

Vuorovaikutus fysioterapiassa - Dialogi  
asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen  
mahdollistajana



Kronberg, Heli

2009 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

## Vuorovaikutus fysioterapiassa-Dialogi asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen mahdollistajana

Heli Kronberg  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Lokakuu, 2009

## Sisällys

1 Johdanto .....	5
2 Vuorovaikutustaitojen mahdollisuudet fysioterapiassa.....	7
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	13
4 Menetelmä .....	13
4.1 Tutkimus- ja arviointimetodi.....	13
4.2 Aineiston keruu .....	14
4.3 Aineiston analyysi.....	15
5 Tutkimustulokset.....	17
5.1 Millaisia dialogin tapoja ja luokkia tutkimusaineistosta voitiin tunnistaa? .....	17
5.2 Miten tutkimusaineiston dialogeissa ilmeni asiakaslähtöisyys? .....	20
5.3 Miten tutkimusaineiston dialogeissa ilmeni toimintakyvyn tukemisen näkökulma?23	
5.4 Yhteenveto tuloksista 1.-3. tutkimuskysymysten perusteella: Millainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen fysioterapiassa? .....	25
6 Pohdinta .....	27
6.1 Tutkimuksen viitekehyksen pohdintaa .....	27
6.2 Tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden sekä tutkimusmetodin pohdintaa.....	28
6.3 Tutkimuksen tulosten pohdintaa .....	30
6.4 Päätelmät.....	31
Lähteet .....	33
Kuviot ja taulukot.....	34
Liitteet .....	35
Liite 1: Tutkimuslupa .....	35
Liite 2: Esimerkki aineiston analyysistä .....	36

Heli Kronberg

Vuorovaikutus fysioterapiassa-Dialogi asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen mahdollistajana

Vuosi 2009

38 sivua

---

Fysioterapia on muuttunut asiantuntijälähtöisestä asiakaslähtöiseen suuntaan. Fysioterapeutin tavoitteena on yleisesti edelleen kuntoutujan kehon parantaminen. Sairaus muuttaa kuitenkin kuntoutujan koko elämää. Kuntoutujan ajattelu- ja elämän tavan ymmärtäminen on näin ollen ensiarvoisessa asemassa fysioterapiatilanteessa. Biopsykososiaalisesti ajateltuna kuntoutujan toimintakykyisyys muodostuu hänen elämisen taustan ja terveydentilan suhteesta. Vuorovaikutuksella on siis merkittävä osuus fysioterapiatilanteessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida asiakaslähtöistä toimintakykyä tukevaa vuorovaikutusta fysioterapiassa. Tarkastelun kohteena on fysioterapeutin vuorovaikutustoiminta. Tavoitteena on osoittaa dialogin mahdollisuudet vuorovaikutusmenetelmänä sekä vuorovaikutustaitojen mahdollisuudet asiakaslähtöisessä toimintakyvyn tukemisessä fysioterapiassa.

Tutkimukseen osallistuivat fysioterapeuttikollegani sekä hänen kuntoutujansa. Tutkimusaineistoksi muodostui yhden videoidun fysioterapiatilanteen vuorovaikutustoiminta. Tutkimusaineistoa rajattiin siten, että tarkastelun kohteena olivat fysioterapeutin puheenvuorot. Dialogianalyysin avulla fysioterapeutin puheenvuoroista arvioitiin dialogin tapoja ja luokitusyksiköitä sekä kartoitettiin asiakaslähtöisyyden teemojen ja toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulman ilmenemistä.

Fysioterapeutin puheenvuorojen arvioitiin sisältävän yli puolet enemmän dialogia vahvistavia luokitusyksiköitä kuin dialogia heikentäviä luokitusyksiköitä. Eniten luokitusyksiköistä tunnistettiin dialogia vahvistavaa tutkivaa kysymistä (K). Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä 40 prosentissa ilmeni asiakaslähtöistä toimintaa ja dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä sitä ilmeni 15 prosentissa. Asiakaslähtöisyyden keskeisenä teemana oli kuntoutujan itseohjautuvuuden ja subjektiivisuuden mahdollistaminen. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä ilmeni toimintakyvyn tukemista myös noin 40 prosentissa, kun taas dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä sitä ilmeni 20 prosentissa. Pääasiassa toimintakykyä tuettiin biologisesta näkökulmasta, elementtinä yksilön suoritukset ja kontekstina fysioterapiatilanne fysioterapeutin vastaanotolla.

Vaikka saatujen tutkimustulosten perusteella asiakaslähtöisyyttä ja toimintakyvyn tukemisen biologista näkökulmaa ilmeni, noin 40 prosentissa fysioterapeutin kaikista puheenvuoroista niitä ei ilmennyt ollenkaan. Vaikka dialogia vahvistavaa vuorovaikutusta tunnistettiin, esiintyi dialogianalyysin luokitusyksiköistä avainsanojen avaamista (AMA), joka mahdollistaa toisen ajattelutavan ymmärtämisen, tutkimusaineistossa vähän. Avainsanojen avaaminen edesauttaa kognitiivista eläytymistä. Jos kognitiivista eläytymistä ja dialogisuutta olisi ilmennyt tutkimusaineistossa enemmän ja toimintakyvyn tukemisen näkökulma olisi ollut biopsykososiaalinen, olisiko juuri asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen mahdollistunut. Edellä mainittujen tutkiminen voisi olla mielenkiintoista.

Asiasanat: Vuorovaikutus fysioterapiassa, asiakaslähtöisyys, dialogi, toimintakyky

Heli Kronberg

Interaction in physiotherapy-Dialogue as an enabler for promoting customer-focused capability

Year 2009

38 pages

---

Physiotherapy has changed from expert-focused to customer-focused. The aim of a physiotherapist is generally to improve the rehabilitators' body. A disease however changes the whole life of the rehabilitator. Understanding the rehabilitators thinking and way of life is therefore crucial in a physical therapy situation. The rehabilitators' capability is formed by the relationship between his life history and health condition (ICF). The impact of interaction is therefore significant in the physiotherapy context. The purpose of this study is to evaluate interaction promoting customer-focused capability in physiotherapy. The object for the review is the physiotherapists' interaction activity. The aim is to show what opportunities the dialogue gives for interaction and for promoting customer-focused capabilities in physiotherapy.

The study involved a colleague physiotherapist and her rehabilitator. The research material was formed of a single videotaped interaction situation in the physiotherapy session. The research material was limited to having the physiotherapists' talking as object for investigation. By using dialogue analysis as method the dialogue and its classification units were assessed, and the instantiation of customer orientation together with the ICF- viewpoint in promotion of capability mapped.

More than 50 percent of the Physiotherapists' statements were assessed to contain classification units that corroborated dialogue. The amount of classifications that depleted dialogue was less than 50%. The investigative question (K) was most recognized among all classification units. The classification units corroborating dialogue showed 40 percent of a customer-driven activity where as the classification units depleting dialogue showed 15 percent of a customer-driven activity. The central theme in customer oriented approach was to enable subjectivity of the rehabilitator. In classification units that strengthened the dialogue, the promotion of capability was shown in approximately 40 percent. Classification units that deplete the dialogue showed 20 percent of capability promotion. The capability was mainly promoted from a biological perspective with individual performance as the element. The context was a physiotherapy situation at the practice.

Although the research results showed customer orientation and promotion of the capability, those were not shown at all in 40 percent of the physiotherapists' statements. Even if dialogue strengthening interaction was identified, the use of opening keywords (AMA), which provides understanding of others attitude and living, was limited in the research material. Keyword opening contributes to cognitive empathy. Would the customer-oriented capability promotion have been enabled if cognitive empathy and common understanding would have appeared more in the research material, and if the aspect of promotion of capability would have been biopsychosocial? That could be an interesting research subject.

Key words: interaction in physiotherapy, customer-focused approach, dialogue, capability

## 1 Johdanto

Fysioterapia on laajentunut asiantuntijakeskeisestä asiakaslähtöiseen, asiakkaan tarpeista ja kokemuksesta lähtevään toimintaan toimintakyvyn tukemiseksi. Asiakas on itsensä paras asiantuntija. (Mönkkönen, 2002.) Jotta asiakkaan ajatus- ja kokemusmaailmaan olisi mahdollista päästä, on luotava turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. On kyettävä empaattisesti samaistumaan asiakkaan tilanteeseen kunnioittaen häntä kuuntelemalla hänen lausumiaan tarkasti. On pysähdyttävä ja havaittava asiakkaan lausumista avainsanoja, joita on tarkennettava asiakkaan ajatusmaailmaan pääsemiseksi. (Aarnio, 1999.)

Piirainen (2006) päätyi väitöksessään tulokseen, jossa kuntoutujan ja fysioterapeutin erilaiset päämäärät fysioterapiatilanteessa eivät kohtaa. Fysioterapeutille oli tärkeää vain asiakkaan ruumiin parantaminen. Asiakkaan tunteet ja ajattelumaailma eivät olleet kiinnostavia. Fysioterapeutille on tarpeellista hallita vuorovaikutustaidot asiakkaan ajattelumaailmaan pääsemiseksi ja sitä kautta asiakaslähtöisyyden mahdollistumiseksi.

Helena Aarnio (1999) nostaa tutkimuksessaan "Dialogia etsimässä" esille yhteiskunnan muuttumisen kohtaamisen yhteiskunnaksi. Työelämässä nousee jatkuvasti esille tilanteita, joissa korostetaan avoimen keskustelukulttuurin tärkeyttä asioiden kehittymiseksi. Vuorovaikutustaitojen hallitsemista ja harjoittelua ei ole pidetty kulttuurissamme kovinkaan tärkeänä, mikä vuoksi keskustelutaitomme on usein heikko tasoista. (Aarnio, 1999, 1 - 2.) Heikkilä & Heikkilä (2001, 19 - 20) kuvaavat maailman muuttumisen musta-valkoisesta, yksilökeskeisestä, kilpailevasta ja hierarkkisesta maailmasta joustavaan, vapaaseen, konkreettiseen, yhteiseen ja holistiseen maailmaan avoimen dialogin keinoin vapaaehtoisesti, omien ajatusten ja tunteiden varassa.

Tavanomaisessa keskustelussa korostuu sovinnainen tietäminen sekä tarve voittaa ja olla muita parempi. Keskustelu rakentuu omista oletuksistamme, joita pidetään itsestään selvinä. Tavanomainen keskustelu ei synnytä muutosta. (Heikkilä & Heikkilä, 2006, 55 - 57.)

Dialogi on erilaisuuden hyväksymistä, vaikei olisikaan samaa mieltä. Dialogi on empatiaa, toisen asemaan asettumista, luottamusta, kunnioitusta sekä toinen toisiltaan oppimista. Dialogissa ymmärretään omia ja toisten oletuksia, mentaalisia malleja; vältetään nopeita abstraktiohyppäyksiä omien oletusten varassa ja annetaan aikaa johtopäätösten tekemiselle kullekseen. Dialogin ehkä tärkein osa-alue on toisen kuunteleminen keskittyen, kritiikittä ja tuomaroimatta. Omana persoonana oleminen on keskeistä dialogissa. (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 64 - 140.)

Dialogikulttuuriin kasvaminen ja siinä kehittyminen on jatkuva prosessi. Dialogi on väline, jonka avulla voidaan saada aikaan konkreettisia tuloksia ja muutoksia toiminnassa. (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 196.)

Jatkuvat, arkielämässä tapahtuvat, prosessit voidaan nähdä toimintakykynä (Hautamäki, Sepäälä, 1998, 58). Toimintakyvyn ja - rajoitteiden määrittelyä on esitetty useita käsittelemällä. ICF:ssä mallit on integroitu biopsykososiaalisiksi malliksi, joka pyrkii kuvaamaan terveyden eri puolia tasapainoisesti biologisesta, psykologisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta (ICF, 2004, 20). ICF:n (2004) mukaan yksilön toimintakyky on lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tulos.

Tarkoitukseni tässä opinnäytetyössäni on arvioida asiakaslähtöistä toimintakykyä tukevaa vuorovaikutusta fysioterapiassa. Tarkastelun kohteena on se, millaista dialogia fysioterapeutti mahdollistaa fysioterapiatilanteessa sekä miten asiakaslähtöisyys ja toimintakyvyn tukemisen näkökulma ilmenevät fysioterapeutin puheenvuoroissa ja dialogeissa. Tavoitteena tässä työssä on osoittaa dialogin mahdollisuudet vuorovaikutusmenetelmänä sekä vuorovaikutustaitojen mahdollisuudet asiakaslähtöisessä toimintakyvyn tukemisessa fysioterapian kohtaamistilanteessa.

Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet ovat: Vuorovaikutus fysioterapiassa, asiakaslähtöisyys, dialogi, toimintakyky

## 2 Vuorovaikutustaitojen mahdollisuudet fysioterapiassa

Fysioterapia on laajentunut vuosikymmenien saatossa asiantuntijälähtöisestä yksilölliseen, asiakaslähtöiseen suuntaan. Fysioterapia on kehittynyt suvereenisesta, kapean terapiamenetelmän hallitsemisesta kuntoutujan sairaan osan parantamiseksi kuntoutujan ajattelun, voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaukseen sekä kuntoutujan itseohjautuvuuteen tavoitteidensa asettajana, toimintansa muuttajana ja elämänsä hallitsijana. Kuntoutuja ei ole objekti vaan subjekti, jonka näkemyksillä on merkitys fysioterapiatilanteessa. Fysioterapiassa ratkaistaan terveysongelmien lisäksi myös muita elämän prosessiin liittyviä ongelmia, koska sairaus muuttaa ihmisen koko elämää. Piirainen (2006) päätyi kuitenkin väitöksessään tulokseen, jossa kuntoutujan ja fysioterapeutin erilaiset päämäärät fysioterapiatilanteessa eivät kohtaa. Fysioterapeutille oli tärkeää vain asiakkaan kehon parantaminen. Asiakkaan tunteet ja ajattelumaailma eivät olleet kiinnostavia. Vuorovaikutuksen merkitys kuntoutujan ja fysioterapeutin välillä on näin noussut tärkeäksi. (Piirainen, 2006, 10 - 12.)

Myös Mönkkösen (2002, 44 - 45) mielestä asiakaslähtöisyyden näkökulma nostaa esiin asiakkaan subjektiuden. Asiakaslähtöisyydessä ihminen ei kuitenkaan Mönkkösen (2002) mukaan rakennu ja kehity vastavuoroisissa, sosiaalisissa suhteissa toisiin ihmisiin. Mönkkönen erottaa selvästi asiakaslähtöisyydestä asiakaskeskeisyyden, jossa toimitaan asiakkaan ehdoilla ja työntekijä on ikään kuin foorumi, missä asiakas voi reflektoida asioitaan. Asiakaskeskeisyydessä työntekijä saattaa mennä liikaa mukaan asiakkaan ongelmiin. Vuorovaikutuksessa ei voi edetä täysin vain toisen ehdoilla, se saattaa johtaa vastuun hämärtymiseen. (Mönkkönen, 2002, 42 - 43.)

Piirainen (2006) tutki väitöksessään erilaisia asiakas-asiantuntijasuhteita ja kokemuksia asiakkaan, asiantuntijan sekä molempien yhteisesti kokemana. Merkittäväksi yhteisesti koetuksi hetkeksi nousi spontaani, ei-suunniteltu yhteys, jolloin huomioidaan tunteet, havaitaan herkästi ja tunnetaan hiljainen tacit-tieto. Edellä mainittu mahdollistaa turvallisuuden ja luottamuksen synnyn ja sitä kautta yhteyden ja edelleen luo perustan kehittymiselle ja muutokselle.

Ajatusmallit tai mentaaliset mallit ovat mielikuvia, olettamuksia ja toimintatapoja, jotka ovat syntyneet kokemuksistamme, kasvatuksestamme ja unelmistamme elämän varrella, ne muuttuvat meille itsestäänselvyyksiksi. Ihmiset kokevat saman tilanteen eri tavoin. Tavanomaisessa keskustelussa pyrimme taivuttamaan muita hyväksymään omat mentaaliset mallimme, koska pidämme niitä ainoina tosina ja selviytymisstrategioinamme. Tämä aiheuttaa usein konfliktitilanteen ja omien näkemystensä uudelleenarvioinnin joko turvallisen rakentavasti tai turvattoman aggressiivisesti. On tärkeä oppia arvostamaan jokaisen omaa kokemusta ja näkemystä. On tärkeää tunnistaa ja sietää empaattisesti ristiriitaisia ja pinttyneitä oletuksia. Näin turvallisuudentunne lisääntyy ja yhteiset asiat kehittyvät. Tämä edistää sitoutumista. (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 70 - 82.)



Aarnio (1999) esittelee tutkimuksessaan kognitiivisen eläytymisen menetelmän hyödyllisenä välineenä toisen ajatuksenkulun ymmärtämiseksi. Eläytymiseen liittyy läheisesti empatia, joka nähdään kykynä ja tietoisena haluna asettua toisen asemaan ja ymmärtää paitsi hänen emootionsa myös hänen näkökulmansa sekä toimintansa, puhutaan myös tunneälystä. (Aarnio, 1999, 20 - 30.) Kognitiivisen eläytymisen mahdollistaa: 1) toisen kuunteleminen eläytyen ja keskittyen, sivuuttaen oman mielen sisällön. 2) toisen sanomisen koodaaminen sanatarkasti. 3) tarkentavien kysymysten tekeminen tiedon lisäämiseksi. 4) avainlausumien poimiminen ja niistä yhteisten merkitysten luominen. 5) tarkistaminen puhujalta kysymällä, oletko ymmärtänyt oikein. Kognitiivista eläytymistä estävät: liian nopea omien ajatusten kertominen, toisen ajattelun nopea tukeminen, arvostelu, neuvominen, tulkinta ja yleistäminen. (Aarnio, 1999, 24 - 25.) Aarnio (1999) painottaa kognitiivista eläytymistä onnistuneen dialogin mahdollistajana.

Dialogi- sana tulee Kreikan sanoista dia= lävitse ja logos= sanan merkitys. Alun perin dialogi tarkoitti merkitysten vapaata virtaa ihmisten välillä. Yleisesti ajatellaan, että dialogi on kaksinpuhelua, kasvokkain tapahtuvaa vastavuoroista kommunikaatiota. Dialogiin osallistujien lausumat ja kommunikaatio pitävät sisällään laajan kokemuksellisen, historiallisen ja kulttuurisen tiedon eikä ainoastaan senhetkisen lausuman. Epistemologisesta näkökulmasta tarkasteltuna tieto rakentuu dialogissa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja se saa henkilö- ja kulttuurisidonnaisen merkityksen. (Aarnio, 1999, 32 - 34.)

Dialogissa on tutkittava itsestään selvinä pitämiämme asioita, ennakkoluuloja, uskomuksia ja oletuksia. Miten ymmärrämme itseämme, miten toiset kokevat maailman? Dialogi on erilaisuuden hyväksymistä ja ymmärtämistä, muttei välttämättä samaa mieltä olemista, samanlais-tuminen ei luo uutta. Dialogi on taitoa tutkia asioita muiden kanssa, vaikka omat käsitykset asiasta poikkeavat. (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 62 - 64.)

Mönkkönen (2002, 37 - 51) erottaa dialogin dialogisuudesta sekä monoloogisen dialogin ja dialogisen dialogin toisistaan. Monoloogisessa dialogissa osallistujien lausumat eivät rakennu toisistaan. Dialogisessa dialogissa avataan yhdessä tilanteeseen uusia näkökulmia. Dialogisuuden perusajatuksessa erilaisia totuuksia koetellaan yhdessä. Mönkkönen (2002) tarkastelee artikkelissaan dialogia kommunikaationa, jota harjoitellaan keskustelutekniikoin vuorovaikutustaitojen näin kehittyessä. Dialogisuuden Mönkkönen (2002) näkee suhteena, jossa saadaan aikaiseksi jotain merkittävää ihmisten välillä. Dialoginen suhde nähdään Mönkkösen (2002) mukaan nykyään keskeisimpänä vuorovaikutuksen näkökulmana luoda moniääninen asiakkaan ja työntekijän välinen keskustelutodellisuus.

Persoonallinen ote tuodaan dialogin keskeisenä mahdollistajana esiin Heikkilä & Heikkilän (2001) teoksessa. Dialogi on tehokasta kun uskalletaan paljastaa oma persoona ja uskalletaan puhua omalla äänellä (voicing). Edellä mainittu herättää osallistujissa kunnioitusta ja kehittää psykologisesti turvallisen ilmapiirin. Persoonattomien, yleisesti hyväksytyjen latteuksien

välttämisen vaatii rohkeaa riskin ottamista ja itseluottamusta. Oman äänen löytää halusta olla hiljaa ja kuunnella. Ei tarvitse metsästäjän tavoin vaania tilannetta osoittaakseen erinomaisuutta asioiden ratkaisemisessa. (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 140.)

Onnismaa, Pasanen ja Spangar, 2002) korostavat ajan, huomion ja kunnioituksen antamista toiselle tuloksekkaan vuorovaikutustilanteen aikaansaamiseksi. Ajalla voidaan tarkoittaa kuntoutujan menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden kohtaamista. Huomion antaminen on kuntoutujan kuuntelemista ja välittämistä. Kunnioituksen antaminen on ehdotonta, positiivista suhtautumista kuntoutujaan. Ammattilaisella on kuntoutuksessa kaksoisrooli asiantuntijana ja ihmisenä, hänen on oltava yhtä aikaa tunteva ja subjektiivinen sekä havaitseva ja objektiivinen. (Onnismaa, Pasanen, Spangar, 2002, osa 2, 261 - 277.)

Dialogin keskeisiä osa-alueita ovat kuunteleminen, pysähtyminen ja kysyminen. Kuunteleminen ja toisen ymmärtäminen tulevat ennen puhumista ja kehollista viestintää (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 105). Aarnio (1999) esittää, että kuuntelemisessa on 2 prosessia: 1) merkitysten muodostuminen, kopioituminen. 2) yhteyksiin sijoittaminen, ymmärtäminen. Näin asia 1) muuttuu ymmärtäjän kielelle 2) suhteutetaan toisiin asioihin, ymmärretään tai ei ymmärretä ja lopuksi 3) toimitaan sopivalla tavalla. Näin muodostuu esiyymmärrys, joka auttaa edelleen kysymään tarkkoja ja selventäviä kysymyksiä. Kognitiivisessa eläytymisessä avataan kuuntelemisen jälkeen toisen sanoja kyselemällä, jolloin saadaan selville toisen ajatuksen kulku, sanoilla on usein eri "mieli" ja merkitys eri tilanteissa. Ajatus ja puhe eivät aina kohtaa. Dialogi on kuin hengitysharjoitus - puhutaan, kuunnellaan, puhutaan ... (Aarnio, 1999, 27 - 30.)

Heikkilä & Heikkilä (2001) avaavat kuuntelemista seuraavasti: Kuuntelemisen taitoa pidetään usein itsestänselvytenä, kuitenkin useat ovat vasta kuuntelemisen taidon alkutaipaleella. Tehokas kuuntelu edellyttää keskittymistä, huomion kohdistamista, asian muistamista, persoonallista tulkintaa, kritiikittömyyttä, hyväksyvää ilmapiiriä sekä sanoman arvostusta puhujan toena. Kuuntelemisen tasot jaotellaan teoksessa seuraavasti: 1) empaattinen, aktiivinen kuunteleminen (ei arvioivaa, koetaan puhujan tavalla) 2) kuuleminen, ei kuunteleminen (sisältö tärkeämpää kuin tunne, voi johtaa siksi väärinymmärryksiin) 3) puuskittainen kuunteleminen (kuulija näyttää keskittyvän kuunteluun, mutta on omissa ajatuksissaan, odottaa omaa puheenvuoroaan, on kiinnostunut enemmän puhumisesta kuin kuuntelemisesta). Jotta kyettään yhdessä luomaan yhteisiä merkityksiä, on kyettävä kuuntelemaan, "kellumaan hetkessä". (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 105 - 109.)

Aarnio (1999, 25) kehottaa tutkimuksessaan pysähtymään, katselemaan ja kysymään, jotta opittaisiin ymmärtämään erilaisia näkökulmia. Dialogissa keskeistä on pidättäytyä arvostelu-tuomarina (judgment) olemisesta ja pyrittävä avoimeen kellumisen tilaan (suspension). Tuomarointi on tilanteen nopeaa sulkemista, jatkuvaa ja nopeaa päätöksentekoa ja ensikäden tuomiota. Nämä perustuvat itsevarmoinhin itsestänselvyksiin, joihin olemme rutinoituneet vuosien saatossa. Tilanteessa kelluminen on avointa nykyhetkessä olemista, jossa kyseenalais-

tetaan itsevarmuus, hämmästellään omaa kokemusmaailmaa itsereflektoiden sekä yhdessä toisten kanssa ja roikutaan epävarmuuden tilassa. Dialogissa on tunnustettava oma tietämättömyytensä ja on annettava toiselle tilaa puhua eikä pönkitetä monisanaisesti omaa itseään. Suspension hallitseminen on dialogiprosessin ydinosuudesta. Se on 1) ehdottomasta varmuudesta luopumista 2) osuvien kysymysten - joihin ei ole välttämättä selvää vastausta, esiin nostamista 3) järjestyksen etsimistä toisistaan poikkeavista käsityksistä 4) näkökulman muuttamista. (Heikkilä & Heikkilä, 2001, 129 - 139.)

Onnismaa (2007, 30) nostaa kirjassaan esille kysymisen, selventämisen ja tarkentamisen, jotta keskustelijoilla olisi samanlainen käsitys tilanteesta. Näin kuulija ilmaisee kiinnostumisensa puhujasta ja osoittaa kunnioittavansa häntä. Onnismaa, Pasanen ja Spangar (2002, osa 2, 275) tuovat esiin, että jokainen kysymys on interventio, jonka avulla johdatellaan ja kannustetaan puhuja puhumaan omista päämääristään ja voimavaroistaan. Kuuntelijan kyky käsitellä saamaansa tietoa, kyky olla valpas ja kyky tunnistaa puhujan sanojen taustalla olevia olettamuksia erilaisilla kysymystavoilla on tärkeä vuorovaikutustaito.

Onnismaa (2007, 36 - 38) tuo kirjassaan esille kysymystyypit ja sen, miten erilaiset tavat kysyä avaavat puhujan kokemuksia uudella tavalla. Onnismaa (2007) esittää seuraavat kysymystyypit: 1) kyseenalaistavat kysymykset (perustelu). 2) kysymykset, jotka liittävät puhujaa huolestuttavat asiat yhteyksiinsä. 3) ajallisen ulottuvuuden esiin tuovat kysymykset. 4) kysymykset, jotka käsittelevät elämän eri osa-alueiden yhteyksiä. 5) kuvailua kehottavat kysymykset. 6) tulevaisuutta kartoittavat kysymykset. 7) vahvuuksia esiintuovat kysymykset. 8) kysymykset, jotka ohjaavat asettumaan toisen ihmisen rooliin. 9) kysymykset, jotka auttavat näkemään todellisuutta laajemmin. 10) kysymykset, jotka ohjaavat luomaan henkilökohtaisia merkityksiä asioille. 11) kysymykset, jotka ohjaavat näkemään itsensä uudessa valossa.

Aarnion (1999) mukaan dialogi on kolmivaiheinen prosessi, joka sisältää aloitteen, vastauksen ja palautteen. Vuorovaikutuksen etenemisessä törmätään usein valtapyrkimyksiin, jolloin vuorovaikutus on pakollista, epätasapainoista ja asymmetristä. Esimerkiksi: kuulijan puhujalle tekemät kysymykset saattavat muodostua puhujalle pakottaviksi; osallistujat vaihtavat yllättäen puhumisen aihetta; toisen sanojen merkitykset jätetään huomioimatta; puhumisen määrä on epätasapainossa; toinen keskustelijoista dominoi tilannetta. (Aarnio, 1999, 36.)

Inhimillinen kohtaaminen edesauttaa toisen arkielämän ymmärtämistä. Jatkuvat arkielämässä tapahtuvat prosessit voidaan nähdä toimintakyknä (Hautamäki, Seppälä, 1998, 58). Toimintakyvyn ja -rajoitteiden määrittelyksi on esitetty useita näkökulmia ja käsitelmalleja. ICF, toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä luokitus jakaa lähestymistavat lääketieteellisiin, sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin malleihin. Lääketieteellinen malli tarkastelee vaivaa henkilökohtaisena ongelmana, joka vaatii lääketieteellistä hoitoa tai yksilön käyttäytymisen muuttamista. (ICF, 2004, 19 - 20.) Naturalistinen ajattelu näkee sairauden soluissa ilmenevänä häiriönä (Hautamäki, Seppälä, 1998, 18). Yhteiskunnallisissa mallissa on

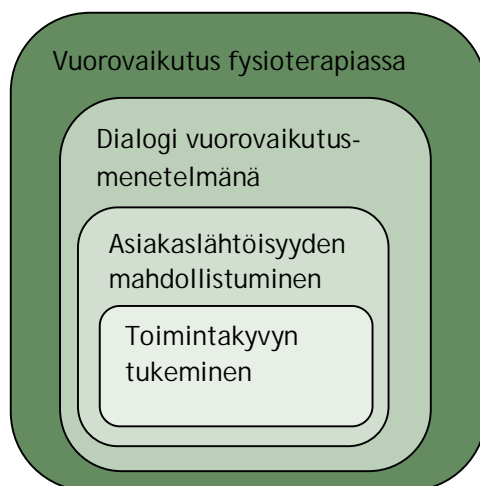
kysymys yksilöiden integroimisesta yhteiskuntaan. Toimintarajoitteet ovat yhteiskunnallisen ympäristön aikaansaamia, joiden hallinta vaatii tekoja osallistumisen mahdollistumiseksi (ICF, 2004, 20). Yhteiskunnallinen malli ymmärretään yksilön suhteena muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan (Hautamäki, Seppälä, 1998, 33). Sosiaalinen malli käsittelee ihmisoikeuksia ja politiikkaa (ICF, 2004, 20). Hautamäki ja Seppälä (1998) nostavat sosiaalisen mallin yhteydessä esille Talvitien (1991) ja Kananojan (1983) toiminnan teorian, jonka perustava elementti on tietoisuus - itsestä, toisesta ja ympäristöstä. ICF:ssä edellä mainitut, vastakkaiset toimintakyvyn käsitteen mallit on integroitu biopsykososiaalisiksi malliksi, joka pyrkii kuvaamaan terveyden eri puolia tasapainoisesti biologisesta, psykologisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta (ICF, 2004, 20).

ICF:n (2004) mukaan yksilön toimintakyky on lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tulos. Kontekstuaaliset tekijät muodostuvat yksilö- ja ympäristötekijöistä. Yksilö- ja ympäristötekijät sisältävät yksilön elämän ja elämisen koko taustan. Yhteen osa-alueeseen kohdistunut toiminta vaikuttaa muihin osa-alueisiin. (ICF, 2004, 16 - 19.) Lääketieteellinen terveydentila kattaa mm. akuutit ja krooniset taudit, häiriöt, vammat ja traumat. Toimintakyky käsittää ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä yksilön suoritukset ja osallistumisen yksilö - ja ympäristö kontekstissa. Ruumis/keho sisältää anatomisten ja rakenteellisten osien lisäksi myös aivot eli ruumiintoiminnot sisältävät myös mielentoiminnot. Suoritus on tehtävä, jonka yksilö toteuttaa. Suorituskyky on yksilön ympäristövakioitu toimintakyky, kun taas suoritustaso kuvaa, mitä yksilö pystyy tekemään ympäristössään. Osallistuminen edustaa toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa elämän eri tilanteissa. (ICF, 2004, 208 - 209.) Kontekstuaaliset tekijät muodostavat taustan, jota vasten toiminnallinen tila luokitellaan. Ympäristötekijät ovat yksilön ulkopuolinen, fyysinen ja sosiaalinen maailma, joka vaikuttaa toimintakykyyn. Ympäristötekijät jaotellaan kahteen tasoon: 1) yksittäisen ihmisen tasoon, jolloin kysymyksessä on yksilön välitön ympäristö kuten koti sekä 2) yhteiskuntatasoon, joka koostuu yksilöön vaikuttavista sosiaalisista rakenteista ja palveluista yhteisössä ja yhteiskunnassa kuten työelämä. Yksilötekijät muodostuvat mm. ihmisen kasvatuksesta, koulutuksesta, kokemuksesta, historiasta, maailmankuvasta, ajattelumallista, terveydentilasta ja yleiskunnosta. (WHO, STAKES, 2004, 16 -18, 207 - 210.)

Biopsykososiaalisen mallin ohessa fysioterapiassa voisi näkyä myös kokemuksellinen toimintakyvyn käsite, etenkin työskenneltäessä kuntoutuksen kotona, hänen arjessaan. Tärkeää tällöin on se, miten ihminen kokee elämänsä, millaisten unelmien eteen hän on valmis tekemään töitä, miten hän itse haluaa muuttaa toimintakykyään (Hautamäki, Seppälä, 1998, 59). Fenomenologiassa toimintakyky käsitetään ihmisen kokemuksen kautta. Hautamäki ja Seppälä (1998) nostavat esille Roxendalin (1987) tavan tarkastella toimintakykyä terveystieteestä lähtien. Fysioterapeutti on kiinnostuneempi toimintakapasiteetista kuin toiminnan vajauksesta. Subjekttiivinen kehonkokemuksen merkitys korostuu Roxendalin toimintakyvyn käsitteessä, kehonkokemus lisää turvallisuuden tunnetta ja parantaa näin toimintakykyä. Oleellista on

kuntoutujan ja fysioterapeutin kohtaamiselle annettu merkitys. Dialogi antaa kohtaamisesta arvokkaan kokemuksen. (Hautamäki, Seppälä, 1998, 41 -52.)

Edellä kerrotun perusteella voidaan todeta seuraavaa. Vaikka fysioterapian sanotaan laajentuneen Mönkkösen (2002) ja Piiraisen (2006) mukaan asiakkaan itseohjautuvuutta ja subjektiivista korostavaan asiakaslähtöiseen suuntaan, päätyi Piirainen (2006) väitöksessään tulokseen, jossa kuntoutujan ja fysioterapeutin erilaiset päämäärät eivät kohta. Ihmiset kokevat Heikkilä & Heikkilän (2001) mukaan saman tilanteen eri tavoin. Fysioterapeutti ei kohtaa kuntoutujaa tämän yksilö- ja ympäristökontekstista käsin. Näin ollen asiakaslähtöisyys fysioterapiassa näyttää kuitenkin olevan puutteellista. On tärkeätä osata sietää ristiriitaisia näkemyksiä. Dialogi on erilaisuuden hyväksymistä, vaikka omat käsitykset poikkeavat (Heikkilä & Heikkilä, 2001). Tarkastelen tässä opinnäytetyössä vuorovaikutuksen mahdollisuuksia fysioterapiassa. Aarnio (1999) painottaa kognitiivista eläytymistä toisen ajatuksenkulun ymmärtämiseksi ja onnistuneen dialogin mahdollistamiseksi. Mönkkönen (2002) erottaa dialogin dialogisuudesta, jonka hän näkee suhteena, jossa rakennetaan jotain merkittävää ihmisten välillä. Heikkilä & Heikkilän (2001) ja Aarnion (1999) mukaan toisen kuunteleminen on, ennen kysymistä, keskeisintä dialogissa. Tutkimuksessani tarkastelun kohteena ovat fysioterapeutin puheenvuorot sekä hänen mahdollistamansa dialogi ja sen tapa. Inhimillinen kohtaaminen edistää toisen arkielämän ymmärtämistä. Arkielämässä tapahtuvat prosessit voidaan nähdä toimintakylynä (Hautamäki & Seppälä, 1998). ICF:n (2004) biopsykososiaalinen toimintakyvyn malli kuvaa terveyden eri puolia tasapainoisesti biologisesta, psykologisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Toimintakyky on yksilön elämän ja sen koko taustan sekä terveydentilan suhde (ICF, 2004). Tutkimukseni tarkastelun kohteena on lisäksi se, miten fysioterapeutin erilaisissa dialogin tavoissa ilmenee asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen ICF-näkökulmasta tarkasteltuna.



Kuvio 1. Tutkimuksen viitekehys

Keskeiset käsitteet: Vuorovaikutus fysioterapiassa, asiakaslähtöisyys, dialogi, toimintakyky

### 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tarkoitukseni tässä opinnäytetyössä on arvioida asiakaslähtöistä toimintakykyä tukevaa vuorovaikutusta fysioterapiassa. Tarkastelun kohteena on se, millaista dialogia fysioterapeutti mahdollistaa sekä miten asiakaslähtöisyys ja toimintakyvyn tukemisen näkökulma ilmenevät fysioterapeutin puheenvuoroissa.

Tavoitteeni opinnäytetyössäni on osoittaa dialogin mahdollisuudet vuorovaikutusmenetelmänä sekä vuorovaikutustaitojen mahdollisuudet asiakaslähtöisessä toimintakyvyn tukemisessä fysioterapian kohtaamistilanteessa.

Kokoavana tutkimuskysymyksenä on:

Millainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen fysioterapiassa?

Tarkentavina kysymyksinä ovat:

- 1) Millaisia dialogin tapoja ja luokkia tutkimusaineistosta voidaan tunnistaa?
- 2) Miten tutkimusaineiston dialogit ilmentävät asiakaslähtöisyyttä?
- 3) Miten tutkimusaineiston dialogeissa ilmenee toimintakyvyn tukemisen näkökulma?

## 4 Menetelmä

### 4.1 Tutkimus- ja arviointimetodi

Opinnäytetyöni on tulkinnallinen, laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus on tyypiltään empiiristä, jossa sekä teorialla että yksilön objektiivisella käsityksellä asiasta on oma asemansa. Analyysissä tulkitsin keräämästäni tutkimusaineistosta, Aarnion (1999) dialogianalyysin luokitusyksikköihin suhteuttaen, oman näkemykseni mukaan fysioterapeutin mahdollistaman dialogin tapaa sekä kartoitin, oman näkemykseni mukaan, asiakaslähtöisyyden teemojen ja toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulman ilmenemistä fysioterapeutin puheenvuoroissa.

Tarkastelin tätä työtä fenomenologis-hermeneuttisen tieteenfilosofian perinteen kautta. Hermeneuttisen perinteen lähtökohtana on ihmisen mielen konstruoiman maailman ja merkitystodellisuuden ymmärtäminen (Tuomi, Sarajarvi, 2006, 131, 137). Analyysissä pyrin ymmärtämään tutkittavien alkuperäisiä todellisuuden konstruktioita. Tuotin niistä sitten analyysissä ymmärryksen mukaan omia rekonstruktioita. Fenomenologia tutkii, miten koemme

maailmamme ja eri merkitykset (Tuomi, Sarajärvi, 2002, 33 - 35). Fenomenologiassa ihmistä yritetään ymmärtää subjektina ja jakamattomana kokonaisuutena (Hautamäki, Seppälä, 1998, 41). Tässä työssäni tutkin, millaista vuorovaikutuksen tapaa fysioterapeutti toteutti fysioterapian kohtaamistilanteessa, miten fysioterapeutti kohtasi kuntoutujan kokemusmaailman. Tutkin, millaista asiakaslähtöisyys oli, ymmärsikö fysioterapeutti kuntoutujan subjektina. Lisäksi tutkin, millainen oli toimintakyvyn tukemisen näkökulma fysioterapeutin puheenvuoroissa, ilmenikö kuntoutujan toimintakyvyn tukeminen jakamattomana kokonaisuutena.

#### 4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui videoimalla yksi yksilöfysioterapiatilanne, jossa fysioterapeuttikollegani tapasi kuntoutujansa vastaanotolla. Tutkimukseen osallistunut fysioterapeutti on myös Kasvatustieteiden kandidaatti ja hän opiskelee lisäksi tällä hetkellä erityispedagogiikkaa yliopistossa. Työskentelen hänen kanssaan ajoittain samassa toimintakeskuksessa kehitysvammaisten parissa. Kysyin fysioterapeutilta halukkuutta osallistua tutkimukseeni sekä mahdollisuutta saada videoita fysioterapiatilannetta, jossa hän kohtaisi puheella kommunikoivan ja kognitiivisilta toiminnoiltaan normaalin kuntoutujan. Fysioterapeutti kysyi ystävällisesti tilanteeseen sopivalta kuntoutujaltaan halukkuutta osallistua tutkimukseeni. Fysioterapeutti ja kuntoutuja ovat tehneet yhteistyötä heinäkuusta 2008 alkaen. Videointi päätettiin toteuttaa 17.4.2009 klo 9.00.

Tutkimukseeni osallistunut keski-ikäinen kuntoutuja vammautui tapaturmassa reilut 2 vuotta sitten. Tapaturman seurauksena kuntoutuja sai aivovamman. Kuntoutuja oli tullut fysioterapiaan diagnoosilla: Aivovamman jälkitila sekä kallo- ja kasvoluiden jälkitila. Vamma aiheutti sokeutumisen, kehon oikean puolen toiminnan alentumisen, sekundaarisen Parkinsonismin sekä epilepsian. Lisäksi maku- ja hajuaistit ovat alentuneet, vasemmassa yläraajassa on tuntopuutoksia sekä oikea korva lukkiutuu kuntoutujan ollessa makuuasennossa. Kuntoutuja on naimisissa oleva perheenisä. Ennen vammautumistaan urheilullinen kuntoutuja työskenteli ulkona tehden fyysisesti raskaita töitä. Kuntoutuja kommunikoi puheella ja hänen kognitiiviset toimintonsa ovat normaalit.

Tutkimusaineiston keruu videoimalla kesti noin tunnin ja toteutettiin fysioterapiatilanteessa, fysioterapeutin vastaanotolla. Itse, tutkijana osallistuin tilanteeseen vain kuvaajan roolissa. Tutkimusaineistoksi muodostui fysioterapiatilanteen vuorovaikutustoiminta. Aineistoa rajattiin vielä siten, että tarkastelun kohteena olivat fysioterapeutin puheenvuorot. Fysioterapia sisälsi noin viiden minuutin lämmittelyn "crosstrainerillä", yläraajojen harjoitteita jumppapallon ja puolapuiden avulla, tasapaino- ja alaraajaharjoitteita tasapainolaudan avulla sekä hyppyharjoituksin ja lopuksi ylävartalon- ja raajojen venytyksiä ja vatsaliharjoitteita lattiatasossa, jumppamatolla.

### 4.3 Aineiston analyysi

Teorialähtöistä sisällönanalyysiä ohjaa valmis, aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys ja usein sen testaaminen uudessa kontekstissa sekä valmiit kategoriat ja luokitukset, joihin aineisto suhteutetaan (Tuomi, Sarajarvi, 2006, 99 - 100). Analyysimenetelmänäni oli Aarnion (1999, 76 - 79) kehittänyt sisällönanalyysiin perustuva dialogianalyysi, jossa luokittelun perustana ovat valmiit, hänen tutkimuksensa videoneuvottelukeskusteluista muodostuneet luokitusyksiköt, joihin suhteutin tutkimusaineistoni. Aarnio (1999, 76 - 79) muotoilee tutkimuksessaan dialogianalyysin luokitusyksiköt seuraavien kognitiivisen eläytymisen menetelmästä, dialogin teoriasta sekä tutkimusprosessinsa käytännön työskentelystä nousseiden kriteereiden perusteella. Dialogia vahvistavia, positiivisia kriteerejä ovat: keskittynyt kuunteleminen, toisen kerronnasta olennaisten poiminta ja niiden merkityksen selvittäminen, tulkinnan tarkistaminen kysymällä, puhtaat, ei johdattelevat kysymykset sekä sidonta puhujan aikaisemmin sanomasta. Dialogia heikentäviä, negatiivisia kriteerejä ovat: omista ajatuksista, arvoista, kokemuksista ja asenteista puhuminen, epätasa-arvoinen ohjeistaminen ja toisen ajatusten tukeminen. Edellä mainitut, negatiiviset kriteerit eivät aikaansaa uutta. Lisäksi päälle puhuminen, olettaminen sekä yleistys heikentävät dialogia. (Aarnio, 1999, 26 - 27.) Dialogin analyysiyksikkö voi olla lausuma, lause tai osa siitä tai vain yksittäinen sana. Aarnion (1999) tutkimuksessa videoneuvotteludialogien analysoinnissa luokitusyksiköiksi kehittyivät lopulta seuraavat 16 luokkaa: (Numerot 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ja 15 ovat kriteerien mukaan dialogia vahvistavia ja loput dialogia heikentäviä luokkia).

1. Omien ajatusten avaaminen ja jatkaminen (A)
2. Toisen Lausumaan vastaaminen kysyttäessä (TLV)
3. Toisen lausumasta suoraan asiaan liittyen jatkaminen (TLJ)
4. Toisen lausumaa kokonaisuudessaan tarkentava kysymys (TLK)
5. Jonkin asian tutkiva kysyminen ja ihmetteleminen yleisesti sekä suora kysymys toiselle (K)
6. Toisen lausumaan sisältyvien avainsanojen merkityssisältöjen avaaminen (AMA)
7. Toisen houkuttelemine osallistumaan (THO)
8. Sidonta toisen aiempaan lausumaan (S)
9. Kuvitelmien tarkistaminen (KUT)
10. Omat asenteet välissä suorana kommenttina (OA)
11. Teemojen pinnallinen käsittely aiheesta toiseen hyppelehtien, ei pysytä asiassa (TPK)
12. Kuvittelemine luulemismielessä (KU)
13. Asymmetria puheenvuotojen määrässä ja pituudessa (AS)
14. Toisen päälle puhuminen (PP)



15. Vuoron vaihtaminen ja tilan antaminen (VV)
16. Vuoron ottamiseen keskustelussa (VO)

Taulukko 1. Videoneuvottelukeskustelujen luokitusmerkinnät ja niiden sisällöt (Aarnio, 1999, 77 - 78)

Tutkimusaineisto litteroitiin. Litteraatiksi muodostui yhteensä 181 puheenvuoroa. Kaikista litteraatin puheenvuoroista 91 kappaletta oli fysioterapeutin lausumia, lauseita tai sanoja. Tarkastelun kohteena olivat fysioterapeutin puheenvuorot. Puheenvuorojen lausumat, lauseet tai sanat luokiteltiin suhteuttamalla ne Aarnion (1999) dialogianalyysin luokitusyksikköihin. Fysioterapeutin puheenvuorot, dialogianalyysin luokitusyksiköt, joihin fysioterapeutin lausumat, lauseet tai sanat suhteutettiin sekä asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen ilmeneminen värjättiin litteraatissa niiden nostamiseksi esiin tarkemman tarkastelun ja analysoinnin helpottamiseksi. Tutkimusaineistossani fysioterapeutin puheenvuoroista muodostui lopulta kaikkiaan 145 dialogin luokitusyksikköä, koska 1 puheenvuoro saattoi sisältää useita luokitusyksiköitä. Arvioin tutkimusaineistosta dialogin tapoja ja luokkia dialogianalyysin kriteerien perusteella. Kartoitin asiakaslähtöisyydelle keskeisten teemojen: voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaamisen, itseohjautuvuuden ja subjektiivisuuden mahdollistamisen, elämän prosessiin liittyvän vuorovaikutuksen, liikaa kuntoutujan mukaan menemisen, vastuun hämärtymisen ja ajatusmaailman tavoittamisen ilmenemistä sekä toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulman ja sen keskeisten elementtien: yksilön suoritusten, kehon toimintojen ja osallistumisen (yksilö- ja ympäristökontekstissa) ilmenemistä fysioterapeutin puheenvuoroissa ja luokitusyksiköissä. Dialogianalyysin avulla tehtiin lopulta päätelmät siitä, millainen dialogin tapa mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen. Liite 2 on esimerkkinä aineiston analyysistä.

Sisällönanalyysi voi sisältää sisällön erittelyn, jolloin aineiston sisältöä voidaan kuvata lisäksi myös kvantitatiivisesti. Analyysissäni dialogin luokitusyksiköitä, joihin aineiston fysioterapeutin puheenvuorojen lausumia, lauseita ja sanoja suhteutettiin, tarkasteltiin myös määrällisesti erilaisten dialogin luokkien ja tapojen esiintymismäärien kartoittamiseksi. Lisäksi tarkasteltiin määrällisesti asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen ilmenemistä eri dialogin luokitusyksiköissä ja tavoissa, joihin fysioterapeutin puheenvuorot oli suhteutettu.

Työni tutkimusaineistoksi muodostuneiden, fysioterapeutin puheenvuorojen lausumien, lauseiden ja sanojen suhteuttaminen dialogianalyysin luokitusyksikköihin ei ollut täysin yksiselitteistä. Koin vaikeaksi erottaa toisistaan seuraavat luokitusyksiköt: "Toisen houkuttelemisen osallistumaan (THO)" sekä "Vuoron vaihtaminen ja tilan antaminen (VV)". Päädyin erottamaan nämä luokitusyksiköt siten, että ensiksi mainittua käytin silloin, kun terapeutti houkut-

teli kuntoutujaa osallistumaan terapian suunnitteluun ja jälkimmäistä, kun terapeutti houkutteli kuntoutujaa yleensä keskustelemaan. Koska osallistuin itse vuorovaikutustilanteen tutkimiseen vain kuvaajan roolissa, lausumien, lauseiden tai sanojen suhteuttaminen muutamiin luokitusyksiköihin kuten: "Kuvitelmien tarkistaminen (KUT)", "Omat asenteet välissä suorana kommenttina (OA)" sekä "Kuvittelemisen luulemismielessä (KU)" ei voitu toteuttaa.

## 5 Tutkimustulokset

### 5.1 Millaisia dialogin tapoja ja luokkia tutkimusaineistosta voitiin tunnistaa?

Tutkimusaineistossani dialogia vahvistavia, kognitiivisen eläytymisen mahdollistavia puhtaita kysymyksiä (K) esiintyi lähes saman verran kuin johdattelevia tai oletuksen sisältämiä kysymyksiä, jotka Aarnion (1999) mukaan estävät kognitiivista eläytymistä ja sitä kautta heikentävät dialogia. Kysymykset muodostavat kuitenkin dialogin erään keskeisen osa-alueen, joten tässä tutkimuksessa kaikki kysymykset on nähty dialogia mahdollistavina. Omista ajatuksista kertomista (A) sekä ohjeiden antamista esiintyi tutkimusaineistossani paljon, mikä myös Aarnion (1999) mukaan estää kognitiivista eläytymistä ja heikentää dialogia. Kuten myös toisen ajatuksista jatkaminen (TLJ) ja niiden tukeminen, jolloin uutta ei synny. Edellä mainittua esiintyi myös paljon tutkimusaineistossani.

Dialogia aikaansaavaa tulkinnan tarkistamista (TLK) esiintyi tutkimusaineistossani kohtalaisesti, mutta olennaisten poimimista ja niiden merkitysten selvittämistä (AMA) kognitiivisen eläytymisen vahvistamiseksi vain muutama. Dialogia mahdollistavaa toisen aikaisemmin lausumaan sitomista ei esiintynyt tulkintani mukaan ollenkaan.

Tutkimustilanteen vuorovaikutuksessa esiintyi jonkin verran dialogia sulkevaa asiasta toiseen hyppelähtymistä (TPK). Dialogin estävää päälle puhumista ja yleistämistä ei esiintynyt juuri ollenkaan. Asymmetriaa esiintyi kerran.

Dialogien luokitusyksiköt ja niiden esiintymismäärät fysioterapeutin puheenvuoroissa on esitetty seuraavassa taulukkomuodossa. Dialogia vahvistavia luokituksia ovat taulukon numerot 2, 4, 5, 6, 7, 8, 15 ja 16., loput ovat dialogia heikentäviä luokkia. Tässä tutkimuksessa vuoron ottaminen keskustelussa (VO) on nähty dialogia avaavana, koska tällöin keskustelu palautettiin takaisin aiheeseen.

1. Omien ajatusten avaaminen ja jatkaminen (A)	34
2. Toisen lausumaan vastaaminen kysyttäessä (TLV)	10
3. Toisen lausumasta suoraan asiaan liittyen jatkaminen (TLJ)	23
4. Toisen lausumaa kokonaisuudessaan tarkentava kysymys (TLK)	3+10=13
5. Jonkin asian tutkiva kysyminen ja ihmetteleminen yleisesti sekä suora kysymys toiselle (K)	19+16 = 35
6. Toisen lausumaan sisältyvien avainsanojen merkityssisältöjen avaaminen (AMA)	5
7. Toisen houkutteleva osallistumaan (THO)	7
8. Sidonta toisen aiempaan lausumaan (S)	0
9. Kuvitelmien tarkistaminen (KUT)	0
10. Omat asenteet välissä suorana kommenttina (OA)	0
11. Teemojen pinnallinen käsittely, aiheesta toiseen hyppelähtien, ei pysytäkään asiassa (TPK)	11
12. Kuvittelu luulemismielessä (KU)	0
13. Asymmetria puheenvuorojen määrässä ja pituudessa (AS)	1
14. Toisen päälle puhuminen ((PP)	0
15. Vuoron vaihtaminen ja tilan antaminen (VV)	1
16. Vuoron ottaminen keskustelussa (VO)	5
Yhteensä (H)	69
Yhteensä (V)	76
Yhteensä	145

Taulukko 2. Aarnion dialogianalyysin luokitusyksiköiden esiintymismäärät fysioterapeutin puheenvuoroissa, tutkimusaineistossani.

Aarnion dialogianalyysin luokitusyksiköistä fysioterapeutin puheenvuoroissa eniten esiintyi jonkin asian tutkivaa kysymistä ja ihmettelmistä yleisesti sekä suoraa kysymystä toiselle (K). Fysioterapeutti ei terapeuttilähtöisesti valinnut fysioterapiamenetelmiä, vaan hän joko pyysi kuntoutujalta ehdotuksia tai antoi kuntoutujalle vaihtoehtoja eri harjoitteiden tai välineiden valinnasta jakaen näin vastuuta fysioterapian toteuttamisesta. Lähes puolet kysymyksistä liittyi harjoitteiden valintaan, toimimisen mahdollistumiseen tai harjoitteiden aiheuttamiin tuntemuksiin. Alle kymmenessä kysymyksessä poikettiin aiheesta. Loput kysymykset ja ihmettelut liittyivät kuntoutujan yleisen voiminnan, käyttäytymisen ja terveydentilan tiedusteleminen.

Esimerkki 1. Mitä mieltä olet, otatko terapiapallon ja pompottelet? Haluatko pienemmän pallon?

Lähes yhtä paljon tutkimusaineistossa esiintyi omien ajatusten avaamista ja jatkamista (A). Noin 20 lausumaa, lausetta tai sanaa liittyi fysioterapian ohjaukseen. Noin 10 ei liittynyt aiheeseen. Lopuissa lausumissa, lauseissa tai sanoissa annettiin palautetta, neuvoja tai ne liittyivät tilan ja välineiden järjestelyyn.

Esimerkki 2. Tehdään heitot. Käänny oikealle. Suora heitto eteenpäin. Työnnä suoraan ja pikkasen yläviistoon vasemmalle. Korkeampia, ylemmäs. Työntö oikealle. Tosi hyvä. Voimaa ja napakkuutta on.

Toisen lausumasta suoraan asiaan liittyen jatkamista (TLJ) esiintyi tutkimusaineistossa 23 kertaa. Vuorovaikutuksen lausumat eivät useinkaan liittyneet aiheeseen. Kehon toimintaan, ADL- toimintojen mahdollistumiseen sekä harjoitteisiin liittyviä lausumia esiintyi muutamia. Muutamit lausumat liittyivät neuvomiseen ja palautteen antamiseen.

Esimerkki 3. (*Äsken paistoi aurinko*) Siellä satoi kyllä lunta.

Toisen lausumaa kokonaisuudessaan tarkentavia kysymyksiä (TLK) esiintyi 13 kertaa. Noin puolet tarkentavista kysymyksistä liittyi kehon toimintaan, tuntemuksiin ja suorituksiin. Aiheeseen liittymättömiä tarkentavia kysymyksiä esiintyi 2 kappaletta. Loput tarkentavat kysymykset koskivat apuvälineen käyttöä, harjoitteita ja terveydentilaa.

Esimerkki 4. Johtuuko korkeampi asento (vasen kyynärpää) siitä, että oikea käsi on heikompi?

Fysioterapeutin puheenvuoroissa esiintyi 11 kertaa teemojen pinnallista käsittelyä, aiheesta toiseen hyppelehtimistä sekä asiassa pysymättömyyttä (TPK).

Esimerkki 5. Jokikadun terassilla touhutaan kevättouhujia.

Toisen lausumaan vastaaminen kysyttäessä (TLV) - luokitusyksikössä esiintyi lähinnä aiheeseen liittymätöntä vuorovaikutusta.

Esimerkki 6. (*Oliko tietokone saatu korjattua*) Ei, hankittiin uusi tietokone (vastaanotolle). Takuu oli mennyt umpeen. Näyttö meni pimeäksi

Kuntoutujan houkutteleva osallistumaan terapian suunnitteluun sekä vastuunantaminen hänelle itselleen kehostaan, terapiavälineiden valinnoista ja käytöstä nousivat keskeisiksi lausumissa, lauseissa ja sanoissa, jotka suhteutettiin toisen houkutteleva osallistumaan (THO)-luokitusyksikköön. 8 lausumaa, lausetta tai sanaa suhteutettiin tähän luokitusyksikköön.

Esimerkki 7. Sit saat tehdä muutamat vatsalihasliikkeet. Päätä itse mimmoset teet

Aarnion (1999) mukaan dialogin onnistumisen kannalta keskeistä, toisen lausumaan sisältyvien avainsanojen merkityssisältöjen avaamista (AMA) esiintyi fysioterapeutin lausumissa, lauseissa tai sanoissa tulkintani mukaan 5 kertaa. Avainsanoiksi muodostuivat lenkkeily, henkilökohtainen avustaja sekä vasemman yläraajan toiminta, joiden merkityssisältöjä fysioterapeutti avasi.

Esimerkki 8. Niin pitkä tauko lenkkeilyssä - ei hyvänen aika!

Vuorovaikutuksessa poikettiin jonkin verran aiheesta tai hypeltiin aiheesta toiseen. Fysioterapeutti palautti kuitenkin aina keskustelun aiheeseen ottamalla vuoron. Vuoron ottamista keskustelussa (VO) esiintyi 5 kertaa

Esimerkki 9. Juu Grandissa (ravintola) laajennetaan. Sitten kun jaksat voit tulla tänne tasapainolaudalle. Ota puolapuista. Tarviitko liukuesteen?

Asymmetriaa puheenvuoron pituudessa esiintyi fysioterapiatilanteen vuorovaikutuksessa kerran, jolloin fysioterapeutti ohjasi kuntoutujalle venytysasentoa ja samalla puhui asiasta, joka ei liittynyt aiheeseen. Toisen päälle puhumista sekä sidontaa toisen aikaisemmin lausumaan ei tutkimusaineistossani tulkintani mukaan noussut esiin.

Tutkimani vuorovaikutustilanne oli tunnelmaltaan mielestäni rento ja luottavainen. Tutkimusaineistossani oli vastavuoroista vuorovaikutusta ja kommunikaatiota puheenvuorojen vaihtuessa. Vuorovaikutus oli tulkintani mukaan kohteliasta ja sovinnasta - siinä edettiin nopeasti. Hiljaisia, "hetkessä kellumisia" ei juuri esiintynyt. Tulkintani mukaan yli 50 prosentissa fysioterapeutin lausumista, lauseista tai sanoista vahvistui dialogi vuorovaikutusmenetelmänä. Avainsanojen merkityssisältöjen avaamista, toisen ajatusmaailman tavoittelua ja yhteisymmärrystä saavutettiin tulkintani mukaan tutkimusaineistossani vain noin 5 prosentissa fysioterapeutin lausumissa, lauseissa tai sanoissa. Vuorovaikutus oli tulkintani mukaan lähinnä kysymyksillä vahvistettua monologista dialogia, yhteistä kehittämistä ja rakentamista ei tulkintani mukaan syntynyt.

## 5.2 Miten tutkimusaineiston dialogeissa ilmeni asiakaslähtöisyys?

Asiakaslähtöisyydelle merkittävien teemojen esiintyminen tutkimusaineistossa ja dialogianalyysin luokitusyksiköissä on kuvattuna aluksi taulukkomuodossa.

<i>Puheenvuoroissa esiintyi:</i>
Voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaamista (16/V, 18/H = 34)
Itseohjautuvuuden ja subjektiivisuuden mahdollistamista (33/V, 6/H = 39)

Asiakaslähtöisyyttä heikentävää vuorovaikutusta (26/H)
<i>Puheenvuoroissa ei esiintynyt tai esiintyi vähän:</i>
Elämän prosessiin liittyvää vuorovaikutusta (7/V, 2/H = 9)
Liikaa mukaan menemistä / vastuun hämärtymistä
Ajatusmaailman tavoittamista (2/V)

Taulukko 3. Asiakaslähtöisyyden teemojen ilmeneminen tutkimusaineistossa

Kuntoutujan voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaaminen tuli esille suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 5 kertaa ja oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 4 kertaa; avainsanojen avaamisessa 5 kertaa; toisen lausumasta jatkamisessa (TLJ) 8 kertaa; tarkentavissa kysymyksissä (TLK) 2 kertaa; omien ajatusten avaamisessa (A) 10 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaamista esiintyi 16 kertaa ja dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä 18 kertaa kaikista 145 luokitusyksiköstä. Kuntoutujan voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaaminen ilmeni tutkimusaineistossa lähinnä terveydentilan sekä kehon toimintojen ja suoritusten kommentointina, ohjaamisena, neuvomisena ja tiedustelemisena sekä niistä palautteen antamisena.

Esimerkki 10. ...Sitten 10 - 15 suoraa vatsalihasliikettä. Jos on liian helppoa, voit nostaa jalat ylös ikään kuin tuolille...

Kuntoutujan mahdollisuus itseohjautuvuuteen tavoitteidensa asettajana, toimintansa muuttajana, elämänsä hallitsijana sekä fysioterapiatilanteen subjektina tuli esille suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 11 kertaa ja oletuksen sisältävissä kysymyksissä 7 kertaa; tarkentavissa kysymyksissä (TLK) 3 kertaa puhtaissa ja kerran oletuksen sisältävissä kysymyksissä; toisen lausumiin vastaamisissa (TLV) 2 kertaa; avainsanojen avaamisissa (AMA) 1 kerran; osallistumaan houuttelemisessa (THO) 8 kertaa; omien ajatusten avaamisissa (A) 6 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä itseohjautuvuus, elämänsä hallinta ja subjektius tulivat esiin 33 kertaa ja heikentävissä luokitusyksiköissä 6 kertaa kaikista 145 luokitusyksiköistä. Kuntoutujan mahdollisuus itseohjautuvuuteen tavoitteidensa asettajana, toimintansa muuttajana, elämänsä hallitsijana sekä fysioterapiatilanteen subjektina ilmeni tutkimusaineistossa siten, että kuntoutujalle annettiin positiivista palautetta, tiedusteltiin kuntoutujan toiveita kyseisen fysioterapiakerran harjoitteiden toteuttamisesta, huomioitiin turvallisuus, tiedusteltiin vointia, tuntemuksia ja apuvälineen käyttöä tai annettiin useita kertoja mahdollisuus valita eri harjoitteiden väliltä. Lisäksi sokealle kuntoutujalle annettiin mahdollisuus valita reitti liikkuessaan vastaanottotiloissa.

Esimerkki 11. Lenkkeily avustajan kanssa on hyvä ajatus. Avustaja voi olla sparraajana

Kuntoutujan elämän prosessiin liittyviä asioita nousi esille avainsanojen avaamisessa (AMA) kerran; toisen lausumasta jatkamisessa (TLJ), tarkentavissa kysymyksissä (TLK) ja suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 2 kertaa; oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 2 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä elämän prosessiin liittyviä asioita nousi esiin 7 kertaa ja dialogia heikentävissä 2 kertaa kaikista 145 luokitusyksiköstä. Kuntoutujan elämän prosessiin liittyviä asioita, joihin sairaus vaikuttaa, käsiteltiin tutkimusaineistossani melko vähän liittyen yhteiskuntaan sekä ADL- toimien mahdollistumiseen.

Esimerkki 12. Kumpi on parempi seurata uutisia, luettuna (omains) vai tietokoneelta itse lukien (puhuttuna kuunnellen)?

Asiakaslähtöisyydestä eroavaa asiakaskeskeistä toimintaa, jossa nähdään liikaa kuntoutujan ongelmiin mukaan menemistä tai vastuun hämärtymistä ei tutkimusaineistossani tullut esiin. Esimerkiksi kuntoutujan poikettua aiheesta vuorovaikutus palautettiin sopivasti takaisin aiheeseen.

Esimerkki 13. Ei yritykselle irtaimistoa (vakuutus korvannut vesivahingon yhteydessä). Okei, ota pallo kiinni. Voin ottaa sen. Haluatko istua vai tuutko tasapainolaudalle?

Asiakaslähtöisyyden mahdollistavan, kokemuksista syntyneen toisen ajatusmaailman tavoittaminen, ymmärtäminen ja arvostaminen jäivät tutkimusaineistossani pinnalliseksi. Muutaman kerran kuntoutuja toi esiin häntä askarruttavan tai kiinnostavan asian, ja avasi kerran oman ajatuksen fysioterapian toteutukseen liittyen, mutta syvempää dialogia fysioterapeutti ei niistä mahdollistanut.

Esimerkki 14. (*Saa nähdä stoppaako lenkkeily*) - Ei, pistäkää kalenteriin ylös esimerkiksi 3 päivänä viikossa (*Sovittiin, että 4 päivänä*) - Miltä tuntuu crosstraineri?

Toisen ajatusmaailman tavoittamisen estäviä (omien ajatusten kertomista ja nopeaa neuvomista) ja siten asiakaslähtöisyyttä heikentäviä puheenvuoroja oli nähtävissä tutkimusaineistossani. Ristiriitoja sekä puolustusmekanismeihin suojautumista ei tutkimusaineistossani ilmennyt ollenkaan.

Esimerkki 15. Voit nousta vai teetkö vielä suorat (vatsalihakset)? - Joo - Tee niin, että vedät polvet koukkuun sivulle (vastasi itse kysymykseensä). Vähän aikaa pidät ja vaihdat suuntaa...Sitten 10 - 15 suoraa vatsalihhasliikettä..

### 5.3 Miten tutkimusaineiston dialogeissa ilmeni toimintakyvyn tukemisen näkökulma?

Toimintakyvyn tukemista tarkasteltiin ICF:n biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulman elementtien ilmeneminen tutkimusaineistossani on esitetty tässäkin aluksi taulukkomuodossa.

Yksilön suoritusten tukeminen	eniten (16/V, 20/H= 36)
• yksilökonteksti	
• ympäristökonteksti	
• fysioterapiatilanne vastaanotolla	eniten
Kehon toimintojen tukeminen	16/V, 12/H= 28
• yksilökonteksti	
• ympäristökonteksti	
• fysioterapiatilanne vastaanotolla	eniten
Osallistuminen	vähiten (21/V, 2/H= 23)
• yksilökonteksti	eniten
• ympäristökonteksti	eniten
• fysioterapiatilanne vastaanotolla	

Taulukko 4. Toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulman elementtien ilmeneminen tutkimusaineistossani

Kuntoutujan toimintakyvyn tukeminen fysioterapeutin puheenvuoroissa ja luokitusyksiköissä ICF-näkökulmasta tarkasteltuna ilmeni enimmäkseen yksilön suoritusten tukemisena. Suoritusten tukeminen ilmeni suoritustasoon ja suorituskykyyn liittyvinä ohjeina, palautteina, tiedusteluna, ihmettelynä ja toteamuksina kontekstuaalisena taustana pääasiallisesti fysioterapiatilanne vastaanotolla, mutta jonkin verran myös kuntoutujan ympäristö- ja yksilökonteksti. Yksilön suoritusten tukeminen tuli esiin tarkentavissa kysymyksissä (TLK) 5 kertaa; suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 7 kertaa; avainsanojen avaamisessa (AMA) 4 kertaa; toisen lausumasta jatkamisessa (TLJ) 7 kertaa; omien ajatusten avaamisessa (A) 13 kertaa. Yksilön suoritusten tukeminen ilmeni 16 kertaa dialogia vahvistavissa ja 20 kertaa dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä kaikista 145 luokitusyksiköstä.

Esimerkki 16. Kun menette käsikynkkää (lenkkeillessä kotiympäristössä), niin vaihtakaa välillä puolta, ettei vain toinen puoli kehosta liiku



Kuntoutujan kehon toimintojen tukeminen näkyi aistitoimintojen ja ruumiintoimintojen tukemisena fysioterapeutin puheenvuoroissa. Aistitoiminnan tukemisen kontekstina oli fysioterapia tilanne vastaanotolla, mutta myös yksilö- ja kotiympäristökonteksti. Ruumiintoimintojen käydyn vuorovaikutuksen konteksti oli fysioterapiatilanne vastaanotolla, mutta myös kotiympäristö. Kehon toimintojen tukeminen ilmeni suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 5 kertaa, oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 4 kertaa; avainsanojen avaamisessa (AMA) 2 kertaa; omien ajatusten avaamisessa (A) 7 kertaa; toisen lausumasta jatkamisessa (TLJ) 5 kertaa; tarkentavassa kysymyksessä (TLK) 3 kertaa; toisen lausumaan vastaamisessa (TLV) 2 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä kehon toimintoja tuettiin 16 kertaa ja dialogia heikentävissä 12 kertaa kaikista 145 luokitusyksikössä.

Esimerkki 17. Pistääkö polveen? (crosstrainerilla harjoiteltaessa)

Osallistumisen tukeminen fysioterapeutin puheenvuoroissa ilmeni tiedusteluina ja toteamuksina asioista, jotka liittyivät kuntoutujan osallistumiseen hänen yksilö- ja ympäristökontekstissaan. Osallistumisen tukeminen ilmeni toisen lausumasta jatkamisissa (TLJ) 2 kertaa; avainsanojen avaamisessa (AMA) kerran; suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 4 kertaa, oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 7 kertaa; Osallistumaan houkuttelemisessa (THO) 5 kertaa; tarkentavassa kysymyksessä (TLK) 4 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä osallistumista tuettiin 21 kertaa ja dialogia heikentävissä 2 kertaa kaikista 145 luokitusyksikössä.

Esimerkki 18. Näkykö lama siinä toiminnassa? (vaimon yrityksen)

Toimintakyvyn tukeminen yksilökontekstissa ilmeni suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 6 kertaa; oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 2 kertaa; avainsanojen avaamisissa (AMA) 3 kertaa; toisen lausumasta jatkamisessa kerran; tarkentavassa kysymyksissä (TLK) 4 kertaa; omien ajatusten avaamisessa (A) 2 kertaa; osallistumaan houkuttelemisessa (THO) 3 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä toimintakyvyn tukeminen kuntoutujan yksilökontekstissa ilmeni 18 kertaa ja dialogia heikentävissä 3 kertaa kaikista 145 luokitusyksiköstä.

Esimerkki 19. Eli sun kannalta kävi sitten hyvin. Monena päivänä hän käy (henkilökohtainen avustaja)?

Toimintakyvyn tukeminen ympäristökontekstissa ilmeni tarkentavissa kysymyksissä (TLK) 4 kertaa; suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 3 kertaa, oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 3 kertaa; avainsanojen avaamisessa (AMA) 2 kertaa; omien sanojen avaamisessa (A) kerran; toisen lausumasta jatkamisessa (TLJ) 3 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä toimintakyvyn tukeminen kuntoutujan ympäristökontekstissa ilmeni 12 kertaa ja dialogia heikentävissä 4 kertaa kaikista 145 luokitusyksiköstä.

Esimerkki 20. ...Muista kuitenkin turvallisuus, jos olet joskus toisella puolella, ettet vaan tipu ojaan. Kuinka pitkä lenkki oli?

Toimintakyvyn tukeminen kontekstuaalisena taustana fysioterapia tilanne, fysioterapeutin vastaanotolla ilmeni suorissa, puhtaissa kysymyksissä (K) 7 kertaa, oletuksen sisältävissä kysymyksissä (K) 5 kertaa; houkuttelemaan osallistumisessa (THO) 8 kertaa; omien ajatusten avaamisessa (A) 15 kertaa; toisen lausumasta jatkamisessa (TLJ) 8 kertaa; avainsanojen avaamisessa (AMA) kerran; tarkentavassa kysymyksessä (TLK) 3 kertaa; toisen lausumaan vastaamisessa (TLV) 4 kertaa. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä toimintakyvyn tukeminen fysioterapia tilanteessa, fysioterapeutin vastaanotolla ilmeni 28 kertaa ja dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä 23 kertaa kaikista 145 luokitusyksiköstä.

Esimerkki 21. Niin. Maistele ihan olkapäistä, millainen asento on. Onko samanlainen ote kämmenillä (puolapuista)? Nyt on symmetrisempi. Johtuuko korkeampi asento (olkapään) siitä, että oikea käsi on heikompi?

Pääasiallisesti tutkimusaineistoni vuorovaikutuksessa tuettiin toimintakykyä yksilön suorituksen osalta, kontekstuaalisena taustana fysioterapiatilanne. Osallistumisen osalta toimintakykyä tuettiin vähäisemmin. Toimintakyvyn tukemista kuntoutujan ympäristö- tai yksilökontekstissa esiintyi vähemmän.

5.4 Yhteenveto tuloksista 1.-3. tutkimuskysymysten perusteella: Millainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen fysioterapiassa?

Tarkoitukseni tässä tutkimuksessa oli arvioida vuorovaikutusta fysioterapiassa toimintakyvyn tukemiseksi asiakaslähtöisesti. Tarkastelun kohteena oli se, millaista dialogia fysioterapeutti mahdollistaa fysioterapiatilanteessa sekä miten asiakaslähtöisyys ilmeni ja toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulma ilmeni fysioterapeutin puheenvuoroissa ja luokitusyksiköissä. Olen heijastanut tässä tutkimuksessa fysioterapeutin puheenvuoroja sekä asiakaslähtöisyyden teemojen ilmenemistä ja toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulman ilmenemistä fysioterapeutin puheenvuoroissa dialogianalyysin ja siihen liittyvien luokitusyksiköiden kautta.

Dialogia vahvistavia dialogianalyysin luokitusyksiköitä tutkimusaineistossani, fysioterapeutin puheenvuoroissa esiintyi 76 kappaletta 145:stä. Eniten esiintyi kysymyksiä (K). Kognitiiviselle eläytymiselle tärkeitä avainsanojen avaamisia (AMA) esiintyi vain muutaman kerran. Noin 56:ssa dialogia vahvistavassa luokitusyksikössä eli noin 40 prosentissa kaikista 145 luokitusyksiköistä ilmeni asiakaslähtöistä toimintaa. Pääasiassa kuntoutujalle mahdollistettiin itseohjautuvuus tavoitteidensa asettajana ja fysioterapiatilanteen subjektina olemalla kiinnostuneita hänen mielipiteistään ja toiveistaan eritoten fysioterapiaharjoitteiden suhteen. Kuntoutujan voimavarojen ja rajoitusten tunnistamista ohjattiin. Saman verran kuin asiakaslähtöisyyttä ilmeni dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä toimintakyvyn tukemista ICF-näkökulmasta tarkasteltuna. Eritoten yksilön suorituksia, mutta myös kehon toimintoja tuettiin toimintakyvyn tukemisen biologisesta näkökulmasta. Dialogia vahvistavissa luokitusyksiköissä osallistu-

mista tuettiin eniten kaikista toimintakyvyn tukemisen osa-alueista, vaikkakin kaiken kaikkiaan osallistumista tuettiin vähiten. 28:ssa dialogia vahvistavassa luokitusyksikössä eli noin 20 prosentissa kaikista 145 luokitusyksikössä oli toimintakyvyn tukemisen kontekstuaalisena taustana fysioterapiatilanne, fysioterapeutin vastaanotolla. Kuntoutujan ympäristökonteksti oli taustana 12:sta dialogia vahvistavassa luokitusyksikössä eli alle 10 prosentissa kaikista 145 luokitusyksiköstä. Kuntoutujan yksilökonteksti oli taustana 18:sta dialogia vahvistavassa luokitusyksiköissä eli hieman yli 10 prosentissa kaikista luokitusyksiköistä.

Dialogia heikentäviä luokitusyksiköitä esiintyi fysioterapeutin puheenvuoroissa noin 69 kappaletta 145:stä. Eniten esiintyi omien ajatusten avaamista (A). 26 dialogia heikentävässä luokitusyksikössä eli noin 15 prosentissa kaikista luokitusyksiköistä esiintyi silti asiakaslähtöistä toimintaa, joka kytkeytyi kuntoutujan voimavarojen tunnistamisen ohjaamiseen ja sitä kautta palautteen antamiseen kuntoutujan kehon toiminnoista. Dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä ilmeni 34:ssä eli noin 20 prosentissa toimintakykyä tukevaa toimintaa ICF-näkökulmasta tarkasteltuna liittyen yksilön suoritus- ja toimintatukemiseen. Dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä kontekstuaalisena taustana oli ensisijaisesti fysioterapia tilanne, fysioterapeutin vastaanotolla, joka ilmeni 23:ssa eli noin 15 prosentissa kaikista 145 luokitusyksiköstä. Dialogia heikentävissä luokitusyksiköissä ympäristökontekstissa kuntoutujaa tuettiin 4 kertaa ja yksilökontekstissa 3 kertaa eli molemmissa parissa prosentissa kaikista 145 luokitusyksiköstä.

Siis reilussa puolessa fysioterapeutin puheenvuoroissa esiintyi dialogia vahvistavia ja lopuissa dialogia heikentäviä luokituksia. Dialogia vahvistavat puheenvuorot sisälsivät noin 40 prosenttia eli enemmän asiakaslähtöistä ja toimintakykyä tukevaa toimintaa kuin dialogia heikentävät puheenvuorot, jotka sisälsivät noin 15 prosenttia asiakaslähtöistä ja noin 20 prosenttia toimintakykyä tukevaa toimintaa. Noin 40 prosentissa kaikista fysioterapeutin puheenvuoroista ei ilmennyt lainkaan asiakaslähtöisyyttä ja toimintakyvyn tukemista. Toimintakyvyn tukemisen kontekstuaalisena taustana sekä dialogia vahvistavissa, että dialogia heikentävissä luokissa oli ensisijaisesti fysioterapiatilanne, fysioterapeutin vastaanotolla. Toimintakyvyn tukeminen kuntoutujan ympäristö- ja yksilökontekstista käsin oli vähäisempää. Vuorovaikutusta, joka mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen fysioterapiassa pohdin seuraavassa luvussa.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimuksen viitekehyksen pohdintaa

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida vuorovaikutusta fysioterapiassa toimintakyvyn tukemiseksi asiakaslähtöisesti. Tarkastelun kohteena on se, millaista dialogia fysioterapeutti mahdollistaa fysioterapiatilanteessa sekä miten asiakaslähtöisyys ja toimintakyvyn tukemisen ICF-näkökulma ilmenevät fysioterapeutin puheenvuoroissa. Tavoitteenani oli osoittaa dialogin mahdollisuudet vuorovaikutusmenetelmänä sekä vuorovaikutustaitojen tärkeys asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen mahdollistajana fysioterapeutin toiminnassa, fysioterapian kohtaamistilanteessa. Halusin tarkastella fysioterapiatilanteen vuorovaikutusta, koska koen, ettei pelkästään yksittäisen fysioterapiamenetelmän toteuttaminen fysioterapiatilanteessa välttämättä tue kuntoutujan toimintakyvyn kehittymistä. Lisäksi koen, että toimintakyvyn tukeminen on lähdettävä asiakaslähtöisesti eikä tavoitellen vain optimaalisia toimintoja, suorituksia ja osallistumisia. Näin kyetään asiakaslähtöiseen toimintakyvyn tukemiseen fysioterapeutin on kyettävä toimivaan vuorovaikutukseen.

Piirainen (2006) päätyi väitöksessään tulokseen, jossa kuntoutujan ja fysioterapeutin erilaiset päämäärät fysioterapiatilanteessa eivät kohtaa eikä asiakkaan ajattelumaailma ole fysioterapeutille kiinnostava. Käytin Piiraisen (1999) väitöstä lähteenä erään opintojakson tehtävässä suorittaessani fysioterapian ammattikorkeakoulututkintoa. Lähdin sitä kautta pohtimaan asiakkaan ja hänen ajattelumaailmansa kohtaamattomuutta fysioterapiatilanteessa. Halusin tarkastella asiakaslähtöisyyden mahdollistumista lisäksi Heikkilä & Heikkilän (2001) ja Aarnion (1999) teosten avulla kuntoutujan ajattelu- ja kokemusmaailman tavoittamisen kautta, jolloin on mahdollista selvittää, millainen toimintakyky on kuntoutujalle tärkeää. Kuntoutujan ajattelun, voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaus, kuntoutujan itseohjautuvuus tavoitteidensa asettajana, toimintansa muuttajana ja elämänsä hallitsijana, kuntoutujan subjektiivisuus fysioterapiatilanteessa sekä terveysongelmien lisäksi myös muut elämän prosessiin liittyvät ongelmat nousivat niiksi teemoiksi, joita tarkastelin kartoittaessani tutkimuksessani asiakaslähtöisyyden ilmenemistä. Fysioterapian lehtorin suosittamana nostin esiin myös Mönkkösen (2002) näkökulman asiakaslähtöisyydestä ja vastuusta.

Aarnio (1999) toi esiin yhteiskunnan muuttumisen kohtaamisen yhteiskunnaksi. Heikkilä & Heikkilä (2001) korostivat, että yhteiskunta on muuttunut yksilökeskeisestä, hierarkkisesta yhteiseen ja avoimeen, dialogia korostavaan yhteiskuntaan. Lähdin tarkastelemaan dialogia vuorovaikutusmenetelmänä, koska innostuin siitä luettuani Heikkilä & Heikkilän teoksen "Dialogi - Avain innovatiivisuuteen". Tekijät tarjoavat teoksessaan aineksia dialogin mahdollistaviin ja estäviin tekijöihin. Opinnäytetyöni ohjaajan suosittamana tutustuin Aarnion (1999) väitökseen "Dialogia etsimässä" sekä väitöksessä kehiteltyyn dialogianalyysiin ja sen sisältä-

miin luokituksiin. Toisen ajatuksen kulun ymmärtäminen mahdollistaa Aarnion (1999) mukaan kognitiivisen eläytymisen, joka edelleen mahdollistaa onnistuneen dialogin. Mönkkönen (2002) erottaa dialogin dialogisuudesta. Dialogisuus on suhde, jossa saadaan aikaiseksi jotain merkittävää ihmisten välillä. Aarnio (1999) ja Heikkilä & Heikkilä (2001) nostavat dialogin keskeisiksi osa-alueiksi pysähtymisen, kuuntelemisen ja kysymisen. Edellä mainitut teokset olivat keskeisinä lähteinä arvioidessani tutkimuksessani dialogin tapoja ja luokkia.

Halusin tuoda toimintakyvyn käsitteen myös viitekehukseen, koska halusin tarkastella vuorovaikutusta nimenomaan asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen näkökulmasta. Pelkkä asiakaslähtöisyys ei välttämättä tue toimintakykyä. Mielestäni fysioterapiassa on tärkeää tarkastella toimintakykyä moniulotteisesta, biopsykososiaalisesta perspektiivistä kuten ICF-luokituksessa (2004) kuvataan. Tutkimuksessani tarkastelin toimintakyvyn tukemisen näkökulman ilmenemistä kartoittamalla ruumiin/kehon toimintojen tukemista, yksilön suoritusten tukemista sekä osallistumisen tukemista yksilö- ja ympäristö kontekstissa. Nostin viitekehyydessä esiin Hautamäen ja Seppälän (1998) tutkielman kautta myös toimintakyvyn kokemuksellista lähestymistapaa, jossa korostuu kuntoutujan subjektiivisuus. Subjektiivisuus korostuu myös tuettaessa kuntoutujan toimintakykyä hänen yksilö- ja ympäristökontekstissaan. Vaikka fysioterapeuteilla ei ole riittävästi kompetensseja tukea kuntoutujia kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla, on tärkeää laaja-alaisesti tunnustaa kuntoutujan toimintakyky ja -rajoitteet hänen yksilö- ja ympäristökontekstissaan.

Kykenen heijastamaan opinnäytetyöni viitekehystä tutkimuskysymyksiini. Saatan peilata myös saatuja tutkimustuloksia viitekehukseen. Näin opinnäytetyöni viitekehys linkittyy tutkimuskysymyksiini ja tutkimukseni tuloksiin.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden sekä tutkimusmetodin pohdintaa

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla rehellisesti soveltaen eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä avoimesti sekä huomioiden muiden tutkijoiden työt ja saavutukset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Olen tutkimuksessani kiinnittänyt huomiota rehellisyyteen sekä avoimuuteen ja huomioinut muiden tutkijoiden saavutukset.

Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa esille nousee kysymys ”millaista on hyvä tutkimus”. Tuomi ja Sarajarvi (2006, 124) olettavat, että tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus on eräs hyvän tutkimuksen kriteeri. Pyrin etenemään tässä tutkimusraportissa johdonmukaisesti ja loogisesti siten, että tutkimuksen rakenne ja vaiheet olivat suhteessa toisiinsa.

Tutkumusaiheen valinta on myös eettinen valinta (Tuomi, Sarajärvi, 2006, 126). Valitsin tämän itseäni kiinnostavan aiheen, koska fysioterapeuttina koen eettisesti tärkeäksi kyvyn ymmärtää asiakkaan merkitystodellisuuksia yhteisiin päämääriin pääsemiseksi fysioterapiassa. Kuntoutujan arkielämän ymmärtäminen edellyttää inhimillistä kohtaamista, joka voidaan saavuttaa dialogilla. Ihmisen oma kokemus on moraalisesti tärkeä. (Hautamäki, Seppälä, 1998, 58.)

Aineiston hankinnassa kiinnitin huomiota tutkittavien suojaan siten, että tutkittaville selvitetiin yleisellä tasolla tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä anonymiteetti. Lisäksi selvitettiin aineiston käsittely tutkimuksen valmistuttua. Edellä mainitut asiat tuotiin esille kirjallisessa suostumuksessa tutkimukseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskeskustelussa esille nousevat kysymykset totuudesta ja objektiivisuudesta. Luotettavuus kriteerinä kysytään mm. "vastaavatko tutkijan tuottamat rekonstruktiot tutkittavien todellisuudesta alkuperäisiä konstruktioita". (Tuomi, Sarajärvi, 2006, 131, 137.) Tutkimukseni tulokset perustuivat videoidusta materiaalista muodostuneen litteraatin analysointiin sekä nimenomaan omiin näkemyksiini suhteuttaa puheenvuorojen lausumat, lauseet tai sanat Aarnion (1999) kehittämän dialogin analyysin eri luokitusyksiköihin ja sitä kautta tulkita dialogin tapaa fysioterapeutin puheenvuoroissa. Samoin tulkitsin, omien näkemysten mukaan, fysioterapeutin lausumien, lauseiden tai sanojen luokituksesta asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen näkökulman ilmenemistä. Suoritin fysioterapeutin lausumien, lauseiden ja sanojen suhteuttamisen Aarnion dialogianalyysin luokitusyksiköihin sekä asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen näkökulman ilmenemisen kartoittamisen fysioterapeutin puheenvuoroista useita kertoja, jotta tulosten luotettavuus paranisi. Suhteuttaminen ja kartoitukset perustuvat kuitenkin omiin näkemyksiini. Näin ollen tuloksissa on tulkinnanvaraisuutta.

Aarnion (1999) kehittämä dialogin analyysi luokitusyksikköineen osoittautui toimivaksi tavaksi arvioida ja kartoittaa vuorovaikutuksen mahdollistumista. Konkreettisesti toteutin analysoinnin seuraavalla tavalla: Kirjasin videomateriaalin vuorovaikutuksesta syntyneen litteraatin siten, että laitoin fysioterapeutin (F) ja kuntoutujan (K) puheenvuorot allekkain, numerojärjestykseen. Annoin aina saman numeron suhteuttamani dialogianalyysin luokitusyksikölle, kuin mikä puheenvuoron järjestysnumero oli ja sijoitin sen puheenvuoron rinnalle. Kirjasin fysioterapeutin puheenvuorot ja luokitukset, jotka heikentävät dialogia punaisella ja jotka vahvistavat dialogia vihreällä värillä tarkastelun helpottamiseksi. Muodostin taulukon eri dialogin analyysin luokitusyksiköistä ja kirjasin ylös esiintymismäärät eri luokitusyksiköissä arvioidakseni dialogin tapaa fysioterapeutin puheenvuoroissa. Fysioterapeutin puheenvuorojen ja dialogin analyysin luokitusyksiköiden rinnalle, vastaavalla järjestysnumerolla kirjasin punaisella värillä asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen näkökulman - jos ne ilmenivät fysioterapeutin puheenvuoroissa.

Edellä mainitulla tavalla pystyin arvioimaan kätevästi dialogin vahvistumista tai heikentymistä sekä kartoittamaan asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen näkökulman ilmenemistä luokissa ja tutkimusaineistossani. Luokitusyksikköihin suhteuttaminen, asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen kartoittaminen ei kuitenkaan ollut yksiselitteistä, vaan vaati paljon pohtimista. Analyysin perusteella tein lopulta päätelmiä, oman tulkintani mukaan siitä, millainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen fysioterapiassa.

### 6.3 Tutkimuksen tulosten pohdintaa

Tutkimuksen kokoavana kysymyksenä oli: Millainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen fysioterapiassa? Tarkentavina kysymyksinä olivat: 1) Millaisia dialogin tapoja ja luokkia tutkimusaineistosta voidaan tunnistaa? 2) Miten tutkimusaineiston dialogit ilmentävät asiakaslähtöisyyttä? 3) Miten tutkimusaineiston dialogeissa ilmenee toimintakyvyn tukemisen näkökulma?

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jossa tuloksia tarkasteltiin myös määrällisestä perspektiivistä. Saamieni tulosten perusteella fysioterapeutin puheenvuorot sisälsivät suurimaksi osaksi dialogia vahvistavaa vuorovaikutusta. Keskeistä dialogeissa oli kysyminen (K). Kysymykset liittyivät keskeisesti harjoitteiden ja välineiden valintaan. Fysioterapeutin puheenvuoroissa näytti korostuvan fysioterapian pedagoginen näkökulma. Onnismaa, Pasanen ja Spangar (2000) esittävät, että kysymyksillä kannustetaan puhujaa kertomaan voimavaroistaan ja päämäärästään. Paljon hiljaista tietoa jää piiloon, jos ei osata kysellä (Aarnio, 1999, 223). Avainsanoihin tarttumista (AMA), joka on keskeistä toisen ajatuksen kulun ymmärtämiselle ja edelleen dialogia vahvistavalle kognitiiviselle eläytymiselle (Aarnio, 1999), ilmeni vähän. Yhteisymmärrystä lisäävää sidontaa toisen lausumaan (S) ei esiintynyt tulkintani mukaan ollenkaan. Dialogi vahvistui kysymyksillä eikä kognitiivista eläytymistä, yhteistä ymmärrystä ja edelleen dialogisuutta, tulkintani mukaan saavutettu.

Fysioterapeutin, dialogia vahvistavissa puheenvuoroissa asiakaslähtöisyys ja toimintakyvyn tukeminen ilmenivät saamieni tulosten perusteella myös suuremmissa määrässä verrattuna fysioterapeutin puheenvuoroihin, missä esiintyi dialogia heikentäviä lausumia. Piiraisen (2006) mukaan asiakaslähtöisyys on voimavarojen ja rajoitusten tunnistamisen ohjaamista. Kuntoutuja on itseohjautuva tavoitteidensa asettaja ja fysioterapiatilanteen subjekti. Kuntoutujan itseohjautuvuuden ja subjektiuden mahdollistaminen fysioterapiatilanteessa nousi keskeisimmäksi asiakaslähtöisyyden teemaksi fysioterapeutin asettaessa kuntoutujalle kysymyksiä (K). Toimintakyvyn tukeminen toteutui pääasiallisesti yksilön suoritusten tukemisena, joka toteutui ensisijaisesti dialogia heikentävässä luokituksessa - omien ajatusten avaaminen (A). Toimintakyvyn tukemisen kontekstuaalinen tausta oli 35 prosentissa fysioterapeutin puheenvuoroista fysioterapiatilanne fysioterapeutin vastaanotolla. Kuntoutujan toimintakyvyn tukemi-

nen hänen yksilö- ja ympäristökontekstissaan jäi vaatimattomaksi. Toimintakyvyn tukemisessa korostui toimintakyvyn biologinen näkökulma, jolloin fyysinen suorituskyky korostuu emotionaalisten ja sosiaalisuuden jäädessä taka-alalle (Hautamäki, Seppälä, 1998, 17- 18). ICF:n mukaan toimintakyky nähdään biopsykososiaalisena mallina, joka pyrkii kuvaamaan terveyden eri puolia tasapainoisesti biologisesta, psykologisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta (ICF, 2004, 20).

Vaikka dialogia vahvistavaa vuorovaikutusta, asiakaslähtöisyyttä ja toimintakyvyn tukemista ilmeni, noin 40 prosentissa kaikista fysioterapeutin puheenvuoroista ei ilmennyt lainkaan asiakaslähtöisyyttä ja toimintakyvyn tukemisen näkökulmaa. Jos toimintakyvyn tukemisen näkökulma on biologinen, psykologinen, sosiaalinen ja saati kokemuksellinen näkökulma näyttäisivät jäävän paitsioon. Tällöin asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen näyttäisi jäävän pinnalliseksi. Jos vuorovaikutuksessa korostuu pedagoginen puoli, jossa dialogi vahvistuu kysymyksillä, toisen ajattelumaailman ymmärtäminen ja sitä kautta asiakaslähtöisen toimintakyvyn tukemisen saavuttaminen vaikeutuu. Näin vuorovaikutuksessa, jossa toteutuu pedagoginen näkökulma ja sitä kautta kysymyksillä vahvistunut dialogi sekä biologinen toimintakyvyn tukemisen näkökulma, asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen näyttää jäävän köykäiseksi.

#### 6.4 Päätelmät

Saamieni tulosten perusteella dialogi vuorovaikutusmenetelmänä fysioterapiassa osoittautui käyttökelpoiseksi työkaluksi asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn tukemisen mahdollistajana. Päädyn kuitenkin siihen, että dialogin avulla asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen jää köykäiseksi. Asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen vaatii ilmeisesti kuntoutujan kokemusmaailman ja ajatuksen kulun ymmärtämisen, kognitiivisen eläytymisen ja sitä kautta yhteisen ymmärryksen, dialogisuuden. Tutkimusaineistossani pedagogista näkökulmaa ja sitä kautta kysymyksiä esiintyi kaikista eniten, mikä on keskeistä dialogille ja asiakaslähtöisyyden mahdollistamiselle. Asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen vaatii kuitenkin ilmeisesti, kuten teoreettisessa viitekehyksessä jo mainittiin, kysymysten lisäksi myös pysähtyvää kuuntelemista sitä kautta fysioterapian toteuttamista kokemuksellisesta näkökulmasta. Kognitiivisessa eläytymisessä tarkennetaan toisen avainsanoja tarttumalla niihin ja kysymällä kuuntelemisen jälkeen (Aarnio, 1999). Kuunteleminen tulee ennen puhumista ja kehollista viestintää (Heikkilä & Heikkilä, 2001). Yhteys voi syntyä vain kuulemalla, yhteisenä rytminä ja tuttuina sanoina, joita voi ymmärtää (Piirainen, 2006, 201)

Mielenkiintoiseksi muodostui lopulta se, että jos kognitiivista eläytymistä ja dialogisuutta olisi saavutettu enemmän, olisiko fysioterapeutin puheenvuoroissa tuettu kuntoutujan toimintakykyä vielä asiakaslähtöisemmin, hänen yksilö- ja ympäristökontekstissaan. Olisiko tällöin mahdollisesti tuettu toimintakykyä biopsykososiaalisesta ja edelleen jopa kokemuksellisesta näkö-



kulmasta. Olisiko lopulta saavutettu asiakaslähtöistä toimintakyvyn tukemista? Edellä mainittujen tutkiminen voisi olla mielenkiintoista.

Opinnäytetyön tekijän vuorovaikutuksen ja dialogin teoretiset tiedot sekä etenkin tietoisesta dialogin käytön käytännönkokemukset ovat puutteelliset. Tämä lisäsi haastetta tutkimuksen tekemisessä ja lisäsi tutkimustulosten tulkinnanvaraisuutta.

Fysioterapeuttien peruskoulutukseen kuuluu dialogisen fysioterapian opintopaketti, jossa opiskelijoiden on haettava teoretista tietoa asiakkaan ja asiantuntijan kohtaamistilanteeseen. Viestinnän, vuorovaikutuksen ja dialogin harjoittelu tietoisesti käytännössä olisi mielestäni tärkeää fysioterapeutille ja fysioterapeuttiopiskelijoille oppiakseen sitä kautta dialogisuutta ja näin kyetäkseen asiakaslähtöiseen toimintakyvyn tukemiseen fysioterapiassa.

Opinnäytetyön ja ensimmäisen tieteellisen tutkimukseni tekijänä opin paljon tästä työstä. Sain lisää tietoa dialogin teoriasta ja jouduin paljon pohtimaan dialogin toteutumista käytännössä. Sain kokemusta dialogista käytännössä, vaikka en siihen itse tutkimuksessani varsinaisesti osallistunutkaan. Sain valtavasti pohtimisen aihetta liittyen omaan vuorovaikutustapaani fysioterapeuttina. Ennen kaikkea sain ensimmäisen kokemuksen tieteellisen tutkimuksen tekemisen prosessista, jossa etenin aluksi paljolti "kantapään kautta"- systeemeillä. Lopulta aloin asiantuntevan ja määrätietoisesti ohjauksen myötä hahmottaa tutkimusprosessin etenemisjärjestystä ja logiikkaa sekä tutkimusraportin tekemisen teknistä rakennetta. Näin sain hyvää harjoitusta tieteellisen tutkimuksen tekemiseksi, mikä on käsittääkseni eräs tärkeä päämäärä ammattikorkeakoulutason opinnäytetyölle. Opinnäytetyön tekemisen vaiheissa mietin, mitä kliinistä fysioterapiatyötä tekeväille fysioterapeutille jää käteen tieteellisen tutkimuksen tekemisestä? Nyt koen, että ymmärrys tutkimusaiheesta syveni ja haluni kehittää itseäni fysioterapian ammatillistiedollisen juonteen, kokemuksellisen näkökulman sekä ammatillistaidollisen juonteen, kohtaamistaidon alueella lisääntyivät työstettyäni tätä tutkimusta, tämän vuoden aikana.

## Lähteet

- Aarnio, H. 1999. Dialogia etsimässä: Opettajaopiskelijoiden dialogin kehittyminen tieto- ja viestintäteknistä ympäristöä varten. Acta Universitatis Tamperensis 676.
- Hautamäki, L., Seppälä, E. 1998. Toimintakyvyn käsite fysioterapiassa. Jyväskylän yliopisto.
- Heikkilä, J., Heikkilä, K. 2001. Dialogi - Avain innovatiivisuuteen. Porvoo: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2006. Tutki ja Kirjoita. Jyväskylä: Kirjayhtymä
- Hirsjärvi S., Liikanen, P., Remes, P, Sajavaara, P. 1986. Tutkimus ja sen raportointi. Jyväskylä: Kirjayhtymä.
- Immonen - Orpana P. 2009. Onnistuneen ikääntymisen ymmärrystä rakentamassa: Fysioterapeuttioiskelijoiden oppiminen kestävää kehitystä edistävän kasvatuksen kehityksessä. Helsinki: Soveltavan kasvatustieteen laitos.
- Lemmetty S. 2008. Pakkaamotyöntekijöiden fyysinen suorituskyky, työkuormitus ja vapaa-ajan aktiivisuus. Espoo. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Leskelä J. 2008. Fysioterapia-asiantuntijuuden lähtökohdat. Asiantuntijuuden kehittyminen. Espoo: Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialoginen työote: Vastaaminen, valta ja vastuu vuorovaikutussuhteessa. Kuntoutus, 4. Helsinki.
- Onnismaa, J., Pasanen, Spangar, 2002. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2: Ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Onnismaa, J, 2007. Ohjaus ja neuvontatyö: Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudemus.
- Piirainen, A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Helsinki: Kasvatustieteen laitos.
- Piirainen, A. 2006. Pedagoginen suhde edistää asiakkaan toimintakykyä. Fysioterapia, 5. Helsinki: Suomen fysioterapeutit.
- Puheloinen, S., Martinkauppi A. 2008. Dynaaminen arviointi CP - lapsen motorisen toiminnan kehittämisessä. Espoo: Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Savola, E., Koskinen - Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus ry.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaukset. Helsinki.
- WHO, STAKES. 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Vaajakoski: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

## Kuviot ja taulukot

Kuvio 1. Tutkimuksen viitekehys .....	12
Taulukko 1. Videoneuvottelukeskustelujen luokitusmerkinnät ja niiden sisällöt (Aarnio, 1999, 77 - 78).....	16
Taulukko 2. Aarnion dialogianalyysin luokitusyksiköiden esiintymismäärät fysioterapeutin puheenvuoroissa, tutkimusaineistossani. ....	18
Taulukko 3. Asiakaslähtöisyyden teemojen ilmeneminen tutkimusaineistossa .....	21
Taulukko 4. Toimintakyvyn tukemisen ICF- näkökulman elementtien ilmeneminen tutkimusaineistossani .....	23

## Liitteet

### Liite 1: Tutkimuslupa

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen suorittaja: Heli Kronberg, fysioterapeutti, opiskelija, Laurea-ammattikorkeakoulu

Tutkimus: Vuorovaikutus fysioterapiassa

Tutkimusmenetelmä: Videointi, tallenteen analysointi

Tulosten julkaiseminen: Opinnäytetyöesitys syksyllä 2009 Laurea Otaniemessä.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Olen tietoinen siitä, että henkilöllisyyteni jää vain tutkimukseen osallistujien tietoon. Ainoastaan loppuraportti julkaistaan ja siinä tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys pysyy salassa. Kaikki minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua kuvataan ja videoaineisto käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Paikka ja päiväys

---

Osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

(Lemmetty, 2008)

## Liite 2: Esimerkki aineiston analyysistä

Nro	Dialogi	Luokitusyksikkö	Asiakasläht. ilm.	Toimintakyvyn tukemisen ilm.
28.	20 h viikossa (K)	28. Toisen lausumaan vastaaminen (TLV)		
29.	Lenkkeily avustajan kanssa on hyvä ajatus. Avustaja voi olla sparraajana (F)	29. Avainsanojen merkityssisältöjen avaaminen (AMA) (Vahvistava)	29. Itseohjautuvuus	29. Yksilön suoritukset, osallistuminen, yks. kont.
30.	Kyllä, aina ei itse jaksaisi, mutta jos on sovittu, niin sitten lähdetään yhdessä (K)	30. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ)		
31.	Kun menette käsikynkää, niin vaihtakaa välillä puolta, ettei vain toinen puoli kehosta liiku (F)	31. Avainsanojen merkityssisältöjen avaaminen (AMA) (Vahvistava)	31. Rajoitusten tunnistamisen ohj.	31. Yksilön suoritukset, ymp. kont.
32.	Mun on helpompi olla oikealla puolella ja heiluttaa kättä (K)	32. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ)		
33.	Minkä takia se on helpompi? (F)	33. Toisen lausumaa tarkentava kysymys (TLK) (Vahvistava)	33. Rajoitusten tunnistamisen ohj.	33. Yksilön suoritukset, yks. kont.
34.	En tiedä, se vaan on (K)	34. Jonkin asian ihmettelyminen (K)		
35.	Ehkä se on kuin haravointi - osaa vain toiselta puolelta. Muista kuitenkin turvallisuus, jos olet joskus toisella puolella, ettet vaan tipu ojaan. Kuinka pitkä lenkki oli? (F)	35. Jonkin asian ihmettelyminen (K). Omien ajatusten jatkaminen (A) (Heikentävä). Toisen lausumaa tarkentava kysymys (TLK) (Vahvistava).	35. Rajoitusten tunnistamisen ohj.	35. Yksilön suoritukset, ymp. kont.

36. Yli ½ tuntia - ei pitkä (K)	36. Lausumaan vastaaminen kysyttäessä (TLV)		
37. Ajallisesti hyvä (F)	37. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ) (Heikentävä).		37. Yksilön suoritukset, ymp. kont.
38. Saa nähdä stoppaako lenkkeily (K)	38. Omien ajatusten avaaminen (A)		
39. Ei, pistäkää kalenteriin ylös esim. 3 pvää/ vko (F)	39. Omien ajatusten avaaminen (A) (Heikentävä).	39. Voimavarojen tunnistamisen ohj.	39. Kehon (mielen) toiminnot yks. kont.
40. Sovittiin, että 4pvää/ vko (K)	40. Avainsanojen merkityssältöjen avaaminen (AMA)		
41. Miltä tuntuu crosstraineri? (F)	41. Suora kysymys (K) (Vahvistava).	41. Itseohjautuvuus	41. Yksilön suoritukset, fys. til.
55. Jos ajattelen itseäni, niin kannattais ottaa, ettei tarvitsisi olla töistä poissa, mutta aina jää ottamatta (F)	55. Omien ajatusten jatkaminen (A) (Heikentävä)		
56. Se on eri rokote joka vuosi (K)	56. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ)		
57. Niin, virus muuttuu aina. Lähdetään toiseen huoneeseen. Mennään takahuoneeseen. Tuossa on	57. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ). Vuoron ottaminen (VO). Omien ajatusten avaaminen (A).	57. Itseohj.	57. Osallistum., fys. til.

keppi, jos haluat. tässä on toimiston ovi auki, koputa. Nyt on vasemmalla este, kops. Jatka suoraan. Tule eteenpäin. Voin ottaa kepin. Mitä mieltä olet, otatko terapiapallon ja pompottelet? (F)	Houkutteleva osallistuminen (THO). Suora kysymys (K) (Vahvistava)		
58. Joo (K)	58. Toisen lausumaan vastaaminen (TLV).		
59. Tee täyskäännös. Penkki on oikealla. Aloita pompottaminen. Haluatko pienemmän pallon?(F)	59. Omien ajatusten avaaminen (A). Suora kysymys toiselle (K) (Vahvistava)	59. Itseohj.	59. Osall., fys. til.
60. Joo, tämä on turhan iso (K)	60. Toisen lausumaan vastaaminen kysyttäessä (TLV)		
61. Joo, vertaa (F)	61. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ). Toisen houkutteleva osallistuminen (THO) (Vahvistava)	61. Itseohj.	61. Osall., fys. til.
62. Tää tuntuu paremmalta (K)	62. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ)		
63. Voit tehdä nopeata pompotusta. Hyvin pysyy rytmi (F)	63. Omien ajatusten jatkaminen (A) (Vahvistava)		63. Yksilön suoritukset, fys. til.
64. Vasemmalla ei pysy niin hyvin. Luulen, että vasen käsi on parempi kuin viime syksynä (K)	64. Toisen lausumasta jatkaminen (TLJ). Asian ihmetteleminen (K)		