

LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEINEN FYSIOTERAPEUTTINEN OHJAUS FYSIOTERAPEUTTIIEN KUVAAMANA

Johdanto

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvää kuntoutusta fysioterapeuttisen ohjauksen näkökulmasta. Kuntoutuksella tarkoitetaan pyrkimystä ihmisen toimintakykyisyyden, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistämiseen. Kuntoutumisprosessi lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä voidaan nähdä yksilöllisenä oppimisprosessina, jossa kuntoutuminen merkitsee uudelleen orientoitumista ja oppimista (vrt. Järvikoski & Härkäpää 2011, 8, 14–16). Pedagogisen suhteen rakentaminen kuntoutujan ja asiantuntijan kesken onkin edellytys kuntoutujan aktiiviselle osallistumiselle tähän prosessiin (Tynjälä ym. 2016). Potilaskeskeinen kuntoutumisprosessi huomioi kuntoutujan aktiivisena toimijana omassa toimintaympäristössään. Fysioterapeutin roolina on olla kuntoutujan tukena ja antaa tietoa, jotta kuntoutujan ymmärrys omasta tilanteestaan kasvaa ja hänellä on mahdollisuus tehdä omaa kuntoutumistaan koskevia päätöksiä ja asettaa tavoitteita. Tällöin vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen, ja kuntoutusprosessi etenee kohti kuntoutujan valtaistumista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 188–190.)

Fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa kuntoutujan fyysistä toimintakykyä ennen ja jälkeen leikkauksen sekä tukea terveyteen liittyvien käyttäytymis- ja uskomusmallien sekä taitojen omaksumista (Suomen

Fysioterapeutit 2013). Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen sisältö on paljolti harjoitteiden ohjaamista sanallisin ohjein sekä manuaalisen ohjauksen keinoin (Talvitie & Pyöriä 2006, 187–188). Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla pyritään terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämiseen. Kuntoutujan oppimista ja hänen voimavarojensa suuntaamista yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi voidaan edistää vaikuttamalla hänen tietämykseensä sekä terveystietäytymiseensä opettamisen ja ohjaamisen keinoin (Bartlett 1985, Fysioterapianimikkeistö 2007).

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen sisällön osalta on todettu, että sairaalavaiheessa sängyssä tehtävä harjoittelu ei anna lisäarvoa alkuvaiheen kuntoutumiseen eikä se lyhennä sairaalassaoloaika (Jesudason & Stiller 2002). Kotiutumisen jälkeen tapahtuvan harjoittelun tulisi olla tehokasta, spesifää ja säännöllistä (Jan ym. 2004, Trudelle-Jackson & Smith 2004, Unlu ym. 2006, Stockton & Mengersen 2009), ja harjoittelun jatkaminen pitkään leikkauksen jälkeen joko kotona tai laitoksessa edistää tutkimusten mukaan kuntoutumista (Unlu ym. 2006, Stockton & Mengersen 2009). Tavanomaisen harjoittelun lisäksi hyödyllisiä näyttäisivät olevan mm. vesiterapia (Wang ym. 2002, Giaquinto ym. 2010, Rahmann ym.

2009), voimaharjoittelu (Husby ym. 2009, 2010), osakuormitteinen kävelymattoharjoittelu (Hesse ym. 2003), sähköstimulaatiohoito (Suetta ym. 2004, Gremeaux 2008) sekä käsi-ergometriharjoittelu (Maire ym. 2003).

Sen sijaan fysioterapeuttisen ohjauksen (Rindflesch 2009), fysioterapeutin ja kuntoutujan välisen vuorovaikutuksen (Grant ym. 2009) sekä fysioterapeuttien vuorovaikutuskäytäntöjen (Opsommer & Schoeb 2014) tutkimus on vähäistä. Kuntoutujan autonomia arvostava vuorovaikutus sekä kuntoutujan aktiivinen osallistuminen korreloivat potilastyytyväisyyden kanssa, ja potilaskeskeinen hoito lisää kuntoutujien sitoutumista hoitoon ja heidän kontrollin tunnettaan omasta terveydestään (Barron ym. 2007, Hall 2010, Oliveira ym. 2012).

Vuorovaikutuksen onnistumisella on merkittävä vaikutus kuntoutujan positiiviseen kokemukseen fysioterapiasta. Kuntoutujien mielestä hyvät vuorovaikutustaidot, opetustaidot sekä käytöstavat ovat fysioterapeutin tärkeitä ominaisuuksia. (Potter ym. 2003.) Myös fysioterapeuttien mielestä hyvä potilas–terapeutti-suhde (Stenmar & Nordholm 1994) sekä fysioterapeuttien kyky osoittaa empatiaa, kunnioitusta ja todellista kuuntelemista ovat olennaisia tekijöitä hyvien hoitotulosten saamiseksi (Gyllenstein ym. 1999). Fysioterapeuttien käsitysten mukaan kuntoutujan negatiivisten tunteiden, kuten pelon, huomiointi ja ymmärtäminen voi olla myös edellytys hyvälle hoitotuloksille (Gard ym. 2000).

Kuntoutusparadigma on muuttunut kuntoutujan omaa aktiivisuutta, toimijuutta ja valtaistumista sekä perheen osallisuutta ja kuntoutustyön moniammatillisuutta korostavaksi (Glazier ym. 2004), joten on tärkeää tutkia myös sitä, näkyykö muutos fysioterapeuttien käsityksissä. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen sisällön lisäksi on tärkeää tutkia myös vuorovaikutusta, ohjauksen pedagogiikkaa ja potilaslähtöisyyttä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia käsityksiä akuuttisairaalan fysioterapeuteilla on lonkan tekonivelleikatun kuntoutumiseen liittyvästä fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Tutkimuksen

tavoitteena oli tuottaa tietoa fysioterapeuttisen ohjauksen ja fysioterapiakoulutuksen kehittämiseksi.

Aineisto ja menetelmät

Akuuttisairaalan fysioterapeuttien käsitysten esiin saamiseksi tutkimusta varten haastateltiin neljää suomalaisessa erikoissairaanhoidon yksikössä lonkan tekonivelleikkattujen kanssa työskentelevää fysioterapeuttia, joiden keski-ikä oli 44 vuotta ja joilla oli työkokemusta alaltaan 24 vuotta. Haastattelut olivat avoimia, haastateltavalähtöisiä recall-haastatteluja (ks. Dempsey 2010). Tutkimuksessa käytettiin kuvanauhoja yhteensä seitsemästä fysioterapeuttisesta ohjaustilanteesta, joissa haastatellut fysioterapeutit olivat eri potilaiden kanssa. Kunkin fysioterapeutin ohjaustilanteista oli yhdestä kahteen videota, näitä käytettiin haastattelujen tueksi palauttamaan fysioterapeutin asiakastilanne uudelleen mieleen. Haastattelujen aiheena oli fysioterapeuttinen ohjaus, jota käsiteltiin ensin yleisemmällä tasolla, jolloin avainkysymyksenä oli ”Mitä fysioterapeuttinen ohjaus on?” Videoiden katsomisen jälkeen haastateltavat nostivat esiin ohjaustilanteiden pohjalta itselleen merkityksellisiä ohjaukseen ja omiin ohjauskäytäntöihinsä liittyviä aiheita. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin sanataarkasti tutkimusaineistoksi.

Haastatteluaineisto, jota kertyi yhteensä 104 sivua (fontti 12, riviväli 1,5) kerättiin tammikuussa 2013. Kuvanauhojen kokonaiskesto oli 5 tuntia ja 24 sekuntia ja vaihteli 64 minuutista 83 minuuttiin haastateltavaa kohden. Kustakin videosta valittiin katsottavaksi fysioterapeuttisen ohjauksen kannalta keskeisiä kohtia 34 minuuttia 23 sekuntia, keskimäärin noin 8,5 minuuttia fysioterapeuttia kohden. Katsottaviksi kohdiksi valittiin ohjauksesta tilanteita, joissa tapahtui aktiivista fysioterapeuttista ohjausta sekä fysioterapeutin ja kuntoutujan välistä kommunikaatiota. Tutkimukselle on myönnetty sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto.

Tutkimusaineisto analysoitiin fenomenografisella tutkimusotteella, joka soveltuu hyvin käsitysten tutkimiseen (Marton & Booth

2009, 110–114). Ihmisen käsityksissä ovat mukana hänen kokemuksensa. Käsitteillä on laajempi ja syvempi merkitys kuin mielipiteillä: käsitteet nähdään ymmärryksenä tietystä ilmiöstä. Uudet käsitteet rakentuvat yksilön aikaisempien tietojen, kokemusten ja käsitysten pohjalle, ja ne ovat kontekstisidonnaisia ja relationaalisia. (Marton & Booth 2009, 111–112; Niikko 2003, 24–29; Åkerlind 2005, 2008.)

Aineiston analyysissä sovellettiin Åkerlindin esittämää fenomenografista analyysitietoa, jonka tarkoituksena on laadullisesti kuvata erilaisia tapoja, joilla tutkittavat jäsentävät kohdeilmiöt (Åkerlind 2005, Paakkari 2012). Analyysi oli kaksiosainen. Ensimmäisessä vaiheessa kaikkien tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien fysioterapeuttista ohjausta käsittelevästä puheesta muodostui kuusi teemaa (taulukko 1). Teemoja olivat esimerkiksi potilaan osallistuminen, eettisyys ohjaussuhteissa ja fysioterapeuttin asiantuntijuus. Analyysin toisessa vaiheessa kukin teema osoitettiin systemaattisesti hierarkkisesti muuntu- vaksi siten, että edellinen teema sisältyi aina seuraavaan. Täten aineistosta nousevien teemojen variaatiot muodostivat fysioterapeuttista ohjausta hierarkkisesti kuvaavan ilmiön kokonaisuuden eli (I) asiantuntijälähtöisen, (II) potilaan yksilöllisyyttä arvostavan fysioterapeuttisen ohjauksen sekä (III) fysioterapeuttisen ohjauksen osana potilaan kuntoutumista. (ks. Åkerlind 2005, Paakkari 2012.) Tässä artikkelissa käytämme termiä ”potilas” tulososassa, koska haastateltavat puhuivat potilaista. Muutoin käytämme termiä ”kuntoutuja”. Nämä tarkoittavat tässä tutkimuksessa samaa asiaa. Tulososassa käytettyjen autenttisten lainausten perässä on suluisia ilmaistu haastateltavat kirjainkoodeilla A - D, numero viittaa litteraation sivunumeroon.

Aineiston fenomenografisen analyysin luotettavuudessa on kyse siitä, kuinka hyvin se vastaa ihmisten kyseistä ilmiötä koskeviin käsityksiin (Uljen 1996), tässä tapauksessa fysioterapeuttista ohjausta koskeviin käsityksiin. Luotettavuuden lisäämiseksi fysioterapeuttien käsitysten teemoista ja fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategorioista

ja niiden hierarkkisuudesta keskusteltiin tutkijaryhmässä analyysin eri vaiheissa (vrt. Kvale & Brinkman 2009, Åkerlind 2005, 2008). Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, ja autenttisia lainauksia on liitetty mukaan analyysin tuloksiin, jotta lukija voisi seurata analyysin johtopäätöksiä. Tutkimusaineiston heikkoutena on, että se on hankittu yhdestä sairaalasta; tosin fenomenografisessa tutkimuksessa lukumäärän kasvattaminen ei lisää tutkimuksen luotettavuutta, vaan liiallisen aineiston on todettu jopa heikentävän tutkimuksen luotettavuutta (vrt. Mason 2010, Täks 2015, 48–49). Aineistossa on mukana kuvanauhoja useista potilaan ja fysioterapeuttin ohjaustilanteista, joten kerätty aineisto auttoi fysioterapeutteja palauttamaan mieleensä autenttiset tilanteet ja kertomaan käsityksensä niistä. Näin videoiden käytön voidaan katsoa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta.

Tulokset

Aineiston analyysin perusteella muodostui fysioterapeuttista ohjausta kuvaavat kuusi teemaa, joita fysioterapeuttien käsitykset koskivat: potilaan osallistuminen, kehollinen ohjaus, eettisyys ohjaussuhteissa, fysioterapeuttin asiantuntijuus, yhteistyö ja terveydenhuoltojärjestelmän eettisyys. Teemoista jokainen varioidi niin, että niistä muodostui kolme hierarkkista fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategoriaa, jotka olivat suppeimmasta laajimpaan seuraavat: asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus, potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus ja fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista. (Taulukko 1.)

Asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus

Asiantuntijälähtöisen fysioterapeuttisen ohjauksen teemassa korostui fysioterapeuttien käsitys kaavamaisesta osaamisesta, joka on sitä, että potilaan tarpeet tunnustetaan mutta yksilöllisyys fysioterapeuttisen ohjauksen toteutuksessa jää heikoksi (taulukko 1 ja kuvio 1).

Taulukko 1. Fysioterapeuttien käsityksistä muodostuneet teemat ja niiden variaatiot ja niistä analysiissa muodostuneet kolme hierarkkista fysioterapeuttisen ohjauksen ilmiön kuvauskategoriaa.

Teema	I Asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus	II Potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus	III Fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista
POTILAAN OSALLISTUMINEN	Potilaan lähtökohtien tunnistaminen	Fysioterapeutti huomioi potilaan yksilölliset tavoitteet ja toiveet	Potilaan vastuunotto omasta kuntoutumisestaan
KEHOLLINEN OHJAUS	Fysioterapeutti tunnistaa potilaiden erilaisuuden	Fysioterapeutilla yksilöllinen ohjaustapa	Potilaan oman kehon toiminnan ymmärrystä edistävä ohjaus
EETTISYYS OHJAUSSUHTEESSA	Fysioterapeutti tunnistaa potilaan merkityksen kuntoutumisessa	Empaattinen ohjaus	Potilaan situationalisuuden hyväksyminen
FYSIOTERAPEUTIN ASIAANTUNTIJUUS	Fysioterapeutin kaavamainen ammatillinen osaaminen	Fysioterapeutin joustava toimintatapa	Potilaan sujuvaa arjen haltuunottoa edistävä toiminta
YHTEISTYÖ	Ammattirajojen näkyminen moniammatillisessa yhteistyössä	Ammattirajat ylittävä yhteistyö	Kuntoutumisen moniammatillinen jatkuminen yli sairaalan rajojen
TERVEYDENHUOLTO-JÄRJESTELMÄN EETTISYYS	Fysioterapeutin ristiriita omien ammatteettisten periaatteiden kanssa	Fysioterapeutti ratkaisee ohjauksen sisällön yksilöllisesti ammatillisen osaamisensa ja arvomaailmansa pohjalta	Kriittisyys järjestelmän mahdollisuuksia kohtaan

Asiantuntijälähtöisen fysioterapeuttisen ohjauksen teemassa potilaan osallistumisen nähtiin mahdollistuvan, kun terapeutti tunnisti hänen lähtökohtansa. Fysioterapeutit tunnustivat potilaan lähtökohtien, voinnin ja motivaation vaikutuksia siihen, että potilas osallistui omaan kuntoutumiseensa. Potilaan kokemana kipua ja huonovointisuutta koettiin haasteena ohjauksen toteutuksessa, koska silloin hänen vastaanottokykynsä oli heikentynyt eikä hän aina voinut toimia toivotulla, omaa kuntoutumistaan edistävällä tavalla. *“Siin on semmonen tietty yritys ja halu joskus se kipu estää sen sujuvan toiminnan mutta se että sill on se yritys taustalla et sen näkee se on vähän niin kuin lapsella, et siin on liikkumisen riemu” (C-1).*

Kehollisen ohjauksen teemaa koskevis- sa käsityksissä korostui potilaan erilaisuuden tunnistaminen. Fysioterapeutit tunnustivat, että potilaat olivat ihmisinä ja persoonina erilaisia ja että heidän jaksamisensa vaihteli kunkin lähtökohtien ja leikkauksen jälkeisen voinnin mukaan. Fysioterapeuttinen ohjaus oli kuitenkin samanlaista huolimatta ihmisten erilaisuudesta. *“...periaatteessa niinku ne ne samat vuodejumat sitte tota vähän riippuu sitte mihin painottaa enemmän sitte niissä muissa et onko lonkassa kauheesti ojennusvajausta tai... ihan ihan vähän miltä se näyttää se potilaan kävely...vähän lähtee kartottaa että mikä on sopiva...sopiva harjoittelu sitten...mutta kaikkihan ne sen saman ohjeen kuitenkin saa ja kyllä mä ne silleen käyn läpi” (D-13).*

Eettisyys ohjaussuhteessa ilmeni siten, että fysioterapeutti tunnisti potilaan aktiivisen osallistumisen merkityksen kuntoutumisessa. Eettisenä haasteena fysioterapeutit kokivat, että he eivät tulleet kaikkien potilaiden kanssa yhtä hyvin toimeen, jolloin potilaan pelkojen ja epävarmuuden huomioon ottaminen ei aina onnistunut. Fysioterapeutit tunnustivat potilaille pelkoa aiheuttavina asioina erityisesti kaatumisen, nivelen sijoiltaan menon ja päivittäisistä toimista, kuten kaupassa käynnistä, selviytymisen. Potilaan kanssa toimeen tulemisen esteinä koettiin olevan ”kemioiden” tai huumorintajun kohtaamattomuus sekä potilaan muistamattomuus. Terapeutit

kaipasivatkin enemmän koulutusta tällaisten tilanteiden ratkaisemiseen. He kokivat, ettei fysioterapeutin peruskoulutus ole tässä suhteessa riittävää. *“Mutta tota jos henkilökemia ei kohtaa niin se on vähän töks töks no niin mennään tästä näin noi, siin mennään vähän joskus siitä mist on aita matalin, et saadaan nyt se perusjuttu käyntiin” (C-2).*

Fysioterapeutit käsittivät oman asiantuntijuutensa kaavamaisena ammatillisena osaamisena, mikä tarkoitti heille anatomian ja fysiologian osaamista, ihmisen perusliikkumisen ymmärtämistä sekä havainnointitaitoja. Ammatilliset taidot käsitettiin pyrkimyksenä toimia sovitujen ohjeiden ja raamien mukaan. Fysioterapeutit pitivät tärkeänä ohjauksen sisällön eli sen ymmärtämistä, miksi kullekin potilaalle ohjattiin tietynlaisia liikkeitä, mutta toisaalta he kokivat haasteena yksilöllisen ohjauksen sisällön toteuttamisen käytännössä. Uhkana tässä kategoriassa ilmeni vanhoihin totuttuihin tapoihin urautuminen ammatillisessa toiminnassa. *“Hyvä perusliikkuminen, hyvä kävely, turvallinen hyvä nivelen käyttö... hänen pitää oppia et se että jättää ettei onnu sen jalan kanssa ja ne sauvat on siinä tukena se että hän kävelee niinku mahdollisimman normaalisti ja totanoin nousee ylös sängystä normaalisti ja tuolista normaalisti eikä tee mitään kommervenkkejä” (A-9).*

Yhteistyön teema käsitettiin ammattirajojen näkymisenä moniammatillisessa yhteistyössä. Ammattiryhmien välisen työnjaon ongelmat käsitettiin yhteistyön haasteiksi potilaan hoidossa. Fysioterapeuttien käsitysten mukaan hoitohenkilökunta saattoi ohjata potilasta huomioimatta muita työntekijäryhmiä, jolloin lopputulos ei fysioterapeuttien mukaan välttämättä ollut potilaan kuntoutumisen kannalta edullinen. Työnteon kulttuuria kuvasi itsenäinen tekeminen, eikä toistenkaan tekemiseen puututtu. *“Lääkäri yleensä vain käy ja toteaa, että kaikki on hyvin, (röntgen) kuvassa ei ollu mitään ihmeellistä, mutta tota siin ei oikeen voi hoitaja ja jumppari puhuu samaan aikaan omista (ammatillisista) asioistaan. Et se ei toimi, ei siinä jää toiselle (potilaille) yhtään mitään mieleen” (C-11).*

Fysioterapeuttien käsitykset terveyden-

huoltojärjestelmän eettisyydestä olivat ristiriitaisia heidän omien ammattieettisten periaatteidensa kanssa. Käytännön työssä nämä ristiriidat käsitettiin muun muassa resurssipulan tai kiireen seurauksiksi, jolloin fysioterapeutti koki joutuvansa tekemään työssään priorisointeja vastoin omaa ammattietiikkaansa. Näiden ristiriitojen he käsittivät tulevan esiin esimerkiksi ohjauksen jatkuvuuden katkoksinä, jotka heidän mukaansa johtuivat terapeuttien useista vaihtumisista potilaan hoitojakson aikana. *“Sit vielä osastolla niin saattaa olla et eri päivinä käy eri terapeutti jopa niin et aamu- ja iltapäivällä voi olla eri terapeutti se on hirveen huono asia, mutta se on tän päivän realiteetti” (B-4).*

Yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus

Yksilöllisyyttä arvostavan fysioterapeuttisen ohjauksen kategoria eroaa ensimmäisestä, suppeimmasta kategoriasta siten, että fysioterapeuttien käsityksissä näkökulmat laajenivat huomioimaan yksilölliset tekijät ohjaustyössä. Fysioterapeuttien käsityksissä ilmenee enemmän potilaskeskeisyyden elementtejä sekä toimivan moniammatillisen yhteistyön ymmärtämistä, jolloin potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet tulevat huomioituiksi.

Osallistumisen teemassa yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus näkyi potilaan tavoitteiden ja toiveiden huomioimisena, joka fysioterapeuttien mukaan tuli mahdolliseksi vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Fysioterapeutit toivat esiin, että potilas osallistui omaan kuntoutumiseensa motivoituneesti, ja tavoitteena saattoi olla esimerkiksi kotona pärjääminen, pyöräily, hiihto tai golfin pelaaminen. *“Juttelee potilaan kanssa et mitkä on omat tavoitteensa ja sen pohjalta se sit tehdään. Potilaat tuovat usein itsekkin niitä toiveita esille” (C-5).*

Kehollisen ohjauksen teemassa fysioterapeutit korostivat ohjauksen olevan fysioterapeutin yksilöllinen ohjaustapa, joka ei ollut vielä tiedostettua vaan intuitiivista. Tärkeinä piirteinä fysioterapeutit pitivät rauhallisuutta, potilaan kannustamista sekä havain-

nointi-, keskustelu- ja kuuntelutaitoja, joiden avulla ohjaus toteutui potilaan jaksamisen ja yksilöllisen tilanteen mukaan. Turvallisuuden tunnetta fysioterapeutit loivat tarvittaessa olemalla fyysisesti lähellä potilasta esimerkiksi porraskävelyä harjoiteltaessa. Yksilöllisessä fysioterapeuttisessa ohjauksessa kehollinen ohjaus toteutui sekä sanallisesti että sanottomasti huomioiden potilaiden erilaiset oppimistavat. *“...joittenki kanssa ehkä se puhuminen on enemmän ja joittenki kans tekeminen, et antaa potilaan, ehkä... et oo... itte ensimmäisenä äänessä vaan antaa sen potilaan niinku sieltä... tuottaa sitä...niitä omia juttuja tai kysymyksiä” (D-7).*

Fysioterapeutit käsittivät eettisyyden ohjaussuhteessa potilaan empaattisena ohjauksena. Tärkeänä ei nähty ainoastaan kuuntelemista, vaan fysioterapeutit kertoivat arvostavansa potilaita myös kuulemalla heitä ja olemalla aidosti läsnä. Näin he kokivat ottavansa huomioon potilaan ohjaustilanteessa osoittaman pelon ja epävarmuuden esimerkiksi kannustamalla, kehumalla ja rohkaisemalla häntä, jolloin potilas sai varmuutta toimintaansa. Eettisyys käsitettiin myös potilaan mahdollisuutena vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa. *“Tällanen potilaan niinku sellanen huomiointi niinku ku ne itse kuitenkin voi itseki päättää asioistaan että ei me olla koko ajan sitä mikä mitä vaan sanotaan ja tehdään vaan ne voi siinä omassa toiminnassa päättää vähän” (D-11).*

Fysioterapeutin asiantuntijuus käsitettiin fysioterapeutin yksilöllisyyttä arvostavana, joustavana toimintatapana. Toimintatavan valintaan vaikuttivat fysioterapeuttien mukaan ammatillisen osaamisen lisäksi fysioterapeutin kokemuksen kautta ja asiantuntijuuden osana saavuttama intuitio ja ”hiljainen tieto”. Lisäksi fysioterapeutit kokivat arvioivansa ja ottavansa huomioon potilaan yksilöllisen tilanteen, esimerkiksi leikkauksesta johtuvat rajoitukset ja ennen kaikkea liikkumisen turvallisuuden. *“...just et ymmärtää minkä takia sä juuri tuolle potilaalle annat tuota liikettä tai miksi ei tota noin vielä vaan katotaan huomenna.. niin siinä tarvitaan sitä silmää.. ja se on semmonen joka tulee vasta sitte kokemuk-*

sen mukaan kun sä tapaavat paljon potilaita ja opit näkemään” (B-12).

Fysioterapeutit korostivat sairaalassa tehtävää, ammattirajoja ylittävää yhteistyötä, jota he kertoivat tekevänsä potilaan hyväksi esimerkiksi siten, että aikatauluista sovittiin joustavasti. Lisäksi he kertoivat pystyvänsä keskittymään ohjauksessaan fysioterapeuttista asiantuntemusta vaativan potilaan liikuttamisen ja toiminnan laatuun, kun sairaanhoitajat toimivat kuntouttavan työotteen mukaisesti. Fysioterapeutit näkivät ammattirajojen madaltuneen hyvällä tavalla potilaan kuntoutumista ajatellen, kuten seuraavasta sitaattista ilmenee: *”Hoitajat ja lääkärit et me ollaan kuitenkin yhteistyössä ja tehdään sellasta tiimityötä että tietysti tää nopea mobilisoituminen on mahdollistanut sen että me päästään siihen ydintehtäväämme nopeemmin ja tehokkaammin oikeestaan”* (A-9).

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen eettisyysdestä fysioterapeutit kertoivat, kuinka he ohjasivat potilaita kunnioittaen heidän yksilöllistä arvomaailmaansa, oman osaamisensa sekä ammattietiikkansa mukaisesti. Fysioterapeutit näkivät potilaat ihmisinä, ei vain diagnoosien kantajina. Vaikka niukat resurssit vaikuttivat fysioterapeuttien tekemisiin valintoihin ohjaustilanteissa, he osasivat tehdä potilaan kannalta toimivia valintoja. *”Se toiminnallisuushan tulee vaan siitä että meillä ei ole kertakaikkiaan aikaa lähteä jotain lonkan fleksiota harjoittamaan erikseen...”* (B-16).

Fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista

Laajin fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategoria huomioi potilaan kuntoutumisprosessin aikaisen autenttisen ympäristön ja elämäntilanteen, toisin kuin edellisissä kategorioissa. Fysioterapeuttinen ohjaus ulottui potilaan omiin mahdollisuuksiin ja aktiiviseen toimintaan sairaalan rajojen ulkopuolella.

Osallistumisen teemassa fysioterapeutit kertoivat, että potilaan autenttisen ympäristön ja elämäntilanteen huomioiva ohjaustapa edisti sitä, että potilas otti vastuuta omasta kuntoutumisestaan ja potilas luotti omaan

tekemiseensä ja kotona pärjäämiseensä. Fysioterapeutit näkivät onnistumisen kokemukset tärkeänä siltana kohti omatoimisuutta. He pyrkivät tukemaan potilasta itsenäisen selviytymisen kokemusten saavuttamiseksi ja samalla siirsivät vastuuta vähitellen potilaalle. Fysioterapeutin tehtävänä oli vakuuttaa potilas tämän kyvystä ottaa vastuuta kuntoutumisestaan. Fysioterapeuttinen ohjaus valmisti fysioterapeuttien mukaan potilasta ymmärtämään omaa tilannettaan ja sen vaatimuksia kotiutumisen jälkeisessä kuntoutumisprosessissa. *”Luottamusta siihen niinku omaan tekemiseen, omaan pärjäämiseen että et... ymmärtää se koko prosessin et se ei oo hetkessä valmis se tekonivel vaan se... kestää aikaa se toipuminen ja tota se on pitkä prosessi että semmosta ymmärrystä siltä potilaaltakin et hän ei oo kunnossa kun hän täältä lähtee vaan hän on toipilas...”* (A-2).

Kehollisen ohjauksen tavoitteeksi fysioterapeutit näkivät sen, että kuntoutumisen edessä potilaan tietoisuus oman kehonsa toiminnasta lisääntyy. Tällöin potilas osaa fysioterapeuttien mielestä konkreettisesti huomioida muun muassa liikerajoituksensa sekä liikkua ja harjoitella oman jaksamisensa mukaan myös kotiuduttuaan. *“...että potilaat oppii kuuntelemaan sitä omaa kehoansa et se on... sellanen tärkein mittari siinä siinä että tosiaan kaikki ei jaksa niinku samalla tavalla kaikkea ja sitte se että se potilas ymmärtää myöskin että hän on toipilas... et vähän se prosessin ymmärtäminen myös et se potilas ymmärtää”* (A-15).

Eettisyys ohjaussuhteessa näkyi potilaan situationaalisuuden eli elämäntilanteen huomioon ottamisena. Ohjauksen käsitettiin sisältävän potilaan tarpeen mukaan perusteluja sille, miksi tiettyjä asioita tehdään. Tärkeänä nähtiin myös se, että potilaalle annetaan tilaisuus esittää kysymyksiä. Läsnaolo ja potilaan hyväksyminen sellaisena, kuin hän on, nähtiin keskeisinä tekijöinä luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin luomisessa. *”Kuunnella potilasta mitä hän niinku kysyy ja yrittää sitä kautta et se tulee kans ehkä just sen kokemuksen myötä että oppii tunnus...tunnustelemaan ja havainnoimaan et mimmonen onks tää nyt*

tämmönen arempi ihminen” (B-15).

Fysioterapeutin asiantuntijuus näkyi fysioterapeuttien käsityksissä pyrkimyksenä edistää potilaan arjen sujuvuutta eri toimintaympäristöissä. Fysioterapeutit pitivät tärkeänä ottaa huomioon potilaan arkiset elämän olosuhteet, joihin potilas palaa sairaalassaolon jälkeen. Korostettiin konkreettisten ja tarkoituksenmukaisten kotona selviytymisen keinojen opettamista. *“Niin on erilaisia tarpeita sinä liikkumisessa että joku jollain riittää sillä et hän käy ruokakaupassa vaikka kivut ja tulee takaisin ja joku haluaa taas sitten niinku harrastaa ja mennä golfaamaan ja tehdä kaikkea että tämmöset tarvii sitten vähän niinku enemmän ohjausta..täytyy vähän suhteuttaa näinki et kaikki ei saa samanlaista pakettia ja kaikki ei tarvitse samanlaista pakettia myöskään” (A-13).*

Fysioterapeutit käsittivät yhteistyön olevan kuntouttamisen jatkamista moniammatillisesti sairaalavaiheen jälkeenkin. Yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa fysioterapeutit varmistivat, että potilaalla oli kotiutuksessaan tarvittavat tiedot ja taidot itsenäiseen toimintaan. Erityisen tärkeänä fysioterapeutit pitivät potilaan elämäntilanteen sekä tuki- ja hoitajien huomiointia, joten yhteistyön teema laajeni tässä kategoriassa ottamaan huomioon myös potilaan sairaalan ulkopuolisen elämäntilanteen ja tuen kuntoutumisen jatkumisen kannalta. Fysioterapeutit käsittivät, että kuntoutumista tukeva yhteistyö voi toteutua läheisten tuen lisäksi muun muassa fysioterapian jatkumisena kotiutumisen jälkeen. *“Ja ennen kaikkea hän ei jääny yksin sinne (kotiin) sekin on aika ratkaisevaa hänel on kuitenkin mies kotona” (C-3).*

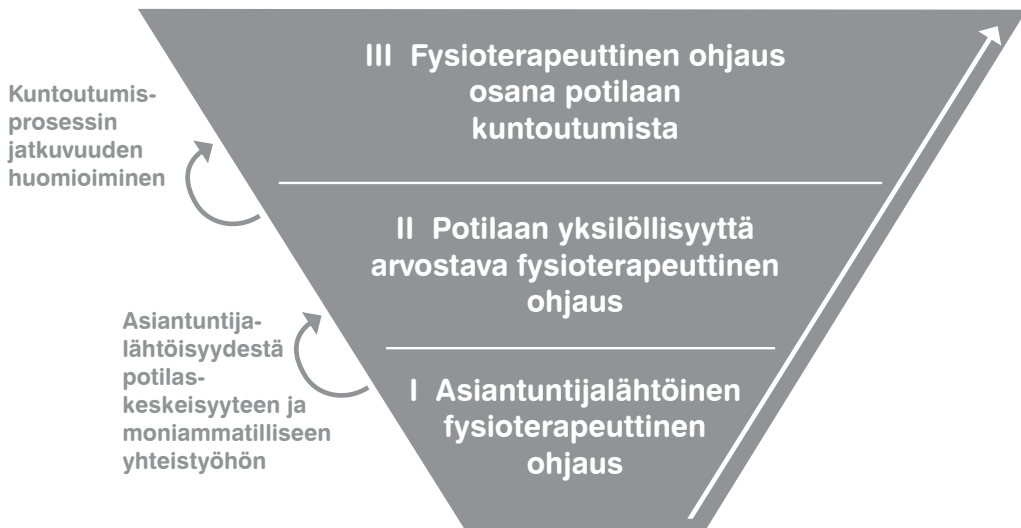
Fysioterapeutit olivat ohjauksen teemaa käsiteltäessä kriittisiä terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa kohtaan. Fysioterapeutit toivat esiin huolensa leikkauksen jälkeisen jatkoseurannan puutteesta. Nykyisessä järjestelmässä ei heidän mukaansa ole yhtenäistä kotiuttamisen käytäntöä. Potilas ei sairaalasta kotiuduttuaan enää kohtaa fysioterapeutia, ellei lääkäri näe siihen erikseen tarvetta. Fysioterapeutit kertoivat, että potilailla on jälkeenpäin mahdollisuus soittaa ohjanneel-

le fysioterapeutille, ja puheluita tulee heille kohtalaisen paljon. Ohjeita on fysioterapeuttien mielestä usein jäänyt sisäistämättä, vaikka potilaille annetaan suurin osa tarvittavasta tiedosta ja ohjeista myös kirjallisesti. *“Joo ei täällä X seudulla [ei ole sovittua tapaamista fysioterapeutin kanssa] et Y on organisoitu tän oikeen hyvin tän jälkikontrollin et niillä on... on siellä kuuden viikon ja neljänkin viikon päästä tulee tietty ryhmä ja tota nyt luin just yhtä tekstiä ni en tiiä onko vielä mut Z:lla oli, niinku vielä sellanen niinku kahden kuukauden tarkastus, että mäkin oon niitä joskus tehnyt. Mutta ne on resurssipulan takia sitten niinku heivattu pois” (A-14).*

Johtopäätökset ja pohdinta

Fysioterapeuttisen ohjauksen ilmiö rakentui tutkimuksen monikerroksisen fenomenografisen analyysin tuloksena kolmeksi hierarkkiseksi kuvauskategoriaksi, joiden välillä oli selkeitä laadullisia eroja. Nimitämme näitä Åkerlindin (2005) mukaan kriittisiksi eroiksi, jotka osoittavat sen, että suppeampi kuvauskategoria sisältyy aina laajempaan, mutta ei toisinpäin. Fysioterapeuttien näkökulma laajenee ensimmäisessä kategoriassa esiin tulevasta fysioterapeutin asiantuntijalähtöisestä, yksittäisen harjoitteen ohjaamisen fokuksesta toisessa kategoriassa esiin tulevaan kuntoutuksen yksilöllisyyden kunnioittamiseen moniammatillisessa yhteistyössä ja kolmannessa kategoriassa esiin nousevaan sairaalan ulkopuoliseen toimintaympäristöön ulottuvaan kuntoutusprosessiin. Kuviossa on esitetty fysioterapeuttisen ohjauksen ilmiön kuvauskategorioiden kriittisiä eroja fysioterapeuttien näkökulmasta kuvaavat keskeiset tekijät (kuvio 1).

Suppein asiantuntijalähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus -kuvauskategoria voidaan nähdä perustana fysioterapeutin käytännön työlle. Fysioterapeuttien käsityksissä ilmenee asiantuntijalähtöisyyden elementtejä. Myös potilaskeskeisyys näkyy terapeuttien käsityksissä, mutta tässä kategoriassa fysioterapeuteilla oli vaikeuksia löytää ja toteuttaa sopivia yksilöllisiä ohjaustapoja. Asiantuntijalähtöiset toimintatavat ovatkin kuntoutuksessa edel-



Kuvio 1. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapeuttisen ohjauksen kuvauskategorioita laadullisesti erottavat kriittiset tekijät.

leen valta-asemassa (Järvikoski & Karjalainen 2008). Fysioterapeuteilla on myös aiempien tutkimusten mukaan todettu olevan vaikeuksia tunnistaa ja ottaa huomioon kuntoutujan psykososiaalisia tarpeita (Sanders ym. 2013) sekä kuunnella ja ymmärtää kuntoutujan näkökulmaa, kuten kivun syitä koskevia uskomuksia ja tulevaisuutta koskevia huolia tai odotuksia (Opsommer & Schoeb 2014). Fysioterapeutit myös kysyvät vain harvoin avoimia kysymyksiä, keskeyttävät kuntoutujan puheen, dominoivat päätöksentekoa ja johtavat vuorovaikutusta (Hiller ym. 2015). Tämänkaltaisissa fysioterapiatilanteissa on aiemmissa tutkimuksissa havaittu hyvin vähän dialogista, vastavuoroista ja tasa-arvoista vuorovaikutusta. Epätasa-arvoiset valtasuhteet fysioterapiassa vaikeuttavat kuntoutujan aktiivisen osallisuuden syntyä omassa kuntoutumisessaan (Talvitie & Pyöriä 2006, 187–188).

Toinen, potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus -kuvauskategoria laajenee huomioimaan eettisyyden ja ihmisten erilaisuuden, jolloin kuntoutujan aktiivinen osallistuminen ja moniammatillinen yhteistyö sairaalassa tulevat mahdollisiksi. Fysioterapeuttien käsityksissä oli tässä kategoriassa myös toiminnan tasolla paljon potilaskeskeisyyden elementtejä, joiden voidaan olettaa

edistävän kuntoutujan toipumista leikkauksesta sairaalaympäristössä. Tämän tutkimuksen tulokset olivat hyvin yhteneväiset aiempien, kuntoutujan näkökulmasta tehtyjen, potilaskeskeisyyttä koskevien tutkimusten kanssa. Kidd:n ym:iden (2011) tutkimuksessa potilaskeskeistä fysioterapiaa luonnehtivat hyvät vuorovaikutustaidot, terapeutin ja kuntoutujan itseluottamus, fysioterapeutin osaaminen ja ammattimaisuus, fysioterapeutin kyky ymmärtää ihmisiä ja olla empaattinen sekä kuntoutusprosessin ja fysioterapian tulosten läpinäkyvyys. Vuorovaikutustaidot ovat myös aiemmissa tutkimuksissa näyttäytyneet erityisen tärkeinä (Potter ym. 2003, Cooper ym. 2008). Lisäksi Cooperin ym:iden (2008) tutkimuksessa kuntoutujat pitivät tärkeinä potilaskeskeisyyden elementteinä yksilöllistä hoitoa, yhteisymmärrystä päätöksenteon tavoista ja hoidon hyvää saatavuutta. Kaikki nämä teemat tulivat esiin myös käsillä olevassa tutkimuksessa.

Potilaskeskeisellä hoidolla ja terapiasuhteella on yhteisiä elementtejä itseohjautuvuusteorian kanssa (ks. Pinto ym. 2012). Itseohjautuvuusteorian mukaan autonomian, kompetenssin ja yhteenkuuluvuuden kokemukset tukevat ihmisen psykologista kasvua, fyysistä terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia

(Ryan & Deci 2000). Tämän tutkimuksen mukaan fysioterapeuttien käsitykset potilaskeskisistä, yksilöllisyyttä arvostavasta fysioterapeuttisesta ohjauksesta sisältävät autonomian, kompetenssin ja yhteenkuuluvuuden kokemuksia mahdollistavia elementtejä. Autonomian kokemuksesta tukee fysioterapeuttien käsityksissä näkyneet kuntoutujan omien toiveiden ja tavoitteiden huomiointi niin, että kuntoutuja voi itse osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kompetenssin kokemuksesta edisti se, että fysioterapeutit auttoivat kuntoutujaa saamaan onnistumisen kokemuksia ja tiedostamaan omat kykynsä. Nämä ulottuvuudet eivät näkyneet aiemmassa Pinton ym.iden (2012) tutkimuksessa. Yhteenkuuluvuuden kokemuksesta edistivät fysioterapeutin ja kuntoutujan välisen luottamuksen kehittyminen, fysioterapeutin empaattisuus ja huomion kiinnittäminen emotionaalisiin vihjeisiin. Näitä elementtejä esiintyi sekä tässä että aiemmassa tutkimuksessa (ks. Pinto ym. 2012, McLeod 2009). Autonomian merkitys näkyy myös Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen (2011, 9) ohjeissa: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden eettisenä lähtökohtana on kunnioittaa asiakkaidensa ja potilaidensa perusoikeuksia, arvostaa itsemääräämistä ja oikeutta tehdä valintoja sekä kohdella heitä yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti”. Kuntoutujan autonomian kunnioittamisen ja sen varmistamiseen tähtäävän prosessin tulisikin olla kiinteä osa itse kuntoutuksen määrittelyä (Järvikoski & Karjalainen 2008).

Laajin, fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista -kuvauskategoria sisälsi myös sairaalasta ulospäin suuntautuvan moniammatillisen yhteistyön erilaisten kuntoutujan toimintaa tukevien verkostojen, lähipiirin ja ammattilaisten kanssa. Siinä huolehdittiin kuntoutumisprosessin jatkuvuudesta erilaisissa ympäristöissä, jolloin kuntoutujan aktiivinen toimijuus kotiutumisen jälkeenkin mahdollistui ja hän voi ottaa vastuuta kuntoutumisestaan. Kuntoutujan leikkauksen jälkeisen kotona toimimisen kannalta olisikin tulosten mukaan tärkeää, että hän tiedostaisi ja hyväksyisi omat vahvuutensa ja heikkouten-

sa. Samoin olisi tärkeää, että fysioterapeutti ymmärtäisi ja arvostaisi kuntoutujaa osoittamalla empatiaa ja luomalla uskoa kuntoutujan omiin kykyihin.

Fysioterapeuttien käsityksien mukaan osalla kuntoutujista ei kotiutuessaan ollut tarpeeksi tietoa siitä, miten heidän pitäisi leikkauksen jälkeen toimia. Kuntoutujan lyhennetty sairaalassaoloaika on johtanut fysioterapeuttisten ohjauksetojen vähentymiseen, jolloin fysioterapiassa keskitytään toiminnallisen harjoittelun yleiseen ohjaamiseen, ja aikaa yksittäisten liikkeiden analyysiin ja ohjaamiseen on vähän (ks. Louw ym. 2013, endir ym. 2013). Aiempien tutkimusten mukaan yksilöllisesti suunnitellun ohjauksen tulisi täyttää kuntoutujan oppimistarve ja taata hänelle riittävä tietämys hänen kotiutuessaan (Montin ym. 2010). Pedagogisessa ohjaussuhteessa olennaisia ovat tilanteet, joissa kuntoutuja oivaltaa jotain itselleen merkityksellistä (Tynjälä ym. 2016). Yksilöllisten tavoitteiden kuuleminen on myös tärkeää (Brander & Stulberg 2006, Montin 2007, Grant ym. 2009), jotta kuntoutus voisi parhaalla mahdollisella tavalla tukea kuntoutujan selviytymistä hänen omassa toimintaympäristössään.

Tässä tutkimuksessa fysioterapeutit kokivat, että kiireen vuoksi he eivät aina voineet antaa kuntoutujalle niin paljon ohjausta kuin hän heidän mielestään olisi tarvinnut. Myös fysioterapeutin vaihtuminen kesken kuntoutujan hoitajakson koettiin haasteelliseksi optimaalisen kuntoutumisen kannalta. Kun sama fysioterapeutti näki kuntoutujan useamman kerran, hän oppi tuntemaan tämän, mikä puolestaan mahdollisti hänen kohtaamisensa ihmisenä, ei pelkkänä numerona. Sama fysioterapeutin vaihtumisen haaste on noussut esiin aiemmin Cooperin ym.iden (2008) tutkimuksessa. Myös kuntoutujat kertoivat terveydenhuollon resurssipulan näkyvän siten, että fysioterapeuteilla oli riittämättömät aika- ja henkilökuntaresurssit suhteessa potilasmääriin (Knaapi-Junnila ym. 2015). Fysioterapeutit koettiin kiireisiksi, ja kuntoutujat toivoivat enemmän yhteistä aikaa fysioterapeutin kanssa (Cooper ym. 2008). Tilanne synnytti kuntoutujissa epäoikeudenmukaisuuden ja pet-

tymyksen sekä turvattomuuden kokemuksia. (Knaapi-Junnila ym. 2015).

Tämän tutkimuksen tuloksissa näkyy fysioterapeuttien käsitys itsestään ohjaajan roolissa kuntoutujan yksilöllisessä kuntoutusprosessissa. Tulokset ovat yhteneväisiä Talvitien ja Pyöriän (2006) saamiin tuloksiin, joiden mukaan kuntoutusprosessissa on olennaista yhteyden dialogisuus, hiljainen tietäminen, yhteisymmärrys ja kielellistäminen sekä asiakkaan tutustuminen oman kehonsa toimintaan. Kun fysioterapeutit auttavat kuntoutujaa ymmärtämään kuntoutusprosessin pitkäkestoisuuden, kuntoutujien luottamus omaan toimintaansa vahvistuu (Talvitie & Pyöriä 2006, 187–188). Onnistuneen ohjausprosessin perustana on kuntoutujan oman aktiivisuuden ja ymmärryksen sekä omien vahvuuksien tukeminen ja omien ajattelu- ja toimintatapojen tunnistaminen (Tynjälä ym. 2016).

Tämän tutkimuksen tuloksena syntyneitä kuvauskategoriakokonaisuutta voidaan käyttää analysoitaessa ja kehitettäessä akuuttisairaalan fysioterapeuttista ohjausta. Jokainen kuvauskategorian teema antaa näkökulmaa siihen, millaisin käytännön järjestelyin ja koulutuksin fysioterapian ohjausta voidaan kehittää.

Ohjauksen tulisi tämän tutkimuksen tulosten mukaan olla potilaskeskeistä sekä ulottua sairaalasta kotiin ja kuntoutujan sosiaaliin suhteisiin ja verkostoihin. Tämä tarkoittaa käytännössä kuntoutujan arjen ympäristön ja tukiverkon huomioimista ohjauksessa niin itse fyysisessä harjoittelussa kuin arjen toimivuuden ennakoinnissa ja suunnittelussa. Myös digitaalisten ohjaus- ja neuvontakäytänteiden luominen voisi antaa lisää joustavuutta fysioterapeuttiseen ohjaukseen, jos sitä voisi jatkaa myös kotona. Olisi tärkeää saada lisää tietoa siitä, millaista ohjauksen sisällön, ohjaustapojen ja vuorovaikutuksen tulisi olla, jotta voidaan paremmin tunnistaa ja ohjata niitä, joiden leikkauksen jälkeinen toipuminen ei etene toivotulla tavalla.

Tiivistelmä

Lonkan tekonivelleikkausten sekä leikkauksen jälkeistä fysioterapiaa tarvitsevien määrä kasvaa väestön ikääntyessä. Kuntoutumisen kannalta fysioterapeuttinen ohjaus on tärkeää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella fysioterapeuttien käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Laadullisen tutkimuksen aineistona oli fysioterapeuttisten ohjaustilanteiden (n=7) kuvanauhojen pohjalta tehdyt recall-haastattelut. Aineiston fenomenografisessa analyysissä muodostettiin kolme hierarkkista kuvauskategoriaa, jotka olivat suppeammasta laajempaan: asiantuntijälähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus, potilaan yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus sekä fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista. Nämä kategoriat sisälsivät kuusi ohjaustilanteita kuvaavaa teemaa ja niiden variaatiot: potilaan osallistuminen, kehollinen ohjaus, eettisyys ohjaussuhteessa, fysioterapeutin asiantuntijuus, yhteistyö ja terveydenhuoltojärjestelmän eettisyys. Fysioterapeuttisen ohjauksen onnistumisen kannalta kriittiset tekijät fysioterapeuttien ohjauksikäytöksissä olivat potilaskeskeisyys, moniammatillinen yhteistyö ja kuntoutumisprosessin jatkuvuus.

Abstract

Physiotherapists' perceptions of patient counseling after total hip arthroplasty (THA)

Authors:

Riikka Holopainen, Master of Health Science, physiotherapist, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences
Anu Keskilä, Master of Health Science, physiotherapist, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences
Raili Välimaa, Doctor of Health Science, Docent, Lecturer, University of Jyväskylä,

Department of Health Sciences

Arja Piirainen, Doctor of Philosophy, Lecturer, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences

The number of total hip arthroplasties is growing due to the fact that THA is a cost-effective procedure moving people quickly from poor to good functional capacity. The aim of the qualitative study was to explore physiotherapists' perceptions of post-operative patient counseling. The data of this study consisted of seven physiotherapy situations with inpatients in hospital setting. Data were collected by open recall-interviews based on videotapes of patient counseling situations. The data were analyzed according to phenomenographic approach, which revealed three hierarchical categories: therapist-centered patient counseling, patient counseling which values patient' individuality and patient counseling as part of individual rehabilitation process.

Six themes that varied hierarchically in three categories describing different ways of understanding patient counseling were found: patients' active participation, counseling for movement awareness, ethical counseling relationship, physiotherapy expertise, cooperation, and ethicality of national health care system. The critical variation between categories manifested as patient-centeredness, multiprofessional cooperation and the continuity of rehabilitation process.

Riikka Holopainen, TtM, ft, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Anu Keskilä, TtM, ft, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Raili Välimaa, TtT, dos., lehtori, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Arja Piirainen, FT, lehtori, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Lähteet

- Bartlett EE (1985) At last, a definition (editorial). *Patient Educ Couns* 7, 323–324.
- Barron C, Klaber Moffet J, Potter M (2007) Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 23, 1, 37–46.
- Brander V, Stulberg SD (2006) Rehabilitation after hip- and knee- joint replacement. An experience- and evidence-based approach to care. *Am J Phys Med Rehabil*. 85 (suppl), S98–S118.
- Cooper K, Smith B, Hancock E (2008) Patient-centeredness in physiotherapy from perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy* 94, 244–252.
- Dempsey NP (2010) Simulated recall interviews in Ethnography. *Qual Sociol* 33, 349–367.
- ETENE (2011) Sosiaali- ja terveystieteiden perusta. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Fysioterapianimikkeistö (2007) Suomen Kuntaliitto & Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/sfy/sfy00001a.pdf> [luettu 16.2.2016]
- Gard G, Lundvik Gyllenstein A, Salford E, Ekdahl C (2000) Physical Therapists' Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction with Patients. *Physiotherapy* 86, 229–240.
- Giaquinto S, Ciotola E, Dall'armi V, Margutti F (2010) Hydrotherapy after total hip arthroplasty: A follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 50, 92–95.
- Glazier SR, Schuman J, Keltz E, Vally A, Glazier RH (2004) Taking next steps in goal ascertainment: a prospective study of patient, team, and family perspectives using a comprehensive standardized menu in a geriatric assessment and treatment unit. *J Am Geriatr Soc* 52, 284–289.
- Grant S, St John W, Patterson E (2009) Recovery from total hip replacement surgery. "It's not just physical" *Qual Health Res* 19, 11, 1612–20.
- Gremeaux V, Renault J, Pardon L, Deley G, Lepers R, Casillas J-M (2008) Low-frequency Electric Stimulation Combined With Physical Therapy After Total Hip Arthroplasty for Hip Osteoarthritis in Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 89, 2265–73.
- Gyllenstein AL, Gard G, Salford E, Ekdahl C (1999) Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy research international* 4, 2, 89–109.
- Hall A, Ferreira P, Maher C, Latimer J, Ferreira M

- (2010) The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A systematic Review. *Phys Ther* 90, 8, 1099–1110.
- Hesse S, Werner C, Seiberl H, von Frankenberg S, Kappel E-M, Kirker S, Käding M (2003) Treadmill Training With Partial Body-Weight Support After Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 84, 1767–73.
- Hiller A, Guillemin M, Delany C (2015) Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling* 98, 1222–1228.
- Husby VS, Helgerud J, Björger S, Husby O, Benum P, Hoff J (2009) Early Maximal Strength Training Is an Efficient Treatment for Patients With Total Hip Arthroplasty. *Arch Phys Med Rehab* 90, 1658–67.
- Husby VS, Helgerud J, Björger S, Husby O, Benum P, Hoff J (2010) Early Postoperative Maximal Strength Training Improves Work Efficiency 6–12 Months after Osteoarthritis - Induced Total Hip Arthroplasty in Patients Younger than 60 Years. *Am J Phys Med Rehab* 89, 304–314.
- Jan M-H, Hung J-Y, Lin J C-H, Wang S-F, Liu T-K, Tang P-F (2004) Effects of home program on strength, walking speed, and function after total hip replacement. *Arch Phys Med Rehab* 85, 1943–51.
- Jesudason C, Stiller K (2002) Are bed exercises necessary following hip arthroplasty? *Austr J Physiother* 48, 73–81.
- Järvikoski A, Härköpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitehteenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 80–93.
- Kidd M, Bond C, Bell M (2011) Patient's perspectives of patient-centeredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy* 97, 154–162.
- Knaapi-Junnila S, Jäppinen A-M, Välimaa R, Piirainen A (2015) Kuntoutujat toimijoina – Neljä tarinamallia kuntoutumisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 15, 20–32.
- Kvale S, Brinkmann S (2009) Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Louw A, Diener I, Butler D, Puentedura E (2013) Systematic review - Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice* 29, 3, 175–194.
- Maire J, Dugue B, Faillenot-Maire A, Tordi N, Parratte B, Smolander J, Ruoillon J (2003) Recovery after total hip joint arthroplasty in elderly patients with osteoarthritis: Positive effect of upper limb interval-training. *J Rehabil Med* 35, 174–179.
- Marton F, Booth S (2009) Learning and Awareness. New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Mason M (2010) Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Qualitative Social Research* 11, no 3. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/index>.
- McLeod J (2009) An introduction to counselling. Philadelphia: Open university press.
- Montin L (2007) Patient-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – a 6-month follow-up study. Department of Nursing Science, University of Turku. Turku: Painosalama Oy.
- Montin L, Johansson K, Kettunen J, Katajisto J, Leino-Kilpi H (2010) Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. *Orthop Nurs* 29, 4, 246–253.
- Niikko A (2003) Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 85.
- Opsommer E, Schoeb V (2014) “Tell me About Your Troubles”: Description of Patient-Physiotherapist Interaction During Initial Encounters. *Physiother Res.* 19, 205–221.
- Oliveira V, Refshauge K, Ferreira M, Pinto R, Beckenkamp P, Negrao Filho R, Ferreira P (2012) Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 58, 215–229.
- Paakkari L (2012) Widening horizons. A Phenomenographic Study of Student Teachers' Conceptions of Health (2012) Education and Its Teaching and Learning. *Studies in sport, physical education and health* 179. University of Jyväskylä. Jyväskylä.
- Pinto R, Ferreira M, Oliveira V, Franco M, Adams R, Maher C, Ferreira P (2012) Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 58, 77–87.
- Potter M, Gordon S, Hamer P (2003) The physiotherapy experience in private practice: The Patients' Perspective. *Aust J Physiother* 49, 195–202.
- Rahmann A, Brauer S, Nitz J (2009) A Specific Inpatient Aquatic Physiotherapy Program Improves Strength After Total Hip or Knee Replacement Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 90, 745–55.
- Rindfleisch A (2009) A Grounded-theory investigation of patient education in physical therapy practice.

- Physiotherapy theory and Practice 25, 3, 193–202.
- Ryan RM, Deci EL (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 5, 68–78.
- Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN (2013) Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet. Dis.* 14, 1–10.
- Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D (2013) Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabil Nurs* 38, 265–271.
- Stenmar L, Nordholm L (1994) Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. *Phys Ther* 74, 1034–1039.
- Stockton KA, Mengersen KA (2009) Effect of multiple physiotherapy sessions on functional outcomes in the initial postoperative period after primary total hip replacement: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehab* 90, 1652–7.
- Suetta C, Magnusson P, Rosted A, Aagaard P, Jakobsen A, Duus B, Kjaer M (2004) Resistance Training in Early Postoperative Phase Reduces Hospitalization and Leads to Muscle Hypertrophy in Elderly Hip Surgery Patients - A Controlled Randomized Study. *J Am Geriatr Soc* 52, 2016–22.
- Suomen Fysioterapeutit (2013) Polven- ja lonkan nivelrikon fysioterapia: Hyvä fysioterapiakäytäntö 13.2.2013. Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry:n asettama työryhmä Jyrki Kettunen, Petri Salo, Mika Ulaska, Heli Kangas ja Sirpa Ahtola. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001 [luettu 16.2.2016]
- Talvitie U, Pyöriä O (2006) Discourse analytic study of Counseling Sessions in Stroke Physiotherapy. *Health Communication* 20, 2, 187–196.
- Trudelle-Jackson E, Smith S (2004) Effects of a Late-Phase Exercise Program After Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehab* 85, 1056–1062.
- Tynjälä P, Piirainen A, Kurunsaari M, Merikoski H (2016) Ohjaus ja neuvonta kuntoutuksessa - pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa Autti-Rämö I, Ylinen A, Salminen A-L, Rajavaara M. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim (painossa).
- Täks M (2015) Engineering students' experiences of entrepreneurship education. A qualitative approach Institute of Education, Faculty of Social Sciences and Education. University of Tartu, Estonia.
- Uljens M (1996) On the philosophical foundations of phenomenography. Teoksessa: Dall'Alba G, Hasselgren B (Eds.), *Reflections on phenomenography: Toward a methodology?* (Gothenburg Studies in Educational Sciences No. 109). Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Unlu E, Eksioğlu E, Aydog E, Aydoğ S, Atay G (2007) The effect of exercise on hip muscle strength, gait speed and cadance in patients with total hip arthroplasty: a randomized controlled study. *Clin Rehabil* 21, 706–711.
- Wang A, Gilbey H, Ackland T (2002) Perioperative Exercise Programs Improve Early Return of Ambulatory Function After Total Hip Arthroplasty. A Randomized, Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehab* 81, 801–806.
- Åkerlind G (2005) Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development* 24, 4, 21–334.
- Åkerlind G (2008) An academic perspective on research and being a researcher: an integration of the literature. *Studies in Higher Education* 33, 1, 17–31.