

Sarianna Jakobsson, Sanna Olli ja Netta Pousi

**FYSIOTERAPIAPROSESSIN
ALKUHAASTATTELU**
Laadullinen tapaustutkimus

Opinnäytetyö
Fysioterapia


Helmikuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 8.2.2016
Tekijät Sarianna Jakobsson, Sanna Olli & Netta Pousi	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Fysioterapian koulutusohjelma
Nimeke Fysioterapiaprosessin alkuhaastattelu – Laadullinen tapaustutkimus	
Tiivistelmä <p>Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Kommunikaatio ja vuorovaikutus ovat tärkeä osa fysioterapiaprosessia. Fysioterapiaprosessi voidaan jakaa kuuteen eri vaiheeseen: valmisteleva työvaihe, asiakkaan tulo, fysioterapian tarpeen arviointi, fysioterapian toteutus, vaikutusten arviointi sekä prosessin päättäminen. Keskitymme opinnäytetyössämme asiakkaan tulovaiheeseen, joka sisältää esitietojen keräämisen ja alkuhaastattelun.</p> <p>Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, mitä fysioterapiaprosessin alkuhaastattelu sisältää, kuinka se etenee ja mitkä ovat alkuhaastattelutilanteen edellytykset. Tarkoituksenamme oli tutkia yrityksessä toimivan fysioterapeutin tekemää alkuhaastattelua fysioterapeutin ja asiakkaan ensimmäisellä tapaamiskerralla.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Tutkimme kolmea fysioterapeutin alkuhaastattelutilannetta, jonka asiakkaat olivat ennalta määräämättömiä työikäisiä naisia ja kärsivät tuki- ja liikuntaelämistön vaivoista. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin, jonka jälkeen ne analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Aineiston analysointivaiheessa käytimme apuna teoreettista viitekehystämme, muun muassa ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health), joka on kansainvälinen toimintakyvyn arvioinnin mittari.</p> <p>Tulokset kertovat, mitä kysymysmalleja fysioterapeutti käyttää missäkin alkuhaastattelun vaiheessa. Tämän lisäksi tulokset kertovat, miten terapisuhteen muodostuminen ja asiakkaan sekä fysioterapeutin välinen dialogi vaikuttavat haastatteluun sekä mihin osa-alueisiin fysioterapeutti alkuhaastattelussa keskittyy.</p> <p>Ensimmäisenä jatkotutkimusehdotuksena voisi olla fysioterapiaprosessin ensimmäisen tapaamiskerran haastattelun tutkiminen kokonaisuudessaan. Toisena jatkotutkimusehdotuksena on vastavalmistuneen ja kokeneen fysioterapeutin alkuhaastattelutekniikoiden eroavaisuuksien tutkiminen ja kolmantena, saadaanko alkuhaastattelutilanteet videoimalla erilaisia tai tarkempia tuloksia kuin äänittämällä.</p>	
Asiasanat (avainsanat) Haastattelu, alkuhaastattelu, fysioterapiaprosessi, ICF-luokitus, tapaustutkimus	
Sivumäärä 52+8	Kieli suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 3 liitettä	
Ohjaavan opettajan nimi Anne Henttonen & Merja Reunanen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Anonyymi

DESCRIPTION

 <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">MAMK</p> <p style="margin: 0;">University of Applied Sciences</p>	<p>Date of the bachelor's thesis</p> <p>8.2.2016</p>
<p>Authors</p> <p>Sarianna Jakobsson, Sanna Olli & Netta Pousi</p>	<p>Degree programme and option</p> <p>Degree Programme in Physiotherapy</p>
<p>Name of the bachelor's thesis</p> <p>Initial interview in the physiotherapy process – A qualitative case study</p>	
<p>Abstract</p> <p>Interview is a unique data acquisition method because there is interaction between the interviewer and the interviewee. Communication and interaction are an important part of the physiotherapy process. It is possible to divide the physiotherapy process in six different stages: preparation, client's arrival, assessment of the need for the physiotherapy, implementation of physiotherapy, assessment of the physiotherapy and ending the process. In this thesis we will focus on the client's arrival, where the physiotherapist collects the preliminary information of the client by interviewing.</p> <p>The aim of this thesis was to examine the contents of an initial interview, how it proceeds and what needs to be known before the interview. The purpose of this thesis was to investigate how a physiotherapist carries out the initial interview with the client during the first meeting.</p> <p>The study was conducted as a qualitative case study. We investigated three different initial interview situations. All clients were random working aged females and they suffered for musculoskeletal problems. The interviews were recorded and transcribed and after that the interviews were analysed by using the theory based content analysis. The data analysis was based on the theoretical framework including for example the ICF framework, which is an international classification of functioning, disability and health.</p> <p>The results show which questioning models the physiotherapist uses in specific parts of the initial interview. Furthermore, the results show how the forming of the therapy relationship and the dialog between the client and the physiotherapist will affect the interview and which fields the physiotherapist focuses on in the initial interviews.</p> <p>The first suggestion for further study could be investigating the entire interview between the client and the physiotherapist. The second suggestion could be to investigate the differences of interviewing techniques used between a physiotherapist who has recently graduated and a physiotherapist who has a lot of experience. The third suggestion for further study could be to investigate if it is possible to get different and more specific results by filming rather than recording the interviews.</p>	
<p>Subject headings, (keywords)</p> <p>Interview, initial interview, physiotherapy process, ICF International Classification of Functioning Disability and Health, case study.</p>	
<p>Pages</p> <p>52+8</p>	<p>Language</p> <p>Finnish</p>
<p>Remarks, notes on appendices</p> <p>3 appendices</p>	
<p>Tutor</p> <p>Anne Henttonen & Merja Reunanen</p>	<p>Bachelor's thesis assigned by</p> <p>Anonymous</p>

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	4
3	FYSIOTERAPIAPROSESSI	5
4	HAASTATTELUN SISÄLTÖ JA TOTEUTUS	7
	4.1 Haastattelun sisältö	7
	4.2 Kysymysmallit	10
	4.3 Kysymysmuodot	11
5	HAASTATTELU TIEDONHANKINNAN MENETELMÄNÄ	12
	5.1 Avoin haastattelu	13
	5.2 Motivoiva haastattelu	14
	5.3 Teemahaastattelu	15
6	HAASTATTELUN EDELLYTYKSET	16
	6.1 Vuorovaikutus	16
	6.2 Terapiasuhte	21
	6.3 Roolit haastattelussa	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
	7.1 Aineistonkeruumenetelmä	23
	7.2 Litterointi	24
	7.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi	26
8	TULOKSET	28
	8.1 Fysioterapiaprosessin alkuhaastattelun sisältö	29
	8.2 Fysioterapiaprosessin alkuhaastattelun eteneminen	32
	8.3 Alkuhaastattelussa toteutuvat haastattelun edellytykset	34
	8.4 Tulosten yhteenveto	40
9	POHDINTA	42
	9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	46
	9.2 Jatkotutkimusehdotukset	47
	LÄHTEET	48

LIITTEET

- 1 Abstrahointi ICF-luokituksen pohjalta
- 2 Tiedotus- ja suostumuskirje

3 Kirjallisuuskatsaus

1 JOHDANTO

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Haastattelu voi muistuttaa arkista keskustelua, mutta on luonteeltaan institutionaalinen, eli sillä on jokin tietty tavoite (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23). Kiinnostuimme haastattelusta osana fysioterapiaprosessia työelämäharjoittelujaksojemme aikana, ja lopullisen aiheen ideoinnissa meitä auttoi toimeksiantajamme. Rajasimme aiheemme pelkkään alkuhaastatteluun, sillä koko fysioterapiaprosessin tarkastelu on mielestämme liian laaja tutkimuskohde. Arkseyn ym. mukaan (1999, 32–33) haastattelu on tärkeää, sillä sen avulla saadaan tietoa asiakkaasta, hänen vaivoistaan sekä asioista, joita ei muuten välttämättä havaittaisi. (Arksey ym. 1999, 32–33.)

Opinnäytetyömme nimi johdatti meitä avaamaan lukijalle fysioterapiaprosessin kulkua, jonka ymmärtäminen on opinnäytetyömme kannalta olennaista. Fysioterapiaprosessi noudattaa aina samaa kaavaa ja se voidaan jakaa kuuteen eri vaiheeseen: valmisteleva työvaihe, asiakkaan tulo, terapian/kuntoutuksen tarpeen arviointi, terapian/kuntoutuksen toteutus, vaikutusten arviointi ja prosessin päättäminen (Talvitie ym. 2006, 52; Holma ym. 2012, 24). Keskityimme opinnäytetyössämme fysioterapiaprosessin toiseen vaiheeseen, asiakkaan tulovaiheeseen, jossa asiakkaalle tehdään alkuhaastattelu ja kerätään esitiedot. Kohdejoukkonamme oli kolme ennalta määräämätöntä tuki- ja liikuntaelimistön vaivoista kärsivää työikäistä naista, jotka tulivat tutkimuksessa mukana olevan yrityksessä toimivan fysioterapeutin vastaanotolle ensimmäistä kertaa.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, mitä fysioterapiaprosessin alkuhaastattelu sisältää, miten se etenee ja mitkä ovat alkuhaastattelutilanteen edellytykset. Tarkoituksenamme oli tutkia yrityksessä toimivan fysioterapeutin tekemää alkuhaastattelua. Lisäksi halusimme antaa toimeksiantajallemme työvälineen oman alkuhaastattelun reflektointiin. Kiinnostuimme alkuhaastattelusta fysioterapiaprosessin osana ja siitä, miten se kannattaisi toteuttaa; mitä kysymyksiä alkuhaastattelussa kannattaa esittää ja kuinka ne vievät alkuhaastattelutilannetta eteenpäin. Toiveenamme oli saada tutkimuksemme myötä työvälineitä tulevaan ammattiimme. Lisäksi toivoimme, että pysytymme tutkimuksemme kautta antamaan fysioterapiaopiskelijoille ideoita tulevaan

ammattiin ja herättää jo alalla työskentelevät fysioterapeutit refleктоimaan omia alkuhaastattelun menetelmiään.

Päädyimme toteuttamaan opinnäytetyömme laadullisena tapaustutkimuksena, sillä halusimme konkreettista aineistoa toimeksiantajamme alkuhaastattelutilanteista. Tutkimusprosessimme alkoi alkuhaastattelutilanteiden äänittämisellä ja haastatteluaineiston litteroinnilla. Tämän jälkeen haastatteluaineisto analysoitiin teorialähtöisen sisälönanalyysin keinoin, jotta saimme aineistoa tapaustutkimuksen tekoa varten. Haastatteluissa esiintyvien teemojen tulkitsemiseen käytimme apuna teoreettista viitekehystämme.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii fysioterapiayritys. Yrityksen yhteistyöhenkilönämme on ammattikorkeakoulusta vuonna 2006 valmistunut fysioterapeutti. Valmistumisen jälkeen hän on työskennellyt julkisella sektorilla, mutta nykyään toimii yrittäjänä. Toimeksiantajamme käyttää työvälineenä muun muassa manuaalisen fysioterapian tekniikoita. Hänellä on monipuolinen asiakaskunta, jotka kärsivät erilaisista tuki- ja liikuntaelimestön vaivoista.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mitä fysioterapiaprosessin alkuhaastattelu sisältää, miten se etenee ja mitkä ovat alkuhaastattelutilanteen edellytykset. Vertasimme haastatteluaineistossa esiin tulleita asioita teoreettiseen viitekehykseemme esimerkiksi kysymysmalleihin ja -muotoihin. Edellä mainittujen lisäksi käytimme apuna ICF-luokitusta, jonka avulla arvioimme haastatteluaineistojen sisältöä sekä niiden osa-alueita. ICF-luokitus on kansainvälinen toimintakyvyn, toiminnanrajoitteiden ja terveyden luokitus, joka kuvaa sitä, kuinka sairauksien ja vammojen vaikutukset näkyvät ihmisen elämässä (How to use the ICF 2013, 3).

Tarkoituksenamme oli tutkia yrityksessä toimivan fysioterapeutin tekemää alkuhaastattelua fysioterapeutin ja asiakkaan ensimmäisellä tapaamiskerralla. Saadaksemme laajemman kuvan haastattelun menetelmistä, vaiheista ja vaihtelusta eri asiakkaiden kanssa, tarkastelimme tutkimuksessamme kolmea eri haastattelutilannetta.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä fysioterapiaprosessin alkuhaastattelu sisältää?
2. Miten fysioterapiaprosessin alkuhaastattelu etenee?
3. Mitkä haastattelun edellytykset toteutuvat alkuhaastatteluissa?

3 FYSIOTERAPIAPROSESSI

Fysioterapiassa keskitytään arvioimaan asiakkaan terveyttä, liikkumista ja toimintakykyä sekä toiminnan rajoitteita ja toimintaympäristöä. Se perustuu sekä liikkumisen, terveyden ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen että parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Fysioterapian menetelmiä ovat ohjaus ja neuvonta, manuaalinen ja fysikaalinen terapia, terapeuttinen harjoittelu sekä apuvälinepalvelut. (Fysioterapia ammattina 2014.) Fysioterapeutti ja asiakas rakentavat yhdessä terapiaprosessin, joka muodostuu puheen ja harjoitteluun liittyvän toiminnan kautta (Talvitie ym. 2006, 9).

Fysioterapiaprosessi (KUVA 1) etenee aina samalla kaavalla riippumatta toteutustavasta, prosessin pituudesta tai organisaatiosta (Holma ym. 2012, 3). Kuntoutuksen edistyessä vastuuta terapiasta siirretään joko kuntoutujalle itselleen tai hänen omaisilleen, jolloin fysioterapiaprosessin luonne muuttuu. Samalla fysioterapeutin apu väheenee ja toiminta muuttuu ohjaavasta terapiasta itsehoitoa tukevaksi. (Talvitie ym. 2006, 52.) Fysioterapiaprosessi voi olla itsenäinen prosessi avohoidossa tai yksityisellä sektorilla, tai se voi olla myös osana pidempiaikaista hoitojaksoa sekä palveluketjua esimerkiksi sairaalassa tai terveyskeskuksessa (Holma ym. 2012, 3).



KUVA 1. Fysioterapiaprosessi (Holma ym. 2012, 4)

Fysioterapiaprosessin voi jakaa karkeasti kuuteen eri vaiheeseen: valmisteleva työvaihe, asiakkaan tulo, fysioterapian tarpeen arviointi, fysioterapian toteutus, vaikutusten arviointi ja prosessin päättäminen. Lähetä, palvelupyyntö tai muu yhteydenotto käynnistää valmistelevan työvaiheen. Valmisteleavassa työvaiheessa fysioterapeutti hankkii tarvittavia tietoja asiakkaasta ja tutustuu asiakkaan asiakirjoihin huolellisesti, jonka jälkeen asiakkaaseen otetaan yhteyttä sekä varataan tapaamisaika. Toisessa vaiheessa asiakas tulee vastaanotolle, jolloin fysioterapeutti kerää esitiedot, haastattelee asiakkaan ja kartoittaa hänen toimintakykynsä. On tärkeää huomioida asiakkaan oma näkemys toiminta- ja työkyvystä, fyysisestä suorituskyvystä, liikkumisesta ja kivun tuntemisesta sekä odotuksista fysioterapiaa kohtaan. (Holma ym. 2012, 4, 24–25.) Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Näitä edellytyksiä ovat työ, opiskelu, vapaa-aika ja harrastukset sekä itsestä ja toisista huolehtiminen. (Mitä toimintakyky on 2015.) Haastattelun tarkoituksena on selvittää, mitä asiakas ajattelee ja samalla saada selville asioita, joita ei suoranaisesti voida muuten havaita. Haastattelu keskittyy enemmän tiedonantajan ymmärtämiseen kuin haastattelijan virheettömyyden huomioimiseen. Haastattelu mahdollistaa myös esiin tulleiden kysymysten ja vastausten selittämisen, joita ei ole mahdollista tehdä yksin täytettävillä kyselylomakkeilla. Sen avulla päästään tutkimaan myös molemminpuolista ymmärrystä sekä haastattelun merkitystä. (Arksey ym. 1999, 32–33.)

Kolmannessa vaiheessa fysioterapeutti tekee fysioterapia- ja kuntoutustarpeen arvioinnin tarkastelemalla asiakkaan liikkumista ja toimintakykyä sekä selvittää asiakkaan jäljellä olevat kuntoutumisvoimavarat (Holma ym. 2012, 4 & Talvitie ym. 2006, 52). Saatujen tulosten perusteella tehdään johtopäätökset ja asetetaan tavoitteet kuntoutumiselle. Tavoitteet laaditaan yhdessä fysioterapeutin sekä tarvittaessa asiakkaan läheisten kanssa, jonka jälkeen fysioterapiasuunnitelman laatiminen on helpompaa. Suunnitelma sisältää myös keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Neljännessä- eli terapian toteutusvaiheessa asiakas saa fysioterapia- ja kuntoutuspalveluita niiden eri muodoissa. (Holma ym. 2012, 4.) Terapian sisällön valinta ja sen säätely tapahtuvat asiakkaan tilanteen, tarpeiden ja valmiuksien mukaan. Tässä vaiheessa terapia muuttuu asiakaskeskeiseksi ja fysioterapian sisällöllinen painotus siirtyy passiivisista fysikaalisista hoidoista enemmän ohjauspainotteiseksi. (Lähtenmäki 2001, 35–36.)

Viidennessä fysioterapiaprosessin vaiheessa arvioidaan fysioterapian tulosta ja vaikutusta, sekä selvitetään mitä hyötyä fysioterapiasta on ollut asiakkaalle. Fysioterapeutti tuo ilmi myös ne tulokset ja muutokset, joita asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut ja ne suhteutetaan alussa laadittuihin tavoitteisiin. Viimeisessä vaiheessa meneillään oleva fysioterapiaprosessi päätetään, mutta päätetty prosessi voi jatkua myöhemmin joko omassa tai muussa organisaatiossa. (Holma ym. 2012, 4.) Fysioterapeutin ominaisuudet ovat tärkeä osa onnistunutta fysioterapiaprosessia. Tutkimuksen mukaan hyvän fysioterapeutin piirteitä ovat keskustelutaidot, ammattimainen käytös, organisointikyvykyys ja palvelualltius. Hyvät kokemukset fysioterapiassa liittyvät usein fysioterapeutin hyviin kommunikaatiotaitoihin. Fysioterapeutin tulisi pyrkiä aktiivisesti osallistamaan asiakasta fysioterapiatilanteeseen. (Potter ym. 2003, 200.)

4 HAASTATTELUN SISÄLTÖ JA TOTEUTUS

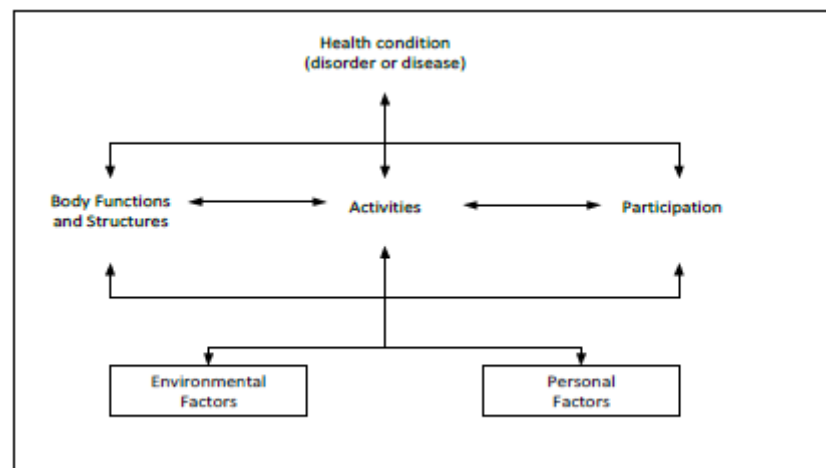
Haastattelun sisällön analysoinnissa käytimme yhtenä työvälineenä ICF-luokitusta, sillä sen avulla on mahdollista tuoda esille toimintakyvyn ulottuvuuksia useasta näkökulmasta kehon, mielen ja sosiaalisuuden tasoilla (How to use the ICF 2013, 4). Edellä mainittujen lisäksi ICF-luokituksen avulla pystytään seuraamaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia, jonka vuoksi se sopii työvälineeksi haastattelun tekemiseen. ICF-luokitus on terveysalan eri ammattialojen niin kutsuttu yhteinen kieli. (ICF:n käyttötarkoitukset 2014.) Tässä luvussa kerromme edellä mainitusta ICF-luokituksesta tarkemmin ja esittelemme kolme erilaista kysymysmallia ja -muotoa.

4.1 Haastattelun sisältö

ICF on kansainvälinen toimintakyvyn, toiminnanrajoitteiden ja terveyden luokitus, joka kuvaa kuinka sairauksien ja vammojen vaikutukset näkyvät ihmisen elämässä (ICF:n käyttötarkoitukset 2014). ICF-luokitus ei kuvaa yhtä tiettyä terveyden ongelmaa tai sairautta vaan sen avulla tuodaan esille toimintakyvyn ulottuvuuksia useasta näkökulmasta kehon, mielen ja sosiaalisuuden tasoilla (How to use the ICF 2013, 4). Se käsittää toimintakyvyn ja toiminnanrajoitteet vuorovaikutuksena ja muuttavana tilana, joka muodostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristön vaikutuksesta (ICF:n käyttötarkoitukset 2014). ICF-luokitusta laadittaessa on pyritty luomaan tasapainoinen kuva terveyden ja toimintakyvyn eri ulottuvuuksista, niin sanotun lääketieteellisen

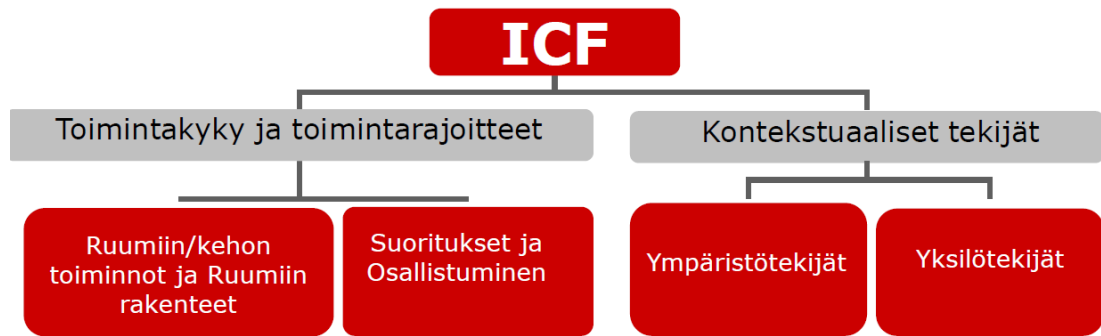
mallin ja sosiaalisen mallin synteessin avulla. Näin ollen ICF-luokitus tarjoaa yhtenäisen käsitteistön ja kehyksen sekä järjestelmällisen apuvälineen kuntoutukseen liittyvien ongelmien sekä kuntoutuksen esteiden havainnoimiseksi. (Järvikoski ym. 2015, 21.)

Seuraavassa kuvassa (KUVA 2) on esitetty, kuinka yksilön toimintakyky kuvastaa vuorovaikutusta terveydentilan ja sen yhteydessä ilmenevien ympäristöllisten ja persoonallisten tekijöiden välillä (How to use the ICF 2013, 4). Kuvassa on lisäksi esitelty ICF-luokituksen osa-alueiden väliset vuorovaikutussuhteet. Toimintakyky kattaa kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet (Body Functions and Structures), suoritukset (Activities) sekä osallistumisen (Participation). Edellä mainituilla tarkoitetaan yksilön taustatekijöiden ja terveydentilan vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä. (Smolander ym. 2004, 9.)



KUVA 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (How to use the ICF 2013, 5)

ICF-luokitusta voidaan käyttää moneen tarkoitukseen, joiden avulla voidaan saada yksilöllinen ja laaja-alainen kuvaus yksilön toimintakyvystä ja siinä tapahtuvista muutoksista. ICF-luokitus toimii yhteisenä kielenä eri ammattialojen välillä, sillä se on neutraali ja rakenteinen kuvaustapa. (ICF:n käyttötarkoitukset 2014.) Rakenteisella kuvaustavalla tarkoitetaan yhtenäistä kirjaamismenetelmää eri sosiaalipalveluiden asiakastietoja varten (Asiakastiedon rakenteinen kirjaaminen 2014). Edellä mainittujen lisäksi ICF-luokitusta käytetään muun muassa toimintakyvyn ymmärtämiseen ja jäsentämiseen sekä asiakastyöhön ja ammattilaisten kouluttamiseen (ICF:n käyttötarkoitukset 2014).



KUVA 3. ICF-luokituksen rakenne (muokattu lähteestä ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit 2015)

ICF-luokitus jaotellaan kahteen eri osaan (KUVA 3), joista ensimmäinen on toimintakykyä ja toiminnanrajoitteita kuvaava osa, johon sisältyvät kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Kehon toiminnoissa ja rakenteissa on kummassakin kahdeksan pääluokkaa, joilla kuvataan fysiologisia ja psykologisia toimintoja tai kehon anatomisia osia. Kehon toimintoja ovat mielen toiminnot, aistitoiminnot ja kipu, ääni- ja puhetoiminnot, sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot, ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritys järjestelmän toiminnot, virtsa- ja sukuelin sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot, tuki- ja liikuntaelimistöön sekä liikkeeseen liittyvät toiminnot ja ihon sekä siihen liittyvien rakenteiden toiminnot. Rakenteellisia pääluokkia ovat taas hermojärjestelmän rakenteet, silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet, puheeseen sekä ääneen liittyvät rakenteet, sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmien rakenteet, ruoansulatus-, aineenvaihdunta- sekä umpieritys järjestelmän rakenteet, virtsa- ja sukuelin sekä suvunjakamisjärjestelmän rakenne, liikkeisiin liittyvät rakenteet sekä iho ja siihen liittyvät rakenteet. Oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonnolliset tehtävät ja vaatteen, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, arki, ihmisten välinen vuorovaikutus sekä ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet ja yhteisöllisyys, sosiaalisuus ja kansalaiselämä ovat suorituksissa ja osallistumisessa olevat yhdeksän pääluokkaa. (ICF-luokituksen rakenne 2014.)

Toinen osa on kontekstuaalisia eli tekstin asiayhteyttä koskevia tekijöitä kuvaava osa, joka käsittää ympäristö- ja yksilötekijät. Tuotteet ja teknologia, luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät muutokset, tuki ja keskeiset suhteet, asenteet sekä palvelut, hallinto ja politiikka ovat ympäristötekijöiden viisi aihe-alueita, jotka käsittävät fyysisen ja sosiaalisen elinympäristön, jossa ihmiset elävät. Sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi yksilötekijöitä ei ole luokiteltu, mutta niihin kuuluvat muun muassa

ikä, sukupuoli, elämäntyyli, koulutus sekä ammattitaito. (ICF-luokituksen rakenne 2014.)

Rantakömi-Stansfield ym. mukaan (2015, 29) ICF:n käytön merkitys kuvailevissa katsauksissa terveydenhuollon tai kuntoutuksen kannalta on myönteinen tai kielteinen tai sen käyttö on koettu ristiriitaiseksi. ICF-luokituksen osallistumisen kategoriat on koettu vaikeiksi, sillä luokituksessa esiintyi päällekkäistä koodausta. ICF-luokituksen käyttö on tutkimusten mukaan lisännyt johdonmukaisuutta, parantanut eri ammattiryhmien välistä kommunikointia sekä edistänyt moniammatillista vastuullisuutta. Lisäksi terapian suunnittelu ja tavoitteiden luominen on helpottunut. (Rantakömi-Stansfield ym. 2015, 29.)

4.2 Kysymysmallit

Haastattelukysymykset voidaan jakaa kolmeen ryhmään sillä perusteella, millaisia vastauksia ne edellyttävät. Suljettuihin kysymyksiin voidaan vastata vain yhdellä tavalla, *kyllä* tai *ei*. Avoimet kysymykset alkavat kysymyssanoilla *mitä*, *miten* ja *miksi*, joihin haastateltava voi vastata vapaasti haluamallaan tavalla. Suhteellisen avoimet tai -suljetut kysymykset tarjoavat enemmän tai vähemmän rajatut vastausmahdollisuudet. (Tervonen 1994, 18; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Terveydenhuollon asiakastilanteita on tutkittu paljon ja tutkimukset osoittavat, että lauseenrakenteet ja sanamuodot, joita ammattilaiset käyttävät, vaikuttavat suuresti siihen, miten keskustelu asiakkaan kanssa etenee (Talvitie ym. 2006, 63). Kysymyksen muotoilulla saatetaan vahvasti manipuloida tiettyä vastausta esiin ja sillä voidaan jopa estää asiakasta vastaamaan kysymykseen (Kettunen 2001, 86). Asiantuntijat syyllistyvät usein siihen, että kysymykset kohdistetaan tiettyyn ongelmaan ja näin ne mahdollisesti estävät asiakasta kertomasta varsinaista vaivaansa. Esimerkiksi kysymykset *tulitteko selkäkivun takia* tai *miten ranne jaksaa* ovat niin sanottuja suljettuja kysymyksiä. Nämä kysymykset johtavat asiakkaan herkästi puhumaan vain asiantuntijan ehdottamista aiheista. Asiantuntijan tulisi pyrkiä aloittamaan haastattelunsa mieluummin avoimella kuin suljetulla kysymyksellä esimerkiksi *minkä takia olette tulleet vastaanotolle*. Jos asiantuntija aloittaa haastattelun avoimella kysymyksellä, annetaan asiakkaalle parempi mahdollisuus kuvata ongelmiaan omasta näkökulmastaan ilman, että häntä johdatellaan. (Ruusuvuori 2001, 34.)

Käyttämällä avoimia ja suljettuja kysymyksiä asiantuntijat voivat muotoilla puheenvuoronsa sopiviksi sen mukaan, tuntevatko he asiakkaitaan vai onko kyseessä uusi asiakas. Vastoin aiempia käsityksiä suljettu avauskysymys saattaa uusintakäynnillä olla jopa asiakkaan odotusten mukainen. (Ruusu vuori 2001, 36.) Arkseyn ja Knightin tutkimuksen mukaan (1999, 5) haastattelun tai tutkimuksen tulokset on helposti löydettävissä ja ne on esitetty prosentteina, jos haastattelu tai tutkimus on toteutettu suljetuin kysymyksin. Esimerkiksi on helppoa saada selville kuinka moni ihminen tupakoi, mitä merkkiä ja kuinka paljon. Vastaukset kuitenkin jättävät taakseen esimerkiksi sen, miksi ihmiset tupakoivat vaikka se on yleisesti paheksuttavaa ja sen, mitä tupakointi heille merkitsee.

4.3 Kysymysmuodot

Kyllä/ei-kysymykset ovat suljettujen kysymysten ydinryhmä, sillä rakenteensa puolesta ne hakevat vastaukseksi joko myöntöä tai kieltoa. Tällaiset kysymykset ohjaavat asiakasta vastaamaan todella lyhyesti ja niihin kehoitetaan turvautumaan vasta, kun oireista on keskusteltu jo jonkun aikaa ja halutaan tarkentaa asiakkaan kertomaa. (Raevaara & Sorjonen 2001, 55.) Asiakkaat voivat kuitenkin laajentaa vastaustaan kyllä/ei-kysymykseen eri tavoin: yleisesti he tarjoavat myönnön tai kiellon lisäksi lisätietoa, jota olettavat asiantuntijan hakevan. Kun asiakas vastaa kyllä/ei-kysymykseen pelkällä myönnöllä tai kiellolla, hän ilmaisee, ettei asiasta ole tarpeen keskustella enempää. (Raevaara & Sorjonen 2001, 62–63.)

Hakukysymykset. Haastattelun edetessä asiantuntija voi selvittää tarkempaa tietoa asiakkaan oireista käyttäen niin sanottuja hakukysymyksiä, jotka sisältävät kysymysanan. Hakukysymys voi olla avoin, jolla haetaan vastaukseksi laajempaa kuvausta esimerkiksi minkälaisia oireita se aiheuttaa, tai suljettu, jolloin sillä haetaan tarkemmin rajattua tietoa esimerkiksi missä kipu tuntuu eniten. Kirjallisuudessa suositellaan, että asiantuntijan on hyvä edetä mahdollisimman pitkälle avoimin kysymyksin ja siirtyä vasta myöhemmin tarkentaviin suljettuihin kysymyksiin. Suosituksen takana on ajatus siitä, että kysymyksen muotoilu ja rakenne vaikuttavat ratkaisevasti siihen, kuinka aktiivinen asiakas on ja millaista tietoa hän antaa. (Raevaara & Sorjonen 2001, 52–53.) Se onko kysymys avoin vai suljettu, ei välttämättä määrää hakukysymykseen annetun vastauksen laajuutta, vaan ilmiö on moniulotteisempi. Asiakas ilmaisee vas-

tauksellaan näkemyksensä siitä, millainen tieto on hänen mielestään tarpeen tässä haastattelun vaiheessa. (Raevaara & Sorjonen 2001, 54.)

Vastausten ehdollistamat kysymykset. Puhuttaessa täydennys-, jatko- ja vastauskysymyksistä, viitataan niillä vastausten ehdollistamiin tai aiheuttamiin kysymyksiin. Täydentävän kysymyksen tehtävä on täsmentää tai tarkentaa vastauksen sisältämää ajatusta. Jatkokysymyksellä pyritään kehittämään eteenpäin vastausten ajatusta ja vastauskysymyksellä pyritään koettelemaan tai kyseenalaistamaan kysymykseen annettu vastaus. (Tervonen 1994, 20.)

5 HAASTATTELU TIEDONHANKINNAN MENETELMÄNÄ

Haastattelu on yksi yleisimpiä tiedonkeruutapoja, jossa haastattelija ja haastateltava keskusteltavat aiheeseen liittyvistä asioista enemmän tai vähemmän järjestelmällisesti tai laveasti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 52). Haastattelu on tilanne, jossa haastattelija sekä haastateltava kohtaavat toisensa itsestään ja toisistaan tietoisina (Rajamäki 1994, 23). Haastatteluprosessissa voidaan erottaa kolme työvaihetta, joita ovat esityö eli ennakkovalmistautuminen, varsinainen haastattelun suorittaminen sekä jälkikäsitteily eli haastattelun purku (Tervonen 1994, 16). Haastattelun ajatus perustuu siihen, että kysytään asiakkaalta itseltään kun halutaan tietoa hänen elämästään. Ongelmia voi koitua etenkin silloin, jos haastatteluihin suhtaudutaan liian realistisesti, asiakkaiden oletetaan kertovan asiat totuudenmukaisesti tai haastattelijasta ja haastateltavasta aiheutuvia virhelähteitä ei oteta huomioon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 53.)

Haastattelutapoja- ja tyyppejä on useita ja haastatteluja voidaan jaotella eri perustein. Käytetyin luokittelu perustuu siihen, kuinka jäsenelty tai kiinteä haastattelu on eli kuinka paljon liikkumatilaa haastateltavalle annetaan ja kuinka tarkkoja haastattelukysymykset ovat. Olipa haastattelu millainen hyvänsä, se on aina ainutlaatuinen, kielellinen vuorovaikutustilanne, niin sanottu "kielipeli", johon tulee valmistautua huolellisesti. Haastattelutilanteessa haastattelijan eleet, ilmeet ja käyttäytyminen vaikuttavat vuorovaikutustilanteen muodostumiseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 53–54.) Haastattelutilanteen on oltava rauhallinen, eikä muita virikkeitä tulisi olla tarjolla, jotta keskittyminen kohdistuu itse haastattelutilanteeseen (Eskola & Vastamä-

ki 2015, 30). Haastattelussa tarvitaan myös sosiaalisia taitoja, jotta vuorovaikutus onnistuisi erilaisten ihmisten kanssa. Haastateltavan ikä vaikuttaa haastatteluun ja sen suunnitteluun olennaisesti, joten esimerkiksi lapsia ja nuoria ei voida haastatella samalla tavalla kuin aikuisia tai ikääntyneitä. Haastattelun tärkeitä tekijöitä ovat tiivistettynä sen etukäteen suunnittelu sekä se, että haastattelu on haastattelijan alulle laittama ja ohjaama. Haastattelijan tulee myös motivoida haastateltavaa sekä tuntea oma roolinsa. Haastateltava oppii oman roolinsa haastattelun kuluessa. Haastateltavan on voitava luottaa siihen, että hänen kertomiaan tietoja käsitellään luottamuksellisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 54.)

5.1 Avoin haastattelu

Avoimen haastattelun synonyymeina käytetään nimityksiä keskustelunomainen haastattelu, strukturoimaton haastattelu ja kliininen haastattelu (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 54). Strukturoidusta haastattelusta käytetään myös nimikettä lomakehaastattelu ja se on haastattelumuodoista virallisin. Strukturoidussa haastattelussa käytetään lomaketta, jossa kysymykset on laadittu valmiiksi vastausvaihtoehtoinen. (Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu 2016.) Avoimen haastattelun juuret ovat pappien ja lääkäreiden käyttämässä menetelmässä, joka pikkuhiljaa siirtyi myös esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden ja psykologien metodiksi. Avoimessa haastattelutilanteessa haastateltava ja haastattelijat ovat kielellisessä vuorovaikutussuhteessa keskenään ja haastattelijan tavoitteena on luoda tilanteesta mahdollisimman luonteva ja avoin. Avoin haastattelu muistuttaa luonteeltaan tavallista keskustelua, jonka etenemistä ei ole ennalta suunniteltu, vaan se etenee tietyn aihepiirin sisällä vapaasti ja haastateltavan ehdoilla. Haastattelijat on kuitenkin suunnitellut mistä aiheesta keskustellaan, mutta tarkkojen kysymysten sijaan avoimessa haastattelussa annetaan tilaa haastateltavan tuntemuksille, kokemuksille, mielipiteille, muistoille ja perusteluille. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 54.)

Avoimessa haastattelussa haastattelijat ei yritä tarjota haastateltavalle valmiita vastauksia, vaan haastattelijat toimii keskustelukumppanina, joka tarvittaessa vie keskustelua takaisin alkuperäiseen aiheeseen. Haastattelijalla on oltava herkkyyttä kuunnella ja pystyä tarttumaan haastateltavan kertomaan sekä tarvittaessa pyytää tarkentamaan ja syventämään vastauksia. Avoimessa haastattelussa voi ilmetä tilanne, jossa keskustelun aiheesta poiketaan toiseen, kun joku keskustelun osapuolista ottaa jonkin kiinnos-

tavan asian esille. Avoin haastattelu vaatii siis kiinnostusta ja aikaa, sillä haastattelu- ja vuorovaikutustaitojen lisäksi avoimessa haastattelussa korostuu haastattelijan persoonallisuuden merkitys. Avoimessa haastattelutyypissä on olennaista se, ettei keskustelu ole sidottu tiukkaan muottiin. Avoimen haastattelun yhteydessä puhutaan joskus syvähaastattelusta, mutta niillä ei tarkoiteta aivan samaa asiaa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 55.)

Syvähaastattelu on haastattelumenetelmä, joka antaa mahdollisuuden syvällisempään tietoon. Se perustuu vapaamuotoiseen vuorovaikutukseen sekä syvempiin sosiaalisiin kontakteihin ja soveltuu hyvin esimerkiksi menneiden tapahtumien, heikosti tiedostettujen seikkojen sekä arkaluontoisten asioiden tarkasteluun. Yksi syvähaastattelun tyyppisimpiä piirteitä on puheen "rönsyily", jolloin tilanne voi olla haastattelijalle hankala, sillä hän saattaa tuntea menettäneensä tilanteen hallinnan. Puheen "rönsyily" on kuitenkin tärkeää, sillä sen kautta haastateltava menee niihin aiheisiin, jotka ovat hänen mielestään kiinnostavia ja samalla haastattelijalla saa keskeistä tietoa haastateltavasta. (Siekkinen 2001, 43, 54–55.)

5.2 Motivoiva haastattelu

Motivaatio on ihmisillä sisäänrakennettu ominaisuus ja sen avulla pyritään edistämään omaa terveyttä tavalla tai toisella. Motivointia haastattelun keinona on hyvä käyttää silloin, kun asiakkaan elintavoissa on tapahduttava muutos ja ennen kuin sairauden hoito tai sen ehkäisy voidaan aloittaa. Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää myös esimerkiksi tupakoinnin lopettamisen, alkoholin käytön vähentämisen tai ruoka- ja liikuntatottumusten muuttamisen yhteydessä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivan haastattelun peruserätyksenä on saada asiakas ajattelemaan asiaa itsenäisesti. Jos asiakas ei aktiivisesti käsittele asiaa omissa ajatuksissaan, ei hän yleensä päädy minkäänlaiseen ratkaisuun. Motivoivan haastattelun tärkeimpiä työkaluja ovat avoimet kysymykset. Motivoivassa haastattelussa asiantuntijan tehtävänä on esittää erilaisia vaihtoehtoja tilanteen ratkaisemiseksi, mutta ei kuitenkaan tehdä päätöksiä asiakkaan puolesta, ellei hän sitä itse pyydä. Lopuksi asiakas valitsee itselleen mieluisan ja sopivimman menettelytavan tai jää harkitsemaan muutoksen aloittamista vielä pidemmäksi aikaa. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Asiakkaan motivoimisen keinot voidaan jakaa karkeasti neljään eri periaatteeseen: empatian osoitus, todistelujen ja väittelyiden välttely, vastarinnan myötäily sekä asiakkaan itseluottamuksen ja omien kykyjen tukeminen. Empatian osoitus on lähinnä kuuntelua ja asiantuntijan kiinnostuksen osoitusta asiakkaan asioita kohtaan. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Tutkimukset ovatkin osoittaneet, että asiakkaiden on raportoitu olevan "ei motivoituneita" tai "vaikeita" niissä tilanteissa, joissa asiantuntija ei ole ottanut asiakasta tarpeeksi huomioon (Thornquist 1990, 137). Todistelujen ja väittelyiden välttelystä puhutaan, kun asiakkaan käsitys jostakin asiasta on poikkeava, vaikka haastattelija tietää asiantuntemuksensa perusteella aiheesta enemmän. Tässä tilanteessa haastattelijan ei kuitenkaan kannata lähteä todistelemaan asiaa esimerkiksi erilaisten tutkimusten avulla. Haastattelija ei myöskään saa provosoitua, mikäli asiakas ei toimi toivotulla tavalla, vaan tilannetta on osattava myötäillä ja yrittää keksiä molempia osapuolia miellyttävä ratkaisu. Viimeisenä periaatteena on asiakkaan itseluottamuksen tukeminen, tuomalla esiin hänen hyviä puoliaan sekä kannustamaan, vaikka asetettuihin tavoitteisiin olisi vielä matkaa. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

5.3 Teemahaastattelu

Teemahaastattelussa kysymykset muotoutuvat ennalta suunniteltujen teemojen pohjalta eivätkä niinkään tarkkojen, yksityiskohtaisten, etukäteen muotoiltujen kysymysten kautta (Teemahaastattelu 2015). Teemahaastattelu on siis eräänlainen keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein hänen ehdoillaan, jotta kiinnostavat ja haastatteluun kuuluvat asiat tulevat selville. Teemahaastattelussa haastattelun aiheet ovat etukäteen määrättyjä ja se onkin lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Siitä puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka järjestys sekä muoto ja siinä on puolistrukturoidulle menetelmälle tyypillinen näkökulma, eli haastattelun teema-alueet ovat kaikille samat. (Eskola ym. 2015, 27–28; Hirsjärvi ym. 2011, 48.) Teemahaastattelu edellyttää aiheeseen perehtymistä sekä haastateltavien taustojen tuntemista, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri oikeisiin teemoihin. Tutkittaviksi tulee valita sellaisia henkilöitä, joilta uskotaan saatavan kiinnostavaa aineistoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. (Teemahaastattelu 2015.)

6 HAASTATTELUN EDELLYTYKSET

Tässä luvussa kerromme vuorovaikutuksesta, terapiasuhteesta ja haastattelun rooleista sekä niiden vaikutuksesta haastatteluun, sen etenemiseen ja sisältöön. Kommunikaatio ja vuorovaikutus ovat tärkeä osa fysioterapiaprosessia (Øien ym. 2011, 53). Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen onkin tärkeää tunnistaa asiakkaan vuorovaikutustarve. Asiantuntijan ja asiakkaan välisen luottamuksen luomiseen sekä sen ylläpitämiseen avainasemassa ovat kieli ja vuorovaikutus. (Raatikainen 2015, 107–108.) Tässä opinäytetyössä liitämme vuorovaikutukseen kuuluvaksi katsekontaktin, kuuntelun kosketuksen ja dialogin. Kuuntelun yhteydessä kerromme myös kuuntelumalleista.

6.1 Vuorovaikutus

Tieto siitä, kuinka vuorovaikutus vaikuttaa terapian etenemiseen ja lopputulemaan on vielä vajavainen, vaikka asiakkaan ja terapeutin välisestä vuorovaikutuksesta ollaan kiinnostuneita ja aiheesta tehdään yhä enemmän tutkimuksia. Kyselyissä on käynyt ilmi, että fysioterapeutit uskovat hyvän hoitotuloksen selittyvän enemmän hyvällä potilas-asiantuntija suhteella ja potilaan omilla voimavaroilla kuin fysioterapeutin käyttämillä tekniikoilla. (Øien ym. 2011, 53.) Kalifornian yliopiston teettämässä tutkimuksessa tarkastellaan potilaiden suhtautumista erilaisiin kommunikaatiomenetelmiin. Ensimmäinen on biolääketieteellisempi, jossa kommunikointi asiantuntijan ja asiakkaan välillä on monotonisempaa ja toinen taas on asiakaslähtöisempi menetelmä. Tutkimuksessa käy ilmi, että korkeasti koulutetut nuoret arvostavat enemmän asiakaslähtöisempää kommunikaatiomallia, mutta valtaosa tutkimukseen osallistuneista kuitenkin suosii biolääketieteellistä mallia. Näin ollen terveysalan ammattilaisilla tulisi olla joustavuutta omista kommunikaatiotavoistaan. (Swenson ym. 2004, 1069.)

Henkilön vuorovaikutukseen liittyvät kyvyt ja tarpeet ovat yksilöllisiä ja toiset ihmiset kaipaavat keskusteluseuraa enemmän kuin toiset. Tämän vuoksi ei ole myöskään itsestään selvää, että kaikki asiakkaat toivovat samantapaista kohtaamista ja vuorovaikutusta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Sosiaali- ja terveysalalla toimivan pitää olla herkkä tunnistamaan asiakkaan vuorovaikutustarve, jolla tarkoitetaan kohtaamisen symmetriaa, kestoja ja intensiteettiä, eli sitä kuka kuuntelee, kuka puhuu ja kuinka vähän tai paljon asiakastilanteessa tarvitsee puhua sekä miten läsnäoloa

muutoin viestitään. (Raatikainen 2015, 107.) Onnistuneella vuorovaikutustilanteella on tutkittu olevan merkitystä masennuksen, kivun ja ahdistuksen hoidossa. Vuorovaikutus ja kielen merkitys on tärkeää asiantuntijan ja asiakkaan välisen luottamuksen luomisessa, ylläpitämisessä ja rakentamisessa. Ilman asiakkaan ja asiantuntijan välistä luottamussuhdetta asiakas saattaa tuntea vuorovaikutustilanteen turvattomaksi, varsinkin jos asiantuntija esittää vain omia mielipiteitään ja neuvojaan huomioimatta asiakasta ja hänen tarpeitaan. (Raatikainen 2015, 108–109.)

Haastattelijan minäkuva vaikuttaa tapaan viestiä, joten omaan minään tutustuminen antaa avaimia omien viestintätaitojen kehittämiseksi. Oman minän tunteminen haastattelutilanteissa tuo turvallisuutta tilanteeseen ja suojelee mahdollisilta pettymyksiltä. Kun tuntee omat vuorovaikutustyylinsä ja itsensä haastattelijana, voi haastattelutilanteeseen tarttua omana itsenään. Haastattelijan ei kuitenkaan kannata käyttää itselleen vierasta haastattelutyylä, sillä se saattaa jopa heikentää haastattelun lopputulosta. (Rajamäki 1994, 24.) Lonsdalen ym. mukaan (2012, 9) fysioterapeutin persoonalla on suurempi merkitys asiakkaan motivoimiseen, kuin vuorovaikutustaidoilla. Puolet tutkimukseen osallistuneista fysioterapeuteista oli käynyt vuorovaikutuskoulutuksen, mutta asiakkaat eivät kuitenkaan huomanneet eroja vuorovaikutuskoulutuksen käyneiden ja koulutuksen käymättömien fysioterapeuttien vuorovaikutustaitojen välillä. (Lonsdale 2012, 9.)

Vuorovaikutuksen yhteydessä puhutaan myös minä- ja sinä-kielestä. Minä-kielellä tarkoitetaan sitä, että henkilö puhuu aktiivisesti käyttäen minä-sanaa, esimerkiksi *anteeksi se oli minun virheeni*. Tällöin ihminen ilmaisee näkemyksensä vastuullisesti ja muita syyttelemättä. Sinä-kieli on sävyiltään syyttävää, vaikka sitä ei sellaiseksi olisi tarkoitettu, esimerkiksi *sinä et koskaan..* Puhuja ei kerro asioista omista lähtökohdistaan, vaan painopiste on toisessa ihmisessä. Joskus aktiivisen vuorovaikutuksen ja kielenkäytön lisäksi tarvitaan läsnäoloa sekä ajan ja tilan antamista. (Raatikainen 2015, 110–111.)

Katsekontakti luodaan heti fysioterapiatilanteen alussa, minkä aikana asiantuntija ja asiakas muodostavat sosiaalisen suhteen tervehtimällä sekä asettumalla niin, että haastattelutilanne voidaan aloittaa. Erityisesti vastaanoton alussa on tärkeää, että asiantun-

tija osoittaa katseellansa kuuntelevansa asiakasta. Mikäli asiantuntija ei osoita kiinnostustaan asiakasta kohtaan heti, saattaa asiakas jättää olennaisia asioita kertomatta. (Ruusuvuori 2001, 28–29.) Katsekontaktin avulla fysioterapeutti ja asiakas voivat myös viestiä toisilleen monenlaisia vihjeitä tunteista ymmärrykseen (Kalliopuska 1995, 22). Katsekontakti voidaan jakaa kolmeen erilaiseen, jotka ovat virkakatse, sosiaalinen katse ja intiimikatse. Virkakatse viestii virallisuutta, sosiaalinen katse muodostuu suun ja silmien rajaamaan alueeseen ja intiimissä katseessa katsotaan henkilöä laajemmin. Katseen käyttö vaihtelee eri tilanteissa. (Raatikainen 2015, 112.)

Kuuntelu. Puhumisen lisäksi kuunteleminen on aktiivista toimintaa ja sitä osoitetaan non-verbaalasti katseella, päänliikkeillä ja puhujan kohdistuvalla asennolla. Kuuntelija kannattelee puhujan puhetta niin sanotuilla dialogipartikkeleilla, kuten *joo, niin, mm.* Jos asiantuntija ei käytä tällaisia puhetta kannattelevia lyhyitä vastauksia tai jos ne keskustelun aikana hiipuvat ja lopulta jäävät kokonaan pois, asiakas voi tulkita asiantuntijan toivovan hänen lopettavan kerrontansa. Tällaista tulkintaa vahvistaa esimerkiksi asiantuntijan katseen kääntyminen tietokoneruutua päin. Asiantuntijan on hyvä oppia itse ilmaisemaan sekä puheen että eleiden avulla kuuntelevansa asiakasta ja myös oppia havaitsemaan, miten asiakas kuuntelee hänen kertomaansa. (Pyörälä 2001, 190–191.) Vaikka asiantuntija pystyisikin kuuntelemaan asiakasta samalla kun hän selaa asiakkaan tietoja tietokoneelta, niin asiakkaalle saattaa olla epäselvää kuunnellaanko häntä (Ruusuvuori 2001, 29). Asiakas ilmaisee kuuntelevansa asennollaan, katsellaan ja lyhyillä vastauksillaan. Vastausten väheneminen tai asiakkaan täydellinen hiljaisuus yhdistettynä katseen kääntymiseen pois asiantuntijasta voi kertoa asiantuntijan viestiin kohdistuvasta vastarinnasta. (Pyörälä 2001, 191–192.)

Brownin ym. mukaan (2010, 2–3) on olemassa neljä erilaista kuuntelumallia, jotka eroavat toisistaan kuuntelijan käyttäytymisen perusteella. Ensimmäisessä kuuntelumallissa, The People Listening Style, kuuntelija yrittää löytää yhteisen mielenkiinnon kohteen kuunneltavan kanssa ja olla empaattinen henkilöä kohtaan, jonka kanssa keskustelee. Tässä kuuntelumallissa tärkeässä roolissa on ihmisen tunteet ja niiden huomioiminen. Toinen kuuntelumalli, The Action Listening Style, keskittyy tietojen oikeellisuuteen. Tällainen henkilö on kärsimätön ja turhautuu nopeasti organisoimattomissa tilanteissa. The Content Listening Style, on kolmas tutkimuksessa esiin noussut kuuntelumalli, jossa kuuntelija haluaa arvioida faktoja ja yksityiskohtia tarkasti. Tällaista kuuntelumallia käyttävät ihmiset pitävät siitä, että haastattelutilanteessa ilmene-

vät asiat ovat monimutkaisia ja haastavia. Neljännelle kuuntelumallille, The Time Listening Style, on luonteenomaista lyhyt ja hätäinen kanssakäyminen. (Brown ym. 2010, 2–3.) Hillerin ym. tutkimuksessa (2015, 1222) tutkittiin ovatko julkisen terveydenhuollon kommunikaatiomallit sopivia työvälineitä myös yksityisellä sektorilla. Tutkimuksessa tarkkailtiin 52 fysioterapiatilannetta ja yhdeksää fysioterapeuttia haastateltiin. Tutkimuksen tuloksissa nousi esille viisi eri teemaa: keskittyminen fyysiseen osa-alueeseen ja kipuun, tilanteen järjestelmällinen eteneminen, keskustelun johtaminen, rento keskustelu ja kosketus, jotka toimivat kommunikaation välineenä. (Hiller ym. 2015, 1222.)

Kosketus on yksi sanattoman kommunikoinnin keino ja inhimillinen osa vuorovaikutusta (Enäkoski & Routasalo 1998, 36; Herrala ym. 2008, 71). Kosketuksen kokeminen on hyvin yksilöllistä ja siihen, miten asiakas kokee kosketuksen, vaikuttavat aikaisemmat kokemukset, persoonallisuus, tilanne ja kulttuuri (Enäkoski & Routasalo 1998, 36). Kosketuksen avulla voidaan viestittää monenlaisia tunnetiloja, kuten välittämistä, inhimillisyyttä ja huolenpitoa sekä lisätä turvallisuuden tunnetta ja luottamusta (Herrala ym. 2008, 72). Kosketuksen hyväksymistä ja sen käyttämistä asiakastilanteessa voi harjoitella. Kosketus on aina vastavuoroista ja kosketettava reagoi kosketukseen siten, että hän lähettää viestin omasta reaktiostaan koskijalle. Tämä viesti on palaute, joka vaikuttaa seuraavaan kosketukseen. Tällainen viestintä tapahtuu yleensä tiedostamatta, mutta tietoisella tarkkailulla oman kosketuksen vaikutuksesta asiakkaaseen, voi saada tärkeää palautetta. (Enäkoski & Routasalo 1998, 36.)

Sanalliset tunneilmaisut fysioterapeutin ja asiakkaan välillä ovat tärkeitä onnistuneen kanssakäymisen luomiseksi sekä optimaalisen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Tunneilmaisuja ei usein liitetä osaksi fysioterapiaprosessia tai terapeutin ja asiakkaan kanssakäymistä. Tutkimuksen mukaan tunneilmaisut tulevat ensimmäisenä esille pohdittaessa sitä, kuinka fysioterapiaa voisi ja tulisi kehittää. Tutkimuksessa todetaan, että positiivisia tunteita kuten innostusta ja iloa esiintyy haastatteluissa ja tilanteissa, joissa fysioterapeutti on onnistunut. Lisäksi näitä tunteita esiintyy kollegoiden välisissä iloisissa tapaamisissa tai tilanteissa, joissa huumoria käytetään teorian välineenä. Yllättyneisyyttä, surullisuutta ja vihaa ilmaistaan yhä harvemmin eikä halveksintaa tai vastenmielisyyttä esiinny ollenkaan. (Gard ym. 2000, 229–230.)

Dialogi. Parhaimmassa tapauksessa vuorovaikutus on dialogi, jolla tarkoitetaan kahden henkilön välistä tasa-arvoista ja toisen yksilöllisyyttä kunnioittavaa vastavuoroisuuteen pyrkivää vuorovaikutusta. Asiakassuhteen dialogissa otetaan huomioon kummankin osapuolen vaatimukset ja pyritään molemminpuoliseen ymmärrykseen ja toisen osapuolen näkemysten hahmottamiseen. Dialogissa on mahdollista muuttaa mieliä ja asennetta sekä parhaimmillaan se mahdollistaa uuden oppimisen. Dialogi on enemmän kuin aktiivista kuuntelua, se on tasavertaista yhteisen tilanteen rakentamista. Asiakas ja asiantuntija luovat tilanteen yhdessä, eikä kukaan dialogin osapuoli tiedä, mihin vuorovaikutuksessa lopulta päädytään. Dialogi syntyy yhteistyössä avoimesta, kuuntelevasta ja toista henkilöä kunnioittavasta kohtaamisesta. Dialogin päämääränä ei ole täysi yhteisymmärrys, vaan sen tavoitteena on pyrkiä kompromissiin osapuolten välillä. Dialogissa merkityksellisiä asioita ovat avainlausumat ja sanat, jotka poimitaan toisen kertomasta, kuullun toistaminen omin sanoin, avoimet kysymykset, empaattinen läsnäolo ja tilan antaminen sekä non-verbaalinen viestintä. (Raatikainen 2015, 108–109.) Non-verbaalinen viestintä voidaan jakaa neljään ryhmään joista ensimmäinen on kinesiiikka. Se pitää sisällään ilmeet, eleet, liikkeen, kosketuksen ja katseen. Toinen ryhmä on parakieli, johon sisältyy äänenväri, äänensävy, puheentempo, puheen tauotus, puheen painotus, nauru, itku ja erilaiset äännähdykset. Kolmas ryhmä on proksemiikka, johon liittyvät paikan valinta, tilan käyttö ja haastattelijan ja haastateltavan välinen läheisyys/etäisyys. Neljäntenä on välineviestintä, kuten pukeutuminen, korut ja kaikki se mitä ihminen kantaa mukanaan. (Rajamäki 1994, 27–28.)

Aarnio, Enqvist ja Helenius ovat vuonna 2002 kehittäneet dialogimallin, jossa dialogin rakentuminen etenee alkuvaiheen ja dynaamisen jännitteen kautta uusille poluille. Dialogimalli on jaettu 14 osaan ja nämä edelleen kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa eli dialogin alkuvaiheessa esiin tulevat aktiivinen osallistuminen, sitoutuminen keskusteluun, vastavuoroinen suhtautuminen ja reagoiminen, avoin ja vilpitön ilmaiseminen, kunnioittava suhtautuminen ja irtautuminen minäkeskeisyydestä. Toisessa vaiheessa keskitytään dialogin dynamiikkaan ja siinä tulevat esille käynnissä olevan ajatuksenkulun ilmaiseminen ja hyväksyminen, yhteisen ymmärryksen rakentaminen erilaisten näkökulmien pohjalta, dialogin tarkentaminen tiedustelevin kysymyksin, dialogin osapuolten puheen henkilökohtaisten merkityssisältöjen avaaminen kysymyksin ja ajatuksenkulun tekeminen näkyväksi. Viimeisessä eli kolmannessa vaiheessa dialogi viedään uusille poluille, jossa dialogiin osallistujan ajatuksenkulku

asetetaan alttiiksi tutkimiselle ja kyseenalaistamiselle, keskustelu perustuu havaintoihin eikä arvailuihin toisen ajatuksenkulusta ja viivytään tarpeeksi pitkään yhdessä keskusteluaiheessa hyppimättä aiheesta toiseen. (Raatikainen 2015, 112–113.)

6.2 Terapiasuhte

Kirjallisuudessa esiintyy kaksi vastakkaista näkemystä asiantuntijan ja asiakkaan suhteesta. Joidenkin kirjoittajien mukaan näiden kahden välinen suhde on väistämättä epäsymmetrinen, kun taas toisten mielestä se on tai sen ainakin pitäisi olla symmetrinen. Epäsymmetrisellä suhteella tarkoitetaan sitä, että asiantuntija on auktoriteetti suhteessa asiakkaaseen tietonsa ja taitonsa perusteella. Symmetrisessä suhteessa korostetaan sitä, että niin asiantuntijalla kuin asiakkaalla on tulkintoja ja teorioita asiakkaan vaivasta ja sen hoidosta. Vastaanottotilanteen tulisi olla keskustelu, jossa molempien osapuolten näkemykset pääsevät esiin ja asiakkaan tilannetta selvitetään yhdessä. Paras tulos saavutetaan, kun osapuolet löytävät yhteisen linjan vaivan luonteesta ja hoidosta. Nämä kaksi tulkintaa asiantuntijan ja asiakkaan suhteesta ovat lähes vastakkaisia, mutta molemmat niistä ovat asiakastilanteesta riippuen hyviä. Asiakkaat haluavat, että asiantuntija ottaa vastuullisen roolin tilanteessa, mutta toivovat kuitenkin asiantuntijan kohtelevan heitä tasa-arvoisesti. (Peräkylä 2001, 71–72.)

Helsingin yliopistossa tehdyn tutkimuksen pääkohteena oli asiakas-asiantuntijasuhteen ymmärtäminen kolmesta eri näkökulmasta: asiakkaan, asiantuntijan ja heidän yhteisestä näkökulmastaan. Tuloksien mukaan asiakkaan näkökulmasta fysioterapiatilanne oli joko itsestä lähtevä tai asiantuntijaan suuntautuva suhde. Asiantuntijan näkökulmasta ilmeni neljä erilaista suhdetta, jotka olivat jo-osaava, säälivä, haastava ja yhteyteen avautuva asiakassuhde. Kun tarkasteltiin asiakkaan ja asiantuntijan näkökulmia yhteen, korostuivat turvallisuus, luottamus, yhteisymmärrys ja sujuva kommunikointi. (Pirainen 2006, 194–195.)

6.3 Roolit haastattelussa

Haastatteluun osallistuvilla on tietyt roolit. Haastattelija kysyy ja haastateltava vastaa, jolloin keskustelu on rooleja noudattavaa ja odotuksien mukaista. Odotuksien vastaisena voidaan taas pitää tilannetta, jossa haastateltava alkaa esittää kysymyksiä haastat-

telijalle. Tästä voi kuitenkin olla hyötyä haastateltavalle esimerkiksi silloin, kun hän uskoo haastattelijalla olevan tarpeellista tietoa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22–23.)

Haastattelijalla on vastuu haastattelun etenemisestä ja sen tuloksellisuudesta. Haastattelutilanteessa haastatteli ja haastateltava ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja he vaikuttavat persoonillaan toisiinsa. (Rajamäki 1994, 23.) On tutkittu, että asiantuntijoiden reagoiminen ja kyky tunnistaa asiakkaiden kielellisiä vihjeitä, on ajoittain puutteellista. Asiakas ei välttämättä pysty omaksumaan hoitotilanteessa esiin tulevaa tärkeää tietoa, mikäli hänen omista huolistaan tai vaivoistaan ei ensin keskustella. Asiakkaat saattavat kokea jopa vihan tunteita, jos asiantuntija sivuuttaa heidän omista asioistaan puhumisen. (Kettunen 2001, 96.) Haastattelijan tulee valmistautua haastattelutilanteeseen hyvin, jotta hän pystyy täyttämään tehtävänsä kunnolla. Haastatteli ei ole vain kyselijä, vaan hän joutuu myös tarkistamaan kysymyksien asettelua sekä tarpeen tullen perustelemaan sanomisiaan. (Rajamäki 1994, 23.)

Tutkimuksen mukaan asiakkaalla on mahdollisuus ohjata keskustelun etenemistä ja rajoittaa asiantuntijan toimintaa omalla toiminnallaan. Asiakas voi säilyttää oman määräysvaltansa keskustelun rakentajana esittämällä kysymyksiä, keskeyttämällä sekä kertomalla omasta hyvinvoinnistaan. Asiakkaan esittämät kysymykset ja keskusteluun osallistuminen vähentävät asiakkaan ja asiantuntijan epäsymmetristä asetelmaa keskustelutilanteessa. (Kettunen 2001, 89.) On lähes mahdotonta löytää ratkaisua siihen, millainen haastattelijan roolin tulisi olla suhteessa haastateltavaan. Kuitenkin tilannekohtaista suhtautumistapaa voidaan miettiä haastatteluvuorovaikutukseen vaikuttavien odotuksien pohjalta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 56.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme on laadullinen eli kvalitatiivinen tapaustutkimus, jonka avulla pyrimme selvittämään miten fysioterapiayrityksen fysioterapeutti haastattelee asiakastaan. Hirsjärven ym. mukaan (2009, 161) laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen keinoin ei pyritä todentamaan jo olemassa olevia väittämiä, vaan saada tulokseksi selityksiä tiettyyn aikaan ja paikkaan rajoittuen. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.) Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme laadullisen tapaustutkimuksen, koska tutkimme yhden

fysioterapiayrityksen fysioterapeutin tekemää alkuhaastattelua, eivätkä tulokset näin ollen ole yleistettävissä.

Laadulliselle tutkimukselle on luonteenomaista se, että tietoa hankitaan mahdollisimman monipuolisesti ja aineiston kokoaminen tapahtuu todellisissa tilanteissa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana ei ole testata teorioita tai hypoteeseja vaan pääpaino on aineiston yksityiskohtaisessa ja monitahoisessa tarkastelussa. Lisäksi laadulliselle tutkimukselle on ominaista se, että tutkimussuunnitelma muuttuu ja muotoutuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Tapaustutkimus on yksi laadullisen tutkimuksen laji, jonka avulla tutkitaan joko yksittäistä tapahtumaa, rajattua kokonaisuutta tai yksilöä (Hirsjärvi ym. 2009, 162; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 43). Tapaustutkimukselle on luonteenomaista se, että tutkittavasta tapauksesta tuotetaan yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa. Käsitteenä tapaustutkimus on kirjava, eikä sille ole yhtä ainoaa selitystä. Tehdessä tapaustutkimusta, tärkeintä on, että tutkittava tapaus muodostaa jonkinlaisen kokonaisuuden. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 43.) Tutkimuksemme täytti tapaustutkimuksen kriteerit, sillä tutkimme haastattelua, joka on yksi fysioterapiaprosessin osaluista. Tavoitteenamme oli saada mahdollisimman selkeä ja kokonaisvaltainen kuva fysioterapeutin haastattelusta ja pohtia tuloksia suhteessa teoreettiseen viitekehykseen.

7.1 Aineistonkeruumenetelmä

Tapaustutkimuksen aineistonkeruussa käytetään useita eri menetelmiä ja pääasiassa miten- ja miksi-kysymyksiä, joiden avulla pyritään tutkimaan, kuvaamaan ja selittämään tapauksia (Saarela-Kinnunen & Eskola 2015, 181). Tutkimuskysymyksemme olivat avoimia kysymyksiä, kuten tapaustutkimuksessa tulee olla, jolloin niihin ei voi vastata *kyllä* tai *ei* vastauksin. Kysymyksiemme avulla pyrimme kuvaamaan ja selittämään fysioterapiaprosessin haastatteluvaiheita mahdollisimman moniulotteisesti. Hirsjärven ym. mukaan (2009, 164) aineistonkeruussa ei käytetä apuna valmiita mittareita, vaan usein tutkija toimii itse tiedonkeruun instrumenttina. Täydentävän tiedon hankinnassa käytetään yleensä apuna erilaisia lomakkeita ja testejä. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Käytimme ääninauhuria opinnäytetyössämme haastattelujen tallentamiseen, sillä koimme, että saimme näin tarpeeksi tietoa haastattelusta tapaustutkimustamme varten. Äänitimme haastattelut ääninauhurilla, koska jos olisimme äänittäneet ne esimerkiksi puhelimella, niin riski sisällön joutumiselle väriin käsiin olisi ollut suurempi. Emme käyttäneet videointia tiedonkeruumenetelmänä, sillä muuten tutkimuksesta olisi tullut liian laaja. Emme olleet itse haastattelutilanteessa läsnä, vaan toimeksiantajamme otti vastuun haastattelutilanteen nauhoittamisesta. Annoimme toimeksiantajallemme tarkat ohjeet ääninauhurin käyttämisestä sekä suullisesti että kirjallisesti. Toimimalla näin, halusimme pitää tilanteen mahdollisimman luonnollisena sekä pystyimme säilyttämään asiakkaat anonymeinä. Heti kun olimme saaneet nauhoitukset, siirsimme ne yhdelle tietokoneelle, jotta äänitteet eivät joutuisi väriin käsiin ja pysyisivät meillä varmassa tallessa. Saimme kaksi ensimmäistä äänitettä samaan aikaan ja kolmannen äänitteen hieman myöhemmin. Tässä opinnäytetyössä käytämme äänitteistä nimikkeitä A, B ja C. Kauppisen mukaan (2009, 63–64) haastattelut voitaisiin myös videoida, jolloin saataisiin tallennettua myös non-verbaalista aineistoa, kuten tutkittavien kohteiden ilmeitä ja eleitä. Tämän aineistonkeruumenetelmän heikkoutena voi kuitenkin olla se, että kuvasta jää jotain olennaista pois tai kuvasta ei saada mitään irti huonon kuvanlaadun tai kuvakulman vuoksi. Suurin ongelma videoinnissa on tallenteen luotettavuuden kannalta se, että kameran läsnäolo voi vaikuttaa tutkittavien käyttäytymiseen, tällöin puhutaan niin sanotusta kontrolliefektistä, joka muuttaa ihmisen käyttäytymistä tai hän miettii tarkasti sanomisiaan ja liikkeitään. Tutkittavalta salaa kuvaaminen tuottaa yleensä luotettavampaa tietoa, mutta se on tutkimuseettisesti ongelmallista. (Kauppinen 2009, 63–64.)

7.2 Litterointi

Litterointi on yksi aineistojen käsittelyvaiheista ja se tarkoittaa aineistojen muuntamista puheesta ja kuvista tekstiksi. Litteroinnissa käytetään eri tarkkuustasoja ja ne määräytyvät metodisen lähestymistavan sekä tutkimusongelman perusteella. Keskusteluanalyttistä litterointitapaa on suositeltavaa käyttää silloin, kun tarkastellaan haastattelun vuorovaikutusta, osallistujien välisiä suhteita tai haastatteluun osallistuvien keskinäistä profiloitumista. (Ruusuvuori 2010, 424.) Keskusteluanalyttisessä litteroinnissa puhekieltä litteroidaan niin tarkasti kuin mahdollista litterointimerkistöä apuna käyttäen. Sen tavoitteena on puhetilanteen perusteellinen kirjaaminen, joten tekstiin on olennaista sisällyttää kaikki sanat, tauot ja niiden pituudet, puheenvuorojen sisällä

tapahtuvat katkokset, tunteenilmaukset, ilmeet ja eleet, puheen tapa sekä sävy kuten äänenpainot, äänneet ja äännähdykset. (Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely 2015.)

Sanatarkassa eli eksaktissa litteroinnissa litteroidaan kaikki puhe jättämättä siitä mitään pois. Puhekieltä noudatetaan sanatarkasti ja yleisimmän litteraatiomerkit ovat käytössä. Siihen sisällytetään toistot, keskenjäävät tavut, äännähdykset sekä täytesanat, esimerkiksi *tota*, *niinku* yms. Myös tauot ja niiden pituudet sekä haastattelua häiritsevät ulkoiset tekijät kirjataan ylös. Sanatarkkaa litterointia käytetään silloin kun analysoidaan asiasisällön lisäksi myös vuorovaikutusta. Peruslitteroinnissa puhe litteroidaan sanatarkasti, mutta toistot, keskenjääneet tavut, äännähdykset sekä täytesanat esimerkiksi *tota*, *niinku*, jätetään pois. Myös puhe, joka ei selvästikään liity asiayhteyteen voidaan jättää tekstistä pois. Merkitykselliset tunneilmaisut, kuten nauru litteroidaan. Peruslitterointia käytetään, kun analysoidaan puheen asiasisältöä. Referoivassa litteroinnissa äänitteet puretaan vain muistiinpanoiksi esimerkiksi ranskalaisin viivoin. Litteroija päättää mikä litteroinnissa on olennaista, joten hänen tulkinnallaan on iso merkitys. Tämä litteroinnin taso ei tue aineiston monipuolista jatkokäyttöä eikä mahdollista haastattelun syvällisempää analyysia. (Kvalitatiivisen datatiedon käsittely 2015.)

Tutkittava ilmiö määrittää litteroinnin tarkkuustason ja mitä tarkemmasta ilmiöstä on kyse, sitä perinpohjaisempi litteraatio on mahdollista tehdä. Toisin sanoen litteraation tarkkuustasoa tulee pohtia sekä tutkimusongelmaa ja analyttisiä kysymyksiä mietittäessä että aineistoa rajattaessa. (Ruusuvuori 2010, 425–426.) Käytimme opinnäytetyössämme peruslitterointia, sillä koimme, että sen avulla saamme riittävästi tietoa haastatteluista tutkimuksen tekoa varten. Tutkimuksemme kannalta ei ollut oleellista litteroida esimerkiksi äänenpainoja tai äännähdyksiä niin kuin keskusteluanalyttisessä tai sanatarkassa litteroinnissa on tapana tehdä, sillä tutkimme pääasiassa haastattelun sisältöä.

Jaoin litteroitavat osuudet niin, että jokainen meistä otti vastuun yhdestä äänitetystä haastattelusta ja kirjoitti sen Word-tiedostoksi. Yksi haastatteluista oli hieman pidempi kuin muut, joten teimme sitä myös yhdessä. Haastattelut olivat kestoiltaan noin 15, 20 ja 30 minuuttia. Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden takaamiseksi litterointi tehtiin sellaisessa tilassa, jossa muut eivät sitä kuule. Litteraatiolle on yleistä, että siinä ei noudateta jotain tiettyä valmiiksi määriteltyä litteraatiotasoa, vaan yhdis-

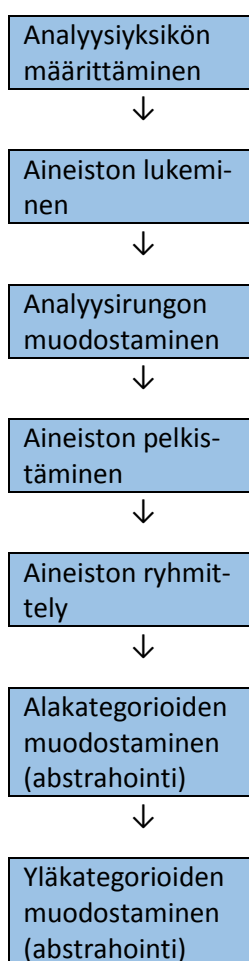
tellään niitä omien tarpeiden mukaisesti (Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto 2015). Sovelsimme peruslitteroinnin kaavaa kirjoittamalla ylös myös täytesanoja, sillä koimme että saimme siitä oleellista tietoa analyysiamme varten. Litterointi kannattaa-kin tehdä mahdollisimman tarkasti, eikä puheesta kannata jättää pois sanoja, jotka eivät tunnu litterointihetkellä tutkimukselle relevanteilta (Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto 2015).

7.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Käytimme opinnäytetyömme aineiston analyysimenetelmänä teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Analysoinnin apuna käytimme ICF-luokitusta, sillä se ohjasi meitä keskittymään oleellisiin teemoihin. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 103) sisällönanalyysin avulla kerätty aineisto saadaan järjesteltyä johtopäätösten tekoa varten (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko aineisto- (induktiivinen) tai teorialähtöisesti (deduktiivinen) (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Molemmissa analyysitavoissa edetään aluksi samalla tavalla. Ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen (KUVA 4), jonka valintaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu määrittävät. Analyysiyksikkönä käytetään useimmiten sanaa tai sanayhdistelmää, mutta se voi olla myös esimerkiksi kokonainen lause. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin sanoja ja sanayhdistelmiä. Kyngäksen ja Vanhasen mukaan (1999, 5) analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aloitetaan aineiston aktiivinen lukeminen. Aineisto tulisi lukea ajatuksella läpi useaan otteeseen, jotta saadaan vankka pohja aineiston analyysille. Tästä syystä aineistoa luettaessa tehdään kysymyksiä, jotka helpottavat lukijaa hahmottamaan ja ymmärtämään aineistoa. Aineistoon tutustumisen jälkeen sen analysointi jatkuu sen mukaan ohjaako sitä ennalta valitut kategoriat vai aineisto. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa aineisto ensin pelkistetään (reduointi), sen jälkeen ryhmitellään (klusterointi) ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet (abstrahointi) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysin luokittelussa käytetään viitekehystä, joka voi olla käsitejärjestelmä tai teoria. Analyysirungon muodostaminen on teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe, jonka sisälle muodostetaan erilaisia alakatego-

rioita aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Muodostetuista alakategorioista yhdistetään saman sisältöiset kategoriat toisiinsa, joista muodostuvat yläkategoriat. Yläkategoriat nimetään sen mukaan, mikä kuvaa hyvin sen sisältöä, eli niitä alakategorioita, joista se on koottu. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekäästä ja mahdollista. Muodostuneiden kategorioiden nimeäminen voi olla hankalaa, jonka takia niiden nimeämisessä käytetäänkin jo aiemmin tiedettyjä käsitteitä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6–7.) Teorialähtöistä sisällönanalyysyä käytetään useimmiten tutkimuksissa, joissa jo olemassa olevaa tietoa halutaan testata uudessa asiayhteydessä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 9).



KUVA 4. Teorialähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7)

Sen jälkeen kun olimme litteroineet haastattelut, pelkistimme tekstiä ICF-luokituksesta saatujen neljän eri teeman (ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistaminen, yksilötekijät ja ympäristötekijät) avulla ja samalla luimme tekstin useaan kertaan, jotta se tulisi meille mahdollisimman tutuksi. Analy-

soimme jokaisen haastattelun yksitellen. Käytimme analysoinnin apuna CmapTools-ohjelmaa, johon kokosimme tekstistä esille tulleita sanoja ja lisäksi monesti esille nousseet sanat lihavoitiin. Lihavoiduista sanoista muodostuivat tekstimme alakategoriat. Sen jälkeen ryhmittelimme sanat erilaisten teemojen alle, joista muodostuivat yläkategoriat. Osa yläkategorioista oli suoraan ICF-luokituksesta ja osan taas keksimme itse. Yläkategorioista muodostui lopulta yksi yhteinen yhdistävä kategoria (Liite 1.).

Seuraavaksi analysoimme haastatteluaineistoa opinnäytetyössämme esiintyvien teemojen avulla: fysioterapiaprosessi, haastattelun sisältö ja toteutus, haastattelu tiedonhankinnan menetelmänä ja haastattelun edellytykset. Etenimme analyysin teossa samassa järjestyksessä, kuin ne ovat teoreettisessa viitekehysessämme. Tässäkin työvaiheessa teimme yhden haastattelun kerrallaan ja käytimme apuna CmapTools-ohjelmaa. Fysioterapiaprosessi teeman alla analysoimme esiintyykö haastatteluissa esitietojen keräystä sekä toimintakyvyn kartoitusta. ICF-luokituksen ja fysioterapiaprosessi teeman avulla saimme vastauksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme.

Toiseen tutkimuskysymykseen saimme vastauksen tarkastelemalla haastatteluaineistoa haastattelumenetelmien (avoin-, motivoiva- ja teemahaastattelu) sekä kysymysmallien ja -muotojen avulla.

Lopuksi analysoimme haastatteluaineistoa haastattelun edellytykset teeman pohjalta, jonka perusteella vastasimme kolmanteen tutkimuskysymykseemme. Koska käytimme haastattelujen taltioimiseen ääninauhuria ja litterointikeinona peruslitterointia, emme voineet analysoida katsekontaktia tai kosketusta. Halusimme nostaa nämä aiheet kuitenkin teoreettiseen viitekehukseen, sillä ne ovat olennainen osa haastattelua. Teoreettisen viitekehysemme mukaan haastattelun edellytyksiin kuuluu edellä mainittujen lisäksi myös terapiasuhte, kuuntelu sekä haastattelun roolit.

8 TULOKSET

Tutkimuksessamme analysoimme kolmea eri alkuhaastattelutilannetta, jotka suoritti sama yrityksessä työskentelevä fysioterapeutti. Asiakkaat olivat työikäisiä naisia ja kärsivät tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Asiakkaat olivat puheliaita ja kertoivat avoimes-

ti ongelmistaan. Kolmessa haastattelussa tuli esiin paljon samoja asioita, johtuen osittain fysioterapeutin samankaltaisesta haastattelutyylistä. Tiedossamme ei ollut, että fysioterapeutti olisi käyttänyt valmista haastattelurunkoa alkuhaastatteluissa. Tulokset osiossa vastaamme tutkimuskysymyksiimme ja kokoamme kaikista kolmesta haastattelusta yhden kokonaisuuden.

8.1 Fysioterapiaprosessin alkuhaastattelun sisältö

Tässä luvussa vastaamme ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme, eli siihen mitä alkuhaastattelu sisältää. Tulkintamme mukaan kaikissa haastatteluissa oli keskitytty kipuun (VAS-kipujana) ja fysioterapeutti otti kysymyksissään huomioon ihmisen kehon kokonaisuudessaan. Harrastuksista ja historiasta (vammat, tapaturmat ja kolarit) kysyttiin kaikissa haastatteluissa. Myös liitännäissairauksista ja suoliston toiminnasta kysyttiin kaikissa haastatteluissa. Työn kuormittavuus tuli esiin keskustelun kautta kaikissa haastatteluissa. A-haastattelussa keskusteltiin työstä aiheutuvasta stressistä, C-haastattelussa työssä jaksamisesta ja B-haastattelussa asiakkaalla oli pitkiä työputkia, mikä vaikutti työssä jaksamiseen.

Asiakas: ”..kun on todella voimakkaasti stressivatsa ja sitten kun sitä kuormitusta tuli, niin ihan niin kuin selkeästi siihen tietysti liittyi.” (A)

Fysioterapeutti kysyi asiakkaan omasta fyysisestä aktiivisuudesta haastattelujen aikana. C-haastattelussa tuli ilmi, että pitkä istuminen rasittaa selkää. Haastatteluissa kävi ilmi, että asiakkaat olivat saaneet fysioterapiaa myös aiemmin samaan (B) tai eri vaivaan (A ja C). Kaikissa haastatteluissa asiakas arvioi omaa toiminta- ja työkykyään, fyysistä suorituskykyä, liikkumista sekä kipua omasta aloitteestaan sekä fysioterapeutin kysymysten perusteella. Kipulääkkeiden käytöstä kysyttiin kaikissa haastatteluissa. C-haastattelussa asiakas kertoi paljon ergonomiasta ja sen vaikeudesta.

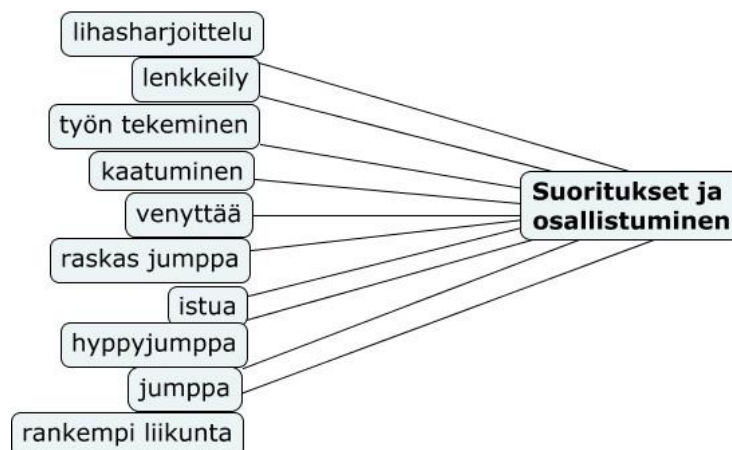
B-haastattelussa asiakas kertoi oma-aloitteisesti tavoitteistaan ja fysioterapeutti kokosi ajatukset omin sanoin. A-haastattelussa fysioterapeutti kokosi lopuksi ”suurimmat” vaivat, joihin keskittyi ja mitä lähtee enemmän tutkimaan. C-haastattelussa asiakas puhui omista liikunnallisista tavoitteistaan, mutta fysioterapeutin puolesta tavoitteista ei kysytty.

Ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden alakategorioita löytyi tulkintamme mukaan haastatteluista huomattavasti eniten. Alla olevaan kuvaan (KUVA 5) on koottu kaikista haastatteluista eniten käytetyt ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden alakategoriat.



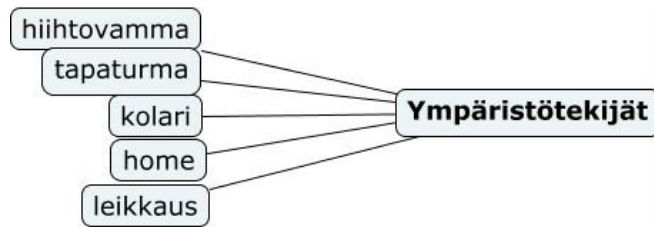
KUVA 5. Ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden alakategoriat

Suoritusten ja osallistumisen alakategorioita löytyi tulkintamme mukaan haastatteluista toiseksi eniten. Alla olevaan kuvaan (KUVA 6) on koottu kaikista haastatteluista eniten käytetyt suoritusten ja osallistumisen alakategoriat.



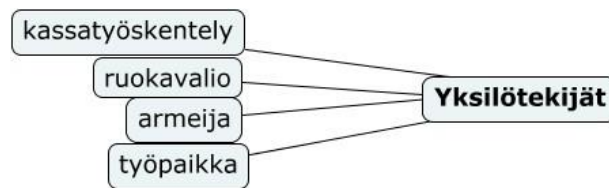
KUVA 6. Suoritusten ja osallistumisen alakategoriat

Ympäristö- ja yksilötekijöiden alakategorioita esiintyi tulkintamme mukaan haastatteluissa vähiten. Alla olevaan kuvaan (KUVA 7) on koottu kaikista haastatteluista eniten käytetyt ympäristötekijöiden alakategoriat.



KUVA 7. Ympäristötekijöiden alakategoriat

Alla olevaan kuvaan (KUVA 8) on koottu kaikista haastatteluista eniten käytetyt yksilötekijöiden alakategoriat.



KUVA 8. Yksilötekijöiden alakategoriat

Fysioterapeutti ei kysynyt asiakkaiden perussairauksista haastatteluissa A ja B, mutta asiakas kertoi niistä haastattelun edetessä. Haastattelussa C fysioterapeutti kysyi asiakkaan perustietoja. Työnkuvaa ei suoranaisesti kysytty missään haastattelussa, mutta se tuli ilmi asiakkaiden kertomana. Missään haastatteluissa ei suoranaisesti kysytty ”mikä kipua helpottaa” mutta B- ja C-haastatteluissa tuli ilmi muutamia kipuja helpottavia asentoja asiakkaan kertomana. Päivittäisistä toiminnoista ei kysytty, mutta kaikissa haastatteluissa se tuli esille esimerkiksi syömisestä, pukeutumisesta ja siirtymisistä keskustellessa.

C-haastattelussa tuli ilmi siirtymisen ongelmia:

Asiakas: ”..jos minä olen autossa ja ajan vaikka niin kuin pari tuntia putkeen ja nousen autosta, niin se selkä tuntuu sellaiselta.”

B-haastattelussa ilmeni siirtymisen ongelmia kävelyssä:

Asiakas: ”..suunnilleen jos minä lähdän reippaasti kävelemään, se on suunnilleen semmoinen 15–20 minuuttia ja minusta tuntuu, että minun polveni menee pötkelöksi..”

A-haastattelussa toimintakykyä kysyttiin liikunnan kautta:

Fysioterapeutti: ”Tuleeko, jos sinä käyt lenkillä?”

8.2 Fysioterapiaprosessin alkuhaastattelun eteneminen

Kysymysmallit. Fysioterapeutti käytti haastatteluissa kolmenlaisia kysymysmalleja.

Avoimet kysymykset:

”Nonniin, miten minä voin sinua auttaa?” (A)

”Milloin se on se diagnoosi tehty?” (A)

Suljetut kysymykset:

”Onko täällä kipuja?” (A)

”Onko sinulla päänsärkyä?” (A)

Johdattelevat kysymykset:

”Etkä ole ollut kolarissa?” (A)

”Ja kukaan ei sitä löytänyt sieltä?” (B)

”Tarvitseeko kierron tapahtua tuolla ylhäällä vai riittääkö jos se on alhaalla?” (C)

Fysioterapeutti aloitti haastattelutilanteet avoimella kysymyksellä, mikä antoi asiakaille vapauden kertoa vaivoistaan ilman johdattelua.

Kysymysmuodot. Haastatteluissa esiintyi kahdenlaisia kysymysmuotoja.

Kyllä/ei-kysymykset:

Fysioterapeutti: ”Ei ole siis mitään murtumia?”

Asiakas: ”Ei.” (A)

Fysioterapeutti: ”Panadol ja burana, se riittää?”

Asiakas: ”Joo.” (B)

Fysioterapeutti: ”Ei mitään tai mitään poikkeavaa kuormitusta?”

Asiakas: ”Ei.” (C)

Jatko- ja täydennyskysymykset:

Fysioterapeutti: "Millä kohdalla se on?"

Asiakas: "Aikalailla keskivatsalla."

Fysioterapeutti: "Mutta ulottuuko se kuinka pitkälle?" (A)

Fysioterapeutti: "Joo, miten kauan tätä käden tämän oikean puolen, niin, särkyä sinulla on ollut? Milloin se on alkanut?"

Asiakas: "Se alkoi yläasteella."

Fysioterapeutti: "Joo eli siitä on nyt?"

Asiakas: "Siitä on nyt.." (B)

Fysioterapeutti: "Joo, ja siitäkö repesi jotain?"

Asiakas: "Joo repesi, mmm, olisiko."

Fysioterapeutti: "Muistatko sinä yhtään mitä?" (C)

Hakukysymykset. Haastatteluissa fysioterapeutti esitti kahdenlaisia hakukysymyksiä.

Avoim hakukysymys:

Fysioterapeutti: "Missä sinulla on kipua?" (A)

Fysioterapeutti: "Onko särky jatkuvaa..?" (B)

Fysioterapeutti: "Mistä se on kipeä?" (C)

Suljettu hakukysymys:

Fysioterapeutti: "Millä kohdalla se on?" (A)

Fysioterapeutti: "Mihin silloin särki?" (B)

Fysioterapeutti: "Kiristeleekö se?" (C)

Fysioterapeutti aloitti jokaisessa haastattelussa uuden teeman aina avoimella kysymyksellä, jonka jälkeen hän poimi asiakkaan kertomasta lisätietoa suljettujen ja tarkentavien kysymysten avulla.

Haastattelu tiedonhankinnan menetelmänä teema näkyy tässä aineistossa monella tavalla. Haastattelutilanteet olivat pääosin rauhallisia, mutta taustalta kuului hieman kiinteistön ääniä. Kukaan ei myöskään keskeyttänyt haastattelutilanteita. Haastattelussa C asiakkaan oma keskittyminen herpaantui hetkeksi, mutta se ei tulkintamme mukaan kuitenkaan vaikuttanut haastattelun etenemiseen tai asiasisältöön. Missään haastatteluissa ei tulkintamme mukaan ilmennyt suoranaisesti motivointia fysioterapeutin toimesta.

Avoimen haastattelun piirteitä näkyi haastatteluissa niin, että pysyttiin aihepiirissä eli asiakkaan ongelmien kartoittamisessa ja asiakas otettiin huomioon kokonaisuutena. Tulkintamme mukaan haastattelut olivat luontevia ja keskustelunomaisia. Tässä aineistossa asiakkaan tunteille ja kokemuksille, mielipiteille sekä muistoille annettiin tilaa. B-haastattelussa asiakas perusteli sanomisiaan ja fysioterapeutti antoi niille tilaa.

Asiakas: ”..tuntuu, että ne lihakset ovat jo pelkästään niin loppu siinä vaiheessa, että aamulla huomaa selvemmin sen eronkin kun nousen niin kuin pystyasentoon.”

Fysioterapeutti: ”Joo.”

Asiakas: ”Että minä luulen, että se on vain siitä rasituksesta.”

Fysioterapeutti: ”Joo.”

Haastatteluissa ei tarjottu asiakkaalle valmiita vastauksia, vaan fysioterapeutti esitti avoimia kysymyksiä.

Syvähaastattelun piirteitä, kuten puheen ”rönsyilyä”, tuli esille haastatteluissa B ja C.

Asiakas: ”..kun olen syntynyt, niin minulla on ollut tämä oikea jalkaterä tällä tavalla, katso kävin kampaajalla..” (C)

Tässä aineistossa tuli esille syvähaastattelulle ominaista menneiden tapahtumien tarkastelua.

Fysioterapeutti: ”..mutta jos mennään historiaa taaksepäin niin onko jotain niin kuin semmoisia, onko sinulle sattunut mitään vammoja, tapaturmia?” (A)

Tulkintamme mukaan heikosti tiedostettuja seikkoja tai arkaluontoisia asioita ei tarkasteltu eikä motivoivan- tai teemahaastattelun piirteitä havaittu haastatteluista.

8.3 Alkuhaastattelussa toteutuvat haastattelun edellytykset

Tässä luvussa vastaamme toiseen tutkimuskysymykseemme, eli siihen mitkä haastattelun edellytykset toteutuvat alkuhaastattelussa. Tunnistimme haastatteluista erilaisia terapiasuhteita, dialogin teemoja ja kommunikaatiomalleja. Seuraavaksi esittelemme näitä teemoja.

Symmetrisessä terapiasuhteessa sekä fysioterapeutilla että asiakkaalla oli tulkintoja ja teorioita hoidosta ja vaivoista, mikä näkyi haastatteluissa esimerkiksi seuraavalla tavalla:

Asiakas: ”..tuota niin kuin, se ensimmäinen migreeni tuli, niin minä olin käynyt tässä aika rankalla ryhmäliikuntatunnilla.”

Fysioterapeutti: ”Mmm.”

Asiakas: ”Ja minä sitten mietin, että pystyikö se niin kuin laukaisemaan sen ja se kyti, ehkä se oli se ensimmäinen migreenikohtaus.” (C)

Fysioterapeutti ja asiakas olivat tulkintamme mukaan samalla aaltopituudella kaikissa haastatteluissa, koska fysioterapeutti ja asiakas käyttivät samoja termejä keskustellessaan. A- ja C-haastatteluissa asiakkailla oli alan tietämystä anatomia sanoista, joten niissä käytettiin enemmän ammattitermistöä.

Asiakas: ”..että se on luksoitunut pari kertaa.” (A)

B-haastattelussa keskustelu oli enemmän kansankielistä.

Asiakas: ”..on mennyt lumpsahantunut takaisin.” (B)

C-haastattelussa kävi ilmi, että asiakkaalla oli oma käsityksensä siitä mitä hän kykenee kipujensa kanssa tekemään. A-haastattelussa asiakas osasi yhdistää vaivansa koulun alkamiseen ja työn kuormittavuuden lisääntymiseen. B-haastattelussa asiakas osasi esimerkiksi yhdistää kipujen lisääntymisen työn kuormittavuuden lisääntymiseen. Haastatteluilla näytti olevan selkeä kaava ja se eteni asiakkaan vaivojen mukaan. Haastattelutilanteet olivat keskustelunomaisia ja esimerkiksi kipujen alkamisajankohdista mietittiin yhdessä. A- ja C-haastatteluissa fysioterapeutti esitti omia tulkintojaan tilanteesta. Seuraavassa esimerkissä puhutaan nilkkavaivoista ja niiden yhteydestä aiempiin alaraajaongelmiin.

Fysioterapeutti: ”Sehän voi olla, että siellä on jotain, mikä sitten on provosoitunut suuremmassa kuormituksessa..” (C)

Epäsymmetrinen terapiasuhte näkyi fysioterapeutin auktoriteettina haastattelutilanteissa.

Asiakas: ”..oikean puolimmaisesta polven teloin luistimilla.”

Fysioterapeutti: ”Eli sinne on sattunut, eikö niin?”

Asiakas: ”No joo, no joo.”

Fysioterapeutti: "Mmm haha, koska siellä on aina joku, mikä niin kuin.."

Asiakas: "Voiko se tulla noin monen vuoden päästä?"

Fysioterapeutti: "Siellä se alttius tulla sinne, siellä kun on se vammamekanismi, siinä milloin on mennyt se lumpio yli 11 vuotta sitten." (B)

Dialogin etenemisen kannalta on olennaista, että tiedonhankinta aloitetaan nollassa, oli sitten lähete tai ei.

Fysioterapeutti: "Nonni, no, miten minä voin sinua auttaa?" (C)

C-haastattelussa kävi ilmi, että lähete löytyy, mutta tiedonhankinta aloitettiin silti niin kuin ennakkotietoja ei olisi.

Fysioterapeutti: "Mutta sinulla on nyt niin kuin tämä lähete.."

Fysioterapeutti teki yhteenvetoja asiakkaan tilasta haastattelun keski- ja loppuvaiheissa. Tasa-arvoisuus asiakkaan ja fysioterapeutin välillä näkyi niin, että asiakasta kuunneltiin ja hänen kertomansa otettiin huomioon esimerkiksi esittämällä jatkokysymyksiä. Asiakas myös kuunteli fysioterapeuttia ja vastasi tämän esittämiin kysymyksiin. Fysioterapeutti käytti avoimia kysymyksiä ja non-verbaalista viestintää.

Fysioterapeutti: "..eli siis se lähtee tästä.."(B)

Tässä aineistossa empatiaa ei tulkintamme mukaan välittynyt puheesta. A- ja C-haastatteluissa oli havaittavissa huumoria ja naurahduksia. Kaikissa haastatteluissa fysioterapeutti toisti asiakkaan sanomiset omin sanoin ja käytti niin sanottuja ydinsanoja selkeyttämään asiakkaan vastauksia.

Fysioterapeutti: "Millä alueella se päänsärky on..?"

Asiakas: "En minä oikein osaa siihen.."

Fysioterapeutti: "Onko silmien takana, onko se edessä takana?"

Asiakas: "Ehkä takana enemmän."

Fysioterapeutti: "Takaraivopäänsärkyä."

Asiakas: "Niin." (C)

Fysioterapeutti: "Eli sinulla on lapsia?"

Asiakas: "Kaksi."

Fysioterapeutti: "Kaksi."

Asiakas: "Joo." (C)

Dialogimallissa molempien osapuolten aktiivinen osallistuminen ja sitoutuminen keskusteluun on tärkeää, joka näkyi aineistossamme muun muassa fysioterapeutin esittämällä jatkokysymyksillä ja siinä, että asiakas vastasi kysymyksiin laajasti. Fysioterapeutti oli kuuntelijan ja kysyjän roolissa. Kaikissa haastatteluissa oli hieman päällekkäin puhumista, esimerkiksi:

Asiakas: ”En ole toisella puolella huomannut sitä.”

Fysioterapeutti: Eli se lähtee oikean lavan reunasta?”

Asiakas: ”Joo ja nyt kun tun..”

Fysioterapeutti: ”Ja sit se..”

*Asiakas: ”Ja nyt kun tuntuu, että se lähtee nimenomaan täältä jostain..”
(B)*

Tulkitsimme, että B-haastattelussa fysioterapeutti joutui hieman puuttumaan asiakkaan puheen ”rönsyilemiseen” ja palauttamaan keskustelun raiteilleen. Fysioterapeutti kunnioitti asiakkaan vaivoja ja tuntemuksia, eikä myöskään vähätellyt esimerkiksi kivun voimakkuutta, vaan kysyi sitä ja jatkoi haastattelussa eteenpäin.

*Fysioterapeutti: ”..miten voimakas se on jos 0 on, että ei tunnu tunte-
musta lainkaan ja 10 on sellainen sietämätön pahin mahdollinen kipu,
niin mihin sinä laittaisit sen?”*

*Asiakas: ”Se on 5 tai 6, että ei se ole mikään hirveän voimakas se kipu,
että enemmän ehkä sellainen vaan vähän epämiellyttävä.” (A)*

Asiakkaan oli helpompi ilmaista omaa ajatuksen kulkuansa haastatteluissa A ja C, koska heillä oli tuntemusta alan sanastosta. B-haastattelussa asiakkaan oli välillä vaikea pukea ajatuksiaan sanoiksi, joten fysioterapeutti auttoi/tuki asiakasta esimerkiksi täsmentämällä kysymyksiä. Fysioterapeutti esitti tarkentavia kysymyksiä kaikissa haastatteluissa:

Asiakas: ”..muutaman kuukauden ajan tässä syksyllä.”

*Fysioterapeutti: ”Eli muutama kuukausi, puhutaanko niin kuin kolmesta
vai..” (A)*

Fysioterapeutti: ” Eli se on se sama?”

Asiakas: ”Joo, se on se sama oikea olkapää.” (C)

Tulkintamme mukaan keskustelu perustui havaintoihin, eli fysioterapeutti asetteli kysymykset niin, että sai niillä tarvitsemansa vastauksen asiakkaan puheesta. Haastatteluissa selvitettiin yksi asia kerrallaan, eikä aiheesta hypitty toiseen. Fysioterapeutti

siirtyi uuteen aiheeseen aina avoimella kysymyksellä. Tässä aineistossa havaitsimme, että B haastattelussa asiakas kertoi asioista laajasti ja C-haastattelussa asiakas poikkesi selvästi aiheesta.

Kommunikaatiomallit. Kaikissa haastatteluissa fysioterapeutti ja asiakas käyttivät dialogipartikkeleita osoittamaan kuuntelua, esimerkiksi. mmm ja joo. Kommunikaatiosta havaitut asiat on esitetty alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Kommunikaatiomallit (muokattu lähteestä Hiller ym. 2015, 1222–1228)

Hiller ym. 2015 Exploring Health Care Communication Models in Private Physiotherapy Practise			
Tutkimuksen esille tulleet viisi teemaa	Haastattelu A	Haastattelu B	Haastattelu C
Keskittymisen fyysiseen osa-alueeseen	F: "... onko tuki- ja liikuntaelimestön puolella muuta, onko kehossa muuten kipuilua?"	F: "Mihin, osaatko sinä paikantaa mihin sormiin se tulee tai mihin kohtaan..."	F: "Mistä kohtaan se kipeytyi?"
Tilanteen järjestelmällinen eteneminen	F: "...siinä ei ole tuota sattunut mitään sinne alaselkään tai lantioon?" A: "Ei" F: "Joo ok. Olkapäässä ei ollut?" A: "Ei ole mitään muuta kun yliliikkuvuutta." F: "Mites kyynärpäissä, ranteissa, ei ole mitään?" A: "Ei."	F: "...oikeassa reidessä oli se muutos?" A: "Joo etureidessä." F: "Joo, sitten oli kasvoissa?" A: "Vatsalihaksissa." F: "Muistatko onko kaikissa vatsalihaksissa?"	F: "Mitään sairauksia?" A: "Ei." F: "Joo." A: "Paitsi se migreeni on todettu." F: "Mutta ei mitään perussairauksia?" A: "Ei."
Keskustelun johtaminen	1. Haastattelun sekä uuden aihealueen käsittelemisen aloitus avoimella kysymyksellä. F: "Noniin, mitenäs minä voin sinua auttaa? Missä sinulla on kipua tai ongelmaa?" (1) 2. Fysioterapeutti tekee yhteenvetoja sekä haastattelun aikana että lopussa. F: "...mietitään nyt niin kuin yhteenvetona, niin se hankalin on nyt se alavatsan, tai niin kuin periaatteessa ylävatsakipu ja sitten se häiritsee siellä jumpassa se vetävä tunne, mikä tulee sinne navan vasemmalle puolelle..." (2)	F: "Okei, sinä otit minuun yhteyttä harjoitteluasioiden merkeissä, niin tuota, niin kerrohan minulle vähän, elikkä mikä, miten voisit sinua auttaa?" (1) F: "...pitää aina muistaa, että vaikka sinulla on se sairaus, niin silti sinulla on keho, mihin voi tulla normaaleja tuki- ja liikuntaelimestön kipuja." (2)	F: "Nonni, no miten minä voin sinua auttaa?" (1) F: "Joo okei, eli se olkapää on nyt se mikä eniten vaivaa?" (2)
Rento keskustelu	F: "Onko sinulla kiskot?" A: "Minulla on joskus ollut, mutta sitten ne, en muista minkä takia ne lopetettiin" F: "Purit kiskon.. (hahaha)" A: "Joo, minä purin kiskon rikki (hahaha)."	Keskustelu oli rentoa, mutta sen keventämistä, esimerkiksi huumorin keinoin, ei havaittu.	A: "...nousen autosta, niin se selkä tuntuu sellaiselta, että minun pitää niin kuin venyttää." F: "Joo." A: "Varmaan näyttää niin kuin tosi hankalalta (hahaha)."
Kosketus kommunikation välineenä	Ei voitu havaita	Ei voitu havaita	Ei voitu havaita

Emme voineet analysoida teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleita kuuntelumalleja, koska kuuntelumallin ominaisuuksia kuten empatian osoittamista tai turhautumista ei äänitteiden kautta tullut ilmi.

Haastattelijan rooli näkyi kaikissa haastatteluissa. Fysioterapeutilla oli vastuu haastattelujen etenemisestä sekä tarpeellisen tiedon keräämisestä käyttäen esimerkiksi lisäkysymyksiä.

Fysioterapeutti: ”Se oli silloin tapaturmaisesti mennyt silloinkin?”

Asiakas: ”Silloinkin kyllä.”

Fysioterapeutti: ”Joo, ja siitäkö repesi jotain?”

Asiakas: ”Joo repesi, mmm, olisiko..”

Fysioterapeutti: ”Muistatko sinä yhtään mitä?”

Asiakas: ”mmm, en minä muista”

Fysioterapeutti: ”Mutta sitä siis, siellä tehtiin jotain parsimisia?” (C)

Haastattelujen etukäteen suunnittelemista ei voitu minkään äänitteen perusteella arvioida. A- ja C-haastatteluissa fysioterapeutin ei tulkintamme mukaan tarvinnut selitellä sanomisiaan tai kysymyksiään, ainoastaan muutamia kertoja tarkentaa niitä. B-haastattelusta sai vaikutelman, että fysioterapeutti joutui perustelemaan asiakkaalle miksi kysyy hänen vaivoistaan niin kokonaisvaltaisesti.

”..tavallaan se historia liittyen siihen sinun vanhoihin vaivoihin ja tapaturmiin sellaisiin juttuihin, niin ne kaikki vaikuttavat siihen nykytilanteeseen.”

Haastateltavan rooli näkyi kaikissa haastatteluissa niin, että asiakas kuunteli fysioterapeuttia ja vastasi hänen esittämiin kysymyksiinsä. Kuitenkin haastatteluissa B ja C asiakkaat puhuivat hieman fysioterapeutin päälle, eivätkä tulkintamme mukaan kuunnelleet kysymyksiä täysin loppuun saakka.

Fysioterapeutti: ”Aa niin mistä se nousee, onko alin, onko, onko alin nolla vai liikkuuko se niin kuin tavallaan..”

Asiakas: ”Alin on, jos minä joskus aamuisin herään siihen, että minulla on pientä pakotusta niin se on nelonen.” (B)

8.4 Tulosten yhteenveto

Fysioterapiaprosessin alkuhaastattelussa fysioterapeutti tiedusteli asiakkaan perustietoja, kipua helpottavia asentoja, kipulääkkeiden käyttöä, kipua (VAS-kipujana), harrastuksia ja historiaa, liitännäissairauksia, suoliston toimintaa, fyysistä aktiivisuutta, toiminta- ja työkykyä, fyysistä suorituskykyä sekä liikkumista. Asiakkaiden aloitteesta tuli ilmi tietoa perussairauksista, työnkuvasta, ergonomiasta ja tavoitteista. Keskustelun kautta tuli esille tietoa päivittäisistä toiminnoista, työn kuormittavuudesta, työstä

aiheutuvasta stressistä, työssä jaksamisesta ja aiemmin saadusta fysioterapiasta. ICF-luokitusta käytettiin apuna aineiston analyysissä, jonka pohjalta nousi esiin, että ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden osa-alueita kysyttiin haastatteluissa eniten kun taas suorituksen ja osallistumisten sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden osa-alueita kysyttiin vähemmän.

Fysioterapeutti käytti haastatteluissa kolmenlaisia kysymysmalleja: avoimet kysymykset, suljetut kysymykset ja johdattelevat kysymykset. Kahdenlaisia kysymysmuotoja käytettiin: kyllä/ei-kysymykset sekä jatko- ja täydennyskysymykset. Lisäksi haastatteluista nousi esiin kahdenlaisia hakukysymyksiä: avoimet hakukysymykset ja suljetut hakukysymykset. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia eikä kukaan keskeyttänyt niitä. Fysioterapeutti ei motivoinut asiakkaita haastattelujen aikana. Avoimen haastattelun piirteet kuten aihepiirissä pysyminen ja asiakkaan huomioiminen kokonaisuutena näkyivät aineistossa. Haastattelut olivat luontevia ja asiakkaan mielipiteille annettiin tilaa. Syvähaastattelun piirteitä kuten puheen rönsyilyä ja menneiden tapahtumien tiedustelua tapahtui.

Symmetrinen terapiasuhte näkyi aineistossa siten, että asiakkaalla sekä fysioterapeutilla oli tulkintoja ja teorioita hoidosta ja vaivoista, fysioterapeutti ja asiakas olivat haastatteluissa samalla aaltopituudella, fysioterapeutti ja asiakas käyttivät samoja termejä, haastattelutilanteet olivat keskustelunomaisia ja haastattelutilanteissa oli selkeä kaava, joka eteni asiakkaan vaivojen mukaan. Epäsymmetrinen terapiasuhte näkyi fysioterapeutin auktoriteettina haastattelutilanteissa. Kaikissa alkuhaastatteluissa tiedonhankinta aloitettiin nollost, joka on dialogin etenemisen kannalta olennaista. Fysioterapeutti teki yhteenvetoja asiakkaan tilasta haastattelujen keski- ja loppuvaiheissa. Tasa-arvoisuus asiakkaan ja fysioterapeutin välillä näkyi ja asiakas myös kuunteli fysioterapeuttia. Fysioterapeutti käytti avoimia kysymyksiä ja non-verbaalista viestintää. Empatiaa ei puheesta välittynyt. Haastatteluissa fysioterapeutti toisti ja tiivisti asiakkaan kertomuksen omin sanoin. Fysioterapeutin esittämät jatkokysymykset sekä asiakkaiden laajat vastaukset pohjautuivat dialogimalliin. Fysioterapeutti oli kuuntelijan ja kysyjän roolissa ja kaikissa haastatteluissa esiintyi päällekkäin puhumista. Fysioterapeutti esitti myös tarkentavia kysymyksiä. Haastatteluissa selvitettiin yksi asia kerrallaan ja uuteen aihealueeseen siirryttiin aina avoimella kysymyksellä. Kommunikaatiomalleihin sisältyviä dialogipartikkeleita esiintyi haastattelussa. Keskittyminen fyysiseen osa-alueeseen, tilanteen järjestelmällinen eteneminen, keskustelun johtami-

nen sekä rento keskustelu olivat kommunikaatioista havaittuja asioita. Fysioterapia-prosessin alkuhaastattelun etenemiseen liittyvä haastattelijan rooli näkyi siinä, että fysioterapeutilla oli vastuu haastattelujen etenemisestä. Haastattelujen etukäteen suunnittelemista ei voitu arvioida eikä fysioterapeutin tarvinnut selitellä sanomisiaan. Asiakkaan eli haastateltavan rooli näkyi niin, että asiakas kuunteli fysioterapeuttia ja vastasi hänen esittämiinsä kysymyksiin. Haastatteluissa esiintyi hieman päällekkäin puhumista.

9 POHDINTA

Aloitimme opinnäytetyömme suunnittelun loppukeväästä 2015 ja varsinaisen toteuttamisen saman vuoden syksyllä. Opinnäytetyömme aihe oli prosessia aloittaessa hieman ympäröivää ja sen takia tiedonhankinta osoittautui aluksi haastavaksi. Tiedonhankintaa hidasti myös se, että suurin osa tutkimuksista oli englanniksi ja tutkimuskieli oli meille vierasta. Aluksi haimme tietoa haastattelusta kokonaisuutena ja löysimme aiheesta useita hyviä tutkimuksia, joiden pohjalta aiheemme rajautui fysioterapia-prosessin alkuhaastattelun tutkimiseen. Lopullisen aiheen rajaaminen oli kuitenkin hankalampaa, mitä olimme kuvitelleet.

Alusta alkaen meille oli selvää, että teemme tapaustutkimuksen, sillä halusimme tutkia alkuhaastattelutilannetta konkreettisesti ja kohdejoukkomme oli pieni. Pohtiessamme tutkimuksemme aineistonkeruumenetelmää, suljimme melko nopeasti pois alkuhaastattelutilanteiden kuvaamisen, koska muutoin opinnäytetyömme tutkimusosio olisi laajentunut liikaa ja kuvatussa aineistossa olisi ollut paljon enemmän analysoitavaa, esimerkiksi ilmeet ja eleet. Äänittäminen aineistonkeruumenetelmänä oli siinäkin mielessä toimivampaa, ettei meidän tarvinnut miettiä videoinnissa huomioon otettavia asioita, kuten kameran asettelua tai valaistusta. Saimme koululta nauhoitukseen tarvittavat välineet. Käyttämällä aineistonkeruussa helppokäyttöistä ääninauhuria, mahdollistimme sen, että meidän ei tarvinnut olla alkuhaastattelutilanteissa läsnä vaan toimeksiantajamme pystyi tekemään nauhoitukset itse. Näin ollen alkuhaastattelutilanteet säilyivät luonnollisina ja tulokset olivat luotettavampia.

Opinnäytetyöprosessimme eteni melko nopeaa tahtia, joka sopi meille työskentelytavaksi, koska koemme työskentelevämme tehokkaimmin pienen paineen alla. Päätös

opinnäytetyön tekemisestä tällä kokoonpanolla oli hyvä idea, koska jokaisella meistä on omat vahvuutensa. Halusimme työskennellä ja tuottaa tekstiä yhdessä, jotta opinnäytetyömme tekstistä tulisi yhtenäistä, eikä kirjoittajan vaihtumista huomaisi. Työskentelemällä yhdessä varmistimme, että kaikilla olisi tasavertainen tietämys teoreettisen viitekehiksemme teemoista.

Opinnäytetyöprosessimme analysointivaiheessa oli vaikeuksia edetä, koska emme olleet täysin varmoja prosessin etenemisen vaiheista. Tällöin haimme ohjausta opinnäytetyötämme ohjaavilta opettajilta. Pohdimme sitä, olisimmeko saaneet erilaisia tuloksia, mikäli olisimme käyttäneet teorialähtöisen sisällönanalyysin sijaan aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tällöin tulokset olisivat mahdollisesti olleet pelkistetympiä, koska meillä ei olisi ollut teoreettista viitekehystä, jonka pohjalta olisimme tuloksia analysoineet. Mielestämme teorialähtöinen sisällönanalyysi oli kuitenkin parempi tulosten analysoinnissa, sillä sen avulla saimme monipuolisia tuloksia. Koimme myös tutkimuskysymysten asettelun haastavaksi, jonka takia niitä muokattiin prosessin aikana useaan otteeseen. Opinnäytetyöprosessimme hitain osuus oli haastatteluaineistoon tutustuminen ja sen analysointi. Myös pohdintaosuuden työstäminen oli aikaa vievää, sillä meillä oli vaikeuksia ilmaista ajatuksiamme. Tulosten puhtaaksi kirjoittaminen oli puolestaan nopeampaa ja vaivattomampaa kuin olimme arvioineet. Meille oli helppoa tuottaa kieliopillisesti hyvää ja sujuvaa tekstiä koko opinnäytetyöprosessimme ajan.

Teoreettinen viitekehiksemme ja tutkimuksemme tulokset kohtasivat useaan otteeseen tutkimuksen teon aikana. Haastatteluaineistosta kävi ilmi, että fysioterapeutti aloitti keskustelun aina avoimella kysymyksellä ja näin ollen antoi asiakkaalle vapauden kertoa vaivoistaan omin sanoin. Tervosen mukaan (1994, 18) avoimet kysymykset alkavat kysymyssanoilla *mitä*, *miten* ja *miksi*, joihin haastateltava voi vastata vapaasti haluamallaan tavalla (Tervonen 1994, 18). Tämä nousi esiin myös teoreettisessa viitekehiksessämme. Pystyimme peilaamaan tutkimuksemme tuloksia moniin aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, jotka käsittelevät kommunikaatiota. Hiller ym. mukaan (2015, 1222) tutkittiin onko julkisen terveydenhuollon kommunikaatiomallit sopivia työvälineitä myös yksityisellä sektorilla. Tutkimuksen tuloksissa nousi esille viisi eri teemaa, jotka toimivat kommunikaation välineenä: keskittyminen fyysiseen osaan alueeseen ja kipuun, tilanteen järjestelmällinen eteneminen, keskustelun johtaminen, rento keskustelu ja kosketus. (Hiller ym. 2015, 1222.) Aineistonkeruumenetelmäs-

tämme johtuen, emme voineet havainnoida kosketusta, mutta loput neljä teema pystyimme tunnistamaan haastatteluaineistostamme. Juuri fysioterapiaprosessin alkuhaastattelua käsitteleviä tutkimuksia emme löytäneet.

Meidän ensimmäisen tutkimuskysymyksemme pohjalta saadut tulokset kertoivat, että kaikissa haastatteluissa oli keskitytty kipuun ja fysioterapeutti otti kysymyksissään huomioon ihmisen kehon kokonaisuudessaan. Kuten kansainvälisen toimintakyvyn-, toiminnanrajoitteiden ja terveyden luokituksen käyttötarkoituksissa on sanottu, sen avulla voidaan saada yksilöllinen ja laaja-alainen kuvaus asiakkaan toimintakyvystä ja siinä tapahtuvissa muutoksista (ICF:n käyttötarkoitukset 2014).

Rantakömi-Stansfield ym. mukaan (2015, 29) ICF:n käytön merkitys kuvailevissa katsauksissa terveydenhuollon tai kuntoutuksen kannalta on joko puolesta tai vastaan puhuvaa tai sen käyttö on koettu ristiriitaiseksi. ICF-luokituksen osallistumisen kategoriat on koettu vaikeiksi, sillä luokituksessa esiintyi päällekkäistä koodausta. (Rantakömi-Stansfield ym. 2015, 29.) Tutkimuksemme tuloksia analysoidessamme huomasimme, että saman analyysiyksikön eli sanan tai sanaparin, olisi voinut sijoittaa useamman ICF:stä saadun teeman alle. Tämä hankaloitti tulosten analysointia ja oli aikaa vievää.

Paltamaan mukaan (2015, 118–119, 121) ICF tarjoaa luokituksen, jonka pohjalta on mahdollista koota keskeiset ja merkitykselliset aihealueet yksittäisen kuntoutujan toimintakyvyn arviointiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin selkäydinvammakuntoutujien toimintakyvyn kuvausta kuntoutusjakson jälkeen sekä siinä tapahtuneita muutoksia kymmenen vuoden aikavälillä. Tuloksissa todettiin, että kuvauskohteiden painotus oli lievästi siirtynyt ruumiin ja kehon toiminnoista suorituksiin ja osallistumisiin. Vähiten mainintoja oli ympäristötekijöiden osa-alueelta. Tutkimuksesta puuttui myös yksilötekijöiden yksityiskohtainen kuvaaminen. (Paltamaa 2015, 118–119, 121.) Opinnäytetyömme tuloksia analysoidessamme havaitsimme, että ympäristö ja yksilötekijöitä esiintyi vähiten haastatteluissa, kun taas ruumiin ja kehon toimintoihin sekä suorituksiin ja osallistumisiin keskityttiin enemmän.

Toisen tutkimuskysymyksemme pohjalta nousi esiin esimerkiksi haastatteluissa käydyt kysymysmuodot ja kysymysmallit. Kysymysmuotoihin kuuluu kyllä/ei-kysymykset, jotka ovat suljettujen kysymysten ydinryhmä, sillä ne hakevat vas-

taukseksi joko myöntöä tai kieltoa (Raevaara & Sorjonen 2001, 55). Tutkimukses-
samme käytettiin kyllä/ei-kysymyksiä, kun fysioterapeutti halusi yksityiskohtaista
tietoa asiakkaalta. Haastattelun edetessä asiantuntija selvittää tarkempaa tietoa käyttä-
en niin sanottuja hakukysymyksiä (Raevaara & Sorjonen 2001, 52–53). Hakukysy-
myksiä käytettiin silloin, kun fysioterapeutti halusi tarkentaa esimerkiksi asiakkaan
kipualueetta tai kivun kestoa. Täydentävien kysymysten tehtävä on tarkentaa vastausten
sisältämää ajatusta (Tervonen 1994, 20). Tutkimukses-
samme kävi selkeästi ilmi, että
fysioterapeutti aloitti uuden teeman avoimella kysymyksellä, jonka jälkeen hän haki
täydentävää tietoa suljetuilla ja tarkentavilla kysymyksillä.

Kolmannen tutkimuskysymyksemme pohjalta tutkimuksen tuloksista esille nousi tera-
piasuhde, haastatteluissa esiintyvät roolit ja dialogi. Tuloksissa asiakas tulkitsi ja pe-
rusteli, mistä esimerkiksi hänen päänsärkynsä voisi johtua ja myös fysioterapeutti esit-
ti omia tulkintojaan kivun aiheuttajista. Peräkylän mukaan (2001, 71–72) symmetri-
sessä terapiasuhteessa niin asiakkaalla kuin asiantuntijalla on tulkintoja ja teorioita
asiakkaan vaivoista ja niiden hoidosta (Peräkylä 2001, 71–72). Tuloksissa fysiotera-
peutti toi esiin sen, että aiemmat vammat voivat provosoitua myöhemmin ja hän pe-
rusteli myös sen, miksi on tärkeää kysyä vanhoista vaivoista. Peräkylän mukaan
(2001, 71–72) epäsymmetrisessä suhteessa asiantuntija on auktoriteetti suhteessa asi-
akkaaseen perustuen hänen tietoihinsa ja taitoihinsa (Peräkylä 2001, 71–72). Rajamä-
en mukaan (1994, 23) haastattelun eteneminen ja sen tuloksellisuus ovat haastattelijan
vastuulla (Rajamäki 1994, 23). Ruusuvuoren ja Tiittulan mukaan (2005, 22–23) haas-
tatteltavan roolina on esitettyihin kysymyksiin vastaaminen (Ruusuvuori & Tiittula
2005, 22–23). Tuloksissa tuli ilmi, että haastatteli-
ja kantoi vastuunsa haastattelun ete-
nemisestä ja haastateltava vastasi esitettyihin kysymyksiin. Muutamassa kohdassa oli
havaittavissa pientä päälle puhumista.

Dialogissa tärkeitä asioita ovat esimerkiksi asiakkaan kertomasta poimitut avainlau-
sumat, avoimet kysymykset, tilan antaminen ja non-verbaali viestintä (Raatikainen
2015, 108–109). Tutkimuksemme tuloksissa kävi ilmi, että fysioterapeutti teki yh-
teenvetoja asiakkaan tilasta haastattelujen aikana, asiakasta kuunneltiin ja hänen ker-
tomansa huomioitiin. Fysioterapeutin esittämät kysymykset olivat pääosin avoimia ja
joissakin kysymyksissä hyödynnettiin non-verbaalia viestintää, esimerkiksi näyttämäl-
lä tuntemuksen paikkaa omasta kehosta.

Tutkimuksemme tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, sillä tutkimusjoukkomme oli suppea ja tutkimme ainoastaan yhden yrityksessä toimivan fysioterapeutin alkuhaastattelutilanteita. Tutkimusta tehdessä pysähdyimme pohtimaan, onko mahdollista olla valmista runkoa siitä, mitä fysioterapeutin tulisi kysyä alkuhaastattelussa, sillä joihinkin fysioterapeutin suunnittelemiin kysymyksiin saattoi tulla vastaus asiakkaan aloitteesta jo ennen kuin sitä ehdittiin kysyä, eikä fysioterapeutin ollut syytä toistaa niitä. Emme tiedäneet oliko kokemuksella tai käydyillä koulutuksilla vaikutusta haastattelujen etenemiseen.

Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan mielestämme hyödyntää erilaisilla fysioterapian toimialoilla ja mielestämme toimeksiantajamme sai opinnäytetyöstämme hyvän työvälineen omien alkuhaastattelutilanteidensa reflektointiin. Tutkimusta tehdessä opimme fysioterapian alkuhaastattelusta erilaisia asioita, kuten sen, miten kysymykset tulisi asetella ja mikä on fysioterapeutin rooli alkuhaastattelua tehdessä. Opimme myös uusia asioita tutkimusprosessin kulusta kuten esimerkiksi litteroinnista, aineiston analyysin vaiheista ja tulosten analysoinnista. Yllätyimme siitä, kuinka paljon työtunteja opinnäytetyöprosessimme loppujen lopuksi vei ja erityisesti opinnäytetyön viimeistelyvaihe oli työläämpi kuin olimme varautuneet.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Teimme tutkimukseen osallistuville tiedotus- ja suostumuskirjeen (Liite 2.), jonka allekirjoittamalla asiakkaat ja fysioterapeutti antoivat luvan äänittämiseen ja sen käyttämiseen tutkimuksen toteuttamisessa. Tiedotteesta kävi ilmi tutkimuksen tavoitteet, osallistujien anonymiteetin säilyminen, osallistumisen vapaaehtoisuus ja opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika. Pyysimme asiakasta ja fysioterapeuttia allekirjoittamaan kolme suostumuslomaketta, joista asiakas, fysioterapeutti ja tutkimuksen tekijät saivat omat kappaleensa.

Ruusuvuoren ja Tiittulan mukaan (2005, 24, 26) tutkimuslupa tarvitaan ennen kuin tutkimuskentälle on mahdollista päästä. Haastattelulupa tarvitaan myös haastateltavilta. Käytännöt vaihtelevat aloittain siinä, tarvitaanko suostumukseen kirjallinen lupa vai riittääkö pelkkä suullinen sopimus. Yleinen käytäntö on, että tutkimuksesta tehdään kirjallinen seloste haastateltavaa varten, jossa on myös mukana haastattelijan

yhteystiedot. Näin ollen haastateltava voi myöhemmin olla yhteydessä haastattelijaan. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24, 26.)

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi analysoimme äänitteet yhdessä. Äänitteitä säilytettiin koko opinnäytetyöprosessimme ajan, jotta pystyimme tarvittaessa palaamaan äänitteisiin myöhemmin. Äänitteet ja suostumuskirjeet hävitettiin, kun opinnäytetyöprosessimme valmistui. Tulokset osiossa aineistosta poimitut esimerkkilauseet on käännetty kirjakiellelle tutkimuksen anonyymiteetin säilyttämiseksi.

On mahdollista, että ääninauhurin läsnäolo vaikutti haastattelun sisältöön ja näin ollen se saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tallennuksia ei kuitenkaan voida tehdä salaa, sillä se olisi eettisesti väärin, vaikka silloin tulokset voisivat olla luotettavampia tilanteen luonnollisuuden vuoksi. Mielestämme tapaustutkimusta ei kuitenkaan voida tehdä ilman haastattelun taltiointia, sillä aineistoon on pystyttävä palaamaan tutkimusta tehdessä.

9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Ensimmäisenä jatkotutkimusehdotuksena pohdimme sitä, olisiko hyvä tutkia ensimmäistä asiakkaan ja fysioterapeutin tapaamiskertaa kokonaisuudessaan, eikä rajata sitä ainoastaan alkuhaastatteluun, sillä koko fysioterapiakäynnin aikana käyty keskustelu on tärkeää. On mahdollista, että fysioterapeutille herää lisäkysymyksiä, ja haastattelu voi niin sanotusti jatkua tutkimisen tai varsinaisen terapian aikana.

Mietimme toisena jatkotutkimusehdotuksena sitä, että olisi mielenkiintoista tutkia vastavalmistuneen ja kokeneen fysioterapeutin alkuhaastattelutekniikoiden mahdollisia eroavaisuuksia. Tämän lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia myös sitä, vaikuttaako fysioterapeutin oma erikoistuminen siihen, miten hän alkuhaastattelunsa toteuttaa.

Toteutimme tutkimuksemme aineistonkeruun äänittämällä ja jäimme pohtimaan sitä, olisimmeko saaneet erilaisia tai tarkempia tuloksia, mikäli aineistonkeruumenetelmä olisi käytetty videointia. Kolmantena jatkotutkimusehdotuksena olisikin mielenkiintoista vertailla äänittämisen ja videoinnin eroja aineistonkeruumenetelmänä alkuhaastattelutilanteessa.

LÄHTEET

Arksey, Hillary & Knight, Peter 1999. *Interviewing for Social Scientists. An Introductory Resource with Examples*. London: SAGE Publications Ltd.

Asiakastiedon rakenteinen kirjaaminen 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta/rakenteinen-kirjaaminen/asiakastiedon-rakenteinen-kirjaaminen>. Päivitetty 16.10.2014. Luettu 18.1.2016.

Brown, T, Boyle, MJ, Williams, B, Molloy, A, McKenna, L, Palermo, C, Lewis, B & Molloy, L 2010. Listening Styles of Undergraduate Health Students. *Education for Health* Volume 23, issue 3, 1–10.

Enäkoski, Ritva & Routasalo, Pirkko 1998. *Kosketuksen voima*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.) *Ikkunoista tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Juva: Bookwell Oy, 28, 30.

Fysioterapia ammattina 2014. Suomen Fysioterapeutit. WWW-dokumentti. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>. Päivitetty 2.9.2014. Luettu 30.9.2015.

Gard, Gunvor, Lundvik Gullensten, Amanda, Salford, Eva & Ekdahl, Charlotte 2000. Physical Therapist` Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction with Patients. *Physiotherapy* Vol 86, no:5, 229–240.

Herrala, Helinä, Kahrola, Tytti & Sandström, Marita 2008. *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hiller, Amy, Guillemain, Marilys & Delady, Claire 2015. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling* 98, 1222–1228.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holma, Tupu, Tuurihalme, Sirkka-Liisa, Arkela-Kautiainen, Marja, Asikainen, Päivi, Hernesniemi, Tarja, Mäkelä, Leena, Partia, Riitta, Noronen, Leena & Savolainen, Tuija 2012. Fysioterapiapalveluiden sähköinen dokumentointi – ohje rakenteiseen kirjaamiseen potilastietojärjestelmässä. Versio 1.0/1.11.2012. PDF-dokumentti. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapiakaeytaentoe/dokumentointi/226-fysioterapiapalvelujen-saehkoeinen-dokumentointi-effica/file>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.9.2015.

How to use the ICF 2013. *A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. PDF-dokumentti.

<http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>. Päivitetty lokakuu 2013. Luettu 29.9.2015.

ICF:n käyttötarkoitukset 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-n-kayttotarkoitukset>. Päivitetty 23.10.2014. Luettu 5.1.2016.

ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. <https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/ICF-luokituksen-rakenne.pdf/05d1680e-9f07-484c-82f0-814e9d0ffe90>. Ei päivitystietoja. Luettu 14.10.2015.

ICF-luokituksen rakenne 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>. Päivitetty 1.12.2014. Luettu 29.9.2015.

Järvikoski, Aila, Härkäpää, Kristiina & Salminen, Anna-Liisa 2015. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 2, 21.

Kalliopuska, Mirja 1995. *Sosiaaliset taidot*. Helsinki: Edita.

Kettunen, Tarja 2001. *Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa*. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 75. Väitöskirja. WWW-dokumentti. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5191-7>. Päivitetty huhtikuu 2001. Luettu 24.9.2015.

Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely 2015. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. WWW -dokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa6.html>. Päivitetty 13.3.2015. Luettu 24.9.2015.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11, no 1, 3–12.

Lonsdale, Chris, Hall, Amanda, Williams, Geoffrey, McDonough, Suzanne, Ntoumanis, Nikos, Murray, Ailee & Hurley, Deirdre 2012. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design and methods. *BMC Musculoskeletal Disorders* 13, 1–15.

Lähteenmäki, Marja-Leena 2001. *Fysioterapia ohjatussa harjoittelussa. Fysioterapian jäsentyminen fysioterapeutiksi opiskelun eri vaiheissa*. Jyväskylän yliopisto. *Terveys-tieteiden laitos. Lisensiaattityö/fysioterapia*.

Mitä toimintakyky on 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>. Päivitetty 17.8.2015. Luettu 5.1.2016.

Mustajoki, Pertti & Kunnamo, Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. *Duodecim terveyskirjasto*. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147. Päivitetty 19.1.2009. Luettu 29.9.2015.

Paltamaa, Jaana 2015. Toimintakyvyn kuvaus kuntoutuselosteissa vuosina 2002–2003 ja 2013 ICF:n mukaan tarkasteltuna. Teoksessa Paltamaa, Jaana & Perttinä, Pirkko (toim.) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137, 118–119, 121. PDF-dokumentti. <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.2.2016.

Peräkylä, Anssi 2001. Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena, Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 71–72.

Piirainen, Arja 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206.

Potter, Margaret, Gordon, Sandy & Hamer, Peter 2003. The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Australian Journal on Physiotherapy* 49, 195–202.

Pyörälä, Eeva 2001. Keskusteluanalyttisen vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärinkoulutuksessa. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena, Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 190–192.

Raatikainen, Eija 2015. Lujita Luottamusta. Asiakassuhteen rakentuminen sosiaali- ja terveysturvalalla. Juva: Bookwell Oy.

Raevaara, Pirjo & Sorjonen, Marja-Leena 2001. Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena, Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 52–55, 62–63.

Rajamäki, Tuula 1994. Haastattelija ja haastateltava. Teoksessa Tervonen, Ilkka, Vuortama, Timo, Rusanen, Soile, Ylä-Anttila, Ari, Tommila, Esa, Saraste, Jukka-Pekka & Rajamäki, Tuula (toim.) Saanko haastattelun. Helsinki: Radio- ja televisioinstituutti, 23–24, 27–28.

Rantakömi-Stansfield, Suvi, Valtamo, Anna, Piirainen, Arja & Sjögren, Tuulikki 2015. ICF:n juurruttaminen: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Paltamaa, Jaana & Perttinä, Pirkko (toim.) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137, 29. PDF-dokumentti. <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.2.2016.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 22–24, 26, 56.

Ruusuvuori, Johanna 2001. Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena, Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 28–29, 34, 36.

Ruusuvuori, Johanna 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 424–426.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. PDF-dokumentti.
http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 29.9.2015.

Saarela-Kinnunen, Maria & Eskola, Jari 2015. Tapaus ja tutkimus= Tapaustutkimus? Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juha (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalle. Juva: Bookwell Oy, 181.

Siekinen, Kirsi 2001. Syvähaastattelu. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalla tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 43, 54-55.

Smolander, Juhani, Hurri, Heikki, Koho, Petteri, Rantanen, Pekka, Sainio, Päivi, Aunola, Sirkka, Ailanto, Pirjo, Karppi, Sirkka-Liisa, Talo, Seija, Vaara, Mariitta, Alanen, Erkki, Paltamaa, Jaana, Rätty, Sanna, Rinne, Marjo, Musikka-Siirtola, Marjatta, Rytökoski, Ulla, Mälkiä, Esko, Nygård, Clas-Håkan, Alaranta, Hannu, Louhevaara, Veikko, Suni, Jaana & Pohjolainen, Timo 2004. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausmenetelmien kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella "liikkuminen". Toiminta- ja työkyvyn edellytyksiä arvioiva testistö - viitekehyksenä WHO:n kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) "suoritukset" -osa-alue (ACTIVITIES). Stakes. Aiheita 25/2004. PDF-dokumentti.
<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76947/Aiheita25-2004.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 29.9.2015.

Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu 2016. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html. Ei päivitystietoja. Luettu 11.1.2016.

Swenson, Sara L., Bauell, Stephanie, Zettler, Patti, White, Martha, Ruston, Delaney C. & Lo, Bernard 2004. Patient-centered Communication. Do Patients Really Prefer It? *Journal of General Internal Medicine*, vol 19, 1069–1079.

Talvitie, Ulla, Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Teemahaastattelu 2015. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html. Päivitetty 11.9.2015. Luettu 9.11.2015.

Tervonen, Ilkka 1994. Haastattelun monet kasvot. Teoksessa Tervonen, Ilkka, Vuortama, Timo, Rusanen, Soile, Ylä-Anttila, Ari, Tommila, Esa, Saraste, Jukka-Pekka & Rajamäki, Tuula (toim.) Saanko haastattelun. Helsinki: Radio- ja televisioinstituutti, 16, 18, 20.

Thornquist, Eline 1990. Communication: What happens during the First Encounter between Patient and Physiotherapist? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* issue 8:3, 133–138.

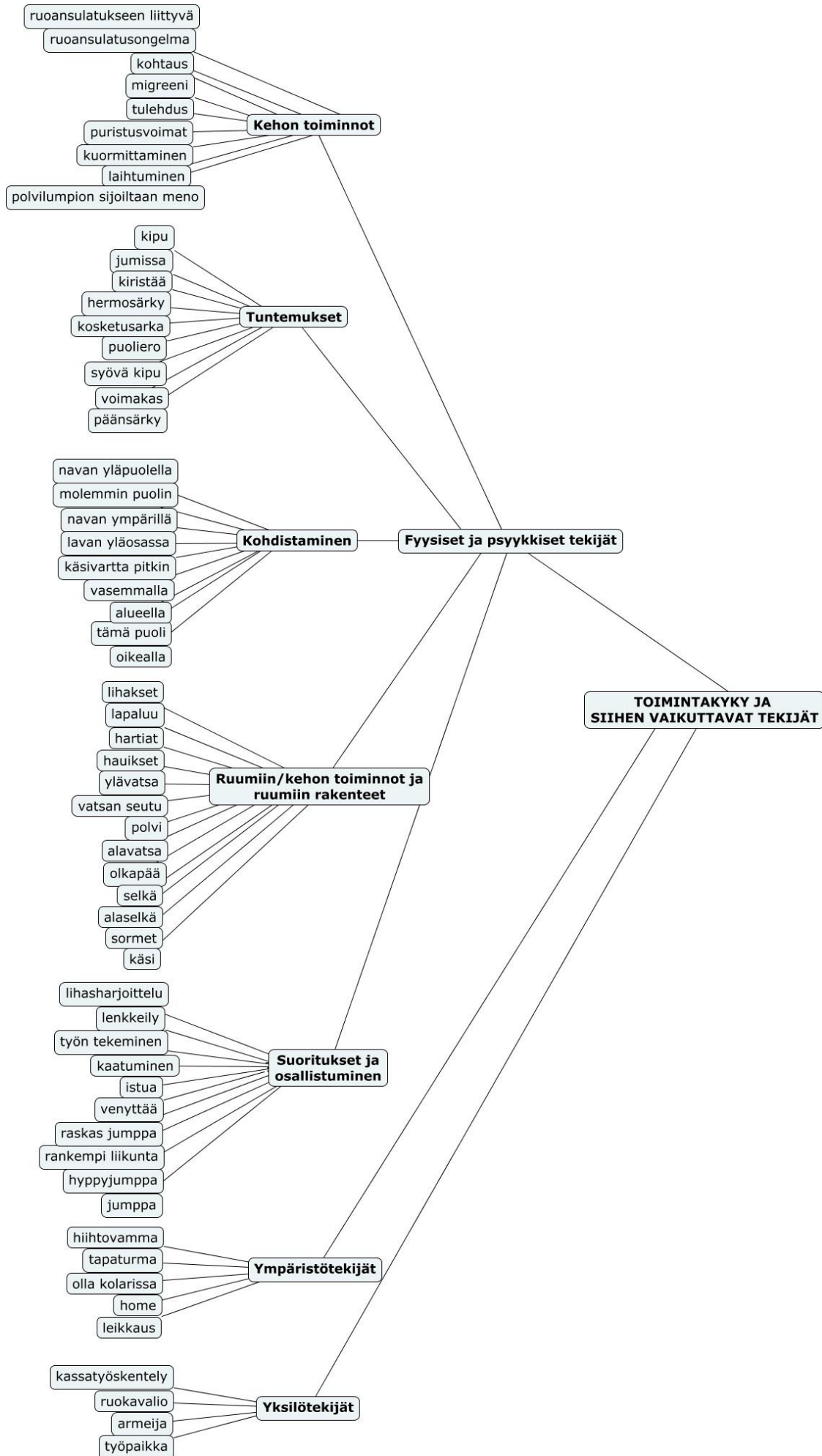
Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2015. Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. WWW-dokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa6.html>. Päivitetty 22.4.2015. Luettu 5.1.2016.

Øien, Marie Aud, Steihaug, Sissel, Iversen, Synnøve & Råheim, Målfrid 2011. Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 53–61.

LIITE 1.

Abstrahointi ICF-luokituksen pohjalta



Tiedotus- ja suostumuskirje

Hei!

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampukselta valmistuvia fysioterapeuttiopiskelijoita ja teemme tutkimusta haastattelusta fysioterapiaprosessissa. Tutkimus liittyy opinnäytetyöhömmme, jonka ohjaajina toimivat lehtori Anne Henttonen ja yliopettaja Merja Reunanen. Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää miten haastattelua käytetään fysioterapiaprosessissa ja mitä sen avulla pyritään selvittämään.. Tutkimuksen toimeksiantajana toimii yksityinen fysioterapiayritys.

Yrityksen fysioterapeutti nauhoittaa ensimmäisen tapaamiskerran haastattelutilanteen. Tallennus tehdään niin, ettei siihen tallennu asiakkaan nimeä eikä osoitetta. Tutkimusta tekevät fysioterapiaopiskelijat eivät ole paikalla haastattelutilanteessa. Nauhoitteita käsitellään luottamuksellisesti ja niistä saatua aineistoa käytetään ainoastaan kyseiseen tutkimukseen. Nauhoitteet tuhoetaan heti, kun niistä saatu aineisto on käsitelty. Vastaajia ei voida tunnistaa tuloksista. Fysioterapiayrityksen ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden nimet eivät käy ilmi tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä se vaikuta fysioterapiaan.

Opinnäytetyömme on määrä valmistua kevään 2016 aikana ja se julkaistaan sähköisessä muodossa osoitteessa www.theseus.fi. Mikäli teille herää kysymyksiä liittyen tutkimukseen, voitte lähettää niitä osoitteeseen netta.pousi@edu.mamk.fi.

Ystävällisin terveisin,

Sarianna Jakobsson _____

Sanna Olli _____

Netta Pousi _____

Fysioterapeuttiopiskelijat, Mikkelin amk, Savonlinna

Allekirjoittamalla tämän suostumuskirjeen, annan luvan fysioterapian alkuhaastattelun äänittämiseen ja äänityksen käyttämiseen opinnäytetyönä tehtävässä tutkimuksessa.

Asiakkaan allekirjoitus
(nimenselvennys)

Fysioterapeutin allekirjoitus
(nimenselvennys)

Aika ja paikka

Aika ja paikka

Tutkimuksen tarkat bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, osallistujat ja menetelmät	Keskeiset tulokset	Oma intressi ja hyöty omalle opinnäytetyölle
<p>Tutkimus 1. Aud Marie Øien, Sissel Steihaug, Synnøve Iversen and Målfrid Råheim.</p> <p>Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences, Volume 25, 2011, Pages 53–61.</p>	<p>Kommunikaatiomallit ja niiden muuttuminen fysioterapiatilanteessa.</p>	<p>Pitkittäistutkimus.</p> <p>Laadulliset menetelmät: syvähaastattelu, kohderyhmähaastattelu, henkilökohtaiset huomiot ja videotallennukset.</p>	<p>Yksi pääteema, vaativa neuvotteluprosessi.</p> <p>Kahdenlaisia suhtautumistapoja, joiden välille helpos- ti ristiriita → ristiriitojen selvittäminen → uusien vuorovaikutustapojen syn- tyminen.</p>	<p>Saada tietoa erilaisista kommunikation ulottuu- vuuksista ja siitä miten käsitellä ristiriitaisen kommunikaatio tilanteen.</p>
<p>Tutkimus 2. Margaret Potter, Sandy Gordon and Peter Hamer.</p> <p>The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective.</p> <p>Australian Journal of Physiotherapy, Volume</p>	<p>Tunnistaa hyvän fysioterapeutin piirteitä.</p> <p>Hyvät ja huonot kokemukset yksityiseltä fysioterapiasektorilta.</p> <p>Asiakkaan näkökulma.</p>	<p>Strukturoitu ryhmätapaaminen.</p> <p>Viisi pääteemaa.</p> <p>Tutkimuksessa oli 26 osallistujaa.</p>	<p>Hyvän fysioterapeutin ominaisuudet: kykeneväisyys keskusteluun, ammattimainen käytös, organisointi kyky ja palvelualltius.</p> <p>Hyvät kokemukset fysioterapiassa: Fysioterapeutin hyvät kommunikointi taidot.</p>	<p>Tutkimuksen perusteella saamme tietoa siitä, millaisia piirteitä hyvällä fysioterapeutilla on, sekä minkälaista on hyvä/huono fysioterapia yksityisellä sektorilla.</p>

49, 2003, Pages 195–202.			Huonot kokemukset fysioterapiassa: Huonon kommunikaatiotaidon takia oltiin tyytymättömiä saatuun palveluun..	
<p>Tutkimus 3. Arja Piirainen.</p> <p>Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana.</p> <p>Helsingin yliopisto. Kasvatustieteenlaitoksen tutkimuksia 207. Helsinki. Tammikuu 2006.</p>	Selvitetään ihmisten välisiä asiakas – asiantuntijatilanteiden suhteita.	16 fysioterapiatilanteen kokemusta asiakasta ja sama määrä fysioterapeutteja.	Asiakkaan ja fysioterapeutin välisen pedagogisen suhteen luonne, joka painotti asiakkaiden osallistumista.	Potilaan aktivointi ja osallistuttaminen fysioterapiatilanteeseen. Molemminpuolinen vuorovaikutus ja yhteys luo perustan oppimiselle, kehittymiselle sekä muutokselle.
<p>Tutkimus 4. Amy Hiller, Marilys Guillem, Claire Delady.</p> <p>Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice.</p>	Terveystieteiden kommunikatiomallit ja niiden sopivuus asiakkaan ja fysioterapeutin kommunikation välineeksi.	Fysioterapiatilanteiden tarkkailu ja fysioterapeuttien haastattelu. Laadullinen etnografinen tutkimusote.	Viisi teemaa: keskittyminen fyysiseen osa-alueeseen ja kipuun, tilanteen järjestelmällinen eteneminen, keskustelun johtaminen, rento keskustelu sekä kosketus kommunikation keinona.	Koimme, että tutkimuksessa on paljon hyvää tietoa opinnäytetyötämme varten (esim. kommunikatiomallit)

Patient Education and Councelling, Volume 98, 2015, Pages 1222–1228.				
<p>Tutkimus 5. Gunvor Gard, Amanda Lundvik Gullensten, Eva Salford and Charlotte Ekdahl.</p> <p>Physical Therapists' Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction with Patients.</p> <p>Physiotherapy Vol 86 no. 5 May 2000. Pages 229–240.</p>	<p>Sanalliset tunteenilmaisut fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä haastattelutilanteessa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Ristikkäisanalysointi.</p> <p>Osallistujat julkisen terveydenhuollon nykyisi tai entisiä asiakkaita.</p>	<p>Positiivisia tunteita loi hyvä työilmapiiri ja huumorin sisällyttäminen terapiaan. Haastattelun aikana yllättyneisyyttä, surua ja vihaa esiintyi harvemmin ja halveksintaa tai inhoa ei esiintynyt lainkaan.</p>	<p>Tutkimuksesta saimme tietoa, miten tunnetilat vaikuttavat haastattelun kulkuun ja onnistuneeseen fysioterapiatilanteeseen.</p>
<p>Tutkimus 6. Tarja Kettunen.</p> <p>Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa.</p>	<p>Hoitajan ja potilaan välinen terveysneuvontakeskustelu.</p> <p>Tutkimuskysymykset: Millaisin keskustelullisin keinoin potilaat osallistuvat? Millaisin keskustelullisin</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jonka menetelmänä on käytetty metodista avoimuutta ja etnometodologista keskusteluanalyysia.</p> <p>Videointi ja haastattelut.</p>	<p>Potilailla mahdollisuus rajoittaa hoitajan toimintaa ja säilyttää oma määräysvalta keskustelun rakentajana ja ohjaajana.</p> <p>Hoitajilla puutteellinen kyky havainnoida potilaiden kielellisiä vihjeitä.</p>	<p>Tutkimus keskittyy keskusteluun ja sen ohjaamiseen. Lisäksi tutkimuksessa puhutaan kielellisistä vihjeistä ja niiden havainnoimisesta.</p>

Studies in sport, Physical Education and Health 75. 2001 Jyväskylä.	keinoin hoitajat helpottavat tai estävät potilaiden keskusteluun osallistumista?			
Tutkimus 7. T, Brown, M, Boyle, B, Williams, A, Molloy, L, McKenna, C, Palermo, B, Lewis, L, Molloy Listening Styles of Undergraduate Health Students Education for Health, Volume 23, Issue 3, November 2010	Kuuntelumallien tunnistaminen käyttäen apuna Listening Style Profile (LSP-16) -mittaria.	Poikkileikkaustutkimus. Tulokset analysoitiin The Statistical Package for Social Sciences (SPSS; Version 17.0) ohjelmaa apuna käyttäen.	Yleisin kuuntelumalli keskittyi huoleen ihmisten tunteista. Tytöt ja pojat käyttävät erilaisia kuuntelumalleja.	Tutkimus on tärkeä opinnäytetyötämme ajatellen, koska se kertoo kuuntelusta ja siitä, mitä malleja terveysalalla käytetään. Kuuntelu on olennainen osa haastattelua ja keskustelua, joka on opinnäytetyömme aiheena.
Tutkimus 8. Chris Lonsdale, Amanda M Hall, Geoffry C Williams, Suzanne M McDonough, Nikos Ntoumanis, Ailee Murray, Deirdre A Hurley Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CON-	Kommunikaatiomallit ja ohjeiden noudattaminen fysioterapiassa.	Määrällinen tutkimus. Satunnaistettu kontrolloitu ryhmä. 292 osallistujaa. 2 fysioterapiaryhmää. Toiselle ryhmälle vuorovaikutuskoulutus.	Vuorovaikutuskoulutuksella ei merkitystä vuorovaikutustaitoihin. Fysioterapeutin persoonalla merkitystä terapian onnistumiseen ja etenemiseen.	Kommunikaatio on osana opinnäytetyötämme ja tutkimus perustuu siihen.

<p>NECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design and methods</p> <p>BMC Musculoskeletal Disorders, issue 13:104, 2012, 1–15.</p>		<p>Aineiston analyysi koodaamalla.</p>		
<p>Tutkimus 9.</p> <p>Thornquist, Eline</p> <p>Communication: What happens during the First Encounter between Patient and Physiotherapist?</p> <p>Scandinavian Journal of Health Care, issue 8:3, 1990, 133–138.</p>	<p>Epäsuora kommunikaatio fysioterapiatilanteessa fysioterapeutin ja asiakkaan välillä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Videointi ja haastattelu.</p> <p>Kolme fysioterapeuttiryhmää.</p>	<p>Fysioterapeutin suhtautuminen asiakasta kohtaan on merkittävää terapian etenemisen kannalta.</p>	<p>Tutkimus oli mielenkiintoinen opinnäytetyömme ajatellen, koska se tutki ensimmäisen tapaamiskerran vuorovaikutusta. Opinnäytetyössämme äänitämme fysioterapeutin ja asiakkaan välisen ensimmäisen tapaamiskerran haastattelutilanteen ja tutkimme, mitä asioita sieltä löytyy.</p>
<p>Tutkimus 10.</p>	<p>Potilaskeskeinen vai bio-</p>	<p>Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Keskeisimpiä tuloksia:</p>	<p>Tutkimuksessa puhutaan</p>

<p>Sara L. Swenson, Stephanie Buell, Patti Zetter, Martha White, Delaney C. Ruston, Bernard Lo</p> <p>Patient -centered communication. Do patients really prefer it?</p> <p>Received from the Program in Medical Ethics and Division of General Internal Medicine University of California, San Francisco and Department of Medicine, University of Washington, Seattle.</p> <p>J Gern Intern Med. Volume 19, 2004. Pages 1069–1079.</p>	<p>lääketieteellinen kommunikointityyli?</p>	<p>250 englantia äidinkieleeseen puhuvaa aikuista.</p> <p>Kaksi videoitua kommunikointitilnanetta</p>	<p>Nuoret & korkeammin koulutetut suosivat potilaskeskeistä lähestymistapaa.</p> <p>Biolääketieteellistä kommunikointityyliä kuitenkin suositettiin kaikkien vastaajien kesken enemmän.</p>	<p>potilaan ja asiantuntijan välisestä kommunikoinnista, joka on olennainen osa oppinäytetyötämme.</p>
--	--	---	---	--