

# **Tavoitteenasettelu fysioterapian kuntoneuvolaohjauksessa**

**Fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta  
alaselkäkipuisen asiakkaan ohjaustilanteessa**

**Titta Soimasuo  
Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2008**

## **TIIVISTELMÄ**

**Tavoitteenasettelu fysioterapian kuntoneuvolaohjauksessa: Fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta alaselkikipuisen asiakkaan ohjaustilanteessa**

**Titta Soimasuo**

**Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma**

**Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos**

**Kevät 2008**

**Sivuja 64, liitteitä 4**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien ja heidän asiakkaidensa kokemuksia kuntoneuvolaohjaukseen liittyvistä odotuksista, tavoitteista ja ohjauksessa toteutuvasta tavoitteenasettelusta. Toimintaympäristöksi oli valittu terveyskeskuksen kuntoneuvolaohjaustilanne, jossa tavoitteenasettelun merkitys korostuu sen itsehoitoon tähtäävän neuvontatyön vuoksi.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelumenetelmällä, jossa kuntoneuvolaohjaukseen osallistuneet fysioterapeutit (n=5) ja heidän alaselkikipuiset asiakkaansa (n=5) vastasivat teemahaastattelun kysymyksiin. Teemahaastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan sekä fysioterapeutit että asiakkaat odottivat kuntoneuvolaohjaukselta lähinnä ongelman selvittämistä ja ohjeiden antamista. Nämä institutionaaliset odotukset vaikuttivat myös tavoitteenasettelun toteutumiseen. Asiakas osallistui kuntoneuvolaohjauksessa tavoitteenasetteluun, mutta tavoitteiden toteutettavuutta ja niihin sitoutumista ei käsitelty ohjaustilanteessa yhdessä fysioterapeutin kanssa. Tavoitteen asettaminen -termi oli monimerkityksinen eikä sitä ohjaustilanteessa välttämättä käytetty. Sekä fysioterapeutit että asiakkaat liittivät usein tavoitteen asettamisen ohjeiden antamiseen.

Asiakkaan osallistumista kuntoneuvolakäyntiin ja tavoitteenasetteluun voisi edistää siten, että fysioterapeutti ottaisi asiakkaan mukaan ohjaukseen alusta alkaen. Ohjaustilanne kannattaisi aloittaa asiakkaan kanssa keskustelulla, jossa mietittäisiin ensin itse ohjauskäynnin tavoitteet ja myöhemmässä vaiheessa elintapamuutosten tavoitteet. Tavoitteenasettelussa tulisi pyrkiä dialogiseen keskusteluun, jossa pääosassa olisi neuvottelu tavoitteiden toteutettavuudesta ja niihin sitoutumisesta sekä fysioterapeutin ja asiakkaan näkemysten yhteensovittaminen. Tavoitteenasettelu-termin käyttäminen ja sen erottaminen ohjeiden antamisesta voisi ohjata fysioterapeutteja ja asiakkaita neuvottelemaan asetettavista tavoitteista. Tämä voisi selkiyttää ja täsmentää tavoitteita sekä muokata ne realistisiksi asiakkaan voimavarat ja arkielämä huomioiden.

Avainsanat: Tavoitteenasettelu, fysioterapia, terveysneuvonta, sitoutuminen

## **ABSTRACT**

**Goal setting in physiotherapy health counseling: The experiences of physiotherapists and their patients regarding goal setting in health counseling of a patient with low back pain**

**Titta Soimasuo**

**Master`s thesis in Health Education**

**University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences**

**Spring 2008**

**Pages 64, attachments 4**

The purpose of this study was to examine the experiences of physiotherapists and their patients regarding their expectations and goals of counseling and goal setting in counseling. Context was physiotherapy health counseling in health care center where goal setting is important because of its aim at self care.

The research data was collected by using interview method where physiotherapists (n=5) and their patients (n=5) with low back pain answered questions of theme interview. Interviews were analyzed by using qualitative content analysis.

According to the results physiotherapists and their patients had expectations mainly about a problem solving and advice giving in counseling situation. These institutional expectations had also an effect on goal setting. Patients took part on goal setting in counseling situation but implementation of the goals and patients` commitment to the goals were not dealt with physiotherapists. Term goal setting had various meanings and it was not used in counseling situation. Physiotherapists and patients connected goal setting often up with advice giving.

Patient participation in physiotherapy health counseling and goal setting could be promoted so that physiotherapist involved patient in counseling situation from the start. Counseling situation should start with conversation where the goals were set first for the counseling situation and later for the lifestyle changes. Goal setting should be carried through as dialogic conversation where the focus were in the negotiation of implementation of the goals and patient`s commitment to the goals and in mediating the views of physiotherapist and patient. Using the term goal setting and making it different from advice giving could guide physiotherapists and patients to negotiate about the goals to be set. This could also clarify the goals and revise them realistic taking notice of patient`s resources and everyday life.

**Keywords:** Goal setting, physiotherapy, health counseling, commitment

## SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TERVEYSNEUVONTA FYSIOTERAPIASSA</b> .....	<b>3</b>
2.1	Neuvontaa, ohjaamista vai opettamista?.....	3
2.2	Fysioterapian kuntoneuvolaohjaus terveystakeskuksessa .....	4
2.3	Alaselän kipu ja siihen liittyvä fysioterapeuttinen ohjaus.....	7
<b>3</b>	<b>NÄKÖKULMIA TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISEN JA ASIAKKAAN VÄLISEEN NEUVONTAKESKUSTELUUN</b> .....	<b>9</b>
3.1	Institutionaalinen vuorovaikutus .....	9
3.2	Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu .....	11
3.3	Asiakkaan aktiivinen kuuntelu .....	13
3.4	Dialoginen neuvontakeskustelu.....	16
3.5	Askelittainen siirtyminen neuvon .....	18
<b>4</b>	<b>TAVOITTEENASETTELU</b> .....	<b>21</b>
4.1	Tavoitteenasettelun toteutuminen neuvontakeskustelussa.....	21
4.2	Tavoitteisiin sitoutuminen .....	23
4.3	Harjoitteiden ja tavoitteiden kytkeminen arkeen .....	25
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT</b> .....	<b>28</b>
6.1	Tutkimuksen perustelut.....	28
6.2	Aineistonkeruu.....	29
6.3	Aineiston analyysi.....	31
<b>7</b>	<b>TUTKIMUKSEN TULOKSET</b> .....	<b>33</b>
7.1	Fysioterapeuttien kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä .....	33
7.2	Asiakkaiden kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä .....	37
7.3	Fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemuksia kuntoneuvolaohjauksesta .....	40
<b>8</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>42</b>
8.1	Tulosten tarkastelua .....	42
8.1.1	<i>Institutionaalisten odotusten ja tehtävien vaikutus kuntoneuvolaohjaukseen ja tavoitteenasettelun toteutumiseen</i> .....	42
8.1.2	<i>Tavoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittelemättömyys</i> .....	45

8.1.3	<i>Tavoitteenasettelu -termin käyttöönotto</i> .....	46
<b>8.2</b>	<b>Luotettavuuden tarkastelua</b> .....	<b>48</b>
8.2.1	<i>Laadullisen tutkimuksen arviointia</i> .....	48
8.2.2	<i>Aineistonkeruumenetelmien arviointia</i> .....	49
8.2.3	<i>Tutkimusaineiston ja -tulosten arviointia</i> .....	51
<b>8.3</b>	<b>Jatkotutkimusmahdollisuuksia</b> .....	<b>54</b>
<b>LÄHTEET</b>	.....	<b>56</b>
<b>LIITTEET</b>		

## 1 JOHDANTO

Elintapaan liittyvien kansansairauksien vahvistaessa asemiaan on elintapamuutoksiin kohdistuva terveysneuvonta noussut tärkeään asemaan sairauksien ennaltaehkäisyssä ja niiden hallitsemisessa. Aihetta onkin tutkittu yhä enenevässä määrin sekä kotimaassa (mm. Karhila ym. 2003, Kettunen ym. 2004, Kiuru ym. 2004) että kansainvälisesti (mm. Andersson ym. 2000, Gillibrand & Flynn 2001). Tutkimuksissa on keskitytty terveydenhuollon ammattilaisen neuvontatapaan sekä asiakkaan osallistumiseen neuvontatilanteessa ja tavoitteenasettelussa. Tutkimuksissa on todettu, että täsmälliset, selkeät ja asiakkaan itsensä määrittelemät sekä realistiset ja toteutettavissa olevat tavoitteet edistävät niihin sitoutumista ja tavoiteltavan muutoksen saavuttamista (Andersson ym. 2000, Gillibrand & Flynn 2001, Rovio ym. 2003, Dean ym. 2005). Neuvontatilanteessa syntyy kuitenkin vain vähäisessä määrin keskustelua asiakkaan omista ratkaisuista ja elintapojen muutoksiin liittyvistä esteistä (Kettunen 2001, Karhila 2003, Kettunen 2004). Tutkijoiden mukaan yhteiseen tavoitteenasetteluun olisikin kiinnitettävä enemmän huomiota (Kettunen ym. 2004).

Fysioterapiassa toteutuvaa neuvontakäytäntöä ja tavoitteenasettelua koskeva kansainvälinen tutkimus (mm. Jorgensen 2000, Baker ym. 2001, Potter 2003, Parry 2004, Dean ym. 2005) on lisääntynyt selvästi kuluvalle vuosituhatluvulle. Kotimaassa aiheeseen liittyvää aineistoa löytyy lähinnä pro gradu -tutkielmista (mm. Bäckman 2002, Pukki 2004, Kukkohovi 2005), jotka kuitenkin edustavat hyvin suomalaisen terveydenhuollon kulttuurillista näkökulmaa. Vuosikymmenen takainen Elina Viitanen (1997) väitöskirja, joka käsittelee erityisesti terveyskeskuksessa toteutuvaa fysioterapeuttista ohjauskäytäntöä, on ainoa laatuaan.

Aikaisempien tutkimusten tulokset ovat ristiriitaisia fysioterapian ohjaustilanteessa toteutuvasta tavoitteenasettelusta riippuen lähinnä käytetystä tutkimusmenetelmästä. Fysioterapeutit itse kokevat asiakkaan osallistumisen tavoitteenasetteluun lisäävän terapiatilanteen laatua ja edistävän fysioterapian tuloksellisuutta (Baker ym. 2001, Parry 2004). He kokevat myös ottavansa huomioon asiakkaan tarpeet tavoitteenasettelussa (Viitanen 1997, Parry 2004, Greenfield 2006). Fysioterapiatilanteesta tehtyjen havaintojen pohjalta on kuitenkin todettu, että asiakkaat osallistuvat joko erittäin vähän tai eivät ollenkaan fysioterapian tavoitteiden asettamiseen (Viitanen 1997, Parry 2004, Wohlin Wottrich ym. 2004). Asiakkaat kuitenkin kokevat ohjaustilanteessa olevansa tasavertaisia fysioterapeutin kanssa (Kukkohovi 2005).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää fysioterapian ohjaustilanteen tavoitteenasetteluun liittyviä ristiriitaisia näkemyksiä, joita aikaisempien tutkimusten pohjalta on ollut havaittavissa. Tutkimuksessa selvitetään ohjaustilanteeseen osallistuvien fysioterapeuttien ja heidän asiakkaidensa kokemuksia siinä toteutuvasta tavoitteenasettelusta. Lisäksi kartoitetaan osallistujien kokemuksia kuntoneuvolaohjauksesta heidän odotustensa ja ohjaukseen liittyvien tavoitteidensa osalta. Toimintaympäristöksi on valittu terveyskeskuksen kuntoneuvolaohjaustilanne, jossa tavoitteenasettelun merkitys korostuu sen itsehoitoon tähtäävän neuvontatyön vuoksi.

## **2 TERVEYSNEUVONTA FYSIOTERAPIASSA**

Fysioterapeutin työ on nykyisin yhä enenevässä määrin asiakkaan ohjaamista, neuvomista ja opettamista. Fysioterapeutin opetuksellinen tehtävä asiakastyössä on luonteeltaan terveysneuvontaa tai terveyttä edistävää ohjausta ja itse terapiatilanteeseen liittyvää ohjausta. Neuvonnan tehtävänä on antaa tietoa, vaikuttaa käsityksiin, muuttaa aikaisempia tottumuksia ja mielipiteitä ja tämän kautta lisätä asiakkaan itsenäistä elämänhallintaa. Käytännössä fysioterapian terveysneuvonnassa käsitellään sairautta koskevaa tietoa, annetaan harjoitteluohjeita ja keskustellaan niiden merkityksestä ja toteuttamisesta. Tämän lisäksi asiakkaalle neuvotaan terveystalvelujen käyttöä ja käsitellään terveellisiä liikunnallisia elämäntapoja. (Talvitie ym. 1999, 91.)

### **2.1 Neuvontaa, ohjaamista vai opettamista?**

Terveysneuvonta on yksi terveystasvatuksen menetelmistä. Terveystasvatus voidaan määritellä viestintäprosessiksi, joka vaikuttaa ihmisten mielikuviin, ilmaisuihin ja toiminnan edellytyksiin ja luo näin terveyttä edistävää ilmapiiriä. Se tähtää siihen, että ihminen pystyy tietoisesti ottamaan kantaa omaan ja toisten terveyteen liittyviin kysymyksiin sekä toimimaan terveyden hyväksi. (Terveystasvatuksen neuvottelukunta 1995.)

Terveysneuvonta on määritelty ammattilaisen ja potilaan molemminpuoliseksi vuorovaikutusprosessiksi, joka tekee mahdolliseksi potilaalle hänen oman hyvinvointinsa edistämisen. Prosessin avulla voi potilaan kyvykkyys hyvinvointia tukevien ja parantavien tarpeiden määrittämiseen ja valintojen tekemiseen kasvaa. (Balloun ym. 1992.) Kannas (1992) näkee terveysneuvonnassa terveystasvatuksen osalta tärkeänä sivistävän, virittävän, muutosta avustavan ja arkiterapeutin tehtävän. Näiden kautta voidaan tukea potilaan kasvua ja selviytymistä, välittää sivistyksellistä terveystasvää, virittää terveyteen liittyviä muutostoiveita ja avustaa näissä muutospyrkimyksissä.

Tieteellisessä kirjallisuudessa käytetään vaihdellen termejä terveysneuvonta, potilasohjaus, potilasopetus ja potilasneuvonta, ja usein termejä käytetään toistensa synonyymeina. Potilasneuvonta on määritelty yksilölliseksi ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessiksi, jolla edistetään potilaan selviytymistä terveystasvongelmissa. (Tones ym. 1990, 118.) Neuvonta yleisesti voi sisältää monen tyyppistä ihmisen terveyteen liittyvää neuvontaa, jolloin terveysneuvonnan käsite voidaan katsoa olevan laajempi kuin potilasneuvonta. Neuvontaan



kuuluu myös kiinteästi osallistujien välinen vuorovaikutus sekä tietojen ja psykososiaalisen tuen antaminen. Tavoitteena on vahvistaa potilaan itsetuntemusta ja elämänlaatua. (Balloun ym. 1992). Ohjaamisella on neuvontaan nähden hieman erilaisia tavoitteita, kuten potilaan oppiminen, aktivoiminen ja motivoiminen sekä ohjattavan asian integrointi potilaan jokapäiväiseen elämään. (Veijola & Larivaara 2001.)

Potilasta on pidetty ongelmallisena käsitteenä, koska se viittaa sairauteen ja siinä potilas nähdään passiivisena, ohjeiden ja hoitojen vastaanottajana (Kettunen & Gerlander 2004). Potilaan aktiivisen osallistumisen myötä potilas -termin rinnalla on kansainvälisessä keskustelussa jo vuosikymmenen ajan käytetty termiä asiakas. Asiakas -käsitteeseen liittyy näkemys potilaasta itseohjautuvana, aktiivisena ja modernina henkilönä. Asiakas on aktiivinen osallistuja ja silloin myös hänen odotuksensa tulisi ottaa ohjaustilanteessa huomioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998.)

Tutkielman kirjallisuuskatsauksessa käytetään sekä potilas- että asiakas -termejä. Termejä käytetään vaihdellen muun muassa aikaisemmissa tutkimuksissa kulloinkin käytetyn termin mukaan. Useissa tutkimuksissa, joihin viitataan, on käytetty vakiintunutta potilas-ammattilainen -asetelmaa. Tutkimuksen empiirisessä osassa taas käytetään pääasiassa termiä asiakas ja puhutaan asiakkaan ohjaamisesta tai neuvonnasta, koska kuntoneuvolaatilanteessa asiakas nähdään Talvitien ym. (1999, 28) mukaan aktiivisena terveystilanteen käyttäjänä ja ohjaus itsehoitoon tähtäävänä neuvontatyönä.

## **2.2 Fysioterapian kuntoneuvolaohjaus terveystilanteessa**

Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaiden tarvitsemia terveydenhuoltopalveluja. Terveystilanteen ja kansanterveystyön käsitteet syntyivät suomen kieleen 1960-70-lukujen taitteessa. Kansanterveystyöhön kuuluu kansanterveystilanteen määritelmän mukaan kaksi osaa, perusterveydenhuolto ja kansanterveystyö. Niiden toimintoihin on tarkoitettu sisällytettäväksi kunnan väestöön kohdistuvia toimia ja vastuu väestön terveydentilasta ja terveydenhuollosta. Toimintaa toteuttavat terveystilanteet. (Kansanterveystilanteelaki 1972.)

Perusterveydenhuollossa sairautta ehkäisevillä ja terveyttä edistävillä toiminnoilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen lähinnä yksilöön kohdistamaa tutkimusta ja neuvontaa, joka toteutetaan osana terveystilanteen asiakaskontakteja. Perusterveydenhuollossa toimintaa voidaan nimittää silloin, kun kriteerinä käytetään palvelujen välitöntä, ilman lähetettä

tapahtuvaa saavutettavuutta ja ensiasteen kontaktia terveydenhuoltojärjestelmään. Perusterveydenhuollon palveluiden tulee olla yksilöiden ja heidän perheensä tavoitettavissa heidän omissa yhteisöissään. Yhteys pitäisi voida ottaa kehen hyvänsä perusterveydenhuollon työntekijään. Koska perusterveydenhuolto korostaa väestön oma-aloitteisuutta, myös itsehoito ja omaehtoinen terveydenhuolto luetaan perusterveydenhuoltoon kuuluvaksi. (Starfield 1992, Vuori 1988.)

Terveyskeskustoiminnan muotoutuessa ja laajentuessa 1970-luvulla perustettiin perusterveydenhuoltoon erikoisvastaanottoja eli ”neuvoloita” esimerkiksi diabeetikoille ja verenpainepotilaille. Samaan aikaan myös terveyskeskuksen fysioterapiayksikössä perustettiin kuntoneuvoloita ja erilaista ryhmätoimintaa eri diagnoosiryhmille. (Saarelma 1995.) Terveyskeskuksen toiminnassa kehittyi ehkäisevän terveydenhuollon malli, jonka asiakaskuntaan kuuluivat raskaana olevat, lapset, koululaiset, opiskelijat ja työterveyshuollon kautta työkäiset (Nissinen ym. 1994).

Fysioterapeuttiseen ohjaukseen on jokaisen mahdollista hakeutua oman asuinkuntansa terveyskeskuksessa. Kansanterveyslaki (66/1972) velvoittaa kuntia järjestämään kansanterveystyönä asukkailleen ylläpitävää terveysneuvontaa. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Terveyden edistämisen piiriin kuuluu terveyskasvatus, jonka tarkoituksena on antaa ihmisille paremmat mahdollisuudet saada hallintaansa omaan ja muiden terveyteen vaikuttavat tekijät, terveiskäyttäytyminen ja elinolosuhteet. Fysioterapiassa kansanterveystyönä toteutettavat ohjaus- ja neuvontakäynnit ovat nimeltään kuntoneuvolakäyntejä, joissa keskitytään asiakkaan työ- ja toimintakyvyn selvittämiseen ja kuntoutumista koskevaan ohjaukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Itsehoitoon tähtäävä neuvontatyö, kuten kuntoneuvolaohjaus, toteuttaa fysioterapian olennaista institutionaalista tavoitetta, arjen hallintaa ja jokapäiväistä elämässä selviytymistä (Talvitie ym. 1999, 30). Kuntoneuvolaohjaus alkaa yleensä asiakkaan haastattelulla, jolla pyritään selvittämään sitä, millainen on asiakkaan oireen tai ongelman merkitys hänen elämässään. Siinä pyritään ottamaan huomioon asiakkaan yksilölliset tarpeet ja hänen kokonaistilanteensa, jolloin erilaiset psyykkiset ja sosiaaliset tekijät saavat merkityksensä. Asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioon ottamisen elämäntilanteineen katsotaan olevan

edellytys sille, että fysioterapian tavoitteet ja suunnitelmat voidaan tehdä yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Nupponen 1998, Talvitie ym. 1999, 36.)

Haastattelun lisäksi fysioterapeutti suorittaa ohjaustilanteessa asiakkaan tutkimisen. Fysioterapianimikkeistön (2000) suosituksen mukaan fysioterapeuttisessa tutkimisessa selvitetään asiakkaan liikkumis- ja toimintakyvyn taso, luonne ja ongelmat sekä arvioidaan fysioterapian tarve ja mahdollisuudet. Asiakkaan oma näkemys ja toiveet otetaan huomioon kaikissa selvitettävissä asioissa, koska liikkumis- ja toimintakyvyn aleneminen ja sen mahdollisesti tuomat ongelmat sekä fysioterapian tarve ja mahdollisuudet koetaan yksilöllisesti. Tutkimisessa selvitetään myös sitä, miten ongelma näyttäytyy asiakkaan jokapäiväisessä elämässä, mitä hän on valmis tekemään asian eteen ja mitkä ovat hänen voimavaransa.

Terveyskeskuksessa toteutuvat fysioterapian avohoitokäynnit ovat lisääntyneet viime vuosikymmenen aikana. Julkisen puolen perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä fysioterapiakäyntien osuus on kasvanut vuosien 1996-2002 välillä 5,6 %:sta seitsemään prosenttiin. (Stakes 2003.) Avofysioterapiapalvelujen käyttöä koskevan selvityksen (Hakulinen 2004, 48) mukaan suurin fysioterapiapalvelujen käyttäjäryhmä oli tuki- ja liikuntaelinpotilaat, sillä lähes 80 %:lla fysioterapiaa saaneista oli jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus (TULE-sairaus).

Fysioterapian tarpeen on arvioitu kasvavan entisestään väestön vanhenemisen ja eliniän pitenemisen myötä. Työttömyyden, ylipainon ja stressin on todettu lisäävän työikäisillä fysioterapian tarvetta TULE-sairauksien lisäksi. Vanhenemiseen liittyvät muutokset, esimerkiksi toimintakyvyn heikkeneminen sekä työikäisten työkykyä heikentävät tekijät, lisäävät ennaltaehkäisy-, hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. Näihin haasteisiin vastaamiseen tarvitaan lisää henkilökunnan voimavaroja. (Sihvonen ym. 2003.)

Tässä tutkimuksessa kartoitetaan tavoitteenasettelun toteutumista ohjaustilanteissa, joissa asiakkaana on epätarkasta alaselkäkivusta kärsivä henkilö. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat keskeisiä syitä suomalaisten varhais- ja työkyvyttömyyseläkkeisiin sekä lyhytaikaisiin sairauspoissaoloihin (Aromaa ym. 2005). Selkäoireyhtymä on yksittäisistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista yleisin. Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan selkäoireyhtymä on harvinaistunut 20 vuoden kuluessa. Tästä huolimatta edelleen noin 80 prosenttia suomalaisista

kärsii jossain elämänsä vaiheessa selkävaivoista. Hoitamattomana selkäoireyhtymä pitkittyy ja muuttuu krooniseksi vaivaksi rajoittaen pitkään henkilön työ- ja toimintakykyä. (Riihimäki ym. 2002.)

### **2.3 Alaselän kipu ja siihen liittyvä fysioterapeuttinen ohjaus**

Alaselän kipu (engl. low back pain, LBP) voidaan määritellä kivuksi, lihasjännitykseksi tai jäykkyydeksi, joka sijaitsee kylkiluiden alapuolella ja alempien pakarapainojen yläpuolella ja johon saattaa liittyä hermoperäisiä alaraajaoireita (Vuori 2001). Selkäkipu luokitellaan lyhytaikaiseksi eli akuutiksi, jos oireilu kestää alle 6 viikkoa, subakuutiksi oireilun kestäessä 6-12 viikkoa ja pitkäaikaiseksi eli krooniseksi, kun oireilu on kestänyt yli 12 viikkoa. Pitkittyneessä selkäkivussa on yleensä kyse epätarkasta (engl. nonspecific) selkävaivasta, jossa oireet ilmenevät pääosin selän alueella ja johon ei liity viitteitä hermojuuren vauriosta tai vakavasta taudista. (Malmivaara ym. 2001.) Useissa tapauksissa alaselkävivulle ei saada tarkkaa patoanatomista diagnoosia, ja näin ollen epätarkan selkävivun käsite on vakiintunut käytössä (Deyo & Weinstein 2001).

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan pitkäaikaisesta selkäoireyhtymästä kärsi 10 prosenttia miehistä ja 11 prosenttia naisista. Lääkärin diagnosoiman selkäoireyhtymän harvinaistumisen myötä selän kipujen yleisyys ei kuitenkaan ole vähentynyt. (Heliövaara & Riihimäki 2002.) Selkävivun riskitekijöihin kuuluu kuormittava työ, jossa etenkin toistuva nostaminen, hankalat työasennot ja tärinä ovat yhteydessä selkäongelmien yleisyyteen. Ylipaino ja ikääntymisestä johtuvat degeneratiiviset muutokset välilevyissä lisäävät kipuoireyhtymän riskiä. Psykososiaaliset tekijät, kuten stressi ja tyytymättömyys työhön, on tuotu tutkimuksissa esille liittyen selkävivun ilmaantumiseen. (Malmivaara ym. 2001.)

Selkävivun pitkittyessä on tärkeää saada asiakas jatkotutkimuksiin diagnoosia ja hoidon arviointia varten. Tarvittaessa asiakkaalle laaditaan laaja-alainen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa fysioterapialla on tärkeä osuus. (Malmivaara ym. 2001.) Nykytiedon varassa on vaikea saada kokonaiskuvaa fysioterapian vaikuttavuudesta, sillä aiheesta on tehty toistaiseksi vähän yleiskatsauksia. Tämän vuoksi fysioterapian vaikuttavuudesta ei ole vielä mielekästä keskustella yleiskäsitteenä, vaan sitä on tarkasteltava tapauskohtaisesti. (Mälkiä ym. 2004.)

Euroopan komission tutkimusosaston (Airaksinen ym. 2004) laatima selän hoitosuositus suosittelee epätarkan alaselkävun hoitoon terapeutista harjoittelua, jossa asiakkaan aktivoinnilla ja lihasvoiman vahvistamisella pyritään nopeuttamaan asiakkaan töihin paluuta. Kansainvälisen tutkijaryhmän laajan kirjallisuuskatsauksen (Hayden ym. 2005) mukaan alaselkäkipua sairastavien henkilöiden harjoitteluterapiassa sellaiset harjoitusohjelmat, jotka oli suunniteltu asiakkaille henkilökohtaisesti, toteutettu ohjatusti ja joihin oli liittynyt yksilöllisesti suunniteltu, opetettu ja seurattu kotiharjoitteluohjelma, vähensivät selän kipua ja paransivat heidän toimintakykyään. Harjoittelussa oli olennaista se, että siihen liittyi venyttelyä ja lihasvoimaharjoittelua. Liike- ja liikuntahoidon on todettu olevan yhtä vaikuttavaa kuin tavanomaisen fysioterapian, johon katsotaan kuuluvan esimerkiksi hieronta, ultraääni, mobilisaatio ja termiset hoidot (Smidt ym. 2005).

### **3 NÄKÖKULMIA TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISEN JA ASIAKKAAN VÄLISEEN NEUVONTAKESKUSTELUUN**

Terveysneuvonnalle on määritelty selkeät tavoitteet, joita jo käsiteltiin luvussa 2. Neuvojen ja tiedon jakamisen lisäksi neuvontakeskusteluun vaikuttaa osallistujien välinen vuorovaikutus eli se, miten osallistujat viestivät toisilleen. Neuvojan viestinnälliset päätehtävät on määritelty seuraaviksi: tehtävää ja sen suorittamista koskeva tiedonvaihto, suhteen luominen ja ylläpitäminen sekä ongelmanratkaisu (etenkin lääkäri-potilas -suhteessa). Näiden tehtävien suorittamiseksi keskeisinä viestintätaitoina voidaan pitää tiedon antamiseen liittyen selittämistä ja perustelemista, kysymistä eli tiedon hankkimista, kuuntelemista, luottamuksellisen suhteen rakentamista ja vuorovaikutuksen edistämistä. (Gerlander & Kettunen 2004.) Neuvojan vuorovaikutukselliset taidot ja sen myötä tapa, jolla neuvo annetaan, vaikuttavat siihen, miten potilaat ottavat neuvon vastaan ja miten he noudattavat saamiaan ohjeita (Heritage & Sefi 1992, Bäckman 2002). Tämä on vahvasti kytköksissä neuvontatilanteessa toteutuvaan tavoitteenasetteluun, joka käytännössä usein tarkoittaa niiden ohjeiden ja neuvojen antamista, joiden mukaan potilaan on määrä toimia.

Seuraavaksi käyn läpi terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan väliseen neuvontakeskusteluun ja vuorovaikutukseen liittyviä näkökulmia, joissa tarkastellaan terveysneuvontaan liittyviä kysymyksiä: Miten asiakas saadaan osallistumaan neuvontakeskusteluun ja päätöksentekoon? Miten vahvistaa neuvontakeskustelussa potilaan itsetuntemusta, sisäisen voiman ja hallinnan tunteita sekä elämän laatua? Miten neuvo annetaan ja oikeutetaan? Terveysneuvontatilanteet käsittelevät usein asiakkaan elintapamuutoksia ja niihin liittyvien tavoitteiden asettamista. Ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa olennaisesti siihen, miten asiakas otetaan huomioon hänen omine tarpeineen ja elämäntilanteineen itse neuvontatilanteessa ja siinä toteutuvassa tavoitteenasettelussa.

#### **3.1 Institutionaalinen vuorovaikutus**

Terveydenhuoltoalan ammattilaisen ja asiakkaan välisen neuvontatilanteen on katsottu olevan institutionaalista vuorovaikutusta, jota jäsentää joukko erilaisia tehtäviä sekä käsitys siitä, miten nämä tehtävät tulisi suorittaa. Tehtävien lisäksi vuorovaikutusta määrittävät erilaiset roolit, kuten tässä tapauksessa ammattilaisen ja asiakkaan rooli. Institutionaaliselle keskustelulle on määritelty ainakin kolme tyypillistä piirrettä: 1) keskustelulla on päämäärä,

2) osallistumista keskusteluun säätelevät erilaiset rajoitteet ja 3) keskustelussa käytetään instituutioille tyypillisiä tulkintakehyksiä. Nämä yleisen tason piirteet tulevat esiin vuorovaikutuksen yksityiskohdissa, esimerkiksi sanavalinnoissa ja keskustelujaksojen rakentamisessa. (Raevaara ym. 2001.)

Ihmiset toimivat neuvontatilanteissa tavallisesti omiin institutionaalisiin rooleihinsa liitettyjen odotusten mukaisesti. Perinteisesti terveydenhuollossa ammattilaisen tehtävä on ollut ratkaista asiakkaan ongelma ja asiakkaan tehtävä on ollut antaa ammattilaiselle olennaista tietoa ongelmastaan ja mukautua hoito-ohjeisiin. (Raevaara ym. 2001.) Tällöin myös neuvontatilanteessa toteutuva tavoitteenasettelu saatetaan nähdä ammattilaisen tehtäväksi. Ammattilainen määrää aiheen, aloittaa keskustelun, johtaa vuorovaikutustilannetta ja tekee työtään asiantuntijana tukeutuen tietoon, joka useimmiten katsotaan autoritatiiviseksi suhteessa asiakkaan tietoon. Autoritatiiviseksi katsottu tieto voi olla esimerkiksi lääketieteellistä tietoa. Institutionaalisisessa vuorovaikutuksessa puheenvuorojen ja eri keskustelutoimintojen jakautuminen ammattilaisen ja asiakkaan välillä voi olla epäsuhtaista. (Heritage & Sefi 1992.)

Kukkohovin (2005) fysioterapiatilanteen vuorovaikutukseen keskittyvässä pro gradu -tutkielmassa asiakkaat kokivat olevansa ohjaustilanteessa tasavertaisia fysioterapeutin kanssa. Asiakkaat ilmeisesti omaksuivat oman roolinsa ja odottivatkin fysioterapeutin antavan ohjeita ja johtavan vuorovaikutustilannetta. Tästä syystä he eivät välttämättä kokeneet tilannetta epätasa-arvoiseksi. Asiakkaat näkivät ohjaustilanteessa tärkeämpänä kunnioituksen toista osapuolta kohtaan ja odotusten jakamisen. Ohjaustilanteesta onkin helpompi muodostaa molempia osapuolia tyydyttävä, kun fysioterapeutti ja asiakas keskustelevat odotuksistaan fysioterapiaa ja molempien rooleja kohtaan. (Potter 2003, Gibson & Martin 2003, Kukkohovi 2005.)

Viime vuosina on terveydenhuollossa ollut pyrkimys perinteisestä asiantuntijakeskeisestä, institutionaalisisesta vuorovaikutuksesta asiakaskeskeiseen, vastavuoroiseen vuorovaikutukseen (Raevaara ym. 2001.) Jälkimmäisessä korostuva yhdessä tekemisen henki kuvataan yhteisymmärryksenä, yhteistyönä, yhteisenä tai jaettuna päätöksentekona tai neuvotteluna. Tutkimustulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia sen osalta, miten paljon potilaat haluavat osallistua päätöksentekoon tai tehdä yhteistyötä ammattilaisen kanssa. Osallistumishalukkuuden vaihtelun on nähty johtuvan muun muassa siitä, mikä on potilaan

ongelmanlaatu tai miten tutkimuksessa on osallistuminen määritelty; onko kyse potilaan pyrkimyksestä vaikuttaa aktiivisesti päätöksentekoon vai onko osallistuminen vastaanottavaa osallistumista. (Gerlander & Kettunen 2004.)

Kaikki potilaat eivät välttämättä halua osallistua päätöksentekoon, vaan monet haluavat säilyttää perinteisen, institutionaalisen tehtävänjaon. He näkevät päätöksenteon ammattilaisen tehtävänä eivätkä halua sitä siirrettävän itselleen. Potilaiden osallistumishaluttomuutta tukevien tulosten valossa tutkijat ovatkin pohtineet, pitäisikö potilaalle antaa oikeus olla osallistumatta ja onko ammattilaisella velvollisuus pyrkiä saamaan potilas osallistumaan päätöksentekoon. (Gwyn 2002, 91.) Elintapamuutosten ja sitä koskevan tavoitteenasettelun ollessa neuvonnan kohteena on potilaan osallistumisen päätöksentekoon todettu edistävän muutoksen ja tavoitteen saavuttamista. (Andersson ym. 2000, Gillibrand & Flynn 2001). Potilaan huomioon ottaminen päätöksenteossa on edellisten näkemysten perusteella arvioitava aina potilaskohtaisesti ja ohjattavasta asiasta ja potilaan ongelmasta riippuen.

### **3.2 Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu**

Potilaan osallistumista vuorovaikutustilanteeseen korostetaan voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa, joka määritellään ammattilaisen ja potilaan väliseksi vastavuoroiseksi keskusteluksi. Voimavarakeskeinen näkökulma perustuu empowerment-ajatteluun ja perusolettamuksiin, jotka nostavat asiakkaan ammattilaisen rinnalle korostamalla molempien kyvykkyyttä ja asiantuntemusta. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa sitä, että ammattilaiset uskovat potilaiden tietoihin, taitoihin ja muuttumisen mahdollisuuksiin. Ammattilainen ottaa huomioon potilaan arjen siihen liittyvine tarpeineen ja selviytymisineen, piilevät voimavarat, toimintatavat ja tukiverkon. (Tones 1994, Kettunen 2001.) Edellä mainitut tekijät ovat neuvontakeskustelussa toteutuvassa tavoitteenasettelussa myös ensiarvoisen tärkeitä ottaa huomioon, etenkin tavoitteiden toteutettavuutta ja niihin sitoutumista ajatellen.

Voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa ammattilainen pyrkii puheen keinoja käyttämällä lisäämään asiakkaan sisäisen hallinnan ja voiman tunteita. Keskustelussa potilaalla on liikkumatilaa, ilmapiiri mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon eikä potilas koe rajoittavia vaatimuksia tai kontrolloivaa ulkoista painetta muuttua johonkin suuntaan. Ammattilaisen institutionaalinen tehtävä on helpottaa potilaan keskusteluun osallistumista, jolloin potilaan omat rutiinit ja ennakkokäsitykset tulevat näkyviksi sekä potilaalle itselleen että ammattilaiselle. Neuvontakeskustelussa potilaalla on mahdollisuus



luoda oma versionsa puheena olevan asian, esimerkiksi terveysongelman ratkaisuksi. Näin hän saavuttaa jatkossakin entistä parempia mahdollisuuksia ratkaista omia ongelmiaan, tunnistaa omia tarpeitaan ja saavuttaa tavoitteitaan. (Nupponen 1998, Kettunen 2001, 80, 91.)

Kettunen (2001, 90-91) on neuvontakeskustelua koskevan tutkimuksensa pohjalta tiivistänyt voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun strategiat. Siinä ammattilaisen tehtävänä on heti alkuun rakentaa suotuisa ilmapiiri neuvontakeskustelulle ilmaisemalla toiveen potilaan keskusteluun osallistumisesta, tarjoamalla kysymisen mahdollisuutta, käyttämällä pieni hetki arkipäiväiseen jutusteluun tai tiedustelemalla potilaan näkemyksistä neuvottavasta asiasta. Potilaan sisäisen voiman tunnetta, jonka on tarkoitus säilyä vielä neuvontakeskustelun jälkeenkin, pyritään lisäämään antamalla mahdollisuus ottaa vastuuta neuvonnan kulusta, keskeyttää tarvittaessa ammattilaisen puhe sekä tuoda esille itsehoitokokemuksia ja omaa asiantuntemustaan neuvottavasta asiasta. Neuvontakeskustelussa ammattilainen pyrkii helpottamaan potilaan itsearviointia, esittelee vaihtoehtoja, valitsee potilaalle sopivan puhuttelumuodon ja osoittaa kuuntelevansa potilasta tarjoamalla yksilöllisiä neuvoja ja potilaan elämäntilanteeseen soveltuvaa tietoa. Yhteistyö voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa ei aina ole sopuisaa ja harmoniaan pyrkivää, vaan mukana on neuvottelun elementti, joka voi toimiessaan johtaa uuden tiedon, taidon, ymmärryksen tai käyttäytymisen syntymiseen. Tällainen neuvontakeskustelu muistuttaa neuvottelua ja suosii potilaan kompetenssia oman terveytensä hoitamisessa.

Potilaan osallistavan neuvontakeskustelun korostamisesta huolimatta on viime vuosina tehdyissä hoitajan ja potilaan välistä neuvontakeskustelua tarkastelevissa tutkimuksissa (Poskiparta ym. 2001, Kiuru ym. 2004) havaittu, että asiantuntijakeskeinen lähestymistapa esiintyy edelleen vahvana toimintatapana. Kiuru ym. (2004) havaitsivat hoitajien käyttävän eniten suositteluvaa neuvontatapaa ruokailutottumuksia koskevassa neuvontakeskustelussa. Tutkijat arvioivat suositteluvan neuvontatavan olevan turvallisin tapa aloittaa neuvominen sen neutraalin luonteen vuoksi. Suositteleva tapa myös tukee potilaan itsenäistä päätöksentekoa. Hoitaja antaa tiedon ja jättää potilaan päätettäväksi, noudattaako hän neuvoa vai ei. Toisaalta potilaan yksilölliset tarpeet eivät tällöin tule esille eikä potilaan voimavaroja neuvojen noudattamiseen selvitetä. Näin saattaa myös neuvontakeskustelussa asetetut tavoitteet, jotka käytännössä usein ovat ammattilaisen antamia ohjeita ja neuvoja, sekä tavoitteiden toteutettavuus ja niihin sitoutuminen jäädä käsittelemättä. Neuvontatyötä tekevien ammattilaisten tulisikin harrastaa reflektiivistä itsearviointia ja olla enemmän tietoisia niistä

neuvontatavoistaan, joita käyttävät rutiininomaisissa neuvontakeskusteluissa (Karhila ym. 2003, Kiuru ym. 2004). Voimavarakeskeiseen neuvontakeskusteluun kuuluu useita elementtejä, joista kolme esitellään seuraavissa kappaleissa.

### **3.3 Asiakkaan aktiivinen kuuntelu**

Huomion antaminen on keskeinen ohjauksen ja neuvonnan voimavara. Huomion antaminen on ennen muuta asiakkaan kuuntelemista ja kuunnelluksi tulemisen kokemuksen varmentamista. Tämä kuunteleminen poikkeaa monella tavalla niistä arkipäiväisistä tavoistamme, joilla kuuntelemme esimerkiksi perheessä tai työpaikalla. Aktiivinen kuunteleminen merkitsee yksinkertaisimmillaan niiden käsitysten ja väärinkäsitysten kuulemista, joita asiakkaalla on ja jotka koskevat merkitsevällä tavalla sitä, miten asiakas omaa tilannettaan ja tulevaisuuttaan määrittelee. Aktiivinen kuuntelu tarkoittaa myös sellaisten asioiden kuulemista, joita ei suoraan sanota ja joiden esille tuomista eri syistä tietoisesti tai huomaamattomasti vältetään. (Lahikainen 2000.)

Asiakkaan aktiivinen kuuntelu tarjoaa suoraan vihjeitä siitä, minkälaista tukea asiakas mahdollisesti tarvitsee (Lahikainen 2000). Vihjeitä hyödyntäen on neuvontatilanteessa mahdollista asettaa realistiset tavoitteet juuri kyseisen asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi (Talvitie ym. 1999, 33). Eriasteiset oman tilanteen negatiivisesti tai positiivisesti värityneet väärinarvioinnit, omien mahdollisuuksien vähätteleminen tai niiden tunnistamatta jättäminen, esillä olevien esteiden ja vaikeuksien kokeminen ylivoimaisiksi tai epärealistisen korkeat tavoitteet ovat kognitiivisia elementtejä, joiden kuuleminen on ensiarvoisen tärkeää. (Lahikainen 2000.) Neuvontakeskustelussa aktiivisen kuuntelun tarkoituksena on viestiä asiakkaalle hyväksyntää, auttaa häntä selventämään ajatuksiaan tarkoituksenmukaisten kysymysten avulla, motivoida häntä tarkastelemaan asioita uudesta näkökulmasta ja osoittaa positiivista suhtautumista häneen. (Poskiparta 2002.)

Neuvontakeskustelussa aktiivinen kuuntelu voidaan jakaa kuuteen perustaitoon. Ensimmäisenä on taito seurata puhumisen sisällön rakentumista, jossa asiantuntija tekee tarkentavia kysymyksiä asiakkaan tarpeista ja puheen sisällöstä osoittaen samalla kiinnostusta asiakkaaseen. Toinen perustaito on eritellä kuultua tai tiivistää se, jossa asiantuntija varmistaa ymmärtäneensä asiakkaan sanomiset oikein ja auttaa myös asiakasta selkiyttämään ajatuksiaan. Kolmantena taitona on erottaa keskeiset asiat, jossa asiantuntija huomioi juuri

tämän asiakkaan kannalta tärkeimmät asiat antaen yksilöllisiä, täsmällisiä, asiakkaan elämäntilanteeseen suhteutettuja ohjeita. (Burnard 1999, Poskiparta 2002.)

Neljäntenä perustaitona pidetään puhujan käyttämien perustelemiskeinojen erottamista ja kykyä arvioida sanoman luotettavuutta, jossa huomioidaan asiakkaan vastaanottokyky ja asiakkaan esille tuoma näkökulma sitä kritisoimatta. Viidentenä taitoa on tehdä kuullusta päätelmiä, jossa lausutaan nämä päätelmät ääneen tarjoamalla asiakkaalle tilaisuus arvioida omia sanomisiaan. Viimeisenä, kuudentena taitona on antaa puhujalle tarkoituksenmukaista palautetta, jossa, huomioiden asiakkaan elämäntilanne, pyritään vakuuttamaan hänet neuvon tarpeellisuudesta. Asiakasta ei kuitenkaan jätetä pohtimaan asioitaan yksin, vaan ollaan asiakkaan käytettävissä. (Burnard 1999, Poskiparta 2002.)

Aktiivista kuuntelua ja huomion antamista voi toteuttaa myös paneutumalla yksityiskohtaisesti kysymisen ja vastaamisen muotoihin, puheessa ilmeneviin johtopäätöksiin ja päätelmiin, taukoihin ja tilan antamiseen potilaan puheelle sekä erilaisiin palautteen muotoihin (Lahikainen 2000). Neuvon antaja voi toimia ohjattavan asiaan tai muutokseen liittyvän keskustelun sulkijana, jos hän kiirehtii antamaan neuvoa. (Kettunen ym. 2004.) Kipeistä ja henkilökohtaisista asioista puhumisen aloittaminen vaatii asiakkaan kuuntelun lisäksi tämän toistuvaa rohkaisua ja luottamuksellisuuden varmistamista ilman, että asiakkaalle esitetään ilmaisu- ja puhumisvaatimusta (Lahikainen 2000).

Kuten jo aiemmin todettiin, asiakkaan osallistuminen esimerkiksi päätöksentekoon ja tämän myötä neuvontakeskusteluun yleisesti voi olla myös vastaanottavaa osallistumista. Monet potilaat haluavat säilyttää perinteisen tehtävänjaon eivätkä halua osallistua aktiivisesti neuvontakeskusteluun (Gwyn 2002, 91, Gerlander & Kettunen 2004). Aktiivinen kuuntelu pitää sisällään juuri tällaisten asioiden kuulemista, joita ei sanota suoraan.

Aktiivisen kuuntelun myötä voi saada vihjeitä myös siitä, miten ammattilaisen olisi mukautettava puhettaan neuvontatilanteeseen sopivaksi. Vaikeista asioista puhumisen helpottamiseksi on aikaisemmin esitetty yhtenä keinona asian muotoileminen hypoteettiseksi kysymykseksi: ”jos sinulle tulee tällainen tilanne, että...” Lääkäreiden on todettu vaikeissa tilanteissa rakentavan neuvon ehdolliseksi: ”koettaisitte jättää suolan pois” tai tekevän yrityksestä yhteisen käyttämällä monikon ensimmäistä persoonaa: ”koetetaan välttää suolan käyttöä”. (Peräkylä ym. 2001.) Myös edellisessä kappaleessa käsitellyssä

voimavarakeskeisessä neuvontakeskustelussa korostuu potilaalle sopivan puhuttelutavan valitseminen.

Kettus en ym. (2004) mukaan puheen mukauttamiseen neuvontatilanteeseen sopivaksi olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Fysioterapeutit näkevät positiivisen tunneilmaston sekä tasavertaisen, empaattisen ja ymmärtävän keskustelun tärkeäksi ja sen olevan olennaista terapiatilanteen onnistumiselle (Lundvik Gyllensten ym. 1999). Kukkohovin (2005) haastattelemat fysioterapeutit kokivat puheen mukauttamisen vaikuttavan juuri ohjaustilanteen ilmapiiriin ja sujuvuuteen. Fysioterapeutti voi muuttaa kielenkäyttöään asiakkaan mukaan helpottaakseen asian ymmärtämistä tai mukauttaa käytöstään vaikuttaakseen miellyttävämmältä asiakkaan mielestä. Fysioterapeutit kokivat mukauttamisen tapahtuvan useimmiten tiedostamatta ja perustuvan henkilön luontaiseen ominaisuuteen tai herkkyyteen aistia vuorovaikutuskumppaninsa ominaisuuksia.

Asiakkaan kuunteleminen helpottaa fysioterapeuttien mielestä myös diagnoosin tekemistä, jolloin eteneminen terapiatilanteessa nopeutuu. Kuunteleminen ja asiakkaan toiveiden huomioon ottaminen osoittavat asiakkaalle tämän olevan tasavertainen terapeutin kanssa ja että fysioterapeutti ottaa asiakkaan ongelmat vakavasti. (Kukkohovi 2005.) Bäckmanin (2002) mukaan tuloksellisen neuvontatyön edellytys on asiakkaan kuuntelu, jolloin neuvot voidaan istuttaa sopiviksi hänen tilanteeseensa.

Viitasen (1997, 111) huomiot fysioterapeuttien kuuntelutaidoista osoittavat kuitenkin sen, että asiakasta kuunnellaan kohteliaasti, mutta fysioterapeutit eivät tartu asiakkaan esille tuomiin asioihin eivätkä vastaa asiakkaiden kysymyksiin. Deanin ym. (2005) haastattelemat fysioterapeutit tekivät terapiatilanteessa valintoja sen suhteen, käyttivätkö he enemmän aikaansa asiakkaan kuuntelemiseen vai manuaaliseen käsittelyyn. He pitivät tärkeänä asiakkaan kuuntelemista, mutta se ei aina toteutunut heidän kiireestään tai väsymyksestään johtuen. Fysioterapeutit kokivat asiakkaan kuuntelemisen vievän enemmän sekä aikaa että voimia kuin rutiinikäsittelyyn. Parry (2004) arvioi fysioterapiassa arkaluonteisten asioiden käsittelyn aiheuttavan uhkaa terapiasuhteen laadulle ja tästä syystä fysioterapeuttien välttävän tällaisia keskusteluja.

Aktiivisen kuuntelun myötä olisi kuitenkin mahdollista antaa ohjeet ja sen myötä asettaa tavoitteet siinä muodossa, että ne kohtaavat asiakkaan tarpeet. Viitasen (1997, 111)

aineistossa oli paljon ohjaustilanteita, jossa fysioterapeutin ja asiakkaan intressit eivät kohdanneet toisiaan. Silloin ollaan kaukana siitä ajatuksesta, että asiakas aktivoituisi oman tilanteensa hoitamiseen.

### **3.4 Dialoginen neuvontakeskustelu**

Edellä on esitetty institutionaaliseen (asiantuntijakeskeiseen) ja voimavarakeskeiseen (asiakaskeskeiseen) vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä ammattilaisen ja potilaan välisessä neuvontakeskustelussa. Kaarina Mönkkönen (2002, 80-81) on käsitellyt väitöksessään edellä mainittuihin orientaatioihin liittyviä ongelmia dialogisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Asiantuntijakeskeistä mallia Mönkkönen kritisoi siitä, että siinä ilmenevät asiakassuhteen ongelmat jäsentyvät yleensä asiakkaan ongelmiksi ja vastaavasti suhteen toimivuus ammattilaisen ansioksi. Asiakaskeskeisen mallin lieveilmiöinä hän näkee eräänlaista neuvottomuutta, puuttumattomuutta ja vallankäytön kätkemistä. Dean ym. (2005) näkevät dialogisen vuorovaikutuksen tuoreena vaihtoehtona asiantuntija- tai asiakaskeskeiselle neuvontakeskustelulle. Dialoginen neuvontakeskustelu edistää muun muassa asiakkaan sitoutumista fysioterapian tavoitteisiin.

Viime vuosina on keskusteltu dialogisen orientaation merkityksestä, kun erityisesti on korostettu vastavuoroisuutta ja yhteisen ymmärryksen rakentumisen merkitystä vuorovaikutussuhteessa. Tässä tarkoituksessa käsitteellä dialogi tarkoitetaan kaksinpuhelua, vuoropuhelua tai keskustelua. Dialogissa pyritään etsimään jotakin todellisuuden osaa vuorovaikutuksen osapuolten väliin ja saavuttamaan uusi yhteinen ymmärrys, jota ei voi yksin saavuttaa. Dialogia on pidetty yhtenä keskeisenä osana sosiaalista kommunikaatiota, jonka muodot vaihtelevat eri kulttuureissa. (Mönkkönen 2002, 80-81.)

Kaikki keskustelu ei ole kuitenkaan dialogista, vaikka keskustelussa olisikin pyrkimys tasavertaisuuteen osapuolten välillä. Dialogi onkin syytä erottaa dialogisuudesta. Vaikka kyseessä olisikin kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus, jossa osapuolet jakavat yhteisiä sosiaalisia merkityksiä asioista, voi dialogi olla luonteeltaan monologista. Monologisessa dialogissa keskustelun osapuolten lausumat eivät kytkeydy toisiinsa eivätkä rakennu toisistaan. Osapuolten näkemykset asiasta kulkevat erillään toisistaan. Tällaisesta vuorovaikutustilanteesta on esimerkkinä lääkärin ja potilaan välinen keskustelu, jossa lääkärin tavoitteena on hankkia potilaalta tietoa diagnoosin selvittämiseksi. Tästä syystä kaikkea

vuorovaikutusta, jossa on hyviä yhteistoiminnallisia pyrkimyksiä, ei ole aihetta kutsua dialogiseksi. (Seikkula 1995.)

Vuorovaikutustilanteessa ammattilaisen dialoginen työote voi mahdollistaa valta- ja vastuusuhteiden näkyväksi tekemisen, mutta myös luoda tilaa avoimen vuoropuhelun syntymiselle. Kommunikaation lisäksi voi osapuolten välille syntyä yhteistoiminnallinen suhde, jossa voi tapahtua jotain merkittävää ihmisten välillä. Dialogisuus edellyttää kuitenkin luottamuksellisen suhteen syntymistä osapuolten välille, koska ilman luottamuksellisuutta toisen esittämä erilainen, vieraaltakin kuulostava ääni saatetaan kokea uhkana. (Huttunen 1995, Mönkkönen 2002, 83.) Suhteen luottamuksellisuudesta voisi etsiä vihjeitä esimerkiksi asiakkaan aktiivisen kuuntelun avulla. Vaikka dialoginen dialogia voi erilaisten mielipiteiden käsittelyn kautta päättyä väittelyyn, ei dialogisuuteen kuitenkaan kuulu toisen harhauttaminen eikä toisen mielipiteen tai persoonan halventaminen (Huttunen 1995, Mönkkönen 2002, 83).

Dialoginen dialogia avaa kokonaan uusia perspektiivejä vuorovaikutustilanteeseen. Siinä perimmäisenä ajatuksena on saattaa erilaiset totuudet toistensa yhteyteen, jolloin totuutta myös koetellaan yhdessä. Dialogisuuden yhtenä keskeisenä elementtinä on totuuden ristiriitaisuus. Jokainen sana on tiettyssä mielessä kaksiteräinen miekka, jossa erilaiset äänet käyvät kiistaa. Dialogisessa suhteessa nämä yksilölliset äänet synnyttävät moniäänisyyttä, sillä kieli elää käyttäjiensä dialogisessa kanssakäymisessä. Asiakastyössä ja auttamisessa ei tule pyrkiä ainoastaan ymmärrykseen ja minimoimaan ristiriitatilanteita, vaan mobilisoimaan erilaisia näkökohtia kohtaamaan toisensa. (Bahtin 1991, 115.) Myös neuvontatilanteessa toteutuvassa tavoitteenasettelussa olisi tärkeä saada asiakkaan ja ammattilaisen näkemykset kohtaamaan toisensa, jolloin voitaisiin varmistaa tavoitteiden yksilöllisyys ja tavoitteiden toteutettavuus (Dean ym. 2005).

Aito kohtaaminen ja toisen toiseuden tunnustaminen istuvat erityisesti asiakaskeskeisyyttä korostavien ideologioiden aikaan. Toiseuden hyväksyminen on luonteeltaan dialoginen prosessi, jossa hyväksyminen realisoituu vuorovaikutuksessa. Siinä kysytään, kuunnellaan, koetellaan kannanottoja, sovitetaan niitä yhteen ja myös paljastetaan eri ulottuvuuksia. Näin dialogisen ymmärryksen (yhteensulautuminen ja molemminpuolisen yhteyden löytyminen) lisäksi toteutuu myös yksilöllisyys. (Mönkkönen 2002, 37.) Aktiivinen kuuntelu, asiakkaan näkökulman tutkiminen ja hänen toiseuden tunnustaminen ei dialogisen suhteen kannalta

kuitenkaan riitä, vaan uusia näkökulmia syntyy vain eri äänien vuoropuhelussa. (Mönkkönen 2002, 39, Volosinov 1990, 116-118, Shotter 1998, 5 mukaan.)

Kuten jo edellä aktiivisessa kuuntelussa, myös dialogiassa tarkastellaan vastaamisen merkitystä vuorovaikutuksessa. Vastavuoroinen vuorovaikutus saa merkityksensä joko todellisista tai kuvitteellisista vastauksista. Toisen ihmisen olemus, toiminta, sana tai teko kutsuu esiin jonkin vastauksen. Elävän dialogin keskeinen ehto on toisen puheen aktiivinen vastaanotto. Tällöin puheella nähdään olevan merkitystä tilanteen kehittymisen kannalta ja puheen kuuntelu edellyttää myös tuohon puheeseen vastaamista. Vastaamalla me luomme aina jonkun suhteen ja määritämme siten toisen olemassaoloa. (Mönkkönen 2002, 38-40, Volosinov 1990, 116-118, Shotter 1998, 5 mukaan.)

Vastaamiseen liittyvät kysymykset muotoutuvat aina sosiaalisen tilanteen tarjoamista mahdollisuuksista ja rajoista. Niitä ei voi ennakoida eikä aina edes selittää. Asiakastyössä ammattilaisen on syytä kiinnittää huomiota oman vastaamisen lisäksi asiakkaan vastaamiseen, koska keskustelutilanteissa saatetaan eliminoida juuri asiakkaan vastaamisen mahdollisuus. Edellä mainitut tekijät korostuvat neuvojen antamisessa, sillä neuvon oikeutus eli legitimointi on viimekädessä asiakkaan käsissä. Ammattilainen voi edistää neuvon legitimointia asiakkaan puheen aktiivisella vastaanotolla ja antamalla asiakkaalle vastaamisen mahdollisuus. (Mönkkönen 2002, 38-40, Volosinov 1990, 116-118, Shotter 1998, 5 mukaan.) Neuvon legitimoinnista kerrotaan tarkemmin seuraavassa luvussa.

### **3.5 Askelittainen siirtyminen neuvoon**

Etenkin elintapamuutoksiin liittyvä neuvontakeskustelu sisältää usein ammattilaisen antamia neuvoja tai ohjeita, joita asiakkaan on tarkoitus noudattaa. Neuvontatilanteessa on hahmotettavissa jonkinlainen ristiriita neuvomisyrittämisen ja asiakaslähtöisyyden välillä. Neuvo on direktiivinen toiminto, jolla pyritään vaikuttamaan toisen toimintaan tai ajatuksiin tietyn suuntaisesti. Neuvo on vuorovaikutuksellisesti ongelmallinen toiminto sikäli, että sen antaminen vihjaa neuvojalla olevan tietoa, taitoa tai vaihtoehtoinen näkökulma, joka neuvottavalta puuttuu. Siten se asettaa neuvomisen osapuolet epäsymmetrisiin asemiin. Tästä syystä neuvontakeskustelussa on huomioitava myös neuvon legitimointiin liittyvät tekijät. Neuvon pohjustamista esimerkiksi kysymyksillä voidaan pitää eräänä tapana lieventää tätä institutionaalissa vuorovaikutuksessa ilmenevää ristiriitaa. (Vehviläinen 2001.) Kuten edellä jo mainittiin, tavoitteiden asettaminen toteutuu usein käytännössä ohjeiden ja neuvojen

antamisena. Tämän myötä neuvon antamiseen ja sen vastaanottamiseen liittyvät tekijät vaikuttavat myös tavoitteiden asettamiseen.

Heritage & Sefi (1992) käsittelevät tutkimuksessaan askelittaista siirtymää neuvon, jossa ammattilainen pohjustaa neuvonsa kysymällä ensin neuvon vastaanottajan näkemystä, tietoa tai aikomuksia, ja vastauksen saatuaan sitoo neuvonsa jollain tavalla tähän vastaukseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin neuvomista brittiläisten terveydenhoitajien kotikäynneillä vastasyntyneiden kodeissa ja nostettiin esiin vuorovaikutukselliset hyödyt institutionaalisessa neuvontatilanteessa. Terveydenhoitajien tarjoama tieto oli asiantuntijuuteen perustuvaa ja kuului heidän institutionaalisen toimintavaltansa piiriin, mutta samalla äitien odotettiin olevan asiantuntijoita omalla alallaan eli kykeneviä hoitamaan lapsiaan. Terveydenhoitajien esittämät kysymykset toimivat neuvontatilanteessa keskeisenä keinona valmistella neuvolle otollista maaperää. (Heritage & Sefi 1992.)

Neuvon vastaanottaminen ja tätä kautta neuvojen noudattaminen on vahvasti sidoksissa siihen, kuinka neuvon antaminen on suoritettu. Askelittainen siirtyminen neuvon pohjustus on oleellisessa asemassa neuvontatyössä, koska sillä legitimoidaan neuvo. (Heritage & Sefi 1992, Bäckman 2002.) Bäckman (2002) selvitti pro gradu -tutkielmassaan fysioterapeuttista neuvontakäytäntöä ja totesi, että neuvojen menestyksen takeena oli tarkka ongelmanmäärittely ennen neuvomisen aloittamista. Jos asiakkaalla lisäksi oli monia vaivoja, näytti siltä, että ongelmanmäärittelyssä piti tarkkaan ottaa huomioon asiakkaan kokonaistilanne, jotta neuvon vastaanottaja koki neuvon itselleen tärkeäksi. Myös käskevässä muodossa esitetty neuvo saattoi johtaa neuvon hyväksymiseen, jos neuvon pohjustus oli hoidettu huolellisesti.

Huolellisesti toteutettavaan neuvon pohjustukseen voisi apuna käyttää esimerkiksi asiakkaan aktiivista kuuntelua, minkä avulla saataisiin vihjeitä asiakkaan kokonaistilanteesta ja mikä Talvitien ym. (1999, 33) mukaan mahdollistaisi myös realististen tavoitteiden asettamisen juuri kyseisen asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen arviointi on näkynyt fysioterapeuttisessa ohjaustyössä alkumetrioiden tilannekartoituksessa, mutta itse ohjaustyössä on hoidettu mieluummin yksittäistä ongelmaa kuin ihmistä kokonaisuutena (Viitanen 1997 126-127, Bäckman 2002.)



Bäckmanin (2002) mukaan neuvo saa parhaiten vastakaikua, kun ammattilainen näkee asiakkaansa neuvottelukumppanina, ottaa huomioon tämän esittämät ”ehdot” sekä pyrkii purkamaan neuvon vastustuksen vähitellen. Edellä kuvailtu myönnyttelytyö voidaan hahmottaa fysioterapeutin yritykseksi kuljettaa asiakkaansa pisteestä P(assiivisuus) pisteeseen A(ktiivisuus). Myönnyttelytyössä on nähtävissä samoja piirteitä kuin dialogisessa neuvontakeskustelussa, jossa Mönkkösen (2002, 37) mukaan koetellaan kannanottoja, sovitetaan niitä yhteen ja paljastetaan eri ulottuvuuksia.

Neuvon pohjustus eli askelittainen siirtymä neuvon palveluun neuvomista kahdella toisistaan poikkeavalla tavalla. Asiakkaan näkemyksen huomioon ottaminen tulee esille silloin, kun ammattilaisen esittämä tieto tai neuvo tarjoillaan mahdollisimman yksilöllisesti sovitettuna ja samanmielisyyttä etsivänä. Tällöin asiakkaan näkemyksen kysyminen edistää neuvon henkilökohtaisuuden saavuttamista, neuvon hyväksymistä ja tiedollisen epäsymmetrian vähentämistä. Toinen tärkeä tavoite on saada asiakas ajattelemaan asioitaan perusteellisesti. Asiakkaan näkemyksen kysymisellä ennen neuvon antoa voidaan saada hänet perustelevaan ja arvioimaan näkemystään tarjottavan neuvon suhteen. (Vehviläinen 2001.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että neuvon pohjustuksessa olisi tarpeen käyttää hyväkseen kaikkia luvuissa 3.1 - 3.4 käsiteltyjä neuvontakeskustelussa huomioitavia tekijöitä, jotta asiakas kokee neuvon oikeutetuksi. Neuvontakeskustelussa on täten pyrittävä vastavuoroiseen, molempien osapuolten kyvykkyyttä ja asiantuntemusta korostavaan voimavarakeskeiseen vuorovaikutukseen, jossa asiakkaan aktiivisen kuuntelun myötä saadaan vihjeitä siitä, minkälaista tukea asiakas tarvitsee. Dialogisen keskustelun avulla mobilisoidaan asiakkaan ja ammattilaisen erilaiset näkemykset kohtaamaan toisensa, jolloin dialogisen yhteensulautumisen ja molemminpuolisen yhteyden löytymisen lisäksi toteutuu myös yksilöllisyys. Elintapamuutoksiin liittyvässä neuvontakeskustelussa institutionaaliset tehtävät ovat myös tärkeässä roolissa neuvon pohjustamisessa, sillä ammattilainen antaa asiakkaalle ohjeita ja neuvoja ammattitaitoaan ja asiantuntemustaan hyödyntäen.

## **4 TAVOITTEENASETTELU**

Tavoitteen asettaminen sisältyy olennaisena osana terveysneuvontatilanteeseen. Tavoitteella tarkoitetaan kohdetta tai toiminnan päämäärää, asiaa, jota yksilö yrittää saavuttaa. Tavoitteen asettamisen vaiheessa on löydettävä tasapaino sen toivottavuuden ja toteutettavuuden välillä. Tästä syystä tavoitteenasettelussa on huomioitava sekä ammattilaisen että asiakkaan näkökulma. Heidän on yhdessä päätettävä, millaisen tavoitteen asiakas itselleen asettaa vertaamalla hänen toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan niiden toteuttamismahdollisuuksiin. (Talvitie ym. 1999, 33, Salmela-Aro & Nurmi 2002.)

### **4.1 Tavoitteenasettelun toteutuminen neuvontakeskustelussa**

Asiakkaan ohjaukseen fysioterapiassa kuuluu yleensä kotiharjoitteiden antaminen ja sellaisen harjoitusohjelman laatiminen, jota asiakkaan on tarkoitus toteuttaa omatoimisesti fysioterapiatilanteen ulkopuolella. Usein yksittäiseksi ohjauksikäynniksi jäävällä kuntoneuvokäynnillä tämän omatoimisen harjoitusohjelman laatiminen ja siihen liittyvien tavoitteiden asettaminen korostuu entisestään. Kotiharjoitteiden lisäksi fysioterapeuttisen neuvonnan tehtävänä on antaa tietoa, vaikuttaa käsityksiin ja muuttaa aikaisempia tottumuksia ja mielipiteitä. Samalla fysioterapeutti edellyttää muutoksia asiakkaan ajankäytössä ja elämäntyyliin. (Talvitie ym. 1999, 101, Dean ym. 2005.) Fysioterapeuttisen neuvonnan määrittelyssä näyttäisi korostuvan ammattilaisen ja asiakkaan institutionaaliset roolit ja tehtävät (vrt. dialogisuus asiakastyössä).

Hoitajan ja potilaan välisestä elämäntapamuutoksia käsittelevästä neuvontakeskustelusta on viime vuosina tehty enenevässä määrin sekä ulkomaisia (mm. Andersson ym. 2000, Gillibrand & Flynn 2001) että kotimaisia (mm. Karhila ym. 2003, Kettunen ym. 2004) tutkimuksia. Muutoskeskustelu käsittää hoitajan ja potilaan välisen keskustelun elintapamuutosprosessista eli muutoksen päämääristä, kokemuksista sekä muutokseen liittyvistä tunteista, arvioinneista ja potilaan elämäntilanteeseen tai näkemyksiin liittyvistä pohdintoista. Tällainen elämäntapoja koskeva muutoskeskustelu helpottaa potilaita asettamaan itselleen realistisia tavoitteita muutosten saavuttamiseksi. Se tukee myös sisäisen hallinnan saavuttamista ja tätä kautta muutosten haltuun ottamista. Muutosta tavoitellessaan potilaan tulisi itse saada määrittää muutos, jota hän kulloinkin tavoittelee. (Andersson ym. 2000, Gillibrand & Flynn 2001.)

Myös fysioterapeuttisessa ohjauksessa käsitellään usein jonkinlaista työskentely- tai elintapaan tehtävää muutosta, jota asiakkaan on määrä tavoitella. Tavoitteenasettelussa on tällöin otettava huomioon se, miten asiakas itse näkee ongelmansa, millaiset asiat hän elämässään asettaa tärkeimmäksi, mitä hän on valmis tekemään ongelmansa eteen ja mitkä ovat hänen voimavaransa. Tämä vaatii paitsi riittävästi aikaa fysioterapian suunnitteluun, myös asiakkaan herkkää ja avointa kuulemistä sekä valmiuksia kohdata ja käsitellä asiakkaalle vaikeita ja arkaluontoisiakin asioita. (Talvitie ym. 1999, 30-33, Parry 2004.)

Aikaisempien neuvontakeskustelua koskevien tutkimusten mukaan elintapoihin liittyvä tavoitteenasettelu ja yhteisen suunnittelun tekeminen on riittämätöntä eikä potilaalle jää tilaa kertoa omista muutosehdotuksistaan tai toimia itse muutoskeskustelun aloitteentekijänä. Neuvontatilanteissa on syntynyt vain vähäisessä määrin keskustelua potilaan omista ajatuksista, ratkaisuista tai elintapojen muutoksiin liittyvistä esteistä. (Kettunen 2001, Karhila ym. 2003, Kettunen ym. 2004.) Huomiota tulisikin kiinnittää enemmän yhteiseen tavoitteenasetteluun (Kettunen ym. 2004).

Fysioterapeutit näkevät tärkeäksi potilaiden osallistumisen tavoitteenasetteluun ja kokevat sen lisäävän laatua terapiatilanteeseen sekä edistävän fysioterapian tuloksellisuutta (Baker ym. 2001, Parry 2004). Myös potilaat kokevat tavoitteenasettelussa oman osallistumisensa tärkeäksi (Baker ym. 2001.) Aikaisempien tutkimusten mukaan asiakkaat osallistuvat kuitenkin joko erittäin vähän tai ei ollenkaan fysioterapian tavoitteiden asettamiseen (Viitanen 1997, 117, Parry 2004, Wohlin Wottrich ym. 2004). Fysioterapiadokumenteissa asiakkaan huomioon ottaminen tavoitteenasettelussa ilmenee ohuena ja sirpaleisena. Niissä asiakkaan elämäntilanne ja sen merkitys fysioterapian tavoitteisiin, toteutukseen ja arviointiin näkyvät heikosti tai eivät ollenkaan. (Pukki 2004.)

Syynä tulosten ristiriitaisuuteen saattaa olla se, että tavoitteenasetteluprosessi on vielä fysioterapiassa kehitysasteella. Myös asiakkaan valmiudet ja kyky yhteistyöhön vaikuttavat olennaisesti tavoitteenasetteluprosessiin. Fysioterapeutit saattavat kokea arkaluonteisten asioiden käsittelyn aiheuttavan uhkaa terapiasuhteen laadulle, joten haasteellisiksi katsottuja keskusteluja pyritään välttämään. (Baker ym. 2001.) Asiakkaan kanssa yhdessä toteutettu tavoitteiden asettelu vie myös huomattavasti enemmän aikaa kuin niiden tarjoaminen hänelle valmiina. Lisäksi tavoitteista keskusteleminen keskeyttää usein fyysisen toiminnan. (Parry 2004.) Baker ym. (2001) kuitenkin totesivat, että jos asiakas otettiin mukaan fysioterapiaan

alusta alkaen, asiakkaan osallistuminen tavoitteenasetteluun ei vienyt enempää aikaa, koska silloin yhteinen tavoitteenasettelu yhdistyi osaksi asiakkaan tutkimista. Näin yhteisestä tavoitteenasettelusta ei tullut erillistä, aikaa vievää aktiviteettia.

Fysioterapeutit itse näkevät tavoittelevansa terapiatilanteessa ennakkoluulottomuutta pyrkiessään ymmärtämään asiakasta ja hänen motivoitumistaan, mutta kuvailevat tilanteeseen liittyvän myös eettisiä päätöksiä, jossa tarvitaan luovaa kykyä löytää sopivia keinoja ottaa huomioon asiakkaan yksilölliset toiveet ja tarpeet sekä yleisten sääntöjen, normien ja taloudellisten resurssien rajaamat mahdollisuudet (Greenfield 2006). Onnistuneeseen tavoitteenasetteluun tulisi sisältyä myös palautteen antaminen ja tavoitteen saavuttamisen seuranta (Weinberg & Gould 1999). Tavoitteenasetteluun vaikuttavat kuitenkin useat fysioterapeutista tai asiakkaasta riippumattomat tekijät, muun muassa organisaatiokulttuurin mukanaan tuomat ehdot tai henkilökuntaan liittyvät rajoitukset.

## **4.2 Tavoitteisiin sitoutuminen**

Yhdessä toteutunut tavoitteenasettelu ei riitä, jos asiakas ei sitoudu tavoitteisiin. Rovio ym. (2003) arvioivat liikuntaa ja tavoitteenasettelua käsittelevässä kirjallisuuskatsauksessa tavoitteisiin sitoutumista edistäviä tekijöitä. Heidän mukaansa tavoitteita on asetettava sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Lyhyelle aikavälille asetetut tavoitteet ylläpitävät motivaatiota, mutta toisaalta pitkän aikavälin tavoitteet on joustavampia. Jos henkilön etenemisessä tavoitteissaan tulee jostain syystä takapakkia, saattaa lyhyen aikavälin tavoitteiden saavuttamattomuus lannistaa. Pitkän aikavälin tavoitteiden motivoiva vaikutus on riippuvainen kuitenkin lyhyen aikavälin tavoitteista, jotka luovat väliportaita tavoiteohjelmaan.

Liikunnassa tulee asettaa paitsi lopputulos- ja suoritustavoitteita myös prosessitavoitteita. Lopputulostavoitteessa päämääränä on lopputuloksen saavuttaminen, joka terveysneuvonnassa voi olla esimerkiksi ongelman poistuminen tai sen lievittyminen. Lopputuloksen saavuttamiseksi kannattaa laatia selkeä strategia, joka ohjaa toimintaa asteittain kohti lopullista päämäärää. Lopputulostavoite on syytä pilkkoa pienempiin osiin, lyhyen aikavälin suoritus- ja prosessitavoitteiksi. Suoritustavoitteessa huomio kohdentuu esimerkiksi taitojen oppimiseen ja pystyvyyden tunteen lisäämiseen. Prosessitavoitteessa henkilö keskittyy suorituksen laatuun, muutamaaan avainasiaan, joita hän yrittää suorituksen

aikana ylläpitää. (Rovio ym. 2003.) Selkäoireisen asiakkaan kohdalla prosessitavoitteena voi olla esimerkiksi selän ergonomisen asennon ylläpysyminen liikeharjoitteissa.

Tavoitteisiin sitoutumisessa prosessitavoitteiden on havaittu olevan lopputulos- ja suoritustavoitteita hyödyllisempiä. Lopputulostavoite saattaa alentaa motivaatiota, jos se on vaikeasti saavutettava, liian ehdoton tai joustamaton. Tällöin lopputulostavoitteessa olisikin otettava huomioon se mahdollisuus, että tavoitteen saavuttaminen ei aina ole riippuvainen vain henkilöstä itsestään, vaan siihen vaikuttavat myös ulkopuoliset, henkilöstä riippumattomat tekijät. (Rovio ym. 2003.)

Täsmälliset ja selkeät tavoitteet johtavat todennäköisemmin niihin sitoutumiseen kuin tavoitteet, jotka jäävät yleiselle tasolle. Täsmällisyyttä ja yksilöllisyyttä lisätään ottamalla huomioon henkilön aikaisemmat taidot ja hänen oma arvionsa taidoistaan kokemustensa perusteella. Tavoitteisiin sitoutumiseen ja realistisen tavoitteen valitsemiseen vaikuttaa myös henkilön minäpystyvyys, joka on henkilön uskomus siitä, että hän selviytyy tietyistä suorituksista ja saavuttaa tietyn lopputuloksen. (Rovio ym. 2003.) Myös terveysneuvonnassa on havaittu tärkeäksi vahvistaa asiakkaan uskoa omiin kykyihinsä tavoitteen toteuttajana, esimerkiksi elämäntapamuutoksen osalta (Marteam & Lerman 2001). Fysioterapian tavoitteisiin sitoutumista on todettu lisäävän asiakkaan myönteinen kuva tulevaisuudestaan ja harjoittelun positiivisista seurauksista elämässään (Dean ym. 2005).

Tavoitteisiin sitoutumista edistää niiden esittäminen julkisesti. Julkisesti esitetyt tavoitteet johtavat myös todennäköisemmin niiden saavuttamiseen kuin tavoitteet, jotka jäävät vain henkilön omaan tietoon tai tavoitteet, joita ei tuoda julki lainkaan. (Kyllo & Landers 1995.) Baker ym. (2001) havaitsivat tutkimuksessaan, että puolessa tutkituista fysioterapiatilanteista fysioterapeutti ei tuonut potilaalle julki fysioterapian tavoitteita. Niissä osallistujat eivät käsitelleet julkisesti sopimustaan tavoitteiden osalta. Syyksi tutkijat arvelivat, etteivät fysioterapeutit ja potilaat koe tarpeelliseksi lausua julki fysioterapian tavoitteita, koska molemmat tietävät, mitä pitäisi tehdä. On tärkeää kuitenkin tuoda tavoitteet julki, jotta molemminpuoliset aikomukset selviävät ja osallistujat voivat luoda perustan yhteiselle ymmärrykselle. Dialogisessa neuvontakeskustelussa korostetaan juuri eri näkemysten yhteensulautumista ja molemminpuolisen yhteyden löytymistä, joiden avulla varmistetaan myös yksilöllisyyden toteutuminen (Mönkkönen 2002, 37). Bakerin ym. (2001) mukaan tavoitteiden käsittely terapiatilanteessa edistää niihin sitoutumista.

Fysioterapeuttien vaikeudet sitouttaa asiakas ohjattujen harjoitteiden toteuttamiseen voi johtua myös ohjaustilanteen asiantuntijalähtöisyyden tuomista rajoituksista. Osittain fysioterapeutin koulutuksen tuoman ja toisaalta asiakkaiden odotusten mukaan määräytyvän toimintatavan mukaisesti fysioterapeutti antaa ohjeita ja neuvoja yksisuuntaisesti pyrkimällä vakuuttamaan potilas harjoittelun tarpeellisuudesta. Tavoitteisiin sitouttamiseksi tarvitaan kuitenkin asiakaslähtöistä lähestymistapaa, jolloin asiakkaan arvot ja päämäärät kuullaan ja otetaan huomioon harjoitteluohjelman laadinnassa. (Dean ym. 2005.)

Asiakkaan kuunteleminen ja asiakaslähtöisyys eivät kuitenkaan vielä yksinään ole riittäviä keinoja edistää harjoitteluun sitoutumista. Fysioterapeutin tulisi pystyä ohjaamaan potilasta kriittiseen ajatteluun ongelmansa ja siihen liittyvän kuntoutumisen osalta. Potilasta olisi ohjattava arvioimaan omia uskomuksiaan, tulkintojaan ja käsityksiään sekä niiden perusteluita ja seurauksia, ja tekemään valintoja oman ajattelunsa ja omien kokemustensa perusteella. Asiantuntija- ja asiakaslähtöisen ohjaustavan tuomien etujen ja haittojen huomioimisen lisäksi fysioterapeuteille annetaan haaste, jossa harjoitteluun sitoutumisen kulmakivenä nähdään potilaan omien näkemysten esiin saattaminen ja muuntuminen dialogisen keskustelun kautta. (Dean ym. 2005.)

### **4.3 Harjoitteiden ja tavoitteiden kytkeminen arkeen**

Arki voidaan käsittää rutiiniksi, joka toistuu päivästä toiseen. Arkielämä koostuu ihmisten toistuvista toiminnoista heidän läheisillä elämänalueillaan. Arkielämässä ihminen järjestää elämänsä strategisesti itselleen mielekkäällä tavalla omassa ympäristössään. (Salmi 1991.) Kuten jo aiemmin tuotiin esille, terveyslähtöisessä neuvonnassa asiakkaan odotetaan usein muuttavan elämäntapaansa tai ajankäyttöään. Tämä merkitsee muutosta myös henkilön arkielämään.

Tavoitteen asettamiseen vaikuttavat niin yksilön ominaisuudet kuin ympäröivä konteksti. Huomio on kiinnitettävä asiakkaan resurssien lisäksi hänen elämänsä arjessa. (Talvitie ym. 1999, 33, Parry 2004.) Vastavuoroisen, osapuolten yhteistyössä tapahtuvan neuvontakeskustelun on katsottu edistävän potilaan kykyä tavoiteltavien muutosten toteuttamiseksi, mutta se ei automaattisesti johda aktiiviseen ja onnistuneeseen itsehoitoon arkipäivässä (Kettunen 2001, 96). Tietojen tai ohjeiden antaminen ei yksinään riitä, jos

terveyttä ei kytkeä ihmisen merkitysmaailmaan, kokemuksiin ja arkielämään (Poskiparta 1997, 125).

Aikaisempien tutkimusten mukaan fysioterapeutit keskittyvät pääasiassa selvittämään asiakkaan oireita ja toimintakykyä, ja käyttävät paljon aikaa heidän opettamiseensa ja informoimiseensa yleisen tiedon pohjalta, jossa asiakkaiden kokemuksia ja aikaisempia tietoja ei oteta huomioon (Viitanen 1997, 126, Wohlin Wottrich ym. 2004). Fysioterapeuteilla on yleisesti hyvin vähän tietoa asiakkaidensa sosiaalisista ja kulttuurisista taustoista (Jorgensen 2000). Tällöin asiakkaan arkielämä elämäntilanteineen jää ohjauksessa vähäiselle huomiolle.

Ohjattavan asian sulauttamista asiakkaan arkeen voi edistää kohdentamisen avulla. Siinä pyritään tehostamaan asiakkaan oppimista, aktivoitumista ja motivoitumista ohjattavan asian suhteen. Kohdentaessa ohjaamista fysioterapeutin on kuunneltava ja havainnoitava asiakasta saadakseen selville, mikä on asiakkaan elämäntilanne, voimavarat, motivaatio, mielenkiinnon kohteet, arjen toiminnot ja tiedon taso sekä näiden tietojen perusteella miettiä, miten toimia juuri tämän asiakkaan kanssa. Lisäksi on oltava selvillä siitä, miten paljon hän pystyy ja jaksaa itse vaikuttaa ongelmiinsa. (Viitanen 1997, 126, Kukkohovi 2005.)

Ohjaustilanteessa fysioterapeutit käyttävät paljon aikaa myös vakuuttaakseen asiakkaan harjoittelun tarpeellisuudesta. Selkäoireista kärsivien asiakkaiden itsehoidon motivointia koskevassa tutkimuksessa (Dean ym. 2005) fysioterapeutit arvioivat, että asiakkaat eivät pidä oireitaan, tässä tapauksessa selkäkipuaan, riittävän tärkeänä, jotta tarvittava aika omatoimiseen harjoitteluun löytyisi. Syynä kotiharjoitteiden noudattamattomuuteen onkin ollut se, että harjoitteet vaativat liian paljon aikaa, mutta myös se, että niitä ei ole sovellettu asiakkaan arkirutiineihin. Fysioterapeutin ohjaamat harjoitteet jäävät usein täysin irrallisiksi asiakkaan muista askareista. (Østerås & Haaland 2001, Dean ym. 2005.) Sekä fysioterapeutit että asiakkaat uskovat, että harjoitteluun sitoutuminen vahvistuu, jos harjoittelu saadaan sisältymään osaksi asiakkaan jokapäiväistä rutiinia. Harjoitteiden suorittamisesta tulee helposti säännöllinen tapa, kun ne on yhdistetty muihin arkisiin toimintoihin. (Dean ym. 2005.)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemuksia kuntoneuvolaohjauksesta ja siinä toteutuvasta tavoitteenasettelusta, kun kyseessä on epätarkasta alaselkävivusta kärsivän asiakkaan ohjaus.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten fysioterapeutit ja asiakkaat kokevat tavoitteenasettelun toteutuvan kuntoneuvolaohjauksessa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat tavoitteiden asettamiseen?
3. Kenen toimesta tavoitteet asetetaan?
4. Miten fysioterapeutit ja asiakkaat kokevat kuntoneuvolaohjauksen?



## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Tutkimuksen perustelut

Tutkimuksen taustalla on vaikuttamassa aina jonkin filosofinen lähestymistapa, vaikka siihen liittyvistä perusoletuksista ei useinkaan olla kaikilta osin tietoisia. Lähestymistavan ymmärtäminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, koska sen avulla erilaisille tutkimuksellisille ratkaisuille löytyy perusteluja. (Hirsjärvi ym. 1997, 120.)

Kun tutkimuskohteena on ihminen, on tutkijan mietittävä tutkimuksen ontologista käsitystä, joka esittää kysymyksiä todellisuuden luonteesta ja ohjaa määrittelemään ihmiskäsitystä. (Hirsjärvi ym. 1997, 121.) Tutkimuksessani kartoitan todellisuuden ilmenemistä tutkittavien henkilöiden omassa kokemusmaailmassa. Tähän vaikuttavat olennaisesti henkilöiden tuottamat merkitykset, joilla he selittävät itselleen todellisuutta ja tekevät päätelmiä todellisuudesta, sosiaalisista tilanteista ja itsestään. (Lehtonen 1996, 16.)

Eri henkilöt suhtautuvat asioihin eri tavalla, jossa todellisuusvaikutukset ja merkitys vaihtelevat. Merkitys riippuu paljolti siitä käytännöllisestä toiminnasta, jonka puitteissa sitä lähestytään ja jonka puitteissa se kohdataan. Fenomenologiset filosofit puhuvat kohtaamisen ontologiasta. Voidaan myös puhua relationaalisesta lähtökohdasta, jossa todellisuus on relationaalista eli suhteessa asettuvaa todellisuutta, joka syntyy, kun tietyllä tapaa toimiva tietynlainen kehollinen olento kohtaa tietynlaista muuta olevaista. (Karvonen 1998, 33.)

Olen kiinnostunut myös tietyistä ilmiöistä, joka toteutuu tietyssä ympäristössä, terveyskeskuksen kuntoneuvolavastaanotolla. Tutkittavien henkilöiden luomat merkitykset ovat kiinteästi sidoksissa kontekstiin. Henkilöiden kokemukset tavoitteenasettelusta ovat syntyneet terveyskeskuksen fysioterapian kuntoneuvolavastaanotolla ja saaneet siten merkityksensä juuri tässä kontekstissa. Merkitysten muodostumiseen osallistuvina seikkoina konteksteja on hedelmällistä ajatella vaihtelevina ja erityisesti kulttuurisina resursseina, joiden avulla henkilöt tuottavat merkityksiä kokemuksiinsa. Merkitykset, arvot ja katsomukset saavat konkreettisen hahmonsä instituutioissa, sosiaalisissa suhteissa, uskomusjärjestelmissä, tavoissa ja tottumuksissa. (Lehtonen 1996, 165.)

Epistemologisissa eli tieto-opillisissa tarkasteluissa käsitykset koskevat tiedostamisen ja tiedonsaannin ongelmia. Tutkijana on tärkeä tiedostaa oma suhde tutkittavaan kohteeseen ja sen vaikutukset tutkimuksen toteuttamiseen ja ilmiöiden ymmärtämiseen. (Hirsjärvi ym. 1997, 121.) Itse koen hyötyväni tutkimuksen suorittamisessa fysioterapeutin ammatistani ja työkokemuksistani kuntoneuvolatyössä, joiden myötä tutkimukseen oleellisesti liittyvä konteksti on tiedossani. Omista kokemuksistani voi olla myös haittaa, koska vuosien mittaan pinttyneitä näkemyksiä ja uskomuksia on vaikea sivuttaa. Oma esiyymmärrykseni kuntoneuvolaohjaustyöstä on kuitenkin pidettävä kurissa ja sen vaikutus on tiedostettava tutkittavien tuottamia merkityksiä tulkittaessa. Tutkijana minun on siis tarkkailtava useita tekijöitä, jotka tulkintaa tehtäessä vaikuttavat siihen, mitkä niistä monista mahdollisista tutkittavien tuottamista merkityksistä aktualisoituvat eli todellistuvat. Tiedonsaantia koskevia ongelmia ja valintoja käsitellään tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

## **6.2 Aineistonkeruu**

Tutkimus toteutettiin kolmen terveyskeskuksen kuntoneuvolavastaanotolla, jossa asiakkaana oli epätarkan alaselkäkivun kriteerit täyttävä täysi-ikäinen henkilö ja ammattilaisena terveyskeskuksessa työskentelevä fysioterapeutti. Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit valikoituivat oman kiinnostuksensa ja halukkuutensa perusteella. Valinnan edellytyksenä oli myös tutkimukseen osallistuvan asiakkaan löytyminen, joka osallistumishalukkuutensa lisäksi täyttäisi myös epätarkan alaselkäkivun omaavan asiakkaan kriteerit. Kyseessä tuli olla ensimmäinen kuntoneuvolakontakti kyseisen asiakkaan ja hänen alaselkäkipunsa osalta. Aiemmat, muista syistä toteutuneet kuntoneuvolakäynnit eivät vaikuttaneet asiaan.

Ohjauskäynnin tuli olla kansanterveystyönä toteutunut kuntoneuvolakäynti, johon kaikilla kuntalaisilla on mahdollisuus hakeutua omassa terveyskeskuksessaan ilman lääkärin lähetettä. Kuntoneuvolakäynti on usein yksittäinen ohjauskäynti, jonka jälkeen asiakkaan on tarkoitus toimia saatujen ohjeiden mukaan. Tämyntyyppisessä ohjauksessa korostuu tavoitteiden asettaminen eli sellaisen suunnitelman tekeminen, jossa määritellään päämäärä, jota asiakas yrittää saavuttaa ja jonka mukaan asiakkaan on tarkoitus toimia kuntoneuvolakäynnin jälkeen.

Tutkimukseen osallistuviin fysioterapeutteihin oltiin yhteydessä sähköpostilla tai puhelimitse. Heille lähetettiin etukäteen myös kirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, käytettävistä menetelmistä, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Kirjeessä fysioterapeutteja pyydettiin järjestämään haastatteluihin

rauhallinen tila ja varaamaan itselleen kuntoneuvolakäynnin jälkeen 45 minuuttia aikaa haastatteluun osallistumiseen. Kirjeessä oli myös ohjeet tutkimukseen osallistuvan asiakkaan valitsemiseksi sekä asiakkaalle etukäteen lähetettävä kirje.

Aineistonkeruumenetelmän valintaa ohjaa Hirsjärven ym. (1997, 179) mukaan yleensä se, minkälaista tietoa etsitään ja keneltä tai mistä sitä etsitään. Kun halutaan painottaa tutkittavien henkilöiden subjektiivista näkökantaa, valitaan menetelmäksi haastattelu. Tutkimukseni menetelmäksi soveltui teemahaastattelu, koska tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemuksia kuntoneuvolaohjauksessa toteutuvasta tavoitteenasettelusta. 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. Teemahaastatteluun päädyin siksi, että se antaa haastateltavalle mahdollisuuden yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. (Hirsjärvi ym. 1997, 197.)

Tutkimuksessa haastateltiin viiteen ohjauskäyntiin osallistuneet fysioterapeutit (n=5) ja heidän asiakkaansa (n=5). Aineiston koko on vastaavanlaisissa tutkimuksissa ollut viidestä kymmeneen ohjaustilannetta (Dean ym. 2005). Haastattelut toteutettiin touko-kesäkuun aikana vuonna 2006. Ennen kuntoneuvolaohjauksen alkamista osallistujille kerrottiin vielä varmuuden vuoksi tutkimuksen etenemisestä, vapaaehtoisuuteen perustuvasta osallistumisesta ja yksityisyyden suojasta sekä pyydettiin heiltä kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Ohjaustilanteen jälkeen siihen osallistunut fysioterapeutti ja asiakas haastateltiin erikseen.

Haastattelu koostui kahdesta osasta, joista ensimmäisessä osallistujat vastasivat strukturoituun kyselylomakkeeseen (liitteet 1 ja 3) ja toisessa teemahaastattelun kysymyksiin (liitteet 2 ja 4). Kyselylomakkeen väittämät ja teemahaastattelun kysymykset oli testattu pilottitutkimuksella, johon osallistui yksi kuntoneuvolaohjausta työkseen tekevä fysioterapeutti ja hänellä ohjauksessa käynyt asiakas. Kyselylomakkeen suunnittelussa käytettiin mallina Kettusen ym. (2006) arviointimittaria, jonka he kehittivät tutkiessaan neuvontakeskustelun voimavarakeskeisyyttä. Kyselylomakkeella kartoitettiin osallistujien kokemuksia ohjaustilanteesta ja sen avulla pyrittiin ohjaamaan heidän ajatuksiaan tavoitteenasetteluun liittyviin tekijöihin. Teemahaastattelulla täydennettiin jo saatuja tietoja ja tarvittaessa pyydettiin perusteluja esitetyille mielipiteille. Haastattelut äänitettiin tietokoneelle. Yhden

asiakkaan haastattelu suoritettiin aikatauluissa ilmenneiden väärinkäsitysten vuoksi puhelinhaastatteluna samana iltana. Myös tämä haastattelu äänitettiin tietokoneelle.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Kiinnostukseni tutkimuksen aiheeseen oli peräisin aikaisempien tutkimusten ristiriitaisista tuloksista. Tarkoituksena oli selvittää, mitä fysioterapeutit ja asiakkaat kokevat tavoitteenasetteluun kuuluvan ja miten he kokevat tavoitteenasettelun rakentuvan kuntoneuvolaohjauksessa. Aineistosta nousi esille monia kiinnostavia aiheita, joiden kaikkien mukaan ottaminen analyysiin olisi tehnyt siitä hallitsemattoman tehtävän. Aihe oli rajattava tarkkaan ja pidettävä tiukasti kiinni tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimustehtävästä. Alasuutarin (1993, 25) mukaan tutkija tarkastelee aineistoa aina vain tietystä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta ja kiinnittää huomiota vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen kannalta olennaista.

Aineiston analyysissä keskityin ainoastaan teemahaastattelumenetelmällä saadun aineiston käsittelyyn. Analyysimenetelmänä käytin sisällönanalyysia, jota Tuomen ja Sarajärven (2002, 93) mukaan voidaan pitää paitsi yksittäisenä metodina myös väljänä teoreettisena kehyksenä. Strukturoituja kyselylomakkeita en analysoinut erikseen vastausten vähäisen määrän vuoksi. Hirsjärven ym. (1997, 182) mukaan strukturoidut kyselyt analysoidaan yleensä kvantitatiivisesti, ja silloin luotettavan tuloksen saamiseksi otoksen koon on oltava huomattavasti suurempi kuin tässä tutkimuksessa. Kuten jo aiemmin mainitsin, kyselylomakkeen avulla pyrittiin ensisijaisesti ohjaamaan haastateltavien ajatuksia tavoitteenasetteluun liittyviin tekijöihin, jolloin heidän olisi helpompi itse teemahaastattelussa kertoa kokemuksistaan tavoitteenasettelun toteutumisesta.

Äänitettyjen haastatteluiden sanatarkan litteroinnin jälkeen lähdin analyysin teknisessä vaiheessa liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä yksittäisiksi ilmaisuiksi. Tässä vaiheessa analyysia ajatteluprosessiani ohjasi aineistolähtöisyys. Analyysiyksikkönä toimi merkitys tai asiakokonaisuus, jossa viitattiin tavoitteenasetteluun. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan aineistolta kysytään tutkimusongelman tai -tehtävän mukaisia kysymyksiä ja tunnistetaan aineistosta ne asiat, joista ollaan kiinnostuneita. Koska kiinnostuksen kohteena olivat fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemukset tavoitteenasettelusta ja niissä mahdollisesti ilmenevät eroavaisuudet, päätin analysoida molempien ryhmien vastaukset erikseen. Erot eri ihmisten tai havaintoyksikköiden välillä ovat

tärkeitä laadullisessa analyysissä. Ne antavat usein johtolankoja siitä, mistä jokin asia johtuu tai mikä tekee sen ymmärrettäväksi. Erotteluiden tekemiseen on suhtauduttava kuitenkin varovaisesti laadullisessa analyysissä, ettei aineisto peity loputtomista eroista koostuvaan massaan. Tästä syystä onkin tärkeää pelkistää yksittäiset ilmaisut suppeaksi havaintojen joukoksi. (Alasuutari 1993, 25-26.)

Jatkoin analyysia yhdistelemällä samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut samaan kategoriaan ja annoin kategorialle sisältöä kuvaavan nimen. Seuraavaksi yhdistin samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostin yläkategorioita. Yläkategorioille annoin puolestaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Lopulta yläkategoriat yhdistyivät kahdeksi pääluokaksi. Kategorioiden muodostaminen tapahtui teoriasidonnaisesti, jossa aikaisempi tieto ohjasi ja auttoi analyysin tekemisessä.

Kyngäs & Vanhanen (1999) näkevät kategorioiden muodostamisen aineiston käsitteellistämisenä. Käsitteellistämässä eli abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Fysioterapeuttien vastausten osalta pääluokaksi muodostui kuntoneuvolaohjaus ja yksilöllinen tavoitteenasettelu, ja asiakkaiden vastauksista tavoitteen saavuttaminen ja asetettu tavoite. Muodostetuista kategorioista kerrotaan tarkemmin tutkimuksen tuloksissa.

Kategorioiden muodostamisen jälkeen lähdin muodostamaan aineistosta rakennekokonaisuutta. Muodostuneet kategoriat toimivat johtolankoina tutkittavasta aiheesta merkitystulkintaa tehtäessä. Päättelyn logiikkana toimi abduktiivinen päättely, jossa havaintojen tekoon liittyy jokin johtoajatus tai johtolanka. (Alasuutari 1993, 25.) Pelkistettyjä ilmauksia en kuitenkaan unohtanut tässä vaiheessa, vaan etsin niistä vihjeitä merkitystulkintojen tekemiseen ja koko arvoituksen ratkaisemiseen. Tässä vaiheessa analyysia ajatteluprosessissa vaihtelivat teoria- ja aineistolähtöisyys.

## **7 TUTKIMUKSEN TULOKSET**

Tulokset tavoitteenasettelun toteutumisesta esitetään havainnollistamalla kategorioiden muodostuminen taulukoiden avulla, joissa on nähtävissä aineiston käsitteellistäminen aina alkuperäisilmaisista pääkategorioihin päättyen. Kategorioiden esittäminen läpinäkyvästi on mahdollista informanttien pienen määrän vuoksi. Samasta syystä tulosten voidaan katsoa antavan vain viitteitä tutkittavasta aiheesta. Tekstiosuus täydentää tulosten esittämistä keskittyen niiden tekijöiden selvittämiseen, joita taulukossa ei ole tuotu esille. Kuntoneuvolaohjaukseen liittyvistä kokemuksista ei ole muodostettu kategorioita. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemukset on esitetty tekstimuodossa kappaleessa 7.3.

### **7.1 Fysioterapeuttien kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä**

Teemahaastattelun kysymyksillä 3 ja 4 (liite 2) kartoitettiin fysioterapeuttien kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Kaikki viisi (5) fysioterapeuttia kokivat selän ongelman selvittämisen vaikuttavan tavoitteenasetteluun. Kysyttäessä millaisia tavoitteita kuntoneuvolakäynnillä asetettiin, fysioterapeutit aloittivat vastaamisen kertomalla ensin itse ohjaukskäynnille asettamistaan tavoitteista. He kertoivat mitä olivat suunnitelleet ohjaukskäynnillä selvitettävän ja mitä ohjeita asiakkaalle oli tarpeen antaa.

Toteutuneeseen tavoitteenasetteluun vaikutti vahvasti myös kuntoneuvolaressurit. Neljä (4) fysioterapeuttia mainitsivat henkilökuntaressurssien vaikuttavan kuntoneuvolakäynnillä käsiteltäviin asioihin ja tätä kautta myös tavoitteenasetteluun. Vain yksi (1) fysioterapeutti toi esille suunnitelman, jossa toteutuu useampi ohjaukskäynti kyseisen asiakkaan ja kyseisen ongelman osalta. Muut fysioterapeutit toivat esille mahdollisuuden kontrollikäyntiin myöhempänä ajankohtana. Tulokset antavat viitteitä siitä, että kuntoneuvolakäynnin etenemiseen, ohjauksessa käsiteltäviin asioihin ja tavoitteenasetteluun vaikuttavat myös asiakkaasta riippumattomat tekijät. (Taulukko 1)

Asiakkaan osallistuminen tavoitteenasetteluun tuli esille neljän (4) fysioterapeutin kohdalla. Näissä tapauksissa tavoitteista keskusteltiin yhdessä tai asiakas tuli ohjaukskäynnille omine tavoitteineen. Yksi (1) fysioterapeutti kertoi tavoitteenasettelun toteutuneen hänen toimestaan. Silloin hän viittasi antamiinsa harjoitusohjeisiin. Tavoitteenasettelu rinnastettiin harjoitusohjelman tai ohjeiden antamiseen useamman fysioterapeutin toimesta. (Taulukko 1)

Asiakkaan yksilöllisyys tavoitteenasettelussa otettiin huomioon kaikilla viidellä (5) ohjauskäynnillä. Kaksi (2) fysioterapeuttia korostivat asiakkaan kuuntelun merkitystä tavoitteenasettelussa. Toinen heistä oli ainoa fysioterapeutti, joka toi esille suunnitelman useammasta ohjauskäynnistä. Toisen fysioterapeutin asiakas oli tuonut heti ohjauskäynnin alussa esille rajalliset mahdollisuutensa vapaa-ajalla harrastamiseen. (Taulukko 1)

Asiakkaan arjen huomioiminen tuli esille kaikkien viiden (5) fysioterapeutin vastauksissa. Arjen huomioiminen näkyi pääasiassa yksittäisinä huomioina asiakkaan harrastusten, työn, voimavarojen tai elämäntilanteen osalta. Yksi (1) fysioterapeutti toi esille ohjaamillaan harjoitteilla tavoiteltavan arjessa selviytymistä. Arjen huomioiminen tavoitteenasettelussa näyttäisi toteutuvan hyvin monella tavalla; pintaa raapaisten tai asiakkaan arkeen kunnolla pureutuen. (Taulukko 1)

Tavoitteen saavutettavuuden pohdinta näkyi myös kaikkien viiden (5) fysioterapeutin vastauksissa. Fysioterapeutit toivat esille pohtineensa tavoitteenasettelussa tavoitteiden toteutettavuutta ja asiakkaan sitoutumista niihin. Vastaukset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että fysioterapeutit ovat pohtineet tavoitteiden toteutettavuutta ja asiakkaan niihin sitoutumista itseksensä. Asiakkaan ei mainita olleen mukana asian käsittelyssä. (Taulukko 1)

**Taulukko 1.** Muodostuneet kategoriat fysioterapeuttien kokemuksista tavoitteenasettelun toteutumisesta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Tavoitteena oli saada selville mikä hänen selkäänsä vaivaa."	Vaivan selvittäminen	Selän ongelman selvittäminen	Ratkaisu selän ongelmaan (=institutionaalinen tehtävä)	Kuntoneuvola-ohjaus
"Piti saada selville miten vaiva vaikuttaa hänen työhönsä."	Vaikutus työhön			
"Päästiin tavoitteeseen, löydettiin mitä vaivalle vois tehdä."	Keinojen selvittäminen			
"Jos olis vuosia kestänyt selkävaiva, olisi mietittävä onko taustalla jotain psyykkistä tai sosiaalista."	Taustan selvittäminen			
"Tavoitteena olis löytää syy miksi selkä oireilee."	Syy selvittäminen			
"Tavoitteena on selvittää mistä selkäkipu johtuu."	Syy selvittäminen			
"Asiakas sai selkeät ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti."	Selkeät ohjeet	Annetut toimintaohjeet		
"Sai ohjeet miten toimii silloin jos tapahtuu jotain odottamatonta."	Ohjeet jatkoon			
"Sai ohjeet miten toimii jatkossa."	Ohjeet jatkoon			
"Sai kantakorotusohjeet."	Korotusohjeet			
"Haettiin kotiliikkumisen ohjeita, että mitä vois tehdä."	Liikkumisen ohjeet			
"Ohjeilla tavallaan rajataan mitä saa tehdä ja annetaan eväitä millä vois pärjätä."	Annetaan eväitä			
"Rajaaminen on vaikeaa, pitää miettiä kun sulkuunkin jäädään."	Sulun huomioiminen	Kuntoneuvola-resurssit	Kuntoneuvola-resurssit	
"Ensin tutkitaan, sitten käydään läpi jotain ja otetaan muutaman kerta."	Ohjauksen eteneminen			
"On tehtävä tiivis paketti, jotta asiakas pärjää sulkujen ajan."	Sulun huomioiminen			
"Meidän resurssit tekee sen, että ei voi ottaa kovin usein ohjaukseen."	Resurssien huomioiminen			
"On rajattava, ei voi ottaa ens viikolle toista käyntiä."	Käyntien rajallisuus			
"Ei se motivaatio tule 1-2 ohjauskäynnillä."	Käyntien rajallisuus			
"Meillä on vain 45 minuuttia aikaa, pitää rajata paljon."	Ohjausajan rajallisuus			



**Taulukko 1** (jatkuu edelliseltä sivulta).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Asiakkaalla oli oma tavoite, että saisi lihakset vahvistumaan."	Oma tavoite	Asiakkaan oma tavoite	Tavoitteen-asettelun toteutuminen	Yksilöllinen tavoitteen-asettelu
"Asiakas oli asettanut itse tavoitteet, että haluaa saada harjoitusohjelman jolla saa selän kuntoon."	Itse asettanut tavoitteen			
"Asiakas halusi yksityiskohtaisempia ohjeita."	Halusi ohjeita			
"Tavoitteet asetettiin yhdessä, niistä keskusteltiin yhdessä."	Tavoitteista keskusteleminen	Asiakkaan osallistuminen tavoitteen-asetteluun		
"Mietittiin yhdessä, että mihin hänellä on mahdollisuuksia."	Tavoitteiden käsittely yhdessä	Fysioterapeutin osuus tavoitteen-asettelussa		
"Tavoitteet tuli mun puolelta, että tän tyyppisiä harjoitteita pitäisi tehdä."	Annetut tavoitteet			
"Ajattelin, että mun tavoite on sama kuin hänen."	Tavoitteisiin yhtyminen			
"Asiakkaan asettamiin tavoitteisiin oli helppo yhtyä."	Tavoitteisiin yhtyminen			
"Mulla on helppo tapa tarjota niitä tavoitteita."	Tavoitteiden tarjoaminen	Asiakkaan yksilöllisyys		
"Asiakkaasta näkee kuinka suoraan ja millä tavalla näitä asioita voi esittää."	Asiakkaan yksilöllisyys			
"Asiakasta kuuntelee että mistä lähtökohdista mennään, mitä hän pystyis tekemään."	Kuunteleminen		Aktiivinen kuuntelu	
"Potilaasta aistii sen kuinka hän haluaa harjoittelua ruveta toteuttamaan."	Potilaan motivaatiotaso			
"Pitää kuunnella asiakasta, koska jotkut ovat hyvin arvokkaita."	Kuunteleminen	Arjen huomioiminen		
"Hän tarvitsee uuden työtuolin."	Työn huomioiminen			
"Harjoitteilla haetaan sellaista arjen selviytymistä."	Arjen selviytyminen			
"Asiakas sanoi ettei ole mahdollisuutta mennä iltaisin harjoittelemaan kuntosalille, silloin mietitään jotain muuta."	Mahdollisuudet harjoitteluun			
"Kysyin hänen harrastuksistaan, koska katsoin ne tärkeäksi."	Harrastuksien huomioiminen			
"Arkirutiinit ja työ olivat tiedossa."	Arkirutiinien huomioiminen			
"Voimavarat tulivat kyllä esille keskusteltaessa."	Voimavarojen huomioiminen			
"Asiakkaalla on lapsia ja on ollut päätöksissä."	Elämäntilanteen huomioiminen			

**Taulukko 1** (jatkuu edelliseltä sivulta).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Oli aika isot tavoitteet, että löytyis semmoinen selälle kivuton liikuntamuoto."	Asetettujen tavoitteiden realistisuus	Tavoitteen toteutettavuuden pohdintaa	Tavoitteen saavutettavuus	Yksilöllinen tavoitteenasettelu
"Olikohan asiakas oikeesti ajatellut omaa tavoitettaan, koska se vaatii paljon työtä."	Asiakkaan asettaman tavoitteen realistisuus			
"On ajateltava niin, että asiakas pärjää itse niiden ohjeiden kanssa."	Asiakkaan kyky toteuttaa ohjeita			
"Tuli esille että juokseminen olisi ainakin halpaa."	Asiakkaan mahdollisuus toteuttaa tavoitteita			
"Ei niitä jumppaohjeita asiakkaille turhaan tehdä."	Ohjeiden noudattamisen huomioiminen			
"Jos asiakas hyötyisi harjoitteista, kysyn että miltäs kuullostaa, tulisiko tehtyä."	Asiakkaan motivaation huomioiminen	Asiakkaan sitoutumisen pohdintaa		
"Kun asiakas pyytää harjoitusohjelmaa kotiin, niin hän on varmaan valmis tekemään niitä."	Oletus asiakkaan sitoutumisesta			
"Mietin vaan, kuinka hän jaksaa miehenä ymmärtää syviä lihaksia ja niiden harjoituksia."	Asiakkaan asenteen pohtiminen			

## 7.2 Asiakkaiden kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä

Teemahaastattelun kysymyksillä 3 ja 4 (liite 4) kartoitettiin asiakkaiden kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tavoitteenasetteluun kuului oman sitoutumisen pohdintaa kaikkien viiden (5) asiakkaan kohdalla. He pohtivat sitoutumistaan kuitenkin itsekseen kuten fysioterapeuttienkin todettiin tehneen tavoitteiden toteutettavuuden ja asiakkaan niihin sitoutumisen osalta. Asiakkaiden vastauksissa korostuu heidän oma vastuunsa ja halukkuutensa tavoitteiden saavuttamiseen. Tavoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittelemättömyys yhdessä fysioterapeutin kanssa tuli esille kahden (2) asiakkaan vastauksissa. Toinen heistä korosti fysioterapeutin ammattitaitoon luottamista tavoitteenasettelussa ja toisella asiakkaalla oli omat toiveet kuntoneuvolaohjauksen osalta. Tulokset antavat viitteitä siitä, että tavoitteiden toteutettavuutta ja niihin sitoutumista ei odotetakaan käsiteltävän yhdessä vaan molemmat osapuolet näyttävät käsittelevän aiheeseen liittyviä tekijöitä itsekseen. (Taulukko 2)

Kaikki viisi (5) asiakasta osasivat nimetä ohjauskäynnillä asetetut tavoitteet. Ne on luokiteltu joko lopputulostavoitteeksi, jossa viitataan ongelman poistumiseen tai osatavoitteeksi, jossa viitataan hieman konkreettisempaan tavoitteeseen tai toimintasuunnitelmaan Arkielämän huomioon ottaminen tavoitteenasettelussa tuli selvästi esille vain yhden (1) asiakkaan vastauksessa, jossa hän toi esille mahdollisuutensa ohjattujen harjoitteiden ja ergonomisten työasentojen toteuttamiseen arkielämässään. Kyseinen asiakas oli tuonut ohjauskäynnin alussa esille rajalliset mahdollisuutensa vapaa-ajalla harrastamiseen, esimerkiksi kuntosaliharjoitteluun. (Taulukko 2)

Osallistuminen tavoitteenasetteluun tuli esille neljän (4) asiakkaan vastauksissa. Yksi (1) asiakas koki, että tavoitteita ei asetettu yhdessä. Hänen kohdalla fysioterapeutti antoi ohjeet ja asiakas oli tähän tyytyväinen, koska ei itse tiennyt, miten pitäisi toimia. Tavoitteenasettelussa viitattiin fysioterapeutin antamiin liikeharjoitteisiin useamman asiakkaan toimesta. Tulokset antavat viitteitä siitä, että fysioterapeuttien lisäksi myös asiakkaat rinnastavat tavoitteenasettelun fysioterapeutin antamiin ohjeisiin. (Taulukko 2)

**Taulukko 2.** Muodostuneet kategoriat asiakkaiden kokemuksista tavoitteenasettelun toteutumisesta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Itse minun on huolehdittava itsestäni, kukaan ei tule kotiin mua hoitamaan."	Itsestä huolehtiminen	Oma vastuu tavoitteiden saavuttamisessa	Oman sitoutumisen pohdintaa	Tavoitteen saavuttaminen
"Saan tietää miten toimin, itehän mun pitäis pärjätä."	Pärjääminen omillaan			
"Se on kiinni siitä mitä mä itse teen"	Oma vastuu			
"Päätin itse, että hommaan ne tavarat, ei siitä tule mitään, jos selkä on kipeä."	Tehty päätös ohjeiden noudattamisesta	Oma halukkuus tavoitteiden toteuttamiseen		
"Mää haluan, että mun selkä pysyy kunnossa ja pysyn työkykyisenä."	Halu pysyä kunnossa			
"Mää haluan tehdä niitä liikkeitä."	Halu tehdä liikkeitä			
"Sain kotiläksyä kesäksi, niitä sitten toteutan."	Aikomus toteuttaa ohjeita			
"Hommaan sen jumppapallon."	Harjoitusvälineen hankinta			
"Jumppaaminen on vähäsen naisten hommaa."	Asenne jumppaa kohti	Tavoitteisiin sitoutumisen käsittelemättömyys yhdessä	Tavoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittelemättömyys ohjaustilanteessa	
"En sanonut, että olen sitoutunut tavoitteisiin."	Ei tuonut esille sitoutumistaan			
"Sitä fysioterapeutti ei kysynyt, että olenko sitoutunut tavoitteisiin."	Sitoutumisesta ei kysytty			
"Fysioterapeutti varmaan uskoo, että mä haluan tehdä niitä liikkeitä."	Sitoutuminen jäänyt oletukseksi			
"Sitä ei kysytty, onko annetut ohjeet toteutettavissa."	Toteutettavuutta ei kysytty			
"Sitä ei käyty läpi, että onko tavoitteet toteutettavissa."	Toteutettavuutta ei käyty läpi	Tavoitteiden toteutettavuuden käsittelemättömyys yhdessä		

**Taulukko 2** (jatkuu edelliseltä sivulta).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Tavoitteena on se, että mitä voin tehdä, että teen oikein enkä pahenna tilannetta."	Tilanteen pahenemisen ehkäisy	Selän ongelmien väheneminen	Lopputulostavoite	Asetettu tavoite
"Tavoitteena on kivun lievittyminen."	Kivun lievitys	Selän kunnon paraneminen		
"Tavoite on saada selkä kuntoon."	Selkä kuntoon			
"Tavoitteena on saada lihakset kuntoon."	Lihakset kuntoon			
"Harjoitukset on jopa mahdollista tehdä normaalielämän seassa."	Harjoitukset arkielämän seassa	Arkielämän huomioiminen	Osatavoite	
"Pystyn kotona tekemään niitä harjoituksia ja etsimään niitä lihaksia."	Harjoittelu kotona	Ergonomian huomioiminen		
"Mulle hommataan kunnan työtuoli ja katsotaan, että työn pohjalta tulee parempi olo."	Istuma-asennon huomioiminen työssä			
"Tavoitteena on omaksua ihan pelkät asennot, miten mitään tehdään."	Asentojen huomioiminen			
"Hommaan kengänpohjaan korottimen."	Alaraajojen asennon korjaaminen	Fysioterapeutin ammattitaitoon luottaminen	Tavoitteenasettelun rakentuminen	
"Fysioterapeutti sanoi mitä tehdään ja se kyllä mulle käy. En itse tiedä miten pitäisi toimia, että selkä tulisi kuntoon. Tavoitteita ei asetettu yhdessä"	Fysioterapeutin antamat toimintaohjeet			
"Tavoitteita laadittaessa ft antoi oikeat liikkeet, niitähän tarvitaan, se on sitä ammattitaitoa."	Fysioterapeutin antamat jumppaliikkeet		Oma osallistuminen tavoitteenasetteluun	
"Esitin semmoisen toiveen, että saan liikkeitä, joilla selkä pysyy kunnossa."	Asiakkaan esittämä toive			
"Tavoitteet lähti mun toiveista. Niitä mentiin yhdessä läpi."	Asiakkaan toive lähtökohtana			
"Tavoitteiden asettamiseen vaikutti kyllä mun tarpeet."	Asiakkaan tarpeet			
"Tavoitteita mentiin yhdessä läpi."	Yhdessä tekeminen			

### 7.3 Fysioterapeuttien ja asiakkaiden kokemuksia kuntoneuvolaohjauksesta

Tavoitteenasetteluun liittyvien kokemusten lisäksi temahaastattelussa kartoitettiin myös osallistujien kokemuksia yleisesti kuntoneuvolaohjauksesta ja ohjaukseen liittyvistä odotuksista ja tavoitteista sekä niiden toteutumisesta. Kokemuksia kartoitettiin fysioterapeuteilta kysymyksillä 1, 2 ja 8 (liite 2) ja asiakkailta kysymyksillä 1, 2, 5, ja 6 (liite 4). Lisäksi fysioterapeuteilta kysyttiin tilanteista, jotka he kokevat haasteelliseksi asiakkaan ohjaamisessa kuntoneuvolakäynnillä. Tähän vastauksia haettiin kysymyksellä 5 (liite 2).

Fysioterapeuteilla oli selvät tavoitteet kuntoneuvolatyyppiselle ohjauksikäynnille. Kaikki fysioterapeutit näkivät ohjauksen tavoitteena olevan asiakkaan ongelman, toimintakyvyn ja siitä aiheutuvan haitan selvittämisen, yksilöllisen ohjauksen ja asiakkaan itsehoitoon motivoimisen. Fysioterapeuttien vastauksissa korostui asiakkaaseen saadun luottamuksellisen yhteyden, yhteisen kemian löytymisen ja leppoisan ilmapiirin vaikutus kuntoneuvolakäynnin onnistumiseen. Fysioterapeutit kokivat ohjauksikäynnin onnistuneeksi, jos asiakas oli motivoitunut ja aktiivisesti mukana tilanteessa ja jos he kykenivät toteuttamaan ohjauksikäynnin suunnitelmansa mukaisesti. Ohjauksikäynti arvioitiin onnistuneeksi myös sen perusteella, oliko asiakkaan ongelma saatu selvitettyä ja oliko ongelmaan löytynyt ratkaisu. Kaikki fysioterapeutit kokivat ohjauksikäyntinsä onnistuneeksi ja sen edenneen suunnitelmien mukaan.

Asiakkaan ohjaamisessa fysioterapeutit kokivat haasteelliseksi sellaiset tilanteet, joissa asiakkaana on passiivinen, moniongelmainen, sulkeutunut tai kysymyksiin vastaamaton asiakas. Haastavia asiakkaita ovat myös ne, jotka eivät ole miettineet omaa ongelmaansa lainkaan tai ovat jo aiemmin saaneet ohjausta, mutta eivät ole kokeneet siitä hyötyvänsä tai eivät ole noudattaneet saamiaan ohjeita. Kuntoneuvolaohjauksessa fysioterapeutit kokivat haastavaksi tilanteessa käsiteltävien asioiden rajaamisen, oireiden selittämisen, ohjeiden perustelemisen, aikapulan sekä asiakkaan motivoimisen, tavoittamisen ja kuuntelemisen.

Asiakkaat odottivat kuntoneuvolaohjauksessa saavansa fysioterapeutilta tietoa selän ongelmien syistä ja keinoja ongelmien ratkaisemiseksi. He odottivat, että fysioterapeutti tutkii heidän toimintakykynsä, selvittää, mikä selässä on vialla ja antaa ohjeet, joiden mukaan toimia. Asiakkaat luottivat fysioterapeutin ammattitaitoon ja olivat vakuuttuneita saamastaan ohjauksesta. Kaikki asiakkaat olivat tyytyväisiä ohjauksikäyntiin ja kokivat odotustensa toteutuneen. He korostivat vielä ohjaustilanteessa vallinneen leppoisan ja kannustavan ilmapiirin vaikuttaneen käynnin onnistumiseen.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sekä fysioterapeuttien että asiakkaiden kokemuksia kuntoneuvolaohjauksesta ja siinä toteutuvasta tavoitteenasettelusta. Tutkimuksen päätulokset voidaan tiivistää seuraavasti: Kuntoneuvolaohjaukseen liittyy sekä fysioterapeuttien että asiakkaiden osalta lähinnä ongelman selvittämiseen ja ohjeiden antamiseen liittyviä odotuksia, joiden täytyessä osallistujat ovat tyytyväisiä toteutuneeseen ohjaukseen. Nämä institutionaaliset odotukset vaikuttavat myös tavoitteenasettelun toteutumiseen. Asiakas osallistuu kuntoneuvolaohjauksessa tavoitteenasetteluun, mutta tavoitteiden toteutettavuutta ja niihin sitoutumista ei käsitellä ohjaustilanteessa yhdessä fysioterapeutin kanssa. Tavoitteen asettaminen -termi on sekä fysioterapeuteille että asiakkaille monimerkityksinen. Tavoitteen asettaminen rinnastetaan usein harjoitusohjeiden antamiseen, jonka nähdään ohjaustilanteessa olevan fysioterapeutin tehtävä.

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia peilaten niitä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tarkoituksena on pohtia sitä, mitä uutta tietoa tutkimustulokset antavat fysioterapian ohjaustilanteessa toteutuvasta tavoitteenasettelusta, miten ohjauskäyntiin liittyvät odotukset ja tavoitteet vaikuttavat tavoitteenasetteluun ja miksi tavoitteiden toteutettavuutta ja niihin sitoutumista ei käsitellä yhdessä ohjaustilanteessa. Tuloksia tarkasteltaessa pohditaan myös sitä, miten tutkimuksen antamaa tietoa voisi käyttää hyväksi.

#### *8.1.1 Institutionaalisten odotusten ja tehtävien vaikutus kuntoneuvolaohjaukseen ja tavoitteenasettelun toteutumiseen*

Tässä tutkimuksessa asiakkaat kokivat osallistuvansa tavoitteenasetteluun ja osasivat nimetä tavoitteet, joiden mukaan heidän on määrä toimia ohjaustilanteen jälkeen. Myös fysioterapeutit toivat esille asiakkaan osallistumisen tavoitteenasetteluun. Tapauksissa, joissa tavoitteenasettelu toteutui fysioterapeutin toimesta, viitattiin fysioterapeutin tehtävään antaa asianmukaiset harjoitteluohjeet. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu asiakkaiden omaksuvan ohjaustilanteessa oman roolinsa ja odottavan fysioterapeutin antavan heille ohjeita (Dean ym. 2005, Kukkohovi 2005). Asiakkaiden odotukset ohjaustilanteen osalta olivat samansuuntaisia myös tässä tutkimuksessa, jossa asiakkaat odottivat fysioterapeutin selvittävän heidän ongelmansa ja antavan asianmukaiset ohjeet. Myös fysioterapeutit toivat

selvästi esille oman institutionaalisen tehtävänsä koskien sekä kuntoneuvolaohjausta että tavoitteenasettelua. Tulokset näyttäisivät vahvistavan teoriaa, jonka mukaan fysioterapeuttiseen ohjaukseen vaikuttavat sekä fysioterapeutilla että asiakkaalla olevat, heidän institutionaalisiin rooleihin ja tehtäviin perustuvat odotuksensa (Dean ym. 2005, Kukkohovi 2005). Tämän myötä myös tavoitteenasettelu saatetaan nähdä fysioterapeutin tehtäviin kuuluvaksi, etenkin jos tavoitteenasettelu ymmärretään harjoitusohjeiden antamiseksi.

Fysioterapiatilanteita havainnoitaessa on todettu tavoitteenasettelun toteutuvan asiantuntijalähtöisesti, jossa asiakkaan osallistuminen on ollut erittäin vähäistä (Viitanen 1997, 117, Parry 2004, Wohlin Wottrich ym. 2004). Tulosten ristiriitaisuus saattaa johtua käytetystä tutkimusmenetelmästä eli siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Kuten jo aiemmin todettiin, asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemuksia tavoitteenasettelun toteutumisesta ja asiakkaan siihen osallistumisesta saattaa ohjata heidän käsityksensä omista rooleistaan ohjaustilanteessa. Tavoitteenasettelun toteutumiseen saattaa vaikuttaa myös konteksti ja itse fysioterapiatilanteeseen liittyvät tavoitteet. Kuntoneuvolatyyppisen ohjauksen tavoitteena on asiakkaan itsehoitoon motivoiminen, joka saattaa vaikuttaa positiivisesti asiakkaan osallistumiseen tavoitteenasetteluun.

Edellä mainittujen tehtävien lisäksi fysioterapeutit saattavat kokea institutionaaliseksi tehtäväkseen ratkaista itsenäisesti kuntoneuvolakäynnillä käsiteltävät asiat ja myös ohjauksesta poisjäävät asiat. Fysioterapeutit kokivat haasteellisiksi ohjaustilanteessa käsiteltävien asioiden rajaamisen, aikapulan sekä asiakkaan motivoimisen, tavoittamisen ja kuuntelemisen. He kokivat myös henkilökuntaresurssien vaikuttavan ohjauksikäynnillä käsiteltäviin asioihin ja tavoitteenasetteluun. Samansuuntaisia tuloksia nousi esille myös Greenfieldin (2006) tutkimuksessa, jossa fysioterapeutit kuvailivat fysioterapiatilanteeseen liittyvän eettisiä päätöksiä, joissa tarvitaan luovaa kykyä ottaa huomioon sekä asiakkaan tarpeet että yleisten sääntöjen ja normien rajaamat mahdollisuudet.

Haasteellisiksi koettujen asioiden käsittely saattaa helposti jäädä vahvojen institutionaalisten tehtävien varjoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu fysioterapeuttien tekevän valintoja sen suhteen, käyttävätkö aikaansa asiakkaan kuunteluun vai manuaaliseen käsittelyyn (Dean ym. 2005). Myös yhteisen tavoitteenasettelun on arvioitu vievän enemmän aikaa kuin niiden tarjoamisen asiakkaalle valmiina (Parry 2004). Näyttäisikin siltä, että fysioterapeutit tekevät



tärkeitä ratkaisuja kuntoneuvolaohjauksen aikana koskien esimerkiksi institutionaalisia tehtäviään, asiakkaan kuuntelua tai yhteistä tavoitteenasettelua. Tehdyistä valinnoista olisi fysioterapeuttien kuitenkin oltava tietoisia, jolloin he voisivat arvioida niiden vaikutusta eri ohjaustilanteiden ja eri asiakkaiden kohdalla tapauskohtaisesti.

Fysioterapeuttien tulisi olla tietoisia myös omista neuvontatavoistaan. Kuten jo aiemmin todettiin, institutionaaliset tehtävät ja roolit ovat vahvasti esillä kuntoneuvolaohjauksessa ja tavoitteenasettelussa. Neuvontakeskustelussa olisi kuitenkin ohjattava asiakasta voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun mukaisesti ottamaan vastuuta neuvonnan kulusta ja tätä kautta myös asetettavista tavoitteista. Kun asiakas osallistuu aktiivisesti neuvontakeskusteluun, on hänellä jatkossakin entistä parempia mahdollisuuksia ratkaista omia ongelmiaan, tunnistaa tarpeitaan ja saavuttaa tavoitteitaan (Nupponen 1998, Kettunen 2001, 80, 91).

Yhteinen tavoitteenasettelu ei vie Bakerin ym. (2001) mukaan sen enempää aikaa, jos asiakas osallistuu fysioterapiaan alusta alkaen. Ohjaustilanne kannattaisikin aloittaa asiakkaan kanssa keskustelulla, jossa mietittäisiin ensin tavoitteet itse ohjauskäynnille. Asiakas osallistuisi jo kuntoneuvolakäynnin etenemisen suunnitteluun, jolloin hän voisi tuoda esille omat tarpeensa ohjauskäynnin osalta. Näin osallistujat voisivat yhdessä päättää niistä asioista, joita tulevat ohjaustilanteessa käsittelemään. Tämä helpottaisi myös fysioterapeutin päätöksentekoa. Aikaisempien tutkimusten mukaan ohjaustilanteesta on helpompi muodostaa molempia osapuolia tyydyttävä, kun osallistujat keskustelevat odotuksistaan fysioterapiaa ja molempien rooleja kohtaan (Potter 2003, Gibson & Martin 2003, Kukkohovi 2005).

Ohjaustilanteen yhteisellä suunnittelulla olisi mahdollista herättää myös ne fysioterapeuttien haasteellisiksi kokemat asiakkaat, jotka eivät ole aikaisemmin miettineet omaa ongelmaansa lainkaan. Näin fysioterapeutti ohjaisi asiakasta kriittiseen ajatteluun oman ongelmansa ja siihen liittyvän kuntoutumisen osalta. Moniongelmaisten asiakkaiden kohdalla keskustelu saattaisi selkiyttää osallistujille ne oireet tai ongelmat, joiden asiakas näkee eniten haittaavan toimintakykyään ja joihin olisi ensisijaisesti kiinnitettävä huomiota. Dean ym. (2005) ovat hahmotelleet samansuuntaista visiota, jossa asiakasta ohjataan tekemään valintoja oman ajattelunsa ja omien kokemustensa perusteella koskien hänen ongelmaansa ja siihen liittyvää kuntoutumista. Edellä mainittujen asioiden käsittely auttaisi asiakkaan ongelman hahmottamisessa ja näin ollen myös tilanteeseen istuvien tavoitteiden asettamisessa.

### *8.1.2 Tavoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittelemättömyys*

Tässä tutkimuksessa kaikki fysioterapeutit toivat esille asiakkaan yksilöllisyyden ja arjen huomioimisen vaikuttaneen tavoitteenasetteluun. Kaikki fysioterapeutit ja asiakkaat pohtivat myös tavoitteiden toteutettavuutta tai niihin sitoutumista, mutta edellä mainittuja asioita ei käsitelty yhdessä. Asetettuja tavoitteita ei ”nostettu pöydälle” lähempään tarkasteluun. Yhdessä ohjaustilanteessa asiakas toi esille rajalliset mahdollisuutensa vapaa-ajalla harrastamiseen, jolloin tavoitteet ja ohjatut harjoitteet yhdistettiin hänen arkielämäänsä. Asiakas totesi haastattelussa, että tavoitteet ovat toteutettavissa. Tämä oli ainoa tilanne, jossa tavoitteiden toteutettavuutta käsiteltiin yhdessä. Samansuuntaisia tuloksia esitti tutkimuksessaan myös Baker ym. (2001), jotka totesivat, että fysioterapeutti ja asiakas eivät käsitelleet sopimustaan tavoitteiden osalta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa fysioterapeuttien on todettu ohjaavan asiakkaita oireenmukaisesti yleisen tiedon pohjalta, jolloin asiakkaan kokemuksia ei oteta huomioon (Viitanen 1997, 126, Wohlin Wottrich ym. 2004). Ohjeiden antaminen ja sitä kautta tavoitteenasettelu näyttäisikin toteutuvan siitä näkökulmasta, mitä olisi yleisesti hyvä tehdä kyseisen ongelman suhteen. Siitä molemmat saattavatkin olla samaa mieltä, mutta käsittelemättä jää se, mitä juuri kyseisen asiakkaan voimavaroilla ja elämäntilanteessa on realistista tavoitella. Tavoitteiden toteutettavuuden käsittely saattaa olla kiinni siitä, tuoko asiakas itse esille mahdollisia esteitä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen.

Tämän tutkimuksen mukaan ohjaustilanteessa vallitsi leppoisa ja kannustava ilmapiiri, jonka osallistujat kokivat vaikuttavan ohjaustilanteen onnistumiseen. Aikaisemmat tutkimukset vahvistavat tätä näkemystä, jonka mukaan fysioterapeutit tavoittelevat positiivista ilmapiiriä ja pitävät tätä tärkeänä (Lundvik Gyllensten ym. 1999) ja myös asiakkaat kokevat tulevan huomioiduksi ja kuulluksi sekä olevansa tasavertaisia fysioterapeutin kanssa (Kukkohovi 2005). Tavoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittely saattaa jäädä toteutumatta, koska sen nähdään aiheuttavan uhkaa leppoisalle ilmapiirille ja tämän lisäksi vievän runsaasti aikaa. Arkaluonteisten asioiden käsittelyn todettiin myös Bakerin ja kumppaneiden (2001) tutkimuksessa aiheuttavan uhkaa fysioterapiatilanteen ilmapiirille, joten sellaisten asioiden käsittelyä vältettiin.

Elintapojen muutoksiin liittyvistä esteistä on todettu neuvontatilanteessa syntyvän vain vähän keskustelua (Kettunen 2001, Karhila ym. 2003, Kettunen ym. 2004). Tavoitteiden toteutumisen esteet eivät tule automaattisesti esiin ohjaustilanteessa. Asiakas saattaa kokea aiheen araksi, jolloin hän esimerkiksi kyseenalaistaa tai torjuu fysioterapeutin antamat ohjeet. Etenkin, jos asiakas kokee omaksi roolikseen hoito-ohjeisiin mukautumisen, voi kynnyksellä olla korkea ohjeiden noudattamiseen liittyvien esteiden esiintyminen.

Fysioterapeuttien tulisi kuunnella asiakasta aktiivisesti, jolloin he voisivat paremmin tunnistaa sellaisia asioita, joita ei suoraan sanota ja joiden esille tuomista tietoisesti tai huomaamatta vältetään. Asiakasta olisi myös rohkaistava tuomaan esiin hänen näkökulmansa asetettavasta tavoitteesta. Kuten dialogisessa neuvontakeskustelussa korostetaan, ohjauksessa ei tule pyrkiä ainoastaan ymmärrykseen ja ristiriitatilanteiden minimoimiseen, vaan mobilisoimaan erilaisia näkökulmia kohtaamaan toisensa (Bahtin 1991, 115). Realististen tavoitteiden asettaminen vaatisi dialogisen neuvontakeskustelun toteutumista, jossa pääosassa olisi neuvottelu tavoitteiden toteutettavuudesta ja niihin sitoutumisesta sekä fysioterapeutin ja asiakkaan näkemysten yhteensovittaminen.

Tavoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittely korostuu entisestään fysioterapeuttien haasteellisiksi kokemissa ohjaustilanteissa, joissa asiakkaat eivät välttämättä ole miettineet ongelmaansa tai asiakkaiden tavoittaminen ja motivoiminen koetaan haastavaksi. Asiakkaita olisi ohjattava oman ongelmansa hahmottamisen lisäksi miettimään, mitä he ovat valmiita tekemään ongelmansa ratkaisemiseksi. Toisaalta myös niissä tilanteissa, joissa asiakkaalla on omat tavoitteet ongelmansa ratkaisemiseksi, olisi niiden toteutettavuutta ja niihin sitoutumista tärkeä käsitellä.

### *8.1.3 Tavoitteenasettelu-termin käyttöönotto*

Tavoitteenasettelun rakentumista ja siihen osallistuvien kartoittamista näyttää vaikeuttavan tavoitteen asettaminen -termin monimerkityksellisyys. Tämä tuli esille sekä fysioterapeuttien että asiakkaiden haastatteluissa, joissa lähes jokaisessa tavoitteiden asettaminen -termi oli tarpeen määritellä, vaikka osallistujat olivat jo ennen haastattelua vastanneet strukturoituun kyselylomakkeeseen, jossa esitettiin väittämiä juuri tavoitteenasetteluun liittyvistä tekijöistä. Haastattelussa fysioterapeutit aloittivat spontaanisti kertomaan ensin itse ohjauksikäynnille asettamistaan tavoitteista ja vasta tarkentavien kysymysten jälkeen he kertoivat niistä tavoitteista, joita asiakkaalla oli määrä tavoitella ohjauksikäynnin jälkeen.

Näyttäisikin siltä, että tavoitteenasettelu-termiä ei käytetä fysioterapian ohjaustilanteessa. Termin käyttäminen saattaisi kuitenkin ohjata sekä fysioterapeutteja että asiakkaita keskustelemaan yhdessä juuri kyseisen asiakkaan kohdalla asetettavista tavoitteista, niiden toteutettavuudesta ja niihin sitoutumisesta. Tavoitteenasettelu olisi myös tarpeellista erottaa ohjeiden antamisesta. Liikeharjoitteiden ohjaus on yleensä fysioterapeutin tehtävä, mutta tavoitteenasettelussa asiakkaan tulisi toimia neuvottelukumppanina tuoden esille muun muassa oman näkökulmansa tavoitteiden toteutettavuudesta. Tavoitteista neuvottelemineen voisi selkiyttää ja täsmentää tavoitteita sekä muokata ne realistisiksi asiakkaan voimavarat ja arkielämän huomioiden. Aikaisempien tutkimusten mukaan täsmälliset, selkeät ja asiakkaan itsensä määrittelemät sekä realistiset ja toteutettavissa olevat tavoitteet edistävät niihin sitoutumista ja tavoitteiden saavuttamista (Andersson ym. 2000, Gillibrand & Flynn 2001, Rovio ym. 2003, Dean ym. 2005).

Kuntoneuvolaohjauksessa fysioterapeutit voisivat kartoittaa tavoitteiden toteutettavuuden lisäksi myös erikseen asiakkaan sitoutumista asetettuihin tavoitteisiin. Näin voisi korostaa itsehoitoon tyypillisesti tähtäävässä kuntoneuvolaohjauksessa asiakkaan omaa vastuuta tavoitteiden saavuttamisessa. Tämän myötä saattaisi nousta esiin tarve miettiä tavoitteita uudestaan sen mukaan, mihin asiakkaalla on realistiset mahdollisuudet ja mihin hän on valmis sitoutumaan. Dean ym. (2005) tuovat esille samansuuntaisen haasteen, jossa he näkevät dialogisen keskustelun edesauttavan potilaan omien näkemysten esiin saattamista ja muuntumista sekä edistävän tavoitteisiin sitoutumista.

Tavoitteiden toteutettavuudesta ja niihin sitoutumisesta olisi tarpeen tehdä merkintä myös fysioterapiadokumentteihin ja varmistaa vielä asiakkaalta hänen näkökulmansa siitä, mitä kertomustietoihin kirjataan. Tietoja voisi käyttää hyväksi mahdollisilla seuraavilla kuntoneuvolakäynneillä, jolloin tavoitteiden toteutumisen ja tavoitteisiin mahdollisesti tehtävien muutosten käsittely helpottuisi. Tietoja voisivat hyödyntää myös muut kertomustietoja käyttävät ammattiryhmät. Tämä saattaisi edistää fysioterapian tavoitteisiin sitoutumista.

Loppuyhteenvedon voidaan todeta, että tutkimuksen tulokset näyttäisivät tukevan Bakerin ja kumppaneiden (2001) näkemystä, jossa he arvioivat tavoitteenasetteluprosessin olevan vielä fysioterapiassa kehitysasteella. Tavoitteenasetteluun ja yleensä kuntoneuvolakäyntiin

osallistumista voisi edistää ottamalla asiakas aktiivisesti mukaan ohjaustilanteeseen alusta alkaen, jolloin asiakas tulisi huomioiduksi omine tarpeineen, voimavaroineen ja elämäntilanteineen alkuhaastattelusta aina tutkimiseen ja tavoitteenasetteluun asti. Asiakkaan omien kokemusten ja tuntemusten merkitystä olisi myös tärkeä korostaa, jotta asiakas kykenee arvioimaan niiden seurauksia ja ottamaan vastuuta hyvinvoinnistaan. Näitä tekijöitä olisi hyvä herätellä jo ohjaustilanteessa, jolloin realististen tavoitteiden asettaminen ja niihin liittyvien ohjeiden antaminen toteutuisi.

Asiakasta olisi siis rohkaistava tuomaan esille mahdolliset esteet esimerkiksi kotiharjoittelun toteutumiseksi, jotta ohjauskäynnillä käsiteltävät asiat hyödyttäisivät asiakasta tilanteen jälkeen. Joskus esteistä keskusteleminen ja niiden esiin tuominen voi tuoda uutta perspektiiviä asiakkaan tilanteeseen ja auttaa ratkaisun löytymisessä. Tavoitteet eivät kuitenkaan aina liity ohjeiden noudattamiseen, vaan saattavat koskea esimerkiksi asiakkaan ongelman tai asenteen selvittämistä. Toisaalta asiakkaan ongelma ei aina välttämättä ole fysioterapian keinoin ratkaistavissa, jolloin asiakkaan ensisijaiset tarpeet olisi selvitettävä jonkun toisen ammattilaisen toimesta.

*”Ei niitä jumppaohjeita turhaan tehdä”* -ilmaisua käyttäen ja sitä vielä tarkemmin analysoiden voidaan todeta, että kuntoneuvolaohjausta voisi hahmotella aivan uudesta näkökulmasta. Sen sijaan, että uusinnetaan omaksuttuja, staattisia käytäntöjä, voitaisiin ohjaustilanteen ensisijaisena tavoitteena nähdä asiakkaan tarpeiden selvittämisen ja niihin vastaamisen. Näin fysioterapeutti voisi syventää ammattitaitonsa juuri kyseisen asiakkaan tarpeisiin jättäen pois kaiken ylimääräisen, ohjaukseen yleisesti kuuluvan selvittelyn ja ohjauksen.

## **8.2 Luotettavuuden tarkastelua**

### *8.2.1 Laadullisen tutkimuksen arviointia*

Laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuus on moninainen ja tutkimuksessa onkin otettava huomioon ettei todellisuutta voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat vaikuttavat samanaikaisesti toinen toiseensa, jolloin niistä on mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 1997, 151-152.)

Tutkija ei voi sanoutua irti omista arvolähtökohdistaan, sillä ne vaikuttavat siihen mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. Näin olleen täydellistä objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa, sillä tutkija ja aikaisempi tieto sekä arvot kietoutuvat saumattomasti yhteen. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan saada tulokseksi vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Tutkimuksessa pyritään paremminkin löytämään ja paljastamaan tosiasioita kuin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 1997, 151-152.) Seuraavissa kappaleissa arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta, uskottavuutta, vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä aineistonkeruumenetelmien, kerätyn tutkimusaineiston ja saatujen tutkimustulosten perusteella.

### 8.2.2 *Aineistonkeruumenetelmien arviointia*

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on pohdittava käytetyn tutkimusmenetelmän pätevyyttä aineiston hankinnassa. Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Laadullisessa tutkimuksessa validius merkitsee henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvausten ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi 1997, 217.) Tutkittavien henkilöiden kokemusten kartoittamiseen sopii tutkimusmenetelmäksi teemahaastattelu, koska se antaa haastateltavalle mahdollisuuden yksilöllisten tulkintojen esittämiseen ja haastattelijalle laajemmat mahdollisuudet tutkittavan ilmiön selvittämiseen (Hirsjärvi ym. 1997, 197). Luvussa 6 on esitetty tarkka selostus tutkimuksen suorittamisesta ja kappaleessa 6.2 selvitetty aineistonkeruun eteneminen vaihe vaiheelta.

Teemahaastattelussa olisi voinut paneutua enemmän osallistujien kokemuksiin tavoitteenasettelun merkityksestä ohjaustilanteessa. Heiltä olisi voinut kysyä, kuinka tärkeänä he näkevät asetettujen tavoitteiden tai ohjattujen harjoitteiden toteutettavuuden ja niihin sitoutumisen käsittelemisen ohjaustilanteessa tai miten he arvioivat edellä mainittujen asioiden käsittelemisen vaikuttavan tavoitteiden saavuttamiseen ja tätä kautta itsehoitoon tähtäävän kuntoneuvolaohjauksen onnistumiseen.

Teemahaastattelua suunniteltaessa tutkimuksen aihe olisi siis pitänyt rajata vielä tarkemmin jättäen pois esimerkiksi asiakkaan kohtaamiseen liittyvien, fysioterapeutin koulutuksen antamien valmiuksien ja koulutustarpeiden kartoittamisen. Yhtenä syynä haastattelukysymysten laajuuteen oli tutkimuksen tarkoituksen ja aiheen rajaamisen tarkentuminen vasta haastattelujen jälkeen. Aineistoon tutustuttua kiinnostus ohjaustilanteen

vuorovaikutusta ja sen asiakaslähtöisyyttä kohtaan tarkentui ohjaustilanteessa toteutuvaan tavoitteenasetteluun ja siihen liittyvien kokemusten analysoimiseen. Aiheen rajaaminen helpotti analyysin tekemistä, jolloin analyysiyksikön valintaan liittyvät perustelut selkiytyivät. Tavoitteenasettelua koskeviin kysymyksiin olisi kuitenkin voinut syventyä vielä enemmän, jos aihe olisi rajattu tarkkaan ennen teemahaastattelujen suorittamista.

Teemahaastattelun lisäksi aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jolloin voidaan puhua tutkimuksen validiutta lisäävästä aineistotriangulaatiosta (Hirsjärvi ym. 1997, 218). Validiutta olisi vielä lisännyt kyselylomakkeen vastausten erillinen analysointi, jota ei kuitenkaan ollut mielekästä suorittaa vastausten vähäisyyden vuoksi. Kyselylomakkeen esitettyjä vastauksia käytettiin kuitenkin hyväksi teemahaastattelussa pyytäen vastaajilta perusteluita esittämilleen mielipiteille. Keskusteluun päätyi usein tutkittavien vastaukset, jotka olivat ristiriitaiset heidän teemahaastattelussa esittämilleen asioille. Keskusteluun päätyi myös tutkittaville epäselväksi jääneet väittämät, joiden käsittely ja selittäminen yhdessä auttoi heitä orientoitumaan teemahaastattelun kysymyksiin. Väittämiin oli mahdollista palata myös silloin, jos vastaajille tuli teemahaastattelussa vastaan epäselviä kysymyksiä esimerkiksi tavoitteenasetteluun vaikuttavista yksilöllisistä tekijöistä. Aineistotriangulaatiolla varmistettiin, että tutkimuksessa kerätty aineisto sisälsi tavoitteenasettelun toteutumiseen ja kuntoneuvolakäytäntöön liittyviä kokemuksia, joita olikin tarkoitus tutkia.

Tavoitteenasettelua syventävien aiheiden käsittelyssä olisi strukturoitua kyselylomaketta kuitenkin voinut käyttää tehokkaammin hyväksi. Kyselylomake olisi toiminut jo yksinään teemahaastattelun pohjana. Haastattelun olisi voinut toteuttaa kyselylomakkeessa esitettyjen mielipiteiden pohjalta ja syventyä siinä esiin nouseviin käsityksiin tavoitteenasettelusta. Monien haastattelujen osalta lomakkeen läpikäyminen tarjosikin hedelmällistä aineistoa tavoitteenasetteluun liittyviin kokemuksiin.

Tutkijan harjaantuminen haastattelijana vaikuttaa haastattelutilanteeseen ja siinä käsiteltäviin asioihin. Työssäni olen tottunut haastattelemaan, ja epäselvyyksien osalta tekemään tarkentavia kysymyksiä. Tutkimushaastattelua tehdessäni huomasin ensimmäisellä kerralla noudattavani teemahaastattelun runkoa tarkasti kysyen samoja kysymyksiä, joita oli jo kyselylomakkeen vastauksien kohdalla käsitelty. Huomasin sen kuitenkin itsekini ja totesin haastateltavalle, että näitä asioita taidettiinkin jo käsitellä, mutta olisiko jotain lisättävää.

Harjaantumista tapahtui myös tarkentavien kysymysten osalta. Ensimmäisen haastattelun jälkeen huomasin esimerkiksi tavoitteenasettelu -termin olevan käsite, jonka selventämiseen kannatti paneutua.

### *8.2.3 Tutkimusaineiston ja -tulosten arviointia*

Tutkimuksen reliabiliteetin arvioinnissa tarkastellaan saatujen tulosten toistettavuutta eli arvioidaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 1997, 216). Tutkimuksen vahvistettavuutta lisää analyysiprosessin läpinäkyvyys, jolloin lukijalla on mahdollisuus seurata ajatteluprosessin etenemistä ja tehdä myös omia tulkintoja. Analyysin eteneminen on kerrottu vaihe vaiheelta ja tehdyt valinnat perusteltu kirjallisuuteen viitaten. Sopivimman analyysiyksikön valitseminen, joka analyysiprosessissa on kriittinen osa-alue, muotoutui vasta litteroituun haastatteluaineistoon tutustuttaessa. Tässä vaiheessa toteutunut tutkimusaiheen rajaaminen edesauttoi täsmällisen, hallittavissa olevan analyysiyksikön valintaa.

Aineisto on esitetty perusteellisesti luvussa 7 tuomalla esiin muodostetut kategoriat alkuperäisilmauksineen. Aineistosta tehdyt johtopäätökset on perusteltu aikaisempiin tutkimustuloksiin viitaten ja niistä vahvistusta hakien. Tulosten ollessa ristiriitaisia niihin on löytynyt perusteita myös aikaisemmista tutkimuksista, esimerkiksi kontekstiin liittyvistä tekijöistä. Tulosten vahvistettavuutta on lisännyt myös niiden esittäminen kuntoneuvolatyötä tekeväälle fysioterapeutille, joka on arvioinut omasta näkökulmastaan tulosten paikkansapitävyyttä.

Luotettavuutta analyysiprosessiin on tuonut myös tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen. Ylös kirjattu alkutilanteessa vallinnut esiyymmärrys ja omat käsitykset tutkittavasta aiheesta on auttanut tunnistamaan tutkimusprosessissa oman subjektivisuuden, mikä on taas auttanut tulosten tulkintaan tarvittavan objektiivisuuden saavuttamisessa. Henkilökohtaiset kokemukset fysioterapeutin kuntoneuvolaohjaustyöstä ja siinä toteutuvasta tavoitteenasettelusta on tietoisesti pitänyt siirtää taka-alalle, vaikka omien kokemusten merkitystä ei voidakaan täysin eliminoida. Havainnot ovat aina tutkijan toimesta tehtyjä. Tutkimuksen toteutumisen yksityiskohtainen selvitys antaa myös lukijalle mahdollisuuden omien havaintojen ja johtopäätösten tekemiseen tutkimuksen alkumetreiltä aina esitettyihin tuloksiin ja niiden luotettavuuden arvioitiin ulottuen.



Omat kokemukseni kuntoneuvolaohjauksesta ovat kuitenkin auttaneet esimerkiksi kontekstiin liittyvissä tekijöissä. Tutkimuksessa on kartoitettu kuntoneuvolaavastaanotolla toteutuvaa ohjausta ja tavoitteenasettelua, joten tutkimuksen tulokset eivät ole siirrettävissä mihin tahansa fysioterapian ohjaustilanteeseen. Kuntoneuvolaohjaukselle on tyypillistä, että ohjauskäynti jää usein yksittäiseksi kerraksi, jolloin siinä toteutuva tavoitteenasettelu saa oman merkityksensä ja omat piirteensä. Jos tutkimus siirrettäisiin tilanteeseen, jossa asiakas saa fysioterapiaa hoitosarjana useamman kerran viikossa tai sairaalaan, jossa fysioterapeutti tapaa asiakkaan muutamaa otteeseen, olisi tavoitteenasettelun toteutuminen ja siihen liittyvät kokemukset erilaisia. Eri kontekstissa samaa aihetta koskevan tutkimuksen tulokset eroaisivat tämän tutkimuksen tuloksista.

Tutkimukseen valikoituneet osallistujat vaikuttavat aina tutkimuksen tuloksiin. Tässä tutkimuksessa fysioterapeutit valikoituivat kuntoneuvolatyön lisäksi oman innostuneisuutensa mukaan, joka saattaa kertoa heidän aktiivisesta työotteestaan ja halustaan uuden oppimiseen. Fysioterapeuttien valitsemat asiakkaat olivat myös kaikki innokkaita osallistumaan tutkimukseen, joka saattaa vaikuttaa heidän aktiivisuuteensa kuntoneuvolakäynnillä. Tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia, jos tutkittavina olisivat olleet passiiviset fysioterapeutit ja passiiviset asiakkaat. Passiivisten asiakkaiden kohdalla olisivat kuntoneuvolaohjaukseen ja tavoitteenasetteluun liittyvät kokemukset saattaneet olla erilaisia molempien osapuolien näkökulmasta. Vapaaehtoisuuteen perustuvassa osallistumisessa näiden passiivisten henkilöiden tavoittaminen on kuitenkin haastavaa. Lisäksi kuntoneuvolakäynnit perustuvat vapaaehtoisuuteen, joten vastaanotolle hakeutuvat asiakkaat ovat yleensä halukkaita sinne tulemaan.

Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavien henkilöiden kokemuksia ja käsityksiä, eikä niinkään muodostamaan tilastollista yleistettävyyttä. Laadullisessa tutkimuksen yhteydessä ei yleensä puhutakaan tutkimuksen yleistämisestä, vaan paremminkin tutkimuksen soveltamisesta, suhteuttamisesta tai siirrettävyydestä. (Alasuutari 1993, 28.) Edellisessä kappaleessa mainittujen tekijöiden perusteella voidaan todeta tutkimuksen tulosten olevan siirrettävissä terveyskeskuksen kuntoneuvolaohjaustilanteeseen. Tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa kuitenkin informanttien lukumäärä (Alasuutari 1993, 28). Tutkimuksessa haastateltiin viiteen ohjauskäyntiin osallistuneet fysioterapeutit (n=5) ja heidän asiakkaansa (n=5), mikä on vastaavanlaisissa tutkimuksissa ollut minimimäärä informanttien osalta (Dean ym. 2005). Ottaen vielä huomioon tutkimukseen valikoituneiden

osallistujien homogeenisyyden, muun muassa heidän aktiivisuutensa ja positiivisen asenteensa osalta, voidaan todeta viiden fysioterapeutin ja viiden asiakkaan näkökulman olevan rajallinen.

Empiirisessä tutkimuksessa havaintoja ei koskaan itsessään pidetä tuloksina. Havaintoja pidetään johtolankoina, joita jollakin tavalla tulkitsemalla pyritään pääsemään havaintojen taakse. (Alasuutari 1993, 27.) Haastateltavien tuottamien merkitysten tulkitsemisessa on pyritty yhdistelemään eri johtolankoja ja vihjeitä, jotka sopivat samaan ratkaisumalliin. Johtopäätöksiä ei ole tehty yksittäisistä havainnoista, vaan vihjeitä on etsitty koko aineistosta yhdistelemällä muun muassa osallistujien kokemuksia kuntoneuvolakäynnin odotuksista heidän kokemuksiinsa tavoitteenasettelun toteutumiseen.

Yksittäisetkin havainnot ovat kuitenkin tärkeitä, koska niistä saattaa nousta intuition kautta esiin tarve etsiä lisää vihjeitä samasta ilmiöstä. ”*Fysioterapeutti varmaan uskoo, että määhaluun tehdä niitä liikkeitä*” on yksi esimerkki alkuperäisilmauksesta, jonka innoittamana lähdettiin etsimään muita vihjeitä samasta ilmiöstä. Asiakkaiden ja fysioterapeuttien vastauksia tarkasteltaessa havaittiin, että kaikkien vastauksissa oli vihjeitä tavoitteiden toteutumisen tai saavuttamisen pohdinnan osalta, mutta asioiden käsittely yhdessä jäi toteutumatta. Edellä mainitussa alkuperäisimmaisussa tulee konkreettisesti esille yhden osallistujan kokemus asiasta ja hänen tapansa ilmaista asia. Johtopäätöksen tekemiseksi on kuitenkin tarkasteltu mysteeriiin liittyviä vihjeitä laajemmin, jotta tutkija ja lukija voivat luottaa siihen, että ratkaisu on oikea. (Alasuutari 1993, 27-28.)

Vihjeiden etsimisessä ja niiden tulkitsemisessa on avainasemassa tutkijan vastaanottokyvyn herkkyys ja oivalluksen terävyys. Edellä mainittujen ominaisuuksien tavoittelemisessa on auttanut käytännön kokemukset kuntoneuvolaohjaustyöstä ja aineiston hallitseminen. Litteroituun haastatteluaineistoon on ollut vaivatonta palata tarkistamaan haastateltavien kokemuksia, koska muistissani on ollut hyvin osallistujat, itse haastattelutilanteet ja osallistujien esittämät mielipiteet. Aineiston hallinta on kypsynyt reilun vuoden ajan, jonka aikana olen edelleen tehnyt kuntoneuvolatyötä ja tarkastellut asioita hieman eri näkökulmasta. Tulosten tulkinta ja johtopäätökset ovat myös kypsyneet useamman kuukauden ajan ja tänä aikana jalostuneet alkuperäisestä muodostaan askeleen lähemmäksi hiottua timanttia.

### 8.3 Jatkotutkimusmahdollisuuksia

Tutkimuksen suorittamisen ja aiheeseen perehtymisen myötä on noussut paljon ideoita ja haasteita esiin mahdollisia jatkotutkimuksia silmällä pitäen. Kuten edellä mainittiin, kyselylomaketta ei hyödynnetty riittävästi haastatteluissa. Kyselylomakkeen avulla olisikin mahdollista toteuttaa kuntoneuvolakäytäntöä ja tavoitteenasettelua kartoittava kvantitatiivinen tutkimus, jossa selvittäisiin laajemmin sekä fysioterapeuttien että asiakkaiden kokemuksia. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeessa kartoitettiin alaselän ongelmien osalta toteutunutta ohjauskäyntiä, mutta termi olisi helposti vaihdettavissa tuki- ja liikuntaelinongelmiin tai -oireisiin, jolloin lomakkeella voisi kartoittaa yleisesti kuntoneuvolaohjauksessa käyvien tuki- ja liikuntaelinongelmaisten kokemuksia. Näin ilmiöstä olisi mahdollista saada kattavampi yleiskuva. Tutkimuksen perusjoukkoa laajentamalla ja väittämiä muokkaamalla olisi mahdollista myös vertailla kuntoneuvolakäynnillä muodostuneita kokemuksia muihin, eri kontekstissa toteutuviin kokemuksiin fysioterapeuttien ja asiakkaiden osalta. Näin saataisiin tietoa kontekstin vaikutuksesta ohjaustilanteessa muodostuviin kokemuksiin tavoitteenasettelun osalta.

Kyselylomakkeessa olisi kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota tavoitteenasettelu -termin määrittelyyn, jotta vastaajat ymmärtäisivät varmasti, mihin asiaan liittyviä kokemuksia ollaan kartoittamassa. Väittämiin vastaamisen asteikolla kyllä/ei/ei osaa sanoa voisi myös muuttaa esimerkiksi viisiportaiseksi asteikoksi, jolloin vastaajilla olisi enemmän vaihtoehtoja kokemustensa arvioimiseen.

Kyselylomaketta sellaisenaan olisi kuntoneuvolaohjausta tekevien fysioterapeuttien mahdollista käyttää palautelomakkeena, jonka avulla he saisivat tietoa asiakkaiden kokemuksista kuntoneuvolaohjauksesta ja siinä toteutuneesta tavoitteenasettelusta. Palautteen avulla fysioterapeutit voisivat tulla tietoisiksi ohjaustilanteessa tekemistään valinnoistaan esimerkiksi institutionaalisten tehtävien, asiakkaan aktiivisen kuuntelun ja yhteisen tavoitteenasettelun välillä. Palaute saattaisi myös ohjata pohtimaan tarkemmin kuntoneuvolaohjauksen tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Kyselylomakkeen käytön myötä olisi mahdollista kartoittaa myös fysioterapeuttien toimintatavoissa tapahtuvia mahdollisia muutoksia tavoitteenasettelun ja yleisesti kuntoneuvolakäytännön osalta. Alkutilanteessa fysioterapeutit voitaisiin haastatella ja

kartoittaa heidän näkemyksiin kuntoneuvolaohjaukseen ja tavoitteenasetteluun liittyvissä asioissa. Tämän jälkeen heille annettaisiin strukturoitu kyselylomake käyttöön, jonka avulla he saisivat asiakkailtaan palautetta. Puolen vuoden tai vuoden jälkeen tehtäisiin samoille fysioterapeuteille uusi haastattelu, jossa kartoitettaisiin senhetkisiä näkemyksiä, kokemuksia palautelomakkeen käytöstä sekä kokemuksia mahdollisista muutoksista omissa toimintatavoissa. Asiakkaiden antamia palautelomakkeita voitaisiin myös hyödyntää arvioiden niistä fysioterapeutin toimintatavoissa tapahtuneita mahdollisia muutoksia.

Kuntoneuvolaohjauksen vaikutuksen ja asetettujen tavoitteiden toteutumisen tutkiminen olisi myös tarpeen suorittaa. Usein yksittäiseksi ohjauksen jättämisen jälkeen fysioterapeutit eivät välttämättä näe asiakasta tai kuule hänestä ohjauksen jälkeen eivätkä näin ollen tiedä onko asiakas hyötynyt ohjauksesta, noudattanut ohjattuja harjoitteita tai saavuttanut ohjauksessa asetetut tavoitteet. Edellä mainittuja asioita voisi kartoittaa kuntoneuvolaohjauksessa käyneiden asiakkaiden osalta esimerkiksi kotiin lähetettävän kyselylomakkeen avulla tai haastattelulla. Aineistonkeruumenetelmän valintaa ohjaisi se, minkälaista tietoa asian osalta haluttaisiin kartoittaa. Kysely tai haastattelu voitaisiin toteuttaa muutaman kuukauden tai puolen vuoden jälkeen kuntoneuvolaohjauksesta. Tutkimuksen avulla saataisiin tietoa kuntoneuvolaohjauksen tuloksellisuudesta ja mahdollisesti myös uusia näkökulmia kuntoneuvolaohjauksen toteuttamiseen, sen tavoitteisiin ja itse kuntoneuvolakäytäntöön.

## LÄHTEET

Andersson R, Funnell M, Carlson A, Saleh-Statim N, Craddock S & Skinner TC. Facilitation self-care through empowerment. Teoksessa Snoek FJ, Skinner TC (toim.) Psychology in Diabetes Care. New York. Wiley. 2000

Alasuutari P. Laadullinen tutkimus. Tampere. Vastapaino. 1993.

Aromaa A, Gould R, Hytti H & Koskinen S. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalainen terveys. Helsinki. Kustannus OY Duodecim. 2005:135-148.

Bahtin M. Dostojevskin poetiikan ongelmia. Suomentanut Tapani Laine. Helsinki: Orient Express. 1991.

Baker SM, Marshak HH, Rice GT & Zimmerman GJ. Patient participation in physical therapy goal setting. Physical Therapy. 2001;81(5):1118-1126.

Ballou M.B, Fetter M.P, Saleh K.P & Litwack L. Health counseling. USA: American school Health Association. 1992.

Burnard P. Practical counseling and helping. London: Routledge. 1999.

Burton D, Naylor S & Holliday B. Goal setting in sport. Investigating the goal effectiveness paradox. Singer RN, Hausenblas HA, Janelle CM (toim.) Handbook of sport psychology. 2. painos. New York. John Wiley, Sons. 2001:497-528.

Bäckman S. Keskusteluanalyysi fysioterapeuttisen neuvontakäytännön kuvaajana. Fysioterapia 2002: 49(8):8-13.

Dean SG, Smith JA, Payne S, Weinman J. Managing time: An interpretative phenomenological analysis of patients`and physiotherapists`perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. Disability and Rehabilitation 2005;27(11):625-636.

- Deyo R & Weistein J. Low back pain. *New England Journal of Medicine* 2001:344:363-370.
- Gibson BE & Martin DK. Qualitative research and evidence-based physiotherapy practice. *Physiotherapy* 2003:89(3):192-197.
- Gillibrand W & Flynn M. Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *Journal Adv Nurse* 2001:34:501-510.
- Greenfield BH. The meaning of caring in five experienced physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice* 2006:22(4): 175-187.
- Gwyn R. *Communicating health and illness*. London: Sage. 2002.
- Hakulinen Katri. *Avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus*. Helsinki. Kansanterveyslaitos. 2004.
- Hayden JA, van Tulder MW & Tomlinson G. Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals Internal Medicine* 2005:142: 776-785.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. *Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 1997.
- Heritage J & Sefi S. "Just a chat": Dilemmas of advice giving in interaction between health visitors and first time mothers. Teoksessa Drew P, Heritage J (toim.): *Talk at work*. Press Syndicate of the University of Cambridge. Cambridge 1992:359-417.
- Huttunen R. Dialogiopetuksen filosofia. *Tiedepolitiikka* 1995:20(3):5-14.
- Jorgensen P. Concepts of body and health in physiotherapy: The meaning of the social/cultural aspects of life. *Physiotherapy and Practice* 2000:16:2:105-115.
- Kannas L. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. *Aikuiskasvatus*. 1992:2:68-75.

Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M & Liimatainen L. Negotiation in type 2 diabetes care. From problem recognition to mutual acceptance in lifestyle counseling. *Qualitative Health Research* 2003;13(9):1205-1224.

Karvonen E. Ihminen ja kulttuuri. Teoksessa Kivikuru U, Kunelius R (toim.): *Viestinnän jäljillä*. Helsinki Porvoo. WSOY. 1998:29-40.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. 2001.

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P & Kasila K. Muutospuhe tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2004;41:352-365.

Kettunen T, Liimatainen L, Villberg J & Perko U. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Alustavia tuloksia. *Sairaanhoitaja* 2006;1:19-22.

Kiuru P, Poskiparta M, Kettunen T, Saltero J & Liimatainen L. Advice-giving styles by Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication* 2004;9:337-354.

Kokko S. Aika muuttaa käsitteitä. *Dialogi* 1996: 4-5: 64-65.

Kyngäs H & Vanhanen L. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 1999;11:3-12.

Lahikainen S. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H, Spanger T (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteen alana. 2. ohjauksen toimintakentät*. Jyväskylä. PS-kustannus. 2000:258-278.

Lehtonen M. *Merkitysten maailma*. Tampere. Vastapaino. 1996.

Lundvik Gyllensten A, Gard G, Salford E & Ekdahl C. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International* 1999;4:89-109.

Marteu TM & Lerman C. Genetic risk and behavioural change. *Br Medical Journal* 2001; 322: 1056-1059.

Mälkiä E, Alaranta H, Heinonen A, Häkkinen A, Kauranen K, Kujala U, Kuukkanen T, Nevala N, Satka J & Ylinen J. 2004. Fyysiseen aktiivisuuteen perustuvan fysioterapian ja kuntoutuksen näytön tarkastelua. *Kuntoutus* 2004;1: 4-21.

Mönkkönen K. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 94. 2002.

Nissinen A, Kauhanen J & Myllykangas M. *Kansanterveystiede*. Juva.WSOY. 1994.

Nupponen R. What is counseling all about. Basics of counseling of health-related physical activity. *Patient Education Counseling* 1998;33 (Suppl):S 61-67.

Parry RH. Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation* 2004;18:668-682.

Peräkylä A, Sorjonen M-L, Tammi T, Raevaara L & Haakana M. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa Sorjonen M-L, Peräkylä A, Eskola K (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Jyväskylä. Gummerus. 2001.

Poskiparta M. *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista: videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä*. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. 1997.

Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T & Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* 2001;45(1):69-79.



Poskiparta M. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola S (toim.) Terveysviestintä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 2002:24-35.

Potter M, Gordon S & Hamer P. Identifying physiotherapist and patient expectations in private practice physiotherapy. *Physiotherapy Canada*. 2003:55(4):195-202.

Pukki A. Dokumentointimenetelmät, sisällön jäsentyminen ja asiakaskeskeisyys fysioterapiadokumenteissa. Fysioterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. 2004.

Raevaara L, Ruusuvuori J & Haakana M. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Ruusuvuori J, Haakana M, Raevaara L (toim.): Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki. Suomalaisen kirjallisuuden seura. 2001:11-38.

Riihimäki H, Heliövaara M, Heistaro S, Impivaara O, Jokiniemi T, Luoto S, Manninen P, Mäkelä M, Taimela S, Takala E-P & Viikari-Juntura E. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset. Helsinki. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. 2002:47-50.

Saarelma O. Perusterveydenhuollon kehitys ei lopu omalääkäriin. *Duodecim*. 1995:111:26-31.

Salmela-Aro K & Nurmi J-E. Henkilökohtaiset tavoitteet ja hyvinvointi. Teoksessa Salmela-Aro K & Nurmi J-E (toim.) Mikä meitä liikuttaa. Jyväskylä. PS-kustannus. 2002:158-172.

Salmi M. Ajatteletko arkena? Arkielämän ja tietoisien toiminnan mahdollisuus. *Sosiologia* 1991:28(4):237-249.

Seikkula J. From monologue to dialogue in consultation with larger system. *The journal of systemic consultation & Management*. 1995:6:21-42.

Shotter J. Social constructionism as social poetics: Oliver Sacks and Case of Dr.P. Teoksessa Bayer BM, Shotter J (toim.) Reconstructing The Psychological subject: Bodies, Practises and Technologies. London: Sage. 1998.

Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P & Aromaa A. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Heikkinen E & Rantanen T (toim.) Gerontologia. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 2003.

Smidt N, de Vet HC, Bouter LM & Dekker J. Effectiveness of exercise therapy: A best-evidence summary of systematic reviews. Australian Journal of Physiotherapy 2005;51(2):71-85.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystuon kehittämisprojekti, selvitysmiesraportti 1: Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö 1998. Työryhmämuistioita 1.

Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. Oxford.Oxford University Press. 1992.

Talvitie U, Karppi S & Mansikkamäki T. Fysioterapia. Helsinki. Oy Edita Ab. 1999.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1995;32(2):143-158.

Tones K, Tilford S & Keeley Robinson Y. Health education: effectiveness and efficiency. London. Chapman and Hall. 1990.

Tones K. Health promotion, Empowerment and Action competence. Teoksessa Jensen BB, Schnack K (toim.) Action and Action Competence. Royal Danish School of Education Studies 12. 1994:163-183.

Vehviläinen S. Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja. Teoksessa Sorjonen M-L, Peräkylä A, Eskola K (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä. Gummerus. 2001:39-61.

Veijola A & Larivaara P. Asiakaslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. Fysioterapia 2001;48(3):14-16.

Viitanen E. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 577. 1997.

Volosinov V. Kielen dialogisuus. Jyväskylä: Vastapaino. 1990.

Vuori I. Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis and osteoporosis. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2001;33(6):551-586.

Vuori I. Terveiden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa Tamminen T (toim.) *Perusterveydenhuolto*. Porvoo. WSOY. 1988:62-67.

Weinberg RS & Gould D. *Foundations of sport and exercise psychology*. 2. painos. Champaign, IL: Human Kinetics. 1999.

Wohlin Wottrich A, Stenström CH, Engardt M, Tham K & von Koch L. Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disability and Rehabilitation* 2004;26:(20):1198-1205.

Østerås H & Haaland K. Compliance i fysioterapi. *Fysioterapeuten* 2001;46(10):11-16.

### **Elektroniset lähteet**

Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H & Zanoli G. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. 2004. [www-dokumentti]. Päivitetty 14.6.2005 [viitattu 5.11.2005].

Saatavilla [http://www.backpaineurope.org/web/files/WG2\\_Guidelines.pdf](http://www.backpaineurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf)

Fysioterapianimikkeistö 2000. [online]. [viitattu 5.11.2005]. Kuntaliitto. Helsinki. Saatavilla <http://hosted.kuntaliitto.fi/skriptit/fysio/listaanimikkeitotkaikki.asp?order>

Gerlander & Kettunen. Interpersonaalinen näkökulma terveysviestintään. Viestintätieteiden yliopistoverkosto. [viitattu 15.10.2007]. Saatavilla <http://www.uta.fi/viesverk/index.html>

Heliövaara M & Riihimäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet vähentyneet –kivut lisääntyneet. 2002. [www-dokumentti]. [viitattu 5.11.2005]. Kansanterveyslaitos. Helsinki. Saatavilla [http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2002/5-6\\_2002/tuki- ja\\_liikuntaelinten\\_sairaudet](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2002/5-6_2002/tuki- ja_liikuntaelinten_sairaudet)

Kansanterveyslaki. 1972. [www-dokumentti]. [viitattu 15.11.2005]. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>

Malmivaara A, Hämäläinen O, Kotilainen E, Laasonen E, Seitsalo S, Rasmussen M & Kunnamo I. Käypähoito. [online]. Päivitetty 6.4.2001 [viitattu 1.11.2005]. Saatavilla <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi20001>

Rovio E, Eskola J, Silvennoinen M & Lintunen T. Tavoitteenasettelu tutkimuskohteena liikunnassa ja työyhteisössä. Liikunta & Tiede 5-6/2003. [www-dokumentti]. [viitattu 25.11.2005]. Saatavilla [http://www.lts.fi/filearc/130\\_art3.pdf](http://www.lts.fi/filearc/130_art3.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2005. [www-dokumentti]. Vahvistettu 10.1.2005 [viitattu 25.11.2005]. Saatavilla <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thedi/index.htx.i87.pdf>

Stakes. Kaikki perusterveydenhuollon avohoitokäynnit toiminnoittain koko maassa 2002. Perusterveydenhuollon toimintatilasto 13.10.2003. Stakes. Helsinki. [www-dokumentti]. [viitattu 20.10.2007]. Saatavilla <http://stakes.info/files/avohoito/tilastot2002/kaynnitkokomaa.xls>.

Vastatkaa väittämiin rastittamalla jokin seuraavista vaihtoehdoista: Kyllä / Ei / Ei osaa sanoa

<b>KUNTONEUVOLAKÄYTÄNTÖ</b>				
<b>Kuntoneuvolakäynnillä...</b>		<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
	rohkaisin asiakasta osallistumaan ohjauskäyntiin			
	asiakas halusi osallistua aktiivisesti ohjauskäyntiin			
	kysyin asiakkaalta hänen toiveistaan kuntoneuvolakäynnille			
	huomioin asiakkaan toiveet			
	osoitin kuuntelevani asiakasta			
	varmistin ymmärtäneeni asiakkaan tilanteen			
	annoin asiakkaalle tietoa kotiharjoitteista			
	annoin asiakkaalle tietoa yleisesti selän toiminnasta			
<b>Kuntoneuvolakäynnillä tarjosin asiakkaalle mahdollisuutta...</b>		<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
	keskustella siitä, miten oireet vaikuttavat hänen arkielämäänsä			
	esittää kysymyksiä			
	saada kysymyksiinsä vastaus			
<b>TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN</b>				
Tässä kyselylomakkeessa tavoitteiden asettaminen tarkoittaa sellaisen suunnitelman tekemistä, jossa määritellään toiminnan päämäärä tai asia, jota asiakas yrittää saavuttaa ja jonka mukaan asiakkaan on tarkoitus toimia kuntoneuvolakäynnin jälkeen.				
<b>Tavoitteiden asettamisessa...</b>		<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
	kartoitin asiakkaan elämäntilanteen (perhesuhteet, työ)			
	kartoitin asiakkaan voimavarat			
	kartoitin asiakkaan arkirutiinit (selän toiminnan kannalta)			
	kartoitin asiakkaan omat tavoitteet selän hoidossa			
<b>Kuntoneuvolakäynnillä...</b>		<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
	asetettiin tavoitteita selän hoidon osalta			
	annoin asiakkaalle mahdollisuuden osallistua tavoitteiden asettamiseen			
	tavoitteet asetettiin yhdessä			
	asiakas asetti tavoitteet itse			
	annoin asiakkaalle valmiit ohjeet			
	varmistin, että tavoitteet ovat toteutettavissa			
	varmistin, että asiakas on sitoutunut tavoitteisiin			
<b>KONTROLLIKÄYNTI</b>				
		<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
	Kontrollikäynnin (toisen ohjauskäynnin) tarpeellisuudesta keskusteltiin yhdessä			
	Kontrollikäynnin tarpeellisuudesta päätettiin yhdessä			
	Yksittäinen käynti oli riittävä asiakkaan tarpeisiin			

## **FYSIOTERAPEUTIN TEEMAHAASTATTELU**

**1) Miten kuntoneuvolakäynti sujui?**

- perustelut vastaukseen

**2) Millaiset tekijät ohjasivat kuntoneuvolakäynnin etenemistä?**

- esim. asiakkaan toimintakyky tai vuorovaikutukseen liittyvät tekijät

**3) Millaisia tavoitteita kuntoneuvolakäynnillä asetettiin?**

**4) Millaiset tekijät vaikuttivat tavoitteiden asettamiseen?**

- esim. asiakkaan tarpeet tai mahdollisuudet/rajoitteet

**5) Millaiset tilanteet koet haasteellisiksi asiakkaan ohjaamisessa kuntoneuvolakäynnillä?**

**6) Mitä valmiuksia fysioterapeutin koulutus antaa asiakkaan kohtaamiseen ohjaustilanteessa?**

- esim. asiakkaan voimavarojen huomioiminen

**7) Koetko tarvitsevasi koulutusta asiakkaan kohtaamiseen ohjaustilanteessa?**

- esim. tavoitteenasettelun osalta
- muut lisäkoulutustarpeet

Tässä haastattelussa kuntoneuvolakäynnillä tarkoitetaan yksittäistä ohjauskäyntiä, jossa fysioterapeutilla on asiakkaana tuki- ja liikuntaelinsairaudesta kärsivä henkilö.

**8) Mitä tavoitteita on yleisesti kuntoneuvolaohjauksella?**

Vastatkaa väittämiin rastittamalla jokin seuraavista vaihtoehtoista: Kyllä / Ei / Ei osaa sanoa

<b>KUNTONEUVOLAKÄYTÄNTÖ</b>			
<b>Kuntoneuvolakäynnillä...</b>	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
fysioterapeutti rohkaisi minua osallistumaan ohjauskäyntiin			
halusin itse osallistua aktiivisesti ohjauskäyntiin			
fysioterapeutti kysyi toiveistani kuntoneuvolakäynnille			
fysioterapeutti huomioi toiveeni			
fysioterapeutti osoitti kuuntelevansa minua			
fysioterapeutti varmisti ymmärtäneensä tilanteeni			
fysioterapeutti antoi tietoa kotiharjoitteista			
fysioterapeutti antoi tietoa yleisesti selän toiminnasta			
<b>Kuntoneuvolakäynnillä fysioterapeutti tarjosi mahdollisuutta...</b>	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
keskustella siitä, miten oireet vaikuttavat arkielämäni			
esittää kysymyksiä			
saada kysymyksiini vastaus			
<b>TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN</b>			
Tässä kyselylomakkeessa tavoitteiden asettaminen tarkoittaa sellaisen suunnitelman tekemistä, jossa määritellään toiminnan päämäärä tai asia, jota asiakas yrittää saavuttaa ja jonka mukaan asiakkaan on tarkoitus toimia kuntoneuvolakäynnin jälkeen.			
<b>Tavoitteiden asettamisessa...</b>	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
fysioterapeutti kartoitti elämäntilanteeni (perhesuhteet, työ)			
fysioterapeutti kartoitti voimavarani			
fysioterapeutti kartoitti arkirutiinini (selän toiminnan kannalta)			
fysioterapeutti kartoitti omat tavoitteeni selän hoidossa			
<b>Kuntoneuvolakäynnillä...</b>	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
asetettiin tavoitteita selän hoidon osalta			
fysioterapeutti antoi mahdollisuuden osallistua tavoitteiden asettamiseen			
tavoitteet asetettiin yhdessä			
asetin tavoitteet itse			
fysioterapeutti antoi valmiit ohjeet			
fysioterapeutti varmisti, että tavoitteet ovat toteutettavissa			
fysioterapeutti varmisti, että olen sitoutunut tavoitteisiin			
<b>KONTROLLIKÄYNTI</b>			
	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>	<b>EOS</b>
Kontrollikäynnin (toisen ohjauskäynnin) tarpeellisuudesta keskusteltiin yhdessä			
Kontrollikäynnin tarpeellisuudesta päätettiin yhdessä			
Yksittäinen käynti oli riittävä tarpeisiini			

**ASIAKKAAN TEEMAHAASTATTELU:**

- 1) Miten kuntoneuvolakäynti sujui?**
  - perustelut vastaukseen
  
- 2) Millaiset tekijät ohjasivat kuntoneuvolakäynnin etenemistä?**
  - esim. oma toimintakyky tai vuorovaikutukseen liittyvät tekijät
  
- 3) Millaisia tavoitteita kuntoneuvolakäynnillä asetettiin?**
  
- 4) Millaiset tekijät vaikuttivat tavoitteiden asettamiseen?**
  - esim. omat tarpeesi
  
- 5) Mitä odotit kuntoneuvolakäynniltä?**
  
- 6) Miten odotuksesi täyttyivät?**