming, MH. 1994. The search for tacit knowledge, 25. Teoksessa: Mattingly, C., Fleming, MH. *Clinical Reasoning*. F.A.Davis Company, Philadelphia
- Fonteyn, M.E. 1991. Implications of clinical reasoning studies for critical care nursing. *Focus on Critical Care*, Vol.18 (4), 322-327
- Gale, J., Marsden, P. 1982. Clinical Problem Solving: The beginning of the process. *Medical Education*, Vol.16, 22-26
- Grant, J., Marsden, P. 1987. The structure of memorised knowledge in students and clinicians: An explanation for diagnostic expertise. *Medical Education*, Vol. 21, 92-98
- Haarakangas, K. 1997. Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 1997*, Jyväskylän Yliopisto
- Hartman, A. 1993. The professional in political (Editorial). *Social Work*, Vol. 38, 365-366, 504
- Higgs, J. 1992. Developing clinical Reasoning competencies. *Australian Physiotherapy*, 575-581
- Higgs, J. 1993. A programme for developing reasoning skills in graduate physiotherapists. *Medical Teacher*, Vol. 15, 195-206
- Higgs, J., Jones, M. 1995. Clinical reasoning, 3-23. Teoksessa: Higgs, J., Jones, M (toim.) *Clinical reasoning in the Health professions*. Butterworth-Heinemann, London
- Higgs, J., Titchen, A. 1995. The Nature, Generation and verification of knowledge. *Physiotherapy*, Vol. 81(9), 521-530
- Huber, O. 1989. Information-processing operators in decision making, 3-21 Teoksessa: Montgomery, H., Svenson, O (toim.) *Process and structure in human decision making*, Wiley& Sons Ltd
- Jokinen, A. 1999. Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin, 41-43. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Gummerus, Jyväskylä

- Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere
- Jones, M. 1997. Clinical reasoning, The foundation of clinical practice. Part.1. Journal of Australian Physiotherapy, Vol. 43(3), 167-171
- Jones, M., Jensen, G., Rothstein, J. 1995. Clinical reasoning in Physiotherapy, 72-87. Teoksessa: Higgs, J., Jones, M (toim.) Clinical reasoning in the Health professions. Butterworth-Heinemann, London
- Juhila, K., Pösö, T. 1999. Local cultures in social work, 171-173. Teoksessa: Karvinen, S., Pösö, T., Satka, M. Reconstructing social work research. Finnish methodological adaptations. SoPhi, Jyväskylä
- Kincheloe, J.L., McLaren, P.L. 1994. Rethinking Critical Theory and Qualitative research, 151. Teoksessa: Densin, N.K. & Lincoln, Y.S. (toim.) Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage. California
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. 1985. Naturalistic inquiry. Sage. Beverly Hills
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. 1994. Competing Paradigms in Qualitative Research, 114. Teoksessa: Densin, N.K. & Lincoln, Y.S. (toim.) Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, Sage, California
- Loewenberg, E.M. 1992. Notes on ethical dilemmas in wartime experiences of Israeli social workers during operation desert shield. International Social Work, Vol. 35, 429-439
- Lohman, H., Givens, D. 1999. Clinical reasoning process. Physical & Occupational Therapy in geriatrics, Vol. 16 (1/2), 19-29
- Magistro, CM. 1989. Clinical decision making in physical therapy: A practitioners perspective. Physical Therapy, Vol. 69 (7), 525-533
- Marson, DC. , Mc Govern, MP., Pomp, HC. 1988. Psychiatric decision making in the emergency room: A research overview. American Journal of Psychiatry, Vol.145, 918-925
- May, B., Dennis, J. 1991. Expert Decision Making in Physical Therapy – A survey of practioners. Physical Therapy, Vol. 71(3), 190-202
- Mc Cormick, B. 1992. Intuition: Concept analysis. Journal of Clinical Nursing, Vol.1, 339-344
- Murdach, AC. 1995. Decision making situations in health care. Health & Social Work, Vol. 20, 187-192

- Neuberg, S.L., Newsom, J.T. 1993. Personal need for structure: Individual differences in the desire for simple structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.65, 113-131
- Nisula, T. 1996. Etnografia ja terveyden tutkiminen; Huomioita metodista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, Vol. 33, 143-151
- Norman, G.R. 1988. Problem-solving skills, solving problems and problem based-learning. *Medical Education*, Vol. 22, 279-286
- Payton, O. 1985. Clinical reasoning process in physical therapy. *Physical Therapy*, Vol. 65, 924-928
- Rivett, D.A., Higgs, J. 1997. Hypothesis generation in the clinical behavior of manual therapists. *Journal of Physical Therapy Education*, Vol. 11 (1), 40-45
- Schraagen, J.M. 1993. How experts solve a novel problem in experimental desing. *Cognitive Science*, Vol.17, 285-309
- Sloan, A.P. 1987. Structure of Business Decisions, 21-36. Teoksessa: Ansoff, I. *Corporate Strategy*. Pequin Books. New York.
- Stenstrom, C.H. 1994. Home exercise in rheumatoid arthritiis funktional class II: Goal settings versus pain attention. *Journal of Rheumatology*, Vol.21 (4) 627-634
- Suoninen, E. 1993. Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen, 48-74. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Gummerus, Jyväskylä
- Suoninen, E. 1999. Näkökulma sosiaaliseen todellisuuden rakentumiseen, 17-36. Teoksessa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Gummerus, Jyväskylä
- Syrjäläinen, E. 1994. Etnografinen opetuksen tutkimus, 89. Teoksessa: Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Kirjapaino West-Point Oy, Rauma
- Tabak, N., Bar-Tal, Y. 1996. Compares the process of decision making between experienced and novice nurses. Consistency of information; Decisional difficulty and levels of certainty in reaching a diagnosis; Cognitive process involved in decision making. *Western Journal of Nursing research*, Vol.18, 534-548

- Tanner, CA. 1989. Use of research in clinical judgment, 19-34. Teoksessa:
Tanner, CA., Lindeman, CA. Using research in nursing practice. National
League for Nursing, New York
- Thomson-O'Brien, MA., Moreland, J. 1998. Evidence-Based practice
formation circle. Physiotherapy Canada, 184-189
- Van der Vleuten, C., Newble, D. 1995. How we can test clinical reasoning.
Lancet, Vol. 345, 1032-1035
- Wackerbarth, S. 1999. Modeling a Dynamic Decision Process: Supporting
the decisions of caregivers of family members with dementia. Qualitative
health research, Vol. 9(3), 294-314
- Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen
perheterapeuttisessa keskustelussa. Jyväskylä Studies in Education,
Psychology and Social Research, sarja 94, Jyväskylän Yliopisto
- Watts, NT. 1985. Decision analysis: a tool for improving physical therapy
practice and education, 7-22. Teoksessa: Wolf, SL (toim.)
Clinical decision making in physical therapy, 7. FA Davis, Philadelphia,
- Weed, LL., Zimny, NJ. 1989. The problem oriented system,
Problem-knowledge coupling, and clinical decision making. Physical
Therapy, Vol. 69 (7), 565-568

Asiakkaan ja fysioterapeutin taustatiedot

Asiakkaan ikä _____ v.

Syy, minkä vuoksi asiakas on tullut fysioterapiaan/saa fysioterapiaa

Fysioterapeutin työkokemus _____ v.

Työskenteleekö fysioterapeutti pääasiassa jonkin tietyn erityisalueen asiakkaiden kanssa? Jos toimii niin minkä?

Fysioterapeutin kokemus nykyisenkaltaisesta työstä _____ v.

Fysioterapeutin suostumus tutkimuksiin osallistumisesta

Osallistun seuraaviin toteutettaviin tutkimuksiin "hoitopaikan nimi": 1) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 2) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset. Ensiksi mainitussa tutkimuksessa selvitetään fysioterapeutin päätöksentekoa terapiatilanteessa ja toisessa fysioterapiatilanteen fysioterapeutille asettamia opetustaitovaatimuksia. Tutkimukset kuuluvat fysioterapian työharjoittelun kehittämissuunnitelmaan, jossa selvitetään fysioterapiakoulutuksen työharjoittelun toteutumista, kehitetään ja kokeillaan saadun tiedon pohjalta uudenlaisia opetuksellisia ratkaisuja fysioterapeuttipiskelijöiden työharjoittelun toteuttamisessa.

Tutkimuksissa kuvataan videolle kaksi fysioterapiatilannetta, joissa toimin fysioterapeuttina. Osallistun myös tutkimushaastatteluun. Oman valintani mukaan voin missä tahansa vaiheessa keskeyttää ja jäädä pois tutkimuksesta, jolloin videonauhut, joissa esiinnyn ja c- kasetille nauhoitettu haastattelu hävitetään. Muussa tapauksessa annan luvan kuvattujen videoiden ja c- kasettinauhoinnin käyttämiseen fysioterapian työharjoittelun kehittämissuunnitelmaan kuuluvissa tutkimuksissa. Tutkijat ovat luvanneet, että tutkimuksissa ei missään vaiheessa esitetä sellaisia terapiatilanteita ja haastattelussa esille tulleita tietoja, jotka mahdollistaisivat henkilöllisyyteni tunnistamisen. Tutkijat ovat sitoutuneet noudattamaan lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3. luvun, terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet 17§, salassapitovelvollisuutta.

Tutkimusten 1) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 2) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset, tutkijat esittävät tutkimusraportit "hoitopaikan nimi". Tutkimusraporteista luovutetaan yhden kopio kyseiseen työyksikköön.

.....
Veli- Matti Kauppinen terv. tiet. yo.

.....
Timo Puustinen terv. tiet. yo

Osallistun tutkimukseen

"Paikan nimi"/...../2000

Allekirjoitus:

Asiakkaan suostumus tutkimuksiin osallistumisesta

Osallistun seuraaviin toteutettaviin tutkimuksiin "hoitopaikan nimi": 1) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 2) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset. Ensiksi mainitussa tutkimuksessa selvitetään fysioterapeutin päätöksentekoa terapiatilanteessa ja toisessa fysioterapiatilanteen fysioterapeutille asettamia opetustaitovaatimuksia. Tutkimukset kuuluvat fysioterapian työharjoittelun kehittämissuunnitelmaan, jossa selvitetään fysioterapiakoulutuksen työharjoittelun toteutumista, kehitetään ja kokeillaan saadun tiedon pohjalta uudenlaisia opetuksellisia ratkaisuja fysioterapeuttipiskelijöiden työharjoittelun toteuttamisessa.

Tutkimuksissa kuvataan videolle kaksi fysioterapiatilannetta, joissa olen fysioterapeutin asiakkaana. Oman valintani mukaan voin missä tahansa vaiheessa keskeyttää ja jäädä pois tutkimuksesta, jolloin videonauhat, joissa esiinnyn hävitetään. Muussa tapauksessa annan luvan kuvattujen videoiden käyttämiseen fysioterapian työharjoittelun kehittämissuunnitelmaan kuuluvissa tutkimuksissa. Tutkijat ovat luvanneet, että tutkimuksissa ei missään vaiheessa esitetä sellaisia terapiatilanteissa esille tulleita tietoja, jotka mahdollistaisivat henkilöllisyyteni tunnistamisen. Tutkijat ovat sitoutuneet noudattamaan lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3. luvun, terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet 17§, salassapitovelvollisuutta.

Tutkimusten 1) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 2) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset, tutkijat esittävät tutkimusraportit "hoitopaikan nimi". Tutkimusraporteista luovutetaan yhden kopio kyseiseen työyksikköön.

.....
Veli- Matti Kauppinen terv. tiet. yo.

.....
Timo Puustinen terv. tiet. yo

Osallistun tutkimukseen

"Paikan nimi"/...../2000

Allekirjoitus:

Tutkijoiden sitoumus salassapitovelvollisuuden noudattamiseen

Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3. luvun, terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet 17§, salassapitovelvollisuutta, tutkimuksissa 1) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 2) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset, "hoitopaikan nimi".

.....
Veli- Matti Kauppinen terv. tiet. yo.

.....
Timo Puustinen terv. tiet. yo

Videoaineiston säilyttäminen

Tutkimuksien 1) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 2) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset aineistonkeruussa "hoitopaikan nimi" kuvatut alkuperäiset videot säilytetään Jyväskylän Yliopiston, liikunta- ja terveystieteiden laitoksella lukitussa kaapissa siten, että niiden käyttö on mahdollista vain fysioterapian työharjoittelun kehittämisprojektissa mukana oleville tutkijoille. Kuvatuista alkuperäisvideoista otettavat kopiot ja niiden käyttäjät luetteloidaan. Kopiota asianomaiset tutkijat säilyttävät itsellään siten, että niiden käyttö on mahdollista vain tutkimustyössä, esitettyjen tutkimussuunnitelmien mukaisesti. Alkuperäiset videot, niistä otetut kopiot ja käyttäjäluettelo toimitetaan hävitettäväksi "hoitopaikan nimi" fysioterapian työharjoittelun kehittämisprojektin päättyessä.

.....
Veli- Matti Kauppinen terv. tiet. yo.

.....
Timo Puustinen terv. tiet. yo