



LAUREA *Uuden edellä*
AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapeutin ja potilaan vuorovaikutus lonkan tekonivelleikkauksen potilasohjauksessa

Nieminen, Katri

Tarvainen, Suvi

2011 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Fysioterapeutin ja potilaan vuorovaikutus lonkan tekonivelleikkauksen potilasohjauksessa

Katri Nieminen
Suvi Tarvainen
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Katri Nieminen, Suvi Tarvainen

Fysioterapeutin ja potilaan vuorovaikutus lonkan tekonivelleikkauksen potilasohjauksessa

Vuosi 2011 Sivumäärä 66

Yleisin syy lonkan tekonivelleikkaukselle on lonkan nivelrikko. Leikkauksen on todettu vähentävän potilaiden kipua ja parantavan heidän toimintakykyään. Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvän fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja parantaa potilaan fyysistä toimintakykyä sekä ennen leikkausta että sen jälkeen. Opinnäytetyössä tutkitaan fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lonkan tekonivelleikkauksen fysioterapiaohjauksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta potilasohjaustilanteissa. Opinnäytetyön yhteistyökumppaneita ovat Laurea-ammattikorkeakoulu, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri sekä Jyväskylän yliopisto.

Tutkimukseen osallistui seitsemän potilasta ja viisi fysioterapeuttia. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen. Tutkimusaineistona oli valmis videomateriaali, josta havainnoitiin fysioterapian ohjaustilanteita. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin diskurssianalyysia. Aineiston analysoinnin jälkeen sekä pre- että postoperatiivisista ohjaustilanteista nousi esille kuusi vuorovaikutustilannetta. Preoperatiivisia vuorovaikutustilanteita ovat potilaan tilanteen kartoittaminen, pystyasennon havainnointi, liikkuvuuksien mittaus istuen, liikkuvuuksien mittaus selinmakuulla, sauvakävelyn ohjaus ja katse tulevaisuuteen. Postoperatiivisia vuorovaikutustilanteita ovat harjoitteiden ohjaus vuoteessa, harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa, sauvakävelyn ohjaus, harjoitteiden ohjaus pystyasennossa, porraskävelyn ohjaus ja loppuyhteenvetoa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että vuorovaikutus fysioterapeuttien ja potilaiden välillä oli hyvin samankaltaista sekä pre- että postoperatiivisissa ohjaustilanteissa. Kommunikoitessaan fysioterapeutit ja potilaat käyttivät monipuolista viestintää. Fysioterapeutit kohdensivat ja mukauttivat ohjaustaan sekä huomioivat potilaat yksilöllisesti. Vuorovaikutustilanteissa vallitsi avoin ilmapiiri. Preoperatiivisissa ohjaustilanteissa tuli esille fysioterapeutti-potilas-asetelma kun taas postoperatiivisissa tilanteissa vuorovaikutussuhde oli tasavertaisempi.

Asiasanat: vuorovaikutus, potilasohjaus, lonkan tekonivelleikkaus, fysioterapia.

Katri Nieminen, Suvi Tarvainen

Interaction between a physiotherapist and a patient in the guidance associated in hip arthroplasty surgery

Year	2011	Pages	66
------	------	-------	----

The most common reason to a hip joint replacement is hip arthrosis. The hip joint replacement has been discovered to decrease the patients' pain and to improve their ability to function. The aim in physical therapy guidance in hip arthroplasty surgery is to maintain and improve patients' physical ability to function both before and after the surgery. This Bachelor's thesis studies interaction between a physical therapist and a patient in the physical therapy guidance in hip arthroplasty surgery. The purpose of this thesis is to improve the physical therapy guidance associated with the hip arthroplasty surgery. The aim of the thesis is to analyse the interaction between the physical therapist and the patient in the physical therapy guidance. This Bachelor's thesis is a part of a research project involving Laurea University of Applied Sciences, Hospital District of Helsinki and Uusimaa and the University of Jyväskylä.

The study included seven patients and five physical therapists. The research method in this study is qualitative. The research material consists of previously collected video material, from which the physical therapy guidance situations were observed. The analysis method used was discourse analysis. After the analysis six interaction situations emerged from both pre- and postoperative guidance situations. Preoperative interaction situations are clarifying the patient's situation, observing the patient's upright position, measuring the range of motion sitting, measuring the range of motion supine, guiding walking with elbow crutches and discussing the future after the operation. Postoperative interaction situations are guiding exercises in bed, guiding exercises sitting, guiding walking with elbow crutches, guiding exercises standing upright, guiding stair walking and concluding the guidance and counseling.

Based on the research results the interaction between the physical therapists and the patients was relatively similar in both pre- and postoperative guidance situations. When communicating physical therapists and patients used versatile communicating methods. The physical therapists focused and modified their guidance and paid attention to each patient individually. There was an open atmosphere in the interaction situations. In the preoperative guidance situations physical therapist-patient rolesetting was apparent whereas interaction relationship in the postoperative situations was more equal.

Key words: interaction, physical therapy guidance, hip arthroplasty surgery, physical therapy.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
3	Potilasohjaus	7
3.1	Onnistunut potilasohjaus	9
3.2	Fysioterapeuttinen ohjaus	10
3.3	Ohjausmenetelmät	10
4	Vuorovaikutus fysioterapiassa	11
4.1	Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat tekijät	12
4.2	Dialoginen terapiasuhte	13
4.3	Tavoitteiden asettaminen	13
4.4	Terapiasuhteen luonne	15
4.5	Potilas- ja asiantuntijälähtöinen toiminta	16
5	Lonkan tekonivelleikkaus	17
5.1	Lonkan anatomia	18
5.2	Tekonivelleikkauksen suorittaminen	18
6	Fysioterapian osuus lonkan tekonivelleikkauksessa	19
6.1	Preoperatiivinen fysioterapia	20
6.2	Sairaalavaiheen fysioterapia	20
6.3	Postoperatiivinen fysioterapia	22
7	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	23
8	Tutkimusmenetelmä	23
8.1	Aineiston keruu	24
8.2	Aineiston analyysi	25
9	Tulokset	28
9.1	Vuorovaikutus preoperatiivisissa ohjaustilanteissa	29
9.1.1	Potilaan tilanteen kartoittaminen	29
9.1.2	Pystyasennon havainnointi	30
9.1.3	Liikkuvuuksien mittaus istuen	31
9.1.4	Liikkuvuuksien mittaus selinmakuulla	32
9.1.5	Sauvakävelyn ohjaus	33
9.1.6	Katse tulevaisuuteen	34
9.2	Postoperatiiviset vuorovaikutustilanteet	35
9.2.1	Harjoitteiden ohjaus vuoteessa	35
9.2.2	Harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa	36
9.2.3	Sauvakävelyn ohjaus	37
9.2.4	Harjoitteiden ohjaus pystyasennossa	38
9.2.5	Porraskävelyn ohjaus	39
9.2.6	Loppuyhteenvetoa	39

9.3	Yhteenveto tuloksista.....	40
9.3.1	Monipuolinen viestintä	41
9.3.2	Ohjauksen kohdentaminen ja mukauttaminen	42
9.3.3	Avoin ilmapiiri	43
9.3.4	Potilaan yksilöllinen huomiointi	43
9.3.5	Fysioterapeutti-potilas-asetelma	45
9.3.6	Tasavertainen vuorovaikutussuhde.....	45
10	Pohdinta	46
10.1	Tulosten tarkastelu	47
10.2	Eettisyys	50
10.3	Luotettavuus.....	51
10.4	Jatkotutkimusaiheet.....	53
	Lähteet	54
	Kuvat	59
	Kuviot	60
	Liitteet.....	61
	Liite 1 Preoperatiiviset litteraatiot	61
	Liite 2 Postoperatiiviset litteraatiot	64

Suomessa lonkan tekonivelleikkausten määrät ovat jatkuvasti kasvaneet. Tyypillinen lonkan tekonivelleikkauspotilas on yli 65-vuotias henkilö, jonka toimintakykyä nivelsairaus ja siihen liittyvä kipu merkittävästi rajoittavat, eikä sairautta pystytä hoitamaan konservatiivisesti tai muilla kirurgisilla toimenpiteillä. Yleisimmät syyt lonkan tekonivelleikkaukselle ovat nivelriko ja nivelreuma. (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005, 893–894.) Lonkan tekonivelleikkauksessa sairas nivel korvataan keinotekoisella istutteella. Leikkauksen on todettu vähentävän potilaiden kipua ja parantavan heidän toimintakykyään. (Heliövaara 2008, 1869–1871.)

Tämä opinnäytetyö on osa laajaa etnograafista seurantatutkimusta, jonka yhteistyökumppanit ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Laurea-ammattikorkeakoulu sekä Jyväskylän yliopisto. Koko hankkeen tavoitteena on seurata ohjausta ja ohjauksen vaikutusta potilaan elämään leikkauspäätöksen saamisesta aina leikkauksesta kotiutumiseen saakka. Tutkimus jakautuu kahteen osioon, joista toinen käsittelee lasten ja nuorten fysioterapian potilasohjausta ja toinen aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjausta. Aikuisten ortopedisen potilasohjauksen tutkimus käsittelee fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Tutkimus jakautuu kolmeen osaan: preoperatiiviseen vaiheeseen, sairaalavaiheeseen sekä postoperatiiviseen vaiheeseen. Tässä opinnäytetyössä käsitellään sairaalavaiheen fysioterapiaohjausta, joka koostuu pre- ja postoperatiivisesta ohjauksesta.

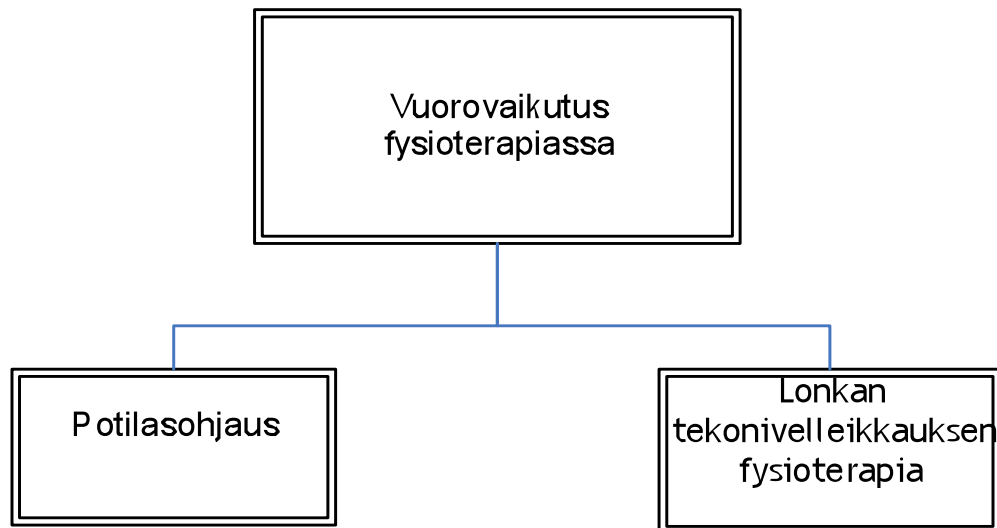
Opinnäytetyö edustaa laadullista tutkimusta. Tutkimusaineistona käytetään valmista videomateriaalia, josta havainnoidaan fysioterapian potilasohjaustilanteita. Ohjaustilanne luo pohjan kuntoutumiselle, sillä onnistuneen potilasohjauksen on todettu vaikuttavan myönteisesti potilaan elämänlaatuun ja sairauden hallintaan (Kostjukova & Salanterä 2008, 20). Tässä opinnäytetyössä analysointi kohdistuu fysioterapeutin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, joka on yksi oleellisimmista tekijöistä onnistuneessa potilasohjauksessa (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 51).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta potilasohjaustilanteissa. Tutkimuskysymykset selvittävät, millaista on fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvässä sairaalavaiheen fysioterapiassa.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys (kuvio 1) muodostuu käsitteistä vuorovaikutus fysioterapiassa, potilasohjaus ja lonkan tekonivelleikkauksen fysioterapia. Tässä työssä keskitytään erityisesti käsittelemään vuorovaikutusta fysioterapiaohjauksessa.

Potilasohjauksesta avataan onnistunutta potilasohjausta, fysioterapeuttista ohjausta ja eri ohjausmenetelmiä. Vuorovaikutuksesta fysioterapiassa käsitellään vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavia tekijöitä, dialogista terapiasuhdetta, tavoitteiden asettamista, terapiasuhteen luonnetta sekä potilas- ja asiantuntijälähtöistä toimintaa. Lonkan tekonivelleikkauksesta käydään läpi lonkan anatomiaa ja tekonivelleikkauksen suorittaminen yleisellä tasolla. Fysioterapian osuudesta lonkan tekonivelleikkauksessa käsitellään preoperatiivista, sairaalavaiheen ja postoperatiivista fysioterapiaa.



Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys

3 Potilasohjaus

Potilaan ohjaaminen kuuluu lain perusteella potilaan oikeuksiin. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa omasta hoidostaan sekä terveydentilastaan. (Koskela & Salanterä 2008, 6.) Ohjauksen tavoitteena on parantaa ohjattavan taitoja ja tukea tämän kehitystä sekä syventää asian ymmärtämistä ja sisäistämistä (Ojanen 2001, 12; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 28). Gladdingin (1996, 4–8) mukaan ohjaus voidaan määritellä suhteellisen lyhykestoisiksi ihmisten väliseksi teoriapohjaiseksi prosessiksi, jossa ihmisiä autetaan ratkomaan kehityksellisiä ja tilannesidonnaisia ongelmiaan (ks. Lairio & Puukari 2001, 9). Ohjaajat kiinnittävät huomiota teoreettisen suuntautumisensa mukaisiin ohjausmetodeihin tai auttamisstrategioihin (Lairio & Puukari 2001, 10). Onnismaa (2007, 7) määrittelee ohjauksen olevan ajan, huomion ja kunnioituksen antamista. Ohjaajalla täytyy olla aikaa ohjattavalleen. Ohjaustilan-

teessa ei saisi näkyä kiire, vaan aina tulisi olla aikaa kuunnella ohjattavaa. Tapaamisajan pituutta oleellisempaa on se, miten käytettävissä oleva aika hyödynnetään ohjattavan kannalta parhaiten. Ohjaajan tulisi antaa huomiota ohjattavalleen välittämällä ja kuuntelemalla häntä. Ohjaajan osoittamalla aidolla kunnioituksella voi olla merkittävä voimavaraistava vaikutus ohjattavaan. Kunnioitusta voi osoittaa yksinkertaisilla menetelmillä kuten kuuntelemalla ja olemalla läsnä ohjattavaa varten. (Onnismaa 2007, 39–42.)

Potilasohjauksessa on kyse ohjaajan ja potilaan vuorovaikutuksesta sekä kommunikaatiosta (Spangar 2000, 16). Parhaimmillaan ohjausprosessi on ohjaajan ja potilaan välistä neuvottelua, jossa keskustelun keinoin edistetään potilaan kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla (Onnismaa 2007, 7). Potilasohjauksella ja tietoisuuden lisäämisellä on todettu olevan yhteyttä potilaan elämänlaatuun sekä sairauden hallintaan. Ohjausmenetelmien tulisi vastata potilaan tarpeita ja ohjauksen tulisi olla jatkuvaa sekä potilasta aktivoivaa. (Kostjukova & Salanterä 2008, 20.) Oleellista potilasohjauksessa on, että potilaan ja ohjaajan välille muodostuu luottamuksellinen ja turvallinen vuorovaikutussuhde (Torkkola ym. 2002, 30).

Potilasohjaus on tasavertaista keskustelua ja yhteistyötä potilaan ja ohjaajan välillä, jossa tulisi painottaa potilaan omaa aktiivisuutta ja vastuuta hoidostaan. Tällöin potilas voi ymmärtää sairautensa luonteen ja hoidon paremmin. Potilas tulisi nähdä ohjaussuhteessa itseohjautuvana, potilaalle ei siis tehdä asioita, vaan hänen kanssaan toimitaan yhdessä. (Koskela & Salanterä 2008, 6, 20.) Nelson-Jonesin (1995) mukaan ohjaus on toimivaa silloin, kun sen avulla pystytään auttamaan ohjattavaa auttamaan itseään. Ohjauksen päämääränä on tehdä ohjattavista oman elämänsä ohjaajia. (ks. Lairio & Puukari 2001, 10.) Ohjaussuhde sisältää monia ulottuvuuksia kuten ohjaajan ja ohjattavan fyysinen, kielellinen sekä ajatteluun ja tunteisiin liittyvä vuorovaikutus. Professionaalisessa ohjauksessa on tärkeää sellainen ihmisten välinen vuorovaikutussuhde, jossa ohjattava aktiivisesti etsii apua henkilökohtaisiin ongelmiinsa ja asiantuntija on motivoitunut ja koulutuksensa kautta kykenevä auttamaan ohjattavaa. (Lairio & Puukari 2001, 10.)

Potilasohjauksessa tulisi painottaa potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointi, potilaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus sekä potilaan oma vastuu ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. Potilas nähdään aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana. Ohjaajan tehtävänä on auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan ja ratkaisemaan ongelmiaan tai löytämään erilaisia toimintatapoja. Tavoitteena on lisätä potilaan luottamusta ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Potilasohjauksessa korostuu ohjaajan kohtaamistaito. Tämä ilmenee muun muassa Karjalaisen (2005, 3) tekemässä tutkimuksessa, jossa Jorvin sairaalan potilailta tiedusteltiin, mitä asioita he pitivät hoidossa tärkeinä. Potilaat ilmaisivat arvostavansa kohtaamisen laatua.

He toivoivat, että heidän tarpeilleen oltaisiin herkkiä ja heitä kohdeltaisiin empaattisesti. (Karjalainen 2005, 28.)

3.1 Onnistunut potilasohjaus

Potilasohjaus perustuu ajankohtaiseen tietoon sekä potilaan ja ohjaajan väliseen vuorovaikutukseen ja tasaveroisuuteen (HUS 2006). Onnistunut potilasohjaus edellyttää hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta, jossa suunnittelun lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. Ohjaustilanteessa tarpeita ja ohjauksen tavoitteita tarkennetaan. (Torkkola ym. 2002, 26.) Jotta tavoitteet voisivat toteutua, on ohjattavan välttämätöntä osallistua ohjaukseen vapaaehtoisesti ja sitouduttava työskentelemään tavoitteiden eteen. Ohjattavan täytyy tuntea edistyvänsä prosessissa, jotta motivaatio ohjauksen jatkamiseen säilyisi. (Lairio & Puukari 2001, 12.) Ohjaustilanteessa ohjaajan tulisi kohdata potilas inhimillisesti ja avoimesti (Peavy 2000, 28). Ohjauksen tulisi herättää potilaan mielenkiinto ohjattavaa asiaa kohtaan sekä lisätä hänen motivaatiotaan itsensä kuntouttamiseen (Torkkola ym. 2002, 28). Potilas ja ohjaaja toimivat yhdessä ja heillä on yhteinen päämäärä (HUS 2006). Kostjukovan & Salanterän (2008, 7) mukaan potilasohjauksessa tulisi mahdollistaa potilaan aktiivinen rooli omassa ohjauksessaan ja kysymysten esittäminen. Potilaalle tulee antaa tietoa ymmärrettävällä tavalla, antaa valinnan mahdollisuuksia sekä tukea potilaan päätöksiä. Ohjaaja tukee potilaan ja ohjaustilanteen myönteisiä ominaisuuksia, sillä positiivisten seikkojen korostaminen auttaa jaksamaan vaikeissakin tilanteissa. (Sukula 2002, 17.) Ohjaustilanteessa tarvitaan ohjaajalta myös kuuntelutaitoa, sillä toisinaan potilaat voivat kokea erittäin tärkeäksi sen, että heitä kuunnellaan (Kostjukova & Salanterä 2008, 16).

Potilasohjauksen laatua tarkastellessa voidaan todeta, että ohjauksen laadun systemaattinen määrittely ja kehittäminen ovat vielä vähäistä. Ohjauksen laadusta ei siis ole yleisesti hyväksyttyjä kriteerejä. Ohjauksen tulee kuitenkin olla yhtä laadukasta kuin muidenkin hoidon osalueiden. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Reinfors 2007, 20.) Laadukkaan potilasohjauksen lähtökohtana ovat aina potilaan tarpeet ja se on aina sidoksissa ohjaajan sekä potilaan taustatekijöihin, esimerkiksi ikään, motivaatioon ja arvoihin. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin, jotka luovat pohjan onnistuneelle potilasohjaukselle. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 122.) Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia resursseja, joita ovat muun muassa riittävä henkilöstö, ohjausvalmiudet, ohjaukseen käytetty aika, välineet ja tilat (Kyngäs ym. 2007, 21; Lipponen ym. 2008, 122). Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että ohjausta arvioidaan koko ajan. Ohjaajan tulisi arvioida yhdessä potilaan kanssa, miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu ja millaista ohjaus on ollut. Mahdollisten epäonnistumisien arviointi on myös tärkeää, jotta potilas voi tehdä suunnitelmia toimintansa muuttamiseksi ja pyrkiä kohti muutoksen säilyttämistä. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

3.2 Fysioterapeuttinen ohjaus

Fysioterapeutin työ sisältää nykyisin hyvin paljon potilaiden ohjaamista, neuvomista ja opettamista (Kukkohovi 2004, 3). Kuntoutuksessa ohjaus ja neuvonta nähdään työn menetelmänä, joka tukee potilaan kuntoutus- tai hoitosuunnitelmaa (Onnismaa 2007, 20). Fysioterapeuttisella ohjauksella tarkoitetaan terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista (Kettunen, Häkkinen, Kangas, Multanen, Ulaska & Virtapohja 2009). Ohjaamisella on erilaisia tavoitteita, kuten potilaan oppiminen, aktivoituminen ja motivoituminen sekä ohjattavan asian sisällyttäminen potilaan päivittäiseen elämään (Veijola & Larivaara 2001, 14–15). Ohjaajan roolissa fysioterapeutin tavoitteena on auttaa potilasta sopeutumaan sekä toimimaan tietoisesti ja tarkoituksenmukaisesti omassa sosiaalisessa ympäristössään (Talvitie ym. 2006, 62). Fysioterapeutti on potilaan tukena ja kannattelijana rohkaisten potilasta aktiivisesti osallistumaan omien ongelmien ratkaisemiseen (Sukula 2002, 17). Suunnittelijan roolissa toimiessaan fysioterapeutin tulee suunnitella kuhunkin tilanteeseen sopivia toimenpiteitä, jotka edellyttävät mahdollisimman paljon potilaan omaa aktiivisuutta. Fysioterapeutin tulee auttaa potilasta tekemään säännöllisiä harjoitteita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja määrittää kuhunkin tilanteeseen sopiva kuormitustaso. (Talvitie ym. 2006, 62.)

Fysioterapian onnistumiseen ei kuitenkaan riitä pelkästään menetelmien oikea ja tehokas käyttö, vaan lisäksi tarvitaan terapisuhteen aikana luotavaa yhteisymmärrystä (Talvitie ym. 2006, 62). Ohjauksessa potilas nähdään tasavertaisena kumppanina, jonka tulisi olla aktiivisesti mukana omaa kuntoutustansa koskevissa päätöksissä (Poskiparta 2002, 25). Fysioterapeutin tulee keskustella potilaan kanssa, jotta tämä tietää, mihin kuntoutuksella pyritään ja miten hän itse voi edesauttaa tavoitteiden saavuttamista. Potilaan on myös tunnettava omat voimavaransa, valmiutensa ja paranemisedellytyksensä. Terapian tavoitteet rajataan usein koskemaan vain fyysistä toimintaa, jolloin potilaan elämän hallintaa ja henkistä itsenäisyyttä ei huomioida. Jos fysioterapeutin ja potilaan näkemykset näistä asioista sekä potilaan mahdollisuuksista tehdä valintoja ovat ristiriitaisia, ei potilas aina saa haluamaansa palvelua. (Talvitie ym. 2006, 60–63.)

3.3 Ohjausmenetelmät

Fysioterapeutti ohjaa potilasta hyödyntämällä sanallista, visuaalista tai manuaalista ohjausta tai niiden yhdistelmiä. Ohjausmenetelmän valinta perustuu potilaan tapaan vastaanottaa ja käsitellä tietoa. (Talvitie ym. 2006, 192.) Lipposen ym. (2008, 122) mukaan ohjauksen vaikutuksen varmistamiseksi on hyvä käyttää useita eri ohjausmenetelmiä. Sanalliset ohjeet ovat tärkeitä kuntoutuksen alkuvaiheessa. Niillä on myös keskeinen merkitys, kun luodaan

hoitosuhdetta, suunnataan tarkkaavaisuutta ja annetaan palautetta potilaan suorituksesta. Manuaalisella ohjauksella on fysioterapiassa useita eri tarkoituksia. Fysioterapeutti voi esimerkiksi käsillään tukea ja ohjata potilasta vaikeissa suorituksissa ja samalla varmistaa, ettei harjoitteen aikana tapahdu vahinkoa. Manuaalista ohjausta käytetään liikkeen pakottamiseen tiettyyn suuntaan, jolloin fysioterapeutti pyrkii vähentämään liikkeen vapausasteiden määrää. Sanallista ja manuaalista ohjausta tulisi vähentää sitä mukaan, kun potilaan taito ja itsenäinen suoriutuminen paranevat. Visuaalista ohjausta hyödynnetään fysioterapian eri vaiheissa. Usein fysioterapeutti näyttää ensin itse suorituksen, jonka potilas toistaa tai tekee suorituksen yhdessä potilaan kanssa. (Talvitie ym. 2006, 182, 187–192.) Potilaalle on hyvä antaa myös kirjalliset ohjeet, joista potilaan on helppo tarkistaa harjoitteet (Kostjukova & Salanterä 2008, 20).

4 Vuorovaikutus fysioterapiassa

Fysioterapeutin työnkuva on viimeisen vuosikymmenen aikana muuttunut perinteisestä hoitajasta lähemmäksi ohjaajaa ja neuvojaa, jolloin myös vuorovaikutuksen rooli fysioterapian onnistumisen kannalta on kasvanut (Kukkohovi 2004, 5; Talvitie ym. 2006, 51). Onnistunut fysioterapiatilanne on kahden tasavertaisen ihmisen kohtaaminen, mikä edellyttää tasavertaista vuorovaikutusta fysioterapeutin ja potilaan välillä (Poskiparta 2002, 25; Sukula 2002, 18). Fysioterapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa oleellista on tukea potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jotta hän ottaisi vastuuta omasta kuntoutumisestaan (Lipponen ym. 2008, 122). Vuorovaikutustilanteissa tulisi pyrkiä avoimuuteen, joka saavutetaan, kun fysioterapeutti muodostaa käsityksensä potilaalta saamansa tiedon perusteella eikä omien uskomuksiensa, olettamuksiensa tai epäilyidensä pohjalta (Onnismaa 2007, 30). Vuorovaikutus, jossa fysioterapeutti kuuntelee potilasta, kyselee häneltä, rohkaisee häntä kertomaan omista kokemuksistaan sekä antaa hänelle palautetta, luo pohjan luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumiselle (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Kuntoutuksessa fysioterapeutin ja potilaan väliseen kommunikaatioon kytkeytyy sosiaalisia, tiedollisia ja tunteisiin liittyviä tekijöitä. Sosiaalisten ja tunnepitoisten ilmausten tarkoituksena on antaa sosiaalista tukea, houkuttella yhteistyöhön sekä luoda myönteinen tunneilmapiiri. (Talvitie ym. 2006, 52.)

Ohjaustilannetta tukevia vuorovaikutuksellisia metodeja ovat muun muassa vuorovaikutuksen kohdentaminen ja mukauttaminen. Kohdentamisella tarkoitetaan ohjaamisen yksilöintiä jokaiselle potilaalle sopivaksi niin, että se vastaa hänen tarpeitaan, toiveitaan ja resurssiaan. (Kukkohovi 2004, 5.) Fysioterapeutin tulisi pystyä muuntamaan viestintäänsä tilanteeseen sopivaksi (Parry 2005, 213). Tarkoituksena on tehostaa oppimista, aktivoitumista ja motivoitumista sekä luoda tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde. Fysioterapeutin tulee kuunnella ja havainnoida potilasta saadakseen selville, miten toimia juuri tietyn potilaan kanssa. Potilaan oppimista ja ymmärtämistä tukevia kohdentamisen keinoja ovat muun muassa sopivan kielen

ja sanaston käyttö sekä sopivien esimerkkien kertominen. Potilasta aktivoiva ja motivoiva kohdentaminen perustuu ohjattavan asian sulauttamiseen jokapäiväiseen elämään. Vuorovaikutusta mukauttamalla keskustelukumppanin vuorovaikutukseen sopivaksi pyritään tehostamaan viestintää, saamaan hyväksyntää sekä luomaan myönteinen sosiaalinen identiteetti keskustelukumppanin silmissä. Fysioterapeutti voi esimerkiksi mukauttaa puhetyyliään potilas-kohtaisesti helpottaakseen potilaan ymmärtämistä. (Kukkohovi 2005, 13–14.)

4.1 Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat tekijät

Fysioterapian vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat monitahoiset kulttuuriset, yhteiskunnalliset ja yksilölliset tekijät, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Fysioterapeutin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat fysioterapeutin ja potilaan kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö, arvot ja asenteet, kyvyt ja valmiudet, motivaatio, mentaaliset ja fyysiset taidot sekä odotukset ja tavoitteet. Myös terapiatilanne ja -ympäristö sekä opittavat tehtävät, harjoittelun järjestäminen ja toteuttaminen vaikuttavat vuorovaikutukseen. (Talvitie ym. 2006, 60–61.) Onnistunut vuorovaikutustilanne edellyttää molemminpuolista kunnioitusta toista osapuolta kohtaan sekä odotusten jakamista (Kukkohovi 2005, 14). Myös tunteiden sanallinen ilmaisu on tärkeää hyvässä vuorovaikutuksessa fysioterapeutin ja potilaan välillä (Gunvor, Lundvik Gyllensten, Salford & Ekdahl 2000, 238). Piiraisen (2006, 200) mukaan tunteet ilmaisevat fysioterapeutille potilaan spontaania yhteyttä ja tarjoavat fysioterapeutille mahdollisuuden yhteyteen potilaan kanssa. Niinpä tunteiden sanallista ilmaisua tulisikin painottaa fysioterapiatilanteissa. Näin tunteet eivät jää vain tulkinnan varaan, mikä voi syventää ymmärrystä potilaan ja fysioterapeutin välisessä vuorovaikutuksessa. (Gunvor ym. 2000, 238.)

Parry (2005, 204) pyrki tutkimuksessaan tunnistamaan ja kuvailemaan fysioterapeuttien käyttämiä kommunikaatiotapoja tilanteissa, joissa potilailla ilmeni vaikeuksia fyysisten harjoitteiden suorittamisessa. Tutkimukseen osallistui 10 fysioterapeuttia ja 21 potilasta. Potilaat olivat 52–86 -vuotiaita. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut luokitella oikeita tai vääriä kommunikointitapoja, vaan tavoitteena oli ymmärtää erilaisia vuorovaikutustapoja sekä niiden seurauksia erilaisissa tilanteissa. Potilaan suoriutuessa harjoitteesta hyvin antoivat fysioterapeutit usein heti suoran positiivisen palautteen. Jos harjoitteessa ilmeni ongelmia, suosivat monet fysioterapeutit epäsuoraa viestintää täysin suoran palautteen sijaan. Fysioterapeutti saattoi esimerkiksi pehmentää ja lieventää palautettaan sopivilla ilmaisuilla tai sanomalla ensin jotain myönteistä ennen kuin viittasi itse ongelmaan. Osa fysioterapeuteista korjasi suoritusta jättäen viittaamatta suoraan varsinaiseen ongelmaan. Osa taas käytti menetelmää, jossa he kysyivät ensin potilaan näkökulmaa ongelmasta ja sen jälkeen kertoivat omat havaintonsa ja arvionsa. Tutkimuksessa havaittiin, että mitä suuremmin fysioterapeutti ilmaisi virheellisen suorituksen, sitä stressaavammaksi potilas näytti tilanteen kokevan. (Parry 2005, 204–213.)

4.2 Dialoginen terapiasuhde

Hyvin etenevä terapia edellyttää fysioterapeutin ja potilaan tasavertaista työskentelyä. Tällaista terapiasuhdetta kutsutaan dialogiseksi terapiasuhteeksi. (Talvitie ym. 2006, 52.) Dialogisuus saavutetaan uusien merkitysten avautuessa terapiaprosessissa ja kun potilaan sanomat asiat saavat terapeutin kommentissa tai vain sanattomassa hyväksynnässä vastauksen. Dialogisessa terapiasuhteessa rakentuu terapian päämäärä potilaan omaan käsitykseen ongelmistaan ja siitä, miten niihin voidaan vaikuttaa. (Veijola & Larivaara 2001, 14.) Dialogi edellyttää kaksisuuntaista vuorovaikutusta, jossa potilas ja fysioterapeutti osallistuvat molemmat aktiivisesti ohjaustilanteeseen. Aktiivinen potilas kantaa vastuuta omasta toiminnastaan. Koska potilailla on erilaiset valmiudet kantaa vastuuta, on fysioterapeutin rohkaistava heitä vastuulliseen toimintaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan fysioterapeutit pitävät potilaan aktiivista osallistumista kuntoutumisprosessiinsa yhtenä fysioterapian tärkeimmistä tavoitteista. Fysioterapeuttien tavoitteena on tehdä terapiatilanteesta vuorovaikutuksellinen oppimistilanne, jossa potilas on aktiivinen ja osallistuva toimija sekä kantaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Tutkimuksissa ilmenee kuitenkin myös se, että tavoitteet ja käytäntö eivät usein kohtaa fysioterapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Keskustelu terapiatilanteessa koostuu pitkälti kehon toimivuuden selvittelystä, kun taas aitoa keskustelua fysioterapeutin ja potilaan välillä kehittyy vain harvoin. Fysioterapeutit johtavat terapiatilanteita ongelma- ja oirelähtöisesti, jolloin keskitytään erilaisten testien ja tutkimuksien suorittamiseen. Tällöin terapeutti on tilanteessa keskeisessä roolissa ja potilas osallistuu lähinnä vain päämäärien asettamiseen. (Kukkohovi 2004, 4.)

4.3 Tavoitteiden asettaminen

Tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa molemmat ottavat vastuuta kuntoutumisen onnistumisesta. Potilaan ja fysioterapeutin välillä tulee vallita molemminpuolinen kunnioitus, luottamus ja hyväksyntä. Potilaan pitää tietää, mitä hänelle tehdään ja miksi. (Talvitie ym. 2006, 52.) Tasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa kuntoutuksen tavoitteet suunnitellaan ja asetetaan yhdessä. Tavoitteiden asettamisen lähtökohtana ovat potilaan taustatekijät, elämäntilanne ja sen hetkiset resurssit. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Osapuolten tulee myös sitoutua yhteisiin tavoitteisiin ja niiden saavuttamiseksi tarvittaviin toimenpiteisiin (Talvitie ym. 2006, 52). Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat fysioterapeutin taidot aistia tilanne, rakentaa luottamuksellinen ohjaussuhde sekä valita yhteistyötä tukevia ohjausmenetelmiä (Kääriäinen & Kyngäs 2006).

Schoebin (2009, 665) pilottitutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vuorovaikutusta ammattilaisten ja potilaiden välillä heidän asettaessaan yhteisiä kuntoutustavoitteita liittyen ortopediseen fysioterapiaan. Tutkimuksessa nauhoitettiin kolmen ortopedisen poliklinikan fysioterapeutin potilasohjaustilanteita. Vuorovaikutuksesta analysointiin osallistujien puheenvuoron odottamista, puheen järjestelyä, millaista sanastoa osallistujat käyttivät ja miten he vastasivat toistensa lausahduksiin. Kuntoutuksen tavoitteiden laatimisprosessi koostui neljästä eri vaiheesta: potilaiden odotusten selvittäminen, johdatus tavoitteiden asettamiseen, tavoitteiden laatiminen ja tavoitteiden asettamistilanteen sulkeminen. Tutkimuksessa havaittiin, että kysymysten muotoileminen niin, että potilaan mielipiteet saatiin selville, vaati fysioterapeutilta paljon työtä. Tavoitteita muokattiin ja tarkenneltiin niin, että ne olivat molempien osapuolten hyväksymiä. Potilaan osallistuessa aktiivisesti tavoitteiden asettamiseen kului prosessiin paljon aikaa. Kuitenkin kun tavoitteet asetettiin ja hyväksyttiin yhdessä, saavutettiin myös parempia hoitotuloksia. (Schoeb 2009, 665–669.)

Bassett & Petrie (1999, 130) tutkivat hoitotavoitteiden asettamisen merkitystä potilaan kuntoutusmotivaatioon. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, miten erilaiset fysioterapian hoitotavoitteet vaikuttivat potilaiden tehokkuuteen noudattaen harjoitusohjelmaa. Tutkimukseen osallistui 66 potilasta, joilla kaikilla oli diagnosoitu ylä- tai alaraajavamma. Kaikki potilaat aloittivat uuden fysioterapiajakson, joka sisälsi kotona tehtäviä terapeuttisia harjoitteita. Osallistujat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Yhdessä ryhmässä fysioterapeutti ja potilas asettivat ja hyväksyivät yhdessä hoitajakson tavoitteet. Toisessa ryhmässä fysioterapeutti vastasi yksin tavoitteiden asettamisesta ja kolmannella ryhmällä ei ollut ollenkaan virallisesti asetettuja hoitotavoitteita. Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat pitivät harjoituspäiväkirjaa, johon he kirjasivat jokaisen harjoituskerran ja liikkeiden toistomäärät. Lisäksi hoitajakson alussa ja lopussa fysioterapeutit mittasivat potilaiden raajojen nivelliikkuvuudet ja lihasvoimat. (Bassett & Petrie 1999, 130–133.)

Tutkimuksen tuloksia analysoitaessa ei harjoituspäiväkirjojen mukaan ryhmien välillä ollut merkittäviä eroja. Raajojen liikelaaajuus- ja lihasvoimamittaukset osoittivat, että ryhmä, jolla ei ollut virallisesti asetettuja hoitotavoitteita, saavutti parempia tuloksia kuin ryhmä, jossa fysioterapeutti oli yksin vastannut tavoitteiden asettamisesta. Tarkempi analyysi paljasti, että ryhmän, jossa potilas ja fysioterapeutti olivat yhdessä asettaneet hoitotavoitteet, liikelaaajuus tai sekä liikelaaajuus että lihasvoima olivat selkeästi paremmat kuin ryhmän, jossa fysioterapeutti oli yksin vastannut tavoitteiden asettamisesta. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoidon tavoitteilla ei ehkä onnistuta motivoimaan kaikkia ihmisiä. Kuitenkin fysioterapiassa on todennäköisempää, että potilaan kanssa yhteisesti asetettujen tavoitteiden avulla onnistutaan paremmin motivoimaan potilasta. Näin saavutetaan parempia hoitotuloksia kuin silloin, kun fysioterapeutti vastaa yksinään hoidon tavoitteiden suunnittelusta. (Bassett & Petrie 1999, 130, 133–136.)

4.4 Terapiasuhteen luonne

Terapiasuhte perustuu joko sanalliseen tai sanattomaan viestintään, kuten kosketukseen, eleisiin ja ilmeisiin. (Talvitie ym. 2006, 62). Sanattomassa viestinnässä kasvot ovat keskeisessä asemassa, mutta myös äänensävyillä, käsien ja jalkojen liikkeillä, kehon asennoilla, etäisyydellä toiseen ja ihmisten välisellä kosketuksella voidaan viestiä asioita (Karvonen 2005). Kosketuksella voi olla terapian etenemisen kannalta erittäin suuri merkitys. Esimerkiksi Piiraisen (2006, 65) tutkimuksessa asiakkaat kokivat fysioterapeutin kosketuksen viestittäneen turvallisuutta ja vastaanottavaa ilmapiiriä. Sanattomalla viestinnällä on erityisen suuri painoarvo kohtaamisen ensihetkinä, viestinnän jatkuessa huomio kiinnittyy yhä enemmän sanalliseen viestintään (Karvonen 2005). Hyvässä terapiasuhteessa fysioterapeutti motivoi ja tukee potilasta ilman, että hän vaatii liiallista riippuvuutta tai painostaa potilasta etenemään liian nopeasti (Talvitie ym. 2006, 62). Fysioterapeutti voi myös kannustaa potilasta kiinnittämään huomiota vahvuuksiin epäonnistumisen sijasta (Onnismaa 2007, 31). Hyvää terapiasuhdetta rakennettaessa voidaan hyödyntää huumoria, joka saattaa auttaa potilasta rentoutumaan sekä kokemaan myönteisyyttä ja toivoa. Rennon ja myönteisen ilmapiirin myötä potilas uskalttaa usein kysyä asioita, jotka muuten koetaan vaikeiksi kysyttäviksi. (HUS 2006.)

Fysioterapeutin ja potilaan kohtaamistilanteessa kannattaa nostaa esille potilaan onnistumisen kokemuksia ja selvittää, miten hän on toiminut onnistuessaan. Näin potilasta voidaan auttaa löytämään omat vahvuutensa sekä tuetaan niiden kehittymistä. Potilaan itsetunto nousee ja hän uskaltaa kokeilla myös toisenlaisia toimintatapoja. (Sukula 2002, 17.) Toimiva vuorovaikutus edellyttää fysioterapeuttia auttamaan potilasta puhumaan. Fysioterapeutti kuuntelee, osoittaa empatiaa ja pyrkii luomaan rauhallisen ilmapiirin. Hän kiinnittää huomiota potilaaseen, varaa aikaa keskusteluun sekä välttää ulkopuolisia häiriöitä, kuten muiden asioiden hoitamista kesken keskustelun. Vuorovaikutuksessa käytettävät puheenvuorot, tunneilmaisut ja osallistujien elekieli ilmentävät terapiasuhteen luonnetta. (Talvitie ym. 2006, 63.) Kysymällä ja tarkentamalla fysioterapeutti viestittää olevansa kiinnostunut potilaasta, kuuntelevansa häntä sekä samalla osoittaa hänelle kunnioitusta ja arvontoa (Onnismaa 2007, 30).

Tutkimukset terveydenhuollon potilastilanteista osoittavat, että ammattilaisten käyttämät lauserakenteet vaikuttavat siihen, miten keskustelu rakentuu. Jos ammattilainen käyttää avoimia kysymyksiä, voi vastaaja kuvata asioita vapaasti kertomalla omin sanoin ongelmistaan ja tunteistaan. Suljetut kysymykset taas edellyttävät vastaajalta lyhyitä ja rajattuja vastauksia. Suljetut kysymykset usein myös sisältävät odotuksen siitä, mitä halutaan vastaukseksi: ”Eihän sinulla ole kipua?”, kun avoin kysymys kuuluisi: ”Kuinka voit?” (Talvitie ym. 2006, 62–63.) Terapeutin esittämät kysymykset ovat vuorovaikutuksen työvälineitä, joita hyödyntämällä potilaalle tarjotaan tilaisuus omien kokemustensa ja päämääriensä pohtimiseen ja muokkaamiseen (Onnismaa 2007, 33). Yksinkertaisilla avoimilla kysymyksillä terapeutti kan-

nustaa potilasta kuvaamaan ongelmaansa omilla sanoillaan, jossa omat kokemukset ovat keskeisiä. Terapeutti tarvitsee usein lisätietoa potilaan kertomaan, jolloin asioiden tarkistaminen on tärkeää. Silloin terapeutti voi kysyä ”Olenko ymmärtänyt oikein” tai ”Kerrotko hieman tarkemmin”. (Veijola & Larivaara 2001, 15.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö voi heikentää ja hidastaa omilla kysymyksillään kuntoutumisprosessia. Potilaan ongelman toistuva esiin nostaminen vahvistaa sen olemassaoloa. Kommentoimatta jättämisellä terapeutti voi tiedostaen tai tiedostamattaan viestiä, että hän hyväksyy potilaan esittämän asian ja näin edesauttaa oman ammatillisen näkemyksensä mahdollista virheellistä tulkintaa. (Veijola & Larivaara 2001, 15.) Ammatillaisen tapa antaa tietoa vaikuttaa yhteisen ymmärryksen syntymiseen: tieto voi olla vaikeasti ymmärrettävää, liian ylimalkaista tai rönsyilevää tai se voi sisältää vieraita käsitteitä (Talvitie ym. 2006, 63).

4.5 Potilas- ja asiantuntijalähtöinen toiminta

Potilaslähtöisen toiminnan ydin ovat potilaan yksilölliset tarpeet, joihin fysioterapeutti vastaa aikaisempaa kokemustaan ja teoreettista tietoaan hyödyntäen. Psykososiaalisilla tekijöillä voi olla yhtä tärkeä osa toimintakyvyn häiriön syntymisessä ja paranemisessa kuin biologisillakin tekijöillä. Ihmistä on tarkasteltava suhteessa hänen elämäntilanteeseensa ja elinympäristöönsä, ihmistä ei voi jakaa osiin. Potilaslähtöisessä haastattelussa terapeutti pyrkii muodostamaan kokonaisvaltaisen kuvan potilaasta, jolloin hän hankkii tietoa kaikilta potilaan elämänalueilta. (Veijola & Larivaara 2001, 15.) Fysioterapeutin tulisi lähestyä potilasta tämän kysymyksistä ja elämäntilanteesta käsin. Kysymys-vastaus -tyyppinen keskustelu on usein johdattelevaa, minkä vuoksi potilasta on hyvä kehottaa kertomaan omin sanoin ajatuksistaan ja tuntemuksistaan. (Sukula 2002, 17–18.) Fysioterapeutti toimii potilaan ehdoilla, osoittaa olevansa potilasta varten, kuuntelee potilasta ja uskoo muutoksen mahdollisuuteen (HUS 2006; Veijola & Larivaara 2001, 15).

Fysioterapia on ollut perinteisesti asiantuntijalähtöistä toimintaa (Veijola & Larivaara 2001, 15.) Valitettavan usein ohjaustilanteissa vallitsee yksisuuntainen viestintä, mikä osoittaa terapeutin kontrolloivan ja hallitsevan vuorovaikutuksen etenemistä (Poskiparta 2002, 29). Asiantuntijalähtöiselle toiminnalle on ominaista haastatella potilasta suljettuja kysymyksiä käyttäen. Asiantuntijalähtöinen asenne ja haastattelu soveltuvat tilanteisiin, joissa tarvitaan nopeita toimenpiteitä, esimerkiksi ensiaputilanteissa. Tällöin haastattelun tarkoituksena on tehdä nopea diagnoosi. Pääsääntöinen asiantuntijalähtöisen lähestymistavan käyttäminen haastattelumenetelmänä terveydenhuollossa tukee potilaan passiivista roolia. Potilaan aktiivista roolia tukeessa terapeutin tulisi puheessaan lisätä potilaan mahdollisuuksia havaita ja käyttää omaa kompetenssiaan. (Veijola & Larivaara 2001, 15.)

Kidd, Bond & Bell (2010, 154) tutkivat potilaslähtöisen lähestymistavan merkitystä ja sen tärkeimpiä elementtejä potilaan näkökulmasta tuki- ja liikuntaelin fysioterapiassa. Tutkimuksessa haastateltiin kahdeksaa vastikään fysioterapiaa saanutta potilasta. Potilailta kysyttiin, miten he arvioivat saamaansa hoitoa, jotta voitaisiin määrittää ne tekijät, jotka potilaat kokivat itselleen tärkeiksi fysioterapiassa. Potilailta kysyttiin myös, mikä heidän mielestään on hyvää fysioterapiaa. Vastauksia tarkennettiin neutraaleilla avoimilla kysymyksillä. (Kidd ym. 2010, 154–156.)

Aineistosta nousi viisi kategoriaa kuvaamaan hyvää fysioterapeuttia: kyky kommunikoida, luottamus, asiantuntijuus, ymmärrys ja kyky samaistua sekä fysioterapiaprosessin läpinäkyvyys ja edistyminen. Kommunikoimisen kyvyn tärkeys oli ensisijainen löydös. Potilaat määrittelivät sen kaksi-suuntaiseksi informaation siirroksi, joka sekä lisää tietoisuutta että rauhoittelee potilasta. Siihen kuuluvat hyvät kuuntelutaidot, selkokielineen tiedonanto ja rauhoittelu kivun suhteen. Luottamus ja asiantuntijuus kulkivat aineistossa käsi kädessä. Niiden osalta potilaat kokivat tärkeäksi sen, että fysioterapeutti oli asiantunteva sekä tiesi mitä puhuu ja tekee. Myös terapiasuhteen asiallinen luonne, kuten fysioterapeutin tapa esitellä itsensä, mainittiin. Potilaiden mielestä tärkeää oli fysioterapeutin kyky samaistua, olla empaattinen, erityisesti potilaan kokeman kivun suhteen, ja ystävällinen. Näihin sisältyi muun muassa kannustus ja se, miten fysioterapeutti välitti potilaasta, teki tämän olon tärkeäksi. Prosessin etenemisen ja lopputuloksen läpinäkyvyys nousi esiin erityisesti mittaamisen osalta. Potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että fysioterapeutti kertoi etenemisestä ja saavutuksista, se kannusti potilaita jatkamaan ja sai potilaat sitoutumaan kuntoutumiseen paremmin. Potilaat olivat iloisia positiivisista lopputuloksista ja odottamaansa nopeammasta etenemisestä fysioterapiassa. Tutkimuksen tulokset vahvistavat ajatusta potilaslähtöisen fysioterapian tärkeydestä. Johtopäätöksissä ehdotetaan, että potilaat itse voisivat olla parhaita arvioimaan terveydenhoitojakson vaikuttavuutta. (Kidd ym. 2010, 156–162.)

5 Lonkan tekoniivelleikkaus

Lonkan tekoniivelleikkaus suoritetaan nivelen tuhoutumisen ja siihen liittyvän kivun ja liikerajoitusten takia. Leikkauksessa tuhoutunut nivel korvataan keinotekoisella tekoniiveillä. (Suomen Reumaliitto Ry 2011.) Yleisin syy lonkan tekoniivelleikkaukselle on lonkan nivelrikko (Heliövaara 2008, 1869). Muita yleisiä leikkauksindikaatioita ovat nivelreuma sekä erilaisten tapaturmien ja murtumien jälkitilat (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 93).

Tekoniivelleikkauspotilaista suurin osa on yli 65-vuotiaita ja väestön ikääntyessä tarve tekoniivelleikkauksille kasvaa jatkuvasti (Lehto ym. 2005, 894; Telaranta & Lehto 2002, 1). Tekoniivelleikkaukseen päädytään, kun konservatiivisesta hoidosta ei ole enää apua. Leikkauksen tavoitteena on kivun poistaminen, lonkan liikkuvuuden sekä toimintakyvyn paraneminen. (HYKS, Jorvin sairaala 2004.) Tekoniivelleikkauksen on todettu kalliista

operaatiosta huolimatta olevan kustannustehokas ja elämänlaatumittareilla arvioituna hyvin vaikuttava hoito (Heliövaara 2008, 1869). Leikkauksen myötä potilaiden elämänlaatu paranee usein merkittävästi, koska kivut vähenevät ja liikkuminen helpottuu. Leikkauksen jälkeen potilaat käyvät säännöllisesti jälkitarkastuksissa, joissa lonkan tilaa seurataan muun muassa röntgenkuvien avulla. (Korte ym. 1997, 101.) Heliövaaran (2008, 1871) mukaan viime vuosina proteesien tuotevalikoima on kasvanut, leikkaustekniikat kehittyneet sekä leikkausten pitkäaikaistulokset parantuneet.

5.1 Lonkan anatomia

Lonkkanivel (articulatio coxae) on vahva ja stabiili pallonivel (Hervonen 2004, 209). Rakenteestaan johtuen lonkkanivelessä tapahtuu liikettä kolmessa liikesuunnassa: fleksio-ekstensio sagittaalitasossa, abduktio-adduktio frontaalitasossa sekä sisä- ja ulkorotaatio transversaalitasossa. Lonkkanivel kannattaa vartalon painoa sekä seisoma-asennossa että kaikissa pystyasennossa tapahtuvissa liikkeissä. (Saresvaara & Ojala 2000, 233.) Lonkkaluu (os. coxae) muodostuu kolmesta luusta: suoliluusta (os. ilium), häpyluusta (os. pubis) ja istuinluusta (os. ischii). Aikuisella kyseiset luut ovat kasvaneet yhteen. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2004, 125.) Lonkkaluussa sijaitseva lonkkamaljakko (acetabulum) muodostaa lonkkanivelen ylemmän nivelpinnan, johon nivelen alempi nivelpinta reisiluun pää (caput femoris) niveltyy (Ahonen 2002, 314). Lonkkaniveltä ympäröivät nivelkapseli ja nivelsiteet, jotka ovat rakenteeltaan hyvin vahvoja (Koistinen 2005, 158). Koko nivelen peittävä nivelkapseli on paksuin etu- ja yläosistaan, missä lonkkamaljakon tuki on vähäisintä (Ahonen 2002, 314; Koistinen 2005, 158). Nivelsiteet vahvistavat kapselia rajoittaen samalla nivelen liikerataa. Nivelen etuosassa sijaitsevat suoli-reisiluuside (ligamentum iliofemorale) sekä häpy-reisiluuside (ligamentum pubofemorale) ja takaosassa istuin-reisiluuside (ligamentum ischiofemorale). Lonkkanivelen toimintaa ohjaa monipuolinen lihasjärjestelmä, joka mahdollistaa hallittujen liikkeiden suorittamisen. (Ahonen 2002, 312, 314–315.)

5.2 Tekonivelleikkauksen suorittaminen

Lonkan tekonivelleikkauksessa hyödynnetään erilaisia avaustekniikoita. Nykyään yleisimmin käytettyjä avaustekniikoita ovat lateraalinen, posterolateraalinen ja transfemoraalinen avaus. Lateraalisisessä avauksessa kudokset avataan trokanteralueen ja reisiluun kaulan etupuolelta. Keskimäinen pakaralihaks halkaistaan osittain ja sen etuosa irrotetaan reisiluusta. Lonkka luksoidaan eteen, minkä seurauksena reisiluu kiertyy ulkokiertoon. Posterolateraalisisessä avauksessa niveleen mennään keskimäisen pakaralihaksen säikeiden välistä ja avataan faskia trokanterin takareunaa pitkin ja distaalisesti pitkin ulomman reisilihaksen keskiosaa. Lonkan pienet kiertäjälihakset irrotetaan reisiluusta ja nivelkapseli avataan takaa. Lonkka luksoidaan taakse, jolloin reisiluu kiertyy sisärotaatioon. Transfemoraalista avausta käytetään usein

uusintaleikkauksissa. Se muistuttaa pääpiirteiltään posterolateraalista avausta. Erona on, että transfemoraalisessa avauksessa irrotetaan kappale isosta sarvennoisesta siten, että ainakin keskimmäisen pakaralihaksen ja usein myös pienen pakaralihaksen sekä ulomman reisilihaksen kiinnityskohdat jäävät kiinni irrotettuun luukappaleeseen. (Halonen 2002, 107–108.)

Tekonivelleikkauksessa lonkkanivel korvataan puoli- tai kokotekonivelproteesilla, joka kiinnitetään joko luusementillä tai ilman sementtiä (Korte ym. 1997, 93). Tekonivelleikkaus suoritetaan kylkiasennossa selkäydinpuudutuksessa tai nukutuksessa (HYKS, Jorvin sairaala 2004; Korte ym. 1997, 96). Leikkauksessa reisiluun kaula sahataan poikki ja reisiluun pää poistetaan. Lonkkamaljakosta poistetaan luuta niin, että kuopasta tulee proteesin kupille sopiva. Sementin kiinnittymistä varten nivelkuoppaan porataan ja kaiverretaan reikiä sekä tyhjennetään kuoppaan ulottuvat kystat. Muovinen kuppiosa kiinnitetään luusementillä sopivaan asentoon, joka on yleensä 45 asteen abduktiossa ja 20 asteen anteversiossa. Sementillisessä kiinnitystavassa reisiluun ydinonteloon työnnetään sementtiä. Lopuksi tekonivel kiinnitetään paikoilleen. Sementittömässä kiinnitystavassa hyödynnetään endoproteesimalleja, joissa luuhun kiinnittyvien metallien pinnat on pinnoitettu mattamaisiksi. Metallin mattamainen pinta mahdollistaa luun kasvamisen siihen kiinni. Kuppiosan kiinni pysymisen varmistamisessa voidaan hyödyntää ruuveja, joita varten kupissa on reikiä. Tämän jälkeen metalliseen kuppiin kiinnitetään muovinen kuppi, joka toimii liukupintana metalliselle reisiluun päälle. Kartiomainen tappiliitos kiinnittää reisiluun pään ja reisiluun toisiinsa. (Rokkanen, Avikainen, Tervo, Hirvensalo, Kallio, Kankare, Kiviranta & Pätälä 2003, 382.)

6 Fysioterapian osuus lonkan tekonivelleikkauksessa

Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvän fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja parantaa potilaan fyysistä toimintakykyä sekä ennen leikkausta että sen jälkeen. Fysioterapian tavoitteena on myös vähentää kipua ja pelkoa ennen leikkausta sekä edistää leikkauksen jälkeistä kuntoutumista. Fysioterapia suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä potilaan ja leikkaavan lääkärin kanssa. Tekonivelleikkaukseen tuleva potilas saa ohjausta ja neuvontaa leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyvissä asioissa. Potilaalle ohjataan myös progressiivinen liike- ja liikuntaharjoittelu tekonivelleikkauksesta kuntoutumiseksi. Alaraajojen nivelten liikkuvuutta ja lihasvoimaa parantavien sekä tasapainoa varmentavien harjoitteiden tavoitteena on siirtymisten ja kävelyn varmentuminen sekä fyysisen toimintakyvyn ja kunnan kohentuminen. (Kettunen ym. 2009.)

6.1 Preoperatiivinen fysioterapia

Ennen leikkausta potilaan on tärkeää ylläpitää yleiskuntoa, lihasvoimaa, nivelliikkuvuutta ja liikkumiskykyään, jotta leikkauksesta toipuminen nopeutuisi (Patteri 2005, 17; Talvitie ym. 2006, 338; Vainikainen 2010, 40). Fysioterapeutin tehtävänä on etsiä yhdessä potilaan kanssa sellaisia harjoitteita ja liikuntamuotoja, jotka ovat mahdollisimman kivuttomia mutta tehokkaita (Talvitie ym. 2006, 338–339). Esimerkiksi kävely, hiihto, voimistelu ja yksilöllisesti suunniteltu kuntosaliharjoittelu ovat sopivia harjoitusmuotoja tekonivelleikkauspotilaalle (Patteri 2005, 17). Harjoittelun tulee olla progressiivista. Harjoitteiden kuormittavuutta voidaan lisätä esimerkiksi vastuskuminauhan tai nilkkapainojen avulla. Vesiliikunta on myös erittäin tehokas laji, jossa harjoittelun aiheuttama kipu on vähäistä. Tärkeintä on löytää mielekkäät harjoitusmuodot, joihin potilas on valmis sitoutumaan. (Talvitie ym. 2006, 339.) Harjoittelun tavoitteena on, että potilas suoriutuu perusliikkumisesta ja päivittäisistä toiminnoista sekä mahdollisesti työstä ja harrastuksista mahdollisimman itsenäisesti tai apuvälineiden avulla (Patteri 2005, 17).

Ennen leikkausta potilaalle annetaan potilasohjausta (Arokoski 2009, 213). Fysioterapeutti kertoo potilaalle leikkauksesta ja harjoittelee hänen kanssaan asioita, jotka parantavat potilaan toimintakykyä leikkauksesta toipuessa, kuten vuoteeseen menoa ja sieltä nousemista (Talvitie ym. 2006, 339). Potilaan yleistä liikkumista, kyykistymistä, kävelyä sekä lonkanivelen asentoa arvioidaan havainnoimalla. Fysioterapeutti mittaa goniometrillä lonkan liikelaajuudet. (Käypä hoito 2007, 604.) Potilaan kanssa käydään myös läpi leikkauksen jälkeen toteutettava harjoitusohjelma sekä tarvittavat apuvälineet (Patteri 2005, 18; Talvitie ym. 2006, 339). Tavoitteena on, että potilas hahmottaa fysioterapian oleelliseksi osaksi leikkauksen kokonaisuutta ja että hän ymmärtää oman aktiivisen liike- ja lihaharjoittelun olevan edellytys hyvän leikkaustuloksen saavuttamiseksi (Patteri 2005, 18).

6.2 Sairaalavaiheen fysioterapia

Tekonivelen malli ja leikkaustekniikka määrittelevät, millaista potilaan postoperatiivinen harjoittelu on ja mihin asioihin fysioterapiassa tulee kiinnittää huomiota (Talvitie ym. 2006, 338). Leikkauksen loppuvaiheessa ortopedi arvioi lonkan stabiiliteetin sekä antaa yksilölliset ohjeet mobilisoinnin rajoituksista. Jos leikkauksessa on käytetty lateraalista avausta, joudutaan kuntoutuksessa varomaan abduktorien kiinnityksen repeämistä. Jalkojen välissä tulee aluksi käyttää abduktoriyyntyä ja kyljellä makuuta on vältettävä. (Halonen 2002, 107, 109.) Tekonivelleikkauksen jälkeen potilas voi yleensä välittömästi kuormittaa leikatun alaraajaansa (Kettunen ym. 2009). Toimintakykyä, leikatun nivelen liikkuvuutta ja lihasvoimaa harjoitetaan aluksi isometrisillä harjoitteilla ja aktiivisilla, avustetuilla liikkeillä (Talvitie ym. 2006, 339). Leikkauspäivänä potilaalle ohjataan selällään tehtävät nilkkojen

ojennus- ja koukistusliikkeet verenkierron vilkastuttamiseksi ja turvotuksen laskemiseksi (HYKS, Jorvin sairaala 2004).

Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilas avustetaan ensimmäiseen ylösnousuun ja hänelle ohjataan vuoteessa tehtäviä aktiivisia liikeharjoituksia (HYKS, Jorvin sairaala 2004). Lisäksi fysioterapeutti arvioi potilaan alaraajojen lihasten toimintaa ja nivelliikkuvuuksia, ohjaa asentohoitoa, siirtymisiä sekä mahdolliset liike- ja kuormitusrajoitukset. Potilaan yksilöllinen kunto huomioiden fysioterapiaan sisältyy tarpeen mukaan myös esimerkiksi hengitysharjoituksia sekä passiivista liikehoitoa. (Patteri 2005, 18.) Kävelyharjoitukset pyritään aloittamaan heti leikkausta seuraavana päivänä. Fysioterapeutti Satu Himbergin mukaan liikkeelle lähdetään ensin kävelytelineeseen tukeutuen. (Vainikainen 2010, 59.) Seuraavina postoperatiivisina päivinä harjoittelun kuormittavuutta lisätään asteittain paranemisen edetessä. Kävelyharjoituksia jatketaan kyynärsauvojen tai rollaattorin avulla. (HYKS, Jorvin sairaala 2004.) Pystyasennossa tehdään myös seisoma- ja tasapainoharjoitteita (Arokoski 2009, 213). Himbergin mukaan potilaan kanssa on myös tärkeää harjoitella portaissa liikkumista (Vainikainen 2010, 59). Harjoitteiden tavoitteena on kävelyn tekeminen varmemmaksi sekä päivittäisten toimintojen sujuvuuden helpottaminen (Arokoski 2009, 213).

Harjoitteissa ja liikkussa tulee huomioida leikkauksen jälkeinen lonkan luksaatiovaara. Lateraalisen avauksen jälkeen luksaatio tapahtuu yleensä eteen, minkä vuoksi ojennus-ulkokierto yhdistelmää tulee välttää. Posterolateraaliseen avaukseen liittyy luksaatiovaraa taakse, jolloin varottavia liikesuuntia ovat fleksio, sisärotaatio ja adduktio. Tällöin esimerkiksi istuminen tulee tapahtua korotetulla istuimella. Transfemoraalisen avauksen jälkeisessä kuntoutuksessa vaarana on trokanterin repeäminen kiinnityksestään, minkä vuoksi aktiivista abduktiota tulee välttää. (Halonen 2002, 107–108.) Fysioterapeutti käy potilaan kanssa läpi myös kotona tehtävät harjoitteet sekä kertoo liikuntalajeista, jotka soveltuvat toipilasajan jälkeiseen harjoitteluun (Halonen 2002, 129; Vainikainen 2010, 60).

Munin, Rudy, Glynn, Crossett & Rubash (1998, 847) tutkivat lonkan ja polven tekonivelpotilaiden tehostetun sairaalakuntoutuksen vaikuttavuutta sairaalajakson pituuteen ja toimintakykyyn. Tutkimukseen osallistuneet lonkan tekonivelleikkauspotilaat satunnaistettiin kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä kuntoutus aloitettiin kolmantena ja toisessa seitsemäntenä postoperatiivisena päivänä. Kolmantena postoperatiivisena päivänä kuntoutuksen aloittaneiden ryhmässä oli yhteensä 14 potilasta ja seitsemäntenä päivänä kuntoutuksen aloittaneita oli 12. Sairaalakuntoutus sisälsi muun muassa fysio- ja toimintaterapiaa, joiden sisältöä ei tutkimuksessa tarkemmin kuvattu. Aiemmin kuntoutuksen aloittaneiden keskimääräinen sairaalajakso oli lyhyempi ja sairaalajakson aikainen toimintakyky koheni nopeammin kuin myöhemmin kuntoutuksen aloittaneiden. Neljän kuukauden seurannassa toimintakyvyssä ei ryhmien välillä havaittu eroja. (Munin ym. 1998, 847–852.)

6.3 Postoperatiivinen fysioterapia

Kotiutusvaiheessa on tarkistettava, että potilas selviytyy päivittäisistä toiminnoista rajoitukset huomioiden ja tarvittavia apuvälineitä käyttäen. Tärkeitä toimintoja ovat vuoteeseen siirtyminen, vuoteessa kääntyminen ja sieltä ylösnouseminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-toiminnot sekä tavaroiden lattialta poimiminen. Potilaalle tulee myös ohjata kivun ja turvotuksen hoito-ohjeet, sillä ne saattavat vielä kotonakin rajoittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Halonen 2002, 129.) Kotona potilas jatkaa harjoittelua fysioterapeutilta saamiensa ohjeiden mukaan (Talvitie ym. 2006, 340). Harjoitteita on hyvä tehdä vähintään 2–3 kertaa päivässä, aluksi muutama sarja kerrallaan vähitellen toistoja lisäten (Vainikainen 2010, 60).

Potilas käyttää liikkumisessa apuvälineitä, kunnes hän saa varata leikattuun jalkaan täydellä painolla (Talvitie ym. 2006, 339). Jos leikkaus on suoritettu lateraalisella avaustekniikalla, on täysi varaus kielletty ainakin kuukauden ajan. Transfemoraalisen avauksen jälkeen osapainovarausta tulee noudattaa niin kauan, kunnes trokanter on luutunut riittävästi paikoilleen. Yleensä luutumisen kestää noin kuusi viikkoa. Toipumisajan jälkeen potilas saa alkaa harrastaa päivittäistä liikuntaa. Hyviä lajeja ovat esimerkiksi kävely, pyöräily, uinti, hiihto ja kuntosaliharjoittelu. Lajeja, joissa paino kohdistuu tärähdysmäisesti leikatun jalan päälle, tulee välttää, koska seurauksena voi olla tekonivelen ennenaikainen kulumisen tai irtoaminen. (Halonen 2002, 107–108, 129.) Tärkeintä on, että lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen potilas pysyy mahdollisimman omatoimisena ja aktiivisena (Talvitie ym. 2006, 340).

Hesse, Werner, Seibel, Frankeberg, Kappel, Kirker & Käding (2003, 1767) vertailivat lonkan tekonivelleikkauspotilaille annettavan perinteisen postoperatiivisen fysioterapian ja kevenneen kävelymattoharjoittelun vaikuttavuuden eroja. Tutkimukseen osallistuneet potilaat satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toinen sai perinteistä fysioterapiaa ja toinen perinteisen fysioterapian lisäksi kävelymattoharjoittelua. Molempiin kuntoutusryhmiin osallistui 40 potilasta. Fysioterapiakäynnin 45 minuutin ajasta kävelymattoharjoittelua oli 20–35 minuuttia ja loppuaika koostui passiivisesta lonkka- ja polvinivelmobilisaatiosta. Kävelymattoharjoittelussa alaraajoihin kohdistui vain osa kehonpainosta. Tavanomainen yksilöfysioterapia sisälsi mobilisaatiota, lihasvoimaa vahvistavia harjoitteita sekä kävelyharjoituksia. Lisäksi molempien ryhmien kuntoutukseen kuului päivittäin 30 minuuttia toimintaterapiaa, hierontaa, fysikaalisia hoitoja ja allasharjoittelua. Harjoitusjakson jälkeen kaikki potilaat jatkoivat yksilöfysioterapiaa ja kotiharjoittelua. Heti harjoittelujakson päätyttyä kävelymattoryhmä koki lonkansa toiminnallisesti paremmaksi, lonkkanivelen ekstensiovajaus oli pienempi ja lonkkanivelen abduktiovoima parempi kuin tavanomaista fysioterapiaa saaneiden ryhmässä. Positiiviset vaikutukset säilyivät 12 kuukauden seurantaan asti. Keskimäärin kävelymattoryhmä luopui

kyynärsauvoista kolmen viikon kuluttua leikkauksesta kun taas tavanomaista fysioterapiaa saaneet luopuivat niistä vasta kahdeksan viikon kuluttua. (Hesse ym. 2003, 1767–1773.)

Gilbey, Ackland, Wang, Morton, Trouchet & Tapper (2003, 193) tutkivat lonkan tekonivelleikkausta edeltävän fysioterapiajakson ja siihen liittyneen postoperatiivisen harjoittelujakson vaikuttavuutta leikkauksesta toipumiseen. Tutkimukseen osallistuneet potilaat satunnaistettiin tavanomaista hoitoa saavaan ryhmään ja fysioterapiaryhmään. Tavanomaiseen hoitoryhmään kuului 31 potilasta ja fysioterapiaryhmään 37 potilasta. Preoperatiivinen harjoittelujakso kesti kahdeksan viikkoa. Postoperatiivinen harjoittelu aloitettiin kolmen viikon päästä leikkauksesta ja harjoittelua jatkettiin 12 postoperatiiviseen viikkoon asti. Postoperatiivista harjoittelua muokattiin yksilöllisesti, mutta pääasiallisesti harjoitusohjelma noudatti preoperatiivista jaksoa sisältäen allasharjoittelua, venyttelyä sekä lihasvoimaa- ja liikkuvuutta lisääviä harjoitteita. Fysioterapiaryhmän potilailla oli mahdollisuus jatkaa ohjattua harjoittelua 24 postoperatiiviseen viikkoon asti. Tavanomaista hoitoa saanut ryhmä sai sairaalan fysioterapeutin perusohjeita, joiden sisältöä ei tutkimuksessa tarkemmin raportoitu. Preoperatiivisen harjoittelujakson päätyttyä oli fysioterapiaryhmäläisten lonkan seudun kipu ja jäykkyys vähentynyt sekä lonkan liikkuvuus ja lihasvoima parantunut. Leikkauksen jälkeen molemmissa ryhmissä tapahtui paranemista, mutta fysioterapiaryhmäläisten toimintakyky ja mittaustulokset etenkin lihasvoiman osalta olivat selkeästi vertailuryhmää paremmat. (Gilbey ym. 2003, 193–200.)

7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta potilasohjaustilanteissa.

Fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lähestytään kolmen tutkimuskysymyksen näkökulmasta:

1. Millaista vuorovaikutus on fysioterapeutin ja potilaan välillä preoperatiivisessa fysioterapiaohjauksessa?
2. Millaista vuorovaikutus on fysioterapeutin ja potilaan välillä postoperatiivisessa fysioterapiaohjauksessa?
3. Mitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia on fysioterapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa pre- ja postoperatiivisessa fysioterapiassa?

8 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö perustuu laadulliseen eli kvalitatiiviseen tutkimukseen. Denzin & Lincolnin (2005, 3) mukaan laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tulkinnallisia, luonnollisissa olosuhteissa toteutettavia tutkimuskäytäntöjä. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa suosien metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja mielipiteet tulevat hyvin esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullinen aineisto on ilmaisultaan tekstiä, joka perustuu esimerkiksi haastatteluihin, havainnoiteihin, kirjallisiin ja kuvallisiin aineistoihin tai äänimateriaaleihin (Eskola & Suoranta 2005, 15).

8.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineistona oli valmis videomateriaali, josta havainnoitiin fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvissä fysioterapeuttisissa ohjaustilanteissa. Tutkimukseen osallistui seitsemän potilasta ja viisi fysioterapeuttia. Kaikki osallistujat olivat tietoisia tilanteiden videoinnista ja kaikilta potilailta oli pyydetty siihen kirjallinen suostumus. Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2010 aiemmin tutkimushankkeeseen kiinnittyneiden opiskelijoiden toimesta.

Havainnointi sopii hyvin laadullisen tutkimuksen menetelmäksi, sillä sen avulla voidaan kerätä mielenkiintoista ja monipuolista aineistoa. Havainnoinnin avulla saadaan tietää, mitä tutkittavissa tilanteissa todella tapahtuu. Etuna havainnoinnissa on, että se voidaan toteuttaa luonnollisissa ympäristöissä. Näin ollen havainnoimalla saadaan suoraa tietoa yksilöiden ja ryhmien toiminnasta. Havainnointi toimii erinomaisena menetelmänä arvioitaessa muun muassa vuorovaikutusta sekä tilanteita, jotka ovat vaikeasti ennakoitavissa ja nopeasti muuttuvia. (Hirsjärvi ym. 2009, 212–214.) Havainnointi koostuu kuuntelemisesta ja katselemisesta, jotka kohdistuvat koko tutkimuskohteeseen (Vilka 2006, 21). Tässä opinnäytetyössä aineiston havainnoimisessa käytettiin tasapuolisesti kuuntelemista ja katselemista aineiston ollessa videoiden muodossa. Havainnointi toteutettiin ilman tilanteeseen osallistumista. Raja ilman osallistumista tapahtuvan ja osallistuvan havainnoinnin välillä ei ole kovin selvä. Voidaan kuitenkin sanoa, että havainnoinnissa ilman osallistumista tutkimuksen tiedonantajien ja tutkijan välinen vuorovaikutussuhde ei ole tiedonhankinnan kannalta tärkeä. Tutkija on ulkopuolinen, tilanteeseen osallistumaton tarkkailija. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81–82.)

Havaintojen tuottamisessa kannattaa hyödyntää kysymyksiä (Vilka 2006, 78). Silvermanin (2001, 99, 297–298) mukaan oleellimmat kysymykset havaintojen tuottamisessa, yhdistämisessä ja tulkitsemisessä ovat mitä, miten, kuinka ja miksi (ks. Vilka 2006, 78).

Videoita havainnoidessa kiinnitettiin huomiota seuraaviin asioihin: mitä tilanteessa tapahtuu, miten tilanteeseen osallistujat toimivat ja miksi osallistujat toimivat niin kuin toimivat. Tutkimuksen aikana tutkija selvittää: Mitä ovat tutkimuskohdetta koskevat havainnot? Kuinka ihmiset tuottavat tilanteet ja niitä koskevat havainnot tutkimuskohteesta? Miten tehdyt havainnot liittyvät toisiinsa ja miten ne muodostavat johtolankoja tutkimuskysymyksen ratkaisemiseksi? Miksi ihmiset toimivat niin kuin toimivat? Miten-kysymyksiin saadaan vastauksia havaintoja erittelemällä ja yhdistelemällä. Havainnoista muodostetaan ryhmiä, joille etsitään yhteisiä piirteitä ja nimittäjiä. Tämän jälkeen muodostetaan niitä kuvaavia yhteisiä käsitteitä ja ajatusmalleja. (Vilka 2006, 78–79.) Havainnoinnin tuottamisen lähtökohtana olivat tutkimuksen tutkimuskysymykset, joiden näkökulmasta havainnoitiin tilanteeseen osallistujien toimintaa ja keskinäistä vuorovaikutusta. Tehdyistä havainnoista etsittiin yhtäläisyyksiä, joille pyrittiin muodostamaan niitä kuvaavia käsitteitä.

Videomateriaalia käytetään paljon laadullisissa tutkimuksissa havainnoin apuvälineenä (Vienola 2004, 74). Videomateriaalin hyödyntäminen aineistona saattaa helpottaa tutkimusprosessia. Videoinnilla kuvataan ihmisten käyttäytymistä, jota voidaan analysoida nauhalta monella tavalla. (Jacobs, Hollingsworth & Givvin 2007, 286.) Videomateriaali mahdollistaa ihmisten eleilmiesujen huomioinnin (Aaltonen 2005, 178). Tässä tutkimuksessa eleiden ja ilmaisujen huomioiminen on erittäin tärkeää analysoinnin kohdistuessa vuorovaikutukseen. Videomateriaalin etuna on, että aineistoa voidaan havainnoida useaan otteeseen, mikä mahdollistaa tilanteen yksityiskohtaisemman tarkastelun. Videoilta voidaan myös tarvittaessa tarkistaa, mitä todella on tapahtunut ja missä järjestyksessä tapahtumat ovat edenneet. Videoinnin haittapuolena on, että kameran käyttö havainnointitilanteessa voi haitata tapahtuman kulkua tai tietoisuus kamerasta saattaa muuttaa ihmisten käyttäytymistä. (Vienola 2004, 73–75.)

Videoita havainnoitaessa tutkijan tulee tehdä havainnoistaan muistiinpanoja. Havainnoitavista tilanteista tehdyt muistiinpanot toimivat jo eräänlaisina aineiston esianalyseina. (Grönfors 2007, 161–162.) Tässä tutkimuksessa kaikki videot katsottiin ensin erikseen niin, että molemmat tutkijat havainnoivat videoita poimien sieltä vuorovaikutuksen kannalta oleellisia asioita. Havainnoista tehtyjä muistiinpanoja verrattiin keskenään kiinnittäen huomiota niiden yhteneväisyyksiin ja eroavaisuuksiin. Videoita katsottiin yhdessä useaan otteeseen kooten vuorovaikutukseen liittyvistä havainnoista mahdollisimman tarkat muistiinpanot.

8.2 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin tarkoituksena on aineiston selkeyttämisen kautta tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analysoimalla pyritään tiivistämään aineisto kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota. Tavoitteena on kasvattaa informaatioarvoa luo-

malla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 2005, 137.) Laadullista aineistoa analysoitaessa on tärkeää varmistaa, että kaikki olennainen aineisto on huomioitu analyysissä (Grönfors 2007, 164). Opinnäytetyön tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin diskurssianalyysia. Hoikkala (1990, 142) määrittelee diskurssianalyysin tutkimussuuntaukseksi, joka tutkii tekstiä sekä puhetta tai kielen käyttöä erilaisista näkökulmista käsin (ks. Metsämuuronen 2008, 33). Diskurssianalyysin tavoitteena on tehdä aineiston tarkkaan analysointiin perustuvia kielenkäytön tulkintoja. Diskurssianalyysi sopii hyvin vuorovaikutuksen analysointiin, sillä siinä paneudutaan kielenkäytön ja ihmisten keskinäisen vuorovaikutuksen pieniin yksityiskohtiin. (Juhila & Suoninen 1999, 234, 246; Suoninen 1999, 101.)

Diskurssianalyysissä tarkastellaan keskustelun vuorovaikutuksen kulun lisäksi myös merkityssysteemejä (Suoninen 1993, 70). Jokinen (1993, 27) selventää merkityssysteemillä tarkoitettavan sitä, että kieli on moniulotteinen järjestelmä, jossa on verbaalisen vuorovaikutuksen lisäksi monia muita, toisiinsa kietoutuvia elementtejä, kuten eleitä, kuvia ja tekoja (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 111). Hepburnin ja Potterin (2004, 192–193) mukaan diskurssianalyysissä keskitytään pohtimaan, kuinka versiot ja kuvaukset laitetaan tai saadaan yhteen muodostamaan tekoja ja toimintaa (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 113). Diskurssianalyysissä voidaan tutkia, minkälaisia merkityssysteemejä tai diskursseja käytetään, miten niitä käytetään tehtäessä asioita ymmärrettäväksi ja minkälaisia seurauksia diskurssien käytöllä on. Diskurssianalyysin keskiössä ovat kielelliset käytännöt sekä niiden ja merkitysten suhteet merkityksiä rakentaviin käytäntöihin. (Jokinen 1999, 37–53.) Diskurssianalyysin avulla pystyttiin analysoimaan tarkasti fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutusta pyrittiin analysoimaan monipuolisesti kiinnittämällä huomiota yksityiskohtiin, kuten tilanteeseen osallistujien eleisiin, ilmeisiin ja tekoihin.

Diskurssianalyysissä tarkastellaan kielenkäyttöä tekoina ja toimintoina. Analyysissä ollaan kiinnostuneita, miten toimijat tekevät ymmärrettäväksi asioita kielen käytöllään. (Suoninen 1999, 18, 20.) Kaikkien toimijoiden päivittäinen kielen käyttö on vaihtelevaa, moniäänistä ja joskus myös ristiriitaista. Diskurssianalyysissä huomio kiinnitetään koko tähän jännitteeseen rikkauteen. Kielen käytön vaihtelevuuden ei katsota johtuvan ihmisten epäjohdonmukaisuudesta, vaan ennemminkin siitä, että kielen avulla tehdään erilaisia asioita, tuotetaan erilaisia funktioita. Funktioilla tarkoitetaan mahdollisia seurauksia, joita kielen käytöllä voi olla. Käsite sisältää sekä tarkoitukselliset että huomaamattomat seuraukset ja toisaalta sekä tilannekohtaiset funktiot että kauaskantoiset ideologiset seuraukset. (Suoninen 1993, 48.)

Suoninen (1993, 49–50; 1999, 32–35) toteaa teksteissään diskurssien tutkijan yhtenä tehtävänä olevan selontekojen ja vuorovaikutuksen tekeminen ymmärrettäväksi, eli tulkita moniselitteisyyttä (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 112). Koska diskurssianalyysissä ollaan

kiinnostuneita kielenkäytöstä, vaatii analysoiminen hienosyisempää otetta kuin pelkästään sisältöjen tarkasteleminen: tekstin rakentumiseen voi yksikin sana vaikuttaa merkittävästi. Aineistoissa, jotka muodostuvat vuorovaikutuksesta ja puheesta, myös mutinat ja hiljaisuus vaikuttavat tulkintaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 114.) Tässä tutkimuksessa kielenkäytön analysoinnissa kiinnitettiin huomiota, miten fysioterapeutit ja potilaat perustelivat sekä selvensivät toimintaansa. Analyysissa huomioitiin keskustelun tauot ja osallistujien reagoiminen toistensa puheenvuoroihin.

Diskurssianalyysi on kielen käytön sekä muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimusta, jossa pyritään yksityiskohtaisesti analysoimaan sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 9–10). Määritelmässä kielenkäytön rinnalle nostetulla ”muulla merkitysvälitteisellä toiminnalla” tarkoitetaan, että sanallisen kielen lisäksi muutakin merkityksiä kantavaa toimintaa voidaan ajatella kielenkäyttönä tai vastaavasti sanallista kielenkäyttöä voidaan tarkastella toimintana. Näin ollen puheet ja teot eivät ole diskurssianalyysissa toistensa vastakohtia, vaan niiden molempien katsotaan olevan toimintaa, joka ylläpitää tai muuttaa sosiaalista todellisuutta. Määritelmän lopulla ”sosiaaliset käytännöt” viitataan puolestaan siihen, ettei merkityksiä kantava toiminta ole irrallaan kulttuurin aineellisesta puolesta. (Suoninen 1999, 19–20.)

Diskurssianalyysissa aineiston analysointi voi kohdistua koko aineistoon tai aineistosta poimituihin episodeihin tai katkelmiin (Juhila & Suoninen 1999, 243). Tässä tutkimuksessa videoaineistoista poimittiin yleisesti toistuvia vuorovaikutustilanteita, joihin tarkempi vuorovaikutuksen analysointi kohdistui. Preoperatiivisia vuorovaikutustilanteita ovat potilaan tilanteen kartoittaminen, pystyasennon havainnointi, liikkuvuuksien mittaaminen istuen, liikkuvuuksien mittaaminen selinmakuulla, sauvakävelyn ohjaus ja katse tulevaisuuteen. Postoperatiivisia vuorovaikutustilanteita ovat harjoitteiden ohjaus vuoteessa, harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa, sauvakävelyn ohjaus, harjoitteiden ohjaus pystyasennossa, porraskävelyn ohjaus, loppuyhteenvetoa. Vuorovaikutustilanteita kuvaavat episodit on pyritty valitsemaan niin, että ne kuvaisivat mahdollisimman monipuolisesti tutkimusaineistoa. Eri episodeihin on valittu eri potilaat ja fysioterapeutit. Valituista episodeista otettiin stillikuvat, joiden tarkoituksena on kuvata kyseistä episodista. Lisäksi episodit litteroitiin (liitteet 1 ja 2).

Vuorovaikutusta analysoitaessa kiinnitetään huomiota tilanteen toimijoiden sanojen ja sanastojen valintoihin, sillä ne sisältävät yleensä paljon enemmän kuin pelkän yksiselitteisen viestin. Tarkastelun kohteina ovat, mitkä sanat tai sanastot nousevat esille keskustelusta, muodostuuko niistä yhteisymmärrystä vai ohipuhumista, saavutetaanko lopulta yhteinen tulkinta ja millä seurauksilla. Keskustelussa olennaista ovat mahdolliset puhujanvaihdoskohdat, joissa äänessä olija voi vaihtua. Kun puhuja saa jonkin kokonaisuuden kerrottua, voi keskustelun toinen osapuoli tai vaihtoehtoisesti sama puhuja jatkaa keskustelua. Jos puhuja vaikenee,

olettaa hän toisen osapuolen jatkavan keskustelua. Vastaavasti, jos kuunteleva osapuoli vaikeenee pitkään puhujanvaihdoskohdassa, viestittää hän edelliselle puhujalle, että tämän tulisi jatkaa puhettaan. (Suoninen 1999, 107, 109–110.) Fysioterapeutin ja potilaan keskusteluja analysoitaessa kiinnitettiin huomiota sanaston valintoihin, puheenvuorojen jakaantumisiin sekä keskustelun etenemiseen.

Aineistoa analysoitaessa kiinnitetään huomiota siihen, millaiset kuvaukset ja selitykset ovat eri tilanteissa ja keskustelun kohdissa ymmärrettäviä sekä millaisia asiantiloja tai muita seurauksia kyseisillä selityksillä kulloinkin rakennetaan. Käytännössä tämä tarkoittaa, että teoille ja ilmiöille ei saman tien nimetä syitä, vaan ne tavat, joilla toimijat kuvaavat ilmiöitä ja nimeävät niille syitä poimitaan sellaisenaan tutkimuskohteeksi. Analysoinnissa kiinnitetään huomiota myös siihen, miten puheenvuorot luovat odotuksia seuraaville puheenvuoroille. Esimerkkinä tällaisesta ovat vierusparit, joilla tarkoitetaan puheenvuorojen erityisen vahvaa kytköstä. Vieruspareja ovat muun muassa kysymys-vastaus, tervehtiminen-vastatervehdys, syytös-puolustus tai pyyntö-suostuminen. Nämä vierusparit saattavat olla useissa tilanteissa erityisen tärkeitä yhteisymmärryksen muodostumisen kannalta. Sanastojen valinnan lisäksi puheenvuoron muotoilu sisältää myös sävyjen ja tyylien valintaa, kuten keskusteluun sisältyviä tunneilmaisuja sekä arkaluonteisuutta. (Suoninen 1999, 18, 113, 116.) Aineiston analysoinnissa kiinnitettiin erityisesti huomiota siihen, miten fysioterapeutin ja potilaan puheenvuorot kytkeytyivät toisiinsa ja miten se vaikutti vuorovaikutustilanteeseen. Analysoinnissa tarkasteltiin, miten henkilöt viestivät keskenään ja millaisia kommunikointikeinoja ohjaustilanteissa käytettiin.

Episodien auki kirjoittamisen ja litteroinnin jälkeen aineisto ryhmiteltiin sisällönanalyysin tyyppisesti. Ryhmittelyn lähtökohtana olivat aineiston yhteneväisyydet. Samantyyppiset vuorovaikutukselliset seikat koottiin yhteen ja niille muodostettiin vuorovaikutusta kuvaavat alaluokat. Samankaltaiset alaluokat kerättiin yhteen ja niille muodostettiin yhteinen pääluokka. Yhteensä pre- ja postoperatiivisista vuorovaikutustilanteista muodostui 20 alaluokkaa ja seitsemän pääluokkaa. Suurin osa luokista oli sekä pre- että postoperatiivisille vuorovaikutustilanteille yhteisiä. Lisäksi molemmille muodostui muutama oma ala- ja pääluokka.

9 Tulokset

Pre- ja postoperatiiviset potilasohjaustilanteet esitellään tuloksissa omina osioinaan. Preoperatiiviset potilasohjaustilanteet tapahtuvat hoituhuoneissa ja postoperatiiviset ohjaustilanteet vaihtelevasti sairaalan eri tiloissa. Fysioterapeutin ja potilaan väliset vuorovaikutustilanteet kuvataan ohjaustilanteiden etenemisen mukaan. Kuvauksissa tuodaan esiin yleisimmin toistuvat sekä ohjaustilanteille yhteiset toiminnot ja vuorovaikutusseikat. Tutkimuksen tulokset

kuvaavat koko tutkimusaineistoa. Tuloksista muodostuneet pää- ja alaluokat havainnollistetaan kuvioiden avulla ja avataan sanallisesti tekstissä.

9.1 Vuorovaikutus preoperatiivisissa ohjaustilanteissa

Preoperatiiviset potilasohjaustilanteet tapahtuvat sairaalaympäristössä erillisissä huoneissa, joissa on peili, työpöytä, tuoleja ja hoitopöytä. Huonekalujen ja esineiden sijoittelu mahdollistaa esteettömän siirtymisen huoneessa. Huoneen yleisilme ei ole erityisen viihtyisä, mutta siellä kuitenkin on kaikki tilanteen edellyttämät välineet. Huoneissa on fysioterapeutin käyttämiä mittausvälineitä, apuvälineitä, havainnollistava lonkan tekonivelmalli sekä muita ohjauksessa tarvittavia välineitä. Preoperatiivisen vaiheen ohjaustilanteissa fysioterapeutit selvittävät potilaiden sen hetkistä toimintakykyä haastatellen ja tutkien. Fysioterapeutit kertovat lonkan tekonivelleikkauksesta ja siitä kuntoutumisesta. Fysioterapeutit näyttävät potilaalle tämän lonkasta otetun röntgenkuvan ja tekonivelmallin sekä kertovat tekonivelen toiminnasta. Fysioterapeutit ja potilaat keskustelevat leikkauksen jälkeisistä rajoituksista, harjoitteista, tarvittavista apuvälineistä sekä liikunnan merkityksestä. Potilaille annetaan myös kirjalliset ohjeet, joissa on muun muassa leikkauksen jälkeisiä harjoitteita sekä tarvittavat yhteystiedot. Fysioterapeutit muistuttavat potilaita, että aina saa soittaa, jos on jotain kysyttävää.

Preoperatiivisia videoita analysoitaessa esiin nousi kuusi vuorovaikutustilannetta, joista kaikista poimittiin tilanteita kuvaavat episodit. Valittujen episodien tarkat litteraatiot ovat luetavissa liitteessä 1 ja niistä otettujen stillkuvien ajankohdat ovat näkyvissä kuvaluettelossa. Kaikissa tilanteissa on paikalla fysioterapeutti ja potilas. Lisäksi huoneessa on kaksi fysioterapeuttiopiskelijaa, joista toinen toimii tilanteen kuvaajana ja toinen sivustaseuraajana.

9.1.1 Potilaan tilanteen kartoittaminen

Keskustelun aluksi fysioterapeutit kartoittavat potilaan tilannetta. Fysioterapeutit tiedustelevat potilaalta yleisesti sen hetkisestä lonkan tilasta ja osassa tilanteista fysioterapeutit kyselevät myös yleisiä kuulumisia. Potilas on etukäteen täyttänyt yleisen seurantakäyvän, jonka tiedot fysioterapeutti siirtää tietokoneelle. Tietoja siirtäessään fysioterapeutti tekee samalla potilaalle tarkentavia kysymyksiä kivusta, sen hetkisestä toimintakyvystä, kotioloista sekä päivittäisten toimintojen onnistumisesta. Useimmat potilaat kertovat tarkasti toimintakyvystään ja harrastuksistaan. Kertoessaan potilaat elehtivät käsillään. Osa potilaista kertoo enemmän henkilökohtaisista asioistaan, kuten perheestään, kotioloistaan ja harrastuksistaan. Osa potilaista myös kommentoi ja kyselee aktiivisesti varmistaen, että he ovat ymmärtäneet asiat oikein. Joillakin potilailla on vanhentunutta tai virheellistä tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista. Osassa tilanteista fysioterapeutti johtaa keskustelua potilaan lähinnä vain kuunnellen ja myötäillen. Haastattelun aikana fysioterapeutit käyttävät sekä avoimia

että suljettuja kysymyksiä. Suurimmassa osassa tilanteista katsekontakti fysioterapeuttien ja potilaiden välillä säilyy koko ajan, lukuun ottamatta hetkiä, jolloin fysioterapeutit kirjaavat tietoja tietokoneelle.



Kuva 1: Potilaan tilanteen kartoittaminen

Valitussa episodissa (kuva 1) fysioterapeutti istuu tietokonepöydän äärellä ja potilas istuu tietokonepöydän vieressä viistosti fysioterapeuttia kohti. Fysioterapeutti kääntää tietokoneen näyttöä potilasta kohti, jotta tämä näkee ruudulla olevan röntgenkuvan lonkastaan. Fysioterapeutti toteaa, että röntgenkuvan mukaan lonkassa on kiistaton kuluma ja kysyy potilaaseen katsoen, miten lonkka oireilee. Potilas kertoo oireiden ja tuntemusten vaihtelevan ja jalan olleen viime päivinä astumisarka, elehtien samalla käsillään. Fysioterapeutti tiedustelee arkuuden esiintymistä kävelyn eri vaiheissa tehden samalla oikealla kädellään pienen liikkeen potilasta kohden. Potilas kertoo arkuuden ilmenevän pian kävelyn aloittamisen jälkeen kuvailen toimintaa käsillään. Fysioterapeutin ja potilaan välinen katsekontakti säilyy koko keskustelun ajan.

9.1.2 Pystyasennon havainnointi

Potilaan seistessä paikoillaan fysioterapeutit havainnoivat yleisesti potilaan seisoma-asentoa, lantion asentoa sekä mahdollista jalkojen pituuseroa. Lisäksi fysioterapeutti pyytää potilasta seisomaan yhdellä jalalla tarkkaillen lantion hallintaa. Osa fysioterapeuteista kertoo potilaalle mitä tehdään ja miksi. Fysioterapeutit hyödyntävät sanallista, visuaalista ja manuaalista ohjausta. Fysioterapeutit sanovat ääneen mittaustulokset, joita potilaat kommentoivat tai tekevät tarkentavia kysymyksiä. Potilasta tutkiessaan osa fysioterapeuteista kannustaa tai antaa potilaalle positiivista palautetta.



Kuva 2: Pystyasennon havainnointi

Valitussa episodissa (kuva 2) potilas seisoo ja fysioterapeutti on kyykistyneenä tämän takana. Fysioterapeutti korjaa potilaan seisoma-asentoa sanallisesti ja manuaalisesti oikealla kädellään potilaan vasemmasta jalkaterästä. Potilas korjaa seisoma-asentoaan ottaen oikealla kädellään tukea hoitopöydästä. Fysioterapeutti kehottaa potilasta oikaisemaan itsensä ohjaten samalla manuaalisesti potilasta polvista. Fysioterapeutti nostaa potilaan hameen helmaa ker-toen samalla katsovansa jalkojen pituuseroa ja kysyy potilaalta, onko tämä itse huomannut pituuseron tunnetta. Potilas vastaa myöntävästi ja selittää havaitsemastaan pituuserosta heilauttaen samalla oikeaa kättään vasenta jalkaansa kohti.

9.1.3 Liikkuvuuksien mittaus istuen

Fysioterapeutit mittaavat potilaan lonkan liikkuvuudet tämän istuessa hoitopöydän reunalla. Fysioterapeutit käyttävät sanallista, visuaalista ja manuaalista ohjausta. Fysioterapeutit kertovat, mitä tekevät ja sanovat ääneen mittaustulokset. Fysioterapeutit kertovat potilaalle leikkauksen jälkeisistä rajoitteista. Useimmat potilaista kommentoivat tilanteissa aktiivisesti.

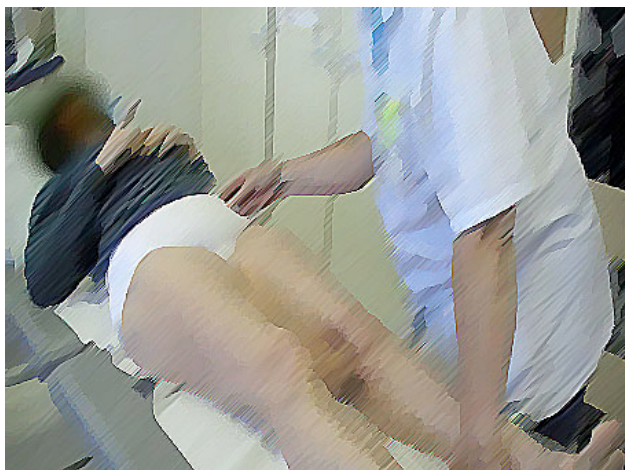


Kuva 3: Liikkuvuuksien mittaus istuen

Valitussa episodissa (kuva 3) potilas istuu hoitopöydän reunalla ja fysioterapeutti on kyykistyneenä goniometri kädessään potilaan edessä. Fysioterapeutti kertoo, että nyt mitataan lonkan kiertoliikkeet ja tarttuu oikealla kädellään potilaan oikean jalan nilkasta. Fysioterapeutti ohjaa sanallisesti potilasta istumaan normaalisti ja manuaalisesti painamalla vasemmalla kädellään potilaan oikeasta lonkasta. Fysioterapeutti siirtää vasemman kätensä potilaan oikean polven päälle ja vie lonkan ulkokierto. Samalla lonkasta kuuluu lonksahdus, jota molemmat kommentoivat. Fysioterapeutti mittaa lonkan sisä- ja ulkokierron goniometrillä todeten molempien liikesuuntien olevan rajoittuneet ja nousee ylös kadoten hetkeksi kuvan ulkopuolelle. Potilas tiedustelee, olisiko voinut tulla leikkaukseen jo pari vuotta sitten nykyisten oireiden perusteella, tarkentaen ovatko oireet riittävät leikkaukseen. Samalla kuvaaja nostaa kameran potilaan jaloista kohdistuen kuvan potilaaseen, jolloin peilin kautta näkyvät myös fysioterapeutti ja kuvaajana toimiva fysioterapeuttiopiskelija. Fysioterapeutti vastaa myöntävästi potilaaseen katsoen sekä selittää, ettei kyseessä ole sairaus, vaan elämän laatua parantava leikkaus. Potilas myötäilee ja elehtii paljon käsillään puhuessaan oireistaan.

9.1.4 Liikkuvuuksien mittaus selinmakuulla

Fysioterapeutit mittaavat potilaan lonkan liikkuvuudet tämän maassa selinmakuulla hoitopöydällä. Lisäksi fysioterapeutit havainnoivat potilaan jalkojen mahdollista pituuseroa. Yhdessä tilanteessa fysioterapeutti ohjaa potilaalle myös vuoteesta ylösnousun. Fysioterapeutit kertovat, mitä tekevät ja miksi sekä sanovat ääneen mittaustulokset. Kaikki fysioterapeutit käyttävät sanallista ja manuaalista sekä osa myös visuaalista ohjausta. Osassa selinmakuu-episodeista fysioterapeutit kyselevät potilaan tuntemuksia. Useimmat potilaista kommentoivat, kyselevät ja kertovat oma-aloitteisesti tuntemuksistaan.



Kuva 4: Liikkuvuoksien mittaaminen selinmakuulla

Valitussa episodissa (kuva 4) potilas makaa selällään hoitopöydällä ja fysioterapeutti seisoo potilasta kohden kumartuneena hoitopöydän vierellä. Peilissä näkyvät välillä fysioterapeuttiopiskelijat. Fysioterapeutti asettaa oikealla kädellään goniometrin potilaan vasemman lonkan kohdalle ja tarttuu vasemmalla kädellään potilaan vasemmasta nilkasta. Samalla fysioterapeutti kertoo lähtevänsä viemään potilaan vasenta alaraajaa loitonnukseen ja näyttää vasemmalla kädellään liikkeen suunnan. Fysioterapeutti ohjeistaa potilasta, ettei tämän tarvitse itse tehdä mitään muuta, kuin sanoa silloin kun riittää. Potilas heilauttaa oikean käden etusormiaan ja kommentoi rajan tulevan vastaan todennäköisesti hyvin äkkiä ja ohjeistaa fysioterapeuttia etenemään varovasti. Fysioterapeutti kehottaa potilasta olemaan rentona, koska lihasjännitys ottaa vastaan. Fysioterapeutti lähtee loitontamaan jalkaa ja molemmat kommentoivat liikkeen rajoittuneisuutta. Fysioterapeutti sanoo mittaustulokset ääneen ja kommentoi tuloksia lyhyesti. Fysioterapeutti palauttaa potilaan alaraajan hoitopöydälle ja irrottaa otteensa potilaasta.

9.1.5 Sauvakävelyn ohjaus

Tutkimuksen videomateriaalin preoperatiivisissa ohjaustilanteissa sauvakävely ohjataan kahdelle potilaalle. Fysioterapeutit käyttävät sanallista ja visuaalista ohjausta antaen potilaalle samalla positiivista palautetta. Potilaat lähinnä kuuntelevat ja myötäilevät fysioterapeuttien ohjausta.

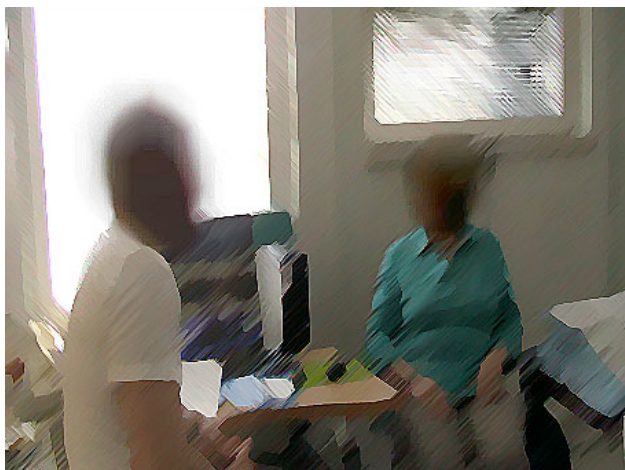


Kuva 5: Sauvakävelyn ohjaus

Valitussa episodissa (kuva 5) potilas seisoo kyynärsauvat käsissään fysioterapeutin ollessa hänen oikealla puolellaan koskettaen vasemmalla kädellään potilaan selkää. Fysioterapeutti kehottaa potilasta näyttämään, miten hän lähtisi kävelemään kyynärsauvoilla. Fysioterapeutti jää kuvan ulkopuolelle potilaan lähtiessä etenemään hoituhuoneessa. Fysioterapeutti toteaa potilaan kävelevän sauvojen kanssa ihan oikein ja kertoo sanallisesti oikean sauvakävelytyylin. Potilas kääntyy hoituhuoneen päässä ympäri ja kävelee takaisin fysioterapeutin luo. Fysioterapeutti ohjeistaa sanallisesti ja visuaalisesti myös myöhemmän vaiheen sauvakävelytyylin, jota potilas kokeilee. Fysioterapeutti selittää, että alussa on varmempaa käyttää ensimmäistä tyyliä lonkan kivuista ja aristuksista johtuen.

9.1.6 Katse tulevaisuuteen

Fysioterapeutit ja potilaat keskusteleivat tulevasta leikkauksesta ja siihen liittyvistä asioista. Fysioterapeutit käyttivät sanallista ja visuaalista ohjausta. Keskustelun ajan fysioterapeutin ja potilaan välinen katsekontakti säilyi. Potilaat kyselevät itseään mietittyttäviä asioita ja osa myös kertoo omista tuntemuksistaan. Useimmat potilaista tuovat esiin myös leikkaukseen ja siitä toipumiseen liittyviä pelkojaan. Fysioterapeutit pyrkivät lievittämään pelkoja rohkaisemalla potilaita.



Kuva 6: Katse tulevaisuuteen

Valitussa episodissa (kuva 6) fysioterapeutti istuu tietokonepöydän ääressä potilaaseen päin kääntyneenä. Potilas istuu tietokonepöydän vieressä pää kääntyneenä fysioterapeuttia kohti. Fysioterapeutti ohjaa sanallisesti ja visuaalisesti leikkauksen jälkeisiä harjoitteita. Hengitysharjoitteita ohjattaessaan fysioterapeutti mallintaa syvään huokailua ja verenkiertoa tehostavia harjoitteita ohjattaessaan hän ojentaa ja koukistaa nilkkaansa. Potilas nyökyttelee ja myötäilee käyttäen lyhyitä lausahduksia, kuten ”mmm...”, ”joo” sekä ”just”. Sanallisesti ohjattaessaan fysioterapeutti elehtii käsillään. Fysioterapeutti kertoo, että tervettä jalkaa saa liikutella ja asentoa vaihtaa vapaasti. Potilas kommentoi ”just joo”. Fysioterapeutti kertoo, että leikatun jalkaa saa hieman liikutella ja herätellä, mutta ei kuitenkaan liikaa rasittaa. Samalla fysioterapeutti liikuttaa vasenta alaraajaansa ja potilas nyökyttelee päätään.

9.2 Postoperatiiviset vuorovaikutustilanteet

Postoperatiivisia videoita analysoitaessa esiin nousi kuusi vuorovaikutustilannetta, joista kaikista poimittiin tilanteita kuvaavat episodit. Valittujen episodien tarkat litteraatiot ovat luetavissa liitteessä 2 ja niistä otettujen still-kuvien ajankohdat ovat nähtävissä kuvaluettelossa. Vuorovaikutustilanteiden aktiiviset osallistujat ovat fysioterapeutti ja potilas. Lisäksi tilanteissa on mukana kaksi fysioterapeuttiopiskelijaa, joista toinen toimii kuvaajana ja toinen sivustaseuraajana.

9.2.1 Harjoitteiden ohjaus vuoteessa

Tutkimuksen videomateriaaleissa vuoteessa tehtävät harjoitteet ohjataan neljälle potilaalle. Harjoitteet ohjataan potilaan huoneessa osastolla. Huoneessa on myös muita potilaita ja välillä muuta hoitohenkilökuntaa. Heidän äänensä kuuluvat välillä videoilla, mutta heitä ei näy kuvanauhalla. Useimmat fysioterapeutit kertovat, mitä tehdään ja miksi sekä antavat potilaalle positiivista palautetta.



Kuva 7: Harjoitteiden ohjaus vuoteessa

Valitussa episodissa (kuva 7) potilas on juuri mennyt vuoteeseen selinmakuulle ja fysioterapeutti seisoo vuoteen vieressä. Taustalla kuuluu häiritsevästi suihkun ääni, potilaan ja fysioterapeutin äänistä on melko vaikea saada selvää. Fysioterapeutti ehdottaa kylkimakuulle siirtymisen kertaamista. Potilas lähtee itsenäisesti kääntymään kyljelleen. Fysioterapeutti keskeyttää kääntymisen kysyen, muistaako potilas, mitä ensin piti tehdä. Potilas yrittää muistella, mutta ei muista. Fysioterapeutti muistuttaa, että tyyny piti laittaa ensin polvien väliin ja ojentaa potilaalle tyynyn, jonka potilas laittaa polviensa väliin. Potilas lähtee kääntymään kyljelleen fysioterapeutin ohjattessa kääntymistä sanallisesti, visuaalisesti ja manuaalisesti. Kyljelle kääntymisen jälkeen fysioterapeutti jättää vasemman kätensä potilaan oikealle polvelle. Fysioterapeutti painottaa tyynyn käyttämistä ja kertoo, että potilas saa kotiinsa oppaan, jossa ohjeistetaan tyynyn käyttämiseen jalkojen välissä. Fysioterapeutti kysyy potilaalta, tietääkö hän, miksi tyynyä tulee käyttää. Potilas vastaa tyynyn estävän leikatun jalan menemistä keskiviivan yli. Fysioterapeutti vastaa myöntävästi ja toistaa potilaan vastauksen omin sanoin sekä tarkentaa tyynyn käytön kestävän kuusi viikkoa.

9.2.2 Harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa

Tutkimuksen videomateriaaleissa istuma-asennossa tehtävät harjoitteet ohjataan viidelle potilaalle. Osa fysioterapeuteista ohjaa istualtaan tehtävät harjoitteet osastolla potilaan huoneessa ja osa sairaalan käytävällä, yksi fysioterapeutti ohjaa harjoitteet hoituhuoneessa. Kaikissa tilanteissa fysioterapeutin ja potilaan välinen katsekontakti säilyy. Fysioterapeutit antavat potilaalle positiivista palautetta.



Kuva 8: Harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa

Valitussa episodissa (kuva 8) potilas istuu vuoteen reunalla ja fysioterapeutti seisoo tämän edessä. Potilas kertoo peloistaan porraskävelyä kohtaan vanhan vamman takia. Fysioterapeutti rohkaisee potilasta kertoen heidän etenevän rauhallisesti ja hyödyntäen kaidetta tukena. Samalla fysioterapeutti kyykistyy laittamaan potilaalle tossut jalkaan ja kertoo, millaisia kenkiä olisi hyvä käyttää kotona. Fysioterapeutti kehuu potilaan istuma-asentoa ja vertaa sitä leikkausta edeltävään tilanteeseen, katsoen koko ajan potilasta.

9.2.3 Sauvakävelyn ohjaus

Sauvakävelyn ohjaus tapahtuu sairaalan käytävillä. Ohjaustilanteen aikana käytävillä kulkee välillä myös muita potilaita ja hoitohenkilökuntaa, jotka eivät näy kuvanauhalla. Sivusta seuraava opiskelija näkyy ajoittain kuvanauhalla, vaikka hän ei aktiivisesti tilanteeseen osallistu.



Kuva 9: Sauvakävelyn ohjaus

Valitussa episodissa (kuva 9) potilas lähtee kävelemään kyynärsauvoilla fysioterapeutin edellä. Fysioterapeutti havainnoi sauvakävelyä ja ohjaa potilasta sanallisesti tullen samalla potilaan sivulle. Potilas kommentoi kävelyään lyhyesti ja fysioterapeutti huomauttaa liian pitkistä askeleista ja tiedustelee, onko potilaan normaali askelpituus niin pitkä. Potilas vastaa, että ”ei kävellessä, mutta tanssiessa” ja molemmat naureskelevat kommentille. Fysioterapeutti siirtyy potilaan etupuolelle, kun he etenevät käytävällä. Fysioterapeutti toteaa potilaalle, että ensin täytyy saada kävely kuntoon ja sitten vasta edetä tanssin harjoitteluun.

9.2.4 Harjoitteiden ohjaus pystyasennossa

Pystyasennossa tehtävät harjoitteet ohjataan vaihtelevasti sairaalan käytävällä kaiteen vieressä tai peilin edessä. Ohjaustilanteissa liikkuu käytävällä välillä myös muita ihmisiä. Yksi fysioterapeutti ohjaa harjoitteet hoituhuoneessa. Useimmissa tilanteissa fysioterapeutit antavat potilaalle tarkat ohjeet harjoitteista sekä perustelevat, miksi harjoitteita tehdään. Kahdessa tilanteessa fysioterapeutit tekevät myös itse ohjaamiaan harjoitteita. Fysioterapeutit antavat potilaalle positiivista palautetta. Useimmat potilaista kertovat aktiivisesti ja omaaloitteisesti tuntemuksistaan. Fysioterapeutit huomioivat potilaiden tuntemukset kertoen, mitkä kuuluvat normaaleihin ja sallittuihin tuntemuksiin.



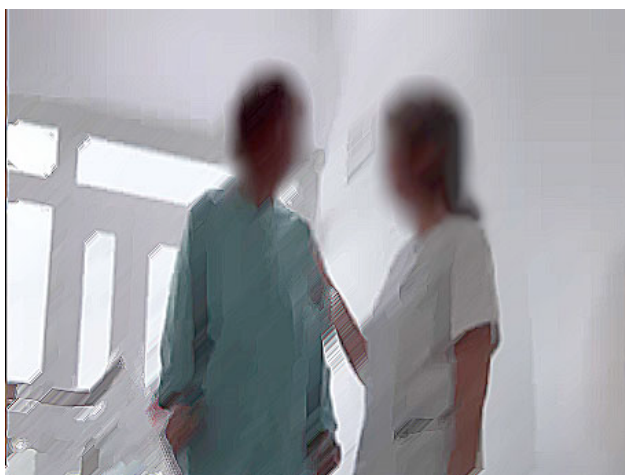
Kuva 10: Harjoitteiden ohjaus pystyasennossa

Valitussa episodissa (kuva 10) pystyasennossa tehtävien harjoitteiden ohjaus tapahtuu hoituhuoneessa, jossa on hoitopöytä. Fysioterapeutti seisoo harjoitteita tekevän potilaan takana, taustalla näkyy tilannetta sivusta seuraava fysioterapeuttiopiskelija. Fysioterapeutti ohjaa sanallisesti potilaalle painonsiirtoharjoitteen. Potilas alkaa tehdä painonsiirtoja fysioterapeutin seurattessa toimintaa potilaan takaviistosta. Fysioterapeutti huomauttaa potilaalle, että huilaaminen on sallittua. Fysioterapeutti perustelee painonsiirron tarkoitusta ja kyykistyy ohjaamaan painonsiirtoa manuaalisesti potilaan polvesta. Potilas kertoo, että häntä sattuu ja osoittaa kädellään lonkkaansa, mihin fysioterapeutti kommentoi ymmärtäväisesti. Fysiotera-

peutti ohjaa potilasta manuaalisesti vasemmalla kädellään selästä sekä oikealla vaihtelevasti polvesta ja ylävartalosta. Fysioterapeutti päättää harjoitteen sanomalla sen riittävän. Fysioterapeutti katsoo potilaaseen ja kysyy tämän jaksamista, johon potilas vastaa empivästi myöntäen.

9.2.5 Porraskävelyn ohjaus

Tutkimuksen videomateriaaleissa porraskävely ohjataan kuudelle potilaalle. Porraskävelyä harjoitellaan sairaalan portaissa, joissa on toisella puolella kaide. Kuvaushetkillä portaissa ei liiku muita henkilöitä. Fysioterapeutit huomioivat potilaan kotiolot. Fysioterapeutit antavat potilaalle positiivista palautetta.



Kuva 11: Porraskävelyn ohjaus

Valitussa episodissa (kuva 11) fysioterapeutti ja potilas seisovat portaiden yläpäässä. Potilas seisoo kaiteen vierellä ja fysioterapeutti porrasta alempana pitäen oikeata kättään potilaan vasemmalla olkapäällä. Fysioterapeutti ja potilas keskustelevat potilaan kotona olevista portaista sekä potilaan leikkausta edeltävästä tavasta kulkea portaat, kohdistuen puheensa toisilensa. Fysioterapeutti ottaa potilaalta toisen kyynärsauvan ja siirtyy askeleen alemmas, potilas ottaa oikealla kädellään kiinni kaiteesta. Fysioterapeutti kysyy potilaalta, miten tämä lähiti tulemaan portaita. Hetken mietittyään potilas kertoo ääneen porraskävelyn ja lähtee laskeutumaan portaita alas. Fysioterapeutti toteaa potilaan tekevän ihan oikein varmistaen samalla potilaan laskeutumista. Portaita alaspäin kuljettaessa fysioterapeutti ja potilas keskustelevat kyynärsauvojen pituudesta. Fysioterapeutti siirtää varmistavaa kättään lähemmäs potilasta koskettaen tämän vatsaa ja tiedustellen samalla potilaan jaksamista. Potilas ilmaisee jaksavansa.

9.2.6 Loppuyhteenvetoa

Ohjaustilanteet loppuvat pääsääntöisesti potilaan huoneeseen. Useimmissa tilanteissa fysioterapeutit antavat harjoittelusta ja kuntoutuksen etenemisestä positiivista palautetta sekä kannustavat potilasta aktiiviseen kuntoutumiseen. Osa potilaista kertoo enemmän henkilökohtaisista asioistaan, kuten perheestään, kotiloistaan ja työstään. Kaikissa tilanteissa katsekontakti fysioterapeutin ja potilaan välillä säilyy. Osa potilaista kiittelee fysioterapeuttia vaikuttaen tyytyväiseltä saamaansa fysioterapiaohjaukseen.

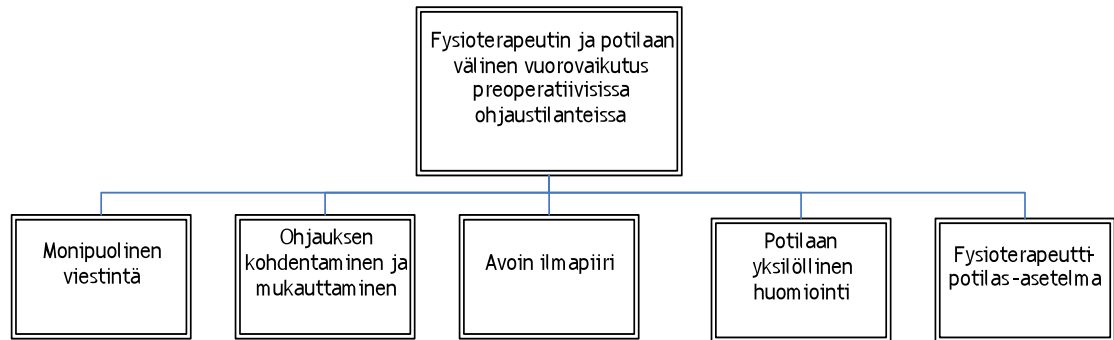


Kuva 12: Loppuyhteenvetoa

Valitussa episodissa (kuva 12) potilas istuu vuoteen reunalla ja fysioterapeutti siirtyy vuoteen päädystä vastatusten potilaan kanssa. Fysioterapeutti tiedustelee potilaalta, onko tällä jotain kysyttävää sekä muistuttaa kirjallisista ohjeista ja rohkaisee potilasta tarpeen tullen soittamaan. Lopuksi fysioterapeutti kannustaa ja motivoi potilasta sanomalla ”Hyvä siitä (lonkasta) tulee”.

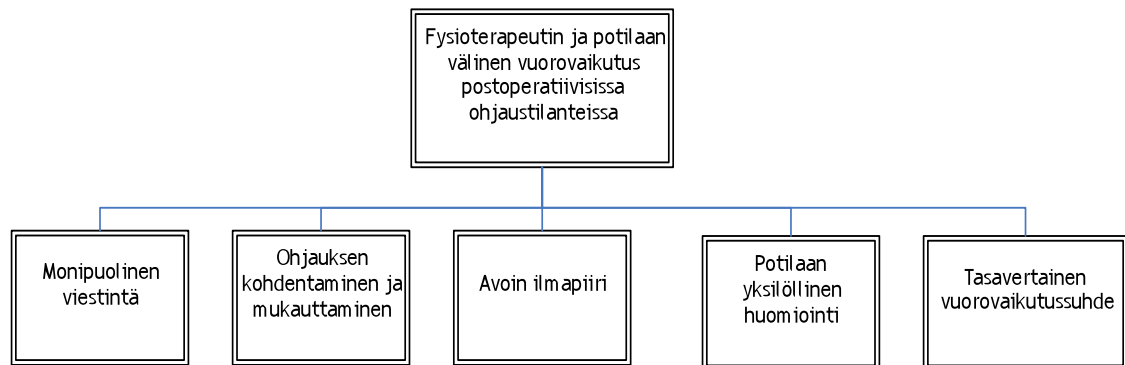
9.3 Yhteenveto tuloksista

Aineiston analyysin jälkeen sekä pre- että postoperatiivisista vuorovaikutustilanteista nousi esiin viisi pääluokkaa. Jokaisen pääluokan alle muodostui kolmesta neljään alaluokkaa. Preoperatiivisiksi pääluokiksi muodostuivat monipuolinen viestintä, ohjauksen kohdentaminen ja mukauttaminen, avoin ilmapiiri, yksilöllinen huomiointi sekä fysioterapeutti–potilasasetelma. Pääluokat ovat nähtävissä kuviossa 2.



Kuvio 2: Fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus preoperatiivisissa ohjaustilanteissa

Postoperatiivisista pääluokista neljä ensimmäistä ovat samoja kuin preoperatiivisista vuorovaikutustilanteista muodostuneet luokat. Viidenneksi pääluokaksi muodostui tasavertainen vuorovaikutussuhde. Pääluokat ovat nähtävissä kuviossa 3.



Kuvio 3: Fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus postoperatiivisissa ohjaustilanteissa

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että pre- ja postoperatiivisissa ohjaustilanteissa fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus oli pääpiirteittäin samanlaista. Preoperatiivisessa vuorovaikutuksessa tuli kuitenkin selkeämmin esille fysioterapeutti-potilas-asetelma kuin postoperatiivisessa vuorovaikutuksessa.

9.3.1 Monipuolinen viestintä

Yksi vuorovaikutustilanteiden analysoinnissa muodostunut pääluokka on monipuolinen viestintä. Pääluokan alaluokkia ovat puhe, eleiden ja ilmeiden käyttö sekä fysioterapeutin kosketus. Luokat ovat nähtävissä kuviossa 4.

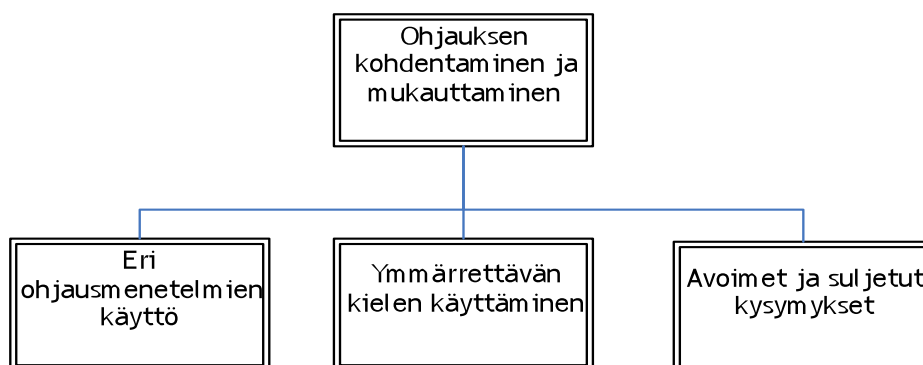


Kuvio 4: Monipuolinen viestintä

Puhe käsittää fysioterapeutin ja potilaan käyttämän sanallisen viestinnän. Suurin osa fysioterapeutin ja potilaan välisestä kommunikoinnista tapahtui puheen välityksellä. Fysioterapeutit ja potilaat käyttivät viestinnässään myös eleitä ja ilmeitä. Vuorovaikutustilanteissa fysioterapeuttien viestintä sisälsi myös paljon kosketusta, muun muassa mittauksissa, manuaalisessa ohjauksessa tai muuten kommunikoidessa.

9.3.2 Ohjauksen kohdentaminen ja mukauttaminen

Ohjauksen kohdentaminen ja mukauttaminen -pääluokan alle alaluokiksi muodostui eri ohjausmenetelmien käyttö, ymmärrettävän kielen käyttäminen sekä avoimet ja suljetut kysymykset (kuvio 5).



Kuvio 5: Ohjauksen kohdentaminen ja mukauttaminen

Potilasta ohjattaessa fysioterapeutit käyttivät sanallista, visuaalista ja manuaalista ohjausta. Fysioterapeutit käyttivät eri ohjausmenetelmiä sekä yksitellen että yhdistäen tarpeen mukaan. Sanallista ohjausta fysioterapeutit käyttivät antaessaan potilaalle ohjeita ja korjatesaan tai antaessaan palautetta potilaan suorituksesta. Fysioterapeutit käyttivät visuaalista ohjausta sanallisen ohjauksen tukena. Usein he näyttivät ensin itse harjoitteen tai tekivät harjoitetta potilaan vieressä. Manuaalista ohjausta fysioterapeutit käyttivät korjattaessaan potilaan asentoa tai suoritusta, tukiessaan potilasta käsin ja varmistaakseen, ettei harjoitteen aikana tapahdu vahinkoa.

Fysioterapeutit käyttivät ymmärrettävää kieltä, jolloin potilaan oli helppo käsitellä tietoa. Fysioterapeuttien kartoittaessa potilaan tilannetta sekä tiedustellessa potilaan vointia ja tuntemuksia käyttivät he sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Suljettujen kysymysten käyttäminen korostui erityisesti esitietolomakkeen tietoja koneelle siirrettäessä, kun fysioterapeutit tekivät potilaalle tarkentavia kysymyksiä.

Fysioterapeutti: *"Mites tuo vasen lonkka? Siinähan on kiistätön kuluma näin röntgenkuvassa, mutta mitens se oireilee?"*

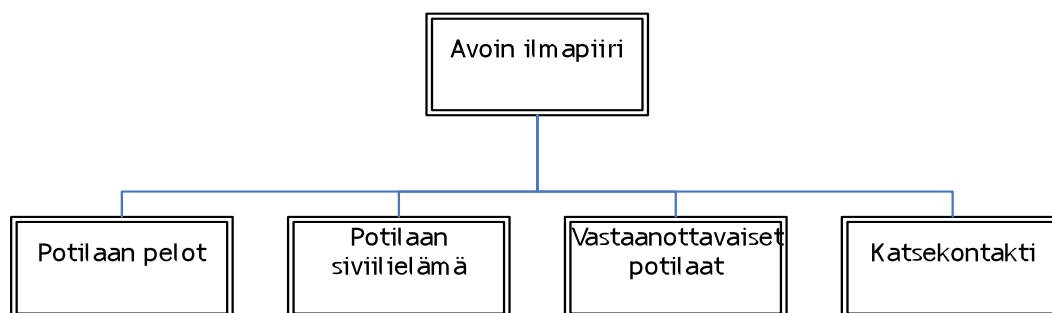
Fysioterapeutti: *"Käydäänkö vielä vai käännytäänkö?"*

Potilas: *"Eiku me mennään tonne alas."*

Fysioterapeutti: *"Nooni, hyvä. (Hymyilee)"*

9.3.3 Avoin ilmapiiri

Avoin ilmapiiri on yksi analyysissa muodostunut pääluokka. Se muodostuu alaluokista potilaan pelot, potilaan siviilielämä, vastaanottavaiset potilaat ja katsekontakti. Luokat ovat nähtävissä kuviossa 6.



Kuvio 6: Avoin ilmapiiri

Useat potilaat kertoivat avoimesti peloistaan ja mieltään askarruttavista asioista. Muutaman potilaan ja fysioterapeutin keskustelussa tuli puhetta myös potilaan perheestä ja läheisistä. Useimmat potilaat vaikuttivat vastaanottavaisilta ja avoimilta ohjausta kohtaan. Pääosin katsekontakti säilyi fysioterapeutin ja potilaan välillä heidän puhuessaan toisilleen.

Potilas: *"Se on vähän semmonen fobiajuttu mulle se rap-rappunen..."*

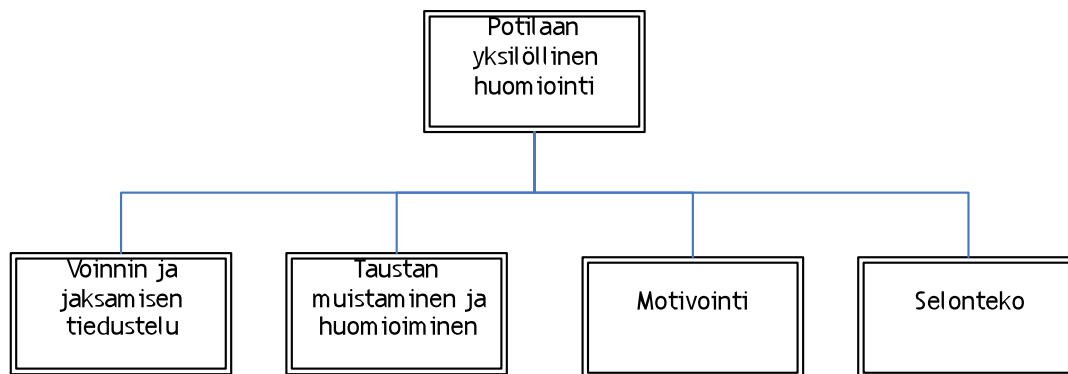
Fysioterapeutti: *"...aika pitkiä, onks sulla näin pitkä askelrytmi, normaalisti?"*

Potilas: *"Ei kävellessä mutta tanssiessa."*

Fysioterapeutti: *"Okeii (ft naurahtaa, pt hymyilee)... okei. No, tehään silleen että ensin se kävely kuntoon et otat lyhkäsempiä askeleita, sitte pikkuhiljaa voit ku aikaa kuluu ni, vaikka niitä tanssiaskelaitaki vähän harjotella."*

9.3.4 Potilaan yksilöllinen huomiointi

Potilaan yksilöllinen huomiointi -pääluokka koostuu neljästä alaluokasta: potilaan voinnin ja jaksamisen tiedustelu, potilaan taustan muistaminen ja huomioiminen, motivointi sekä selonteko (kuvio 7).



Kuvio 7: Potilaan yksilöllinen huomiointi

Preoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa fysioterapeutit tiedustelivat potilaan yleistä vointia ja tuntemuksia leikattavan lonkan suhteen. Fysioterapeutit huomioivat potilaan taustan tiedustellen tämän kotioloja sekä aikaisempia toimintatapoja ja -malleja. Fysioterapeutit motivoivat potilasta kannustamalla ja antamalla tälle positiivista palautetta. Potilasta tutkiessaan fysioterapeutit kertoivat potilaalle mitä tekevät ja miksi.

Fysioterapeutti: ”Mä vähän nostan tota hameen helmaa, mä vaan katon sitä, et onks niissä pituuseroo niis jaloissa. Onko semmosta tunnetta, et ois?”

Postoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa fysioterapeutit tiedustelivat potilaan vointia leikkauksen jälkeen ja potilaan jaksamista harjoitteiden lomassa. Fysioterapeutit muistuttivat potilaalle usein, että lepääminen on sallittua. Fysioterapeutit muistivat potilaan taustan ja usein kommentoivat jotain siihen liittyen. Harjoittelussa fysioterapeutit myös huomioivat potilaan taustan, kuten kotiolot. Fysioterapeutit motivoivat potilasta kehumalla ja antamalla positiivista palautetta, sekä vertaamalla postoperatiivista tilannetta preoperatiiviseen tilanteeseen. Harjoitteita ohjatessaan fysioterapeutit kertoivat potilaalle tarkasti mitä harjoitteissa tehdään sekä perustelivat niiden käytännön merkitystä.

Potilas: ”Se on aika vaikee se sattuu tänne ni...”

Fysioterapeutti: ”Joo, ihan varmasti, et se on aina ihminen on kokonaisuus ni se tuntuu ihan kauttaaltaan.”

Fysioterapeutti: ”Mites kotona olikaan niitä portaita?”

Fysioterapeutti: ”Sull o erittäin hyvä istuma-asento, molemmilla kankuilla on, paino...ja se on hyvin tärkeätä... Muistan miten istuit silloin ennen leikkausta, ni se oli aika paljon siellä, toisella, kankulla.”

9.3.5 Fysioterapeutti-potilas-asetelma

Viidenneksi preoperatiivisten vuorovaikutustilanteiden pääluokaksi muodostui fysioterapeutti-potilas-asetelma. Sen alaluokkia ovat fysioterapeuttijohtoinen vuorovaikutustilanne, ohjauksen sisällöstä vastaa fysioterapeutti ja selkeän tavoitteenasettelun puuttuminen (kuvio 8).

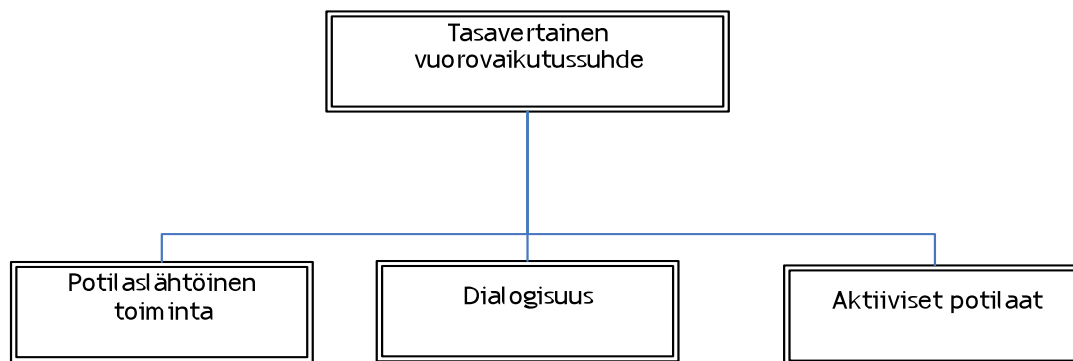


Kuvio 8: Fysioterapeutti-potilas-asetelma

Fysioterapeutit johtivat preoperatiivisia vuorovaikutustilanteita potilaan ollessa passiivisemmassa roolissa. Potilaat eivät vaikuttaneet ohjauksen sisältöön, vaan fysioterapeutit vastasivat fysioterapian suunnittelusta ja sisällöstä. Ohjaustilanteissa ei ilmennyt selkeää tavoitteenasettelua.

9.3.6 Tasavertainen vuorovaikutussuhde

Tasavertainen vuorovaikutussuhde nousi yhdeksi postoperatiivisten vuorovaikutustilanteiden pääluokaksi. Tämä pääluokka kokoaa alleen alaluokat potilaslähtöinen toiminta, dialogisuus ja aktiiviset potilaat. Luokat ovat nähtävissä kuviossa 9.



Kuvio 9: Tasavertainen vuorovaikutussuhde

Postoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa lähtökohtana oli potilaslähtöinen toiminta. Osa fysioterapeuteista pyrki aktivoimaan potilasta esimerkiksi kehottamalla potilasta ensin itse muistelemaan ja näyttämään, miten aikaisemmin läpikäyty harjoite tuli tehdä. Potilas ja fysioterapeutti osallistuivat tasavertaisesti keskusteluun, mikä ilmeni keskustelun dialogisuutena. Useimmat potilaat olivat aktiivisia ja kertoivat oma-aloitteisesti tuntemuksistaan sekä kyselivät itseään mietittyttäviä asioita. Harjoitteita tehdessä osa potilaista kertasi liikesuorituksia ääneen sekä varmisteli fysioterapeutilta, meneekö suoritus oikein.

Fysioterapeutti: *"Tämä... tiedätkö miks tää tyyny on?"*

Potilas: *"No se on kai sitä varte että tää jal, leikattu jalka ei menis tän... keskiviivan viivan tälle puolelle (elehtii käsillään)."*

10 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta potilasohjaustilanteissa. Mielestämme opinnäytetyö vastaa kyseiseen tarkoitukseen ja tavoitteeseen, sillä vuorovaikutus on olennainen osa fysioterapiaohjausta ja olemme pyrkinneet kartoittamaan tätä osa-aluetta. Pre- ja postoperatiivisissa ohjaustilanteissa fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus oli hyvin samankaltaista. Kaiken kaikkiaan vuorovaikutus koostui useista eri osa-alueista sekä vaihteli fysioterapeutti-potilas-kohtaisesti. Preoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa tuli selkeämmin esille fysioterapeutti-potilas-asetelma kun taas postoperatiivisissa ohjaustilanteissa vuorovaikutus oli tasavertaisempaa.

Viime aikoina fysioterapiaohjauksessa on alettu painottamaan potilaslähtöistä toimintaa, jonka edellytyksenä on tasavertainen vuorovaikutussuhde fysioterapeutin ja potilaan välillä. Tämän päivän fysioterapeutilta on alettu vaatia entistä enemmän kuuntelutaitoa ja kykyä muokata ohjaustaan potilaskohtaisesti. Koemme, että fysioterapiaprosessissa on pitkään keskitytty kapea-alaisemmin ongelma- ja oirelähtöiseen toimintaan, jolloin vuorovaikutuksen merki-

tys on jäänyt vähäisemmälle huomiolle. Uskomme, että tulevaisuudessa vuorovaikutukseen aletaan kiinnittää yhä enemmän huomiota ja sen merkitys kuntoutuksessa tulee kasvamaan.

10.1 Tulosten tarkastelu

Fysioterapeutti kohtaa työssään paljon erilaisia potilaita. Tällöin on tärkeää kuunnella ja havainnoida potilasta sekä muokata viestintää potilaskohtaisesti. (Kukkohovi 2004, 26.) Fysioterapeuttinen ohjaustilanne sisältää paljon sanallista ja sanatonta viestintää. Sanatonta viestintää voidaan käyttää esimerkiksi luomaan positiivista ilmapiiriä katseella, kosketuksella tai pään liikkeellä. (Talvitie ym. 2006, 63.) Sekä fysioterapeutit että potilaat käyttivät monipuolista viestintää, joka sisälsi puhetta sekä eleitä ja ilmeitä. Lisäksi fysioterapeuttien viestintä sisälsi paljon kosketusta, joka on oleellinen osa fysioterapeuttista ohjausta. Kosketuksella oli eri tilanteissa eri funktio ja sen tyyli vaihteli tarkoituksen mukaan. Kosketuksella on voinut olla merkittävä vaikutus fysioterapeutin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, etenkin luottamussuhteen osalta. Eri viestinnän keinot tulivat esille sekä pre- että postoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa, mutta potilaiden kohdalla eleiden käyttö oli preoperatiivisissa tilanteissa selkeästi aktiivisempaa kuin postoperatiivisissa tilanteissa. Tämä saattoi johtua siitä, että preoperatiivisissa ohjaustilanteissa oli enemmän keskustelua kun taas postoperatiivisissa tilanteissa oli enemmän toimintaa ja harjoittelua. Lisäksi postoperatiivisissa ohjaustilanteissa potilaat käyttivät kyynärsauvoja, jolloin heidän oli vaikeampaa elehtiä käsillään.

Fysioterapeutin tulisi mukauttaa omaa vuorovaikutustaan potilaskohtaisesti (Kukkohovi 2004, 24), esimerkiksi huomioiden potilaan luonne ja toimintatavat. Fysioterapeutit mukauttivat ohjaustaan hyödyntämällä eri ohjausmenetelmiä, joita ovat sanallinen, visuaalinen ja manuaalinen ohjaus. Potilasta ohjattaessa fysioterapeutit käyttivät erilaisia ohjaustapoja eri tarkoituksiin. (Talvitie ym. 2006, 183, 192.) Fysioterapeutit käyttivät ohjausmenetelmiä sekä yksitellen että yhdistäen tarpeen mukaan. Fysioterapeutit käyttivät paljon sanallista ohjausta muun muassa kertoessaan leikkauksesta ja siitä kuntoutumisesta sekä korjattaessa potilaan asentoa. Visuaalista ohjausta fysioterapeutit käyttivät sanallisen ohjauksen tukena ohjattaessa leikkauksen jälkeisiä harjoitteita ja havainnollistaakseen omaa toimintaansa. Manuaalista ohjausta hyödynnettiin etenkin silloin, kun potilaan asentoa tarvitsi korjata tai potilaalla oli hankaluuksia oikean liikesuorituksen hahmottamisessa.

Potilasta ohjattaessa fysioterapeutit käyttivät ymmärrettävää kieltä. Onnismaan (2007, 26) mukaan ohjauksessa tulisi varmistua siitä, että ohjeet ovat ymmärrettäviä. Ymmärrettävä ohjaus varmasti helpotti potilaita käsittämään kuntoutuksen merkityksen. Fysioterapeutit käyttivät sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä haastatellessaan potilasta tai tiedustellessaan tämän tuntemuksia. Avointen kysymysten on todettu edistävän keskustelua, kun vastaaja voi vapaasti ja omin sanoin kertoa ongelmistaan ja tunteistaan. Suljetut kysymykset ovat hyö-

dyllisiä silloin kun halutaan nopeasti informaatiota. (Onnismaa 2007, 34; Talvitie ym. 2006, 63.) Avoimet kysymykset kannustivat potilaita kertomaan avoimesti tilanteestaan ja tunteuksistaan. Suljettuihin kysymyksiin vastattiin niukkasanaistemmin.

Vuorovaikutustilanteissa vallitsi avoin ilmapiiri. Useimmat potilaista kertovat muun muassa peloistaan ja läheisistään. Potilaiden tuodessa esille leikkaukseen ja siitä toipumiseen liittyviä pelkojaan pyrkivät fysioterapeutit lievittämään pelkoja rauhoittelemalla ja rohkaisemalla potilaita. Muun muassa Kiddin ym. (2010, 161) tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat tärkeäksi fysioterapeutin kyvyn olla empaattinen ja ystävällinen. Näin ollen fysioterapeuttien empaattinen suhtautuminen potilaiden pelkoihin vaikutti varmasti positiivisella tavalla heidän väliseen vuorovaikutukseensa. Fysioterapeuttien ohjatesa potilaita vaikuttivat potilaat vastaanottavaisilta. Vuorovaikutustilanteissa fysioterapeutin ja potilaan katsekontakti säilyi, mikä antoi ilmapiiristä luontevan ja mukavan vaikutelman.

Fysioterapeutit huomioivat potilaan yksilöllisesti. Tämä ilmenee muun muassa potilaan voimien ja jaksamisen tiedusteluna. Fysioterapeutit myös huomioivat ja muistivat potilaan taustan. Fysioterapeutit motivoivat potilaita antamalla heille paljon positiivista palautetta ja kehuja. Potilaan ja ohjaustilanteen myönteisten ominaisuuksien esille nostaminen on tärkeää, sillä positiivisten seikkojen korostaminen auttaa jaksamaan vaikeissakin tilanteissa (Sukula 2002, 17). Kiddin ym. (2010, 161) tutkimuksessa todetaan, että potilaat pitivät erityisen tärkeänä fysioterapeuttien antamaa positiivista palautetta ja kannustusta. Fysioterapeutin tulee kertoa potilaalle, mitä hänelle tehdään ja miksi (Talvitie ym. 2006, 52). Tutkiessaan ja ohjatesaan potilasta fysioterapeutit kertoivat, mitä he tekevät ja mitä tulee tapahtumaan sekä selvittivät potilaalle, mitä he tutkivat tai mihin harjoitteilla pyritään. Uskoisimme selonteon vaikuttaneen positiivisesti vuorovaikutukseen. Kun potilas tietää mitä hänelle tehdään ja miksi, on hänen helpompi luottaa fysioterapeuttiinsa. Harjoitteiden perustelu taas motivoi potilasta kuntoutumaan, kun hän ymmärtää niiden merkityksen käytännön elämässä.

Preoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa tuli esille fysioterapeutti-potilas-asetelma, kun taas postoperatiivisissa ohjaustilanteissa vuorovaikutussuhde oli tasavertaisempi. Fysioterapi-an ollessa perinteisesti asiantuntijälähtöistä toimintaa vallitsee ohjaustilanteissa valitettavan usein yksisuuntainen viestintä, mikä osoittaa terapeutin johtavan vuorovaikutuksen etenemistä (Poskiparta 2002, 29; Veijola & Larivaara 2001, 15). Postoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa oli preoperatiivisia tilanteita enemmän dialogista keskustelua. Potilaat olivat aktiivisempia ja oma-aloitteisempia. He muun muassa puhuivat ja kertoivat ääneen, mitä tekevät sekä kysyivät aktiivisemmin epäselviksi jääneistä asioista. Harjoitteita tehdessään potilaat myös varmistelivat fysioterapeutilta, meneekö suoritus oikein. Postoperatiivisissa ohjaustilanteissa fysioterapeutit ja potilaat olivat tavanneet jo useamman kerran ja ehtineet paremmin tutustua toisiinsa, mikä todennäköisesti edesauttoi tasavertaisemmän vuorovaikutussuhteen

muotoutumista. Tasavertainen vuorovaikutussuhde näkyi dialogina fysioterapeutin ja potilaan välillä. Dialogisessa terapiasuhteessa molemmat osapuolet osallistuvat keskusteluun tasapuolisesti ja ovat sitoutuneita kuntoutusprosessiin. Osapuolet ovat kiinnostuneita toistensa näkökulmista ja heidän välillään vallitsee molemminpuolinen yhteisymmärrys sekä kunnioitus toista kohtaan. (Talvitie ym. 2006, 54–55.)

Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä toimintaa, jossa potilas nähdään aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Lipponen ym. 2008, 122). Karjalaisen (2005, 28) mukaan tämän päivän potilas haluaa päästä vaikuttamaan hoitoonsa, eikä olla vain passiivisesti hoidon kohteena. Potilaslähtöisessä toiminnassa fysioterapeutti lähestyy potilasta tämän kysymyksistä ja elämäntilanteesta käsin (Sukula 2002, 17). Potilaslähtöinen toiminta tuli esille postoperatiivisissa ohjaustilanteissa, joissa potilaat huomioitiin yksilöllisesti. Ohjaustilanteissa potilaan tulisi osallistua aktiivisesti ongelmien ratkaisemiseen niin, että hänen tavoitteensa ja tulkintansa ovat kuntoutuksen lähtökohtana. Ohjaaja pyrkii ohjauksellaan vahvistamaan potilaan toimintakykyä välttämällä valmiiden ratkaisujen tarjoamista. (Onnismaa 2007, 26.)

Potilaan ja ohjaajan välisissä vuorovaikutustilanteissa on oleellista tukea potilasta aktiivisuuden ja tavoitteellisuuden, jotta hän ottaisi vastuuta omasta hoidostaan ja toiminnastaan (Lipponen ym. 2008, 122). Potilasohjaustilanteessa saavutettu kaksisuuntainen vuorovaikutus edellyttää aktiivista osallistumista sekä potilaalta että ohjaajalta. Koska potilailla on erilaiset valmiudet ottaa vastuuta, on ohjaajan tehtävänä rohkaista heitä vastuullisuuteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Osa fysioterapeuteista pyrki aktivoimaan potilasta esimerkiksi kehottamalla potilasta ensin itse muistelemaan ja näyttämään, miten aikaisemmin läpikäyty harjoite tuli tehdä. Pääsääntöisesti samat potilaat olivat toisia aktiivisempia, iloisempia ja sosiaalisempia sekä pre- että postoperatiivisissa vuorovaikutustilanteissa. Pohdimme, voisiko fysioterapeutti pyrkiä intensiivisemmin aktivoimaan vähemmän aktiivisia ja hiljaisempia potilaita.

Vuorovaikutustilanteissa ei tullut esille selkeää tavoitteen asettelua. Bassett & Petrie (1999) sekä Schoebin (2009) toteavat tutkimuksissaan, että selkeiden kuntoutustavoitteiden laadinta on oleellinen osa fysioterapiaprosessia. Molemmissa tutkimuksissa todetaan, että potilaan aktiivisesti osallistuessa tavoitteiden laadintaan saavutetaan parempia hoitotuloksia. Pohdimmekin, voisiko preoperatiiviseen ohjaukseen sisällyttää näkyvämmiin tavoitteiden laatimisen yhdessä potilaan kanssa. Näin potilas pääsisi paremmin vaikuttamaan kuntoutuksen sisältöön. Lisäksi yhteisten tavoitteiden myötä potilasta olisi helpompi aktivoida ja motivoida kuntoutumiseen.

10.2 Eettisyys

Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee huolehtia ja vastata siitä, että hänellä on tutkimuksen suorittamiseen tarvittavat tutkimusluvut ja että tutkimusprosessi etenee lupien mukaisesti (Laurea-ammattikorkeakoulu 2011, 10). Opinnäytetyö on osa suurempaa tutkimushanketta, johon anottiin lupa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisen yksikön eettiseltä lautakunnalta.

Tutkimusta tehdessä olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnusomaisia toimintatapoja. Tutkija on rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössään, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Hän soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustuloksiaan julkaistessaan tutkijalta vaaditaan tieteellisen tiedon luonteen kuuluvaa avoimuutta. Tutkija huomioi muiden tutkijoiden työt ja saavutukset sekä antaa niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan. Tutkimus on yksityiskohtaisesti suunniteltu, toteutettu ja raportoitu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004, 3.)

Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellistä toimintaa. Tutkijan tulee huomioida ainakin seuraavat periaatteet: Tutkija ei plagioi toisten tekstiä. Luvattomalla lainaamisella tarkoitetaan toimintaa, jossa jonkun toisen tuottamaa tekstiä esitetään omana. Toisten tekstiä lainatessa tulee lainaus osoittaa asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkija ei myöskään saa plagioida itseään tuottamalla näennäisesti uutta tutkimusta muuttamalla vain pieniä osia vanhasta tutkimuksestaan. Tutkimuksen tuloksia ei yleistetä, sepitetä tai kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, vaan kaikki käytetyt menetelmät tulee selostaa huolellisesti. Julkaisussa tulee mainita kaikki tutkimusryhmän jäsenet niin, ettei kenenkään osuutta vähätellä. Tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja ei käytetä tutkimuksen ulkopuolisiin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 25–27.) Olemme työssämme viitanneet käytettyihin lähteisiin ja pyrkineet mahdollisimman tarkasti raportoimaan tutkimuksessa käytetyt menetelmät.

Ihmisoikeudet muodostavat tutkimuksen ihmisiin kohdistuvan eettisen perustan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla heidän itse valita, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tärkeää on myös selvittää, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan sekä millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Tutkittaville tulee kertoa tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusmenetelmät. Ennen tutkimuksen aloittamista tulee selvittää, mitä hyötyä tai haittaa tutkittavalle tutkimuksesta on, miten heidän yksityisyytensä ja tutkimuksen luottamuksellisuus turvataan sekä miten ol-

laan johdattamatta tutkittavia harhaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Opinnäytetyötä tehdessämme olemme käsitelleet tutkimusaineistoa luottamuksellisesti. Olemme työssämme suojelleet tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteettia varmistaen, ettei heitä voi tunnistaa opinnäytetyötä lukiessa. Videoita katsoessamme olemme huolehtineet, etteivät ulkopuoliset henkilöt ole kuulleet tai nähneet videolla esiintyviä henkilöitä.

Tutkimustyöhön liittyvät eettiset kysymykset nousevat erityisen tärkeiksi niillä tieteen aloilla, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa kuten hoitotieteessä tai lääketieteessä. Vehviläinen-Julkunen (1998, 27) jäsenteleo hoitotieteen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä käsittelemällä tutkimuksen ongelmanasettelua, tutkijan ja tutkimusorganisaation suhdetta, tutkijan ja tutkittavien suhdetta sekä aineiston keruuta ja tulosten julkistamiseen liittyviä kysymyksiä. Tutkimuksen peruskysymys on, mitä valitaan tutkittavaksi. Näin tutkimuksen kohdentaminen rajautuu tutkimusongelmia mietittäessä. Tutkimusongelmien tunnistamisessa tulevat esille tietyn tutkimusongelman valintaa ja tutkimusta ohjaavat arvot. Tutkijan tulee sopia tutkimusorganisaation kanssa muun muassa lupien saamisesta tutkimusta varten. Molempien osapuolien tulee olla myös selvillä, millaista tietoa voidaan käyttää. Tutkijan suhde tutkittaviin on erityisen tärkeä, sillä tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oikeus tietää, mitä heille tehdään tai tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Tutkimustulosten julkaisemisen pääperiaatteena on, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti vaarantamatta kuitenkaan tutkittavien tietosuojaa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–29.)

10.3 Luotettavuus

Luotettavuus on tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 206). Laadullisissa tutkimuksissa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat (Eskola & Suoranta 2005, 211; Hirsjärvi ym. 2007, 226). Näin ollen tutkimuksen luotettavuutta pyritään aina arvioimaan. Arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1998, 216).

Laadullisen tutkimuksen keskeisin luotettavuuden kriteeri on itse tutkija ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranata 2005, 210). Tutkimuksemme luotettavuuteen vaikuttaa kokemattomuutemme tutkijoina. Niemisen (1998, 215) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, johon vaikuttavat hänen omat tunteensa ja näkemyksensä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikista toteuttamisvaiheista. Aineiston keruun olosuhteista tulee kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään paljon reliabiliteetti-käsitettä (Eskola & Suoranata 2005, 213). Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Esimerkiksi jos kaksi tutkijaa saa saman tuloksen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja päädytään samaan lopputulokseen, voidaan tutkimuksia pitää reliabeleina. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Eskolan & Suorannan (2005, 213) mukaan reliabeeli tutkimus ei myöskään sisällä ristiriitoja. Tutkimuksesta arvioidaan myös sen validiutta, joka tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Validiteetti jaetaan kahteen osaan: sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen yhteneväisyyttä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. (Eskola & Suoranata 2005, 213.) Validissa tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattukin tutkia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136).

Opinnäytetyön tutkimusaineistona oli valmiiksi kuvattu videomateriaali, joka mahdollistaa tilanteiden uudelleen katselun ja tulkinnan. Näin ollen toisetkin tutkijat voivat tarkastella tutkimuksen validiteettia. Erityisen mahdollisuuden videomateriaali tarjoaa tutkimuksen reliabiliteetin varmistamiselle. Ilmiön säilyessä videoissa koko ajan samana voidaan videoaineiston pohjalta tutkimustulokset koska tahansa arvioida uudelleen. (Vienola 2004, 78.) Tutkimuksen luotettavuutta hieman heikentää se, että emme itse kuvanneet videoita ja näin ollen kuvaustilanteissa ei ole huomioitu meidän tutkimuskysymyksemme näkökulmaa. Esimerkiksi videoilta ei aina näy fysioterapeutin tai potilaan kasvoja, mikä vaikeutti vuorovaikutuksen analysointia. Pohdimme myös, että kameralla ja kuvaajilla on saattanut olla oma vaikutuksensa vuorovaikutustilanteisiin. Videot eivät laadultaan olleet täysin moitteettomat, vaan tilanteet katkeilivat ja osallistujien puheesta oli välillä vaikea saada selvää. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös se, että leikkauksen jälkeiset ohjaustilanteet oli kuvattu eri postoperatiivisina päivinä. Näin ollen videoita oli vaikea verrata keskenään, sillä fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus oli saattanut muuttua kuntoutuksen edetessä.

Brink (1991) ja Honkasalo (1994) toteavat teksteissään, että havainnoimalla kerätyn aineiston luotettavuuteen vaikuttavat erityisesti tutkijan perehtyneisyys havainnoinnin kohteeseen, tutkijan ja havainnoitavien välille syntynyt suhde ja havainnointiin käytetty aika (ks. Nieminen 1998, 217–218). Tutkijalla saattaa olla ennakkokäsityksiä siitä, mitä hän tulee havaitsemaan. Nämä ennakkokäsitykset saattavat ohjata havainnointia niin, että tutkija ei kiinnitä riittävästi huomiota uusiin ja odottamattomiin asioihin. Havainnointiin tulee käyttää riittävästi aikaa, sillä liian lyhyt havainnointiaika saattaa vääristää tuloksia. (Nieminen 1998, 218.) Katsoimme videoita huolellisesti useaan otteeseen ja pyrimme havainnoimaan niitä mahdollisimman tarkasti.

Tutkijalta vaaditaan muistiinpanoja havainnoistaan. Muistiinpanojen laatu on tärkeä kriteeri arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 1998, 218.) Laadullisen aineiston analyysissä keskeistä on luokittelujen tekeminen. Analyysin luotettavuuden arvioimiseksi tulee tutkijan kertoa luokittelujensa perusteet. Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä punnita havaintojaan ja saattaa niitä myös teoreettisen tarkastelun tasolle. Tutkijan tulee kertoa, millä perusteella hän esittää tulkintojaan ja mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 227–228.) Onnistunut laadullinen tutkimus edellyttää selkeää raportointia. Hyvästä loppuraportista on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. Raportin tulee myös vakuuttaa lukija tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Nieminen 1998, 220.)

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa tutkittiin fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Tulkinnat on tehty täysin videomateriaalien pohjalta, eikä niissä ole huomioitu tilanteisiin osallistuneiden fysioterapeuttien ja potilaiden omia näkemyksiä. Jatkossa olisi mielenkiintoista haastatella heitä ja selvittää, millaiseksi he itse kuvailisivat ohjaustilanteiden vuorovaikutusta.

Videoita havainnoitaessa keskityttiin vuorovaikutuksen analysointiin. Jatkossa videoilta voisi analysoida tarkemmin fysioterapeuttien antaman ohjauksen sisältöä. Videoilta hankittua tietoa olisi mielenkiintoista verrata uusimpaan tutkittuun tietoon liittyen sairaalavaiheen lonkan tekonivelleikkauksen fysioterapian sisältöön.

Lähteet

- Aaltonen, T. 2005. Haastattelun rajoilla. Afaattisen puhujan haastattelemineen. Teoksessa Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 163–188.
- Ahonen, J. 2002. Lonkan rakenne ja sen toiminta kävelyssä. Teoksessa Ahonen, J. Sandström, M., Laukkanen, R., Haapalainen., Immonen, S., Jansson, L. & Fogelholm, M. (toim.). Alaraajojen rakenne, toiminta ja kävelykoulu. Jyväskylä: Gummerus, 329–340.
- Arokoski, J. 2009. Lonkan ja polven sairaudet. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otava, 199–214.
- Bassett, S. & Petrie, K. 1999. The effect of treatment goals on patient exercise programmes. *Physiotherapy*. Vol. 85, No. 3, 130–137.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. 2005. *The sage handbook of qualitative research*. Third edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus.
- Gilbey, H., Ackland, T., Wang, A., Morton, A., Trouchet, T. & Tapper, J. 2003. Exercise Improves Early Functional Recovery After Total Hip Arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. Vol. 408, 193–200.
- Grönfors, M. 2007. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 151–167.
- Gunvor, G., Lundvik Gyllensten, A., Salford, E. & Ekdahl, C. 2000. Physical Therapists' Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction with Patients. *Physiotherapy*. Vol. 86, No. 5, 229–240.
- Halonen, P. 2002. Avaustekniikat lonkan tekonivelkirurgiassa - vaikutus jälkihoitoon. Teoksessa Telaranta, S. & Lehto, M. (toim.) Tekonivel hoito uudistuu. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3.
- Heliövaara, M. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Duodecim*. Vol. 124, No. 16, 1869–1874.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97449&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero Luettu 24.8.2011.
- Hervonen, A. 2004. Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia. 7. painos. Tampere: Kirjapaino Virtaset.
- Hesse, S., Werner, C., Seibel, H., Frankeberg, S., Kappel, E-M, Kirker, S. & Käding, M. 2003. Treadmill training with partial body-weight support after total hip arthroplasty: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 84, No. 12, 1767–1773.
<http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993%2803%2900434-9/fulltext> Luettu 30.8.2011.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.

HUS, Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Hyvä hoitosuhde. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,6345> Luettu 6.10.2011.

HYKS, Jorvin sairaala. 2004. Lonkka kuntoon. Opas lonkan tekonivelleikkauspotilaalle. Espoo.

Jacobs, J., Hollingsworth, H. & Givvin, K. 2007. Video-based research made "easy": Methodological lessons learned from the TIMSS video studies. *Field methods*. Vol. 19, No. 3: 284–299. <http://fmx.sagepub.com/content/19/3/284.full.pdf+html> Luettu 10.1.2011.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.

Juhila, K. & Suoninen, E. 1999. Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.). *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 233–252.

Karjalainen, M. 2005. Mikä on tärkeää hoidossa? Hoidon eettiset lähtökohdat -analyysi Jorvin sairaalassa kerätystä aineistosta. www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,9165,9168,9634 Luettu 6.10.2011.

Karvonen, E. 2005. Johdatus viestintätieteisiin. Tampereen yliopisto. <http://viesverk.uta.fi/johdviest/viestistoria/nonverbaali.html> Luettu 8.10.2011.

Kettunen, J., Häkkinen, A., Kangas, H., Multanen, J., Ulaska, M. & Virtapohja, H. 2009. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Suomen fysioterapeutit. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001 Luettu 30.8.2011.

Kidd, M., Bond, C. & Bell, M. 2011. Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy*. Vol. 92, No. 2, 154–162. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=273063&_user=953156&_pii=S0031940610000957&_check=y&_origin=&_coverDate=30-Jun-2011&view=c&wchp=dGLbVBA-zSkWA&md5=4776c396ea5d1afd48ff4cf22bbcce5a/1-s2.0-S0031940610000957-main.pdf Luettu 28.8.2011.

Koistinen, J. 2005. Lantio-liikeketjun tärkeä linkki. Teoksessa Koistinen, J., Airaksinen, O., Grönblad, M., Kangas, J., Kouri, J.-P., Kukkonen, R., Leminen, P., Lindgren, K.-A., Mänttari, T., Paatelma, M., Pohjolainen, T., Siitonen, T., Tapanainen, M., van Wijmen, P. & Vanharanta, H. (toim.). *Selän rakenne, toiminta ja kuntoutus*. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus, 151–186.

Korte, R. Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Porvoo: WSOY.

Koskela, H. & Salanterä, S. 2008. Näytelmän käyttö potilaskeskeisen ohjauksen oppimisessa. Teoksessa Montin, L. (toim.) *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia ja raportteja 55.

Kostjukova, T. & Salanterä, S. 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen terveyden hallinnan oppiminen. Teoksessa Montin, L. (toim.) *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia ja raportteja 55.
Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Puheviestinnän pro gradu -tutkielma. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1 Luettu 25.8.2011.

- Kukkohovi, K-M. 2005. Vuorovaikutuksen kohdentaminen tehostaa fysioterapian ohjaustilannetta. *Fysioterapia*. Vol. 52, No. 1, 13-15.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Reinfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito. 2007. Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. *Duodecim*. Vol. 123, No. 5, 602-620. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054> Luettu 7.6.2011.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* Nro. 10. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva_ka/ Luettu 29.8.2011.
- Lairio, M. & Puukari, S. (toim.) 2001. Muutoksista mahdollisuuksiin - ohjauksen uutta identiteettiä etsimässä. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto.
- Laurea-ammattikorkeakoulu. 2011. Laurean opinnäytetyöohje. https://intra.laurea.fi/intra/fi/02_opiskelu/02_opiskelu_osa2/01_opinnot/05_opinnaytetyo/01_ont_ohjeet/Opinnaeytetyoeohje_aseteltu_240511.pdf Luettu 29.8.2011.
- Lehto, M., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven enoproteesikirurgia - varaosien avulla liikkujaksi. *Duodecim*. Vol. 121, No. 8, 893-901. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dle Luettu 22.8.2011.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol. 45, No. 2, 122-135. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597> Luettu 25.8.2011.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia-sarja* 4. 3. Uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Munin, M., Rudy, T., Glynn, N., Crossett, L. & Rubash, H. 1998. Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 279, No. 11, 847-852. <http://jama.ama-assn.org/content/279/11/847.full.pdf+html> Luettu 25.8.2011.
- Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Ojanen, S. 2001. Ohjauksesta oivallukseen: Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Saarijärven Offset.
- Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö: Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Parry, R. 2005. A video analysis of how physiotherapists communicate with patients about errors of performance: insights for practice and policy. *Physiotherapy*. Vol. 91, No. 4, 204-214. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=273063&_user=953156&_pii=S0031940605000891&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Dec-2005&view=c&wchp=dGLzVlS-zSkzS&md5=d5637cc77e730acdcf8d4c47162e4707/1-s2.0-S0031940605000891-main.pdf Luettu 9.6.2011.

Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaiden fysioterapia Pirkanmaalla. Leikkaukseen valmentaudutaan aktiivisesti. *Fysioterapia*. Vol. 52, No. 4, 17–19.

Peavy, R. V. 2000. Ammatinvalinnan ja urasuunnittelun ohjaus postmodernina aikana. Suom. Auvinen, P. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Juva: WS Bookwell, 14–40.

Piirainen, A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. Helsingin yliopisto: Yliopistopaino. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 207.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystietämisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.). *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 24–35.

Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Pätiälä, H. 2003. *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf Luettu 20.10.2011

Saresvaara, M. & Ojala, B. 2000. Nivelten ja lihasten fysioterapia. Trigger-kivut ja toiminnallinen anatomia. Jyväskylä: Gummerus.

Schoeb, V. 2009. "The goal is to be more flexible" - Detailed analysis of goal setting in physiotherapy using a conversation analytic approach. *Manual Therapy*. Vol. 14, No. 6, 665–670.
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiImageURL&_cid=272487&_user=953156&_pii=S1356689X09000447&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Dec-2009&view=c&wchp=dGLzVlS-zSkzV&md5=a9f4d1a4551d28fd4b76c950b6e881da/1-s2.0-S1356689X09000447-main.pdf Luettu 19.8.2011.

Spangar, T. 2000. Ohjaajan ja potilaan kohtaaminen "sisältä ulos". Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Porvoo: WS Bookwell, 14–23.

Sukula, S. 2002. Osallistuva potilas. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 13–23.

Suomen Reumaliitto Ry. 2011. http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/lonkan_tekonivelleikkaus/ Luettu 21.1.2011.

Suoninen, E. 1993. Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino, 48–74.

Suoninen, E. 1999. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.). *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 17–36.

Suoninen, E. 1999. Vuorovaikutuksen mikromaiseman analysoiminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.). *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 101–125.

Talvitie U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Telaranta, S. & Lehto, M. 2002. Tekonivel hoito uudistuu. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. painos. Helsinki: Edita Prima.

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/htkfi.pdf Luettu 12.1.2011.

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutus. Helsinki: WSOY.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Veijola, A. & Larivaara, P. 2001. Potilaslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. Fysioterapia. Vol. 48, No. 3, 14–16.

Vienola, V. 2004. Videoiden käyttö tutkimuksen apuvälineenä.

<http://sokl.joensuu.fi/verkkojulkaisut/tutkivaope/vienola.htm> Luettu 6.11.2010.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Kuvat

Kuva 1: Potilaan tilanteen kartoittaminen. Potilas numero 2. Video 2: 03.17	30
Kuva 2: Pystyasennon havainnointi. Potilas numero 6. Video 2: 12.17	31
Kuva 3: Liikkuvuuksien mittaus istuen. Potilas numero 1. Video 2: 03.51	32
Kuva 4: Liikkuvuuksien mittaus selinmakuulla. Potilas numero 4. Video 1: 14.03	33
Kuva 5: Sauvakävelyn ohjaus. Potilas numero 3. Video 1: 25.01	34
Kuva 6: Katse tulevaisuuteen. Potilas numero 5. Video 1: 13.19	35
Kuva 7: Harjoitteiden ohjaus vuoteessa. Potilas numero 3. Video 4: 05.56	36
Kuva 8: Harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa. Potilas numero 2. Video 1: 08.40	37
Kuva 9: Sauvakävelyn ohjaus. Potilas numero 7. Video 2: 09.00	37
Kuva 10: Harjoitteiden ohjaus pystyasennossa. Potilas numero 6. Video 4: 03.27	38
Kuva 11: Porraskävelyn ohjaus. Potilas numero 4. Video 1: 16.24	39
Kuva 12: Loppuyhteenvetoa. Potilas numero 1. Video 2: 00.32	40

Kuviot

Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys	7
Kuvio 2: Fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus preoperatiivisissa ohjaustilanteissa	41
Kuvio 3: Fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus postoperatiivisissa ohjaustilanteissa	41
Kuvio 4: Monipuolinen viestintä	42
Kuvio 5: Ohjauksen kohdentaminen ja mukauttaminen	42
Kuvio 6: Avoin ilmapiiri	43
Kuvio 7: Potilaan yksilöllinen huomiointi	44
Kuvio 8: Fysioterapeutti-potilas-asetelma	45
Kuvio 9: Tasavertainen vuorovaikutussuhde	46

Liitteet

Liite 1 Preoperatiiviset litteraatiot

Ft= fysioterapeutti
 Pt= potilas
 O= fysioterapeuttiopiskelija
 ()= tauko

Potilaan tilanteen kartoittaminen **Potilas nro 2, video 2: 02.24-03.22**

Ft: Mites tuo vasen lonkka? Siinähan on kiistätön kuluma näin röntgenkuvassa (kääntää tietokoneen ruudun pt:tä kohden), mutta mitens se oireilee (kääntyy pt:n suuntaan)?
 Pt: No se oireilee sillä lailla...esimerkiks tänään se on oireillu sillä lailla että...että enpä oikea. Vaikka mä oon syöny arcoxin kuuskymppisen niin totaa... ei oo oikein kunnolla päässy sen päälle voi astua... [Ft: Mmm (nyökyttelee).]
 Pt: ...mutta sitten se taas saattaa olla monta päivää että niinku (elehtii käsillään puhuessaan) esimerkiksi silloin ku te kävitte (suuntaa puheensa opiskelijoille ja heilauttaa oik. kättään heidän suuntaan)... [O: Mmm] ...ei mulla olla mitään semmosia ajatuksii silloin. Mut eilen ja tänään.
 Ft: Aaltoilua on vielä...
 Pt: Aaltoilu...
 Ft: ...oireiden. Joo.
 Pt: ...aalto aaltoilee se oire... [Ft: Joo.]...siis se semmosen astumisarkuus siellä.
 Ft: Joo. Öö, onko se astuminen aina yhtä tuskallista vai liittyks se just tähän liikkeelle lähtemiseen (heilauttaa oik. kättään pt:tä kohden) ja vertyykö se sitten, kun olet vähän...
 Pt: Ei...
 Ft: ...aikaa kävellyt?
 Pt: ...ei. Se
 Ft: Ei.
 Pt: ...se lonkan tunne ei verry. Se tulee... [Ft: Joo.] ...se tulee nimenomaan sit ku on hetken kävellyt. Kun muuten nää oireet on ollu semmosia, että kun pari metriä kävelee niin sitten taas niinku rullaa (kuvailee toimintaa käsillään).

Pystyasennon havainnointi **Potilas nro 6, video 2: 12.02-12.48**

Ft: Käännä varpaat suoraan eteenpäin. () Ja tätäkin jalkaa käännä vähän tonne vasemmalle, toiseen suuntaan. (Ohjaa manuaalisesti pot:sta tämän vas. nilkasta) Noin. Hyvä. Voit ottaa vähän leveemmän haara-asennonkin vielä. Ei paljoo, mutta vähän. (Pot korjaa seisoma-asentoaan ottaen tukea hoitopöydästä). Sen mitä pystyt. Ihan rauhassa. Hyvä, se riittää. Sitten oikase ittes, polvet suoriksi (ohjaa molemmilla käsillä manuaalisesti ojennusta pot:n polvista) Mä vähän nostan tota hameen helmaa (nostaa pot:n hameen helmaa), mä vaan katon sitä, et onks niissä pituuseroo niis jaloissa. Onko semmosta tunnetta, et ois?
 Pt: On. Jos mä pistän molemmat kantapäät kunnolla, et mä seison kunnolla molempien jalkojen varassa tasan... [Ft: Mmm.] ...niin tää on vasen polvi on koukussa (heilauttaa oik. kättään).
 Ft: Joo-o (siirtää kätensä pot:n hameen helmalta tämän lonkkien kohdalle).
 Pt: Sit jos mä seison näin, et molemmat polvet on suorassa niin mä en saa tätä kantapäätä maahan (liikuttaa oik. alaraajansa).
 Ft: Joo.

Liikkuvuoksien mittaus istuen

Potilas nro 1, video: 2, 03.18-04.40

Ft: Katotaan kiertoliikket tässä istuen, jos siellä semmosia on (hymähtää). Koitat istua ihan normaalisti sen kankun päälle (tarttuu oik. kädellä pt:n oik. nilkasta ja koskettaa vas. kädellä oik. lonkkaa siirtäen sen heti pt:n oik. polven päälle). Mä käännän täältä elikkä nyt lonkkanivel kiertyis sisäkiertoon (vie lonkkaa sisäkiertoon), jos se kiertyis mihkään. Joo. Semmonen lonksahdus...

Pt: Joo sielt tui semmonen.

Ft: ...lonksahdus kuulu, joo.

Pt: Ai se kuuluki...[Ft: Joo.]...mä tunsin et se.

Ft: Joo, joo. Päästä rennoks. Joo. () (asettelee goniometriä paikoilleen). Pitäis kasvaa yks käsipari lisää. No ei se paljon. Nyt lähtee jo, joudut tuolta fuskaamaan tuolta.

Pt: (Ei kuulu nauhalta) ..taaksepäin.

Ft: Joo, joo. ()

Ft: Vähän sama sama juttu, et ei tää niinku paljoo (vie lonkkaa ulkokiertoon). Et sä joudut heti sitten sieltä sieltä tota noin nostaa. Ehkä vähän paremmin noin päin. (päästä irti pot:n alaraajasta ja nousee ylös kyykkyasennosta).

Pt: Oisiks mä voinu jo pari vuotta sitten tulla tähän toimenpiteeseen näiden oireiden perusteella?

Ft: Totaa...

Pt: Että tää on niinku riittävä.

Ft: On. Joo-o (naurahtaa).

Pt: No niin. Miks mä, en mä...[Ft: Joo.]...en mä vaan keksiny tulla (naurahtaa ja nostaa vyötään ylöspäin).

Ft: Joo. Täähän tota noin täähän ei oo sinänsä niinku sairaus, tää on elämänlaatua parantava leikkaus.

Pt: Niin. Joo.

Ft: Mmm.

Pt: Joo ja sit ku se ei särkeny niin hirveesti, niin sen takia mä en lähteny sitten että (elehtii käsillään).

Ft: Niin, aivan.

Pt: Mä en tajunnu että että... [Ft: Joo.]...se tuli niin pikku hiljaa. (elehtii käsillään)

Ft: Joo, aivan.

Liikkuvuoksien mittaus selinmakuulla

Potilas nro 4, video 1: 13.52-14.36

Ft: Okei, kurkataas tuolta (asettelee oik. kädellään goniometrin pt:n vas. lonkan kohdalle ja tarttuu vas. kädellä pt:n vas. nilkasta). Mä lähen viemään nyt jalkaa, jalkaa niin tota tänne sivulle (näyttää vas. kädellään liikkeen suunnan) loitonnukseseen. Ite ei tarvi tehdä yhtään mitään ja sanot sitten vaan ku piisaa.

Pt: Mä luulen (heilauttaa oik. käden etusormeaan), et se piisaa hyvin äkkiä...

Ft: Okei. No sitten (naurahtaa).

Pt: ...et otappa varovasti sit.

Ft: Joo, sitten sanot vaan (lähtee viemään pt.n vas. alaraajaa loitonnukseseen).

Pt: Se ei, ei.

Ft: Yritäppä olla kuitenkin rentona. Et nyt pikkasen...[Pt: Joo.]...tulee jännittämistä vastaan.

Pt: Joo mä tiedän, koska...

Ft: Joo-o.

Pt: ...ei ei.

Ft: Tää tää on tiukka.

Pt: Joo on on on paha jo.

Ft: Joo.

Pt: On paha jo.

Ft: Siihen menee. Kyl ihan kymmenen, kymmenisen astetta. Ehkä viiski jopa, jos mietitään et otetaan tohon polvi, polvi tota lumpioon tai polven keskelle. Niin viitisen astetta. Et ei hirveen, viis-kymmenen astetta. (palauttaa pt:n jalan takaisin hoitopöydälle).

Sauvakävelyn ohjaus

Potilas nro 3, video 1: 24.36-25.17

Ft: Eli () katotaas, mites se lähtis menemään ihan noin itestään.

Pot: Näin (lähtee kävelemään sauvoilla).

Ft: Joo ihan oikein. Just, et sauvat ja kipeä jalka ja sitten. Ja sille saa tosiaan astua ellei mitään muita ohjeita tule niin.

Pt: Mmm. (kääntyy ympäri ja lähtee kävelemään takaisinpäin).

Ft: Joo. Hyvä. Usein kotiin lähtiessä jo voi lähteä kävelemään vuorotahdillakin eli kävelee ihan tälleen niinku kävelis noilla kävelysauvoilla.

Pot: Joo.

Ft: Että.

Pot: Elikkä se menee näin (vaihtaa sauvakävelyn vuorotahtiin).

Ft: Justiin elikkä aina ristikkäinen. Kyllä. Tälläkin tyyllillä voidaan sit kokeilla. (pt. pysähtyy ja kääntyy katsomaan ft:tä). Alussa kun sitä tietysti aristaa sitä lonkkaa...[Pt: Mmm.]...ja siellä on sitä kipua niin se on aina varmempi lähteä ehkä tolla ensimmäisellä tyyllillä... [Pt: Joo.]...et vie molemmat sauvat yhtäaikaa. (molemmat nyökkäävät)

Katse tulevaisuuteen

Potilas nro 5, video 1: 13.10-14.15

Ft: Eli (kääntyy katsomaan pt:tä) leikkauksen jälkeen makaillet sängyssä... [Pt: Mmm. (korjaa silmälasiansa asentoa)]...selällään. Ja siin on sitten hyvä tehostaa keuhkojen toimintaa välillä. Eli huokaile oikein syvään, että saat tuuletettua keuhkoja pohjia myöten. Eli ihan (vetää keuhkot täyteen ilmaa) ja happea keuhkot täyteen ja puhalla ulos. Saat myös puhua paljon kuhan vaan ilma liikkuu.

Pt: Mmm. (nyökkää).

Ft: Ja heti kun puudutus poistuu jaloista niin liikuttele molempia nilkkoja koukkuun ja suoraks (liikuttaa samalla oik. nilkkaansa koukkuun-suoraksi).

Pt: Joo.

Ft: Pyörittely ei oo tehokasta (vaihtaa nilkan liikkeen pyörittelyksi), mutta tää koukkuun-suoraks pumpaava liike on (vaihtaa nilkan liikkeen takaisin koukuun-suoraksi liikkeeksi). Sillä saa tehostettua noita (pyörittää oik. käden rannettaan) verenkiertoo jaloissa että...[Pt: Just.]...saadaan vältettyä näitä laskimotukosriskejä.

Pt: Joo.

Ft: Ja ei leikattuu jalkaa saat ihan vapaasti liikuttaa muutenki (liikuttaa oik. alaraajaansa) että saat vähän vaihtaa asentoo siinä sängyssä tai paikkaa, (liikuttaa molempia käsiään)...[Pt: Mmm.]...ei tarvii maata ihan samassa kuopassa koko aikaa.

Pt: Just joo.

Ft: Ja sitä leikattuakin jalkaa voi kyllä kevyesti liikuttaa (liikuttaa vas. alaraajaansa)...[Pt: Mmm.]...ihan muutaman sentin liikkeestä, että hiukan herättelee niitä lihaksia. Ei paljoo kyllä tai liikaa...[Pt: Mmm.]...kannata liikutella, että sitten se on kipee sen jälkeen.

Liite 2 Postoperatiiviset litteraatiot

Ft= fysioterapeutti
 Pt= potilas
 ()= tauko
 []= puhuvat päällekkäin

Harjoitteiden ohjaus vuoteessa

Potilas nro 3, video 4: 04.50-06.37

Ft: Mites se kyljelle kääntyminen, ko harjotellaanko sitä vielä?

Pt: Tälle terveelle kyljelle?

Ft: Niin, sä oot sitä jo tehnytkin muutaman kerran.

(Pt alkaa liikehtimään sängyssä kääntyäkseen kyljelleen)

Ft: Mut muistakko (elehtii oikealla kädellään toppuuttelevasti), mitä piti ensin muistaa... ennenku kääntyy kyljelle.

Pt: Mennä niinku tänne niin pitkälle... (Siirtyy sängyssä reunaan päin)

Ft: Miten lähtisit nyt kääntymään?

(Pt liikehtii sängyssä kääntyäkseen)

Ft: Joo, älä käännä (molemmat naurahtavat), se tyyny piti laittaa sinne polvien välii.

Pt: Aii aivan niin tiety tyyny...

FT: (Antaa pt:lle tyynyn) Polvet koukkuun.

Pt: Molemmat? (Laittaa tyynyä polvien väliin)

Ft: Joo-o... muuten se tyyny ei oikeen pysy siinä (varmistaa toisella kädellään, että tyyny pysyy).

Pt: Noni.

Ft: Noin, sit sen tyynyn kanssa.

Pt: Aivan siis käännetään polvet koukussa...?

Ft: Kyllä (nyökkää). Se tyyny pysyy siellä välissä (pt alkaa kääntymään vasemmalle kyljelleen)... ja.. käännät niinku ylävartalon ja yhtä aikaa (havainnollistaa käsillään kääntymisen suuntaa), käännät koko niinku... koko kropan yhtä aikaa... (auttaa vasemmalla kädellään pt:n polvesta ja jättää käden pt:n polvelle) ja nyt jalkoja tähän samalla... näin.. hyvä... just ja sit voi vähän työntää sinne taaksepäin (heilauttaa kättään)... Eli se tyyny on tärkeä pitää... sä saat semmosen oppaan, oppaan vielä (elehtii käsillään), sitä ei oo varmaan vielä tuotu, ni siinä on tämä kans sanottuna siinä oppaassa.. [Pt: Aha] että... [Pt: Joo] oppaassa et se tyyny siellä jalkojen välissä.

Pt: Joo.

Ft: Tämä... tiedätkö miks tää tyyny on?

Pt: No se on kai sitä varte että tää jal, leikattu jalka ei menis tän... keskiviivan viivan tälle puolelle (elehtii käsillään).

Ft: Just, nimeomaan... kyllä. Jos tätä ei ole, ni sillan tää helposti voi luiskahtaa tänne vähän... vähä väärään asentoon tää... jalka ni... varotaan sitä se kuus viikkoa. () Kuus viikkoa pitää varoa tätä...

Pt: Nii, nii, se on niitä, joo.

Ft: Mmm.

Harjoitteiden ohjaus istuma-asennossa

Pot nro 2, video 1: 8.29-9.43

Pt: Se on vähän semmonen fobiajuttu mulle se rap-rappunen...

Ft: Minkä takia?

Pt: Aaa... siis sen vanhan vamman takia. Että sen takia että mä olen sen kanssa sitten kerran pudonnu portaita alas...

Ft: Mennään rauhallisesti. (Kyykistyy pt:n eteen laittamaan tälle tossuja jalkaan)

Pt: Ylöspäin ei ihan, mutta alaspäin (elehtii käsillään ja ilmeellään pelkoa)...

Ft: Joo...

Ft: Mennään rauhallisesti ja, nythän me kuitenkin käytetään sitä hitaampaa tekniikkaa et mennään niinku askel, ja viereen (elehtii käsillään). Et se on ehkä turvallisempi ja voidaan hyvin käyttää kaidetta.

Pt: Joo, joo... ()

Ft: Tuletko vähän eteenpäin vielä ni saat jalat maahan. (Pt siirtyy sängyn reunalla eteenpäin) Ja, niinku oli puhetta joo niin, niin kotona kannattaa käyttää sitte, joko olla sit sukkasiltaan tai toisenlaiset, kengät tai tohvelit, jotka ei käänny jaloissa.

Pt: Joo, joo...

Ft: Sull o erittäin hyvä istuma-asento (ft elehtii käsillään), molemmilla kankuilla on, paino...

Pt: Joo...

Ft: ...ja se on hyvin tärkeitä.

Pt: Joo...

Ft: ...että rupee alusta lähtien istumaan suorana. Muistan miten istuit sillon ennen leikkausta, ni se oli aika paljon siellä, toisella, kankulla.

Pt mumisee jotain

Sauvakävelyn ohjaus

Potilas nro 7, video 2: 08.48-09.30

Ft: Jaa nyt ku kävelet, ni koita jättää se askel sinne [Pt: Tänne] taakse (kävelee pt:n takana).

Ft: Joo, joo. Joo... mut ei tartte kuitenkaan harppoo, kuitenkin että se jää.

Pt: Jääkse nyt? (Pysähtyy)

Ft: Joo. (Tulee pt:n vierelle, pysähtyy) Jää aika [Pt: Saaks se jäädä?] reilustikki (pitää kättään kevyesti pt:n oikealla kädellä, välillä irrottaen).

Ft: Joo, joo (jatkatvat kävelyä). Et sitteku, sit sä löydät sen sun oman askelrytmin, et älä suotta harpo liian pitkiä askeleita, mut et kuitenkin et sä joudut tulla sielt jalan yli pikkusen... aiika pitkiä (pysähtyy hetkeksi katsomaan askelta), onks sulla näin pitkä askelrytmi, normaalisti?

Pt: (Pysähtyy) Ei kävellessä mutta tanssiessa. (Ft kävelee pt:n etupuolelle, katoaa kuvasta hetkeksi)

Ft: Okeii (ft naurahtaa, pt hymyilee)... okei. (Pt jatkaa kävelyä)

Ft: No, tehään silleen että ensin se kävely kuntoon et otat lyhkäsempiä askeleita, sitte pikkuhiljaa voit ku aikaa kuluu ni, vaikka niitä tanssiaskeleitaki vähän harjotella.

Harjoitteiden ohjaus pystyasennossa

Potilas nro 6, video 4: 02.35-3.59

Ft: Sit kokeileppa viel silleen että, nojaatki siihen kipeeseen jalkaan ja terveellä jalalla teet nää samat liikkeet.

Pt: Jaaha. (Alkaa askeltamaan paikoillaan edestakaisin vasemmalla jalallaan)

Ft: Ja jos tuntuu siltä et pitää huilata välillä ni saat huilata, täs ei oo mikään hengen hätä. ()

Ft: Eli sen kipeen jalan täytyy myös, olla tukijalkana... Silloin (kyykistyy ja laittaa oikean kätensä pt:n oikealle polvelle) kun pidät polven suorana ku se on tukijalkana ni nyt siin on eniten voimaa käytettävissä, et älä päästä sitä notkuumaan hirveesti.

Pt: Se on aika vaikee se sattuu tännee ni...

Ft: Joo, ihan varmasti, et se on aina ihminen on kokonaisuus ni se tuntuu ihan kauttaaltaan.

Yritä työntää taas se lantio sinne eteenpäin (siirtää oikean kätensä pt:n saman puolen olkapäälle ja vasemman kätensä pt:n alaselälle), voit oikeestaan ottaa kepit vähän lähemmäs nään (siirtää oikean kätensä kyynärsauvalle ja takaisin pt:n olkapäälle), nyt sull on parempi tuki niissä. () Hyvää (siirtää oikean kätensä pt:n oikealle polvelle).. Pidä suorana, noin. () Ja vielä pari askellusta. () Pidä suorana edelleen. Jatka vaan. () Noin. () Ja vielä. () Se riittää. Ei enempää tota.

(Pt huokaisee)

Ft: Jaksatko vielä? ()

Pt: (Tuhauttaa) No ehkä, kyllä mä varmaan viel jaksan et ei oo siitä kiinni.

Ft: Ookei.

Porraskävelyn ohjaus

Potilas nro 4, video 1: 16.19-17.10

Ft: Mites kotona olikaan niitä portaita?

Pt: Yhdet tälläset (katsahtaa portaisiin).

Ft: Yhdet tälläset (nyökkää portaisiin päin). Ennenku pääsee kotiin, vai?

Pt: Kyllä.

Ft: Joo. Ne o ylös päin?

Pt: Ylöspäin.

Ft: Joo, noni. Pidätkö yleensä kaiteesta kiinni ku...

Pt: Olen pitänyt, toisella kädellä [Ft: Joo-o, joo.] kaiteesta.

Ft: Joo. Nytkin voit ottaa sieltä, mennäas ihan (ottaa pt:lta kaiteen puoleisen kyynärsauvan)...

Ft: Mites lähtisit nyt tulemaan (ottaa askeleen alemmas), kumman jalan laittasit ensin?

Pt: Tuottuota... Kyll mä pistäsin sauvat tänne alas (laittaa kyynärsauvan alemmalle portaal-le)...

Ft: Joo... ja kumpi jalka? (Pt lähtee laskeutumaan vasemmalla jalallaan) Leikattu jalka, joo.

Hyvä, just noin (varmistaa vasemmalla kädellään pt:n vatsasta ja ottaa itse samalla askeleita alemmas).

Pt: Aika lyhyet nää sauvat.

Ft: Se tuntuu nyt siinä vaiheessa joo.

Pt: Joo.

Ft: Joo. Mut sinnehän sitä ollaan sinne menossa sinne alaspäin... Me voidaan näitä pidentää jos ne tuntuu tossa lyhkäsiltä, et se oli vähän semmone... Käydäänkö vielä vai käännytäänkö?

Pt: Eiku me mennään tonne alas.

Ft: Nooni, hyvä. (Hymyilee)

Loppuyhteenvedoa

Pot nro 1, video 2: 00.07-00.45

Ft: Onks sulla jotain kysyttävää näistä () tai yli, ylipäätänsä ohjeista nyt tässä vaiheessa? (Kävelee sängyn päädystä pt:n eteen)

Pt: No ei mulla oikeestaa oo...

Ft: Joo, joo. Kyllä, joo... Ja sitten, toisaalta, niinku sanoit ni aika on aika lyhyt, ja hoitajat tulee oman litaniansa sit tässä kertomaan, ja suurin osa ohjeista menee sulsta tästä näin (vie kätensä kasvojensa ohi).

Pt: No mä otan papereit toss noin...

Ft: Joo, sulle on paperit ja sitte puhelin...

Pt: Hoitopaperit...

Ft: ...joo, kyllä. Ja puhelinnumero perään et soita jos tulee [Pt: Nii] epäusko, ni täällä ollaan, joo.

Pt: Mut jos ei täs ny tapahdu mitään poikkeavaa...

Ft: Joo... Muuten (pt puhuu jotain, ei kuulu) näyttää...

Ft: ...näyttää hyvältä...

Pt: Nii..

Ft: Oikeen...

Pt: Toi tuntuu hyvältä.

Ft: ...oikeen. Joo. Hyvä.

Pt: Noniin.

Ft: Hyvä siitä tulee.

Pt: Joo.

Ft: Joo.