

**IKÄIHMISTEN LAITOSKUNTOUTUSTA TOTEUTTAVIEN
AMMATTILAISTEN KÄSITYKSIÄ LIIKUNNALLISEN
KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUSTA JA TOTEUTUKSESTA**

Marjo Wallin

Fysioterapian Pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Syksy 2002

TIIVISTELMÄ

Ikäihmisten laitoskuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsityksiä liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta

Marjo Wallin

Pro gradu- tutkielma, 70 s., liitteitä 3.

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, Fysioterapia.

Syksy 2002

Tutkimuksessa selvitettiin liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten käsityksiä ikäihmisten laitoskuntoutuskurssien suunnittelusta ja toteutuksesta. Kiinnostuksen kohteena oli se, millä perusteella ammattilaiset kertoivat valinneensa liikunnallisen kuntoutuksen kurssien sisällöt. Tutkimuksen kohderyhmä oli ikäihmisten laitoskuntoutusta toteuttavat liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset seitsemässä kuntoutuslaitoksessa. Tutkittavia oli yhteensä 15 henkilöä, joista 11 oli ammatiltaan fysioterapeutteja, kaksi toimintaterapeutteja ja kaksi liikunnanohjaajaa. Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi. Sana sanalta kirjoitetut haastattelut analysoitiin laadullisesti, käyttäen fenomenografista tutkimusmenetelmää.

Tutkimuksen tulokseksi saatiin kolme kuvauskategoriaa. ”Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoriassa ammattilaiset kertoivat selvittävänsä kuntoutujan kotitilanteen perusteellisesti. Lisäksi he kertoivat kuuntelevansa kuntoutujan näkemystä omista ongelmistaan ja tavoitteistaan. Perusteellisen toimintakyvyn kartoituksen jälkeen ammattilaiset kertoivat laativansa yhdessä kuntoutujan kanssa toimintasuunnitelman kuntoutukselle. ”Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoriassa ammattilaiset keskittyivät kuvauksissaan kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn ongelmien kartoittamiseen. Lisäksi he kertoivat huomioivansa kuntoutuksen sisällön suunnittelussa kuntoutujan kokemat tarpeet ja ongelmat. Ammattilaiset eivät maininneet kuntoutujan elinympäristön tai elämäntavan kartoittamisesta mitään. ”Asiantuntijan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoria muodostui kahdesta alakategoriasta. Näitä olivat ”Aikaisempi kokemus ikäihmisten laitoskuntoutuksesta” ja ”Liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta vastaa fysioterapeutti”. Kuvauskategoriassa ammattilaiset kertoivat kuntoutuksen sisällön perustuvan aikaisempaan kokemukseen ikäihmisten kuntoutuksesta. Kategorian kuvauksissa kuntoutujan oma kokemus ongelmistaan tai tarpeistaan ei päässyt kuuluville. Kuntoutujalle tyypillisiä arkiaskareita ja elämäntapaa ei kartoiteta. Kuntoutujalla on rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten käsitykset ikäihmisten kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta ovat painottuneita fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen ja parantamiseen. Kuntoutujien kokemat tarpeet huomioitiin ja tavoitteet laadittiin yhdessä vain osassa haastatteluja. Vain pienessä osassa haastatteluissa kerrottiin kuntoutujan elämäntilanteen ja kotiolojen kartoituksesta. Kuntoutujalla tulisi olla paremmat mahdollisuudet osallistua aktiivisesti kuntoutuksensa suunnitteluun ja toteutukseen. Näin liikunnallinen kuntoutus siirtyisi varmemmin osaksi kuntoutujan arkielämää.

Avainsanat: fenomenografia, käsitys, kuntoutuslaitos, vanhus

ABSTRACT

Professional's perceptions of planning and implementing geriatric inpatient rehabilitation

Marjo Wallin

Master's Theses, 70 p., 3 appendices

University of Jyväskylä, Faculty of the Sports and Health Sciences, Department of the Health Science, Physiotherapy

Autumn 2002

The aim of this study was to describe professional's perceptions of planning and implementing geriatric inpatient rehabilitation. Research interest focused on the professional's descriptions of the clinical reasoning process in rehabilitation regimen. Fifteen rehabilitation professionals, who were working in seven rehabilitation centers around Finland, were interviewed. Among the professionals, there were eleven physiotherapists, two occupational therapists and two exercise counselors. Semi structured interviews were conducted; the data was taped and transcribed word by word. The data was analyzed qualitatively, using phenomenographic method.

The results of the study were three categories of description. In "Rehabilitation regimen adjusted based on client's needs and everyday life" category of description, professionals described obtaining understanding about client's life conditions, client's perception of his problems and expectations. In addition professionals described conducting physical examination to learn about client's physical ability. Combining all above information professionals described formulating the goals and methods together with the client. In "Rehabilitation regimen adjusted based on the problems of client's functional ability" category of description, professionals described obtaining information about clients' physical capability and clients' perception about their problems. Obtaining information about client's life conditions or exercise habits was not mentioned. "Rehabilitation regimen adjusted based on expert's judgment" category of description consisted of two categories, "Previous experience gained in geriatric rehabilitation" and "Physiotherapist in charge of the planning". In this category of description professionals described the rehabilitation regimen being formulated based on the previous experience in the field of geriatric inpatient rehabilitation. Obtaining information about client's needs, expectations or life conditions was not mentioned. The clients had little or no direct influence upon the content of the rehabilitation regimen.

Conclusion of the study indicates that professionals' perceptions of planning and implementing geriatric inpatient rehabilitation were focused on examining and improving the physical capacity. Recognition of clients' subjective needs and his involvement in formulation of rehabilitation goals were present in a few interviews. Client's life conditions were obtained only in few interviews. Clients should have direct influence upon the planning and the implementation of the inpatient rehabilitation. Through client involvement rehabilitation may be transformed into the way of life.

Keywords: Phenomenography, perception, rehabilitation center and aged people

SISÄLLYS

1 Johdanto	1
2 Ikäihmisten kuntoutus	4
2.1 Geriatrinen kuntoutus.....	4
2.2 Liikuntainterventiot.....	6
2.3 Terveysneuvonta ja ohjaus fyysisen aktiivisuuden alueella.....	8
2.3.1 Teorioita fyysisen aktiivisuuden edistämisestä.....	9
2.3.2 Terveysthuoltoalan ammattilaisten antama terveysneuvonta.....	15
3 Tutkimusongelma.....	17
4 Tutkimuksen toteuttaminen.....	18
4.1 Fenomenografinen tutkimusmenetelmä.....	18
4.2 Kohderyhmä.....	21
4.3 Tutkimusaineiston keruu	22
4.4 Aineiston analyysi	25
5 Tutkimustulokset.....	33
5.1 Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö.....	33
5.2 Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö....	37
5.3 Asiantuntijan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö	41
5.3.1 Aikaisempi kokemus ikäihmisten laitostuntouksesta.....	42
5.3.2 Liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta vastaa fysioterapeutti.....	44
6 Pohdinta.....	48
6.1 Tutkimustulosten merkitys ja sovellettavuus	48
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	51
LÄHTEET	55
LIITTEET	
Liite 1 Geriatrisen laitostuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen ja mittausten kulkukaavio	
Liite 2 Haastattelurunko	
Liite 3 Esitietolomake liikuntaryhmien ohjaajille	

1 Johdanto

Suomessa on seuraavien 30 vuoden aikana enemmän ikäihmisiä kuin koskaan ennen. Syynä tähän on eliniän pidentyminen, kuolleisuuden aleneminen ja suurten ikäluokkien tuleminen eläkeikään. (Kela 2001.) Ikäihmisten selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään pyritään tukemaan useilla eri tukitoimilla. Valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämistä erityisesti vanhusväestölle. Periaatepäätöksessä tuodaan esille inaktiivisuuden heikentävän toimintakykyä. Lisäksi siinä tuodaan esille vähäisen fyysisen aktiivisuuden rajoittavan iäkkäiden itsenäistä arkitoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Uusimmassa kuntoutusselonteossa (2/2002) valtioneuvosto on asettanut kuntoutuksen haasteeksi vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitämisen. Keinoina toimintakyvyn ylläpitämiseen esitetään mm. riittävän intensiivistä liikuntaa ja uusien kuntoutuksen toimintamallien kehittämistä. Ikäihmisten kuntoutuksen tavoitteiden ja toimintakokonaisuuksien määrittelyn tulee tapahtua ikäihmisten omista lähtökohdista korostaen asiakkaan osallistumista ja kuntoutuksen suunnitelmallisuutta.

Vastatakseen ikärakenteen muutoksen antamiin tulevaisuuden haasteisiin Kela ja kunnat ovat yhteistyössä kuntoutuslaitosten kanssa alkaneet kehittää ikäihmisille soveltuvaa kuntoutusta. Vuonna 2000 alkoi Suomessa geriatrisen kuntoutuksen kehittämishanke. Kehittämishankkeen tavoitteena oli löytää ikäihmisten kuntoutumisen malli, jossa hyödynnetään eri toimijatahojen verkottumista. Kehittämishankkeen kuntoutujakohtaiset tavoitteet olivat toimintakyvyn säilyttäminen, kotona selviytymisen turvaaminen, omien voimavarojen tiedostaminen ja hyödyntäminen. Lisäksi kuntoutujalle laadittiin oma kuntoutusohjelma, joka perustui aktiiviseen, omatoimiseen kuntoutumiseen. Kuntoutusohjelman tavoitteena oli kuntoutujan motivoituminen kuntoutukseen. (Pohjolainen 2001.)

Geriatrisen kuntoutuksen kehittämishanke oli pilotti vuoden alussa 2002 alkaneelle geriatrisen laituskuntoutuksen vaikuttavuustutkimukselle. Se toteutetaan satunnaistettuna kokeellisena tutkimuksena, jossa valintakriteerit täyttävistä vanhuksista muodostetaan tutkimusryhmä ja vertailuryhmä. Tutkimusryhmän henkilöt osallistuvat alku- ja loppumittauksiin ja niiden

välissä he käyvät laitoskuntoutuskurssilla (yhteensä 21vrk). Myös vertailuryhmään kuuluville henkilöille tehdään alku- ja loppumittaukset, mutta he jatkavat kotonaan normaalien sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä. Tutkimuksen aineistona on mahdollisimman homogeeninen ryhmä kotona asuvia vanhuksia, joiden toimintakyvyn heikkeneminen on etenevää. Tutkimushankkeeseen osallistuvat, noin 700 vanhusta, valitaan sellaisista kunnista, jotka ovat osallistuneet Kelan geriatrisen kuntoutuksen kehittämishankkeeseen. Kuntoutus toteutetaan seitsemässä laitoksessa. Kuntoutuskursseja on yhteensä 44 ja niiden ryhmäkoko on 8 henkilöä. Samalle kurssille osallistuu kuntoutujia 1-3 kunnasta. (liite 1)

Tähän vaikuttavuustutkimukseen liittyy liikunnallisen kuntoutuksen osahanke. Tässä osahankkeessa selvitetään laadullisesti liikunnallisen kuntoutuksen sisältöä ja toteutusta. Aluksi tutkitaan kuntoutuskursseja toteuttavien ammattilaisten käsityksiä liikunnallisen osuuden sisällöstä ja toteutuksesta. Sen jälkeen tutkitaan ammattilaisten ohjaamia liikuntaryhmiä ja kuntoutuskursseille osallistuvien ikäihmisten käsityksiä kursseista ja niiden vaikutuksesta kotona selviytymiseen. Pro gradu-tutkielmani käsittää ammattilaisten käsityksiä tutkivan osuuden. Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten käsityksiä kartoitetaan käyttäen fenomenografista tutkimusotetta.

Järvikosken ja Härkäpään (2001, 5) mukaan kuntoutuksen arvioinnin haasteena on yhdistää sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä. Heidän mukaansa maailmalla, eri toimintasektoreilla, halutaan varmistua käytettyjen rahojen tarkoituksenmukaisesta käytöstä. ”Näyttöön perustuvia käytäntöjä” vaaditaan kaikilla aloilla, erityisesti terveydenhuollossa. Kirjoittajat tuovat esille, että toteutetun toiminnan vaikuttavuutta saadaan harvoin selville kartoittamalla pelkästään kohderyhmässä tapahtuneet muutokset. Toimintaa pitäisi pystyä myös jäsentämään ja kuvaamaan, jotta siitä pystyttäisiin esittämään johtopäätöksiä ja parannusehdotuksia. Heidän mukaansa on olennaista tietää mitä intervention aikana tapahtuu ja millaisten mekanismien kautta muutos tapahtuu.

Tässä tutkimusraportissa tarkastellaan ensimmäiseksi ikäihmisten kuntoutusta ja liikuntainterventioita. Kirjallisuuden avulla selvitetään eri käsitteitä ja tarkastellaan minkälaisilla interventioilla on todettu olevan vaikuttavuutta. Ikäihmisillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yli 65-vuotiaita henkilöitä. Lisäksi tarkastellaan erilaisia terveysneuvonnan teorioita, joita on sovellettu fyysisen aktiivisuuden edistämiseen. Näiden teorioiden kautta voidaan hahmottaa terveyskäyttäytymisen määrittäjiä. Uuden aktiivisemmän elämäntavan

omaksuminen on monimutkainen ja pitkä prosessi, jossa tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntijuutta ja osallistumista. Ikäihmisten pitkä elämänhistoria ja vanhenemisen tuomat muutokset antavat lisähaasteita terveystyöskäytymisen muutosprosessiin. Erityisesti Greenin ja Kreuterin (1999) kehittänyt PREDECE-PROCEED-malli, jonka Laitakari ja Miilunpalo (1998) ovat soveltaneet fyysisesti aktiivisen elämäntavan omaksumiseen antaa teoreettisen kehyksen, jonka kautta ikäihmisten laitospäästä tarkastellaan. Kuntoutusprosessi nähdään tällöin terveyden edistämisen keinona, jonka päämääränä on mahdollistaa ikäihmisen selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään. Tutkimusraportin alkuosassa esitetyt katsaukset tutkimustuloksiin ja teorioihin luovat taustan, jonka avulla tutkittavaa ilmiötä hahmotetaan. Fenomenografinen analyysi tapahtuu aineistolähtöisesti.

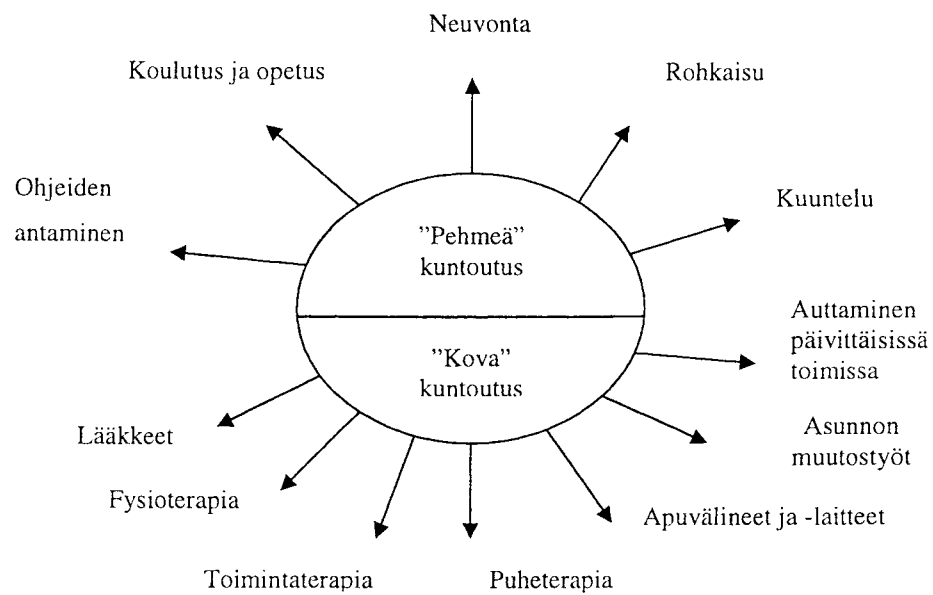
2 Ikäihmisten kuntoutus

2.1 Geriatrinen kuntoutus

Geriatrinen kuntoutus voidaan määritellä monimutkaiseksi prosessiksi, jossa moniammatillisesti pyritään parantamaan kroonisesti sairaan ikäihmisen elämänlaatua. Moniammatillisuudella tarkoitetaan useiden eri ammattiryhmien, kuten lääkäreiden, sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden, yhteistyötä. Geriatrisen kuntoutuksen päätavoitteet ovat ikäihmisten jäljellä olevien mahdollisuuksien tiedostaminen ja käyttöönotto, paluu arkiaskareiden pariin, oman roolin löytäminen ja sopeutuminen. (Young 1996.)

Kun puhutaan geriatrisesta kuntoutuksesta, tarkoitetaan yleensä akuutin sairauden tai vamman aiheuttaman suorituskyvyn laskun tai pitkäkestoisen inaktiivisuuteen liittyvän fyysisen ja psyykkisen vajaakuntoisuuden kohentamista (Valvanne 2001, 343). Geriatrinen kuntoutus muodostuu monista samanaikaisesti tapahtuvista toimenpiteistä, joita voidaan määritellä joko ”pehmeiksi” tai ”koviksi” (Kuvio 1). ”Pehmeitä” kuntoutustoimenpiteitä ovat mm. neuvonta, rohkaiseminen ja kuntoutujan kuunteleminen. ”Kovia” kuntoutustoimenpiteitä yhdistää terapiahenkilöstön tavalla tai toisella antama käsittely. (Young 1996.)

Tämä kuntoutustoimenpiteiden jako on teoreettinen. Käytännön kuntoutustyössä tätä jakoa koviin ja pehmeisiin kuntoutusmuotoihin tuskin esiintyy. Kuntoutuksen ammattilaiset käyttävät eri menetelmiä limittäin ja toinen toistaan tukevina. Lisäksi määrittelyssä käytetyt termit ”kova” ja ”pehmeä” saattavat antaa harhaanjohtavan mielikuvan käytettyjen menetelmien tehokkuudesta. Kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista riippuu se, millaiset kuntoutusmenetelmät ovat hänelle parhaita.



Kuvio 1 Tavallisia kuntoutustoimenpiteitä (Young 1996)

Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten tulokset ovat ristiriitaisia. Toisten tutkimusten mukaan kuntoutusinterventioilla näyttäisi olevan toimintakykyä parantava vaikutus (Landefeld ym. 1995) ja toisissa niillä ei ole todettua vaikutusta terveyteen (Reuben ym. 1995, Lindberg ym. 1998). Stuck ym. (1993) tekivät meta-analyysin geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta. He arvioivat tutkimuksessaan 28 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa oli yhteensä 4959 tutkimusryhmään ja 4912 vertailuryhmään kuuluvaa henkilöä. Meta-analyysin mukaan intensiivisellä laitostuntoutuksella oli eniten vaikuttavuutta. Myös pitkäaikainen seuranta oli vaikuttavaa eloonjäämisen ja toimintakyvyn edistämisen kannalta. Sen sijaan avohoidon ohjelmat olivat tehottomia toimintakyvyn tai kognitiivisten taitojen edistämisen kannalta.

Vaikuttavuustutkimuksissa raportoidaan usein hyvin niukasti tutkittujen interventioiden sisältöä, mikä vaikeuttaa tutkimusten vertailua keskenään. Menetelmäosiossa saatetaan mainita lyhyesti geriatrin, sosiaalityöntekijän ja sairaanhoitajan tutkimus ja moniammatillinen yhteistyö, kuntouttava hoitotyö sekä kuntoutus tai fysioterapia (Landefeld ym. 1995, Reuben ym. 1995). Meta-analyyseissä ei interventioita ole mainittu (Stuck ym. 1993, Lindberg ym. 1998). Ikäihmisen saaman kuntoutuksen sisältö jää näissä tutkimuksissa tarkemmin raportoimatta. Intensiivinen laitostuntoutus voi tarkoittaa hyvin erilaisia asioita eri maissa.

Näiden vaikuttavuustutkimusraporttien perusteella ei pysty suunnittelemaan tehokasta ja todetusti vaikuttavaa kuntoutuskurssin sisältöä ikäihmisille.

2.2 Liikuntainterventiot

Ikääntyessä useat toimintakyvyn osa-alueet heikkenevät. Kuitenkin toiminnanvajausten alkamisajankohta, etenemisnopeus ja niiden vaikutukset itsenäiseen selviytymiseen arjessa ovat hyvin erilaiset eri henkilöillä (Heikkinen 2000, 220.) Fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäjänä. Aktiivisilla elintavoilla eli hyötyliikunnalla ja arjen askareita suorittamalla ikäihminen ylläpitää toimintakykyään. Toimintakykyyn vaikuttavat useat seikat, joita ovat mm. vanhenemisprosessi, sairaudet ja elinolot. (Heikkinen ja Ilmarinen 2001.)

Tulokset ikääntyneille suunnattujen liikuntainterventioiden vaikuttavuudesta ovat osittain ristiriitaisia. Liikuntainterventiot ovat olleet vaikutuksiltaan tehokkaita (Fiatarone ym. 1994, Rantanen 1995, Westhoff ym. 2000, Sullivan ym. 2001), mutta toisaalta interventiot eivät ole vaikuttaneet ikääntyneiden toimintakykyyn ja tasapainoon (Berg ja Lapp 1998, McMurdo ym. 2000). Bergin ja Lappin (1998) tutkimuksessa koehenkilöt olivat 65-84-vuotiaita (keskiarvo 72.9 vuotta) terveitä ja liikunnallisesti aktiivisia, kotonaan itsenäisesti asuvia ikäihmisiä. Heidän toimintakykynsä oli hyvä jo tutkimuksen alkutilanteessa, eikä matalalla ja keskitason intensiteetillä toteutettu kahdeksan viikon liikuntaohjelma saanut aikaan mitattavia muutoksia.

Sen sijaan tutkimuksissa, joissa koehenkilöillä on ollut jo toimintakyvyn alenemaa ja lihasheikkoutta sekä aikaisempia kaatumisia, on todettu lihasvoiman (Fiatarone ym. 1994, Hauer ym. 2001) tasapainon (Rose ja Clark 2000, Protas ym. 2001) ja kävelyn parantuneen (Protas ym. 2001). Liikuntainterventioissa, jotka lisäsivät koehenkilöiden lihasvoimaa, käytettiin korkeaintensiteettistä harjoitteluohjelmaa (70–90% yhden kerran maksimisuorituksesta, 8–10 toistoa ja kolme sarjaa/harjoitettava lihasryhmä) (Fiatarone ym. 1994, Hauer ym. 2001). Myös ikääntyneille järjestettyjen liikunnallisten interventioiden harjoittelujakson pituudella on ollut yhteys fyysisen toimintakyvyn muutokseen (Pollock ym.

1998). Lyhytjaksoiset interventiot vaikuttavat enemmänkin ikääntyneiden mielialaan ja sosiaaliseen viihtyvyyteen, kuin fyysiseen toimintakykyyn (Pohjolainen ja Huuhka 1997).

Gillespien ym. (2002) laativat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ikääntyneiden kaatumista ehkäisevistä interventioista. Vaikuttavia olivat sellaiset interventiot, joissa terapeutti suunnitteli ja ohjasi asiakkaan kotona yksilöllisen voimaharjoittelu- ja tasapaino-ohjelman. Kotona tehty riskiarviointi ja muutostyöt sekä moniammatillinen terveyteen ja ympäristöön liittyvien kaatumisriskien kartoittaminen oli tehokasta niiden vanhusten kaatumisten ehkäisyssä, jotka olivat kaatuneet. Ryhmässä tapahtuva harjoittelu, kodin vaarojen arviointi sellaisten ikäihmisten kohdalla, jotka eivät olleet vielä kaatuneet sekä vanhainkodeissa toteutettavista kaatumisten ehkäisyohjelmista ei ole näyttöä. Interventio, jolla ei ollut vaikuttavuutta, oli kaatuneiden ja yläraajansa murtaneiden naisten reipas kävelyryhmä.

Liikuntainterventioiden positiiviset vaikutuksen henkilön toimintakykyyn saattavat jäädä lyhytaikaisiksi, mikäli he eivät omaksu pysyvästi liikunnallisesti aktiivista elintapaa. Hirvensalon ym. (2000) seurantatutkimuksessa kartoitettiin 1109:n, 65–84-vuotiaan, kotona asuvan jyvaskyläläisen terveydentilaa ja liikunta-aktiivisuutta. Tulokset osoittivat, että liikuntarajoitteet ja inaktiivisuus ennustivat tulevaa toimintakyvyttömyyttä ja kuolemaa kahdeksan vuoden seuranta-aikana. Ikääntyneillä henkilöillä lihasvoima onkin positiivisesti yhteydessä itsenäiseen selviytymiseen ja elämän laatuun (Rantanen ym. 1994, Laukkanen 1998, Beissner ym. 2000, Warburton ym. 2001). Liikunnan positiivisista vaikutuksista ikäihmisten toimintakykyyn ja itsenäiseen suoriutumiseen on paljon näyttöä, mutta kuitenkin monet ikäihmiset ovat liikunnallisesti passiivisia (Christmas ja Andersen 2000, Hirvensalo ym. 2000).

Ikäihmisten inaktiivisuuden syyt ovat moninaiset, useimmin huono terveys (Whaley ja Ebbeck 1997, Conn 1998, Hirvensalo ym. 2000, Satariano ym. 2000) ja kiinnostuksen puute (Hirvensalo ym. 1998, O'Brien Cousins 2001). O'Brien Cousins (2001) totesi tutkimuksessaan, että 57–92-vuotiaat liikunnallisesti inaktiiviset naiset tiesivät liikunnan edulliset vaikutukset terveyteen, mutta eivät pitäneet liikuntaa olennaisena tekijänä omassa elämässään. Tutkija tiivistää liikunnallisesti inaktiivisten ikäihmisten itsensä tuottamaa kertomusta seuraavasti: eläkeläisenä ei tarvitse sitoutua mihinkään, terveet eivät tarvitse liikuntaa, sairaana ei pidä liikkua ja liikunnan harrastaminen on itsekästä.

2.3 Terveysneuvonta ja ohjaus fyysisen aktiivisuuden alueella

Geriatrisen kuntoutuksen eräänä tavoitteena on rohkaista ikäihmistä ylläpitämään toimintakykyään omaksumalla fyysisesti aktiivinen elämäntapa (Pohjolainen 2001). Ikäihmiset eivät muodosta yhtenäistä vanhusten joukkoa, vaan he ovat mm. iältään, sukupuoleltaan, terveydentilaltaan ja fyysiseltä kunnoltaan heterogeeninen ryhmä. Terveydenedistämässä näiden erilaisuuksien huomioon ottaminen on tehokkaan intervention edellytys. (Cattan 2001, 19.) Osa ikäihmisistä on fyysisesti aktiivisia ja osa inaktiivisia, kuten Hirvensalo ym. (2000) totesi pitkittäistutkimuksessaan jyvaskyläläisaineistosta. Siinä fyysisesti aktiivisia löytyi sekä itsenäisesti liikkuvien että liikuntarajoitteisten ryhmistä. Toisaalta 43 % tutkimukseen osallistuneista 1109 ikäihmisestä oli fyysisesti inaktiivisia.

Ikäihmisten heterogeenisyys luo haasteita laitospääntoutuksen toteuttamiseen ja erityisesti fyysisen aktiivisuuden edistämiseen. Motivoitaessa liikunnallisesti passiivista ikäihmistä liikkumaan tulee selvittää huolellisesti hänen aikaisempi liikkumishistoriansa, viimeaikainen liikunnallinen aktiivisuutensa, itsearvioidut esteet ja syyt liikkumattomuudelle, liikkumismotivaatio sekä hänen mieluisin tapansa liikkua (Christmas ja Andersen 2000, O'Brien Cousins 2001).

Inaktiivisten ikäihmisten houkuttelemiseksi liikunnan pariin tulisi heille tarjota turvallisia ja rohkaisevia, mutta samalla haastavia liikuntakokemuksia (Männistö 1996, Resnick ja Spellbring 2000). Terveiden edistämistä fyysisen aktiivisuuden avulla on tutkittu erilaisten teoreettisten mallien avulla (Allegrante ym. 1993, Laitakari ja Miilunpalo 1998, Epel ja Regev 2000, Hillsdon ym. 2002), joista yleisimmin käytössä olevia tarkastellaan seuraavaksi. Sen jälkeen esitellään tehtyjä tutkimuksia terveydenhuoltoalan ammattilaisten antamasta terveysneuvonnasta.

2.3.1 Teorioita fyysisen aktiivisuuden edistämisestä

Terveyden edistämisen teorioita on alettu käyttää 1970-luvulla fyysisen aktiivisuuden edistämistä käsittelevissä tutkimuksissa (Godin 1994). Terveysuskomus-mallissa (Health-Belief Model; Strecher ja Rosenstock 1997) on oletuksena, että henkilö voi omaksua terveyttä edistävän elämäntavan vain, jos hän kokee terveytensä olevan uhattuna ja ajattelee suositellun elämäntapamuutoksen vähentävän hänen riskiään sairastua. Terveysuhan kokemiseen vaikuttaa henkilön käsitys alttiudestaan sairastua ja toisaalta mahdollisen sairastumisen vaikutus hänen elämäänsä. Henkilön uskon elämäntapamuutoksen hyödyllisyydestä vaikuttaa myös hänen käsityksensä suositellun elämäntavan eduista sekä hänen käsityksensä ehdotettuun toimintaan osallistumisen todellisista tai ajatuksellisista esteistä. Godin (1994) laatimassa yhteenvedossa empiirisistä tutkimuksista terveysuskomus-mallin toimivuudesta fyysisen aktiivisuuden edistämisen alueella ei saatu selkeää näyttöä.

Prochaskan kehittämää transteoreettista mallia yksilön käyttäytymismuutoksen vaiheista käytettiin ensimmäiseksi tutkimuksessa, joka tarkasteli tupakoinnin lopettamista (Prochaska ja DiClemente 1983). Sittemmin mallia on käytetty muissa yhteyksissä, kuten liikuntaharrastuksen omaksumisessa (Sonstroem 1988). Transteoreettisessa mallissa henkilön käyttäytymismuutos tapahtuu kuuden eri vaiheen kautta. Nämä vaiheet ovat luonteeltaan sekä pysyviä että muuttuvia. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että henkilö esimerkiksi jatkaa terveydelle haitallista elämäntapaansa vuosikausia, eikä koe tarvetta muuttaa käyttäytymistään. Kuitenkin jossain vaiheessa hänen elämässään voi tulla hetki, jolloin hän alkaa miettiä elämäntapaansa uudesta näkökulmasta.

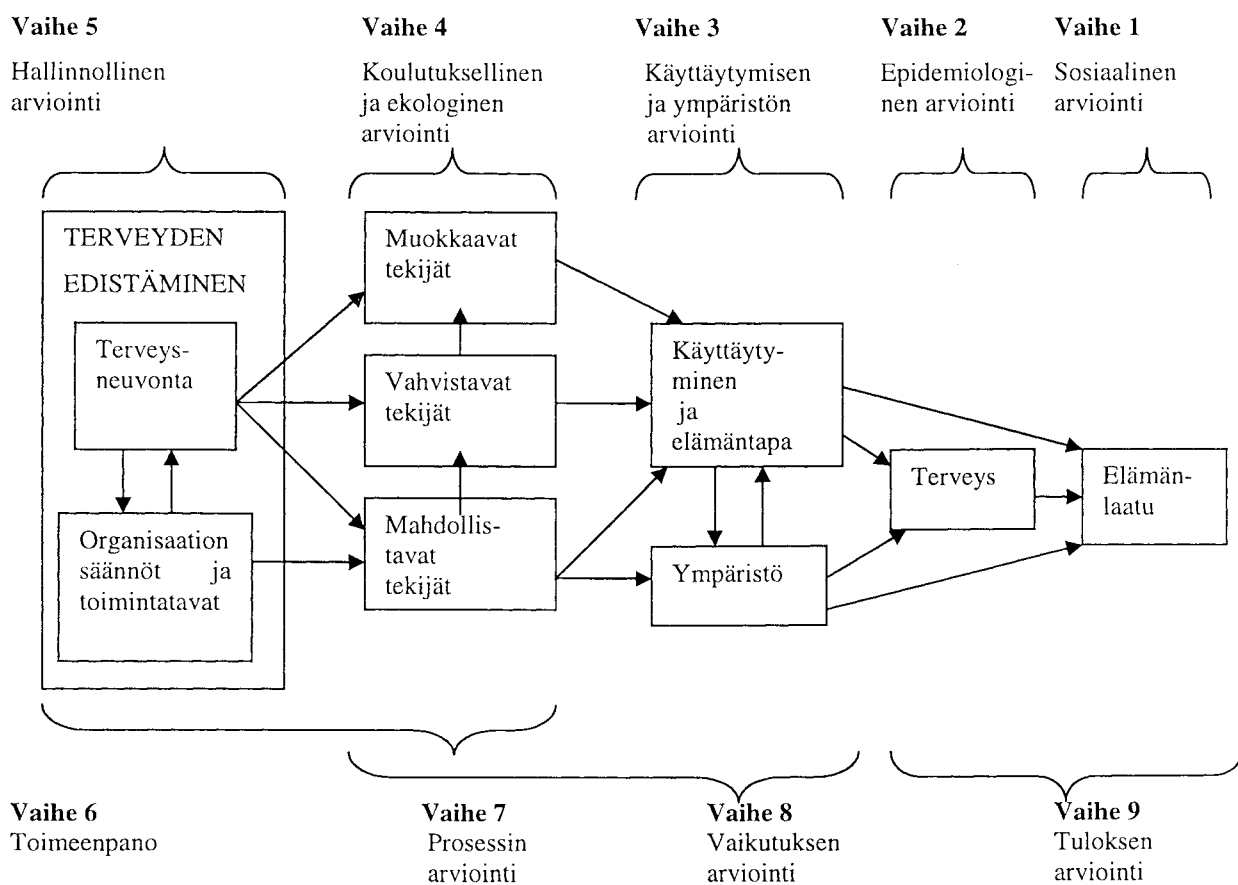
Esiharkintavaiheessa yksilö ei aio muuttaa käyttäytymistään tulevaisuudessakaan. Tämä saattaa johtua useista eri seikoista, mm. tietämättömyydestä nykyisen käyttäytymisen seurauksista tai puolustautumisesta sosiaalista muutospainetta vastaan. Esiharkintavaiheessa olevan henkilöt näkevät nykyisen käyttäytymisensä edut suurempina kuin mahdolliset haitat. Harkintavaiheessa henkilö harkitsee vakavasti muuttavansa käyttäytymistään seuraavan kuuden kuukauden aikana. He arvioivat nykyisen käyttäytymisensä edut ja haitat yhtä suurina. Tämä vaihe saattaa kestää useita vuosia henkilön harkitessa muutosta mutta viivyttellessään sen aloittamista. Seuraavassa vaiheessa henkilö valmistautuu muutokseen seuraavan kuukauden aikana. Hänellä on toimintasuunnitelma ja hän on saattanut kokeilla uutta

toimintaa, mutta ei ole vielä ryhtynyt toteuttamaan sitä säännöllisesti. Henkilö näkee tähänastisen käyttäytymisensä haitat suurempina kuin sen edut. Toimintavaiheessa oleva henkilö on muuttanut käyttäytymistään viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana, kuten alkanut liikkua säännöllisesti kolme kertaa viikossa. Tämä vaihe on suuren muutoksen aikaa, mutta samalla myös herkkä epäonnistumisille. Ylläpitovaiheen katsotaan alkaneen, kun henkilö on noudattanut säännöllisesti uutta käyttäytymismallia vähintään kuusi kuukautta ja hänellä ei ole enää riskiä palata takaisin vanhaan käyttäytymiseensä. Päättymisvaiheella tarkoitetaan henkilön saavuttamaa tilaa, jossa hänellä ei ole enää kiusausta palata takaisin vanhaan käyttäytymiseensä. Liikunnallisen aktiivisuuden omaksumisessa tällä tarkoitetaan kiusausta palata takaisin inaktiiviseen elämäntapaan. (Prochaska ja Marcus 1994.)

Kolmas malli lähestyy terveyttä edistävää muutosta edellisiä laaja-alaisemmin ottaen huomioon yksilön lisäksi terveyteen vaikuttavat muut tekijät, kuten ympäristö ja terveydenhuolto järjestelmä. PRECEDE ja PROCEED- mallissa (Green ja Kreuter 1999) on yhdeksän askelmaa, jotka muodostavat jatkumon suunnittelun, käyttöönoton ja arvioinnin vaiheista. (kuvio 2) Mallin tarkoituksena on koota ja organisoida terveyden edistämisen teorioita ymmärrettäväksi ja systemaattiseksi kokonaisuudeksi. Mallia on käytetty runsaasti terveyden edistämisen tutkimuksissa ja kliinisessä toteutuksessa viimeksi kuluneiden kolmenkymmenen vuoden aikana.

PRECEDE-mallin nimi tulee englanninkielisistä sanoista *predisposing* (muokata), *reinforcing* (vahvistaa), *enabling* (mahdollistaa), *constucts* (rakenteet), *educational/ecological* (koulutuksellinen/ekologinen), *diagnosis* (mallin uusimmassa versiossa tällä tarkoitetaan diagnosoinnin sijasta arviointia, koska mallissa ollaan haluttu välttää lääketieteellispainotteisuutta) ja *evaluation* (arviointi, jolla viitataan suunnittelun ja täytäntöönpanon arviointiin). PROCEED-mallin nimi tulee sanoista, *policy* (toimintatavat), *regulatory* (ohjaavat), *organizational* (organisaation), *constructs* (rakenteet), *educational* (koulutuksellinen), *environmental* (ympäristön) *development* (kehitys). Mallissa (kuvio 2) näkyy kolme ulottuvuutta; terveyden edistämisen suunnittelu, joka etenee oikealta vasemmalta (vaiheet 1-5); terveyden edistämisen täytäntöönpano, joka etenee vasemmalta oikealle (vuokaavio nuolineen) ja terveyden edistämisen arvioinnin vaihe, joka etenee myös vasemmalta oikealle (vaiheet 6-9). (Green ja Kreuter 1999, 34–35.)

PRECEDE



PROCEED

Kuvio 2 PRECEDE-PROCEED-mallin yleinen esitys terveyden edistämisen prosessista (Green ja Kreuter 1999, 35.)

PRECEDE-PROCEED-mallissa lähdetään liikkeelle terveyden edistämisen lopputuloksesta eli yksilön tai ryhmän elämänlaadusta. Terveyden edistämisen suunnitteluprosessi aloitetaan kysymällä: Miksi? ja vasta sitten kysymällä: Miten? Mallin kehittäjät uskovat, että ennen terveyden edistämisen aloittamista tulee selvittää, mitkä ovat terveyden ja elämänlaadun määrittäjät. Mallissa lähdetään liikkeelle ensimmäisenä sosiaalisesta tilanneanalyysistä (vaihe 1), jolla tarkoitetaan kohdeyhteisön tai henkilön huolenaiheiden, vaikeuksien ja toiveiden selvittämistä. Tämä tapahtuu rohkaisemalla henkilöitä arvioimaan itse omia tarpeitaan ja

ajatuksiaan. (Green ja Kreuter 1999, 37–38.) Ikäihmisten laitospääntoutukseen sovellettuna tämä tarkoittaisi pääntoutujien kuvaamia ongelmia kotona selviytymisessä ja heidän pääntoutukselle asettamiaan tavoitteita. Monelle ikäihmiselle omien tarpeiden pohtiminen saattaa olla vaikeaa. Pääntoutuksen ammattilaisten tehtävänä onkin virittää keskustelua ja pohdintaa sekä rohkaista ikäihmisiä ottamaan aktiivinen rooli oman elämänsä toimijoina.

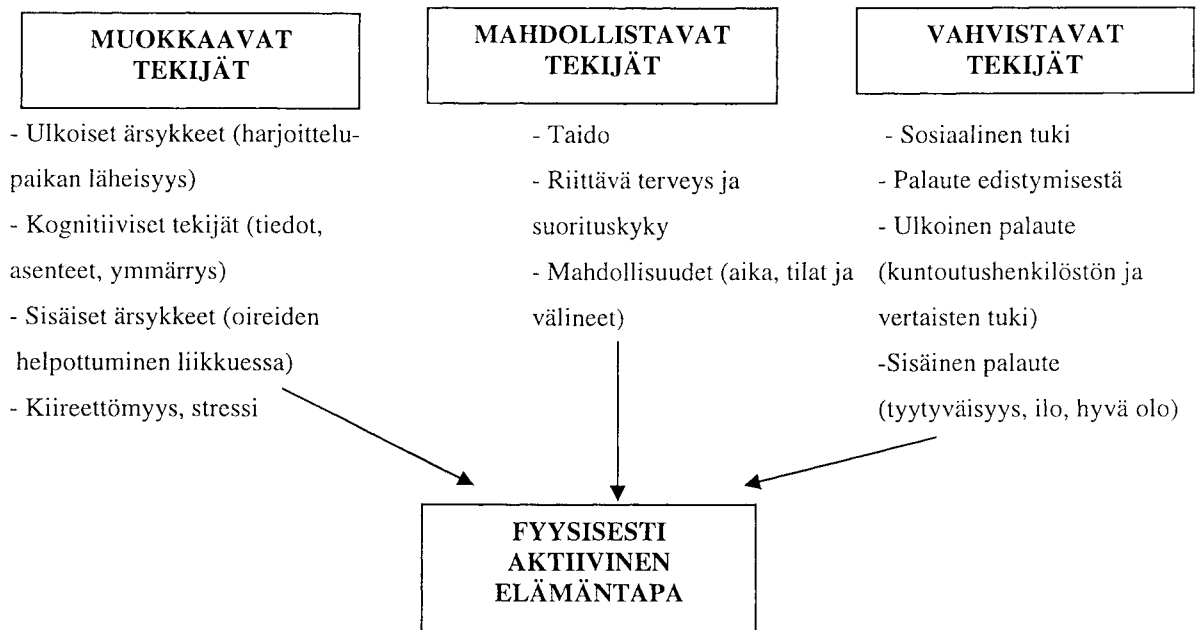
Toisessa vaiheessa pyritään selvittämään millaiset terveysongelmat ovat syynä kohdejoukon tai yksilön ongelmiin. Ammattilainen käyttää tässä vaiheessa hyväkseen kaikkea aiheesta olemassa olevaa tietoa, kuten henkilölle tehdyn tutkimuksen tuloksia ja epidemiologisten sekä lääketieteellisten tutkimusten tuloksia. Näiden avulla muodostetaan lista yksilön elämänlaatua heikentävistä terveysongelmista. Tämän jälkeen valitaan se terveysongelma, johon on tärkeintä panostaa resurssit. (Green ja Kreuter 1999, 38.) Ikäihmisten laitospääntoutukseen sovellettuna tällä vaiheella tarkoitetaan pääntoutujan terveydentilan ja erityisesti hänen toimintakykynsä kartoittamista. Lisäksi ammattilainen käyttää olemassa olevaa tutkimustietoa pohtiessaan ikäihmisten toimintakykyä uhkaavia ja heikentäviä asioita. Näiden kahden osaluheen kartoituksen perusteella ammattilainen pyrkii yhdessä pääntoutujan kanssa löytämään tärkeimmän ongelman, johon pääntoutustoiimenpiteet kohdennetaan.

Kolmannessa vaiheessa kartoitetaan valittuun terveysongelmaan yhteydessä olevia tekijöitä liittyen käyttäytymiseen ja ympäristöön. Käyttäytymisellä tarkoitetaan kohderyhmän tai henkilön hoitomyöntyvyyttä, kulutustapoja, itsehoidon käyttöä ja selviytymistä yms. Ympäristöllä tarkoitetaan yksilön ulkopuolisia seikkoja, jotka ovat muovattavissa tukemaan käyttäytymistä, terveyttä ja elämänlaatua, esim. taloudellinen tilanne, fyysinen ympäristö, saatavilla olevat palvelut ja sosiaaliset suhteet. (Green ja Kreuter 1999, 39–40.) Sovellettuna ikäihmisten laitospääntoutukseen, tämän vaiheen kartoittamisessa auttavat kotikäynnit ja pääntoutujien arkeen ja elämään tutustuminen. Lisäksi yhteistyöpalaverit kuntien yhdyshenkilöiden kanssa auttavat pääntoutujan tilanteen kartoittamista. Näiden perusteella liikunnallisen pääntoutuksen ammattilainen pystyy muodostamaan kuvan pääntoutujan elämäntavoista ja elinympäristöstä. Elämäntapojen arvioinnissa tulisi määrittää ongelmaan yhteydessä olevia käyttäytymismalleja. Tämän jälkeen ne asetetaan tärkeysjärjestykseen sekä vaikutuksensa että muokattavuutensa perusteella. Näin voidaan muodostaa kuva kaikkein tärkeimmästä terveyden edistämisen kohteesta pääntoutujan käyttäytymisen alueella. Toisaalta kartoittamalla pääntoutujan elinympäristöä voidaan havaita sen vaikutukset hänen

hyvinvointiinsa ja kotona selviytymiseensä sekä saadaan kuva siitä, mitkä tekijät ovat muokattavissa ja mihin voidaan kohdistaa toimenpiteitä. (Green ja Kreuter 1999, 130–147.)

Neljännessä vaiheessa arvioidaan elämänmuutoksen koulutuksellisia ja ekologisia seikkoja. Mallin kehittäjien mukaan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä löytyy satoja. PRECEDE-PROCEED-mallissa ne on jaettu kolmeen ryhmään; muokkaaviin, vahvistaviin ja mahdollistaviin. Muokkaavilla tekijöillä tarkoitetaan yksilön tai yhteisön tietoja, asenteita, uskomuksia, arvoja ja käsityksiä, jotka joko edistävät tai haittaavat elämäntapojen muutosta. Mahdollistavia tekijöitä ovat sellaiset taidot, voimavarat tai esteet, jotka edistävät tai haittaavat toivottua käyttäytymisen muutosta. Vahvistavilla tekijöillä tarkoitetaan saatuja palkintoja sekä vertaistukea muilta osallistujilta, jotka saattavat rohkaista tai lannistaa uutta käyttäytymistä. Mallin kehittäjät korostavat, että muokkaavien, mahdollistavien ja vahvistavien tekijöiden tarkka analysoiminen on tärkeää intervention suunnitteluvaiheessa. Suunnittelijan on siten helppo valita, mihin kolmesta osa-alueesta tulee keskittyä intervention aikana eniten.

Laitakari ja Miilunpalo (1998) ovat suositelleet PRECEDE-PROCEED-mallin käyttöä fyysisesti aktiivisen elämäntavan omaksumisessa. Heidän mukaansa erityisesti mallin neljännen vaiheen (koulutuksellinen ja ekologinen arviointi) osa-alueiden samanaikainen huomiointi auttaa henkilöä muuttamaan käyttäytymistään toivottuun suuntaan. Muokkaavilla tekijöillä tarkoitetaan asioita, jotka tekevät yksilön vastaanottavaiseksi uudelle elämäntavalle. Näitä ovat ulkoiset, henkiset ja ruumiilliset ärsykkeet. Mahdollistavat tekijät yhdistävät yksilön taidot olemassa oleviin resursseihin. Vahvistavat tekijät yhdistävät ulkoisen ja sisäisen palautteen suorituksesta (Kuvio 3).



Kuvio 3 PRECEDE-PROCEED-mallin terveyskäyttäytymistä määrittelevät tekijät sovellettuina fyysisesti aktiivisen elämäntavan omaksumiseen (Laitakari ja Miilunpalo 1998)

Viidennessä vaiheessa arvioidaan ohjelman kehittämisen ja täytäntöönpanon vaatimia hallinnollisia ja organisatorisia mahdollisuuksia sekä resursseja. Ikäihmisten laituskuntoutukseen sovellettuna tällä tarkoitettaisiin kuntoutuslaitoksen resurssien arviointia sekä suunnittelua, joiden avulla pystytään toteuttamaan tarvittava kuntoutusinterventio tietyn kunnan ryhmän kohdalla. Viimeiset vaiheet (6-9) sisältävät ohjelman täytäntöönpanon ja arvioinnin. Mallin kehittäjät korostavat arvioinnin kulkevan mukana jo aikaisemmissa vaiheissa, vaikka teorettisessa mallissa arviointivaihe on vasta lopussa. Ikäihmisten laituskuntoutukseen sovellettuna tällä tarkoitetaan sekä kuntoutusprosessin että tulosten arviointia. (Green ja Kreuter 1999, 42.)

2.3.2 Terveystenhoitoalan ammattilaisten antama terveysneuvonta

Fysioterapeuttien antamaa terveysneuvontaa fyysisen aktiivisuuden alueella on tutkittu muutamissa tutkimuksissa (Chase ym. 1993, Laitakari ym. 1995, Sluijs ym. 1993a, Sluijs ym. 1993b). Fysioterapeutit antavat terveysneuvontaa lähes jokaiselle asiakkaalleen ja käyttävät monipuolisia neuvontamuotoja, mutta Laitakarin ym. (1995) mukaan fysioterapeutit toteuttivat terveysneuvontaa puutteellisin tiedoin. Fysioterapeutit eivät ottaneet selvää asiakkaan henkilökohtaisista arvoista ja harjoitteluun vaikuttavista sosiaalisista ja ympäristökijöistä. Lisäksi tutkijat havaitsivat asiakkaan elämäntapojen muutossuunnittelun olevan vähäistä. Asiakasta ei autettu uuden aktiivisen elämäntavan alkuun käytännön elämän tasolla. Lisäksi elämäntapojen muuttumisen seuraaminen oli puutteellista. (Laitakari ym. 1995.)

Jorgensenin (2000) tekemän tutkimuksen tulos vahvistaa edellistä tutkimustulosta. Fysioterapeutit työskentelivät asiakkaansa kanssa tietämättä mitään hänen vapaa-ajan harrastuksistaan, taloudellisesta tilanteestaan, kokemuksistaan tai odotuksistaan. Tutkija huomauttaa, että asiakkaan fyysinen olemus ja sen harjoittaminen ikään kuin irrotettiin fysioterapian ajaksi koko hänen muusta elämästään. Terapeutit eivät huomioi, että asiakas tulee terapiatilanteeseen jostakin ja myös lähtee sieltä jonnekin. Jorgensen painottaa, että asiakkaan sosiokulttuurillinen elämänalue jää fysioterapiassa useimmiten täysin huomioimatta. Hän korostaa, että tämä passivoi asiakkaita ja vähentää heidän omaa vastuunottoaan kuntoutumisesta.

Asiakkaat, jotka pyrkivät noudattamaan saamiaan ohjeita lannistuivat puutteellisesta palautteesta. Asiakkaat odottivat, että terapeutti valvoo mm. heidän kotiharjoitusohjelmansa suorittamista. Asiakkaat odottivat fysioterapeuteilta positiivista palautetta suorittamistaan harjoitteista. Toisaalta asiakkaat olivat epätietoisia harjoittelun vaikutuksesta heidän ongelmaansa eivätkä uskoneet mahdollisuuksiinsa suorittaa harjoitteita. (Sluijs ym. 1993a.) Tämä on yhteydessä Sluijs ym. (1993b) tutkimustulokseen, jossa osa fysioterapeuteista ei edes ohjannut harjoitusohjelmaa asiakkailleen. Terapeutit ajattelivat, etteivät asiakkaat kuitenkaan noudata annettuja ohjeita. Toisaalta annettujen ohjeiden määrä oli yhteydessä asiakkaan parempaan ohjeiden noudattamiseen.

Tällaisten terveysneuvonnan puutteiden voidaan katsoa johtuvan osittain asiakkaiden vähäisestä osallistumisesta terapian tavoitteiden asetteluun. Payton ja Nelson (1996) kartoittivat fysioterapian tavoitteiden asettelua todeten, että asiakkaat olivat erittäin vähän, jos ollenkaan, mukana tavoitteiden asettelussa. He eivät tieneet oman terapiansa tavoitteita ja noudattivat vain kuuliaisesti terapeuttinsa ohjeita terapian aikana. Kuitenkin suurin osa (68 %) fysioterapian asiakkaista olisi halunnut olla vaikuttamassa terapian tavoitteisiin (Payton ym. 1998).

Valtioneuvosto (Kuntoutusselonteko 2/2002) esittää linjauksessaan kuntoutuksen kehittämiseksi asiakkaan aseman parantamista korostaen sitä, että kuntoutusasiakkaan tulee saada osallistua kuntoutuksen suunnitteluun. Young (1996) korostaa, että ennen kuntoutusinterventioita asiakkaan ja ammattilaisten tulee laatia yhdessä tavoitteet. Kuntoutustavoitteiden tulee olla asiakkaalle merkityksellisiä ja hänen lähtökohdistaan laadittuja, haasteellisia, mutta saavutettavissa olevia. Erityisesti Young (1996) korostaa tavoitteiden käytännönläheisyyttä ja tarkkuutta. Tavoitteissa tulee olla kirjattuna kuka tekee, mitä, millä ehdolla ja miten. Kirjoittaja antaa esimerkin tavoitteen kirjaamisesta: rouva Smith kävelee rollaattorin kanssa naapurinsa luokse ainakin kerran viikossa.

3 Tutkimusongelma

Ikäihmisten tarkasti kohdennetulla, riittävän intensiivisellä ja pitkäkestoisella liikunnallisella interventiolla pystytään edistämään ikäihmisen toimintakykyä ja itsenäistä kotona selviytymistä. Liikunnallisesti passiivisten ikäihmisten rohkaiseminen aktiiviseen elämäntapaan on tärkeää, mutta se toteutuu fysioterapiassa puutteellisesti. Onkin tärkeää selvittää, minkälaisiin tietoihin pohjautuen kuntoutuksen ammattilaiset tekevät päätöksensä ikäihmisten laitospääntökurssien liikunnallisesta osuudesta. Tärkeää on myös tietää, miten ammattilaiset selvittävät asiakkaansa elämäntilanteen ja mitä vaikutusta sillä on asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan?

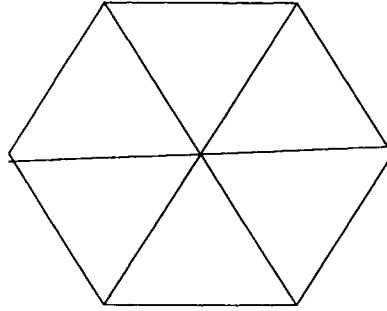
Tämän tutkimuksen tutkimusongelma on: Millä perusteella ammattilaiset kertoivat valinneensa ikäihmisten kuntoutukseen liittyvän liikunnallisen kuntoutuksen sisällöt?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Fenomenografinen tutkimusmenetelmä

Fenomenografia on laadullinen tutkimusmenetelmä, jonka keskeinen käsite on käsitys (Dall’Alba 1993). Käsitteellä ei tässä yhteydessä tarkoiteta samaa kuin mielipide. Fenomenografiassa käsitteellä tarkoitetaan jotain, itsestään selvänä pidettyä, jota ei ole tarvinnut ajatella. Käsite on perustavaa laatua oleva ymmärrys jostakin. Käsitteet määritellään perustavaa laatua olevaksi suhteeksi yksilön ja hänen ympäristönsä välillä. (Uljens 1989, 10.) Fenomenografiassa käsitteeseen ei myöskään liitetä arvolatausta, niin kuin arkikielessä tehdään. Tutkijoita kiinnostavat laadullisesti erilaiset käsitteet, ilman, että niitä määritellään oikeiksi tai vääriksi. (Ahonen 1994, 119; Uljens 1989, 10.) Fenomenografiassa korostetaan käsitteiden rationaalista luonnetta. Ympäröivä todellisuus saa merkityksensä yksilön oman tulkinnan kautta. Käsitteet ovat yksilön käsitteellisiä tapoja liittää itsensä ympäröivään maailmaan. Eri yksilöt käsittelevät maailman erilaisena riippuen heidän kokemuksistaan tietyssä kulttuurillisessa kontekstissa. (Svensson 1984, 12; Uljens 1989, 24.)

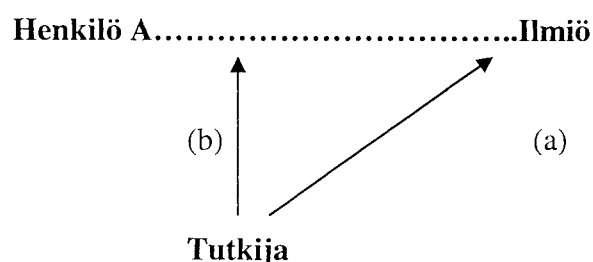
Fenomenografiassa kuvataan käsitteitä kahdesta eri näkökulmasta: mikä ja millainen. Mikä-näkökulmalla tarkoitetaan ajattelun kohdetta, joka voi olla fyysinen (kirja, kynä) tai psyykinen (omaan mielentilaan suunnattu ajattelu). Millainen-näkökulmalla tarkoitetaan ajatusprosessia, jonka avulla käsitteitä luodaan. Nämä eri näkökulmat käsitteeseen ovat erotettavissa toisistaan analyttisesti. Käytännössä yksilö muodostaa käsitteiden uudesta asiasta samanaikaisesti, kun hän joutuu sen kanssa tekemisiin. Yksilön aikaisempien kokemusten perusteella hänelle muotoutuu ensimmäinen käsite asiasta. Toisin sanoen se tapa, jolla hän suuntaa ajatuksensa tiettyyn kohteeseen, määrittää osaltaan myös kohteen sisältöä. (Uljens 1989, 23–27.)



Kuvio 4 Havainnollistava esimerkki ilmiön kokemisesta erilailla (Kroksmark 1987, 234.)

Katsoessaan yllä olevaa kuviota (4), yksilö saattaa nähdä sen kuusikulmiona, kuutena kolmiona tai kolmiulotteisena kuutiona. Sama kuvio voidaan kokea eri tavoin riippuen siitä, miten ajatukset suunnataan kohteeseen. (Kroksmark 1987, 234.) Yksilö voi ilmaista näitä käsityksiä ilman, että hän on tietoinen niistä. Toisaalta, jotta yksilö voisi kuvailla omia käsityksiään, hänen tulee olla niistä tietoinen. Käsitusten tietoinen reflektio edellyttää dekontekstualisointia. Tällöin käsityksiä tarkastellaan erillisinä merkityksinä. (Svensson 1984, 17–18; Uljens 1989, 27–29.)

Fenomenografisessa tutkimuksessa puhutaan ensimmäisen ja toisen asteen näkökulmista. Kuvion (5) avulla havainnollistetaan näiden kahden näkökulman eroa. Ensimmäisen asteen näkökulma keskittyy todellisuuden kuvaamiseen. Tästä ovat esimerkkinä luonnontieteelliset ilmiöt ja niiden tutkiminen. Ensimmäisen asteen ilmiöillä on siis fyysinen olemus ja muoto. Ne pysyvät samoina, vaikka ihmisten käsitykset muuttuisivatkin. Toisaalta eri yksilöillä käsitys voi olla erilainen ensimmäisen asteen ilmiöissäkin, koska käsitykset ovat aina sidoksissa ihmisen lähtökohtiin ja kokemuksiin. Toisen asteen näkökulmalla tarkoitetaan tutkittavan ilmiön epäsuoraa tutkimista. Tällöin ollaan kiinnostuneita siitä, miten joukko ihmisiä käsittää tutkittavan ilmiön. (Uljens 1989, 18.)



Kuvio 5 Tutkijan suhde tutkittavaan ilmiöön ensimmäisen (a) ja toisen (b) asteen näkökulmissa (Uljens 1989, 18.)

Fenomenografisessa tutkimuksessa tehdään ero sen välille, miten asiat ovat ja miten niiden käsitetään olevan. Fenomenografisen tutkimuksen tavoitteena ei ole löytää lopullista totuutta maailmasta. (Häkkinen 1996, 32.) Tutkija pyrkii tuomaan esille ilmiöön liittyvien käsitysten vaihtelun yksilöstä toiseen. Tutkija ei pysty arvioimaan käsitysten oikeellisuutta tai vääryyttä, koska toisen asteen ilmiöitä koskevat käsitykset muodostuvat yksilöllisten kokemusten ja tulkintojen perusteella. (Uljens 1989, 32–33.) Marton (1981, 193–194) painottaa käsitysten muuttumista riippuen asiayhteydestä. Sama henkilö ilmaisee erilaisia käsityksiä ilmiöstä siitä riippuen millaisessa yhteydessä ilmiöstä puhutaan tai millaisella kysymyksellä käsityksiä kartoitetaan.

Ihmisten käsityksiä ilmiöistä on tutkittu jo pitkään (Marton 1988b, 180). Näissä tutkimuksissa käsityksillä on ollut lähinnä välineellinen arvo. Tutkimusten kohteena on ollut mm. ihmismielen kehittyminen ja tieteellisen vallankumouksen rakenne. Marton kuitenkin painottaa, että erilaisten käsitysten kartoittaminen ilmiöistä on itsessään kiinnostavaa. Ihmisten erilaiset tavat havaita, ymmärtää ja käsitteellistää todellisuutta ovat itsessään arvokkaita tutkimuskohteita. Siksi toisen asteen näkökulma on perusteltu lähtökohta tutkimukselle. Marton (1981, 178) korostaa lisäksi, että toisen asteen näkökulmia ei voida johtaa ensimmäisen asteen näkökulmasta. Mikäli ollaan kiinnostuneita mitä ihmiset ajattelevat jostain ilmiöstä, tulee juuri tätä ajattelua tutkia. Tutkimalla itse ilmiötä ei tutkija voi saada selville ihmisten ajattelurakenteita.

4.2 Kohderyhmä

Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksessa on mukana seitsemän kuntoutuslaitosta: Ikaalisten Kylpylä Oy, Invalidiliiton Lapin Kuntoutuskeskus, Kankaanpään Kuntoutuskeskus, Kunnonpaikka (Siilinjärvi), Kuntoutumis- ja liikuntakeskus Peurunka, Oulun Diakonissalaitos Kuntotalo ja Punkaharjun Kuntoutuskeskus. Liikunnalliseen osahankkeeseen valittiin kustakin kuntoutuslaitoksesta kaksi geriatrista kuntoutuskurssia. Kurssien liikunnallista kuntoutusta toteuttavat ammattilaiset haastateltiin. Joissakin laitoksissa yksi tai kaksi fysioterapeuttia ohjasi kaikki ikäihmisten kurssit. Toisissa laitoksissa toteutuksesta vastasi fysioterapeutti yhdessä toimintaterapeutin kanssa tai fysioterapeutti yhdessä liikunnanohjaajan kanssa. Yhteensä haastatteluja tehtiin 15, joista 11:ssä haastateltiin fysioterapeuttia, kahdessa toimintaterapeuttia ja kahdessa liikunnanohjaajaa.

Kaikki haastatellut liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset olivat naisia. Heidän ammattiin valmistumisaikansa ja tutkintonsa näkyvät taulukossa 1. Kaikki haastatellut osallistuivat työssään säännöllisesti ikäihmisten kuntoutukseen ja ikäihmiset olivat heidän pääsääntöisin asiakasryhmänsä. Kaikki tekivät töitä myös muiden kuin Ikähankkeen kurssien parissa. Neljä haastateltua teki työtä ainoastaan yli 65-vuotiaiden parissa. Yleisimmin geriatristen kurssien ammattilaiset työskentelivät neurologisten asiakkaiden kanssa (53 %). Toinen mainittu asiakasryhmä oli työikäiset tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavat asiakkaat (27 %).

Valmistumisen jälkeen ammatillisia kursseja ei ollut käynyt viisi ammattilaista, jotka kaikki olivat valmistuneet hiljattain. Yleisimmin kurssit liittyivät aikuisneurologisiin terapiamenetelmiin (esim. Bobath-kurssit) ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitomenetelmiin (esim. C-kurssit). Kaksi ammattilaista mainitsi olleensa ikäihmisten harjoitteluun liittyvillä kursseilla, kuten ikäihmisten kuntosaliohjaukskurssi. Neljä ammattilaista kertoi opiskelevansa paraikaa, kaksi ammattikorkeakoulussa iäkkäiden terapeuttista harjoittelua (40 ov) ja kaksi yliopistossa, toinen terveyskasvatusta ja toinen gerontologiaa. Lisäksi kahdella ammattilaisella oli yliopiston opintokokonaisuuksia suoritettuna, terveyskasvatuksen ja kuntoutuksen perusopinnot ja fysioterapian aineopinnot.

Arvioidessaan omia valmiuksiaan ohjata ikäihmisten kuntoutuskursseja ammattilaiset totesivat yksimielisesti aikaisemman työkokemuksen ikäihmisten parissa auttavan. Lisäksi kaksi fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti kertoivat olevansa jatkokoulutuksessa hankkiakseen lisävalmiuksia ryhmien ja ikäihmisten ohjaamiseen. Yksi fysioterapeutti koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ikäihmisten liikuntaryhmien erityistarpeisiin. Kaksi fysioterapeuttia, joista molemmat olivat jatkokouluttautuneet ikäihmisten kuntoutukseen, kertoivat käyttävänsä työssään alan tutkimustietoa ja kirjallisuutta.

Taulukko 1 Haastateltujen ammatilliset taustatiedot

	<i>Fysioterapeutit</i>	<i>Toimintaterapeutit</i>	<i>Liikunnanohjaajat</i>
Valmistunut 1960-luvulla			1
Valmistunut 1980-luvulla	5		
Valmistunut 1990-luvulla	2	2	1
AMK-tutkinto 1999-2000	4		
Aikaisempi tutkinto	5 (kuntohoitaja, erit.ryhm.liik.ohj.)	1	
Ammatillinen jatkotutkinto	3 (erikoislääk.- voimistelija)		1 (vanhustyön jatko- linja)
Koettu lisäkoulutustarve	1		

4.3 Tutkimusaineiston keruu

Haastattelu on tavallisin fenomenografisen aineiston hankintamenetelmä. Se voidaan suorittaa joko avoimena tai puolistrukturoituna. (Ahonen 1994, 136, 138.) Puolistrukturoidussa eli teemahaastattelussa keskustelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin. Kysymysten järjestys ja muoto voivat vaihdella haastattelusta toiseen, mutta tutkijan ennalta valitsemat teemat ovat kaikissa haastatteluissa samat. Teemat hahmottuvat tutkijan perehtyessä ilmiötä kuvaavaan tutkimus- ja teoretietoon. (Hirsjärvi ja Hurme 2000.) Perehdyin tutkimuksiin, joissa oli kartoitettu geriatrisen kuntoutuksen ja ikäihmisten liikuntainterventioiden vaikuttavuutta sekä

terveydenhuollon ammattilaisten antamaa terveysneuvontaa. Tämän pohjalta muotoutui teemahaastattelun haastattelurunko (liite 1). Teemahaastattelun teemoina olivat liikunnallinen kuntoutus Ikähankeeseen laitospääntötyössä, liikuntaryhmät, yksilöterapiat, kurssin merkitys ikäihmiselle ja laitosjakson merkitys koko kuntoutusprosessille. Tässä tutkimuksessa käytetään aineistona haastattelujen kolmea ensimmäistä teema-aluetta, jotka ovat tutkimusongelman mukaisia.

Aineiston keruussa haastattelun avulla tulee esille fenomenografisen tutkimuksen intersubjektiivisuus. Tällä tarkoitetaan sitä prosessia, jossa tutkija hakee tietoa toisen ihmisen ajattelusta. Samalla hänen tulkintaansa toisen ihmisen ilmaisusta vaikuttaa hänen oman tietoisuutensa rakenteet. Siksi onkin erittäin tärkeää, että haastattelussa toteutuu intersubjektiivinen luottamus. Tällä tarkoitetaan tutkijan omien lähtökohtien tiedostamista. Tutkija voi silloin arvioida niiden vaikutusta haastattelutilanteeseen ja aineiston tulkintaan. Haastattelijan tulee kuunnella, mitä haastateltava sanoo. Tutkijan ollessa aktiivinen kuuntelija, hän pystyy tarkentamaan vastauksia esittämällä lisäkysymyksiä. Intersubjektiivinen luottamus edellyttää myös, että haastateltava luottaa tutkijaan. Vuorovaikutuksen tulee olla luonteeltaan keskustelua eikä kuulustelua. (Ahonen 1994, 136–137.)

Tutkimukseen ryhtyessäni halusin olla tietoinen omasta esiyymmärryksestäni, jotta en vaikuttaisi haastateltavaan ohjaavasti. Ennen haastattelujen toteuttamista kirjoitin esiyymmärrykseni ikääntyneiden kuntoutuksesta paperille. Haastattelutilanteissa pyrin kuuntelemaan haastateltavaa avoimesti ja aktiivisesti. Lisäksi tein syventäviä kysymyksiä keskustelun aikana rohkaisten haastateltavaa kertomaan asiasta enemmän. Joskus pyysin haastateltavaa kertomaan lisää, joskus toistin hänelle hänen kertomansa (...sanoit siis...) ja toisinaan käytin hiljaisuutta rohkaistakseni haastateltavaa kertomaan lisää asiasta.

Haastateltavien luottamuksen voittamiseksi käytin haastattelun alussa runsaasti aikaa itseni ja asiani esittelyyn. Kerroin opiskelevani Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksella ja tekeväni päättötyötä tästä haastatteluaineistosta. Kerroin myös, miten tämä haastattelu liittyy koko Ikähankeeseen liikunnallisen kuntoutuksen osahankkeeseen. Useimmissa kuntoutuslaitoksissa oli ennakkokäsitys, että Kelan tutkija tulee haastattelemaan heitä. Halusin poistaa väärinkäsityksen omasta taustastani, ja tuoda esille sen, että kyseessä ei ollut kuntoutuksen auditointi vaan tutkimus. Toisaalta halusin varoa fysioterapeuttitaustani esille tuloa, koska ensimmäisten haastattelujen jälkeen huomasin eron haastateltavan kertomassa,

jos hän tiesi minun taustani. Haastateltavat, jotka tunsivat minut aikaisemmista yhteyksistä tai tiesivät taustani, puhuivat käyttäen paljon ammattislangia. He eivät perustelleet puheessaan esim. erilaisten harjoitusten käyttöä ikäihmisillä, koska olettivat sen olevan minulle ilmiselvää. Toisaalta haastateltavat, jotka eivät tietäneet taustaani, selvittivät tarkemmin fysioterapeuttisen tutkimuksen kulkua ja kuntoutuksen sisältöä sekä niiden perusteita. Tällöin haastateltavat selittivät myös käyttämiensä ammattitermien merkityksen haastattelun aikana. Keskustelimme myös haastattelujen luottamuksellisuudesta ja aineiston käsittelystä. Haastattelujen nauhoittamisesta sovittiin kunkin haastateltavan kanssa suullisesti. Haastattelujen toteutuksessa panostin avoimeen ja välittömään vuorovaikutukseen. Olin myös varannut riittävästi aikaa haastattelujen toteuttamiseen.

Haastattelut tehtiin 9.5.- 20.8.2002 välisenä aikana. Haastattelut kestivät 20 - 50 minuuttia ja ne toteutettiin ammattilaisten työajalla kuntoutuskeskuksissa. Haastateltavat olivat varanneet itselleen sopivan tilan ja haastatteluajan. Olin pyytänyt, että saisin keskustella kunkin ammattilaisen kanssa rauhallisessa tilassa noin tunnin ajan. Joissakin kuntoutuskeskuksissa haastattelut toteutuivat ulkona puiston penkillä (3/15), muualla huoneessa (12/15). Useimmissa haastatteluissa ympäristö oli rauhallinen ja saimme keskustella kahden kesken. Yhdessä sisätiloissa tehdyssä haastattelussa soi puhelin häiritsevästi haastattelun aikana. Puhelimeen ei vastattu, mutta sen soittoääni peitti alleen haastateltavan puheesta osia, joita oli myöhemmin mahdoton saada selville. Yhdessä ulkotiloissa tehdyssä haastattelussa samaan pihapiiriin tuli lapsiperhe, joka keskusteli kovaäänisesti ja vaikeutti keskittymistämme. Tämä häiriö ei kestänyt kuitenkaan kauan. Toisessa ulkotiloissa tehdyssä haastattelussa puutarhurit tekivät työtään aivan haastattelupaikan vieressä, mutta tämä ei häirinnyt haastateltavaani, joka oli paikan valinnut.

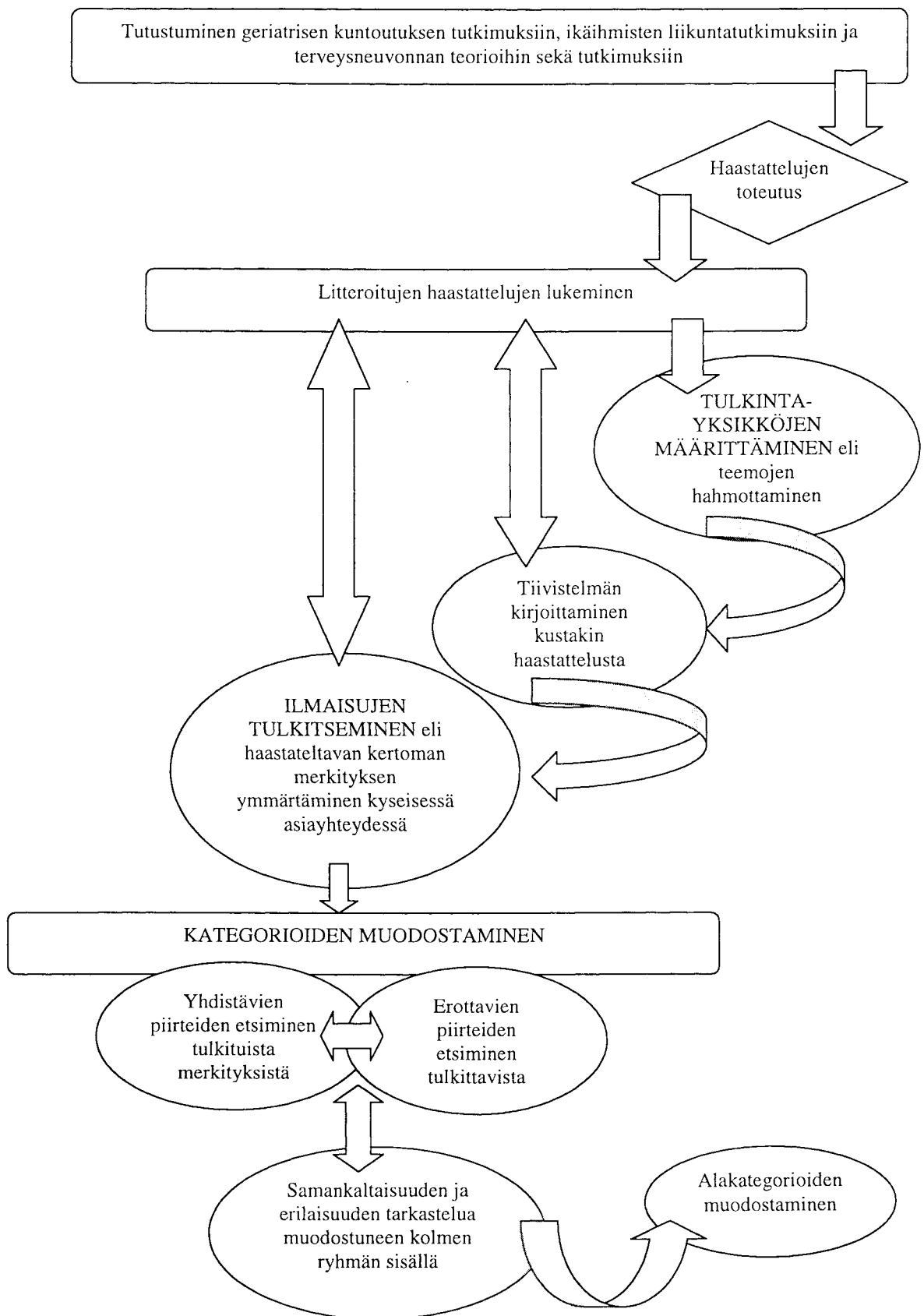
Haastattelun alussa täytin esitietolomakkeen yhdessä haastateltavan kanssa (liite 3). Tämän jälkeen käynnistin nauhurin ja ryhdyimme keskustelemaan ikäihmisten kuntoutuksesta teemoittain. Haastattelujen jälkeen useat haastateltavat kysyivät, eivätkö he olisi voineet saada haastattelukysymyksiä etukäteen, niin he olisivat pystyneet valmistautumaan haastatteluun paremmin. Useat haastateltavat kuvasivat kysymyksiäni vaikeiksi.

Ääninauhojen puhtaaksi kirjoituksesta vastasi Kansaneläkelaitoksen tutkimusosasto. Nauhat kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta. Tekstiä on yhteensä 62 sivua.

4.4 Aineiston analyysi

Tässä kappaleessa selvitän ensin yleisellä tasolla fenomenografisen analyysin kulkua. Tämän jälkeen havainnollistan kuvion avulla tekemäni analyysin kulkua (kuvio 6). Seuraavaksi selvitän perusteellisemmin analyysin kolmea vaihetta. Niiden tarkastelussa keskityn ensin yleisemmän tason esittelyyn, jonka jälkeen selvitän tarkemmin, miten kukin vaihe on toteutunut tässä tutkimuksessa käyttäen apuna esimerkkejä.

Fenomenografisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan laadullisesti erilaisia käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisilla eroilla tarkoitetaan hyppäksenomaisia muutoksia erotuksena määrän lisääntymisestä. (Simoila 1993.) Esimerkkinä tästä voisi olla sanaan ”ikäihminen” liittyvät erilaiset käsitykset. Toiselle sana saattaa merkitä eläkeläistä ja toiselle isovanhempaa. Fenomenografinen analyysi etenee kehämäisesti haastattelujen toivotun lukemisen, kategorioiden muodostamisen ja tutkijan reflektoinnin kautta. Tutkija pyrkii etsimään olennaisia piirteitä aineistosta. Analyysin tarkoituksena on nostaa aineistosta esiin sellaisia rakenteellisia eroja, jotka selventävät yksilön suhdetta tutkittavaan ilmiöön. (Marton 1988a, 154–155.) Haastatteluaineiston analyysissä edetään tulkintayksikön määrittämisestä haastateltujen ilmaisujen tulkitsemiseen. Nämä ilmaisut tulkitaan jokaisesta haastattelusta erikseen, jonka jälkeen niitä verrataan keskenään. (Häkkinen 1996, 41–43.) Ahonen (1994, 125) korostaa tutkijan teoreettista perehtyneisyyttä tutkittavaan ilmiöön, mutta muistuttaa samalla, että tulkintayksikköä ei voida määrittää etukäteen. Tulkintayksikön on nouseva aineistosta. Aineiston lukeminen tapahtuu tutkimuksen teoriaan ja ongelmanasetteluun jatkuvasti peilaten. Tarkoituksena ei ole luokitella haastateltavia. Ilmaisut irrotetaan yksilöstä ja kaikkia ilmaisuja verrataan suhteessa niiden merkityssisältöön. Näistä ilmaisuista muodostetaan kuvauskategorioita, jotka ovat fenomenografisen tutkimuksen tuloksia (Simoila 1993.)



Kuvio 6 Tämän tutkimuksen kulkua havainnollistava kaavio

Tulkintayksikön määrittäminen

Tulkintayksikön määrittäminen on analyysin ensimmäinen vaihe. Fenomenografisessa tutkimuksessa tulkinta kohdistuu ajatukselliseen kokonaisuuteen. Ahonen (1994, 143) painottaa, että tutkija voi perustellusti tulkita merkityksen vain ajatuksellisesta kokonaisuudesta. Tämä määrittyy tutkijan aineistoon perehtymisen kautta. Tutkija määrittelee tulkintayksikön lukemalla haastatellun henkilön ilmaisuja ja tarkkailemalla, kuinka laajalle niiden asiayhteyden tekstissä ulottuvat. Ahonen korostaa, että aineiston lukeminen tapahtuu tutkimuksen teoriaan ja ongelmanasetteluun jatkuvasti peilaten. Kuitenkin nämä eivät saa etukäteen määrittää tulkintayksikköä esimerkiksi lauseeksi tai puheenvuoroksi. Tulkintayksikön on noustava aineistosta.

Koska fenomenografisen tutkimuksen aineisto hankitaan yleensä teemahaastattelun avulla, niin yhteen teemaan liittyvät keskustelut muodostavat yleensä yhtenäisen kokonaisuuden. Usein nämä teemakokonaisuudet pysyvät tulkintayksikköinä, mutta niiden sisällä saattaa olla myös useita tulkintayksikköjä. Tällä Ahonen tarkoittaa, että tutkija huomaa tekstiä lukiessaan toisenkin merkityksen. Tällöin tätä merkitystä tukeva tekstin osa on oma tulkintayksikkönsä. Tulkintayksiköt asettuvatkin toisiinsa nähden limittäin, niin että samat ajatusyhteydet tukevat useampaa merkitystä. (Ahonen 1994, 143.)

Tämän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa luin litteroidut haastattelut läpi yksi kerrallaan. Koska olin tehnyt kaikki haastattelut, toi litteroidun haastattelun lukeminen selvästi mieleeni haastattelutilanteen, tunnelman ja haastateltavan olemuksen keskustelumme aikana. Toisen lukukerran jälkeen hahmotin tulkintayksiköiksi haastattelun teemoihin liittyvät keskustelun osat. Merkitsin ne eri väreillä reunamuistiinpanoja käyttäen litteroituihin teksteihin. Haastatteluista löytyi kolme eri teemaa eli tulkintayksikköä: mikä käsitys ammattilaisilla oli liikunnallisesta kuntoutuksesta Ikähankkeessa kyseisessä kuntoutuslaitoksessa; mitä liikuntaryhmällä tarkoitetaan Ikähankkeen yhteydessä ja miten sen sisältö on muodostunut; mitä yksilöterapialla tarkoitetaan Ikähankkeessa ja miten sen sisältö on muodostunut.

Ilmaisujen tulkitseminen

Ilmaisujen tulkitseminen on analyysin toinen vaihe. Merkitysten tulkitseminen ilmauksista vaatii, että tutkija pitää mielessään samanaikaisesti tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja seuraa tutkittavan ajatusta. Lukiessaan tekstiä tutkija jättää tulkitsematta sellaiset ilmaisut, jotka jäävät teoreettisen viitekehyksen ulkopuolelle. Yksittäiset lausahdukset eivät ole merkityksiä sinänsä. (Ahonen 1994, 144–145.) Yksittäinen lausahdus saattaa toimia puheen avausilmaisuna, ilman syvempää merkitystä, kuten seuraavassa haastattelulainauksessa näkyy.

V: Sitä mä en oikeen tiä miten me on päädytty koko porukalla, se on aika pitkälti oikeestaan fysioterapeuttinen osuus, että se miten mä oon siihen päätyne on ehkä se kokemus mitä on ennestään ikäihmisten kuntoutuksesta ja siitä et miten se vaikuttaa.(H4)

Yllä olevassa haastattelulainauksessa haastateltava eitärkoi, että hän ei tiedä, miten on päätenyt kyseiseen kuntoutuskurssin sisältöön. Hän ei jatka puhettaan tietämättömyydestään, vaan alkaa uuden teeman kokemuksestaan ikäihmisten kuntoutuksesta. Haastateltava jatkaa puhettaan aloittamansa uuden teeman ympärillä ja tämä teema voidaan tulkita merkitykseksi. Marton (1988a, 154) kirjoittaa, että ilmaisun merkitys on joskus esillä jo itse ilmaisussa. Useimmiten tutkijan pitää kuitenkin tulkita ilmaisu suhteessa asiayhteyteen. Nämä ilmaisut tulkitaan kaikista haastatteluista erikseen.

Analyysin toisessa vaiheessa luin sekä yksittäisiä haastatteluja että niistä muodostamiani tulkintayksiköitä, peilaten niitä tutkimusongelmaan ja tutkimuksen teoriataustaan. Toisin sanoen haastatteluja lukiessani kysyin mielessäni tekstiltä, mitä kuntoutuksen ammattilaiset kertoivat kurssien suunnittelemisesta ja toteutuksesta. Tarkensin reunamuistiinpanoja, jonka jälkeen kirjoitin kustakin haastattelusta ikään kuin tiivistelmän. Kirjoitin näihin tiivistelmiin kaikki haastateltavien kertomat perustelut kuntoutuskurssien sisällön valinnoille sekä liikuntaryhmiä ja yksilöterapiota kuvaavat ilmaisut. Seuraavaksi yritin ymmärtää mitä haastateltava tarkoitti tietyssä yhteydessä sanomallaan. Silloin, kun merkitys ei ollut ymmärrettävissä suoraan ilmaisussa, kirjoitin merkityksen reunamuistiinpanona tiivistelmä sivulle. Seuraavassa haastattelulainauksessa näkyy kysymys ja yksi kokonainen tulkintayksikkö. K tarkoittaa kysymystä ja V vastausta. Hakasulkeet tarkoittavat, että kohdasta on poistettu toistettuja sanoja tai turhia sidesanoja, luettavuuden helpottamiseksi.

K: No miten sitte ku sää [] suunnittelet näitä liikuntaryhmiä niin miten sä sen sisällön sit, mitä siel liikuntaryhmäs tapahtuu,[] niin miten sä siihen päädyt?

V: Se on aika pitkälti pitkälti tota niiden ensimmäisten haastattelujen ja tutkimisten mukaan.

K: Elikä silloin selvitysajaksol?

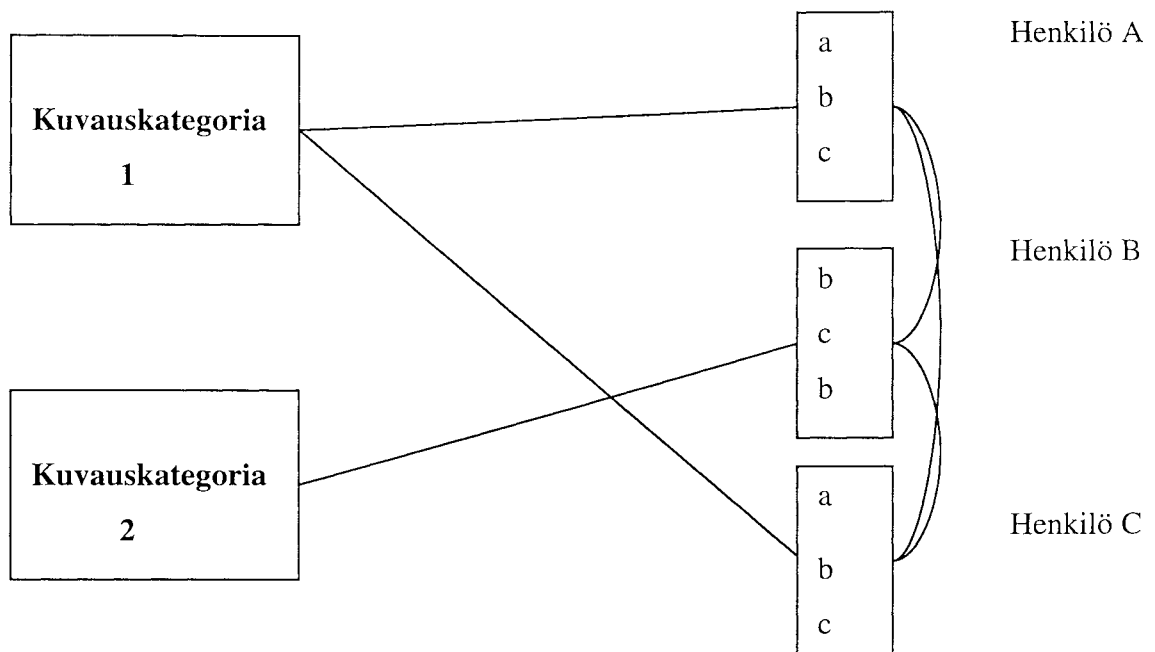
V: Joo. Ja mä oon yleensä, oon tehny niin et sillä ensimmäisellä jaksolla, niin on ryhmä jossa käydään toi tasapainoharjoitusjuttu. Ja sen he saa tavallaan sitte kotiläksyksi. Koska siinä sitten pystyy kattomaan sitä vähän että missä mennään. Me tehdään sillä selvitysajaksolla nää Toimiva-toimintakykytestit näille. Vaikka he on aikasemmin jo testattu niin jotenkin se on niinkun mulle helpompi et mä nään oikeesti et miten he sen tekee ja he pystyy siinä mulle kertomaan ja selittämään et miks joku juttu toimii tai ei toimi ja miks miks ei voi tehdä näin ja miks ei voi noin. Ja siinäkin aika pitkälti sit pystyy jo kattomaan et minkälainen se ryhmä on ja miten he liikkuu ja muutenkin sitten pystyvät tekemään. Eli se on semmonen aika iso pohja minkä minkä varalla mä sit lähen tekee niitä asioita. (H12)

Tästä tulkintayksiköstä kirjasin tiivistelmäisivulle, että liikuntaryhmien sisältö muodostuu selvitysajaksolla tehdyn haastattelun ja tutkimuksen sekä tasapainoryhmän mukaan. Kuntoutujille tehdään TOIMIVA-toimintakykytesti, jossa kartoitetaan yksilölliset ongelmat. Lisäksi tasapainoryhmän aikana tarkkaillaan ryhmän liikkumista ja toimintakykyä.

Kategorioiden muodostaminen

Kategorioiden muodostaminen on analyysin kolmas ja viimeinen vaihe. Kuvauskategoriat edustavat käsitteellisempää kuvaustasoa, kuin analyysin aikaisempien vaiheiden tulkintayksiköt. Kategoriat ovat selektiivisiä, tiivistäviä ja organisoivia suhteessa aineistoon (Uljen 1989, 41–42). Marton (1981, 196) ja Uljen (1989, 39) havainnollistavat tätä merkitysten ja kuvauskategorioiden välistä eroa Lewis Carrolls in hymyilevä kissa maalauksen avulla. Kun kissa erotetaan hymystä, jää vain hymy jäljelle. Esimerkkinä tästä voisi olla myös tämän tutkimuksen toteutus. Haastattelin kolmea eri ammattiryhmää, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja liikunnanohjaajia. Heidän ilmaisemansa käsitykset analysoitiin yhdessä, irrotettuina näistä kolmesta ammattiryhmästä. Näin menettelemällä halusin korostaa erilaisia käsityksiä, enkä niinkään tuoda esille henkilöitä tai ammattiryhmiä, jotka ovat ilmaisseet kyseisiä käsityksiä. Fenomenografiassa ei nähdä käsityksiä ja tapoja ymmärtää asioita yksilön laadullisina piirteinä (Simoila 1993). Kuvauskategoriat kuvaavat sitä, miten eri tavoin ympäröivä maailma voidaan käsittää. Toisin sanoen huomion keskipisteenä ovat erilaiset käsitykset eivätkä yksilöt. (Marton 1981, 195.)

Kuvauskategoriat muodostuvat tutkijan vertaillessa ilmaistujen käsitysten samanlaisuutta ja erilaisuutta. Merkitysyksikköjen joukkoja yhdistellään ja erotellaan, kunnes jokaiselle kategorialle löytyy selkeät rajat ja kriteerit. Tutkimuksessa ei siis ole ennalta määriteltyjä tulkintakategorioita, vaan tutkija muodostaa kategoriat aineistolähtöisesti. (Marton 1988a, 155.) Tulkittu merkitys voi sellaisenaan muodostua kategoriaksi. Tällöin tutkija kuitenkin pelkistää ja yhdistää merkityksiä toisiinsa sekä ilmaisee johtopäätöksensä teoreettisen käsitteen avulla. Tämä selkeyttää tutkimusta ja tekee sitä luettavammaksi. (Ahonen 1994, 145.) Uljens (1989, 40) havainnollistaa kuvauskategorioiden muodostamista seuraavalla kuviolla (7).



Kuvio 7 Kaavakuva kuvauskategorioista ja niiden muodostumisesta vertailemalla tutkittavien henkilöiden erilaisia käsityksiä keskenään (Uljens 1989, 40)

Kuviossa 7 henkilöt A ja C ovat esittäneet laadullisesti samanlaiset käsitykset tutkittavasta asiasta. Heidän molempien käsityksensä muodostuvat samanlaisista elementeistä ja niiden suhde toisiinsa on samanlainen. Näiden henkilöiden käsitykset muodostavatkin yhden kuvauskategorian. Kuvauskategoriat edustavat siis laadullisesti erilaisia tapoja hahmottaa todellisuutta. (Uljens 1989, 93.)

Tämän tutkimuksen kolmannessa analyysivaiheessa vertailin tulkittuja merkityksiä keskenään löytääkseni niistä yhdistäviä ja erottavia piirteitä. Lisäksi palasin välillä uudelleen

litteroituihin haastatteluihin varmistaakseni, että olin ymmärtänyt haastateltavan kertomaa mahdollisimman aidosti. Tiivistelmä sivuja lukiessani keräsin samanlaisia merkityksiä sisältävät sivut samaan kasaan. Aina, kun löysin uudenlaisia merkityksiä, laitoin kyseisen tiivistelmän uuteen pinnoon. Kun sama merkitys toistui uudessa tiivistelmässä, laitoin sen edellisen kanssa samaan pinnoon. Näin muodostin kolme toisistaan eroavaa ryhmää, jotka ovat kuvauskategorioita eli tutkimuksen päätuloksia. Kategorioiden nimet nousivat aineiston keskeisten piirteiden sekä teoriataustan kautta. Tämän jälkeen tarkastelin vielä jokaista ryhmää erikseen ja etsin tulkituista ilmauksista yhdistäviä ja erottavia piirteitä. Yhteen ryhmään muodostin vielä kaksi pienempää ryhmää toistensa kanssa samankaltaisista ilmauksista. Nämä pienemmät ryhmät ovat alakategorioita, jotka nimesin niiden keskeisellä sisällöllä.

Kuvauskategoriat voivat olla rakenteeltaan horisontaalisia, vertikaalisia tai hierarkkisia. Kategoriataso muodostuu analyysin seurauksena eikä sitä voida valita etukäteen. Horisontaalisessa kategoriasysteemissä kaikki kuvauskategoriat ovat sekä tärkeydeltään että tasoltaan keskenään samanarvoisia. Vertikaalisessa kategoriasysteemissä seurataan miten käsitykset muuttuvat yksilötasolla kategoriasta toiseen. Tällöin arvokkaimmiksi nousevat ne kategoriat, jotka tulevat suosituimmiksi uusintahaastatteluissa. Hierarkkisessa kategoriasysteemissä jotkut käsitykset ovat rakenteeltaan ja sisällöltään muita kehittyneempiä. Tällöin kehittynein kategoria pitää sisällään muiden kategorioiden kuvaukset. (Uljens 1989, 47–51.)

Tässä tutkimuksessa saadut kuvauskategoriat muodostuivat toisaalta hierarkkisen ja toisaalta vertikaalisen kategoriasysteemin mukaisiksi. Ensimmäisessä kategoriassa kuvaukset liikunnallisesta kuntoutuksesta ja sen sisällön perusteista ovat kattavimmat. Kategoriassa huomioidaan kuntoutujan sisäiset ja ulkoiset edellytykset sekä hänen liikuntataustansa. Toisessa kategoriassa huomioidaan kuntoutujan tämän hetkinen terveydentila ja toimintakyky sekä hänen subjektiivisesti kokemansa tarpeet. Kolmannessa kategoriassa kuntoutujan toimintakyky kartoitetaan kotona selviytymistä silmällä pitäen, mutta hänen omaa näkemystään ongelmista ei kysytä. Toinen ja kolmas kategoria asettuvat hierarkkisesti ensimmäisen kategorian alle, mutta ovat keskenään samanarvoisia. Näin toinen ja kolmas kategoria muodostavat keskenään horisontaalisen systeemin.

Fenomenografisessa tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on merkitysten laadullinen erilaisuus eikä niiden määrä tai edustavuus jossakin joukossa. Joskus kuvauskategoriaa tukee yksi ilmaus merkityksineen, joskus hyvinkin monta ilmausta. (Ahonen 1994, 127.) Toisaalta kuvauskategorioita voidaan kuvata määrällisesti, jolloin kerrotaan kuinka moni tutkimushenkilö ilmaisi kunkin kategorian mukaisia merkityksiä (Ahonen 1994, 151). Tämän tutkimuksen mukaan ammattilaisten haastattelut jakautuivat kolmeen yläkategoriaan. ”Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoria muodostui kahdesta haastattelusta. ”Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoria muodostui viidestä haastattelusta. ”Asiantuntijan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoria muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka nousivat kahdeksasta haastattelusta.

5 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset eli kuvauskategoriat kuvataan yksitellen ja esittämisessä käytetään lainauksia eri haastatteluista. Lainaukset ovat suhteellisen pitkiä, jotta lukija voi arvioida tehtyjen tulkintojen aitoutta. Jokaisen lainauksen lopussa on haastattelun numero esim. H1. Haastattelut on numeroitu satunnaisesti. Kun saman haastateltavan kertomaa lainataan myöhemmin uudelleen, käytetään samaa järjestysnumeroa, jotta lukija voi tunnistaa saman ammattilaisen puhuman. Suorat lainaukset on kirjoitettu kursivoidulla tekstillä, joka on sisennetty. Tekstissä esiintyvillä pisteillä (...) tarkoitetaan pitkähköä taukoa, pisteillä, jotka ovat sulkujen sisällä ((...)) tarkoitetaan puhetta, joka kuuluu nauhalta epäselvästi ja hakasulkeet [] tarkoittavat, että tekstistä on poistettu sanoja välistä joko tunnistamisen välttämiseksi tai turhan toiston poistamiseksi.

Jokaisen kategorian kuvauksen jälkeen esitetään yhteenveto, jossa tulosta verrataan muiden tutkimusten tuloksiin.

5.1 Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö

”Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoriassa kuntoutuksen ammattilaiset pyrkivät saamaan mahdollisimman kattavan kuvan kuntoutujan arjesta ja sen ympäristöstä, kuntoutujan tarpeista ja voimavaroista. Lisäksi he kartoittivat kuntoutujan terveydentilaa ja toimintakykyä. Myös ikäihmisten tyypilliset ongelma-alueet antoivat kuntoutuksen ammattilaisille tarvittavaa taustatietoa suunnittelun tueksi. Ammattilaiset asettivat yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutuksen tavoitteen, jotta se lähtisi asiakkaan lähtökohdista. Kuntoutuksen ammattilainen toi päätöksentekoon oman tietotaitonsa ja pyrki löytämään kuntoutujan kotiolosuhteisiin sopivia harjoitteita päämäärän saavuttamiseksi. Ammattilainen arvioi myös kuntoutujan kykyä vastaanottaa uutta tietoa, hänen motivaatiotaan ja lähtötasoaan, ja muokkasi antamaansa ohjausta arvionsa perusteella. Tämän kategorian muodosti 13 % haastatteluista.

Kategorian ammattilaisten haastatteluissa kuntoutuja oli aktiivisesti läsnä. Ammatillaiset huomioivat kuntoutujan koko elämäntilanteen. Kuntoutuja näyttäytyi haastatteluissa aktiivisena toimijana, jonka kotona selviytymistä ammatillaiset pyrkivät yhdessä kuntoutujan kanssa edistämään. Liikunnallisen kuntoutuksen sisältö oli suunniteltu kuntoutujalähtöisesti.

Seuraavissa suorissa haastattelulainauksissa kuntoutuksen ammatillaiset kertoivat, miten he selvittivät kuntoutujan arkea. Yksilöllisessä tutkimustilanteessa ammatillainen keskusteli kuntoutujan kanssa hänen päivittäisistä askareistaan ja toimintaympäristöstään. Lisäksi ammatillainen tutki kuntoutujan toimintakyvyn osa-alueita suhteessa kotona selviytymisen asettamiin vaatimuksiin. Ammatillainen laati yhdessä kuntoutujan kanssa toimintasuunnitelman, jossa puututtiin kuntoutujan kotona selviytymisen kannalta suurimpiin uhkiin.

”Mä ainakin yritän niin ku päästä sisälle sen ihmisen kotioloihin. Niin miten tää ikäihminen päivänsä viettää ja sitten tietysti havainnoimalla, haastattelemalla ja vähän mittaamallakin pyritään kartottaa siinä samalla että mitkä on sen asiakkaan resurssit, kuinka paljon niitä voimia on, mitkä on kaatumisen riskit, minkälaiset on niveliikkuvuudet, kuinka paljon kipuja tulee siinä niin ku samalla selville ja sitten yritän löytää sieltä asiakkaan kanssa yhdessä ne alueet mihin ne kriittiset kohat mihin pitäis keskittyä ja mitkä on ne suurimmat uhat sitten jatkossa, että jos menee huonompaan suuntaa niin ei enää kotona pärjää.”(H1)

”Mä pyrin yleensä se että kattoo et riittääkö liikeradat niinku toiminnallisesti ja samoin kuin lihasvoimat mitä se vaatii se kotona selviytyminen. Että jos asiakas tekee paljon esimerkiks kotitöitä, laittaa ruokaa ja muuta niin. Pitää sit miettii siitä et se liikkuminen siinä keittiössä ja miten hän selviytyy siitä. Se lähteen niin kun tän tyyppisistä asioista.”(H6)

Yllä olevissa haastattelulainauksissa ammatillaiset kuvasivat fyysisten tekijöiden, kuten niveliikkuvuuksien kartoittamista yhdistäen ne kuntoutujan arkipäivän tarpeisiin. Kuntoutuksen tavoitteeksi asetettiin kuntoutujan arkiaskareita haittaavien ongelmien vähentyminen. Tavoitteet nimettiin yksitellen, kuten seuraavassa lainauksessa tulee esille.

”Yritetään auttaa että pääset tuoilta paremmin ylös tai että auttaa ettei selkä olis niin kipee enää. []Et ei kauheen spesiifejä harjoituksia varmaa oo, että ne on hyvi kokonais, kokonaisvaltasia ja kotiaskareisii liittyviä.(H1)

Kuntoutuksen sisältöön vaikuttivat myös ikääntymiseen liittyvät suorituskyvyn ongelmat. Seuraavassa haastattelulainauksessa käy ilmi, että liikunnallisen kuntoutuksen aikana pyrittiin vaikuttamaan mm. hengitykseen ja tasapainoon, mutta keinot muovattiin jokaisen kuntoutujan yksilöllisen tilanteen mukaan.

” Tietysti sisältöön vaikuttaa myös tämmöset tyypilliset ongelma-alueet, että kaikilla ikäihmisillä mitä on. Elikkä hengityksen osalta, tasapaino ne on niin ku ihan kaikilla ne elementit tulee varmaan jokaisen jumppaan, mut sitten yksilöllisesti määräytyy se oma, oma kuntokyky ja terveydentila ja motivaatio ja omaksumiskyvyn mukaan, se hienosäätö siinä.”(H1)

”Tyypilliset osa-alueet siellä on huomioitu, ryhti, hengitys, tasapaino, alaraajojen lihasvoima niin ku harjoitteita näihin.” (H1)

Kuntoutuja oli aktiivisesti mukana kuntoutuksen sisällön suunnittelussa, joka lähti hänen lähtökohdistaan ja hänen yksilöllisistä tarpeistaan. Kuntoutuja kertoi itse kokemistaan ongelmista ja ammattilainen laati yhdessä hänen kanssaan toimintasuunnitelman.

” Se on hyvin tämmöstä ... asiakas sanotaan lähtöstä elikkä tavallaa lähetään siitä sen kuntoutujan henkilökohtasesta tilanteesta ja niistä et mitä hänen tän hetkiset ongelmat on. Ja sitte niitä lähetään sitten ratkomaan ja mieltimää yhdessä et mitkä ne keinot vois olla.”(H6)

Ammattilainen muokkasi ohjauksen kuntoutujan motivaation ja omaksumiskyvyn mukaan sellaiseksi, että se hyödytti häntä eniten.

”Asiakkaan omista resursseista ja ongelmistahan se lähtee, miten se sisältö kehittyy. Motivaatiosta ja siitä omaksumiskyvystä niin riippuen et mille tasolle tavallaan laittaa sen tavoitteen ja ohjauksen.”(H1)

Kuten edellisissä lainauksissa käy ilmi, liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset kuuntelivat kuntoutujan kokemusta omista tarpeistaan. Kurssin sisältö pyrittiin valitsemaan niin, että se tuntuisi kuntoutujasta mielekkäältä ja arkiaskareiden kannalta tarpeelliselta. Lisäksi ammattilaiset kunnioittivat kuntoutujan näkemystä tilanteestaan. Mikäli kuntoutuja ei uskonut harjoittelun parantavan toimintakykyään, eikä hänellä ollut omia tavoitteita kuntoutukseen, kurssin sisällössä painotettiin mm. yhdessäoloa.

”...joillaki se voi olla sit ihan sitä yhdessäoloo ilman suurempia semmosia liikunnallisia tavoitteita...[] Sitten erilaisia tavoitteet ei ole kauheen korkeella kuntoutujilla itelläänkää. Sillo se musta liikuntaryhmässä pitää sen sisällössä ottaa huomioo se, mikä on kuntoutujien oma tavote. Ei me voida lähtee tavoittelee jotain semmosta mitä he ei niinku koe mielekkääks eikä tarpeelliseksi siinä omassa arjessaan.”(H6)

Kuntoutujalle perusteltiin, miksi harjoittelu on tärkeää, kuten seuraavissa haastattelulainauksissa käy ilmi. Liikuntaryhmien kognitiivisella ulottuvuudella ammattilaiset tarkoittivat harjoituksista arkipäivän askareisiin saatavan hyödyn perustelemista. Näin kuntoutuja ymmärtää mitä hyötyä jonkun harjoituksen tekemisestä on hänelle juuri hänen kotiaskareissaan.

”Ja tuota ryhmiin sisältyy myöskin semmoinen kognitiivinen puoli, että sieltä tulee aina sitä tietopuolista aineen yhteenliittymää, yritetään kytkeä ne harjotteet niihin kotiolosuhteisiin sen vuoksi vain, että siinä niin ku hahmottus, et minkä ihmeen(...) sytyke aikaseks että olis mukavaa se touhu ja siitä olis jotakin hyötyä omalle itselle.”(H1)

Kuntoutujalle tarjottiin kokemuksia erilaisista harjoittelumuodoista. Ryhmässä yhdessä tekeminen virkisti kuntoutujaa ja antoi elämyksiä. Näiden ryhmäliikuntakokemusten kautta kuntoutujalle syntyi pystyvyyden kokemus, hän onnistui harjoitusten suorittamisessa ja rohkaistui jatkamaan.

”Ja... ehkä tuo ryhmä, se tapahtuva liikunnallinen kuntoutus on musta sitä sosiaalista sitä virkistystä ja myös sieltä kautta tulee niitä onnistumisen kokemuksia noille ikäihmisille, semmosta rohkastumista.”(H6)

Kuntoutujan kokemus harjoittelun tarpeellisuudesta omassa arkielämässään lisäsi harjoittelun siirtovaikutusta kotiin. Lisäksi harjoitteiksi valittiin tuttuihin arkiaskareisiin liittyviä suorituksia, joita kuntoutujan oli helppo toteuttaa kotioloissa.

”No siin tuttuihin kotiaskareisiin liittyvään sen pitää olla ei voi mitään hienoja tekniikoita viritellä vaan tota ihan tuttuja asioita et sais asiakkaan ymmärtämään että nää tosiaan niin ku omaan toimintaan auttaa. []Se niin ku siirtys sitte sinne kotioloihin.”(H1)

Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset pohtivat omia rajallisia mahdollisuuksiaan suhteessa kuntoutujan selviytymiseen kotonaan ja sen moniulotteisuuteen. Kuntoutus kohdistuu nykyisin suurelta osin tuki- ja liikuntaelimestöön, mutta selviytyäkseen kotona omatoimisesti kuntoutuja tarvitsee tukea muillekin toimintakyvyn osa-alueille, kuten mieliala-asioissa ja sosiaalisten tukiverkoston rakentamisessa. Kuitenkin kuntoutuslaitoksessa työskentelevällä ammattilaisella, joka on kaukana kuntoutujan kotikunnasta, on vain vähän vaikutusmahdollisuuksia.

”Fysioterapeutti niin aika paljo keskittyy siihen mitä tuki- ja liikuntaelimestö tuota asettaa rajoituksia mutta tuota se on aika, aika suppee näkökanta. Sitä yrittää niinku omiinki harjotuksiin niin ottaa huomioon myös ne muut toimintakyvyn liittyvät tekijät.[] Semmosiin asioihin voi vaikuttaa että ikäihminenkin sais tiiviimmän verkoston sinne kotipaikkakunnalle. Siinä on laitoksesta käsin fysioterapeutina todella voimaton olo.”(H1)

Yhteenveto

Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten kuvauksissa, joissa he kertoivat pyrkivänsä ”pääsemään sisään” kuntoutujan arkipäivään ja sen antamiin haasteisiin toimintakyvyn kannalta, oli yhteneväisyyttä potilaan voimavarakeskeisyyttä korostaviin malleihin (vrt. Young ja Flower 2001, Kettunen 2001). Young ja Flower (2001) ovat kehittäneet terveydenhuoltoon kommunikaatiomallia, jossa potilas toimii ongelmanratkaisijana ja päätöksentekijänä. Heidän mukaansa vuorovaikutus, jossa potilas saa olla oman ongelmansa asiantuntija, edistää potilaan osallistumista hoitoon, luo yhteistyösuhteen terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välille sekä antaa potilaalle hallinnan tunnetta. Heidän mukaansa potilas asiantuntijana tarkoittaa, että hän tietää parhaiten miten ongelma vaikuttaa hänen arkielämäänsä. Lundvik Gyllensten ym. (1999) tutkimuksessa asiakkaan ja fysioterapeutin vuorovaikutuksesta, terapeuttisen prosessin usein mainittu teema oli juuri asiakkaan resurssien kartoitus. Tällä tarkoitettiin asiakkaan terveyteen vaikuttavien elämäntapojen ja voimavarojen kartoittamista.

Tämän kuvauskategorian kuvaukset sitoivat kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn siihen ympäristöön, missä kuntoutujan piti arjessaan selviytyä. Toimintakyvyn kartoituksessa huomioitiin kuntoutujalle ominaiset askareet. Näin ammattilaisille syntyi käsitys kuntoutujan toimintakyvyn haasteista arjen näkökulmasta. Kuntoutujan oman näkemyksen ja kokemuksen huomioon ottaminen kuntoutuksen tavoitteita muotoiltaessa edistää kuntoutuja sitoutumista prosessiin ja oman elämänsä hallinnan tunnetta (vrt. Young ja Flower 2001, Kettunen 2001).

5.2 Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö

”Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoriassa kuntoutuksen ammattilaiset pyrkivät selvittämään mahdollisimman tarkasti kuntoutujan terveydentilan ja fyysisen toimintakyvyn. Kuntoutuksen tavoitteita asetettaessa otettiin huomioon kuntoutujan kokemat tarpeet ja hänen näkemyksensä ongelmistaan. Kuntoutuksen kuluessa kuntoutujalle pyrittiin antamaan tietoa harjoittelun tärkeydestä, kokemuksia uusista liikuntamuodoista ja onnistumisen elämyksiä. Näiden kautta

pyrittiin lisäämään harjoittelun siirtovaikutusta kotiin. Tämä kategoria muodostui 33 %:sta haastatteluja.

”Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoriaan kuuluvat haastattelut eroavat ensimmäisestä ”Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoriasta siinä, että kuntoutuksen ammattilaiset korostivat kuntoutujan sen hetkistä toimintakykyä. Toimintakyvyn kartoituksesta kertoessaan ammattilaiset eivät yhdistäneet sitä kuntoutujan kotioloihin tai elämäntapaan. Ammattilaiset puhuivat kuntoutujien kuntoutuslaitoksessa olosta ja kuntoutuskurssin aikaisista tapahtumista ja kokemuksista. Haastatteluissa kuntoutuja näkyi asiakkaana, jolla oli ongelmia fyysisessä toimintakyvyssään. Kuntoutuja näyttäytyi aktiivisena kuntoutuslaitoksen asiakkaana.

Seuraavissa haastattelulainauksissa kuntoutuksen ammattilaiset kertoivat miten he selvittivät kuntoutujan toimintakyvyn ongelmia. Kuntoutujan terveydentilaa ja toimintakykyä tutki kuntoutuslaitoksissa moniammatillinen ryhmä. Lääkärintarkastuksessa oli usein mukana myös terapeutti. Yhteisen terveystarkastuksen jälkeen kuntoutujan toimintakyvyn kartoitusta täydensivät fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien suorittamat yksilölliset tutkimus- ja haastattelutilanteet. Tällöin terapeutti mittasi kuntoutujan toimintakyvyn fyysisiä osa-alueita tarkemmin sekä analysoi liikkumista ja sen mahdollisia ongelmia.

” Elikä lähetään liikkeelle siitä et meil on se lääkärin kans ollaan oltu yhdessä siinä tutkimuksessa. Jos siitä on jäänyt jotain epäselvyyksiä tai haluaa vielä tarkastaa esimerkiksi rangan toimintaa taikka jalkojen pituuseron mittauttaa tai muuta. Ja monesti se on silleen että et tota siinä asiakas kertoo enemmän meille. []Mutta se on yleensä siinä tutkimuksessa niin ollaan vielä ihan konkreettisesti kiinni siinä asiakkaassa ja tutkitaan ja katsotaan ja sitte analysoidaan sitä liikkumista mikä on meidän sitä ominta mitä meidän pitää tehdä. Katsoa tuolilta ylös nousua ja sängystä ylös nousua, kävelemistä jne”.(H10)

Kuntoutuskurssin aikana ammattilaiset jatkoivat kuntoutujien havainnointia, erityisesti heidän liikkumiskykyään. Kuntoutuslaitoksessa liikkuminen ja siirtyminen paikasta toiseen kertoivat ikäihmisen toimintakyvystä. Tämä antaa ammattilaisille vihjeen liikuntaryhmien sisällön erityisistä tarpeista.

”Mää meen kattoon kun ne lähtee tuolta aulasta, kuinka ne nousee ylös ja kuinka ne menee sinne. Vaikkei mulle kukaa tulis sanoo et mitä niiden kans ei

voi tehdä niin mä tiedän heti tarkkaan ku mä nään kun ne siirtyy paikasta toiseen ja kuinka he istuu takasi sinne jakkaralle, se on siinä. Se on se siirtyminen niin tärkeä asia.”(H15)

Kuten näistä edellä olevista haastattelulainauksista näkyy, liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset keskittyivät fyysisen toimintakyvyn selvittämiseen. Kuntoutujan sen hetkisten liikkumisen ongelmien perusteella suunniteltiin kuntoutuskurssin liikunnallista sisältöä.

Ammattilaiset toivat esille seuraavissa haastattelulainauksissa, että kuntoutujan oma käsitys ongelmista vaikutti kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun. Kuntoutuja pyrittiin saamaan mukaan kuntoutusprosessin suunnitteluun. Toiset kuntoutujat kertoivat oma-aloitteisesti ongelmistaan ja toisilta asiaa piti kysyä. Joidenkin kuntoutujien oli vaikea ilmaista erityisiä tavoitteita kuntoutusprosessille ja ammattilaiset joutuivatkin ikään kuin houkuttelemaan heitä osallistumaan aktiivisemmin kuntoutukseen.

”Ja aina kysytään asiakkaalta itseltään että mitä hän haluaa. Jos ei halua mitään taikka tuntee että tääkin on ihan hyvä ja olen täällä vaan sitä varten että on mukavaa niin ei hirveesti niinku ei pysty niinku väkisin viemään vaan yrittää niinku saada siltä tavalla ihmistä itseään heräämään ja ajattelemaan että joku muukin vois olla vielä lisäksi tarpeellista.” (H10)

”Yksilöterapia ni se on niin ku jos nyt aattelee fysioterapeutin osuutta niin se on pelkästään mun, mun päätettävissä ja asiakkaan toivomuksi kuunnellen tietysti ja hänen omii tavoitteita kuunnellen et mitä me sit tehdä. Tietysti[Jnívelien liikkuvuuden ylläpitämine, lihaste vahvistamine, kotiohjeitten laatimine ja niitte opettamine.”(H13)

Edellisissä lainauksissa käy ilmi, että kuntoutujan mielipidettä kysyttiin ja hänen kuntoutumistavoitteistaan oltiin kiinnostuneita. Ammattilaisella oli jo syntynyt näkemys kuntoutujan ongelmista fyysisen toimintakyvyn kartoittamisen perusteella. Mikäli kuntoutuja itse ei kokenut ongelmakseen fyysisen toimintakyvyn heikkoutta, häntä yritettiin herätellä huomaamaan ongelmansa. Ammattilainen toimi oman asiantuntijuutensa perusteella ja sisällytti joka tapauksessa ohjelmaan mm. liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteita sekä kotiohjelman opettamista.

Kuntoutuksen aikana pyrittiin harjoittelun siirtovaikutukseen. Tällä ammattilaiset tarkoittivat sitä, että kuntoutujan tulisi jatkaa kuntoutuslaitoksessa alkamaansa harjoittelua kotonaan. Sen vuoksi kuntoutujille tarjottiin uusia liikuntakokemuksia ja onnistumisen elämyksiä. Liikuntaryhmien suunnittelussa otettiin huomioon ryhmän jokaisen jäsenen kyky osallistua ja

liikkua ja näiden perusteella eriytettiin ryhmän sisältöä. Näin jokaiselle kuntoutujalle pyrittiin antamaan onnistumisen kokemus ja mahdollisuus tehdä asioita yhdessä toisten kanssa.

”Tietysti ne täytyy sit ne ryhmät ain suunnitel sen mukaan mitä on tään ryhmän koostumus.[]Kaikil täytyy löytyy jotaki tekemistä ja sillon mä pyrin ohjaajan sit olemaan esimerkiks niitten kanssa siinä avustamassa asiakkaasta toiseen ja pistän sit näit parempi kuntosii tekemään niin ku keskenään esimerkiks tai tehdää parityönä et koitetaa sit sillai saada sitä tuntii. Sillai et kaikil tulis niit onnistumise elämyksii kuitenkin siäl.[] Tärkeet on sen ryhmän yhdessä olo ja sit tämmönen onnistuminen joissaki asioissa elämyksii, uusii kokemuksia.”(H13)

Uusien, myönteisten liikuntakokemusten lisäksi kuntoutujalle toistettiin kotiharjoitteluohjeet ja niiden perustelut useita kertoja. Ammattilaiset uskoivat lisäävänsä oppimisen siirtovaikutusta toistamalla ohjeita, kuten seuraavasta lainauksesta käy ilmi.

”Koska joka kerta me sitä moneen kertaan sanotaan ja toivotetaan. Ja sitten vielä tuo ryhmähän on aina semmonen että siinä ei pysty huomioimaan jokaista. Sanoo niinku sillätavalla että jokaiselle oikeella ns. kielellä sen. Mutta meil on sitten niitä yksilöharjoituksia niin niissä me saadaan kyllä minun mielestä aika hyvin se vietyä perille asti(...), että tota pystyy siirtämään.”(H10)

Yhteenveto

”Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoriassa ammattilaisten kertomukset keskittyivät kuntoutujan sen hetkisen tilanteen kartoittamiseen. Kuntoutuja oli kartoittamishetkellä kuntoutuslaitoksessa, poissa tavanomaisesta ympäristöstään ja askareistaan. Haastatteluissa ei tullut esille, että kuntoutujan kotitilanteella ja fyysisellä ympäristöllä sekä elämäntavalla olisi merkitystä kuntoutuksen sisältöä suunnitellessa. Tämä tulos on samansuuntainen mitä Gubrium (1997, 146) ja Diamond (2000, 408) havaitsivat tutkiessaan vanhainkotien ammattikulttuuria. Ikäihmisten elämä ja menneisyys jäi ikään kuin vanhainkodin ovien ulkopuolelle. Kaikessa virallisessa dokumentoinnissa ja ammattilaisten puheessa korostui ikäihmisen nykyinen terveydentila ja sairaudet. Puheen aikamuoto oli aina preesensissä.

Vanhainkoti on ympäristönä erilainen kuin kuntoutuslaitos. Vanhainkodissa asukkaat asuvat pysyvästi, se on heidän kotinsa. Kuntoutuslaitoksessa kuntoutujat viipyvät lyhyitä aikoja. Kuitenkin Gubrium ja Diamonin tulokset ovat huomionarvoisia siinä suhteessa, että vanhainkodit ja kuntoutuslaitoksetkin kuuluvat terveydenhuollon organisaatioihin. Molempien toimintakäytännöissä vaikuttaa Roberts (1994) ja Diamondin (2000, 403–404)

mukaan biolääketieteellinen malli. Tästä seuraa kategoriassa näkyvä fyysisen toimintakyvyn ongelmien painotus kuntoutujan sosiaalisen ja psyykkisen tilanteen kustannuksella.

Kategorian kuvauksissa ammattilaiset antoivat kuntoutujan kertoa omista tavoitteistaan kuntoutukselle. Mikäli kuntoutuja ei tuonut itse esille mitään ongelmia ja tavoitteita, häntä yritettiin aktivoida ehdottamalla hänelle ammattilaisen näkemiä tarvealueita. Tässä lienee mukana Kettusen (2001) kuvaama neuvottelun elementti, mutta hieman yksipuolisena. Ammattilainen oli keskittynyt kuntoutujan toimintakyvyn kartoituksessa ”tässä ja nyt” fyysiseen ulottuvuuteen. Näin hänelle muodostunut kuva kuntoutujan tarpeista oli väritynyt fyysisen toimintakyvyn osa-alueiden puutteiden kautta. Kuntoutujan arkielämästä nousevat tarpeet tai hänen uskomuksensa omasta terveysongelmastaan jäivät kuntoutujan oman aktiivisuuden varaan. Mikäli kuntoutuja pystyi kertomaan omista tarpeistaan oma-aloitteisesti, hänellä oli paremmat mahdollisuudet päästä tasavertaiseen neuvotteluun kuntoutuksen tavoitteita ja keinoista. Muussa tapauksessa kuntoutujalle saatettiin ehdottaa tavoitteita, jotka edistivät fyysistä toimintakykyä, mutta olivat vieraita kuntoutujan arkielämässä.

Kettunen (2001, 90–91) esittääkin, että asiakkaan voimavaroja tukevassa neuvontatilanteessa asiakkaan pitää saada luoda oma versionsa puheena olevasta asiasta ja sen ratkaisusta. Kettunen korostaa, että tässä ei ole kysymys vain asiakkaan vanhojen ajatusten uudelleen pyörittämisestä. Voimavarakeskisyydessä yhteistyö ei aina ole sopuisaa ja kitkatonta, vaan mukana on neuvottelun elementti. Asiantuntija tuo keskusteluun uutta näkökulmaa ja tietoa tai käyttäytymistä. Tämän perusteella sekä asiakas että asiantuntija luo itselleen uuden näkemyksen asiasta. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus tuoda esille omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan ollessaan vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ammattilaisen kanssa.

5.3 Asiantuntijan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö

”Asiantuntijan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauksekategoriassa ammattilaiset keskittyivät kuvaamaan omaa toimintaansa liikunnallisen kuntoutuksen asiantuntijana. Haastatteluissa kuntoutuja oli toiminnan kohteena. Kuntoutujan kotona selviytymisen edistämiseen pyrittiin kaikilla kuntoutustoimenpiteillä. Kotona selviytymisen edellytyksenä ammattilaiset näkivät fyysisen toimintakyvyn osa-alueiden, kuten lihasvoiman

ja nivelten liikkuvuuden parantamisen. Kuitenkin kuntoutujan ”oma ääni”, hänen näkemyksensä tilanteestaan tai ongelmistaan jäi taka-alalle. Kuntoutujalla oli haastattelujen perusteella rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa omaan terapiaansa. Tämä kategoria muodostui 53 %:sta haastatteluja.

”Asiantuntujan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoria muodostui kahdesta alakategoriasta: ”Aikaisempi kokemus ikäihmisten laituskuntoutuksesta” ja ”Liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta vastaa fysioterapeutti”. Seuraavaksi esittelen haastattelulainauksineen molemmat alakategoriat ja tämän jälkeen tarkastelen niistä muodostunutta yläkategoriaa ”Asiantuntujan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö”.

5.3.1 Aikaisempi kokemus ikäihmisten laituskuntoutuksesta

Tässä alakategoriassa kuntoutuksen ammattilaiset kertoivat kuntoutuskurssien liikunnallisen kuntoutuksen sisällön pohjautuvan heidän aikaisemmalle kokemukselleen ikäihmisten laituskuntoutuksesta. Sisältöä oli kehitetty sen mukaan, minkä asioiden oli nähty toimivat ikäihmisiä kuntoutettaessa. Kuten edellisessä ”Kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista lähtevä liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoriassa, ammattilaisten kuvauksissa korostui fyysinen toimintakyky ja sen edistäminen. Kuntoutujien liikkumisen ongelmia kartoitettiin, heitä motivoitiin aktiivisuuteen ja opetettiin kotiharjoituksia. Edellisestä kategoriasta poiketen ammattilaisten haastatteluissa kuntoutujalla itsellään näytti olevan vastaanottajan ja passiivisen osallistujan rooli. Liikunnallisen kuntoutuksen sisältö oli muodostunut asiantuntijan ammattitaidon pohjalta.

Seuraavissa haastattelulainauksissa näkyy, miten kuntoutuksen ammattilaiset kertoivat kurssien liikunnallinen osuuden muodostumisesta. Suunnittelun taustalla oli aikaisempi kokemus veteraanikuntoutuksesta ja geriatrisesta laituskuntoutuksesta.

”No ehkä miks meillä, no niin on päädytty sitten että meil oli kuitenkin kokemusta tästä geriatrisesta laituskuntoutuksesta ja sieltä hyvin paljon otettu niinku ne resurssit mitä meillä on niin käyttöön. Ja kuntosalilta meillä nyt on kuitenkin sillä lailla jo pitempään kokemusta, että soveltuu erittäin hyvin, niinku ikäihmisille.”(H2)

"Eli tietysti veteraanikuntoutus varmaan on ollu yhtenä semmosena millä perusteilla sitä on mietitty."(H12)

Kokemus ikäihmisten laituskuntoutuksesta ja ammattilaisten tieto ikäihmisten tyypillisistä ongelmista vaikuttivat kurssien liikunnallisen osuuden sisällön suunnitteluun. Liikunnallisessa kuntoutuksessa painottuivat erityisesti alaraajojen lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu. Sitä pidettiin erityisen tärkeänä ikäihmisen toimintakyvyn kannalta.

"Se tasapaino on[]aika monessa tullu sillai selkeesti esille, et tasapainoharjoituksia niitä tehdään oikeestaan jatkuvasti ja sitte tietysti lihaskuntoharjoituksia alaraajojen kannalta, koska se kuitenkin on se et pystytään liikkumaan ja olemaan jalkojen päällä ja meneen eestaas."(H14)

"Mut ne on hyvin alaraajan lihasvoimaa harjottavia liikkeitä, koska sen koulutuksen puolelta mitä nyt kävin viimeksi siitä voimaharjoittelusta ikäihmisen []lihaskunnan merkityksestä.[]Alaraajojen lihasvoima on ensiarvosen tärkeetä että pääsee jo ylös. Ja pysyy semmonen toimintakyky. Että käsivoimat niinkin pienemmällä pärjää, mutta jos lihasvoima jaloissa alkaa heikentyä niin[]se on uhkana sit koko liikuntakyvyllä."(H4)

Kuten yllä olevissa lainauksissa käy ilmi, esimerkiksi alaraajoihin painottuvaa harjoittelua perusteltiin sekä käytännöllisillä että koulutuksessa opituilla seikoilla. Joissakin haastatteluissa tiettyjen harjoittelumuotojen, kuten mattojumppa, pois jättämistä perusteltiin sillä, että ikäihmiset eivät pysty tekemään niitä sekä resurssien vähyydellä. Vähäisillä resursseilla tarkoitettiin mm. huonoja harjoitustiloja.

"...monetkaa vanhukset ei sitte mattojumppaan kykene. Tai sillä tavalla sinne lattialle ne ei pääse sieltä ylös ja tai ei ainakaan montaa kertaa sitä tee. Se tilakaan ei ole siihen kovinkaan hyvä."(H9)

Tässä alakategoriassa kuntoutuja ei päässyt vaikuttamaan saamiinsa fysikaalisiin hoitoihin, kuten seuraavassa haastattelulainauksessa käy ilmi.

"Jos joku ei pysty osallistumaan esimerkiks vesivoimisteluun niin sitten siihen mietitään jotakin muuta tilalle, mutta se muu ei ole tuota tämmönen rentouttava niinko hieronta, [] yrttikylpy. Sitä he ovat niinku itte niinku sitä mieltä et saisivat semmosen, vaan se on joku liikunnallinen. Ja sen määrittelee lääkäri sen, et jos ei pysty osallistumaan. Mutta ei kuntoutuja itse sitte sitä, että mitä hän ottas tilalle."(H2)

Ryhmäliikunnan sisältöihin kuntoutujilla voi olla mahdollisuus vaikuttaa hieman. Seuraavassa haastattelulainauksessa käy ilmi, että ammattilainen antoi kuntoutujien kertoa toiveistaan kaksiviikkoisen peruskurssin jälkimmäisellä viikolla.

”Vähän heitä kuunnellen ja kattellen ja aika paljon kyselen sitten heidänkin mielipiteitään ja toisellaki jaksolla sit sillä toisella viikolla et oisko jotain mitä tykkäisitte tehdä.”(H14)

Ohjaus vaikutti myös asiantuntijapainotteiselta. Kuntoutujan tilanne kartoitettiin ja häntä ohjattiin ja neuvottiin. Kuntoutujan rooli oli oppia ja ottaa vastaan. Tämä käy ilmi seuraavassa haastattelulainauksessa, jossa kerrotaan miten kuntoutujan omainen otettiin huomioon. Hänelle tiedotettiin mitä ohjeita kuntoutujalle on annettu. Omainen voi osallistua passiivisesti vastaanottaen saadut ohjeet.

”Jos omaisen jaksolle on saatu joku tulemaan, niin sitten[]siellä on sillälailla yks fysioterapia tilanne silleen et tämä omainen tai läheinen kuka se sitten onkin niin se olis siellä mukana ja näkis että mitä tehhään ja hänelle siinä sitten kerrotaan et minkälaisia ohjeita annetaan ja minkälaisin eväin se ihminen sitten lähtee sitten kottii. Et sitten tää ihminen voi sitten välittää sitä viestiä muille muille läheisille, ja olla niinku kannustamassa sitten niihin samoihin tavoitteisiin, mitä me ollaan sitte(..)”(H9)

5.3.2 Liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta vastaa fysioterapeutti

Tässä alakategoriassa kuntoutuksen ammattilaiset kertoivat osallistuvansa liikunnalliseen kuntoutukseen apuohjaajan roolissa. Liikunnallista kuntoutusta ohjattiin yhdessä toisen ammattilaisen kanssa, joka vastasi ensisijaisesti liikunnallisen kuntoutuksen sisällön suunnittelusta. Haastateltavat toivat puheessaan esille osittaisen ulkopuolisuutensa suhteessa kurssin sisältöön. Ammattilainen toimii lähinnä muiden laatimien suunnitelmien toteuttajana. Liikunnallisen kuntoutuksen sisältö painottuu fyysisen toimintakyvyn edistämiseen, eikä eroa merkittävästi edellisen alakategorian haastatteluista.

Myös tämän alakategorian haastatteluissa kuntoutuja näyttäytyi kuntoutuksen kohteena. Liikunnallisen kuntoutuksen sisältö oli muodostunut toisen ammattilaisen eli fysioterapeutin asiantuntijuuden pohjalta.

Seuraavissa haastattelulainauksissa ammattilaiset kertovat, miten liikunnallisen kuntoutuksen sisältö on heidän kuntoutuslaitoksessaan muotoutunut.

”No liikunnallisesta kuntoutuksesta pääasiassa vastaa meidän fysioterapeutit. Olen siinä sitten mukana apuohjaajan roolissa”(H7)

”...tää on menny jo pitkään ja täält on muotoutunut omat juttunsa, tähän lepää hyvin pitkälle (nimi) hartioihi.[]Mä koen niin, että mä vaan toteutan niitten [] kuntoutujan fysioterapian kun ne tulee tälle jaksolle. Eli kaikki muu niinku jää (nimi).”(H11)

Joissakin kuntoutuslaitoksissa ohjataan ryhmiä moniammatillisesti. Tällä tarkoitetaan kahden eri ammattilaisen yhteisesti ohjaamaa ryhmää, kuten fysioterapeutin ja toimintaterapeutin tai fysioterapeutin ja liikunnanohjaajan. Eräänä perusteluna menettelytavalle on tietyn kuntoutuslaitoksen tapa tehdä työtä yhdessä.

”Meil on yhteisiä ryhmiä. Se on semmonen tämän talon vähän niinku perinne.”(H7)

Moniammatillisten ryhmänohjausten lisäksi joissakin kuntoutuslaitoksissa liikuntaryhmissä on kaksi ohjaajaa, joilla on sama ammatti, kuten fysioterapeutti. Kahden ohjaajan ryhmissä saattaa toinen ottaa enemmän vastuuta suunnittelusta ja toteutuksesta kuin toinen. Apuohjaajanroolissa oleva ammattilainen voi silloin kokea ulkopuolisuutta, eikä pääse tuomaan omaa asiantuntijuuttaan esille ryhmän suunnittelussa ja toteutuksessa, kuten seuraavassa haastattelulainauksessa käy ilmi.

”Mä en sillä tavalla koe olevani sisällä eli [] vaikka mä luen papereita ja mä tiän mitä on ikäihmisen kuntoutus ja muuta mut että kun mä en oo mukana niissä jutuissa. En käy kotikäynneil enkä missään ni, tavallaan mä koen kuin hieroja niin pal ulkopuoliseks et mä vaan kökötän sitä.”(H11)

Yhteenveto

”Asiantuntijan arvioon perustuva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” -kuvauskategoriasta voidaan todeta, että ammattilaisten laatimat tavoitteet kuntoutukselle saattoivat olla kuntoutuja hyväksymiä, mutta eivät olleet lähtöisin hänen kokemista ongelmistaan. Ammattilaisen laatima suunnitelma kuntoutuskurssille perustuu kokemukseen ikäihmisten kuntoutuksesta ja ryhmän kykyyn osallistua harjoitteluun. Kuten eräs ammattilainen totesi, lattialle ei mennä harjoittelemaan, koska ikäihmiset eivät pääse sieltä itse ylös. Tämä lattialta ylösousemisen vaikeus saattoi kuitenkin olla kuntoutujan itsensä mielestä itsenäistä kotona selviytymistä uhkaava seikka. Ammattilaisen tietotaidolla rakennettu kuntoutusohjelma oli ehkä tehokas, mutta ei kohdentunut oikein ilman kuntoutujan panosta suunnittelussa ja toteutuksessa. Ottamalla huomioon kuntoutujan kokemat ongelmat ja hänelle ominainen

elämäntapa voidaan liikunnallinen kuntoutus hienosäätää juuri hänen itsenäistä kotona selviytymistään tukevaksi.

Tutkimuksen tulos on samansuuntainen kuin Jetten (1993) tekemä havainto. Fysioterapiassa asiakkaiden lähtökohdista tarkasteltu toimintakyvyn paraneminen on vielä toteutumatta. Hän ehdottaakin artikkelissaan, että fysioterapian tuloksellisuutta arvioitaessa otettaisiin käyttöön terveyteen liittyvä elämänlaatu (Health-related quality of life). Tällä hän tarkoittaa asiakkaan kykyä toimia erilaisissa sosiaalisissa rooleissa häntä itseään tyydyttävällä tavalla. Jetten mukaan tähän liittyy sekä subjektiivinen että objektiivinen ulottuvuus. Sen objektiivisella ulottuvuudella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen suorittamaa tutkimusta asiakkaan elämäntilanteesta ja subjektiivisella ulottuvuudella asiakkaan omien arvojen ja uskomusten kartoittamista, jotka liittyvät hänen kokemukseensa elämänlaadusta.

Jetten (1993) kuvaama terveyteen liittyvän elämänlaadun kartoittaminen jäi kategorian kuvauksissa kesken. Objektiivisessa ulottuvuudessa keskityttiin kuntoutujan sen hetkisen fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen suhteuttamatta sitä kuntoutujan elämäntilanteeseen. Subjektiivinen ulottuvuus jäi kategorian kuvauksissa puuttumaan. Kuntoutujan omia arvoja, uskomuksia ja hänen kokemuksiaan ei kartoitettu haastattelujen perusteella. Jetten esittämä kritiikki kuntoutuksesta näyttää aiheelliselta tämänkin aineiston kohdalla. Toimintakyvyn parantumista ei lähestytty asiakkaan lähtökohdista.

Saatu tutkimustulos vahvistaa Talvitien 90-luvun alussa saamaa tulosta fysioterapian yksipuolisuudesta. Talvitie (1991, 80–81) tutki fysioterapian kohteen ja menetelmien sekä koulutuksen kehittymistä Suomessa. Hän havaitsi, että liikkuminen ja liike on nähty perinteisesti fysioterapian keskeiseksi alueeksi. Fysioterapiassa ei synny tarvetta kehittää kokonaisvaltaisempia mittareita asiakkaan toimintakyvyn ja kotiolosuhteiden selvittämiseksi. Talvitie kritisoi, että tämän seurauksena harjoitusohjelmia ei myöskään suhteuteta laitoksen ulkopuoliseen elämään. Saattaa käydä niin, että asiakkaalle annettuja ohjeita ei ole mietitty asiakkaan elämän todellisuuden kannalta. Tämän tutkimuksen tuloksen perusteella näyttää siltä, ettei kymmenessä vuodessa ole saatu aikaan merkittävää muutosta fysioterapian toteutuksessa. Vielä 2000-luvulla kuntoutujan toimintakykyä kartoitetaan keskittyen ainoastaan fyysiseen olemukseen ja irrotetaan ihminen omasta luonnollisesta toimintaympäristöstään eli kodistaan.

Myös myöhemmissä tutkimuksissa (Jaatinen 1996, Poskiparta 1997 ja Viitanen 1997) terveydenhuollon ammattikulttuureista tai tapahtuneista neuvontatilanteista osoittaa, että asiantuntijoiden tapa toimia rajoittaa asiakkaan ”kuulluksi tulemista”. Asiakkaalle ei anneta mahdollisuutta kertoa, miten terveysongelma haittaa heidän arkipäiväänsä ja harrastuksiansa. Asiakkaalta ei kysytä, saako hän jostakin apua ja tukea arjessa selviytymiseen. Lisäksi asiantuntija ei syvenny miettimään asiakkaan kanssa sitä, miten hän voi kotonaan käytännössä toteuttaa annetut ohjeet.

Kuvauskategorian kuvaukset vahvistavat edellä mainittuja tutkimustuloksia. Liikunnallista kuntoutusta toteutetaan valmiiden ohjelmien mukaan, jotka ovat syntyneet ammattilaisten aiemman kuntoutuskokemusten perusteella. Jokaisen kuntoutujan elämäntilanne ja elinympäristö ovat ainutlaatuiset. Kun ammattilaisella ei ole tietoa kuntoutujan arkielämästä, hänen on vaikeaa soveltaa harjoitukset tai ryhmäliikunnat niin, että ne vastaavat kuntoutujan tarpeisiin. Lisäksi kuntoutuja ei saa konkreettista apua harjoitusten soveltamisessa hänen arkielämäänsä. Tällöin on vaarana, että laitostuntoutus jää vain irralliseksi ja tempukeskeiseksi ”lomaksi” arjesta. Linkitys kuntoutuksen ja kodin välillä jää puutteelliseksi.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten merkitys ja sovellettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ikäihmisten laitospääntötyksessä liikunnallista kuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsityksiä siitä, millä perusteella he ovat valinneet kuntoutuksen sisällöt. Haastattelujen perusteella liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset perustelivat kuntoutuksen sisältöjä kolmella toisistaan eroavalla tavalla. Liikunnallisen kuntoutuksen sisällöt perustuivat suurimmalta osin asiantuntijan arvioon. Lisäksi sisällöt muodostuivat kuntoutujan toimintakyvyn ongelmista. Kuntoutujien tarpeen ja elämäntilanteen mukaan oli muodostettu vain pieni osa liikunnallisen kuntoutuksen sisällöistä.

Tulokset kertovat liikunnallista kuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsitysten painottuvan fyysisen toimintakyvyn ongelmien kartoittamiseen ja vähentämiseen. Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilainen on fyysisen toimintakyvyn asiantuntija. Hänen asiantuntijuutensa kohdistuu fyysisen toimintakyvyn ongelmien kartoittamiseen ja fyysiseen kuntoutukseen. Ikäihmisen ongelman määrittäessä ensisijaisesti fyysiseksi, liikunnallisen kuntoutuksen ammattilainen on koulutuksensa perusteella ongelman asiantunteva ratkaisija. Vastauksissa kuntoutujaa lähestytään kuntoutuslaitoksen näkökulmasta ja kuntoutujan elämän kokonaistilanne jää liikunnallisen kuntoutuksen ensisijaisen huomion ulkopuolelle. Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen jää marginaaliseksi.

Tutkimuksen tuloksessa näkyy terveydenhuolto-organisaatioille tyypillinen asiantuntijalähtöinen työskentelytapa (esim. Jaatinen 1996, Poskiparta 1997 ja Viitanen 1997). Holstein ja Gubrium (1994, 268) esittävät, että organisaatiokulttuuri muovaa sen sisällä työskentelevien henkilöiden käsitystä asioista. Henkilön aikaisemmat kokemukset ja henkilökohtaiset arvot ovat hänen käsitystensä taustalla, mutta organisaation julkiset ja yhteiset tavat jäsentää todellisuutta vaikuttavat voimakkaasti. Haastateltavien kertomassa vaikutti terveydenhuollon organisaation ”jättämä jälki”. Kuntoutujaa lähestyttiin osittain kuin epäkunnossa olevaa konetta. Vika määritettiin ja siihen annettiin parannuskeinot ja ohjeet. Kuntoutujalle itselleen jäi haasteellinen tehtävä sovittaa saamansa ohjeet arkielämäänsä.

Tällaista lähestymistapaa on luonnehdittu lääketieteellispainotteiseksi tai biomekaaniseksi (vrt. Viitanen 1997, Roberts 1994, Diamond 2000, 403–404). Tämän tutkimuksen tuloksissa biolääketieteellinen painotus näkyi erityisesti fyysisten oireiden ja toimintakyvyn korostamisessa (vrt. Roberts 1994). Ammatillaiset lähestyivät kuntoutujaa ja hänen tilannettaan fyysisten toiminnanvajauksien kautta. Fyysiseen ongelmaan nähtiin olevan fyysinen vastaus. Lähestymistapaan jäi hyvin vähän tilaa kuntoutujan omalle näkemykselle. Kuntoutujan kokemus kotona selviytymisen ongelmista saattoi olla erilainen kuin mitä liikunnallisen kuntoutuksen ammatillaiset toivat esiin haastatteluissa (vrt. Young ja Flower 2001).

Suurimmassa osassa ammattilaisten haastatteluja liikunnallisen kuntoutuksen sisällön suunnittelu pohjautui kapea-alaisesti kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn ongelmiin. Kuten Laitakarin ym. (1995) ja Jorgensenin (2000) tutkimuksissa, tässäkin tutkimuksessa fyysistä aktiivisuutta edistävää terveysneuvontaa ja fysioterapiaa toteutettiin useimmiten ilman tietoa asiakkaan henkilökohtaisista arvoista ja ympäristötekijöistä. Kuntoutuksen oikean kohdentamisen kannalta on välttämätöntä, että kuntoutujan elämäntilanteesta ja hänen kokemuksistaan sekä odotuksistaan saadaan tietoa. Kuntoutujan arkielämän ja toimintaympäristön kartoittaminen on tärkeää, jotta kuntoutuksella olisi jatkuvuutta senkin jälkeen, kun kuntoutuja lähtee kotiinsa (vrt. Williams ja Harrison 1999, Jorgensen 2000). Mikäli kuntoutujalla ei ole kotiympäristössään mahdollisuutta toteuttaa saamiaan harjoitusohjeita tai hän ei pääse sopivaan harjoituspaikkaan, harjoittelun jatkuvuus on lyhytaikaista (vrt. Cattan 2002). Liikunnallisessa kuntoutuksessa pyritään antamaan kuntoutujalle kokemuksia uusista liikuntamuodoista. Osassa niistä tarvitaan erityisvälineitä, kuten allasvoimistelu ja kuntosalit. Ikäihmiset innostuvat harjoittelusta, mutta kotiin palattuaan monetkaan eivät pysty jatkamaan harjoittelua kotipaikkakunnallaan. Mikäli liikunnallisen kuntoutuksen ammatillaiset olisivat selvillä kuntoutujan arkielämästä ja hänen toimintaympäristöstään, heidän olisi helpompi miettiä yhdessä kuntoutujan kanssa konkreettisia keinoja esteiden poistamiseksi.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutujan elämäntapamuutoksen taustalla vaikuttavat seikat kartoitettiin huonosti (vrt. Prochaska ja Marcus 1994, Green ja Kreuter 1999). Jotta henkilö pystyisi omaksumaan uuden käyttäytymismallin, kuten liikunnallisesti aiempaa aktiivisemmän elämäntavan, neuvonnassa tulee ottaa huomioon ilmiön

monisäikeisyys. Henkilön aikaisemmat elämäkokemukset, elintavat, uskomukset ja arvot sekä hänen elämäntilanteensa vaikuttavat siihen, miten hän suhtautuu uusiin asioihin. Edellä mainitut asiat vaikuttavat myös henkilön voimavaroihin ja resursseihin muuttamalla tottumuksiaan. Terveysneuvontaa ei voida antaa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti silloin kun ammattilaisella ei ole tiedossa kuntoutujan suhdetta elämäntapamuutoksiin. Ikäihmiset eivät ole homogeeninen ryhmä. Erilaisen taustan ja elämäntilanteen omaavat ikäihmiset tarvitsevat heidän lähtökohdistaan yksilöllisesti räätälöidyn, arkipäivän tasolle menevää ohjausta ja neuvontaa. Ammattilaisen kanssa yhdessä tehdyn ongelmanratkaisun jälkeen kuntoutuja tarvitsee tukea mahdollisen elämänmuutosprosessin eri vaiheissa. Tässä voivat sekä kuntoutuslaitoksen että kunnan perusterveydenhuollon ammattilaiset tukea kuntoutujaa.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella PRECEDE-PROCEED-malli terveyden edistämisen prosessista (Green ja Kreuter 1999) ei toteudu ikäihmisten liikunnallisessa kuntoutuksessa. Kuntoutuja, joka on terveyden edistämisen prosessissa avainhenkilö, jää taustalle. Ainoastaan ”Kuntoutujan tarpeista ja elämäntilanteesta nouseva liikunnallisen kuntoutuksen sisältö” - kuvauskategoriassa kuntoutujan ääni kuului. Kun liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelussa ohitetaan kuntoutuja ja hänen voimavaransa, hänen kokemansa vaikeudet ja huolenaiheet, koko suunnitteluprosessi suuntautuu väärin. Suunnittelun lähtökohdiksi nousevat ammattilaisten kokemat ja havaitsemat tarpeet ja ongelmat. PPECEDE-PROCEDE-mallin muut vaiheet, kuten muokkaavien, mahdollistavien ja vahvistavien tekijöiden huomioiminen (vrt. Laitakari ja Miilunpalo 1998) saattavat toteutua jollain tasolla. Kuitenkaan terveyden edistämisen prosessi ei kokonaisuudessaan voi toteutua, koska kuntoutuja ja hänen tarpeensa on sivuutettu.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kuntoutujan osallistuminen liikunnallisen kuntoutuksen sisällön suunnitteluun ja toteutukseen näyttää liian vähäiseltä. Kuntoutuslaitosten ”fyysinen kulttuuri” saattaa olla vierasta ikäihmisille, eivätkä he näe selvää yhtymäkohtaa liikunnallisella kuntoutuksella ja arkielämällään (vrt. Viitanen 1997). Tämä saattaa asettaa kuntoutujan katsojan asemaan, hän seuraa mitä tapahtuu ja vastaanottaa kuntoutuspalvelut. Kuntoutujan kokemus omista vaikutusmahdollisuuksistaan saattaa olla niin heikko, että hän ei edes pyri osallistumaan aktiivisesti kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun (vrt. Payton ym. 1998). Kuntoutuja saattaa kokea olevansa voimaton omaan terveyteensä ja toimintakykyynsä liittyvissä asioissa (vrt. Häggman–Laitila 1999). Kuntoutujalla saattaa olla tunne, että hänellä

ei ole keinoja edistää omaa toimintakykyään. Tällöin hän saattaa tukeutua ammattilaisen kykyyn kuntouttaa ja jäädä itse passiivisena taka-alalle.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten käsityksiä omasta työstään ikäihmisten kuntoutuskursseilla. Tutkimuksen perusteella ei voida vetää johtopäätöksiä siitä, miten ohjaus ja kuntoutus toteutuvat. Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe on jatkaa tätä selvitystä tutkimalla, miten ammattilaisten käsitykset siirtyvät käytännön työhön ja ikäihmisten ohjaukseen. Tässä tutkimuksessa esille tulleet ammattilaisten käsitykset vahvistavat Viitasen (1997) esittämää haastetta ammattikulttuurin muutoksen tarpeesta. Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset kartoittivat kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn, mutta vain osa heistä huomioi asiakkaan tarpeet ja näkemykset ja laativat kuntoutuksen tavoitteet yhdessä kuntoutujan kanssa. Vain pienessä osassa haastatteluja kuntoutujan elämäntilanne selvitettiin perusteellisesti ja selvityksen perusteella suunniteltiin kuntoutuksen sisältöä. Kuntoutujalla tulisi olla parempi mahdollisuus osallistua aktiivisesti kuntoutuksensa suunnitteluun ja toteutukseen. Näin liikunnallinen kuntoutus siirtyisi varmemmin osaksi kuntoutujan arkielämää.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullista tutkimusta on perinteisesti pyritty arvioimaan määrällisestä tutkimuksesta saaduilla luotettavuusmittareilla, joskin niitä on muokattu laadulliseen tutkimukseen paremmin soveltuviksi. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetillä tarkoitetaan kohderyhmän luotettavaa paikantamista ja toimivan tutkimusasetelman luomista. Reliabiliteetilla tarkoitetaan laadullisessa tutkimuksessa aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta (Pyörälä 1994.) Tynjälä (1991) sen sijaan esittää uudenlaisten luotettavuuskriteerien käyttöä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa. Hänen mukaansa relativistisessa tutkimuksessa, jossa oletetaan useanlaisten todellisuuksien olemassaoloa, ei objektiivisen totuuden pohjalta kehitettyjä kriteereitä pitäisi käyttää. Hän lainaakin Lincolnin ja Guban (1985, 290) kehittämää laadullisen tutkimuksen kriteereitä, joita ovat vastaavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), tutkimustilanteen arviointi (dependability) ja tutkimustuloksen vahvistettavuus (conformability).

Vastaavuudella tarkoitetaan saatujen tulosten vastaavan mahdollisimman tarkasti tutkittavien alkuperäisiä käsityksiä ilmiöistä (Lincoln ja Guba 1985, 294–296). Ahonen (1994, 129) käyttää samaa kriteeriä, mutta kutsuu sitä aineiston ja analyysin aitoudeksi. Laadullisen tutkimuksen vastaavuuden ja aitouden varmistamiseksi tulee aineiston keruuseen kiinnittää erityistä huomiota. Haastattelun tulee olla avointa ja haastateltavan tulee saada esittää rauhassa omia ajatuksiaan. (Ahonen 1994, 137; Kvale 1996, 149; Bernard ym. 1999.)

Tässä tutkimuksessa haastattelut toteutuivat niin, että haastateltavat pystyivät kertomaan ajatuksiaan ilman, että olisin johdatellut heitä kysymyksilläni tai keskeyttänyt heidän kertomustaan. Kuitenkin jäin pohtimaan haastateltavien avoimuutta haastattelutilanteissa. Erityisesti monen haastateltavan kommentit haastattelujen jälkeen, joissa he kertoivat kysymysten olleen vaikeita, saivat minut miettimään haastattelutilanteita uudelleen. Tuntuiko haastateltavista siltä, että heitä kuulusteltiin tai ajattelivatko he, että heidän tulisi osata antaa ”oikea” vastaus kysymyksiin? Tämän tutkimuksen kuuluminen liikunnallisen kuntoutuksen osahankkeeseen, joka taas kuuluu Ikähankkeeseen, saattoi tuoda haastatelluille mielikuvan kuntoutuksen auditoinnista. Toisaalta omasta työstään ja tekemistään valinnoistaan toiselle kertominen tuo aina mahdollisuuden vertailuun. Mutta toisaalta työelämässä pitäisi olla totuttu vertaisarviointiin ja oman työnsä kriittiseen tarkasteluun. Lisäksi haastateltavien kyky kertoa omasta työstään saattaa olla eri henkilöillä erilainen. Toinen saattaa pohtia paljonkin omaa toimintaansa ja näin ollen pystyy kertomaan siitä jäsentyneesti. Toinen saattaa toimia paljon intuition eli nk. hiljaisen tiedon varassa, eikä pysty kysyttäessä kertomaan toimintansa perusteita täsmällisesti.

Laadullisen tutkimuksen siirrettävyyden kriteerillä Lincoln ja Guba (1985, 296–298) tarkoittavat sitä, missä määrin saatuja tuloksia voidaan siirtää toiseen yhteyteen. Tutkimuksen siirrettävyyden parantamiseksi Lincoln ja Guba (1985, 316) ehdottavat tutkijan raportoivan mahdollisimman tarkkaan tutkimuksen aineistoa ja tutkimusta, jotta lukijat voivat pohtia tulosten mahdollista sovellettavuutta muihin asiayhteyksiin. Tämän tutkimuksen raportoinnissa olen kuvaillut tutkimusjoukkoa ja tutkimuksen etenemistä yksityiskohtaisesti. Lukija voi näin varmistua tämän tutkimuksen siirrettävyyden luotettavuudesta. Tutkimusjoukon kuvaamisessa olen pyrkinyt tarkkuuden lisäksi huomioimaan eettiset seikat. En ole halunnut antaa haastateltavista niin paljon tietoja, että heidät voitaisiin tunnistaa kuvausteni perusteella. Sama periaate koskee myös suorien haastattelulainauksien käyttöä analyysissä. Olen tasapainotellut vaikean valinnan välillä. Haastattelulainauksien tulisi olla

riittävän pitkiä, jotta lukija vakuuttuu tehtyjen tulkintojen aitoudesta (Ahonen 1994, 154). Haastateltavaa ei kuitenkaan tule pystyä tunnistamaan lainauksen perusteella. Olen lyhentänyt lainaamiani otteita tunnistamisen välttämiseksi. Olen myös tarkastanut käyttämäni lainaukset, ettei niissä esiinny murrasanoja ja poistanut kaikki haastatteluissa mainitut nimet.

Ahonen (1994, 152) tuo esille fenomenografisten tutkimustulosten teoreettisen yleisyyden, jolla hän tarkoittaa tulosten liittyvän yleisiin teoreettisiin ongelmiin. Tuloksia voidaan käyttää hyväksi muissakin asiayhteyksissä. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset kuin useat aikaisemmat terveydenhuollon toimintaa tutkineet tutkimukset (vrt. Talvitie 1991, Viitanen 1997, Laitakari ja Miilunpalo 1998, Jorgensen 2000). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ikäihmisten liikunnallisen kuntoutuksen fyysispainotteisuudesta sekä kuntoutujan oman näkemyksen sivuuttamisesta liittyvät terveydenhuolto-organisaatioiden yleisiin teoreettisiin ongelmiin.

Tutkimustilanteen arviointi edellyttää tutkijan ottamaan huomioon erilaisia ulkoisia vaihteluita aiheuttavia tekijöitä, kuten tutkittavan ilmiön muuttuminen tutkimuksen kuluessa. Lisäksi tutkijan tulee huomioida hänessä itsessään tapahtuvat muutokset (esim. haastattelutekniikan oppiminen) ja tutkittavissa tapahtuvat mahdolliset muutokset (esim. uusi tietoisuus omista käsityksistään). Tutkimustilanteen arvioinnin parantamiseksi tutkijaa kehoitetaan pitämään huolellista tutkimuspäiväkirjaa (Lincoln ja Guba 1985, 319) ja tunnistamaan omat lähtökohtansa (Ahonen 1994, 122). Olen kuvannut aineistonkeruukappaleessa valmistautumiseni ja haastattelujen toteutumisen huolellisesti. Aineistonkeruumatkoilla tein lyhyitä muistiinpanoja vihkoon. Nämä merkinnät ja puhtaaksi kirjoitetut haastattelut auttoivat palauttamaan mieleeni haastattelutilanteet yksityiskohtineen.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan laadullisessa tutkimuksessa tutkijan luotettavuutta ja rehellisyyttä. (Lincoln ja Guba 1985, 298–301.) Vahvistettavuuden parantamiseksi suositellaan tutkijatriangulaatiota eli rinnakkaisarviointia. Rinnakkaisarvioinnin reliabiliteettiä lasketaan jakamalla yksimielisesti luokitellut ilmaisut kaikkien luokiteltujen ilmaisujen määrällä. (Uljens 1989, 56; Ahonen 1994, 155.) Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta hyödyntää rinnakkaisarvioijaa vähäisten aikaresurssien vuoksi. Haastateltavilla ei ollut myöskään mahdollisuutta tarkistaa tekemäni analyysiä resurssien niukkuuden vuoksi. Sekä rinnakkaisarvioinnin että haastateltavien tekemien tarkennusten puuttuminen tuovat tutkimuksen vahvistettavuudelle eettisen ongelman. Olen pyrkinyt taustojeni ja tekemäni

analyysin mahdollisimman tarkkaan ja avoimeen kuvaamiseen, jotta voisin osoittaa lukijalle toimintani vilpittömyyden. Tekemässäni analyysissä olen pyrkinyt ymmärtämään mahdollisimman tarkasti sen, mitä haastateltava tarkoitti kertomallaan. Olen toiminut tämän hetkisen ymmärryksen mukaisesti pyrkien rehellisyyteen ja luotettavuuteen.

Ahonen (1994, 130) lisää luotettavuuden kriteeriksi vielä tutkimuksen relevanssin. Tällä hän tarkoittaa tutkimuksen teoreettista merkityksellisyyttä. Tutkimuksen relevanssi edellyttää tutkijan perehtyneisyyttä ilmiötä koskevaan teoriaan. Ahosen (1994, 154) mukaan tutkijan teoreettinen perehtyneisyys näkyy jo haastattelussa, mutta erityisesti kuvauskategorioiden muodostamisessa. Kategorioiden tulee olla teoreettiseen tutkimuskäsitteistöön ja tutkimusongelmiin kytkeytyneitä. Raportista tulee näkyä millaisista teoreettisista lähtökohdista käsin kategoriat ovat muodostettu. Tässä tutkimuksessa olen kokenut haasteellisena teoreettiseen taustaan nojautuminen, mutta samalla aineistolähtöisen analyysin tekemisen. Aineistosta nousseista kuvauskategorioiden toistuivat samat teemat kuin tutkimuksen teoriataustassa. Kiusauksena oli ryhtyä vertaamaan aineistoa ja teorioita keskenään ennen aikaisesti jo analyysivaiheessa.

Fenomenografinen menetelmä soveltui hyvin tämän tyyppisen aineiston analysointiin. Vaikka valmistauduin huolellisesti haastatteluihin, niin oman haastattelutekniikkani puutteellisuus saattoi rajoittaa vuorovaikutusta ja siten vaikuttaa tutkimustuloksiin. Lisäksi fysioterapeuttitaustani vaikutus sekä haastatteluihin että niiden analysointiin oli varmasti kaksitahoinen. Toisaalta aihe oli niin lähellä itseäni, että en ehkä osannut kyseenalaistaa riittävästi saamiani vastauksia. Toisaalta pystyin eläytymään haastateltavien kertomaan, koska se oli lähellä omaa kokemustani. Saamani haastatteluaineisto on niin rikas ja monivivahteinen, että käyttämällä enemmän aikaa sen uudelleen lukemiseen olisi analyysin syvyyttä voinut lisätä. Aineistosta esiin nousseiden kuvauskategorioiden nimeäminen oli erityisen haasteellista. Mielessäni oli kuva siitä, mistä kategoriassa oli pohjimmiltaan kysymys, mutta asian nimeäminen täsmällisesti ja kuvaavasti oli vaikeaa. Tämän tutkimuksen aikana olen oppinut sen, että paras tapa oppia uutta on altistaa tekemisensä muiden rakentavalle kritiikille. Lisäksi olen huomannut, että minulla on vielä paljon opittavaa. Kun yhden oven sulkee takanansa, avautuu kokonainen laakso uutta ja entuudestaan outoa eteeni.

LÄHTEET

Ahonen S. 1994. Kirjassa: Syrjälä L., Ahonen S., Syrjäläinen E., Saari S. Laadullisen tutkimuksen työtapa. Rauma, Kirjayhtymä. s.113–160.

Allegrante J.P., Kovar P.A., Mackenzie C.R., Peterson M.G. ja Gutin B. 1993. A walking education program for patients with osteoarthritis of the knee: theory and intervention strategies. *Health Education Quarterly*; 20: 63–81.

Barnard A., McCosker H. ja Gerber R. 1999. Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*; 9: 212–226.

Beissner K.L., Collins J.E. ja Holmes H. 2000. Muscle force and range of motion as predictors of function in older adults. *Physical Therapy*; 80: 556–563.

Berg W.P. ja Lapp B.A. 1998. The effect of a practical resistance training intervention on mobility in independent, community-dwelling older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*; 6: 18–35.

Cattan M. 2001. Practical health promotion: what have we learned so far? Kirjassa: Chiva A. ja Stears D. (eds.) Promoting the health of older people. The next step in health generation. Open University Press, Buckingham, UK. 11–22.

Cattan M. 2002. Supporting older people to overcome social isolation and loneliness. *Help the Aged*, London.

Chase L., Elkins J., Readinger J. ja Shephard K.F. 1993. Perceptions of physical therapists toward patient education. *Physical Therapy*; 73: 787–796.

Christmas C. ja Andersen R.A. 2000. Exercise and older patients: Guidelines for the clinician. *Journal of the American Geriatrics Society*; 48: 318–324.

- Conn V.S. 1998. Older women's beliefs about physical activity. *Public Health Nursing*; 15: 370–378.
- Dall'Alba G. 1993. Reflections on phenomenography. Introduction to the theme. *Nordisk Pedagogik*; 13: 66–67.
- Diamond T. 2000. Nursing homes as trouble. Kirjassa: Gubrium J.F ja Holstein J.A. (eds.). *Aging and everyday life*. Blackwell Publishers, Malden, USA. 401–413.
- Epel O.B. ja Regev Z. 2000. Quality and correlates of physical activity counseling by health care providers in Israel. *Preventive Medicine*; 31: 618–626.
- Engeström Y. 1986. The concept of content in phenomenography and dialectics. Kirjassa: Ashworth P.D., Giorgi A. ja de Koning A.J.J. (toim.). *Qualitative research in psychology. Proceedings of the international association for qualitative research in social science*. Pittsburg, Duquesne University Press, 47–75.
- Fiatarone M.A., O'Neill E.F., Ryan N.D., Clements K.M., Solares G.R., Nelson M.E., Roberts S.B., Kehayias J.J., Lipsitz L.A. ja Evans W.J. 1994. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*; 330: 1769–1775.
- Gillespie L.D., Gillespie W.J., Robertson M.C., Lamb S.E., Cumming R.G. ja Rowe B.H. 2002. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.
- Godin G. 1994. Social-cognitive models. Kirjassa Dishman R.K. (toim.) *Advances in exercise adherence*. Human Kinetics, Champaign, IL, USA. 113–135.
- Green L.W. ja Kreuter M.W. 1999. *Health promotion planning. An educational and ecological approach*. Kolmas painos. Mayfield Publishing Company, Mountain View, CA, USA.

Gubrium J.F. 1997. *Living and dying at Murray Manor*. University Press of Virginia, Charlottesville, USA.

Hauer K., Rost B., Rutschle K., Opitz H., Specht N., Bärtsch P., Oster P. ja Schlierf G. 2001. Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *Journal of American Geriatrics Society*; 49: 10–20.

Heikkinen E. 2000. Terve vanheneminen- utopia vai realistinen mahdollisuus. Kirjassa: Heikkinen E. ja Tuomi J. *Suomalainen elämäntyyli*. Tammi, Vantaa: 216–234.

Heikkinen E. ja Ilmarinen J. 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Liikuntalääketiede*; 117: 653–660.

Hillsdon M., Thorogood M., White I. ja Foster C. 2002. Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology*; 31: 808–815.

Hirsjärvi S. ja Hurme H. 2000. *Tutkimushaastattelun teorian ja käytännön teoria ja käytäntö*. Helsinki, Yliopistopaino.

Hirvensalo M., Lampinen P. ja Rantanen T. 1998. Physical Exercise in old age: an eight-year follow-up study on involvement, motives, and obstacles among persons age 65-84. *Journal of Aging and Physical Activity*; 6: 157–168.

Hirvensalo M., Rantanen T. ja Heikkinen E. 2000. Mobility difficulties and physical activity as predictor of mortality and loss of independence in the community-living older population. *Journal of the American Geriatrics Society*; 48: 493–498.

Holstein J.A. ja Gubrium J.F. 1994. Phenomenology, ethnomethodology and interpretive practice. Kirjassa: Denzin K.N. ja Lincoln S.Y. (eds.). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications. Thousand Oaks, California. 262–272.

Häggman-Laitila 1999. *Terveys ja omatoiminen terveydenhoito. Kuvallinen teoria yksilöllisistä kokemuksista*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Häkkinen K. 1996. Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä- teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Jyväskylä, Jyväskylän yliopistopaino.

Jaatinen J. 1996. Terapeuttinen keskusteluntodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos. Stakes, tutkimuksia 72.

Jette A.M. 1993. Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Physical Therapy*; 73: 528–537.

Järvikoski A. ja Härkäpää K. 2001. Johdanto. Kirjassa: Järvikoski A., Härkäpää K. ja Nouko-Juvonen S. (toim.). Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 69. Yliopistopaino, Helsinki.

Jorgensen P. 2000. Concepts of body and health in physiotherapy: the meaning of the social/cultural aspects of life. *Physiotherapy Theory and Practice*; 16: 105–115.

Kelan tilastokeskus/Kuvasto/Väestö 12.2.2001. Löytyy internetistä osoitteessa: ><http://www.kela.fi><. Viitattu 24.4.2002.

Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tulemisesta sairaalan terveysterveystieteissä. *Studies in Sport, Physical Education ja Health* 75.

Kroksmark T. 1987. Fenomenografisk didaktik. *Acta Universitatis Gothoburgensis. Göteborg Studies in Educational Sciences* 63.

Kuntoutusselonteko 2/2002. Löytyy internetistä osoitteella: ><http://www.vn.fi/stm/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf><. Päivitetty 28.2.2002. Viitattu 23.4.2002.

Kvale S. 1996. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. California, Sage Publications.

Laitakari J., Miilunpalo S. 1998. How can physical activity be changed- basic concept and general principles in the promotion of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling*; 33: S47–S59.

Laitakari J., Miilunpalo S. ja Vuori I. 1995. The process and methods of health counseling by primary health care personnel in Finland: a national survey. *Patient Education and Counseling*; 30: 61–70.

Landefeld C.S., Palmer R.M., Kresevic D.M., Fortinsky R.H. ja Kowal J. 1995. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcome of acutely ill older patients. *New England Journal of Medicine*; 332: 1338–1344.

Laukkanen P. 1998. Iäkkäiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. *Studies in Sport, Physical Education, and Health* 56. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto.

Lindberg O., Tilvis R., Sletvold O., Jonsson A., Schroll M., Snaedal J., Engedal K., Schultz-Larsen K. ja Gustafson Y. 1998. Geriatriinen arviointi ja kuntoutus Pohjoismaissa. *Suomen Lääkärilehti*; 53: 985–990.

Lundvik Gyllensten A., Gard G., Salford E. ja Ekdahl C. 1999. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*; 4: 89–109.

Marton F. 1981. Phenomenography- describing conceptions of the world around us. *Instructional science*; 10: 177–200.

Marton F. 1988a. Phenomenography: A research approach to investigating different understandings of reality. Kirjassa: Sherman R.R. ja Webb R.B. (toim.). *Qualitative research in education: Focus and methods*. London, The Falmer Press: 141-161.

Marton F. 1988b. Phenomenography: Exploring different conceptions of reality. Kirjassa: Fetterman D.M. (toim.). *Qualitative approaches to evaluation in education. The silent scientific revolution*. New York, Praeger Publishers: 176–205.

McMurdo M.E.T., Millar A.M. ja Daly F. 2000. A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old peoples' homes. *Gerontology*; 46: 83–87.

Männistö P. 1996. Iäkkäiden naisten kokemuksia liikunnallisten taitojen harjoittelusta ja oppimisesta. *Fysioterapia*; 43: 56–59.

O'Brien Cousins S. 2001. Thinking out loud: what older adults say about triggers for physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity*; 9: 347–363.

Payton O.D. ja Nelson C.E. 1996. A preliminary study of patients' perceptions of certain aspects of their physical therapy experience. *Physiotherapy Theory and Practice*; 12: 27–38.

Payton O.D., Nelson C.E. ja Hobbs M.S.C. 1998. Physical therapy patients' perceptions of their relationships with health care professionals. *Physiotherapy Theory and Practice*; 14: 211–221.

Pohjolainen P. ja Huuhka M. 1997. Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutus fyysiseen toimintakykyyn ja mielialaan. *Gerontologia*; 3: 202–211.

Pohjolainen T. 2001. Kehittämiskohteena ikäihmisten kuntoutus. *Fysioterapia*; 48: 5–9.

Pollock M.L., Gaesser G.A., Butcher J.D., Despres J-P., Dishman R.K., Franklin B.A. ja Garber C.E. 1998. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sport and Exercise*; 30: 975–991.

Poskiparta M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysterveystieteen ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. *Studien in Sport, Physical Education ja Health* 46.

Prochaska J.O. ja DiClemente C.C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 51: 390–395.

- Prochaska J.O. ja Marcus B.H. 1994. The transtheoretical model: application to exercise. Kirjassa Dishman K. (toim.) *Advances in exercise adherence*. Human Kinetics, Champaign, IL, USA. 161–180.
- Protas E.J., Wang C-Y. ja Harris C. 2001. Usefulness of an individualized balance and gait intervention programme based on the problem-oriented assessment of mobility in nursing home residents. *Disability and Rehabilitation*; 23: 192–198.
- Pyörälä E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*; 31: 4–14.
- Rantanen T., Era P. ja Heikkinen E. 1994. Maximal isometric strength and mobility among 75-year-old men and women. *Age and Aging*; 23: 132–137.
- Rantanen T. 1995. Lihasvoima, liikkumiskyky ja itsenäinen elämä iäkkäillä ihmisillä. *Gerontologia*; 9: 2–7.
- Resnick B. ja Spellbring A.M. 2000. Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of Gerontological Nursing*; 26: 34–42.
- Reuben D.B., Borok G.M., Wolde-Tsadik G., Ershoff D.H., Fishman L.K., Ambrosini V.L., Liu Y., Rubenstein L.Z. ja Beck J.C. 1995. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*; 332: 1345–1350.
- Roberts P. 1994. Theoretical models of physiotherapy. *Physiotherapy*; 80: 361–366.
- Rose D.J. ja Clark S. 2000. Can the control of bodily orientation be significantly improved in a group of older adults with a history of falls? *Journal of the American Geriatrics Society*; 48: 275–282.
- Satariano W.A., Haight T.J. ja Tager I.B. 2000. Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. *Journal of American Geriatrics Society*; 48: 505–512.

Simoila R. 1993. Fenomenografia laadullisena tutkimusottena. *Hoitotiede*; 5: 21–30.

Sluijs E.M., Kok G.J. ja Van der Zee J. 1993a. Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Physical Therapy*; 73: 771–786.

Sluijs E.M., Van der Zee J. ja Kok G.J. 1993b. Differences between physical therapists in attention paid to patient education. *Physiotherapy Theory and Practice*; 9: 103–117.

Sonstroem R.J. 1988. Psychological models. Kirjassa Dishman R.K. (toim.) *Exercise adherence*. Human Kinetics, Champaign, IL, USA. s. 125–154.

Sosiaali- ja terveystieteiden tiedote 99/2002. Löytyy internetistä osoitteella: ><http://www.stm.fi/suomi/tiedote/tied01fr.htm>< Päivitetty 18.4.2002. Viitattu 23.4.2002.

Strecher V.J. ja Rosenstock I.M. 1997. The health belief model. Kirjassa: Glanz K., Lewis M.F. ja Rimer K.B. (eds.). *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. 2nd edition. Jossey-Bass Publisher, San Francisco, USA. 41–59.

Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D., Adams J. ja Rubenstein L.Z. 1993. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*; 342: 1032–1036.

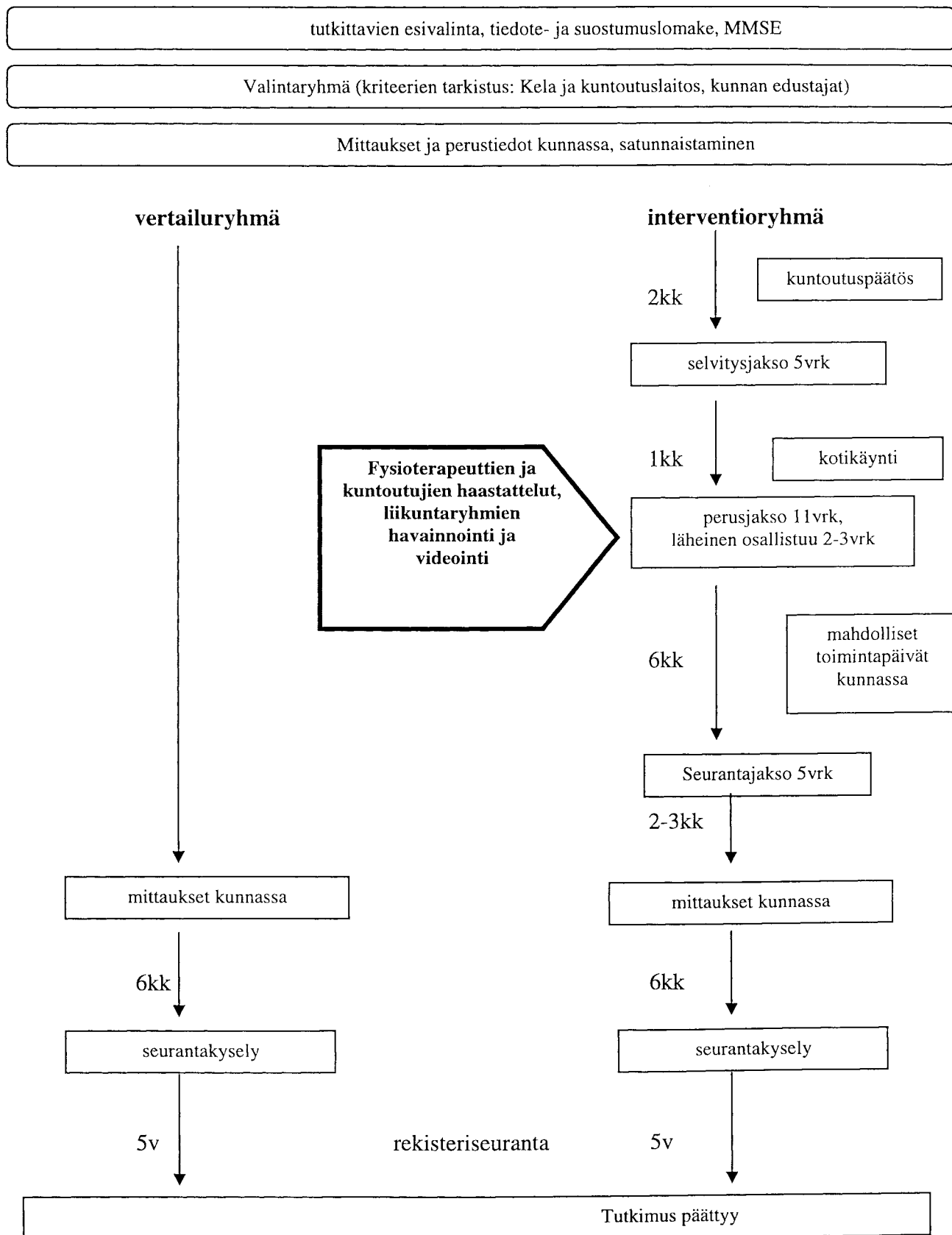
Sullivan D.H., Wall P.T., Bariola J.R., Bopp M.M. ja Frost Y.M. 2001. Progressive resistance muscle strength training of hospitalized frail elderly. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*; 80: 503–509.

Svensson L. 1984. Människobilden i INOM-gruppens forskning: den lärande människan. Göteborgs universitet, Pedagogiska Institutionen. Rapporter 03.

Talvitie U. 1991. Lääkintävoimistelijan työn kehitysvaiheita: Fysioterapian kohteen ja menetelmien muuttuminen ja koulutuksen kehittyminen 1900-luvulla Suomessa. Sarja A: Tutkimuksia 5. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitos.

- Tynjälä P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus*; 22: 387–398.
- Uljens M. 1989. Fenomenografi- forskning om uppfattningar. Lund, Studentlitteratur.
- Valvanne J. 2001. Geriatriinen kuntoutus. Kirjassa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. ja Sulkava R. (toim.) *Geriatría. Duodecim*, Karisto Oy, Hämeenlinna. 343–355.
- Viitanen E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. *Acta Universitatis Tamperensis*; 577.
- Warburton D.E.R., Gledhill N. ja Quinney A. 2001. Musculoskeletal fitness and health. *Canadian Journal of Applied Physiology*; 26: 217–237.
- Westhoff M.H., Stemmerik L. ja Bohuizen H.C. 2000. Effect of a low-intensity strenght-training program on knee-extensor strenght and functional ability of frail older people. *Journal of Aging and Physical Activity*; 8 : 325–342.
- Whaley D.E. ja Ebbeck V. 1997. Older adults' constraints to participation in structured exercise classes. *Journal of Aging and Physical Activity*; 5: 190–212.
- Williams S. ja Harrison K. 1999. Physiotherapeutic interactions: a review of the power dynamic. *Physical Therapy Reviews*; 4: 37–50.
- Young J. 1996. Rehabilitation and older people. *British Medical Journal*; 313: 677–681.
- Young A. ja Flower L. 2001. Patients as partners, patients as problem-solvers. *Health Communication*; 14: 69–97.

Geriatrisen laitospääntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen ja mittausten kulkukaavio:



HAASTATTELURUNKO

1. Mitä liikunnallinen kuntoutus on tässä Ikähankkeessa?
2. Mitä liikuntaryhmällä tarkoitetaan?
3. Keitä osallistuu liikuntaryhmiin ja mihin niillä pyritään?
4. Mitä yksilöterapiassa tapahtuu ja ketä siihen osallistuu?
5. Mihin yksilöterapialla pyritään?
6. Mikä käsitys sinulla on tämän kurssin merkityksestä ikäihmisille?
7. Mikä merkitys laitosjaksoilla on ikäihmisen koko kuntoutusprosessiin?



LIIKUNNALLISEN KUNTOUTUKSEN OSAHANKE

Esitietolomake liikuntaryhmien ohjaajille

Nimi:

Syntymäaika:

Ammatillinen peruskoulutus ja valmistumisvuosi:

Mahdolliset jatkokoulutukset ja valmistumisvuodet:

Käymäsi ammatilliset kurssit:

Kuinka kauan olet toiminut nykyisessä työpaikassa:

Mitkä ovat keskeisimmät työtehtäväsi:

Minkälaisia asiakasryhmiä kohtaat nykyisessä työssäsi:

Miten koet olevasi valmis ohjaamaan ikäihmisten kuntoutuskursseja?