

Dialogisuus fysioterapiassa

Hanna Jämsä

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2016

Terveysten edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Tekijä(t) Jämsä Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2016
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Dialogisuus fysioterapiassa		
Tutkinto-ohjelma Terveiden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Kuukkanen Tiina, Punna Mari		
Toimeksiantaja(t) Organisaatio X		
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pitkään panostettu asiakaslähtöisempään toimintaan. Lait ja asetukset myös suuntaavat osaltaan toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Kuinka sitten käytännössä asiakaslähtöisempi toiminta on saavutettavissa? Asiakaskeskeisyyden edistämiseksi on tehty ja tehdään edelleen hankkeita ja tutkimuksia ja oleellista on, että kuinka asiakas saadaan aidosti mukaan häntä koskevaan terveydenhuollon- tai kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää sekä kirjallisuuden että videoitujen tapausesimerkien kautta, että kuinka dialogisuus näkyi fysioterapiassa ja kuinka se olisi voinut näkyä sekä lisätä asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyössä pyrittiin kuvailemalla tuomaan esille dialogisuuden esiintymistä fysioterapiatilanteissa. Aineiston analysoinnissa käytettiin väljänä viitekehystenä keskusteluanalyysia. Videoiduista tilanteista etsittiin dialogisuuden merkkejä eli 1) avointa kuuntelua, 2) tilan antamista vastauksille sekä 3) hiljaisuutta ja lisäksi tarkasteltiin, että oliko tilanne 4) vastavuoroinen. Tutkimusryhmä muodostui kolmesta eri vaikeavammaisen asiakkaan fysioterapiatilanteesta, joissa kussakin oli eri fysioterapeutti. Asiakkaista yhdellä oli cp-vamma sekä kehitysvamma, yhdellä oli vasemman puoleinen hemiplegia aivohalvauksen seurauksena ja yhdellä asiakkaista oli keskushermoston tulehduksen jälkeinen halvausoireisto. Kaikki asiakkaat kykenivät puhumaan ja kommunikoimaan. Kuvattujen fysioterapiatilanteiden analyysin perusteella voitiin todeta, että joitakin dialogisuuden elementtejä (avointa kuuntelua, tilan antamista vastauksille sekä yhteisymmärrystä) esiintyi kuvatuissa vuorovaikutustilanteissa, mutta kokonaisuudessaan ei vielä voitu sanoa, että dialoginen vuorovaikutus olisi ollut vallalla fysioterapiassa. Lisäksi tuli huomioda, että otoksen ollessa pieni, vain kolme tapausta, yleistä asiasta ei myöskään voitu tehdä. Jatkossa yksittäisten fysioterapiatilanteiden analysoimisen sijaan tulisi tarkastelua käydä dialogisuuden osalta koko kuntoutusprosessia silmällä pitäen. Avainsanat (asiasanat) Dialogi, dialogisuus, asiakaslähtöisyys, osallistaminen, kuntoutus, fysioterapia, vaativa lääkinnällinen kuntoutus, laadullinen tutkimus, keskusteluanalyysi		

Author(s) Jämsä Hanna	Type of publication Master's thesis	Date Kesäkuu 2016
		Language of publication: finnish
	Number of pages 40	Permission for web publication: x
Title of publication Dialogicality in physiotherapy		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Kuukanen Tiina, Punna Mari		
Assigned by Organization x		
Abstract For years, social welfare and health care have been focusing on a more customer-oriented approach to their operations. Laws and statutes also channel their operations into a more customer-oriented direction. But how can the more customer-oriented approach be accomplished in practice? There are initiatives and researches aimed at promoting customer orientation, and the essential question is how the customers can genuinely be included in the planning and implementation of their own healthcare or rehabilitation. The goal of the thesis was to study, through literature and videoed case examples, how dialogicality was reflected in physiotherapy, and how it could have been reflected and used to increase customer orientation. By using descriptions, the thesis aimed at exposing the occurrence of dialogicality in physiotherapy situations. Discourse analysis was used as a loose framework for analyzing the data. The videos were scanned for the characteristics of dialogicality which are 1) responsive listening, 2) giving room to respond and 3) silence. In addition, it was checked whether the situation was 4) reciprocal. The research group consisted of three different physiotherapy sessions of seriously disabled customers. Each session was conducted by a different physiotherapist. One of the customers had cerebral palsy and an intellectual disability, one had left-sided hemiparesis caused by a stroke and one had post central nervous system vasculitis paralysis. All customers were able to speak and communicate. Through the analysis of the physiotherapy sessions described above, it was discovered that some of the elements of dialogicality (responsive listening, giving room to respond and rapport) were present in the interaction situations described, but dialogicality still was not dominating the physiotherapy sessions. It was also important to bear in mind that, due to the small sample of only three cases, generalizations could not be made. In the future, instead of analyzing individual physiotherapy sessions, the dialogicality of the whole rehabilitation process should be examined.		
Keywords/tags (subjects) Dialogue, dialogicality, customer oriented approach, inclusion, rehabilitation, physiotherapy, demanding medical rehabilitation, qualitative research, discourse analysis		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Dialogisuus	5
3	Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen	9
3.1	Asiakaslähtöisyys	9
3.2	Osallistaminen	10
4	Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja fysioterapia	11
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimus-/kehittämistehtävät	13
6	Opinnäytetyön toteutus.....	14
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	15
6.2	Keskusteluanalyysi.....	15
6.3	Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	17
6.4	Aineiston analyysi	18
6.4.1	Avoin kuuntelu	19
6.4.2	Tilan antaminen vastauksille	20
6.4.3	Hiljaisuus	21
6.4.4	Vastavuoroisuus ja yhteisymmärrys.....	21
7	Tulokset.....	23
7.1	Avoin kuuntelu	23
7.2	Tilan antaminen vastauksille	25
7.3	Hiljaisuus.....	26
7.4	Vastavuoroisuus ja yhteisymmärrys	27
8	Pohdinta.....	29
8.1	Eettiset kysymykset ja luotettavuus	32
8.2	Keskeiset tulokset	34

8.3	Johtopäätökset	34
9	Lähteet	36
10	Liitteet	39
10.1	Liite 1. Litteroinneissa käytetyt merkit	39
10.2	Liite 2. Kuvauslupa opinnäytetyötä varten	40

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pitkään panostettu asiakaslähtöisempään toimintaan. Lait ja asetukset myös suuntaavat osaltaan toimintaa asiakaslähtöisemmäksi: vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki puhuu asiakaskeskeisyyden tärkeydestä ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä sekä valvontaa koskeva lakiesityksen tavoitteena on kohdella asiakkaita yhdenvertaisesti sekä toteuttaa toimintaa asiakaskeskeisesti, mutta samalla kustannustehokkaasti. (L 1326/2010, HE 324/2014.)

Kuinka sitten käytännössä asiakaslähtöisempi toiminta on saavutettavissa/ toteutettavissa? Asiakaskeskeisyyden edistämiseksi on tehty ja tehdään edelleen hankkeita ja tutkimuksia ja oleellista on, kuinka asiakas saadaan aidosti mukaan häntä koskevaan terveydenhuollon- tai kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen, kun käytännössä siinä ilmenee vielä puutteita.

Kuntoutuja on oman kuntoutumisensa asiantuntija, jonka äänen kuulemista ei pidä väheksyä eikä jättää huomioimatta kuntoutusprosessin missään vaiheessa (Koukkari, M. 2012, 41-41). Dialogisuutta kuntoutuksessa kuvataan vuoropuhelun, moniäänisyyden sekä vastavuoroisen vaikuttamisen kautta. Dialogisuus kuntoutujan ja terapeutin välillä on oleellista silloin, kun halutaan tehdä asiakaskeskeistä kuntoutusta ja huomioida kuntoutujan omat näkemykset. (Koukkari, M. 2012. 25, Koukkari, M. 2012 (1), 41.)

Kelan toteuttaman kehittämishankkeen tuloksena syntyneestä tutkimusartikkelista ilmenee myös että kuntoutussuunnitelmien laatimisessa kuntoutujat ovat vain harvoin mukana ja niiden sisältö antoi puutteellisia tietoja kuntoutusta ja sen seurantaan varten. Kuntoutussuunnitelmien laadun parantamiseksi artikkelissa nähdään keinoiksi moniammatillisuus sekä kuntoutujan läsnäolo sekä heidän todellinen kuulemisensa. Kuntoutujan osallistuminen palaveriin lisää hänen sitoutumistaan kuntoutukseen ja samalla parantaa kuntoutuksen tuloksellisuutta. Kun asiakas ja hänen mielipiteensä huomioidaan jo suunnitteluvaiheessa, voidaan vaikuttaa siihen, kuinka si-

toutuneita kuntoutujat ovat terapiaansa ja kuntoutus on näin myös tuloksellisempaa. (Paltamaa, J., Knuuttila, P., Peurala, S. H., Sjögren, T., Suomela-Markkanen, T. & Heinen, A. 2009, 3858-3859.)

Lokakuussa 2013 (10) Physical Therapy –lehdessä julkaistun tutkimusartikkelin mukaan fysioterapeuttien asenne asiakkaita kohtaan on edelleen holhoava ja asiakkaat toivoisivat pääsevänsä enemmän mukaan päätöksentekoon (Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P. and Devisch, I. 2013, 1321).

Tutkimusraportissa vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta vuodelta 2009 tulee esille, että muutos potilaasta asiakkaaksi ja aktiivisemmaksi osallistujaksi tapahtuu hitaasti. Kuntoutuksen tavoitteiden asettelussa on käytetty vain vähän asiakasta osallistavia työskentelytapoja. (Järvikoski, A., Hokkanen L. & Härkäpää, K. 2009, 26.)

Opinnäytetyö käsittelee dialogisuutta fysioterapiassa, jota tarkastellaan kolmen eri esimerkkitapauksen kautta sekä kirjallisuuden pohjalta. Aihe valikoitui, koska kirjoittaja on omassa työssään fysioterapeuttina kiinnittänyt huomiota vuorovaikutukseen asiakastilanteissa ja lisäksi hän on tutustunut opintojen puitteissa verkostodialogeihin, joista on saanut kipinän miettiä dialogisuutta yhdistettynä työhönsä fysioterapeuttina. Lähes kymmenen vuoden työskentely vaikeavammaisten fysioterapian parissa, on näyttänyt sen, että vallalla oleva kulttuuri on useimmiten sellainen, että asiakkaat ovat ”kohteita”, joita terapeutit ”hoitavat”. Tällainen käsitys on sekä asiakkailla että fysioterapeuteilla suurimmaksi osaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada asiakkaat osallistettua paremmin oman terapiaansa dialogisen lähestymistavan avulla? Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää sekä kirjallisuuden että tapausesimerkkien kautta, että kuinka dialogisuus näkyy fysioterapiassa ja kuinka se voisi näkyä ja lisätä asiakaslähtöisyyttä

Opinnäytetyön toivotaan herättävän keskustelua ja antavan ajattelemisen aihetta sekä fysioterapeuteille että kuntoutujille. Toiveena on myös, että vuorovaikutus fysioterapiatilanteessa kokisi tulevaisuudessa muutosta entistä asiakaskeskeisempään

ja dialogisempaan suuntaan. Dialogisella ohjauksella voidaan fysioterapia tilanteissa saadaan aikaan se, että asiakkaat olisivat motivoituneempia omaan kuntoutukseensa ja tämän myötä myös kuntoutus voisi olla tuloksellisempaa. Asiakkaiden motivoituminen sekä paremmat kuntoutustulokset loisivat asiakkaisiin toiveikkuutta ja he voisivat saada onnistumisen kokemuksia, jolloin elämänlaatu voisi myös parantua.

2 Dialogisuus

Dialogisuus perustuu filosofiaan ja eksistentiaaliseen fenomenologiaan ja filosofisena perusajatuksena voidaan pitää ajatusta, että ihminen ei ole syntyessään valmis kokonaisuus, vaan voi kasvaa lähemmäksi täyttä ihmisyyttä, koska ihminen on keskushermostonsa avulla tietoinen omasta tietoisuudestaan ja myös kykenevä kielellisiin symboleihin perustuvaan viestintään. Perusajatuksen mukaan ihmisen ei ole mahdollista kasvaa eheäksi yksin, vaan kasvu kohti täydellistä ihmistä tapahtuu juuri dialogissa, yhdessä toisten ihmisten kanssa ja tukemana. Keskeisintä ihmisten olemassaolon kannalta on tajunnallisuus. Tajunta on reflektiivistä, jolloin ihminen kykenee itsestään tietoiseen kokemustensa pohdintaan. (Ojanen, S. 2006, 60-61.)

Dialogi-termi tulee sanoista dia ja logos, jotka yhdessä muodostavat dialogisuuden ydinolemuksen eli väliin kerätyn maailman (Mönkkönen, K. 2007, 86). Myös Ojasen, S. (2006, 61) ja Isaacsin, W. (1999, 19) mukaan dialogos tarkoittaa välissä olevaa, mutta sananmukaisesti myös erillään oloa. Tutkimus- ja ohjausmenetelmänä dialogin tarkoitus on luoda tutkijan ja tutkittavan välille välittävä todellisuus. Tämän seurauksena dialogi merkitsee kokemuksen työstämistä uudenlaisen ymmärtämisen saavuttamiseksi. Samalla tapahtuu molempien osapuolien omaa minuuden ja itsen ymmärtämisen uutta kokemusta sekä uuden mielen tavoittamista. (Ojanen, S. 2006, 61.)

Isaacs, W. (1999, 19) kirjoittaa dialogista, että sen avulla voidaan luoda uutta ajattelua sekä ymmärrystä, jolloin oman näkemyksen pitäminen väistyy ja tilalle tulee kahdesta näkemyksestä/ ajatuksesta muodostunut täysin uusi näkemys. Tarkoituksena ei

ole vain löytää yhteisymmärrystä, vaan luoda konteksti, jossa voi syntyä useita uusia ymmärryksen tasoja.

Vuoropuhelu, moniäänisyys ja vastavuoroinen vaikuttaminen nousevat Kokon, R-L. (2007, 10) artikkelissa dialogisuuden peruskäsitteiksi. Dialogisuus voidaan myös nähdä sekä kokonaisvaltaisena ajattelutapana että toimintakäytäntönä. Dialogisuuden perusominaisuuksiin kuuluu myös reflektiivisyys. Dialogisuuteen liitetään myös henkilön kokemat toivon ja muutoksen mahdollisuudet.

Isaacs, W. (1999, 83, 110, 134, 159) jakaa dialogin neljään osa-alueeseen: 1) kuunteleluun, 2) kunnioitukseen, 3) odotukseen ja 4) suoraan puheeseen. 1) Kuuntelulla Isaacs tarkoittaa sitä, että kuunnellaan todella sitä mitä toinen kertoo ja jätetään tulkinnat sikseen. Hyvä kuuntelija kysyy tarkennuksia ja on aidosti kiinnostunut toisen kertomasta. 2) Toisen kunnioittaminen tarkoittaa aktiivista toimintaa, jonka tarkoituksena löytää toisen ihmisen kokemuksen alkuperä. Englanninkielinen vastine kunnioitukselle on respect ja se juontaa juurensa latinankielen verbistä respicere, joka puolestaan tarkoittaa ”katsoa uudestaan”. Toista ihmistä tulee katsoa kokonaisuutena, eikä vain keskittyä yhteen hänen ominaisuuteensa. Kunnioituksella myös osoitetaan muille heidän oikeuttaan olla olemassa. (Isaacs, W. 2001, 122-123.) 3) Odotukseen liittyy kärsivällisyys ja oman mielipiteen muodostamisen lykkääminen. Kun kuunnellaan toisen puhetta, niin odottamisen tarkoituksena on pidättäytyä muodostamasta olettamuksia, arvioita ja varmoja mielipiteitä. Toisen puhetta kuunnellaan kärsivällisesti ja ajatuksella. Puhujan ja oman ajatuksen pohjalta luodaan siten yhteistä uutta näkemystä (Isaacs, W. 2001, 144-145). 4) Suora puhe tarkoittaa aitoa ilmaisua itsensä ja tunteiden osalta. Unohdetaan siis muiden odotukset ja toiveet meitä kohtaan ja puhutaan vain se mitä itse aidosti ajattelemme (Isaacs, W. 2001, 167-168).

Myös Mönkkönen, K. (2007, 87) mukaan keskeistä dialogisuudessa on vastavuoraisuus, jossa kaikki osapuolet pääsevät vaikuttamaan tilanteen kulkuun, ”*asiakassuhteessa tämä tarkoittaa, että suhde nähdään molemminpuolisena ymmärryksen rakentamisena, jossa ei mennä joko työntekijän tai asiakkaan ehdoilla vaan molempien ehdoilla*”. Dialogin myötä asiakas ja terapeutti kävisivät vastavuoroista, toista kuunte-

levaa ja keskustelevaa vuorovaikutusta terapiatilanteessa, jolloin molemmilla olisi mahdollisuus vaikuttaa terapian/kuntoutuksen kulkuun ja sen onnistumiseen. Tällaisella työskentelyllä mahdollistettaisiin asiakkaan parempi sitoutuminen kuntoutukseen, jolloin kuntoutuksen olisi myös paremmat edistymisen mahdollisuudet. Tämä kaikki kokonaisuudessaan toisi asiakkaalle onnistumisen kokemuksia ja loisi toiveikkuutta.

Dialogi kommunikaation menetelmänä ei ole sama asia kuin pelkkä keskustelu (Mönkkönen, K. 2007, 88; Ojanen, S. 2006, 62). Mönkkösen, K. (2007, 89) mukaan dialogi on enemmän kuin keskustelu, koska parhaassa tapauksessa molemmat osapuolet voivat oppia ja muuttaa asenteitaan tai mielipiteitään. Tästä johtuen dialogisuutta voidaan ajatella sekä kommunikaationa että suhteena. Ojanen, S. (2006, 62) puolestaan tuo esille sen, että dialoginen ohjaussuhde ei ole mikä tahansa ihmissuhde. Kyseessä on kasvatussuhde, jossa ohjaajalla on vastuu siitä, että tekee kaikkensa ohjattavan kasvun edistämiseksi. Oleellista on, että ohjaaja käyttää tiedollisten ja taidollisten ominaisuuksiensa lisäksi omaa persoonaansa työvälineenä. Oman persoonan käyttäminen työvälineenä edellyttää aivan tietynlaista asennoitumista käyttäjältään. Tällaisen asenteen tarkoitus on tukea inhimillistä kasvua huomioiden toisen näkökulma eli kyseessä molemminpuolinen suhde, Minä-Sinä suhde. (Ojanen, S. 2006, 62-63). Mönkkönen, K. (2007, 89) tuo esille myös tärkeän tekijän dialogisuudessa, joka luottamus osapuolten välillä. Ilman luottamuksellista suhdetta ei ole mahdollista saada aikaan dialogista vuorovaikutusta.

Jotta dialogissa oleminen mahdollistuisi, edellytyksenä on kaksi ehtoa: 1. avoimessa yhteydessä oleminen toisen kanssa sekä 2. kokonaisena ihmisenä oleminen, oleminen omana itsenään. Avoimuudella tarkoitetaan tässä kohtaa sitä, *että ”voi löytää itsensä, oman prosessinsa ja muuttumisensa. Sen sijaan toisen prosessia ei oikein voi kohdata. Voi kuitenkin oivaltaa, että toisellakin on ajatuksia, jotka ovat tutustumisen arvoisia, siitä huolimatta, ettei voikaan tietää, mitä hän mielessään ajattelee ja tuntee tässä elämäntilanteessa”*. (Ojanen, S. 2006, 63.) Dialogi merkitsee myös ihmisen maailmassa olemisen tapaa, mikä tarkoittaa, että dialogisessa suhteessa toisiinsa ovat myös ihmisen olemisen eri puolet: kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaali-

suus. Ihmisellä on siis kyky arvioida maailmassa olemisen tapaansa, dialogisuuttaan. (Ojanen, S. 2006, 63.)

Dialogi voidaan karkeasti jaotella avoimeen sekä tekniseen dialogiin. Avoin dialogi suhtautuu tilanteeseen ihmettelevästi ja todellisuuden salaiseksi jättävästi. Todellisuuden annetaan olla sellaisena kuin se on, eikä ihmisen äly tai tahto yritä puuttua tilanteen kulkuun. Todellisuus hyväksytään sellaisena kuin se on ja hyväksyvä ilmapii-ri merkitsee toisen ihmisen varauksetonta kunnioittamista sekä jatkuvasti muuttuvan todellisuuden oivaltamista. Avoin dialogi on *”yhteys, jota ei tahto, ajattelu tai esiymmärrys vääristä. Se edellyttää rohkeutta omaan kaikinpuoliseen kokemukseen sekä avointa ja kiinnostunutta toisen kuuntelua Toisena.”* Tekninen dialogi puolestaan on sidoksissa rajoittuneeseen tarkkaavaisuuteen, jossa ei ole mahdollista kuunnella toista eikä suhtautua toiseen hyväksyvästi, arvostavasti tai kunnioittavasti (Ojanen, S. 2006, 64.)

Dialogisen ohjauksen mahdollistumiseen liittyy myös työyhteisön arvostus kyseistä menetelmää kohtaan. *”Olennaisinta dialogissa on kahden persoonan välinen suhde, yhteinen kokemus, johon vähintään toinen osallistuu aktiivisesti ja elää yhteisen tapahtuman samanaikaisesti Toiseuden näkökulmasta, menettämättä silti mitään omasta kokemuksestaan”.* Ohjaajan tehtävänä on antaa toiselle mahdollisuus ilmaista itseään tasavertaisesti ja elää yhteiset tilanteet ohjattavan näkökulmasta. Tarkoituksena on saada ohjattavan ja ohjaajan välille tila, jossa molemmilla on mahdollisuus tuoda esille kaikki se mikä on tarpeen. Lisäksi oleellista on yleisyys, mahdollisuus nähdä asioita eri tavalla, uudesta vaihtoehtoisesta suunnasta. Ohjaajan asiantuntemukseen kuuluu se, että hän pystyy näkemään asioita omaa perspektiiviään laajemmalla. Avoimessa dialogisessa keskustelussa pyrkimyksenä on saada esille merkityskokonaisuudet, joihin toisen ihmisen kokemus asettuu. Tässä nimenomaan ohjaajalla on merkittävä asema. (Ojanen, S. 2006, 66.)

Onnistuneessa avoimessa dialogissa ohjattavan on mahdollista oppia tuntemaan itseään paremmin ja löytää omia kasvutarpeita. Omat kokemukset käyvät ohjattavalle todellisimmiksi, jolloin hänellä on mahdollisuus kasvaa ihmisenä. Tämän seurauksena asennoituminen toisiin ihmisiin voi muuttua aidommaksi ja tässä on kyse dia-

logisen taidon oppimisesta. Ohjaajan tehtävä kommunikatiivisessa oppimisessa on oppia ymmärtämään sitä, mitä ohjattava yrittää välittää erilaisin keinoin (elein, ilmein, sanoin jne). Tällainen tilanne saattaa olla haastava ohjaajalle, koska eri ihmiset ajattelevat erilailla asioista ja ohjaajan tulisi pyrkiä ymmärtämään erilaisia vaihtoehtoja. Kun ohjaajalla on taito ymmärtää ja hyväksyä ohjattava ehdoitta, on ohjattavalla mahdollisuus hyväksyä itsensä paremmin, kuulla omaa sisäistä puhettaan ja olla elävässä yhteydessä omaan kokemusmaailmansa sekä aidossa kanssakäymisessä toisten kanssa. (Ojanen, S. 2006, 67.)

3 Asiakslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen

3.1 Asiakslähtöisyys

Yhdysvalloissa 1930-luvulla alkoi asiakaskeskeisyys tulla ensimmäisen kerran osaksi asiakastyötä. Esi-isänä voidaan pitää Carl Rogersia, joka oli humanistisen psykologian edustaja ja hän toi asian ensimmäistä kertaa esiin (Mönkkönen, K. 2002, 55.)

Asiakslähtöisyys eli asiakkaan merkitys sosiaali- ja terveyspalveluissa on laajasti tunnistettu ja teoretisoitu, mutta asiakslähtöisyyttä katsotaan ja luodaan helposti palveluita tuottavan organisaation tarpeista sekä intresseistä käsin. Kun asiaa katsotaan organisaatiosta käsin, kehittämisessä kyse on tällöin järjestelmistä, malleista ja systeemeistä. Kun taas katsotaan asiaa asiakkaan näkökulmasta käsin, kyse on palvelun vastaamisesta asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen sekä saatuun palveluun liittyvistä kokemuksista. Tässä luultavasti syy siihen, että asiakkaiden kokemukset asiakslähtöisyydestä ovat edelleen negatiivisia, vaikka sosiaali- ja terveysalalla on asiakslähtöisyyttä kehitetty viime vuosina kovasti. (Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas M. 2011, 11-12.)

Terveystenhuollon palveluissa on aikaisemmin ollut vallalla vajavuuskeskeinen paradigma, jossa keskiössä ovat olleet ihmisen haitat sekä rajoitukset ja niiden rinnastaminen jäljellä oleviin voimavaroihin. Pikkuhiljaa on siirrytty enemmän kohti voimava-

rakeskeistä ja valtaistavaa paradigmaa, jossa keskiössä on ihmisen vahvuudet vajavuuksien sijaan. Valtaistumisen tarkoituksena on lisätä kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksia, itsemääräämistä ja hallinnan kokemusta läpi koko kuntoutusprosessin. Voimavarakeskeinen ja valtaistava paradigma ovat keskeisessä roolissa, kun puhutaan asiakaslähtöisyydestä. (Järvikoski, A. & ym. 2009, 21-22.)

Valkaman, K. (2012, 78) väitöstudkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuudesta asiakkuuteen liitetään useita ominaisuuksia, kuten aktiivisuus ja osallisuus sekä mahdollisuus valintaan ja vaikuttamiseen. Siirryttäessä asiakaskäsitteeseen potilaskäsitteen sijaan on asiakkuuden luonne muuttunut passiivisesta aktiivisempaan. Asiakaslähtöisyydestä on tullut keskeinen käsite ja sen tarkoituksena on nostaa asiakkaan tarpeet kaikkien palveluiden ja hoitojen lähtökohdaksi (Valkama, K. 2012, 79).

Hyvään kuntoutuskäytäntöön kuuluu asiakaslähtöisyys ja kuntoutuksen taustalla vaikuttaa aina asiakkaan tarpeet arjessa. Kuntoutujan yksilöllisyys huomioidaan kuntoutusta suunniteltaessa ja sitä toteuttaessa, lisäksi hyvään kuntoutuskäytäntöön kuuluvat oikea ajoitus, ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen sekä kuntoutujan ja hänen läheistensä osallistuminen sekä sitoutuminen. Nämä huomioiden kuntoutuksen odotetaan olevan vaikuttavaa sekä tuloksellista. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa nostaa asiakkaan keskiöön ja kuntoutuja nähdään oman elämänsä asiantuntijana, joka osallistuu aktiivisesti kuntoutuksen kulkuun ja sen aikana käytävään dialogiin, jonka tarkoituksena on tuottaa yhteistä ymmärrystä. (Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011, 35, 36; Järvikoski, A. & ym. 2009, 16; Vänskä, K. 2012, 26.)

3.2 Osallistaminen

Kuntoutuksesta ja asiakaslähtöisyydestä puhuttaessa nousee esiin kaksi käsitettä rinnakkain: osallisuus ja osallistuminen. Osallisuus on kokonaisuutta ajatellen laajempi käsite, jolla tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa toimintaan tai

kuntoutusprosessiin. Osallistuminen puolestaan tarkoittaa konkreettista mukana oloa esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelussa tms. vastaavassa. (Järvikoski, A. & ym. 2009, 22.)

Osallistaminen tarkoittaa puolestaan asiakkaan aktivointia ja osallistumisen mahdollistamista, joka tapahtuu siten ulkoapäin. Osallistamisen kautta voidaan kuitenkin synnyttää osallisuutta, mutta se ei voi olla pelkästään ulkoapäin ohjattua. Pysyviin ja pitkäaikaisiin muutoksiin päästään vain asiakkaan oman kiinnostuksen ja sitoutumisen kautta. (Valkama, K. 2012, 57.)

4 Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja fysioterapia

Kuntoutusta koskeva lainsäädäntö on muuttunut vuoden 2016 alusta alkaen siten, että käsitteenä vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus on muutettu vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi ja Kelan myöntämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen perusteet ovat muuttuneet. Kuntoutuksen saamiseksi edellytyksenä ei ole enää vammais-/hoitotukien saaminen (L145/2015).

Vaikeavammaisten fysioterapia on osa Kelan järjestämää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Kela kustantaa alle 65-vuotiaiden vaativaa lääkinällistä kuntoutusta tietyin perustein. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen avoterapioita ovat esimerkiksi fysio-, toiminta- ja puheterapia. Yksilöterapioiden lisäksi vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu myös laitostuntoutusta sekä kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarkoituksena tukea näiden henkilöiden selviytymistä arjen toiminnoista sairaudesta tai vammasta huolimatta. Jotta henkilö voi saada kuntoutusta, tulee hänelle olla tehty kuntoutussuunnitelma julkisessa terveydenhuollossa, joko sairaalan poliklinikalla tai terveysasemalla. Kuntoutussuunnitelma tehdään 1-3 vuodeksi kerrallaan. Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta voi saada, jos:

- *”henkilö on alle 65-vuotias*
- *henkilö ei ole julkisessa laitoshoidossa*
- *henkilöllä on huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa*
- *henkilöllä on sairaus tai vamma ja siihen liittyvä suoritus- ja osallistumismäärä, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve*
- *kuntoutus ei liity välittömästi sairaanhoitoon*
- *kuntoutuksen tavoitteet eivät ole ainoastaan hoidollisia, vaan suoriutumista ja osallistumista mahdollistavia*
- *kuntoutus on perustellusti tarpeen.*

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen sisällössä korostuu aiempaa yksilöllisempi

- *kuntoutujan tarpeiden mukainen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus*
- *kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä aktiivisuus*
- *yhteistyötä kuntoutujalle tärkeiden toimijoiden kanssa esimerkiksi päiväkodissa, koulussa, palvelutalossa ja henkilökohtainen avustajan kanssa.”*

Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta tuottavat yksityiset palveluntuottajat, esimerkiksi: itsenäiset ammatinharjoittajat, fysioterapiayritykset sekä kuntoutuslaitokset. Kela on luonut standardin vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta, joka ohjaa palveluntuottajien toimintaa ja jonka tarkoituksena on taata laadukasta kuntoutusta. Palveluntuottajat valitaan kilpailutuksen kautta ja viime vuosina kilpailutus on tapahtunut joka neljäs vuosi.

Fysioterapiaa kela myöntää yleensä kuntoutussuunnitelman mukaisesti 15-90 kertaa vuodessa toteutettavaksi ja kestoltaan yksi terapiakerta on 45-90 minuuttia. Fysioterapia voidaan toteuttaa joko hoitolaitoskäynteinä, jolloin asiakas tulee fysioterapeutin vastaanotolle tai kotikäynteinä asiakkaan omassa toimintaympäristössä: koulussa, päiväkodissa, toimintakeskuksessa tai omassa kodissa. (Vaativa lääkinällinen kuntoutus, Kela.)

Fysioterapia on ollut Kelan kustantamista kuntoutusmuodoista eniten myönnetty ja lisäksi fysioterapia on ollut yhtäjaksoisesti pitkäkestoisin (yli 7 vuotta) terapiamuoto. Pitkäkestoista fysioterapiaa on saatu kaikissa ikäryhmissä, mutta painottuen jonkin verran enemmän lapsiin sekä yli 50-vuotiaisiin. Pitkäkestoisen fysioterapian yleisimpiä diagnoosiryhmiä ovat olleet CP-oireyhtymä, MS-tauti ja aivoinfarktin jälkitila. Näille kaikille diagnoosiryhmille yhteistä on se, että aivojen vamma tai sairaus vaikuttaa keskeisesti asennon hallintaan sekä karkeamotoriseen toimintaan. Fysioterapian pitkäkestoisuus nähdään perustelluksi juuri lapsen ja nuoren kasvun aikana tai etenevän sairauden johtaessa toimintakyvyn heikkenemiseen, jolloin uusien toimintamallien opettelu on keskeistä kuntoutuksessa. Selvityksessä pitkään kestävästä vaikeavammaisten yksilöterapiasta todettiin, että fysioterapian määrää ja sisältöä pitäisi arvioida yksilöllisesti vuosittain. Kuntoutus on tutkimusten mukaan painottunut liiaksi fysioterapiaan muiden terapiamuotojen vaihtoehtojen jäädessä tarkastelematta. (Autti-Rämö, I., Heino, P. & Toikka, T. 2015, 13-16.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimus-/kehittämistehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada asiakkaat osallistettua paremmin oman terapiaansa dialogisen lähestymistavan avulla? Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää sekä kirjallisuuden että tapausesimerkkien kautta, että kuinka dialogisuus näkyy fysioterapiassa ja kuinka se voisi näkyä ja lisätä asiakaslähtöisyyttä.

Kysymykset:

- Mitä on dialogisuus fysioterapiassa?
- Miten dialogisuus näkyy fysioterapiatilanteissa?

Tutkimusten ja artikkelien perusteella voidaan sanoa, että fysioterapiatilanteet ovat asiantuntijalähtöisiä ja että asiakkailla on vain vähän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa.

Kirjallisuuden sekä videoitujen tilanteiden perusteella haetaan vastausta siihen, että kuinka dialogisuus voisi vaikuttaa fysioterapiassa. Olettamus on, että dialogisuudella voidaan tehdä fysioterapiasta entistä asiakaskeisempää, jolloin asiakkaan kokemus kuntoutuksestaan voi muuttua myönteisemmäksi. Lisäksi dialogisuus voi lisätä asiakkaan motivaatio ja kuntoutuksen edetessä lisätä onnistumisen ja voimaantumisen kokemuksia.

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tietoperustaa varten tehtiin tiedonhakua erilaisten tietokantojen, väitöskirjahakujen sekä kirjastojen hakujen kautta. Lopullinen tietoperusta kerättiin kirjallisuudesta, tutkimusartikkeleista sekä väitöskirjoista. Ensimmäisen tiedonhaun perusteella dialogisuudesta fysioterapiassa ei löytynyt viimeisimmän viiden vuoden sisältä kovinkaan paljon materiaalia, joten käsitettä laajennettiin fysioterapiasta kuntoutuksen puolelle ja aikahaarukkaa laajennettiin viidestä vuodesta noin 10 vuoteen.

Tiedonhakua tehtiin Cinahl / Ebsco–aineistohaun kautta käyttäen hakusanoja ”dialogue” and ”physiotherapy” (tämän haun perusteella tuli 15 hakutulosta, joista vain kolme on julkaistu viimeisen viiden vuoden aikana), lisäksi käytettiin hakusanoja ”shared decision making” and ”physiotherapy”, ”communication”, ”physiotherapist” and ”patient” sekä ”interaction”, ”physiotherapist” and ”patient”. Kuntotusportin tutkimustietokannassa käytettiin hakusanoja ”dialogisuus” ja ”dialogi”.

Videointeja varten tiedusteltiin kolmesta eri fysioterapiayrityksestä mahdollisuutta osallistua kuvauksiin ja tutkimukseen. Tiedoksi fysioterapeuteille kerrottiin, että minikälaisesta tutkimuksesta olisi kyse ja mikä tutkimuksen tarkoitus olisi. Lisäksi pyydettiin tiedustelemaan asiakkailta mahdollista kiinnostusta osallistua kuvauksiin. Vapaaehtoisten fysioterapeuttien sekä asiakkaiden löydyttyä heidän kanssaan sovittiin kuvauspäivä, jolloin myös allekirjoitettiin kuvausluvat sekä toteutettiin itse kuvaukset.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä pyritään kuvailemalla tuomaan esille dialogisuuden esiintymistä fysioterapiatilanteissa. Fysioterapiatilanteiden videoiminen tuo opinnäytetyöhön tapaustutkimuksen ominaisuuksia.

Tämän opinnäytetyön lähtökohdaksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska tarkoituksena on kuvailla kolmea todellista fysioterapiatilannetta ja erityisesti niissä mahdollisesti esiintyvää dialogisuutta. Laadullista tutkimusta suositellaan kirjallisuudessa käytettäväksi silloin, kun halutaan kuvata todellista elämää/ luonnollisia tilanteita. Laadullisessa tutkimuksessa myös kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti kyseistä tutkimusta varten. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161,164; Hennink, Hutter & Bailey 2011, 16; Metsämuuronen 2011, 220.)

Oleellista laadullisessa tutkimuksessa on myös se, että tutkijalla on merkittävä asema tiedon keruussa, jolloin tutkijan arvomaailmalla on vaikutusta siihen, kuinka tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään. Laadullisessa tutkimuksessa ei pystytä saavuttamaan sellaista objektiivisuutta, joka yleisesti tutkimusta tehdessä on tavoitteena. (Hirsjärvi, S.& ym. 2009, 161.)

6.2 Keskusteluanalyysi

Keskusteluanalyysi on tutkimusmetodi, jonka kehittäjänä pidetään Harvey Sacksia ja sekä hänen tutkijakollegoitaan, jotka aloittivat menetelmän kehittelyn 1960 – 1970 – lukujen taitteessa. Keskusteluanalyysin perusajatuksena on, että vuorovaikutus on yksityiskohtiaan myöten järjestäytynyttä ja jäsentynyttä toimintaa. Ihmisten välinen keskustelu ei siis ole sattumanvaraista eikä kaaoksellista. (Tainio, L. toim. 1998, 13.)

Juhila, K. (2004, 13) kirjoittaa artikkelissaan keskustelun yhteistoiminnallisuudesta, joka tarkoittaa sitä, että puhuja ei voi yksin arvioida sitä, kuinka hänen puheensa tulkitaan. Tulkinan syntymiseen vaikuttaa puheen vastaanottajien ymmärrys sekä puheeseen vastaaminen. Vastaamisessa ei aina tarvitse olla sanoja, vastaamiseksi

tulkitaan myös hiljaisuus. Yhteistoiminnallisuus jaetaan kolmeen periaatteeseen: 1) *puhujat orientoituvat edeltävään puheeseen*, 2) *kukin puheenvuoro luo odotuksia sille, millainen seuraava puheenvuoro voi olla*, 3) *tuottamalla seuraavan puheenvuoron osanottajat osoittavat edeltävää puheenvuoroa koskevaa ymmärrystä, tuottavat edeltävän puheenvuoron tietyntylaisena*. (Juhila, K. 2004, 13.)

Keskusteluanalyysin tarkoituksena on selvittää puheenvuorojen vaikutuksia, miten haetaan ymmärtämistä tai miten osoitetaan toiselle osapuolelle, että keskustelun aihe on entuudestaan joko tuttu tai vieras tai asia on arkaluontoinen tai muuten hankala puheenaihe. Nämä edellä mainitut osatekijät luovat yksinkertaisesti inhimillisen yhteistyön perustan. (Juhila, K. 2004, 15.)

Keskustelu, joka on eri kummunikoijien tuotosta ja yhteistoimintaa, on jäsentynyttä. Keskusteluanalyysin piirissä on tullut esille kolme eri jäsenystä, joiden kautta keskustelua voidaan tutkia. (Tainio, L. 1998, 16.) 1) vuorottelujäsenyyksen avulla keskustelijat tietävät, että kenen vuoro on puhua milloinkin ja kuinka kauan kukin puheenvuoro voi kestää. 2) Sekvenssijäsenyyksestä käy selville, että kuinka vuorottaiset puheosiot liittyvät toisiinsa ja millaisia sekvenssejä niistä muodostuu. Esimerkkejä tällaisista sekvensseistä ovat vierusparit (kysymys ja vastaus, pyyntö ja hyväksyntä sekä tervehdys ja vastatervehdys). Sekvensseihin liittyy myös olettamuksia, että kysymykseen on kohteliasta vastata ja pyyntö tulee yleensä hyväksyä. (Juhila, K. 2004, 13-14.) 3) Korjausjäsenyys on keskusteluanalyysissä käytetty menetelmä, jonka avulla keskustelijat käsittelevät puhumisessa, puheen kuulemisessa ja sen ymmärtämisessä esiintyviä ongelmia (Tainio, L. 1998, 111).

Keskusteluanalyysissä olennaista on myös se, että mitä sanotaan ei ole irrotettavissa siitä, miten se sanotaan ja miten kielellä toimitaan. Pelkkä puhe ei riitä tulkinnan kohteeksi, vaan siihen vaikuttavat myös kehonkieli ja äänenpainot eli se miten sanotaan ja asia esitetään. (Tainio, L. 1998, 17.)

Keskusteluanalyysissä ääni- tai kuvanauhojen litterointi on keskeinen osa tutkimusta. Litteraatio on hyvin yksityiskohtainen, jossa kirjoitetaan ylös niin puhe kuin tauot, äänenpainot, huokaukset ja ilmeetkin. Litteraatiossa pyritään antamaan mahdollisimman yksityiskohtainen kuvaus siitä, mitä ja miten todellisuudessa on keskusteltu. Toisaalta litteraation pyritään tekemään mahdollisimman neutraaliksi ja vapaaksi tulkinnoista, jottei syntyisi piilo-ohjaavaa vaikutusta. (Tainio, L. 1998, 18-19.)

6.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusryhmä muodostui kolmesta eri fysioterapiatilanteesta, joissa kussakin oli yksi fysioterapeutti sekä asiakas eli yhteensä kolme fysioterapeuttia ja kolme asiakasta. Tutkimukseen haluttiin juuri vaikeavammaisia fysioterapia-asiakkaita sekä heidän fysioterapeuttejaan, koska opinnäytetyöntekijän kiinnostus ja oma työtausta olivat vaikeavammaisten fysioterapiassa ja josta aiheidea alun perin lähti.

Tutkimushenkilöt olivat kolmesta eri Keski-Suomalaisesta fysioterapiayrityksestä. Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien työkokemus vaihteli kahdesta vuodesta 14 vuoteen ja fysioterapeutin sekä asiakkaan välinen yhteistyö vaihteli kahdesta kuukaudesta yhdeksään vuoteen. Asiakkaista kaksi oli vammautunut aikuisiällä ja yksi asiakas oli vammautunut jo syntyessään, yhdellä asiakkaista oli cp-vamma sekä kehitysvamma, yhdellä oli vasemman puoleinen hemiplegia aivohalvauksen seurauksena ja yhdellä asiakkaista oli keskushermoston tulehduksen jälkeinen halvausoireisto. Kaikki asiakkaat kykenivät puhumaan ja kommunikoimaan.

Case 1

Fysioterapeutin työkokemus 13 vuotta, asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistyötä 9 vuotta. Asiakas asui palvelutalossa, jossa hänellä kävi henkilökohtainen avustaja auttamassa päivittäisissä toiminnoissa, mutta kykeni jonkin verran myös itsenäiseen toimintaan, esimerkiksi laittamaan ruokaa itsenäisesti.

Case 2

Fysioterapeutin työkokemus 2 vuotta, asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistyötä 2 kuukautta. Asiakas asui omakotitalossa vaimonsa kanssa ja tarvitsi jonkin verran avustusta päivittäisissä toiminnoissa.

Case 3

Fysioterapeutin työkokemus 14 vuotta, asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistyötä 10 vuotta, tosin viimeinen vuosi asiakkaan terapiaa oli toteuttanut toinen fysioterapeutti. Asiakas asui palvelutalossa ja tarvitsi avustusta kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.

Aineisto kerättiin kesän 2014 aikana. Kukin kuvaus kesti noin tunnin, jonka mittaisia kaikkien kolmen asiakkaan terapiat olivat. Kaksi kuvauksista tehtiin sisätiloissa kahdessa eri fysioterapiayrityksessä. Toisessa kuvaus toteutettiin yhdessä tilassa: jump-pasalissa, jossa läsnä olivat asiakas, fysioterapeutti ja opinnäytetyöntekijä. Toinen sisätiloissa kuvautuista tilanteista kuvattiin kahdessa eri tilassa kyseisessä yrityksessä. Tilan vaihto liittyi asiakkaan harjoitteluun liittyvään paikan vaihtoon, paikalla olivat asiakas, fysioterapeutti ja opinnäytetyöntekijä. Kolmas kuvaus tehtiin kotikäynnillä asiakkaan asuinpaikassa palvelutalossa ja kuvaus toteutettiin ulkona, auringon paistaessa. Fysioterapeutti ja asiakas olivat päättäneet toteuttaa sen kertaisen fysioterapian auringosta nauttien. Paikalla olivat asiakas, fysioterapeutti ja opinnäytetyöntekijä sekä hieman kauempana pihalla oli palvelutalon muita asiakkaita sekä henkilökuntaa. Kuvaukset tehtiin jalustallisella videokamaralla, jotta videoinnin aikana oli mahdollista tehdä muistiinpanoja tilanteista nousevista asioista.

6.4 Aineiston analyysi

Videoaineistot litteroitiin mukaillen keskusteluanalyysin litteraatiomerkinä/ -tapaa (Liite 1). Aineisto analysoitiin keskusteluanalyysiä taustalla apuna käyttäen. Keskusteluanalyysistä otettiin käyttöön tähän opinnäytetyöhön soveltuvimmat osiot, joiden avulla voitiin selvittää dialogisuuden esiintymistä kuvatuissa fysioterapiatilanteissa.

Tässä opinnäytetyössä keskusteluanalyysiä käytettiin väljänä analyysimenetelmänä kartoittaessa dialogisuuden piireiden esiintymistä aidoissa fysioterapiatilanteissa. Erityisesti oltiin kiinnostuneita siitä, että näkyikö fysioterapiatilanteissa dialogisuuden elementtejä eli 1) avointa kuuntelua, joka on jaettu sanalliseen sekä keholliseen ilmaisuun, 2) tilan antamista vastauksille ja mahdollisesti myös 3) hiljaisuutta. Lisäksi tarkasteltiin, että 4) oliko tilanne vastavuoroinen, jolloin tilanteessa voi syntyä jaettua ymmärrystä sekä luottamusta herättävä molemmille osapuolille. Litteraatiot tehtiin soveltaen keskusteluanalyysiin kehitettyjä työvälineitä käyttäen. Videoidut tilanteet litteroitiin auki sana-sanalta. Lisäksi litteraatioon merkittiin tauot, kovemmat äänen painot isoilla kirjaimilla, päällekkäinen puhe kirjoitettiin ylös, merkitykselliset eleet, ilmeet ja katsekontaktit sekä fyysisestä kontaktista saatu palaute merkittiin ylös kirjoittaen. Videomateriaalia on yhteensä 135 min ja litteroitua tekstiä paperilla on yhteensä 25 sivua.

6.4.1 Avoin kuuntelu

Avoin kuuntelu sisältää useita eri elementtejä. Kuunteleminen ei ole vain toisen sanojen kuulemista, vaan kykyä vastaanottaa sanat ja hyväksyä ne ja lisäksi tulee osata vaientaa oma sisäinen hälinä. Toisen kuuntelun lisäksi, tulisi kuunnella myös itseään ja omia reaktioitaan. (Isaacs, W. 2011, 98.)

Sanallisen ilmaisun lisäksi viestintää tapahtuu kehollisen ilmaisun ja ilmeiden kautta. Avoimeen kuunteluun liittyy viestijän sanallisen ilmaisun lisäksi siis kehollinen ilmaisu. Kehollinen viestintä voi joko tukea sanallista ilmaisua eli keho viestii samaa kuin sanat tai kehollinen ilmaisu voi ilmaista aivan toista kuin sanallinen, jolloin syntyy ristiriita viestinnässä.

Videoiduista tilanteista tutkittiin sekä litteraation että havaintojen perusteella sitä, että kuinka fysioterapeutti kuunteli asiakkaan viestintää eli puhetta sekä kehollisia viestejä. Kuunteluun liittyi se, että pystyikö fysioterapeutti kuuntelemaan keskittyen asiakkaan sanomaan ilman että antoi omien ajatusten tulla väliin tai jopa tuoda omaa

näkemyistä samantien tilanteeseen. Videoista sekä litteraatioista voitiin nähdä fysioterapeutin keskittymistä kuunteluun sekä hänen reagointiaan asiakkaan kehollisiin viesteihin. Ulkopuolinen ei voi nähdä ja havainnoida toisen ajatuksia, mutta voitiin havainnoida sitä, että antoiko fysioterapeutti asiakkaan puhua rauhassa oman viestinsä ja se, että toiko fysioterapeutti omia mielipiteitään heti esille vai maltoiko hän kuunnella vain rauhassa. Litteraatioon merkittiin katseet ja niiden suunnat, merkitykselliset eleet ja ilmeet sekä tauot puheessa tai hiljaisuus.

Fysioterapeutit ovat yleisesti harjaantuneet kehollisten viestien havainnointiin työssään vaikeavammaisten parissa. Koska usealla asiakkaalla saattaa olla ongelmia sanallisessa kommunikaatiossa, joutuu fysioterapeutti havainnoimaan asiakkaan kehollista ilmaisua saadakseen selville asiakkaan viestejä.

Esimerkissä fysioterapeutti havainnoi asiakkaan kehollista ilmaisua, josta ilmenee asiakkaan jännittyneisyys, jonka jälkeen fysioterapeutti työskentelee itse sanallisesti asiakkaan jännityksen laukaisemiseksi sekä tilanteen rauhoittamiseksi.

F: Sä voit laittaa pään sinne tyynyyn. A: (-nostaa päätään jännittyneenä)

F: Saadaan venyteltyä rauhallisesti.

F: Voit ajatella rauhallisia ajatuksia ja kattelet vaikka näkykö pilviä.

6.4.2 Tilan antaminen vastauksille

Tilan antamiseen vastauksille liittyy odottaminen ja se tarkoittaa sitä, että pidättäytyään omien mielipiteiden liian aikaisesta esille tuomisesta toisen puhuessa ja kertoessa asiaansa. Puhujan kertomusta kuunnellaan siis rauhassa ja annetaan hänen keskittyä sanomaansa. Vaikka kuinka tekisi mieli tuoda oma idea tai mielipide esille heti, niin maltetaan jäädä odottamaan ja kuuntelemaan toisen asiaa. (Isaacs, W. 2001. 144.)

Videoiduista tilanteista ja litteraatioista voitiin havainnoida ja etsiä merkkejä siitä, että kuinka fysioterapeutit antoivat tilaa vastauksilla, jos antoivat sekä sitä, että malttoivatko he kuunnella rauhassa ja jättää oman mielipiteen muodostamisen tuonnemmaksi. Merkinä tilan antamisesta voitiin pitää selvää taukoa puheessa sekä sitä että antoivatko fysioterapeutit asiakkaan puhua asiansa rauhassa loppuun eivätkä keskeyttäneet tai puhuneet päälle.

6.4.3 Hiljaisuus

Hiljaisuus viittaa toisen puheen hiljaiseen kuunteluun, jossa keskitytään vain toisen sanomaan ja unohdetaan omat ajatukset ja mielikuvat asiasta. Hiljaisuuden merkkejä olivat selkeä hiljainen hetki fysioterapeutin osalta, jossa hän keskittyi asiakkaan kuunteluun.

6.4.4 Vastavuoroisuus ja yhteisymmärrys

Vastavuoroisuus tarkoittaa molempien keskustelijoiden osallistumista kyseiseen kommunikaatiotilanteeseen, ei kuitenkaan siten että toinen kysyy ja toinen vastaa tai että toinen on oikeassa ja toinen väärässä, vaan keskustelijat ovat tasa-arvoisia ja koittavat yhdessä löytää ratkaisun tai uuden näkemyksen kyseessä olevaan asiaan. Molempien omasta ajatuksesta voi syntyä yhteinen uusi oivallus. (Seikkula, J. & Arnkil, T. 2009, 92.) Vastavuoroisuuteen sekä yhteisymmärrykseen voidaan liittää myös kunnioitus. Kunnioituksen taustalla on ajatus, että toinen ihminen nähdään kokonaisuutena eikä nähdä vain jotain yksittäistä puolta toisesta ihmisestä. Kunnioitus on aktiivista toimintaa, jonka tarkoituksena on toisen ihmisen kokemusten alkuperän etsiminen. Muiden oikeus olemassaoloon mahdollistuu kunnioituksen kautta. Toisen ihmisen sanat tai teot eivät välttämättä aiheuta arvostusta meissä, mutta heiltä ei voi kuitenkaan kieltää olemassaolon oikeutusta. Kunnioituksella myös huomioidaan toisen ihmiset rajat. Kunnioittavalla käytöksellä ei tuppauduta toista ihmistä liian lähelle, mutta ei myöskään torjuta tai oteta liiallista välimatkaa toiseen. (Isaacs, W. 2001, 122,123, 126.)

Vastavuoroisuuden, yhteisymmärryksen ja kunnioituksen merkkejä oli haasteellista määrittää. Aineistosta voitiin havainnoida molempien osallistumista keskusteluun sekä mahdollisia yhteisiä oivalluksia tai kunnioittamisen piirteitä, mutta selkeitä merkkejä ei pystytty määrittelemään.

Tilanteessa, jossa fysioterapeutilla ja asiakkaalla oli ollut lyhin yhteistyösuhde vain pari kuukautta, keskittyi keskustelu enemmän ohjaukseen ja muuta jutustelu esiintyi vähemmän. Tässä kyseisessä tilanteessa oli kuitenkin havaittavissa jonkinlaista fysioterapeutin ja asiakkaan välistä yhteisymmärrystä, joka tuli esille useamman kerran yhteisen huumorin merkeissä, kun esiin tuli jokin terapiaan liittyvä yhteinen muisto tai kokemus aikaisemmista terapiakerroista tai tilanne itsestään toi yhteisen huumorin esille, kuten seuraavassa esimerkissä:

F: selkä pysyy mahdollisimman suorana ja täältä reisilihaksesta (F antaa samalla manuaalista ohjausta reisilihakseen)

F: ja työnnä

F: toinen jalka pysyy rentona (-naurahtaa)

A: se on eläkkeellä se toinen jalka

F: yrittää heti sieltä auttaa kun toinen on hädässä

A: niin (-naurahtaa)

Yhdessä kuvautuista tilanteissa esiintyi kohtia, joissa asiakkaan aloittama keskustelu ohitettiin asiaan tarkemmin paneutumatta. Asia oli ilmeisesti asiakkaalle tärkeä tai juuri pinnalla, koska hän sen otti esille kolme kertaa terapian aikana. Kahteen ensimmäiseen asiakkaan aloitukseen fysioterapeutti kommentoi, ettei asiaa kannata vielä miettiä, koska tapahtumaan on vielä aikaa ja kolmanteen asiakkaan aloitukseen samasta aiheesta fysioterapeutti kommentoi hieman enemmän kuin edellisillä kerroilla, mutta ei vieläkaan ilmaissut kiinnostusta asiaa kohtaan enempää. Seuraavassa esimerkki kyseisestä tilanteesta:

F: Sulla on shortsit siinä hameen alla, ne on hyvät jumpassa.

A: Sarpattiin lähetään.

F: Niin, joo se on sitten elokuussa. Nyt vielä nautit tästä heinäkuusta ja kesästä.

F: (työskentelee katse asiakkaassa hiljaa)

F: Sulla alkaa lomat näistä hommistakin.

A: Joo.

7 Tulokset

Kaikki kolme kuvattua fysioterapiatilannetta olivat hyvin erilaisia keskenään. Videoiduista tilanteista kaksi oli nopeatempoista kommunikaation ja muun tekemisen osalta ja yksi tilanteita oli verkkaisempi. Kahdessa nopeatempoisemmassa tilanteessa puhetta oli paljon, kolmannessa ja verkkaisemmassa puhetta oli vähemmän. Jokaisessa tilanteessa kommunikaatio oli fysioterapeuttijohtoista suurimmaksi osaksi. Muutamia asiakkaan aloittamia keskustelun avauksia ilmeni, mutta huomattavasti vähemmän. Keskustelut liittyivät hyvin paljon tehtävien harjoitusten ohjaamiseen, jotka on fysioterapeuttien suunnittelemaa kyseisiä terapiakertoja varten. Tämän vuoksi fysioterapeuttijohtoinen puhe/ohjaus oli ilmeistä. Ohjauksen lisäksi ja sen ohessa keskustelua käytiin arkipäiväisistä asioista ja käytiin läpi kuulumisia. Tällainen jutustelu oli myös enemmän fysioterapeuteista lähtevää, mutta siihen teki aloitteita myös asiakkaat. Kahdessa tilanteessa, jossa fysioterapeuteilla ja asiakkailla oli ollut yhteistyötä pisimpään, oli henkilökohtaista jutusteluakin enemmän.

Dialogisuuden elementtejä kuten avointa kuuntelua, tilan antamista vastauksille, hiljaisuutta tai vastavuoroisuutta sekä yhteisymmärrystä esiintyi videoiduissa tilanteissa joissain kohdin, mutta kokonaisuudessaan ei vielä voida sanoa, että dialoginen vuorovaikutus olisi ollut vallalla fysioterapiatilanteissa.

7.1 Avoin kuuntelu

Fysioterapeutin työ vaatii avointa kuuntelua, joka ei pelkästään liity sanalliseen ilmaisuun. Erityisesti vaikeavammaisten asiakkaiden kanssa, joiden sanallisessa kommuni-

koinnissa saattaa olla ongelmia, avointa kuuntelua sekä ymmärtämistä tapahtuu myös seuraamalla asiakkaan eleitä ja ilmeitä eli kehonkieltä.

Kehonkielen kuuntelua tuli esille kaikissa kolmessa kuvatussa tilanteessa, mutta erityisesti sitä esiintyi kahdessa videoidussa tilanteessa, joissa fysioterapeutti huomasi asiakkaassa esimerkiksi jännittyneisyyttä tai kun asiakkaan harjoittelussa ilmeni epätarkoituksenmukaisia liikkeitä väsymyksen tms. seurauksena. Seuraavaksi esimerkkejä tilanteissa esiintyneistä avoimen kuuntelun tilanteista, jotka liittyvät kehollisten viestien huomioimiseen ja ymmärtämiseen. Tämä käy ilmi fysioterapeutin katseen suunnasta asiakkaaseen ja hänen reagoimisestaan kehollisiin viesteihin tai ilmeisiin.

Videoiduista tilanteissa kävi ilmi selkeästi, että asiakkaiden kehollisten viestien havainnointi oli fysioterapeuteille luonnollista ja sitä esiintyi kaikissa kolmessa kuvatussa tilanteessa useaan otteeseen.

F: Oliko ne päiväreissulla vai oliko ne yötä?

A: Yötä.

A: (- näyttää vähän rentoutuvan)

F: Niin.

F: Jännittääks sua paljon tuo kuvaaminen?

A: Joo.

F: Niin mä vähän aattelin, että sua saattaa vähän.

F: Onneks siinä ei itseasiassa oo mitään jännitettävää, unohdetaan koko kamera.

A: Joo.

F: -työskentee pitkään hiljaisuudessa samalla tarkkaillen asiakkaan eleitä ja ilmeitä

F: Laita pää sinne rauhassa. A (- jännityneenä nostelee käsiään ja päätänsä alustalta)

F: (- pitää asiakasta käsistä kiinni rauhoitellen)

Sanalliseen ilmaisuun liittyvää avointa kuuntelua löytyi litteraatioista ja videoista vähemmän kuin keholliseen ilmaisuun liittyvää avointa kuuntelua. Niistä pystyi ha-

vainnoimaan sen, että kuinka fysioterapeutti kuunteli asiakkaan sanomaa ja reagoi siihen eli toimiko tai vastasiko hän asiakkaan vastauksen perusteella. Seuraavassa esimerkissä fysioterapeutti kysyy asiakkaalta lämpötilasta sekä sukista ja toimii asiakkaan vastausten mukaan.

F: onks kylmä (2.0s) (katsoo asiakkaaseen ja odottaa vastausta)

A: ei ole

F: otetaas nää sandaalit ensin pois (15.0s)

F: saisko ottaa paljaat varpaat kans koko ajaks (katsoo samalla asiakkaan reaktioita ja odottaa vastausta)

A: joo

F: Otetaan vaan niin saa varpaatkin ilmaa (F ottaa samalla asiakkaan sukkia pois)

7.2 Tilan antaminen vastauksille

Keskustelu oli melko nopeatempoista kahdessa kuvatussa tilanteessa, puhuttiin sekä kuulumisia että arkipäiväisiä asioita ja samalla ohjattiin harjoittelua. Toisaalta fysioterapeutit näyttivät kuuntelevan asiakkaiden puhumisia/ vastauksia, mutta ohjausta annettiin aina muun puhumisen välissä, jolloin ei tullut esiin kovin pitkiä odotuksia vastauksille. Lisäksi oli muutamia tilanteita, joissa fysioterapeutti ei malttanut kuunnella asiakkaan asiaa ja näihin ei liittynyt myöskään ohjauksellista puhetta. Fysioterapeuttien osalta päällekkäin puhumista ei ilmennyt, yhden asiakkaan osalta sitä ilmeni jonkin verran.

Esimerkeissä tilan antamisesta vastauksille:

F: Onks sulla nyt se unirytmisi korjaantunu vai mites se (katsoo asiakkaaseen ja odottaa)

A: E ei

F: Mites se nyt on (katsoo edelleen asiakkaaseen ja odottaa)

A: Viiden aikaan rupesin nukkumaan

F: Niin justiin

F: Kauan sä kerkesit nukkua

A: Kolme tuntia

F: yy y (vastaa merkiksi kuulemastaan)

A: Eiks se oo hyvin

F: Se on kyllä aika vähän

A: Eläkeläiselle

F: Se on kyllä aika vähän kuiteski

A: Se on maksimi eläkeläiselle

F: Väsyttääks sua nyt

A: Ei

F: yy y (vastaa merkiksi kuulemastaan)

F: Ehkä sä oot tottunu

A: Mut kyllä mä alkuillasta sit nukahan

F: yy y (vastaa merkiksi kuulemastaan)

A: Ei pysy valveilla.

tai

*F: Miltäs, tuntoko se, että lähtee hirveen helposti taas heittämään sieltä
(Katsoo asiakasta ja odottaa vastausta)*

A: Kyllä se lähti

F: Laitetaan seuraavalle kierrokselle se paino taas mukaan

7.3 Hiljaisuus

Hiljaisuus liittyy osaltaan kuunteluun ja on sen yksi tehokkaimmista apukeinoista. Mahdollisuus läsnäolemiseen ja kuunteluun syntyvät oman sisäisen metelin hiljentämisellä. (Issacs, W. 2001, 114.) Hiljaisuuden merkkejä eli pidempiä taukoja puheessa ja selkeää hiljaisuutta litteraatioista ja videoinneista ei juurikaan löytynyt. Ainoat hiljaiset hetket liittyvät enemmänkin avoimeen kuunteluun ja kehollisten viestien tarkkailuun.

Ainoat hiljaisuuden merkit, jotka löytyivät kuvatuista tilanteista liittyivät ennemmin-kin asiakkaan kehollisten viestien havainnointiin. Kyseisessä terapiatilanteessa fysioterapeutti kuunteli ja havainnoi asiakkaan olemista, niin kehollista kuin sanallista-kin ilmaisua lähes läpi koko terapian. Havaittuaan asiakkaan kehollisessa tai sanallisessa ilmaisussa jotain merkille pantavaa, hän toimi viestien mukaan ja yritti vaikuttaa asiakkaan olemiseen esimerkiksi jännittämiseen. Merkityksellistä tässä kuvatussa tilanteessa oli se, että siinä esiintyi paljon tätä hiljaista kuuntelua ja havainnointia, mutta samalla myös tässä tilanteessa esiintyi myös sivuutuksia, josta lisää seuraavassa kappaleessa.

7.4 Vastavuoroisuus ja yhteisymmärrys

Dialogisuuteen kuuluvaa vastavuoroisuutta ja yhteisymmärrystä esiintyi kuvatuissa tilanteissa siellä täällä, mutta parhaiten se välittyi videoiden välityksellä sekä havainnoinnin aikana fysioterapiatilanteesta, jossa fysioterapeutin ja asiakkaan välinen yhteistyö oli kestänyt vain kaksi kuukautta. Näistä kolmesta yhteistyöstä huomattavasti lyhimmän ajan, koska kahdessa muussa tilanteessa yhteistyötä oli ollut lähes kymmenen vuotta. Yhteinen kokemus ja yhteisymmärrys tekemisestä esiintyi pienissä kommentteissa ja välittyi videon sekä litteraation perusteella. Lähes kaikkiin yhteisymmärrystä kuvaaviin tilanteisiin liittyy naurahdus.

F: Sitten seiso hetki siinä, mä haen tuolta tasapainotyynyn.

A: Just.

F: Tämä oli se mieliväline.

A: Mieliväline. (–naurahtaa)

Tai

F: Tuntuiko täällä vinoissa vastalihaksissa? – osoittaa samalla omaa vatsaansa malliksi

A: Kyllä tuntuu.

A: Kyllä tämä käy ihan työstä.

F: (-naurahtaa)

F: Eikö tuo ooo hyvä, että räähätään aina välillä?

A: Onhan se.

A: Ainahan se on vähän eteenpäin.

F: Kyllä se on ihan totta, jos ei tee töitä, niin ei sitä mitään saavutakaan.

A: Tällä kyllä kunto kohenee.

F: Kyllä.

Analysoitaessa kuvattuja tilanteita esiin tuli myös kohtia kommunikoinnissa, jotka yllättivät eli yhdessä tilanteista tapahtui sivuutuksia, joiksi tapahtumia on päätetty kutsua eli fysioterapeutti ei osallistunut asiakkaan aloittamaan keskustelunavaukseen tai sitten hän ohitti asian muutamalla sanalla siirtyen toiseen aiheeseen. Seuraavassa esimerkkejä kyseisistä tilanteista:

A: leirille lähetään

F: niin (2.0s) joo se on sitten elokuussa nyt vielä nautit tästä heinäkuusta ja kesästä

F: (työskentelee katse asiakkaassa hiljaa)

F: sulla alkaa lomat näistä hommistaki

tai

F: Ja jumpan jälkeen taitaa olla vielä vähän aikaa ennen ruokaa

A: Puhe käy aika kovana (viittaa muihin muihin ääniin, jotka kantautuvat tilaan)

F: Sanna se taitaa ainakin siellä höpötellä

F: Ja musiikki soi

A: On kiva lähtee leirille

F: Mhyy, siihen on vielä vähän aikaa

F: Se oottaa sitten siellä syksymmällä

F: Kesälomat pidetty ja sitten on mukava reissu tiedossa. Kannattaa nauttia vaan näistä kesäpäivistä

A: Millon on viikonloppu

F: No nyt alkaa, huomenna on lauantai

8 Pohdinta

Tieteellisten artikkeleiden tiedonhaku oli haasteellista, koska juuri dialogisuudesta fysioterapiasta ei ollut juurikaan aikaisempaa tutkimusta. Joitain tutkimuksia löytyi liittyen fysioterapeutin ja asiakkaan väliseen suhteeseen sekä kommunikaatioon, mutta suoranaisesti dialogisuuteen fysioterapian yhteydessä ei tutkimuksia löytynyt. Tiedonhakua jouduttiinkin laajentamaan kuntoutuksen puolelle, jolloin tutkimuksia löytyi muutamia lisää.

Videointeja tehtiin vain kolme, joten otos oli suhteellisen pieni ja siten tulokset eivät ole yleistettävissä. Aineistoa voitiin analysoida kuvailemalla ja tulokset koskivat vain näitä yksittäisiä tapauksia. Aineiston litteroinnin auki kirjoittamiseen meni aikaa useampi työpäivä, joten mahdollisuudet laajemman aineiston läpikäymiseen olisi ollut mahdotonta näillä resursseilla. Laajemman aineiston läpikäyntiin olisi tarvittu useampi opinnäytetyöntekijä, jolloin myös työn luotettavuus olisi lisääntynyt, kun olisi ollut kaksi analysoijaa.

Analyysimenetelmän valinta tuotti myöskin hankaluuksia ja aluksi analysointitavaksi valittiin diskurssianalyysi, mutta se osoittautui pian tutustumisen jälkeen epäsovivaksi. Keskusteluanalyysi soveltui diskurssianalyysia paremmin aineiston analysointiin ja sitäkin käytettiin vain väljänä viitekehyksenä analyysin tekemisessä.

Analysoinnissa oli ajoittain haasteellista määrittää merkkejä, joiden mukaan keskusteluista haettiin dialogisuuden ominaisuuksia. Esimerkiksi vastavuoroisuuden, yhteisymmärryksen ja kunnioituksen merkkien määrittäminen oli haastavaa ja kyseisille ominaisuuksille ei lopulta määriteltykään mitään tiettyjä merkkejä, jolloin analysointi jäi opinnäytetyöntekijän oman käsityksen ja tuntuman varaan. Tällaisessa tilanteessa opinnäytetyöntekijän subjektiivisuus nousi esille ja sillä oli vaikutusta osaltaan tulos-

ten tulkintaan. Opinnäytetyöntekijän subjektiivisuus näytteli osaansa koko työn tekemisen ajan: alussa oli olettamuksia keinoista asiakaslähtöisyyden ja dialogisuuden lisäämiseksi fysioterapiassa, jotka työn edetessä vahvistuivat tai heikkenivät. Omaa ensikäsitystä aiheesta oli myöskin vaikea välillä unohtaa ja se saattoi vaikuttaa analysointiin. Toisaalta reilun vuoden tauko opinnäytetyön tekemisessä toi hyvän lisän oman näkemyksen tarkasteluun. Aika oli tehnyt tehtävänsä ja uudelleen työhön paneutuessa täytyi tehdä joitain muutoksia sanamuotoihin ja oman mielipiteen tuominen tekstissä koko selviä loivennuksia.

Tulokset eivät oikeastaan yllättäneet eli oletettavaakin oli, että joitain dialogisuuden elementtejä saattaisi kommunikointitilanteista löytyä, mutta kokonaisvaltaista dialogisuuden ilmenemistä ei odotuksissa ollut. Tilanteiden analysointi toi uusia ajatuksia ja näkemyksiä liittyen fysioterapiatilanteiden kommunikaatioon. Pelkästään dialogisten ominaisuuksien etsiminen yksittäisistä terapiakerroista ei ole vastaus asiakkaiden osallistamiseen omaan kuntoutumiseensa. Tarkastelu pitäisi sen sijaan kohdentaa koko kuntoutusprosessiin ja siinä tapahtuvaan asiakaslähtöisen toiminnan tutkimiseen. Dialogisten työskentelytapojen käyttö kuntoutuksen eri vaiheissa aina suunnittelusta sen arviointiin saattaisi olla vastaus asiakaslähtöisemmän ja motivoivamman kuntoutuksen saavuttamiseksi.

Opinnäytetyön alussa tekijällä oli tarve ja haave saada asiakkaat osallistettua paremmin oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä kuntoutuksen ammattilaisten kanssa, mutta työn edetessä kävi selväksi ettei ketään voi väkisin osallistaa toimintaan, vaikka kyseinen toiminta olisi kuinka hyväksi asiakkaalle. Voidaan vain ohjata ja neuvoa aktiivisempaan ja omaehtoiseen suuntaan ja toivoa, että asiakkaan omaehtoisuus asian suhteen löytyisi, jolloin pysyviä ja pitkäaikaisia muutoksia voitaisiin saavuttaa.

Valkama, K. (2012, 57) kirjoittaa tutkimuksessaan, että asiakkaan osallistamisessa tarve osallistumiseen tehdään ulkoapäin, eikä kyseessä ole välttämättä asiakkaan

oma halu osallistua. Osallistamisen kautta voidaan kuitenkin synnyttää osallisuutta, mutta se ei voi olla pelkästään ulkoapäin ohjattua. Pysyviin ja pitkäaikaisiin muutoksiin päästään vain asiakkaan oman kiinnostuksen ja sitoutumisen kautta.

Ideaalina pidetylle asiakaslähtöisyydelle sekä asiakkaan aktiiviselle osallistumiselle omaan kuntoutumiseensa ja hoitoon, löytyy myös vastakkaista asetelmaa eli asiakkaita, jotka eivät ole halukkaita tähän aktiiviseen rooliin. Vänskän, K. (2012, 26) mukaan kaikilla asiakkailla ei ole halukkuutta keskustella terveyteen liittyvistä asioista, he saattavat vältellä ohjausta, eivät ymmärrä annettua tietoa tai saattavat unohtaa ja kieltää asioita. Asiakkaat saattavat myös haluta, että päätöksenteko on asiantuntijan vastuulla. Tällainen tilanne tuo haasteita, kun tarkoituksena on saada asiakkaita mukaan omaan kuntoutumiseensa. Asiakkaiden osallistumishalukkuudesta itseään koskevaan päätöksentekoon on tutkimusten mukaan suurta vaihtelua. Vaihtelu on 20-80%:n välillä tutkimuksesta riippuen. (Vänskä, K. 2012, 27.)

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaissa on monentasoisia asiakkaita niin fyysisiltä kuin henkisiltäkin ominaisuuksiltaan. Kognitiivisten taitojen puuttuessa tai niiden ollessa vähäisiä saattaa asiakkaalla olla ongelmia esimerkiksi muistin, aloitteellisuuden, toiminnanohjauksen kanssa, jolloin omaehtoisen osallistumisen ja aktiivisuuden saavuttaminen voi olla vaikeaa tai täysin mahdotonta. Kuinka tällaisten asiakkaiden kuntoutus voidaan turvata ja toteuttaa, jos heillä itsellään ei ole sen eteenpäin saattamiseksi mahdollisuuksia?

Kaikista kuvatuista fysioterapiatilanteista välittyi positiivinen ilmapiiri. Asiakkaan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus oli hyvää ja tilanteisiin nähden toimivaa. Pientä jännitystä saattoi esiintyä, mutta se ei näkynyt kovin vahvasti tallenteissa. Fysioterapeutin rooli fysioterapiatilanteissa oli ohjaava ja kommunikaatiokin liittyy sen vuoksi suurimmaksi osaksi ohjaukseen terapian aikana. Ohjausta voidaan miettiä myös aktiivoinnin kannalta ja erityisesti yhdessä tilanteista fysioterapeutti runsaasti asiakkaan aktivointia harjoittelun aikana. Erilaisten asiakkaiden erilainen toimintakyky vaikut-

taa osaltaan mahdollisuuksiin asiakkaan aktivointiin terapian aikana. Joidenkin osalta terapiassa joudutaan käyttämään enemmän passiivisia toimenpiteitä, kun taas toisten asiakkaiden toiminnallisuus mahdollistaa aktiivisempien harjoitteiden käytön.

Alkuperäiseen kysymykseen eli siihen, että mitä on dialogisuus fysioterapiassa ei aivan täydentävää vastausta saatu. Toiseen kysymykseen eli miten dialogisuus näkyy fysioterapiatilanteissa saatiin vastaus kuvailtujen tulosten mukaan. Jotta molempiin kysymyksiin olisi saatu kattavampi vastaus, olisi vuorovaikutustilanteita täytynyt analysoida muidenkin dialogisuuden piirteiden kautta, eikä vain tiettyjen dialogisuuden elementtien kautta. Dialogisuuden piirteiden tutkimiseen olisi pitänyt ottaa mukaan Bahtinin, Vygotskin sekä Leimanin näkökulmat, jotta tarkempi arvio olisi voinut syntyä. Tuloksena oli siis kuvailuja tiettyjen dialogisuuden elementtien esiintymistä kyseisissä kolmessa fysioterapiatilanteessa, mutta vielä jäi askarruttamaan tarkempi analyysi ja arvio dialogisuuden mahdollisuuksista fysioterapiassa.

8.1 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Eettisyys tutkimuksessa on monitahoinen asia. Tässä opinnäytetyössä eettisyyttä on haettu sillä, että tutkittavat ovat vapaaehtoisesti ja tietoisesti mukana tutkimuksessa, tutkittavien yksityisyys on suojattu ja tutkimustuloksia raportoidaan tutkittavia arvioitavasti. Videoituja tilanteita ei ole katsonut eikä katso kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä ja tallenteet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyöprosessin jälkeen. Litteraatioihin on muutettu keskustelussa esiintyvien henkilöiden ja paikkojen nimet, jotta ketään ei pystytä tunnistamaan.

Tutkittavien hankkiminen opinnäytetyötä varten alkoi opinnäytetyöntekijän ottaessa yhteyttä kolmeen eri fysioterapiayritykseen tiedustellakseen asiaa. Fysioterapeuteille kerrottiin, että mistä tutkimuksessa on kyse ja että he voisivat kysellä asiakkailta halukkuutta osallistua tutkimukseen. Vapaaehtoisten asiakkaiden löydyttyä, opinnäytetyöntekijä ja fysioterapeutit sopivat ajan, jolloin kuvaus olisi mahdollinen. Kuvaustilanteet toteutettiin asiakkaiden normaalien fysioterapiakertojen puitteissa. Ennen

kuvaustilannetta opinnäytetyöntekijä kertoi vielä sekä asiakkaille että fysioterapeuteille, että mistä tutkimuksessa on kyse ja täytettiin yhdessä kuvauslupa (Liite 2.), josta jokainen osapuoli sai oman kappaleensa.

Fysioterapiatilanteet kuvattiin opinnäytetyöntekijän omalla videokameralla ja käytössä oli myös jalusta, jotta opinnäytetyöntekijä pystyi keskittymään samalla havainnointiin ja muistiinpanojen tekemiseen. Videolta kuvatut tilanteet siirrettiin opinnäytetyöntekijän kannettavalle tietokoneelle, joka on vain hänen käytössään ja sen käyttöön vaaditaan salasana. Videot tullaan poistamaan tietokoneelta opinnäytetyöprosessin valmistuttua. Muistiinpanot ja kuvausluvut opinnäytetyöntekijä säilyttää omassa arkistossaan, johon muilla ei ole pääsyä. Videoidut tilanteet on litteroitu ja katsottu useamman kerran ja tämän opinnäytetyöntekijä on tehnyt siten, että muita ei ole ollut paikalla ja kenelläkään muulla ei ole ollut mahdollista ja nähdä tai kuulla videoituja fysioterapiatilanteita.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet asiat ja tutkimuksen tulokset voivat olla luotettava vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, johon kuuluu muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus niin tutkimuksen tekemisen aikana kuin siitä raportoidessakin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.)

Opinnäytetyötä pyrittiin tekemään huomioon ottaen hyvän tieteellisen käytännön periaatteet. Validiteettia lisäisi laadullisessa tutkimuksessa runsas ja monipuolinen aineisto (Alasuutari, M. & Alasuutari, P. 2014). Kolme videointia ei vastaa runsasta ja monipuolista aineistoa, joten tuloksia ei voida yleistää ja niitä pitää tarkastella vain yksittäisinä tapauksina.

Videointien tekeminen oli ensimmäinen kerta kyseisten fysioterapeuttien ja asiakkaiden vuorovaikutuksen ja terapiatilanteiden seuraamiseen, joten on vaikea sanoa,

että olivatko tilanteet luonnollisia ja heille normaaliin tapaan toimivia. Kuvaajan olemisella paikalla terapian aikana ja tieto siitä että vuorovaikutusta tulisi arvioidaan, saattoi olla vaikutusta tilanteeseen ja sen kulkuun. Vaikutus saattoi olla pelkästään jännitystä tai sitten vuorovaikutustakin oli mietitty tarkemmin ja koitettiin toimia odotusten mukaisesti.

8.2 Keskeiset tulokset

Kolmesta videoidusta fysioterapiatilanteesta löytyi ajoittain joitakin dialogisuuden elementtejä, kuten avointa kuuntelua. Avoimen kuuntelun osalta eniten tapahtui kehollisten viestien havainnointia ja niiden huomioimista. Sanallisten viestien osalta avointa kuuntelua tapahtui vähemmän. Tilan antamista vastauksille oli jonkin verran, mutta vähemmän. Keskustelu oli kahdessa tilanteessa hyvinkin nopeatempoista ja keskustelua käytiin sekä ohjaukseen että muihin asioihin liittyen ristiin. Hiljaisuutta ei juurikaan esiintynyt dialogisuuden määrittämällä tavalla. Hiljaisuus, jota esiintyi erityisesti yhdessä kuvatuista tilanteista, liittyi enemmänkin kehollisten viestien avoimeen kuunteluun, jossa fysioterapeutti seurasi hiljaa asiakkaan olemista, eleitä ja ilmeitä harjoittelun lomassa. Vastavuoroisuutta ja yhteisymmärrystä niiden yleisessä merkityksessä voidaan sanoa näkyneen videoiduissa tilanteissa, mutta dialogisuutta ajatellen niitä oli aika vähän.

8.3 Johtopäätökset

- Dialogisuuden elementtien etsiminen fysioterapeutin ja asiakkaan välisestä kommunikaatiosta ei välttämättä kerro tarpeeksi dialogisuudesta fysioterapiassa tai kuntoutuksessa
- Dialogisuuden tarkastelu tulisi suunnata koko kuntoutusprosessiin ja sen eri vaiheisiin ja tutkia siinä asiakkaan asemaa sekä mahdollisuuksia osallistua kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen sekä sen arviointiin
- Dialogisuuden mahdollisuuksia kuntoutuksessa on jo jonkin verran löydettykin, esimerkiksi GAS –tavoitteiden asettelu

- Dialogisuuden lisääntyminen terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa edellyttää isoa muutosta toimintakulttuurissa -> asiantuntijajohtoisesta työskentelytavasta siirryttäessä dialogiseen työskentelytapaan, tulee koko ajatusmaailma muuttua ja sen lisäksi tarvitaan perehtyneisyyttä dialogisuuteen

- Jatkokehitysideaksi sopisi dialogisuuden tarkempi tutkiminen fysioterapiassa ja siinä käytettävänä huomioiden dialogisuuden vielä tarkempi olemus Bahtinin, Vygotskin sekä Leimanin näkemyksiin perustuen

9 Lähteet

Alasuutari, M. & Alasuutari, P. 2014. Luentomuistiinpanot 23.10.2014 luennolta laadullinen tutkimus.

Autti-Rämö, I., Heino, P. & Toikka, T. 2015. Pitkään kestävät vaikeavammaisten yksilöterapiat. Työpapereita 83/2015. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P. and Devisch, I. Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference: *Physical Therapy* 2013 (10):1321 – 1330.

HE 324/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. Viitattu 17.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140324>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. 2011. Qualitative research methods. Gornwall. SAGE.

Isaacs, W. 1999. Dialogue and the art of thinking together. New York: Currency/Doupleday.

Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Juhila, K. 2004. Sosiaalityönvuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. Artikkelit Janus-lehdestä 2/2004, 155-183.

Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Kokko, R-L. 2007. Toiveikkuutta ja voimavaroja dialogisesta verkostotyöstä. *Kuntoutus* 2007 (3): 5 – 23.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere: Juvenes Print.

Koukkari, M. Kuntoutujan äänellä on väliä. *Fysioterapia* 2012 (1) 40 – 43.

L 145/2015. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain muuttamisesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150145>.

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki 2011. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2 – opiskelijalaitos. E-kirja. International Methelp oy.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Ojanen S., 2006. Ohjauksesta oivallukseen – Ohjausteorian käsittelyä. Helsinki: Yliopistopaino.

Paltamaa, J., Knuuttila, P., Peurala, S. H., Sjögren, T., Suomela-Markkanen, T. & Hei-
nonen, A. 2009. Kelan kuntoutuksen piirissä olevien vaikeavammaisten kuntoutus-
suunnitelmissa on suuria puutteita. Suomen lääkäri-lehti 2009 (45): 3853 – 3860.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hy-
vän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituk-
siin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto.
Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.

Sekkula, J. & Arnkil, T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveiden ja hyvinvoinnin lai-
tos. Tampere: Tammerprint Oy.

Tainio, L. (toim.) 1998. Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino.

Talvitie, Ul, Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Edita Prima oy. Hel-
sinki

Terveystietolaki 2011. Viitattu 17.5.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 27.5.2016.

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus. (viitattu 27.5.2016)

http://www.kela.fi/tyoikaisille_vaativa-laakinnallinen-kuntoutus

Valkama K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöstutkimus. Vaasan Yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Viitattu 10.5.2016. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – Miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Väitöstutkimus. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

10 Liitteet

10.1 Liite 1. Litteroinneissa käytetyt merkit

F	fysioterapeutti
A	asiakas
(0.8)	hiljaisuus sekunnin tarkkuudella
(.)	mikrotauko < 0.2 sekuntia
↑	sävelkorkeuden muutos ylöspäin
↓	sävelkorkeuden muutos alaspäin
(hiljaa)	puhutaan hiljaa
(naurua)	naurua puheen lomassa tai aikana
(-)	epäselvä sana
hh	uloshengitys
.hh	sisäänhengitys
SANA	isolla kirjaimilla kovaääninen puhe
[	päällekkäinen puhe alkaa
]	päällekkäinen puhe loppuu

Lisäksi litteraation viereen on kirjoitettu auki fysioterapeutin ja asiakkaan katseen suuntaa, eleitä ja ilmeitä, asemointia suhteessa toiseen sekä fysioterapeutin toimintaa asiakkaan eleiden ja ilmeiden perusteella.

10.2 Liite 2. Kuvauslupa opinnäytetyötä varten

Teen YAMK opinnäytetyötä aiheena ”Dialogisuus fysioterapiassa”, johon tulen kuvaamaan kolme eri fysioterapiatilannetta. Näistä tallenteista tulen analysoimaan fysioterapeutin ja asiakkaan välistä kommunikaatiota ja sitä, että näkyykö dialogisuus fysioterapiatilanteissa.

Videot kuvaan omalla kamerallani, jolta siirrän ne omalle tietokoneelleni analysointivaihetta varten. Tietokone on vain omassa käytössäni ja sen avaamiseksi tarvitaan salasana, jonka vain minä tiedän. Videotallenteita ei siis pääse kukaan muu katsomaan. Kun opinnäytetyöni on valmis tulen hävittämään videotallenteet kokonaan.

Kuvattavien asiakkaiden ja fysioterapeuttien henkilöllisyys sekä muu tunnistaminen pyritään tekemään mahdollottomaksi opinnäytetyön kirjoitusvaiheessa. Tarkoitus on taata molempien osapuolien anonyymius.

Jyväskylässä 25.6.2014

Hanna Jämsä

Fysioterapeutti

YAMK-opiskelija/opinnäytetyöntekijä

Jyväskylässä

Kuvattavan asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys

Kuvattavan fysioterapeutin allekirjoitus ja nimenselvennys