

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapeuttien kliininen päättely lapsen motorisen kehityksen tukemisessa

Istuallaan liikkuminen - “peppukiittäminen”

Fysioterapian koulutusohjelma,
fysioterapeutti
Opinnäytetyö
30.5.2008

Jaana Antila
Pirjo Rajakangas



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Fysioterapian koulutusohjelma		Fysioterapeutti AMK	
Tekijä/Tekijät			
Antila Jaana, Rajakangas Pirjo			
Työn nimi			
Fysioterapeuttien kliininen päättely lapsen motorisen kehityksen tukemisessa, istuallaan liikkuminen - ”peppukiittäminen”			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	32 + 3 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Kliininen päättely kuuluu olennaisena osana fysioterapeutin työhön. Kliinisessä päättelyssä fysioterapeutti kerää ja prosessoi sekä olemassa olevaa että uutta tietoa ja käyttää sitä asiakkaan terveydentilan, elämäntilanteen ja kuntoutuksen ennusteen arviointiin. Lisäksi fysioterapeutti suunnittelee kerätyn tiedon avulla asiakkaalle yksilöllisesti soveltuvan terapian. Australialainen Ian Edwards on tutkimuksessaan todennut, että fysioterapeutit käyttävät seuraavia kliinisen päättelyn strategioita: diagnostinen päätöksenteko, kertomuksiin liittyvä päätöksenteko, menettelytapoihin liittyvä strategia, vuorovaikutuksellinen päätöksenteko, yhteistoiminnallinen päätöksenteko, eettinen päätöksenteko, ennusteisiin liittyvä päätöksenteko ja päätöksenteko opettamisessa.</p> <p>Istuallaan liikkuminen eli ”peppukiittäminen” voi olla eräs havaittu motorisen kehityksen poikkeavuus noin 1-vuotiaalla lapsella. Lapsi ei ala kontata eikä nousta seisomaan vaan liikkuu mielenkiintoisten kohteiden luokse istuallaan. Tällöin lapsen motorista kehitystä seurataan ja tuetaan esimerkiksi fysioterapeutin vastaanotolla.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on perehtyä fysioterapeutin kliiniseen päättelyyn terapiatilanteessa, jossa lapsi liikkuu istuallaan. Tarkoituksenamme on myös selvittää, tarvitsevatko istuallaan liikkuvat lapset fysioterapiaa, ja mihin fysioterapeutit perustavat terapian. Olemme haastatelleet kolmea kokenutta, lasten fysioterapian parissa työskentelevää fysioterapeuttia kyseisistä aiheista.</p> <p>Haastattelemamme fysioterapeutit käyttivät kaikkia kliinisen päättelyn strategioita istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapiassa. Eniten fysioterapeuteilla oli käytössä diagnostinen sekä menettelytapoihin liittyvä päätöksenteko. Fysioterapeutit vertasivat lapsen kehitystasoa normaaliin motoriseen kehitykseen. Lapsen terapia toteutettiin leikkien, lelujen, laulujen ja lorujen avulla. Vanhempien ohjaaminen koettiin tärkeäksi.</p> <p>Fysioterapeuttien toiminnan perusta oli teoria (esimerkiksi lapsen motorinen kehitys), jonka jälkeen he löysivät pitkistä kokemuksistaan keinot terapian toteuttamiseen. Fysioterapeutit kokivat erilaiset koulutukset sekä moniammatillisen yhteistyön hyödylliseksi. Emme saaneet yksiselitteistä vastausta kysymykseen, tarvitsevatko istuallaan liikkuvat lapset fysioterapiaa. Vanhempien ohjaus näytti haastattelujen perusteella toteutuvan asiantuntijajohtoisesti.</p>			
Avainsanat			
kliininen päättely, kliinisen päättelyn strategia, lapsen motorisen kehityksen viive, peppukiittäjä			



Degree Programme in Physiotherapy		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Antila Jaana, Rajakangas Pirjo			
Title The Clinical Reasoning in Physiotherapy of a Child with Delay in Motor Development - "Bottom Shuffler"			
Type of Work Final Project	Date Spring 2008	Pages 32 + 3 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Clinical reasoning is an essential part of a physiotherapist's profession. In the process of clinical reasoning the physiotherapist collects and processes the existing and new information to assess the patient's physical condition taking into account the patient's situation in life. The physiotherapist aims to predict the outcome of rehabilitation. Australian Ian Edwards et al. concluded in their study that physiotherapists use the following clinical reasoning strategies: diagnostic reasoning, narrative reasoning, procedural reasoning, interactive reasoning, collaborative reasoning, reasoning about teaching, predictive reasoning and ethical reasoning.</p> <p>Bottom shuffling can be considered as a delay in motor development of a 1-year-old child. The child will not start to crawl nor will not stand up, but will follow the interesting object by moving on his bottom. The motor development of a child is then monitored and supported by a physiotherapist.</p> <p>The purpose of our final project is to get acquainted with the clinical reasoning of a physiotherapist in a situation when the child is moving by the bottom shuffling technique. It is also our purpose to find out whether the bottom shufflers actually need physiotherapy. We also aim to find out the basis of the chosen physiotherapy method. We interviewed three physiotherapists who work with children.</p> <p>The interviewed physiotherapists used all the clinical reasoning strategies in the process of physiotherapy of a bottom shuffler. What they used most were diagnostic reasoning and procedural reasoning. The physiotherapists compared the development of a bottom shuffler with the development of a normal child. The therapy was administered by plays, songs, toys and nursery rhimes. The guidance of the parents was esteemed important.</p> <p>The physiotherapists based their actions on theories of physiotherapy (for instance on the motor development of a child), the methods of physiotherapy management were derived from their long experience in working with children. The physiotherapists considered the continuing education and multiprofessional cooperation to be useful. We did not find an absolute answer to the question whether bottom shufflers require physiotherapy or not. Based on the interviews the guidance of parents seemed to be expert controlled.</p>			
Keywords clinical reasoning, clinical reasoning strategy, the delay of motor development, bottom shuffler			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	0
2	KLIININEN PÄÄTTELY	3
3	LAPSEN MOTORINEN OPPIMINEN	5
3.1	Motorinen oppiminen	6
3.2	Motorinen kontrolli	6
3.3	Havaintomotoriikka	7
4	LAPSEN MOTORISEN KEHITYKSEN VAIHEITA	8
4.1	Konttausvaihe	9
4.2	Seisomaan nouseminen	10
4.3	Kävelyn viivästyminen – ”peppukiittäminen”	10
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	11
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	11
6.1	Haastattelu	12
6.2	Osallistujat	13
6.3	Aineiston analysointi	13
7	ISTUALLAAN LIIKKUVAN LAPSEN FYSIOTERAPIAN PERUSTA	14
7.1	Istuallaan liikkuminen motorisen kehityksen viiveenä	14
7.1.1	Lääketieteellinen diagnoosi	15
7.1.2	Matala lihasjänteys	15
7.2	Fysioterapian lähtökohdat	16
7.3	Erilaisten tietolähteiden käyttö: kokemus, tutkimus, asiantuntijat	16
8	KLIINISEN PÄÄTTELYN STRATEGIAT	18
8.1	Kehitysviiveen ja kuntoutukseen hakeutumisen syiden määrittämiseen liittyvät strategiat	19
8.2	Terapian toteuttamiseen liittyvät strategiat	20
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	25
10	POHDINTA	26
	LÄHTEET	31
	LIITTEET 1-3	

1 JOHDANTO

Kliininen päättely kuuluu olennaisena osana terveydenhuoltoalan ammatteihin. Kliinissä päättelyssä vaikuttavina tekijöinä ovat fysioterapeutin tavoitteet, arvot, uskomukset, tiedot sekä hänen tiedolliset, vuorovaikutukselliset ja tekniset taitonsa. Lisäksi asiakkaan tavoitteet, arvot ja uskomukset sekä psyykkiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat kliiniseen päättelyyn. Ympäristötekijöillä, kuten taloudellisilla resursseilla, palvelujen sijainnilla ja saatavuudella sekä terapian toteutusympäristöllä, on myös keskeinen osa kliinisessä päättelyssä. (Talvitie – Karppi – Mansikkamäki 2006: 107–108.)

Australialainen Ian Edwards on selvittänyt tutkimuksessaan (*Clinical Reasoning in Three Different Fields of Physiotherapy*, 2000) kolmen eri alalla toimivan fysioterapeutin käyttämiä kliinisen päättelyn strategioita. Edwards on jakanut löytämänsä strategiat kahteen ryhmään: sairauden ja kuntoutukseen hakeutumisen syiden määrittämiseen sekä terapian toteuttamiseen liittyviin strategioihin (Edwards – Jones – Carr – Braunack-Mayer – Jensen 2004: 322). Otimme Edwardsin esittelemät kliinisen päättelyn strategiat opinnäytetyömme rungoksi, koska oli mielenkiintoista nähdä, löytyisivätkö samat strategiat myös suomalaisten fysioterapeuttien kliinisestä päättelystä. Työssämme puhumme sairauden sijaan kehitysviiveestä. Lähdekirjallisuudessa on käytetty termejä kliininen päätöksenteko ja kliininen päättely toistensa synonyymeina. Työssämme olemme käyttäneet termiä kliininen päättely.

Eriytynen mielenkiinnon kohde lapsen motorisessa kehityksessä on kävelyn oppimisen ajankohta. Vanhemmat saattavat huolestua, jos lapsi jostain syystä omaksuu jonkin muun liikkumisen muodon. Neuvolassa kiinnitetään huomiota lapsen motoriikan kehittymiseen. Mikäli motoriikan kehityksessä huomataan viiveitä, lapsi voidaan ohjata fysioterapiaan.

Lapsen motorisen kehityksen tukeminen on tärkeä osa lasten fysioterapiaa. Olemme haastatelleet kolmea lasten parissa työskentelevää fysioterapeuttia. Työmme tarkoituksena on pyrkiä selvittämään, millaisia tietolähteitä haastattelemamme fysioterapeutit käyttävät työnsä perustana. Lisäksi tavoitteenamme on selvittää, mitä kliinisen päättelyn strategioita fysioterapeutit käyttävät lapsen motorisen kehityksen viivästyessä, jossa lapsi liikkuu istuallaan.

Opinnäytetyömme on tarkoitettu erityisesti fysioterapeuttiopiskelijoille ja lasten parissa työskenteleville fysioterapeuteille. Työn avulla fysioterapeuttiopiskelijat ja fysioterapeutit voivat reflektoida omia toimintatapojaan, joiden heikkouksia ja rajoituksia jatkuvan reflektoinnin avulla pyritään korjaamaan. (Hakkarainen 2005: 10). Lisäksi omien toimintastrategioiden tunnistaminen voi selkeyttää ammatissa toimimista ja lisätä luottamusta omaan asiantuntijuuteen.

2 KLIININEN PÄÄTTELY

Kliininen päättely (ajattelu- ja päätöksentekoprosessi) on olennainen taito terveydenhoitoalan ammattiteissa, ja se on keskeistä ammatilliselle autonomialle. Autonomia on *ammattin* määritelmän tärkeimpiä piirteitä ja tarkoittaa tietyn alan tietämystä ja asiantuntijuutta. Ammatillista autonomiaa määrittelee edelleen toiminnan itsenäisyys (ryhmän sisällä) ja vastuunkanto päätösten seurauksista. (Higgs – Jones 2000: 3, 4, 117.) Lisäksi ammatillinen autonomia vaatii ammatin edustajilta työskentelyä eettisten velvoitteiden mukaisesti, ymmärtämystä ammattitaidon rajallisuudesta, oman ammatin ja osaamisen jatkuvaa kehittämistä sekä ammatillisen itsemääräämisen arvostamista (Talvitie ym. 2006: 100).

Kliininen päättely fysioterapiassa tarkoittaa asiakkaan, hänen omaistensa ja fysioterapeutin ja muun ammattihenkilöstön välistä vuorovaikutusprosessia, jossa asiakasta autetaan löytämään sopivat terveydenhallintastrategiat ja asettamaan itselleen tavoitteet. Kliiniseen päättelyyn vaikuttavat terapeutti (tarpeet ja tavoitteet, arvot ja uskomukset, kliininen tieto, kognitiiviset, sosiaaliset ja tekniset taidot), asiakas (uskomukset ja arvot, yksilölliset fyysiset, psykologiset, sosiaaliset ja kulttuuriset piirteet) ja ympäristö (resurssit, aika, rahoitus ja ulkoisesti asetetut vaatimukset). (Edwards ym. 2004: 312; Higgs – Jones 2000: 117.)

Kliininen päättely tapahtuu usein tilanteissa, joissa ongelma on huonosti määriteltävissä, joissa tavoite on monimutkainen, ja joissa tuloksia on vaikea ennustaa. Fysioterapeutin kliinisen päättelyn tavoite on viisas toiminta. Viisas toiminta tarkoittaa parhaan mahdollisen arvion tekemistä tietyssä tilanteessa. (Higgs – Jones 2000: 3, 117.)

Fysioterapeutilla täytyy olla syvä tietämys omasta alastaan ja henkilökohtaisia ominaisuuksia, kuten vaistoa, kypsyyttä sekä lisäksi tietoa työympäristön arvoista ja työtavoista. Toimiva kliininen päättely edellyttää edellä mainitun tiedon järjestelmällisyyttä ja kyseisen alan kliinisten mallien tuntemusta. Fysioterapeutin pitää myös pystyä luomaan ja testaamaan diagnoosiin ja terapiaan liittyviä hypoteeseja. Erittäin tärkeää on fysioterapeutin kyky pohtia ja vahvistaa päättelynsä tuloksia. Kliininen päättely on siis monimutkainen prosessi, ja fysioterapeutit käyttävät erilaisia strategioita tai lähestymis-

tapoja tai niiden yhdistelmiä päättelyssään. (Edwards – Jones – Higgs – Trede – Jensen 2004: 72, 74.)

Kliinisen päättelyn strategian voidaan ajatella olevan ajattelutapa ja tapa toimia kliinissä työssä. Strategiat liittyvät käytännön työssä monenlaiseen toimintaan, joita ovat:

- positiivinen ja tarkoituksenmukainen vuorovaikutus asiakkaan kanssa
- täsmällisen diagnostisen arvion tekeminen ja hoitotoimenpiteiden valinta
- yhteistoiminnallinen päätöksenteko asiakkaan kanssa
- asiakkaan oppimisen edistäminen
- luotettava tulosten ennakointi terapiatoimenpiteiden osalta tai itsehoidon vaihtoehdoista tulevaisuudessa
- nykyisten ja menneiden asiakastarinoiden muistelu sekä niiden tarkoituksenmukainen käyttö ongelman ymmärtämisen edistämiseksi ja hoitamiseksi
- niiden eettisten tai käytännöllisten tekijöiden tunnistaminen, jotka vaikuttavat terapeutin ja asiakkaan väliseen terapiatilanteeseen ja ratkaisun löytäminen näihin tilanteisiin. (Higgs – Jones 2000: 123.)

Edwards ym. (2004: 322) tarkastelivat kolmella eri alalla toimivien, kokeneiden fysioterapeuttien työtä ja tulivat siihen tulokseen, että nämä fysioterapeutit käyttivät kliinisessä työssä useita kliinisen päättelyn strategioita. Edwardsin mukaan seuraavat strategiat olivat yhteisiä tutkimukseen osallistuneille fysioterapeuteille:

Sairauden ja kuntoutukseen hakeutumisen syiden määrittämiseen liittyvät strategiat:

- Diagnostinen päätöksenteko (diagnostic reasoning) on diagnoosin määrittämistä fyysisen vajaatoiminnan tai heikentymisen perusteella ottaen huomioon kipumeکانismit, kudosten patofysiologian ja muut mahdollisesti merkittävät osatekijät.
- Kertomukseen liittyvä päätöksenteko (narrative reasoning) on asiakkaan sairaskokemuksen, ”tarinan”, ymmärtämistä huomioiden uskomukset, kulttuurin ja asiakkaan elämäntilanteen. (Edwards ym. 2004: 322.)

Terapian toteuttamiseen liittyvät strategiat:

- Menettelytapoihin liittyvä päätöksenteko (procedural reasoning) on terapian terapiavalintoihin ja toteuttamiseen liittyvää päätöksentekoa.

- Vuorovaikutuksellinen päätöksenteko (interactive reasoning) on tarkoituksenmukaista asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen rakentamista ja hoitamista.
- Yhteistoiminnallinen päätöksenteko (collaborative reasoning) on yhteisen lähestymistavan ylläpitämistä suhteessa tutkimustuloksiin, tavoitteiden asettamiseen, terapian toteuttamiseen ja edistymiseen.
- Päätöksenteko opettamisessa (reasoning about teaching) on kliinisessä työssä tapahtuvan opettamisen sisältöön, tapaan ja määrään liittyvää ajattelua, josta arvioidaan työn tuloksellisuus.
- Ennusteisiin liittyvä päätöksenteko (predictive reasoning) on asiakkaan kanssa tapahtuvaa tulevaisuuden näkymien ennakoimista asiakkaan valintojen pohjalta.
- Eettinen päätöksenteko (ethical reasoning) sisältää eettisten ja käytännöllisten terapian etenemiseen ja tavoitteisiin liittyvien ristiriitojen käsittelyä ja ratkaisujen etsimistä. (Edwards ym. 2004: 322.)

3 LAPSEN MOTORINEN OPPIMINEN

Oppimisessa on kyse harjoittelun seurauksena saavutetusta suorituksen suhteellisen pysyvistä muutoksesta. Motoristen toimintojen koordinoiminen aluksi tietoisesti ja myöhemmin tiedostamattomasti on osa toimintojen oppimisprosessia. Aluksi harjoiteltavia motorisia toimintoja on koordinoitava tietoisesti suhteessa muihin ympäristössä oleviin havainto- ja motorisiin toimintoihin. Tämän kognitiivisen oppimisen seurauksena taidon parantuessa toimintoja aletaan koordinoida tiedostamattomasti. Tiedostamattomien prosessien avulla kehon eri osia käytetään havaintojen ja motoriikan koordinoinnissa. (Talvitie ym. 2006: 67.)

Seuraavaksi esittelemme oppimiseen liittyvät termit motorinen oppiminen ja motorinen kontrolli. Lisäksi käsittelemme lyhyesti motoriseen oppimiseen ja motoriseen kehitykseen liittyvän käsitteen havaintomotoriikka. Yleisesti ottaen motorinen oppiminen keskittyy liikkeen saavuttamiseen ja muunteluun, kun taas motorisella kontrollilla ymmärretään jo saavutetun liikkeen säätelyä. (Shumway-Cook – Woollacott 2007: 22). Motorisella oppimisella ja kontrollilla voidaan nähdä yhteys myös lapsen motoriseen kehitykseen. Esimerkiksi Viholaisen (2006: 12) mukaan lapsen motorinen kehitys on tulosta

liikkeen kontrolloinnin kehittymisestä. Kaiken liikkumisen perusta puolestaan on havaintomotoriikka (Huovinen 2004).

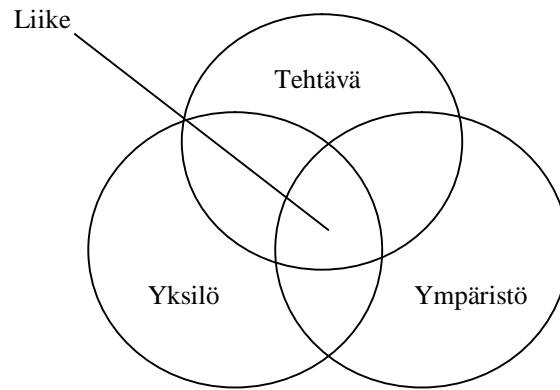
3.1 Motorinen oppiminen

Talvitie ym. (2006: 68–69) kuvaavat motorista oppimista ihmisen, ympäristön ja tehtävän välisenä vuorovaikutuksena. Motorisessa oppimisessa on sovittava yhteen havainnot, kognitiiviset ja motoriset toiminnot, joiden avulla sopivan toimintatavan löytäminen tehtävän suorittamiseen on mahdollista. Havaintojen avulla voidaan ymmärtää opittavan tehtävän tavoitteet ja tarvittavat liikesuoritukset. Tähän ymmärtämiseen voidaan päästä esimerkiksi havainnoimalla ja tarkkailemalla toisen tekemää suoritusta.

Motoristen taitojen oppimisen alkuvaiheessa käytetään hyväksi havainnointia ja tarkkaavaisuutta tiedon vastaanottamisessa. Aistitoimintojen avulla saadaan tietoa, jota verataan ja yhdistetään jo muistissa olevaan tietoon. Näin voidaan muodostaa uusi sisäinen toimintamalli, jota fyysisen harjoittelun avulla kokeillaan käytännössä. Harjoittelusta saadun sisäisen ja ulkoisen palautteen kautta toimintamallia arvioidaan ja korjataan tarvittaessa. Jotta malli muuntuisi autonomiseksi, mallin käyttöön ottaminen onnistuisi nopeasti ja suoritusnopeus lisääntyisi, pitää mallia toistaa useita kertoja. (Numminen 1997: 99–101.)

3.2 Motorinen kontrolli

Motorinen kontrolli tarkoittaa yksilön kykyä ohjata ja säädellä asentoa ja liikettä. Liikkeen säätelyyn vaikuttaa yksilön, tehtävän ja ympäristön välinen vuorovaikutus (kuvio 1.): yksilö tuottaa liikkeen tietyssä ympäristössä tehtävän vaatimuksien mukaisesti. (Shumway-Cook – Woollacott 2007: 4–5.)



KUVIO 1. Liikkeen säätelyyn vaikuttavat tekijät (Shumway-Cook – Woollacott 2007: 5).

Liikkeen säätelylle tärkeää yksilön kannalta on keskushermoston, lihasten ja nivelten toiminnan, havaintojen sekä kognitiivisten toimintojen synteesi. Liikkeen säätelyyn vaikuttava tehtävä voidaan jakaa alaluokkiin esimerkiksi sen mukaan, onko liike yksittäinen vai jatkuva, suoritetaanko tehtävä paikallaan vai liikkuen ja toteutetaanko tehtävä suljetulla vai avoimella ketjulla. Taas ympäristö voidaan jakaa tekijöihin, jotka vaikuttavat liikkeeseen suoraan (esimerkiksi juomalasin koko ja muoto) sekä tekijöihin, jotka saattavat vaikuttaa suoritukseen, mutta eivät suoraan liikkeeseen (esimerkiksi taustamelu). (Shumway-Cook – Woollacott 2007: 4–7.)

Motorisen oppimisen ja kontrollin teoriat antavat kehyksen käyttäytymisen tulkinnalle, ohjaavat kliinistä työtä ja antavat uusia ideoita sekä oletuksia tutkimiselle ja tilanteeseen puuttumiselle (Shumway-Cook – Woollacott 2007: 19). Newellin tutkivan oppimisen teorian mukaan taito opitaan dynaamisen tutkivan toiminnan seurauksena. Teorian mukaan oppiminen edellyttää havaintomotoristen toimintojen yhteen sovittamista siten, että yksilölle syntyy optimaalisia strategioita tehtävän suorittamiseen. Tutkivan oppimisen teorian mukaan havaintoja tekevä yksilö, ympäristö ja tehtävä ovat keskenään vuorovaikutuksessa. (Talvitie ym. 2006: 73.)

3.3 Havaintomotoriikka

Havaintomotoriikka on keskeinen osa-alue kaikkina ikäkausina, etenkin varhaislapsuudessa. Havainto ja liike liittyvät kiinteästi toisiinsa. Jos motoriikassa on häiriöitä, ne heijastuvat havaintotoimintaan ja päinvastoin. Aistikokemusten oikea jäsentyminen on

oppimisen ja tarkoituksenmukaisen toiminnan edellytys. (Koljonen 2006.) Havaintomotorisia taitoja ovat oman kehon hahmotus, käsitys kehon eri puolista, itsensä hahmottaminen suhteessa tilaan, itsensä ja liikkeen hahmottaminen suhteessa aikaan ja voimaan sekä toimintojen motorinen ohjailu tahdonalaisesti (Huovinen 2004).

Havaintomotorinen kehitys on taidon lisääntymistä ja toiminnallisen kyvyn hankkimista hyödyntäen sensorisia ärsykeitä, sensoristen ärsykkeiden integraatiota, motorisen päätöksen tekemistä, liikkeen toteuttamista sekä palautetta liikkeen onnistumisesta sensoristen aistien kautta. Kaikki tahdonalaiset liikkeet sisältävät havaintoja, jotka ovat peräisin sensorisesta stimulaatiosta. Havainnointikyvyn kehittyminen on puolestaan osittain motorisen aktiiviteetin tulosta. (Gallahue – Ozmun 1998: 304.)

4 LAPSEN MOTORISEN KEHITYKSEN VAIHEITA

Tässä työssä käsittelemme yksilökeskeistä, vaiheittaista taitojen oppimista. Uuden taidon, esimerkiksi konttaamisen ja myöhemmin itsenäisen kävelyn, oppiminen on merkki lapsen motorisen kehityksen etenemisestä. Vaikka lapsen motorinen kehitys on yksilöllistä, opitaan yksittäiset taidot yleensä tietyn ikäisenä ja yleensä myös samassa järjestyksessä. Kun pieni lapsi ei saavuta kehitystasolleen kuuluvia taitoja tai hänellä on poikkeava motoriikka, on tärkeää pyrkiä selvittämään poikkeavuuden syy. (Salpa 2007: 9–10, 12.)

Zimmer (2002: 59) kuvaa motorista kehitystä jatkuvana muutoksena, jossa lapsen liikunnallinen käyttäytyminen eriytyy ja erilaistuu ympäristön kanssa käydyn aktiivisen kanssakäymisen tuloksena. Motoriseen kehitykseen vaikuttaa perimä, joka antaa kehityksen mahdollisuuksille rajat keskushermoston, luuston ja lihaksiston kehityksen kautta. Perimän lisäksi motoristen taitojen hallitsemiseen vaikuttavat ympäristön virikkeet, yksilön persoonallisuus ja lapsen oma motivaatio motoristen taitojen harjoitteluun. (Aaltonen – Ojanen – Sivén – Vihunen – Vilén 1997: 145.)

Ensimmäisenä ikävuotenaan lapsi toimii synnynnäisten, automatisoituneiden liikkeiden, refleksien ja kehitysheijasteiden, sekä omista havainnoista lähtevien liikkeiden avulla. Jotta lapsi pystyisi oppimaan uusia motorisia taitoja, tulee kehitysheijasteiden väistyä

ensimmäisen vuoden aikana. (Aaltonen ym. 1997: 146, 148.) Yksittäiset liikesuoritukset alkavat vähitellen lisääntyä, ja keskushermosto käynnistää näiden toimintojen koodinoinnin ja ohjauksen. Yksittäisiä liikesuorituksia integroimalla eli yhdistämällä lapsi kykenee suorittamaan kokonaisia liikekuvioita. (Zimmer 2002: 57.)

Lapsen motorisessa kehityksessä keskitymme tarkemmin vaiheeseen, jolloin lapsi oppii konttaamaan. Lisäksi käsittelemme vaihetta, jolloin lapsi alkaa totutella pystyasentoon ja ottaa ensimmäisiä askeleita. Mikäli konttaamis- tai kävelyvaihe viivästyy, lapsi voi itse keksiä toisen tavan liikkua jonkin kohteen luokse. Niin sanottu ”peppukiittäminen” voi olla lapselle yksi tällaisista liikkumisen tavoista.

4.1 Konttausvaihe

8-10 kuukauden ikäisenä lapsi nousee konttausasentoon. Konttausasennossa lapsi saa muun muassa tasapainoelimen ja asentotunnon kautta erilaisia aistikokemuksia. Jotta asentoon nouseminen olisi ylipäättään mahdollista, lapsen on pystyttävä tukeutumaan suoriin yläraajoihinsa sekä sallimaan lantion vapaat liikkeet. Lisäksi lapsen on pystyttävä eriyttämään raajojen liikkeet niin vartalosta kuin toisistaankin. Konttausasennossa lapsi usein heijaa itseään eri suuntiin tunnustellen asentoa ja itse tuottamaansa liikettä. Aluksi asennon hallinnan puuttuessa lapsi saattaa kellahtaa kumoon, mutta rajojen löytyessä hallintakin paranee. (Salpa 2007: 91.)

Konttaamisessa lapsen tulee nostaa vartalo irti alustalta, tukeutua suoriin yläraajoihin ja koukistettuihin alaraajoihin, liikuttaa raajoja rytmisesti vuorotahtia sekä siirtää painoa niin eteen ja taakse, sivulta sivulle kuin vinottainkin. Moneen suuntaan tapahtuvissa painonsiirroissa lapselta vaaditaan lisäksi vartalon, hartiaseudun ja lantion lihasten yhteistoimintaa, raajojen ja lantion vapaita liikkeitä sekä selkärangan kiertoa. Yhdeksään kuukauteen mennessä lapsi liikkuu pääasiallisesti konttaamalla, jolloin mahdollistuvat myös ympäristön tutkiminen ja kokeminen sekä aikuisen sylistä kauemmas lähteminen ja takaisin palaaminen. (Salpa 2007: 92, 94.)

4.2 Seisomaan nouseminen

Keskimäärin 9-12 kuukauden iässä lapsi alkaa olla utelias tutkimaan uusia paikkoja nousemalla seisomaan. Yksilöllinen kehitysmalli, persoonalliset luonteenpiirteet sekä aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, minkä ikäisenä vaativan seisomaan nousemisen harjoittelu alkaa. (Salpa 2007: 99.)

Seisomaan nouseminen vaatii lapselta hyvää vartalon ja lantion hallintaa, painon siirtoa sivu- sekä eteen-taakse -suunnassa, painon puoleisen kyljen pidentymistä sekä alaraajojen eriytyneitä liikkeitä. Lapsi seisoo aluksi leveässä haara-asennossa tasapainon ylläpitämiseksi. Hallitessaan alaraajat lapsi voi yläraajoilla vähitellen tavoitella, tarttua ja käsitellä leluja seisoma-asentoa menettämättä. Usein kauempana olevien mielenkiintoisten lelujen tai muun kohteen kiinnostaessa lapsi alkaa harjoitella huomaamattaan kävelyn eri vaiheita, ensin tukea vasten tai aikuisen sormista kiinni pitäen. Noin 10–12 kuukauden iässä lapsi liikkuu itsenäisesti tutkien uusia esineitä, ihmisiä ja ympäristöä. (Salpa 2007: 103–106, 109.)

4.3 Kävelyn viivästyminen – ”peppukiitäminen”

Mikäli lapsi ei kävele tuetta puolentoista vuoden ikään mennessä, lapsen tilannetta on syytä tutkia ja seurata (Sillanpää – Herrgård – Iivanainen – Koivikko – Rantala (toim.) 2004: 61). Muun muassa lasten neuvolassa arvioidaan lapsen psyykkistä ja neurologista kehitystä jokaisella tapaamiskerralla. Neuvolakäyntejä tulee tehdä runsaasti kahden ensimmäisen ikävuoden aikana, jolloin vaikea kehityksen poikkeavuus ja vammaisuus ilmenevät. Mikäli kehityksen poikkeavuutta havaitaan, tulee asiaan puuttua heti, jotteivät tutkimus ja hoito viivästy. (Strid – Perheentupa 2003.) Kehityksen poikkeavuus voi johtua muun muassa epänormaaleista havaintomotorisista kokemuksista, jotka voivat saada aikaan epänormaalin kehotietoisuuden ja epänormaalin kehon kuvan. Näitä voi vielä vahvistaa vanhempien kokemattomuus ja kyvyttömyys käsitellä lapsensa toiminnan vajavuutta. (Velickovic – Velickovic Perat 2004: 113.)

Istuallaan liikkuminen eli niin sanottu peppukiitäminen voi olla yksi havaittu kehityksen poikkeavuus. Nykyisin ”peppukiitäjille” ajatellaan olevan tyypillistä konttaamisen tai ryömimisen puuttuminen lattialla etenemisessä. Lapsen alaraajoissa on usein matala

lihasjänteys, alaraajoihin varaaminen ei onnistu, ja lapsi alkaa liikkua istuallaan. ”Peppukiitäjyyttä” voidaan selittää perintötekijöillä, mutta se voi myös olla seurausta diplegiasta tai selkäytimen epämuodostumasta. ”Peppukiitäjien” motorisen kehityksen normalisoituminen onkin varmistettava seuraamalla kehitystä kävelyikään asti. ”Peppukiitäjä” alkaa kävellä usein itsenäisesti vasta 2 - 2,5 vuoden iässä. (Sillanpää ym. (toim.) 2004: 167.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on haastattelujen avulla perehtyä kolmen eri fysioterapeutin kliiniseen päättelyyn terapiatilanteessa, jossa lapsi konttaamisen sijaan etenee istuallaan.

Tarkoituksena on saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Tarvitsevatko istuallaan liikkuvat lapset fysioterapiaa, jos istuallaan liikkuminen on ainoa motorisen kehityksen viiveestä tehty havainto? Mihin fysioterapeutit perustavat fysioterapian? Mitä tietolähteitä (kokemus, tutkimus, asiantuntijat) fysioterapeutit hyödyntävät työssään?
2. Minkälaisia kliinisen päättelyn strategioita fysioterapeutit käyttävät?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tarkastella fysioterapeuttien toiminnan perusteita ja ajattelutapoja: miten fysioterapeutit kuvaavat itselleen merkityksellisiä asioita istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapiassa ja kliinisessä päättelyssä. Tämänkaltaisiin tutkimuskysymyksiin saadaan vastauksia laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Kyseistä menetelmää käyttämällä emme pysty löytämään totuutta aiheesta, vaan pyrimme tekemään tulkintoja ja kuvauksia fysioterapeuttien kokemuksista ja toimintaperiaatteista. (Vilka 2005: 98–99.)

6.1 Haastattelu

Vilka (2005: 100–101) toteaa laadullisen tutkimusmenetelmän tutkimusaineistoksi soveltuvan kaiken ihmisen tuottaman materiaalin: esineet, puheen sekä kuva- ja tekstiaineistot. Päätimme kerätä opinnäytetyöhön tarvitsemamme tutkimusaineiston yksilöhaastattelujen avulla, koska koimme haastattelun järkeväksi menetelmäksi tutkimusongelmamme selvittämiseen. Opinnäytetyömme aihetta ei ole paljon käsitelty kirjallisuudessa, ja halusimme saada myös fysioterapeuttien henkilökohtaiset näkemykset aiheesta (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001: 192).

Sovimme haastattelut puhelimitse haastateltavien, kolmen fysioterapeutin, kanssa. Haastattelun ajoitusta ja ympäristöä sovittaessa otimme huomioon haastateltavien resurssit. Jokainen haastattelutilanne tapahtui eri ympäristössä, minkä vuoksi tilaan ei ollut mahdollista tutustua etukäteen. Haastattelut tapahtuivat haastateltavien työpaikoilla: kaksi haastattelua sijoittui yksityisiin fysioterapialaitoksiin, yhden haastattelun tilaksi valikoitui erityiskoulu. Ennen varsinaisen haastattelun aloittamista haastateltavat lukivat tiedotteen opinnäytetyöstämme (liite 1.) sekä allekirjoittivat suostumusasiakirjan (liite 2.), jossa kuvataan heidän oikeutensa keskeyttää tutkimus milloin tahansa ilman seuraamuksia. Suostumusasiakirjassa haastateltavat antoivat lupansa myös nauhurin käyttöön ehdolla, että nauhoja ei julkaista eikä säilytetä, vaan ne hävitetään heti analysointivaiheen jälkeen.

Koska tarkoituksenamme oli keskittyä yhteen, ennalta valittuun teemaan sekä selvittää fysioterapeuttien perusteluja toiminnalleen, valitsimme haastattelutyyppiä puolistrukturoidun haastattelun (Metsämuuronen (toim.) 2006: 115). Puolistrukturoidulla haastattelulla on useita määritelmiä: kysymysten muoto on kaikille sama, mutta kysymykset voi esittää eri järjestyksessä; kysymykset ovat kaikille samat, ja vastaukset annetaan omin sanoin; kysymykset on ennalta määrätty, mutta ne voi esittää eri sanamuodoin (Hirsjärvi – Hurme 2000: 47).

Ennen varsinaisia haastatteluja teimme kaksi alustavaa haastattelua. Haastattelimme kahta kokenutta lasten parissa toimivaa fysioterapeuttia istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapiasta. Halusimme selvennystä siitä, mitä aihetta edelleen käsiteltäessä kannattaisi ottaa huomioon. ”Peppukiitäjän” terapian perusteiden lähempi tarkastelu nousi näissä haastatteluissa esille.

Pyysimme haastatteluissa fysioterapeutteja miettimään tietyn istuallaan liikkuvan lapsen terapiaa. Haastatteluja tehtäessä lasten fysioterapiat olivat jo päättyneet istuallaan liikkumisen osalta. Muotoilimme etukäteen kysymykset (liite 3.) haastatteluja varten, ja tarkoitus oli esittää ne samassa järjestyksessä kaikille haastateltaville. Haastattelutilanteiden edetessä jouduimme kuitenkin muuttamaan kysymysten sanamuotoja ja esittämisjärjestystä. Tilanne tuntui myös välillä vaativan tarkentavien kysymysten esittämistä. Vaihdoin haastattelijan roolia haastattelun puolivälissä teeman vaihtuessa. Ensimmäinen haastattelija kattoi tapauksen taustat ja toinen terapian etenemisen. Nauhoitimme haastattelut.

6.2 Osallistujat

Olimme yhteydessä Uudellamaalla sijaitsevan sairaalan lasten osaston fysioterapeuttiin, jolta saimme neljän uusimaalaisen fysioterapeutin yhteystiedot. Kaikilla neljällä on kullakin pitkä kokemus lasten fysioterapiasta, ja kaikilla oli ollut ”peppukiitäjiä” lähiaikoina fysioterapiassa. Yksi fysioterapeutti kieltäytyi haastattelusta, joten aineistomme muodostui kolmen fysioterapeutin haastatteluista.

6.3 Aineiston analysointi

Nauhoitettua materiaalia haastatteluista kertyi noin kolme tuntia. Heti haastattelujen jälkeen litteroimme aineiston kirjoittamalla sen puhtaaksi tietokoneelle. Puhtaaksi kirjoitettua tekstiä tuli 19 sivua pisteen 12 fontilla ja rivivälillä yksi. Pyrimme mahdollisimman sanatarkkaan litterointiin, mutta joissain kohdin teimme harkittua valikointia. Valikointiin ryhdyimme, kun haastateltava vastasi kysymykseen ja alkoi puhua asiasta uudelleen monisanaisemmin.

Vastaukset ensimmäisiin kysymyksiin saimme suoraan haastattelumateriaalista. Pyrkivimmekin selvittämään fysioterapeuttien käyttämiä kliinisen päättelyn strategioita teimme aineistolle teorialähtöisen sisällönanalyysin. Kävimme aineiston läpi Edwardsin esittämien kliinisen päättelyn strategioiden mukaan. Strategiat on esitelty kappaleessa kaksi. Luokittelimme aineiston keräämällä haastattelujen litteroinneista kunkin strategian alle kuuluvia asioita. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 94.)

7 ISTUALLAAN LIIKKUVAN LAPSEN FYSIOTERAPIAN PERUSTA

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenämme oli selvittää haastattelujen avulla istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapian tarpeellisuutta ja perustaa. Seuraavana esittelemme haastateltavien näkemyksiä siitä, milloin istuallaan liikkuva lapsi tarvitsee fysioterapiaa ja siitä, mihin fysioterapeutit tällöin perustavat terapian.

7.1 Istuallaan liikkuminen motorisen kehityksen viiveenä

Lapsen liikkuminen istuallaan ja lapsen ohjaaminen fysioterapiaan sen perusteella koettiin ristiriitaisesti. Yksi fysioterapeutti oli sitä mieltä, että istuallaan liikkumisen taustalla on aina jokin syy, ja fysioterapiaan on siksi tarvetta. Yhden fysioterapeutin mielestä terveydenhuollon resurssit huomioon ottaen vanhempien ohjaus lapsen liikkumisen tukemisessa pitäisi riittää fysioterapian sijaan. Yksi terapeutti taas oli sitä mieltä, että fysioterapiaa ei siinä tapauksessa tarvita, mikäli istuallaan liikkuminen on ainoa lapsen varhaismotoriikasta tehty huomio.

”En ole ikinä ole nähnyt sellaista lasta, joka vain peppukiittää. Kyllä siihen joku syy on, miks se liikemalli tulee. Siinä mielessä, mun mielestä on tärkeää, että siihen kiinnitetään huomiota ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Et siitä ei pääse tulemaan liikkumisen muoto. ... Usein puhe alkaa siitä, että tulee se pystyasennon hallinta, hyvä painonkannatus ja hyvä askellus. Sillä on sen takia tärkeä merkitys siihen myöhempään kehitykseen. ... lohdullinen asia fysioterapiaa ajatellen, et ku ennen ajateltiin, että jos päässä on joku vika, nii sille ei oikein voi tehdä mitään. Mutta nyt uudet aivotutkimukset tuo sen, et motorisella harjoituksella voi ohjata aivotoimintaa ja vaihtoehtoisia ratoja ja yhteyksiä muodostuu sinne.”

”No ehkä terapiaa, tarvitsee ehkä vanhempien ohjausta, kuinka vois motivoida sitä lasta liikkumaan toisella tavalla...Vois tietysti sanoa, että terapiaa tarvitaan, mutta kun tiedetään nää terveydenhuollon resurssit. Eihän meillä ole varaa sellaiseen, jos se on ainoa ongelma, silloin pitää riittää, että saa ohjausta, ja ehkä säännölliset tarkastuskäynnit jonkin ajan päästä, että nähdään päästäänkö siitä eroon. Jos vanhemmille kerrotaan, millä konstilla siitä voi päästä pois, ehkä se lähtee menemään ihan kotikonsteilla.”

”Ite jos mä ajattelin, jos ei oo mitään muuta kun peppukiittäminen, niin en mä nyt ihan... ei mun mielestä se oo sitten terapian tarve.”

Haastatteluista kävi ilmi, että istuallaan liikkuvilla lapsilla voi usein olla jokin lääketieteellinen diagnoosi. Diagnoosin oirekuva saattaa suorasti tai epäsuorasti vaikuttaa siihen, että lapsi omaksuu etenemisen muodoksi istuallaan liikkumisen. Haastateltavien mukaan istuallaan liikkuvien lasten toinen yhteinen nimittäjä on matala lihasjänteys.

7.1.1 Lääketieteellinen diagnoosi

Kahdella haastateltavien istuallaan liikkuvista lapsista oli lääketieteellinen diagnoosi: toisella oli diagnosoitu oikean puolen hemiplegia, toisen diagnoosi oli Prader-Willin syndrooma. Fysioterapia toteutettiin oireenmukaisesti: istuen liikkumisen lisäksi terapian indikaatioita olivat lääketieteelliselle diagnoosille ominaiset piirteet. Terapiassa kiinnitettiin huomiota esimerkiksi oikean käden käyttämättömyyteen (hemiplegia).

”Ne yleensä tulee ... sairaalan tai sitten Lasten ja nuorten sairaalan kautta ne lapset, ja heillä yleensä jo on jotain diagnoosia siihen, minkä takia he tulevat hoitoon.”

”Tämän hetken tavoitteena on se, että saatas säilytettyä se oikean puolen liikeradat kaikki, sitten että hän tätä symmetrisyyttä, että hän mahdollisimman paljon käyttäs molemman puolen raajojaan. Koska siinä tulee helposti se puoliero. Elikkä se ei liity enää oikeestaan siihen peppukiittämiseen, että. Hänellä on erittäin paljon muuta.”

7.1.2 Matala lihasjänteys

Yhdellä lapsista oli matala lihasjänteys, jonka syytä ei tiedetty. Haastattelemamme fysioterapeutit totesivatkin, että istuallaan liikkuvien lasten lihasjänteys on usein matala. Lasten, joilla on matala lihasjänteys, on vaikea työskennellä painovoimaa vastaan. He viihtyvät pidempään selällään tai vatsamakuulla tarkkaillen omaa kehoaan ja ympäristöä. (Salpa 2007: 86.)

Yksi fysioterapeutti pohti istuallaan liikkumisen olevan välivaihe, mikä johtuu huonosta tasapainosta ja matalasta lihasjänteystä. Lapsi ei jaksa olla konttausasennossa, sen

sijaan istuma-asennossa on helppo olla: ei tarvita suojareaktioita, tasapainoreaktioita, eikä vartalonkiertoja. Lapsen nähdessä mielenkiintoisen kohteen hän lähtee etenemään hypähtämällä.

”Hänkin on erittäin hypotoninen [matala lihasjänteys], että kyllä se tähän ihan selkeästi liittyy, se lihashypotonia. Sillä on jotain tekemistä tän asian kanssa kyllä. Ne on kaikki sellaisia persuksen päällä istujia, ja sellaisia laiskoja.”

7.2 Fysioterapian lähtökohdat

Fysioterapeutit korostivat normaalin kehityksen tuntemista, jotta voi ymmärtää epänormaalia kehitystä ja hoitaa sitä. Mitään varsinaista mittaria näin pienten lasten kehityksen seuraamiseen fysioterapeuteilla itsellään ei ollut käytössä. Uusimaalaisessa sairaalassa on kuitenkin otettu käyttöön AIMS-testistö (Alberta Infant Motor Scale). Testi on kehitetty motorisen kehitysviiveen ja lievien motoristen poikkeavuuksien havaitsemiseen. Testiä käytetään riskilasten kehitysseurantaan, fysioterapian tuloksellisuuden arviointiin ja tutkimuskäyttöön. (Haajanen – Niemelä – Rajantie – Virtanen 2007.)

”Kun ajatellaan, että meillä on päässä sellainen kaava, että me tiedetään mitä minkäkin ikäinen lapsi missäkin iässä tekee. Normaalikehitykseen verrataan.”

”Mutta sielläkin [uusimaalaisessa sairaalassa] kun käytetään jotain tutkimusmenetelmää, ja ne tekee siellä ne testit, ja kenttäjumppareiden pitää ymmärtää, jos lapsi luokitellaan esim. luokkaan 3. Ne ei velvoita kenttäjumppareita tekemään testejä, koska kaikilla olisi oma skaalansa, joten on parempi, että ne keskittyy testien tekemiseen. Puhutaan kuitenkin samaa kieltä. Se on hyvä ja fiksu systeemi.”

7.3 Erilaisten tietolähteiden käyttö: kokemus, tutkimus, asiantuntijat

Haastattelemamme fysioterapeutit hyödynsivät käytännön työssä pitkää kokemustaan lasten fysioterapiasta. Teoreettinen viitekehys on toiminnan perusta, minkä jälkeen fysioterapeutit hakivat kokemuksistaan keinot terapian toteuttamiseksi. Yksi fysioterapeutti pohti lisäksi vastavalmistuneen ja kokeneen fysioterapeutin eroja tutkimustiedon ja kokemustiedon käyttämisessä. Hän päätyi siihen, että vastavalmistunut käyttää

enemmän tutkimustietoa fysioterapian suunnittelussa kuin kokenut fysioterapeutti, joka hyödyntää terapatilanteessa käytännön tuomia keinoja.

”Pystytkö sä tekemään, jos ei oo teoriaa pohjalla?”

”Teoria varmasti tuonu niitä juttuja, mitä sä oot kokeillu ja ne ei oo toiminu, niin sä oot... sitten ite sä tiedät, että tuolla tavalla kun sä teet se onnistuu. Kyllä se kokemus on siinä paljon.”

”Täytyy sanoa, että se käytäntö ja kokemus on varmaan isompi kuin se viitekehys. Että kyllä sitä niin paljon on jo ollut erilaisia lapsia ja samanlaisia lapsia ja on yhtäläisyyksiä ja näin, sitä voi aina muistella, että no siinä tuotti hyviä tuloksia tämä ja kokeillaan sitä tai kokeillaanpas tätä. Että kyllä se on se kokemus, joka eniten antaa.”

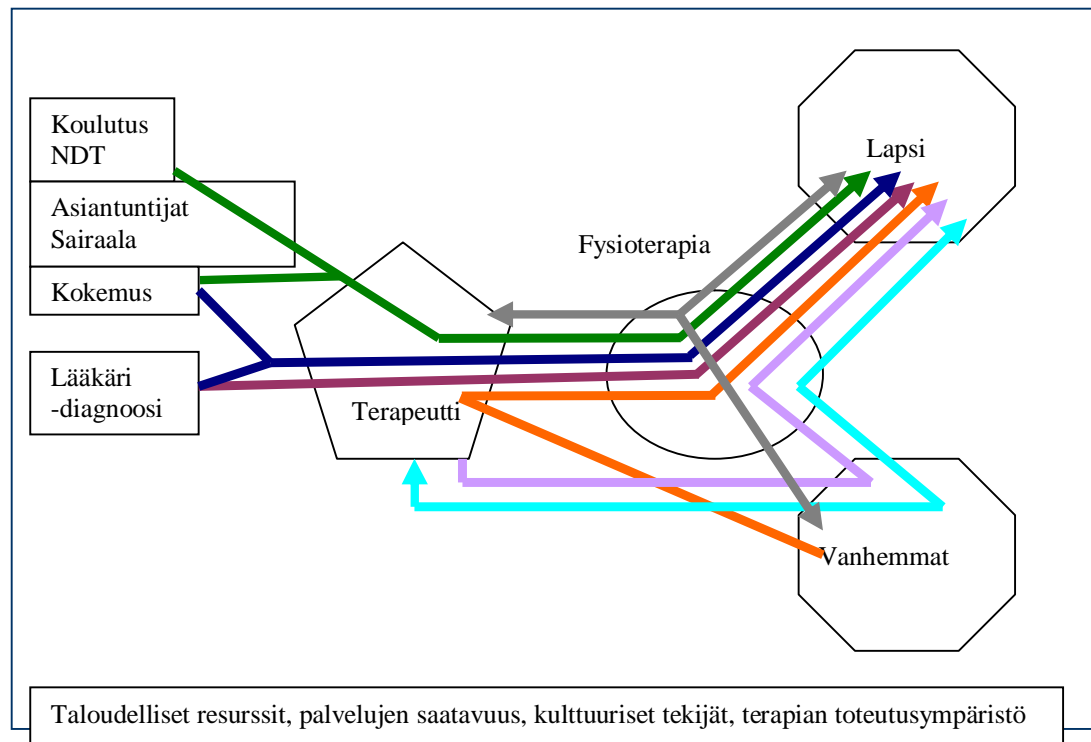
Opinnäytetyöhöemme osallistuneet fysioterapeutit korostivat jatkuvan koulutuksen tärkeyttä: esimerkiksi uusimaalainen sairaala kouluttaa oman alueensa lasten parissa työskenteleviä fysioterapeutteja. Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus, johon osallistuvat eri ammattiryhmät (esimerkiksi puheterapeutit), koettiin hyödylliseksi. Yksi fysioterapeutti totesi lasten fysioterapian toteutuvan usein pariterapiana puhe- tai toimintaterapeutin kanssa.








”Me kävimme tässä ainakin kertaamassa. Yhdistykset järjestävät koulutusta. Sitä kautta saa lisäpontta siihen ... Jokainen terapeutti miettii tykönään, mitä tarvitsee. Työkokeemus tuo siihen sitä omaa lisää, kannattaa säännöllisesti kouluttautua. Nykyään on tällaista moniammatillista koulutusta, on puheterapeutit ja toimintaterapeutit, saa aika laajan näkökulman. Usein terapat toteutetaan pariterapiana, saattaa olla toiminta- ja fysioterapeutti yhdessä.”

”Kun tää on kuitenkin semmonen ala, missä koko ajan kehittyy ja koko ajan pitää olla koulutuksia ja kursseilla käydä, jotta pysyt ajan mukana.”

8 KLIINISEN PÄÄTTELYN STRATEGIAT

Toinen tutkimuskysymyksenämme oli, mitä Edwardsin (ks. kappale 2) määrittämiä kliinisen päättelyn strategioita fysioterapeutit käyttävät istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapian toteutuksessa. Opinnäytetyöhömmme osallistuneet fysioterapeutit käyttivät meidän näkemyksemme mukaan kaikkia näitä Edwardsin määrittelemiä strategioita (kuvio 2.).



-  Diagnostinen päätöksentekostrategia
-  Kertomuksiin liittyvä päätöksentekostrategia
-  Menettelytapoihin liittyvä päätöksentekostrategia
-  Vuorovaikutuksellinen päätöksentekostrategia
-  Eettinen päätöksentekostrategia ja yhteistoiminnallinen päätöksentekostrategia
-  Opettamiseen liittyvä päätöksentekostrategia
-  Ennusteisiin liittyvä päätöksentekostrategia

KUVIO 2. Kliinisen päättelyn strategiat

8.1 Kehitysviiveen ja kuntoutukseen hakeutumisen syiden määrittämiseen liittyvät strategiat

Diagnostinen päätöksenteko. Fysioterapeutit käyttivät ”peppukiitäjän” terapiassa diagnostista päätöksentekostrategiaa. He vertasivat lapsen kehitystasoa siihen, mitä pidetään normaalina. ”Peppukiitäjä” sai fysioterapiaa, tai vähintään vanhemmille haluttiin antaa ohjausta lapsen konttauksen ja seisomaan nousun avustamiseksi, jotta lapsi saavuttaisi normaalina pidetyn kehitystason. Usein lapsella oli lääketieteellinen diagnoosi, jonka perusteella lapsi oli ohjattu fysioterapiaan. Tällöin terapiassa puututtiin muihinkin asioihin kuin istuallaan liikkumiseen.

”Kun ajatellaan, että meillä on päässä sellainen kaava, että me tiedetään mitä minkäkin ikäinen lapsi missäkin iässä tekee. Normaalikehitykseen verrataan.”

Fysioterapeutti tekee kustakin asiakkaasta fysioterapiadiagnoosin. Diagnoosi on fysioterapeutin ammatillinen näkemys siitä, miten ja mistä syystä asiakkaan liikkuminen ja toimintakyky on vaikeutunut. Diagnoosiin kuuluvat olennaisena osana myös liikkumisen ja toimintakyvyn vaikeutumisesta seuranneet johtopäätökset. (Suomen Fysioterapeuttiliiton työryhmä 1993.)

Haastattelemamme fysioterapeutit antoivat lasten fysioterapiadiagnoosiksi lääketieteellisen diagnoosin tai kertoivat lapsen fysioterapiadiagnoosin olevan kesken. Lisäksi lapsi saattoi jäädä kokonaan vaille fysioterapiadiagnoosia.

”Sanotaan, että se on vielä kesken oikeastaan. Hänellä on epilepsia hoidossa, elikkä mä katon, että epilepsia on aika iso hänellä se ongelma. Ja sitten hänellä on, jos fysioterapeutisesti ajatellaan, hänellä on oikean puolen hemiplegia. Mutta se ei oo tämmönen tyypillinen CP, vaan siinä on jotain muutakin vielä tavallaan, ja se on vielä kesken se diagnosoiminen siinä. Siinä tulee varmasti kehitysvammaa ja tämmöstä.”

”Kyllähän se oli yleinen liikkumisen jälkeenjääneisyys.”

”Jäi vaille diagnoosia, se varmaan hypotonia, tommonen noin, oireenmukainen.”

Kertomuksiin liittyvä päätöksenteko. Haastatteluista ei suoraan käynyt ilmi, kuinka paljon fysioterapeutit käyttivät kertomuksiin liittyvää päätöksentekoa. Fysioterapeutit kertoivat vanhempien reaktioista lapsen diagnoosiin tai huolesta lapsen kehityksen ollessa jäljessä verrattuna muihin lapsiin. Lapsen terapiassa ei suoraan voi saada selville varsinaisen asiakkaan eli lapsen kokemusta omasta tilanteestaan, vaan tilanteesta syntyvä kuva on heijastumaa vanhempien kertomuksesta. On mahdollista, että havainnoimalla terapiaa olisi kertomuksiin liittyvää päätöksentekoa voinut tulla enemmän esille. Haastatteluissa vastaus kysymykseen jäi usein yhteenvedoksi tapahtuneesta, eikä haastateltavalta voinut odottaa suoria lainauksia terapiatilanteesta tapahtuneesta vuoropuhelusta.

”He olivat huolissaan, että on jo tuon ikäinen, eikä liiku. 8 kk.”

8.2 Terapian toteuttamiseen liittyvät strategiat

Menettelytapoihin liittyvä päätöksenteko. Haastattelemamme fysioterapeutit olivat Neurodevelopmental Treatment (NDT) -koulutuksen käyneitä. He korostivatkin NDT:n olevan toimivin menetelmä lasten fysioterapiassa.

Neurodevelopmental treatment (NDT) on Berta Bobathin 1940-luvulla kehittämä konsepti. NDT-konsepti ottaa huomioon koko ihmisen: hänen kehityksensä, havaintoihin ja kognitiivisiin toimintoihin liittyvät puutteet ja jokapäiväisen elämän emotionaaliset, sosiaaliset ja toiminnalliset puutteet. (Velickovic – Velickovic Perat 2004: 113.)

NDT-konseptin peruseriaatteena on estää epänormaalit liikemallit ja samanaikaisesti fasilitoida automaattisia asentoreaktioita (oikaisu- ja tasapainoreaktiot) manuaalisesti tai hyödyntäen erilaisia stimulaatiotekniikoita. Terapiassa pyritään myös vähentämään epänormaalaa lihasjänteitä fasilitoimalla ja antamalla lapselle erilaisia sensomotorisia kokemuksia toiminnallisissa ja päämäärätietoisissa harjoitteissa. Käsittelytekniikat ja terapia-aktiviteetit sovitetaan kunkin lapsen vasteiden mukaan. (Velickovic – Velickovic Perat 2004: 116; Fetters – Kluzik 1996: 347.)

”NDT on periaatteessa ihan perusliikkumisen fasilitointia, tietysti siinä on otteilla ja tekniikoilla lisätään sitä. Se on ihan sen soveltamista.”

”NDT-terapia. ... Toihan on ihan perusliikkumisen fasilitointia, NDT. Terapia perustuu ihan siihen. Sehän on ihan tavallista, onhan se menetelmä. Sen koulutuksen olen käynyt. Ja sitä sovellan kaikkeen lasten terapiaan. Terve kehitys siinä pohjana. Vaikka olisi vaikeavammaisestakin kysymys.”

”No, se on ollut hyvä tapa hoitaa neurologisia lapsia. On koettu, että sillä saadaan tuloksia aikaan.”

Vuorovaikutuksellinen päätöksenteko. Vuorovaikutuksellinen päätöksenteko koettiin tärkeäksi, koska hyvän suhteen luominen vanhempiin ja lapseen oli terapian edellytys. Lapsi kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, aluksi erityisesti äidin kanssa. Tästä syystä terapiassa on välttämätöntä saada aikaan riittävä lapsen ja äidin välisen vuorovaikutuksen vastavuoroisuus sekä toimiva äidin ja terapeutin välinen suhde. Vanhempien ohjaus ja opastus kotihoitoon on mitä tärkeintä. Mikään terapia ei ole tehokasta, mikäli terapiatilanteessa saavutettua edistystä ei siirretä jokapäiväisiin aktiviteetteihin. (Velickovic – Velickovic Perat 2004: 115.)

Velickovicin ja Velickovic Peratin (2004: 118) mukaan terapian tulee olla vuorovaikutuksellinen positiivinen kokemus lapsen ja terapeutin välillä. Lasta tulee aina arvostaa. Terapian tulee olla mukavan haastavaa lapselle, ja se tulee sovittaa lapsen persoonallisuuden, mielenkiinnon kohteiden ja potentiaalın mukaan. Terapeutin omistautuminen ja realistiset odotukset tulosten suhteen motivoivat vanhempia. Vanhemmille tulee selittää huolellisesti terapian sisältö ja tavoitteet. Terapiaa tulee jatkaa, kunnes toivotut tulokset on saavutettu.

Haastattelemamme fysioterapeutit loivat suhdetta lapseen laulaen ja leikkien ja yhdistivät terapian lauluihin ja leikkeihin. Fysioterapiassa käytettiin apuna monipuolisesti erilaisia välineitä, esimerkiksi palloja, peilejä ja leluja. Lisäksi terapiassa hyödynnettiin runsaasti manuaalista ohjausta. Leikki on lapselle erittäin tärkeää maailman ymmärtämisen, ihmissuhteiden solmimisen, oppimisen sekä itsensä tuntemisen kannalta. Lapsi kuitenkin leikkii vain, jos hänellä on turvallinen olo ja luottamus ympäristöön. (Zimmer 2002: 69.) Siksi myös lasten kanssa työskentelevän fysioterapeutin on kiinnitettävä huomiota terapiatilanteen turvalliseen ilmapiiriin, jotta terapian toteuttaminen leikin avulla olisi mahdollista.

”Lapsen kanssa keinot on moninaiset, käytetään paljon motivoivia leluja ja liikuntavälineitä. Palloja ja kiikkuja, ihan sitten leluja. Peili on yks hyvä semmonen, mitä paljon käytetään. Monipuolisia harjoitusvälineitä... Leikin varjolla. Leikki on lapsen työtä, että se terapia siihen leikkiin ympäteen. Siitä se lähtee, paljon lauletaan”

”Sellaisia ärsykeitä hakemalla, myötäilemällä lapsen leikkiä ja mielenkiinnon kohteita. Laulua ja leikkiä ja loruja. Väkisin ei voi tehdä. Pienet asiat. Mielilelu. Lapsen mielenkiinnon suuntaaminen johonkin, mikä aktivoi.”

”Ne oli ne mun kädet, jotka ohjas koko ajan. Ja mä niitä ohjasin sitten vanhemmille ja he teki tai tässä äiti ja mummo tekivät niitä samoja juttuja aina kun poika pyrki ylöspäin.”

Yhteistoiminnallinen päätöksenteko. Fysioterapeutit kertoivat lasten fysioterapian toteutuksessa yhteistoiminnallisen päätöksenteon suhteessa vanhempiin olevan olennaista. Kerran tai kaksi viikossa toteutettu fysioterapia terapeutin vastaanotolla ei ollut riittävää. Terapeuttinen käsittely tuli siirtää lapsen arkeen. Fysioterapeuteilla oli kokemuksia yhteistyökykyisistä lapsen terapian tarpeen sisäistäneistä vanhemmista sekä niistä, jotka vielä lapsen terapian kestäessä työstivät lapsensa tilanteen hyväksymisprosessiaan. Tämä saattoi vaikuttaa tavoitteiden asettamiseen, terapian toteuttamiseen ja edistymiseen.

”Se on kaiken a ja o, että eihän kaks kertaa viikossa tunnin verran se ei oo mitään. Tavallaan siinä annetaan niitä ohjeita, joita vanhemmat toteuttaa... Käytännössä se meni hirveen mukavasti niinkun siinä perheessä.”

”Siinä [vanhempien sitoutumisessa terapiaan] oli aluksi ongelmaa, he eivät halunneet hyväksyä, että tällä on tällöinen diagnoosi eivätkä halunneet uskoa, mitä se tuo tullessaan.”

Haastateltavat puhuivat usein ”vanhemmista”, mutta äidin rooli terapiatilanteissa korostui erikseen mainiten. Isän rooli ei tullut lapsen terapiaan osallistumisen yhteydessä esiin niin paljon kuin äidin. Oliko isän osallistumisen määrä perheen valinta?

”Sanotaan, että ensimmäinen puoli vuotta meni, että tää lapsi itki aina kun, äidin sylissä ensimmäiset kerrat hän oli äidin sylissä ja mä loin kontaktia.”

Päätöksenteko opettamisessa. Lasten fysioterapiaan kuului lapsen ja lapsen vanhempien opettamista. Lapselle opetettiin esimerkiksi konttausta ja vatsallaan oloa sekä laulun, leikin ja lelujen avulla että manuaalisesti ohjaten. Vanhemmille lapsen käsittelyä piti sanallisen ohjauksen ohella näyttää konkreettisesti. Ohjaamiseen ja opettamiseen saattoi kulua runsaastikin aikaa, mutta haastattelemissamme tapauksissa tuloksia syntyi ja tavoitteita saavutettiin lapsen mahdollisen diagnoosin asettamissa rajoissa.

”Tällä lapsella oli halu, mutta siltä puuttu täysin keinot, että millä tavalla hän olis niinkun tavallaan mallitettiin ihan, että ensin polvilleen ja sieltä sitten toispolviseisannon kautta ylös.”

Fysioterapeutit pitivät vanhempien kanssa tehtävää työtä itsestäänselvyytenä. Fysioterapeutit tuntuivat ymmärtävän yhteistyön siten, että he ohjeistivat ja vanhemmat toteuttivat. Haastatteluista sai kuvan, että fysioterapeutti oli asiantuntija, joka ohjasi vanhempia.

Kovanen (2004: 114) toteaa ammattilaisen asiantuntijuuden perustuvan osin koulutuksen tuomaan ammatilliseen tietoon ja osittain kokemuksen ja toimintaympäristön kautta kertyneeseen tietoon. Ammatillisen tiedon arvostus johtaa yhteistyössä helposti siihen, että vanhempien maallikkoasiantuntijuus jää sivuun.

Terapiatilanteissa fysioterapeutin asiantuntijuuden lisäksi perhe on tärkeä asiantuntija lapsen toiminnoissa ja hänen selviytymisessään eri toimintaympäristöissä. Vanhempien ohjaus ei siis ole pelkästään kuntoutuksen ajattelutapaan perehdyttämistä tai yksittäisten ohjeiden opettamista. Vanhemmille tulee tarjota vaihtoehtoja, ja heitä tulee auttaa arvioimaan ja päättämään, mitä tarvitaan. (Koivikko – Sipari 2006: 37, 102.) Haastatteluimme saaneet selville sitä, kuinka perheen asiantuntijuutta käytännössä hyödynnettiin. Terapiatilanteiden havainnointi olisi ehkä antanut meille toisen käsityksen.

”Vanhempien ohjaus on ykkösasia, muuten terapiasta ei ole mitään hyötyä jos ei saa perhettä mukaan. Tässä kyseisessä tilanteessa, kun ne oli niin paniikissa siitä. Niin tuntu, että olivat nuoria ja epävarmoja, niin meni paljon aikaa ja energiaa perheen ohjaa-

miseen. Sylissä pukeminen, esim. oli vaikeaa. Terapiaan liittyi pukeminen ja riisuminen. Totesin, että se ei onnistu, jos kerron äidille, miten se onnistuu, mä sitten otin sen lapsen syliin ja näytin. Se piti mallintaa.”

”Se 10 x meni siihen, sain tietysti tietoa siitä lapsesta, mutta se 10 x meni ihan vanhempien ohjaukseen.”

Ennusteisiin liittyvä päätöksenteko. Viivästyneen motorisen kehityksen taustalla oli usein lääketieteellinen diagnoosi. Opinnäytetyömme lapsilla oli hemiplegia, Prader-Willi-syndrooma ja matala lihasjänteys, jonka syytä ei tiedetty. Fysioterapeutit käyttivät kliinisessä päättelyssään lapsen lääketieteelliseen diagnoosiin tai omaan kokemukseensa perustuvaa ennakoivaa päätöksentekoa. He pyrkivät ennakoimaan lapsen tulevaa kehitystä diagnoosin perusteella, jotta kehitys voitaisiin ottaa terapiassa huomioon. Diagnoosin tai kokemuksen perusteella ennakoitavan kehityksen avulla fysioterapeutit pysyivät myös antamaan vanhemmille ennusteen lapsen terapian tuloksista. Pitkään kokemus lasten fysioterapian toteuttamisesta ei poistanut ennakoivaan päätöksentekoon liittyvää epävarmuutta.

”Tälle perheelle mä sitten jossain vaiheessa sanoin, tää tyttö lähtee ihan varmasti kävelemään. Sellainen tunne oli, siinä oli niin paljon hyvää. Pelkäsin kuitenkin, että lupasin liikaa, jos vaikka kyseessä olisikin joku etenevä sairaus. Sille käykin ihan huonosti. Sitä varoo sanomisiaan, jossain vaiheessa huomaa, että toiset on niin epävarmoja ja tilanne on ihan hyvä. Kokemus tuo sen, että alkaa erottua ne, että kuka kehittyy ja kuka ei, aina siinä on se, ettei voi oikeesti tietää..”

Eettinen päätöksenteko. Haastattelemamme fysioterapeutit eivät kertoneet kohdanneensa suuria terapian kulkuun tai tavoitteisiin liittyviä ristiriitoja. Tilanteet olivat joko niin yksiselitteisiä tai terapeutin asiantuntijuus niin vahva, että vanhemmilla ei ollut tarvetta kyseenalaistaa terapian toteutusta. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että kahdessa tilanteessa vanhemmat vielä työstivät omaa lapsensa diagnoosin hyväksymisprosessiaan: heillä ei ehkä ollut resursseja osallistua lapsensa terapian suunnitteluun tai sitoutua lapsen terapiaan.

Vain yksi fysioterapeutti mainitsi joutuneensa tekemään kompromisseja terapian kestäessä. Hän suostui kävelytuolin käyttöön vasten tahtoaan, ja tässä tapauksessa osoittautui, ettei se välttämättä ollut huono ratkaisu.

”No tää lapsi oli semmonen, että hän oli kuitenkin sillä tavalla oli hirveän niinkun virkeä, hän halus tutkia ympäristöä ja sitten äiti pisti hänet tuohon siihen kävelytuoliin, eliikkä sillä hän meni. Mä en olis halunna sitä, mutta kun aina on pakko tämmösessä tilanteessa monesti tehdä sitte vaikka sitä kontrollissa ja sitten rajattiin, että hän pienen hetken saa aina päivässä sillon kun äiti tarvitsee tehdä jotain hommia, niin saa olla siinä tuolissa. ... Sillä tavalla hän sai varmasti ensimmäiset kokemukset pystyasennosta ja sitten hän no ihan normaalisti lähti nousemaan tukea vasten.”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Fysioterapeutit kokivat hyödyntävänsä istuallaan liikkuvien lasten fysioterapiassa eniten pitkää työkokemustaan. Heidän toimintansa lähtökohtana oli teoreettinen viitekehys, kuten lapsen motorinen kehitys, minkä jälkeen keinot terapian toteuttamiseksi tulivat kokemuksesta. Lisäksi fysioterapeuttien mielestä työssä oli tärkeää jatkuva koulutus sekä moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi toiminta- ja puheterapeuttien kanssa.

Lasten fysioterapiadiagnoosia kysyttäessä fysioterapeutit antoivat vastauksena lääketieteellisen diagnoosin, kertoivat lapsen jääneen ilman diagnoosia tai että diagnoosi oli vielä kesken. Kuitenkin haastatteluista kävi ilmi, että lapsen tilanne oli arvioitu ja johonkin johtopäätökseen oli tultu.

Haastattelemiemme fysioterapeuttien kliinisessä päättelyssä korostuivat diagnostinen ja menettelytapoihin liittyvä päätöksenteko. Fysioterapeutit määrittivät lapsen diagnoosia lääketieteellisen diagnoosin kautta sekä lapsen normaaliin kehitykseen vertaamalla. Lääketieteellinen diagnoosi vaikutti kokemuksen ohella myös fysioterapeuttien ennustavaan päätöksentekoon. Terapiavaihtojen ja terapian toteutuksen kannalta merkittävin tekijä fysioterapeuteille oli Neurodevelopmental Treatment (NDT) –menetelmä. Kukin haastattelemamme fysioterapeutti oli käynyt NDT-koulutuksen ja kuvasi menetelmän

olevan lähinnä perusliikkumisen fasilitointia. Menetelmää käyttämällä he kokivat saavansa lasten fysioterapiassa tuloksia aikaan.

Fysioterapeutit korostivat haastatteluissa vanhempien osuutta istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapiassa. Terapia vain fysioterapeutin vastaanotolla ei heidän mielestään riittänyt lapsen motorisen kehityksen tukemiseen. He käyttivät kliinisessä päättelyssään paljon yhteistoiminnallista päätöksentekoa sekä päätöksentekoa opettamisessa. Vanhemmat saivat ohjausta siitä, kuinka heidän tuli toteuttaa terapiaa kotona. Vanhempien osuus terapiassa tuntuikin olevan enimmäkseen ohjeiden vastaanottamista ja niiden toteuttamista kotona. Fysioterapeutit eivät maininneet vanhempien osallistuneen terapiaan omilla ideoillaan. Perheiden asiantuntijuus tuntui haastattelujen perusteella jäävän ammatillisen asiantuntijuuden varjoon.

Vanhempien ohella fysioterapeuttien mielestä terapiassa tärkeää oli myös suhteen luominen lapseen eli vuorovaikutuksellinen päätöksenteko. Suhdetta luotiin lähinnä leikkien ja laulujen avulla sekä lasta manuaalisesti ohjaamalla.

Haastattelemamme fysioterapeutit eivät käytännössä juuri käyttäneet eettistä päätöksentekostrategiaa, koska he eivät kohdanneet ristiriitoja tai eettisiä ongelmatilanteita lasten terapiassa. Haastatteluista saamamme kuvan mukaan osa vanhemmista ei ollut vielä hyväksynyt lapsensa tilannetta, minkä seurauksena sitoutuminen lapsen terapiaan ei ehkä ollut täysin mahdollista.

Emme saaneet vastausta kysymykseen, tarvitsevatko istuallaan liikkuvat lapset pelkäämään tämän liikkumismuodon omaksumisen vuoksi fysioterapiaa. Haastatteluissa nousi esiin, että yksityisiin fysioterapialaitoksiin lähetetyillä istuallaan liikkuvilla lapsilla oli usein taustalla jokin lääketieteellinen diagnoosi. Näiden lasten fysioterapia ei siis kohdistunut ainoastaan istuallaan liikkumiseen, vaan he tarvitsivat muutenkin terapiaa.

10 POHDINTA

Sekä tutkimuksen tekijöinä että haastattelijoina olimme ensikertalaisia, mikä herättää monenlaisia kysymyksiä liittyen haastattelujen laatuun sekä aineiston kykyyn vastata

laatimiimme tutkimuskysymyksiin. Osasimmeko esimerkiksi laatia haastattelukysymykset siten, että pystyisimme selvittämään tutkimusongelmamme ja että haastateltavat ymmärtäisivät kysymykset tarkoittamallamme tavalla? Pystyimmekö luomaan tunnelman, jossa fysioterapeutit voisivat vastata mahdollisimman avoimesti? Pystyimmekö tekemään lisäkysymyksiä ja painostamaan fysioterapeutteja, jos he alkoivat puhua aiheen vierestä? Varmastikaan emme pystyneet kaikkia näitä asioita huomioimaan haastatteluja tehtäessä, mutta saimme kokemusta, jonka turvin uskomme kehittyneemme haastattelijoina.

Haastattelut sijoittuivat fysioterapeuttien työpaikoille, yksityisiin hoitolaitoksiin ja erityiskouluun. Ensimmäisen haastattelun aikana jouduimme vaihtamaan huonetta kesken haastattelun, mikä saattoi häiritä sekä haastateltavaa että meitä, ensimmäistä kertaa haastattelijoina toimivia opinnäytetyön tekijöitä. Toinen haastattelu tapahtui fysikaalisen hoitolaitoksen pienessä taukotilassa, jossa oli samaan aikaan muita fysioterapeutteja syömässä. Kolmannessa haastattelussa haastattelun keskeytti eräs erityiskoulun oppilas.

Haastattelut ajoittuivat keskelle fysioterapeuttien työpäivää, ja fysioterapeutit olivat varanneet haastatteluille tunnin aikaa. Fysioterapeuttien saattoi olla vaikea hypätä yhtäkkiä tilanteesta ja asiakkaasta toiseen. Koska lasten fysioterapiat niin sanotun peppukiittämisen osalta olivat lisäksi jo päättyneet, fysioterapeutit eivät välttämättä pystyneet enää samalla tavalla muistamaan terapiatilanteita kuin terapioiden ollessa vielä käynnissä. Ulkoiset tekijät niin haastattelupaikkojen kuin ajoituksenkin osalta saattoivat ainakin vaikuttaa haastattelumme laatuun.

Haastattelemillamme fysioterapeuteilla oli kullakin 20 vuoden työkokemus lasten fysioterapiasta, millä oli luultavasti vaikutuksensa heidän kliiniseen päättelyynsä. Ollisimmeko saaneet mahdollisesti erilaisia vastauksia, tuloksia ja johtopäätöksiä, jos olisimme haastatelleet vähemmän aikaa alalla olleita tai jopa vastavalmistuneita lasten parissa työskenteleviä fysioterapeutteja? Fysioterapeutit eivät olisikaan pystyneet käyttämään niin paljon kokemuksen tuomia keinoja kliinisessä päättelyssään, vaan heidän olisi pitänyt käyttää hyväkseen muita tietolähteitä. Erityyppisiä tuloksia ja johtopäätöksiä voitaisiin tehdä myös luokittelemalla aineisto eri tavoin: haastattelujen sisällönanalyysia tehdessä meistä tuntui siltä, että moni asia sopisi useamman strategian alle.

Emme pystyneet opinnäytetyöllämme selvittämään, tarvitsevatko istuallaan liikkuvat lapset ainoastaan tästä syystä fysioterapiaa. Konttausvaiheen merkityksestä lapsen kehitykselle emme löytäneet tieteellistä näyttöä. Ulkomaisten nettineuvontapalstojen mukaan ”peppukiittäminen” ei anna aiheutta huoleen: pääasia on, että lapsi liikkuu. (Esimerkiksi: <http://www.askamum.co.uk/Questions-and-answers/Search-Results/Glossary/Glossary-Bottom-shuffling/?&R=EPI-1692>). Suomessa neuvola lähettää istuallaan liikkuvat lapset fysioterapeutin arviointikäynnille, ja fysioterapeutti tutkii istuallaan liikkuvan lapsen ja päättää fysioterapian tarpeellisuudesta.

Fysioterapeuttien toiminnasta sai vakuuttavan kuvan: he tuntuivat tietävän, mitä olivat tekemässä. Vanhemmat eivät kyseenalaistaneet terapian toteutusta. Kahdessa tapauksessa perheet eivät kyenneet osallistumaan terapian suunnitteluun, mikä voi johtua siitä, että lapsen tilanteen suhteen vallitsi epätietoisuus. Tiedettiin, mikä lapsen lääketieteellinen diagnoosi on, mutta ei tiedetty, mitä se käytännössä merkitsee. Lapsen diagnoosi on koko perheen kriisi, ja vie varmasti oman aikansa päästä tilanteeseen, jossa tulevaisuutta diagnoosin kanssa voi suunnitella. Yhdessä tapauksessa, jossa lääketieteellinen diagnoosi oli selvä, ja äiti oli hyväksynyt tosiasiat, äiti pystyi osallistumaan terapiaan täyspainoisemmin.

Opinnäytetyössämme saimme siis käsityksen, että fysioterapeutin asiantuntijuus johti istuallaan liikkuvan lapsen fysioterapiatilannetta. Vaikka fysioterapian tulisi olla asiakaslähtöistä, voi olla, että vanhemmat odottavatkin erityistä osaamista vaativaa asiantuntijajohtoista kuntoutusta. Uskaltaako vanhempi ottaa ylipäättään vastuuta lapsensa kuntoutukseen liittyvistä asioista, koska uskoo kuntoutuksen vaativan erityistaitoja? Voiko vanhempien osallistumiseen vaikuttaa se, että kyse on oman lapsen fysioterapiasta?

Vanhempien kertomuksista ja osallistumisesta terapiaan olisimme luultavasti saaneet paremmin tietoa vanhempia haastatteleamalla tai terapiatilanteita havainnoimalla. Fysioterapeuttien haastatteluilla emme pystyneet juurikaan selvittämään vanhempien kokemuksia lapsensa tilanteesta, esimerkiksi lapsensa liikkumisesta ja muusta jälkeenjääneisyydestä. Emme myöskään saaneet selville sitä, miten fysioterapeutit käyttivät vanhempien kertomia kokemuksia hyödyksi fysioterapiassa. Luottivatko fysioterapeutit vain näkemäänsä, vai oliko vanhempien kertomuksilla osuus fysioterapeuttien kliinisessä päättelyssä? Koska kyseisten lasten fysioterapiat olivat haastatteluvaiheessa jo päät-

tyneet niin sanotun peppukiitämisen osalta, terapiatilanteiden havainnointia ei ollut mahdollista toteuttaa.

Opinnäytetyömme jatkotutkimuksena voisi pyrkiä selvittämään, mitä istuallaan liikkuville lapsille kuuluu viiden tai kymmenen vuoden kuluttua. Onko istuallaan liikkuminen vaikuttanut jotenkin lasten motoriikkaan tai oppimiseen? Miten lapsi on esimerkiksi oppinut ajamaan pyörällä tai hiihtämään? Onko lapsella mahdollisesti ongelmia sosiaalisten kontaktien luomisessa? Miten lapsi tulee koulussa toimeen muiden lasten kanssa?

Toinen idea opinnäytetyömme jatkoksi liittyy fysioterapeutin kliiniseen päättelyyn. Tässä opinnäytetyössä käsitelimme vain lasten parissa työskentelevien fysioterapeuttien kliinistä päättelyä. Minkälaisia kliinisen päättelyn strategioita muiden alojen, esimerkiksi neurologisella alalla työskentelevät, fysioterapeutit käyttävät päätyessään terapiaratkaisuihinsa? Miten kliinisen päättelyn prosessi etenee? Miten strategioiden käyttäminen muuttuu terapian edetessä? Käyttävätkö fysioterapeutit erilaisia strategioita tavatessaan asiakkaan ensimmäistä kertaa verrattuna terapiasuhteen päättymisvaiheeseen? Miten kliinisen päättelyn strategioiden käyttö vaihtelee, kun asiakkaat ovat eri-ikäisiä tai eri sukupuolta?

Fysioterapiadiagnoosikäsitteen järkevyyttä ja käytettävyyttä käytännön fysioterapiatyössä voisi myös ajatella tutkimuksen aiheeksi. Opiskelujen aikana fysioterapiadiagnoosikäsitteen merkitystä on korostettu: diagnoosin avulla tulee pystyä muodostamaan käsitys asiakkaan toimintakyvystä ja sen mahdollisista vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Diagnoosista on pystyttävä näkemään asiakkaan toimintakyvyssä ilmenevät tärkeimmät rajoitteet, joihin fysioterapialla pyritään vaikuttamaan. Haastatteluja analysoidessamme meitä hämmästyttivät nimenomaan vastaukset lapsen fysioterapiadiagnoosista: jokainen haastattelemamme fysioterapeutti ymmärsi vastauksista päätellen diagnoosikäsitteen hieman eri tavalla. Toimiiko fysioterapiadiagnoosi siis käytännössä yhtä hyvin kuin opiskelujen aikana olemme oppineet? Fysioterapeutti tekee asiakkaasta arvion, mutta onko tästä arviosta tarpeen käyttää nimikettä fysioterapiadiagnoosi.

Keskinäinen yhteistyömme sujui opinnäytetyön eri vaiheissa hyvin: pystyimme työskentelemään sekä itsenäisesti että yhdessä. Esimerkiksi suurimman osan teoriasta kirjoitimme itsenäisesti: jaoinme teoriaosuuden tasavertaisesti puoliksi. Yhdessä pyrimme analysoimaan haastattelujen tulokset ja pohtimaan johtopäätöksiä. Koimme parityös-

kentelyn sopivan meille, sillä pystyimme keskustelemaan työstämme rakentavasti, vaihtamaan mielipiteitä työhömmme liittyen sekä tarvittaessa motivoimaan toisiamme.

LÄHTEET

- Aaltonen, Marjo – Ojanen, Tuija – Sivén, Tuula – Vihunen, Riitta – Vilén, Marika
1997: Lapsen aika. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Edwards, Ian – Jones, Mark – Carr, Judi – Braunack-Mayer, Annette – Jensen, Gail M
2004: Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy* 84
(4). 312–329.
- Edwards, Ian – Jones, Mark – Higgs, Joy – Trede, Franziska – Jensen, Gail 2004: What
Is Collaborative Reasoning? *Advances in Physiotherapy* 6 (2). 70–83.
- Fetters, L – Kluzik J 1996: The Effects of Neurodevelopmental Treatment Versus Prac-
tice on the Reaching of Children With Spastic Cerebral Palsy. *Physical Ther-
apy* 76 (4). 346–348.
- Gallahue, David L – Ozmun, John C 1998: Understanding Motor Development Infants,
Children, Adolescents, Adults. USA: WCB/McGraw-Hill.
- Haajanen, Ritva – Niemelä, Tuula – Rajantie, Irmeli – Virtanen, Aini 2007: AIMS-
koulutus. Luentorunko. Lasten ja nuorten sairaala. HUS. Fysioterapia.
16.3.2007.
- Hakkarainen, Kai 2005: Asiantuntijuus ja oppiminen työelämässä - psykologisia näkö-
kulmia. Puheenvuoro Osaaminen murroksessa - työelämälähtöisen osaamisen
tunnistaminen ja tunnustaminen -seminaarissa. Helsinki: Helsingin yliopisto.
12.4.2005. Verkkodokumentti.
<<http://www.helsinki.fi/science/networkedlearning/material/HakkarainenEsiteilma2005a.pdf>>. Luettu 17.4.2008.
- Higgs, Joy – Jones, Mark 2000: Clinical Reasoning in the Health Professions. Second
Edition. UK: Butterworth Heinemann.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2001: Tutki ja kirjoita. 6.–7. pai-
nos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria
ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Huovinen, Terhi 2004: Liikunta havaintomotoriikan kehittämisen tukena. Opetusmonis-
te. Jyväskylän yliopisto. 13.10.2004. Verkkodokumentti.
<<http://users.jyu.fi/~tehuovin/terhi/havaintomotoriikka%20demo.pdf>>. Luettu
31.1.2008.
- Koivikko, Matti – Sipari, Salla 2006: Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Valkeakoski:
Vajaaliikkeisten Kunto ry.

- Koljonen, Maija 2006: Psykomotoriikasta tukea ja apua. Artikkelit Kasper-lehdessä (Suomen Kasvatus- ja perheneuvoliitto ry.) 4-5/2006. 32–35. Verkkodokumentti. <<http://www.psykomotoriikka.info/psykomotoriikka.html>>. Luettu 31.1.2008.
- Kovanen, Päivi 2004: Oppiminen ja asiantuntijuus varhaiskasvatuksessa. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.
- Metsämuuronen, Jari (toim.) 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Helsinki: International Methelp ky.
- Numminen, Pirkko 1997: Kuperkeikka varhaiskasvatuksen liikunnan didaktiikkaan. 3. painos. Helsinki: Lasten Keskus Oy.
- Salpa, Pirjo 2007: Lapsen liikkumisen kehitys. Ensimmäinen ikävuosi. Jyväskylä: Tammi.
- Shumway-Cook, Anne – Woollacott, Marjorie H. 2007: Motor Control. Translating Research into Clinical Practise. 3. painos. USA Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sillanpää, Matti – Herrgård, Eila – Iivanainen, Matti – Koivikko, Matti – Rantala, Heikki (toim.) 2004: Lastenneurologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Strid, Outi – Perheentupa, Jaakko 2003: Lapsen neurologisen kehityksen seuranta. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 24.10.2003. <http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae49050>. Luettu 29.1.2008.
- Suomen Fysioterapeuttiliiton työryhmä 1993: Fysioterapeuttiliiton suositus fysioterapialehden pääotsakkeiksi ja sisällöiksi. Fysioterapia 05/1993.
- Talvitie, Ulla – Karppi, Sirkka-Liisa – Mansikkamäki, Tarja 2006: Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Velickovic, Tatjana – Velickovic Perat, Milivoj 2004: Basic principles of the neurodevelopmental treatment. Medicina 42 (41). 112–120.
- Viholainen, Helena 2006: Suvussa esiintyvän lukemisvaikeusriskin yhteys motoriseen ja kielelliseen kehitykseen. Tallaako lapsi kielensä päälle? Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Zimmer, Renate 2002: Liikuntakasvatuksen käsikirja. Didaktis-metodisia perusteita ja käytännön ideoita. 2. painos. Helsinki: Lasten keskus.

TIEDOTE

Stadian fysioterapiaopiskelijat (Jaana Antila ja Pirjo Rajakangas) tekevät opinnäytetyön aiheesta:

1-vuotiaan lapsen erityinen liikemalli (ns. peppukiitäjyys), ja fysioterapeutin kliininen päättely fysioterapiaprosessissa.

Tutkimus tehdään haastatteluna, joka nauhoitetaan muistin tueksi. Haastattelunauhoja ei säilytetä eikä julkaista missään. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi perua koska tahansa. Tutkimustuloksia käsitellään nimettömästi opinnäytetyössä.

Haastatteluun osallistumisesta ei saa palkkiota tai korvausta.

Lisätietoja antavat:

Jaana Antila

jaana.antila@edu.stadia.fi

Pirjo Rajakangas

pirjo.rajakangas@edu.stadia.fi

SUOSTUMUS

Suostun haastatteluun, joka liittyy Stadian fysioterapiaopiskelijoiden, Jaana Antilan ja Pirjo Rajakankaan, opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksesta ja toteuttamistavasta olen saanut tietoa.

Haastattelu suoritetaan haastattelijan ja haastateltavan välisenä vuoropuheluna, joka nauhoitetaan. Haastattelu kestää noin tunnin. Osallistumiseni haastattelututkimukseen on vapaaehtoista. Tiedän, että saan syytä ilmoittamatta perua suostumukseni haastatteluun. Haastatteluun osallistumisesta en saa palkkiota eikä korvausta.

Suostumusasiakirja on laadittu kahtena kappaleena, yksi kullekin allekirjoittajalle
_____ ssa, _____.pnä _____ kuuta 2007

Suostumuksen antajan allekirjoitus

nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitukset

nimen selvennys

nimen selvennys

Haastattelurunko

Mitä käsitettä käytetään näistä lapsista, jotka omaksuvat istumisen liikkumistavaksi? Peppukiitäjä? Onko se uusi termi? Paljonko tällaisia lapsia on?

Mistä istuallaan etenemisen omaksuminen liikkumisen muodoksi mielestänne johtuu?

Jos mietitään tiettyä terapiassa käynyttä lasta, joka on peppukiitäjä, voitteko kuvailla, mitä tapahtui ensimmäisellä tapaamiskerralla? Mihin asioihin kiinnititte huomiota?

Mitä vanhemmat kertoivat?

Mikä tuli fysioterapiadiagnoosiksi?

* Terapian kokonaistavoite? Terapian osatavoitteet?

Kuinka usein ja kuinka monta kertaa yhteensä lapsi kävi terapiassa?

Onko Teillä käytössä jokin menetelmä / viitekehys?

* Millainen taustaideologia fysioterapian toteutuksessa on?

* Mikäli toteutate terapiaa NDT-menetelmän mukaisesti, miksi? Menetelmän edut?

* Jos käytössä ei ole menetelmää, millaisiin asioihin perustatte terapian?

Voitteko kuvailla lapsen terapian etenemistä?

* Täytyykö tehdä muutoksia terapiasuunnitelmaan? Muuttuivatko tavoitteet?

Voitteko kuvailla erilaisia keinoja, joilla ohjasitte / motivoitte lasta?

Voitteko kuvailla erilaisia harjoitusvälineitä, joita käytitte terapiassa?

Millaisena näette vanhempien roolin terapian toteutuksessa?

Annoitteko kotiharjoitteita? Voitteko kuvailla kotiharjoitteita?

Miten lapsen edistymistä seurattiin? Oliko käytössä mittari?

Mihin terapia päättyi?

Kokemuksenne mukaan, palaavatko nämä lapset syystä tai toisesta fysioterapiaan myöhemmin?

* Osaatteko sanoa, näkyykö istuallaan eteneminen lasten liikkumisessa tai muussa kehityksessä myöhemmin?

Jos arviointikäynnille tulee lapsi, jolla ei ole nähtävissä muuta liikkumisen ongelmaa kuin peppukiitäminen, tarvitseeko hän terapiaa? Jos tarvitsee, mihin perustatte terapian? Jos ei, miksi ei?

Minkälaiseen koulutukseen lapsia hoitavan terapeutin tulisi mielestänne hakeutua?

Haluatteko lisätä tai tarkentaa haastattelussa esiin tulleita asioita? Jäikö mielestänne jotain oleellista puuttumaan?