



**SAVONIA**

■ AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# VUOROVAIKUTUSORIENTAATIO JA MOTIVAATIO FYSIOTERAPIAOHJAUKSESSA - TAPAUSTUTKIMUS

TEKIJÄ/T: Arja Pihavaara

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Fysioterapeutti AMK	
Työn tekijä(t) Arja Pihavaara	
Työn nimi Vuorovaikutusorientaatio ja motivaatio fysioterapiaohjauksessa	
Päiväys 12.5.2014	Sivumäärä/Liitteet 27/1
Ohjaaja(t) Airi Laitinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savon koulutuskuntayhtymä	
<p>Vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa onnistunutta terveysneuvontaa. Fysioterapeutti terveysdenhuollon ammattilaisena on vastuussa omalta osaltaan siitä, miten hän onnistuu vuorovaikutustaidoissaan. Ohjaustilanteissa asiakasta tukevan ja arvostavan ilmapiirin luominen on edellytys onnistuneelle ohjaukselle. Ohjaustaitojen merkitys korostuu nykyisin terveydenhuollossa. Ohjauksella pyritään aina asiakkaan terveyttä edistävään muutokseen, jonka tavoitteena voi olla fysioterapiassa esimerkiksi liikunnan lisääminen diabetesriskin alentamiseksi tai muutoksen ohjaaminen työergonomisissa asioissa. Ohjaajan rooli on muuttunut tiedon jakajasta oppimisen mahdollistajaksi.</p> <p>Tämä opinnäytetyö oli tapaustutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata erityistyölasimittaukseen liittyvässä fysioterapiaohjaustilanteessa ilmenevää vuorovaikutusta. Vuorovaikutusorientaatiota arvioitiin vuorovaikutuksen sisällyttämisellä, jolla arvioitiin sitä, oliko vuorovaikutus ohjaustilanteessa asiantuntijakeskeistä, asiakaskeskeistä vai dialogista. Kriteereinä olivat kysymysten laatu ja puheen määrä. Lisäksi keskustelusta arvioitiin motivaatiota sen perusteella, missä transateoreettisen muutosvaihemallin vaiheessa asiakkaan arvioitiin olevan käydyn keskustelun perusteella.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa ja tietoisuutta fysioterapian ohjaustilanteiden vuorovaikutuksen laadusta. Tavoitteena oli herättää keskustelua sekä fysioterapeuttien peruskoulutuksen että täydennyskoulutusten sisällöstä, sekä koulutusten myötä ohjaustilanteiden laadun parantumisesta. Vuorovaikutuksen laadulla on merkitystä myös fysioterapian vaikuttavuuden parantamisessa.</p> <p>Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempien tutkimusten käsitystä siitä, että fysioterapiaohjaukselle on tyypillistä asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio.</p> <p>Fysioterapeuttien vuorovaikutusta on tutkittu vähän ja tämän tutkimuksen johtopäätökset vahvistavat käsitystä, että lisätutkimusta asiasta tarvitaan.</p>	
Avainsanat vuorovaikutusorientaatio, motivaatio, fysioterapiaohjaus	

Field of Study Social and health care			
Degree Program Physiotherapist Bachelors degree			
Author(s) Arja Pihavaara			
Title of Thesis Interactional orientation and motivation in physiotherapeutic guidance			
Date	12.5.2014	Pages/Appendices	27/1
Supervisor(s) Airi Laitinen			
Client Organisation /Partners Savon Consortium for Education			
<p>Abstract</p> <p>Interactional skills are an essential part of succesful health care advicement. As a health care professional a physiotherapist is responsible for his/her own part for maintaining interactional skills. In an advisory situation, creating a supportive and respectful atmosphere is a requirement for success. The importance of advisory skills is emphasized in modern health care. The goal of guidance is to foster changes beneficial to the health of the customer. For example increasing exercise to combat the risk of diabetes or ergonomic changes in working conditions. The role of the advisor has changed from distributing information to enabling learning.</p> <p>The current thesis is a case study, which portrays the physiotherapeutic interaction in measuring patients for special glasses. Interactional orientation is measured with a content analysis, that measures if interaction is expert-focused, client-focused or dialogical. The criteria for this are the quality of the questions and the amount of speech. In addition, the motivation of the speakers was assessed on the grounds of which trans-theoretical phase of change the client was seen to be in at the moment of the discussion.</p> <p>The aim of this thesis is to increase knowledge and awareness on the impact of interaction skills in physiotherapeutic sessions, hopefully starting out discussions about the content of both basic and complementary physiotherapeutic training, and about increasing the amount of interaction training in education. The quality of interaction is also meaningful in increasing the effectiveness of physiotherapy.</p> <p>The findings of the present study corroborate the earlier concept, that expert-focused orientation is typical for physiotherapeutic guidance. However, physiotherapeutic interaction has not been researched much, and the results of the present study confirm that more research on this matter is needed.</p>			
<p>Keywords</p> <p>interactional skills, motivatin, physiotherapeutic guidance</p>			

1	JOHDANTO .....	5
2	FYSIOTERAPIAOHJAUKSEN VAIKUTUS ASIAKKAAN TOIMINNAN MUUTOKSEEN.....	7
2.1	Ohjaus ja terveysneuvonta fysioterapiassa .....	7
2.2	Oppimiskäsitys toiminnan ohjaajana terveysneuvonnassa .....	8
2.3	Vuorovaikutustaidot fysioterapiaohjauksen työvälineenä.....	9
2.3.1	Vuorovaikutusorientaatiot .....	11
2.3.2	Motivaation arvioiminen vuorovaikutustilanteessa.....	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	15
4	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	15
4.1	Tutkimuskohteen esittely.....	15
4.2	Aineiston hankkiminen .....	16
4.3	Aineiston analyysi .....	16
4.3.1	Vuorovaikutusorientaation analyysi.....	16
4.3.2	Motivaatiovaiheen analyysi .....	17
5	TULOKSET .....	18
5.1	Vuorovaikutusorientaatio .....	18
5.2	Motivaation vaiheen arvioinnin tulokset .....	19
6	POHDINTA.....	21
6.1	Tulosten tarkastelu .....	21
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	22
6.3	Jatkotutkimuksen aiheet.....	23
6.4	Oma oppiminen .....	23
	LÄHTEET .....	25
	LIITE 1 .....	27

## 1 JOHDANTO

Vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa onnistunutta terveysneuvontaa. Fysioterapeutti terveydenhuollon ammattilaisena on vastuussa omalta osaltaan siitä, miten hän onnistuu vuorovaikutustaidoissaan. Ohjaustilanteissa asiakasta tukevan ja arvostavan ilmapiirin luominen on edellytys onnistuneelle ohjaukselle. Fysioterapeutin on hallittava riittävät vuorovaikutustaidot ja osana omaa ammattiaan. (Turku 2007, 23.) Vuorovaikutusosaamiseen kuuluvat prosessinomaisen yhteisen ymmärryksen rakentaminen asiakkaan ja muiden tilanteeseen liittyvien kanssa, toisen ihmisen kunnioitettava kohtaaminen hänen elämäntilanteestaan tai taustoistaan riippumatta, eettisten periaatteiden mukaan toimiminen sekä hyvien vuorovaikutuksen elementtien tunnistaminen ja toimiminen niiden mukaan. Hyvässä ja toimivassa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa toteutuvat vastavuoroisuus ja molemminpuolinen ymmärrys. (Mönkkönen 2007, 15, 30.)

Ohjaustaitojen merkitys korostuu nykyisin terveydenhuollossa. Ohjauksella pyritään aina asiakkaan terveyttä edistävään muutokseen, jonka tavoitteena voi olla fysioterapiassa esimerkiksi liikunnan lisääminen diabetesriskin alentamiseksi tai muutoksen ohjaaminen työergonomisissa asioissa. Ohjaajan rooli on muuttunut tiedon jakajasta oppimisen mahdollistajaksi. Tietoa ei enää kaadeta asiakkaan eteen olettaen muutoksen tapahtuvan pelkästään tiedon jakamisella. Nykyisin terveysneuvonnassa on vallalla konstruktivistinen oppimiskäsitys. Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä lähtökohtana ovat asiakkaan omat kokemukset ja ajatukset tilanteesta. Asiakas rakentaa ja soveltaa itse tietoa omaan elämäänsä, jolloin ohjaajalta edellytetään uudenlaista ohjauskulttuuria. Ohjaajan toimintatapa ohjaustilanteessa perustuu hänen koulutukseensa ja siihen astiseen työkokemukseensa ja niihin malleihin, joita hän on siihen mennessä omaksunut. (Turku 2007, 13 – 20.)

Ohjaus ja terveysneuvonta voidaan antaa perinteisen terveysvalistuksen keinoin tai voimaantumista edistävällä elämäntapaohjauksella (Turku 2007, 21 – 24). Terveysvalistus on perinteistä tiedon jakamista ja asiakkaan roolina on ottaa tieto vastaan. Voimaantumista edistävä elämäntapaohjaus rakentuu kuuntelusta, vuoropuhelusta, itsearviointista ja toiminnan uudelleensuuntaamisesta. Ohjausprosessissa asiakas on tasavertainen kumppani, joka osallistuu aktiivisesti omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin. (Poskiparta 2002, 25.) Voimaantumista edistävä elämäntapaohjaus edellyttää ohjaajalta kykyä dialogiin asiakkaan kanssa sekä muutoksen tukeen asiakkaan oman motivaation kautta. (Turku 2007, 50 – 53; Koski-Jännes 2008b, 50 – 53; Poskiparta 2002, 29 – 31.)

Terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutustaitoja on tutkittu eri ammattiryhmillä. Jonna Koposen (2012) väitöskirjassa tutkittiin lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehittymistä kokemuksellilla menetelmillä. Väitöksessä todettiin, että kyseiset menetelmät soveltuivat paremmin vuorovaikutustaitojen oppimiseen kuin luennointi tai mallioppiminen. Fysioterapeuttien ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja on tutkittu vähän. Tutkittaessa fysioterapeuttien vuorovaikutustaitoja on todettu sen olevan oirekeskeistä ja asiantuntijakeskeistä, vaikka fysioterapeutilla olisikin halu edistää vuorovaikutuksen keinoin terapiatilannetta. (Kukkohovi 2004, 13–16.) Fysioterapiaohjauksen vaikuttavuudesta ei ole paljoa tutkimusnäyttöä, ja esimerkiksi Wiebken ym. tutkimuksessa todettiin selkeä

tarve oppimisteorioiden ja vuorovaikutustaitojen kouluttamiseksi fysioterapeuteille. (Wiebke, Kaltenbacher, Van Der Leur, Dean 2012, 583). Fysioterapeuttien peruskoulutuksessa vuorovaikutustaitojen opiskelu jää vähäiseksi eikä fysioterapeuttien täydennyskoulutuksissakaan tämä aihe ole pinnalla. Fysioterapeutit ovat nuori ammattikunta ja vielä esimerkiksi 1980-luvulla fysioterapeutin työnkuvaan kuuluivat perinteisesti hieronta ja fysikaaliset hoidot, jolloin vuorovaikutustaitoja ei pidetty tärkeinä. Työn sisältö on muuttunut niin, että perinteisten lämpöhoitojen ja hieronnan tilalle ovat tulleet erilaiset ohjaus- ja neuvontakäytännöt. (Kukkohovi 2004, 3.) Trede (2000) totesi pilottitutkimuksessaan, että kahdeksasta fysioterapeutista seitsemän ohjasi asiakastaan asiantuntijakeskeisesti ja vain yksi käytti tietoisesti ohjausmenetelmää asiakkaan ohjauksessa liittyen alaseläkipuun.

Vuorovaikutusorientaatio vaikuttaa ohjaustilanteeseen ja ohjaaja on avainasemassa siinä, millainen hänen oma vuorovaikutusorientaationsa on. Vuorovaikutusorientaatioiksi on määritelty asiantuntijakeskeinen, asiakaskeskeinen ja dialoginen vuorovaikutusorientaatio. Orientaatiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä suhteellisen pysyvää ja pitkäkestoista tapaa toimia vuorovaikutustilanteissa. Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa asiantuntija määrittelee ja luokittelee yksipuolisesti ja asiakasta kuulematta asiakkaan hoito- ja auttamistoimenpiteitä. Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio taas kuuntelee asiakasta hyvinkin tarkkaan asiantuntijan mielipiteiden jäädessä varjoon. Dialogisessa vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet ovat tasavertaisia ja määrittävät ja etsivät yhdessä asioihin ratkaisua. (Vänskä 2011, 52.)

Muutos käyttäytymisessä tai elämäntavoissa ei onnistu, ellei asiakas ole muutokseen motivoitunut. Muutokseen motivoitumista on tarkasteltu kansansairauksien neuvonnassa ja päihdehuollossa Prochaskan kehittämän transteoreettisen muutosvaihemallin avulla. Muutosvaihemallissa arvioidaan sitä, missä vaiheessa asiakas on omassa muutosprosessissaan. Muutoksen vaiheita ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, suunnitteluvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe. Muutoksen eri vaiheet näyttäytyvät erilaisina ja asiakkaan motivaatio muutokseen nousee kussakin vaiheessa erilaisilla lähestymistavoilla. Motivaation vahvistaminen edellyttää ohjaajalta kykyä aktiiviseen kuunteluun ja hyviin vuorovaikutustaitoihin, jolloin hän voi onnistua muutoksen tukemisessa. (Poskiparta 2002, 25–29.)

Tämä opinnäytetyö oli tapaustutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata erityistyölasimittaukseen liittyvässä fysioterapiaohjaustilanteessa ilmenevää vuorovaikutusta. Erityistyölasimittaus on tyypillinen ja usein toistuva ohjaus- ja mittaustilanne työterveyshuollon työfysioterapeuteilla.

Tarkennettuina tutkimuskysymyksinä olivat:

1. millaista vuorovaikutusorientaatiota erityistyölasimittaukseen liittyvässä fysioterapiaohjaustilanteessa esiintyy?
2. millaisena asiakkaan motivaatio näyttäytyy ko. ohjaustilanteessa?

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa ja tietoisuutta fysioterapian ohjaustilanteiden vuorovaikutuksen laadusta. Tavoitteena on herättää keskustelua sekä fysioterapeuttien peruskoulutuksen että täydennyskoulutusten sisällöstä, sekä koulutusten myötä ohjaustilanteiden laadun parantumisesta. Vuorovaikutuksen laadulla on merkitystä myös fysioterapian vaikuttavuuden parantamisessa.

## 2 FYSIOTERAPIAOHJAUKSEN VAIKUTUS ASIAKKAAN TOIMINNAN MUUTOKSEEN

Fysioterapeutin yhtenä perustehtävänä on tukea muutosta asiakkaan käyttäytymisessä. Muutos voi olla esimerkiksi työpisteen säätöihin ja kehonkäytön tapoihin liittyvä muutos, tai muutos liikunnan harrastamisessa. (Kukkonen, Hanhinen, Ketola, Luopajarvi, Noronen & Helminen 2001, 2001, 220, 246–251.) Fysioterapian prosessia on kuvattu dynaamisena etenemisenä, jossa sekä fysioterapeutin että asiakkaan toiminta muuttuu. Fysioterapeutin muuttuvia tekijöitä ovat työvälitteet, menetelmät, kommunikaatio ja tukitoimenpiteet. Asiakkaan muuttuvia tekijöitä ovat kuormitus, motivaatio ja opimistekijät. Tavoitteena on myönteinen muutos asiakkaan itsehoidon ja itseohjautuvuuden lisääntymisessä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 53.)

### 2.1 Ohjaus ja terveysneuvonta fysioterapiassa

Ohjaus ja neuvontatilanteessa fysioterapeutti luottaa tiedon jakamiseen. Perinteisesti fysioterapeuttisessa ohjauksessa kerrotaan asiakkaalle anatomisia ja fysiologisia perusteita, fysioterapeutti suunnittelee liikehoidollisen ohjelman ja keskittyy liikkeiden ohjaamiseen. Fysioterapian ohjaustilanteessa ohjaus on perinteisesti oirelähdeistä ohjausta. Ohjauksen painopiste on fyysisissä oireissa, ja tilanteessa ei huomioida psykologisia tai sosiaalisia seikkoja. Tällöin ohjausta kutsutaan biomekaaniseksi. Biopsykososiaalisessa ohjauksessa ohjaaja ottaa huomioon myös asiakkaan psykologisen ja sosiaalisen puolen. Ohjaukseen vaikuttavat myös asiakkaan tuntemukset, uskomukset, asenteet ja elämäntilanne. (Kukkohovi 2004, 10.)

Fysioterapiassa käytetään useita palautejärjestelmiä liikkeen ohjauksessa. Perinteisesti on totuttu ohjaamaan asiakasta niin sanallisesti kuin kosketuksella ohjaten. Näkemiseen liittyvän visuaalisen palautteen (peili, video) on todettu tehostavan harjoittelua (Talvitie ym. 2006, 230–237). Fysioterapeutit ovat käyttäneet myös videointia palautemuotona jo vuosien ajan. (Kukkonen ym. 2001, 185–191). Biopalaute on ollut myös käytössä jo pitkään esimerkiksi EMG-palautteen muodossa (Talvitie ym. 2006, 83). Sisäinen palaute on itse liikkeestä tullutta sisäistä palautetta (feedback). Sanallinen palaute ja sen myötä vuorovaikutus on rakentunut herkästi asiantuntija – ohjeiden vastaanottaja akselille. Asiakkaan omat mielipiteet ja kokemukset ovat saattaneet jäädä toisarvoisiksi asiantuntijan mielipiteiden rinnalla. Fysioterapiakirjallisuudessa puhutaan kuitenkin myös dialogisesta vuorovaikutuksesta ja valtaistumisesta. Dialogissa keskustellaan tasavertaisesti ja kumpikin osapuoli tuo esille omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Parhaimmillaan dialogissa löytyy uusi yhteinen ymmärrys käsiteltävälle asialle, idea, jota kumpikaan ei yksinään olisi oivaltanut. (Talvitie ym. 2006, 55, 230–237.)

Lait ja asetukset velvoittavat fysioterapeuttia tietojen antamiseen ja ohjaukseen. Fysioterapeuttia veloitetaan tietojen antamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen esimerkiksi Terveystietolain ja Työterveyshuoltolain (Terveystietolaki 2010, 13§; Työterveyshuoltolaki 2001, 12§ 4. mom.) toimesta. Työterveyshuollon velvollisuus tietojen antamiseen ja ohjaukseen edellyttää moniammatillista yhteistyötä jo toimintaa suunnitellessa. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö (Manninen, Laine, Leino, Muka-

la & Husman 2007, 141–148) edellyttää myös toiminnan seuranta ja arvioimista sekä henkilöstön ohjaustaitojen kehittämistä. Tietojen antamisen ja ohjauksen voi ajatella vaikuttavan oppimisprosessina niin yksilön terveyden, työyhteisön toimivuuden kuin organisaation hyvinvoinnin edistämiseksi (Palmgren, Jalonen, Kaleva, Leino & Romppanen 2007, 86).

Tutkimusta fysioterapiaohjauksen vaikutuksesta on vähän ja tutkimustulokset ovat myös ristiriitaisia tuoreissa tutkimuksissa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan (Gross, Forget, St George, Fraser, Graham, Perry, Burnie, Goldsmith, Haines & Brunarski 2012) fysioterapiaohjauksella ei ollut vaikutusta whiplash-vamman jälkeiseen niskakipuun. Ohjauksessa annettiin aktivoivia ohjeita, ohjattiin kivun lievitystä ja stressinhallintaa sekä itsehoitoa. Tutkimuksessa todettiin selkeästi tarvetta aikuisten oppimisteorioiden hallintaan. Elämäntapaohjauksessa taas fysioterapeuttisella ohjauksella on todettu olevan vaikutusta lyhytaikaisessa seurannassa (Wiebke ym. 2012, 583).

## 2.2 Oppimiskäsitys toiminnan ohjaajana terveysneuvonnassa

Oppimiskäsitys ohjaa toimintaa myös terveysneuvonnassa. Fysioterapeutti tukee muutosta, ja siinä on kyse uuden oppimisesta ja uuden tiedon tai taidon soveltamisesta asiakkaan elämään. Fysioterapiaohjaus perustuu myös oppimiskäsitykseen, vaikka sitä ei välttämättä tiedosteta. Fysioterapiaopinnoissa oppimiskäsitys ja pedagoginen ajattelu eivät tule kovin selkeästi esiin fysioterapian koulutusohjelman opetussuunnitelmasta (Savonia amk 2013). Tosin käsite ”erilaiset ohjaus- ja opetusmenetelmät” on yläkäsite ja voi sisältää myös nykyiset oppimiskäsitykset. (Kuvio 1.)

<b>Opetus- ja ohjausosaaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- osaa käyttää erilaisia ohjaus- ja opetusmenetelmiä tavoitteellisesti yksilön/ryhmän toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi</li> <li>- osaa käyttää motorisen oppimisen/ohjaamisen periaatteita ohjatesaan asiakkaan/ryhmän liikkumis- ja toimintakykyä</li> <li>- osaa soveltaa terapeuttisen harjoittelun menetelmiä ryhmän ohjauksessa</li> <li>- osaa suunnitella ja ohjata terveyttä ja toimintakykyä edistävää liikuntaa</li> </ul>
-----------------------------------	--

Kuvio 1. Fysioterapeutti amk-tutkinnon opintosuunnitelma opetus- ja ohjaustaitojen osalta (Savonia amk)

Oppimiskäsityksiä on useita ja tunnetuimpia ovat behavioristinen, kognitiivinen ja konstruktivinen oppimiskäsitys. Oppiminen on tietojen lisääntymistä, kykyä muistaa ja toistaa opittu, soveltamista, ymmärtämistä sekä ajattelun ja oman itsen muuttumista. (Salminen & Suhonen 2008, 7.) Behavioristinen oppimiskäsitys on oppimiskäsityksistä perinteisin. Se perustuu luonnontieteelliseen käsitykseen ihmisten ja eläinten samanlaisesta mallioppimisesta. Ärsyke tuottaa tietyn reaktion ja annetun palautteen perusteella tapahtuu oppimista. Palautteella ohjaaja ohjaa oppimista haluttuun suun-



taan. (Salminen & Suhonen 2008, 11.) Behavioristinen oppimiskäsitys sai hyvän vastaanoton taylorilaiselta ajattelulta teollisuuden kehittyessä. Opittavat asiat ositettiin pieniin osiin, ja oppimisprosessia hallitsi opettaja / ohjaaja. (Patrikainen 1997, 74–75.)

Kognitiivinen ja kokemuksellinen oppimiskäsitys seurasi behavioristista oppimiskäsitystä. Siinä ajateltiin oppimisen tapahtuva kokemusten ja niiden reflektoinnin kautta. Reflektiota voikin hyödyntää silloin, kun halutaan aidosti kehittää sekä omaa että toisten toimintaa. (Salminen & Suhonen 2008, 10–11.) Tuorein oppimiskäsitys on konstruktivistinen oppimiskäsitys. Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä oppija rakentaa uutta oppimaansa vanhan jo olemassa olevan tiedon päälle. Opettajan / ohjaajan rooli on ohjata tiedonlähteille ja järjestää oppimistilanteita. Uuden oppiminen liitetään tilanteisiin ja niiden ymmärtämiseen, ulkoa opitulla ei ole enää niin suurta merkitystä. Sosiaalinen vuorovaikutus on tärkeää oppimisen kannalta. (Salminen & Suhonen 2008, 8-10.)

Oppimiskäsitys ohjaustyössä vaikuttaa oppimisprosessin käynnistymiseen. Aiemman tietojen antamisen ja neuvonnan rinnalle on noussut vahvasti oppimisprosessi ohjaustilanteen yhteydessä. Uuden asian ymmärtäminen, itseohjautuvuus ja opitun siirtäminen myös muihin vastaaviin tilanteisiin edellyttävät sellaisia menetelmiä, jotka pikemminkin käynnistävät oppimisprosessin kuin toistavat valmistamallia. Ohjaajalta vaaditaan hyvien vuorovaikutustaitojen lisäksi myös laajaa tietoa ja osaamista oppimisesta. Ohjaus- ja neuvontatilanteisiin liittyvät tiedon antamisen, neuvonnan, konsultaation, terapian ja oppimisen elementit. (Vänskä ym. 2011, 19, 23–25.)

### 2.3 Vuorovaikutustaidot fysioterapiaohjauksen työvälineenä

Oppimisprosessin käynnistyminen edellyttää ohjaajalta hyviä vuorovaikutustaitoja. Ohjaajan tulee tunnistaa oman todellisuutensa lisäksi myös asiakkaan todellisuus, jota ohjaavat kulttuurinen konteksti ja arvomaailma. (Vänskä ym. 2011, 25.) Vuorovaikutusosaamiseen kuuluvat prosessinomaisen yhteisen ymmärryksen rakentaminen asiakkaan ja muiden tilanteeseen liittyvien kanssa, toisen ihmisen kunnioittava kohtaaminen hänen elämäntilanteestaan tai taustoistaan riippumatta, eettisten periaatteiden mukaan toimiminen sekä hyvien vuorovaikutuksen elementtien tunnistaminen ja toimiminen niiden mukaan. Hyvä ja toimivassa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa toteutuvat vastavuoroisuus ja molemminpuolinen ymmärrys. (Mönkkönen 2007, 15, 30.)

Viestintäalan piirissä on tutkittu mm. fysioterapeuttien vuorovaikutustaitoja. Kukkohovi (2004) selvitti pro gradu työssään sekä fysioterapeuttien että asiakkaiden näkemyksiä fysioterapian vuorovaikutustilanteista. Tutkimuksessa arvioitiin vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä, kuten vuorovaikutuksen mukauttamista ja kohdentamista. Tutkimus toteutettiin tekemällä fysioterapeuteille teemahaastattelu sekä selvittämällä asiakkaiden kokemuksia kyselylomakkeella. Tutkimuksen mukaan fysioterapeutit pitivät vuorovaikutuksen tasavertaisuutta tärkeänä ja useimmat kokivat, että kuunteleminen sekä asiakkaan näkemysten liittäminen ohjattavaan asiaan edistävät vuorovaikutusta. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että fysioterapiaohjauksessa on konstruktivisen oppimiskäsityksen piirteitä, koska asiakasta pyritään aktivoimaan ja osallistumaan. Tuloksia arvioitaessa todettiin myös, että haas-

tattelu ei välttämättä antanut todenmukaista kuvaa ohjaustilanteesta, vaan kertoo ehkä enemmän fysioterapeutin tavoitteesta suhteessa vuorovaikutuksen onnistumiseen. Kukkohovi (2004) totesi selkeän jatkotutkimuksen tarpeen liittyen vuorovaikutustilanteiden havainnointiin. (Kukkohovi 2004, 87–99.)

Koponen (2012) on tutkinut lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehittymistä työpajojen, simuloidun teatterin ja roolipelien avulla. Tutkimuksessa todettiin, että kyseiset kokemukselliset oppimismenetelmät toimivat kolmella osallistumisen tasolla, eli vuorovaikutustilanteiden havainnoinnin ja analysoinnin, reflektiivisen osallistumisen ja lääkärin ammattiroolin tasolla. Opiskelijat kokivat tutkimuksessa käytetyt menetelmät tehokkaina vuorovaikutustaitojen kehittämiseen. (Koponen 2012, 5.)

Ohjaus ja terveysneuvonta voidaan antaa perinteisen terveysvalistuksen keinoin tai voimaantumista edistävällä elämäntapaohjauksella (Turku 2007, 21 – 24). Voimaantumista edistävä elämäntapaohjaus rakentuu kuuntelusta, vuoropuhelusta, itsearvioinnista ja toiminnan uudelleensuuntaamisesta. Ohjausprosessissa asiakas on tasavertainen kumppani, joka osallistuu aktiivisesti omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin. (Poskiparta 2002, 25.) Konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen pohjautuva terveysneuvonta edellyttää ohjaajalta kykyä dialogiin asiakkaan kanssa sekä muutoksen tukeen asiakkaan oman motivaation kautta.

Kansansairauksien ehkäisyn ja päihdehuollon piirissä kehitetyistä terveysneuvonnan malleista nousevat esiin ohjaajan taidot motivoivaan haastatteluun. Motivoiva haastattelu pitää sisällään asiakkaan itsetunnon vahvistamista positiivisen palautteen avulla, avoimia kysymyksiä, heijastavaa kuuntelua sekä taitoa vetää kuulemansa yhteen. Positiivinen palaute ilmenee myönteisinä äännähdyksiä ja lauseina, joilla tuetaan asiakkaan kokemusta. Avoimet kysymykset tuovat esille asiakkaan oman ajattelun ja kokemukset, avoimia kysymyssanoja ovat mm. mikä, mitä, miten, millainen. Heijastava kuuntelu eli refleктоiva kuuntelu ilmenee asiakkaan yksittäisten käsitteiden tai lauseiden toistamisena, jolla varmistetaan, onko ymmärtänyt asian oikein. Keskustelun yhteenvedossa kootaan asiakkaan kertoma ja varmistetaan vielä, onko käsitys asiasta samanlainen kuin asiakkaalla. (Turku 2007, 50 – 53; Koski-Jännes 2008b, 50 – 53; Poskiparta 2002, 29 – 31.)

Vuorovaikutukseen vaikuttavat sekä verbaalinen että nonverbaalinen viestintä. Arvioitaessa verbaalista viestintää, vuorovaikutustilanteessa ohjaajan esittämien kysymysten laadulla on merkitystä vuorovaikutuksen onnistumiseen. Kysymykset voivat olla suljettuja tai avoimia. Suljetun kysymyksen voi tunnistaa siitä, että siihen voi vastata ainoastaan kyllä tai ei. Avoimet kysymykset auttavat paremmin toimimaan dialogiin kuin suljetut kysymykset. Avoimilla kysymyksillä halutaan saada esille haastateltavan, ei haastattelijan ajatuksia. (Koski-Jännes 2008b, 51.) Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttaa myös vahvasti se, miten asiakasta kohtaan osoitetaan aitoa kiinnostusta ja ymmärrystä. Asiakasta arvostava ja kunnioittava vuorovaikutus vahvistaa asiakkaan itsetuntemusta ja identiteettiä. Silloin myös muutoksen mahdollisuus vahvistuu. (Koski-Jännes 2008b, 50.)

### 2.3.1 Vuorovaikutusorientaatiot

Vuorovaikutusorientaatiot voidaan jaotella kolmeen pääluokkaan: asiantuntijakeskeinen, asiakaskeskeiseen ja dialogiseen vuorovaikutustilanteeseen (Taulukko 1.). Fysioterapian ohjaustilanteissa on havaittu neuvontatilanteiden olevan tyypillisesti asiantuntijakeskeisiä, se vastaa myös asiakkaiden ennako-odotusta ohjaustilanteesta (Vänskä ym. 2011, 50–62; Kukkohovi 2004, 90).

	<b>Vuorovaikutusorientaatio</b>		
<b>Ilmenemis- muoto</b>	<b>Asiantuntijakeskeinen</b>	<b>Asiakaskeskeinen</b>	<b>Dialoginen</b>
<b>Ohjaustilan- teen kulku</b>	Ennalta mietitty käsikirjoitus, asiantuntijan kontrolli ja tilanteen ohjailu	Tilanne rakentuu ohjattavan ehdoilla	Molemminpuolinen kuuntelu, huomioon ottaminen ja kuuntelu
<b>Kysymykset</b>	Suljettuja kysymyksiä	Avoimia kysymyksiä, ohjaaja pääasiassa kuuntelee	Avoimia kysymyksiä, kuullun toistoa
<b>Puheen määrä</b>	Asiantuntija puhuu enemmän	Asiakas puhuu enemmän	Kumpikaan ei dominoi toista

Taulukko 1. Vuorovaikutusorientaation tunnistaminen (Vänskä ym. 2011, 52–62)

Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio ohjaa asiakastilannetta asiantuntijan ehdoilla. Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutuksessa asiantuntija pyrkii selittämään asiakkaan ongelman todellisen luonteen, ja asiakas myös odottaa vahvasti sitä asiantuntijalta. (Mönkkönen 2007, 37.) Asiantuntijalla on tilanteelle oma käsikirjoitus, mahdollisesti tietty kaava, jolla hän toteuttaa vastaavanlaiset tilanteet. Asiantuntija saattaa jättää kuulematta asiakkaan mielipiteet ja ajatukset ja antaa ohjeita ja neuvoja omasta lähtökohdastaan. Asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutukselle ovat tyypillisiä suljetut kysymykset ja asiakkaan puheen keskeyttäminen. (Vänskä ym. 2011, 52 - 53.) Asiantuntijakeskeisen ohjauksen taustalla on behavioristinen oppimiskäsitys, jossa lähtökohtana oli, että ihmistä voidaan kouluttaa tai parantaa jollain toimenpiteellä. Siinä jätetään huomioimatta asiakkaan sosiaalinen ympäristö ja kielen merkitys kulloisessakin tilanteessa. (Mönkkönen 2007, 102.) Asiantuntijakeskeinen ohjaustyyli on tarkoituksenmukaista silloin, kun asiakas ei kykene kantamaan vastuuta omista valinnoistaan. Samoin sellaisissa tilanteissa tämä ohjaustyyli voi olla hyödyllinen, kun asiakas on tottunut auktoriteetin ohjaukseen. (Vänskä ym. 2011, 54; Salminen & Suhonen 2008, 11; Patrikainen 1997, 74–75.)

Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio on vastakohta asiantuntijakeskeiselle orientaatiolle. Suomeen ajattelu tuli 1990-luvulla, jolloin asiakaskeskeisyys, perhekeskeisyys ja oppijakeskeisyys nousivat käsitteinä esiin. Ratkaisukeskeisessä ja kognitiivisessa psykoterapiassa korostettiin myös

asiakkaan roolia, ja sitä pyrittiin vahvistamaan tarkoituksenmukaisilla kysymyksillä, jota ohjasivat asiakasta ratkaisun suuntaan. Näin haluttiin murtaa hierarkkista mallia ja vahvistaa asiakkaan roolia oman hoitosuunnitelmansa tekemisessä. (Mönkkönen 2007, 62 – 63.)

Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio rakentuu asiakkaan ehdoilla ja asiantuntijan roolina on kuunnella, myötäillä ja toimia konsulttina asiakkaalle. Asiakkaalla on voimakas tahto omien näkemystensä esittämiseksi ja hän hakee asiantuntijalta niille vahvistusta. Asiakkaalla voi olla myös vahvat defenssit, koska hän kieltää ohjaustilanteessa omaan elämäänsä liittyviä faktoja. Ongelmaksi nousi kuitenkin asiantuntijan aseman muuttuminen neutraaliksi, samoin ilmeni jopa hyväksikäyttöä ja asiantuntijan aseman menettämistä. Asiantuntija saattoi ohjata tilannetta asiakaskeskeiseksi myös omista lähtökohdistaan. Taustalla saattoi olla halu miellyttää asiakasta sekä mahdollisesta pelosta kohdata asiakkaan tunteenpurkauksia. (Mönkkönen 2007, 62 – 63; Vänskä ym. 2011, 56.) Asiakaskeskeinen vuorovaikutus on tarkoituksenmukaista ohjausprosessin alkuvaiheessa, silloin kun kartoitetaan tilannetta kokonaisuudessaan ja halutaan saada selville tarkasti asiakkaan näkökulma tilanteeseen. Asiakaskeskeisyys toimii siirtymävaiheena dialogiseen vuorovaikutukseen. (Vänskä ym. 2011, 54 – 55.)

Dialogisessa vuorovaikutuksessa toimii kehittävä ja rikastava vuoropuhelu. Dialogin ilmaisutyyli on neuvottelevaa, tutkivaa ja ehdottavaa. Tärkeintä dialogissa on toisen ihmisen kuunteleminen, jonka tavoitteena on toisen ajattelun ymmärtäminen. Muiden ajatusten kuunteleminen rikastaa ja avartaa omaa ajattelua. Ajattelun rikastaminen on jatkuva prosessi, ja parhaimmillaan se johtaa oppimiseen ja avoimuuteen. Dialogisuuden vastakohta on ajatuksilla pommittaminen ja toisen ajatusten aliarvioiminen. Pommittaminen ei kehitä ajattelua vaan tuo tilalle kilpailun siitä, kuka on oikeassa. Pommittaminen voi olla aktiivista keskustelua, mutta asian käsittely voi jäädä näennäiseksi eikä yhteisymmärrystä saavuteta. (Repo ja Nuutinen 2008, 31-2.) Ohjaustilanteessa dialogisuutta tarvitaan toisen osapuolen näkemysten ymmärtämiseen. Dialogisuus näyttäytyy mm. avointen kysymysten esittämisinä, jolloin asiantuntija ei voi tietää vastausta etukäteen. (Koski-Jännes 2008b, 51.) Dialoginen vuorovaikutusorientaatio ja konstruktivistinen oppimiskäsitys tukevat toisiaan (Vänskä ym. 2011, 58; Salminen & Suhonen 2008, 8-10).

Dialogin onnistumisen edellytys on aktiivinen kuunteleminen (Poskiparta 2002, 29). Siitä voidaan käyttää myös käsitettä ”heijastava kuuntelu” (Koski-Jännes 2008b, 52) tai ”reflektioiva toisto” (Turku 2007, 51). Aktiivisessa kuuntelemisessa pyritään saamaan selville ohjattavan ajatuksia, tunteita ja perusteita liittyen ohjattavaan asiaan. Aktiivinen kuuntelija kykenee seuraamaan puhutun sisällön rakentumista ja hänellä on taito eritellä kuultua ja tiivistää se. Hän kykenee erottamaan keskeiset asiat sekä puhujan käyttämät perustelut sekä sanoman luotettavuuden. Aktiivisella kuuntelijalla on taito tehdä päätelmiä ja antaa palautetta kuulemastaan. (Poskiparta 2002, 30–31.) Aktiivisessa kuuntelemisessa on tyypillistä käyttää ns. ”heijastavia kommentteja”, joilla haastattelija tarkastaa onko ymmärtänyt asian oikein. Sen lisäksi sekä sanattomasti että sanallisesti ilmenevien tunteiden ääneen lausuminen on koettu hyödylliseksi. (Koski-Jännes 2008b, 52.)

### 2.3.2 Motivaation arvioiminen vuorovaikutustilanteessa

Terveysneuvonnan onnistuminen on riippuvainen vuorovaikutuksen lisäksi myös ohjattavan motivaatiosta. Motivaatio on olennaisessa osassa esimerkiksi voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa. Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan voi tunnistaa aktiivisesta kuuntelusta, dialogisesta vuoropuhelusta, itsearvioinnista ja toiminnan uudelleensuuntaamisesta. Ohjausprosessissa asiakas on tasavertainen kumppani, joka osallistuu aktiivisesti omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin. (Poskiparta 2002, 25.)

Motivaatio mahdollistaa muutoksen toteutumisen. Ohjaus- ja neuvontatyössä on motivaation merkitystä tutkittu pääasiassa haitallisten toimintamallien, kuten päihteiden käytön ja riippuvuuksien hoidossa, mutta myös sosiaalisen ja terveyskäyttäytymisen ongelmissa. Motivaatio on voima, joka energisoi ja ohjaa käyttäytymistä ja vaikuttaa sekä tietoisiin että tiedostamattomiin valintoihin. Motivaatioon voidaan yrittää vaikuttaa ulkopuolelta esim. palkinnoilla tai rangaistuksilla, mutta sisäinen motivaatio on yleensä se, joka tuottaa pysyvämpiä muutoksia kuin ulkoinen. Sisäisen motivaation vahvistamiseksi tarvitaan seuraavien perustarpeiden toteutuminen: autonomia, sosiaalinen yhteys ja kompetenssi. Autonomia toteutuu, kun ihminen itse päättää oman tavoitteensa ja keinot, joilla niihin pyrkii. Yhteyden kokemusta vahvistaa sosiaalinen tuki tärkeiltä ihmisiltä tai ryhmältä. Kompetenssia vahvistavat omat voimavarat ja oman toiminnan vaikutus muutoksen keinoihin. (Koski-Jännes 2008a, 7-9.)

William Miller (2008) on määritellyt motivaation pikemminkin tekemiseksi kuin ominaisuudeksi, mikä edellyttää ongelman tajuamista, muutoskeinojen etsimistä ja valitun muutosstrategian käynnistämistä sekä siinä pitäytymistä. Motivaation puutetta on pidetty syynä, miksi ihmiset eivät noudata saamia ohjeita ja hoito epäonnistuu. Motivaatio on ajateltu staattiseksi tilaksi jota asiakkaalla joko on tai ei ole. Miller määrittelee motivaation uudesta näkökulmasta. Hänen peruskäsityksiään motivaatiosta ovat:

- motivaatio on avain muutokseen
- siihen sisältyy useita ulottuvuuksia
- on dynaaminen ja vaihteleva ilmiö
- on altis sosiaaliselle vaikuttamiselle
- on muutettavissa
- hoitajan tyyli vaikuttaa asiakkaan motivaatioon
- hoitajan tehtävänä on herätellä ja vahvistaa asiakkaan motivaatiota

(Miller 2008, 16–17.)

Vuorovaikutustilanteen motivaatiota ja muutosprosessin vaihetta voidaan jäsentää transteoreettinen muutosvaihemallin avulla (Prochaska & Diclemente 1983, 390–395). Kun muutosta tarkastellaan muutosvaihemallin näkökulmasta, on motivaation arvioiminen osa ohjausta. Ohjaukseen liittyy asiakkaan muutosprosessin vaiheen arviointi ja ohjauksen toteuttaminen sen mukaan. (Turku 2007, 55.) Muutosvaihemallissa on esitetty kuusi erilaista vaihetta, joihin kuhunkin liittyy omanlaisensa

ajattelu- ja toimintapa. Ensimmäisenä vaiheena on esiharkintavaihe, jolloin muutostarvetta ei joko havaita tai ei haluta myöntää itselleen. Toisena on harkintavaihe, joka liittyy muutostarpeen myöntämiseen. Silloin asiakas on valmis keskustelemaan muutoksesta ohjaajan kanssa. Keskeisiä harkintavaiheen kysymyksiä ovat ”Mitä minä tästä hyödyn?” ja ”Pystynkö tekemään muutoksia?”. Kolmantena vaiheena on suunnitteluvaihe, jolloin muutosta voidaan jo kokeilla ja suunnitellakin. Tässä vaiheessa pohditaan erilaisia vaihtoehtoja ja tehdään tarvittavia valmisteluja. Ohjattava on valmis työskentelemään ohjaajan kanssa ja voi olla innostunut tulevan muutoksen mahdollisuuksista. Neljäntenä vaiheena on toimintavaihe, jolloin siirrytään puheet ja suunnitelmat muuttuvat konkreettiseksi tekemiseksi. Tässä vaiheessa kokemukset muutokset voivat olla sekä myönteisiä että kielteisiä ja mahdollinen paluu entiseen voi olla lähellä. Viides vaihe on ylläpitovaihe, jossa muutos on kestänyt puoli vuotta. Tällöin muutos alkaa olla jo osa elämäntapaa. Yhtenä vaiheena on myös repsahdusvaihe, joka on osa normaalia muutosta. Repsahdus voi tulla missä vaiheessa tahansa. Ohjauksessa sen käsittely on vaikeaa, ja repsahdus voidaan kokea syvänä epäonnistumisena. Muutoksen kannalta se kannattaisi taas ottaa oppimiskokemuksena. (Turku 2007, 56–61.)

Muutosvaihemalliin on liitetty motivoiva haastattelu. Haastattelun perimmäinen tarkoitus on asiakkaan saaminen oman asiansa ajajaksi, jolloin terapeutti tai hoitaja välttyy muutoksen etujen tai muutoksen välttämättömyyden kaupittelulta. Ulkoapäin tuleva painostus ja valmiit ratkaisut herättävät ihmisessä vain vastustusta, ja motivoivalla haastattelulla pyritään saamaan ihminen pohtimaan oma tilaansa, ja tekemään päätökset muutosten suhteen omista lähtökohdistaan eikä ulkopuolisesta painostuksesta. (Koski-Jännes 2008b, 42–43.) Motivoivassa haastattelussa vahvistetaan asiakkaan itsetuntoa positiivisen palautteen avulla, selvitetään tilannetta avoimilla kysymyksillä, reflektoidaan kuultua heijastavan kuuntelun keinoin sekä tehdään yhteenveto kuullusta. Positiivinen palaute ilmenee myönteisinä äännähdyksiä ja lauseina, joilla tuetaan asiakkaan kokemusta. Avoimet kysymykset tuovat esille asiakkaan oman ajattelun ja kokemukset, avoimia kysymyssanoja ovat mm. mikä, mitä, miten, millainen. Heijastava kuuntelu eli refleктоiva kuuntelu ilmenee asiakkaan yksittäisten käsitteiden tai lauseiden toistamisena, jolla varmistetaan, onko ymmärtänyt asian oikein. Yhteenvedossa kootaan asiakkaan kertoma ja varmistetaan vielä, onko käsitys asiasta samanlainen kuin asiakkaalla. (Turku 2007, 50 – 53.; Koski-Jännes 2008b, 50 - 53.; Poskiparta 2002, 29 – 31.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

#### 3.1. Opinnäytetyön tarkoitus

Tämä opinnäytetyö oli tapaustutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata erityistyölasimittaukseen liittyvässä fysioterapiaohjaustilanteessa ilmenevää vuorovaikutusta.

Tarkennettuina tutkimuskysymyksinä olivat:

1. millaista vuorovaikutusorientaatiota erityislasimittaukseen liittyvässä fysioterapiaohjaustilanteessa esiintyy?
2. millaisena asiakkaan motivaatio näyttäytyy ko. ohjaustilanteessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa ja tietoisuutta fysioterapian ohjaustilanteiden vuorovaikutuksen laadusta. Tavoitteena on herättää keskustelua sekä fysioterapeuttien peruskoulutuksen että täydennyskoulutusten sisällöstä, sekä koulutusten myötä ohjaustilanteiden laadun parantumisesta. Vuorovaikutuksen laadulla on merkitystä myös fysioterapian vaikuttavuuden parantamisessa.

### 4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämän tutkimuksen tutkimusstrategiana oli tapaustutkimus. Tapaustutkimus asettuu kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen välimaastoon. Siinä sukellaan syvälle yhteen tapaukseen ja pyritään tuottamaan siitä tapauksesta yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa. Tapaustutkimukselle luonteenomaisia ominaisuuksia ovat yksilöllistäminen, kokonaisvaltaisuus, monitieteisyys, luonnollisuus, vuorovaikutus, mukautuvuus ja arvosidonnaisuus. (Aaltola, Valli 2001, 159.) Tapaustutkimuksen tavoitteena on kuvailla tutkimuskohteen ominaispiirteitä systemaattisesti, tarkasti ja totuudenmukaisesti (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka 2006).

#### 4.1 Tutkimuskohteen esittely

Tutkimuskohteena oli erityistyölasien hankintaan liittyvä fysioterapiaohjaustilanne. Laadullisessa / tapaustutkimuksessa tutkimuksen kohteeksi voidaan valita tietoisesti tyypillinen tutkittavaa asiaa edustava tilanne (Tuomi 2002, 99). Erityislasien hankintaan liittyvä ohjaustilanne onkin hyvin tyypillinen ohjaustilanne työterveyshuollon fysioterapeutille.

Ohjaustilanteen toteuttavaksi fysioterapeutiksi valittiin opinnäytetyön tekijän tuntema työfysioterapeutti – tiedettiin että hän on henkilö, joka pystyy toteuttamaan tyypillisen ohjaustilanteen myös tilannetta havainnoitaessa. Fysioterapeutti on 37-vuotias, ja hän on tehnyt fysioterapeutin työtä 9 vuotta. Työterveyshuollossa hän on työskennellyt 3 vuotta.

Erityistyölasimittauksessa tarkastetaan aina työpisteen ergonomia ennen mittauksen tekemistä. Siksi ohjaus tapahtuu ohjattavan työpaikalla. Ergonomiatarkastukseen liittyy asiakkaan haastattelu. Ergonomiatarkastuksessa pyritään säätämään työpiste ergonomisesti mahdollisimman hyväksi myös näkemisen kannalta. Erityistyölasimittauksessa mitataan työpisteen mitoitusta erityistyölasien hankintaa varten.

Tässä tutkimuksessa työfysioterapeutin ohjaama asiakas oli 55-vuotias nainen, joka työskentelee toimistossa ja hänen työnsä on kokopäiväistä työtä näyttöpäätteellä. Hän on tehnyt 30 vuotta toimistotyötä, josta suurimman osan ajasta näyttöpäätetyönä. Toimisto on avokonttori, jossa asiakkaalla on oma työpöytä. Työpiste on erotettu muista työpisteistä 160cm korkean sermin avulla. Ohjaustilanne koostui alkuhaastattelusta, työpisteen säätöjen ohjauksesta sekä työpisteen mittauksesta erityistyölaseja varten.

## 4.2 Aineiston hankkiminen

Ohjaustilanne videoitiin. Videoinnin teki opinnäytetyön tekijä. Videoinnin tekijä pyrki itse olemaan tilanteessa ulkopuolinen, eikä hän puuttunut ohjaustilanteen tapahtumiin millään lailla alkuesittelyn jälkeen.

Aineisto hankittiin videoimalla erityistyölasimittaus työpaikalla. Sekä työfysioterapeutti että asiakas antoivat kirjallisen luvan aineiston käyttämiseen tutkimustyössä. Erityistyölasimittaus koostui alkuhaastattelusta ja ergonomiohjauksesta sekä työpisteen mittaustilanteesta. Ohjaustilanne videoitiin kokonaisuudessaan ja se kesti 17 minuuttia. Tästä alkuosan haastattelu ja ohjaus kestivät 10 minuuttia ja mittaus erityistyölaseja varten 7 minuuttia.

## 4.3 Aineiston analyysi

### 4.3.1 Vuorovaikutusorientaation analyysi

Tapauksen sisältöä tutkittiin teorialähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä, jossa sisällönanalyysi perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään. (Janhonen, Nikkonen 2003, 30 - 40.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi perustui teorioihin vuorovaikutusorientaatioista ja transteoreettisesta muutosvaihemallista. Aineistoa pelkistettiin ja luokiteltiin ja siitä etsittiin vuorovaikutusorientaatioita ja muutosvaihemallia kuvaavia ilmaisuja.

Koko ohjaustilanteen kesto oli 17 minuuttia, joka koostui työfysioterapeutin tekemästä alkuhaastattelusta ja ohjauksesta (10 minuuttia) sekä erityistyölasien hankintaa varten tehtävästä mittauksesta



(7 minuuttia). Videoitu tilanteen alkuhaastattelu (10min) litteroitiin kirjalliseen muotoon, ja sitä osaa käytettiin vuorovaikutusorientaatioiden analysointiin. Muutosvaihemallin toteutumisen arviointiin katsottiin koko nauhoitusta, josta poimittiin ne repliikit, jotka kuvaavat muutosvaihemallin mukaista vaihetta.

*Vuorovaikutusorientaatiota* tutkittiin analysoimalla ohjaustilanteen kulkua, esitettyjen kysymysten laatua ja puheen määrää (kts. Taulukko 1.). Ohjaustilanteen kulkua arvioitiin sen perusteella, rakentuiko tilanteen vuorovaikutus fysioterapeutin vai ohjattavan ehdoilla vai molemminpuolisesti kuunnellen. (Vänskä ym. 2011, 50–62.) Aineistosta poimittiin ja lajiteltiin sellaiset repliikit, joiden ajateltiin kuvaavan tilanteen ohjausta. Näiden perusteella arvioitiin vuorovaikutustilanteen rakennetta kokonaisuudessaan. Ohjaustilanteen analyysin tulokset taulukoitiin ja luokiteltiin sen perusteella, kenellä tilanteen ohjauksen arvioitiin kulloinkin olevan. Niiden perusteella tehtiin päätelmät vuorovaikutusorientaatiosta.

Kysymysten laatua arvioitiin luokittelemalla kysymykset suljettuihin ja avoimiin kysymyksiin. Suljettuun kysymykseen voi vastata vain kyllä tai ei, avoimessa kysymyksessä kysyjä ei tiedä ennakolta, miten asiakas tulee vastaamaan. Suljetut kysymykset alkavat esim. sanalla ”onko”. Avoimet voivat alkaa esim. ”miten, kuinka”. Lisäksi avoimia kysymyksiä arvioitiin myös sen mukaan, kuinka paljon niissä esiintyi kuullun toistoa. Se on yleensä merkki aktiivisesta kuuntelemisesta ja dialogisuudesta. (Repo & Nuutinen 2003, 32.) Esimerkki taulukoinnista on liitteessä 1.

Puheen määrää arvioitiin laskemalla kummankin osapuolen tilanteessa käyttämät sanat ja repliikkien määrä. Näin saatiin tilanteesta prosentuaalinen arvio, miten puheen määrä jakautui työfysioterapeutin ja asiakkaan kesken. Lisäksi arvioitiin mahdollisesti vuorovaikutusta tukevien lyhyiden myönnteisten sanojen määrää, kuten esimerkiksi ”joo” ja ”niin”. Pelkkiä myönnteisiä äännähdyksiä, kuten ”mmm” ei aineistosta saanut luotettavasti selville, koska nauhoituksen taustahäly vaikeutti analyysin tekemistä luotettavasti.

#### 4.3.2 Motivaatiovaiheen analyysi

*Motivaation tasoa* arvioitiin analysoimalla sitä, missä muutosvaihemallin vaiheessa asiakas on. Muutosvaihemallin viisi vaihetta (esiharkintavaihe, harkintavaihe, suunnitteluvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe) näyttäytyvät eri tavoin ohjattavan asiakkaan käyttäytymisessä. Esiharkintavaiheessa ongelmaa ei myönnetä tai edes havaita. Harkintavaiheessa myönnetään muutoksen tarpeellisuus ja ollaan valmiita keskustelemaan ohjaajan kanssa. Suunnitteluvaiheessa pohditaan erilaisia vaihtoehtoja ja tässä vaiheessa voidaan jo tehdä ohjaajan kanssa innokkaasti työtä muutoksen onnistumiseksi. Tästä on kuitenkin vielä matkaa muutokseen. Toimintavaiheessa siirrytään puheista tekojen tasolle. Ylläpitovaiheessa muutos alkaa olla jo pysyvä käytäntö. Muutosvaihemallin eri vaiheita poimittiin koko ohjaustilanteen keskustelun sisällöstä. Sieltä haettiin viitteitä siihen, mitkä asiakkaan toimenpiteet kuvaisivat mitään transteoreettisen muutosvaihemallin vaihetta. Lisäksi arvioidaan aktiivista kuunteleminen sen perusteella, miten asiantuntija vastaa ohjattavan kysymyksiin. Koko aineistoa arvioitiin poi-

mimalla videolta viitteitä transteoreettisen muutosvaihemallin eri vaiheiden ilmaantumisesta. (Koski-Jännes 2008a, 28–34.)

## 5 TULOKSET

### 5.1 Vuorovaikutusorientaatio

Ohjaustilannetta arvioitiin ohjauksen vuorovaikutusorientaatiota kysymysten laadun ja puheen määrän perusteella. Ohjaustilanteen alussa asiakas oli hyvin aktiivinen ja hän kertoi työpisteeseensä liittyvistä ongelmista työfysioterapeutin kuunnellessa ja myötäillessä lyhyin sanoin. Asiakas ohjasi siis tilannetta aivan alussa.

*Asiakas: "Niin tässä niin vielä jotenkuten nään, mutta sitten jos otan tosta laskuja...täältä ylempää kattoo niin minun pittää tähän alaosaan"*

*Fysioterapeutti: "Joo"*

*Asiakas: "Saaha se näkökenttä että näkisin oikein kunnolla. Minä kun katon näin niin se näkyy vaan tällönen hämärä, siis tällä alaosalla"*

*Fysioterapeutti: "Joo"*

Kun työpisteen ergonomiaa alettiin arvioida, otti työfysioterapeutti selkeästi tilanteessa ohjat ja arvio sujui hänen käsikirjoituksensa mukaan.

*Fysioterapeutti: "Onko noi kantapäät tukevasti lattiassa, istut nimittäin aika korkeella, katon sun kantapäivät että ne just ja just"*

*Asiakas: "Joo niiii"*

*Fysioterapeutti: "Voisit pykälän laskea sitä tuolia"*

*Asiakas: "Nii vois korjaantua sillä"*

Työfysioterapeutti kuunteli kuitenkin asiakasta ja jousti ohjauksessa tilanteen tuomien ennakoimattomien asioiden mukaan. Aivan ohjaustilanteen lopussa työfysioterapeutti ja asiakas kävivät lyhyen keskustelun, jota ohjasivat molemmat ja joka vaikutti hyvin tasaveroiselta keskustelulta. Ohjaustilanteen kulun perusteella ohjaustilannetta voisi kuvailla niin, että alussa vuorovaikutusorientaatio oli hetken asiakaskeskeinen, suurimman osan asiantuntijakeskeinen ja se päättyi lyhyeen dialogin kaltaiseen keskusteluun. Seuraavassa on esimerkki ohjaustilanteen loppuosan keskustelusta.

*Fysioterapeutti: "Et se kaularangan liike sit kuitenkin pikkusen pienenis"*

*Asiakas: "Nii kyllä se vois olla ihan hyvä varsinkin jos se näkö et sitten"*

*Fysioterapeutti: "Nii vaik me kuinka venkslataan tätä ergonomiaa"*

*Asiakas: "Nii se on se teksti tässä alhaalla"*

*Fysioterapeutti: "Me joudutaan varmaan hetkeks kieppasemaan ne kaikki"*

Kysymysten laatua arvioitiin sen perusteella, olivatko ne avoimia vai suljettuja kysymyksiä. Tässä ohjaustilanteessa fysioterapeutti käytti pääasiassa suljettuja kysymyksiä, avoimia kysymyksiä esiintyi vain kaksi kappaletta. Arvioitaessa sitä, miten fysioterapeutti toisti kuulemaansa, sitä esiintyi ainoastaan yhdessä repliikissä. Asiakkaan puheessa oli merkillepantavaa runsas myötäilevien kommenttien käyttö. Tämä on tyypillistä asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutusorientaatiolle. Seuraavassa on esimerkki replikoinnista suljetuilla kysymyksillä.

*Fysioterapeutti: "Joo okei, ja tota mites muuten, katotaankos samalla tää sun ergonomia tässä?"*

*Asiakas: "Joo"*

*Fysioterapeutti: "Onko tullu mietittyä...?"*

## 5.2 Motivaation vaiheen arvioinnin tulokset

Motivaatiota ja muutosvaihemallin vaihetta arvioitiin koko ohjaustilanteen nauhoituksesta. Asiakkaan motivaation voidaan arvioida olevan jo harkintavaiheessa sekä myös suunnitteluvaiheessa. Asiakas oli käynyt etukäteen silmälääkärissä, jossa erityistyölasien tarve oli todettu. Hän oli tulostanut etukäteen työpaikan oman erityistyölasiohjeen ja keskustellut ohjauksesta myös esimiehensä kanssa. Asiakas oli hankkinut asiantuntijan eli työfysioterapeutin työpaikalleen ja suunnitteli muutosta. Nauhoituksen loppuosassa asiakas sai työfysioterapeutilta tarkat ohjeet siitä, miten jatkossa pitäisi toimia muutoksen loppuun saattamiseen. Kuitenkaan hyvin tarkkaa ja konkreettista keskustelua ja sopimusta jatkosta ei käyty, koska asiakas esimerkiksi aikoo suorittaa tarkastuksen. Seurannasta ei myöskään sovittu tarkemmin. Työfysioterapeutti jätti yhteystietonsa ja kannusti olemaan yhteydessä, jos ongelmia ilmenisi. Fysioterapeutti oletti, että asia hoidetaan pikimmiten kuntoon, eikä hän arvioinut asiakkaan muutosvaihetta. Jatkotoimenpiteistä käyty keskustelu osoitti, että fysioterapeutti ohjeisti asiakasta jo toimintavaiheen motivoinnilla, kun asiakas itse oli vielä suunnitteluvaiheessa.

Puheen määrää arvioitiin laskemalla repliikkien määrä ja sanojen määrä litteroidussa ohjaustilanteessa. Ohjaustilanne kesti 10 minuuttia. Sinä aikana käytiin 103 repliikkiä. Fysioterapeutti käytti repliikeistä noin puolet ja asiakas puolet eli repliikkien määrä jakautui tasaisesti. Puheen määrää tuotti fysioterapeutti selkeästi enemmän, eli hän käytti tilanteessa 67 % sanoista, kun taas asiakas käytti 33 % sanoista. (Kuvio 2.)

<b>Puheen määrä</b>	
Asiantuntija puhuu	67 %
Asiakas puhuu	33 %
Asiantuntijan repliikkien määrä	50 %
Asiakkaan repliikkien määrä	50 %
Asiantuntijan myötäilevien repliikkien määrä suhteessa asiantuntijan repliikkien kokonaismäärään	15 %
Asiakkaan myötäilevien repliikkien määrä suhteessa asiakkaan repliikkien kokonaismäärään	62 %

Kuvio 2. Myötäilevien repliikkien määrä suhteessa repliikkien kokonaismäärään

Puheen määrän ja myötäilevien repliikkien määrän perusteella voidaan arvioida, että vuorovaikutusorientaatio oli pääasiassa asiantuntijakeskeistä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulos noudattelee kansainvälisten tutkimustulosten tulkintaa, jossa fysioterapeuttien ohjaus muodostuu vuorovaikutusorientaatioltaan helposti asiantuntijakeskeiseksi ohjaukseksi (Vänskä ym. 2011, 53). Lisäksi motivaation arviointia ei ohjaustilanteessa tietoisesti käytetty. Tätä tulosta ei voida kuitenkaan käyttää laajempaan yleistyksenä fysioterapeuttien vuorovaikutusorientaatiosta ja motivaation arvioinnista.

*Vuorovaikutusorientaatio* fysioterapiaohjauksessa on perinteisesti ollut asiantuntijakeskeistä. Fysioterapeutin työn sisältö on muuttunut voimakkaasti, ja työn sisältöön kuuluu nyt oleellisena osana ohjaus- ja neuvontatoiminta. Ohjausmenetelmät eivät ole kuitenkaan muuttuneet yhtä nopeasti, joskin vuorovaikutuksen merkitys ohjauksen onnistumiseksi on tunnistettu. (Kukkohovi 2004.) Tulokset tukevat sitä käsitystä, että fysioterapeutit ovat tottuneet neuvomaan ja ohjaamaan erilaisia tilanteita ja asiakas voi myös odottaa ohjaustilanteessa asiantuntijakeskeistä ohjausta. Asiantuntijakeskeisen ohjauksen ja behavioristisen oppimiskäsityksen lähtökohdat ovat samansuuntaisia (Vänskä ym. 2011, 52; Salminen & Suhonen 2008, 11; Patrikainen 1997, 74–75).

Vuorovaikutuksen dialogisuutta arvioitiin luokittelemalla kysymykset avoimiin ja suljettuihin kysymyksiin. Suljetut kysymykset kuvaavat yleensä asiantuntijakeskeistä vuorovaikutusorientaatiota. (Turku 2011, 50.) Kysymysten laatua tarkkailemalla ja siihen keskittymällä voi muuttaa vuorovaikutustilannetta huomattavan paljon dialogisempaan suuntaan. Suljettuihin kysymyksiin vastataan joko kyllä tai ei. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden tarkempaan kerrontaan ja ohjaavat asiakasta kertomaan oman tarinansa. Suljettujen ja avointen kysymysten tietoinen käyttäminen edellyttää tietoisuutta omasta tavasta kysyä sekä tietoista harjoittelua. Tässä on yksi keino, joka on jokaisen ylettyvillä, ja jota muuttamalla voi aloittaa omien vuorovaikutustaitojen kehittämisen. Reflektioiva toisto luo asiakkaalle tunteen, että hän on oikeasti tullut kuulluksi.

*Muutosvaihemallin* mukaista motivaation vaiheen tietoista arviointia ei tullut esiin ohjaustilanteessa (Turku 2007, 55–64.) Ovatko fysioterapeutit tietoisia transteoreettisesta muutosvaihemallista, ja siitä miten sitä voisi hyödyntää fysioterapiaohjauksessa ja asiakkaan motivoinnissa? Miten fysioterapeutti varmistaa ohjauksessaan sen, että muutosvaihemallissa harkinta- ja suunnitteluvaiheessa oleva asiakas saattaa asiansa toiminta- ja ylläpitovaiheeseen? Miten seurannan voisi järjestää kustannustehokkaasti niin, että fysioterapeutti tietää, milloin asiakas on hoitanut ohjauksen mukaisen asian loppuun. Onko yksi ainoa käynti riittävä ohjauksen vaikuttavuuden kannalta ja pitäisikö ohjauksen vaikuttavuuden seurantaan kehittää uusia välineitä ja menettelytapoja. Näillä voitaisiin arvioida myös ohjauksen tuloksellisuutta. Onko mahdollista, että asiakas kokee systemaattisen seurannan liiallisena kontrollointina?

Ajan käyttö ja tilan haltuunotto ohjaustilanteessa on todennäköisesti hyvin tyypillinen fysioterapiaohjaukselle. Kuitenkin näin selkeä ero asiakkaan ja fysioterapeutin käyttämän ajan suhteen ei tue myöskään ajatusta dialogisesta vuorovaikutuksesta. Miten me fysioterapeutit pääsisimme ulos siitä syvällä istuvasta uskomuksesta, että meillä on se paras tieto asioista? Ammatti-identiteetti vahvasta neuvojen ja ohjeiden antajasta heijastuu fysioterapiassa hyvin vahvana. Koulutuksessa ja jatkokoulutuksessa keskitytään yleensä fysioterapeuttisten menetelmien hallintaan, ja tärkein eli se miten ihmisten kanssa tullaan toimeen, unohtuu herkästi. Tapa toimia ja ohjata siirtyy myös työpaikan tiedostamattomina käytäntöinä. Käyttäytymistä ohjaavat myös asiakkaiden odotukset, joita fysioterapeuttien ammattikunta tiedostamattaan varjelee. Asiakkaan odotus on, että asiantuntija tulee ja parantaa. ja siihen odotukseen fysioterapeutit vastaavat innolla, vahvistaahan se oman työn tärkeyttä ja tunnetta sen arvostuksesta.

Vuorovaikutuksen osa-alueista sanaton viestintä kattaa viestinnästä n. 80 %. Sen merkitystä vuorovaikutustilanteelle ei tässä tutkimuksessa arvioitu lainkaan. Tämän tutkimuksen kohteena on siis pieni, mutta merkityksellinen osa dialogin syntyyn vaikuttavista tekijöistä.

Tulokset vahvistavat käsitystä, että fysioterapeutit mieltävät edelleen itsensä asiantuntijuuden kautta ohjeiden antajiksi. Ohjattavan omaa motivaatiota ja elämänpiiriä sekä ohjeiden soveltumista ei juurikaan osata selvittää. Kaikkein vaikeinta on aktiivisen kuuntelun taito. Sen edellytyksenä on asuminen alas asiantuntijan korokkeelta ja aito vuorovaikutus ja kiinnostuminen asiakkaan näkökulmasta ja ajatuksista. Asiantuntijuuden suojanaamion riisuminen voi olla pelottavaa, koska aidossa vuorovaikutustilanteessa on myös jossain määrin itse suoja.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta arvioitaessa nousee mieleen ensimmäisenä se, miten kattavia johtopäätöksiä voi tehdä yhdestä 17 minuutin pituisesta vuorovaikutustilanteesta. Toimintamme perustuu aiemmin opittuihin käsityksiin, asenteisiin ja uskomuksiin, ja niiden muuttaminen edellyttää niiden tiedostamista ja tunnistamista, koska tunnistamattomina ne voivat muodostua oppimisen esteiksi. (Repo & Nuutinen 2003, 40.) Jos ei ole tiedostanut vuorovaikutusorientaatiotaan, toimii todennäköisesti ohjaustilanteissa yleensä aiemmin opitulla tavalla. Tutkimusmateriaalin käyttöön oli pyydetty kirjalliset luvat kummaltakin nauhoituksessa esiintyneeltä henkilöltä.

Nauhoitustilanne oli sekä fysioterapeutille että asiakkaalle jännittävä, ja se vaikutti myös todennäköisesti tilanteen kulkuun. Molemmat tiesivät nauhoituksesta ja sen tarkoituksesta ja se saattoi ohjata kummankin käyttäytymistä tilanteessa. Tilanne ei siis välttämättä ollut luonnollinen.

Luotettavuutta heikensivät nauhoituksen laatuun vaikuttaneet avokonttorin hälyäänäet. Hälyäänistä johtuen kaikkea keskustelua ei saatu litteroitua täysin ja siitä johtuen jotain olennaistakin on voinut jäädä huomaamatta.

Sermistä huolimatta avokonttori on melko hälyinen työpaikka, ja viereisiä työpisteistä kantautui välillä häiritsevää hälyä tilanteeseen. Avokonttorin häly aiheutti nauhoitukseen sen verran taustahälyä, että se hankaloitti vuorovaikutustilanteen litterointia. Keskustelusta osa jäi tästä syystä analysoimatta, ja se voi myös vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

### 6.3 Jatkotutkimuksen aiheet

Työterveyshuollossa toimivien fysioterapeuttien kannattaisi miettiä, miten yksittäisten ohjausten seuranta voisi kehittää systemaattiseksi. Voisiko siinä käyttää nykytekniikka tai vaikkapa sosiaalista mediaa hyödykseen?

Fysioterapian vaikuttavuudesta on edelleen liian vähän tutkimusta, ja ohjauskäytäntöjen vaikuttavuudesta vielä vähemmän. Myös fysioterapeuttien vuorovaikutustaidoista tarvitaan lisää tutkimustietoa. Ennen kaikkea tarvitaan iso asennemuutos työelämässä olevien fysioterapeuttien keskuudessa, jotta niitä oppeja, joita jo esim. sosiaalihuollon ja päihdekuntoutuksen henkilökunta käyttää muutosta mahdollistamaan, otettaisiin käyttöön myös fysioterapiassa.

Koulutuksessa vuorovaikutustaitoja ja dialogisuutta pitäisi kouluttaa käytännön harjoituksella. Oppimiskäsitys ja sen syventäminen ovat myös asioita, joita koko fysioterapeuttien ammattikunta tarvitsee. Fysioterapeutin työstä heijastuu liiaksi vanhanaikaisen behavioristisen oppimiskäsityksen menetelmät. Jatkossa kannattaa tutkia myös sanattoman viestinnän osuutta vuorovaikutustilanteessa, ja varsinkin sitä, miten se edistää dialogin syntymistä yhdessä käytetyn kielen kanssa.

### 6.4 Oma oppiminen

Tämän opinnäytetyön polku on ollut pitkä ja työ on edennyt hitaasti. Työn ohessa opiskelu asettaa omat erityiset haasteensa, ja minä kuulun niihin, jotka tarvitsevat aikaa asioiden kypsyttelyyn ja pohtimiseen. Oppiminen on ollut aaltoliikettä, ja pitkät tauot opintojen edistymisessä ovat haitanneet asioiden mieleen palauttamista. Niinpä opintovapaa on ollut minulle ainut oikea ratkaisu saada asiaa eteenpäin.

Tämä aihe on toinen aihe, jota lähdin valmistelevaan opinnäytetyöksi. Tästä aiheesta löytyi kuitenkin se imu, josta löytyivät ne teemat, jotka kiinnostavat minua aidosti. Polku tähän aiheeseen on ollut mutkainen ja monimuotoinen, ja aiheen kiteytyminen on vaatinut aikaa.

Mitä olen oppinut? Olen kokenut oppineeni niin tutkimusprosessin tekemistä kuin tieteellistä kirjoittamista. Aineiston analyysin tekeminen oli loppujen lopuksi nopeaa ja helppoakin. Tunnistin, että olen tehnyt vastaava analyysia myös omassa työssäni.

Oli yllättävää, miten näinkin lyhyt vuorovaikutustilanne avautui aivan uudella tavalla, kun siihen käytti sisällönanalyysimenetelmää. Olin mukana ja videoin itse tilanteen, ja ajattelin siinä silloin, että se sujui aivan samoin, kuten itsekin olen vastaavia tilanteita ohjannut. En silloin huomannut vuorovaikutuksessa mitään sen ihmeempää. Vielä videolta tarkastellen kokemukseni ohjaustilanteesta säilyi samana. Vasta kun aloin litteroida vuorovaikutustilannetta ja tukia litterointia tarkemmin, siitä paljastuivat aivan eri tavalla tutkittavan kohteen ilmenemismuodot.

Tärkein oppimani asia on se, mikä vuorovaikutuksen merkitys on kaikessa toiminnassa. Toimin sitten fysioterapian asiantuntijana tai henkilöstösuunnittelijana, vuorovaikutus on aivan yhtä tärkeä molemmissa tehtävissä. Organisaatiot eivät itseasiassa tee mitään, vaan ihmiset niiden organisaatioiden sisällä.



## LÄHTEET

- Aaltola J. & Valli R. (toim.) 2001. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Gross A., Forget M., St George K., Fraser Mm., Graham N., Perry I., Burnie S., Goldsmith Ch., Haines T. & Brunarski D. 2012, issue 3. *Patient education for neck pain (review)*. The Cochrane collaboration®. John Wiley & sons, Ltd.
- Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Koponen J. 2012. *Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa*. Tampereen yliopisto. Viestinnän, median ja teatterin yksikkö. Akateeminen väitöskirja [viitattu 16.1.2014]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66902/978-951-44-8816-0.pdf?sequence=1>
- Koski-Jännes A. 2008a. *Johdanto*. Julkaisussa: Koski-Jännes A., Riittinen L. & Saarnio P. (toim.) 2008. *Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi.
- Koski-Jännes A., 2008b. *Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät*. Julkaisussa: Koski-Jännes A., Riittinen L. & Saarnio P. (toim.) 2008. *Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi, 41-64.
- Kukkohovi K. 2004. *Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus*. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Puheviestinnän pro gradu – tutkielma [viitattu 20.1.2014]. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/urn\\_nbn\\_fi\\_jyu-200536.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/urn_nbn_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1)
- Kukkonen R., Hanhinen H., Ketola R., Luopajarvi T., Noronen L. & Helminen P. (toim.) 2001. *Työfysioterapia, yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Manninen P., Laine V., Leino T., Mukala K. & Husman K. 2007. *Hyvä työterveyshuoltokäytäntö*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Miller W. 2008. *Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen*. Julkaisussa: Koski-Jännes A., Riittinen L., Saarnio P. (toim.) 2008. *Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi, 16-40.
- Mönkkönen K. 2007. *Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö* [verkojulkaisu]. Helsinki: Edita. Saatavissa: Savonia-amk sähköinen aineisto, e-kirjat.
- Palmgren H., Jalonen P., Kaleva S., Leino T. & Romppanen V. 2007. *Tietojen antaminen ja ohjaus (tano) työterveyshuollon työssä – tapaustutkimus tano-toiminnasta nuorten työterveyden edistämiseksi*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Patrikainen R., 1997. *Ihmiskäsitys, tiedonkäsitys ja oppimiskäsitys luokanopettajan pedagogisessa ajattelussa*. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Poskiparta M. 2002. *Neuvonnan keinoin kohti terveystyöterveyskäytännön muutosta*. Julkaisussa: Torkkola S. (toim.) 2002. *Terveystietä* [verkojulkaisu]. Helsinki: Tammi, 25-35. Saatavissa; Savonia-amk sähköinen aineisto, e-kirjat.
- Prochaska J.O. & Diclemente C.C. 1983. *Stages and processes on self-change in smoking toward an integrative model of change*. Journal of consulting and clinical psychology, 5. 390-395.
- Repo I. & Nuutinen T. 2008. *Viestintätaito*. Helsinki: Otava.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. *Kvalimotv - menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja] [viitattu 20.1.2014]. Saatavissa: <<http://www.fsd.uta.fi/metodimaopetus/>>.

Salminen L. & Suhonen R. 2008. *Oppiminen ja oppimismenetelmät ja niiden hyödyntäminen ammatillisen kehittymisen tukena – raportti täydennyskoulutuksesta ja sen mahdollisuuksista* [verkkojulkaisu]. Hämeenlinna: Hamk. [viitattu 16.1.2014]. Saatavissa: Hamk sähköinen aineisto.

Savonia amk 2013. *Fysioterapian koulutusohjelman osaamistavoitteet 1.8.2013* [verkkosivut] [viitattu 20.2.2014]. Kuopio: Savonia amk. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/node/209?yks=ks&konr=2911&tab=2>

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

*Terveysturvallisuuslaki*. L. 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 16.3.2014]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5btype%5d=pika&search%5bpika%5d=terveydenhuoltolaki>

Torkkola S. (toim.) 2002. *Terveysturvallisuus*. Helsinki: Tammi.

Trede, F.V. 2000. *Physiotherapists' approaches to low back pain education*. Physiotherapy 86, 8, 427 – 433.

Tuomi J., Sarajärvi A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Tammi.

Turku R. 2007. *Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus*. Helsinki: Edita.

*Työterveyshuoltolaki* L 21.12.2001/1383. Finlex. Lainsäädäntö [verkkomateriaali] [viitattu 2014-01-15]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Vänskä K., Laitinen-Väänänen S., Kettunen T. & Mäkelä J. 2011. *Onnistuuko ohjaus*. Helsinki: Edita.

Wiebke F., Kaltenbacher E., van der Leur J., Dean E., 2012. *Can physical therapists counsel patients with lifestyle-related health conditions effectively? A systematic review and implications*. Physiotherapy theory and practice 28 (8); 571–587.

## LIITE 1

Litterointi avoimista ja suljetuista kysymyksistä

Kysymykset	
Suljettuja kysymyksiä	<p>ft: onko omat lasit nyt ne monitehot as: on</p> <p>ft: onko miten vanhat nää monitehot as: nää on kyllä useamman vuoden vanhat, et viime keväänä kävin sit silmälääkärissä ja todettiin että ei oo ai- hetta uusia</p> <p>ft: joo okei, ja tota mites muuten, katotaankos samalla tää sun ergonomia tässä as: joo ft: onko tullu mietittyä</p> <p>ft: onko noi kantapääät tukevasti lattiassa, istut nimittäin aika korkeella, katon sun kantapäivät että ne just ja just as: joo nii</p> <p>ft: miten sit toi selkänöja, tuntuuko että se on ihan oikeel- la kohalla as: en tiiä sitä ku on tottunu tähän</p> <p>ft: menikö parempaan vai huonompaan suuntaan as. ei tää pahalle tunnu</p> <p>ft: tukeehan se selkää , pitäs tuntua just notkon kohdalla tavallaan sillä tavalla et palapelin palaset as: kokeillaan, ihan hyvälle tuntuu kyllä</p> <p>ft: tuntuuko siltä et se meni liian korkealle saa sen alem- mas nii täällä on tosiaan tämmönen vipu täällä istuisosan takana nostahan ylös nii se menee alas, mä nostin sen nyt tähän asentoon nii se on nyt siellä onko nää tuolit ollu</p>

	<p>teillä aikaisemmin</p> <p>as: tää tuoli on ollu mulla vuodesta 2004</p> <p>ft: nii että tää on silleen tuttu tuoli</p> <p>as: nii joo nii</p> <p>ft: sillen saisit työnnettyä tuota näppäimistöä tuonne, tuleeko onko tää ihan semmonen ehdoton</p> <p>as: joo kyllä että sit mä juotusin täältä sivusta kattoo sit se ei oo kyllä hyvä paljon tarviin tätä et naputtelen paperista</p>
Avoimia kysymyksiä, ohjaaja pääasiassa kuuntelee	<p>ft: jos aatellaan tota niin miltähän tämä tämmönen nyt äkkiseltään tuntuu</p> <p>as: no ei, täällä ei nyt tietysti oo mittään tukke, tottuu tietysti että se on ollu tässä vähän mulla tässä</p> <p>ft: nii mltä se tuntus et se olis tässä näin</p> <p>as: nii</p>
Avoimia kysymyksiä, kuullun toistoa	<p>as: tota tämä on rikki tämä pöytä</p> <p>ft: ai miten niin rikki</p>