

FYSIOTERAPEUTTIIEN ASIAKKAAN OPETUSTA  
MÄÄRITTELEVIÄ TEKIJÖITÄ KUVAAVAT DISKURSSIT

Timo Puustinen

Fysioterapian  
Pro gradu- tutkielma  
Jyväskylän Yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Elokuu 2000

## TIIVISTELMÄ

Puustinen Timo: Fysioterapeuttien asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä kuvaavat diskurssit

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Fysioterapian Pro gradu- tutkielma, 48 sivua, 14 liitesivua

Ohjaaja: THT Ulla Talvitie

Elokuu 2000

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevien diskurssien perusteella mitkä tekijät määrittelevät fysioterapeuttien asiakkaan opetusta ja miten fysioterapeutit kuvaavat asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa ymmärrys todellisissa fysioterapiatilanteissa toteutunutta asiakkaan opetusta määritelleistä tekijöistä. Tutkimus kuului fysioterapian työharjoittelun kehittämis- projektiin.

Tutkimus toteutettiin laadullisena usean tapauksen tapaustutkimuksena. Tutkimuksen kuusi tutkimustapausta muodostui viidestä fysioterapeutista ja kuudesta fysioterapian asiakkaasta. Tutkimuksen aineistonkeruussa käytettiin kymmenestä fysioterapiatilanteesta kuvattuja videonauhoitteita ja fysioterapeuttien stimulated recall- haastatteluja. Tutkimusaineistot analysoitiin diskurssi-analyysillä. Analyysi kohdistettiin fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevien diskurssien retoriikkaan.

Fysioterapeutit kuvasivat diskursseissaan useita asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä, joiden sisältöjen perusteella oli mahdollista tunnistaa ja nimetä diskurssit. Diskurssit nimettiin lääkäri-, hoitokäytäntö-, fysioterapeutin kokemus-, fysioterapeutin käsitys-, asiakasvaatimus-, fysioterapeutin asiantuntemus- ja fysioterapeutin tutkimuslöydösdiskursseiksi. Fysioterapeutit kuvasivat asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä vaihtoehdottomuus-, tosiasia-, itse todettu-, konsensus-, kritiikki- ja omista intresseistä etäännyttämis- puheilla. Kyseisillä retorisilla keinoilla fysioterapeutit antoivat opetusta määritteleville tekijöille merkitykset, joiden perusteella osa tekijöistä määritteli opetusta määräävästi ja ohjaavasti, ja osa määräävästi tai ohjaavasti. Lisäksi, yksittäisille tekijöille annettiin merkitykset, joiden perusteella ne lisäsivät ja rajoittivat fysioterapeutin asiakkaan opetusmahdollisuuksia. Asiakkaan opetusta määrittelevät tekijät voitiin tulkita ulkoapäin, asiakkaasta tai fysioterapeutista nouseviksi. Osa tekijöistä tulkittiin myös asiakkaan opetusta vaativiksi.

Tulosten perusteella fysioterapeutin asiakkaan opetus oli ymmärrettävissä erilaisten ulkoapäin, fysioterapeutista ja asiakkaasta terapiatilanteeseen nousseiden tekijöiden määräävästi ja ohjaavasti, määräävästi tai ohjaavasti, ja opetusmahdollisuuksia lisäävästi ja rajoittavasti määrittelemäksi toiminnaksi.

---

Avainsanat: fysioterapia, asiakkaan opetus, diskurssi-analyysi, retoriikka

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	3
3	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	4
3.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä	4
3.2	Diskurssien analysoiminen	6
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	8
4.1	Tutkimustapausten muodostuminen	8
4.2	Aineistonkeruu	10
4.3	Aineiston analyysi	11
5	TULOKSET	15
5.1	Lääkäridiskurssit	15
5.2	Hoitokäytäntödiskurssit	16
5.3	Fysioterapeutin kokemusdiskurssit	18
5.4	Fysioterapeutin käsitysdiskurssit	19
5.5	Asiakasvaatimusdiskurssit	23
5.6	Fysioterapeutin asiantuntemusdiskurssi	26
5.7	Fysioterapeutin tutkimuslöydösdiskurssit	26
6	POHDINTA	27
6.1	Tutkimuksen toteutus	27
6.2	Tutkimuksen tulokset	32

## LÄHTEET

## LIITEET

## 1 JOHDANTO

Fysioterapia- alan peruskoulutus järjestetään ammattikorkeakoulutuksena. Ammattikorkeakoulutuksen koulutusideologiassa korostuu koulutuksen työelämälähtöisyys (Lampinen 1998, 96-112; Salminen 1998; Tulkki 1994; Orelma 1992) ja asetus ammattikorkeakouluopinnoista (256/1995) edellyttää opettajilta työelämään perehtymistä ja työelämän muutosten seuraamista. Työelämälähtöinen koulutus voidaan ymmärtää Väärälän (1995) esityksen perusteella työelämän todellisiin kehitystarpeisiin, ei suoriin vaatimuksiin vastaamiseksi.

Talvitie (1991a) arvioi yhdeksänkymmentäluvun alussa, että fysioterapian koulutuksen ja käytännön työelämän välillä vallitsi eroja. Myöhemmin myös Viitanen (1997) esitti samansuuntaisia päätelmiä. Suomalaisessa fysioterapeuttikoulutuksessa voidaan siis arvioida osittain epäonnistutun työelämän koulutus- ja kehitystarpeiden tunnistamisessa ja niihin vastaamisessa. Paremman työelämätuntemuksen on kuitenkin arvioitu hyödyttävän fysioterapeuttikoulutuksen koulutustavoitteiden asettamista ja fysioterapian kehitystä (Hunt ym. 1998; Richardson 1992). Fysioterapian tutkijat, kuten Viitanen (1997), Richardson (1992) ja Talvitie (1991a) ovatkin ilmaisseet käytännön fysioterapiatyön tutkimisen tärkeyden.

Asiakkaan opetus on tärkeä osa fysioterapiatyötä (Talvitie 1996). Asiakkaan opetuksen merkityksen on arvioitu entisestään korostuvan, kun terveydenhuoltojärjestelmän muutoksissa asiakkaille siirretään yhä enemmän vastuuta omasta terveydestään huolehtimisesta (Gahimer ja Domholdt 1996). Osassa aiemmista fysioterapeuttien asiakkaan opetusta käsitelleistä tutkimuksista, kuten Sluijs (1991a) ja Sluijs ym. (1993) asiakkaan opetus on määritelty erilaisten menetelmien yhdistelyn kautta aikaansaaduksi, ennalta suunnitelluksi ja asiakkaan terveyskäyttämiseen vaikuttavaksi oppimiskokemukseksi.

Ingramin (1997) tutkimuksessa 75% fysioterapian koulutusohjelmajohtajista piti ehdottoman olennaisena, että fysioterapeuteilla on valmiudet opetus- ja oppimisteorioiden, ja menetelmien soveltamiseen terveydenhuollon ja yhteiskunnan toimintaympäristöissä. Grannisin (1981) tutkimuksen perusteella myös asiakkaat pitivät opettajuutta tärkeänä fysioterapeutin tehtävänä. Mayn (1983) mukaan 68% fysioterapeuteista piti itse opettamisvalmiuksia kliinisen työnsä kannalta tärkeinä ja myös Sotoskyn (1984) tutkimien fysioterapeuttien keskuudessa vallitsi myönteinen asenne asiakkaan opetusta kohtaan. Mayn (1983) mukaan 98% fysioterapeuteista opetti asiakkaitaan. Chasen ym. (1993) tulosten perusteella puolestaan 87% fysioterapeuteista katsoi opettavansa 80%-100% asiakkaistaan. Suomalaisessa perusterveydenhuollossa työskentelevät fysioterapeutit ovat ilmoittaneet opettavansa kahta asiakasta kolmesta, vanhempia asiakkaitaan tosin vähemmän kuin nuorempia (Miilunpalo ym. 1997).

Yhdeksänkymmentä luvun alussa tehdyn tutkimuksen mukaan 85% terapiatilanteista fysioterapeutit opettivat asiakkaitaan diagnoosiin tai sairauteen ja 59% kotiharjoitteisiin liittyen. Asiakkaista 78%:lle annettiin neuvontaa ja tietoa, ja 82%:lle yleistä terveystietoa ja 61% asiakkaista sai konsultointia stressiin liittyvien ongelmien osalta. (Sluijs 1991a; Sluijs 1991b.) Gahimer ja Domholdt (1996) toistivat osittain vastaavan tutkimuksen myöhemmin. Myös heidän tulostensa perusteella fysioterapeutit opettivat asiakkaitaan eniten sairauteen liittyen. Toiseksi eniten opetuksellisissa väittämässä käsiteltiin kotiharjoitteita, ja kolmanneksi eniten neuvontaa ja tiedottamista. Chasen ym. (1993) tutkimuksessa 90% fysioterapeuteista ilmoitti opettavansa asiakkaitaan lähes jatkuvasti hoitokäytäntöihin, kotiharjoitusohjelmiin ja voima- ja liikkuvuusharjoitteisiin liittyen. Kansallisen tutkimuksen perusteella 48% perusterveydenhuollon fysioterapeuttien asiakkaan opetuksesta käsitteli harjoitteita ja 33% ergonomiaa. Terveisiin elämäntapoihin liittyvää ohjausta fysioterapeutit antoivat noin 60%:lle asiakkaitaan. (Miilunpalo ym. 1997.)

Fysioterapeuttien terapiamenetelmien valintaa ovat tutkineet mm. Turner ja Whitfield (1999), Carr ym. (1994) ja Nilsson ja Nordholm (1992). Todellisissa terapiatilanteissa toteutuneeseen asiakkaan opetukseen perustuvaa tietoa fysioterapeuttien työtoimintaa määrittelevistä tekijöistä on sen sijaan vähän.

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimus kuuluu fysioterapian työharjoittelun kehittämisen projektin ensimmäiseen vaiheeseen. Projektin kokonaistavoitteena on kehittää ja kokeilla käytännössä uudenlaisia opetuksellisia ratkaisuja fysioterapeuttiopiskelijoiden työharjoittelun toteutuksessa. Yksi ensimmäisen vaiheen tutkimustehtävistä on selvittää fysioterapiatyön toteutumista työpaikoissa, joissa fysioterapeuttiopiskelijoiden työharjoittelua toteutetaan.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan todellisissa fysioterapiatilanteissa fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevia diskursseja. Jokisen ym. (1993) mukaan diskurssi tarkoittaa verrattain eheää säännönmukaisten merkityssuhteiden järjestelmää, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja rakentaa sosiaalista todellisuutta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää fysioterapeuttien diskurssien perusteella tekijät, jotka heidän kuvaamina määrittelevät asiakkaan opetusta ja tavat, joilla fysioterapeutit kuvaavat asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä.

Tutkimuksessa vastataan tutkimuskysymyksiin:

- 1) Mitä opetusta määritteleviä tekijöitä fysioterapeutit kuvaavat asiakkaan opetusta koskevissa diskursseissa?
- 2) Miten fysioterapeutit kuvaavat opetusta määritteleviä tekijöitä asiakkaan opetusta koskevissa diskursseissa?

### 3 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Useissa aiemmissa fysioterapeuttien asiakkaan opetusta käsitelleissä tutkimuksissa, kuten Laitakari ym. 1997; Chase ym. 1993; Sluijs ym. 1993; Sotosky 1984; May 1983 ja Grannis 1981 on käytetty määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Määrällisten tutkimusmenetelmien etuna on, että niillä kyetään mittaamaan tutkittavia asioita suurista tutkimusjoukoista, mikä mahdollistaa tutkimustulosten tilastollisen yleistämisen (Patton 1990, 14). Toisaalta, aiemmissa tutkimuksissa fysioterapeuttien asiakkaan opetusta on tutkittu varsin vähän todellisiin terapiatilanteisiin perustuvilla aineistoilla (Gahimer ja Domholdt 1996). Poikkeuksen muodostavat Sluijsin (1991a ja 1991b), Sluijsin ym. (1993) ja Gahimerin ja Domholdtin (1996) tutkimukset, joissa käytettiin terapiatilanteiden ääninauhoitteita. Suomessa Viitanen (1997) ja Talvitie (1996) ovat tarkastelleet todellisissa terapiatilanteissa toteutunutta asiakkaan opetusta videoaineistojen avulla.

Tapaustutkimus on tarkoituksenmukainen lähestymistapa pyrittäessä ymmärtämään tutkimuskohteena olevia ihmisiä, ongelmia tai tilanteita, ja tutkittaessa tietosisällöltään runsaita tutkimuskohteita. Tapaustutkimus mahdollistaa myös yksilöllisten erojen ja vaihteluiden taltioinnin. (Patton 1990, 54.) Staken (1994) mukaan tapaustutkimus voidaan toteuttaa usean tapauksen instrumentaalisenä tapaustutkimuksena. Instrumentaalisisessa tapaustutkimuksessa yksittäiset tutkimustapaukset ovat toissijaisessa asemassa, koska niiden kautta pyritään muodostamaan ymmärrys tutkittavasta kohdeilmiöstä, ei ainoastaan yksittäisestä tapauksesta (Stake 1994). Tässä tutkimuksessa käytetään instrumentaalisen tapaustutkimuksen tutkimusasetelmaa.

Tutkimukseen voidaan valita tutkittavia, joista oletetaan saatavan tietoa tutkimuksen kohdeilmiöstä (Eskola ja Suoranta 1998, 18; Stake 1994; Patton 1990, 169). Tässä tutkimuksessa tutkimustapaukset valitaan tätä ns. tarkoituksenmukaisuusotantaa käyttäen julkisen terveydenhuollon fysioterapian toimintayksiköistä, koska niissä toteutetaan fysioterapeuttiopiskelijoiden käytännönharjoittelua. Valittavista tutkimustapauksista riippumatta, tapaustutkimuksessa pyritään tutkimuskohteen syvälliseen, yksityiskohtaiseen ja kontekstisidonnaiseen kuvaamiseen (Stake 1994; Patton 1990, 54).

Tutkimuksessa ei esitetä tuloksia ennakoivaa teoreettista viitekehystä. Eskolan ja Suorannan (1998, 19) esityksen perusteella tällöin voidaan puhua tutkimuksen aineistolähtöisestä etenemisestä. Aineistolähtöisellä eli induktiivisella etenemisellä pyritään tutkimuskohteen ymmärtämiseen etenemällä tutkimusaineiston yksityiskohdista kohti yleisempiä linjoja (Hall ja Hall 1996, 33). Induktiivisellä etenemisellä pyritään välttämään ennalta asetetun teoreettisen viitekehysten aineiston tulkintaa ohjaava vaikutus. Induktiivisesti edeten analyysin kohteet nousevat tutkimuskohteesta kerätystä aineistosta. (Patton 1990, 44.)

Tutkimuksen aineistonkeruussa käytetään aineistotriangulaatiota. Aineistotriangulaatio tarkoittaa eri tietolähteistä kerättyjen tutkimusaineistojen käyttöä (Eskola ja Suoranta 1998, 69; Patton 1990, 187). Aineistotriangulaatiota käyttäen tutkimuksessa ei olla täysin riippuvaisia yksittäisen tiedonkeruumenetelmän mahdollisista virhelähteistä (Eskola ja Suoranta 1998, 69; Patton 1990, 193). Laadullisessa tutkimuksessa, aineistotriangulaation mahdollistamalla aineistojen välisillä tarkistuksilla on katsottu voitavan parantaa tulosten luotettavuutta (Patton 1990, 467-468).

Videoaineistojen käyttö on tyypillistä etnometodologisissa tutkimuksissa (Adler ja Adler 1994). Ensimmäinen tutkimusaineisto kerätään todellisista fysioterapiatilanteista kuvattuja videonauhoitteita havainnoimalla. Tutkimuskohteen havainnointi parantaa tutkimuskohteen ymmärtämisen mahdollisuuksia, koska analyysissä ei olla riippuvaisia tutkittavan tutkimuskohteesta välittämistä tiedoista (Patton 1990, 25.) Grimshawn mukaan videoaineiston etuja ovat tiedon tiiviys (tietosisällön runsaus) ja pysyvyys (tapahtumien uudelleentarkastelumah-



dollisuus) (Viitanen 1996; Bottorff 1994). Toinen tutkimusaineisto kerätään haastatteluilla. Tutkimushaastattelussa voidaan käyttää stimulated recall-haastattelumenetelmää (Jokinen ja Pelkonen 1996; Eskelinen 1993). Stimulated recall-haastattelu mahdollistaa tutkimuskohteen luonnollisen tilanteen säilymisen ja mahdollisimman autenttisen tiedon saavuttamisen. Menetelmässä voidaan käyttää strukturoitua tai strukturoimatonta haastattelua. (Eskelinen 1993.) Strukturoimattomassa haastattelussa ei aseteta ennalta tiettyjä haastatteluteemoja tai kysymyksiä (Robson 1993, 230-231; Fontana ja Frey 1994). Tässä tutkimuksessa käytetään strukturoimatonta tutkimushaastattelua.

### 3.2 Diskurssien analysoiminen

Fysioterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on keskeistä fysioterapiassa (Viitanen 1997; Westman Kumlin ja Kroksmark 1992; Talvitie 1989). Vuorovaikutusta voidaan analysoida diskurssianalyysillä. Diskurssianalyysissä tutkitaan ihmisten välisen vuorovaikutuksen kulttuurisia merkityksiä, jotka muodostuvat, pysyvät ja muuttuvat ihmisten välisissä sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa (Jokinen ja Juhila 1999). Tässä tutkimuksessa fysioterapeutin ja asiakkaan, ja fysioterapeutin ja tutkijan välisestä vuorovaikutuksesta kerätyt tutkimusaineistot analysoidaan diskurssianalyysillä.

Diskurssianalyysin taustalla on näkemys todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta, jolloin kielenkäyttöä tarkastellaan tekemisenä, joka muotoutuu sosiaalisissa prosesseissa ja rakentaa sosiaalista todellisuutta (Suoninen 1999a; Jokinen ym. 1993). Berger ja Luckman (1979, 134) ovat esittäneet todellisuuden rakentuvan sosiaalisesti, yksilöiden ja yksilöistä muodostuvien ryhmien määrittelyjen kautta. Sosiaalinen todellisuus voidaan tulkita moninaiseksi, useiden rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien merkityssysteemien kentäksi (Jokinen ym. 1993). Diskurssianalyysin lähtökohtien mukaan puhe ei kuvaa olemassa olevia faktuaalisia asiantiloja ja tapahtumia. Päinvastoin, puheella pyritään näiden tuottamiseen. (Juhila 1993.) Tutkimusaiheen mukaisesti tässä tutkimuksessa analyysin kohteiksi jäsentyvät fysioterapeuttien, fysioterapeutin ja asiakkaan, ja fysioterapeutin ja tutkijan välisessä vuorovaikutuksessa rakentuvat ja muuttuvat, asiakkaan opetustoimintaa koskevat diskurssit.

Diskurssianalyysissa on keskeistä merkitysten tilanteinen rakentuminen ja rakentaminen. Merkitysten tarkastelu sitoutuu aina niiden tuottamisen paikallisiin prosesseihin ja eri aikakausien laajempiin kulttuurisiin merkityksiin, merkityksellistämistapoihin ja kielellisiin käytäntöihin. Tutkijan tulee pyrkiä huomioimaan tämä tutkimuksessaan. (Jokinen ja Juhila 1999.) Tähän päästään kohdentamalla analyysi tilanteisuuteen. Jokisen ja Juhilan (1999) mukaan tilanteisuuden korostaminen on keskittymistä merkitysten tuottamisen paikallisiin prosesseihin. Tilanteisuus voidaan saavuttaa jättämällä kulttuuri analyysin ulkopuolelle, mikä tukee myös analyysin herkkyyttä ja aineistosidonnaisuutta. Tällöin kulttuuriseen jatkumoon palataan analyysin jälkeen, kun tutkimustuloksia tarkastellaan suhteessa laajempaan kokonaisuuteen. (Jokinen ja Juhila 1999.) Tässä tutkimuksessa kulttuuri suljetaan analyysin ulkopuolelle, jolloin huomio kohdennetaan fysioterapeutin ja asiakkaan, ja fysioterapeutin ja tutkijan välisiin paikallisiin vuorovaikutustilanteisiin.

Diskurssianalyysia on mahdollista kohdentaa merkitysten tuottamisen tapojen tutkimiseen, kuten puheen retoriset ominaisuudet (Jokinen ja Juhila 1999). Retorisuus tarkoittaa kielenkäytön avulla suoritettua, jollekin yleisölle suunnattua vakuuttelua ja suostuttelua, jolla jotakin tiettyä merkitysversiota tuotetaan niin vakavasti otettavaksi, että yleisö asettuisi sen tueksi. Huomion kohteena ovat tällöin puheen retoriset keinot. (Jokinen ja Juhila 1999; Jokinen 1993; Hoikkala 1990.) Retorisilla keinoilla totuuden eri versioiden totuusarvot pyritään rakentamaan niin suuriksi, että esitetyt versiot näyttäisivät oikeilta ja hyväksyttäviltä (Jokinen ja Juhila 1999). Asiakkaan opetuksessa fysioterapeuttien odotetaan vaikuttavan asiakkaisiin siten, että nämä muuttaisivat toimintaansa opetuksen suuntaisesti. Fysioterapeutti joutuu siten suostuttelemaan ja vakuuttelemaan asiakasta opetuksensa osalta. Tutkimuksessa fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevista diskursseista analysoidaan siten fysioterapeuttien asiakkaalle, haastatteluissa myös tutkijalle, suuntaamia opetustoimintaansa koskevia selontekoja ja perusteluja.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimustapausten muodostuminen

Fysioterapeuttiopiskelijoiden käytännönharjoittelua toteutetaan julkisen terveydenhuollon fysioterapian toimintayksiköissä. Tutkimuksen taustan perusteella kaikki tutkittavat valittiin julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapiayksiköissä toimivista fysioterapeuteista ja heidän asiakkaista.

Fysioterapiayksiköissä järjestettiin tilaisuudet, joissa tutkija kertoi tutkimuksesta fysioterapeuteille. Fysioterapeutit ilmoittivat osallistumisen suoraan tutkijalle tai tieto saatiin ottamalla yhteyttä työyksiköihin. Valintakriteerin mukaan fysioterapeuttien tuli toimia käytännön asiakastyössä. Kaikki osallistuneet fysioterapeutit olivat naisia. Fysioterapeuttien kokonaistyökokemus vaihteli 11–23 vuoden välillä. Nykyisen kaltaisissa työtehtävissä he olivat toimineet 9-23 vuotta.

Tutkija ei ollut yhteydessä asiakkaisiin. Osallistuneet fysioterapeutit kysivät asiakkailta halukkuutta tutkimukseen osallistumisesta. Valintakriteerien mukaan asiakkaiden tuli olla aikuisikäisiä. Ensisijaisesti tuli hakea asiakkaita, joilla oli tuki- ja liikuntaelinten ongelmia. Toissijaisesti kävivät myös muut aikuisikäiset asiakkaat. Yksi asiakas estyi jatkamasta hoitojaksoa. Fysioterapeutti valitsi hänen tilalle uuden asiakkaan. Muutoksesta johtuen tutkimustapauksesta muodostettiin kaksi erillistä tapausta. Tutkimustapausten ja asiakkaiden lukumääräksi muodostui siten kuusi. Osallistuneet asiakkaat olivat iältään 39–62 vuotta vanhoja. Asiakkaista neljä oli naisia ja kaksi miehiä. Viisi asiakasta tuli fysioterapiaan tuki- ja liikuntaelinongelmien ja yksi terveyden edistämiseen liittyvän neuvonnan vuoksi.

## Tapauskontekstit:

Ensimmäinen tutkimustapaus toteutui erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Tutkimustapaus muodostui asiakkaalle tehtävää lääketieteellistä toimenpidettä edeltävästä ja sen jälkeisestä terapiatilanteesta. Toimenpide tehtiin asiakkaalle vuosia jatkuneen tuki- ja liikuntaelinongelman vuoksi. Molemmat terapiatilanteet kestivät noin 20 minuuttia. Asiakkaan opetus liittyi neuvontaan ja tiedotukseen, lääketieteelliseen hoitoon ja hoitopaikassa tehtäviin harjoitteisiin.

Toisen tutkimustapauksen muodosti yksi perusterveydenhuollon toimintaympäristössä toteutunut fysioterapeutin ja asiakkaan tapaaminen. Asiakas tuli fysioterapeutin vastaanotolle tuki- ja liikuntaelinongelmien vuoksi tehtävien lääketieteellisten toimenpiteiden välisenä aikana. Terapiatilanne kesti noin 30 minuuttia. Fysioterapeutin asiakkaan opetus jakautui lääketieteelliseen hoitoon, kotiharjoitteisiin, sairauteen, ja neuvontaan ja tiedotukseen.

Kolmas tutkimustapaus sijoittui erikoissairaanhoidon toimintaympäristöön. Sen muodostivat asiakkaalle tehtävää lääketieteellistä toimenpidettä edeltävä ja sen jälkeinen terapiatilanne. Asiakas tuli hoitopaikkaan usean vuoden ajan jatkuneiden tuki- ja liikuntaelinongelmien vuoksi. Fysioterapeutin ja asiakkaan tapaamiset kestivät noin 30 minuuttia. Asiakkaan opetuksessa fysioterapeutti käsitteli sairautta, lääketieteellistä hoitoa, kotiharjoitteita, ja neuvontaa ja tiedotusta.

Neljäs tutkimustapaus muodostui perusterveydenhuollon toimintaympäristössä. Asiakas tuli fysioterapiaan vuosia jatkuneiden tuki- ja liikuntaelinten ongelmien vuoksi. Ensimmäinen terapiatilanne kesti noin 90 ja toinen noin 60 minuuttia. Fysioterapeutti opetti asiakastaan sairauteen, kotiharjoitteisiin, ja neuvontaan ja tiedotukseen liittyen.

Viidennessä tutkimustapauksessa asiakas kävi fysioterapeutin vastaanotolla perusterveydenhuollossa, terveyden edistämiseen liittyvissä neuvontatilanteissa. Ensimmäinen tapaaminen kesti noin 90 ja toinen noin 60 minuuttia. Tapaamisen aikana fysioterapeutti opetti asiakastaan neuvontaan ja tiedotukseen, lääketieteelliseen hoitoon, kotihoitoon ja yleiseen terveystieteeseen liittyen.

Kuudes tutkimustapaus sijoittui perusterveydenhuoltoon. Tutkimustapaus muodostui fysioterapeutin ja asiakkaan yhdestä tapaamisesta. Asiakas tuli vastaanotolle vuosia kestäneiden tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi. Tapaaminen kesti noin 70 minuuttia ja sen aikana käsitellyt opetussisällöt jakaantuivat sairautta, kotiharjoitteita, neuvontaa ja tiedotusta, stressiin liittyviä ongelmia ja lääketieteellistä hoitoa koskeviin aiheisiin.

#### 4.2 Aineistonkeruu

Ennen tutkimusaineiston keräämistä fysioterapeuteilta ja asiakkailta pyydettiin kirjalliset suostumukset osallistumisesta. Samalla heille kerrottiin vapaavalintaisesta mahdollisuudesta tutkimuksesta kieltäytymiseen missä tahansa vaiheessa. Tutkija sitoutui vaitioloon ja tutkimusaineiston hävittämiseen, mikäli fysioterapeutti tai asiakas olisi tutkimuksesta pois jäädessään tätä halunnut. Yksi asiakas jäi pois tutkimuksesta, mutta ei vaatinut itseään koskevan aineiston hävittämistä. Suostumus- ja sitoumuslomakkeet laadittiin hoitopaikkojen vaatimusten mukaisesti. Suostumus- ja sitoumuslomakemallit ovat liitteinä tutkimusraportissa (liitteet 1 ja 2).

Fysioterapiatilanteiden videokuvaukset suoritettiin marraskuun 1999 ja tammi-kuun 2000, ja fysioterapeuttien haastattelut tammi- ja helmikuun 2000 välisinä aikoina. Fysioterapeutin ja asiakkaan toisiinsa tutustumisen, ja tutkijan läsnäolon oletettiin vaikuttavan fysioterapeutin ja asiakkaan puheisiin ja toimiin, ja siten videoaineiston tietosisältöön. Videoaineiston tietosisällön kattavuus pyrittiin varmistamaan kuvaamalla tutkimustapauksittain fysioterapiajakson ensimmäinen ja yksi myöhemmän vaiheen fysioterapiatilanne. Yhdessä tutkimustapauksessa kuvattiin asiakkaan poisjäännin vuoksi fysioterapeutin työskentelyä kahden eri asiakkaan ensimmäisen fysioterapiakäynnin yhteydessä. Videokuvausten välinen aika vaihteli tutkimustapauksittain neljästä päivästä kolmeen viikkoon, asiakkaan fysioterapiajakson keston tai hoitolaitoksessa oloajan mukaisesti.

Toisen videokuvauksen ja fysioterapeutin haastattelun välinen aika vaihteli tutkimustapauksittain noin kuukaudesta puoleentoista kuukauteen. Neljä haastattelua toteutui suunnitellusti yhden haastatteluistunnon aikana. Yksi haastattelu jaettiin pitkän keston vuoksi kahteen eri istuntoon. Haastattelut kestivät noin puolestaotoista kahteen tuntia. Haastatteluissa fysioterapeuteille näytettiin videootteita tilanteista, joissa he opettivat asiakkaitaan. Yksittäisen videootteen jälkeen fysioterapeutteja pyydettiin perustelemaan otteen sisältämää asiakkaan opetusta. Haastattelut nauhoitettiin.

### 4.3 Aineiston analyysi

Litterointi on eräs tutkimusaineiston valmistelukeino. Litterointi on sanallisen ja ei-sanallisen aineksen tekstiksi kirjoittamista. (Syrjälä ym. 1996.) Tässä tutkimuksessa litteroitiin kaikki videoineilla ja haastatteluilla kerätyt tutkimusaineistot. Varsinainen analyysi suoritettiin vaiheittain (taulukko 1). Syrjälän ja Nummisen (1988, 163) mukaan vaiheistaminen tukee mm. järjestelmällistä, perusteltavaa ja johdonmukaista etenemistä.

1. Videoaineiston litterointi (tapauksittain)
2. Litterointien tarkka lukeminen (tapauksittain) - Asiakkaaseen kohdistuvan suostuttelun ja vakuuttelun tunnistaminen (asiakkaan opettaminen)
3. Opetustilanteiden paikantaminen videoaineistoon (tapauksittain) - Opetusaiheiden tunnistaminen
4. Stimulated recall- haastattelut (tapauksittain)
5. Opetusta määrittelevien tekijöiden ja retoristen keinojen tunnistaminen videoaineiston litteroinneista (tapauksittain)
6. Haastatteluaineiston litterointi (tapauksittain)
7. Litterointien tarkka lukeminen (tapauksittain) - Tutkijaan kohdistuvan suostuttelun ja vakuuttelun tunnistaminen
8. Opetusta määrittelevien tekijöiden ja retoristen keinojen tunnistaminen haastatteluaineiston litteroinneista (tapauksittain)
9. Video- ja haastatteluaineistoissa kuvattujen opetusta määrittelevien tekijöiden ja retoristen keinojen yhdistäminen (tapauksittain) - Yhtäläisyyksien ja erojen tunnistaminen - Opetusta määritteleville tekijöille annettujen merkitys tunnistaminen
10. Tapauskohtaisten tulosten yhteen tiivistäminen - Opetusta määrittelevien tekijöiden esittäminen - Retoristen keinojen esittäminen - Opetusta määritteleville tekijöille annettujen merkitysten esittäminen - Diskurssien nimeäminen

Taulukko 1. Aineiston analyysin eteneminen

Ensiksi litteroitiin terapiatilanteen videokuvauksen yhteydessä äänitetty fysioterapeutin ja asiakkaan välinen sanallinen vuorovaikutus. Ei- sanallisena aineksena merkittiin tauot. Myös epäselvät ja litteroimatta jätetyt aineistokohdat merkittiin tekstiin. Seuraavassa on esimerkki terapiatilanteen litteroinnista (tekstistä poistettu lääketieteellinen toimenpide ja murreilmaisut).

*A: ...niin*

*F: joo, selvä. No...minulla on tuossa semmoinen kaavake, jonka mukaan minä mittaan ja...sinut kyllä haastatellaan ensiksi, mutta sinä voit käydä...pitkäksesi jo valmiiksi, niin katsotaan nyt saman tien se sänkyyn meno, miten se tulee sitten "toimenpiteen" jälkeen..., istahdat siihen sängyn laidalle, saat tulla vähän tänne päin ja kuusi viikkoahan sinun pitäisi...istua vaan korkealla...*

*A: niin*

*F: saat istua...semmoinen loiva kulma saa olla...*

*A: joo*

*F: ...mutta sinä et saa istua tulin perillä, jolloin se...olisi suorassa kulmassa*

*A: joo*

*F: se on kuuden viikon ajan kielletty. Ihan..., että pysyy paremmin siellä, ennen kuin kudokset vahvistuvat...pysyy paremmin siellä paikallaan, ettei suotta ärsytetä sitä...*

*A: no sen minä luin tuossa ennakkoon...*

*F: sinä kerkesit sen kansion katsoa?*

*A: niin katsoin sen kansion läpi*

*F: ...hyvä, elikkä nyt vaikka meillä on eri lääkäreitä..., mutta kaikilla on tämä sama, kuuden viikon ajan tämä rajoitus...*

Seuraavaksi litteroitua tekstiä luettiin tarkkaan. Tarkka lukeminen tarkoittaa aineiston lukemista läpi useaan kertaan (Syrjälä ym. 1996). Suonisen (1999b) mukaan puheenvuorojen vuorottelun perusteella voidaan tunnistaa puhujien rooleja. Tarkan lukemisen yhteydessä tekstistä paikannettiin kohdat, joissa puheenvuoro oli fysioterapeutilla. Analyysin lähtökohtien mukaisesti fysioterapeutin puheenvuorot rajattiin kohtiin, joissa puhe kuvasi hänen pyrkimystä asiakkaan vakuuttelemiseen ja suostuttelemiseen oman esityksensä taakse. Nämä tunnistettiin kohdiksi, joissa fysioterapeutti oli asettunut tietoaineksen antajaksi (opetuksellinen toiminta) ja asiakas tietoaineksen vastaanottajaksi. Seuraavassa esimerkissä teksti on tiivistetty fysioterapeutin selontekoon poistamalla asiakkaan puhe. Esimerkissä fysioterapeutti vakuuttelee ja suostuttelee asiakasta hyväksymään opetuksen, jonka mukaan hän saa istua seuraavat kuusi viikkoa vain fysioterapeutin kuvaamalla tavalla.

*F: saat istua...semmoinen loiva kulma saa olla...*

*F: ...mutta sinä et saa istua tulin perillä, jolloin se...olisi suorassa kulmassa*

*F: se on kuuden viikon ajan kielletty. Ihan..., että pysyy paremmin siellä, ennen kuin kudokset vahvistuvat...pysyy paremmin siellä paikallaan, ettei suotta ärsytetä sitä...*

*F: sinä kerkesit sen kansion katsoa?*

*F: ...hyvä, elikkä nyt vaikka meillä on eri lääkäreitä..., mutta kaikilla on tämä sama, kuuden viikon ajan tämä rajoitus...*

Kyseiset kohdat paikannettiin videonauhoitteisiin, joiden perusteella toteutettiin fysioterapeuttien stimulated recall- haastattelut. Tekstikohtien perusteella tunnistettiin myös erilaiset opetusaiheet. Yksittäiset opetusaiheet järjestettiin kokonaiskuvan saamiseksi laajemmiksi opetuksen pääaihepiireiksi (liite 3). Järjestämisessä noudatettiin Sluijsin ideaa (1991a ja b) opetusaiheiden analysoinnista (liite 4). Menettelyssä samaan aiheeseen liittyvät opetusväittämät koottiin ryhmäksi ja ryhmä nimettiin opetusaiheita yleisemmällä tasolla kuvaavalla otsikolla. Sluijs (1991a) on nimennyt opetuksen pääaihepiireiksi: opetus ja tiedotus sairaudesta, ohjeet kotiharjoitteista, neuvonta ja tiedotus, yleinen terveystieteellinen kasvatus ja stressiin liittyviä ongelmia koskeva ohjaus. Tässä tutkimuksessa aineistosta nousi opetusaiheita, joiden perusteella pääaihepiireiksi nimettiin lisäksi opetus ja tiedotus lääketieteellisestä hoidosta, ohjeet hoitopaikassa tehtävistä harjoitteista ja ohjeet kotihoidosta.

Analyysin seuraavassa vaiheessa terapiatilanteiden litteroiduista teksteistä paikannettiin fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevissa diskursseissa kuvaavat opetusta määrittelevät tekijät ja retoriset keinot, joita käyttäen he teki- jöitä kuvasivat. Edellisessä esimerkissä fysioterapeutti viittaa puheessa lääkäreihin. Hän kuvaa lääkäreitä heidän toiminnastaan nousevalla vaihtoehdottomuuspuheella. Vaihtoehdottomuuspuheen mukaan lääkärit määrittelevät ehdoita asiakkaalta toimenpiteen jälkeen edellytettävää toimintaa ja siten fysioterapeutin asiakkaan opetusta, koska hänen tehtävänä on opettaa lääkäreiden määrittämä toimintatapa asiakkaalle.

Seuraavaksi litteroitiin ja analysoitiin nauhoitetut haastattelut. Analyysissa paikannettiin fysioterapeutin puheenvuorot, joista rajattiin tarkasteluun kohdat, joissa fysioterapeutin puhe ilmensi hänen suostuttelevan ja vakuuttelevan tutkijaa.



Alla olevassa esimerkissä, tutkijaa suostuttelevassa ja vakuuttelevassa puheessa, fysioterapeutti kuvaa opetuksen perustuvan tiettyyn hoitokäytäntöön. Puheen konsensusilmaisuilla ”annetaan” ja ”meillä on”, hän ilmaisee toimivansa laajemman joukon edustajana. Kyse on siten yhteisestä hoitokäytännöstä. Yhteisestä hoitokäytännöstä nousee vaihtoehdottomuuspuhe. Opetus on ikään kuin ehdoitta toteutettava yhteisen hoitokäytännön mukaisesti. Määrällistä ilmaisu ”kaikille” ja ääri- ilmaisu ”viimeistään” vahvistavat toiminnan säännönmukaisuutta.

*F: ...se on... tämmöinen normaali ohjaus joka kaikille ”toimenpidepotilaille” annetaan viimeistään ”toimenpiteen” jälkeen jos ei siitä...ennen ”toimenpidettä” puhuta...*

*F: ...meillä on...tietty käytäntö mitä ”toimenpidepotilaalle” saa ja pitää tehdä...*

Myös haastattelulitteroinneista analysoitiin opetusta määrittelevät tekijät ja niistä puhumisen retoriset keinot. Viimeistä edellisessä vaiheessa yhdistettiin terapiatilanne- ja haastatteluanalyysin perusteella tunnistetut samaa opetusta määrittelevät tekijät ja saman retorisen keinon käyttöä kuvaavat puheet. Yhdistämällä opetusta määrittelevät tekijät ja retoriset keinot irrotettiin yksittäisistä opetustapahtumista. Menettely mahdollisti määrittelevien tekijöiden yhtäläisyyksien ja erojen tunnistamisen, ja esittämisen yleisemmällä tasolla. Yhdistämisen avulla tunnistettiin myös opetusta määritteleville tekijöille annetut merkitykset. Mikäli yhdistäminen ei ollut mahdollista merkitykset tunnistettiin terapiatilanne- tai haastatteluanalyysin perusteella.

Alla olevassa esimerkissä on yhdistetty terapiatilanne- ja haastatteluanalyysit. Esimerkissä fysioterapeutti kuvaa lääkärin opetusta määritteleviksi tekijöiksi. Lääkäreitä kuvataan heidän toiminnasta nousevalla vaihtoehdottomuuspuheella. Vaihtoehdottomuuden perusteella lääkäreille annetaan merkitys, jonka mukaan he määräävät asiakkaan opetusta. Lainaukset haastattelulitteroinnista on kursivoitu. Merkintätapaa käytetään myös tutkimusraportin tulososiossa.

*F: "...on eri lääkäreitä...mutta kaikilla on tämä sama kuuden viikon... rajoitus..."*

*F: "...lääkärin nimi"...toimenpide" on...täällä...tarkoittaa jatkohoitona..."*

*F: "...kuuluu lääkärin hoitokäytäntöihin..."*

*F: "...lääkärin hoitokäytäntöä perustellen...ohjaan...asioita..."*

*F: "...me eletään lääkäreitten tahdissa täällä..."*

Lopuksi, yksittäisten tutkimustapausten analyysien tulokset tiivistettiin yhteen. Menettelyllä kaikki erilaiset tutkimusaineistosta esille nousseet asiakkaan opetusta määrittelevät tekijät oli mahdollista kuvata kerran, riippumatta niiden tutkimusaineistossa esiintymisen kertamääristä. Opetusta määrittelevät tekijät järjestettiin siten, että samaa tekijää koskevat kuvaukset muodostivat omat kokonaisuutensa. Nämä kokonaisuudet nimettiin asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä kuvaaviksi diskursseiksi.

## 5 TULOKSET

Tuloksissa esitetään fysioterapeuttien asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä kuvaavat diskurssit, diskursseja muodostavat opetusta määrittelevät tekijät ja tekijöistä puhumisen retoriset keinot. Esimerkkeinä käytettävistä litterointilainauksista on poistettu nimet, murreilmaisut, diagnoosit ja lääketieteelliset toimenpiteet tutkittavien anonymiteetin turvaamiseksi.

### 5.1 Lääkäridiskurssit

Lääkärit määräävät opetusta. Fysioterapeutit kuvasivat opetusta koskevissa puheissa lääkäreitä. Lääkäreistä puhuttiin heidän toiminnoista tai sanomisista nousevilla vaihtoehdottomuuspuheilla. Jokisen (1999) mukaan vaihtoehdottomuuspuhe on puhetta, jonka perusteella vain jokin vaihtoehto tai toimintatapa on mahdollinen tai järkevä. Vaihtoehdottomuuspuheilla fysioterapeutit asemioivat itsensä lääkäreiden määrittelemän opetuksen toteuttajiksi. Vaihtoehdottomuuspuheiden perusteella lääkäreihin liitettiin merkitys, jonka mukaan he olivat asiakkaan opetusta määrääviä tekijöitä.

- ”...on eri lääkäreitä...mutta kaikilla on tämä sama kuuden viikon... rajoitus...”
- ”...”lääkäriin nimi”...”toimenpide” on...täällä...tarkoittaa jatkohoitona...”
- ”...selitykseksi potilaalle, että se kuuluu lääkärin hoitokäytäntöihin...”
- ”...lääkäriin hoitokäytäntöä perustellen...ohjaan...asioita...”
- ”...me eletään lääkäreitten tahdissa täällä ja...heittä...saadaan perusta ja tieto...miksi tehdään...”

Lääkäriin ja fysioterapeutin yhteisymmärrys ohjaa opetusta. Puheessa kuvattiin myös lääkäreiden ja fysioterapeuttien välillä opetuksesta vallitsevaa yhteisymmärrystä. Yhteisymmärryksestä nousevilla konsensuspuheilla fysioterapeutit asemoivat itsensä lääkäreiden rinnalle, osaksi asiakkaan opetusta määrittelevää toimijajoukkoa. Jokisen (1999) mukaan konsensuspuhe voidaan ymmärtää puheeksi, jolla esitetään, että asiasta vallitsee yhteisymmärrys useiden eri tahojen kesken. Konsensuspuheilla lääkäreille annettiin merkitys, jonka mukaan he ohjasivat asiakkaan opetusta yhteisymmärryksessä fysioterapeuttien kanssa.

- ”...fysiatriin suosittelu oli sama ja sellaista systeemiä, mitä minä hänen kanssaan olen puhunut...”
- ”...mehän voitaisiin...katsoa kun se fysiatriin suositushan oli...yleisliikuntaa...”
- ”...tämä oli...yksi niistä liikkeistä, joita...fysiatrigin suositteli...”

Lääkätieteelliset toimenpiteet määräävät opetusta. Fysioterapeutit kuvasivat asiakkaille tehtyjä lääketieteellisiä toimenpiteitä. Toimenpiteiden vaikutuksista nousi vaihtoehdottomuuspuheita. Vaihtoehdottomuuspuheiden perusteella toimenpiteiden kuvattiin johtavan ehdoitta tiettyihin opetuksiin. Vaihtoehdottomuuspuheilla fysioterapeutit antoivat asiakkaille tehdyille lääketieteelliselle toimenpiteille merkityksen, jonka mukaan ne määrittivät määräävästi heidän asiakkaan opetusta.

- ”...katsotaan nyt...sänkyyn meno, miten se sitten tulee ”toimenpiteenleikkauksen jälkeen...”
- ”...täältä paremman jalan puoleltahan me mennään pitkäkseen...”
- ”...kuuteen viikkoon ”toimenpidepotilas” ei saa istua normaalisti...”
- ”...neuvon sen sänkyyn menon siten kun se tapahtuu...”toimenpiteen” jälkeen...”

## 5.2 Hoitokäytäntödiskurssit

Henkilökohtaiset hoitokäytännöt määräävät opetusta. Fysioterapeutit kuvasivat puheessa tiettyjä toimintatapoja itsensä henkilöimällä. Kuvaukset ilmaisivat siten henkilökohtaisia hoitokäytäntöjä. Tietyistä asiakasryhmistä, omista toimin-

tatavoista ja käytetyistä menetelmistä nousevilla vaihtoehdottomuuspuheilla fysioterapeutit kuvasivat opetusten säännönmukaista toistamista. Vaihtoehdottomuus puheen perusteella fysioterapeutit liittivät omiin hoitokäytäntöihinsä merkityksen, jonka mukaan ne määrittivät määräävästi asiakkaan opetusta.

*”...se tulee aina tämmöisen potilaan kohdalla...”*

*”...yleensä otan aina...samalla...”*

*”...yleensä lähden heti ensimmäisestä päivästä ohjaamaan...”*

Yhteiset hoitokäytännöt määräävät opetusta. Opetusta koskevissa puheissa kuvattiin tiettyjä toimintatapoja. Tätä ilmaisivat esimerkiksi hoidon ja harjoittelun ajallinen vaiheistaminen. Puheissa toimintatapoja kuvattiin me- retoriikalla, jolla ilmaistiin toimittavan laajemman toimijajoukon edustajina. Kyseessä oli siis yhteiset hoitokäytännöt. Me- retoriikasta eli konsensuksesta nousi vaihtoehdottomuuspuheita, joilla yhteisiin hoitokäytäntöihin kuvattiin liittyvän ehdottomuutta. Fysioterapeutit antoivat hoitokäytännöille siten merkitykset, joiden mukaan ne määrittivät määräävästi asiakkaan opetusta.

*”...huomenna ei tarvitse muuta kuin tuo...nilkkojen pumppausliike...”*

*”...seuraavana päivänä...reisilihaskäynnitys...”*

*”...ensimmäisenä päivänä...päästään yrittämään ylösnousua, jos se hemoglobiini ei ole pudonnut alle yhdeksänkymmenen...”*

*”...meillä on...tietty käytäntö...”*

*”...kaikki ohjataan samat liikkeet...”*

Yhteinen hoitokäytäntö ohjaa opetusta. Kuten edellä, fysioterapeutti vaiheisti puheessa hoidon ja harjoittelun ajallisen etenemisen, kuvaten sillä tiettyä toimintatapaa. Puheen me- retoriikan perusteella kyse oli edelleen jonkin toimijajoukon yhteisymmärryksestä nouseva hoitokäytäntö. Yhteistä hoitokäytäntöä ei kuitenkaan kuvattu konsensuksesta nousevalla vaihtoehdottomuuspuheella eli sitä ei ilmaistu opetusta määrääväksi tekijäksi. Yhteisymmärryksestä nousevan konsensuspuheen perusteella yhteiselle toimintakäytännölle annettiin puheissa siten myös merkitys, jonka mukaan se lähinnä ohjasi asiakkaan opetusta.

- ”...nyt kaksi viikkoa on...tänä aikana...”  
 ”...kuusi viikkoa on...aika, että sellaisia voimakkaampia...”  
 ”...nämä ohjeet ovat nyt vaan kahdeksi viikkoa...”  
 ”...on tietynlainen...yhteisymmärrys meillä...”  
 ”...ettei ihan yksi sanoo sitä ja toinen tätä...”

### 5.3 Fysioterapeutin kokemuskurssit

Myönteiset kokemukset ohjaavat opetusta. Fysioterapeutit kuvasivat opetukseen liittyvässä puheessa aiempia myönteisiä kokemuksiaan. Aiemmista myönteisistä kokemuksista nousi itse todettu- puheita. Juhilan (1993) mukaan itse todettu- puhe voidaan ymmärtää puheeksi, jossa kuvataan tietyssä ajassa ja paikassa tapahtuneita asiantiloja ja tapahtumia, jotka puhuja on autenttisesti havainnoiden nähnyt ja kuullut. Fysioterapeuttien itse todettu- puheiden mukaan aiemmin hyviin tuloksiin johtaneet toiminnat tuottaisivat hyviä tuloksia myös tutkimustapauksissa läsnä olleiden asiakkaiden osalta. Fysioterapeutit antoivat puheissa aiemmille myönteisille kokemuksille merkitykset, joiden mukaan ne olivat tekijöitä, jotka määrittivät ohjaavasti asiakkaan opetusta.

- ”...kyllä se sitten kun siinä on haava niin kummasti sujuu...”  
 ”...kyllä se siitä lähtee sitten kun se on ”toimenpide”...”  
 ”...yleensä se on aika kankean näköistä tässä vaiheessa...,mutta kummasti ne osaa ”toimenpiteen” jälkeä kävellä kuitenkin...”  
 ”...kun minä etukäteen kerron...niin se on...helpompi lähteä toimimaan ”toimenpiteen” jälkeen...”

Kielteiset kokemukset ohjaavat opetusta. Fysioterapeutit kuvasivat puheessaan myös aiempia kielteisiä kokemuksia. Kokemuksista nousi itse todettu- puhe, jonka mukaan fysioterapeutit olivat siis itse olleet paikalla todistamassa aiempia kielteisiä tapahtumia. Fysioterapeuttien puheen mukaan heidän aiemmin kokemansa ja opetuksessa kuvaamansa asiat olivat todellisia myös kyseisten asiakkaiden kohdalla. Fysioterapeuttien aiemmat kielteiset kokemukset määrittivät siten ohjaavasti asiakkaan opetusta.

- ”...hyvin tuntuu kestävästä pää...se on vain niin äkkiä, kun se tulee se pimeä hetki, niin on pikkusen mieluummin varovainen...”

Tasavertaisuuskokemus lisää opetuksen mahdollisuuksia. Fysioterapeutti kuvasi puheessa tasavertaisuuskokemusta suhteessa lääkäriin. Aiemmasta kokemuksesta nousi itse todettu- puhe. Itse todettu- puheella fysioterapeutti kuvasi itsensä lääkärin kanssa tasa- arvoisiin rooleihin. Itse todettu- puhe vaikutti antavan oikeutuksen mahdollisesta lääkärin esityksestä poikkeavalle opetukselle. Erimieltä ollessaan fysioterapeutin ei tarvitsisi vastustaa itseään arvovaltaisempaa toimijaa. Fysioterapeutti antoi puheessa tasavertaisuuskokemukselle merkityksen, jonka mukaan se lisäsi hänen asiakkaan opetuksen mahdollisuuksiin.

*"...eikä nytkään ollut...sitä epikriisiä käytössä, eikä se aina kerro kaikkea...se voi olla hyvinkin poikkeava minun mielipide...se lääkärin läheteestä myös, että joko eri mieltä tai...sitten vähän lisää tai...poistaa jotain..."*

Kokemus toimintaympäristöstä määrää opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa kokemusta toimintaympäristöstään. Hän asemoi me- retoriikalla itsensä "virallisen" terveydenhuoltojärjestelmän edustajaksi, jonka hyväksymien menetelmien kanssa hänellä oli yhteisymmärrys. Toimintaympäristökokemuksesta nousi vaihtoehdottomuuspuhe. Vaihtoehdottomuuspuheella fysioterapeutti kuvasi kokemuksensa määrittelevän ehdoitta asiakkaan opetusta. Puheen perusteella fysioterapeutti liitti kokemukseen merkityksen, jonka mukaan se oli asiakkaan opetusta määräävästi määrittelevä tekijä.

*"...tämmöisiin erikoisjuttuihin elä sorru..."*

*"...sellaiset, voit nauraa niille jutuille, kun luet niitä..."*

*"...olen terveydenhuollon edustaja..., joka antaa "ohjausta" ja minä käytän...menetelmiä, jotka terveydenhuolto hyväksyy..., meidän yleisiä...tutkittuja järjestelmiä..."*

*"...niitä ei virallinen terveydenhuoltojärjestelmä opeta ja minä katson olevani osa sitä, minä kuulun...siihen..."*

#### 5.4 Fysioterapeutin käsitysdiskurssit

Stereotyyppiset käsitykset ohjaavat opetusta. Puheissa asiakkaat luokiteltiin tulosityn perusteella tiettyjä asiakasryhmiä edustaviksi. Aiemmista kokemuksista nousi itse todettu- puhe ja yleisemmistä oletuksista tosiasiapuhe. Jokisen (1999) mukaan tosiasiapuheella asiat kuvataan puhujista ja tulkinnoista riippu-

mattomiksi tosiasioiksi, jolloin toimijoiden rooli ja vastuu asioiden kulusta syrjäytyy. Toisen fysioterapeutin puheessa asiakkaiden samankaltaisuutta vahvistivat mm. ilmaisut ”ne on yleensä” ja ”monet on”. Itse todettu- ja tosiasia- puheilla kuvattiin siten stereotyyppisiä asiakaskäsityksiä. Puheiden mukaan oli ikään kuin odotettavissa, että asiakkaat toimisivat edustamiensa asiakasryhmien tavoin. Fysioterapeutit näyttivät antavan käsityksilleen puheissaan asiakkaan opetusta ohjaavat merkitykset.

*”...ne on yleensä jo niin innokkaita lähtemään...”*

*”...monet on sitten, että ettekö te enää viekään saliin meitä, että eikö meille mitään tehdä täällä...”*

*”...monta kertaa...ne ajattelee, että miksi minä olen näin huonossa kunnossa, niin sillä...selitin...”*

Käsitykset omasta tehtävästä määräävät opetusta. Fysioterapeutit kuvasivat puheissa käsityksiä omista tehtävistään. Käsitykset näyttivät perustuvan asemoiteihin, joille he asettivat itsensä toimijoiksi, joiden tuli kyetä ohjaamaan asiakkaille jotain. Omaa tehtävää koskevista käsityksistä nousi vaihtoehdottomuuspuheita. Vaihtoehdottomuuspuheilla fysioterapeutit kuvasivat, että heidän oli ikään kuin pakko opettaa asiakkaille jotain, etteivät nämä joutuisi ”pettymään”. Vaihtoehdottomuus kuvattiin jopa niin vahvaksi, että se meni asiakkaalle opetetun harjoitusliikkeen tarkoituksenmukaisuuden edelle. Fysioterapeutit antoivat vaihtoehdottomuuspuheilla omia tehtäviään koskeville käsityksilleen merkitykset, joiden mukaan ne määräsivät asiakkaan opetusta.

*”...nyt kun ne ovat menneet niin hyvin ne liikkeet sinulla..., eikä ne ole aiheuttanut kipua, niin...antaisin...vähän lisää...”*

*”...hän oli hyvin...aktiivisesti tehnyt ja innokas...halusi myös vähän vielä antaa...jotakin..., jos minä en olisi mitään ohjannut tuossa niin...olisi tullut ehkä...semmoinen, että...näilläkö me nyt vaan jatkamme...”*

Käsitys tietynlaisesta harjoittelusta ohjaa opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa tiettyyn harjoittelumuotoon ja harjoittelun ajoitukseen liittyviä käsityksiään. Käsityksistä nousi tosiasiapuhe. Tosiasiapuheen mukaan kuvatulla tavalla toteutettu harjoittelu johtaisi itsestään selvästi hyviin hoitotuloksiin. Tosiasiapuheen vahvistuksena käytettiin mm. ilmaisuja ”paljon nopeampaa” ja ”paljon helpompaa”. Puheellaan fysioterapeutti antoi käsitykselleen merkityksen, jonka mukaan se määritteli ohjaavasti opetusta.

”...on ihan hyvä harjoittaa painon kanssa...mitä ei ole vielä operoitu...koska toipuminenhan on paljon nopeampaa...sinun on paljon helpompi lähteä liikkeelle...”

”...saadaan lihaksisto hyvään kuntoon ennen sitä ”toimenpidettä”...mitä parempi se tilanne on ennen sitä, niin se toipuminen on nopeampaa...tilanne on...parempi...”

Käsitys lääketieteellisestä toimenpiteestä ohjaa opetusta. Asiakas mainitsi puheessa mahdollisesti tehtävän lääketieteellisen toimenpiteen. Fysioterapeutti vaikutti vastaavan opetuksella tähän. Asiakkaan kuvaamat, hänellä jo olevat vauriot vaikuttivat olevan ristiriidassa fysioterapeutin kyseistä toimenpidettä koskevan käsityksen kanssa. Käsitys perustui kyseistä toimenpidettä tekevän lääkärin esittämään tietoon, johon fysioterapeutti yhtyi. Käsityksestä nousi omista intresseistä etäännyttävä puhetapa, jota fysioterapeutti käytti käsityksensä mukaiseen, asiakkaan kannalta ehkä ikävään opetukseen. Omista intresseistä etäännyttämispuheelle voidaan antaa eri merkityksiä. Tässä tutkimuksessa puhetapa määritellään Jokisen (1999) esityksen perusteella puheeksi, jossa puhuja on ikään kuin joutunut omien intressiensä vastaisesti kohtamaan ja myöntämään tosiasiat, jotka hän ainoastaan raportoi muille. Fysioterapeutti antoi puheessa toimenpidettä koskevalle käsitykselle opetusta ohjaavan merkityksen.

”...siellä luussa...sitä kulumamuutosta, niin silloin sitä ei enää olisi...heidän tiedon mukaan ei ole hyötyä...”

”...hän sanoi tulevaisuudessa ehkä pystytään...estämään...kulumamuutoksia eli syntyneitä vaurioita...”

”...tuli esille, että oli...mietitty...mennäänkö...”toimenpiteeseen”

”...tämä oli...semmoista tiedonantamista...”

Käsitykset lääketieteellisestä hoitolinjasta ohjaavat opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa asiakkaan esittämän lääketieteellisen hoitolinjan ja oman käsityksensä välistä ristiriitaa. Ristiriita perustui jonkin laajemman toimijajoukon yhteisymmärrykseen. Käsityksestä nousi asiakkaan hoitolinjan epätarkoituksenmukaiseksi kuvannut tosiasiapuhe. Tosiasiapuhetta vahvistettiin mm. ilmaisuilla ”yleensä... opetetaan” ja ”on aina opetettu”. Fysioterapeutti antoi puheessa hoitolinjaa koskevalle käsitykselleen merkityksen, jonka mukaan se ohjasi asiakkaan opetusta.



*"...se on semmoinen yleensä...meillä...opetetaan..., että se on välittömästi...asia milloin mennään...keskussairaalaan ilman mitään..."*

*"...tuntu vaan...jännältä kun sinä sanoit, että...sitten ne ei kuitenkaan tehnyt mitään..."*

*"...jos se oli näin...kun hän kertoo se tilanne, niin...enempää tehty...kuitenkin meille on aina opetettu, että silloin kun on..."oire" niin se on...välitön leikkaus jo...edessä ihmisellä ja silloin...siihen pitää puuttua..."*

Toisaalta, puhe kuvasi asiakkaan esittämän hoitolinjan ja fysioterapeutin käsityksen välistä yhteisymmärrystä. Yhteisymmärrys perustui liittoutumiseen sekä lääkäreiden sanomaan, että johonkin yleisempään tietämykseen. Yhteisymmärryksestä nousi tosiasiapuhe. Opetuksen viesti oli toinen kuin edellä. Sen mukaan asiakkaan hoitolinja oli tarkoituksenmukainen. Fysioterapeutti liitti asiakkaan lääketieteellistä hoitolinjaa koskevaan käsitykseensä edelleen opetusta ohjaavan merkityksen.

*"...on kyllä totta, että nykytietämyksen mukaan tai ainakin nyt joidenkin ortopedien ja lääkäreitten mielestä tehdään edelleenkin liikaa näitä "toimenpiteitä"...se hyöty...sen jälkeen ei välttämättä...ole niin hyvä kun ajatellaan..."*

*"...tuossa juuri yksi sanoi, että joitakin on varmaan..."*

*"...yleensä nyt...ollaan sitä mieltä, että se..."hoitolinja"...on...parempi..."*

*"...siihen jatkoon mitä...hän voi olettaa, että edetään tai miten tätä asiaa hoidetaan jatkossa..."*

Käsitykset asiakkaan tietopuutteista ohjaavat opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa käsitystä asiakkaan ja toisaalta, koko asiakkaan edustaman ammattiryhmän tietämyksen puutteista. Tietopuutteita koskevasta käsityksestä nousi kritiikkipuhe. Kritiikkipuheella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hyökkäävän retoriikan käyttöä. Hyökkäävällä retoriikalla pyritään heikentämään vasta-argumenttia (Jokinen 1999). Fysioterapeutti asemoi itsensä totuudellisempaa tietoa hallussaan pitäväksi toimijaksi, jota hän vahvisti myös me- retoriikan käytöllä. Puheessaan fysioterapeutti antoi tietopuutteita koskevalle käsitykselle opetusta ohjanneen merkityksen.

*"...sellainen oletamus on, ettei hän...tuolla tavalla tiennyt kun minä sitä...selittää..."*

*"...oli vähän se epävarmuus...tietääkö hän nämä liikkeet..."*

*"...erilaista näkökulmaa siihen mitä hänellä on...työn kautta se viitekehys..."*

*"...ammattiryhmällä" on vähän eri viitekehys kuin meillä..."*

Käsitykset ongelman fysiologisista seurauksista ohjaavat opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa asiakkaan ongelman fysiologisia seurauksia koskevaan tietoon perustuvaa käsitystään. Käsityksensä hän liitti johonkin yleisempään jaettuun tietoon. Ongelman seurauksia koskevasta käsityksestä nousi tosiasiapuhe. Tosiasiapuheella fysioterapeutti kuvasi asiakkaan ongelman joko aiheuttavan tai jo aiheuttaneen tiettyjä fysiologisia muutoksia. Ongelman fysiologisia seurauksia koskeva käsitys sai puheessa opetusta ohjaavan merkityksen.

*"...nyt...uutta tietoa näistä "lihaksista" on, että..."oireen" aikana ne yleensä on ensimmäiset...jotka heikkenevät ja ne ovat suorassa yhteydessä tuonne "kehonosa"..."lihaksiin"...ne on ehdottoman tärkeitä...oikeastaan kaikissa toiminnoissa..."*

*"...tietoa sille asiakkaalle, että miksi minä testaan näitä ja...miksi ne ovat tärkeitä, että ne pitäisi olla hyvässä kunnossa...ja perusteita ehkä sitten niille tai ei ehkä vaan olikin sitten niille harjoitteille..."*

## 5.5 Asiakasvaatimusdiskurssit

Asiakkaan ilmaisemat tietopuutteet ohjaavat opetusta. Asiakas kuvasi puheessa tietämyksen puutteita. Fysioterapeutti vaikutti vastaavan opetuksella tähän. Hän kuvasi puheessa asiakkaan tietopuutteita. Fysioterapeutin havaitsemista tietopuutteista nousi fysioterapeutin opetusta koskevassa puheessa käyttämä itse todettupuhe. Toisaalta, puheessa käytettiin johonkin yleisemmin ihmisiä koskevaan oletukseen perustuvaa tosiasiapuhetta, jonka mukaan ihmiselle yleensäkin olisi hyödyllistä tietää omasta tilastaan. Asiakkaan ilmaisemaan tietopuutteeseen liitettiin puheessa merkitys, jonka mukaan se ohjasi asiakkaan opetusta.

*"...hän sanoi, että...jokin ahtaus...se minulle...,että ahaa... ei tiedä mikä..."*

*"...ihmisen pitää itse ymmärtää...miksi vaiva tulee..."*

Edelleen, asiakkaan puhe ilmaisi tietopuutteita. Fysioterapeutti näytti vastaavan opetuksellaan niihin. Asiakkaan ilmaisemista tietopuutteista nousi fysioterapeutin puheeseen kritiikkipuhe. Kritiikkipuhe kohdistui asiakkaan tietämykseen ja ymmärrykseen. Fysioterapeutti antoi puheessa asiakkaan ilmaisemille tietopuutteille merkityksen, jonka mukaan ne määrittelivät ohjaavasti hänen asiakkaan opetustaan.

"...vielä lopuksikin sinulle jäi vähän semmoinen kuva, että ketä sinä heistä uskoisit...?"

"...et oikein...mitään...selitystä löytynyt, että mistä tällainen ilmiö?..."

"...ongelmahan oli se, että asiakkaalle on sanottu monia asioita, mutta hän ei ole ymmärtänyt...niitä... ainakaan saanut...ohjeita, että hän olisi osannut...toimia...niitten mukaan..."

"...kyllä hänellä...väärä käsitys on..."

"...epäilen ei ole edes noin sanottu, mutta hän on vaan käsittänyt ...asiakkaalla on voimakas uskomus...tähän suuntaan..."

Asiakkaan ilmaisemat kivut määräävät opetusta. Asiakas ilmaisi terapiatilanteessa kiputunteuksia. Fysioterapeutti näytti vastaavan opetuksessaan niihin. Asiakkaan ilmaisemista kivuista nousi vaihtoehdottomuuspuhe. Vaihtoehdottomuuspuheen perusteella asiakkaan ilmaisemat kivut määrittivät ehdoitta opetusta. Fysioterapeutti korosti tätä mm. ääri- ilmaisuilla "kipeämpi kuin koskaan" tai "hirveän kipeä". Vaihtoehdottomuuspuheessa asiakkaan kipuihin liittyi merkitys, jonka mukaan ne määräsivät fysioterapeutin asiakkaan opetusta.

"...ei nyt anna kävellä, niin...liikuntamuotona ei nyt kävelyä voi ajatellakaan..."

"...heti kun se alkaa tuntua, niin...sitten ei enempää..."

"...ei kannatta kokeilla...en minä usko, että se onnistuu..."

"...hyvä tavaton...hän oli kipeämpi...mitä...paperit antoivat tietää..."

"...ei pysty kävelemään,...täytyy kuormitusta saada...pois..."

"...hän todennäköisesti on kipeämpi kun koskaan..."

Asiakkaan tulosityhyn nähden muu ongelma määrää opetusta. Asiakkaalla oli vastaanotolle tullessaan tulosityn lisäksi myös muu ongelma. Fysioterapeutti kuvasi puheessa asiakkaan muuta ongelmaa. Ongelmasta nousi vaihtoehdottomuuspuhe. Vaihtoehdottomuuspuheen mukaan muu ongelma määritteli ehdoitta fysioterapeutin ja asiakkaan toimintaa. Vaikutelmaa vahvasti mm. ilmaisu "tietenkään sinä et voi...", jonka perusteella ongelmien merkitys oli ikään kuin itsestäänselvyys. Fysioterapeutti antoi vaihtoehdottomuuspuheella asiakkaan tulosityhyn nähden muulle ongelmalle opetusta määränneen merkityksen.

"...tietenkään sinä et voi harrastaa...kuntosalia, etkä sauvakävelyä...se pääpaino sitten sen "ongelma" suhteen..."

"...nyt...liikunta ainakin seuraavan kuukauden ajan on...kokonaan pois, koska se "vamman" estää tehdä..."

"...yleensä puhun...siitä liikunnasta millä sitä "hoitovaikutusta" saadaan..., mutta hänen kohdallaan se on puhuttava myöhemmin, koska...on kipeä eikä voi liikkua..."

Asiakkaan ennakko- odotus määrää opetusta. Fysioterapeutti kertoi asiakkaan ennakko- odotuksesta. Ennakko- odotuksesta nousi vaihtoehdottomuuspuhe. Vaihtoehdottomuuspuheella asiakkaan odotukset kuvattiin niin vahvoiksi, että ne ehdoitta johtivat tiettyyn opetukseen. Puheen mukaan fysioterapeutilla ei ollut muuta vaihtoehtoa kuin ”vastata” asiakkaan odotuksiin. Asiakkaan ennakko- odotuksia koskevalla vaihtoehdottomuuspuheella niille annettiin merkitys, jonka mukaan ne määräsivät asiakkaan opetusta.

*”...soitellut tänne minulle...ja sinullahan ajatus oli se...”*

*”...tottahan minun on...pyyntöön vastattava, kun asiakas nimenomaan sitä kysyy...”*

*”...asiakas halusi niin se oli minusta...pääasiallisin syy, jos asiakas ei olisi halunnut, niin en olisi lähtenyt...sitä...itse kertomaan...”*

*”...vahvisti sitä, että...sinun oma ajatus on...varteenotettava mahdollisuus...ei ole mitään esteitä sille tielle...”*

Asiakkaan ilmaisu ongelman olemuksesta ohjaa opetusta. Asiakas kertoi pitäväänsä psyykkistä tilaa ongelman ja sen aiheuttamien oireiden kannalta merkittävänä. Samalla hän kuvasi näkemyksensä olevan ristiriidassa jonkin yleisemmän mielipiteen kanssa. Fysioterapeutti näytti vastaavan opetuksella asiakkaan esitykseen. Hän kuvasi puheessa yhteisymmärrystä asiakkaan kanssa. Yhteisymmärrys perustui jonkin laajemman toimijajoukon asiaa koskevaan konsensukseen. Ongelman olemuksesta puhuttiin yhteisymmärryksestä nousevalla tosiasiapuheella. Puheen perusteella asiakkaan ilmaisu sai opetusta ohjanneen merkityksen.

*”...ei niistä minä olin...koulutuksessa ei...siitä...sanota, ettei se nyt voi sieltä...johtua...kokonaisuutenahan me olemme...”*

*”...ei...kumoa hänen ajatuksiaan, että niillä ei mitään merkitystä ole, ja tuen sitä...mielipidettä mikä hänelläkin...oli...”*

Asiakkaan ilmaisut oireiden aiheuttajista ohjaavat opetusta. Asiakas ilmaisi erilaisia oirekuvauksia. Fysioterapeutti näytti vastaavan opetuksellaan näihin. Hän kuvasi puheessa asiakkaan ilmaisuihin liittyen omaan tietämykseensä perustuvia käsityksiä mahdollisista oireiden aiheuttajista. Fysioterapeutti puhui käsityksistä tosiasiapuheella. Tosiasiapuheen perusteella tietyt oireet viittasivat luon-

nollisesti joihinkin tiettyihin taustasyihin. Tosiasiapuheessa fysioterapeutti antoi oireiden aiheuttajia koskeville ilmaisuille opetusta ohjaavan merkityksen.

*"...se selästä johtuva alkaa yleensä heti kun lähtee kävelemään ja se verisuoniperäinen vasta sitten kun on kävellyt jonkin matkaa, että se hyvinkin voi viitata siihen suuntaan..."*

*"...kertoi..., että hänellä on ollut siinä "oiretta"...kävellessä...pohdin...ääneen...tukien sitä, että luultavimmin se hänen "oire" johtuu sieltä "kehonosa"...hänelle varmistukseksi siihen...mitähän oli jo epäillytkin..."*

*"...useampi eri kohta...osoitti...mitä...minun kannalta olisi tärkeää hänen nyt sitten tehdä...nukkuessa tuleva kipu ja...kun hänellä...raskaat työtehtävät...kärräämiset ja muut aiheutti sitä kipua...rasituksen jälkeen..."*

## 5.6 Fysioterapeutin asiantuntemusdiskurssi

Fysioterapeutin asiantuntemus rajoittaa opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa vaikeutta antaa asiakkaalle tiettyihin asioihin liittyviä tarkempia ohjeita. Vaikeuksista nousi hänen omaan tietämykseen kohdistuva kritiikkipuhe. Kyseisellä puheella fysioterapeutti heikensi siten omaa positiotaan. Fysioterapeutti antoi omalle tietämykselleen kritiikkipuheella merkityksen, jonka mukaan se rajoitti asiakkaan opetusta.

*"...oikeastaan sellaista selkeää...rajoitusta...ei ole..."*

*"...kauhean tarkkaan ei pysty sanomaan..."*

*"...jatkoista on kamalan vaikea tarkkaan sanoa..."*

*"...tunsinkin, että minulla ei...ole...suoraa...kaavaa..."*

*"...tunne että...kuinka tämän...jutun saa selkeästi..."*

*"...yritin hakea...teoreettista ymmärrystä...olin heikoilla..."*

## 5.7 Fysioterapeutin tutkimuslöydösdiskurssit

Fysioterapeutin tekemät tutkimuslöydökset ohjaavat opetusta. Fysioterapeutti kuvasi puheessa tutkimuksen yhteydessä tekemiään löydöksiä. Löydökset näyttivät ohjaavan opetusta. Tutkimuslöydöksiin liittyi hänen mukaansa laajemman toimijajoukon yhteisymmärrys. Yhteisymmärryksestä nousi konsensuspuhe. Toisaalta, tutkimuslöydökset kuvattiin itse kyseisestä asiakkaasta todennetuksi. Omista havainnoista nousi siten itse todettu- puhe. Konsensus- ja itse todettu- puheilla fysioterapeutti liitti tutkimuslöydöksiin merkitykset, joiden mukaan ne ohjasivat asiakkaan opetusta.

"...keskiverto liikkuvuus on semmoinen 5 cm...meille tällöinen keskiarvo, sinulla menee 6,5 cm..."

"...se koko...liikkuvuus meillä on semmoinen keskiarvo 10 cm mitä me pidetään...normaalina..., niin se on 11,5 cm, että kyllä... muualtakin tulee sinulla sitä liikettä aika paljon..."

"...kivistää..."

"...minä lähtisin nyt semmoisilla liikkeillä, että sellaiset stabiloivat harjoitteet...olisi nyt minun mielestä paikallaan ihan senkin takia, että tuossa tutkimuksessa sinun liikkuvuus tuolla...on tosi voimakasta..."

"...liikkuvuus, joka...siinä...oli tuossa mitatessa...hyvä tai oikeastaan...liiankin liikkuva ja sitten tuota nämä "lihakset", jotka oli heikossa kunnossa..."

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen toteutus

Asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä lähestyttiin fysioterapeutin ja asiakkaan, ja fysioterapeutin ja tutkijan välistä sanallista vuorovaikutusta analysoimalla. Tätä varten tutkimuksessa käytettiin diskurssianalyysia. Diskurssianalyyssiin tukeutuminen oli tarkoituksenmukainen ratkaisu. Diskurssianalyyssissä analyysin keskiöön nostetaan merkitykset, joita ihmiset tuottavat, ylläpitävät ja muuttavat sosiaalisen vuorovaikutuksen toiminnoissaan (Jokinen ja Juhila 1999). Analyysi kohdistui fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevaan puheeseen, erityisesti puheen retoriikkaan. Puheen retoriset rakenteet sisältävät keinot, joilla ihmiset pyrkivät vakuuttelemaan ja suostuttelemaan toisiaan todellisuuden erilaisista versiosta siten, että toiset ihmiset asettuisivat versioiden tueksi (Jokinen ja Juhila 1999). Fysioterapeuttien asiakkaan opetusta koskevien diskurssien oli perusteltua olettaa sisältävän perusteluja asiakkaan opetukselle ja samalla kuvauksia opetusta määrittelevistä tekijöistä. Matikaisen (1999) mukaan erilaisia organisaatioita voidaan tarkastella sosiaalisia suhteita ja sosiaalista järjestystä konstruoivina teksti- ja puheikäytteinä. Myös tämän perusteella fysioterapeuttien diskurssien voitiin olettaa sisältävän kuvauksia tutkimuksessa toimintaympäristöissä asiakkaan opetusta määrittelevistä tekijöistä.

Tutkimustapauksiin osallistuneille fysioterapeuteille ja asiakkaille selvitettiin tutkimuksen pääpiirteet. Heille selvitettiin, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja, että heidän oli mahdollista jäädä pois tutkimuksesta oman vapaan valintansa mukaan missä tahansa vaiheessa. Osallistujille selvitettiin myös tutkijan sitoumukset vaitiolovelvollisuudesta, tutkimusaineiston säilytystavasta ja tutkimuksen raportoinnista. Osallistujille annettujen tietojen perusteella voidaan olettaa, että he kykenivät tekemään tietoisin osallistumispäätöksen. Tietoinen tutkimukseen osallistuminen ns. informed consent (ks. Lipson, J, G 1994; Robson 1993, 31-32) on tärkeä ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisyyden kannalta.

Muutamassa tutkimustapauksessa fysioterapeutin ja asiakkaan, ja fysioterapeutin ja tutkijan välinen sanallinen vuorovaikutus sisälsi fysioterapeuttien viittauksia videokuvaukseen. Fysioterapeutit eivät kuvanneet videoinnin häirinneen toimintaansa. Videoaineiston heikkous on kuitenkin sen keräämisen mahdollinen vaikutus kuvattavien käyttäytymiseen (Adler ja Adler 1994). Vaikutuksen laatua ja määrää ei voida arvioida täsmällisesti tässä tutkimuksessa kerätyn tutkimusaineiston perusteella. Lukijan on kuitenkin huomioitava ns. Hawthornevaikutuksen mahdollisuus (Hawthorne effect ks. Hall ja Hall 1996, 263-264; Smith 1996).

Kohdeilmioistä tehtyjen havaintojen uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan aineistonkeruussa käytetyllä triangulaatiolla. Triangulaatio on keskeinen tutkimuksen validiteetin osalta. Dreherin (1994) mukaan yksinkertainenkin eri lähteistä saatujen tulosten vertailu voi vahvistaa tutkijan argumentointia. Videoaineistosta litteroinnissa tehtyjen havaintojen voidaan olettaa olleen uskottavia, koska mm. Viitasen (1996) ja Bottorffin (1994) mukaan videoimalla kerätty tieto on luonteeltaan pysyvää. Myös stimulated recall- haastattelumenetelmällä tuotetusta ääniteaineistosta tehtyjen litterointien oletetaan olleen uskottavia. Kyseisellä haastattelumenetelmällä on katsottu voitavan saavuttaa autenttista tietoa tutkimuskohteesta (Eskelinen 1993).

Tutkimuskohteesta tehtyjen havaintojen oikeellisuutta pyrittiin varmistamaan litteroinnin yhteydessä, tekemällä toistuvia havaintoja video- ja ääninauhoitteista. Oikeellisuutta pyrittiin varmistamaan myös toistuvalla litterointien tarkastelulla. Leiningerin (1994) mukaan havaintojen oikeellisuuden varmistuksessa olisi mahdollista käyttää myös tutkittavia, antamalla heille mahdollisuus tutkijan tekemien havaintojen kommentoimiseen. Kyseisellä menettelyllä olisi ollut sovel-lusarvoa myös tässä tutkimuksessa, erityisesti tutkijan haastatteluaineistosta tekemien havaintojen oikeellisuuden varmistamiseksi.

Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan diskurssianalyttisessä tutkimuksessa on hyödyllistä erottaa analysoitava aineisto laajemmasta aineistosta, koska usein koko käytettävissä olevasta aineistosta vain osa valikoituu analyysiin. Tässä tutkimuksessa analyysin kohteeksi valikoitui puheen retoriikka, mikä samalla rajasi muun tutkimusaineiston analyysin ulkopuolelle. Tutkimustulosten osalta tulee siis huomioida, että ne perustuvat osaan tutkimuksessa kerätyn tutkimus-aineiston tietosisältöä. Diskurssianalyysissa puheen lausumia tulee pyrkiä tarkastelemaan suhteessa niihin laajempiin kokonaisuuksiin, joiden osiksi ne rakentuvat (Juhila 1993). Tässä tutkimuksessa kyseisellä menettelyllä pyrittiin ehkäisemään analysoitavan tietosisällön valikoitumisen mahdollinen, tutkimuskohteen ymmärtämistä heikentävä vaikutus. Analysoitavan tietoaineksen valikoitumisen koettiin tukevan analyysin järjestelmällisyyttä.

Analyysissa tunnistettiin useita erilaisia fysioterapeutin asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä. Osa tekijöistä toistui tutkimustapauksesta toiseen, kun taas osa oli tunnistettavissa vain yksittäisistä tutkimustapauksista. Aineiston analyysi lopetettiin kun muodostetulla analyysimenetelmällä ei enää kyetty tunnistamaan aineistosta uusia tai vaihtoehtoisia asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä. Leiningerin (1994) mukaan tämä voidaan määritellä aineiston saturoitumiseksi eli kylläntymiseksi. Käytettyä analyysimenetelmää täydentävillä tai vaihtoehtoisilla menetelmillä olisi todennäköisesti kyetty tuottamaan vielä uusia löydöksiä kohdeilmioista. On kuitenkin hyvä huomioida, että diskurssianalyysissa koko aineistoon jää usein paljon analysoimattomia osa- alueita ja, että kielellisiä tutkimusaineistoja on lähes mahdotonta analysoida kokonaisuudessaan (Juhila ja Suoninen 1999).



Tuloksia arvioitaessa on siis huomioitava, että on olemassa mahdollisuus, että joitakin asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä ei saavutettu analyysissa. Tällöin mahdolliset muut asiakkaan opetusta määrittelevät tekijät jäivät joko tunnistamatta tai ne eivät sisältyneet asiakkaan ja fysioterapeutin, ja fysioterapeutin ja tutkijan väliseen sanalliseen vuorovaikutukseen. Edelleen, tutkimustapaukset toteutuivat kolmessa fysioterapian toimintayksikössä. Aineistojen kerääminen useammista fysioterapian toimintayksiköistä ja terapiatilanteista olisi todennäköisesti vaikuttanut aineiston kylläntymiseen.

Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tulosten siirrettävyydestä eli yksittäisen löydöksen merkityksen säilymisestä samana toisissa konteksteissa (Leininger 1994). Robsonin (1993, 404-405) mukaan laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyys perustuu huolelliseen raportointiin. Hänen mukaansa lukijalle tulee antaa mahdollisuus tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien ja tulosten yhteneväisyyden arvioimiseen, jonka perusteella lukijan on mahdollista liittää esitetyt tutkimustulokset yleisempiin teorioihin. Tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena ja tutkimushenkilöt valittiin tarkoituksenmukaisuusotannalla tietyistä fysioterapian toimintayksiköistä ja -ympäristöistä. Edelleen, tutkimusaineistot kerättiin ja analysoitiin laadullisilla menetelmillä. Tutkimuksen lähtökohtana ei siis ollut tilastollisiin menetelmiin perustuva tulosten yleistäminen (tilastollinen yleistäminen mm. Robson 1993, 404-405), vaan mm. Leiningerin (1994) kuvaama, mahdollisimman syvä ymmärrys ja tieto kohdeilmioista.

Diskurssianalyysissä ei tavoitella yksiselitteisiä ja kiistattomia totuuksia. Sosiaalisen konstruktivismin mukaisesti tosiasiat ovat sosiaalisesti tuotettuja. Diskurssianalyysia käyttävän tutkijan tulee kuitenkin esittää evidenssiä tuloksilleen. Tutkimustulosten perustelussa voidaan tukeutua mm. tutkimuksen lukijoiden suorittamaan arviointiin ja tulkintojen suhteuttamiseen aiempiin tutkimuksiin. (Juhila ja Suoninen 1999.) Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan lukijoiden suorittama arviointi edellyttää, että tutkimuksessa esitetään huolellisesti aineistotteet ja päättelypolut, joiden perusteella tutkimustuloksiin on päädytty. Tämän tutkimuksen raportoinnissa on pyritty riittävän yksityiskohtaiseen esitykseen,

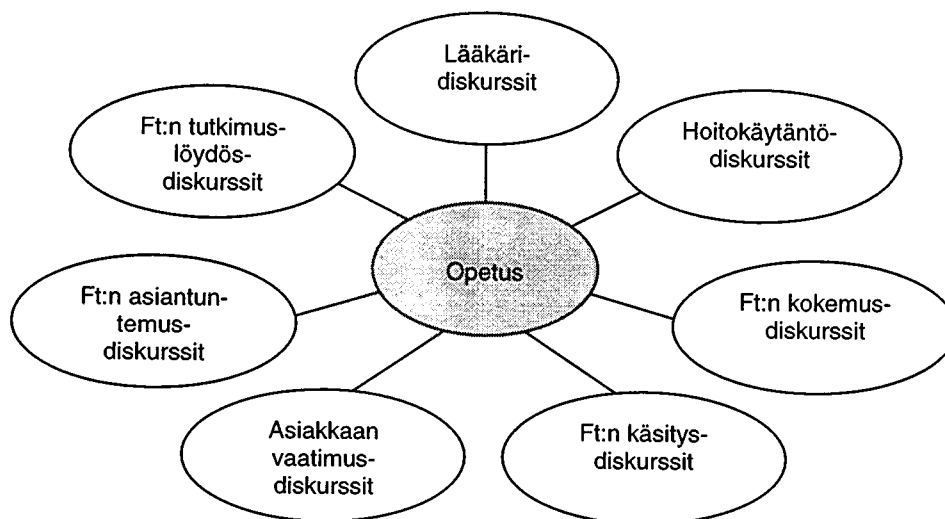
jotta lukijan olisi mahdollista arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä ja perusteluja.

Tulkintojen suhteuttaminen aiempiin tutkimuksiin tarkoittaa diskurssianalyytissä tutkimuksessa tulosten kumuloitumista. Kumuloitumisessa varhaisemmat tutkimukset ovat uusien tutkimuskysymysten suuntaajia ja tulosten vertailukoh-  
tia. Vertailu edellyttää samankaltaisista teoreettisista lähtökohdista tuotettuja tutkimustuloksia, koska eriävistä lähtökohdista tuotettuja tuloksia ei voida tulkita yhteismitallisiksi diskurssianalyyttisten tulkintojen kanssa. (Juhila ja Suoninen 1999.) Tämä aiheuttaa ongelman tämän tutkimuksen tulosten vertailtavuuden osalta. Fysioterapian alalla ei ole juuri saatavilla diskurssianalyyttisiä, konstruktionistisia tai keskustelunanalyyttisiä tutkimuksia, jotka täyttäisivät yhteismitallisuuden vaatimuksen. Tämä tulee ottaa huomioon, kun tutkija jatkossa tarkastelee osaa tutkimustuloksistaan suhteessa aiempiin tutkimuksiin.

Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki pitäytymään koko analyysiprosessin ajan analyytikon roolissa. Juhilan (1999) mukaan analyytikon rooli on tyypillinen nimenomaan etnometodologisissa tutkimuksissa. Analyytikon rooliin asettuaan tutkija pyrkii analysoimaan tutkittavien kielellisiä toimintoja, tutkittavien itsensä tarkoituksenmukaisiksi tekemissä raameissa. Menettelyn perusteella sekä tutkimuksen kohteita, että tutkimuksen tuloksia voidaan pitää tutkittavien tekeminä kuvauksina ja selontekoina, ei tutkijan tuottamina selityksinä. (Juhila 1999.) Retorisessa analyysissä tutkijan tehtävänä ei ole tutkittavien tuottamien totuuden versioiden totuusarvojen arvioiminen (Jokinen 1999). Tulosten perusteella ei siten arvioida fysioterapeuttien asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä koskeneiden diskurssien totuudellisuusarvoja eli sitä, oliko jokin diskurssien kuvaama tekijä toista opetusta määrittelevää tekijää totuudellisempi tai päinvastoin.

## 6.2 Tutkimuksen tulokset

Fysioterapeutit kuvasivat fysioterapeutin ja asiakkaan, ja fysioterapeutin ja tutkijan välisessä sanallisessa vuorovaikutuksessa erilaisia asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä. Yksittäisistä opetusta määritteleviä tekijöitä koskevista kuvauksista muodostui diskursseja eli merkityssuhteiden järjestelmiä, joiden puitteissa asiakkaan opetusta määrittelevät tekijät ja opetus olivat ymmärrettävissä. Fysioterapeuttien diskurssien rakentumisesta on huomioitava, että asiakkaat ja tutkija osallistuivat vuorovaikutuksellisesti niiden tuottamiseen. Opetusta määritteleviä tekijöitä kuvaavat diskurssit tulkitaan diskurssianalyysin lähtökoh- tien perusteella rinnakkaisiksi, vaihtoehtoisia fysioterapeuttien sosiaalisen todellisuuden jäsentämis- ja merkityksellistämistapoja kuvaaviksi. Opetusta määrit- televiä tekijöitä koskevien kuvausten perusteella voitiin tunnistaa 1) lääkäri-, 2) hoitokäytäntö-, 3) fysioterapeutin kokemus-, 4) fysioterapeutin käsitys-, 5) asi- akkaan vaatimus-, 6) fysioterapeutin asiantuntemus- ja 7) fysioterapeutin tutki- muslöydösdiskurssit (kuvio 1).



Kuvio 1. Opetusta määritteleviä tekijöitä koskevat diskurssit

Lääkärit ja heidän toimenpiteensä olivat fysioterapeuttien kuvausten perusteella merkityksellisiä asiakkaan opetustoiminnan kannalta. Fysioterapeutit kuvasivat lääkäreitä vaihtoehdottomuus- ja konsensus-, ja toimenpiteitä vaihtoehdottomuus- puhetapoja käyttäen. Käyttämillään retorisisilla keinoilla fysioterapeutit ku-

vasivat lääkärit opetustoimintojaan määrääviksi ja ohjaaviksi, ja lääketieteelliset toimenpiteet määrääviksi tekijöiksi. Lääkärien määräävää merkitystä tuottaneet diskurssit olivat yhdensuuntaisia aiempien fysioterapeutin ja lääkärin suhdetta ja rooleja käsitelleiden tutkimusten tulosten kanssa. Aiemmissä tutkimuksissa on raportoitu lääkärien vallasta suhteessa fysioterapeutteihin. Bergmanin (1990) tutkimuksen mukaan 34% fysioterapeuteista katsoi lääkärien odottavan heiltä lähetteensä tai konsultaationsa mukaista toimintaa. Bergman (1990) myös raportoi lääkärien ja fysioterapeuttien välisten konfliktitilanteiden vähäisen määrän viestineen siitä, että fysioterapeutit eivät kyseenalaistaneet lääkärien auktoriteettia omilla, fysioterapian näkökulmasta nousevilla näkemyksillään.

Viitasen (1997) mukaan eräs lääkärien ja fysioterapeuttien yhteistyötä hankaloittanut tekijä oli lääkärien korkeampi asema terveydenhuollon organisaatioiden virkahierarkiassa. Toisaalta, myös hoitajien työn on havaittu olevan lääkäreille alisteista. Kinnusen (1990) tutkimuksen mukaan hoitajien itsenäinen vastuu tehtävistään oli osittunut. Vastuun hoitajille oli joko delegoinut lääkäri tai se oli jaettu kollektiivisesti oman ammattiryhmän muiden jäsenten kanssa. Lääkärien ja lääketieteellisten toimenpiteiden olennaiseksi kuvattu rooli asiakkaan opetuksessa antoi vaikutelman, jonka mukaan fysioterapeutit olivat varsin epäitsenäisessä asemassa hoitomenetelmiä ja -linjoja koskevien valintojen osalta. Tutkimuksessa esille tulleiden lääkärien merkityksellisten roolin taustalla voitaneen siis olettaa vaikuttaneen ainakin virkahierarkiaan perustuvan roolijaon. On myös aiheellista epäillä, saavatko fysioterapeutit koulutuksessa tasavertaisemman aseman edellyttämiä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia, ja onko heillä mahdollisuuksia asemansa edistämiseen terveydenhuoltojärjestelmän nykyisten rakenteiden puitteissa.

Fysioterapeuttien opetusta määritteleviä tekijöitä koskevien kuvausten perusteella hoitokäytännöillä oli keskeinen merkitys asiakkaan opetuksessa. Fysioterapeutit kuvasivat diskursseissaan sekä yhteisiä, että henkilökohtaisia hoitokäytäntöjä. Yhteisistä hoitokäytännöistä fysioterapeutit puhuivat vaihtoehdottomuus- ja konsensuspuheilla. Henkilökohtaisista hoitokäytännöistä käytettiin sen sijaan vain vaihtoehdottomuuspuhetta. Käyttämillään retorisisilla keinoilla yhteisten hoitokäytäntöjen kuvattiin määräävän ja ohjaavan, ja henkilökohtaisten hoi-

tokäytäntöjen määräävän asiakkaan opetustoimintaa. Yhteisten toimintatapojen merkityksellisyyteen viittaavia tutkimustuloksia ovat saaneet ainakin Nilsson ja Nordholm (1992) ja Carr ym. (1994), joiden mukaan samaa ammattiryhmää edustavat työkaverit ns. kollegat vaikuttivat merkittävästi fysioterapeuttien hoitomenetelmien valintoihin. Myös Viitanen (1997) päätteli tutkimuksessaan fysioterapiayksiköiden toiminnan ilmentävän yhdessä tekemistä ja fysioterapeuttien osaamisen perustumista ammattiryhmän jakamiin yhteisiin kokemuksiin ja toimintaperinteisiin.

Hoitokäytäntöjen, myös henkilökohtaisten, merkitystä voi pyrkiä ymmärtämään myös organisaatiokulttuurisesta näkökulmasta. Organisaatiokulttuureille on katsottu ominaiseksi tietty pysyvyys, työn merkitystä koskevat yhteiset uskomukset ja oletukset, aiemman selviytymisen mahdollistaneiden menettelytapojen ja ajattelumallien vakiinnuttaminen, ja tiedostamaton omien ja työtovereiden käyttäytymisestä sovittujen menettelytapojen arvioiminen (Kinnunen 1988). Tutkimuksessa esille tulleiden hoitokäytäntöjen vaikutus asiakkaan opetukseen voitaneen siten tulkita osin tietoisiksi, osin tiedostamattomaksi totunnaisten menettelytapojen uusintamiseksi. Kinnusen (1988) mukaan pyrkimys vallitsevan kulttuurijärjestelmän säilyttämiseen ehkäisee myös yksittäisten organisaation jäsenten yhteisesti opituista menettelytavoista poikkeamista.

Mikäli hoitokäytännöt perustuvat asiakkaan todellisiin tarpeisiin ja tutkittuun tietoon niitä ei voitane vähätellä. On kuitenkin aiheellista pohtia, muodostavatko rutinoituneet hoitokäytännöt ongelmia fysioterapian asiakaslähtöisyyden osalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämistä koskevan suosituksen perusteella asiakaslähtöisyys voidaan määritellä toiminnaksi, jossa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua, ja jonka säännöt ovat avoimia ja molempien osapuolien tiedostamia. Asiakaslähtöisellä toiminnalla tulee suosituksen mukaan pyrkiä vastaamaan ihmisten, asiakkaiden ja potilaiden tarpeisiin heidän omasta näkökulmastaan lähtien, eli toimintaa ei tule suunnitella vain ammattilaisten ja organisaatioiden tarpeista käsin. (Outinen ja Lindqvist 1999.) Rutinoituneiden hoitokäytäntöjen vaarana voi olla, että tiettyjä toimintatapoja toistetaan työyhteisön kollektiivisista ja fysioterapeuttien henkilökohtaisista lähtökohdista, jolloin

asiakkaan tilan edellyttämät mukautukset, asiakaslähtöiset tarpeet saattavat jäädä vähemmälle huomiolle. Tässä tutkimuksessa yksi fysioterapeutti kuvasi asiakkaasta tutkimuksensa yhteydessä tekemät löydökset opetustaan määrittelleeksi tekijäksi. Hän käytti tutkimuslöydöksistä itse todettu- puhetta. Kyseisellä retorisisella keinolla hän kuvasi tutkimuslöydöstensä määrittelevän ainakin ohjaavasti opetustaan. Tutkimuslöydöksiin perustuva opetus voidaan tulkita asiakkaan todellisiin tarpeisiin perustuvaksi toiminnaksi.

Lehtonen ym. (1987) ovat esittäneet toisenlaisen selitystavan toimintarutiinien muodostumiselle. Heidän mukaansa työntekijän henkinen luopuminen omaan hoidolliseen panokseen liittyvästä vastuusta voi johtaa rutiinitoimintoihin. Toisaalta, fysioterapeuttien vastuuta omasta työstään ei ylipäänsä voitane ottaa itsestään selvyytenä. Missä määrin fysioterapeuteilta voidaan edellyttää vastuunottoa työstään lääkärinkunnan voimakkaan roolin vuoksi? Miles- Tappingin (1985) mukaan fysioterapeuttien vastuu ja valta ovatkin lähinnä näennäisiä, koska heidän toimintansa valvominen kuuluu joka tapauksessa lääkäreille.

Kinnusen (1988) esittämät organisaatiokulttuurin ominaispiirteet ovat kiinnostavia, kun niitä vasten tarkastelee tutkimuksessa esille tulleita fysioterapeutin toimintaympäristöään koskevia kokemuksia ja fysioterapeuttien tehtäviään koskevia käsityksiä. Diskursseissa toimintaympäristöä koskevat kokemukset ja omia tehtäviä koskevat käsitykset kuvattiin vaihtoehdottomuus- puheilla. Niiden katsottiin siis määräävän asiakkaan opetusta. Fysioterapeuttien aiempia kokemuksia kuvattiin lisäksi itse todettu- puheilla, joilla tietyt asiantilat ja tapahtumat tuotettiin tosiasioina. Itse todettu- puheilla kokemuksille annettiin merkitykset, joiden mukaan ne myös ohjasivat opetusta. Fysioterapeuttien aiempien kokemusten merkitys heidän työtoimintaansa on havaittu myös aiemmissä tutkimuksissa. Nilssonin ja Nordholmin (1992) mukaan fysioterapeuttien hoitomenetelmien valintaan vaikuttivat kaikkein merkittävimmin fysioterapeuttien aiemmat työkokemukset. Carr ym. (1994) saivat vastaavan tuloksen. Turnerin ja Whitfieldin (1999) fysioterapeuttien hoitomenetelmien valinnan syitä tarkastelleessa tutkimuksessa saatiin tulos, jonka mukaan fysioterapeuttien aiemmat kokemukset olivat ratkaisevia hoitomenetelmien valinnassa. Talvitie (1991a) on myös

esittänyt, että työstä kertyneet kokemukset määrittelevät koulutuksen ohessa fysioterapeuttien työorientaatiota.

Kokemusten ja käsitysten merkitys asiakkaan opetukseen voitaneen tulkita ristiriitaisesti. Mikäli kokemukset ovat kertyneet tarkoituksenmukaisista, tutkittuun tietoon perustuvista toiminnoista ei kokemusten merkitystä ole tarpeen kyseenalaistaa. Mikäli kokemuksiin perustuvat toimintatavat eivät ole palautettavissa todennettuun tietoperustaan on kokemuksiin perustuvien toimintatapojen merkitys vähintäänkin kyseenalainen. Fysioterapian erääksi keskeisimmäksi kehitystarpeeksihan on katsottu juuri tieteelliseen tietoon perustuvan työtteen kehittäminen.

Tutkimuksessa puhe kuvasi toisen ammattiryhmän edustajien tietämyksen kyseenalaistamista. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Viitanen 1997; Bergman 1990) on havaittu fysioterapeuttien vähättelevä suhtautuminen toisten ammattiryhmien edustajiin. Toisaalta, Kinnunen (1990) osoitti tutkimuksessaan vastaavan asenteen vallitsevan myös mm. lääkärin ja sairaanhoitajien keskuudessa. Hänen tutkimustulostensa mukaan kyseisille työryhmille oli tyypillistä omaan ammattiryhmään kuuluvien henkilöiden myönteisten piirteiden korostaminen ja muihin ammattiryhmiin kuuluvien henkilöiden epäileminen (Kinnunen 1990). Muiden ammattiryhmien edustajien vähättelyllä voi olla yhteys Viitanen (1997) havaintoihin, joiden mukaan fysioterapeutit pyrkivät suojelemaan omaa reviiriään asiantuntijuutensa antamalla valtuuksilla. Hänen tutkimustulosten mukaan fysioterapeutit pelkäsivät mm. toisten ammattiryhmien astumista fysioterapian reviirille ja fysioterapian aseman menettämistä. Viitanen (1997) myös havaitsi, että oman työyhteisön reviirin ja osaamisen puolustaminen kohdistui myös toisaalla toimiviin oman ammattiryhmän edustajiin. Muiden ammattiryhmien tietämyksen kyseenalaistamista ja keskinäistä epäluottamusta koskevat kuvaukset ovat kiinnostavia. Terveystieteiden toimintaideologiassahan on korostettu moniammatillista yhteistyötä (mm. Launis 1994).

Fysioterapeutit kuvasivat puheessaan asiakkaan eri tavoin asettamat vaatimukset asiakkaan opetusta määritteleviksi tekijöiksi. Asiakasvaatimuksia kuvattiin diskursseissa itse todettu-, tosiasia-, kritiikki- ja vaihtoehdottomuuspuheilla.

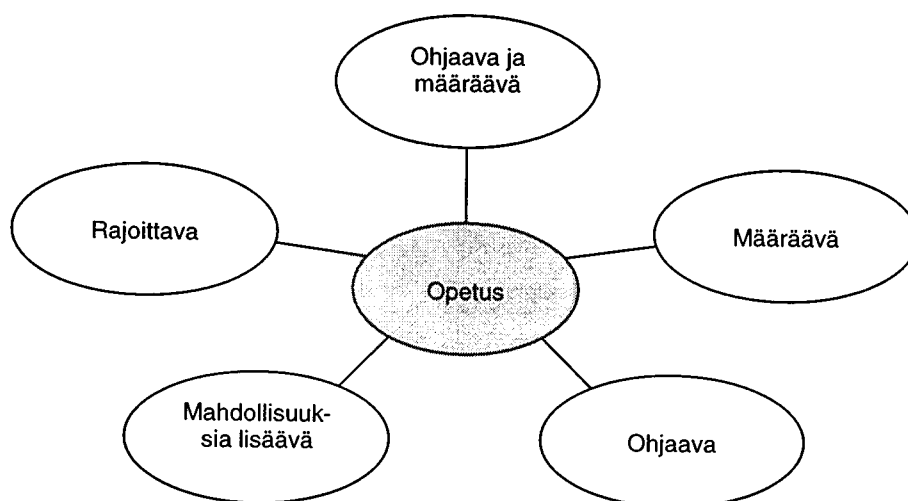
Mainituilla retorisisilla keinoilla asiakasvaatimuksille annettiin merkitykset, joiden mukaan osa niistä määritteli asiakkaan opetusta määräävästi ja osa ohjaavasti. Myös aiemmissa tutkimuksissa on saatu asiakkaan merkitystä koskevia tutkimustuloksia. Viitanen (1997) esitti tutkimuksessaan, että fysioterapeutit pyrkivät korostamaan valitsemiensa hoitojen perusteluissa juuri asiakkaan ongelmaa. Turnerin ja Whitfieldin (1999) eri hoitomenetelmien valintaan vaikuttavia tekijöitä koskeneessa tutkimuksessa sen sijaan vain yksi vastanneista fysioterapeuteista ilmoitti tietyn hoitomuodon valinnan syyksi asiakkaan vaatimuksen. Esille tulleet asiakasvaatimusdiskurssit kuvasivat, että osassa tutkimustapauksia fysioterapeutit huomioivat asiakkaan opetustoiminnassaan. Toisaalta, yhdessä tutkimustapauksessa asiakas vaatimuksillaan lähes määräsi fysioterapeutin opetustoimintaa. Tällöin voidaan kyseenalaistaa asiakkaan todellisten tarpeiden tunnistaminen ja huomioonottaminen toteutuneessa fysioterapiassa.

Tutkimuksessa eräs fysioterapeutti toi esille asiantuntemuksensa rajallisuuden ja sen merkityksen asiakkaan opetuksessa. Fysioterapeutti kuvasi asiantuntemustaan siihen kohdistamallaan kritiikkipuheella. Kyseisen retorisen keinon käytöllä fysioterapeutti kuvasi tietämyksensä rajoittavan asiakkaan opetusta. Hän kuvasi asiantuntemuksensa rajalliseksi pidemmän aikavälin harjoitusohjeita koskevassa ohjauksessa, joka ulottui hoitopaikan ulkopuolelle. Talvitien (1991b) mukaan eräs syy harjoitteiden pitkän aikavälin suunnittelun vaikeuteen voi olla fysioterapian liikekeskeisyys, joka voi johtaa keskittymiseen liikkeiden harjoitteluun hoitopaikan sisällä. Taustalla voivat olla myös erilaisten hoitomenetelmien käytön valmiuksiin liittyvät puutteet. Aiemmin on myös esitetty, että fysioterapeuttien tulevaisuuteen suuntautuva hoidon suunnitelmallisuus käsittäisi lähinnä lähimmät seuraavat hoitokerrat (Viitanen 1997). Asiakkaan pidemmän aikavälin toimintaa koskevaa ohjausta voidaan pitää tärkeänä, koska hoitopaikassa oloajat ovat lyhentyneet. Asiakkaan tulisi siten saada riittävät ohjeet hoitopaikan ulkopuolelle painottuvaa itsehoitoa varten. Mm. Gahimer ja Domholdt (1996) ovat korostaneet asiakkaan opetuksen merkitystä asiakkaan itsehoidon korostuessa.

Fysioterapeuttien tunnistettiin kuvanneen asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä ns. vaihtoehdottomuus-, tosiasia-, itse todettu-, konsensus-, kritiikki- ja

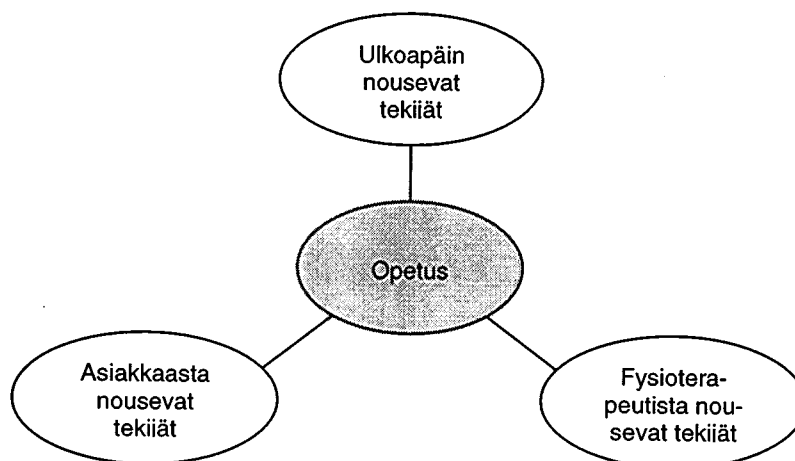


omista intresseistä etäännyttämis- puheilla. Nämä olivat retorisia keinoja, joiden perusteella tunnistettiin myös fysioterapeuttien asiakkaan opetusta määritteleville tekijöille antamat merkitykset (kuvio 2). Osaan opetusta määrittelevistä tekijöistä liitettiin asiakkaan opetusta määräävät ja ohjaavat merkitykset, kun taas osalle annettiin joko määräävät tai ohjaavat merkitykset. Yksittäiset osatekijät saivat myös opetusta rajoittaneet ja opetusmahdollisuuksia lisänneet merkitykset. Lääkäreille ja yhteisille hoitokäytännöille annettiin sekä määräävät että ohjaavat merkitykset. Vain määräävät merkitykset liitettiin asiakkaalle tehtyihin lääketieteellisiin toimenpiteisiin, henkilökohtaisiin hoitokäytäntöihin, kokemuksiin toimintaympäristöstä, käsityksiin omista tehtävistä, asiakkaan ilmaisemiin kipuihin, asiakkaan tulosityhyn nähden muuhun ongelmaan ja asiakkaan hoitomuotoa koskevaan ennako- odotukseen. Ohjaavat merkitykset liittyivät fysioterapeuttien myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin, stereotyyppisiin käsityksiin ja tiettyä harjoittelua, lääketieteellistä toimenpidettä, lääketieteellistä hoitolinjaa, asiakkaan tietopuutteita ja asiakkaan ongelman fysiologisia seurauksia koskeviin käsityksiin. Ohjaavat merkitykset annettiin myös asiakkaiden ilmaisemille tietopuutteille, asiakkaan käsitykselle ongelmansa olemuksesta ja oireiden aiheuttajasta, ja fysioterapeutin tekemille tutkimuslöydöksille. Opetustoiminnan mahdollisuuksia lisäävä merkitys annettiin fysioterapeutin tasa- arvoisuuskokemukselle suhteessa lääkäreihin ja opetusmahdollisuuksia rajoittava merkitys fysioterapeutin asiantuntemukselle.



Kuvio 2. Opetusta määrittelevien tekijöiden merkitykset

Fysioterapeuttien asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä koskevien diskursioiden perusteella opetusta määrittelevät tekijät voitiin tulkita terapiatilanteeseen ulkoapäin, asiakkaasta ja fysioterapeutista nouseviksi (Kuvio 3). Opetusta ulkoapäin määritteleviksi tekijöiksi voitiin nimetä lääkärit, lääketieteelliset toimenpiteet ja yhteiset hoitokäytännöt. Asiakkaasta nouseviksi opetuksen määrittäjiksi puolestaan asiakkaan ilmaisemat tietopuutteet ja kivut, asiakkaan tulosyyhyn nähden muu ongelma, asiakkaan ennako- odotukset, asiakkaan ongelmansa olemusta koskevat käsitykset ja oirekuvaukset, ja fysioterapeutin tutkimuksessaan saamat tutkimuslöydökset. Fysioterapeuttilähtöisinä asiakkaan opetuksen määrittelijöinä voitiin pitää fysioterapeuttien henkilökohtaisia hoitokäytäntöjä, fysioterapeuttien myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia, fysioterapeutin kokemuksia tasavertaisuudesta ja toimintaympäristöstä, fysioterapeuttien stereotyyppisiä asiakaskäsityksiä ja omaa tehtävää koskevia käsityksiä. Edelleen, fysioterapeuttilähtöisiksi opetuksen määrittelijöiksi voitiin katsoa tietyllä tavalla toteutettua harjoittelua, lääketieteellistä hoitomuotoa ja -linjaa, asiakkaan tietopuutteita ja asiakkaan ongelman fysiologisia seurauksia koskevat käsitykset. Fysioterapeutin ilmaisu oman asiantuntemuksensa rajallisuudesta oli myös katsottavissa fysioterapeuttilähtöiseksi asiakkaan opetuksen määrittelijäksi.



Kuvio 3. Opetusta määrittelevien tekijöiden lähtökohdat

Osan opetusta määrittelevistä tekijöistä voitiin tulkita asettaneen fysioterapeuteille vaatimuksia asiakkaiden opettamisesta. Fysioterapeuttien kuvausten perusteella tällainen merkitys oli liitettävissä lääkäreihin ja lääketieteellisiin toi-

menpiteisiin, yhteisiin hoitokäytäntöihin, fysioterapeutin kokemuksiin toimintaympäristöstä, käsityksiin asiakkaan tietopuutteista ja omasta tehtävästään, asiakkaan tulosyyhyn nähden muuhun ongelmaan, ja asiakkaan ilmaisuihin ennako- odotuksista, kivuista, tietopuutteista, ongelman olemuksesta ja oirekuvauksista. Nämä voitiin tulkita fysioterapeuteilta asiakkaan opetusta vaatineiksi tekijöiksi, koska fysioterapeutit vaikuttivat opettavan asiakkaitaan niiden mukaisesti tai niihin vastaamiseksi. Tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan arvioida, millaista opetusta tekijät fysioterapeuteilta edellyttivät. Toisaalta, asiakkaan opetuksesta on olemassa aiempia tutkimuksia mm. opetuksen toteutumisesta (Talvitie 1996), opetuksen ajoituksesta (Butler ym. 1996) ja palautteenannon merkityksestä (Wulf ym. 1996; Carroll ja Bandura 1987) jne., joiden perusteella voidaan arvioida miten asiakasta tulisi pyrkiä opettamaan. Opetuksen toteuttamistapojen osalta ei tässä tutkimuksessa todennäköisesti olisi kyetty tuottamaan uutta tietoa.

Fysioterapeuttien asiakkaan opetusta määritteleviä tekijöitä kuvaavien diskursioiden perusteella asiakkaan opetus voidaan ymmärtää erilaisten ulkoapäin, fysioterapeutista ja asiakkaasta nousevien tekijöiden, määräävästi ja ohjaavasti, määräävästi tai ohjaavasti ja opetusmahdollisuuksia lisäävästi ja rajoittavasti määrittelemäksi toiminnaksi.

## LÄHTEET

Adler, P, A., Adler, P. 1994. Observational techniques, 377-391. Kirjassa: Denzin, N,K., Lincoln, Y,S. 1994. Handbook of qualitative research. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Asetus ammattikorkeakouluopinnoista. N:o 256/1995. Helsinki.

Berger, P., Luckmann, T. 1979. The social construction of reality. Penguin Books Ltd. Harmondsworth, Middlesex.

Bergman, B. Professional role and autonomy in physiotherapy: study of Swedish physiotherapists. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 1990, 22, 79-84.

Botterff, J, L. 1994. Using videotaped recordings in qualitative research, 244-261. Kirjassa: Morse, J, M. 1994. Critical issues in qualitative research methods. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Butler, G,S., Hurley, C,A,M., Buchanan, K,L., Smith- VanHorne, J. Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. Patient Education and Counseling 1996, 29, 189-197.

Carr, J, H., Mungovan, S, F., Shepherd, R, B., Dean, C, M., Nordholm, L, A. Physiotherapy in stroke rehabilitation: bases for Australian physiotherapists' choice of treatment. Physiotherapy Theory and Practice 1994, 10, 201-209.

Carroll, W, R., Bandura, A. Translating cognition into action: the role of visual guidance in observational learning. Journal of Motor Behavior 1987, 19, 3, 385-398.

Chase, L., Elkins, J., Readinger, J., Shepard, K.F. Perceptions of physical therapists toward patient education. *Physical Therapy* 1993, 73, 11, 787-796.

Dreher, M. 1994. Qualitative research methods from the reviewer's perspective, 281-297. Kirjassa: Morse, J, M. 1994. Critical issues in qualitative research methods. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Eskelinen, T. 1993. Opotunti. Opetusintenti, mielekkyys ja vastavuoroisuuden kokemukset peruskoulun oppilaanohjaustunnilla. Sarjassa: Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja N:O 115. Joensuun yliopisto. Joensuu.

Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Fontana, A., Frey, J, H. 1994. Interviewing: the art of science, 361-375. Kirjassa: Denzin, N,K., Lincoln, Y,S. 1994. Handbook of qualitative research. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Gahimer, J,E., Domholdt, E. Amount of patient education on physical therapy practice and perceived effects. *Physical Therapy*, 1996, 76, 10, 1089-1096.

Grannis, C,J. The ideal physical therapist as perceived by the elderly patient. *Physical Therapy* 1981, 61, 4, 479-486.

Hall, D., Hall, I. 1996. Practical social research: project work in the community. MacMillan Press Ltd. London.

Hoikkala, T. 1990. Teun A. van Dijk'in diskurssianalyysi, 143-161. Kirjassa: Mäkelä, K (toim.). 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus Oy. Helsinki.

Hunt, A., Adamson, B., Harris, L. Physiotherapists' perceptions of the gap between education and practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 1998, 14, 125-138.

Ingram, D. Opinions of physical therapy education program directors on essential functions. *Physical Therapy*, 1997, 77, 1, 37-45.

Jokinen, A. 1999. Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen, 126-159. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E (toim.). 1999. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere.

Jokinen, A. 1993. Poliitikkojen puheet puntarissa: kaupunginvaltuutettujen asunnottomuuspuheiden retoriikka, 189-226. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere.

Jokinen, A ja Juhila, K. 1999. Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta, 54-97. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E (toim.). 1999. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere.

Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. 1993. Diskursiivinen maailma: teoreettiset ja analyttiset lähtökohdat, 17-47. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere.

Jokinen, P., Pelkonen, M. Virikkeitä antava haastattelu (stimulated recall interview)- menetelmä käsitysten, kokemusten ja ajattelun tutkimiseen hoitotieteessä. *Hoitotiede* 1996, 8, 3, 134-141.

Juhila, K. 1993. Miten tarinasta tulee tosi: faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa, 151-188. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino. Tampere.

Juhila, K. 1999. Tutkijan positiot, 201-232. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E (toim.). 1999. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere.

Juhila, K ja Suoninen, E. 1999. Kymmenen kysymystä diskurssianalyysista, 233-252. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E (toim.). 1999. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere.

Kinnunen, J. Terveysthuollon organisaatioiden kulttuuri ja johtaminen. Hallinnon Tutkimus 1988, 3, 170-182.

Kinnunen, J. 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Sarjassa: Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4/1990. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Laitakari, J., Miilunpalo, S., Vuori, I. The process and methods of health counseling by primary health care personnel in Finland: a national survey. Patient Education and Counseling 1997, 30, 61-70.

Lampinen, O. 1998. Suomen koulutusjärjestelmän kehitys. Gaudeamus. Tampere.

Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 50. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Lehtonen, K., Vismanen, A., Lempinen, K. 1987. Fysioterapia – vastaus nykyajan stressiin ja kiireeseen? Sarjassa: Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja A: 119. Turun yliopisto. Turku.

Leininger, M. 1994. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies, 95-115. Kirjassa: Morse, J, M. 1994. Critical issues in qualitative research methods. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Lipson, J, G. 1994. Ethical issues in ethnography, 333-355. Kirjassa: Morse, J, M. 1994. Critical issues in qualitative research methods. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Matikainen, J. Diskursiivisen organisaatiotutkimuksen lähtökohtia. Hallinnon Tutkimus 1999, 3, 1999.

May, B,J. Teaching: a skill in clinical practice. Physical Therapy 1983, 63, 10, 1627-1634.

Miilunpalo, S., Laitakari, J., Vuori, I. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary health care. Patient Education and Counseling 1997, 25, 317-328.

Miles- Tapping, C. Physiotherapy and medicine: dominance and control? Physiotherapy Canada 1985, 37, 5, 289-293.

Nilsson, L, M., Nordholm, L, A. Physical Therapy in stroke rehabilitation: basis for Swedish physiotherapists' choice of treatment. Physiotherapy Theory and Practice 1992, 8, 49-55.

Orelma, A. 1992. Ammattikorkeakoulu Suomeen. Sarjassa: Koulutussosiologian tutkimusyksikön tutkimusraportteja, 11. Turun yliopisto. Turku.

Outinen, M ja Lindqvist, T. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000- luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Patton, M,Q. 1990. Qualitative evaluation and research methods. Sage Publications Inc. Newbury Park.

Richardson, B. Professional education and professional practice today - Do they match? Physiotherapy 1992, 78, 1, 23-26.



Robson, C. 1993. Real world research: a resource for social scientists and practitioner- researchers. Blackwell Publishers Ltd. Oxford.

Salminen, H. Suomalaisen ammattikorkeakoululaitoksen tausta ja suunnittelu-prosessi. Hallinnon tutkimus 1998, 1, 36-42.

Sluijs, E.M. A checklist to assess patient education in physical therapy practice: development and reliability. Physical Therapy 1991a, 71, 8, 561-569.

Sluijs, E.M. Patient education in physiotherapy: towards a planned approach. Physiotherapy 1991b, 77, 7, 503-508.

Sluijs, E.M., van der Zee, J., Kok, G.J. Differences between physical therapists in attention paid to patient education. Physiotherapy Theory and Practice 1993, 9, 103-107.

Smith, S. Ethnographic inquiry in physiotherapy research. 1. Illuminating the working culture of the physiotherapy assistant. Physiotherapy 1996, 82, 6, 342-349.

Sotosky, J.R. Physical therapists' attitudes toward teaching. Physical Therapy 1984, 64, 3, 347-350.

Stake, R.E. 1994. Case Studies, 236-248. Kirjassa: Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. 1994. Handbook of qualitative research. Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Suoninen, E. 1999a. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen, 17-36. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E (toim.). 1999. Diskursi-analyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere.

Suoninen, E. 1999b. Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen, 101-125. Kirjassa: Jokinen, A., Juhila, K., Suoninen, E (toim.). 1999. Diskursi-analyysi liikkeessä. Vastapaino. Tampere.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Syrjälä, L., Numminen, M. 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Sarjassa: Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 51/1988. Oulun yliopisto. Oulu.

Talvitie, U. Fysioterapia on vuorovaikutusta. *Duodecim* 1989, 105, 222-225.

Talvitie, U. 1991a. Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. Sarjassa: Jyväskylä studies in sport, physical education and health, 28. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Talvitie, U. 1991b. Lääkintävoimistelijan työn kehitysvaiheita: fysioterapian kohteen ja menetelmien muuttuminen ja koulutuksen kehittyminen 1900-luvulla Suomessa. Sarjassa: Terveystieteen laitos sarja A: Tutkimuksia 5/11. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Talvitie, U. Guidance strategies and motor modelling in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 1996, 12, 49-60.

Tulki, P. 1993. Työelämän ja ammattikorkeakoulujen yhteys. Sarjassa: Koulutussosiologian tutkimuskeskus, raportteja 18. Turun yliopisto. Turku.

Turner, P, A., Whitfield, T, W. Physiotherapists' reasons for selection of treatment techniques: a cross-national survey. *Physiotherapy Theory and Practice* 1999, 15, 4, 235-246.

Westman Kumlin, I., Kroksmark, T. The first encounter: physiotherapists' conceptions of establishing therapeutic relationships. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1992, 6, 1, 37-44.

Wulf, G., Shea, C, H., Matschiner, S. Frequent feedback enhances complex motor skill learning. *Journal of Motor Behavior* 1998, 30, 2, 180-192.

Viitanen, E. Videoaineiston mahdollisuudet laadullisessa tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1996, 2, 166-170.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Sarjassa: *Acta Universitatis Tamperensis*, 577. Tampereen yliopisto. Tampere.

Väärälä, R. 1995. Ammattikoulutus ja kvalifikaatiot. Sarjassa: *Acta Universitas Lapponiensis*, 9. Lapin Yliopisto. Rovaniemi.

## Asiakkaan suostumus tutkimuksiin osallistumisesta

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

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

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

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

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

Osallistun tutkimukseen

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

Allekirjoitus: .....

## Fysioterapeutin suostumus tutkimuksiin osallistumisesta

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

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

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

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

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

Osallistun tutkimukseen

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

Allekirjoitus: .....

## Videoaineiston säilyttäminen

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

.....

Veli- Matti Kauppinen terv. tiet. yo.

.....

Timo Puustinen terv. tiet. yo.

Tutkijoiden sitoumus salassapitovelvollisuuden noudattamiseen

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

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

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

Asiakkaan ja fysioterapeutin taustatiedot

Asiakkaan ikä \_\_\_\_\_v.

Syy, minkä vuoksi asiakas on tullut fysioterapiaan/saa fysioterapiaa

---

---

---

Fysioterapeutin työkokemus \_\_\_\_\_v.

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

---

Fysioterapeutin kokemus nykyisenkaltaisesta työstä \_\_\_\_\_v.



Suostumus seuraaviin toteutettaviin tutkimuksiin osallistumisesta "hoitopaikan nimi"

1) Fysioterapian opettajien opetukseen sisältyvät fysioterapian ammatilliset vaatimukset, 2) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 3) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset. Tutkimusten aineistonkeruussa kuvataan videolle kaksi fysioterapiatilannetta, joissa olen fysioterapeutin asiakkaana. Kuvattuja videoita saa käyttää fysioterapian työharjoittelun kehittämis- projektiin kuuluvissa tutkimuksissa. Minulle on tiedotettu, että tutkimuksissa sitoudutaan noudattamaan lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3. luvun, terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet 17§, salassapitovelvollisuutta.

.....  
Paula Kärmeniemi terv. tiet. yo.

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

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

Osallistun tutkimukseen

"Paikan nimi" ...../...../1999

Allekirjoitus: .....

Suostumus seuraaviin toteutettaviin tutkimuksiin osallistumisesta "hoitopaikan nimi"

1) Fysioterapian opettajien opetukseen sisältyvät fysioterapian ammatilliset vaatimukset, 2) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 3) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset. Tutkimusten aineistonkeruussa kuvataan videolle kaksi fysioterapiatilannetta, joissa toimin fysioterapeuttina. Kuvattuja videoita saa käyttää fysioterapian työharjoittelun kehittämis- projektiin kuuluvissa tutkimuksissa. Suostun myös fysioterapiatilanteistani kuvattuihin videoihin perustuvaan haastatteluun. Minulle on tiedotettu, että tutkimuksissa sitoudutaan noudattamaan lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3. luvun, terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet 17§, salassapitovelvollisuutta.

.....  
Paula Kärmeniemi terv. tiet. yo.

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

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

Osallistun tutkimukseen

"Paikan nimi"...../...../1999

Allekirjoitus: .....

## Tutkimustulosten raportointi

Tutkimusten 1) Fysioterapian opettajien opetukseen sisältyvät fysioterapian ammatilliset vaatimukset, 2) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 3) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset tutkijat esittävät tutkimusraportit "Hoitopaikan nimi". Tutkimusraporteista luovutetaan yhdet kopiot kyseiseen työyksikköön.

.....  
Paula Kärmeniemi terv. tiet. yo.

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

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

## Videoaineiston säilyttäminen

Tutkimuksien 1) Fysioterapian opettajien opetukseen sisältyvät fysioterapian ammatilliset vaatimukset, 2) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 3) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset aineistonkeruussa "hoitopaikan nimi" kuvatut alkuperäiset videot säilytetään Jyväskylän Yliopiston, liikunta- ja terveystieteiden laitoksella siten, että niiden käyttö on mahdollista vain fysioterapian työharjoittelun kehittämis- projektissa mukana oleville tutkijoille. Kuvatuista videoista otetaan tarkoituksenmukaiset kopiot, joita asianomaiset tutkijat säilyttävät itsellään siten, että niiden käyttö on mahdollista vain tutkimustyössä, esitettyjen tutkimussuunnitelmien mukaisesti. Alkuperäiset videot ja kaikki niistä otetut kopiot hävitetään fysioterapian työharjoittelun kehittämis- projektin päättyessä.

.....  
Paula Kärmeniemi terv. tiet. yo.

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

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

Sitoumus salassapitovelvollisuuden noudattamiseen

Allekirjoittaneet sitoutuvat noudattamaan lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3. luvun, terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet 17§, salassapitovelvollisuutta, tutkimuksissa 1) Fysioterapian opettajien opetukseen sisältyvät fysioterapian ammatilliset vaatimukset, 2) Fysioterapeutin päätöksenteko fysioterapiassa ja 3) Fysioterapiatilanteen fysioterapeutin opettamistaidoille asettamat vaatimukset ”hoitopaikan nimi”.

.....  
Paula Kärmeniemi terv. tiet. yo.

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

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

Fysioterapeuttien asiakkaan opetuksen aiheet tutkimustapauksissa:

Tutkimustapaus:	Tiivistystaso 1:	Tiivistystaso 2 (raportointi):
- Istuminen	- Päivittäiset toiminnot	- Neuvonta ja tiedotus
- Vuoteeseen ja vuoteesta siirtyminen	- Päivittäiset toiminnot	- Neuvonta ja tiedotus
- Lepoasento (apuväline)	- Asentohoito	- Opetus ja tiedotus lääketieteellisestä hoidosta
- Harjoittelun rajoitus	- Harjoitusohjelman selitys	- Ohjeet hoitopaikassa tehtävistä harjoitteista
- Vuoteessa tehtävät fysioterapian harjoitteet	- Hoitopaikkaharjoitteet	- Ohjeet hoitopaikassa tehtävistä harjoitteista
- Sallittu varaus	- Päivittäiset toiminnot	- Neuvonta ja tiedotus
- Fysioterapian hoitolinja hoitopaikassa	- Harjoitusohjelman selitys	- Ohjeet hoitopaikassa tehtävistä harjoitteista
- Sauvakävely	- Päivittäiset toiminnot	- Neuvonta ja tiedotus
Tutkimustapaus:	Tiivistystaso 1:	Tiivistystaso 2 (raportointi):
- Mahdollinen lääketieteellinen toimenpide	- Sairauteen/ongelmaan vaikuttaminen	- Opetus ja tiedotus lääketieteellisestä hoidosta
- Fysioterapian harjoitteiden kohdistaminen	- Harjoitusohjelman selitys	- Ohjeet kotiharjoitteista
- Oireiden aiheuttaja	- Sairauteen/ongelmaan syy	- Opetus ja tiedotus sairaudesta
- Fysioterapian tavoite	- Yleiset tavoitteet	- Neuvonta ja tiedotus
- Fysioterapian harjoitteet	- Kotiharjoitteet	- Ohjeet kotiharjoitteista
- Kylmähoidon käyttö	- Itsehoito	- Neuvonta ja tiedotus
- Fysioterapian hoitolinja	- Harjoitusohjelman selitys	- Ohjeet kotiharjoitteista

Tutkimustapaus:

- Oireiden aiheuttaja
- Ongelma- alueen anatomia
- Ongelman patofysiologiset vaikutukset
- Tehtävä lääketieteellinen toimenpide
- Hoidon vaiheet
- Hoidon tavoitteet
- Sallittu kuormitus
- Todennäköinen toipuminen
- Fysioterapian harjoitteet
- Mahdollisen toisen oireiden aiheuttajan hoito
- Hoitoon kuuluvan apuvälineen käyttö
- Asennon/ryhdin tarkkailu
- Peseytyminen
- Liikuntaharrastukseen osallistuminen

Tutkimustapaus:

- Oireiden aiheuttaja
- Selkärangan koukistuksen käyttö ensiapuna
- Sopiva liikuntamuoto: uinti
- Harjoitteiden kohdistaminen
- Sopiva liikuntamuoto: sauvakävely
- Tukiliivi ja niskatuki
- Kylmähoidon käyttö
- Fysioterapian harjoitteet
- Harjoitteen vaikutusmekanismi
- Epäsopivat harjoittelumuodot
- Harjoittelun seurannassa käytettävä kuntokortti

Tiivistystaso 1:

- Sairausten/ongelman syy
- Sairausten/ongelman syy
- Sairausten/ongelman syy
- Sairauteen/ongelmaan vaikuttaminen
- Toipumisen/harjoittelun eteneminen
- Yleiset tavoitteet
- Päivittäiset toiminnot
- Toimenpiteestä toipuminen
- Kotiharjoitteet
- Sairauteen/ongelmaan vaikuttaminen
- Apuvälineet
- Oikea asento
- Itsehoito
- Harrastukset

Tiivistystaso 1:

- Sairausten/ongelman syy
- Itsehoito
- Liikunta
- Harjoitusohjelman selitys
- Liikunta
- Apuvälineet
- Itsehoito
- Kotiharjoitteet
- Harjoitteiden selittäminen
- Liikunta
- Harjoitteluun motivoiminen

Tiivistystaso 2 (raportointi):

- Opetus ja tiedotus sairaudesta
- Opetus ja tiedotus sairaudesta
- Opetus ja tiedotus sairaudesta
- Opetus ja tiedotus lääketieteellisestä hoidosta
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Opetus ja tiedotus lääketieteellisestä hoidosta
- Ohjeet kotiharjoitteista

- Opetus ja tiedotus lääketieteellisestä hoidosta
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus

Tiivistystaso 2 (raportointi):

- Opetus ja tiedotus sairaudesta
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Ohjeet kotiharjoitteista
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Neuvonta ja tiedotus
- Ohjeet kotiharjoitteista
- Ohjeet kotiharjoitteista
- Neuvonta ja tiedotus
- Ohjeet kotiharjoitteista





## Asiakkaan opetuksen tarkistuslista (Sluijjs 1991)

<p>Teaching and providing information about illness</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- about diagnosis and complaints</li> <li>- about the cause of the illness</li> <li>- about the prognosis</li> <li>- illustrative material to clarify information</li> <li>- miscellaneous or remaining topics</li> </ul>	<p>Instructions for home exercises</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- explaining home exercise</li> <li>- frequency of each exercise</li> <li>- number of sessions per day</li> <li>- exercise instructions</li> <li>- the build-up of the exercise program</li> <li>- the build-up of the each exercise</li> <li>- exercise leaflet</li> <li>- instructions written by the therapist</li> <li>- integrating exercises to daily activities</li> <li>- motivating the patient to comply</li> <li>- monitoring the patient's compliance</li> <li>- resolving compliance problems</li> <li>- miscellaneous or remaining topics</li> </ul>	<p>Advice and information</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- on taking rest</li> <li>- on correct posture and movement</li> <li>- on work, sport or hobbies</li> <li>- on daily activities</li> <li>- on self care and domestic medicines</li> <li>- on adaptations</li> <li>- on aids and appliances</li> <li>- on health services</li> <li>- on family physicians or specialists</li> <li>- motivating the patient to comply</li> <li>- monitoring the patient's compliance</li> <li>- resolving compliance problems</li> <li>- miscellaneous or remaining topics</li> </ul>	<p>General health education</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- on sports or exercise</li> <li>- on weight control or nutrition</li> <li>- on smoking or alcohol or drugs intake</li> <li>- on painkillers or medicine</li> <li>- on health and illness in general</li> <li>- motivating the patient to comply</li> <li>- monitoring the patient's compliance</li> <li>- resolving compliance problems</li> <li>- miscellaneous or remaining topics</li> </ul>	<p>Counseling on stress-related problems</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- explaining mind body-relations</li> <li>- exploring stress-related problems</li> <li>- supportive care with hand-caps</li> <li>- supportive care with personal distress</li> </ul>
--	--	--	---	--