

Janette Lindroos

# **”KAIKKI LÄHTEE KOMMUNIKAATIOSTA”**

Etnografinen tutkimus kommunikaation monimuotoisuudesta  
ja merkityksestä fysioterapiassa

# TIIVISTELMÄ

Janette Lindroos: *"Kaikki lähtee kommunikaatiosta"*: Etnografinen tutkimus kommunikaation monimuotoisuudesta ja merkityksestä fysioterapiassa  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelma  
Huhtikuu 2024

---

Tarkastelen pro gradu -tutkielmassani fysioterapeutin ja asiakkaiden välistä kommunikaatiota tilanteessa, jossa asiakkailla on ongelmia kommunikaatiossa, esimerkiksi verbaalisen kommunikaation suhteen. Työni teoreettisena inspiraationa on toiminut lääketieteen antropologian tapa tarkastella tautia ja sairautta, jossa sairaus edustaa ruumissa olevaa fysiologista tai biologista tilaa ja tauti käsittelee psykososiaalista kokemusta. Työni varsinainen teoreettinen viitekehys rakentuu affektiivisen subjektiivisuuden kyberneettiseen lähestymistapaan, jossa subjektiivisuus syntyy suhteessa muihin. Subjektiivisuus nähdään affektiivisena prosessina, ei affektiivisena tilana. Kommunikaatiolla tarkoitan tässä tutkimuksessa moniulotteista toimintaa, joka kattaa useat ihmisen vuorovaikutuksen ja elämisen tavat. Siihen kuuluvat verbaalisen kommunikaation lisäksi äänet, kosketus, liikkeet, ja hajut, mutta myös ruumiilliset sitoumukset sekä materiaaliset esineet. Huomioin työssäni myös kommunikaation kautta välitetyt affektit yksilöiden välillä.

Pyrin tutkimuksessani vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: *Miten kommunikaatiota rakennetaan fysioterapeuttisissa kohtaamisissa silloin, kun asiakkaalla on vaikeuksia kommunikaatiossa? Millainen merkitys kommunikaatiolla on fysioterapeuttisessa toiminnassa?* Sekä alakysymyksiin: *Miten eri tavoin kommunikaatiota toteutettiin asiakaskohtaamisissa? Miten kommunikaatiovaikeudet vaikuttivat fysioterapeuttiseen toimintaan?*

Tutkimusmenetelmäni on osallistuvaan havainnointiin perustuva etnografia. Vietin 2021–2022 yhteensä seitsemän viikkoa kentällä keräten aineistoa osallistuvan havainnoinnin keinoin ja kirjoittamalla kenttäpäiväkirjaa kentällä havainnoimistani asioista. Tämän lisäksi tein kaksi puolistrukturoitua haastattelua tutkimukseen osallistuneen fysioterapeutin kanssa.

Asiakastapaamisissa verbaalinen kommunikaatio oli keskeisin kommunikaatiomuoto, mutta se ei kuitenkaan rajoittanut tai estänyt muiden kommunikaatiotapojen käyttämistä ja kommunikaatio toteutuikin useimmiten usean eri menetelmän yhdistelmänä, jota jokainen yksilö toteutti persoonallisesti omalla tavallaan. Fysioterapeutin taito kommunikoida laajasti eri tavoin, kuten eleiden ja kehon avulla sekä kommunikaatioapuvälineitä hyödyntäen, edisti onnistunutta kommunikaatiota. Kommunikaation merkitys fysioterapiassa ilmeni sen avulla luotujen yhteyksien kautta, joita olivat sosiaalinen yhteys, kehollinen yhteys ja professionaalinen yhteys. Kommunikaatio-ongelmat synnyttivät kuitenkin ymmärtämättömyyttä ja siitä syntyneitä epävarmuutta viestien tulkinnassa, jota nimitän analyysissäni ymmärtämättömyyden paradoksiksi. Ymmärtämättömyys ja toisten kommunikaation tulkinnallisuus kietoutuu laajemmin yhteiskunnalliseen tapaan asettaa ja luokitella oletetusta eroavat tavat kommunikaatiossa diagnoosien ja häiriöiden takaa tarkasteltaviksi ja samalla yksilöiden ongelmaksi, jossa myös ratkaisu nähdään yksilön tilanteen korjaamisena, esimerkiksi kuntoutuksen kautta

Avainsanat: Fysioterapia, kuntoutus, kommunikaatio, kommunikaatio-ongelmat, lääketieteen antropologia, etnografia

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla

## Sisällysluettelo

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>4</b>
<b>2 FYSIOTERAPIA OSANA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄÄ</b>	<b>9</b>
2.1 Kuntoutuksen muutos asiantuntijälähtöisestä asiakaslähtöiseksi	10
2.2 Kuntoutuksen tavoitteellisuus	12
<b>3 TEOREETTINEN LÄHESTYMISTAPA</b>	<b>15</b>
3.1 Lääketieteen antropologia	15
3.1.1 Affektiivisen subjektiivisuuden kyberneettinen teoria ja kommunikaatio	17
3.1.2 Kommunikaation kehollisuus	19
3.2 Kommunikaation monimuotoisuus	21
3.2.1 Ongelmat kommunikaatiossa ja kommunikaation tutkimus	22
<b>4 ETNOGRAFIAA FYSIOTERAPIAN KENTÄLLÄ</b>	<b>25</b>
4.1 Tutkimusmenetelmänä etnografia	25
4.2 Kenttien kolmiossa	28
4.2.1 Fyysinen toimintaympäristö	30
4.2.2 Fysioterapeuttinen toiminta	33
4.2.3 Kommunikaatio	36
4.3 Aineiston analyysiprosessi ja tutkimuksen eettisyys	38
4.3.1 Aineiston analyysiprosessi	38
4.3.2 Tutkimusetiikka	39
<b>5 KOMMUNIKAATION MONINAISUUS JA MERKITYS</b>	<b>42</b>
<b>FYSIOTERAPIASSA</b>	<b>42</b>
5.1 Kommunikaation monet muodot	42
5.2 Kommunikaatiolla muodostetut yhteydet	51
5.2.1 Sosiaalinen yhteys	51
5.2.2 Kehollinen yhteys	55
5.2.3 Professionaalinen yhteys	61
5.3 Ymmärtämättömyyden paradoksi	63
<b>6 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>68</b>
<b>LÄHDELUETTELO</b>	<b>72</b>
<b>LIITTEET</b>	<b>79</b>

# 1 JOHDANTO

Ajatus tutkimukseni aiheesta syntyi ja kehittyi osin omasta taustastani. Fysioterapia lääkinnällisenä kuntoutuksena on ollut osa elämääni lapsuudesta asti ja pitkän kuntoutushistoriani vuoksi olen kokenut omakohtaisesti kuntoutuksen kentällä tapahtuneita muutoksia. Omat kokemukset ovat synnyttäneet ymmärrystä yleisesti kuntoutuksesta ja tarkemmin fysioterapiasta sen erilaisine toimintamuotoineen. Kiinnostuin fysioterapeutin ja asiakkaan kohtaamisesta laajemmin ja halusin hyödyntää kokemuksieni kautta syntynyttä asiantuntijuutta tutkimuksellisessa asetelmassa. Minulla oli mahdollisuus olla mukana fysioterapeutin ja hänen asiakkaitensa asiakastapaamisissa tehden etnografista osallistuvaa havainnointia (katso luku 4). Työstäni muodostui eräänlainen mikroetnografinen kuvaus, jossa en pyri esittämään yleistettävää tietoa aiheesta, vaan kuvausta ja tulkintaa havainnoimistani asioista.

Tarkastelen tutkimuksessani vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta saavien fysioterapia-asiakkaiden ja kuntoutuksen ammattilaisen välistä kommunikaatiota tilanteissa, joissa asiakkailta on kommunikaatioon liittyviä vaikeuksia. Kaikilla tutkimukseeni osallistuvilla asiakkailta on sairauden tai vamman vuoksi heidän elämäänsä vaikuttavia kommunikaatiovaikeuksia, kuten esimerkiksi puheentuottamisen epäselvyyttä tai he eivät kommunikoi verbaalisesti lainkaan. Heillä on myös diagnosoitu ”tila”, joka osaltaan selittää heidän kommunikaatio-ongelmiaan. Kiinnostuin juuri heistä asiakasryhmänä, sillä vaikka diagnoosien kautta pyritään ymmärtämään diagnoosin synnyttämää ”tilaa”, jää yksilöllinen kokemus ja ymmärrys helposti huomioimatta. Lääketieteen antropologiassa yksilöllistä tilaa on yritetty huomioida tarkastelemalla erikseen tautia, eli kehon fysiologista ”tilaa” ja sairautta, jolla viitataan yksilön kokemukselliseen tilaan, jossa myös käsitykset ja kokemukset sairauden tai vamman kanssa elämisestä voivat olla sosiaalisesti jaettuina (Kleinman 1988, 3–4). Tämä antropologinen näkemys vaikutti tutkimukseni rajaukseen, sillä se synnytti kysymyksen siitä, miten kertoa tai tuoda ilmi omia kokemuksiaan tilanteessa, jossa kommunikaatio on vaikeaa. Pohdintani johti minut kuntoutuksen kentälle, sillä omien kokemusten kautta olin tietoinen vuorovaikutuksen ja kommunikaation merkittävydestä kuntoutuksen käytänteissä. Rajatessani tutkimuksen kuntoutuksen kentälle ja rakentaessani tutkimuksellista asetelemaa, esitin itselleni muutamia kysymyksiä: Miten ilmaista omia ajatuksiaan ja toiveitaan kuntoutuksen suhteen, mikäli verbaalinen kommunikaatio ei onnistu? Miten eri tavoin on mahdollista kommunikoida

ja rakentaa toimivaa asiakassuhdetta? Näiden kysymysten kautta syntyi tutkimukseni asetelma ja tutkimuskysymykset, joiden avulla lähdin aihettani tarkastelemaan.

Tutkielmassani pyrin vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- *Miten kommunikaatiota rakennetaan fysioterapeuttisissa kohtaamisissa silloin, kun asiakkaalla on vaikeuksia kommunikaatiossa?*
  - *Miten eri tavoin kommunikaatiota toteutettiin asiakaskohtaamisissa?*
- *Millainen merkitys kommunikaatiolla on fysioterapeuttisessa toiminnassa?*
  - *Miten kommunikaatiovaikeudet vaikuttivat fysioterapeuttiseen toimintaan?*

Kommunikaatiota voidaan yksinkertaisimmillaan tarkastella viestien välittämisenä ja vaihtamisena. Tässä tutkimuksessa liikun kuitenkin Finneganin (2002, 5) jäljissä ja käsitän kommunikaation laajemmin kuin vain lingvistisinä tai kognitiivisinä viesteinä. Kommunikaatio luovana prosessina sisältää välitettyjen viestien lisäksi, kokemusta, tunnetta ja sanatonta viestintää (em. 2002, 5). Honkasalon (2008a, 14) mukaan etnografian keinoin on mahdollista asettua yhteiskunnallisesti huono-osaisempien, kärsivien ja heikompien puolelle. Tämä on näkökulma, jota etnografia menetelmänä voi tutkimukselleni tarjota; mahdollisuuden tarkastella ja tavoittaa tutkimukseeni osallistuvien asiakkaiden kokemuksia ja ajatuksia, sillä kommunikaatiovaikeudet asettava heidät asemaan, jossa heidän tapansa viestiä on helppo ohittaa, koska se ei asetu oletettuun normiin. Vaikeudet kommunikaatiossa myös vaikuttavat siihen, että monien muiden tutkimusmenetelmien käyttäminen voisi olla vaikeaa tai mahdotonta. Juuri tämän lähestymistavan vuoksi etnografia soveltuu tutkimukseni menetelmäksi, sillä sen keinoin on mahdollista tavoittaa niitä kommunikaation osa-alueita, joita ei sanallisteta. Viettäessäni aikaa kentällä asiakkaiden ja fysioterapeutin kanssa, on minulla myös mahdollisuus osallistua ja havaita asioita, keskusteluja ja tilanteita, jotka jäisivät monen muun menetelmän ulkopuolelle, esimerkiksi kaikki ne eri tavat, joilla kommunikaatiota toteutettiin, verbaalisesta kommunikaatiosta eleisiin, ilmeisiin ja kehon asentoihin.

Yhteiskunnassa tapahtuneet rakenteelliset muutokset ja hyvinvointiyhteiskunnan asteittainen purkaminen ovat muuttaneet terveystalvveluja entistä enemmän asiakkuusmalliin, eli

konsumerismiin, jossa palvelujen käyttäjä nähdään aktiivisena asiantuntija-kuluttajana (Honkasalo, Salmi & Launis 2012, 10–12). Myös sairastuneen kokemuksen ja tiedon kautta kerryttämä asiantuntijuus omasta tilastaan tunnustetaan ja tunnustetaan yhä herkemmin (Kangas 2003). Muutokset koskevat myös kuntoutuksen kenttää. Kuntoutuksen kentällä, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa laajemminkin, on tapahtunut neoliberaali muutos potilaasta / kuntoutettavasta asiakkaaksi. Tänä päivänä kuntoutumisen periaate on kuntoutujalähtöinen, jossa kuntoutuja nähdään oman elämänsä ja kuntoutumisensa aktiivisena asiantuntijana. Kuntoutujalähtöisyyden toteutuminen edellyttää toimivaa vuoropuhelua ja yhteistyötä niin kuntoutujan, hänen verkostonsa sekä muiden kuntoutukseen liittyvien toimijoiden välillä. (Kettunen & Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 7.) Lähdin tutkimaan, etnografisin keinoin, miten yhteiskunnalliset muutokset heijastuvat fysioterapian asiakaskohtaamisissa, erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan yksilölliset kommunikaatiotarpeet vaikeuttavat tai estävät aktiivisen asiakkuuden roolin ottamisen yleisesti omaksutuun menetelmin.

Yhteiskuntatieteellisesti terveyden tarkastelua voidaan lähestyä moninaisena sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuneena ilmiönä, johon kuuluvat myös sairaudet, vammaisuus ja monitasoiset normaalin määritelmät. Sekä terveys että sairaus ovat myös elettyjä kokemuksia, jotka sisältävät kulttuurisia muotoja ja tunteita. (Honkasalo, Salmi & Launis 2012, 13.) Tutkimukseni teoreettinen viitekehys rakentuu lääketieteen antropologian kautta, mutta tutkimukseni aiheella on vahva yhteys myös muihin tieteenaloihin, kuten vammaistutkimuksen kenttään. Sairauksia ja vammaisuutta tarkastellaan tutkimuksellisissa asetelmissa usein yhdessä ja oman tutkimukseni näkökulmasta ne molemmat liittyvät ihmisen toimintakykyyn, jonka mahdollistaminen ja lisääminen on kuntoutuksen keskeisimpiä tavoitteita. Vammaisuuden tutkimuksessa on myös aiemmin vallinnut vahva lääketieteellinen tulokulma, jossa vammaisuus on ymmärretty yksilön viallisen fysiologian kautta, joka vahingoittaa ihmisen toimintakykyä (Vehmas 2012, 270).

Fysioterapia on yksi suurimmista ja menestyksekkäimmistä lääketieteen rinnalla toimivista ammanteista. Maailmassa on tänä päivänä yli 250 000 fysioterapeuttia ja ammattia harjoitetaan lähes joka maassa. Se ammentaa inspiraationsa joukosta tekniikoita, jotka saattavat olla vanhimpia tunnettuja hoitomuotoja ihmiskunnassa ja se on ollut tärkeä osa nykyaikaisen ”länsimaisen” sairaanhoidon kehittymistä. (Nicholls 2018, 3.) Suomessa fysioterapian peruskoulutus tapahtuu ammattikorkeakouluissa (vuodesta 1991 lähtien) ja peruskoulutuksella

on vahva yhteys työelämään (Lähtenmäki & Kangasperko 2016, 51). Fysioterapian, yhtenä kuntoutuksen toteutusmuodoista, osa-alueita ovat toimintakyky, liikkuminen ja terveyden edistäminen. Fysioterapian menetelmät vaihtelevat terveyttä ja toimintakykyä edistävästä ohjauksesta ja neuvonnasta terapeuttiin harjoituksiin, manuaaliseen terapiaan sekä apuvälineisiin liittyvään palveluun. Sairauksien tai vamman vuoksi alentunutta toimintakykyä voidaan ylläpitää tai edistää erilaisilla kuntouttavilla palveluilla. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2022, 270.) Tutkimukseni kenttä sijoittui kaikkiin niihin maantieteellisiin paikkoihin, joissa fysioterapiaa toteutettiin. Useimmiten olimme joko asiakkaiden omissa asunnoissa tai asuntojen välittömässä läheisyydessä sijainneissa paikoissa, kuten kuntosalilla. Fyysisten paikkojen ohella tutkimukseni kentäksi muodostui sosiaalisten toimintojen, vuorovaikutuksen ja kommunikaation muodostamat ”tilat”, joissa fysioterapeutin ja asiakkaan välinen toiminta tapahtui.

Kuntoutusvuosieni myötä olen ymmärtänyt, miten onnistuneeseen fysioterapiaan liittyy itse fysioterapeuttisen toiminnan lisäksi toimiva vuorovaikutus fysioterapeutin kanssa. Myöhemmin tämä oivallus herätti kysymyksen siitä, miten vuorovaikutus toimii tilanteissa, joissa kommunikaatio on syystä tai toisesta vaikeaa. Leskelä (2006, 46) käyttää käsitettä keskustelun epäsymmetrisyys tilanteissa, joissa osapuolten kieli- ja kommunikaatiotaidoissa on suuria eroja. Tutkimukseni fysioterapia-asiakkailta oli erilaisia kommunikaatioon liittyviä vaikeuksia: tiedonkäsitteellisiä vaikeuksia, epäselvää puhetta ja täyttä puhumattomuutta. Tämä asettaa heidät asemaan, jossa keskustelun vastapuolen valta-asema korostuu. Kieli- ja kommunikaatiotaidoilla on suuri merkitys vallankäytön tilanteissa, joissa arvioidaan omaa ja toisten asemaa ja asiantuntijuutta (em. 2006, 67). Tämä epäsymmetrinen tilanne ja sen huomioiminen kosketti myös minua ollessani kentällä. Pohdin omaa positiotani kentällä tarkemmin luvussa 4.2.1.

Kuntoutuksen piirissä olevista ja kuntoutuspalveluja käyttävistä ihmisistä on käytetty erilaisia nimityksiä eri aikoina, ja nimikkeet ovat myös vaihdelleet eri kuntoutuspalveluissa. Järvikoski ja Härkäpää (2011, 182) kirjoittavat, että sosiaalihuollon palveluissa *asiakas* on ollut yleisesti käytetty nimitys, kun taas terveydenhuollon yhteydessä toteutetuissa kuntoutuspalveluissa *potilas* on yleisesti käytetty nimike. He kuitenkin korostavat, että nimike *kuntoutuja* on yleistynyt 2000-luvulla, myös kuntoutusalan lainsäädännössä, ja sillä korostetaan kuntoutuspalvelujen käyttäjän itsenäistä toimijuutta, jota pidetään olennaisena osana kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisessa. Tässä työssä jatkan yleisesti hyväksytyä asiakas-

nimikkeen käyttämistä, sillä Kelan tarjoamassa vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuntoutuksen saajan on mahdollista valita itse (Kelan kilpailuttama) palveluntuottaja, jossa kuntoutus toteutetaan. Tällöin kuntoutuksen asetelma rakentuu asiakaslähtöisesti.

Olen jakanut tämän työn kuuteen päälukuun ja tarvittaessa alalukuihin. Johdannossa lähdän liikkeelle työn aiheen esittelystä sekä tutkimuskysymysten esittämisestä, jotka ovat ohjanneet työni kulkua. Luvussa kaksi esittelen työni kentän eli fysioterapian osana kuntoutusjärjestelmää ja luvussa kolme tarkastelen työni teoreettista lähestymistapaa, jossa avaan sekä lääketieteellistä antropologiaa ja kyberneettistä affektiivisen subjektiivisuuden teoriaa että kommunikaatiota. Etnografiselle tutkimukselle on tunnusomaista, että kentän kuvaus on osa tutkimusta ja olen sijoittanut oman kenttäni kuvauksen ja tutkimukseeni osallistuvien esittelyn lukuun neljä. Luvussa tarkastelen etnografiaa menetelmänä (4.1), sen jälkeen vuorossa on kentän kuvaus (4.2) ja lopuksi aineiston analyysi ja pohdintaa tutkimuksen eettisyydestä (4.3). Luku viisi pitää sisällään itse aineiston analyysin. Viimeisessä luvussa (6) nivon yhteen työni keskeisimmät huomioni ja niiden perusteella tekemäni johtopäätökset, joita tarkastelen myös osana laajempaa yhteiskunnallista ulottuvuutta.

## 2 FYSIOTERAPIA OSANA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄÄ

Tämä luku syventyy tutkimukseni kenttään eli kuntoutukseen ja fysioterapiaan. Keskityn erityisesti kuntoutuksen kentällä tapahtuneeseen muutokseen asiantuntijalähtöisestä asiakaslähtöiseksi lähestymistavaksi ja kuntoutuksen tavoitteellisuuteen. Suomessa kuntoutusjärjestelmä on melko pirstaleinen ja sitä operoi useampi taho riippuen siitä, mikä kuntoutusmuoto on kyseessä. Fysioterapia on osa kuntoutusta ja kuntoutusjärjestelmää, joten tarkasteltaessa fysioterapiaa tarkastellaan samalla myös kuntoutusjärjestelmää, jonka periaatteiden mukaisesti fysioterapiassa toimitaan. Käsite kuntoutus toimii eräänlainen kattokäsitteenä, joka jakaantuu neljään osa-alueeseen; lääkinnälliseen, kasvatukselliseen, ammatilliseen sekä sosiaaliseen kuntoutukseen. Keskityn työssäni lääkinnälliseen kuntoutukseen, jonka Kauranen (2021, 19) on määritellyt toimintakykyä ylläpitäväksi kuntoutukseksi, kun se on osa sairauden tai vamman hoitoa ja kuntoutuksen keinoin edistetään asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.

Käsitys kuntoutuksesta on vaihdellut eri aikoina ja siihen ovat vaikuttaneet eri tieteenalojen kehitys sekä myös yhteiskunnalliset muutokset. Tämän vuoksi käsitys kuntoutuksesta vaihtelee myös maakohtaisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 51.) Kuntoutuksella on sekä yhteiskunnallinen ulottuvuutensa että yksilön elämään liittyvä vaikutus. Kuntoutus voidaan hahmottaa yhteiskunnalliseksi sääntelyjärjestelmäksi, jossa pyritään varmistamaan kansalaisten yhteiskuntakelpoisuuden lääkinnällisin, hoidollisin, liikunnallisin, kasvatuksellisin, koulutuksellisin, psykologisin, ammatillisin ja sosiaalisin keinoin. Toiminnasta on katsottu olevan hyötyä niin yhteiskunnalle kuin yksilölle. (Järvikoski & Härkäpää 1995, 12.)

Kulttuuri, käsitykset ihmisestä ja näkemykset tulevaisuudesta ovat yhteydessä kuntoutuksen tavoitteisiin, kuntoutusmenetelmiin ja kuntoutuksen sisältöihin (Järvikoski & Härkäpää 1995, 15). Tarkasteltaessa kuntoutusta voidaan näkökulma suunnata yhteiskunnallisiin merkityksiin, palvelujärjestelmiin, oppialoihin, yksilöllisiin prosesseihin, tai kuntoutujan työ-, toiminta- ja asumisympäristöihin (Leino 2008, 93). Karjalainen (2008, 12) huomauttaa, että kuntoutuksen mikro- ja makrotasoja, joissa makro viittaa rakenteisiin ja mikro yksilöiden toimintaan, ei voida täysin erottaa toisistaan, sillä ne ovat vahvasti kietoutuneet yhteen.

Kuntoutuksen tavoitteet ja erilaiset toimintatavat muuttuvat yhteiskunnan ja ajallisen muutoksen myötä. Tässä ajassa kuntoutuksen merkitys ja toiminta on hyvin laaja-alaista ja monipuolista. Kuntoutuksen keinoin pyritään ehkäisemään sairauksien, vammojen ja sosiaalisen syrjäytymisen aiheuttamia ongelmia, mutta myös laajemmin edistämään yksilöiden ja väestöryhmien voimavaroja, selviytymistä ja hyvinvointia arjessa sekä erilaisissa elämän muutosvaiheissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8.) Kuntoutus käsitetään usein erilaisina kuntoutuspalveluina, kuten terapioina, apuvälineinä, neuvontana, koulutuksena sopeutumisvalmennuksena, työvalmennuksena ja työkyvyn tukitoimina (Leino 2008, 93).

Hyvinvointialueet ovat järjestämisvastuussa lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista terveydenhuoltolain perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022). Hyvinvointialueiden lisäksi lääkinnällistä kuntoutusta järjestää Kansaneläkelaitos, jossa kuntoutus toteutetaan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Pitkäaikaisten ja vaativien lääkinnällisten kuntoutusjaksojen järjestäminen vaikeavammaisille, joiden kuntoutus ei liity suoraan sairauden hoitoon, mutta työ- ja toimintakyvyn säilyttämiseksi tarvitsevat kuntoutusta, on Kelalla ollut lakisääteinen vastuu vuodesta 1991 (Järvikoski ym. 2009, 13). Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuuluu kuntoutumista koskeva neuvonta, kuntoutustarpeen- ja mahdollisuuksien selvittämistyö, erilaiset terapiat, kuten fysioterapia, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa, kuntoutusohjaus ja muut rinnastettavat palvelut (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991).

## **2.1 Kuntoutuksen muutos asiantuntijälähtöisestä asiakaslähtöiseksi**

Käsitteellä paradigma viitataan tieteenalalla vallitseviin käsityksiin tarkastelun kohteena olevasta todellisuudesta sekä menetelmiin, joilla sitä lähestytään. Kuntoutuksen kentällä tapahtuneella paradigman muutoksella tarkoitetaan kuntoutustoiminnan taustalla olevia erilaisia ajattelu- ja toimintatapoja, jotka ohjaavat kuntoutuksen toteutusta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 49.) Kuntoutusta on pitkään ohjannut vajavuuskeskeinen paradigma, jonka keskiössä on ollut yksilö ja yksilön vajavuus, jota on pyritty korjaamaan erilaisilla yksilölle suunnatuilla toimilla. Asiantuntijuus on ollut korostetussa asemassa ja sen pohjalta on määritetty kuntoutujan palveluntarpeet ja niihin vastaaminen. (Järvikoski ym. 2009, 16.) Kuntoutujakäsityksessä on tapahtunut ajallista muutosta, kuten toin yllä esille. Myös

kuntoutustyössä on tapahtunut siirtymää, sillä kuntoutuksessa on aiemmin vallinnut kliininen toimintamalli, jossa kuntoutuja on ollut kliinisen tutkimuksen objektiivinen kohde, ja ammattilaisen rooli, asiantuntijuus sekä toimenpiteet ovat olleet hallitsevassa osassa (Kettunen ym. 2009, 27–28). Kyseisestä mallista käytetään myös nimitystä asiantuntijakeskeinen malli. Keskeistä mallissa on se, että asiantuntijatietoa pidetään luotettavampana kuin asiakkaan näkemykset ja mielipiteet. Mallissa tietoa koostetaan lääketieteellisten ja psykologisten tutkimusten tuloksista, erilaisista testeistä sekä tiedoista, joilla kuvataan kuntoutujan sosiaalista tilannetta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 187.)

1970-luvulla vajavuuskeskeisen ja kliinisen mallin vierelle nousi uusi paradigma, jossa korostettiin itsenäistä elämää, ihmisten mahdollisuutta vaikuttaa itse omaan tulevaisuuteensa sekä henkilökohtaisia tarpeita ja tavoitteita. Muutoksen taustalla vaikutti vammaisliikkeen esittämä kritiikki kuntoutuksen asiantuntijakeskeisyydestä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 49–50.) Kritiikki vaikutti osaltaan kuntoutujakeskeisen / kuntoutujalähtöisen mallin syntyyn, jossa kuntoutujan mahdollisuus vaikuttaa kuntoutuksen eri vaiheisiin sekä hänen aktiivisuutensa tukeminen ovat nousseet keskeiseen osaan (Kettunen ym. 2009, 28). Kuntoutujalähtöisellä tarkoitetaan kaikkia niitä kuntoutujan ja ammattilaisten yhdessä toteuttamia toimia, joissa laaditaan kuntoutujan elämää koskevia päätöksiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 59). Mallissa kuntoutuja on aktiivinen, tavoitteellinen ja omaa elämäänsä toteuttava toimija, joka toimii yhteistyössä kuntoutuksen asiantuntijan kanssa. Asiakkaan pärjääminen omassa toimintaympäristössä kiinnittää kuntoutuksen huomion kuntoutujan ja ympäristön väliseen suhteeseen ja niiden olosuhteiden muuttamiseen, jotka rajoittavat toimintaa kyseisessä ympäristössä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189.)

Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa on nostattanut myös kritiikkiä. Kivistö ja Hautala (2020) tarkastelivat artikkelissaan asiakaslähtöisyyttä vammaissosiaalityön prosesseissa. He kirjoittavat siitä, että asiakaslähtöisyyden tavoitteena on taata parempaa palvelua yhdenvertaisuuden ja osallisuuden näkökulmasta, mutta käytäntö on usein toisenlaista. Teorian ja käytännön erot nousevat esiin myös Ristolaisen, Roivaan, Mustosen ja Hujalan (2020, 256) artikkelissa, jossa tuodaan esiin muun muassa se, että asiakaslähtöisyyden määrittely pohjautuu usein asiakkaan yksilöllisen huomioimisen ideaaliin, jonka toteuttaminen ja ylläpitäminen käytännön työssä on haasteellista.

## 2.2 Kuntoutuksen tavoitteellisuus

Kuntoutus ja kuntoutuminen nähdään tavoitteellisena toimintana. Kuntoutumisen edellytyksenä pidetään realististen ja saavutettavissa olevien kuntoutumisen tavoitteiden asettamista yhdessä kuntoutujan kanssa (Autti-Rämö 2013, 128). Myös lainsäädäntö ohjaa lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteita, sillä asetuksessa määritellään lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteet seuraavasti: ”Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissaan.” (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991).

Tutkimukseeni osallistuneilla fysioterapia-asiakkaila kuntoutus toteutettiin Kelan järjestämänä vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena, terapiamuotona fysioterapia. Merkittävimpinä tavoitteina fysioterapiassa on ylläpitää ja edistää toimintakykyä sekä ennaltaehkäistä tekijöitä, jotka voivat uhata olemassa olevaa toimintakykyä. Asiakkaan terveyttä, liikkumista, kykyä toimia sekä mahdollisia toiminnan rajoitteita arvioidaan hänen omassa elin- ja toimintaympäristössään. (Kauranen 2021, 10.) Ihmisen toimintakyky voidaan hahmottaa kokonaisuutena, johon kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen osa-alue. Yhdessä nämä osa-alueet muodostavat psykososiaalisen toimintakyvyn. Toimintakyky on aina myös vuorovaikutuksessa sekä fyysiseen että sosiaaliseen ympäristöön, jossa ihminen toimii. (Kettunen 2009, 9–11.)

Toimintakyvyn ja terveyden arviointiin ja luokitteluun kehitettiin vuonna 2001 luokitusjärjestelmä International Classification of Functioning, Disability and Health, lyhennettynä ICF-malli. Mallin suomalainen versio Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus laadittiin Stakesin toimesta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96.) ICF-malli kuuluu Maailman terveysjärjestön, WHO:n, kansainväliseen ”luokitusperheeseen”, jonka avulla mahdollistetaan terveyteen liittyvän tiedon, kuten diagnoosien, toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden, koodaaminen. Yhtenäinen luokitus ja jaettu ammattikielen terminologia edesauttavat terveyttä ja terveydenhuoltoa koskevan tiedon jakamista eri ammatti- ja tieteenaloille sekä kansallisesti että kansainvälisesti. (Maailman terveysjärjestö 2004, 3.) ICF-luokitus on jaettu kahteen osaan ja molemmat osat sisältävät kaksi osa-aluetta. Ensimmäinen osa pitää sisällään toimintakyvyn ja toimintarajoitteet, johon kuuluu

ruumiin / kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Toinen osa sisältää kontekstuaaliset tekijät, joita ovat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Jokaista osa-aluetta voidaan kuvata sekä myönteisellä että kielteisellä tavalla. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.) ICF-mallia on kritisoitu siitä, että suorituksia, jotka viittaavat ihmisen fyysisiin ja psyykkisiin toimintoihin, ja osallistumista, jolla tarkoitetaan sosiaalista selviytymistä, ei ole onnistuttu erottamaan toisistaan, vaan molempia kuvataan samojen osa-alueiden ja ulottuvuuksien kautta. Mallia on kuitenkin kehitetty erottelemaan yksilöllinen suorituskyky ja suoritustaso, jolloin suoritustaso huomio yksilön sisäiset ”kyvyt” sosiaalisissa toimintakäytännöissä. (Järvikoski 2013, 29.)

Tavoitteellisuus synnyttää jatkuvaa arviointia, jonka kohteena on sekä tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus että keinojen ja toteutustapojen vaikuttavuus. Arvioinnin ja palautteen avulla tarkastellaan uudelleen kuntoutuksen keinoja ja toteutustapoja sekä tarvittaessa kehitetään kuntoutusta vastaamaan paremmin asetettuja tavoitteita. (Kettunen ym. 2009, 24.) Kuntoutuksen tavoitteet asetetaan yksilöllisesti kuntoutujan tilanteeseen ja elämään sopeutettuina. Tavoitteet kirjataan konkreettisesti kuntoutussuunnitelmaan, joka toimii työkaluna, jossa määritellään kuntoutujan tarvitsema kuntoutus ja jonka avulla kuntoutuksen tavoitteet pyritään toteuttamaan (em. 2009, 26). Lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuntoutussuunnitelman laatiminen on lakisääteistä: ”Vaikeavammaisen lääkinällinen kuntoutuksen tulee perustua kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä kuntoutujan taikka hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi.” (Kelan kuntoutuslaki 566/2005.)

Kuntoutuksen sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitys nousee esiin arjen kuntoutuskäytännöissä, mutta myös kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa. Asiakslähtöisyys kuntoutuksessa tarkoittaa sitä, että kuntoutuja on osa kuntoutusprosessia ja kykenevä asettamaan omia tavoitteitaan sekä pohtimaan keinoja niiden saavuttamiseen. Järvikoski ja Härkäpää (2011, 189) kirjoittavat, että kuntoutuksen tapahtuessa kuntoutujalähtöisesti kuntoutuksen ammattilainen on asiakkaan yhteistyökumppani ja he toimivat tasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutuksen ammattilaisen kerryttämä tieto on yhteiskäytössä ja jaettavissa asiakkaan kanssa ja tieto auttaa sekä tukee asiakasta päätöksenteossa.

Lääketieteen antropologiassa Tonnesen, Nielsen ja Andersen (2022) tutkivat kuntoutustavoitteiden asettamista Parkinsonin tautia sairastavien kuntoutujien parissa. He huomasivat, että vaikka kuntoutujien tavoitteet asetetaan aina yksilöllisesti, kansalliset ja organisaatiotason tavoitteet löysivät tiensä näihin tavoitteiden asettamiskokouksiin. Haasteita liittyi organisaatio-ongelmiin, kuten tavoitteiden asettamiseen varattu rajoitettu aika, ja institutionaalisen tiedon epätasapainoon, jolla tarkoitettiin eriävää ymmärrystä tavoitteiden asettamisesta. Kokoukseen osallistujilla voi olla ristiriitaiset odotukset kokouksesta. He myös nostivat esiin sen, että vaikka kuntoutujalla on oikeus tehdä itsenäisiä valintoja ja ammattilaiset arvostivat tätä oikeutta, valintojen tekeminen ei kuitenkaan käytännön tasolla ollutkaan niin suoraviivaista. Kuntoutujien päätöksiin vaikutti heidän tietämyksensä taso sairastamastaan sairaudesta sekä Parkinsonin taudin sen hetkinen tila ja sen vaikutukset kuntoutujan kognitiivisiin kykyihin. Parkinsonin tauti myös haastoi itse kuntoutuksen käsitteen, sillä kyseinen sairaus ei mahdollista paluuta entiseen toimintakykyyn tai paluu on mahdollista vain lyhytaikaisesti. Kuntoutuksen ammattilaiset taas tasapainoilivat asiakkaan tavoitteiden ja vastuun sekä ammatillisten vaatimusten kanssa.

## 3 TEOREETTINEN LÄHESTYMISTAPA

### 3.1 Lääketieteen antropologia

Lääketieteen antropologia on kulttuuri- ja sosiaaliantropologian haara, mutta sen juuret ulottuvat myös lääketieteeseen ja se ammentaa näkemyksiä sekä sosiaali- että luonnontieteistä (Helman 1990, 7). Se kuvaa, tulkitsee ja arvioi kriittisesti kulttuurin, käyttäytymisen, terveyden ja sairauden välisiä suhteita ja asettaa terveyden ja sairauden laajempaan kulttuuristen, sosiaalisten, poliittisten, taloudellisten ja historiallisten prosessien kontekstiin (Pool & Geissler 2005, 29). Lääketieteen antropologia tarjoaa tutkimukselleni laajemman kehyksen tavasta tarkastella tautia, sairautta ja kokemusta niistä, mutta kommunikaation käsittelyyn käytän myös muiden tieteenalojen tapaa lähestyä aihetta. Pohdin myös kommunikaation yhteyttä kehoon, miten sairaudet ilmenevät kehossa mutta myös, miten kehon kautta määritellään sairauksia ja niihin liittyvää toimintakyvyn laskua. Alkuun kuitenkin muutama sana lääketieteen antropologiasta yleisesti ja sen suhteesta biolääketieteeseen.

Lääketieteen antropologiassa yksi keskeisimpiä ajatuksia on se, että käsitykset terveydestä, sairaudesta ja parantamisesta ovat sidoksissa kulttuuriin, ymmärrykseemme ihmisestä ja hänen paikantumisesta maailmaan. Sairauksiin liitetyt arvot ja tavat ovat osa kulttuuria, eikä niitä voi tutkia erillään siitä. Helman (1990, 7) esittää, että ihmisten reaktioita sairauksiin, kuolemaan tai muihin epäonnen muotoihin ei voi ymmärtää ilman ymmärrystä siitä kulttuurista, jossa he ovat kasvaneet tai jonka ovat omaksuneet – eli siitä ”linsistä”, jonka läpi he hahmottavat ja tulkitsevat maailmaansa. Kulttuurin tutkimisen lisäksi on myös tarpeen tutkia terveyden ja sairauden sosiaalista järjestäytymistä kyseisessä yhteiskunnassa (terveydenhuoltojärjestelmä), joka sisältää tavat, joilla ihmiset tunnistetaan ”sairaiksi”, keinot, joilla he esittävät sairautensa muille ja tavat, joilla sairauteen suhtaudutaan (em. 1990, 7).

Länsimaisessa yhteiskunnassa biolääketieteen uskotaan yleisesti toimivan ”faktojen” alueella ja tätä ruumiillisen faktan aluetta pidetään usein melko erillisenä muista kulttuurisista ja sosiaalisista alueista (Pool & Geissler 2005, 78). Antropologit ovat kuitenkin korostaneet, että minkä tahansa yhteiskunnan lääketieteellistä järjestelmää ei voida tutkia eristyksissä muista kyseisen yhteiskunnan näkökulmista, erityisesti sen sosiaalisesta, uskonnollisesta, poliittisesta

ja taloudellisesta järjestelmästä. Ne ovat kietoutuneet yhteen ja ne perustuvat samoille oletuksille, arvoille ja maailmankuville. (Helman 1990, 54.) Biolääketiede on erityisesti läntisessä osassa maailmaa, mutta myös maailmanlaajuisesti, saanut vahvan jalansijan ihmisten terveyden ja sairauksien tutkimuksessa ja hoidossa. Vahvan aseman vuoksi biolääketiedettä pidetään usein ainoana merkityksellisenä lääketieteellisenä järjestelmänä ja kansanterveyden ongelmat sekä painopisteet (myös tutkimuksen fokus) määräytyvät yksinomaan biolääketieteen näkökulmasta (Pool & Geissler 2005, 40). Vahvasta asemastaan huolimatta biolääketieteellinen kehys on kuitenkin vain yksi tapa tarkastella terveyttä ja sairautta ja biolääketieteellinen lähestymistapa elää ajassa sekä paikassa. Honkasalo (2008a, 11) kirjoittaa, että biolääketieteellinen tieto ja sen piirissä olevat ammatit sekä käytännöt ovat kulttuurisesti rakentuneita. Vaikka tänä päivänä käsitykset ja teoriat taudeista ja sairauksista sekä niiden luokittelusta nojaavat luonnontieteeseen, historiallisesti nämä käsitykset ovat vaihdelleet ja parantaminen on toteutettu toisenlaisissa konteksteissa.

Pool ja Geissler (2005, 78) kirjoittavat, että biolääketieteen kulttuurin näkyväksi tekemisessä on käytetty useita erilaisia strategioita. Yksi strategia on historiallinen kontekstualisointi, jossa biolääketiede on esitetty tiettyjen kulttuuristen ja sosiaalisten olettamusten historiallisesti juurtuneena tuotteena. Toinen strategia on paljastaa metaforaa ja muita puhemuotoja analysoimalla tapoja, joilla sosiaalinen merkitys upotetaan biolääketieteellisiin kategorioihin. Kolmas strategia on kliinikoiden elämään osallistuminen, sillä klinikkojen päivittäiset käytännöt paljastaa biolääketieteen teoreettiset ja pragmaattiset perusteet. Näiden analyysimuotojen tavoitteena on tuoda esiin ”luonnollisen” ja ”annetun” alueilta ne biolääketieteen näkökohdat, jotka ovat kulttuurisia ja rakennettuja (em. 2005, 78).

Miksi on merkittävää tunnistaa ja nostaa esiin biolääketieteen roolia ja sen toimintakulttuuria lääketieteellisenä järjestelmänä? Kleinmanin (1995) mukaan biolääketiede ei ole mikä tahansa byrokratia tai ammatti, se on teollistuneen yhteiskunnan merkittävä instituutio. Biolääketieteen rakentamat erilaiset ihmisen kärsimyksen muodot terveysongelmina vahvistuvat yhteiskunnan säädösten kautta ja ne voivat vaikuttaa kaikkiin elämän osa-alueisiin. Biolääketieteen vaikutusalue laajenee jatkuvasti, kun yhä useampi elämänongelma tuodaan sen piiriin. Medikalisaatio saa ihmiset etsimään geneettisiä juuriaan, arvioimaan muita yksilöllisiä riskitekijöitä ja etsimään hoitoja. Samalla kun sen antaa kärsijälle sairaan roolin, medikalisaatio voi leimata ja suojata. Se voi tarjota pikaratkaisun monimutkaisiin sosiaalisiin ongelmiin ja se voi hämärtää poliittisia sekä taloudellisia ongelmia, jotka osaltaan vaikuttavat näihin ongelmien

syntyyn. Mikään muu hoidollinen / terapeuttinen järjestelmä ei voi käyttää valtaa tässä mittakaavassa, koska mistään muusta järjestelmästä ei ole tullut niin merkittävä osa yhteiskunnan sosiaalisen kontrollin mekanismeja. (Em. 1995, 38.)

### **3.1.1 Affektiivisen subjektiivisuuden kyberneettinen teoria ja kommunikaatio**

Lääketieteen antropologiassa on tarkasteltu sairauden kokemusta ja sairauden merkityksenantoa. Sairauteen liittyvät merkitykset voivat koskettaa erilaisia elämän osa-alueita, kuten ihmissuhteita, taloutta ja sosiaalisia rooleja. Honkasalo (2008b, 85–86) kirjoittaa, että lääketieteen antropologiassa on tehty jaottelu kolmeen käsitteeseen: *tautiin* (disease), *sairauteen* (illness) ja *sairastamiseen* (sickness). Tauti edustaa ruumiissa olevaa fysiologista tai biologista muutosta. Sairaus taas edustaa psykososiaalista kokemusta ja sairastaminen on lääketieteen antropologian kattotermi, joka pitää sisällään taudin ja sairauden ilmenemisen ja niihin liitetyt merkitykset. Sairaus ei siis ole pelkästään seurasta patogeenistä tai fysiologisesta häiriöstä, vaan sitä tulee ymmärtää yhtä paljon sosiaalisena kuin biologisena ilmiönä (Baer & Singer & Susser 2013, 7).

Sairaus viittaa siihen, miten sairas henkilö ja perheenjäsenet tai laajempi sosiaalinen verkosto havaitsevat, elävät ja reagoivat oireisiin ja vammaisuuteen. Sairaus on elävä kokemus kehon seuraamisesta. Sairaskokemukseen kuuluu niiden patofysiologisten prosessien aiheuttaman kärsimyksen luokittelu ja selittäminen arkijärjellisin tavoin, jotka ovat kaikkien sosiaalisen ryhmän jäsenten saatavilla. Tauti on se, mitä lääkäri muodostaa tarkastellessaan sairautta teorian ja oireiden kannalta. Tauti on myös se, mitä lääketieteen ammattilaiset on koulutettu näkemään teoreettisten linssien läpi. (Kleinman 1988, 3–5.) Sairaus ja tauti voivat esiintyä yhtäaikaaisesti päällekkäin, mutta kokemuksena ne eivät välttämättä ole yhteneväisiä; samanlainen fyysinen patologia voi synnyttää erilaisia kokemuksia kivusta ja kärsimyksestä (Pool & Geissler 2005, 53). Käsite sairastaminen täydentää kokonaiskuvan, sillä se voidaan määritellä häiriön ymmärtämiseksi sen yleisessä merkityksessä koko väestössä suhteessa makroyhteiskunnallisiin, kuten taloudellisiin, poliittisiin ja institutionaalisiin voimiin (Kleinman 1988, 6).

Tämä edellä esitetty jako tautiin, sairauksiin ja sairastamiseen toimi tutkimukseni inspiraationa, pohtiessani työni asetelmaa. Kaikilla tutkimukseeni osallistuneilla fysioterapia-asiakkaila on

jokin lääketieteellisesti diagnosoitu ”tila”, jonka kautta voidaan selittää heidän kommunikaatio-ongelmia. Tämä ”tila” jättää kuitenkin huomioimatta yksilöllisen kokemuksen, joka voi olla hyvinkin erilainen diagnoosin esittämistä määritelmästä. Yritykset diagnosoida yksilöiden kokemuksia häiriöistä voivat johtaa oireiden hoitamiseen, mutta ne voivat johtaa myös monimuotoisten kokemusten yksinkertaistamiseen, jotka eivät mahdu diagnostiseen luokkaan (Wolf-Meyer 2020, 11).

Miten kommunikaatio ja kommunikaatiovaikeudet asettuvat tähän lääketieteen antropologian traditioon? Liikun tässä tutkimuksessa Matthew Wolf-Meyerin (2020) teoreettisissa jalanjäljissä, jossa tarkastellaan perustaltaan kyberneettistä affektiivisen subjektiivisuuden teoriaa. Wolf-Meyerin (2020, 5) mukaan affektiteoria osoittaa, kuinka kehon kapasiteetti muodostuu ja estyy ympäristön vaikutuksesta. Kybernetiikka kiinnittää huomiota kuvioiden ja niiden tuottamien muotojen tarpeelliseen yhteyteen. Affektiivisen subjektiivisuuden kyberneettinen teoria keskittyy siihen, miten yksilöiden kyvyt syntyvät heidän tilanteellisista yhteyksistään, jotka suosivat tiettyjä tapoja olla maailmassa. Kyberneettisyys voidaan nähdä keinona käsitteellistää yksilöiden ja heidän ympäristönsä välisiä dynaamisia suhteita, jossa muutokset yksilössä heijastuvat ympäristöön ja toisinpäin. (em. 2020, 23). Kommunikaation ollessa tutkimuksen keskiössä, kyberneettisyyden avulla voidaan siis tarkastella kommunikaatioprosessin monimutkaisuutta kokonaisuudessaan ja siihen sisältyviä rakenteita, järjestelmiä sekä prosesseja. Esimerkiksi sitä, miten kommunikaatiota välitetään osapuolten kesken, miten sitä tulkitaan ja miten se osaltaan vaikuttaa rakenteisiin ja järjestelmän toimintaan.

Wolf-Meyer (2020, 9) avaa taustalla vaikuttavaa käsitystä yksilöstä, persoonasta, itsestä ja subjektista. Yksilöt, yhteiskunnan perusyksikkönä, ovat niitä, joilla on tiettyjä yhteiskunnassa sovittuja ja valtion turvaamia oikeuksia sekä velvollisuuksia. Tällä tavoin tarkasteltuna yksilöt ovat abstrakteja ja vasta sosiaalisen tunnustuksen kautta heistä tulee henkilöitä. Ohjaavana oletuksena on, että yksilö määritellään henkilöksi, paitsi jos häneltä puuttuu tiettyjä kykyjä, erityisesti itsemääräämisen ja kommunikaation osalta. Yksilöiden luokittelu tietynlaisiksi – kuten autistiseksi, ei-verbaaliseksi, kuuroksi – johtaa tiettyyn kohteluun valtaapitävien toimesta. Täyttääkseen institutionaaliset käyttäytymisnormit ja tullakseen tunnustetuiksi henkilöiksi, yksilöt voivat joutua pakotetuiksi normatiivisiin subjektiivisuuden muotoihin, jotka ovat sopusoinnussa kulttuuristen odotusten kanssa, kuten lääketieteellisten hoitojen hyväksymisen, normatiiviset itsensä esittämisen ja kommunikoinnin muodot, valtion hoito-

odotuksiin suostuminen sekä tiettyjen yhteisöjen ja sukulaisuuden muotojen syrjimisen. (Em. 2020, 10.)

Wolf-Meyer (2020, 11) mukaan, liberalismi nojaa yksilöön toimintakykyisenä, itsetietoisena ja kommunikoivana subjektina. Niiltä yksilöiltä, joilta nämä kyvyt puuttuvat, estetään yhteiskuntaan osallistuminen täysimääräisesti. Ajan mittaan tähän ryhmään ovat kuuluneet ei-valkoiset, naiset, lapset ja vammaiset. Fasilitointi, animointi ja modulaarisuus haastavat tämän liberaalin perinteen. Fasilitointi on prosessuaalista vuorovaikutusta kehojen välillä ja se tavoittelee päämäärää, joka voidaan saavuttaa – tai joka voidaan saavuttaa nopeammin – vain toimijoiden välisen vuorovaikutuksen kautta. Animaatio voidaan nähdä tapana, jolla ihmisten välisiä yhteyksiä elävöitetään ja siitä tulee perusta subjektiivisuuden kehittymiselle, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että yksilöiden kanssa ollaan vuorovaikutuksessa välineellisesti ja tämä vuorovaikutus mahdollistaa ei-normatiivisten subjektiivisten muotojen kukoistamisen. Modulaarisuus on tarve hahmottaa vuorovaikutuksen kyvykkyudet niiden instituutioiden muovaamina, joiden kanssa yksilöt vuorovaikuttavat ja jotka tarjoavat tulkinnallisen perustan käyttäytymisen ja kyvykkyysien hahmottamiseen. (Em. 2020, 12–14.)

Yhtenäisenä kulttuurilogiikkana uusliberalismi pyrkii korostamaan yksilöllisyyttä. Tieteissä tämä yksilöllisyyden korostaminen on erityisen selvä genomiikassa ja neurotieteessä, jotka olettavat, että häiriöt syntyvät yksilössä geenien tai aivojen perusteella – ei niin, että ne olisivat sosiaalisten determinanttien tai kulttuuristen ”normaalin” odotusten, käyttäytymisen, kasvun ja kehityksen vaikutuksia. (Wolf-Meyer 2020, 15). Tässä tutkimuksessa en jaa uusliberalismista ajatusta kommunikaatio-ongelmista yksilön ”vikana”, jota tulisi korjata kuntoutuksen keinoin, vaan keskityn yhteisesti tuotettuihin ja jaettuihin kommunikaatioprosesseihin ja niiden merkitykseen. Wolf-Meyerin (2020, 22) mukaan keskittyminen fasilitaatioon, animaatioon ja modulaarisuuteen siirtyy kohti näkemystä yksilöstä solmuna kyberneettisessä suhteiden ja yhteyksien verkostossa.

### **3.1.2 Kommunikaation kehollisuus**

Tarkasteltaessa kommunikaatiota ja kommunikaatioon liittyviä ongelmia, ei voida sivuuttaa kehoa ja sen merkitystä, sillä ihmiskeho on paikka, jonka kautta kommunikaatio tapahtuu ja jossa ilmenevät sairaudet ja vammat myös vaikuttavat kommunikaatioon. Biolääketieteen

historiallisissa keskusteluissa korostuu kartesiolainen dikotomia mielen ja ruumiin välillä. Ruumis, osana luonnollista maailmaa, tulee tunnetuksi rajattuna materiaalisena kokonaisuutena; sairaudet ovat samoin fyysisiä ilmiöitä, jotka tapahtuvat tietyissä paikoissa kehossa. Tämä erottaa kehon ei-kehosta; kehon ajatellaan olevan tunnettavissa ja hoidettavissa erillisenä mielestä. Kehon tuntemisen erikoisuus voidaan nähdä biolääketieteen teksteissä ja käytännöissä, jotka tarjoavat mekanistisen ja desosialisoituneen kuvaston ihmiskehon prosesseista. (Pool & Geissler 2005, 78.) Muutos potilaan oireiden ja kokemusten kuulemisesta potilaan kehoon ja sen patologiaan poikkeavuuksiin, joihin oireita soviteltiin, tapahtui 1800-luvulla. Potilaan kehosta tuli passiivinen tutkimuksen kohde, jonka ”sisältä” tutkittiin ja korjattiin vikoja. (Foucault 1989.)

Fysioterapeuttinen katse kehoon ja sen tutkimiseen eroaa hieman biolääketieteen tavasta, sillä fysioterapiassa huomio kiinnittyy kehon ”ulkoisiin” toimintoihin ja toimintakykyyn. Koska fysioterapeuteilla ei ole pääsyä kehon sisäpuolelle, biolääketieteen näkökulmasta fysioterapeuttinen tutkimus on ”esitieteellistä” valitusta lähestymistavasta tai menetelmästä huolimatta. Biolääketieteen ja fysioterapian erilaiset lähestymistavat synnyttävät rajoituksia ja haasteita vuorovaikutusilmapiirin luomiselle sekä ihmiskärsimyksen ymmärtämiselle ja tutkimiselle. (Thorquist 2006, 67–69.) Nicholls (2018, 122) kuitenkin huomauttaa, että vaikka yhä useampi fysioterapeutti katsoo kehoa yli biolääketieteen rajojen, vallitsee alalla ja tutkimuksessa vahva ajatus kehosta ”koneena”. Hän huomauttaa, että vaikka fysioterapeuteilla on pitkä historia kehosta kirjoittamisesta, heillä ei juuri ole kirjoittamishistoriaa siitä, mikä keho on ja mitä se heille merkitsee.

Antropologit ovat edistäneet antropologista kiinnostusta kehoon perustamalla teorit, kuvaukset ja analyysit konkreettisten ruumiillisten kokemusten, tiedon muotojen ja käytäntöjen tarkasteluun (Desjarlais & Throop 2011, 89–90). Keho ei ole vain annettu fyysinen todellisuus, vaan sitä muokataan myös kulttuuristen uskomusten kautta. Tässä mielessä keho voidaan nähdä kulttuurisena konstruktiona. Se syntyy anatomian ja fysiologian sekä psykologien ja kulttuuristen voimien välisestä vuorovaikutuksesta. (MacLachlan 2004, 17.) Kleinman (1995, 96) huomauttaa, että antropologisten analyysien ollessa kaukana kokemuksesta, on vaarana, että subjektien inhimilliset olosuhteet mitätöidään.

Vammaistutkimuksessa on jo pitkään tunnistettu vamman väistämättömyys ja satunnaisuus, sillä jokaisen keho heikkenee vanhenemisen myötä, aistit heikkenevät tai äkillinen onnettomuus

voi vaikuttaa kehomme toimintoihin. Pysyvän ruumiin käsittäminen väliaikaisena ja satunnaisena viittaa ruumiillistuneen kokemuksen ajalliseen luonteeseen. Tällainen näkemys edesauttaa siirtymään pois ajatuksesta, että sairas tai vammaisen keho on menettänyt jotain. (Wolf-Meyer 2020, 30–31.) Sama koskee kommunikaatiota, kun se eroaa normina pidetystä. Kommunikaatio tapahtuu yksilön kehon kautta ja keho, joka ei kykene kommunikoimaan oletetulla tavalla, esimerkiksi verbaalisesti, nähdään yksilön ongelmana ja ratkaisuna on pyrkimys yksilön taitojen kehittämiseen niin, että yksilön keho ja taidot vastaavat mahdollisimman hyvin yhteiskunnassa vallitsevaan normiin.

### **3.2 Kommunikaation monimuotoisuus**

Seuraavaksi avaan hieman kommunikaatio käsitettä. Tarkastelen kriittisesti sitä, miten kommunikaatio-ongelmat esitetään yksilöstä lähtöisin olevina häiriöinä ja pohdin, millaisia vaikutuksia sillä on sekä yksilölle että laajemmin yhteiskunnalle. Kommunikaatio voidaan ymmärtää viestintävälineenä, jonka avulla välitetään viestejä yksilöiden ja ryhmien kesken. Antropologi Ruth Finnegan (2002, 5) kuitenkin esittää, että kommunikaatiota pidetään pikemminkin luovana inhimillisenä prosessina kuin tiedon siirtämisenä ja se ylittää pidemmälle kuin nykyiselle keskustelulle tyypillinen ”informaatio” ja ”informaatiovallankumous”.

Kommunikointi tapahtuu pohjimmiltaan kahdella tavalla: verbaalisesti ja non-verbaalisesti. Lisäksi käytämme useita merkkejä, symboleja ja koodeja kommunikoidaksemme toisten kanssa. Kommunikaatio voidaan jakaa kahteen osaan, joista ensimmäinen tapahtuu muiden ihmisten kanssa, eli ihmistenvälinen kommunikaatio ja toinen tapahtuu itsen kanssa, eli sisäinen kommunikaatio. (Van Hattum 1980, 4–5.) Aaltosen ja Portin (2010, 11) mukaan ihmiselle kehittynyt puhekyky on mahdollistanut laajan sosiaalisen verkoston luomisen ja ylläpitämisen ja puheen avulla sosiaalinen vuorovaikutus on helpompaa kuin vain eleiden, ilmeiden ja ääntelyn kautta ylläpidetty. Kommunikaatiota pidetään itsestään selvänä ja vauvan kasvu kieleen mielletään väistämättömäksi (Wolf-Meyer 2020, 247). Finneganin (2002, 12) mukaan kielen ja puheen korostaminen johtuu osittain laajalti vallitsevasta näkemyksestä kielestä ihmisen ainutlaatuisena ominaisuutena ja siten luonnollisesti keskeisenä inhimilliselle kommunikaatiolle, jossa ei-kielelliset, hajuaistin, näköaistin tai ei-sanallisen kuulemisen prosessit näyttävät vähäpätöisiltä verrattuna ihmisen kehittyneeseen puhevoimaan.

Mieltäessämme kielen ensisijaiseksi ja merkittävimmäksi kommunikaation muodoksi herää kysymys, miten yksilö, joka ei kommunikoi verbaalisesti, asettuu yhteiskunnassa ja millainen mahdollisuus hänellä on olla aktiivinen osallistuja? Wolf-Meyer (2020, 248) esittää kriittisesti, että kommunikaatio on tapa, jolla tunteet, ajatukset ja aikomukset tehdään tiettäväksi muille ja tunteiden, kognition ja aikomusten kieltä pidetään tekoja ylempiarvoisena, ikään kuin itseilmaisu kielen kautta olisi vilpittömämpää ja läpinäkyvämpää kuin teot. Hänen mukaansa kyky kommunikoida sosiaalisesti tunnustetuilla tavoilla hyväksytään yhteiskuntaan osallistumisen perusteeksi ja kielen sekä normatiivisten kommunikaatiotapojen puute estävät yksilöiltä sosiaalisen osallistumisen samalla merkiten heidän vammaisiksi ja hoidon tai eristämisen tarpeessa oleviksi.

Tässä tutkimuksessa lähestyn kommunikaatiota Finneganin (2002, 5) määritelmästä käsin, jossa kommunikaatio kattaa monet ihmisen vuorovaikutuksen ja elämisen tavat, sekä lähellä että kaukana – hajujen, äänten, kosketusten, liikkeiden, ruumiillistuneiden sitoumusten ja materiaalien esineiden kautta. Huomioin myös Wolf-Meyerin (2020, 8) lähestymistavan kommunikaatioon affektien välittämisenä yksilöiden välillä, yksilöiden ja yhteiskunnan välillä sekä ympäristön ja sitä asuttavien kehojen välillä. Tämän lisäksi käsittelen kriittisesti kommunikaatiohäiriöiden käsitettä, jolla viitataan yksilön omaaviin kommunikaatio-ongelmiin. Wolf-Meyerin (2020, 7) mukaan neurologiset häiriöt ovat häiriöitä, koska yhteiskunnan järjestys, joka on implisiittisesti asetettu ”normaalille aivoille”, luo ne sellaisiksi. Pohdin tästä näkökulmasta kommunikaatio-ongelmia, joita usein lähestytään yksilöön kohdistuvan ”vian” tai diagnoosin näkökulmasta.

### **3.2.1 Ongelmat kommunikaatiossa ja kommunikaation tutkimus**

Sairaudet voivat muuttaa kehon toimintoja ja jotkut sairaudet voivat vaikuttaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen kommunikaatioon (Kleinman 1988, 15). Myös erilaiset vammat voivat osaltaan olla yhteydessä kommunikaatioon ja sen tuottamisen vaikeuksiin. Kommunikaatioon liittyviä ongelmia tarkastellaan usein tauti- tai diagnoosikohtaisesti (ks. Van Hattum 1980), jolloin kommunikaatiovaikeuksien erilaiset muodot yhdistyvät osaksi taudin piirteitä. Kuitenkin Launosen mukaan (2010, 340) ihmisten, jotka tarvitsevat puhetta tukevia tai korvaavia menetelmiä, lääketieteelliset diagnoosit vaihtelevat suuresti ja ne voivat olla joko

kehityksellisiä, jotka ilmenevät jo vastasyntyneellä tai myöhemmin hankittuja, esimerkiksi aivovamman tai jonkin neurologisen sairauden myötä. Tutkimukseeni osallistuvilla fysioterapia-asiakkailta kommunikaatiovaikeudet vaihtelivat kognitiivisista vaikeuksista epäselvään puheeseen ja totaaliseen puhumattomuuteen. Kyseessä oli siis varsin heterogeeninen joukko ihmisiä kommunikaation osalta, ja tämän vuoksi en kiinnittänyt huomiota tutkimuksessani heidän diagnooseihin tai nähnyt heidän tapaansa kommunikoida häiriön kautta, vaan keskityin itse kommunikaatioon ja sen erilaisiin toteutusmuotoihin. Kentällä tämä näyttäytyi siten, että kommunikaatiomuodot vaihtelivat verbaalisesta kommunikaatiosta, viittomakieleen, eleistä ja kehollisesta viestinnästä kommunikaatioon apuvälineiden, kuten kuvakansioiden, välityksellä.

Huhtanen (2011, 15) esittää, että kommunikoinnin erilaiset muodot voidaan jaotella usealla eri tavalla, mutta yleisesti käytetty muoto on jako avusteisiin ja ei-avusteisiin kommunikointikeinoihin. Avusteisella kommunikoinnilla tarkoitetaan sitä, että kielellinen ilmaus on sen käyttäjästä fyysisesti erillään. Kommunikaatio tapahtuu siis erilaisen apuvälineiden, kosketeltavien ja graafisten menetelmien kautta. Ei-avusteisessa kommunikoinnissa henkilö pystyy tuottamaan itse kielellisiä ilmaisuja ja käytettyjä merkkejä, kuten eleitä ja viittomia, mutta myös morsetusta, puhe- ja oheisviestintää. Puhuminen mielletään ihmisen ensisijaiseksi kommunikaatiomuodoksi, mutta silloin kun sen tuottaminen on puutteellista tai mahdotonta viestiminen pyritään mahdollistamaan puhetta tukevan ja korvaavan kommunikaation avulla, josta käytetään lyhennettä AAC, eli Augmentative and Alternative Communication (em. 2011, 15). Toisinaan puhetta korvaavaa kommunikointijärjestelmää tarvitaan väliaikaisesti, mutta osalle ihmisistä tarve on koko elämän mittainen.

Thornquist (2006, 67) huomauttaa, että iso osa kliinisten kontekstien kommunikaatiota käsittelevistä tutkimuksista keskittyy puhumiseen ja taustojen selvittämiseen sen sijaan, että keskittyttäisiin ammatillisiin menettelytapoihin ja toimintoihin sekä niiden ontologisiin perusteisiin. Kommunikaation tutkimus fysioterapian yhteydessä painottuu usein ammattilaisen näkökulmaan, asiakaskeskeisyyteen (Wijma yms. 2017) tai tavoitteiden saavuttamiseen (Thomson 2008; Tonnesen yms. 2022). Terveystieteiden ja lääketieteen piirissä kommunikaation merkitys on tunnustettu, mutta kuten Roberts ja Bucksey (2007, 587) toteavat artikkelissaan, ei kommunikaation tutkimiseen ja mittaamiseen ole kehitetty mittareita ja siksi terveydenhuollon kentällä on käytetty useita erilaisia menetelmiä, sekä laadullisia että

määrällisiä. Sama koskee myös fysioterapian kenttää. Bright ja kumppanit (2018) selvittivät tutkimuksessaan fysioterapiaopiskelijoiden käsityksiä kliinisestä kommunikaatiosta ja he esittävät, että vaikka kommunikaatiota arvostetaan fysioterapiassa, tutkimusta siitä, miten fysioterapiaa käsitellään fysioterapiakoulutuksessa, tai siitä, miten opiskelijat ymmärtävät ja toteuttavat kommunikaatiota, on tehty vähän.

Wolf-Meyerin (2020, 4) mukaan ongelma on siinä, että elämme maailmassa, jossa tietynlaista verbaalista kommunikaatiota pidetään normina ja siitä poikkeavat tavat ovat merkki epänormaalista. Tämä näkökulma asettaa muut kommunikaatiotavat joksikin sellaiseksi, jota tulisi muokata ja toimien tulisi tähdätä tavoittelemaan normina pidettyä. Normatiivisen kommunikaation muodot myös sulkevat pois niitä, jotka näitä normeja eivät pysty toteuttamaan. Tarkasteltaessa muita kommunikaation tuottamisen tapoja häiriöinä, asetetaan vastuu kommunikaatiosta sille, jolla on vaikeus tuottaa kommunikaatiota oletetulla tavalla, eikä huomioida kommunikaation kahdensuuntaista prosessimaista luonnetta. Wolf-Meyerin (2020, 248) mukaan vain tunnustamalla, että normatiiviset kommunikaatiomuodot eivät toimi kaikille, eivätkä ne tue tasa-arvoista ja universaalista osallistumista (jos sellainen on mahdollista), voidaan ne kyseenalaistaa. Keskittämällä tutkimukseni kommunikaation, sen eri muotoihin ja sen tuottamaan merkitykseen tietyissä konteksteissa, pyrin antamaan mahdollisuuden subjektiiviselle kokemukselle ja jaetulle sosiaaliselle yhteydelle. Olen kuitenkin tietoinen siitä, että täysin läpinäkyvää kokemusta toisista voi olla mahdotonta saavuttaa.

## 4 ETNOGRAFIAA FYSIOTERAPIAN KENTÄLLÄ

### 4.1 Tutkimusmenetelmänä etnografia

Etnografialla voidaan tarkoittaa kahta asiaa: tutkimusmenetelmää ja kyseisen tutkimusmenetelmän keinoin tuotettua tulosta eli etnografisin keinoin laadittua kuvausta tutkittavasta yhteisöstä, kulttuurista tai ilmiöstä. Etnografisesti tuotettu tieto rakentuu osallistumisen, erilaisten aineistojen ja teorian sekä aineiston yhteisen vuoropuhelun keinoin. Etnografinen tutkimusperinne ei vain painota metodin merkitystä vaan se nähdään eräänlaisena metodologisena lähtökohtana, jossa tiedon tuotanto rakentuu sekä tutkijan että tutkittavien, aiempien teorioiden ja tutkijan aineistoista tekemien tulkintojen dialogissa. (Rastas 2010, 64–65.) Clifford Geertzin (1973) mukaan etnografian tehtävänä on tuottaa ”tiheää kuvausta” (*thick description*) tutkittavasta kohteesta. Tämä tapahtuu yhdistämällä monipuolisesti erilaisia aineistoja ja lukemalla sekä analysoimalla niitä rinnakkain ja ristiin (Huttunen 2010, 43).

Pro gradu -tutkimukseni aineisto on etnografiseen tapaan kenttäpäiväkirja, jota olen kirjoittanut kenttäjaksoni aikana yhteensä 57 sivua (fontti 12, riviväli 1,5). Minulla oli kentällä mukana kirjoitusvälineet, mutta useimmiten kirjoitin kenttäpäiväkirjaa vasta kotiuduttuani. Tapaamiset kentällä kestivät noin 1–2 tuntia kerrallaan. Koin luontevammaksi keskittyä kentällä pelkästään havainnointiin ja keskusteluihin ja tapaamisten jälkeen siirryin kenttäpäiväkirjan kirjoittamiseen. Tein myös kaksi haastattelua tutkimukseen osallistuneen fysioterapeutin kanssa, jotka tallensin nauhurilla ja litteroin myöhemmin. Haastatteluista kertyi litteroituna 12 sivua (fontti 12, riviväli 1,5). Kommunikaatioon liittyvien haasteiden ja puutteellisten tukiviittomataitojeni vuoksi haastattelutilanne asiakkaiden kanssa olisi voinut luoda asetelman, jossa kommunikaatio-ongelmat korostuvat ja näin ollen vaikeuttavat asiakkaiden asemaa tilanteessa. Haastatteluja on mahdollista tehdä myös tulkin apua käyttäen (Huttunen 2010, 32) ja omassa tutkimuksessani se olisi tarkoittanut ihmistä, joka osaa käyttää kommunikaation apuvälineitä tai tulkita asiakkaan epäselvää puhetta. Kuten Huttunen tekstissään toteaa, tulkin käyttö tuo mukanaan omat ongelmansa, kuten sen, kenen puhetta analysoidaan. Tämän vuoksi päätin keskittyä asiakkaiden kanssa kentällä tapahtuvaan arkiseen, epämuodolliseen keskusteluun varsinaisten haastattelujen sijaan. Minulle oli kuitenkin tärkeää, että asiakkailla on mahdollisuus kokea osallistuvansa ja kommunikoida asioista, joita he halusivat minulle jakaa, joten pyrin tapaamisten aikana nostamaan tätä mahdollisuutta esiin kysymyksillä ja

keskusteluilla eri aiheista ja kirjasin näitä asioita kenttäpäiväkirjaan. Analyysissa liitän keräämääni aineistoa mukaan sellaisenaan tutkimuksen läpinäkyvyyden ja etnografisen perinteen mukaisesti, mutta myös antaakseni tutkimukseen osallistuvien ”oman äänen” kuulua ja olla sellaisenaan osa tutkimusprosessia. Tallensin ympäristöä ja tilanteita myös valokuvin ja tässä tutkimuksessa esiintyvät valokuvat ovat kentältä ottamiani.

Kentällä tapahtuneiden arkisten keskusteluiden lisäksi tein kaksi ennalta sovittua, puolistrukturoitua haastattelua tutkimukseen osallistuneen fysioterapeutin kanssa. Haastatteluiden sisältö on suhteessa siihen, mitä haastateltavat tekevät ja miten toimivat muissa yhteyksissä, toisin sanoen etnografisessa tutkimuksessa haastattelut kontekstoidaan muuhun aineistoon (Huttunen 2010, 43). Ensimmäisen haastattelun tein kenttäjakson alussa, jolloin haastattelun teema oli taustoittava. Kysyin muun muassa Riinan koulutuksellista taustaa ja sitä, miten opinnoissa kiinnitettiin huomiota asiakkaan kohtaamiseen ja kommunikaatioon. Toisen haastattelun tein kenttäjakson päätyttyä. Tällöin keskityin laajemmin kuntoutuksen ja fysioterapian merkitykseen ja tavoitteisiin fysioterapeutin ja kuntoutuksen järjestäjän, tässä tapauksessa Kelan, näkökulmasta ja siihen miten nämä näkyvät asiakkaan kohtaamisessa. Toinen haastattelu täydensi ja syvensi kentällä tekemiäni havaintoja ja avasi hieman tarkemmin fysioterapeutin toimintaa ja velvollisuuksia järjestäjätahoa kohtaan.

Etnografisessa tutkimuksessa ei aina ole selkeää rajaa etukäteen suunnitellun muodollisen ja epämuodollisen keskustelun välillä. Haastatteluaineistoa kertyy myös kenttäpäiväkirjaan, sillä tutkija kirjaa siihen kentällä tapahtuneita keskusteluja ja kohtaamisia. (Huttunen 2010, 41.) Kentällä keskustelin asiakkaiden kanssa sekä arkisista asioista että fysioterapiaan tai kuntoutukseen laajemmin liittyvistä asioista. Havainnoin myös fysioterapeutin ja asiakkaiden välistä keskustelua, sillä se oli hyvin keskeinen osa tutkimustani ja kenttätöitäni. Kirjasin kenttäpäiväkirjaani näitä keskusteluja toisinaan keskittyen enemmän keskusteluissa käytyihin teemoihin ja toisinaan sanasta sanaan käytyihin sisältöihin. Asiakkaiden kommunikaatiovaikeudet, erityisesti verbaalisen kommunikaation suhteen, vaikuttivat keskustelutilanteisiin siten, että toisinaan minun oli vaikea ymmärtää asiakkaan sanoja, sillä en ollut tottunut ja oppinut tulkitsemaan heidän tapaansa muodostaa ja ääntää sanoja ja kirjaimia. Toisinaan taas tulkintavaikeudet johtuivat minun kyvyttömyydestä kommunikoida viittomakielellä. Huttunen (2010, 42) kirjoittaa, että etnografiaa tehdään myös tilanteissa, joissa tutkijan äidinkieli on eri kuin tutkittavien. Opettelin tervehtimään ja kiittämään viittomakielellä,

mutta vajavaisten taitojeni vuoksi pyrin kirjaamaan kenttäpäiväkirjaan mahdollisimman tarkkaan havaintoni sekä alustavaa analyysiä siitä, miten tämä vaikuttaa tulkintaani.

Antropologisessa perinteessä on pyritty huomioimaan sekä tutkijan näkökulma että tutkimukseen osallistuvien käsitykset ja kokemukset elämästään. Näistä käytetään nimitystä *emic*, jolla tarkoitetaan informanttien omaa näkökulmaa ja *etic*, joka taas käsittää tutkijan tuottaman kuvauksen ja analyysin. (Eriksen 2004, 58.) Olen pyrkinyt tutkimuksessani huomioimaan nämä molemmat puolet ja siksi analyysissä nostan esiin suoria lainauksia informanttien keskusteluista, jolloin heidän näkemyksensä ja ajatuksensa tulevat esiin sellaisenaan. Asiakkaan, jonka kommunikaatio ei tapahdu verbaalisesti, kohdalla emic-näkökulman huomioiminen oli vaikeampaa, sillä hänen kohdalla kommunikaation sisällön ymmärtäminen ei ollut aukotonta ja sen tulkinnallisuus korostui. Honkasalo (2008a, 14) huomauttaa, että sairaan ihmisen tilanne on hauraudessaan sellainen, että sen erityispiirteitä voi olla vaikea tai mahdotonta tavoittaa muuten kuin etnografisin menetelmin. Jaan Honkasalon näkemyksen, sillä vaikka tutkittavien emic-näkökulman huomioiminen oli toisinaan vaikeaa, koen, että etnografinen kuvaus mahdollistaa sellaisten piirteiden huomioimisen, jotka muuten olisivat voineet jäädä tutkimuksen ulkopuolelle.

Malkin (2007, 180) mukaan antropologiaan on aina kuulunut improvisaation traditio etnografisessa tutkimuksessa, jossa menetelmien ja tiedollisen hallinnan lisäksi kentällä on tarvetta joustavuudelle, luovuudelle ja mielikuvitukselle. Tämä tuli itselleni konkreettisesti selville jo ensimmäisenä kenttäpäivänä, kun suunnitelma fysioterapiakäynnin sisällöstä vaihtui kertaheitolla, johtuen asiakkaan tilanteen muutoksesta. Fysioterapeutti oli usein laatinut alustavan suunnitelman tapaamisen sisällöstä ja tehtävistä harjoitteista, mutta suunnitelmat elivät ja muuttuivat eri syistä. Opin nopeasti, että muuttuviin tilanteisiin tuli sopeutua ja pyrin improvisaation keinoin sopeuttamaan toimintaani ja havainnoitavia asioita kulloiseenkin tapaamiseen sopivaksi. Improvisaation onnistuminen edellyttää etnografilta usein valmistumista, kuten kielen opiskelua, aiheeseen liittyvän kirjallisuuden lukemista ja teoriaan perehtymistä (em. 2007, 182). Itse valmistauduin tutkimukseni aiheeseen perehtymällä suomalaiseen kuntoutusjärjestelmään ja osallistumalla yliopiston järjestämälle kurssille nimeltä Sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kuntoutuksen toimintaympäristö. Kuten olen aiemmin maininnut, Suomessa kuntoutus on laaja kokonaisuus, joka jakaantuu eri osiin ja sen järjestämisestä vastaa useampi taho. Koin, että vaikka fysioterapia on minulle entuudestaan tuttu kuntoutuksen muoto, tulee minun tutkimuksessani hahmottaa tarkemmin kuntoutukseen

liittyvät kokonaisuudet ja palvelujärjestelmät. Kokonaiskuvan hahmottaminen auttaa kuntoutuksen ja fysioterapian merkityksen ja tavoitteiden ymmärtämistä osana laajempaa yhteiskunnallista merkitystä.

Etnografiassa tutkija sijoittaa tutkimusmenetelmään ammatillisen osaamisensa lisäksi vuorovaikutustaitonsa ja persoonansa (Eriksen 2004, 48). Kentällä ollessani vastaan tuli tilanteita, joissa esimerkiksi liikkumiseni pyörätuolilla nousi esiin ja herätti kysymyksiä, erityisesti fysioterapia-asiakkaiden keskuudessa. Tähän varmasti vaikutti osaltaan se, että osa asiakkaista käytti itsekin liikkumisen apuvälineitä, joten on mahdollista, että roolini näyttäytyi heille enemmän vertaisena kuin tutkijana. Etnografit pohtivat omaa asemaansa tutkittavaan yhteisöön laajasti ja omien ominaisuuksien, kuten sukupuolen, tai taustan merkitystä siihen, millaista tietoa on mahdollista saavuttaa (Huttunen 2010, 58). Pohdin kenttätöön aikana usein omaa positiota ja taustani merkitystä. Pitkä taustani fysioterapian kentällä asiakkaana vaikutti muun muassa siihen, että minun tuli kiinnittää erityistä huomiota kenttäpäiväkirjan kirjaamisiin, jotta ”jo tietämäni” asiat tulee myös kirjattua ylös. Kentän ollessa tuttu aiemmasta yhteydestä, oma uusi rooli tutkijana voi olla haasteellista, mutta se voi toimia myös vahvuutena, kuten esimerkiksi vuorovaikutuksen rakentaminen yhteisesti jaettujen kokemusten pohjalta.

## **4.2 Kenttien kolmiossa**

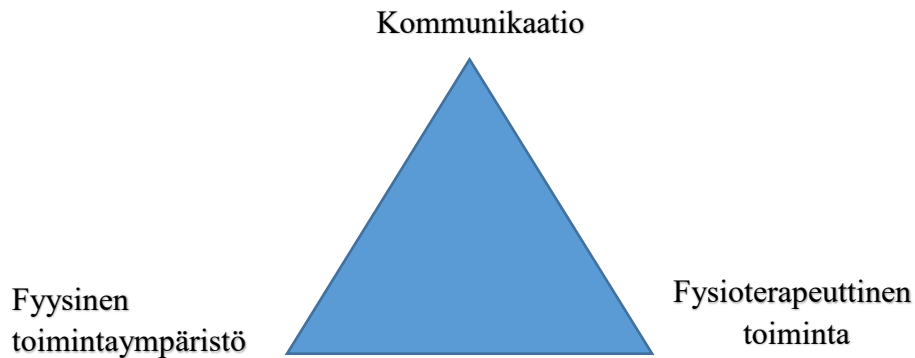
Tässä alaluvussa tuon etnografisen kuvauksen kentästä, jossa osallistuvaa havainnointia tein. Omat kokemukseni fysioterapiasta, ja sitä kautta syntyneet kontaktit auttoivat graduni aiheen muodostumisessa, kentän hahmottamisessa ja sinne pääsyssä. Kuten johdannossa kerroin, lääketieteen antropologiassa vallinnut jako tautiin ja sairauksiin toimi inspiraationa tämän tutkimuksen aiheen muotoutumisessa. Olin huomannut, miten merkittävässä roolissa vuorovaikutus ja kommunikaatio fysioterapeutin kanssa oli, kun pohdittiin kuntoutuksen toiveita ja tavoitteita, jotka tukisivat itsenäistä elämääni parhaiten. Olin myös nuoruudessa kokenut, miten nuori ikä vaikutti siihen, että omia ajatuksiani ja näkemyksiäni ei aina kuultu tai kuuleminen jäi pinnalliselle tasolle, eikä konkreettisiin toimiin, toiveistani huolimatta, ryhdytty. Nämä kokemukset olivat ristiriidassa kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden kanssa ja osoittivat minulle, että käytäntö ei aina ole yhteneväinen järjestelmätasolla linjatun toimintatavan kanssa. Oma kokemukseni sai minut pohtimaan muita asiakasryhmiä, joilla

ohitetuksi tulemisen riski on erityisen suuri ja siksi kiinnostukseni rajautui asiakkaisiin, joilla oli vaikeuksia kommunikaatiossa. Johdannossa nostin esiin niitä kysymyksiä, joita itselleni esitin tutkimuksen asetelmaa muodostaessani. En halunnut keskittyä diagnostisiin kriteereihin tai yksittäisiin sairauksiin ja vammoihin, vaan halusin lähestyä aiheittani kommunikaation ja erityisesti kommunikaatio-ongelmien kautta. Tämän vuoksi en myöskään erittele sairauksia tai vammoja, jotka kommunikaatioon voivat vaikuttaa.

Kentälle pääsyä edisti jo olemassa oleva kontaktini fysioterapeuttiin ja hän taas oli avainhenkilönä siinä, ketkä asiakkaat voisivat olla kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen. Fysioterapeutille oli muodostunut useita pitkiä asiakassuhteita, joiden pituus saattoi olla useita vuosia. Pitkään jatkuneen yhteistyön vuoksi hän avasi keskustelun tutkimukseen osallistumisesta asiakkaidensa kanssa ja välitti minulle tiedon kiinnostuneista. Lopulta tutkimukseeni valikoitui yksi fysioterapeutti, hänestä käytän nimeä Riina, ja kolme hänen asiakastaan, Janne, Anna ja Leena. Heistä yksi oli työskennellyt Riinan kanssa jo vuosien ajan ja kahdella asiakassuhde oli tuoreempi, mutta asiakkuutta heilläkin takana vähintään vuoden verran. Kaikilla asiakkailla oli taustalla diagnoosi, joka osaltaan selitti heidän tarvetta fysioterapialle. Vaikka työni teoreettinen tausta pohjautuu lääketieteen antropologiassa vallitsevaan jakoon sairauteen ja tautiin, minulle ei työni kannalta ollut oleellista tietää, millaisia diagnooseja heillä oli. Merkittävää oli ainoastaan tieto siitä, että heillä kaikilla on taustalla diagnoosi, joka vaikuttaa heidän elämäänsä ja kommunikaatioonsa.

Vietin syksystä 2021 alkukevääseen 2022 yhteensä seitsemän viikkoa kentällä. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että olin mukana fysioterapeutin ja hänen asiakkaidensa tapaamisissa noin 2–3 kertaa viikossa. Fysioterapiakäynnin kesto voi olla 45 minuuttia, 60 minuuttia tai 90 minuuttia (KELA 2024, 19) ja kaikkien kolmen asiakkaan kohdalla asiakaskäynnin kestoksi oli kuntoutuspäätöksessä asetettu kerran viikossa toteutettava 60 minuuttia. Kentällä viettämäni aika oli erityisen merkityksellinen sosiaalisten suhteiden ymmärtämisen kannalta. Ensimmäisten kertojen aikana fysioterapiassa tapahtuva fyysinen toiminta ja niiden tavoitteet olivat melko helposti etnografisesti kuvattavissa, mutta asiakassuhteiden ja siihen kietoutuvan sosiaalisen yhteyden ymmärtäminen tarvitsi aikaa. Kentällä ollessani havainnointini keskiössä oli fysioterapeutin ja hänen asiakkaidensa välinen kommunikaatio. Kentän hahmottaminen voi tapahtua usealla tavalla, esimerkiksi kenttä fyysisenä paikkana / paikkoina tai sosiaalisista suhteista muodostuvana kenttänä (Huttunen 2010, 39–40). Jo kenttätöön alussa huomasin, että kommunikaatio linkittyy sekä fyysiseen toimintaympäristöön eli paikkoihin, joissa fysioterapia

tapahtui, että fysioterapeutin ja asiakkaan välillä tapahtuvaan toimintaan. Kommunikaatio tapahtuu aina jossain paikassa ja yhteisen toiminnan aikaansaaminen edellyttää kommunikaatiota eri muodoissa. Kenttäni koostui siis maantieteellisistä paikoista, fysioterapeutin ja asiakkaiden välisestä toiminnasta, keskusteluista ja kommunikaatiosta sen eri muodoissa. Olen jaotellut kentän kolmeen osaan ja kuvaan sitä kenttien kolmiona.



#### 4.2.1 Fyysinen toimintaympäristö

Fysioterapian fyysinen toimintaympäristö voi sijaita monenlaisissa paikoissa, kuten fysioterapiayrittäjän toimitiloissa, ulkona, asiakkaan kotona tai julkisissa tiloissa. Keskeistä on, että toimintaympäristö edistää asiakkaan kuntoutusta ja toimintakykyä. Tutkimukseni fyysinen kenttä muodostui keskikokoisessa kaupungissa sijaitsevasta kahdesta asumisyksiköstä, joissa tutkimukseen osallistuvat asiakkaat asuivat sekä fysioterapeutin omista toimitiloista. Yleisesti erilaiset tuetun asumisen muodot ovat tarkoitettu ihmisille, jotka tarvitsevat arjessaan apua. Suomessa asumispalveluiden järjestäminen tapahtuu vammaispalvelulain, kehitysvammalain tai sosiaalihuoltolain perusteella (THL 2021). Se, minkä lain mukaan toimitaan, määrittää myös asumispalveluiden eri muotoja. Avun tarve ja määrä voivat vaihdella suuresti. Apua voi saada joko omaan kotiin tai jos asuminen omassa kodissa on mahdotonta voi erilaiset asumisyksiköt, joissa on hoitoalan henkilökuntaa töissä, tulla tarpeen. Tutkimukseni asumisyksiköt olivat molemmat pysyvään asumiseen tarkoitettuja ja niissä oli myös mahdollista saada henkilökunnan apua päivittäisissä toimissa. Toisessa yksikössä, josta käytän nimitystä yksikkö A, oli asukkailla käytössä oma asunto ja rakennuksen alakerroksessa sijaitsevat yhteiset tilat, kuten

ruokailualue ja kuntosali. Toisessa yksikössä, jota kutsun yksikkö B:ksi, asukkailla oli käytössä erilaisten yhteisten tilojen lisäksi oma huone kylpyhuoneineen.

Olimme Riinan kanssa sopineet ensimmäisen tapaamisen yksikön A kuntosalille, josta muodostui kenttätöni yksi keskeisimmistä paikoista kyseisessä yksikössä. Yksikkö sijaitsee keskustan laitamilla, alueella, jossa on viimeisten vuosien aikana rakennettu useita uusia kerrostaloja. Ulkoisesti yksikkö ei juurikaan eronnut alueen muista taloista vaan sulautui alueen kaavaan. Yksikön kuntosali oli melko pieni tila, jossa oli muutama kuntoiluun tarkoitettu laite, puolapuut ja erilaisia pieniä kuntoiluvälineitä painoista palloihin. Kuntosali tilana luo puitteet ja mahdollisuuden tietynlaiselle toiminnalle, mutta se voi asettaa myös esteitä. Tila oli asiakastapaamisten aikaan vapaasti myös muiden yksikön asukkaiden käytössä, joten yksityisyyden rajat eivät aina olleet kovinkaan tiiviit.

Yksikkö B oli sijoitettu melko lähelle kaupungin keskustaa. Yksikkö oli osa suurta kokonaisuutta koostuen useasta ”osastosta” tai pienyksiköstä. Olin Riinan mukana kahdella eri osastolla. Molemmissa tiloissa oli useita erilaisia yhteiseen käyttöön tarkoitettuja tiloja, kuten ruokailuun ja television katseluun. Yhteiset tilat olivat hyvin kotoiset ja ne oli sisustettu matoilla, tauluilla ja viherkasveilla, jota alla oleva kuva (kuva 1) havainnollistaa. Kodinomaisuutta lisäsi myös yksikön työntekijöiden pukeutuminen, sillä useimmat pukeutuivat omiin vaatteisiin, eivätkä työvaatteisiin, joita usein näkee terveydenhuollon ammattilaisilla. Kotoisuus välittyi myös ihmisten välisissä kohtaamisissa. Työntekijät tervehtivät aina tavatessa ja Riina, joka työskenteli useamman yksikön asukkaana kanssa, pysähtyi usein vaihtamaan kuulumisia heidän kanssaan ja esitteli minut heille.



Kuva 1

Fysioterapian asiakaskäynnit tapahtuivat yksiköiden yleisten tilojen lisäksi myös asukkaiden omissa, henkilökohtaisissa tiloissa. Mennessäni molemmissa yksiköissä asiakkaiden omiin asuntoihin tai huoneisiin huomasin myös itsessäni muutoksen. Tunsin meneväni toisen kotiin. Nämä tilat olivat asiakkaiden itsensä sisustamat. Seinillä ja pöydillä olevat valokuvat olivat tallentaneet hetkiä ihmisten elämästä, joihin minäkin pääsin kurkistamaan kuvia katselemalla. Koin, että ensimmäisillä tapaamiskerroilla omaan asuntoon ja huoneeseen, tai joihinkin tavaroihin siellä, tutustuminen oli samalla eräänlainen perehtymisrituaali asiakkaaseen itseensä ja hänen elämäänsä. Päästämällä minut asiakkaan henkilökohtaiseen tilaan, annettiin minulle myös mahdollisuus havainnoida sellaista henkilökohtaisuutta, jota ei yleisissä tiloissa tapahtuva tapaaminen mahdollistanut.

Kiinnitin myös huomiota kentällä kohtaamaani äänimaailmaan. Se vaihteli rauhallisesta puheäänestä muualta kantautuvaan puheensorinaan ja television pauhuun. Huomasin, että monesti, kun olin hyvin keskittynyt seuraamaan Riinan ja hänen asiakkaansa toimintaa, muualta kantautuva äänimaailma sulkeutui pois. Kuitenkin eräs tapaaminen on jäänyt erityisen hyvin mieleeni juuri äänien vuoksi. Olimme asiakkaan huoneessa ja kesken asiakaskäynnin ilmastointipaneelin kautta kantautui selkeästi puhetta. Se rikkoi keskittymistäni useasti kaapatun huomioni. Jäin pohtimaan huoneessa asumista ja nukkumista. Kantautuvatko äänet usein yhtä selkeästi ja millaisia ääniä huoneeseen kantautuu esimerkiksi yöaikaan? Saattaa olla, että kiinnitin äänin huomiota juuri tässä tilanteessa, koska Riinan asiakas kuormittuu herkästi

erilaisista ärsykkeistä. Seuratessani heitä, pohdin minkälaiselta maailma, sen erilaiset äänet ja hajut sekä muiden ihmisten toiminta näyttää ja tuntuu silloin, kun omat aistit ovat hyvin herkäät.

Kuntoutuksen tarkoituksena on edesauttaa ihmisen selviämistä arjesta vamman tai sairauden kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutus voi tapahtua erilaisissa ympäristöissä, esimerkiksi asiakkaan kotona tai muissa asiakkaan arjen kannalta merkityksellisissä paikoissa. Kenttäjaksoni aikana kaikki asiakastapaamiset tapahtuivat asiakkaiden asumissa asumisyksiköissä. Kävin kuitenkin myös Riinan toimitiloissa, jossa teimme etukäteen sovitut haastattelut. Toimitiloissa on tuloaula, useampi huone, joissa asiakkaan tapaamisessa on mahdollista huomioida yksityisyys ja rauhallinen kohtaaminen sekä yksi isompi sali laitteineen erilaisten harjoitusten tekemiseen. Huoneet ja sali sisälsivät erilaisia kalusteita, joita fysioterapian työssä tarvitaan, kuten hierontapöytiä, joista käytetään myös nimitystä plintti, kuntosalilaitteita, eri kokoisia ja värisiä palloja. Tilat olivat viihtyisät, sillä siellä oli tarvittavien kalusteiden lisäksi kiinnitetty huomiota pieniin yksityiskohtiin, kuten sisustuksen värimaailmaan, joka oli harmoninen harmaan, valkoisen ja puun väreissä. Myös koronan vaikutukset näkyivät, sillä odotusaulassa muistutettiin käsihygieniasta sekä kasvomaskin käytöstä.

#### **4.2.2 Fysioterapeuttinen toiminta**

Fysioterapeuttisella toiminnalla viitataan kaikkeen siihen toimintaan, jota havainnoin Riinan ja hänen asiakkaidensa välillä. Fysioterapian lähtökohtana on tavoitteellinen toiminta, joka ylläpitää ja edistää toimintakykyä (Kauranen 2021, 10). Tarvittaessa myös ennaltaehkäisevä kuntoutus voi olla tarpeen, mikäli nykyinen toimintakyky on riskissä alentua. Fysioterapian tavoitteet rakennetaan siis yksilön tarpeiden mukaan. Kentällä yksilöllisyys näyttäytyi hyvin monenlaisena toimintana, joka vaihteli käyntikerroittain ja asiakkaan senhetkisen tilanteen mukaan. Aavistelin etukäteen, että tulen näkemään erilaisia fyysisiä ja kehollisia harjoituksia, mutta yllätyksekseni toiminta oli hyvin monipuolista ja monivaikutteista.

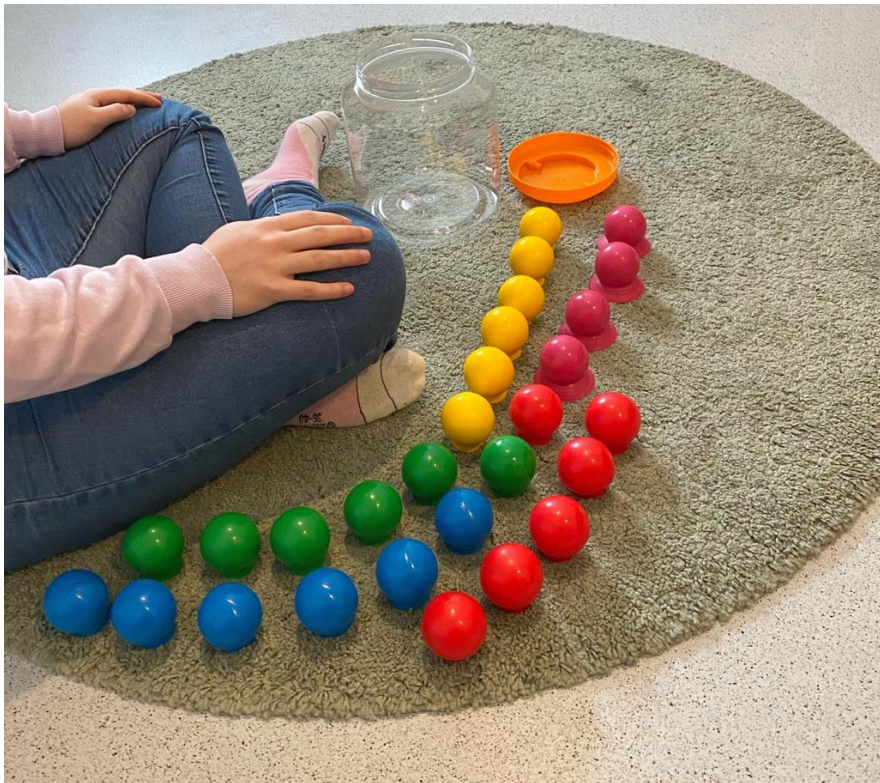
Ensimmäisillä kerroilla, kun olin mukana havainnoimassa, koin pientä epämukavuutta siitä, että fysioterapeutin ja asiakkaan jumpatessa, minä istuskelin sivummalla heitä seuraamassa. Pohdin, että omaa oloani olisi helpottanut se, että olisin osallistunut harjoituksiin, mikäli se olisi ollut minulle fyysisesti mahdollista. Toisten kehon liikuttaminen tavallaan korosti omaa

passiivisuuttani. Melko pian tilanteeseen kuitenkin tottui. Kävimme asiasta kerran keskustelua ja sekä Riina että asiakas korostivat, että kun he ovat jumpan aloittaneet, ovat he myös lähes täysin unohtaneet läsnäoloni. Oivalsin, että vaikka läsnäoloni oli aluksi meille kaikille uutta ja hieman epämukavaa, uudesta voi myös tulla melko pian hyväksyty tila tai jopa normi. Se omaksutaan osaksi arkea, vaikka eroaakin aiemmasta. Sain myös lempinimen ”varjostaja” kenttätyöni aikana, mikä kuvaa hauskaasti, mutta oivaltavasti rooliani kentällä.

Fyysinen ja kehollinen harjoittelu oli läsnä jokaisessa asiakastapaamisessa, jossa olin havainnoimassa. Harjoitusten voimakkuus ja laajuus vaihteli asiakkaiden ja heidän tarpeidensa mukaan. Leena asui yksikössä A ja hänen kanssaan lähes kaikki tapaamiset tapahtuivat joko kuntosalilla tai yksikön muissa yleisissä tiloissa. Hän halusi tehdä harjoitteita, jotka edesauttoivat kehon hallintaa, tasapainoa ja lihaskuntoa, joten hän hyödynsi tähän kuntosalin eri laitteita ja välineitä. Harjoituksissa hyödynnettiin myös yksikön portaita, joissa hän halusi harjoitella itsenäistä kulkemista. Kuntosalilla oli myös iso kokovartalopeili ja sen avulla Riina ohjasi Leenaa hahmottamaan oman kehonsa liikkeitä. Huomasin, että oman kehon näkeminen peilin kautta ei aina ollut helppoa Leenalle ja muistin, miten itsekin olen ollut vastaavassa tilanteessa. Ihminen on usein omasta kehosta ja sen rajoitteista hyvin tietoinen, mutta sen näkeminen voi vaikuttaa omaan kehonkuvaan.

Vaikka harjoitukset vaihtelivat tapaamisissa, huomasin niissä myös toistuvia kaavoja. Se kuinka tiukasti toistuvuudesta pidettiin kiinni, vaihteli asiakkaiden kesken, mutta kaikkien kanssa yhteneväisyyttä oli havaittavissa. Asiakastapaamiset aloitettiin aina kuulumisten vaihdolla ja samalla käytiin läpi kyseisen käynnin harjoitteet. Kiinnitin huomiota siihen, miten Riina usein ohjasi taukojen pitämiseen ja taas takaisin harjoitusten pariin. Hänen vastuullaan oli fysioterapian käyntiajasta kiinni pitäminen, myös tilanteissa, joissa asiakas pystyi itse seuraamaan ajan kulu. Taukojen aikana hengähdettiin fyysisten harjoitusten välillä ja keskusteltiin aiheista, jotka eivät suoraan liittyneet harjoitusten tekemiseen. Tapaamisen lopetus toisti myös usein tiettyä kaavaa. Riina kyseli asiakkaiden tuntemuksia ja muistutti seuraavasta tapaamiskerrasta. Kaavamaisuuden merkitys korostui minulle tilanteissa, joissa asiakkaalla oli vaikeuksia siirtyä toiminnasta toiseen. Rutiinit ja kaavamaisuus luovat tuttuutta ja turvallisuuden tunnetta, jolloin siirtyminen toiminnasta toiseen ei ole niin kuormittavaa asiakkaalle.

Olivatpa Riinan ja hänen asiakkaidensa tapaamiset kehon fyysistä toimintaa harjoittavia, kuten liikeratojen harjoittamista ja lihaskunnon kohottamista tai muuta fysioterapiaa, keskeisintä oli vuorovaikutus ja yhdessä tekeminen. Usein Riina ohjasi harjoituksia puheen lisäksi myös omalla toiminnallaan. Oman kehon avulla hän pystyi näyttämään erilaisia jumppaliikkeitä ja myös havainnollistamaan sitä, mihin kehon osiin liike vaikutti. Riinalla oli suunnitelma asiakastapaamisen sisällöstä valmiina, mutta, mikäli asiakas esitti omia toiveitaan, lähdettiin tapaamisessa toteuttamaan niitä. Tilanteissa, joissa fysioterapeuttinen toiminta oli muuta kuin kehollisten harjoitusten tekemistä, yhdessä oleminen ja tekeminen vaikutti olevan keskiössä. Eräs itselleni mieleenpainuvien toiminta liittyy värikkäisiin palloihin.



Kuva 2

Asiakas, kutsun häntä työssäni Annaksi, sai fysioterapiakäynnin loppupuolella käsiinsä purkillisen palloja ja hän sai itsenäisesti päättää, mitä tehdä niillä. Anna nosteli pallot purkista yksi kerrallaan ja muodosti niistä värien mukaan järjestetyn muodostelman (kuva 2). Puhe ei kuulu Annan kommunikaatioon, mutta nostaessaan palloja purkista, hän otti katsekontaktin Riinaan jokaisen pallon kohdalla. Riina istui lattialla Annan vieressä ja seurasi tiiviisti Annan toimintaa. Minulle hetki lattialla näyttäytyi vahvasti vuorovaikutteisena toimintana, vaikka

Riina ei palloihin koskenut. Kuten aiemmin kirjoitin, kuntoutuksen painopiste on siirtynyt asiantuntijalähtöisestä kuntoutujalähtöiseen, jossa kuntoutukseen osallistuvien osapuolten yhteistyö ja vuorovaikutus on keskeisessä asemassa. Kuvailemani esimerkki ja havainnot kentältä ilmensivät tätä.

### **4.2.3 Kommunikaatio**

Kommunikaatio oli kentällä havainnoimien asioiden keskiössä. Kiinnitin huomiota muun muassa siihen, miten eri tavoin kommunikaatiota tuotettiin, keiden välillä kommunikaatiota tapahtui ja millaisia merkityksiä kommunikaation onnistumiseen tai epäonnistumiseen liittyi. Ensimmäisiä asioita, joita kentällä huomasin, oli se, että kommunikaatiolla rakennettiin erilaisia suostumuksia. Tämä koski sekä minun läsnäoloni sallimista, että Riinan ja asiakkaan välisen fysioterapeuttisen toiminnan eri muotojen hyväksymistä. Siirtyessämme asiakkaan yksityiseen tilaan, kysyimme aina Riinan kanssa lupaa siihen. Riina myös aina esitti ehdotukset käyntikerran aikana tehtävistä harjoitteista kysymyksen muodossa. Fysioterapia on kuntoutumisen muoto, jossa on kehon kosketus ja fyysinen läheisyys on osa prosessia ja siksi myös toimiva ja informoiva kommunikaatio on tärkeää. Riina mukautti lähestymistapaansa jokaisen asiakkaan kanssa yksilöllisesti. Esimerkiksi asiakkaan kanssa, joka mieluummin vältteli muiden kosketusta ja vetäytyi omaan maailmaansa, Riina hakeutui lähelle ja kannusti koskettamaan tai tarttumaan kädestä.

Kommunikaation keskeisin muoto oli verbaalinen eli puheen keinoin viestiminen. Puhetta tukemaan tai täydentämään käytettiin tarvittaessa myös tukiviittomia. Asiakkailta, jotka eivät puhuneet tai puheen ymmärtäminen oli vaikeaa, oli käytössään heille yksilöllisesti kasattu kommunikaatiokansio, jossa oli kuvia, sanoja ja kysymyksiä viestimisen helpottamiseksi. Ensimmäisellä tapaamiskerralla Janne esitteli minulle omaa kansiotaan. Kävimme läpi kuvia, joita Janne oli yhdessä Riinan kanssa kansioon lisännyt, kuten hänen lempiartistejaan ja urheilulajeja. Janne puhuu paljon, mutta minun on vaikea ymmärtää puheen sisältöä. Hän jättää joitain kirjaimia lausumatta ja toisia hän lausuu omanlaisella tyylillä. Riina, joka on tuntenut Jannen useamman vuoden ajan, ymmärtää sujuvasti Jannen puhetta avasi minulle joitain sanoja, jotta pysyn mukana keskustelussa. Se, että minä en ymmärtänyt keskustelua, muutti kommunikaatiokenttää. Huomasin, että koska puheen sisällön ymmärtäminen oli minulle vaikeaa, turvauduin entistä enemmän eleiden ja ilmeiden havainnoimiseen ja niiden tulkitsemiseen. Asennot, eleet ja ilmeet kasvoilla olivatkin tärkeä osa kommunikaatiota Riinan

ja hänen asiakkaidensa välillä. Ne ovat toki läsnä kaikessa ihmisten välisessä kommunikaatiossa, mutta erityisesti silloin, kun asiakas ei kommunikoi verbaalisesti tai puheen tuottamisessa on vaikeuksia, eleet ja ilmeet korostuvat viestinnässä.

Riinan asiakkaista Jannella ja Annalla oli käytössä tukiviittomat tukemassa tai korvaamassa verbaalista kommunikaatiota. Janne, kuten aiemmin kerroin, kommunikoi puheella, mutta puheen epäselvyyden vuoksi tukiviittomien avulla oli mahdollista tarkentaa asioita. Annan kohdalla viittomakieli, eleet, asennot sekä ilmeet toimivat hänen kommunikaationsa välineinä. Anna ymmärsi puhetta, mutta viittomakielen avulla viestiä täsmennettiin ja vahvistettiin. Itse en juurikaan osannut viittomakieltä ja vaikka kentällä ollessani opettelini muutaman viittoman, erityisesti Annan kanssa koin ajoittain, että meiltä puuttui yhteinen kieli tai että meillä oli vain sanoja sieltä ja toisia täältä, jolla kommunikoida, jolloin viestintä muistuttaa helposti rikkinäistä puhelinta.

Kendon (1995, 118) esittää, että viittomakieli on vähemmän intiimi ja vähemmän persoonallinen tapa viestiä kuin verbaalinen kommunikaatio. Hänen mukaansa äänellä, joka tulee kehon sisältä, on intiimimpi yhteys, sillä ääni on ikään kuin manifestaatio sen tuottajasta. Käsillä muodostettuja viittomia voi tarkastella objektiivisemmin. Kuurojen yhteisöissä on varsin toisenlainen näkemys viittomakielestä. Niissä kielen, arvojen ja kulttuurin välittäminen viittomakielellä on tärkeää (Friedner 2022, 17). Annalle riittävä fyysinen läheisyys ja kosketus olivat vaikeita ja toisina päivinä jopa mahdottomia. Viittomien ja eleiden avulla hän pystyi viestimään kauempaakin ja toisten viittoessa hänelle, heidän kätensä eivät voineet koskettaa häntä. Kosketuksen lisäksi Annan vaikutti herkästi äänet ja myös tuoksut. Ihmisen liikkeessä ja puhuessa hänestä voi välittyä lähellä oleville hajuja. Huomasin kerran, miten Annan ja Riinan ollessa lähekkäin, Riinan liikkeiden myötä Anna pidätti aina pienen hetken hengitystään. Myöhemmin Riina vahvisti havaintoni ja sanoi sen mahdollisesti ilmavirran kautta kulkeneista hajuista hänen vaatteistaan. Tällöin etäisyyden ottaminen voi helpottaa hänen oloaan ja tilanteessa olemista.

Kehollinen kommunikaatio, jolla tarkoitan eleitä, ilmeitä ja erilaisia kehon liikkeitä, oli myös vahvasti läsnä asiakastapaamisissa. Kehomme asennot, liikkeet ja kasvojen ilmeet viestivät ja viestit voivat olla yhteydessä verbaaliseen kommunikaatioon, joko tukien sitä tai se voi olla ristiriidassa puhutun kanssa. Havainnoin, miten kehollinen kommunikaatio voi olla myös itsenäistä, vailla verbaalista kommunikaatiota, kuten Annan kohdalla. Hänen

kommunikaationsa nojasi vahvasti viittomien lisäksi kehollisiin ilmaisuihin. Hän vastasi usein kysymyksiin pään nyökkäyksillä tai pudisteluilla. Leenan kohdalla verbaalinen ja kehollinen kommunikaatio oli toisinaan ristiriitaista. Hän saattoi kertoa olevansa innoissaan jostakin tulevasta, mutta samalla hänen kasvojensa ilme pysyi muuttumattomana ja vakavana. Hänen kanssaan viettämäni aika auttoi minua ymmärtämään tätä ristiriitaa.

Riinan ja minun välinen kommunikaatio oli tärkeä osa kenttätöitäni ja hänestä tulikin tutkimukseni pääinformantti. Kävimme usein keskusteluja asiakastapaamisissa esille nousseista aiheista, ja Riina avasi asioita, jotka erilaisten tapahtumien taustalla vaikuttivat. Vapaamuotoiset keskustelut asiakkaiden kanssa selkeyttivät minulle ensinnäkin heidän tapansa kommunikoida, mutta myös ajatuksia ja kokemuksia ylipäänsä. Asiakastapaamiset tapahtuvat aina tilanteessa, johon vaikuttaa sekä fysioterapeutin että asiakkaan aiemmat kokemukset. Erityisen selkeästi tämä näyttäytyi tilanteessa, jossa asiakkaalle oli aiemmin sattunut jotain, mikä kuormitti tai vaivasi häntä edelleen. Havaitsin, että tällöin Riinan ja asiakkaan välinen kommunikaatio oli erityisen tärkeää ja se sivuutti muun fysioterapeuttisen toiminnan. Riina korostikin keskusteluissamme vallitsevan tilanteen hahmottamisen ja kommunikaation tärkeyttä. ”Kaikki lähtee kommunikaatiosta” hän totesi eräässä keskustelussamme.

### **4.3 Aineiston analyysiprosessi ja tutkimuksen eettisyys**

#### **4.3.1 Aineiston analyysiprosessi**

Seuraavaksi avaan analyysiprosessia ja myös tutkimuksen eettisyyden näkökulmaa. Aloitin aineiston alustavan analyysin jo kenttätöiden aikana kirjoittaessani kenttäpäiväkirjaa ja tehdessäni ensimmäisen haastattelun. Koko analyysiprosessin kuvaaminen kaikkine yksityiskohtineen on haaste, ellei jopa mahdotonta sillä, vaikka se lähtökohtana tieteellisesti tuotetulle tiedolle onkin, voi, kuten Rastas (2010, 75) kirjoittaa, tuottaa niin suuren määrän tekstiä, että se veisi liikaa tilaa itse tutkimuskohteen kuvaamiselta ja tutkimuksen myötä syntyneeltä teoreettiselta pohdinnalta. Tutkimuksen eri vaiheissa tekemäni alustava analyysi ja kentällä olo on etnografiselle tutkimusperinteelle hyvin tyypillistä, jossa aineiston keruun aikana oli jo käynnissä myös analyttisiä prosesseja. Etnografisessa tutkimuksessa aineiston

keruu ja analysointi tapahtuvat usein samanaikaisesti ja limittyvät yhteen ja tällöin tapahtuu usein myös sellaista luokittelua, jota tutkija ei kirjaa ylös (em. 2010, 74). Oman kenttäjaksoni aikana kirjasin ylös ajatuksia ja teemoja, joihin haluaisin täydentävää tietoa haastattelun kautta. En analysoinut haastatteluja etnografialle tyypillisellä tavalla, kulttuurisia merkityksiä tuottavana puheena, vaan haastattelut toimivat enemmänkin faktuaalisina ja täydentävinä osina kentällä havainnoimaani.

Aineiston keruun aikana kirjasin kenttäpäiväkirjaan alustavia analyysiluokkia, joiden avulla järjestelin kerättyä aineistoa. Analyysiluokkia olivat: *verbaalinen kommunikaatio, kommunikaatiovaikeudet, kehollisuus ja kehon toiminta, eleet ja ilmeet, terveys ja sairaus, kommunikaation apuvälineet, viittomakieli, kehollinen harjoittelu, ohjaus, tavoitteiden asettaminen ja tavoitteellinen toiminta, kuvat, arki ja arjen toiminnot, etäisyys, itsenäisyys, kuntoutus ja fysioterapeuttinen harjoittelu, toimintakyky, vuorovaikutus, asumisyksikkö, sosiaalisuus, yhteisöllisyys, ystävät ja perhe.*

Aineistonkeruun ja haastattelujen litteroinnin jälkeen syötin aineiston Atlas.ti -nimiseen ohjelmaan, joka on kvalitatiivisen aineiston hallitsemiseen ja käsittelyyn tarkoitettu ohjelmisto. Ohjelma on Tampereen yliopiston ohjelmistolistalta ladattavissa ja se on sekä henkilökunnan että opiskelijoiden käytettävissä. Syötettyäni aineiston ohjelmaan ja luettuani sen siellä läpi useampaan kertaan, teemoitellen sitä, rajasin analyysiluokat tässä vaiheessa neljään osaan: *kommunikaatiot eri muodot, fysioterapeuttiset harjoitukset, kommunikaatiovaikeudet arjessa, kommunikaatio ja yhteydet.* Jatkoin aineiston läpilukua näiden neljän analyysiluokan kautta. Koodasin jokaisen analyysiluokan omalla värillä ja merkkasin aineiston osia niillä väreillä, joissa luokat esiintyivät (ohjelma mahdollistaa myös luokkien sijoittamisen päällekkäin). Analyysiprosessin myötä muodostin lopulta kolme pääteemaa, joita olivat *Kommunikaation monet muodot, Kommunikaatiolla muodostetut yhteydet* sekä *Ymmärtämättömyyden paradoksi* ja niiden alle alateemat. Näillä teemoilla toteutin aineiston analyysin ja pyrin vastaamaan työni tutkimuskysymyksiin.

#### **4.3.2 Tutkimusetiikka**

Tutkimukseni eettisyys pohjautuu American Anthropological Associationin (lyhennettynä AAA) eettiseen koodistoon. Lähtökohtaisesti tutkimustani koskee laadulliseen tutkimukseen

liittyvät tutkittavien anonymiteettia ja tietojen riittävää suojausta koskevat kysymykset, mutta koska tutkimukseni keskiössä on ihmisten terveyteen liittyvät asiat, on eettinen lähestymistapa erityisen merkitsevää. Tutkimuseettisesti yksi merkittävimmistä normeista on tutkimukseen osallistuvien ihmisten yksityisyyden kunnioittaminen. Yksityisyyden rajat vaihtelevat ajallisesti, tilanteittain ja myös yksilöllisesti ja kun tutkimuksen kohteena on ajatukset, mielipiteet, asenteet ja elämänhistoria, voi mahdollisten tutkimuksesta johtuvien haittojen arvioiminen olla vaikeaa. (Kuula 2006, 124.) Säilyttääkseni tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin olen tietoisesti jättänyt paikkakuntien, asumisyksiköiden ja fysioterapiayrityksen nimen mainitsematta. Informanttieni nimet olen korvannut pseudonyymeilla ja asumisyksiköistä käytän nimityksiä yksikkö A ja B, kuten ylempänä olen kertonut. Valokuvat, joissa esiintyy ihmisiä tai paikkoja, olen rajannut niin, että niistä ei voi henkilöitä tai ympäristöä tunnistaa. Muokkaamani ja rajaamani tiedot eivät vaikuta tutkimuksen sisältöön eikä niiden alkuperäiset tiedot ole tutkimuskysymysten ja johtopäätösten ymmärtämisen kannalta oleellisia.

Laadullista tutkimusta ohjaa myös henkilötietolaki tilanteissa, jossa tutkittavilta kerätään henkilötietoja sisältäviä tietoja. Henkilötietolain (523/1999) 3 pykälän ja 1. momentin mukaan henkilötiedolla tarkoitetaan ”kaikenlaista luonnollista henkilöä taikka hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettänsä tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi”. Kuula (2006, 128–129) nostaa esiin henkilötietojen jaon suoriin, kuten nimi, osoite ja syntymäaika sekä epäsuoriin tunnistetietoihin, joita ovat esimerkiksi työ- tai opiskelupaikka. Hän muistuttaa, että suoriin tunnistetietoihin kuuluu myös audiovisuaaliset tallenteet, kuten nauhoitettu haastatteluaineisto. Tutkimuksessani pyrin välttämään erilaisten tunnistetietojen keräämistä ja tallentamista. Haastatteluaineistot tallensin nauhurilla (fysioterapeutin suostumuksella) ja haastattelun jälkeen litteroin aineiston sekä poistin nauhoitteet. Tutkimukseeni osallistuvien henkilöiden alhaisen lukumäärän vuoksi kenttäpäiväkirjassa mainitsin ainoastaan tutkittavien etunimet. En myöskään kerännyt osallistujista yksityiskohtaista terveyteen liittyvää tietoa, kuten kerroin aiemmin tässä luvussa. Tutkimusaineiston, kenttäpäiväkirjan ja haastatteluiden litteraatit, säilytin salasanoin suojatusti tietokoneellani.

Tutkimukseni suostumuksen osalta päädyin ratkaisuun, jossa tutkimukseen osallistuvilta ei pyydetty kirjallista lupaa. Kerroin kaikille mahdollisimman tarkasti tutkimuksen aiheesta, sisällöstä, menetelmästä, anonymiteetista ja eettisyydestä. Tutkimukseni eräänlaisena

päinformanttina toiminut fysioterapeutti ilmoitti itse, että hän ei koe tarvetta kirjalliselle suostumukselle. Fysioterapia-asiakkaiden kohdalla pohdin pitkään, miten toimia suostumuksen osalta. AAA:n eettisessä koodistossa (2009) tuodaan esiin se, että suostumusprosessi on dynaaminen ja jatkuva, eli suostumusta ”tehdään” ja rakennetaan koko tutkimuksen ajan. Koodistossa myös korostetaan, muodon sijaan, suostumuksen laatua ja merkityksellisyyttä tutkimuksen kannalta. Päädyin asiakkaiden kanssa ratkaisuun, jossa suostumusta rakennettiin eri vaiheissa. Ensimmäinen vaihe tapahtui jo ennen minun läsnäoloa, kun fysioterapeutin kautta tiedusteltiin heidän kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Tämän jälkeen ensimmäisellä tapaamiskerrallamme kävin heidän kanssaan rauhassa ja yksityiskohtaisesti läpi mistä tutkimuksessa on kysymys, ja mitä se tarkoittaa heidän osaltaan. Tämän jälkeen jokaisella tapaamiskerralla kuulumisten vaihtamisen yhteydessä kysyin, että sopiiko läsnäoloni heille ja tiedustelin, oliko heillä kysyttävää tai kommentoitavaa asiaan liittyen. Jokainen asiakas vastasi kysymykseeni heille sopivalla kommunikaatiotavalla, joko sanallisesti tai ele- ja viittomakielen yhdistelmällä.

## **5 KOMMUNIKAATION MONINAISUUS JA MERKITYS FYSIOTERAPIASSA**

Tämä luku pitää sisällään aineiston analyysin, jonka rakentuu vastaamaan alussa esittämiini tutkimuskysymyksiin. Ensimmäinen alaluku on nimeltään *Kommunikaation monet muodot*, jossa keskityn niihin kaikkiin eri tapoihin, joilla kommunikaatiota fysioterapeutin ja asiakkaiden välillä rakennettiin. Sijoitin tämän luvun analyysin alkuun, koska teema nostaa esiin niitä toimintatapoja, joita kentällä kohtasin ja se avaa asetelmaa suhteessa toiseen tutkimuskysymykseen. Toinen alaluku pitää sisällään Kommunikaatiolla *muodostetut yhteydet*, johon kuuluu sosiaalinen, kehollinen ja ammattilaisten välinen yhteys. Luvussa käsittelen niitä erilaisia yhteyden muotoja, joita kenttätöni aikana nousi esiin sekä fysioterapeutin ja asiakkaiden välillä että myös asiakkailla suhteessa omaan kehoon ja fysioterapeutilla ammattilaisiin, jotka olivat tavalla tai toisella osa asiakkaiden elämää. Kolmas alaluku, *Ymmärtämättömyyden paradoksi* käsittää kommunikaatiovaikeuksien aiheuttaman ymmärtämättömyyden problematiikkaa sekä asiakkaiden, että fysioterapeutin osalta. Näiden analyysin alalukujen kautta pyrin kuvaamaan kentällä havainnoimiani erilaisia kommunikaation muotoja ja sitä, millainen merkitys kommunikaatiolla sekä kommunikaatiovaikeuksilla on fysioterapian asiakaskohtaamisissa, mitä se mahdollistaa ja taas toisaalta rajoittaa. Analyysin jälkeen kokoon johtopäätöksissä yhteen keskeiset havaintoni ja niiden merkitykset.

### **5.1 Kommunikaation monet muodot**

Lähden analyysissani liikkeelle siitä, miten eri tavoin kommunikaatiota toteutettiin fysioterapeutin ja asiakkaiden välillä. Valmistautuessani ensimmäiseen päivään kentällä jännitin sitä, miten ensimmäinen kohtaaminen tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden kanssa sujuu omalta osaltani, jos en ymmärrä heidän puhetta tai muilla tavoin kommunikoituja viestejä. Pohdin, että miten he tulevat ymmärretyksi ja miten minä tavoittaisin heidän viestinsä. Tilanne on varmasti jossain määrin tuttu kaikille etnografista kenttätöitä tekeville, erityisesti tilanteissa, joissa informanttien käyttämän kielen osaaminen on tutkijalla vielä heikoilla kantimilla. Tällä kertaa olin kuitenkin kentällä ”kotona” ja jaoimme informanttien kanssa saman puhutun kielen, mutta minä en osannut viittomakieltä tai eleillä viestiminen tilanteissa, joissa puhutun kielen

tuottaminen ei ole mahdollista, oli minulle uutta. Vuorovaikutustilanteissa oletukset normaalista keskustelusta ohjaavat toimintaamme ja odotukset heijastuvat myös tilanteisiin joissa toisen osapuolen kieli- ja kommunikaatiotaidot ovat epäsymmetriset (Leskelä 2006, 46). Kentälle suunnatessani Riina oli informoinut minua siitä, miten asiakkaat kommunikoivat, joten olin tietoinen tilanteiden epäsymmetriasta, mutta tilanne avautui minulle käytännön tasolla vasta kohdatessamme.

Aineistoni osalta nousee esiin kommunikaatiotaitojen sopeuttaminen ja soveltaminen eri tilanteissa fysioterapeutin osalta. Kuten kirjoitin luvussa 3.2.1 Riinan (fysioterapeutti) asiakkaat muodostivat kommunikaation osalta varsin heterogeenisen joukon, ja tämä asettaa Riinan kommunikaatiotaidoille vaatimuksia, joita voi olla vaikea tiedostaa tai opetella ennen kokemusta tilanteista, joissa kommunikaatio ei toteudu symmetrisesti. Haastatellessani Riina ensimmäisen kerran tiedustelin hieman hänen taustaansa ja kokemustaan erilaisten kommunikaatiohäiriöiden kohtaamisesta.

*Janette: ”Lähdetään liikkeelle sinun opiskeluajoista. Opetettiinko teille sellaisten asiakkaiden kohtaamista, joilla on kommunikaatiovaikeus tai vaikeuksia puheentuottamisessa?”*

*Riina: ”Opinnoissa ei keskitytty kommunikaatioon ylipäänsä yhtään. Otin tämän puheeksi useampaan kertaan koulutuksen aikana. En ole kuullut koskaan korvaavista kommunikaatiomenetelmistä tai viittomista opintojen aikana. Ei mitään, ei huomioitu mitenkään.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 24.11.2021)

Riina kertoo, miten hänen koulutuksensa aikana asiakkaiden erilaisia tapoja kommunikoida ei huomioitu lainkaan. Hän myös korosti haastattelussa, että vuorovaikutusta ja kommunikaatiota käsiteltiin koulutuksessa ylipäänsä hyvin vähän ja huomio keskitettiin kehoon, sen eri osiin ja toimintoihin. Asiakaslähtöisessä mallissa kuntoutuksen ammattilaisen päätökset ja vuorovaikutus tapahtuu tasa-arvoisesti ja yhteisymmärryksessä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189). Tasa-arvoinen toiminta edellyttää kommunikaatiota, vastapuolen näkemysten kuulemista ja tulkitsemista. Kommunikaatiovaikeuksien ja kommunikaatiotaitojen epäsymmetrian vallitessa, on riskinä, että vuorovaikutus toteutuu epätasa-arvoisesti, mikäli vastapuolen taidot eivät vastaa tilanteessa vaadittavia taitoja.

Riinan fysioterapian tutkinnosta ammattikorkeakoulussa oli jo yli 20 vuotta aikaa. Näiden vuosien aikana on mahdollista, että koulutuksessa on keskitytty enemmän myös kommunikaatioon ja eri tavoin kommunikoiviin asiakkaisiin. Lähteenmäen ja Kangasperkon (2016, 51) mukaan fysioterapian peruskoulutukseen sisältyy terapiaosaamista, ohjaus- ja konsultaatio-osaamista ja kehittämisosaamista. Riinalla oli nykyään oma fysioterapia-alan yritys, jossa myös moni alaa opiskeleva suoritti tutkintoon kuuluvia pakollisia harjoitteluita. Keskustelin hänen kanssaan siitä, erottuiko opiskelijoiden kommunikaatiotaidot ja oliko niissä hänen mielestään tapahtunut kehitystä vuosien aikana. Riina totesi lyhyesti ja ytimekkäästi, että ”Ei!”. Jatkoin aiheesta vielä lisäkysymyksellä ja kysyin, yrittääkö hän ohjata opiskelijoita kiinnittämään huomiota asiakkaiden kommunikaatioon ja omiin taitoihinsa kommunikoijina. Riina kertoi, että huonojen kokemusten vuoksi, heillä nykyään haastatellaan työharjoitteluun pyrkivät opiskelijat. Haastattelussa myös kerrotaan opiskelijoille, millaisia asiakkaita heillä on.

*”On tullut vastaan opiskelijoita, joille kohtaaminen on hyvin luonnikasta, mutta usein heillä on menneisyydessä tai nykyisyydessä jokin selittävä syy, miksi heidän on helppo olla erityisryhmien kanssa. Sitä ei voi koulutuksen onnistuneisuuden piikkiin valitettavasti pistää.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 24.11.2021)

Riinan puheet ja kokemukset hyvin yksimielisesti kritisoivat koulutuksen kautta hankittua näkemystä asiakkaiden kohtaamiseen kommunikaation osalta. Tämä synnyttää eräänlaisen paradoksin tavoitteiden ja käytännöntason toiminnan välille, jossa asiakaslähtöisyys toteutuu ainoastaan teorian tasolla, mutta kentällä toteutustavat voivat olla hyvinkin vaihtelevia. Koska koulutus ei tarjonnut mahdollisuutta erilaisten kommunikaatiotaitojen kehittämiseen, tiedustelin Riinalta, miten hän on kehittänyt omia kommunikaatiotaitojaan, kommunikaatiossa mahdollisesti tarvittavia erilaisia kommunikaationmenetelmiä ja eri apuvälineiden käyttöä.

*”Tekemällä ja edelleen säännöllisesti vierailen Kehitysvammaliiton sivuilla, Autismiliiton sivuilla käyn lukemassa. Myös moniammatillisesti muiden ammattilaisten kanssa, mutta sitä kautta on tullut vähiten konkreettisia työkaluja, koska oma tekeminen on vähän erilaista. Mutta tekemällä ja esimerkiksi tukiviittomia olen opetellut kursseilla ja kun minulla on viittovia asiakkaita, pyydän heidän opettamaan.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 24.11.2021)

Erilaisten kommunikaatiotaitojen ja apuvälineiden opetteleminen on nojannut vahvasti Riinan omaan aktiivisuuteen ja haluun kehittää omia taitojaan. Kehitysvammaliiton ja Autismiliiton kotisivuilla, joihin hän viittasi haastattelussa, on laajasti tietoa ja erilaisia oppaita liittyen puhevammaisuuteen ja erilaisiin kommunikaatioapuvälineisiin. Kehitysvammaliiton yhteydessä toimii myös Tikoteekki, jonka tavoitteena on edistää puhevammaisten asemaa yhteiskunnassa. He järjestävät muun muassa kommunikaatioon liittyvää neuvontaa sekä koulutusta ja heiltä voi ostaa erilaisia kommunikaation apuvälineitä, kuten kommunikaatiokansioita. Riina koki, että muiden ammattilaisten kautta saatu tieto ei hyödyttänyt konkreetian tasolla, vaan se pysyi enemmän informaation jakamisen alueella. Hän myös rajasi vastauksessaan omaa tapaansa toimia asiakkaiden kanssa ja esitti tavan eroavan muista viitaten muihin ammattilaisiin. Fysioterapiassa fysioterapeutti toimii usein varsin itsenäisesti tietojensa, taitojensa ja ammatillisen identiteetin pohjalta (Lähtenmäki & Kangasperko 2016, 53) yhdessä asiakkaiden kanssa ja kollegoiden tai muiden ammattilaisten kanssa ollaan löyhemmin yhteydessä

Kentällä puheella tuotettu, eli verbaalinen kommunikaatio oli ensisijainen kommunikaation muoto, erityisesti fysioterapeutin osalta. Ensimmäinen tapaamani asiakas oli Janne. Hän kommunikoi pääasiassa verbaalisesti, mutta koska hänen puheensa oli hyvin epäselvää, oli hänellä käytössään myös apuvälineitä kommunikaatioon, kuten tukiviittomat ja kommunikaatiokansio. Janne puhui paljon ja melko nopeaan tahtiin, mutta minulle puheen ymmärtämisestä teki vaikeaa muun muassa hänen tapansa lausua (tai jättää lausumatta) tietyt kirjaimet, kuten S tai R. Ensimmäisellä tapaamisellamme minulle kävi selväksi, että Jannen puhettavan oppimiseen ja sisällön ymmärtämiseen tarvitaan aikaa. Riina oli tuntenut Jannen jo useamman vuoden ajan ja hänellä ei ollut juurikaan ongelmia ymmärtää ja pysyä mukana Jannen kanssa keskusteltaessa.

Riina ja Janne kävivät koko tapaamisen ajan vilkasta keskustelua eri aiheista. Riinan puhe oli hyvin selkeää ja esittäessään kysymyksiä hän muotoili ne usein melko yksinkertaiseen muotoon, toisinaan sellaisiksi, että vastaamiseen riitti kyllä / ei -vastaus. Toisinaan Riina selvensi sanomisiaan tukiviittomien avulla. Tukiviittomilla Riina korosti aina tiettyjä sanoja, jotka olivat keskeisessä osassa lausetta. Tukiviittomat eroavat kuurojen viittomakielestä, vaikka tukiviittomina käytetään viittomakielen merkkejä, sillä tukiviittomat ovat ilmaisutapa, jossa yksittäiset viittomat toimivat puheen rinnalla (Tikoteekki 2018). Janne toisti usein Riinan

viittomat ja hän käytti käsiään kuvaamaan tekemistään myös silloin, kun ei viittonut, kuten seuraavasta kenttäpäiväkirjaoitteesta käy ilmi.

*Kysyin Jannelta, mitä hän tekee työkseen. Hän innostui kovasti kertomaan työtehtävistään, mutta koska en ymmärtänyt suurinta osaa hänen puheesta, en myöskään ymmärtänyt täysin hänen työtehtäviään. Huomasin, että kuvaillessaan työtään, Janne näytti usein toimintaa myös käsillään. Huomioni kiinnittyi varmasti osaksi tähän toimintaan niin vahvasti, koska yritin tulkita puheen sisältöä myös käsien liikkeiden avulla.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta marraskuu 2021)

Tukiviittomat ja eleet toimivat Riinalla ja Jannella puheen tukena. Janne intoutui, Riinan kehotuksesta, opettamaan minulle muutaman viittoman. Kerroin, että osaan viittomakielen kirjaimia ja siten viittoa esimerkiksi oman nimeni. Janne opetti minulle, miten eri värejä viitotaan. Väreistä keskustelu siirtyi nopeasti Jannen omaan kuvakansioon. Hän ojensi minulle kansionsa, joka on yksilöllisesti laadittu Jannen kanssa. Kansion sisältö oli jaoteltu teemoittain, kuten Jannen elämässä vaikuttaviin henkilöihin, matkailuun, harrastuksiin, ruokailuun ja erilaisiin arkisiin toimintoihin. Kansiossa oli kuvia, esimerkiksi urheilulajeista ja niiden alla nimi tai teksti selittämässä kuvan sisältöä. Kansion tarkoituksena oli tukea verbaalista kommunikaatiota ja sen avulla pystyi näyttämään toimintoja ja asioita, mikäli kommunikaation vastapuoli ei ymmärtänyt Jannen puhetta riittävästi. Laajalla sanastolla laaditut kommunikaatiokansiot tarjoavat mahdollisuuden monipuoliseen ilmaisuun lausetasolla (Tikoteekki 2014). Tutustuessamme kansioon ja keskustellessamme sen sisällöstä pystyin myös hieman hahmottamaan Jannen puhetapaa ja sitä, miten hän lausuu tietyt kirjaimet. Näyttäessäni kuvaa Janne kertoi, mitä kuvassa oli, jolloin minulla oli mahdollisuus oppia ymmärtämään Jannen puhetta.

Anna, toinen tutkimukseeni osallistuvista asiakkaista, ei itse kommunikoinut lainkaan verbaalisesti vaan hänen kommunikaatio tapahtui elein, ilmein ja tukiviittomin. Riinan ensisijainen kommunikaatiotapa Annan kanssa oli puhe, mutta hänen puhetapansa ja äänensä oli toisenlainen kuin olin havainnoinut Jannen kanssa. Heidän tavatessa Riina madalsi ja hiljensi puheääntään ja sen tempo muuttui rauhallisemmaksi. Rauhallisuus välittyi myös hänen kehonkielestä ja hänen liikkumisesta tuli hillitympää, ilman äkkinäisiä liikkeitä. Esittäessään

kysymyksiä Annalle Riina muotoili ne siten, että Anna pystyi vastaamaan kyllä tai ei ja tämän hän teki nyökkäämällä tai pudistelemalla päätään.

*Riina: ”Sopiiko, jos aloitetaan kuuntelemalla levyä ja tehdään niitä liikkeitä lattialla?*

*Sopiiko sellainen?”*

*Anna nyökkää.*

*Riina: ”Kiitos.”*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2022)

Riina käytti Annan kanssa usein sanaa ”kiitos”. Se toimi eräänlaisena kuittauksena Annan kommunikaatiolle ja samalla viesti Annalla siirtymisestä toiseen toimintoon. Anna tarvitsi aikaa siirtymisiin sekä toimintojen että kehon asentojen ja sijaintien suhteen. Hänellä oli usein eräänlainen ”perusasento”, johon hän pyrki takaisin toimintaosuuden tai siirtymisen jälkeen. Nostin huomioni esiin keskustellessani myöhemmin Riinan kanssa. Hän epäili sen liittyvän Annan historiaan ja laajemmin aikaan, jolloin sitominen, esimerkiksi tuoliin, oli vapaammin sallittua. Nykyään laki sallii käytänteen vain poikkeustapauksissa. ”Rajoitustoimenpiteen on oltava hoidon ja huolenpidon kannalta perusteltu, tarkoitukseen sopiva ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden” (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519). Aiemmat rajoitustoimet ovat osaltaan voineet vaikuttaa Annan elämään heikentäen oma-aloitteisuutta sekä toiminnan että kommunikaation suhteen. Annalla ei ollut fyysisiä rajoitteita siirtymisten suhteen vaan Riina epäili niiden liittyvän kehon tuntemuksiin ja aistimaailmaan. Riina odotti aina rauhallisesti ja hiljaa, kunnes Anna oli valmis toimimaan. Riinan epäily oli vain oletus, sillä ilman verbaalista kommunikaatiota Annan oli vaikeaa kuvailla tai selittää tuntemuksiaan tai syitä toiminoilleen.

Myös Anna käytti tukiviittomia ja Riina vahvisti usein tukiviittomien avulla merkittävimpiä sanoja. Anna toisti perässä Riinan käyttämiä viittomia tai Riinan puhuessa hän viittoi yksittäisiä Riinan käyttämiä sanoja. Tästä yksi esimerkki toistui lähes joka kerta Riinan ja Annan tapaamisen lopussa. Riina kysyy Annalta, miten jumppa meni käyttäen samalla jumppa-sanan kohdalla sitä tarkoittavaa viittomaa ja jatkaa: ”*Hyvin, peukku ylös* (ja hän nostaa samalla oman peukun ylös) *vai huonosti, peukku alas* (kääntäen samalla oman peukalonsa osoittamaan alas)?” Anna nostaa peukun ylös.

Kolmas tutkimukseeni osallistunut asiakas Leena kommunikoi sujuvasti verbaalisesti ja se olikin hänen ja Riinan välillä ensisijainen kommunikaatiomuoto. Leenan kohdalla kommunikaatiovaikeudet liittyivät kognitiivisiin taitoihin, puheen tuottamiseen, kuten ilmaisun suppeuteen, ja puheen ymmärtämiseen, esimerkiksi uusien asioiden kohdalla. Leena puheenvuorot ja vastaukset kysymyksiin olivat yleensä lyhyitä ja niukkasanaisia. Hän myös harvemmin itse aloitti keskustelua ja vastuu keskusteluista painottui usein Riinan puoleen. Leenan puheen vähäisyys nousi esiin useissa erilaisissa tilanteissa.

*Riina: "Me voitaisiin treffata kesällä meidän firmalla. Miltä se kuulostaa?"*

*Leena: "En mä tiä."*

*Riina: "En mä tiä...nyt äänensävy laski niin, että tarkoittaako se sitä, ettet oikein innostunu?"*

*Leena: "Niin."*

*Riina: "Mikäs siinä tuntuu huonolta? Onko se se lähteminen?"*

*Leena: "On."*

*Riina: "Joo. Mutta sopiiko, jos jätät taas makustelemaan asiaa? Ei tarvi nyt päättää mitään."*

*Leena: "Sopii."*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2024)

Leenan kohdalla puheen suppeus ilmeni usein vastausten lyhyytinä, kuten yllä olevasta otteesta käy ilmi. Riina joutui myös tekemään lisäkysymyksiä saadakseen hieman enemmän irti Leenan ajatuksista. Kentällä havainnoimani mukaan Leena lähti harvoin spontaanisti kertomaan asioita tai avaamaan näkemyksiään asioista, joista keskusteltiin tapaamisen aikana. Riinalle tilanteet jättivät paljon tulkinnan varaa, ja hän kiinnitti moneen muuhunkin asiaan huomiota kuin vain puheen sisältöön, kuten yllä olevassa otteessa äänen painoon.

Vaikka verbaalinen kommunikaatio oli ensisijainen kommunikaatiotapa, kehollinen kommunikaatio, kuten eleet, ilmeet ja kehon asennot, olivat osa jokaista asiakastapaamista. Leenan kohdalla fysioterapeuttinen harjoittelu piti usein sisällään erilaisia fyysisiä kehon harjoitteita. Leenan vaikeudet kommunikaatiossa vaikuttivat siihen, että hänen ja Riinan keskustelut painottuivat usein hetkiin, kun heillä oli tauko harjoittelusta, sillä Leenalle oli helpompaa tehdä harjoitukset niin, ettei hänen tarvinnut samaan aikaan keskustella, koska kehon hallinta ja liikkeiden suorittaminen vaati häneltä keskittymistä. Riina ohjasi ja osallistui

kehollisiin harjoituksiin aina itsekin ja suorittaessaan liikkeitä, hän samalla sanallisti harjoitusten vaikutusta ja tehtävää. Näin tehdessään Riina kommunikoi Leenalle kahdella tavalla yhtäaikaaisesti.

*Harjoitukset tehtiin taas niin, että Riina ensin näytti liikkeen ja samalla sanallisesti kertoi, mihin kehon osiin se vaikutti ja mitä apua harjoittelusta olisi. Tämän jälkeen he yhdessä toistivat liikeharjoittelut Riinan laskiessa toistojen määriä. Harjoittelun aikana Riina aina ajoittain kehui Leenan liikkeitä, kun ne sujuivat vaikeuksista huolimatta.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta maaliskuu 2022)

Kehon liikkeet, eleet ja kasvojen ilmeet olivat Annan kommunikaatiotavassa tukiviittomien ohella keskeisessä asemassa. Anna otti harvoin katsekontaktia ja usein se oli vain nopea vilkaisu, joka saattoi helposti jäädä huomaamatta. Kehollista kommunikaatiota on usein vähätelty keskittyessämme niin vahvasti verbaaliseen kommunikaatioon, mutta käytännön tasolla sen merkitys on meille suuri, vaikka emme aina olisi siitä tietoisia (Finnegan 2002, 98). Kehollisessa viestimisessä korostuu kommunikoivien osapuolten näkökyky, sillä sen kautta havainnoimme ja rekisteröimme keholliset viestit. Riina tavoitteli usein Annan katsetta ja katsekontaktin muodostuessa vahvisti sitä usein sanallisesti ja kehollisesti nyökkäämällä päätään.

Toisinaan kehollisen kommunikaation havainnoiminen visuaalisesti voi synnyttää ristiriitaa verbaalisen kommunikaation kanssa. Leenan kasvojen ilmeet pysyivät usein melko muuttumattomina eivätkä ne välttämättä tukeneet sanallista viestiä, sillä tavalla kuin olemme oppineet olettamaan. Avaan asiaa hieman esimerkillä kentällä tapahtuneesta tilanteesta.

*Viimeinen harjoitus keskittyi vatsalihaksiin. Riina ohjeisti Leenaa nostamaan jalat kohti kattoa ja tekemään niillä mahdollisimman isoa ympyrää, niin, että se tuntuu vatsassa. Leena nostaa jalat ylös ja pyörittää niitä hetken aikaa. Sitten hän toteaa: ”Tää ei ole mikään ympyrä. Tää on ovaali.” Riinaa naurattaa ja hän toteaa Leenalle, ettei ole muodon kanssa turhan tarkka.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2022)

Leenan toteamuksen voi tulkita osuvaksi tilannekomiikaksi, jonka vuoksi Riinaa nauratti, mutta Leenan ilme kasvoilla pysyi muuttumattomana ja näin ollen jätti epävarmuutta viestin

tulkintaan. Ilmeiden muuttuminen näkyvästi ja nopeasti viestii puhujan asenteista oman puheenvuoronsa eri vaiheisiin ja tämä jatkuva visuaalinen vuorovaikutus on tärkeä osa prosessin muotoilua tapahtuessaan (Finnegan 2002, 100–101). Kasvojen ilmeet siis usein tukevat ja vahvistavat puhuttua viestiä, mutta Leenan tapauksessa kasvojen ilmeiden muuttumattomuus ja vähäeleisyys synnytti ristiriitaa viestin sisällön ja visuaalisesti havaittujen eleiden välillä.

Fyysinen läheisyys ja etäisyys sekä kosketus olivat osa jokaista asiakastapaamista. Fysioterapiassa fyysinen läheisyys ja kehon kosketus on usein läsnä harjoitteluissa, sillä keho on oleellinen osa fysioterapeuttista toimintakulttuuria (ks. Nicholls 2018). Asiakkaiden suhde läheisyyteen / etäisyyteen ja kosketukseen vaihteli. Jannelle jo ensimmäisestä tapaamisestamme lähtien läheisyys ja kosketus, esimerkiksi halaamisen kautta, oli osa hänen kommunikaatiota ja tapaa olla yhteydessä. Annan kohdalla taas etäisyys ja sen ottaminen oli tapa kommunikoida, sillä hän usein asettautui hieman kauemmas Riinasta. Ihmiset kommunikoivat etäisyyksien ja asentojen kautta eikä henkilön tila rajoitu kehon kehon reunojen kanssa, sillä yksilöllä on ympärillään ”kuplia”, joiden rikkominen voidaan kokea tunkeilevana (Finnegan 2002, 105). Riina vaikutti olevan hyvin tietoinen etäisyyden merkityksestä, sillä hän käytti tätä erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi taukojen aikana hän antoi Annalle enemmän omaa tilaa. Riinalle läheisyys ja kosketus olivat osa hänen kommunikaatiotaan ja toimintatapaansa asiakkaiden kanssa. Hän suhteutti ja muutti toimintaansa tilanteiden ja asiakkaiden vaihtuessa ja kysyi aina lupaa kosketukselle. Tämä saa jälleen pohtimaan fysioterapeuttien koulutusta ja perehdytystä asiakkaiden kohtaamiseen sekä kommunikaatioon. Mikäli kommunikaatio on epäsuhdassa osapuolten välillä, miten huomioidaan toisen ”kupla”, eli henkilökohtainen tila ja sen ylittäminen, joka usein fysioterapeuttisessa toiminnassa tapahtuu?

Kommunikaatio toteutui verbaalisen kommunikaation lisäksi kehollisesti tuotettuina eleinä, ilmeinä, asentoina ja kosketuksen sekä läheisyyden / etäisyyden keinoin. Luvun alussa käsittelin koulutuksen osuutta Riinan kommunikaatiotaitojen oppimisessa, ja analyysin myötä piirtyi kuva siitä, että hänen taidot ovat karttuneet ennen kaikkea oman kiinnostuksen ja harjoittelun myötä. Analyysin jatko toi ilmi erilaisia tapoja ja muotoja, joilla Riina asiakkaiden kanssa kommunikoi ja nosti esiin sen, että vaikka verbaalinen kommunikaatio on usein ensisijainen kommunikaatiotapa, ovat muutkin kommunikaatiotavat ja muodot oleellinen osa viestintää.

## 5.2 Kommunikaatiolla muodostetut yhteydet

### 5.2.1 Sosiaalinen yhteys

Seuraavaksi tarkastellaan kommunikaatiolla muodostettuja yhteyksiä, lähtien liikkeelle sosiaalisesta yhteydestä. Riinan suhde asiakkaisiin oli Jannen ja Annan kohdalla kestänyt jo pidempään, Jannen kohdalla useita vuosia. Leena oli hieman uudempi asiakas, sillä he olivat toimineet yhdessä noin vuoden verran. Asiakassuhteen pituus oli asia, mikä toisinaan nousi esiin keskusteluissa, mutta oli myös taustalla vaikuttava tekijä, jonka kautta sosiaalinen yhteys rakentui. Seitsemän viikkoa kestävästä kenttäjaksoni aikana havainnoin, miten asiakastapaamisissa jaettiin osia sekä Riinan että asiakkaiden elämästä, toisinaan hyvin arkisia, mutta ajoittain hyvinkin henkilökohtaisia. Pitkien asiakassuhteiden myötä Riina ja asiakkaat oppivat tuntemaan toisistaan asioita, jotka eivät välttämättä liittyneet mitenkään itse fysioterapiaan, mutta olivat merkittävä osa heidän elämää. Pitkät asiakassuhteet mahdollistivat myös toisen kommunikaatiotavan oppimista, kuten oli esimerkiksi Riinan ja Jannen tapauksessa. Riina oli oppinut ymmärtämään Jannen puhetta ja tänä päivänä he pystyvät kommunikoimaan sujuvasti yhdessä verbaalisesti ja tukiviittomin.

Lähes aina asiakastapaamiset alkoivat kuulumisten vaihdolla, joka tapahtui Riinan aloitteesta. Riinan toiminnasta välittyi kiinnostus asiakkaiden tilanteisiin ja hän teki tämän niin, että tilanteessa ei tapahtunut muuta kuin keskustelua. Kaikilla kolmella asiakkaalla fysioterapia toteutui kerran viikossa. Kuulumisten vaihtaminen toimi eräänlaisena aloitusrituaalina jokaiselle tapaamiselle ja samalla se mahdollisti sen hetkisen tilanteen kartoittamisen.

*Anna meni seisomaan tutulle paikalleen huoneen toiselle puolelle pyöreän maton viereen. Riina meni seisomaan Annan eteen ja kyseli kuulumisia. Anna otti Riinaan usein katsekontaktia ja vastaili pään nyökkäyksillä Riinan kysymyksiin. Hän myös hymyili hieman. Riina kysyi, että sopiko Annalle, jos tehtäisiin taas harjoitus levyltä 2 ja sitten lopuksi otetaan pallot käyttöön. Tämä sopi Annalle (hän nyökkäsi) ja hän myös viittoi sanan jumppa.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta helmikuu 2022)

Kuulumisten vaihto toimi eräänlaisena sosiaalisen yhteyden avaajana, jossa molemmilla oli mahdollisuus kuulla toista ja tulla itse kuulluksi ja kohdatuksi. Se antoi myös mahdollisuuden esittää omia toiveitaan päivän tekemisille. Riinalla oli usein suunnitelma tapaamiselle, mutta hän esitti sen usein kysymyksen muodossa, mahdollistaen näin sen hyväksymisen tai siitä kieltäytymisen. Vaikeudet kommunikaatiossa kuitenkin asettivat tälle omat rajoitteensa, jota pohdin hieman tarkemmin myöhemmässä analyysiluvussa (luku 5.3).

Viikoittaiset tapaamiset Riinan kanssa muodostivat sosiaalisen suhteen ja se oli osalle asiakkaista yksi vähäisistä säännöllisesti toteutuvista suhteista, joissa jakaa ajatuksiaan ja kuulumisiaan. Kaikki asiakkaat asuivat asumisyksiköissä, joissa muiden asukkaiden lisäksi työskenteli myös henkilökuntaa. Sosiaalisen suhteen muodostumiseen, erityisesti yksikössä A, jossa asukkailla oli oma asuntonsa ja vain vähäisiä yhteisiä tiloja, säännöllinen yhdessä tekeminen ja toisiin tutustuminen oli rajallista. Yksikössä B järjestettiin enemmän yhteistä toimintaa, mutta asukkaalla, jolla kommunikaatio toisten kanssa on vaikeaa ja vaatii aikaa, on isompi riski jäädä sivuun. Kahdenkeskiset tapaamiset Riinan kanssa takasivat rauhallisen mahdollisuuden kommunikoida niin, ettei tullut keskeytetyksi. Säännöllinen ja pitkäaikainen asiakassuhde oli piirteiltään usein enemmän eräänlaisen ystävyysuhteen kaltainen, kuin puhtaasi ammattilaisen ja asiakkaan muodostama sosiaalinen suhde. Sain itsekin kokea tätä sosiaalisen suhteen muutosta tavatessani Jannen toisen kerran.

*Jannen kertoessa kuulumisiaan, hän kysyi yhtäkkiä Riinalta minun nimeä. Tämän kysymyksen ymmärsin ja ymmärrystä auttoi se, että kysyessään Janne myös osoitti minua etusormella.*

*Riina: ”Se on Janette.”*

*Janne: ”Janette. Hän on minun uusi ystävä.”*

(Ote kenttäpäiväkirjasta helmikuu 2022)

Keskustelin asiasta myöhemmin Riinan kanssa. Hänen näkemyksensä oli, että Jannella ei ollut montaa ihmistä ympärillä, joka olisi kiinnostunut hänen asioistaan. Jannen tausta kommunikaation suhteen oli sellainen, että vuosia aiemmin verbaalinen kommunikaatio oli ollut hänelle todella vaikeaa, mutta Riina oli päässyt seuraamaan ja osaltaan vaikuttamaan siihen, millaiseksi Jannen puhe oli kehittynyt. Tänä päivänä, vaikka Jannen puheen ymmärtäminen oli edelleen siihen tottumattomalle vaikeaa, se oli Jannen ensisijaisesti käyttämä kommunikaatiomenetelmä ja itseilmaisun kanava. Kommunikaatio toimii tärkeänä sosiaalisena

työkaluna kohtaamisissamme, kun ”tutustumme” johonkin (Van Hattum 1980, 6). On mahdollista, että sosiaalisena ihmisenä Janne on avoin muodostamaan sosiaalisia suhteita nopeasti. Verbaalisen kommunikaation merkittävä asema voi, pääasiallisesti muilla tavoin kommunikoivan, olla vaikeaa muodostaa ja ylläpitää sosiaalisia yhteyksiä.

Riinan ja Leenan asiakassuhde oli kestänyt vasta noin vuoden verran ja se oli Riinan asiakassuhteissa vielä melko tuore asiakkuus. Leenan tausta ja esimerkiksi aiempi kuntoutustausta avautuivat Riinalle hiljalleen ja kokonaiskuvan muodostaminen oli vielä kesken. Yhtenä tapaamiskertana Leenan kuntoutushistoria nousi esiin keskusteluissa. Olimme tauon aikana keskustelleet pitkistä asiakassuhteista.

*Riina: ”Onko sulla Leena ollu aiemmin pitkä kuntoutussuhde?”*

*Leena: ”Joo. Mä kävin edellisessä paikassa noin 20 vuotta. Ei kun noin 30 vuotta. Kuntoutus siinä paikassa alkoi 1990-luvun alussa. Mut ei mulla ollu koko aikaa sama fyssari.”*

*Riina: ”Ai ei ollu? Mä jotenkin luulin, että oli. Mitä mieltä sä olit siitä? Olisitko halunnut et olis ollu koko ajan sama?”*

*Leena: ”Ei kun mä halusin vaihtaa. Ettei kyllästy.”*

*Riina: ”No tuon mä ymmärrän oikein hyvin. Ja sulla on siihen ihan täysi oikeus. No, mikä fiilis sulla on? Pystytkö sanomaan, kun haluat minun kanssa vaihtaa?”*

*Leena: ”Pystyn.”*

*Riina: ”Hyvä. Ja muista, että voit aina sanoa. Me toki ollaan vasta niin lyhyen aikaa tehty töitä.”*

*Leena: ”Niin ollaan.”*

(Ote kenttäpäiväkirjasta helmikuu 2022)

Keskustelusta ilmeni asiakassuhteen lyhyt kesto, mutta siinä myös rakennettiin perustaa luottamukselle. Oikeuden vaihtaa kuntoutuksen palveluntuottajaa esiin nostaminen keskusteluissa on tärkeää asiakkaan valinnanvapauden kannalta, sillä vaativassa lääkekinnällisessä kuntoutuksessa asiakas valitsee palveluntuottajan (Kela 2024, 14). Fysioterapiassa, sosiaalisena ilmiönä, painottuu yksilöiden vuorovaikutuksellinen suhde. Pitkissä asiakassuhteissa muodostuu sosiaalinen suhde ja se voi osaltaan vaikeuttaa tilannetta, mikäli asiakas kokee fysioterapeutin vaihtamisen ajankohtaiseksi. Avoin vuorovaikutus voi osaltaan edistää suhteen pitkää kestoja, mutta myös mahdolliseen muutokseen sopeutumista.

Leenan toteamus siitä, että hän pystyy ilmoittamaan fysioterapeutin vaihdon tarpeesta, kertoo myös siitä, että hänen on mahdollista ilmaista toiveensa kommunikaation kautta.

Kommunikaatiolla tuotettu sosiaalinen yhteys ei rajoittunut vain Riinan ja asiakkaiden välille, vaan, usein Riinan aloitteesta, sosiaalista yhteyttä kannustettiin ja pyrittiin rakentamaan myös muihin ihmisiin. Toisinaan se tapahtui keskustelujen yhteydessä, kun Riina keskusteli asiakkaan kanssa tämän elämästä, toisinaan se taas tapahtui spontaanisti asiakastapaamisten aikana.

*Ystävänpäivä lähestyi ja Riina jutteli Jannen kanssa siitä. Kävi ilmi, että yksikössä oli tarkoitus lähiaikoina askarrella ystävänpäiväkortteja. Riina kysyi olisiko Janne kiinnostunut tekemään kortin eräälle samassa yksikössä asuvalle nuorelle naiselle, kutsutaan häntä vaikka Piiaksi, sillä tällä ei tainnut olla kovin montaa ystävää yksikössä. Janne innostui asiasta ja sanoi tekevänsä kortin. Myöhemmin kuulin Riinalta, että Janne oli antanut Piialle itse tekemänsä kortin ja Piia oli tullut siitä hyvin iloiseksi.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta helmikuu 2022)

Elämä tuetusti asumisyksikössä ei aina varmistanut sitä, että ympärillä olisi ystävyysuhteita, vaikka asukas ei varsinaisesti asu yksin. Yksikössä B, jossa Janne asui, asukkailla oli omana yksityisenä tilana huone, joka sisälsi myös kylpyhuoneen, mutta muut tilat olivat yhteisesti jaettuja. Yksityisyys omassa huoneessa mahdollistui sillä, että huoneet olivat lukossa ja asukkaalla sekä työntekijöillä oli avain huoneeseen. Riina kysyi usein tapaamisten aikana, miten arki yksikössä sujui ja oliko ollut ongelmia. Hän myös kannusti sosiaalisuuteen ja suhteiden muodostamiseen, toisinaan hyvinkin konkreettisesti, kuten kenttäpäiväkirjaotteesta käy ilmi.

Luottamuksellinen ja tiivis suhde Riinan ja asiakkaiden välillä ilmeni siten, että Riina oli tietoinen asiakkaiden tilanteesta ja siksi myös herkästi ymmärsi asioita, jotka saattoivat olla vaikeita asiakkaalle ja joissa tuen tarve korostui. Riina melko herkästi kysyi tai otti puheeksi asioita, jotka liittyivät asiakkaiden elämään, vaikka eivät aina suoraan itse fysioterapiaan.

*Toisen tauon aikana Riina otti puheeksi ruokailun. Kävi ilmi, että Leena on silloin tällöin jättänyt toisen lämpimän ruoan väliin, mahdollisesti yrityksenä pudottaa painoa. Riinan pohti Leenalle, että onkohan sen paras ratkaisu, koska keho voi yrittää saada*

*tarvittavat ravintoaineet jollain tapaa ja silloin esimerkiksi napostelu voi lisääntyä. Hän kuitenkin korosti ettei ole ravintoalan asiantuntija. Keskustelun myötä kävi myös ilmi, että asumisyksikössä, joka tarjoaa lämpimän ruoan mahdollisuuden asukkaille, ei ole mahdollista saada annosta vähähiilihydraattisena. Riina ehdotti, että voisi asiaa tiedustella myös asumisyksikön työntekijöiltä. He päättivät jättää asian hautumaan ja pohtisivat sitä vielä lisää myöhemmin.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta marraskuu 2021)

Leenan kanssa Riina nosti asioita esiin ja tiedusteli tämän ajatuksia, mutta hän oli myös huomannut, että Leena tarvitsi usein hieman aikaa asian käsittelyyn. Leenan vaikeus kommunikaatiossa ilmeni muun muassa siinä, että muutos ja asioiden edistäminen oli hänelle toisinaan vaikeaa. Asioista kommunikointi vaati tasapainoilua siinä, kuinka paljon kerralla voi tilanteen muutosta edistää ja kuinka paljon se on tarpeen. Terapeuttisen suhteen kehittäminen ja ammattilaisen persoonallisuuden sekä kommunikatiivisten taitojen retorinen käyttö voi vahvistaa asiakkaan onnistumista (Kleinman 1988, 247). Vasta vuoden kestänyt asiakkuussuhde vaikutti tasapainoilun tarpeeseen, sillä tieto ja ymmärrys Leenan tavasta toimia oli Riinalle vielä melko tuoretta ja Leena itse valitsi asiat, joista hän avautui. Vuorovaikutuksellisuus välittyi siinä, miten asioista neuvoteltiin. Asioiden jättäminen ”hautumaan”, oli tapa, joka mahdollisti siihen palaamisen myöhemmin ja siten asiana edistäminen oli vielä mahdollista.

### **5.2.2 Kehollinen yhteys**

Aineistosta esiin nousseista kommunikaatiolla muodostetuista yhteyksistä analysoin seuraavaksi kehollista yhteyttä. Fysioterapiassa katse keskittyy usein kehoon ja sen toimintoihin, esimerkiksi liikkumiseen. Kuten olen aiemmin tässä tutkimuksessa tuonut ilmi (ks. luku 2.2), kuntoutuksen yksi keskeisiä tehtäviä on asiakkaan tavoitteellisen toimintakyvyn edistäminen. On kuitenkin tärkeää pohtia, mitä tarkoitetaan riittävällä toimintakyvyllä ja kuka sen määrittää. Tilanteissa, joissa asiakkaalla on kommunikaatiovaikeus, erityisesti verbaalisessa kommunikaatiossa, kysymys riittävästä toimintakyvystä ja siihen pyrkimisen tavoista, on erityisen relevantti.

*”Nykyään Kela vaatii, että jokaisen asiakkaan kanssa täytyy kuntoutuksen alussa tehdä terapiasuunnitelma, jossa myös keskustellaan tavoitteista ja asetetaan ne. Jos asiakkaan kanssa se ei kommunikation puitteissa ole mahdollista, käyn keskustelun lähiverkoston kanssa kuten esimerkiksi, asiakkaan vanhempien näkemyksiä ja asumisyksikön arjen näkemyksiä kuunnellen. Toimintakyvyn sanoisin vaihtelevan tilanne- ja yksilökohtaisesti. Usein se lomittuu kaikkiin neljään isoon tekijään psyykkiseen, biologiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja näin on myös mun asiakaskunnassa. Käytännössä riittävän toimintakyvyn määrittäminen varmasti aika helposti jää yhteen tiettyyn sapluunaan, mutta toivottavasti se on nykyään muutoksessa ja puhe biopsykososiaalisesta toimintakyvystä lisääntyisi.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 14.3.2023)

Haastattelussa Riina kartoitti sitä, miten vaikeaa riittävän toimintakyvyn määrittäminen voi olla, sillä kyseessä on melko laaja kokonaisuus jos toimintakykyä halutaan tarkastella biopsykososiaalisesti. Tämä vaikeus ilmenee muun muassa siinä, että toiminta jää helposti yhteen sapluunaan, kuten Riina kertoi yllä. Tällä hän viittaa siihen, että tarkastellaan toimintakykyä vain yhden aspektin, kuten esimerkiksi liikkumiskyvyn, kautta. Tällöin ei huomioida muita osa-alueita, kuten sosiaalisuutta, jonka vuoksi liikkumiskyvyn edistäminen voi asiakkaalle olla merkitsevää, jotta hän pääsee itsenäisesti esimerkiksi tapaamaan ystäviään. Lääketieteellinen toimintakyvyn tarkastelutapa perustuu usein terveyden ja sairauden käsitteisiin, ja sairauden vaikeusaste määrittää toimintakyvyn biomedikaalisen tautikäsitteen pohjalta (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92). Biopsykososiaalinen lähestymistapa pyrkii huomioimaan myös muut toimintakykyyn ja sen rajoittumiseen vaikuttavat tekijät. Suomessa kuntoutus on ollut vahvasti yksilöön ja hänen toimintaansa liittyvää ja ympäristö sekä olosuhteiden muutokset ovat harvoin yhdistetty kuntoutukseen onnistuneesti (Järvikoski 2013, 13).

Kommunikaatiolla muodostettu yhteys kehoon ilmeni muun muassa kehollisten harjoitusten yhteydessä ja niissä tapahtuneissa ohjauksissa. Leenan asiakastapaamiset koostuivat suurimmaksi osaksi erilaisista fyysisistä harjoituksista, joiden avulla kehon toimintakykyä kehitettiin. Riina teki fyysiset harjoitukset aina yhdessä Leenan kanssa. Heidän harjoitukset olivat monipuolisia ja harjoitusten sisällöt vaihtelivat viikoittain.

*Riina ja Leena laskeutuivat lattialle harjoituksia varten. Riina kertoi ja näytti harjoiteltavia liikkeitä ja Riina teki toistoja yhdessä Leenan kanssa tarkkaillen samalla sitä, miten Leena sai liikkeitä tehtyä.*

*Leena: ”Kuuluuko tääkin siihen Vasa Concepttiin?”*

*Riina vastasi myöntävästi ja kertoi sen jälkeen, mikä harjoitusten tarkoitus oli. Harjoitteilla pyritään löytämään kehon tasapaino ja aktivoida aivoja liike- ja asentoaistimuksin, joita toistetaan useita kertoja.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta marraskuu 2011)

Luin tapaamisen jälkeen lisää Vasa Conceptista, sillä se oli minulle melko tuntematon harjoitusmuoto. Sen taustalla on ajatus aivojen ns. uudelleen virittämisestä toistojen avulla. Jos kehossa on esimerkiksi osa halvaantunut tai toiminta heikentynyt, automaattisten liiketoistojen tekeminen edistää informaation kulkemista ja liikkeet tulevat ns. selkärangasta, koska niitä on toistettu paljon. Kommunikaation avulla Riina välitti informaatiota harjoitusten hyödyistä, mutta myös Leenan omasta kehosta ja yhteydestä siihen. Toistamalla liikesarjoja Leenalla oli mahdollisuus löytää omasta kehostaan puolia, joiden huomaaminen arjessa ei välttämättä tullut esille. Riinan kanssa kommunikoinnin merkitys nousi esiin esimerkiksi silloin, kun Riina kysyi, olisiko Leena kiinnostunut tekemään harjoituksia myös muina päivinä itsenäisesti, sillä harjoituksia olisi hyvä toistaa päivittäin.

*Leena: ”No en mä oikein tiedä.”*

*Riina: ”Haluutko miettiä asiaa vielä?”*

*Leena: ”Joo.”*

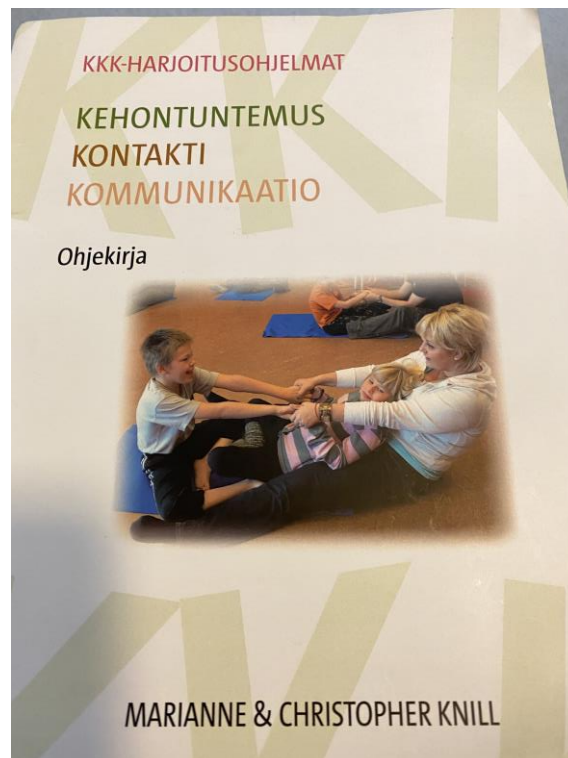
(Ote kenttäpäiväkirjasta marraskuu 2021)

Leena oli aina vahvasti motivoitunut tekemään harjoituksia ja usein taukojen jälkeen hän oli se, joka ehdotti harjoitusten jatkamista. Itsenäiseen, kotona tehtäviin harjoituksiin hän kuitenkin suhtautui vastahakoisesti, eikä innostunut Riinan ehdotuksesta. Yhdessä tekeminen ja kommunikaatio harjoitusten etenemisestä vaikuttivat olevan hänelle tärkeä osa harjoittelua ja mahdollisesti myös osaltaan toimi motivoivana tekijänä. Vaikka Vasa Conceptin ajatuksena on, että päivittäisillä toistoilla liikeratojen suorittamisesta tulee ”automaattisia” ja Riina nosti tätä esiin useamman kerran, ei se kuitenkaan vaikuttanut Leenan haluun harjoitella liikkeitä itsenäisesti. Kehon kykyjen ja henkilön tekemisten välillä vallitseva jännite havainnollistaa, missä määrin biomekaniikan toiminta-ajatus saavuttaa rajansa ja fysioterapeuttien kaltaisten

ammattilaisten asiantuntemus nousee tärkeimmäksi (Nicholls 2018, 173). Tässä tapauksessa on mahdollista, että kommunikaation tuottama kehollinen yhteys limittyi sosiaalisen yhteyden kanssa ja yhdessä ne vaikuttivat Leenan kiinnostukseen ja motivaatioon harjoituksia kohtaan yhdessä Riinan kanssa.

Keholliset harjoitukset eivät aina olleet fyysisesti kuormittavia ja fysiikkaa kehittäviä, vaan ulkoisesti tarkasteltuna näyttäytyivät välillä yksinkertaisina ja liikelaajuuksiltaan pieniltä, mutta kognitiivisesti kuormittavilta. Annan kanssa harjoitukset olivat usein kuvaillun kaltaisia. Annalla ei fyysisesti ollut juurikaan esteitä tai rajoitteita liikkumisen suhteen. Hänen kohdalla kehollisten harjoitusten tavoitteena oli ensisijaisesti saada yhteys toisiin ihmisiin ja toimintakyvyn lisääminen monipuolisesti, sillä hän jää usein ”jumiin” johonkin toimintaan, jolloin häneen voi olla vaikea saada kontaktia.

Annan kanssa asiakaskäynnit olivat usein hyvin rutiininomaisia ja uusia asioita tapaamiseen tuotiin asteittain ja tilanteittain. Alun kuulumisten vaihdon jälkeen Riina kysyi Annalta, kuunneltaisiinko taas levyltä harjoituksia, johon Anna aina vastasi nyökkäämällä päätään. Levy (kuva 3) sisälsi erilaisia fyysisiä harjoituksia, joita ohjattiin puheella, laululla ja ääniefekteillä.



Kuva 3

*Levyttä tulee musiikkia ja sitten ääni kehottaa laulaen etsimään maton. Riina laulaa mukana ja Anna istuu hiljaa, pitäen välillä silmiä kiinni. Levyllä on erilaisia kehollisia harjoituksia, kuten käsien laittamista nyrkkiin, käsien heiluttelua, vartalon keinutusta, kyynärpäiden ja pääläen koskettamista. Jokaisen yksittäisen liikeohjeen jälkeen soi musiikkia, joka määrittää liikkeen tahdin. Koko levyn tempo on melko hidas, pitäen sisällään taukoja puheen ja äänen välillä. Liikkeet ovat yksinkertaisia.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2022)

Riina kertoi minulle myöhemmin, että Annan kanssa harjoituksissa ei aina ole tärkeää keholliset harjoitukset tai käyttää niihin koko aikaa, vaan mennä aina tilanteen mukaan. Hän myös korosti, että Annan kohdalla on tärkeää ”rikkoo” sitä Annan omaa rajaa, esimerkiksi pyytämällä Annaa koskettamaan Riinan käsiä, sillä kontaktin ottaminen ja koskettaminen on Annalle vaikeaa. Riinan mukaan tämän kanssa tasapainoillaan jatkuvasti, sillä Annalle omien asioiden pariin uppoaminen ja niiden toisto tuo hänelle turvaa. Annan toimintakyvyn lisäämiseksi harjoitusten avulla opetellaan erilaisia taitoja, joilla edistetään itsenäisyyttä ja kasvatetaan sellaisten asioiden sietokykyä, jotka ovat hänelle vaikeita. Harjoitusten kautta Annan reaktiot välittyivät kehollisesti, esimerkiksi hengityksen pidättämisen kautta. Näissä tilanteissa havainnoin Riinan antavan Annalle enemmän tilaa vetäytymällä hieman kauemmaksi.

Kehollisen yhteyden sekä asiakkaan omaan kehoon että muihin muodostui asiakastapaamisissa vahvasti kontaktin, läheisyyden ja kosketuksen avulla. Koskettaminen on kommunikaatiota ja kosketus voi vahvistaa molemminpuolisen osallistumisen johonkin kokemukseen (Finnegan 2002, 201). Jokaisen tarve kosketukseen ja yhteyteen muiden kanssa on yksilöllinen, mutta sitä voisi luonnehtia yhdeksi ihmisen perustarpeista ja asiakaskäynneillä sekä tarve että sen vaikutus olivat läsnä.

*Harjoitusten lopuksi Riina piti lyhyen rentoutushetken. Riina ja Leena makasivat molemmat lattialla selällään, ja Riina pyysi Leenaa sulkemaan silmänsä. Riina kertoi, miten hyvin harjoitukset olivat sujuneet ja nyt voitaisiin pieni hetki arvostaa omaa kehoamme, joka toimi ja on hyvä sellaisena kuin se nyt on. Nyt sen annetaan levätä ja rauhoittua. Riina osui Leenan käteen ja tarttui siihen.*

*Riina: ”Miten sulla on näin lämmin käsi. Mun käsi on ihan jääkalikka.”*

*Leena: ”Mä voin lämmittää sun kättä.”*

*Riina: ”Lämmitä vaan, ettei ne tipu pois, kun on niin jäässä.”*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2022)

Fysioterapia on ammatti, jossa keho ja sen kosketus on keskiössä, mutta jonka suhde kosketukseen ei ole ollut vailla ongelmia. Suhtautuminen kehoon ”koneena” on mahdollistanut fysioterapian ammattilaisten koskea ihmistä arvioivasti ja tutkivasti, ja tämä linjaus kehosta on ollut yhteneväinen lääketieteen näkemyksen kanssa (Nicholls 2018, 105). Kuntoutuksen tavoitteellisuus voi lisätä kehoa arvioivaa katsetta, sillä fyysisen toimintakyvyn arviointi perustuu havaittuihin ja mitattuihin toimintoihin. Kentällä havainnoin kehon toiminnallisuuden edistämistä, mutta myös tilanteita, joissa keskiössä oli muut asiat kuin kehollisen suorituksen sekä fyysisen toimintakyvyn arviointi ja tavoitteellinen toiminta. Leena oli tapaamisten aikana useasti nostanut esiin sen, että hänen elämässä ei juuri tapahdu mitään. Riinan tapaaminen oli yksi niistä harvoista säännöllisistä kohtaamisista, joka piti sisällään toimintaa ja erilaisia aktiviteetin muotoja. Vaikka heidän asiakassuhde oli kestänyt vasta noin vuoden verran, sen rooli Leenan arjessa oli vakiintunut. Kehollisten harjoitusten, kommunikaation, läheisyyden ja kosketuksen kautta mahdollistui myös sosiaalisen yhteyden luominen.

*”Kaikki se sellainen kehon hahmotuksen ja vuorovaikutuksen kehittyminen, niin se tapahtuu kehollisessa vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa ja se voi perustua niin voimakkaasti kaikkeen muuhunkin kuin verbaliikkaan ja aina kun me tuetaan tämmöistä, me tuetaan vuorovaikutusta ja vuorovaikutus on osa kommunikaatiota.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 24.11.2021)

Riina esitti haastattelussa kehollisen yhteyden toisten kanssa perustuvan kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen. Asiakkaiden kehon toimintamahdollisuuksia nostettiin esiin asiakastapaamisissa ja rakennettiin suhtautumista ja suhdetta kehoon, sen aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Sairauksien ja vammojen vuoksi suhde kehoon voi etäännyä ja syntyy tarve tarkastella suhdetta uudella tavalla. Sairauksien ja vammojen merkitysten tunnistaminen ja niiden tulkinta voi edistää tehokkaampaa hoidon tarjoamista ja vähentää turhautumista aiheuttavia seuraamuksia (Kleinman 1988, 9). Tunnistamalla kehon tarjoamat toimintamahdollisuudet ja niistä kommunikointi voivat edistää asiakkaan kehollista yhteyttä.

### 5.2.3 Professionaalinen yhteys

Seuraavaksi analysoin kolmatta kommunikaatiolla tuotettua yhteyttä, eli professionaalista yhteyttä. Kentällä ollessani en osallistunut asiakkaiden asioita käsitteleviin moniammatillisiin henkilöstötapaamisiin, joissa yhdessä asiakkaan ja eri ammattilaisten sekä omaisten kanssa käsiteltiin asiakkaan tilannetta. Yhteys eri alojen ammattilaisiin kuitenkin nousi esiin keskusteluissa ja niistä välittyi se, miten Riina toimi eräänlaisena yhdyshenkilönä asiakkaidensa ja muiden ammattilaisten välillä, välittäen viestejä tai ottaen puheeksi asiakkaiden tilanteet ja niissä mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Asiakkaiden asioita voi olla hoitamassa useampi eri taho, kuten lääkäri, sosiaalityöntekijä ja edunvalvoja. Monien tahojen kanssa yhteydenpito ei ole välttämättä säännöllistä tai se tapahtuu harvakseltaan. Riinan kanssa tapaamiset olivat viikoittaisia ja pitkien asiakassuhteiden myötä asiakkaiden elämäntilanteet tulivat Riinalle tutuiksi.

*Riina ja Janne keskustelivat aiemmin pidetystä hoitokokouksesta, jossa oli keskusteltu muun muassa Jannen itsenäisyydestä ja siitä, miten sitä voisi edistää. Janne kertoi, ettei ihan ymmärrä sitä, mistä oli keskusteltu.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta helmikuu 2022)

Riina halusi varmistaa vielä jälkeen päin, että miten Janne oli kokouksen sisältöä ymmärtänyt ja, mitä mieltä Janne oli kokouksessa käsiteltävistä asioista. Vaikka asiakkaan kommunikaatiovaikeus on kaikilla kokoukseen osallistuvilla tiedossa ja tarvittaessa asiakkaalla voi olla mukana esimerkiksi tulkki kommunikaatiota helpottamassa, voi asioiden ymmärtäminen ja tiedon sisäistäminen jäädä puolitiehen tai se vaatii aikaa sekä kertaamista. Pitkä yhteinen historia auttaa Riinaa ymmärtämään niitä tilanteita ja kohtia, joissa hänen asiakkaalla voi olla vaikeuksia joko kommunikoinnissa, tiedon ymmärtämisessä tai molemmissa. Mukana olo mahdollistaa myös sen, että Riina voi auttaa asiakastaan korostamalla asioita, joihin olisi syytä kyseisessä kokouksessa keskittyä.

Keskustelin asiasta myöhemmin Riinan kanssa ja kysyin, onko tällainen hänen ammatissaan yleinen tapa toimia, eräänlaisena linkkinä asiakkaan ja muiden asiakkaan elämään liittyvien ammattilaisten kanssa. Hän kertoi, että on tavannut kollegoita, jotka toimivat vain ns. omalla kentällään, eivätkä hoida muita asioita, mutta hän harvoin pystyy toimimaan samalla tavalla.

Tämän keskustelun myötä ymmärsin, että toimintatavat vaihtelevat professionaalisen yhteydenpidon suhteen. Toisille keskiössä on vain fysioterapeutin ja asiakkaan välinen toiminta ja asiakassuhde, mutta se ei tavoita muita ammattilaisia tai se tavoittaa vain siltä osin, kuin on oleellista fysioterapian osalta. Riinan kohdalla asiakassuhde ylettyi fysioterapeutista toimintaa laajemmalle, tavoittaen asiakkaan elämään liittyviä muitakin tahoja.

Havainnoissani ja erityisesti Riinan ja minun välisissä vapaamuotoisissa keskusteluissa nousi esiin myös ongelmat, joita ammattilaisten välillä ollut yhteydenpidon ja kommunikaation puute aiheutti.

*Riina on ajoittain pohtinut Leenan kommunikaatiota, asioiden ymmärrystä ja tiedon käsittelyä. Hän kertoi, että ei ole saanut lääkäriltä tai muilta ammattilaisilta mitään aiempia tietoja Leenasta, esimerkiksi hänen kuntoutuksen tai terveyden suhteen. Hän tietää suurin piirtein, mitkä asiat vaikuttavat Leenan tilanteeseen, mutta hän on lähes kaikessa vain Leenan kertoman varassa.*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2022)

Riinan pohdinta valottaa sitä tilannetta, joka kuntoutuksen kentällä on osalle arkista todellisuutta. Terveydenhuollon ja kuntoutuksen piirissä on keskusteluissa nostettu esiin katkeamattoman palveluketjun käsite, jossa asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessit toimivat organisaatorajat ylittävästi, yksilön ongelmiin kohdistuvina (Järvikoski & Härkäpää 2011, 201). Yhteistyö eri organisaatioiden kanssa ei aina käytännön tasolla toteudu eikä tieto asiakkaan taustasta tai tilanteesta kulje eri tahojen välillä. Leenan kohdalla se, että taustatietoja ei ollut saatavilla muita kanavia pitkin, vaikutti Riinan toimintaan siten, että vuoden asiakassuhteen jälkeen hän edelleen pyrki muodostamaan kuvaa Leenan taustasta ja sen vaikutuksesta nykyhetkeen. Leenan kommunikaatiovaikeus, tässä tapauksessa erityisesti keskustelujen suppeus, vaikeutti tiedon kerryttämistä ja jätti Riinaan epävarmuuden siitä, jääkö keskustelujen ulkopuolelle jotain oleellista tietoa.

Vaikka professionaalinen yhteistyö eri ammattilaisten kesken ei ollut tutkimukseni tarkastelun kohteena, nousi se kentällä käydyissä keskusteluissa esiin ja erityisesti Riinan asettuminen eri ammattiryhmien edustajien ja asiakkaidensa väliin. Riinan pitkät asiakassuhteet ja hänen halunsa toimia asiakkaidensa kanssa muissakin yhteyksissä kuin varsinaisessa fysioterapeuttisessa toiminnassa vaikuttivat hänen rooliinsa esimerkiksi hoitokokouksissa.

Professionaalinen yhteys ei kuitenkaan ollut ongelmatonta, sillä tiedon saamattomuus sekä ymmärtämättömyys vaikuttivat myös tässä yhteydessä. Analysoin seuraavassa alaluvussa (luku 5.3) hieman tarkemmin sitä, miten ymmärtämättömyys näyttäytyi kentällä ja millaisia vaikutuksia sillä oli sekä asiakkaisiin että Riinan toimintaan.

### 5.3 Ymmärtämättömyyden paradoksi

Seuraavaksi analysoin niitä ongelmia ja vaikeuksia, joita aineistosta ilmeni kommunikaation suhteen. Nimitän sitä ymmärtämättömyyden paradoksiksi ja se syntyi siitä, että vaikka Riina ja hänen asiakkaansa jakoivat yhteisen äidinkielen, kehollisen kommunikaatiokoodiston, kuten eleet, ilmeet ja asennot ja heillä oli mahdollisuus käyttää kommunikaation apuvälineitä (kuten kuvakansiota ja tukiviittomia), epävarmuus ymmärryksestä ja tulkinnat vastapuolen viestien sisällöstä olivat kohtaamisissa usein läsnä. Pitkä yhteistyö asiakkaiden kanssa edisti asiakkaiden kommunikaatiotaitoja sekä viestien sisällön ymmärrystä, mutta ei täysin poistanut ymmärrykseen liittyvää epävarmuutta. Kommunikaatio-ongelmia oli Riinan ja asiakkaiden välillä, mutta minun läsnäolon ja oma ymmärtämättömyyteni sekä keskusteluissa esiin nousseet asiakastapaamisten ulkopuoliset tilanteet osoittivat, miten kommunikaatiovaikeudet vaikuttivat asiakkaiden elämään ja arkeen hyvin laajasti. Kun otetaan huomioon kommunikaatiojärjestelmämme laaja käyttöalue ja sen vaikutukset, voi kommunikaatiovaikeuksien vaikutukset olla hyvin laajat esimerkiksi sosiaaliseen vuorovaikutukseen, oppimiseen ja emotionaaliseen sopeutumiseen (Van Hattum 1980, 7).

Leenan kanssa Riina pohti ajoittain sitä, millaisia asioita Leenan taustalla vaikutti ja millaisia diagnooseja tai sairaudellisia tiloja hänelle oli määritelty. Riinalla oli herännyt kysymyksiä esimerkiksi Leenan muistin toiminnasta, sillä Leena aina välillä kyseli asioista, joista he olivat aiemmin keskustelleet. Toisessa haastattelussa keskustelimme diagnooseista yleisellä tasolla ja niiden merkityksestä Riinalle fysioterapian työssä.

*”Se riippuu täysin asiakkaasta, kuinka paljon diagnoosi merkitsee. Esimerkiksi etenevien sairauksien kohdalla se on hyvin merkittävä. Se on myös siinä tilanteessa merkitsevää, kun asiakas tulee nykyisen hyvinvointialueen myöntämällä palvelusetelillä, me emme saa heistä mitään tietoa ja jos tällaisen asiakkaan kognitio*

*herättää kysymyksiä, me ollaan täysin sen tiedon varassa, mitä se asiakas itsestään haluaa kertoa. Silloin ei tiedä mitä siellä on ja mitä lähdetään tekemään jos asiakkaasta ei saa oikein mitään irti. Kelan kohdalla tämä menee hieman toisin, koska siellä taustalla vaikuttaa tehty kuntoutussuunnitelma. Itse en toimi diagnoosikeskeisesti, mutta kyllä sillä sellainen merkitys on, että se auttaa hahmottamaan missä kohtaa mennään ja mitä on mahdollisuus tavoitella ihan puhtaasti diagnoosien näkökulmasta.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 14.3.2023)

Taustatietojen merkitys ja toisissa tapauksissa myös tieto diagnoosista auttoivat Riina operoimaan asiakkaiden kanssa ja asettamaan sekä tavoittelemaan toimintakyvyn kehittämistä. Riinan haastattelu myös nostaa esiin kuntoutuskentällä vallitsevan käytänteiden erilaisuuden riippuen siitä, mitä kautta kuntoutusta on lähdetty hakemaan ja mikä taho kuntoutusta suosittaa. Kuntoutusta tuottavan ammattilaisen saama taustatieto asiakkaasta vaihtelee suuresti eikä sirpaleinen toimintakenttä edistä kuntoutuksen kannalta merkittävää tiedon kulkua ja näin ollen se voi edesauttaa kommunikaatiovaikeuksien syntyä asiakkaan ja fysioterapeutin välillä. Mikäli asiakas jättää kertomatta oleellisia asioita hänen tilanteestaan tai ei ole kykeneväinen kommunikoimaan niistä, voi realististen tavoitteiden asettaminen ja niiden tavoittelu olla kaikille kuntoutuksen osapuolille vaikeaa tai jopa mahdotonta.

Koska Anna ei kommunikoinut lainkaan verbaalisesti, muodostui Annan kommunikaatio pääosin eleistä, ilmeistä ja tukiviittomista. Tämä kasvatti epävarmuutta Annan viestien tulkitsemisessa ja vaikeuksia Annan ajatusten tavoittamisessa.

*Riina kysyy viittomien avulla, miten tämän päivän jumppa meni Annan mielestä, hyvin (peukku ylös) vai huonosti (peukku alas). Anna näyttää peukkua alas, mutta kun Riina kysyy asiaa uudestaan toisin päin, eli nostaa lopuksi peukkunsa ylös, nostaa Annakin oman peukkunsa ylös. Riina toteaa, että tämä aina askarruttaa häntä hieman, sillä hän ei voi olla varma siitä, miten Anna ymmärtää kysymyksen vai toistaako hän vain Riinan viittomat. Riina kuitenkin vielä lisää ”Toisaalta, olen nähnyt, että kun Anna ei jotain halua tehdä, hän tuo sen kyllä selkeästi ilmi.”*

(Ote kenttäpäiväkirjasta tammikuu 2022)

Epävarmuus ymmärryksestä korostuu, kun vastapuolen kommunikaatio on rajoittunutta tai se tapahtuu tavalla, jossa viestin sisältö täytyy tuottaa yksinkertaistettuna. Epäröintiä voi myös

synnyttää oletus, että verbaalinen kommunikaatio tavoittaisi aina vastapuolen tarkoittamallamme tavalla ja näin viestintä olisi suoraviivaisempaa. Kommunikaatio hyväksytään läpinäkyväksi ilmaisuksi itsestä ja sisäisistä maailmoista, jotka voidaan ilmaista vain kielen avulla (Wolf-Meyer 2020, 247). Riina kamppaili usein sen suhteen, että onko hänen kommunikaationsa ollut riittävän selkeää ja ymmärrettävää, mutta myös asiakkaansa ymmärryksen ja kommunikaatiotaitojen kanssa. Epäsymmetrisessä keskustelussa vahvempi osapuoli arvioi jatkuvasti keskustelutoverinsa vuorovaikutustaitoja ja sovittaa omaa toimintatapaansa tilanteeseen sopivaksi (Leskelä 2006, 81). Jälleen kerran myös asiakkaan ja Riinan välinen aiempi yhteistyö ja asiakkaan tuttuus painottuvat. Riinalle on kertynyt kokemusta Annan tavasta kommunikoida ja toimia eri tilanteissa. Hän on ollut tilanteissa, joissa Anna on vahvasti viestinyt omaa tahtoaan jonkin asian tai toiminnan suhteen, ja sitä kautta kerryttänyt Riinalle tietoa siitä, että Anna kykenee viestimään oman tahtonsa niin halutessaan.

Eräällä tapaamiskerralla Riina ja Janne keskustelivat siitä, miten Jannen olisi mahdollista käydä itsenäisesti asioimassa kaupassa niin, että kommunikaatio onnistuisi kaupan henkilökunnan kanssa. Jannella oli aiemmin ollut mahdollisuus käyttää vastaavissa tilanteissa tulkkia, mutta nyt tuo mahdollisuus oli poistunut, sillä tulkkaukspalvelua voi saada Kelasta ainoastaan ”asioiden hoitoon”, kuten pankissa asioimiseen. Riina pohti onnistuisiko Jannen itsenäinen asiointi kaupassa kansion avulla, jolloin Janne voisi tarvittaessa turvautua sen avulla kommunikoimiseen. Ymmärtämisen vaikeus tuli esille myös, kun Janne kertoi aiemmin tapahtuneesta sairaalakäynnistä, jossa hän oli joutunut viettämään yhden yön.

*Riina: ”Miltä susta tuntuu, ymmärsivätkö ne ihmiset siellä sairaalassa sinua?”*

*Janne: ”Ei oikein.”*

(Ote kenttäpäiväkirjasta marraskuu 2021)

Jannen kommunikaatiotaidot olivat viimeisten vuosien aikana kehittyneet paljon ja nykyään Janne kommunikoi ensisijaisesti verbaalisesti. Puheen epäselvyys kuitenkin vaikeutti kommunikaatiota, sillä Janne lausui monet sanat tavalla, jonka oppiminen vaati aikaa. Osa ihmisten arkisista kohtaamisista ovat kuitenkin lyhyitä ja kertaluontoisia, jolloin keskustelukumppanin epäselvän puheen omaksuminen ja sisällön ymmärtäminen on vaikeaa. Jannen kokemukset osoittivat, millainen vaikutus yksilön elämään voi kommunikaatiovaikeuksilla olla ja arkiset kohtaamiset muuttua raskaiksi, koska vuorovaikutusta ei pääse syntymään. Ongelmat kommunikaatiossa ja viestinnässä kasvattavat

riskiä jäädä ulkopuoliseksi ja kyvyttömäksi vaikuttamaan asioihin, jotka koskettavat yksilön omaa elämää.

Kommunikaatiovaikeuksien synnyttämä epävarmuus sai minut pohtimaan kommunikaation roolia fysioterapiassa ja erityisesti Riinan näkemystä siitä. Nostin aiheen esiin haastattelussa ja kysyin häneltä millainen merkitys kommunikaatiolla ja sen onnistumisella, tavalla tai toisella, on hänelle asiakkaiden kohtaamisessa.

*”Mun mielestä kommunikaatio on yksi kaikista tärkein ja isoin osa-alue fysioterapiassa ja olen vasta nyt oppinut arvostamana itsessäsi sitä, että mun vahvuus on se kohtaaminen ja siihen liittyy se, että ei mua ole koskaan häirinny se, että joku ei osaa kommunikoida oletetulla tavalla. Ei mulla ole mikään kiire, eikä mulla ole ollut pakottavaa tarvetta aloittaa reisirihasharjoitusta, vaan mä ihan mainiosti voin odottaa vartin, istua alas ja käydä läpi jollain tavalla mikä on asiakkaan fiilis tänään ja, että miltä se tuntuu, kun mä tuun siihen lähelle. Me aivan liian helposti puhutaan yli, ali ja ohitse, jos puheessa on hitautta tai se on hankalaa. Me hirveän herkästi syyllystyään siihen, että me päätetään ja puhutaan sen asiakkaan puolesta.”*

(Ote fysioterapeutin haastattelusta 24.11.2021)

Haastattelussa Riina korosti, että kommunikaatio on yksi merkittävimmistä fysioterapian osa-alueista ja sen varaan rakennetaan kaikki muu toiminta. Hänen mukaansa erityisesti kommunikaatiovaikeuksien kohdalla helposti sivuutetaan asiakkaan kohtaaminen, eikä anneta riittävästi aikaa asiakkaalle kommunikoida tavalla, joka on hänelle ominaista. Asiakastapaaminen on ajallisesti rajattu tilanne, joka voi synnyttää tarvetta kiirehtiä harjoitusten tekoon ja aikaa ei käytetä kommunikaatioon. Terveystieteiden ja kuntoutuksen aloilla aiemmin vallinnut asiantuntijamalli on tarkoittanut sitä, että asiakas on ollut kohde, objekti, johon toiminta keskittyy. Tänä päivänä ihmiset odottavat voivansa osallistua terveyttään koskeviin keskusteluihin sekä kliinisiin päätöksiin (Nicholls 2018, 258). Asiakkaan kommunikoidessa oletetusta poikkeavalla tavalla aktiivinen osallistuminen on helppo ohittaa, mikäli kommunikaatioon ei olla valmiita panostamaan ja rakentamaan vuorovaikutusta asiakkaalle sopivalla tavalla.

Tässä analyysin viimeisessä alaluvussa käsittelemme kommunikaatioon liittyviä ongelmia ja ymmärtämättömyyden synnyttämää epävarmuutta. Epävarmuus liittyi kommunikaation ja

viestien tulkinnallisuuteen, mutta epävarmuutta synnytti myös asiakkaiden kokemuksen ymmärryksestä ja kohtaamattomuudesta, jota asiakkaat olivat kokeneet elämässään. Kommunikaation merkitys fysioterapiassa oli Riinan mukaan keskeinen, mutta toisinaan kommunikaatiotaitojen edistämiseen ja oppimiseen tarvitaan aikaa ja yhteistyötä.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä pro gradu -tutkielmassa olen tarkastellut fysioterapeutin ja asiakkaiden välistä kommunikaatiota tilanteissa, joissa asiakkailla on kommunikaation tuottamisen vaikeus, esimerkiksi verbaalisessa kommunikaatiossa. Lähdin tutkimuksessani selvittämään, miten kommunikaatiota rakennettiin ja miten eri tavoin sitä toteutettiin fysioterapeuttisissa kohtaamisissa sekä millaisia merkityksiä siihen liittyi fysioterapian näkökulmasta ja miten kommunikaatiovaikeudet vaikuttivat fysioterapeuttiseen toimintaan. Tutkimukseni ei pyri esittämään yleistettävää tietoa kommunikaatiovaikeuksista tai kommunikaatiosta fysioterapiassa, vaan keskittyy niihin tilanteisiin, joita olin kentällä havainnoimassa. Kaikilla tutkimukseeni osallistuvilla asiakkailla oli jokin diagnostisesti määritelty tila, joka osaltaan selitti ja / tai vaikutti heidän kommunikaatioonsa ja sen tuottamisen mahdollisuuksiin. Diagnostinen määrittely kuitenkin jättää yksilön kokemuksen omasta tilanteestaan ulkopuolelle. Inspiraatio tutkimukselleni syntyi lääketieteen antropologian perinteestä tarkastella tautia ja sairautta. Varsinainen teoreettinen tulokulma työlleni on kyberneettinen lähestymistapa affektiiviseen subjektiivisuuteen, jossa subjektiivisuus syntyy suhteessa muihin. Subjektiivisuus ei ole siis niinkään affektiivinen tila vaan affektiivinen prosessi (Wolf-Meyer 2020, 246). Tarkastelun kohteena on kommunikaatio, sillä yksilöiden kyvyt muovautuvat heidän ympäristönsä ja vuorovaikutustensa kautta, korostaen yksilöiden ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen monimutkaisuutta.

Kommunikaation käsitin moniulotteiseksi toiminnaksi, joka kattaa useat ihmisen vuorovaikutuksen ja elämisen tavat. Siihen kuuluvat puheen lisäksi äänet, kosketus, liikkeet ja hajut, mutta myös ruumiilliset sitoumukset sekä materiaaliset esineet. Huomioin myös kommunikaatiolla välitetyt affektit yksilöiden välillä. Näkemykseni kommunikaatiohäiriöihin on kriittinen niiden leimaavuuden vuoksi, sillä ne esittävät ongelman yksilöstä lähteväksi ja jättäen huomioimatta ympäristön ja yhteiskunnan merkityksen.

Lähdin analyysissani ensimmäiseksi tarkastelemaan kommunikaation tuottamisen eri tapoja. Kommunikaatio tapahtui asiakastapaamisissa ensisijaisesti verbaalisesti. Verbaalisen kommunikaation merkittävyys ei kuitenkaan rajoittanut tai estänyt muiden kommunikaatiotapojen käyttämistä ja kommunikaatio toteutuikin useimmiten usean eri menetelmän yhdistelmänä, jota jokainen yksilö toteutti persoonallisesti omalla tavallaan.

Kommunikaation monimuotoisuus ja eri kommunikaatiotapojen yhdisteleminen venyttää asetelmaa, jossa verbaalinen kommunikaatio nähdään normina. Wolf-Meyerin (2020, 125) mukaan laajempi näkemys kommunikaatiosta ja sen tunnustaminen, että kaikki kommunikaatio on fasiloitua, edistää ei-normatiivisten kommunikaatiomuotojen hyväksymistä.

Fysioterapeutin taito kommunikoida laajasti eri tavoin, kuten eleiden ja kehon avulla sekä kommunikaatioapuvälineitä hyödyntäen, edisti onnistunutta kommunikaatiota. Kommunikaatiossa käytettiin esimerkiksi erilaisia animaation keinoja, kuten kuvien kautta välitettyjä viestejä. Taitojen kehittäminen ei kuitenkaan ollut seurausta ammatin koulutuksesta vaan taitojen karttuminen syntyi hänen henkilökohtaisesti kiinnostuksesta asiaa kohtaan ja halusta toimia vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Itse kommunikaatio osoittautui keskeiseksi osaksi fysioterapeuttista toimintaa ja sen kehittäminen oli myös yksi asiakkaan toimintakykyä edistävästä harjoituksista. Herkkyys tilanteille ja kyky sopeuttaa omaa toimintaansa auttoivat Riinaa kommunikoimaan asiakkaiden kanssa onnistuneesti. Tapaamisten alussa Riina kartoitti tilannetta juuri kommunikaation keinoin kyselemällä asiakkaiden kuulumisia ja tapaamisten lopulla hän vielä tiedusteli asiakkaan tilannetta keskustelemalla tehdyistä harjoituksista.

Kommunikaation merkitys fysioterapeuttisissa asiakastapaamisissa ilmeni aineistosta kommunikaation avulla muodostuneista yhteyksistä, joita nimitän sosiaalisiksi, keholliseksi ja professionaaliseksi yhteydeksi. Sosiaalisessa yhteydessä korostui asiakassuhteen pituus ja sen vaikutus onnistuneeseen kommunikaatioon. Riinalla oli takana pitkä, useita vuosia kestänyt asiakassuhde Janneen ja Annaan, Leenan kanssa he olivat työskennelleet yhdessä noin vuoden verran. Tapaamisten säännöllisyys yhdessä pitkän keston kanssa muokkasi asiakassuhdetta ystävyysuhteen kaltaiseksi, jossa jaettiin osia, ajoittain hyvin henkilökohtaisiakin, molempien elämästä. Aineistosta kävi myös ilmi, että toisinaan Riina oli yksi niistä harvoista säännöllisistä sosiaalisista suhteista, joita asiakkaalla oli. Pitkä asiakassuhde mahdollisti sen, että Riina oppi tuntemaan asiakkaiden vahvuuksia ja heikkouksia ja siten hänellä oli myös mahdollisuus auttaa ja tukea asioissa, joissa tuen tarve oli suurempi. Tästä yhtenä esimerkkinä esimerkiksi asiakkaiden sosiaalisen elämän tukeminen ja siihen kannustaminen.

Kommunikaatiolla muodostettu kehollinen yhteys tapahtui fyysisten harjoitusten ohjaamisessa ja siinä, miten fyysistä toimintakykyä lähestyttiin. Fysioterapiassa keho ja sen toiminta on merkittävässä osassa ja usein fysioterapeuttinen toiminta keskittyy juuri fyysisen kehon

toimintakyvyn kehittämiseen erilaisten harjoitusten keinoin. Tutkimuksessani erityisesti Leenan kohdalla juuri fyysiset harjoitukset olivat tärkeä osa asiakastapaamisia, mutta kommunikaation avulla Riina pyrki myös edistämään Leenan näkemystä omasta kehostaan ja sen mahdollisuuksista toimia. Sairaudet ja vammat voivat vaikeuttaa suhdetta kehoon, jonka toimintakyky on voinut heikentyä tai kaventua. Annan kohdalla Riina taas pyrki rikkomaan kehon sekä rajoja kosketuksen keinoin, sillä Anna vältteli fyysistä kontaktia muihin. Asiakastapaamisissa keho ja fyysinen toimintakyky limittyi muiden toimintakyvyn osien kanssa kommunikaation keinoin, edistäen vuorovaikutusta ja sosiaalista kanssakäymistä eri ympäristöissä muiden kanssa.

Kolmas aineistosta esiin noussut yhteys oli professionaalinen, joka tarkoitti Riinan ja muiden ammattilaisten välistä yhteyttä. Nämä yhteydet ja niiden merkitys ilmenivät sekä minun ja Riinan välisissä että asiakkaiden ja Riinan käymissä keskusteluissa. Pitkä ja säännöllinen asiakassuhde merkitsi usein sitä, että Riina oli hyvin selvillä asiakkaansa tilanteesta ja tämän vuoksi hän toimi eräänlaisena yhteyshenkilönä asiakkaiden ja muiden alojen ammattilaisten välillä. Riina oli myös asiakkaan kanssa hänen asioitaan käsittelevissä hoitokokouksissa ja toisinaan hän kävi kokouksessa käsiteltyjä asioita läpi asiakkaiden kanssa vielä myöhemmin varmistaakseen, että asiakas oli ymmärtänyt kokouksessa käsitellyt asiat.

Analyysini lopussa esitin, miten kommunikaatioon liittyvät ongelmat tuottivat ymmärtämättömyyttä ja epävarmuutta sen suhteen, miten viestien sisältö välittyi ja tuli ymmärretyksi, vaikka Riina ja asiakkaat jakoivat yhteisen kielen ja kehollisen kommunikaatiokoodiston. Heillä oli myös käytössään erilaisia kommunikaatiota helpottavia apuvälineitä. Nimitin tätä ymmärtämättömyyden paradoksiksi. Sen vaikutus fysioterapiaan ei ollut suoraan havaittavissa vaan se oli enemmän taustalla vaikuttava asia. Asiakkaiden erilaiset kommunikaatiotavat ja erityisesti verbaalisen kommunikaation puute aiheuttivat epävarmuutta viestin sisällön tulkitsemisessa, mutta pitkien asiakassuhteiden tuoma kokemus asiakkaiden kommunikaatiotavoista auttoi lieventämään epävarmuutta. Kommunikaatiovaikeudet vaikuttivat osaltaan myös kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja niiden toteuttamiseen. Vaikka diagnoosien perusteella kommunikaatiovaikeuksia ei voi tarkastella yksilöllisesti, toisinaan asiakkaan diagnoosi tarjosi työkaluja siihen, mitä tekijöitä vaikutti taustalla ja mitä oli toimintakyvyn valossa mahdollista tavoitella.

Ymmärtämättömyys ja toisten kommunikaation tulkinnallisuus kietoutuu laajemmin yhteiskunnalliseen tapaan asettaa ja luokitella oletetusta eroavat tavat kommunikaatiossa diagnoosien ja häiriöiden takaa tarkasteltaviksi ja samalla yksilöiden ongelmaksi, jossa myös ratkaisu nähdään yksilön tilanteen korjaamisena, esimerkiksi kuntoutuksen kautta. Analyysistä esiin noussut ymmärtämättömyyden paradoksi herättää kysymyksen siitä, kenen vastuulla ymmärretyksi tuleminen on ja voidaanko kommunikaatiota tarkastella vain yksilön taitona vai tulisiko se nähdä laajemmin prosessina, joka muodostuu ja tapahtuu yhteydessä muihin, sekä elollisiin että elottomiin asioihin ja olentoihin. Tarkasteltaessa kommunikaatiota laajemmin prosessina olla osa sosiaalista maailmaa, kommunikaatio yksilön taitona murtuu, koska yksilö on yhteydessä muihin. Nostin ylempänä (luvussa 3.1.2) esiin sen, miten fysioterapiassa yhä useampi katsoo kehoa yli biolääketieteellisten rajojen ja näin ollen venyttävät niitä biolääketieteellisiä kehyksiä, jonka sisällä operoivat. Nostamalla kommunikaation keskeiseksi osaksi fysioterapiaa ja lähestymällä sitä kyberneettisesti, tarjoaa se mahdollisuuden venyttää sisältä käsin näitä kehyksiä lisää. Wolf-Meyer (2020, 233) esittää, että neurologiset ongelmat eivät ole ainoastaan aineellisia tiloja, jotka on voitettavissa teknologisin keinoin, vaan ne ovat myös sosiaalisia ongelmia, jotka voidaan voittaa vain ottamalla yksilöt ja instituutiot mukaan luomaan uusia tilannetta helpottavia verkostoja, uusia kommunikaatiomuotoja ja keskinäistä riippuvuutta. Tässä tutkimuksessa Riinan ja asiakkaiden pitkä yhteistyö ja Riinan tapa suhtautua kommunikaatioon yhtenä työnsä merkittävimmistä kulmakivistä, kommunikaatio-ongelmat näyttäytyivät ennen kaikkea sosiaalisena ilmiönä, joka oli myös yhteisesti ratkaistavissa.

## LÄHDELUETTELO

Aaltonen, Olli & Portin, Petter (2010) Puheen evoluutio ja kehitys kommunikaatiomuodoksi. Teoksessa Pirjo Korpilahti & Olli Aaltonen & Matti Laine (toim.) Kieli ja aivot. Turun yliopisto: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, 11–21.

American Anthropological Association (AAA) (2009) Code of Ethics of the American Anthropological Association.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.

Autti-Rämö, Ilona (2013) Lääkinnällinen kuntoutus – organisaatiot ja järjestelmävastuut ylittävä tavoitteellinen prosessi. Teoksessa Ulla Ashorn, Ilona Autti-Rämö, Juhani Lehto & Marketta Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 128–144.

Baer, Hans A. & Singer, Merrill & Susser, Ida (2013) Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives. Praeger Publishers Inc.

Bright, Felicity & Cummins, Christine & Waterworth, Kate & Gibson, Barbara E. & Larmer, Peter (2018) Physiotherapy students' conceptualisations of clinical communication: A call to revisit communication in physiotherapy education. OpenPhysio. DOI: 10.14426/art/509

Desjarlais, Robert & Throop, C. Jason (2011) Phenomenological Approaches in Anthropology. Annual review of anthropology 40:1, 87–102. Viitattu 12.2.2024.

Eriksen, Thomas Hylland (2004) Toista maata? Johdatus antropologiaan. Helsinki: Gaudeamus.

Farnell, Brenda (1995) Introduction. Teoksessa Brenda Farnell (toim.) Human Action Signs in Cultural Context. The Visible and the Invisible in Movement and Dance. Metuchen N.J. & London: The Scarecrow Press, Inc, 112 – 123.

Finnegan, Ruth (2002) *Communicating. The Multiple Modes of Human Interaction*. London: Routledge.

Foucault, Michel (1989) *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.

Friedner, Michele Ilana (2022) *Sensory Futures: Deafness and Cochlear Implant Infrastructures in India*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Geertz, Clifford (1973) *The Interpretation of Cultures. Selected Essays*. New York: Basic Books.

Helman, Cecil G. (1990) *Culture, Health, and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Henkilötietolaki 523/1999

Honkasalo, Marja-Liisa (2008a) Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008: 45, 4–17.

Honkasalo, Marja-Liisa (2008b) *Reikä sydämessä*. Tampere: Vastapaino.

Honkasalo, Marja-Liisa & Salmi, Hannu & Launis, Veikko (2012) Johdanto. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: k&h, 7–24.

Huttunen, Laura (2010) Tiheä kontekstointi: haastattelu osana etnografista tutkimusta. Teoksessa Johanna Ruusuvoori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 39–63.

Huuhtanen, Kristina (2011) Mitä kommunikointi on? Teoksessa Kristina Huuhtanen (toim.) *Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa*. Helsinki: Kehitysvammaliitto, 12–25.

Järvikoski, Aila (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2013: 43. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla verkossa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70263> Viitattu 21.4.2023

Järvikoski, Aila & Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina & Martin, Marjatta & Nikkanen, Pirjo & Notko, Tiina & Puumalainen, Jouni (2009) Johdanto. Teoksessa Aila Järvikoski, Liisa Hokkanen & Kristiina Härkäpää (toim.) Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 13–24.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2008) Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Paavo Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 51–62.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (1995) Mitä kuntoutus on? Teoksessa Asko Suikkanen & Kristiina Härkäpää & Aila Järvikoski & Tapani Kallanranta & Keijo Piirainen & Marjatta Repo & Juhani Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY, 12–28.

Karjalainen, Vappu (2008) Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme: ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 11–25.

Kauranen, Kari (2021) Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy

KELA (2024) Vaativa lääkinnällinen kuntoutus. <https://www.kela.fi/etti/Vaati-valaakinnallinenkuntoutus.pdf>

Kelan kuntoutuslaki 566/2005.

Kendon, Adam (1995) Sociality, Social Interaction, and Sign Language in Aboriginal Australia. Teoksessa Brenda Farnell (toim.) Human Action Signs in Cultural Context. The Visible and the

Invisible in Movement and Dance. Metuchen N.J. & London: The Scarecrow Press, Inc, 112 – 123.

Kettunen, Reetta & Kähäri-Wiik, Kaija & Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo (2009) Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy

Kivistö, Mari & Hautala, Sanna (2020) Dokumentoitu asiakaslähtöisyys? Vammaissosiaalityön prosessit asiakasdokumenttien kuvaamana. Janus 28:3, 254–272.

Kleinman, Arthur (1988) The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books.

Kleinman, Arthur (1995) Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press.

Kuula, Arja (2006) Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa Jaana Hallamaa & Veikko Launis & Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 124–140.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519

Launonen, Kaisa (2010) Puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi kuntoutuksen tavoitteena ja keinona. Teoksessa Pirjo Korpilahti & Olli Aaltonen & Matti Laine (toim.) Kieli ja aivot. Turun yliopisto: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, 337–344.

Leino, Eeva (2008) Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme: ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 93–101.

Leskelä, Leela (2006) Yhteisymmärrystä rakentamassa. Tapaustutkimus epäsymmetrisestä keskustelusta. Teoksessa Antti Teittinen (toim.) Vammaisuuden tutkimus. Helsinki: Yliopistopaino, 46–85.

Lähteenmäki, Marja-Leena & Kangasperko, Maija (2016) Fysioterapiakoulutus Suomessa. Kuntoutus 39:3, 51–55. Saatavilla verkossa: <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/112997>  
Viitattu 10.3.2024

Maailman terveysjärjestö (2004) ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

MacLachlan, Malcolm (2004) Embodiment: clinical, critical, and cultural perspectives on health and illness. Open University Press.

Malkki, Liisa (2007) Tradition and Improvisation in Ethnographic Field Research. Teoksessa Allen Cerwonka & Liisa Malkki, Improvising Theory: Process and Temporality in Ethnography Fieldwork. Chicago: University of Chicago Press, 162–187.

Nicholls, David A. (2018) The End of Physiotherapy. Abingdon, Oxon: Routledge.

Pool, Robert & Geissler, Wenzel (2005) Medical Anthropology. Maidenhead: Open University Press.

Rastas, Anna (2010) Haastatteluaineistojen monet tehtävät etnografisessa tutkimuksessa. Teoksessa Johanna Ruusuvaara & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 64–89.

Ristolainen, Hanna & Roivas, Päivi & Mustonen, Erja & Hujala, Anneli (2020) Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Anneli Hujala ja Helena Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 241–266.

Roberts, Lisa & Bucksey, Sally J. (2007) Communicating with Patients: What Happens in Practice? Physical Therapy, 87:5, 586 – 594. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.2522/ptj.20060077>  
Viitattu 8.3.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2022) Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen ohjaamisen perusteet 2022. Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2022:17. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164488> Viitattu 21.4.2023.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2023) Lääkinnällinen kuntoutus. <https://stm.fi/laakinnallinen-kuntoutus>. Viitattu 20.4.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021) Asuminen. Saatavilla verkossa: <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/asuminen> Viitattu 24.3.2022

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013) ICF-Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Tampere: Suomen yliopistopaino. Saatavilla verkossa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/77744> Viitattu 21.4.2023

Thomson, Di (2008) An ethnographic study of physiotherapists' perceptions of their interactions with patients on a chronic pain unit. *Physiotherapy Theory and Practice* 2008, 24:6, 408–422. DOI: 10.1080/09593980802511805 Viitattu: 20.10.2021

Thorquist, Eline (2006) Face-to-Face and Hand-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology* 25:1, 65–97  
<https://doi.org/10.1080/01459740500514489> Viitattu 16.2.2024

Tikoteekki (2018) Viittomat kommunikoinnissa.  
[https://www.kehitysvammaliitto.fi/tikoteekki/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Viittomat-kommunikoinnissa\\_netsti\\_2018.pdf](https://www.kehitysvammaliitto.fi/tikoteekki/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Viittomat-kommunikoinnissa_netsti_2018.pdf) Viitattu 9.3.2024

Tikoteekki (2014) Kuvat kommunikoinnissa.  
[https://www.kehitysvammaliitto.fi/tikoteekki/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/kuvat\\_kommunikoinnissa\\_2014.pdf](https://www.kehitysvammaliitto.fi/tikoteekki/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/kuvat_kommunikoinnissa_2014.pdf) Viitattu 9.3.2024

Tonnesen, Merete & Nielsen, Claus Vinther & Andersen, Rikke Sand (2022) What Are Your Goals? Goal-Setting Logics in Danish Parkinson's Rehabilitation. *Medical Anthropology*, 41:5, 574 – 590. <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2102493>

Van Hattum, Rolland J. (1980) Communication Disorders: The Profession. Teoksessa Rolland J. Van Hattum (toim.) Communication Disorders. An Introduction. New York: Macmillan Publishing Co., Inc., 3–50.

Vehmas, Simo (2012) Vammaisuus kulttuurisena konstruktiona. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Hannu Salmi (toim.) Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Turku: k&h, 269–289.

Wijma, Amarins J. & Bletterman, Anouck N. & Clark, Jacqui R. & Vervoort, Sigrid C.J.M & Beetsma, Anneke & Keizer, Doeke & Nijs, Jo & Van Wilgen, Paul (2017) Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies 2017, 33:1, 825 – 840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151> Viitattu 29.10.2021

Wolf-Meyer, Matthew J. (2020) Unraveling Remaking Personhood in a Neurodiverse Age. Minneapolis: University of Minneapolis Press.

## LIITTEET

### Haastattelurunko 1

1. Kuinka kauan olet toiminut fysioterapeuttina?
2. Opetettiin teille asiakkaiden kohtaamista ja kommunikaatiota ja huomioitiinko kommunikaatiovaikeuksia mitenkään?
3. Millaisia erilaisia kommunikaatiomenetelmiä käytät?
4. Miten olet opetellut niitä?
5. Millaisia merkityksiä liität onnistuneeseen kommunikaatioon asiakkaiden kanssa?
6. Miten oma suhtautumisesi kommunikaatioon on muuttunut urasi aikana?
7. Miten asiakkaiden kommunikaatiotaitojen edistyminen on näkynyt työssäsi?
8. Millaisia tavoitteita sinulla itselläsi on liittyen kommunikaatioon ja asiakkaisiin joilla on kommunikaatiohäiriö?

### Haastattelurunko 2

1. Miten ja kuinka paljon keskustele asiakkaiden kanssa kuntoutuksen tavoitteellisuudesta?
2. Kuka määrittää riittävän toimintakyvyn?
3. Miten arvioit ja mitaat tavoitteiden onnistumista?
4. Millainen merkitys asiakkaan diagnoosilla on kuntoutukseen osallistumisen näkökulmasta?
5. Mikä on mielestäsi oleellista kuntoutuksen onnistumisen näkökulmasta?