

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Fysioterapiakoulutus

Tiina Sormunen

OMT – ERIKOISTUMISKOULUTUKSESSA OLEVIEN FYSIOTERAPEUTTIEN  
KOKEMUKSIA KÄYTÄNNÖN OHJAUksesta

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2021



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2021**  
**Fysioterapiakoulutus**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä  
Tiina Sormunen

Nimeke  
OMT-erikoistumiskoulutuksessa olevien fysioterapeuttien kokemuksia käytännön ohjauksesta

Toimeksiantaja  
Suomen Ortopedisen Manuaalisen Terapian Yhdistys

**Tiivistelmä**

Työympäristössä tapahtuva työharjoittelu on tärkeä osa fysioterapeuttien ortopedisen manuaalisen terapian erikoistumiskoulutusta (OMT). Käytännönharjoittelussa hankitaan kokemusta todellisissa asiakastilanteissa kokeneemman asiantuntijan ohjauksessa. Opin- näytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia erikoistuvilla fysioterapeuteilla oli OMT-koulutuksen käytännön ohjauksesta. Tämän opinnäytetyön tuloksien avulla on tarkoitus kehittää nykyisen OMT-koulutusohjelman käytännön ohjausta.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska se pyrkii kokemusten kautta lisäämään tietoa käytännön ohjauksesta. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan haastateltavat kokivat, että käytännön työn ohjaus on haastavaa ja vastuullista. Se vaatii ohjaajalta monipuolista ammattitaitoa, pedagogista osaamista, sitoutumista, inhimillisyyttä, avarakatseisuutta, vuorovaikutustaitoja sekä positiivista oppimisympäristöä. Ohjattavien reflektoinnin tukeminen vaikuttaisi olevan yksi tärkeimmistä keinoista sekä teorian tiedon että käytännön taitojen oppimisessa kohti ammatillisuutta ja itsenäistä ammatinharjoittamista. OMT-fysioterapeutin kompetenssien hallitsemisen omaksumisessa korostuvat kliinisen päättelyn lisäksi spesifit mobilisaatio- ja manipulaatiotekniikat ja liikkeen arviointi. Ohjauskeskustelut koettiin reflektioiviksi ja oppimista tukeviksi, mutta joskus negatiivis- ja menetelmäpainotteisiksi. Aineistossa oli havaittavissa ohjaustilanteissa ajoittain ohjaajan oman osaamisen ja auktoriteetin korostumista suhteessa erikoistuviin. Puolestaan keskustelua, reflektioivia kysymyksiä, pohdintaa ja mielipiteiden vaihtamista ohjaajan sekä muiden erikoistuvien kanssa toivottiin enemmän. Myös erikoistuvan omaa aktiivisuutta ja ohjauksen pyytämistä tarvittaessa korostettiin.

Kieli	Sivuja	45
suomi	Liitteet	6
	Liitesivumäärä	7

**Asiasanat**

OMT-fysioterapia, tutor-ohjaus, reflektointi



**THESIS**  
**May 2021**  
**Physiotherapy**

Tikkarinne 9  
 80200 JOENSUU  
 FINLAND  
 + 358 13 260 600 (switchboard)

Author (s)  
 Tiina Sormunen

Title  
 Specialisation Programme in Orthopaedic Manual Therapy – Experiences of Physiotherapists on Mentoring in Practical Training  
 Commissioned by The Finnish Federation of Orthopaedic Manual therapy

Abstract  
 In practical training physiotherapists acquire experience in real client situations under the guidance of an experienced Orthopaedic Manual Therapy (OMT) professional. Practical training implemented in a working life setting is an essential part of the OMT – examination. The aim of this thesis was to explore the experiences of physiotherapy students undergoing their practical training with an OMT professional. The findings of this thesis can be used by The Finnish Orthopaedic Manual Therapy association to develop mentoring practices and create common guidelines for institutions that provide practical OMT - training.

The aim off this qualitative study was to increase knowledge on OMT practical training through the experiences of student`s undergoing OMT specialization education. To conduct the study a qualitative research method was used. The data was gathered by focused interviews and analyzed with content analysis.

Mentoring requires versatile professional skills, pedagogical knowhow, commitment, humanity, broad mind and good interaction skills. It also needs a positive learning environment. Supporting the students to practice reflection is one of the most important means that provides them with the opportunity to learn the clinical reasoning. As to OMT competence demands specific mobilization/manipulation techniques and movement assessment were emphasized. Constructive guidance discussions were perceived as reflective and supportive of learning. However, some negative and very method oriented mentoring discussions were reported, too. In some cases the mentor`s own professional knowledge and authority appeared to dominate over the students` needs during mentoring. In those cases the respondents rather hoped for more conversation, reflective questions, pondering and exchanging opinions with mentor and other students.

Language	Pages	45
Finnish	Appendices	6
	Pages of Appendices	7

Keywords  
 OMT – physiotherapy, mentoring, reflection

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Ortopedinen manuaalinen terapia fysioterapian erikoisala .....	6
2.1	OMT-fysioterapian taustaa Suomessa.....	6
2.2	OMT:n määritelmä .....	7
2.3	OMT – koulutus .....	8
3	OMT - fysioterapeutin asiantuntijuus.....	9
3.1	Näyttöön perustuva fysioterapia .....	9
3.2	OMT-asiantuntijuuden osaamisvaatimukset .....	11
3.3	Kliininen päättely OMT:ssä .....	13
3.4	Ammatillisen osaamisen kehittyminen .....	17
4	Ohjaus ja oppiminen OMT - erikoistumiskoulutuksessa.....	18
4.1	Käsitys ohjauksesta .....	18
4.2	Ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutus.....	20
4.3	Ohjauksesta oppimiseen .....	21
4.4	Käytännön taitojen oppimisprosessi ja -tasot.....	23
4.5	Ohjausosaamisen kehittäminen.....	26
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	27
6	Opinnäytetyön toteutus .....	27
6.1	Opinnäytetyön menetelmä .....	27
6.2	Teemahaastattelu .....	29
6.3	Sisällön analyysi .....	30
7	Tutkimuksen tulokset .....	32
7.1	Ohjaajan ammatti – ja ohjaustaito.....	32
7.2	Ohjaajan organisointi – ja vuorovaikutustaito.....	33
7.3	Ohjauksen määrä .....	34
7.4	Ohjauskeskustelut .....	35
7.5	Erikoistuvan oma-aloitteisuus .....	36
8	Pohdinta.....	37
8.1	Tulokset .....	37
8.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	40
8.3	Ohjaajana kehittyminen ja jatkotutkimusaiheet .....	42
	Lähteet.....	43

### Liitteet

Liite 1	Tutkimustiedote
Liite 2	Suostumus tutkimukseen osallistumisesta
Liite 3	Haastattelun kysymykset
Liite 4	Taulukko 1
Liite 5	Taulukko 2
Liite 6	Taulukko 3

## 1 Johdanto

Työympäristössä tapahtuva työharjoittelu on olennainen osa terveysalan perustutkintoa. Todellisissa työtilanteissa fysioterapeuttiopiskelija hankkii kokemusta ensin seuraamalla ja myöhemmin osallistumalla sekä ottamalla vastuuta työtehtävistä. Käytännön taitojen oppimisen ja ammatillisen kasvun tukena on usein kokeneempi ammattilainen ja opettaja. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 149–150.) Fysioterapiakoulutuksen ja fysioterapian ydinosaamisen tavoite on valmistaa opiskelijaa harjoittamaan ammattiaan itsenäisesti kehittämällä monipuolisia käytännön työn taitoja, kuten asiakkaan arviointi, kliininen päättely, fysioterapian hoitomenetelmien hallitseminen ja soveltaminen sekä kommunikointi. Käytännön työn oppiminen on prosessi, joka vaatii teoreettisen tiedon omaksumista ja käytännön taitojen harjoittelua sekä koulussa demonstroiden että harjoittelemalla niitä käytännössä asiakkaiden kanssa ohjatusti. (Hynynen, Häkkinen, Hännikäinen, Kangasperko, Karihtala, Keskinen, Leskelä, Liikka, Lähteenmäki, Markkola, Mämmelä, Partia, Piirainen, Sjögren & Suhonen 2016, 10–13; Rossettini, Rondoni, Palese, Cecchetto, Vicentini, Bettale, Furri & Testa 2017, 827.) Voidaan todeta, että asiantuntijuus kehittyy todellisessa työympäristössä, jolloin opiskelija joko hyväksyy tai hylkää oppimaansa yhdistäessään teoriatieta ja käytännön taitoja (Laitinen-Väänänen 2008, 52).

Ortopedinen manuaalinen terapia (OMT) on fysioterapian erikoisala, joka on erikoistunut ihmisen fyysisen toimintakyvyn arviointiin, pehmytkudos-, hermo- ja nivelrakenteiden tutkimiseen ja terapiaan sekä toimintarajoitteiden ennaltaehkäisyyn. Erikoistuminen OMT-fysioterapiaan syventää tietoa tuki- ja liikuntaelinongelmista sekä niiden hoitamisesta. Tavoitteena on parantaa asiakkaiden hoitotuloksia. Suomessa Ortopedisen Manuaalisen Terapian Yhdistys myöntää tämän OMT-pätevyyden 2,5 vuotta kestävästä neuromuskuloskeetaalisen täydennyskoulutuksen jälkeen. (Garam, Kaksonen & Karvonen 2010, 2–3.) Terveystieteiden alan ammattilaiset sekä asiakkaat tuntevat vielä heikosti OMT-fysioterapian kliinisen päättelyn, spesifien hoitomenetelmien ja yksilöllisen biopsykososiaalisen lähestymistavan vaikuttavuutta sekä näyttöä, vaikka tieteellisiä

tutkimustuloksia on olemassa (Demoulin, Depas, Vanderthommen, Henrotin, Wolfs, Cagnie & Hidalgo 2017, 126–131).

Tuki- ja liikuntaelimestön (tule) oireet, kivut, ongelmat ja toimintarajoitteet ovat yleisiä Suomessa ja niistä kärsivien määrä kasvaa mm. ikääntymisen ja hoitomahdollisuuksien paranemisen myötä (Heliövaara 2005, 31–35). Suurin osa kroonisista kivuista johtuvat tuki- ja liikuntaelinsairauksista (Kipu. Käypähoito. 2014, 7). OMT-fysioterapeutti on tule-sairauksien asiantuntija. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja -kipujen lisääntyminen on haaste, mutta se voi olla myös mahdollisuus lisätä OMT-fysioterapian ja sen hoitomenetelmien tunnettavuutta. Fysioterapian asiantuntijuus on muuttunut merkittävästi viimeisten 20 vuoden aikana. Se vaatii yhä enemmän itsenäisiä käytännöntaitoja, jatkuvan kouluttamisen merkityksen ymmärtämistä ja elinikäistä oppimista selviytyäkseen työn muuttuvista olosuhteista ja osaamisvaatimuksista. (Ytreberg & Aars 2015, 9–18.) Tästä esimerkkinä on muun muassa Suomessa toteutettava fysioterapeutin suoravastaanotto toiminta eli tehtävänsiirto lääkäreiltä fysioterapeuteille tule-ongelmaisten asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnissa ja ohjauksessa. Suoravastaanotto toimintaa on toteutettu jo yli 10 vuoden ajan. (Hynynen ym. 2016, 23.)

## **2 Ortopedinen manuaalinen terapia fysioterapian erikoisala**

### **2.1 OMT-fysioterapian taustaa Suomessa**

Suomen Ortopedisen Manuaalisen Terapian Yhdistys (SOMTY) perustettiin v. 1969 ja hyväksyttiin IFOMT:n jäsenjärjestöksi v. 1990 kriteerit täyttävän OMT-koulutuksen myötä. Erikoisalan kattojärjestöön, The International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMT) kuuluu 22 OMT-koulutuksen sisältö- ja laatuvaatimukset täyttävää jäsenmaata. Suomessa OMT-koulutus aloitettiin v. 1984 ja sen on tähän mennessä suorittanut lähes 300 fysioterapeuttia sekä neljä lääkäriä. IFOMT:ssä ja sen jäsenmaissa käydään keskustelua OMT-nimikkeen ja -fysioterapian muuttamisesta paremmin kuvaavaksi

neuromuskuloskeletaaliseksi fysioterapiaksi. (Lehtola, Lausmaa, Mänttari & Särkilähti 2016, 9.)

30 vuotta sitten oli luontevaa, että OMT-koulutusmalli otettiin läheltä norjalaisesta Kaltenborn-Evjenth - menetelmästä. Tuolloin kaikki manuaalisen terapian uranuurtajat Pohjoismaissa olivat suorittaneet erikoistumisensa Oslossa. Vuonna 2008 OMT-koulutuksen sisältö muutettiin IFOMT:n suositusten mukaiseksi ns. kompetenssipohjaiseksi. The IFOMT Standard Document toi kliinisen päättelyn ja näyttöön perustuvan käytännön OMT-koulutuksen perustaksi, jonka tarkoituksen oli välttää koulukunta-ajattelua. Tavoitteena oli integroida erilaisia menetelmiä tieteellisen näytön ja hoitosuositusten perusteella kliiniseen käytäntöön. (Lehtola ym. 2016, 9.)

## 2.2 OMT:n määritelmä

SOMTY on vuosien aikana tarkistanut OMT-määritelmäänsä vastaamaan ajan mukana OMT:ssä tapahtunutta kehitystä. OMT-määritelmä on vuodelta 2010:

Ortopedinen manuaalinen terapia (OMT) on fysioterapian erikoisala, joka on erikoistunut ihmisen fyysisen toimintakyvyn arviointiin, pehmytkudos-, hermo- ja nivelrakenteiden tutkimiseen ja terapiaan sekä toimintarajoitteiden ennaltaehkäisyyn. Terapiamuotoina käytetään mm. manuaalisia tekniikoita ja terapeutista harjoittelua, sisältäen ohjauksen ja omatoimisen harjoittelun sekä ongelmien uusiutumisen ehkäisyn. Lisäksi tutkimisessa ja terapiassa huomioidaan asiakaslähtöisesti kunkin henkilön psykososiaaliset ja ympäristötekijät. Ortopedisen manuaalisen terapian jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen käytetään uusinta tieteellistä tietoa ja vahvaa kliinistä näyttöä. (Garam ym. 2010, 2)

OMT:n määritelmä v. 2004 Cape Townissa IFOMT:n yleiskokouksessa oli:

Orthopaedic Manual Therapy is a specialized area of physiotherapy/Physical Therapy for the management of NMS conditions, based on clinical reasoning, using highly specific treatment approaches including manual techniques and therapeutic exercises. Orthopaedic Manual Therapy also encompasses, and is driven by, the available scientific and clinical evidence and biopsychosocial framework of each individual patient. (IFOMT 2004.)

SOMTY:n asiantuntijat tarkistavat OMT:n määritelmää ja käsitteitä määrävuositain vastaamaan erikoisalansa kansallista ja kansainvälistä kehitystä. Ne pyritään pitämään yhden mukaisina IFOMT:n, SOMTY:n, ja Suomen Fysioterapeutit ry:n Fysioterapianimikkeistön kanssa. (Garam ym. 2010, 1.)

### **2.3 OMT – koulutus**

Suomessa OMT-koulutukseen voivat hakea fysioterapeutit ja lääkärit. SOMTY myöntää tämän OMT-pätevyyden neuromuskuloskeetaalisen täydennyskoulutuksen jälkeen. Koulutuksen suoritettuaan fysioterapeutti/lääkäri voi liittää lyhenteen OMT ammattitutkintonimikkeeseensä. Opintojen laajuus on 150 opintopistettä, joka suoritetaan 2,5 vuoden aikana. 120 opintopistettä sisältää teoriaa sekä käytäntöä, ja 30 opintopistettä ohjattua käytännön harjoittelua. Joka lukukaudella on neljä 3–4 päivän lähiopetusjaksoa. Lisäksi koulutuksen aikana tehdään oppimistehtäviä sekä kirjatenttejä. (Lehtola ym. 2016, 1–2.)

Ohjattua harjoittelua on yhtenä arkipäivänä viikossa 2.–5. lukukausilla. Käytännön harjoittelua toteutetaan kuudella eri paikkakunnalla harjoitteluklinikoilla. Se sisältää ohjauskeskustelua sekä erikseen että pienryhmissä. Lisäksi tehdään ohjattua asiakastyötä. Yhteisessä ohjauskeskustelussa käydään läpi potilastapauksia ja harjoitellaan kliinisen päättelyn taitoja. Asiakastyössä painottuu ohjaajan antama yksilöllinen ohjaus ja palaute. Käytännönohjaajat ovat saaneet koulutusta mm. yhteneväisten ohjauskäytäntöjen, tavoitteiden, kliinisen päättelyn taitojen kehittämisen ja arvioinnin osalta. Erikoistuvia ohjataan jatkuvaan itsereflektioon, lisäksi käytössä on myös vertaisarviointia sekä erilaisia oppimistehtäviä. (Mänttari & Lausmaa 2015, 24–26.)

OMT-opinnot on ryhmitelty viiteen moduuliin: perusaineet, ortopedinen manuaalinen terapia, terapeutin harjoittelu, tieteellisyys ja opinnäytetyö sekä ohjattu käytännön harjoittelu. Koulutuksen aikana OMT-erikoistuvat rakentavat osaamistaan koko ajan prosessimaisesti kouluttajien sekä käytännön koulutuspaikkojen ohjaajien tuella. Erikoistuva kokooa koulutuksen aikana portfolioa, johon sisältyy osaamistavoitteiden itsearviointia oppimispäiväkirjan avulla. Portfolio on tärkeä



työkalu sekä teorian että käytännön oppimisprosessissa. Erikoistuva arvioi lukukausittain onnistumistaan peilaten kullekin lukukaudelle asetettuihin oppimiskriteereihin sekä omiin tavoitteisiinsa. (Lehtola ym. 2016, 4–5.)

Constantine ja Carpenter (2012, 595–603) toteavat tutkimuksessaan, että fysioterapeuttien erikoistuminen manuaaliterapiaan laajentaa sekä ammatillista että henkilökohtaista näkökulmaa. Tutkimuksessa nousi esille neljä teemaa, johon jatkokoulutus vaikutti kehittävästi: tarkka ja analyyttinen ajattelu, looginen syy-seuraussuhdeajattelu ja hoitomenetelmien tehostuminen, ammatillinen varmuus ja taitojen syventäminen sekä näyttöön perustuvan fysioterapian menetelmien hyödyntäminen. Käytännön työssä ne näkyivät asiakkaan haastattelun syventymisenä, kliinisten testien tuloksien ja tutkimuskirjallisuuden parempana hyödyntämisenä.

### **3 OMT - fysioterapeutin asiantuntijuus**

#### **3.1 Näyttöön perustuva fysioterapia**

Yli miljoonalla suomalaisella on jokin tuki- ja liikuntaelinongelma tai -sairaus, joka on masennuksen jälkeen suurin toimintakyvyttömyyteen johtava syy. Suurin osa kroonisista kivuista johtuvat tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Yli 30-vuotiaista suomalaisista kolme neljästä on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson elämänsä aikana. Viimeisen kuukauden aikana joka kolmas aikuinen on tuntenut selkäkipua. Suunnitelmallinen ja systemaattinen terapeuttinen harjoittelu fysioterapeutin ohjaamana sekä liikunta ovat lääkkeettömän kivunhoidon periaatteita. (Kipu. Käypähoitosuositus 2014, 7.) Pitkittyneessä yli 6 viikkoa ja kroonisessa yli 3 kuukautta kestäneessä selkävivussa terapeuttisen harjoittelun merkitys korostuu erityisesti. Se lisää toimintakykyä ja vähentää kipua. (Alaselkä. Käypähoitosuositus 2014, 3.)

Niskan käypähoitosuosituksessa puolestaan todetaan, että parantamalla ergonomiaa voidaan vähentää kipua ja siitä johtuvaa haittaa. Erityisesti kroonisessa niskakivussa spesifit niska-hartiaseudun harjoitteet voivat vähentää kipua. Mobilisaatiokäsittelyillä puolestaan saadaan lyhytaikaisia vaikutuksia pitkittyvän niskakivun hoidossa. (Niska. Käypähoitosuositus (aikuiset) 2015, 11–12.)

Näyttöön perustuva toiminta fysioterapiassa (EBP) yhdistää parhaan saatavilla olevan tutkimustiedon, kliinisen kokemuksen, potilaan uskomukset ja arvot. Se yhdistää yhteisen päätöksenteon fysioterapeutin, potilaan ja yhteisön välillä. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on fysioterapian maailmanjärjestön (WCPT) mukaan kehittää fysioterapiaa vähentäen terapiamenetelmien vaihtelua. Käytännön kliinisessä työssä fysioterapian hyödyt ja riskit tulee perustua uskomuksien sijasta korkealaatuiseen tutkimukseen. Näyttöön perustuvassa toiminnassa hyödynnetään fysioterapeutin kokemustietoa ja -taitoa sekä potilaan tietoa hänen elämänsä tilanteesta ja resursseista. (Hynynen ym. 2016, 7.)

OMT-fysioterapian vaikuttavuudesta on tehty paljon tutkimuksia. Osa tuloksista näyttää olevan lyhytvaikutteisia tai epäselviä. OMT-fysioterapian vaikuttavuutta on tutkittu usein vain yhden menetelmän näkökulmasta, vaikka käytännössä asiakkaita hoidetaan eri hoitoyhdistelmin ja -keinoin. OMT-fysioterapeutti pystyy kliinisen päättelyyn perehtyneenä valitsemaan kullekin asiakkaalle sopivat hoitomenetelmät tuki- ja liikuntaelinten toimintahäiriöitä sekä neuropsykologisia- tai sensomotorisia toimintahäiriöitä hoitaessaan. Lisäksi hän huomioi, onko kyseessä akuutti, subakuutti vai krooninen ongelma. (Brismee & Shizer 2015, 171–172; Resnik & Hart 2004, 32–43.)

Manuaalisessa terapiassa erityisesti nikamien ja nivelten mobilisaatio sekä manipulaatio ovat yleisesti käytettyjä fysioterapiamenetelmiä selkärangan toimintahäiriöiden hoitamisessa. Tutkimuksessa, johon osallistui 587 manuaaliterapeuttia IFOMT:n jäsenmaista todettiin, että rangan toimintahäiriön arviointi perustuu edelleen osittain rangan ja nikamien palpaatioon. Aikaisempien tutkimusten mukaan kokenut fysioterapeutti voi luotettavasti toistaa palpaation, kun taas tutkijoiden välinen luotettavuus on heikko. Palpaatiotarkkuus voi heittää 28 mm kraniaalisuunnassa, joten tämä tekee tarkan segmentäärisen arvion luotettavuuden heikoksi. Manuaaliterapiassa opetetaan nikamien palpaatiota sekä staattisessa asennossa että aktiivisen ja passiivisen fysiologisen liikkeen

aikana. Nikamatason liikkuvuuden arviointi osaltaan ohjaa kliinisen päätöksen tekoa, unohtamatta kuitenkaan sen heikkoa validiteettia ja reliabiliteettia. (Karas, Schneiders, Reid & Talisa 2016, 166–173.)

Onkin ehdotettu, että siirryttäisiin segmentäärisestä arvioinnista ja hoitamisesta tietyn alueen hoitamiseen. Koska konsensusta, hoidetaanko yhtä nikamaa vai laajempaa aluetta ei ole, segmentäärinen liikkuvuusarvio kuuluu yhä edelleen manuaaliseen terapiaan erikoistuvien osaamiskompetensseihin. Rangan palpaatio luotettavuuteen vaikuttaa käytännön harjoittelun määrä sekä viimeisimpien tieteellisten tutkimusten sekä kirjallisuuden tunteminen. Ne, jotka lukevat, saavat enemmän teoretietoa, itseluottamusta, ja mobilisaatio/manipulaatio- tekniikat kehittyvät paremmiksi. Opiskelijoille tärkeintä on itsearviointin tukeminen. Australiassa ja Uudessa Seelannissa palpaatiotarkkuus tulokset olivat parhaimmat. Sen arvellaan johtuvat vahvasta Maitland - konseptin opettamisesta, koska se sisältää paljon palpaatioharjoittelua. Seuraavina tuloksissa olivat UK, Yhdysvallat ja Kanada, eurooppalaisten jäädessä heikoimmiksi. Tutkimuksessa kaularangan alueella nikamatason erottelukyky oli vahvinta ja lannerangan alueella heikointa. Tähän arvellaan vaikuttavan kaularangan alueen hoitotoimenpiteiden suurempi komplikaatoriski. L-rangan alueella palpaatioherkkyyttä heikentää vaikeammin palpoitavat rakenteet. (Karas ym. 2016, 166–173.)

### **3.2 OMT-asiantuntijuuden osaamisvaatimukset**

Fysioterapian ydinosaaminen rakentuu sekä teorian että käytännön ohjauksen avulla. Vähitellen harjaannutaan arvioimaan fysioterapeuttisen tutkimisen ja kliinisen päättelyn avulla ihmisten liikkumis- ja toimintakykyä sekä hyödyntämään näyttöön perustuvia fysioterapian menetelmiä fysioterapian toteutuksessa ja arvioinnissa. Fysioterapian ydinosaaminen perustuu lisäksi elimistön patofysiologisten prosessien tunnistamiseen ja eri fysioterapian menetelmien soveltamiseen. Tavoitteena on asiakkaan itsenäisen liikkumis- ja toimintakyvyn tukeminen yhteistyössä muiden sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan ammattilaisten kanssa. Ydinosaamista on myös taito ottaa huomioon asiakkaat biopsykososiaalisena kokonaisuutena. (Hynynen ym. 2016, 10–13.)

2008, the International Federation of Orthopaedic Manual Physical Therapy laati yhteiset kompetenssit 22 jäsenmaan kanssa yhdenmukaistaakseen OMT-koulutuksen opetuksen muotoa sekä sisältöä. Koulutusta voi joustavasti toteuttaa, mutta toteuttajalla on vastuu, että nämä yhteisesti asetetut kompetenssit täyttyvät. Jotta opetuksen tuloksia voidaan parantaa, on kehitetty teoria- painotteista arviointimenetelmää. Esille on noussut 53 teoreettista näkökulmaa, joita tulisi käytännön osaamisen ohella arvioida. Edelleen haasteelliseksi jäsenmaissa koetaan kliinisen päättelyn oppimisen arviointi. IFOMT:n tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää koulutusta maailmanlaajuisesti. (Yeung, Woods, Dub-rowski, Hodges & Carnahan 2015, 27–36.)

International federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists määrittelee OMT-koulutuksen osaamisperusteet. OMT-fysioterapeutin tulee osata kriittisesti arvioida työtään ja onko sen näyttöön perustuvaa toimintaa. Asiakasta tutkittaessa OMT-fysioterapeutin tulee osata löytää ja määritellä asiakkaan liikkumisen ja fyysisen toimintakyvyn ja hermo-, lihas-, nivelrakenteiden toimintarajoitteet sekä löydösten perusteella tehdä johtopäätökset fysioterapian tarpeesta vaivojen/kiputilojen varhaisessa ja pitkittyneessä vaiheessa. Hänen tulee hallita niin sanotusti kliinisen päättelyn prosessi ja olla selvillä myös tutkimisen luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä. (IFOMT 2016.)

OMT-fysioterapeutin tulee myös tunnistaa asiakkaan yleiseen terveydentilaan vaikuttavat hälytysmerkit ja hallita spesifi nivelten fysiologisten liikkeiden tutkiminen. Kivun fysiologian tunteminen ja kipuasiakkaan tutkimiseen ja terapiaan liittyvät erityispiirteet kuuluvat myös osaamisvaatimukseen. Lisäksi terapeutti osaa arvioida löydösten merkitystä oireisiin ja toimintakykyyn sekä ottaa huomioon asiakkaaseen ja hänen oireisiinsa liittyviä psykososiaalisia tekijöitä. Terapeutti hyödyntää kuvantamislöydöksiä ja niihin liittyviä lausuntoja tehdessään johtopäätöksiä kliinisen päättelyprosessin aikana. Työn ja työympäristön sekä harrastusten kuormitustekijöiden ja riskitekijöiden arviointi suhteessa fyysiseen toimintakykyyn ovat myös osaamisvaatimuksia. Lisäksi tulee ymmärtää lääkkeiden vaikutus kipuun ja toimintakykyyn. (IFOMT 2016.)

Asiakkaan terapian aikana OMT-fysioterapeutti osaa valita ja toteuttaa terapeut-tisen harjoittelun menetelmiä asiakaslähtöisesti. Hän hallitsee myös manuaaliset menetelmät kuten pehmytkudos-, hermo- ja nivelkäsittelyt, joka sisältää sekä ni-velten mobilisointi- ja manipulaatiotekniikat. OMT-fysioterapeutti on tietoinen ma-nuaalisten käsittelyjen indikaatioista ja kontraindikaatioista sekä tutkimisessa että terapiassa. Hän hallitsee tuki- ja liikuntaelimestön terapeut-tisen harjoittelun me-netelmät ja pystyy soveltamaan harjoitus- ja kuormitusfysiologian perusteita asi-akkaan ohjauksessa sekä hallitsee asiakkaan ohjaukseen liittyvät erityispiirteet. Lisäksi hän osaa huomioida vuorovaikutustekijät, eettiset periaatteet, asiakasläh-töisyyden ja dialogisuuden terapiatilanteessa ja ottaa huomioon asiakkaan lä-hiympäristön, läheiset sekä muun kuntoutukseen liittyvän terveydenhuoltohenki-löstön. Tarvittaessa OMT-fysioterapeutti ohjaa asiakkaan lisätutkimuksiin tai konsultaatioon toiselle terveydenhuoltoalan asiantuntijalle, ja toimii erikoisasian-tuntijana kuntoutusprosessissa. OMT-fysioterapeutti laatii myös asiantuntijalau-sunnon sekä kirjaa tutkimis- ja terapiaprosessin yhtenäistä kirjaamiskäytäntöä hyväksi käyttäen. (IFOMT 2016.)

OMT-fysioterapeutin tulee toimia erikoisalansa kehittäjänä, kouluttajana ja mark-kinoijana. Oman alan uuden tutkimustiedon seuraaminen ja soveltaminen kliini-seen työhön ja alansa kehittämiseen on tärkeää. Pitääkseen taitoja yllä on suo-siteltavaa osallistua myös kansallisiin ja kansainvälisiin kongresseihin. Aktivoiva ja rakentava ammatillinen keskustelu, osallistuminen erilaisiin työryhmiin sekä kehittämishankkeisiin paikallisesti ja valtakunnallisesti ovat osa OMT-fysioterapeutin ja tule-erikoisalan asiantuntijuutta. Tulevaisuuden haasteena ovat näyttöön perustuva OMT-fysioterapia, OMT-ydinosaamisen kehittäminen ja am-matillisen, niin sanotun hiljaisen tiedon siirtäminen nuoremmille sukupolville. (Ga-ram ym. 2010, 3,6.)

### **3.3 Kliininen päättely OMT:ssä**

Kliinisen päättelyn prosessin kehittyminen on tärkein OMT-erikoistumiskoulutuksen osaamisvaatimus, mutta miten sitä arvioidaan ja mitkä ovat sen arviointikriteerit? Asiantuntijoiden mielestä arvioinnissa tulee huomioida reliabiliteetin ja validiteetin lisäksi behavioristinen näkökulma, kuten observointi

ja havainnointi, opiskelijan mentaalinen prosessi sekä asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus. (Yeung ym. 2015, 27–36.) Kliininen päättelykyky ja reflektointi ovat siis fysioterapeutin työn olennaisin taito. Kliinisen päättelykyvyn prosessi kehittyy vähitellen harjoittelun ja opiskelijan tietojen sekä taitojen lisääntyessä. Opiskelijan reflektoinnin tukeminen vaikuttaisi olevan yksi tärkeimmistä keinoista sekä teorian tiedon että käytännön taitojen oppimisessa. (Trommelen, Karpinski & Chauvin 2017, 21–29.)

Kliininen päättely perustuu tietoon. Terapeutin ammattitaito ja henkilökohtainen osaaminen ovat myös osa kliinistä päättelyä. Tiedon käsittely, analyysi sekä ajattelu yhteenvedon muodostamiseksi mahdollistaa kliinisen päättelyn prosessin. Itsereflektion kautta terapeutti vertailee aikaisemmin oppimaansa, kokemaansa ja toimintatapojaan sekä käyttää sitä apuna johtopäätösten tekemisessä. (Higgs, Jones, Lofus & Christensen 2008, 4–5; Macauley, Brudvig, Kadakia & Bonneville 2017, 64.) Näyttöön perustuva kliinisen päättelyn prosessi muodostuu vaiheittain. Ensin asiakasta haastatellaan ja kerätään esitiedot. Haastattelu ohjaa asiakkaan tutkimista ja arviointia, sekä johtaa fysioterapeuttisen diagnoosin muodostumiseen. Diagnoosin kautta syntyy hypoteesi ja siitä seuraa fysioterapian suunnittelu, joka sisältää johtopäätösten perusteella tavoitteiden asettelun, eri fysioterapiamenetelmien valinnan ja ajoituksen. Tämän jälkeen on fysioterapian toteutus arviointineen ja lopuksi arvioidaan toimintakyvyn muutos suhteessa tulotilanteeseen ja tavoitteisiin. (Hynynen ym. 2016, 7.)

Fysioterapiassa kliinistä päättelyä ja johtopäätösten tekemistä voidaan kuvata myös analyttiseksi ja kriittiseksi ajatteluksi muodostettaessa olettamuksia fysioterapeuttisesta tutkimisesta. Kliinisessä päättelyssä fysioterapeutti analysoi, arvioi ja pohtii tekemiään löydöksiä sekä tekee niistä johtopäätöksiä keskustellen asiakkaan kanssa. (Jones & Rivett 2004, 3.) Terapeutti huomioi löydösten ja asiakkaan odotusten lisäksi ympäristön mahdollisuudet ja rajoitukset sekä tarvittaessa konsultoi muita ammattilaisia ja on yhteydessä asiakkaan läheisiin. Päättelyprosessin aikana pyritään hyvässä vuorovaikutuksessa muodostamaan asiakkaasta kokonaiskuva eri konteksteissa (psyykkinen, sosiaalinen, fyysinen). Hoidon tulee siis ulottua myös asiakkaan toimintakyvyn ymmärtämiseen eikä pelkästään patofysiologiaan. (Jones & Rivett 2004, 5–6, 16.)

Maailman terveysjärjestön kehittämä ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) käyttö saattaa auttaa kliinisessä päättelyssä asiakkaan kokonaiskuvan hahmottamisessa. ICF jäsentää tämän luokituksen avulla fysioterapeuttista tutkimista ja arviointia. Arvioinnin kohteina fysioterapiatilanteessa ovat terveydentila, ruumiin/kehon toiminnot, suoritukset ja osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristökijät. ICF tarjoaa fysioterapeuteille yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen tarkastella ihmistä ja ihmisen toimintakykyä laaja-alaisesti, mutta samalla kuitenkin yksityiskohtaisesti. (THL 2001.)

Kun kliinisen päättelyn prosessia kuvataan hypoteettis-deduktiivisella lähestymistavalla, sitä ohjaa hypoteesi ja sen testaaminen. Hypoteesi tarjoaa lähtökohdat potilaan tutkimisen suorittamiseen ja sen avulla löydetään todennäköisimmät hoidon aiheet, joita tarvittaessa tutkitaan lisää. Hypoteettis-deduktiivisessä lähestymistavassa hypoteesin uudelleen arviointi jatkuu koko hoitoprosessin ajan. Potilaan tutkimisen täydentäminen hoidon aikana tukee tehtyjä johtopäätöksiä ja hoidon linjausta tai antaa signaaleja hoidon sisällön muuttamisesta. Puolestaan narratiivisessa kliinisen päättelyn mallissa terapeutti yrittää huomioida asiakkaan aikaisemman historian ja ymmärtää häntä ihmisenä. (Jones & Rivett 2004, 5–6, 7; Kent & Hartvigsen 2015, 242-244, 247.)

Tutkittaessa kliinistä päättelyä fysioterapia opiskelijan näkökulmasta se on voitu jakaa viiteen laadullisesti erilaiseen kategoriaan. Kliinisessä päättelyssä kytkeytyvät tieto ja kokemus ongelmasta, asiakkaasta ja hoidosta. Tärkeää on ongelman ja hoidon analysointi, uudelleenarviointi sekä järjeistäminen ja perustelu, mitä ja miksi. Päätöksen tekemisessä auttaa tiedon soveltaminen, selkeä ongelmanratkaisu ja kliinisen mallin muodostaminen. Kliininen päättely kypsyy vähitellen ja opiskelujen edetessä dynaamiseksi päättelyprosessiksi, jolla on laajempi fokus, kriittinen itsearvio, kehittyvä prosessi kohti asiantuntijuutta ja itsenäistä ammatinharjoittamista. (Hendrick, Bond, Duncan & Hale 2009, 430–441.)

Kliinisen päättelykyvyn taitojen kehittymisen ohjaamisessa hyödyllisiä keinoja näyttäisivät olevan kirjallisuuteen perehtyminen ja reflektiivinen kirjoittaminen

sekä mahdollisuus taitojen harjoitteluun ohjatusti. Tavoitteena on tukea opiskelijan tiedon kyseenalaistamista, uudelleen arviointia ja tulkintaa, jotta näyttöön perustuvan tiedon yhdisteleminen mahdollistaa asiakaslähtöisen kliinisen työn. (Caeiro, Cruz & Pereira 2014, 577–578.) Trommelenin ym. (2017, 21–29) tuoreessa tutkimuksessa käytetään itsereflektion tukemisen keinoina case-tyyppistä opettamista/oppimista sekä erilaisia demonstraatioita, joihin lisättiin kirjallinen tuotos. Suorien vastausten sijaan opiskelijaa ohjattiin hakemaan itse tietoa tai annettiin valmista materiaalia, mistä vastaukset löytyivät. Oikea-aikaiset reflektivat kysymykset, kirjallinen palaute sekä teoriasta että käytännöstä todettiin aktiivoin ja lisäävän ohjattavan reflektiota ja kriittistä ajattelua.

Kliinisen päättelykyvyn kypsyiden mittaaminen on vaikeaa, mutta tarpeellista koulutuksen laadun ja toteutuksen seuraamiseksi ja kehittämiseksi käytännön suullisten ja kirjallisten kokeiden arvioinnin avulla. On todettu, että kliinisen päättelyn kyvyssä on huomattavaa eroa, onko noviisi vai jo työkokemusta omaava. Noviiseilla kliinisen päättelyn prosessi on pitkälti hypoteettis-deduktiivista ja eroaa monipuolisesta prosessista, joka on havaittavissa jo pidemmän työkokemuksen omaavilla. (Yeung ym. 2016, 1–17.)

Kliiniset taidot kehittyvät opiskelijalla, kun hänen itseluottamustaan tuetaan käytännön harjoittelussa. Toinen merkittävä edellä mainittua taitoa tukeva asia on simuloitu harjoittelu. Simulaatioharjoittelu helpottaa ja pehmentää, sekä opettaa ja antaa valmiuksia oikeaan kliiniseen harjoitteluun siirtymisessä. Se mahdollistaa huolellisen valmistautumisen ”kentälle” lähtemiseen. Se koetaan turvallisena, auttaa taitojen kehitymisessä sekä kliinisen työn haasteiden hallitsemisessa. (Johnston, Wilson, Wakely, Walmsley, Newstead 2018, 95–104; Karas ym. 2016, 166-173.) Kliinisen päätöksen tekeminen, kliininen päättely ja kriittinen ajattelu kehittyvät simulaatioharjoittelun avulla. Tällöin harjoittelu matkii käytännötilannetta, on turvallista ja lisää terveydenhuollon koulutuksen yhdenmukaisuutta. Eri-tyyppisiä psykomotorisia taitoja vaativissa fysioterapian eri menetelmissä, on tämän tyyppinen harjoittelu eduksi. Siitä kuinka paljon tällaista harjoittelua opetuksen tulisi sisältää ja missä koulutuksen vaiheessa, ei ole tutkimustietoa. (Maccauley 2017, 64–74.)



### 3.4 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Vänskä ym. (2011, 142) luonnehtii ammatillista ohjausta opiskelijan ja ohjaajan väliseksi ainutkertaiseksi, tavoitteelliseksi ja päämäärätietoiseksi tapahtumaksi, jossa on merkittävää molempien osapuolten osaamispääoma ja kasvuosaaminen. Ohjauksessa on tärkeää molempien sitoutuminen ja ohjaajan halu jakaa hiljaista sekä kokemusperäistä tietoa. Ohjausvuorovaikutuksen tavoitteena on ammatillinen kasvu.

Asiantuntijuuden kehittyminen tarvitsee ohjauksen muodostamaa oppimisympäristöä eri pedagogisten mallien kautta. Kun annetaan ohjattavalle mahdollisuus oppimiseen ja ohjattavana olemiseen puhutaan opettamismallista, kisällimalli puolestaan tukee yhteisön jäsenyyteen pääsemistä. Kumppanuusmallissa tuetaan kahta edellistä lähestymistapaa neuvottelun keinoin. (Vehviläinen 2014, 188–192.)

Ammatillisen osaamisen kehittymistä voidaan Dreyfusin (2004, 177–181) mukaan kuvata viiden eri vaiheen kautta. Ensimmäinen noviisivaihe on, kun valmistutaan ammattiin ja uudet tehtävät vaativat jatkuvasti ongelmanratkaisukykyä. Toinen vaihe on edistyneen aloittelijan vaihe, jolloin työntekijä tarvitsee edelleen tukea, mutta pystyy soveltamaan opittuaan arjen tilanteisiin. Osaavan suorittajan vaihe on niin sanottu kolmas vaihe. Tällöin työntekijä suoriutuu jo työtehtävistään ja kokonaisuuksista, mutta tarvitsee edelleen tukea työssään. Neljännessä vaiheessa työntekijä on jo taitava suorittaja ja pystyy tarvittaessa muuttamaan omaa toimintaansa. Viimeisessä vaiheessa erityisosaajana pystytään työskentelemään joustavasti ja ohjaamaan muita. Lisäksi erityisosaajalla on ongelmanratkaisutaitoja. Työyhteisö voi tukea työntekijän ammattilaiseksi kasvua antamalla asteittain vastuuta yhteisön toiminnasta (Vänskä ym. 2011, 141).

Fysioterapeuttikoulutuksen asettaa tavoitteet fysioterapeutin ammatilliselle osaamiselle. Se muodostuu fysioterapian taidollisesta osaamisesta ja taitojen soveltamisesta käytäntöön, eettisestä toiminnasta ja yhteistyöstä, sekä tutkimus- ja kehittämistyöstä sekä johtamisesta (Opetusministeriö 2006, 29). Käytännönohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutuksen laatu on tärkeintä ammatillisen

identiteetin kehittymisessä (Laitinen-Väänänen 2008, 22–23). Fysioterapiassa on tapahtunut muutoksia viimeisen kymmenen vuoden aikana muun muassa tehtäväsiiirtojen muodossa lääkäritä fysioterapeutille. Erityisesti tule-vaivoissa OMT-fysioterapeutit toimivat asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä. Asiantuntijuuden kehittyminen on jatkuva oppimisprosessi, joka pohjautuu vahvan ja jatkuvasti kehittyvän tietoperustan aktiiviseen oppimiseen. Kliinisen päättelyprosessin kehittyminen on tärkeä osa ammatillisessa kasvamisessa sekä ammatillisen identiteetin kehittymisessä. SOMTY valvoo OMT-fysioterapeuttien tietojen ja taitojen ylläpitämistä alansa kehityksen tasolla. (Garam ym. 2010, 3.)

## **4 Ohjaus ja oppiminen OMT - erikoistumiskoulutuksessa**

### **4.1 Käsiitys ohjauksesta**

Ohjauksessa on kyse yhteistoiminnasta, joka sisältää erilaisten prosessien ohjaamista ja ohjattavan toiminnan tukemista (Vehviläinen 2014, 12–14). Ohjaus lähtee liikkeelle ohjattavan tarpeista ja perustuu ohjattavan kokemuksiin sekä päämäärään. Asiantuntijuuden vahvistamisen tavoitteena on asettaa omalta osaltaan vaatimuksia sekä myös rajoituksia ohjaukselle. Hyvässä ohjauksessa tavoitteet ovat selkeästi määritelty ja yhteisesti ohjaajan ja ohjattavan hyväksymiä. Ohjauksella on myös tietoinen pedagogiikka ja toimintatavat. (Vehviläinen 2014, 15–18.) Vänskä (2012, 24–25) puhuu puolestaan läsnä olevasta, myötäelävästä ja yhteisesti jaetusta ohjaustodellisuudesta, jossa ohjaus rakentuu ohjaajan vahvasta substanssiosaamisesta, kontekstiosaamisesta, prosessiosaamisesta sekä reflektio-osaamisesta. Yksilöllinen ohjaus on yksi ohjauksen muoto. Kahden välinen ja usein pitkäkestoinen ohjaus mahdollistaa syvän perehtymisen toisen ajatusmaailmaan (Vehviläinen 2014, 19–20). Ohjauksella pyritään kokemuksellisesti rikkaaseen ja vaikutuksiltaan laajaan oppimisprosessiin (Vehviläinen 2014, 199). Jotta ohjaus palvelee oppimisprosessia, tarvitaan ennakoivia keinoja. Myös ohjaaja voi suunnitella oppimisprosessia etukäteen. Moniulotteisia oppimisprosesseja ohjattaessa on tärkeää tunnistaa sen tavoitteet, jolloin ohjaaja

voi auttaa ohjattavaa etenemään prosessissaan laatimalla osatavoitteita tai tehtäviä. (Vehviläinen 2014,178.)

Käytännönharjoittelu ja -ohjaus ovat keskeinen osa fysioterapeutin koulutusta ja käytännön ammattiin valmistautumista. Käytännönharjoittelussa kohdataan todellisia asiakkaan ongelmia, saadaan oppimiskokemuksia, testataan teoretietoa ja laajennetaan käytännöntaitoja. Lisäksi sovelletaan teoreettista tietoa ja huomioidaan asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus sekä elämäkokemus. Käytännön harjoittelu ohjaa itsenäiseen työskentelyyn, jatkuvaan oppimiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. Voidaan sanoa, että se on oppimisteorioiden verkosto ja kombinaatio. Ohjaajan syvällinen ymmärtäminen eri oppimisteorioista, reflektiivisestä ja kriittisestä ajattelusta auttaa häntä fasilitoimaan opiskelijan ammatillista osaamista. Ohjaajalle on haaste, jotta kriittinen tutkimustieto ja teoriat siirtyisivät käytäntöön. Ohjauksen tulee olla dynaamista, muovautuvaa ja huomioida muuttuva terveydenhuollon ympäristö ja yhteiskunnan vaatimukset sekä eettisyys. (Hall, Manns, Poth & Beaupre 2016, 151-55; Newstead, Johnston, Nisbet, McAllister 2017, 154–169; Patton, Higgs & Smith 2013, 493–501; Vågstol & Skoien 2011, 71–78.)

Fysioterapian opiskelijoiden käytännön harjoittelun oppimistilanteissa on havaittu kolme erilaista ohjauksen muodostumistapaa. Ohjaajajohtoisessa ohjauksessa opiskelija toteutti ohjaajan antamia suullisia ohjeita ja seurasi sivusta ohjaajan työskentelyä. Tilaa antavassa ohjauksessa ohjauksen vuorovaikutus käynnistyi opiskelijan aloitteesta, kun opiskelija tarvitsi omasta tai ohjaajan mielestä apua. Kolmannessa ohjaustavassa ohjaaja kannusti opiskelijaa esittämään omia ajatuksia ja otti hänet mukaan fysioterapiasta tehtävään päätöksentekoon. (Laitinen-Väänänen ym. 2007, 95–103; Vänskä ym. 2011,157–160.) Haasteelliseksi ohjauksen tekee fysioterapian käytännön harjoittelussa läsnä oleva asiakas, jolloin ohjaajalla on vastuullaan sekä ohjattava että asiakas ja siten myös koko fysioterapiaprosessi (Laitinen-Väänänen ym. 2011, 149–150; Patton ym. 2013, 493).

Laitinen-Väänänen, Luukka & Talvitie (2008, 2–8) ovat kohdentaneet tutkimuksensa analysointia fysioterapiassa kliinisen työn ohjaajan ja opiskelijan väliseen

ohjauskeskusteluun. Siinä on löydettävissä kolme eri osa-aluetta, joihin ohjauskeskustelut keskittyvät. Eniten ohjauskeskustelut kohdentuvat fysioterapiamenetelmien osaamisen arviontiin ja tukemiseen. Tällöin fysioterapiatilannetta lähestytään teknisestä näkökulmasta. Fysioterapia on ikään kuin työkalu ja potilaan osallistumismahdollisuus on vähäinen. Teoriaan pohjautuvassa keskustelussa pyritään lähestymään ongelmaa enemmän akateemisesta perspektiivistä ja yhdistämään abstrakti teoria konkreettisesti käytäntöön. Kokemusperäisessä ohjauskeskustelussa puolestaan keskitytään kokemukseen käytännön hoitotilanteesta. Ohjaaja esittää eri tavalla muotoiltuja reflektioivia kysymyksiä, joiden tehtävä on tukea ohjattavan itsetietoisuutta, reflektiota ja avata uusia näkökulmia tulevaisuudesta (Laitinen ym. 2008, 4–7). Käytännön ohjauksesta tai opettamisesta käytetään usein myös sanaa mentorointi. Mentoroinnin avulla opetellaan kohtamaan todellisen työn vaatimukset, vastuut ja valmistaudutaan fysioterapeutin pääroolissa olemiseen. (Eliades, Jakubik, Weese & Huth 2016, 191–192; Hall ym. 2016, 151.)

#### **4.2 Ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutus**

Ohjaussuhde perustuu ohjausprosessiin, jossa ohjaaja ikään kuin palvelee ohjattavaa. Ohjaaja on toisaalta etuoikeutettu olemaan mukana ohjattavan tärkeässä elämänprosessissa. (Vehviläinen 2014, 19–20.) Ohjattavalla on puolestaan vastuu omasta oppimisesta ja aktiivisesta panoksesta tavoitteiden saavuttamiseksi. Usein ohjaajan ja ohjattava välillä on tietopäsymmetria. Ohjaajalla on substanssiosaamista ja siten valta-asema ohjattavaan nähden. (Vehviläinen 2014, 58.)

Vuorovaikutuksessa sosiaalinen konstruktivistinen lähestymistapa pyrkii selittämään molempien osallistujien omien lähtökohtien ja oppimisyhteyksien merkitystä. Ympäristön vaikutus on tärkeä oppimiselle, koska ympäristö ja tilanteet, joissa oppiminen tapahtuu vaikuttavat, mitä opitaan ja miten se on siirrettävissä uusiin tilanteisiin. (Laitinen-Väänänen 2008, 24–25.) Laitinen-Väänänen (2008) myös toteaa teoksessa Lave & Wenger 1991 *Situated learning: Legitimate peripheral participation*, että todellisessa työympäristössä tehtävä kliinisen työn harjoittelu antaa mahdollisuuden ainutkertaiseen tiedon soveltamiseen ja käytännön taitojen harjoitteluun aidossa asiakastilanteessa.

Molempien itsetuntemus, persoonallisuus, heikot kohdat, reaktiotavat ja inhimillisyydet ovat ohjauksen haasteita. On hyvä keskustella avoimesti sekä valta- asemasta että henkilökohtaisista ominaisuuksista. Se mahdollistaa luottamuksellisen ja kunnioittavan vuorovaikutussuhteen, jossa yhteisiin tavoitteisiin pyrkivä oppimisprosessi toteutuu. Kunnioittavalle ja luottamukselliselle ohjaustilanteelle luopuu perustan ohjaajan ja ohjattavan välinen avoin keskustelu ja vuorovaikutus. (Vehviläinen 2014, 58–59.)

Käytännön ohjaaja voi omalta osaltaan vaikuttaa myös fysioterapian opetussuunnitelman ja käytännön harjoittelun toteuttamisen kehittämiseen. Käytännön ohjauksen tavoitteena on tukea itsenäistä asiakastyöskentelyä ja ajattelukykyä, sekä lisätä ohjattavien tietotasoa suhteessa ammatin ja työnantajan vaatimuksiin. (Ward & Gracey 2006, 42–39.)

Ohjaussuhde on pedagoginen suhde. Jos ohjaajalla on vahva substanssiosaaminen, voidaan käyttää myös nimitystä mestari-kisälli- tai noviisi- erityisosaaja suhde. Tällöin helposti piilee ”guru - vaara”, ettei ohjaamisprosessia synny, vaan kisälli mallioppii ja omaksuu vain mestarin näkökulman kapea-alaisesti. Parhaimmillaan ohjaaja – ohjattava suhde on kollegiaalista yhdessä oppimista, ikään kuin kahden ihmisen välinen luomus, joka perustuu syvälliseen keskusteluhistoriaan ja toisen persoonaan tutustumiseen. (Vehviläinen 2014, 66–69.) Hyvän ohjaajan taidot muodostuvat kolmesta eri osaamisen alueesta. Käytännön taidot, metakognitio ja reflektiotaidot sekä ammatillisen kehittymisen aikana karttuva osaaminen. (Tynjälä 1998, 231.) Kliinisen työn ohjaajan ja opiskelijan välinen vuorovaikutus on vahvin tekijä ammatillisen identiteetin, ammatillisuuden ja käytännön taitojen kehittämisessä (Laitinen-Väänänen ym. 2008, 2; Laitinen-Väänänen 2008, 23; Vågstol & Skoien 2011, 71–78).

### **4.3 Ohjauksesta oppimiseen**

Ohjausta tapahtuu verbaalisesti ja manuaalisesti. Ohjauskeskustelut tapahtuvat pääsääntöisesti käytännön tilannetta ennen tai sen jälkeen, mutta sanallista ohjausta on mahdollista antaa myös ohjaustilanteen aikana. Tutkimuksista tulee

vaikutelma, että terveydenhuollon opiskelijan ohjaustilanteita ja ohjauskeskustelua hallitsee ohjaaja, joka käyttää paljon sanallista ohjausta, hallitsee sisältöä ja vuorovaikutustilannetta. (Laitinen-Väänänen ym. 2007, 95–103.) Ohjauksessa käytetään myös sanatonta viestintää, joko tahattomasti tai tahallisesti. Demonstraatiot ja manuaalinen sekä visuaalinen ohjaus eli näyttö ovat ohjauksen alkuvaiheen keinoja. Aito työtilanne antaa opiskelijalle mahdollisuuden osallistua todelliseen työhön. Tilanne on haasteellinen läsnä olevan asiakkaan vuoksi ja siten myös vuorovaikutukseltaan moniulotteisempi, jonka vuoksi hyvä etukäteissuunnittelu on hyödyllistä. Reflektioivassa ohjauksessa vaihtelevat ohjaajan ja opiskelijan eri ammatillisen osaamisen roolit seuraajasta suorittajaan. (Vänskä ym. 2011, 151–156.)

Ohjaamisen tarkoitus on fasilitoida oppimista. Ohjaajan tulisi havainnoida ja tunnistaa ohjattavan yksilölliset keinot ja taidot tehokkaaseen ja itselle sopivaan oppimistyyliin. Oppiminen yleensäkin vaatii tietoa ja taitoa, kokemuksia tai opettamista. (Mountford, Jones & Tucker 2006, 128–136.) Väitetään, että oppiminen on vahvinta, kun meillä on itsenäinen halu ja tarve oppia ja taito, kuinka käyttää uutta tietoa saavuttaaksemme tietoisuuden siitä, mitä olemme oppineet (Vågstol & Skoien 2011, 71–78).

Kliinisten taitojen oppiminen vaatii teoreettisen tiedon soveltamista käytäntöön. On tärkeää, että erityisesti manuaalisia taitoja harjoitellaan ensin turvallisessa ympäristössä muiden opiskelijoiden kanssa, ennen kuin siirrytään todellisiin asiakastilanteisiin. Manuaalisten tekniikoiden kuten esimerkiksi nivelmobilisaatioiden opetuksessa on perinteisesti käytetty menetelmää, jossa taitoja opetellaan tekemisen kautta: see one, do one. Hieman erilainen lähestymistapa, jossa tekniikan harjoittelu jaetaan neljään erivaiheeseen, demonstraatio, dekonstruktio, ymmärtäminen ja suorittaminen, on koettu olevan opiskelijalähtöisempi. Erityisesti dekonstruktiovaiheessa opiskelijaa rohkaistaan refleктоimaan tietoa, mitä edellisessä vaiheessa on tarvittu, järjestelemään ajatuksia ennen kuin hän ilmaisee asian verbaalisesti ja fasilitoimaan uuden tiedon yhdistelemistä. Lähestymistapa tukee myös opiskelijan metakognitiivisia taitoja, omaa osallistumista oppimisprosessissa sekä itsearviointi- ja aloitekykyä. Mielikuvaharjoittelu aktivoi aivojen motorista kuorikerrosta ja siten auttaa tekniikkaharjoittelussa. Kiistatonta on, että

tekniikoiden toistomäärä ja harjoittelun vähäisyys heikentävät manuaalisten tekniikoiden oppimista. (Rosettini ym. 2017, 826–838.)

OMT-fysioterapeutin käyttämistä hoitomenetelmistä niin sanotulla nivelten ja nikamien manipulaatiohoidoilla on tarkoitus edesauttaa ja tukea elimistön omaa korjaus- ja sopeutumisprosessia. Viime aikoina on keskusteltu paljon manipulaatioiden käyttämisestä, merkityksestä sekä opettamisesta. Opettamisessa on tärkeää riittävä käytännön harjoittelu muiden opiskelijoiden kanssa, jolloin opiskelijat saavat suoraa palautetta toisiltaan. Manipulaatiotaitojen oppiminen kestää kauan. (Editorial, 2003.)

#### **4.4 Käytännön taitojen oppimisprosessi ja -tasot**

Muutokset, jotka tapahtuvat ohjattavan ajattelussa, osaamisessa tai asennoitumisessa, ovat oppimisvaikutuksia. Samantyyppisiä vaikutuksia ovat myös erilaiset ja uudet ongelmatilanteiden ratkaisut, joiden perusteella syntyy valinta, uusi tavoite tai toiminta. Tällöin puhutaan ohjauksen ja oppimisprosessin arvioinnista. (Vehviläinen 2014, 203–204.) Kun ohjaus liittyy opiskeluun, sitä voidaan seurata oppimisstrategioiden tai opetussuunnitelmassa tai henkilökohtaisessa opetussuunnitelmassa olevien kriteereiden perusteella. Kun oppimispäämääränä on oppimisprosessi, tulee oppimistavoitteiden olla selvänä jo heti prosessin alkaessa. Osaamistavoitteet ja ammatillisen toiminnan kriteerit tulee olla tiedossa, koska vain niiden avulla voi oppia ja kehittyä. Tuotosta voidaan arvioida tarkoin kriteerein, esimerkiksi työsuoritusta. Itsearviointi on osa toiminnan muutoksen havaitsemista. Itsearviointia tapahtuu ohjaustilanteissa, mutta sen voi kuvata myös prosessina ohjauksen edetessä. Jatkuvalle ohjaukselle tuetaan oppimisympäristöä, jonka avulla omaksutaan toivottuja työkäytäntöjä. (Vehviläinen 2014, 205–208.)

Mountford ym. (2006, 128–136) jakaa oppijat ja oppimistyyliä neljään kategoriaan. Ensimmäisenä on aktivistit, jotka osallistuvat aktiivisesti kaikkeen ja arvostavat ensikäden kokemuksia uusien taitojen oppimisessa. Toisena on reflektioijat, jotka tarkkailevat ja harkitsevat saamaansa uutta tietoa monelta erikannalta, pitävät matalaa profiilia ja seurailevat tilannetta sivusta. Kolmantena on teoreetikot, jotka

pohtivat analyttisesti saamaansa tietoa vähitellen ratkaistakseen ongelmia ennen kuin pääsevät lopputulokseen. Neljäntenä on pragmaatikot, jotka hyväksyvät eri teorioita ja käsitelevät niitä käytännön tasolla. Näyttäisi siltä, että tehokkainta oppimiseen ja ongelmakyvyn ratkaisuun olisi kaikkien näiden neljän eri oppimistyylin yhdistäminen. Tutkimuksessa 56.7 prosenttia fysioterapeuttiopiskelijoista olivat oppimistyyliältään reflektioijia tai teoreetikkoja. Esimerkkejä erilaisia oppimistyyliä hyödyntävistä tehtävätyypeistä ovat muun muassa oppimispäiväkirja, suulliset raportit ja keskustelut. Oppimistyylin ohella myös muut tekijät, kuten oppimistilanteen kulttuurilliset ja koulutuksellinen taso, yksilön tietoisuus oppimisprosessista, aikaisemmat kokemukset, muut opitut taidot sekä ohjaajan vaikutus ja motivaatiotaso, vaikuttavat oppimistulokseen.

Kliinisen päättelyn prosessi kypsyy vähitellen, mikä tulisi ottaa huomioon fysioterapian opetussuunnitelmassa ja opettamisessa. Sen kehittymiseen tarvitaan kliinisen työn ohjausta, joka sisältää avoimia kysymyksiä ja kriittisen reflektion tukemista. Siten pyritään laajentamaan opiskelijan rajoja ja rohkaisemaan uusia ajattelu- ja ratkaisuprosesseja. (Hendrick ym. 2009, 440.) Manuaaliterapian kompetenssien hallitsemisessa korostuvat muun muassa spesifit mobilisaatio- ja manipulaatiotekniikat sekä liikkeen arviointi. Tämä edellyttää opiskelijan psykomotoristen taitojen kehittymistä, joka on puolestaan psykomotorisen oppimisen tulos. Se perustuu sekä harjoitteluun että kokemukseen. Psykomotoriseen oppimiseen vaikuttavat sekä ulkoiset että sisäiset tekijät. Ulkoisia tekijöitä ovat harjoittelu, palaute, tehtävien luokittelu sekä ohjeistuksen muoto tai sisältö. Sisäisiä tekijöitä puolestaan ovat muisti, tarkkaavaisuus, motivaatio ja psykomotorisen oppimisen taso. Visuaalinen ohjaus ja tarkkailu fasilitoivat psykomotorisia taitoja, kun taas kinesteettinen ohjaus vaikuttaa sensoriseen järjestelmään tekemisen kautta. (Sizer, Sawyer, Felstehausen, Couch, Dornier & Cook 2008, e9-e19.)

OMT-koulutuksessa manuaalisten taitojen oppimiseen vaikuttaa ohjaajan tietoisuus millaisella psykomotorisen oppimisen tasolla opiskelija on. Ohjaajan tulee olla tietoinen, kuinka opiskelija prosessoii psykomotorisia kokemuksia ja valita sitten taitotasoon nähden sopivat ohjausstrategiat OMT-kompetenssien omaksumiseen. Kognitiivisen oppimisen perusta on kognitiivinen ja kriittinen ajattelu, ongelman ratkaisukyky ja päätöksenteko. Ne ovat perusta OMT-koulutuksen



reflektiiviselle prosessille ja taitojen oppimiselle. Kuten myös hypoteesin testaaminen, soveltaminen ja oman tekemisen jatkuva arviointi kohti kliinistä näyttöön perustuvaa johtopäätöstä ja hoitomenetelmän valintaa. Teorian ja tieteellisen tiedon soveltaminen käytäntöön on olennaista kliinisessä oppimisessa. Kliininen suoritus vaatii älykästä ajattelua ja monimutkaisia psykomotorisia taitoja. Kliinikot luottavat intuitioon, joka ohjaa kliinistä päätöksen tekoa. Ohjaajat ovat epävarmoja siitä, palveleeko se päätöksentekoprosessia potilashoidoissa ja OMT-erikoistumisen loppututkinnossa. OMT-kouluttajan pitää arvioida ja miettiä, miten tarjotaan oppimismahdollisuuksia, joissa pystytään tukemaan ohjattavien oppimisprosessia ja OMT-kompetenssien hallitsemista. (Sizer ym. 2008, e9-e19)

Käytännön ympäristössä oppiminen etenee asteittain seuraamisesta itsenäiseen työskentelyyn. Aluksi opiskelija osallistuu käytännön työhön seuraamalla ohjaajan työskentelyä, Toisella tasolla opiskelija osallistuu tekemiseen, mutta saa suoraan ohjausta ja neuvoja, miten toimitaan ja käyttää hyväkseen mallintamista. Kolmannella tasolla, jossa pyritään taitojen siirtämiseen käytäntöön ohjaaja käyttää kysymyksiä, ongelmanratkaisukykyä ja tulevaisuuden näkymää. (Laitinen-Väänänen 2008, 21.) Positiiviseen oppimisympäristöön vaikuttavat luottamus ja turvallisuus. Se muodostuu, kun ohjaaja on helposti lähestyttävä, avarakatseinen, asiantuntija, mutta samalla inhimillinen, hallitsee ammattiosaamista ja johtaa ohjattavan oppimista oikeaan suuntaan. Tärkeänä pidetään haasteiden ja tuen tasapainoa. Ohjaajan on tärkeää tukea ohjattavan omaa kliinisen päättelyn prosessin oppimista muun muassa kysymyksillä, antaa aikaa vastata, pistää ohjattavan miettimään ja refleктоimaan. Ohjaajan tulee olla inspiroiva ja kannustava. Positiivinen oppimisympäristö ja konkreettinen säännöllinen palaute, pieninä osioina todellisen tilanteen yhteydessä on suositeltavinta. Hyvän ohjaajan kolme ominaisuutta ovat olla opettaja, tukija sekä mestari. Tutkimuksessa korostuivat myös kommunikaatiotaidot sekä ammatilliset-, pedagogiset- ja ihmissuhdetaidot. Ammatilliset taidot eivät olleet niin tärkeitä, kuin pedagogiset taidot, organisointikyky ja ohjauksen rakenne. Hyvä ohjaaja osaa saada ohjattavat itse etsimään vastauksia sekä tukee ongelma-keskeistä itseohjautuvaa oppimista. (Vågstol & Skoien 2011, 71–78.)

#### 4.5 Ohjausosaamisen kehittäminen

Hyvät ohjauksen käytännöt ovat sellaisia, joiden avulla ihmiset voivat yhdessä viedä läpi varsin monimutkaisia ja pitkäkestoisia oppimis-, kasvu-, ongelmanratkaisu- ja työprosesseja, pysyä tavoitteissa ja tarvittaessa myös muuttaa tavoitteita muuttuvissa tilanteissa. (Vehviläinen 2014, 198.)

Ohjauksessa törmätään väistämättä myös ongelmatilanteisiin, joissa on palautettava mieleen, miten asioista on yhteisesti sovittu tai mitkä normit ja kriteerit kuten esimerkiksi opetussuunnitelma säätelevät ohjausta. Joskus on tarpeellista hakea tukea omalle ohjaukselle esimerkiksi työparista. Omien tunteiden ja reaktioiden käsittelyä voi puolestaan tehdä kollegan tai esimiehen kanssa. (Vehviläinen 2014, 200.)

On hyvä tunnistaa ohjauksen vaikutuksen alueet, kuten esimerkiksi oppimisvaikutukset ja miten niitä arvioidaan. Ohjauksen arvioinnissa voidaan käyttää kolmea ulottuvuutta, jotta saadaan monipuolinen näkemys ohjauksesta sekä arvioidaan tuotoksia, oppimista ja prosessia. Kuten muussa elämässä, myös ohjauksessa on hyvä ymmärtää, että kaikki asiat eivät ole hallittavissa eikä ihmisten välistä yhteistoimintaa ole aina ennakoitavissa. On hyvä muistaa periaatteena kohtuullinen ja riittävä ohjaus. Tällöin tulee hyväksyä ohjauksen keskeneräisyys, kaikkea ei voi hallita ja epäonnistuminen sallitaan, joko ohjaajan tai ohjattavan puolelta. Lisäksi tulee tiedostaa ammatillisuuden rajat. (Vehviläinen 2014, 202–216.)

Ohjaajana kehittyminen vaatii sitä, että tulee tietoiseksi mikä omassa ohjauksessa on hyvää, kestäväää ja omien arvojen mukaista. Ohjauksen kehittäminen on helpointa yksi näkökulma kerrallaan. Se on myös koko ohjausprosessin ymmärtämistä, kuvaamista, tulkitsemista ja sujuvammaksi tekemistä sekä erilaisten toimintaympäristöjen muokkaamista. Hyvä ohjaus muodostuu sallivassa työskentelyilmapiirissa sekä tilaa antavista vuorovaikutussuhteista ja -keinoista. Ohjaus on inhimillistä yhteistyötä, joka ei onnistu yksin. (Vehviläinen 2014, 214–219.) Kehitykseen ohjaajana on ensin arvioitava nykyistä ohjausosaamista ja sitten tehostaa tietoja ja taitoja enemmän reflektiivisyyteen ja kriittisesti orientoituneeseen ohjaukseen (Laitinen-Väänänen ym. 2008, 4–7).

Kliinisen työn ohjaajan rooli on moniulotteinen ja sisältää ohjattavan fasilitointia, arviointia, opastusta, motivointia, roolimallina toimimista, sosiaalistamista ja rakentaa siltaa teorian ja käytännön välille, tukee ja rohkaisee yhä haasteellisimpiin tilanteisiin. Ohjaajalla on monipuoliset kommunikaatiotaidot, eettinen lähestyminen, tehokkaat ohjaustaidot sekä arviointitaidot suhteessa ammatin vaativiin kompetensseihin. Tutorin ei tarvitse osata kaikkea, vaan inspiroida ohjattavia kyseenalaistamaan omaa tekemistä, aloitteellisuutta, etsiä ja tukea oppimismahdollisuuksia. (Vågstol & Skoien 2011, 71–78.) Ohjaajien tulee harjoitella reflektiivisiä- ja fasilitaatiometodeja, reflektion ajoitusta ja vaikutusta potilastyössä (Ward & Gracey 2006, 42–39).

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää nykyisen OMT-koulutusohjelman käytännön työn ohjausta ja yhteisiä ohjauskäytäntöjä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaisia kokemuksia fysioterapeuteilla on OMT-erikoistumiskoulutuksen käytännön työn ohjauksesta vuosikurssilla 2016–2018.

## **6 Opinnäytetyön toteutus**

### **6.1 Opinnäytetyön menetelmä**

Sekä työelämässä että opiskeluaikana tutkimus- ja kehittämistyö korostuvat yhä enemmän. Opiskelijat kokevat laadullisen tutkimuksen lähtökohdat ja aineiston usein haastavina. Laadullisessa tutkimuksessa kiinnitetään huomiota erityisesti

aineiston analyysiin ja siihen, että laadullinen tutkimus on kokonaisuus, jossa aineiston keräämistä ja analyysiä ei voi erottaa toisistaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 6, 68.) Toimiessani OMT-erikoistuvien ohjaajana, minulla heräsi kiinnostus, miten erikoistuvat kokevat käytännön ohjauksen ja miten voisin kehittää omia ohjaajan taitojani. Lisäksi OMT-koulutuksen järjestäjä SOMTY pyrkii kehittämään erikoistumiskoulutusta jatkuvasti keräämällä järjestelmällisesti palautetta. Saadakseni ensikäden tietoa ohjauksesta oli luontevaa toteuttaa opinnäytetyö laadullisella menetelmällä haastatteleamalla OMT-erikoistuvia. Opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa, joka kerättiin Suomen manuaalisen terapian yhdistykselle touku-kuussa 2018.

Eri teoksissa kuvataan laadullisen tutkimuksen luonnetta muun muassa sanoilla: kvalitatiivinen, ihmistieteellinen, pehmeä, ymmärtävä ja tulkinnallinen tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 11). Sen teoreettinen tausta puolestaan muodostuu tutkimuksen keskeisistä käsitteistä ja niiden välisistä suhteista. Tutkimuksen teoreettisesta taustasta käytetään myös nimitystä viitekehys, missä esitetään mitä tutkitusta ilmiöstä jo tiedetään ja millaisia merkityksiä ilmiölle on jo annettu tai annetaan. Teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on tärkeä ja välttämätön. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–19.)

Opinnäytetyöni teoreettisen taustan kirjoittamisessa käytettiin lähteinä tietokantoja Pedro, Chinal, Pubmed, Medic ja verkkopalvelua Google. Hakusanoina olivat manuaalinen terapia, ortopedinen manuaalinen terapia, manual therapy, clinical reasoning, clinical judgement ja yhdistelmiä orthopedic manual therapy/education, orthopedic manual therapy/clinical reasoning, orthopedic manual therapy/practice clinical education. Englanninkielisiä tutkimuksia ja artikkeleita löytyi 115, josta otettiin abstraktin perusteella 59 lähemmin tutkittavaksi. Niistä valikoitui koko tekstin perusteella 31, joita käytettiin teoriaperustassa lähteenä. Suomalaisina hakusanoina käytettiin ohjaus ja ohjaamaan oppiminen ja yhdistelmiä käytännön ohjaus/fysioterapia ja ohjaamaan oppiminen/fysioterapia. Tietoa ja muuta lähdemateriaalia haettiin myös alan ammattikirjallisuudesta ja -lehdistä.

Yleisimmät laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät ovat, haastattelu, kyselyt, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Menetelmän valintaan vaikuttaa ilmiö, jota halutaan tutkia ja todentaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston keruuta on tehty teemahaastattelulla. (liite 3) Haastattelut suoritettiin 5.–6.5.2018 Tampereella Varalan Urheiluopistolla OMT-erikoistuville fysioterapeuteille, vuosikurssille 2016–2018. Haastattelut suoritti Tiina Sormunen.

Tutkittavaa ilmiötä voidaan myös luokitella ja tyypitellä monella eri tavalla ja lähestyä eri perinteiden näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18). Myös aineiston analyysitapa kannattaa olla etukäteen harkittu, koska se osaltaan helpottaa aineistonkeruumenetelmän valinnassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Analyysi ei ole siis tietty malli, vaan tutkijan on tärkeä tunnistaa olennaiset asiat aineistostaan hyödyntääkseen niitä tutkimustuloksissa (Hyvärinen M., teoksessa Haastattelun analyysi 2010, 115–116). Usein laadullisen ja määrällisen tutkimuksen suhdetta kuvataan vastakkainasettelun kautta esimerkiksi pehmeä tutkimus verrattuna jäykän kaavan mukaiseen tutkimukseen. Toisaalta ne voidaan ymmärtää myös toisiaan tukevinä ja niitä voidaan yhdistää. Laadullista tutkimusta tekevän on ennen kaikkea tiedettävä mitä tekee, tähän liittyvät myös jokaisen tutkimuksen eettiset ongelmat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 67.) Laadullisen tutkimuksen erityispiirre ja haaste ovat, miten tutkijan on ylipäättään mahdollista ymmärtää toista ihmistä ja miten tutkijan laatimaa tutkimusraporttia tulkitaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 69).

## **6.2 Teemahaastattelu**

Puolistrukturoidulla haastattelulla eli teemahaastattelulla selvitetään tutkimuksen erilaisia ilmiöitä ja vaikutuksia ongelmiin. Haastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen mukaan. Tämän tyyppinen haastattelu sallii kuitenkin tarkentavat kysymykset ja kysymysten eri esittämisjärjestyksen haastattelutilanteessa. Haastattelun avulla pyritään selvittämään ihmisten tulkintoja ja merkityksiä tutkitavasta asiasta sekä löytämään vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–74.) Haastattelun perustaitoihin kuuluvat muun muassa avointen kysymysten tekeminen, vastauksien reflektointi ja niiden vahvistaminen

ja tukeminen. Asiakkaan vastausten ja puheen yhteenvedot ilmaisevat haastateltavan ymmärtämistä ja hänen näkökulmiensa arvostamista. Lisäksi keskeistä on muutospuheen ja -motivaation herättelemisen asiakkaan autonomian rohkaisemisessa. Rakkolainen & Ehrling teoksessa *Haastattelun analyysi* (2010, 328) toteavat, että haastateltavien puolestaan tulee olla harkittuja ja sopivia. Henkilöt, joilta tietoa kerätään, tulee omata riittävästi tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavat voidaan siis valita varsin harkinnanvaraisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Opinnäytetyön haastattelujen kohderyhmänä olivat 2016–2018 OMT-erikoistuvat fysioterapeutit, joten haastateltavien sopivuus ja tutkittavan ilmiön tunteminen oli luotettavaa. Haastateltavat olivat eri kliinisen työn ohjauspaikoista, Helsinki, Turku, Oulu, Tampere ja Jyväskylä. Jokaisesta koulutuspaikasta valittiin yksi haastateltava. Haastatteluja suoritettiin samasta koulutuspaikasta useita ja lopullinen valinta tehtiin sattumanvaraisesti. Opinnäytetyössä käytettiin siis viittä haastattelua. Kyse oli teemahaastattelusta, joka eteni keskustelunomaisesti ja tarvittaessa esitettiin tarkentavia kysymyksiä.

Kysymys, jonka vastaukset tulkittiin:

1. Miten OMT-koulutuksen käytännön opetus lähijaksoilla ja tutor-ohjaus klinikkatyössä ovat mielestäsi toteutuneet?

Haastateltaville lähetettiin ennen haastattelua saatekirje (liite 1,2,3), jotta heillä oli mahdollisuus valmistautua haastatteluun etukäteen. Haastattelua varten oli varattu noin puoli tuntia aikaa. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin sanatarkasti. Litteroitua aineistoa oli 23 sivua. Yksi haastattelu kesti noin 30–40 minuuttia. Aineiston tuloksia raportoitaessa haastateltavien nimiä ei mainittu. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastatteludokumentit hävitetään.

### **6.3 Sisällön analyysi**

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Kyse on tutkimusaineiston pilkkomisesta, ryhmittelystä, tyypittämisestä ja uudelleen tee-

moittelusta. On tärkeä rajata tarkkaan ilmiö, jota analysoidaan, koska laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyy myös paljon muita asioita, joita voisi raportoida. Sisällönanalyysi prosessissa haastattelut litteroidaan eli koodataan, ja sen jälkeen luokitellaan ja teemoitetaan. Tämän ajatellaan olevan varsinaista analyysivaihetta. Luokittelu on aineiston yksinkertaisin järjestelymuoto. Teemoittelussa puolestaan korostetaan, mitä kustakin teemasta sanotaan. Aineisto siis pilkotaan aihepiirien mukaan ja etsitään näkemyksiä, jotka kuvaavat tiettyä teemaa. Tyypittelyssä puolestaan pyritään löytämään yleistys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.)

Rakkolainen ja Ehrling (2010, 325–326) tuovat teoksessa Haastattelun analyysi, esille aineiston lähestymistavat erilaisten tutkimuskysymysten kautta. Laadullinen analyysi voidaan jakaa päättelyn logiikan mukaan, joko induktiiviseen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiiviseen (yleisestä yksittäiseen) analyysiin. Teorian merkitys korostuu aineistolähtöisessä, teoriasidonnaisessa ja -lähtöisessä analyysin jaottelussa. Teoriaohjaavassa päättelyssä vaihtelee aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Teorialähtöinen analyysi perustuu tiettyyn teoriaan tai ajattelumalliin. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta yritetään muodostaa teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & v 2009, 95–98). Sisällönanalyysin ongelma on usein, ettei tutkija pystykään tekemään aineistosta johtopäätöksiä vaan yhteenveto jää pelkästään analyysin kuvaamiseksi. Sisällönanalyysin avulla pyritään siis saamaan aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon ilman, että aineiston sisältämä tieto muuttuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta ovat laadullisen tutkimuksen kolme osatehtävää. Siirtyminen aineiston keruuvaiheesta analyysiin on vaativaa. Analyysin vaiheet liittyvät saumattomasti toisiinsa ja tapahtuvat osittain limittäin. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11–12.)

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi etenee päättelyssä induktiivisesti eli yksittäisestä yleiseen analyysiin. Aineiston analysoinnin avulla pyritään kehittämään tutor-ohjaajien ja nykyisen OMT-koulutusohjelman käytännön työn ohjausta ja yhteisiä ohjauskäytäntöjä. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä, jolloin vastaukset ryhmiteltiin haastatteluista nousseiden aihepiirien perusteella. (Tuomi &

Sarajärvi 2009, 93.) Teemoittelun avulla siis muodostettiin aihepiireistä samankaltaisia kokonaisuuksia. Eri vastaajien näkemykset pyrittiin ottamaan huomioon analysoitaessa aineistoa induktiivisesti.

Haastattelut siis ensin kuunneltiin ja litteroitiin sanatarkasti. Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla ja alleviivaamalla haastattelut useaan kertaan eri värein. Aineistosta kerättiin ja listattiin alkuperäisilmauksia. Seuraavaksi Ilmaukset pelkistettiin ja taulukoitiin. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, joista ryhmiteltiin alaluokkia. Alaluokista muodostettiin yläluokkia, jotka yhdistyivät pääluokaksi. (liite 4,5,6)

## **7 Tutkimuksen tulokset**

### **7.1 Ohjaajan ammatti – ja ohjaustaito**

Ohjauksen haluttiin olevan avarakatseista ja manuaaliterapeutin kompetensseja tukevaa. Kuitenkin tärkeänä pidettiin tuen saamista ohjattavan luovuuteen ja erilaisten lähestymistapojen hyväksymiseen esimerkiksi fysioterapiamenetelmien valinnassa. Puolestaan ohjaajan omien mielipiteiden ja osaamisen rajoittamista toivottiin. Käytännötilanteissa ohjattavat halusivat hoitaa asiakastilannetta rauhassa ilman ohjaajan jatkuvaa puuttumista tilanteeseen. Hyvänä oppimis- ja ohjausmuotona käytännössä pidettiin case-tapauksien läpi käymistä. Tällöin asiakkaan ongelmaa purettiin kohta kohdalta, jolloin teoriaa ja tutkimustietoa sekä fysioterapian eri menetelmiä yhdisteltiin ja kerrattiin. Erikoistuvien mielestä case-tapaukset elävöittivät jo opittua.

Erikoistuvat kokivat, että ohjaajalla oli paljon kokemusta sekä osaamista, jota sitten verrattiin helposti omiin taitoihin. Ohjaustilanteessa ohjattavan apua pyytäessä ohjaaja otti helposti vahvan roolin hoitotilanteesta ja päävastuu siirtyikin ohjaajalle. Ohjaaja ikään kuin itse innostui liikaa osallistumaan hoitotilanteeseen sekä ohjaamaan sitä omien kokemusten ja hoitomenetelmien kautta.



Erikoistuvat kokivat, että käytännön ohjaus ja ohjatut asiakastilanteet ovat tärkeä oppimistapa käytännön läheisessä työssä. Käytännönohjauspäivänä teorian ja manuaalisten tekniikoiden kertaamista pidettiin tärkeinä ja lähiopetusjaksoja tukevina, jolloin oli mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä ja saada yksilöllistä manuaalista ohjausta.

Kokonaisuudessaan tuotiin esille ohjauksen laadukkuutta, monipuolisuutta ja erilaisten näkökulmien (esim. biopsykososiaalinen-, mekaaninen - malli) huomiointia.

## **7.2 Ohjaajan organisointi – ja vuorovaikutustaito**

OMT-erikoistuvat kuvasivat haastatteluissa erittäin tärkeäksi, että ohjaaja tuntee ja hallitsee koko koulutuksen opetussuunnitelman ja sen eri vaiheet, jotta käytännön ohjaus tukisi hyvin seminaarien teoriaperustaa ja opetusta. Erikoistuvat toivoivat seminaarijaksojen tiedon hyödyntämistä käytännössä ja lähijaksolla opettajien asioiden kertaamista käytännönohjauspaikalla. Haastatteluissa ilmeni, että neljän päivän lähijaksoilla tietoa tuli niin paljon muutaman päivän aikana, että erikoistuvat kokivat niin sanottua ”tietoähyä”. Erikoistuvat kertoivat, että esimerkiksi manuaalisia tekniikoita opetetaan niin paljon kerralla, että niiden omaksuminen ja muistaminen muutaman päivän aikana on mahdotonta. Lisäksi koettiin, että lähijakson yhteydessä ryhmän koko, 20 erikoistuvaa, oli melko suuri käytännön asioiden ohjaamiseen, vaikka paikalla oli useampi ohjaaja. Usein jäi kysyttävää ja vielä tarkennettavaa varsinkin manuaalisista tekniikoista.

Ohjaajan läsnäoloa ja painetta pidettiin merkityksellisenä, jotta hoitotilanteen etukäteisvalmistelut ja suunnittelu tulevat hyödynnetyksi. Erikoistuvat toivat esille myös ohjaajan miellyttämisen tarpeen, varsinkin erikoistumisen alkupuolella. Hoitotilanteessa mietittiin helposti enemmän sitä, mitä ohjaaja haluaisi heidän tekevän ja asiakaslähtöisyys unohtui. Joskus ohjaustilanteet koettiin enemmän oman osaamisen näyttämiseksi, kuin tavallisiksi hoitotilanteiksi, joissa edetään asiakkaan tarpeiden ehdoilla.

Ohjaajan vuorovaikutustaidot koettiin yhdeksi merkittävimmistä asiaksi käytännön työn ohjauksessa. Huomioitavaa oli, että ohjattavat tunsivat usein alemmuuden tunnetta ohjaustilanteessa. Toisaalta oltiin tyytyväisiä ohjaukseen, että se oli selkeää, tavoitteellista ja oppimista tukevaa painetta aiheuttavaa.

### 7.3 Ohjauksen määrä

Osa erikoistuvista koki, että käytännön ohjauspäivänä oli liikaa hoitotilanteita, jotka eivät olleet ohjattuja, koska todellisuudessa ohjausta oli mahdollisuus saada vain parin asiakkaan kanssa. Osa koki useamman hoitotilanteen olevan erikoistuvilla ”rahastamista” ja vaikuttavan negatiivisesti motivaatioon.

Osassa käytännön ohjauspaikoista oli puolestaan liian vähän hoitotilanteita, jolloin niitä olisi toivottu enemmän. Hyvänä pidettiin, että tällöin erikoistuvat pystyivät keskenään harjoittelemaan manuaalisia tekniikoita ja tekemään kirjallisia tuoksia ohjaajan antamista aiheista. Erilaisten asiakasmäärien vuoksi erikoistuvat kokivat eriarvoisuutta ja lisääntyntä kuormitusta niillä paikkakunnilla, joissa oli asiakastyötä enemmän.

Erityisen haasteen ohjaukselle asettivat ohjattavien yksilöllisyys, kunkin ohjattavan erilaiset lähtötasot ja oppimistavat. Lisäksi ohjattavat tulivat erilaisista työyhteisöstä ja omasivat erilaista työkokemusta ja ammatillista osaamista erikoistumisen alkaessa. Ohjattavat toivoivat, että ohjaaja tutustuisi ohjattavaan niin hyvin, että hän pystyisi huomioimaan ohjattavaa näissä asioissa ja siten tukemaan heidän ammatillisen kehittymisensä prosessia. Erikoistuvien erilaisia lähtö- ja osaamistasoja pidettiin haastavina ryhmässä tapahtuvalle ohjaukselle. Ikään kuin joudataan etenemään hitaimman mukaan, jolloin koettiin turhautumista samojen asioiden uudelleen kertaamiseen.

## 7.4 Ohjauskeskustelut

Ohjauskeskusteluja pidettiin erittäin tärkeinä ja toivottiin mahdollisuutta ohjaustilanteen jälkeiseen keskusteluun ja mielipiteiden vaihtamiseen. Tarkentavat ja ohjaavat kysymykset, jotka pistivät ohjattavan itse miettimään eri vaihtoehtoja, koettiin hyväksi. Ohjauskeskusteluja toivottiin enemmän ja kirjallisia tuotoksia koulutuksen aikana puolestaan vähemmän.

Mitä me ajateltaisiin, että mitä se voisi olla ja perustelut siihen. Haastettaisiin enemmän vielä siihen ajatukseen ja pohdintaan ja tuottamaan suullisesti ulos se tieto sieltä, että minkä takia päädyit tällaiseen ratkaisuun ja niin pois päin. Eikä niin, että kirjoitetaan kliinisen päättelyn lomakkeelle 17 kertaa sama asia.

Kuitenkin usein ohjaaja unohti antaa positiivista palautetta, vaan keskityttiin siihen, mikä oli mennyt huonosti. Negatiiviseen palautteeseen keskittyminen sai aikaan ohjattavissa ristiriitaisia tunteita. Ohjattavan omasta mielestä omiin taitoihin nähden ja asiakkaalta saadun palautteen perusteella hoitotilanne vaikutti menneen hyvin, mutta ohjaajan korostaessa puutteita, ohjattavalle jäi tunne heikosti menneestä hoitotilanteesta. Paha mieli negatiivisesta palautteesta vaikutti joskus koko käytännön loppupäivän fiilikseen ja aiheutti myös pelon tunteita käytännötilanteita kohtaan.

Tietysti niissä asiakastilanteissa se on ollut tosi haastavaa se ohjaajan kanssa vuorovaikutteisuus ja se on niin kuin semmoinen, mistä on useasti jäänyt vähän paha mieli, että mitenkäs tämä tilanne taas meni näin, mutta sitten niin kuin oppimiskokemuksen kannalta tietysti on tärkeätä, mutta henkisesti kuormittava.

Ajoittain välittömät ohjauskeskustelut jäivät ajankäytön ongelmien vuoksi lyhyeksi tai siitä jouduttiin luopumaan hoitotilanteen pitkittyessä. Tällöin erikoistuvat olisivat toivoneet kuitenkin mahdollisuutta palautteeseen ja ohjauskeskustelun toteutumiseen jälkeinpäin. Saatavan palautteen tärkeyttä oppimisessa korostettiin.

## 7.5 Erikoistuvan oma-aloitteisuus

Lähijaksojen jälkeen toivottiin, että voitaisiin seuraavalla käytännönohjauskerralla käyttää enemmän aikaa lähijakson opetussisällön ja erityisesti manuaalisten tekniikoiden kertaamiseen.

Käytännön ohjauksessa, ohjaajan ollessa hoitotilanteessa mukana, työskentely koettiin ajoittain raskaaksi. Ristiriitaista oli, että ohjaus ja ohjaajan läsnäolo oli toivottavaa, mutta se koettiin välillä liikaa painetta aiheuttavaksi ja henkisesti painostavaksi. Käytännön ohjausta kuvattiin myös selkeäksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi ohjaajan halutessa kuulla mm. perusteluja eri fysioterapiamenetelmien tai kipumekanismien valinnalle. Toisaalta oltiin tyytyväisiä ohjaukseen, että se oli selkeää, tavoitteellista ja oppimista tukevaa huolimatta siitä, että se oli painetta aiheuttavaa.

Ohjaustilanteet koettiin siten välillä jännittäviksi ja että oma osaaminen jäi ohjaajan osaamiseen nähden vaatimattomaksi. Toisaalta kuitenkin ymmärrettiin, että sopiva paine parantaa oppimista ja erityisesti aktivoi perehtymään etukäteen kunkin asiakkaan ongelmiin ja oireistoon sekä hakemaan siitä tutkittua tietoa hoidon tueksi.

Omaa aktiivisuutta korostettiin avun ja ohjauksen pyytämässä. Kliinisen päättelyn- ja ammatillisuuden kehittymisen ymmärrettiin olevan pitkä prosessi, joten siihen toivottiin ohjauksen ja keskustelujen kautta tukea heti erikoistumisen alkuvaiheessa.

”– –mä oon tykännyt. Mä oon saanut tosi paljon– – Koen saaneeni sitä mitä tulin hakemaan ja tarpeeksi ohjausta, yksilöllisesti.”

Ensimmäisenä vuonna koettiin myös tiedon ja opetuksen olevan hajanaista ja kokonaisuuksien muodostamisen hankalaa ja mm. kliinisen päättelyn prosessin merkitys ei ollut selkiytynyt. Erikoistuvat olivat yhtä mieltä siitä, että vasta riittävän laaja teoriaperusta ja käytännön taitojen osaaminen saivat aikaan muutoksen fysioterapeuttina toimimisessa ja eri hoitomenetelmien valinnassa.

## 8 Pohdinta

### 8.1 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää nykyisen OMT-koulutusohjelman kliinisen työn ohjausta ja yhteisiä ohjauk käytäntöjä. Tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia fysioterapeuteilla oli OMT-erikoistumiskoulutuksessa kliinisen työn ohjauksesta vuosikurssilla 2016–2018. Sisällönanalyysin avulla haastattelujen tuloksista muodostui kolme erilaista käytännön ohjaukseen liittyvä osa-aluetta: ohjaajan ohjaus- ja vuorovaikutustaidot, ohjaustilanteiden ja -keskustelujen määrä sekä erikoistuvan oma-aloitteisuus ja aktiivisuus.

Todellisessa työympäristössä ja työtilanteissa tapahtuva työharjoittelu on olennainen osa fysioterapeutin käytännön taitojen oppimiseen sekä ammatilliseen kasvuun, jonka tukena on usein kokeneempi ammattilainen ja opettaja (Vänskä ym. 2011, 149–150). Kliinisen työn oppiminen on prosessi, joka vaatii teoreettisen tiedon omaksumista ja käytännön taitojen harjoittelua asiakkaiden kanssa ohjatusti (Hynynen ym. 2016. 10–13; Rossetini ym. 2017, 827).

Kliininen päättelykyky ja reflektointi ovat siis fysioterapeutin työn olennaisin taito. Opinnäytetyön tuloksena erikoistuvat kokivat, että näyttöön perustuva kliinisen päättelykyvyn prosessi kehittyy vähitellen vuosien myötä harjoittelun, tietojen ja taitojen karttuessa. Ohjattavien reflektoinnin tukeminen vaikuttaisi olevan yksi tärkeimmistä keinoista sekä teoria tiedon että käytännön taitojen oppimisessa kohti ammatillisuutta ja itsenäistä ammatinharjoittamista. (Hendrick ym. 2009, 430–441; Higgs ym. 2008, 4–5; Jones & Rivett 2004, 3; Macauley ym. 2017, 64; Trommelen ym. 2017, 21-29.)

Erikoistuvat kokivat koulutuksen aikana kirjallisten töiden määrän kuormittavana. Reflektiivisen kirjoittamisen ja ammatillisen kirjallisuuteen perehtymisen on kuitenkin todettu olevan hyödyllinen keino kliinisen päättelykyvyn taitojen kehittymisen ohjaamisessa, kun tavoitteena on tukea opiskelijan tiedon kyseenalaistamista, uudelleen arviointia ja tulkintaa. (Caeiro ym. 2014, 577–578.) Puolestaan

keskustelua, pohdintaa ja mielipiteiden vaihtamista ohjaajan sekä muiden erikoistuvien kanssa toivottiin enemmän. Laitinen-Väänänen ym. (2007, 95–103) tutkimuksessa tuovat esille, että terveydenhuollon opiskelijan ohjaustilanteita ja ohjauskeskustelua hallitsee usein ohjaaja, joka käyttää paljon sanallista ohjausta, hallitsee sisältöä ja vuorovaikutustilannetta. Myös tämän opinnäytetyön tuloksena ohjauskeskustelut saattoivat jäädä pinnallisiksi tai ajan puutteen vuoksi toteuttamatta.

Ohjauskeskustelujen onnistuessa ne koettiin kuitenkin reflektioiviksi ja oppimista tukeviksi, mutta joskus negatiivis-painotteisiksi. Positiivinen, konkreettinen säännöllinen palaute, pieninä osioina todellisen tilanteen yhteydessä on oppimista tukevaa. (Vågstol & Skoien 2011, 71–78.) Taitava ohjaaja osaa saada ohjattavat etsimään itse vastauksia, mikä tukee ongelmakeskeistä itseohjautuvaa oppimista (Vågstol & Skoien 2011, 71–78). Hän esittää myös eri tavalla muotoiltuja reflektiivisiä kysymyksiä, joiden tehtävä on tukea ohjattavan itsetietoisuutta, reflektiota ja avata uusia näkökulmia tulevaisuudesta (Laitinen-Väänänen ym. 2008, 4–7). Opinnäytetyössä oli havaittavissa ohjaustilanteissa ajoittain ohjaajan oman osaamisen ja auktoriteetin korostumista suhteessa erikoistuviin. Erikoistuvat toivoivat enemmän avarakatseisuutta muun muassa hoitomenetelmien valinnassa. Vågstol & Skoien (2011, 71–78) toteavat edelleen, että ohjaajan ammatilliset taidot eivät ole niin tärkeitä, kuin hyvät pedagogiset taidot sekä organisointitaidot, ohjauksen rakenne sekä kommunikaatio- ja ihmissuhdetaidot.

Opinnäytetyössä korostui ohjaajan ja erikoistuvan välinen vuorovaikutus ja positiivisen oppimisympäristön merkitys. Ohjaajaksi toivottiin helposti lähestyttävää, avarakatseista, inhimillistä asiantuntijaa. Käytännönohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutuksen laatu on tärkeintä ammatillisen identiteetin kehittämisessä. (Laitinen-Väänänen ym. 2008, 22–23.) Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että lisääntyneet näyttöön perustuvat tiedot ja manuaaliset taidot rauhoittivat asiakastilannetta ja auttoivat keskittymään olennaiseen. Siten diagnoosilähtöinen fysioterapia sekä mekaaniset mallit muuttuivat enemmän asiakaslähtöiseen tutkimiseen sekä menetelmien valintaan ja fysioterapeuttisen diagnoosin tekemiseen.

Käytännönharjoittelu ohjaa itsenäiseen työskentelyyn, jatkuvaan oppimiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. Voidaan sanoa, että se on oppimisteorioiden verkosto ja kombinaatio. Ohjaajan syvällinen ymmärtäminen eri oppimisteorioista, reflektiivisestä ja kriittisestä ajattelusta auttaa häntä fasilitoimaan opiskelijan ammatillista osaamista. Ohjaajalla on haaste, jotta kriittinen tutkimustieto ja teoriat siirtyisivät käytäntöön. Ohjauksen tulee olla dynaamista ja muovautuvaa. (Hall ym. 2016, 151–155; Newstead ym. 2017, 154–169; Patton ym. 2013, 493–501; Vågstol & Skoien 2011, 71–78.) Opinnäytetyön haastattelujen perusteella erikoistuvat toivoivat erityisesti ohjaajan perehtymistä kunkin lähtö- ja osaamistasoon sekä oppimistapoihin. Myös koko opetussuunnitelman hallitsemista toivottiin sekä osallistumista käytännön lähiopetusjaksoille säännöllisin väliajoin käytännön ohjauksen yhdenmukaistamiseksi. Lähijaksojen tiiviin opetustahdin vuoksi erikoistuvat kokivat, että on tärkeää, että he voivat vielä tarkentaa oppimaansa käytännönohjauspaikoilla.

Lisäohjauksen tarve ilmeni lähinnä erilaisissa manuaalisissa tekniikoissa. Manuaaliterapian kompetenssien hallitsemisessa korostuivat spesifit mobilisaatio- ja manipulaatiotekniikat sekä liikkeen arviointi. Tämä edellyttää opiskelijan psykomotoristen taitojen kehittymistä, mikä on puolestaan psykomotorisen oppimisen tulos, joka perustuu sekä harjoitteluun että kokemukseen. Visuaalinen ohjaus ja tarkkailu fasilitoi psykomotorisia taitoja, kun taas kinesteettinen ohjaus vaikuttaa sensoriseen järjestelmään tekemisen kautta. (Sizer ym. 2008, e9-e19)

Käytännön ohjauksessa opetellaan kohtamaan todellisen työn vaatimukset, vastuut ja valmistaudutaan fysioterapeuttina pääroolissa olemiseen (Eliades ym. 2016, 191–192; Hall ym. 2016, 151). Erikoistuvat esittivät toiveen, että ohjaustilanne olisi rauhallinen ja että se etenisi erikoistuvan johdolla. Tarvitessaan heillä olisi ohjaajan ammattitaito ja tuki käytössä. Samalla toivottiin myös suvaitsevaisuutta erilaisiin lähestymistapoihin. Reflektiivisessä ohjauksessa vaihtelevat ohjaajan ja opiskelijan eri ammatillisen osaamisen roolit seuraajasta suorittajaan (Vänskä ym. 2011, 152–156). Pystyäkseen reflektiivaan ohjaukseen ohjaajien tulee harjoitella reflektiivisiä- ja fasilitaatiometodeja, reflektion ajoitusta ja vaikutusta (Ward & Gracey 2006, 42–39).

Fysioterapiakoulutuksen ja fysioterapian ydinosaamisen tavoite on siis valmistaa opiskelijaa harjoittamaan ammattiaan itsenäisesti kehittämällä monipuolisia kliinisen työn taitoja, kuten asiakkaan arviointi, kliininen päättely, fysioterapian hoitomenetelmien hallitseminen ja soveltaminen sekä kommunikointi. Käytännönharjoittelu ja ohjaus ovat keskeinen osa fysioterapeutin koulutusta ja käytännön ammattiin valmistautumiselle. (Hall ym. 2016, 151–155; Newstead ym. 2017, 154–169; Patton ym. 2013, 493–501; Vågstol & Skoien 2011, 71–78.) On selvää, että kliinisen työn ohjaus on haastavaa ja vastuullista. Se vaatii ohjaajalta monipuolista ammattitaitoa, pedagogista osaamista sekä sitoutumista. Kliinisen työn ohjaajina toimiville suunnattu ohjaajien koulutus antaisi varmasti lisävalmiuksia ja varmuutta ohjausosaamiseen. Toisaalta jo erikoistumisen alkuvaiheessa olisi hyvä keskustella ja miettiä yhdessä erikoistuvan kanssa tutorin roolia oppimisen fasilitaattorina.

## **8.2 Luotettavuus ja eettisyys**

Luotettavan laadullisen tutkimuksen edellytyksenä on tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys sekä tutkimuksen tekemisessä että tuloksia käsitellessä. Tarkkuutta ja huolellisuutta tulee noudattaa myös tiedonhankinnan sekä tutkimus- ja arviointimenetelmien suhteen. Tutkimussuunnitelman on oltava laadukas ja tutkimusasetelman puolestaan sopiva. Tulosten käyttökelpoisuus ja hyödyllisyys lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126–127.)

Eettinen kestävyys on luotettavuuden toinen puoli ja sen pohdinta alkaa tutkimusaiheen valinnalla. Tässä opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisiä ohjeita ja tulokset pyrittiin kirjaamaan mahdollisimman tarkkaan. Tietoperustan lähteet valittiin laajan tiedonhaun tuloksena ja käytetyt lähteet pyrittiin valitsemaan niiden ajankohtaisuuden, sekä sisällön perusteella. Aineisto kerättiin, litteroitiin ja analysoitiin tarkkaan ohjeistusta noudattaen. Opinnäytetyön tavoitteesta oli tiedotettu osallistuville niin suullisesti kuin kirjallisesti ja osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–142.)



Tässä opinnäytetyössä tuotettu tieto hyödyttää SOMTY:n OMT-koulutuksen käytännönohjauksen kehittämistä ja suunnittelua. On kuitenkin otettava huomioon, että haastatteluihin osallistuvien määrä oli varsin niukka ja sen seurauksena myös tiedon määrä ja yleistettävyyks ovat rajallisia. Tämä asia oli kuitenkin tiedossa opinnäytetyön alkaessa. Opinnäytetyön vaiheet on pyritty kuvaamaan huolellisesti, joka omalta osaltaan korostaa työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Se avaa opinnäytetyön vaiheet myös työn lukijalle, jolla on mahdollisuus itse pohtia ja arvioida työn luotettavuutta. Kaikki osallistuneet olivat sitoutuneita haastatteluihin ja jakamaan kokemuksensa ohjaajien toiminnan kehittämiseksi. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin saamaan konkreettista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää ohjaajien käytännön työssä ja heidän koulutuksessaan. Tavoitteet on laadittu myös sen perusteella. Opinnäytetyöntekijä työskentelee OMT-erikoistuvien käytännön ohjaajana, joten hänellä on asiasta omakohtaista kokemusta ja tavoitteena kehittää omaa ohjaus osaamista.

Aikaisempi kokemus ja työskentely ohjaajana eivät kuitenkaan opinnäytetyön tekijän arvion mukaan heikentäneet työn luotettavuutta tai eettisyyttä. Samoin haastatteluja tehdessä ja analysoitaessa hän on pyrkinyt välttämään tietoisesti omien ajatusten ja mielipiteiden käyttämistä. Aineiston rajaaminen oli haastavaa, koska tässä opinnäytetyössä analysoitiin vain tietyn kysymyksen vastauksia. Tehdyissä haastatteluissa tuli esille monia muita erikoistumiskoulutukseen liittyviä asioita, joita olisi ollut mielenkiintoista pohtia ja tutkia. Tehdessäni haastatteluja opinnäytetyön teoriaosuus oli aikaisemman tutkimustiedon osalta vaatimaton. Perehtyminen tutkimuksiin olisi auttanut haastattelun syventämisessä ja tarkentavien kysymysten laadinnassa. Vaikeinta opinnäytetyössä oli mielestäni sisällön analysointi ja ilmausten pelkistäminen sekä luokittelu. Tätä vaihetta olisi voinut työstää pidempään ja käyttää siihen enemmän aikaa. Kokonaisuutena pohdintaa ja aikaisempien tutkimusten peilaamista oman työni tuloksiin olisi voinut syventää. Toivon tämän opinnäytetyön avulla saavamme SOMTY:lle hyödyllistä ja konkreettista tietoa OMT-koulutuksen ohjaajien osaamiseen sekä taitojen kehittämiseen.

### 8.3 Ohjaajana kehittyminen ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tekeminen on ollut tärkeä prosessi kliinisen työn ohjaajana kehittymisessä. Ensimmäinen tavoitteeni oli saada tämä työ jo viime syksynä valmiiksi, mutta viitekehystä kirjoittaessa olen hautautunut tutkimusten maailmaan. Niiden lukeminen ja tulkinta on vienyt niin sanotusti ” koko käden ” ja pistettä on ollut vaikea laittaa. Opinnäytetyötä tehdessäni olen joutunut perehtymään laajasti aihetta koskeviin tutkimuksiin, ja sitä kautta olen saanut uutta innostusta ja tietoa omaan ohjaukseen. Toisaalta olen huomannut, että jotkut toimintatavat ovat vain vahvistuneet tutkimustiedon valossa toimiessani OMT-erikoistuvien fysioterapeuttien ohjaajana. Jos tässä opinnäytetyössä puhutaan kliinisen päättelyn oppimisprosessista, niin varmasti myös tämän opinnäytetyön tekemistä voisi kuvata oppimisprosessina ja omien tietojen ja taitojen syventämisenä.

Tutkimustietoa, jotka liittyvät ohjaukseen, neuvontaan ja oppimiseen löytyi paljon. Samoin fysioterapeuttien ja asiakkaiden välisiin ohjaustilanteisiin liittyviä ilmiöitä on tutkittu laajalti. Puolestaan tutkimuksia, joissa lähestymisnäkökulmana on kliinisen työn ohjaus opiskelijan näkökulmasta, löytyi vähän. Vain muutama ”helmi” kymmenien joukosta, joista mainittakoon suomalainen tutkimus Sirpa Laitinen – Väänänen: The construction of supervision and physiotherapy expertise. A qualitative study of physiotherapy students` learning sessions in clinical education.

Jatkotutkimuksia siis kaivataan edelleen opiskelijoiden ohjauksen tukemiseksi ja kehittymiseksi. Mielenkiintoista olisi saada esille enemmän manuaaliterapeuttien kokemuksia erikoistumiskoulutuksesta. Saadakseen Suomessa tietoa OMT-erikoistuvien koulutuksen kehittymisestä, voisi tutkimuksen toistaa samoilla kysymyksillä tuleville kursseille.

## Lähteet

- Alaselkäkipu. Käypä hoito – suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Brismee J. M. & Shizer P. S. 2015. Orthopaedic manual physical therapists-champions in education, manipulative therapy and movement control restoration. *Journal of manual and manipulative therapy*. September. 23 (4), 171–172.
- Caeiro C., Cruz E. B., & Pereira C. M. 2014. Arts. literature and reflective writing as educational strategies to promote narrative reasoning capabilities among physiotherapy students. *Physiotherapy Theory and Practice*. 30 (8), 572–580.
- Constantine M. & Carpenter C. 2012. Bringing Master’s level skills to the clinical setting: What is the experience like for graduates of the Master of Science in manual therapy programme? *Physiotherapy Theory and Practice*. 28 (8), 595–603.
- Demoulin C., Depas Y., Vanderthommen M., Henrotin Y., Wolfs S., Cagnie B. & Hidalgo B., 2017. Orthopaedic manual therapy: definitions, characteristics and update on the situation in Belgium. *Rev Med Liege*. 72 (3), 126–131.
- Dreyfus S. E. 2004. The five-stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science Technology & Society*. 24 (3), 177–181.
- Editorial. 2003. Joint Manipulation: A focus on Pedagogy. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 11 (1).
- Eliades A. B., Jakubik L. D., Weese M. M. & Huth J. J. 2016. Mentoring Practice ja Mentoring Benefit 3: Teaching the Job and Competence An Overview and Application to Practice Using Mentoring Activities. *Pediatric Nursing*. 42 (4), 191–192.
- Garam S., Karvonen E., Kaksonen A. 2010. OMT – asiantuntijuusdokumentti.
- Hall M., Manns P., Poth C. & Beaupre L. 2016. Examining the Need for a New Instrument to Evaluate Canadian Physiotherapy Students during Clinical Education Experiences. *Physiotherapy Canada*. 68 (2), 151–155.
- Higgs J., Jones M., Lofus S. & Christensen N. 2008. *Clinical Reasoning in the health professions*. 3rd edition. Butterworth – Heinemann.
- Heliövaara M., Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. 2005, Julkaisussa: Lihavuus – painavaa asiaa painosta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Hendrick P., Bond C., Duncan E. & Hale L. 2009. Clinical Reasoning in Musculoskeletal Practice: Student’s Conceptualizations. *Physical Therapy*. 89 (5), 430–441.
- Hynynen P., Häkkinen H., Hännikäinen H., Kangasperko M., Karihtala T., Keskinen M., Leskelä J., Liikka S., Lähteenmäki M-L-, Markkola K., Mämmelä E., Partia R., Piirainen A., Sjögren T., & Suhonen L. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen Fysioterapeutit.
- International federation of orthopaedic manipulative physical therapists (IFOMT) inc. 2016. Educational Standards in Orthopaedic Manipulative Therapy.
- Johnston C. L., Wilson J. C., Wakely L., Walmsley S. & Newstead C. J. 2018. Simulation is as a component of introductory physiotherapy clinical placements. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 46 (3), 95–104.
- Jones M., Rivett D. 2004 Introduction to clinical reasoning. Teoksessa Jones M. & Rivett D. 2004. (toim.) *Clinical reasoning for Manual Therapist*. Butterworth Heinemann. Elsewier. Australia.

- Jones M. A. 1992 Clinical Reasoning in Manual Therapy. *Physical Therapy*. 72 (12), 875–884.
- Karas S., Schneiders A., Reid D. & Talisa V. 2016. Factors affecting confidence and knowledge in spinal palpation among International Manual Physical Therapists. *Journal of Manual and Manipulative Theory*. 24 (3), 166–173.
- Kent P. & Hartvigsen J. 2015. Grieve's. *Modern Musculoskeletal Physiotherapy. Clinical Reasoning and Models for Clinical Management*. Fourth Edition. Elsevier.
- Kipu. Käypähoito-suositus. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Laitinen-Väänänen S. 2008. The construction of supervision and physiotherapy expertise. A qualitative study of physiotherapy students' learning sessions in clinical education. *Studies in sport, physical education and health*. Jyväskylän yliopisto.
- Laitinen-Väänänen S., Luukka M-R. & Talvitie U. 2008. Physiotherapy under discussion: A discourse analytic study of physiotherapy students' clinical education. *Advances in Physiotherapy*. 10 (1), 2–8.
- Laitinen-Väänänen S., Talvitie U. & Luukka M-R. 2007. Clinical supervision as an interaction between The clinical educator and the student. *Physiotherapy Theory and Practice*. 23 (2), 95–103.
- Lehtola V., Lausmaa M., Mänttari T. & Särkilahti N. 2016. OMT – koulutussuunnitelma 2016–2018.
- Macauley K., Brudvig T. J., Kadakia M. & Bonneville M. 2017. Systematic Review of Assessments That Evaluate Clinical Decision Making, Clinical Reasoning, and Critical Thinking Changes After Simulation Participation. *Journal of Physical Therapy Education*. 31 (4), 64–74.
- Mänttari T. & Lausmaa M. 2015. Uudistettu OMT – koulutus. *Manuaali*. 3. Suomen Manuaalisen Terapian Yhdistys. Forssa Print.
- Mountford H., Jones S. & Tucker B. 2006. Learning styles of entry-level physiotherapy students. *Advances in Physiotherapy*. 8 (3), 128–136.
- Newstead C., Johnston C., Nisbet G. & McAllister L. 2017. Physiotherapy clinical education in Australia: Development and validation of a survey instrument to profile clinical educator characteristics, experience and training requirements. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 45 (3), 154–169.
- Niskakipu (aikuiset). Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. 2006:24.
- Patton N., Higgs J. & Smith M. 2013. Using theories of learning in workplaces to enhance physiotherapy clinical education. *Physiotherapy Theory and Practice*. 29 (7), 493–503.
- Resnik L. & Hart D. L. 2004. Influence of Advanced Orthopaedic Certification on Clinical Outcomes of Patients with Low Back Pain. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 12 (1), 32–43.
- Rossettini G., Rondoni A., Palese A., Cecchetto S., Vicentini M., Bettale F., Furi L. & Testa M. 2017. Effective teaching of manual skills to physiotherapy students: a randomised clinical trial. *Medical Education*. 51 (8), 826–838.

- Ruusuvuori J., Nikander P., Hyvärinen M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere. Vastapaino.
- Sizer P., Sawyer S., Felstehausen V., Couch S., Dornier L. & Cook C. 2008. Intrinsic and Extrinsic Factors Important to Manual Therapy Development: A Delphi Investigation. *Journal of Manual and Manipulative Theory*. 16 (1), 9–19.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. International Classification of Functioning, Disability and Health. (ICF).
- Trommelen R. D., Karpinski A. & Chauvin S., 2017. Impact of Case-Based Learning and Reflection on Clinical Reasoning and Reflection Abilities in Physical Therapist Students, *Journal of Physical Therapy Education*. 31 (1), 21–30
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tynjälä P. 1998. Writing as a tool for constructive learning: Students' learning experiences during an experiment. *Higher Education*. 36 (2), 231–252
- Vehviläinen S. 2014. Ohjaustyön opas, yhteistyössä kohti toimijuutta. Gaudeamus.
- Vågstol U. & Skoien A. K. 2011. A learning climate for discovery and awareness: Physiotherapy students' perspective on learning and supervision in practice. *Advances in Physiotherapy*. 13 (2), 71–78.
- Vänskä K. 2012. Ohjauksen osaajat – miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 2012. Tampereen yliopistopaino Oy: Jyvenes Print.
- Vänskä K., Laitinen-Väänänen S., Kettunen T. & Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki. Edita.
- Ward A. & Gracey J. 2006. Reflective practice in physiotherapy curricula: a survey of UK university based professional practice coordinators. *Medical Teacher*. 28 (1), 32–39.
- Yeung E., Kulasagarem K., Woods N., Dubrowski A., Hodges B. & Carnahan H. 2016. Validity of a new assesment rubric for a short-answer test of clinical reasoning. *BMC Medical Education*. 16 (192.), 1–12.
- Yeung E., Woods N., Dubrowski A., Hodges B. & Carnahan H. 2015. Establishing assessment criteria for clinical reasoning in orthopedic manual physical therapy: a consensus-building study. *Journal of Manual and Manipulative Theory*. 23 (1), 27–36.
- Ytreberg B. & Aars M. 2015. Emotions in true peer teaching and learning: Physiotherapy students' experiences. *European Journal of Physiotherapy*. 17 (1), 9–18.

## TUTKIMUSTIEDOTE JA SUOSTUMUS / OMT - ERIKOISTUVAT

Kyseessä on haastattelu – tutkimus ja haastattelut tehdään 2016–2018 OMT – erikoistuville fysioterapeuteille. Haastattelut toteutetaan 5.– 6.5.2018 Tampereella. Tarvittaessa haastattelija voi tarkentaa tietoja jälkeinpäin myös puhelimitse. Haastattelun tarkoituksena on kartoittaa ja kerätä kokemuksia, kehittämistarpeita sekä tietoa, miten OMT-koulutuksen teoria sekä käytännön opetus sekä ohjaus vastaavat OMT-koulutukselle asetettuihin kompetensseihin. Haastattelujen tilaajana on SOMTY. Haastattelujen tuloksia käytetään OMT-koulutuksen kehittämiseen.

Haastattelut suorittaa Tiina Sormunen.

Lukekaa rauhassa tämä tiedote. Sen jälkeen Teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teitä pyydetään allekirjoittamaan oheinen suostumus.

Tutkimustietoja ja tuloksia käsitellään luottamuksellisesti. Kaikkia tutkimukseen osallistuvia koskee vaitiolovelvollisuus. Tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla siten, ettei yksittäisten osallistujien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustuloksista valmistuu mahdollisesti myös Karelia AMK:n opinnäytetyö. Haastattelulomakkeita ja -nauhoitteita säilytetään haastattelijan lukollisessa kaapissa. Tutkimusaineistot hävitetään tutkimustulosten raportoinnin jälkeen tietoturvallisesti, asianmukaisella tavalla.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamalla milloin tahansa tutkimuksen aikana.

Somty:n puolesta  
Mikko Lausmaa  
koulutuskoordinaattori  
ft, OMT

Haastattelija  
Tiina Sormunen  
ft, OMT, tutor – ohjaaja

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan haastattelu - tutkimukseen, jossa kerätään tietoa 2016–2018 OMT-koulutukseen osallistuvilta OMT-erikoistuvilta fysioterapeuteilta.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Olen tietoinen siitä, että suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_  
Puhelinnumero: \_\_\_\_\_  
Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

## KYSYMYKSIÄ:

1. Miten OMT-koulutuksen teoriaopetus vastaa OMT-terapeutin kompetensseihin?
2. Miten ja millaisia valmiuksia OMT-koulutus on antanut biopsykososiaalisen mallin soveltamisessa käytännön työssä?
3. Kuinka tärkeänä näet kliinisen päättelyn taidot ja -mallit? Kuvaile kliinisen päättelyn prosessin oppimista OMT-koulutuksen aikana ja millaisia oppimis- /ohjaamiskokemuksia sinulla on siitä? Miten ohjauksesta voisi kehittää?
4. Miten OMT-koulutuksen käytännön opetus lähijaksoilla ja tutor – ohjaus klinikkatyössä ovat mielestäsi toteutuneet? Arvioi arvosanoilla 1 – 10 seuraavat manuaalisen terapian osa – alueet. Erillinen kysymyslomake
5. Kerro miten OMT-koulutuksessa toteutuu tieteellinen tutkimusten arviointi – ja soveltamiskyky?
6. Miten koet EVP:n toteutuneen OMT-koulutuksen aikana?
7. Millaista ammatillinen kehittäminen on ollut koulutuksen aikana?
8. Kuvaile vapaasti omin sanoin mikä on ollut parasta/huonointa OMT-koulutuksessa?
9. Miten muuttaisit OMT-koulutusta?



Kysymykseen 4. Miten OMT-koulutuksen käytännön opetus lähijaksoilla ja tutor - ohjaus kliinikkatyössä ovat mielestäsi toteutuneet? Arvioi arvosanoilla 1-10 seuraavat manuaalisen terapian osa-alueet. Erillinen kysymyslomake.

Taulukko, arvio asteikolla 1-10, jossa 1 tarkoittaa erittäin huonosti ja 10 erittäin hyvin.

	seminaarit	tutor-ohjaus klinikka
Neurodynamiikka		
Lanneranka/lantion kiputilat/toimintahäiriöt		
Alaraajan kiputilat/toimintahäiriöt		
Niska- hartian kiputilat/toimintahäiriöt		
Rintakehän kiputilat/toimintahäiriöt		
Yläraajan kiputilat/toimintahäiriöt		
Purentaelimen kiputilat/toimintahäiriöt		
Huimaus/premanipulatiivinen testaus		
Kaularanka manipulaatiot		
Lanneranka – lantio manipulaatiot		
Terapeuttinen harjoittelu		
Manipulaatio syventävät		
Muut syventävät(lanneranka,lantio, alaraaja,niska-hartia-yläraaja,thorax)		

**Taulukko 1.** Esimerkki aineiston pelkistämisestä

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>
..että jos on erityyppinen terapeutin ote niin sen pitäis päästä paremmin valloilleen siellä, vaikka siihen ortopediseen manuaaliseen terapiaan ollaan menossa..	Erilaisuuden salliminen
Tuolla käytännön paikassa olen ollu hirveän tyytyväinen siihen ohjaukseen. Siellä on tavallaan ollu sellainen henkinen paine koko ajan. ....useasti jääny vähän paha mieli, että mitenäs tämä tilanne taas meni näin...	Positiiviset kokemukset Negatiiviset kokemukset Henkinen kuormittavuus Paine oppimisen edistäjänä
Haastettaisiin enemmän vielä siihen ajatukseen ja pohdintaan ja tuottamaan suullisesti se tieto sieltä, että minkä takia päädyit tällaiseen ratkaisuun ja niin pois päin.	Itsereflektion tukeminen Fasilitointi Avoin ammatillinen keskustelu Mielipiteiden vaihtaminen

**Taulukko 2.** Esimerkki ryhmittelystä alaluokkiin

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>
Opetussuunnitelman tunteminen Ohjaajan osaamisen rajoittaminen Erikoistuvan tukeminen/fasilitointi Kliinisen päättelyn prosessi	Ohjaajan ammatti - ja ohjaustaidot
Positiiviset kokemukset Negatiiviset kokemukset Henkinen kuormittavuus Erilaisuuden salliminen	Vuorovaikutteinen ohjaus/palaute
Ohjauskeskustelut Keskustelut muiden erikoistuvien kanssa Asiakastilanteiden määrä	Ohjauksen määrä

**Taulukko 3.** Esimerkki ryhmittelystä yläluokkiin

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Ohjaajan ammatti- ja ohjaustaidot	Yksilöllinen ja inhimillinen ohjausosaaminen
Ohjaajan organisointi- ja vuorovaikutus taidot	
Ohjauksen määrä	
Ohjauskeskustelut	
Erikoistuvan oma-aloitteellisuus	