

719

## TOIMINTAKYVYN KÄSITE FYSIOTERAPIASSA

Liisa Hautamäki

Eeva Seppälä

Fysioterapian pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Kevät 1998

## TIIVISTELMÄ

### Toimintakyvyn käsite fysioterapiassa

Pro gradu -tutkielma  
Liisa Hautamäki  
Eeva Seppälä

Terveystieteen laitos, Terveystieteiden opettajien koulutusohjelma  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät1998

Avainsanat: toimintakyky, fysioterapia, ihmiskäsitys, lähestymistapa, toimintakyky

Fysioterapian pro gradu tutkielma 61 sivua

---

Tämän teoreettisen työn tavoitteena on selvittää millaisia lähestymistapoja toimintakyvyn käsitteeseen on fysioterapiassa Suomessa. Analysoimme toimintakyvyn kuvauksia fysioterapiassa käytetystä kirjallisuudesta. Olemme valinneet tyypilliset esimerkkitaapaukset ja käyttäneet ihmiskäsityksiä jaottelun perusteina.

Toimintakyvyn biologisessa lähestymistavassa on taustalla naturalistinen ihmiskäsitys ja biologiaan palautuvat erityistieteet. Toimintakyky on empiirisesti ja objektiivisesti mitattavissa oleva fyysinen suorituskyky, joka on kausaalisesti osista kokonaisuuteen selitettävissä oleva kokonaisuus. Kiinnostus kohdistuu yksilön toiminnanvaikuteen tai puutteeseen.

Dualistisessa lähestymistavassa on oleellista kaksijakoisuus, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, johon lisätään kolmas, sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyky on selitettävissä pluralistisesti biotieteiden ja esim. yhteiskunta- ja psykologiatieteiden avulla.

Yhteiskunnallisessa lähestymistavassa ihminen on avoin dynaaminen kokonaisuus ja toimintakyky konkretisoituu suhteissa toisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Tiedostavan, aktiivisen ihmisen selviytymistä arkielämässä selittävät yhteiskunnalliset tieteet ja toiminnan teoriat, jolloin kartoitetaan sekä puutoksia että resursseja.

Kokemuksellisessa lähestymistavassa toimintakyky on jakamaton subjektiivinen kokonaisuus. Sitä voi lähestyä epäsuorasti kehon toiminnan kautta aidossa dialogissa. Lähtökohdiana on terveys ja kiinnostus kohdistuu resursseihin. Toimintakykyä selvittävät hermeneuttiset tieteet ja fenomenologia.

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

1. TOIMINTAKYVYN YMMÄRTÄMINEN FYSIOTERAPIASSA	3
2. SUORITUSKYVYSTÄ KOKEMUKSEEN - KATSAUS HISTORIAAN	7
2.1 Fyysinen suorituskyky	8
2.2 Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky	10
2.3 Toimintakyvyn ulottuvuudet 90- luvulla	11
3. BIOLOGINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN	17
3.1 Naturalistinen ihmiskäsitys	17
3.2 Systeemiteoreettinen malli	19
3.3 Biopsykososiaalinen malli	21
4. DUALISTINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN	28
5. YHTEISKUNNALLINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN	33
5.1 Yhteiskunnallinen ihmiskäsitys	33
5.2 Sosiaalinen toimintakyky	34
6. KOKEMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN	41
6.1 Fenomenologinen ihmiskäsitys	41
6.2 Kokemuksellinen toimintakyky	42
6.2.1 Kehominä	44
6.2.2 Kohtaaminen	49
7. MONIPUOLISTUVA TOIMINTAKYVYN KÄSITE FYSIOTERAPIASSA	53

### LÄHTEET

## 1. TOIMINTAKYVYN YMMÄRTÄMINEN FYSIOTERAPIASSA

Fysioterapiassa käytetty, itsestäänselvänä pidetty toimintakyvyn käsite tarvitsee selvittämistä, jotta ymmärtäisimme paremmin, mitä lukuisten empiiristen toimintakykytutkimusten tulokset meille itseasiassa kertovat. Näiden tutkimusten johdannoissa viitataan "holistiseen" toimintakykyyn samoin kuin alan keskusteluissa. Se mitä sitten tutkitaan, mitataan tai kliinisessä työssä tehdään ja seurataan, osuu vain osaan tästä kokonaisuudesta. Kuitenkin johtopäätös vedetään usein tulosten ja toimintakyvyn välille kausaalisenä. Ristiriita on koko terveydenhuollossa edessämme, kun johtopäätösten perusteella tehdyt interventiot eivät purekaan eikä ihmisten toimintakyky muutu toivottuun suuntaan.

Fysioterapeutit eivät ole tottuneet käyttämään toimintakykytestejä työssään. Työajasta käytetään vähän aikaa toimintakyvyn arviointiin. Fysioterapeuteille toimintakyvyn käsite on myös vieras. (Talvitie ym. 1996) Fysioterapeuttien puheilla ja teoilla on ristiriita, siksi toimintakyvyn käsite ei selviä empiriasta. Ristiriidan selvittämiseksi on tarpeen tutkia ajatuksia, jotka ovat taustalla ja jotka vaikuttavat tiedostamattomasti. Ne löytyvät fysioterapian käyttämistä teorioista ja malleista eli toimintakyky-käsitteen kehityksestä. Erilaiset ajattelumallit toimintakyvystä johtavat myös erilaisiin valintoihin, toteutustapoihin ja siten myös erilaisiin tuloksiin fysioterapiassa. Eri käsitysten pohjalta tehdyt toimintakyky-mittarit eivät mittaa samaa asiaa ja antavat erilaisen tuloksen. Toistaiseksi toimintakyvyn teoreettista taustaa on selvitetty vähän, mutta sen välttämättömyys on tullut selkeästi esille.

Käytännöllisyyden vaatimus kliinisessä työssä ja tutkimuksessa ei rohkaise terveydenhuollon ammattilaisia painimaan näennäisesti abstrakteissa filosofisissa keskusteluissa terveyden, sairauden ja toimintakyvyn merkityksestä. Seurauksena on, että monet kliinisen käytännön tutkimukset eivät kosketa toimintakykyä, jota ne yrittävät

mitata. Viime aikoina on fysioterapian vaikuttavuuden osoittamisen kovaan paineeseen yritetty vastata lähinnä empiirisillä tutkimuksilla.

Eri tieteenalat ja professiot kansainvälisesti ovat nykyään kiinnostuneet toiminnanvajaustutkimuksesta. Fysioterapian on pakko omaksua samanlainen käsitteellinen malli, jotta se voi olla mukana julkisessa ajattelussa ja keskustelussa aiheesta. Fysioterapeuttien työn luonne painottuu toimintakyvyn säilyttämiseen ja edistämiseen. Fysioterapeutit edustavat kuntoutusta ja siksi fysioterapeuttien tulee olla eturivissä suunniteltaessa käsitteellistä pohjaa, joka tulevaisuudessa ohjaa toimintakyvyn tutkimusta, koulutusta ja käytäntöjä.

Toimintakyvyn käsitettä on käytetty suomalaisissa lakiteksteissä 40-luvulla esimerkiksi invalidihuoltolaissa 907/1946. Laissa määritellään, että invalidille annetaan invalidihuoltoa hänen työ- ja toimintakykynsä sekä ansiomahdollisuuksiensa parantamiseksi. Toimintakyky-käsitteellä on Suomessa oma merkityksensä, jota ei sellaisena muualla tunneta. Englanninkielessä on useita asiaa kuvaavia käsitteitä (esim. physical fitness, ability, capacity, performance), joille on annettu erilaisia suomalaisia nimiä (toimintakyky, suorituskky, työkyky, selviäminen, kompetenssi). Käsitteen valinnasta riippuen syntyy toimintakyvylle erilaisia merkityksiä, jotka johtavat toisistaan poikkeaviin toimintatapoihin.

Fysioterapian toimintakykytutkimuksessa on vallinnut World Health Organisation:n (WHO) luokitusmalli. Siinä on rakennettu lineaarinen kausaaliiteetti käsitteiden vaurio/vamma -- toimintakyvyn vajeus -- haitta välille. Tutkimukselle muodostuu aivan toisenlainen luonne, jos käsitteen toimintakyky sijalla olisi suorituskky tai "ihminen arkielämässä", johon ei kuulu syy-seuraus-ajattelu.

WHO:n sairauksien seurausten luokituksen tullessa Suomen terveydenhuoltoon ja siinä ohessa fysioterapiaan, valitsivat asiantuntijat omassa ymmärryksessään ja kontekstissaan parhaimmat suomalaiset nimivaihtoehdot ja rakensivat toimintakyvyn todellisuutta Suomessa. Lisäksi he vaikuttivat suuresti siihen, mitä merkityksiä toimintakyvyn käsite sai jatkossa Suomessa ja mitä seuraamuksia siitä oli ja on edelleen.

Fysioterapian ja muun terveydenhuollon toimintakykytutkimuksissa huomiota kiinnitetään usein ennenkaikkea siihen, onko tutkimus luotettava ja toistettavissa, ei niinkään siihen, kuinka hyvin fyysinen kunto selittää selviytymistä vaikka päivittäisistä toimista. Esimerkiksi mittaako mittari varmasti ihmisen fyysistä kuntoa eikä mittaajien ammattitaitoa tai tutkittavien oppimista. Toimintakyvyn edistämisen tuloksien perusteella on todettu, että ihmisen toimintakykyyn ei ole helppo vaikuttaa. Hyvänä terveysmittarina pidetyn hapenottokyvyn ( $VO_2\max$ ) arvojen muutos ei ole yhteydessä koetun kunnan tai hyvinvoinnin muutoksiin (Steptoe ym. 1989, King ym. 1989). Ihmisen hyvinvointi on kuitenkin yksi edellytys fysioterapian tavoitteena olevalle hyvälle toimintakyvyille. Toimintakyvyn käsitteen lähtökohtien ja taustalla vaikuttavien ihmis-käsitysten selvittäminen auttaa ymmärtämään paremmin toimintakyvyn ilmiötä ja siihen vaikuttamisen mahdollisuuksia.

Toimintakyvyn käsitettä lähestytään fysioterapiassa eri tavoin erilaisissa yhteyksissä. Tutkimuksessa ja arvioinnissa vallitsevalla biologisella käsityksellä toimintakyvystä on aivan eri sisältö kuin puhuttaessa yhteiskunnallisesti painottuvasta toimintakyvystä, joka tulee esiin toimintakyvyn edistämisen ja terapian toteutuksen yhteydessä. Eri perspektiivit muodostavat ikäänkuin kaksi erillistä maailmaa, joilla on omat taustansa ja toimintatapansa. Maaperä sekaannukselle on valmis, kun fysioterapeutti soveltaa arvioidun toimintakyvyn tietoja edistäessään potilaan toimintakykyä arkielämässä, vaikkei eri kontekstiin liittyvillä eri perspektiiveillä ole paljon muuta yhteistä kuin sama nimi. Arvioinnin kontekstissa tämä problemaattinen eri toimintakyvyn maailmojen yhdistäminen on johtanut siihen paradoksaaliseen johtopäätökseen, että asia ratkeaa vielä pienempiin osiin pilkkomalla ja niitä erikseen tarkastelemalla; kokonaisvaltaisuuden vaatimus paloittelee entisestään kokonaisuutta.

Positivistinen (toteava) ja hermeneuttinen (ymmärtävä) lähestymistapa toimintakykyyn elävät tänä päivänä fysioterapiassa ja koko terveydenhuollossa eri elämäänsä. Se, kumpi lähestymistapa on vallitseva, riippuu lähinnä siitä, minkä erityistieteen ympäröstössä liikutaan. Vaikeavammaisten ja pitkäaikaissairaiden kuntoutuksessa työskentelevien fysioterapeuttien on ollut pakko laajentaa toimintakyvyn käsitystään

suorituksen painottamisesta koettuun elämänhallinnan suuntaan. Jos fysioterapia on sidottu johonkin lääketieteen alueeseen, niin onko hermeneutiikalla fysioterapiassa sijaa?

Toimintakyvyn tutkimuksen ympärillä jatkuu hämmennys niin kauan kunnes toimintakykyä selvitetään teoreettisesti. Toimintakyvyn käsite, samoin kuin sairauden ja terveyden käsitteet ovat sopimuksenvaraisia, abstrakteja käsitteitä vailla yksiselitteisiä vastineita todellisuudessa. Erityisesti fysioterapian opetuksen kannalta on tärkeää, että toimintakykyä on tutkittu teoreettisena käsitteenä. Ilman määritettyä tieteenkäsitystä tai tiedostettua lähestymistapaa on mahdotonta vastata selkeästi kysymykseen: Millainen toimintakyky on fysioterapiassa?

Tämän työomme tavoitteena on selvittää millaisia erilaisia lähestymistapoja toimintakyvyn käsitteeseen on fysioterapiassa Suomessa. Lähestymistapojen luokittelun perusteissa pyrimme tuomaan esiin ensisijaiset ja oleelliset seikat ja toisaalta epäoleelliset tai toissijaiset seikat. Analysoimme merkityseroja, joita on fysioterapiassa käytetyssä toimintakykyä käsittelevässä kirjallisuudessa. Toimintakyvyn taustalla olevien tekijöiden tunnistaminen lisää ymmärrystä toimintakykyyn liittyvien valintojen, toimenpiteiden ja päätöksien seurauksista. Lisäksi tunnistaminen auttaa ottamaan tietoisesti kannan tähän ongelmaan ja selkiyttää näin fysioterapian sisällön ja toimintatapojen arviointia ja kehitystyötä.

Miten eroaa ajattelu fysioterapiassa, jos toimintakyvyn käsitettä lähestytään eri näkemyksistä kuten painottaen biologiaa, ihmisen kaksijakoisuutta, yhteiskunnallisuutta tai kokemuksellisuutta? Tarkastelemme ensin toimintakyky-käsitteen kehittymistä Suomessa sekä niitä yhteyksiä, joissa toimintakyvyn käsitettä fysioterapiassa käytetään. Sitten kuvaamme erilaisia ihmiskäsityksiä ja analysoimme, millaisia käsityksiä ihmisestä toimintakyvyn käsitteessä fysioterapiassa esiintyy. Lisäksi pohdimme, miten erilaiset käsitykset ohjaavat toimintakykyyn liittyvän fysioterapian sisältöä.

## 2. SUORITUSKYVYSTÄ KOKEMUKSEEN - KATSAUS HISTORIAAN

Tarkastelemme toimintakyky-käsitteen kehittymistä Suomessa ja selvitämme, millaisissa yhteyksissä käsitettä nykyään käytetään fysioterapiassa. Mittaaminen liittyy tiiviisti käsitteen kaikkiin kehitysvaiheisiin. Tämän vuoksi mukana ovat tyypilliset toimintakyvyn mittarit, joita esiintyy fysioterapian käyttämässä kirjallisuudessa. Tarkastelu etenee kronologisesti alkaen toimintakyvyn käsitteen tulosta Suomeen.

Yksilön toimintakykyyn alettiin kiinnittää laajemmin huomiota toisen maailmansodan jälkeen sekä yleismaailmallisesti että Suomessa. Sodissa vammautuneiden toimintakykyä arvioitiin erilaisilla mittareilla pyrittäessä selvittämään vammautuneiden mahdollisuuksia tulla itsenäisesti toimeen yhteiskunnassa. Tähän viittaa Suomessa joulukuussa 1946 hyväksytty invalidihuoltolaki. Laissa määritellään, että invalidille annetaan invalidihuoltoa hänen työ- ja toimintakykynsä sekä ansiomahdollisuuksiensa parantamiseksi. Invalidi on henkilö, jonka työ- ja toimintakyky on jonkin elimen puuttumisen tai toimintavajavuuden vuoksi pysyvästi siinä määrin puutteellinen, että hänellä on siitä olennaista haittaa jokapäiväisessä elämässään tai toimeentulonsa hankkimisessa. Mikäli haitta aiheutuu jatkuvasta sairaudesta, annetaan laissa säädettyä invalidihuoltoa ainoastaan niiden sairauksien perusteella ja siinä laajuudessa kuin valtioneuvosto määrää. Invalidihuoltoa ei myönnetä invalidille, jolle sitä henkisten tai ruumiillisten edellytysten puuttuessa todennäköisesti ei voida tuloksellisesti antaa. Invalidihuoltona annettava lääkintähuolto sisältää mm. muun invalidin työ- ja toimintakykyä edistävän tai säilyttävän, lääkärin määräämän kuntouttamishoidon sairaalahoidon lisäksi. (Invalidihuoltolaki 30.12.1946/ 907)

Lakitekstin historiaa voi jäljittää Englannin lakiin vuodelta 1388. Työkyky-käsitteen avulla arvioitiin jo silloin oikeutta sosiaalisiin etuuksiin, lailliseen kerjäämiseen ja köyhänapuun. Näiden etuuksien myöntämiseen liittyi jo varhain tarvetta arvioida, kuinka todellista edun hakijoiden avun tarve oli. Seuraavaksi toimintakykyä määrittivät luonnollisesti vakuutusyhtiöt, joiden vastuulle etuuksien korvaukset suurelta osin lan-



kesivat. Terveysthuolto ja sen myötä kuntoutus ja fysioterapia hyväksyivät toimintakyvyn määrittelyn lähtökohdaksi laki- ja vakuutustekstiin perustuvan ajattelun. Tämä vaati yksilöstä riippumattomia tutkimusmenetelmiä, minkä vuoksi juuri klinisen lääketieteen edustajat saivat työkyvyn käsitteen määrittelyssä ja arvioinnissa hakijasta (yksilö) ja myöntäjältä (yhteiskunta) riippumattoman kolmannen osapuolen roolin. Tämä on johtanut lääketieteen edustajat ratkomaan yksilöiden, yritysten ja yhteiskunnan ristiriitatilanteita lääketieteellisin perustein. (Mäkitalo & Palonen 1994)

Fysioterapeutit toimivat 1940-1960-luvuilla lähes yksinomaan sairaaloissa. Toimintakyky oli mahdollisimman hyvän fysiologisen kunnon ylläpitämistä ja liikkumiskykyä. Fysioterapeuttien tehtävänä oli liikunnallisen kuntouttamisen avulla säilyttää kaikkien tärkeiden nivelten liikkuminen, lihasvoima ja hermotus. Lisäksi tavoitteena oli potilaan yleiskunnon kohottaminen, paranemishalun ja omatoimisuuden ylläpitäminen. (Tawast-Ranken 1966)

## 2.1 Fyysinen suorituskyky

Fysioterapeuttien velvoitteet toimintakykyyn vaikuttamisessa laajenivat 1970-luvulla. Kansanterveyslaki (66/72) liitti terveyden- ja sairaanhoidon tehtäviin ennaltaehkäisevän työn sekä työterveydenhuollon järjestämisen. Lääkinnällinen kuntoutus tuli osaksi kuntien tehtäviä, mikä edellytti kuntoutustarpeen määrittelyn ja tarvittavien terapioiden, kuten fysioterapian järjestämisen. Toimintakyvyllä oli fysioterapiassa fyysiseen toimintaan ja suorituskykyyn liittyvä näkökulma. Kuntoutus miellettiin 1970-luvulla jokapäiväisessä puheessa fysioterapiaksi. Osittain syynä oli se, että kuntoutus yhdistettiin hyvään kuntoon ja fyysisiin suorituksiin. Lääkintävoimistelijalehdessä Raija Tyni (1972) mainitsee, että lääkintävoimistelijoiden toiminnan pääperiaatteena on väestön toiminta- ja työkyvyn edistäminen. Kirjoituksesta ei selviä, mitä toimintakyky tai sen edistäminen on. Ulla Salonen (1977) tuo esille ammattilehdessä yhteispuhjoismaisen tarpeen fysioterapian käsitteiden määrittelemiseksi, koska kirjava ja epätarkka käsitteistö ei ollut edistänyt fysioterapian kehittymistä omana tieteenala-

naan. Artikkelissa kuvaillaan fysioterapian käsitteitä, mutta niiden joukossa ei ole toimintakyvyn määrittelyä. Saman vuoden lehdessä on selostus fyysisen suorituskyvyn mittaamisesta, jonka yhteydessä mainitaan, että fyysisellä kunnolla tarkoitetaan fyysisen suorituskyvyn tai sen edellytysten tilaa. Artikkelissa esitellään mittareita ja niiden luotettavuutta mitattaessa kestävyyttä Cooperin testin, askeltamistestin (Step up-testi) ja ergometritestin avulla sekä lihasvoiman mittaamista eri lihasryhmien staattisilla ja dynaamisilla testeillä. (Holopainen, 1977)

Kirjallisuudessa fysioterapian tavoitteisiin liitetään työ- ja toimintakyvyn edistäminen, mutta käsitettä ei ole määritelty fysioterapian kannalta. Lähes kaikista fysioterapian kuvauksista löytyy toimintakykyyn rinnastettavia ilmauksia, kuten vapaa liikkuminen omassa elinympäristössä (Hislop 1975), fyysinen aktiivisuus ja liikunnallinen toiminta, yksilön resurssien maksimointi (Kukkonen, Muuri, Vepsä 1976) ja liikunnallinen omatoimisuus (Salonen 1977). Useimmiten fysioterapiassa toimintakykyä selvitettiin yksilön kyvyllä suoriutua tietyistä fysiologisista toiminnoista tai kyvyllä sopeutua työn tai fyysisen rajoituksen aiheuttamaan kuormitukseen. Tähän sisältyvät päivittäiset toiminnot eli ADL (Activities of daily living), jotka voidaan luokitella edelleen perustoimintoihin (Physical ADL= PADL) ja välinetoimintoihin (Instrumental ADL= IADL). Perustoiminnot ovat välttämätön osa itsestä huolehtimisesta, kuten peseytyminen, pukeutuminen ja käveleminen. Välinetoiminnoilla tarkoitetaan toimintoja, joita tarvitaan selviytymiseen laajemmassa ympäristössä, kuten taloustyöt, julkisten kulkuneuvojen käyttö ja ostosten tekeminen. Päivittäisistä toimista selviämisen mittareita on käytetty arvioimaan hoitoisuutta laitoksissa, kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen tarvetta sekä asuin- ja elinympäristössä tarvittavia muutoksia. Näitä mittareita on käytetty myös selvittäessä fysioterapian vaikuttavuutta.

Toimintakyvyn arvioimisen välineeksi on laadittu erilaisia mittareita, jotka koostuvat toimintakyvyn eri osa-alueista mm. siistiytyminen, siirtyminen, liikkuminen, pukeutuminen ja WC-toimet. Eräs käytetyimmistä on Barthel Indeksi (BI), joka koostuu kymmenestä osa-alueesta. Täydellistä riippuvuutta avusta kuvaa 0 pistettä ja täydellistä itsenäisyyttä suorituksessa 20 pistettä. Mittari on osoitettu validiksi ja sen reliabiliteetti on korkea myös eri testaaajien kesken. Indeksien etu on helppokäyttöisyys

ja puutteeksi on havaittu sen heikko herkkyys kuvata muutosta. Mittari ei mittaa aistien toimintaa, puhetta eikä kognitiivisia taitoja. (Mahoney & Barthel 1965)

## 2.2 Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Fysioterapian määritelmiin käsite toimintakyky vakiintui 80-luvulla ja se oli lääkintävoimistelijakoulutuksen vuoden 1987 opetussuunnitelman fysioterapian määritelmässä: "Fysioterapia on perusliikkumisen ja toimintakyvyn edistämistä ja ylläpitämistä". Lisääntynyt erikois- ja jatkokoulutus 1980-luvulla vaikuttivat siihen, että fysioterapeutit kiinnostuivat laajemmin selvittämään oman alansa ilmiöitä ja käsitteitä. Sirkka-Liisa Karppi (1982) mainitsee Lääkintävoimistelija-lehdessä niin tutkimus- kuin käytännön fysioterapiatyötä tekevän ongelmaksi suppean valikoiman käyttökelpoisia mittareita ja tutkimusmenetelmiä. Hän nostaa esille myös erilaisten tutkimustulosten merkityksen arvioinnin, koska esimerkiksi nivelen liikkuvuus tai lihasvoima ei välttämättä merkitse mitään asianomaisen henkilön toimintakyvyn kannalta.

Liikuntatieteilijä Kirjosen määritelmää toimintakyvystä käytettiin myös fysioterapiassa. Hän kuvaa toimintakykyä: Ihmisen hyvinvointi ei vaihtelee erikseen fyysisessä ja erikseen psyykkisessä mielessä, vaan se heijastuu kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn asteena. Tällöin toimintakykyisyydellä tarkoitetaan elimistön toiminnallista tilaa selviytyä sille asetetuista tavoitteista. Toimintakyky on henkilön kyky tai mahdollisuus selviytyä niistä vaatimuksista, joita erilaiset jokapäiväiseen elämään liittyvät toiminnot asettavat hänelle. Fyysiseen toimintakykyyn liittyy fyysinen suorituskyky. (Kirjonen 1980, Kukkonen 1986, Talvitie 1986) Määrittelyä käyttäneet eivät täsmennä toimintakyvyn sisältöä fysioterapeuttisena ilmiönä.

WHO:n näkemys terveydestä ja luokitus sairauksien seurauksista vaikutti myös fysioterapian määrittelyyn toimintakyvystä. Kukkonen esittää, että toimintakyky voidaan käsitteenä nähdä myös laajempaan, jolloin se ottaa huomioon myös sosiaaliset tekijät. Tällöin toimintakyky kattaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykyisyyden. (Kukkonen 1986)

Terveystieteiden tutkimuksessa toimintakyky on yleisesti ja hyvin lyhyesti määritelty yksilön kykynä huolehtia tarpeistaan. Toimintakyky voidaan käsittää joko yleisenä voimavarojen käyttöönottona tai kykynä minkä tahansa tehtävän suorittamiseen tai suhteessa spesifeihin työtehtäviin tai muihin elämän roolitalanteisiin esimerkiksi vapaa-ajan harrastuksissa. (Heikkinen 1986, Hyyppä 1986, Sauro 1986)

FIM-mittari (Functional Independence Measure) on kehitetty Barthelin Indeksien pohjalta monipuolisemmaksi arvioimaan myös sosiaalisia ja kognitiivisia toimintoja. Mittarin arviointiasteikko on herkempi reagoimaan muutokseen toimintakykyä seurattaessa. FIM on laadittu WHO:n luokituksen mukaiseksi ja sen on todettu mittaavan toimintakyvyn häiriötä (disability). Validiteetti ja reliabiliteetti on osoittautunut korkeaksi useissa tutkimuksissa. FIM-mittaria kehitetään koko ajan. (Granger & Gresham 1984, Heinemann ym. 1994) Fysioterapeutit osallistuvat motoristen osioiden arviointiin, mutta mittari ei yleensä ole riittävän tarkka arvioitaessa potilaan kuntoutumista fysioterapian kannalta.

Fysioterapianimikkeistössä toimintakyvyn tutkiminen ja arviointi sisältää viisi osaluuetta: perusliikkuminen päivittäisissä toiminnoissa, apuvälinetarve ja valinta, fyysinen suorituskyky, toimintakyky työssä ja psykofyysinen toimintakyky. Työn kuormittavuutta selvitetään työoloja arvioimalla ja työasentoja ja -liikkeitä analysoimalla. Psykofyysinen toimintakyky arvioidaan tutkimalla ruumiin kuvaa. (Fysioterapianimikkeistö 1989) Toimintakyvyn tutkimisen määrittelyssä painottuvat fyysinen kunto, työkyky sekä selviytyminen päivittäisistä toiminnoista.

### 2.3 Toimintakyvyn ulottuvuudet 90-luvulla

Toimintakyvyn määrittelyä fysioterapian käsitteenä ei löydy vielä 90-luvun kirjallisuudesta. Toimintakyky on olennainen osa fysioterapiaa, mutta miten fysiotera-

peutit vaikuttavat toimintakykyyn, jos sillä ei ole ammattikunnan keskuudessa yhteistä käsitteellistä pohjaa?

Työfysioterapia - kirjan mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän asettamista tehtävistä kotona, työssä ja vapaa - aikana. Työkyky on puolestaan se osa toimintakykyä, jota ihminen tarvitsee työssään ja joka ilmenee yksilön toimintaedellytysten ja työn vaatimusten välisenä vastaavuutena. Fyysinen toimintakyky voidaan jaotella yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja liikehallintakykyihin. Työkyvyn perusta on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kasvu ja kehitys sekä kouliintuminen. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn eri tasot liittyvät henkilön työuran eri vaiheisiin ja niillä on vaikutus toisiinsa. Motivaatio ja työhalukkuus kuuluvat olennaisesti suoriutumiseen sekä kykyyn ja tahtoon käyttää tavoitteellisesti tahdonalaisia lihaksia. Päivittäisten toimien ja tavallisten työtehtävien edellytysten mittaamisessa on keskitytty fyysisen toimintakyvyn osatekijöiden, kuten stabiiliuden, mobiliteetin, voiman, kestävyuden ja koordinaation tutkimiseen. Ihmisten toimintakyvyn muutosten mittaamisessa ovat fysioterapeutit edelleen mukana fyysisen toimintakyvyn tutkijoina entistä kehittyneemmillä menetelmillä. (Ilmarinen 1995, Työfysioterapia 1997)

Talo ym. (1992) kehittivät WHO:n malliin perustuvan toimintakyvyn moniulotteisen ja biopsykososiaalisen luokituksen, jossa pyrittiin selkeään monelle ammattiryhmälle sopivaan menetelmään ja käsitykseen toimintakyvystä. Samoin kuin edeltäjänsä, joutui Talon työryhmä tekemään monimutkaisia kuvauksia pyrkiessään yksinkertaiseen selitysmalliin arkielämän jokapäiväisille ilmiöille. Talo ym. (1997) ovat jatkaneet kehitystyötään luomalla kullekin toimintakyvyn osa-alueelle kattavan arviointimenetelmän. Tässä lähestymistavassa toimintakyky jakautuu mitattaviin pieniin osiin.

Fysioterapiassa kuten muussakin terveydenhuollossa on havahduttu osiin jaetun ja objektiivisena ymmärretyn toimintakyvyn rajallisuuteen. Kananoja on ehdottanut kattavampaa ymmärrystä ihmisen toimintakyvystä käsittämällä ihminen toimintansa subjektina. Toimintakyvyssä painottuu kyky toimia identiteetistään käsin. Tällöin mitarina toimii oman elämänhallinnan aste. Olennaisia ovat elämää ohjaavat käsitteet

kuten elämänsuunnitelma sekä oman tunne-elämyksen hallinta. Ihmiselle subjektina on tärkeitä löytää itselleen mielekästä toimintaa, työtä. Elämäkertaa liittyy aikaan eikä ihmisen kokonaishahmon käsite ole vain jonkin ajankohdan tilavuudellinen, elollinen ja suhteissa oleva käsite. Toimintakykyisyyttä ei voi ajatella absoluuttisena tilana, vaan se on jatkumo, jossa on eri asteita ja laatuja. (Kananoja 1986)

Toimintakyvyn määrittelyissä tuodaan esille yksilön kyky selviytyä päivittäisistä toimista. Toimintakyky on moniulotteinen käsite, joka liittyy fyysisiin, henkisiin, kognitiivisiin, sosiaalisiin, taloudellisiin ja ympäristötekijöihin. Psykologisesti toimintakyky antaa ainekset ihmisen autonomiaan eli elämään itsenäisenä persoonana, joka voi huolehtia tarpeistaan, pyrkiä omiin tavoitteisiinsa ja solmia tasaveroisia suhteita toisiin ihmisiin. Jokaisen toimintakyky vaihtelee elimistön terveydentilan, kasvun, ikääntymisen ja muiden seikkojen vuoksi. Ihmiset eroavat siinä, mitkä toimintakyvyn puolet ovat hyvin kehittyneitä ja mitä he erityisesti tarvitsevat elämänympäristössään. Toimintakyky on keskeinen terveyden määre kuntoutuksen ja vakuutuslääketieteen alalla. (Lahtinen 1996, Nupponen 1994)

Toimintakyky tai -kykyisyys voidaan käsittää joko henkilön kokemaksi toimintakyvyksi tai toisaalta objektiivisiin havaintoihin suorituskyvystä tai suoritukseen perustuvaksi "todelliseksi" toimintakyvyksi. Mikäli toimintakykyä mitataan arvioimalla tai tiedustelemalla henkilön omaa käsitystä toimintakyvystä, liittyy arvioiden riippuvuuteen vertailukohteesta monia määrittelyongelmia. Usein mitataan toteutunutta toimintaa tai kykyä selviytyä erilaisista suorituksista. Useimmat tutkimukset ovat poikkileikkaustutkimuksia, mutta 1980-luvulla ovat yleistyneet seurantatutkimukset. Näillä halutaan selvittää yksilön toimintakyvyn kehittymistä, siihen vaikuttavia tekijöitä ja toimintakyvyn ja ennusteen välistä riippuvuutta. (vrt. Heikkinen ym. 1990 ja 1991) Tutkimukset ovat tuoneet lisätietoa mm. iäkkäiden henkilöiden omatoimisuuden kannalta tärkeitä ominaisuuksista ja niihin vaikuttamisesta.

Toimintakyvyn fysioterapeuttisessa kartoituksessa ollaan kiinnostuneita potilaan subjektiivisista tuntemuksista. Kivun ja koetun haitan arviointia varten on käytössä kyselylomakkeita. Potilas vastaa tuntemuksensa mukaan merkitsemällä kipukoke-

muksensa siihen kohtaan 10 cm:n pituista janaa, joka kuvaa kivun intensiteettiä parhaiten. Samalla tavalla voidaan menetellä myös kivun tai oireen aiheuttaman haitan selvittämisessä (Million-kysely). Kipukohtansa voi merkitä myös annettuun ihmishahmon kuvaan. Kipupiirroksen perusteella on mahdollista arvioida sekä oireiden määrää että laatua. Kipua, oireita tai haittaa voidaan kysellä myös strukturoiduilla kyselylomakkeilla (Oswestryn indeksi). Potilas valitsee sen vastauksen, joka parhaiten sopii hänen oireisiinsa. Näitä selvityskeinoja on yhdistetty myös toiminnallisiin testeihin ja havaintoihin perustuviin arviointimittareihin. (Alaranta ym 1992)

Uusimpia fysioterapiassa kehitettyjä toimintakyky-mittareita on aivohalvauspotilaan resurssien kartoitus. Jorvin sairaalassa kehitetyssä testissä tutkitaan fyysistä toimintakykyä, sensorisia, kognitiivisia ja emotionaalisia toimintoja sekä elinolosuhteita ja sosiaalisia toimintoja. Toimintakykyä mitataan toiminnallisilla testeillä, joiden yhteydessä havainnoidaan näköä, kuuloa, puheen tuottamista ja ymmärtämistä. Elinolosuhteita ja sosiaalisia toimintoja selvitetään haastattelun avulla. Mittarissa on viisi luokkaa potilaan itsenäisyyden asteen arviointiin. Mittarin luotettavuuden testaus on edelleen kesken, mutta tehty työ nähtiin hyödylliseksi monin tavoin työyhteisössä. (Talvitie ym 1996)

Fysioterapeutti ja psykologi Berit Heir Bunkan (1983) lähestyy toimintakyvyn arviointia fysioterapiassa resurssianalyysin kautta taustalla psykosomaattinen teoria. Analyysi koostuu inspektiosta potilaan seistessä ja makuulla, jolloin kiinnitetään huomiota asentoon ja hengitykseen. Lisäksi tehdään haastattelu ja toiminnalliset testit. Fysioterapian menetelmät valitaan sen perusteella, minkälaiset resurssit potilaalla on fysioterapeuttisen tutkimuksen mukaan.

Kokemuksellisuuden painottaminen toimintakyvyssä liittyy subjektiiviseen ja hermeuttiseen lähestymistapaan. Siinä ihminen on jakamaton, subjektiivinen kokonaisuus, jota lähestytään kehollisuudesta ja hänen maailmasuhteestaan käsin. Gertrud Roxendahl (1987) korostaa kokemusta ja kehontuntemista ihmisen optimaalisen toimintakyvyn tavoittelussa. Tällöin toimintakykyä kartoitetaan kehominän resurssi- ja ongelma-analyysillä, joiden lähtökohtana on potilaan subjektiiviset kokemukset.

Roxendalin väitöskirjassaan kehittämä BAS - luokitus (Body Awareness Scale) ei ole yleisesti kokonaisuudessaan käytössä Suomessa. Fysioterapeutit ovat ottaneet mittarista ideoita omaan työhönsä. BAS: n avulla arvioidaan oireita, toimintoja ja häiriöitä kehominäessä. Mittarissa kysytään potilaan käsityksiä ja mittaajan havaintoja, haastattelu on strukturoitu. Arvioijan havainnot kerätään haastattelun ja strukturoidun liiketestin aikana. Havainnoinnin ja haastattelun yhdistäminen mahdollistaa yhteisymmärryksen potilaan ja arvioijan välillä. Potilas voi kertoa enemmän oireita kuin arvioija havaitsee tai päinvastoin. (Nordwall & Roxendal 1997)

Toimintakyvyn arviointimenetelmiä ei ole toistaiseksi sovellettu laajalti sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. (Heikkinen ym. 1990, Talo ym. 1992) Syitä on helppo löytää. Terveydenhuollon pirstaleisuus ja biolääketieteen hallitseva asema jättävät varjoonsa toisenlaiset näkökulmat. Fysioterapiassa ei ole teoreettiseen tutkimukseen perustuvaa toimintakyvyn määritelmää. Toimintakykyä on lähestytty ei-teoreettisesti vastaten käytännön tarpeisiin. Fysioterapeutit eivät ole kyseenalaistaneet lääketieteen, liikuntatieteen, kasvatustieteen tai sosiaalitieteen käsitystä toimintakyvystä. Tämä osaksi selittää sen, miksi toimintakyvyn teoreettisempi määrittely on jäänyt vähälle huomiolle käsitteen ahkerasta käytöstä huolimatta. Biolääketiedettä ja liikuntatiedettä painottava lähestymistapa toimintakykyyn on fysioterapiassa perinteinen. Siinä fyysinen toimintakyky tarjoaa konkreettisen mahdollisuuden ja selkeän menetelmän mittaamiseen. Fyysisellä toimintakyvyllä on enemmän välinearvoa kuin itseisarvoa. Tällöin toimintakyvyn arvioinnin vaatimalle laajalle, kokonaisuuden hahmottavalle näkemykselle ei ole edellytyksiä.

Kirjallisuuden perusteella toimintakyvyllä on erilaisia lähestymistapoja, joissa voi havaita kronologista kehittymistä sisällön suhteen, vaikka toimintakyvyn käsite tutkimuksen kohteena onkin suhteellisen nuori. Toimintakyky painottuu fysioterapiassa fyysiseen toimintakykyyn ja suorituskäyttöön. Tämän konkretisoi ja osoittaa kiistattomasti fysioterapian tutkimuksen ja kirjoitusten valtaosa. Lähestymistapa toimintakykyyn on toinen, kun ajatellaan ihmistä yhteiskunnan jäsenenä ja ihmistä kokemuksen kautta.



Seuraavissa luvuissa analysoimme, millainen käsitys ihmisestä ja millainen suhde yksilön ja muun maailman välillä toimintakyvyn käsitteeseen sisältyy. Uudet näkökulmat eivät ole syrjäyttäneet vanhempia käsityksiä, jotka ovat edelleen voimissaan fysioterapian käytännön toiminnassa ja tutkimuksessa.

### 3. BIOLOGINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN

Tarkastelemme biologista lähestymistapaa toimintakyvyn käsitteeseen, jossa painotuu naturalistinen ihmiskäsitys. Se tulee esiin ensimmäisissä teoreettisissa fysioterapian käyttämissä kuvauksissa. 1970-luvun lopulla amerikkalaisen fysioterapeutin Helen Hislopin kirjoitukset vaikuttivat vahvasti suomalaisten fysioterapeuttien ajatteluun. Hislopin systeemiteoreettiseen malliin sopi hyvin 80-luvulta lähtien terveydenhuoltoon omaksuttu WHO:n sairauksien seurauksien luokitus.

#### 3.1 Naturalistinen ihmiskäsitys

Naturalistinen lähestymistapa selittää ihmisen biologisesti, luonnontieteellisin käsittein. Ihminen on luonnon olento muiden luonnon olentojen joukossa- erilainen, mutta kuitenkin käsitettävissä kokonaan luonnon osana. Myös psyykkiset ilmiöt selittyvät pohjimmiltaan biologian avulla. Ihminen mukautuu ympäristöön, joka muuttuu manipuloinnin kautta. Naturalistisen näkemykseen liittyy läheisesti ajatus, että ihminen on pysynyt pohjimmiltaan suunnilleen samanlaisena vuosituhat, geneettiset muutokset ovat hitaita. Mikäli ajattelemme näin, on ihmisessä kaikki muu epäselvää ja vaikeasti lähestyttävää, vain biologinen perusta on varmaa, tieteellisen ajattelun mukaista.

Toimintakyky voidaan paloitella pienempiin osiin ja tarkastella erillisinä. Oletus normaalista on olemassa ja tutkittavia asioita, myös ihmistä, verrataan normaalin ihanteeseen. Toiminta on staattista, sitä säätelevät säännöt ja biologinen lainalaisuus. Positivistiseen tieteen näkemykseen liittyy myös empirismi ja tutkittavan ilmiön objektiivinen havaittavuus. Todellista on vain fyysinen luonto. Ilmiö puhdistetaan yksi-

öllisistä piirteistä ja näin tutkimus on periaatteessa aina toistettavissa riippumatta paikasta tai kulttuurista. Deterministinen ajattelu liittyy myös positivismiin: asioilla on olemassa selvät syy- seuraussuhteet, jotka on mahdollista näyttää toteen. Tämä johtaa siihen, että ilmiön tutkimuksessa etsitään syytä menneestä ajasta, suuntaudutaan taaksepäin. Tämän päivän biopsykososiaalinen käsitys mahdollistaa syiden etsimisen myös tulevasta, koska ihminen on ajatteleva yksilö.

Naturalismissa kaikille toiminnoille on löydettävissä aineellinen syy. Fyysiset tarpeet ja viettimaailma korostuvat, mutta myös psyykkiset ilmiöt selittyvät biologiaan liittyvinä. Ihmisen alkuperäiset vaistot ja käyttäytymismallit tuovat esille asioiden välttämättömyyttä korostavan piirteen. Naturalistinen ajattelu näkee sairauden soluissa ja molekyyleissä ilmenevänä häiriönä, lähinnä biologisena ongelmana (Lindqvist 1985). Voidaanko ihmistä tutkia vain orgasmina, elollisena muiden elollisten rinnalla? Kannon (1994) mukaan luonnontieteellisen tutkimuksen kiistaton menestys on väistämättä ajanut soveltamaan sen objektivoivaa ja lainalaisia vaikutussuhteita etsivää menettelytapaa myös ihmiseen ja hänen käyttäytymiseensä.

Luonnontieteellisin menetelmin kaikkia ilmiöitä selittävä positivismi tukee naturalistista näkemystä ihmisestä- ihminen on selitettävissä luonnontieteellisin käsittein. Positivistisessa ajattelussa menetelminä ovat matematiikka ja logiikka. Positivismi on läheisessä yhteydessä empirismiin, jossa tutkimuskohteen on oltava yleisesti havaittavissa. Ihmistieteissä behaviorismi edustaa positivistista tutkimusasennetta esikuvinaan fysiikka ja biologia. Behaviorismissa Skinnerin (1974) mukaan ihmistä ja hänen käyttäytymistään tutkitaan vain ulkopuolisen tarkkailun avulla. Tunteet, luonteenpiirteet ja mielentilat eivät ole syitä käyttäytymiselle vaan niiden seurausta. Tärkein vaikuttaja on ihmisen ja ympäristön vuorovaikutus ärsyke-reaktio mallin mukaisesti. Ihmisen käyttäytyminen määräytyy geneettisestä, lajin kehityshistoriallisesta perimästä sekä niistä ympäristötekijöistä, joiden vaikutuksen alaisena laji on ollut.

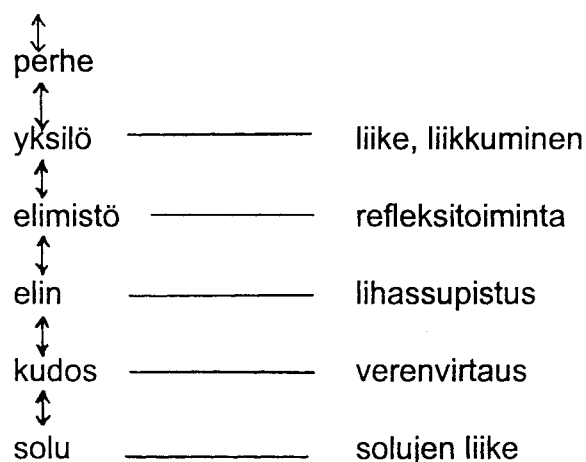
Naturalistiset teoriat voivat katsoa ihmisen käyttäytymisen olevan selitettävissä periaatteessa eri tieteiden käsittein. Fysikaalisia, neurofysiologisia tai kemiallisia termejä käytetään paljon. Biolääketiede on suosinut biologisia termejä, uudempia ovat teo-

riat, jotka käyttävät psykologian tason käsitteitä. Naturalistiset teoriat voivat, kuten esimerkiksi biopsykososiaalinen malli, tuoda esiin myös ihmisen toimintakyvyn vaki-  
oisuutta erilaisissa ympäristöissä.

### 3.2 Systeemiteoreettinen malli

Yhdysvaltalainen fysioterapeutti Helen Hislop julkisti vuonna 1975 mallinsa fysio-  
terapiasta. Fysioterapian systeemiteoreettinen kuvaus vaikutti laajasti fysioterapian  
ajatteluun ja teoreettiseen lähestymiseen myös Suomessa. Se on havaittavissa fysio-  
terapeuttien koulutuksen opetussuunnitelmissa, fysioterapian määrittelyissä ja alan  
vaikutuskeinoja käsittelevissä kirjoituksissa. Helen Hislopin teorian taustalla ovat  
vahvasti hänen aikaisemmat biotieteiden opintonsa. Hän opiskeli lääketiedettä ja  
kiinnostui fysioterapeuttina fysiologiasta ja löysi siitä mielestään perusteita fysiotera-  
pialle. Mutta hän koki lääketieteellisen opetuksen estävän fysioterapian kehittymisen  
omaksi tieteenksi ja jätti alan joksikin aikaa. Hän väitteli tohtoriksi fysiologiasta ja toimi  
alan opettajana yliopistossa kunnes palasi fysioterapian pariin *Physical Therapy*-  
lehden päätoimittajana.

Hislopin mukaan ihminen on luonnon järjestelmä, joka on vuorovaikutuksessa per-  
heen, muiden ihmisten ja yhteiskunnan kanssa. Ihminen on hierarkkinen systeemi,  
jonka rakennetta ja toimintaa voidaan kuvata systeemisen järjestelmän avulla (kuva  
1). Hierarkkisen järjestelmän jokainen taso toimii itsenäisenä järjestelmänä, mutta on  
myös alajärjestelmä ylemmälle.



Kuva 1. Ihmisen systeemien hierarkkia ja liike sen eri tasoilla.

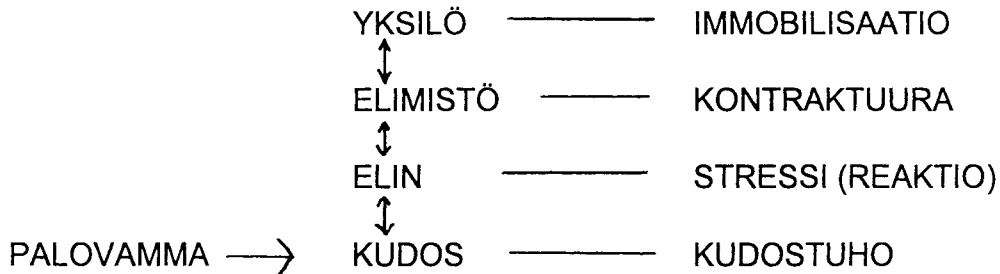
Yksilötasolla ihminen ilmaisee itseään primitiivisimmistä tunteista abstrakteihin teorioihin liikkeellä (motion). Ilman liikettä ei ole kommunikaatiota, ei sisäistä reagointia eikä sosiaalista kehitystä. Fysioterapian perustana Hislop näkee patokinesiologian, joka tutkii anatomiaa ja fysiologiaa ja niiden suhdetta ihmisen epänormaaliin liikkumiseen. (Hislop 1975)

Hislop kuvaa fysioterapian erityispiirteeksi sen tavoitteen - yksilön vapaan liikkeen ja liikkumisen omassa ympäristössään. Tämän perusteella toimintakyky on vapaata liikkumista omassa elinympäristössä. Systeemiteoreettinen malli liittää ihmisen osaksi perhettä ja sitä kautta yhteiskuntaa, vaikka fysioterapian keskeisin vaikutusalue onkin Hislopin mukaan jossakin yksilö- ja kudostason välimaastossa. Ilman kokonaisvaltaista lähestymistä jää hoidon optimaalinen vaikutus saavuttamatta.

Hislopin näkemys ihmisestä vaikuttaa mekanistiselta eli naturalistiselta. Hän liittää yksilötasoon vaikuttamiseen mukaan holismin. Fysioterapeutin on säilytettävä mielessään ihmisen kokonaisuus, vaikka vaikuttaisi ihmisorganismien alemmille tasoille, esimerkiksi kudoksiin. Vaikka Hislop näkee humanismin olevan luonnollinen osa terapiaa ja siten myös fysioterapiaa, ihmisen toiminnan tarkastelun ja siihen vaikuttamisen perustana on liikkeen patokinesiologia. Myöhemmin hän käyttää nimitystä biokinesiologia. Lindqvistin (1985) mukaan naturalistinen ihmiskäsitys ankkuroituu todellisuuden fyysiseen tasoon. Siinä ihmistä tarkastellaan luonnonilmiönä, jolloin luonto sanelee olemisen perusehdot.

Hislop on kuvannut ihmistä systeemiteoreettisen mallin avulla, malliin liittyy pluralistinen käsitys ihmisestä. Hänen mukaansa ihminen on muodostunut monenlaisista osajärjestelmistä, joilla on oma rakenteensa ja tehtävänsä. Systeemiteoriassa eri tason järjestelmiä voidaan tutkia itsenäisinä. Eri tasot voidaan ymmärtää ja kuvata omien ajatusmallien ja käsitteiden avulla. Positivistisen tietokäsityksen mukaan syyt ilmiöille on löydettävissä ja selitettävissä järkiperaisesti, kun ilmiötä tarkastellaan pienemmissä osissa. Tutkittava kohde operationalisoidaan mitattavaksi, eivätkä ainutkertaiset tutkittavan ilmiön ominaisuudet tule esiin ja hankaloita yleistettävyyden vaatimusta. Hislopin fysioterapian sovellusesimerkeistä voidaan ymmärtää, että eri tason järjes-

telmät ovat syy-seuraus- suhteessa toisiinsa. Palovamma on yksi esimerkki kudostason häiriöstä, joka saattaa aiheuttaa syvällisiä vaikutuksia kaikilla järjestelmän tasoilla (kuva 2).



Kuva 2. Kudosvaurion vaikutus järjestelmän eri tasoilla.

Hislopin käsityksen mukaan syyn - palovamman vaikutus esimerkiksi yksilötasolla - immobilisaation yhteys noudattaa kausaalilain periaatteita. Lain perusteella voidaan edellyttää, että samat syyt aiheuttavat samoissa olosuhteissa samanlaisia vaikutuksia. Kuitenkin ongelmaksi muodostuu Hislopin solu-, kudosa-, elin-, elimistö- ja yksilötason järjestelmien syy-yhteydet toisiinsa. Eri tasojen ajatusmallit ja käsitteet ovat ristiriitaisia eivätkä ole keskenään loogisesti selitettävissä. Esimerkissä elimen tason stressireaktio ei voi selittää elimistötason kontraktuuraa tai yksilötason immobilisaatiota. Jos potilaan nivel kontrahoituu ja potilas immobilisoituu, löytyy toimintakyvyille biologian rinnalle muitakin selittäviä tekijöitä.

Holismien alkuperäinen ajatus on, että lähtökohta on kokonaisuus, jonka kautta osa voidaan ymmärtää. Vain kuuluminen kokonaisuuteen antaa osalle merkityksen. Hislop etenee kuitenkin osajärjestelmistä kokonaisuuteen.

### 3.3 Biopsykososiaalinen malli

Maailman terveysjärjestön WHO:n sairauden seurausvaikutusten luokitusjärjestelmä (ICIDH) kehitettiin 1970-luvulla täydentämään kansainvälistä tautiluokitusta. WHO:n

tavoitteena oli kehittää sairauksien luokitusta ja luoda järjestelmä seurauksien jäsentämiseen sairauksien luonteen muuttumisen vuoksi. Lisäksi oli tarve kehittää käsitteistöä sekä yhtenäistää seuranta- ja tilastointikäytäntöjä eri maissa. Luokitus julkaistiin 1980 ja se perustui pääkoordinaattorina toimineen englantilaisen reumatologi Philip Woodin työtovereineen kehittämään sairauden seurausvaikutusten malliin. Loogisesti luokitusjärjestelmä on samankaltainen kuin sosiologi Saad Nagin vuonna 1965 esittämä käsitejärjestelmä.

WHO:n luokitus perustuu lääketieteelliseen sairaus- käsitykseen. Tärkeänä tavoitteena on pyrkiä edistämään varsinkin kroonisten, etenevien ja parantumattomien tautien seurauksien ymmärtämistä. Mallin käsikirjassa on kolme erillistä ja itsenäistä luokitusta. Mallissa jaotellaan sairauksien seuraukset kolmeen tasoon: vaurio (impairment), toiminnanvaja (disability) ja sosiaalinen haitta/ vajaakuntoisuus (handicap) (kuva 3). Kukin luokitusaste jakautuu useampaan alaluokkaan ja jokaisella alaluokalla on myös oma sisäinen luokituksensa.



Kuva 3. Sairauden seurausvaikutuksia kuvaavat tasot. (WHO 1980)

Vaurio on yksilön elimistön tasolla ilmenevä sairauden seurausvaikutus, puutos tai poikkeavuus yksilön biolääketieteellisessä tilassa, fysiologisessa tai psykologisessa tai anatomisessa rakenteessa tai elintoiminnoissa. Toiminnanvaja on vaurion myötä syntynyt seuraus yksilön tavanomaiseen käyttäytymiseen tai toimintaan. Se ilmenee yksilön inhimillisten kokonaistoimintojen tasolla olevina rajoituksina tehtävissä ja taidoissa. Sosiaalinen haitta/vajaakuntoisuus on vaurion tai toimintavajavuuden aiheuttama. Se rajoittaa tai estää yksilöä suoriutumasta toiminnoistaan iälleen, sukupuolel-

leen, sosiaaliselle asemalleen ja kulttuuritaustalleen normaalilla tavalla. Haitta merkitsee yksilön kyvyttömyyttä toimia yhteiskunnan normien mukaan. (WHO 1980)

Toimintakyvyn rajoittumisen aste vaihtelee. Lievä rajoitus eli haitta ei vaikuta yksilön itsenäiseen selviämiseen. Kohtalainen rajoitus voi jo edellyttää avustamista tai apuvälinettä ja vaikea-asteisesti rajoittunut yksilö ei kykene avustettunakaan itse selviämään tehtävästä, vaan on jatkuvasti muiden avun varassa. Haitta on sosiaalinen ilmiö, joka kuvaa vaurioiden tai/ja toimintavajavuuksien seurauksia yksilön toimintakykyyn tietyssä sosiaalisessa ympäristössä. (WHO 1980 ja 1981).

WHO:n luokittelumallin ilmiöt määritellään puhtaasti lääketieteellisin perustein, asiantuntijat arvioivat yksilöä. Haitta on vamman tai fyysisen tai psyykkisen sairauden seurauksena eli syysuhde palautuu yksilöön, ei ympäristöön. Fyysinen ja sosiaalinen ympäristö on staattinen, jolloin yksilön sopeutuminen on olennaisempaa kuin sosiaalisen ympäristön muutokset. Luokituksen ihmiskäsitys on naturalistinen, vain kliiniset löydökset sairaudesta tai vammasta merkitsevät, ei hänen tiedostuksensa, tunteensa tai toimintansa. Malli on deterministinen: vaurio tuottaa vain kielteisiä seurausvaikutuksia. Ympäristö ja yhteiskunta ymmärretään normien lähteenä, sillä yksilön vajaa-kuntoisuutta arvioidaan ympäristön asettamien normien ja rooli-odotusten perusteella.

Vaikka ihminen ajatellaan luokittelussa biologisena, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona, luokittelun perusta on biolääketieteellinen, reduktionistinen malli ihmisestä. Mallissa tulkitaan psykologiset reaktiot behavioristisesti tiettyinä käyttäytymisreaktiona biologiseen tosiasiaan (vaurioon) tai tietoon tästä asiasta. Myös haitan tasolla ilmenevä käyttäytyminen on yksilön reagointia ympäristöön ja sen palautteeseen. (Franssila 1996)

Maailman terveysjärjestön mukaan terveys voidaan määritellä yksilön myönteiseksi sopeutumiseksi ympäristöönsä niin, että hän on tasapainoisena fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti täysin toimintakykyinen. Tällöin toimintakyky on osa terveys -sairaus jatkumoa ja sairauden tai vamman aiheuttamat toimintakyvyn muutokset se-



kä niistä aiheutuvat haitat ovat tarkastelun kohteena (Aromaa ym.1989). Huomio kiinnittyy sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. WHO:n sairauksien seurauksien luokittelu jäsentää pitkälle toimintakyvyn rajoitusten luonnetta ja ulottuvuutta perinteisen yhteiskunnallisen mallin mukaan, niissä korostuvat työhön ja taloudelliseen toimintaan sekä päivittäisiin toimintoihin liittyvät kysymykset. Tämä näkökulma on terveydenhuollossa yleinen.

Fysioterapeuteille luokituksen esitteli fysiatri Hannu Alaranta vuonna 1982 alan ammattilehdessä mainiten, että "luokitus antaa mahdollisuuden sairauksien seurausvaikeutusten aiempaa selkeämpään kuvaukseen". Hän toi esille myös luokituksen käsitteiden suomennoksien vakiintumattomuuden. Lisäksi hän päätteli, että lääkintävoimistelijan tehtävät hoitotyössä keskittyvät sekä impairment- että disability-tasoihin. Handicap-taso edellyttää laajempaa työryhmää psykologeineen ja sosiaalihoitajineen. (Alaranta 1982)

Alaranta (1989) on käyttänyt selkäongelmaisen työ- ja toimintakykyä selvittävässä tutkimuksessaan WHO:n sairauksien seurauksien käsitteistöä ja luokituksia. Sovellusta on käytetty tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapian oppimäärän orientaatioperustana fysioterapeuttikoulutuksessa. Fysioterapeutit ovat omaksuneet ajatuksen sairauksien seurauksista työnsä lähtökohdaksi ja käyttäneet menetelmää arvioidessaan toimenpiteiden kohdetta ja terapian vaikuttavuutta.

Fysioterapeutti ja fysioterapian opettaja Sirkka Kukkonen on yhdistänyt WHO:n mallin ja Hislopin systeemi-teoreettisen viitekehyksen osoittaen fysioterapian pääasialliseksi kohteeksi Hislopin elimistön ja ihmisen tason, jotka johtavat WHO:n vaurioon/vammaan tai toiminnan vajauteen (Hautamäki & Seppälä 1992). Lääkintävoimistelijan opetussuunnitelmassa (1987) vallinnut perusliikkumisen keskeisyys korostaa toimintakyvyn yksilön tasoa, joka WHO:n mallissa johtaa toiminnan vajauteen. Vuoden 1991 opetussuunnitelma pyrkii laajentamaan fysioterapiaa korostamalla toimintaa lähtökohtana. Silloin WHO:n käsitteistön sovelluksessa korostuu lisäksi toimintakyvyn sosiaalinen taso eli haitta, johon siis ympäristö on oleellinen vaikuttaja.

A. M. Jette (1994) käsittelee artikkelissaan toiminnanvajaus - käsitteen sisältöä ja ongelmatiikkaa WHO:n luokituksesta johdettuihin malleihin mm. Nagilta, Pope & Tarlovilta. Hänen mielestään käsitteiden merkityksiä ei nimien vaihdossa ole oleellisesti muutettu. Käsitteet ja luokitukset ovat päällekkäisiä ja niillä on edelleen samoja ongelmia kuin alkuperäisessä mallissa yksilön rajoittuneen toiminnan ja rooleista selviytymisen yhdistämisessä.

WHO:n luokituksesta kehitetyt laajennetut ja monipuolisemmin ihmisen toimintakykyä luokittelevat mallit eivät ole hylänneet mallin alkuperäistä, naturalistista lähestymistapaa. Toimintakyky nähdään kausaalisesti selitettävissä ja objektiivisesti mitattavissa olevana luonnonolennon toimintana. Tätä ihmiskäsitystä ei muuta se, että selittäväksi syyksi biologian rinnalle tasavertaiseksi on nostettu psykologiset tai sosiaaliset syyt, koska naturalistiset teoriat voivat katsoa ihmisen käyttäytymisen olevan selitettävissä periaatteessa eri tieteiden käsittein. Fysikaalisia, neurofysiologisia tai kemiallisia termejä käytetään paljon. WHO:n käyttämä teoria on suosinut biologisia termejä. Uudempia ovat teoriat, jotka käyttävät psykologian käsitteitä. Talon uusin (1992) suomalainen sovellus WHO:n luokituksesta tuo esiin toimintakyvyn vakioisuutta erilaisissa ympäristöissä.

Talo ym (1992) kehittivät WHO:n malliin perustuvan eri ammattiryhmille sopivan toimintakyvyn moniulotteisen ja biopsykososiaalisen luokituksen, jossa pyrittiin selkeään menetelmään ja käsitykseen toimintakyvystä. Samoin kuin edeltäjänsä, joutui Talon työryhmä tekemään hyvin monimutkaisia ja vaikeaselkoisia kuvauksia pyrkiesään selkeään metodiikkaan ja ontologiaan arkielämän jokapäiväisissä ilmiöissä. Lisäksi toiminnanvajauksen ja haitan tason kuvaukset ja käsitteet ovat edelleen päällekkäisiä. Jo WHO:n alkuperäisessä mallissa oleva naturalistinen ajattelu tulee esiin siinä mielessä, että toiminnanvajaus- ja haittatasoon yhdistetään kausaalisesti objektiivinen vaurio-taso ja potilaan subjektiiviset tuntemukset. Talo ym. (1997) ovat jatkaneet kehitystyötään luomalla kullekin toimintakyvyn fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle osa-alueelle kattavan arviointimenetelmän. Tässä lähestymistavassa kokonaisuuden tavoittelu johtaa ihmisen pilkkomiseen yhä pienempiin osiin.

Fysioterapian toiminta- ja ongelmakenttää on 1980-luvulla pyritty selkiyttämään tarkastelemalla sitä WHO:n sairauksien luokituksen pohjalta. Mallia on käytetty erilaisen tutkimusten teoreettisena lähtökohtana tai analyysien perustana selvittäessä liikunnan merkitystä vajaatoiminnan ja haitan vähentämisessä, tiettyjen sairauksien yhteydessä tai tutkimusten luotettavuutta selvittäessä. (Mälkiä 1989) Analyysissä fysioterapiatutkimuksesta selvitettiin ulkomaisista vuoden 1991 fysioterapialehdistä tutkimusraportit WHO:n mallin perusteella. Fysioterapia-alan tutkimukset painoutuivat vauriotasolle. Tätä seuraa tulkinta, että fysioterapiatutkimus noudattaa edelleen perinteistä biolääketieteistä tutkimustraditiota. (Ervasti & Mälkiä 1994) Kiinnostavaa olisi tietää, olisiko tulos samanlainen, jos tutkimuksen viitekehyksenä olisi WHO:n näkökulman lisäksi muunlaisia lähestymistapoja.

WHO:n malli on saanut Suomessa kiitosta kuntoutuksen piirissä siitä, että se lähentää eri tieteenalojen ja ammattiryhmien viitekehyksiä toisiinsa ja luo yhteistyötä yhteisen kielen kautta. Sosiaalisten seurausvaikutusten käsitys on levinnyt mallin avulla myös biomedikaalisen sairauskäsityksen alueille. Sosiaali- ja vammaisjärjestöt ovat tosin kritisoineet mallin käyttöä yleisenä vajaakuntoisuutta kuvaavana tieteellisenä mallina sen yksipuolisuuden vuoksi. Käsitykset subjektista eli itsestä ovat hyvin henkilökohtaisia ja vaikeasti toiselle selitettäviä. Kun subjektin toimintakyky pyritään selittämään kokonaan tosiasioihin perustuvana luonnonjärjestelmänä, ongelmaksi muodostuu käytössä oleva normatiivinen käsitteistö, jonka sovellutusalue on ihminen itse, subjektina ymmärrettynä. (Kannisto, H. 1994) Potilaan kannalta subjekti on vaikea selittää tosiasioilla ja prosesseilla, jotka vain tapahtuvat. Jäljelle jää aina selittämätön alue eivätkä syy-seuraus suhteetkaan päde, niinkuin luonnonjärjestelmä edellyttää. WHO:n mallia arvioitaessa on muistettava, että sitä ei ole laadittu ensisijaisesti teoreettiseksi malliksi, vaan luokituksen perustaksi (Järvikoski 1994).

Konteksti sisältyy toimintavajautta kuvaaviin käsitteellisiin malleihin, mutta se ei ole käytössä lapsille tehtävissä toimintakykyarvioinneissa fysioterapiassa. Kontekstilla on suuri merkitys tulkittaessa testien tuloksia tehtävistä, itsestä huolehtimisesta tai liikumisaktiviteeteista. (Haley ym.1994) Miten on selitettävissä, että vaikka käsitteelliset mallit toimintakyvyn ongelmien kuvaamisessa sisältävätkin kontekstin, jää se fy-

sioterapian toimintakyvyn ongelmien arvioinneista pois? Näin on mahdollista käydä, kun todellinen kiinnostuksen kohde onkin ihmisen biologia tai siihen palautuvat asiat. Sen voi tulkita kertovan fysioterapeutin ajatteluun vaikuttavasta naturalistisesta ihmiskäsityksestä.

#### 4. DUALISTINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN

Tässä luvussa tarkastelemme dualistista lähestymistapaa toimintakyvyn käsitteeseen, jonka ydin on ihmisen kartesiolainen jakaminen ruumiiseen ja sieluun. Terveydenhuollossa kahtiajako ilmenee kokonaisuuden jakamisena fyysiseen ja psyykkiseen osaan, joiden rinnalle lisätään nykyään kolmanneksi sosiaalinen osa. Rauhalan holistista ihmiskäsitystä on käytetty taustateorianä fysioterapian tutkimuksissa ja käytännön työssä.

Ihminen ymmärretään dualistisessa lähestymistavassa ruumiina ja henkenä, jotka elävät rinnakkain ja sallivat välinpitämättömästi toisensa. Yleisesti tunnetuimpia dualisteja on Rene Descartes (1596 -1650). Hän päätyy johtopäätökseen, että kaikki ei-ajattelu, luonto samoin kuin oma ruumiimme, on ajatteluun nähden jotain ehdottomalla tavalla erilaista. Henkinen eroaa näin materiaalisesta. Tästä voidaan päätellä, että ihminen jakautuu kahteen toisistaan eroavaan, jopa toisilleen vastakkaiseen olemistapaan.(Laine 1995)

Kartesiolaisessa traditiossa minä erottuu henkisenä tietoisuutena kaikista ulkoisista kappaleista, joihin myös minän oma ruumis lukeutuu. Ajattelevaa minää vastassa on fyysinen, ulottuvainen, osista koostuva maailma. Ruumis on mekanismi, jossa minä pitää asuntoaan. Se on lihaksia, luita, aivoja - kaikkea sitä, mitä fysiologia ja anatomia ruumiista kertovat. Ajattelu ei ole mitään tuon kaltaista - asia, jonka voin todentaa tutkiskelemalla itseäni ajattelunprosessissa. Pelkistetysti sielu ja ruumis eroavat näin Descartesin tulkinnassa. Ongelmaksi voi muodostua, miten ne vaikuttavat toisiinsa. Kartesiolaisesta ajattelusta saadaan kaksi eri ratkaisua. Materialistien mielestä sielu on sidottu tiukasti ruumiiseen ja spiritualistit taas pitävät kiinni sielun henkisestä itsenäisyydestä. Materia ja henki painivat näin ihmisessä keskenään. Ristiriita ihmisen sisällä jää voimaan ratkaisemattomana. Uudemmassa filosofisessa antropologiassa tällaisia lähtökohtia Suomessa voi löytää esimerkiksi Rauhalasta (1989).

Ihmistä tutkitaan eri näkökulmista riippuen, onko kysymyksessä fyysisestä, ruumiillisesta puolesta vai hengestä, jolla ei ole kosketusta materiaaliseen maailmaan. Ruumista voidaan lähestyä luonnontieteellisesti, mutta henki on abstraktinen, ja se vaatii toisenlaisia ei-luonnontieteellisiä lähestymistapoja. Dualistisesta lähtökohdasta voidaan ajatella, että sielussa oleva tahto saa aikaan liikettä hermostossa ja lihaksistossa, saa ruumin toimimaan. Tällöin subjektin paikka on sielussa, tietoisuudessa ja sille ulkoinen ruumis kuljettaa sitä sisällään. (Laine 1995)

Fysioterapiassa Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen mukainen lähestymistapa on tullut esille useissa tutkimuksissa Suomessa, kuten Kukkosella 1986, Keskitalolla ynnä muilla 1991. Fysioterapian lehtori Helinä Härkönen (1993) kuvaa Rauhalan ihmiskäsitystä kirjoittaessaan psykosomaattisten ja psykiatristen potilaiden fysioterapiasta. Rauhalan holistista mallia ovat käyttäneet etenkin psykiatrisen potilaiden parissa työskentelevät fysioterapeutit.

Rauhalan (1989) ihmiskäsitys perustuu ihmisen ontologisen perusmuotoisuuden kolmijakoon: tajunnallisuus, kehollisuus (ruumiillisuus) ja situationaalisuus. Tajunnallisuus on ihmisen psyykkishenkinen olemassaolo, kehollisuus orgaanisen elämän kokonaisuus ja situationaalisuus on suhteutuneisuus maailmaan oman elämäntilanteen kautta. Situationaalisessa säätöpiirissä kohtaavat kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus muodostaen ihmisen kokonaisuuden. Osajärjestelmät eivät ole olemassa ilman toisia ja edellyttävät toistensa olemassaoloa situationaalisessa säätöpiirissä. Osapuolet vaikuttavat toisiinsa resonoimalla.

Tutkittaessa ihmistä empiirisesti tulee Rauhalan (1990) ihmisen kokonaisuus parhaiten huomioiduksi silloin, kun kaikkia ihmisen olemuspuolia ja niissä esiintyviä toimintoja tutkitaan adekvaatisti, niiden perusrakennetta vastaavasti. Ihmistä kokonaisuutena ei voida käsittää eikä empiirisesti tutkia muutoin kuin hänessä olevien osajärjestelmien olemassaolon tiedostamisen ja hyväksikäytön pohjalta. Huoli kokonaisuudesta on huolta siitä, ettei mitään jää ongelmien perusluonnetta vastaavasti tutkimatta. Toisasteisena tehtävä on yhteensovittaa saadut tulokset ihmiseen kohdistuvan sovel-

lustuön yleiseksi teoriaksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kunkin tiedollisen osa-alueen annetaan selittää kokonaisteoriassa vain se osa-alue ihmisestä, jonka tämän tutkimuksen looginen pätevyys kattaa. Holistinen ihmistiede siinä mielessä, että se yhdentyypisen metodisen järjestelyn varassa tutkisi ja selittäisi kaiken ihmisestä, on looginen mahdottomuus.

Rauhalan kehollisuuden käsite ihmistutkimuksen lähtökohtana - jollaista medikalisaation ylläpitämä biologisoiva tutkimus on - kattaa vain kolmanneksen kokonaisproblematiikasta. Ei ole olemassa perustetta sille, että kehollisuus olisi edes tärkeintä ihmisen kokonaisuudessa ja että siitä saadulle tiedolle tulisi antaa johtava asema ihmisen ymmärtämisessä. Tajunnallisuuden Rauhala sanoo olevan inhimillisin osa-alue. Kehollisuutta ja tajunnallisuutta voidaan tutkia vain eri käsitejärjestelmien kautta. (Rauhala 1989)

Rauhalan holistisessa mallissa on yhteyksiä dualistiseen ihmiskäsitykseen. Tajunnallisuus ja kehollisuus kuvataan ihmisen eri puoliksi, kuten ruumis ja henki dualismissa. Situationaalisuus on todellisuus, jossa tajunnallis - kehollinen ihminen toimii. Näitä osa-alueita tutkitaan alueen omilla teorioilla ja käsitteillä, joilla ei ole yhteisiä merkityskokonaisuuksia.

Rauhalan mukaan ihmisen kokonaisuus jakautuu kahteen osa-alueeseen, joita tarkastelemalla saadaan käsitys ihmisestä kolmannessa osa-alueessa - situationalisessa säätöpiirissä. Tällöin edetään osista kokonaisuuteen. Osajärjestelmien asettaminen ensisijaiseksi kertoo ei-kokonaisuudesta, jonka voi tulkita taipumuksena dualismiin. Lisäksi nämä osat, joiden kautta ihmisen kokonaisuutta kuvataan, voidaan kuvata vain erilaisten tietokäsitysten perusteella, eikä esimerkiksi intention, kokemuksen tai elämyksen avulla.

Ihmisen toimintakyky voidaan Rauhalan mallin mukaisessa tarkastelussa viipaloida kolmeen osa-alueeseen. Kehollinen alue on konkreettinen ja fyysinen. Sitä voidaan selvittää anatomisfysiologisten metodien avulla. Tajunnallisuus on abstrakti toimintakyvyn ulottuvuus. Se toimii, kun ajattelemme ja luomme mielikuvia, selvittämme ja

ratkaisemme ristiriitoja ja elämän muutostilanteita. Situationaalisuus on kolmas alue kokonaisuudesta - todellisuus, jossa toimintakyky konkretisoituu ja eri osa-alueet resonoivat keskenään. Toimintakyvyn osa-alueet eivät ole syy- ja vaikutussuhteissa toisiinsa. Kuitenkin, kun jokin tilanteen komponentti tulkitaan tajunnassa uudella tavalla, on siitä Rauhalan (1989) mukaan vaikutuksia, jotka palautteina "läpäisevät" ja "resonoivat" toisissa osapuolissa. Kaikkia kolmea osa-aluetta voi objektiivisesti tarkastella kunkin alueen omien käsitteiden ja teorioiden avulla.

Tällainen ruumis-sielu-dikotomia on syvällä kulttuurimme käsitteissä ja teorioissa, ja siten siitä on tullut osa todellisuuskäsitystämme. Kieli, teoria ja todellisuuskäsityksemme luovat kokemukselle mahdollisuudet. Koska elämme dualistisessa viitekehksessä, olemme osaksi sokeita sille todellisuudelle, jonka se luo. Ammatillisissa yhteyksissä "dualistiset silmälasit" hävittävät ruumiin ilmaisuna ja elämänhistorian kantajana ulottumattomiimme. (Thornqvist 1994)

Ihmisen jakamisesta kahteen eri puoleen perustuvasta käytännöstä seuraa Thornquistin (1994) mukaan, että suhde potilaaseen muodostuu objektiisuhteeksi ja hänen kehostaan tulee fysioterapeutin toiminnan kohde. Kehon osia voidaan tutkia ja hoitaa erillisinä. Tutkimustulosten mukaan fysioterapeutit kohdistivat mielenkiintonsa potilasta tutkiessaan paikallisiin kehon osiin ja tulkitsivat löydökset biomekaanisessa viitekehksessä. Tutkimuslöydöksiä ei suhteutettu potilaan muuhun elämään ja keho eristettiin ympäristöstään. Fysioterapeutit määrittelivät kuitenkin potilaan persoonana ammatillisen ongelmanratkaisun ulkopuolella. Tästä voi päätellä dualistisen lähestymistavan vallitsevan fysioterapian käytännössä.

Kahtiajaon voi havaita koko länsimaisen terveydenhuollon rakenteissa ja käytännössä. Somaattisia ja psykiatrisia potilaita hoidetaan useimmiten fyysisesti eri rakennuksissa, myös hallinnollisesti jako on samanlainen. Näillä kahdella lähestymistavalla on vähän tekemistä toistensa kanssa ja fysioterapia toteuttaa samaa terveydenhuollon orientaatiota. Dualismin seurauksena sairauksien hoito ja kuntoutus erotetaan Thornquistin (1994) tutkimusten mukaan fyysiseen kuntoutukseen ja siitä erillään olevaan psyykkiseen kuntoutukseen. Fysioterapeutin ensisijainen vaikuttamiskohde



on tämän perinteen mukaisesti fyysinen, orgaaninen keho, jolloin tavoitteeksi voidaan mainita muun muassa erilaisiin kudoksiin ja niveliin vaikuttaminen. Näiden toimintojen merkitystä potilaalle pidetään joko itsestään selvänä tai irrelevanttina.

## 5. YHTEISKUNNALLINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN

Yhteiskunnallisessa lähestymistavassa toimintakyvyn käsite ymmärretään yksilön suhteina muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Tutkimme sosiaalista lähestymistapaa toimintakykyyn fysioterapiassa, missä yhdistyvät Kananojan ja Talvitien toiminnan teoriaan pohjautuvat ajatukset toimintakyvyn käsitteestä.

### 5.1 Yhteiskunnallinen ihmiskäsitys

Käsitys, että tiede on arvosidonnaista, on perustava marxilainen katsomus. Tiede ei vain tutki todellisuutta vaan myös ilmaisee ihmisen käytännöllistä suhdetta todellisuuteen. Tällä tavalla se sitoutuu niihin käytännöllisiin arvoihin, joita ihminen todellisuu-  
delle antaa ja joista käsin hän tietoisesti tai tietämättään tulkitsee todellisuutta.

(Juntunen & Mehtonen 1982) Marxilainen ihmiskäsitys määrittelee ihmisen sosiaali-  
seksi olennoksi, jota ei ole olemassa yhteiskunnasta irrallisena. Luova ja konkreetti-  
nen työ tekee ihmisestä ihmisen. Ihmiskäsitys on ihmisen normi, koska siihen kuuluu  
arvoja ja uskomuksia. (Lindqvist 1985) Terveys ja sairaus kuvataan toiminnallisina  
ilmiöinä. Minkä funktionaalisuuden pohjalta ne määritellään, miten määritellään toi-  
mintakyky: onko määrittelijä yhteiskunta, terveydenhuollon ammattilainen vain ihmi-  
nen itse?

Talvitie (1991 a) kirjoittaa, että toiminnan teorian mukaan ihmisen toiminta määräytyy  
ja kehittyy siinä sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä, jossa hän elää. Ihmisen  
sisäisiä, psyykkisiä prosesseja ei voida ymmärtää muuten kuin hänen ulkoisen toi-  
mintansa tarkastelun avulla. Hän lainaa Leontjevia, joka on kehittänyt inhimillisen  
toiminnan kokonaisrakenteen kuvauksen. Siinä toiminta koostuu erilaisista teoista,  
joilla on tietty tavoite. Teot jakautuvat niitä toteuttaviin operaatioihin. Teot eivät liity

toimintoihin tai operaatiot tekoihin mekaanisesti, vaan saavat mielensä tai syynsä sen perusteella, mitä ihmisen motiivia tai tavoitetta ne toteuttavat. Toiminnan määrittävä tekijä löytyy toimintaa ohjaavasta motiivista. Toimintaa ohjaa siis ensisijaisesti yhteiskunnallinen tarkoitus, jota toiminta palvelee.

Talvitie jatkaa Hackerin ajatuksella, jonka mukaan liikkeitä ei pystytä analysoimaan ehdollis-kausalisesti tyydyttävällä tavalla suhteuttamatta niitä johtaviin toimintoihin. Liike on siis tarkoituksensa suhteen riippuvainen toiminnasta. Toimintaa ohjaavat kognitiiviset ja mentaaliset tekijät. Liikkeen kautta vaikuttaminen ei fysioterapiassa riitä, vaan kognitiivisten ja tietoisten toimintojen hyväksikäyttö antaa potilaalle paremmat itsehoitovalmiudet. Potilaan kuntoutuksen tarkoitus ja motiivi tulisi voida nostaa hänen sosiaalisen elämänsä tilanteista, yhteiskunnallisesta tarkoituksesta, joka toimintaa määrittää. (Talvitie1991 b)

Inhimillisen toiminnan tutkijat (Davydov, Harre ja von Granach, Leontjev, Luria) näkevät toiminnan ilmenevän sekä yhteisöllisessä että yksilöllisessä muodossa, kun henkilö toimii tietoisena omasta itsestään sosiaalisen ryhmän jäsenenä. Yksilöllinen elämä on mielletävä yhteisöllisen elämän spesifisenä tai universaalisenä ilmauksena. Ihminen on olemassa tekojensa sekä toimintojensa kautta ja ihmisen olemassaolo on riippuvainen ennenkaikkea vuorovaikutuksesta yhteisössä. (Talvitie 1991 b)

## 5.2 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalipoliitikko Eino Kuusen (1931) analyysin mukaan "sosiaalisen" alkuperä on latinalaisissa sanoissa socius ja societas. Ne merkitsevät liittolaisuutta, toveruutta sekä elämistä yhteisössä. Sosiaalipoliitikkaan liitettyinä niihin sisältyy vastuu kanssakulkijasta. Kirjoittaessaan toimintakyvystä fysioterapian ammattilehteen Kananoja (1986) painottaa käsitettä sosiaalinen ja liittää sen yhteisösuhteisiin. Myös Talvitie (1978,1991b) pitää fysioterapiassa ja ihmisen toimintakyvyn tarkastelussa keskeisenä sosiaalisuutta eli elämistä yhteisössä ja ihmisen sosiaalisuhteita. Hän toteaa, että

kulttuuri antaa elämälle merkityssisällön ja hahmon sekä ihmisille arvo- ja normijärjestelmän. Ihmisten välisten yhteyksien ja riippuvuuksien suhteet ja kytkennät muodostavat sosiaalisen siteen, joka on oleellinen yhteys sosiaalisessa elämässä. Ajatus pelkistyy toiminnan teoriaan, joka nousee marxilaisesta filosofiasta. Kananoja kirjoitti käsitteestä toimintakyky vuonna 1986 fysioterapian ammattilehdessä otsikolla "Sosiaalinen - ihmisen toiminnan ja elämän osa- alueena". Kirjoitukset muuttivat toimintakyky-käsitettä fysioterapiassa. Aiemmin terveydenhuollossa ja fysioterapiassa yleisesti ajateltiin, että toimintakyvyn sosiaalinen ulottuvuus on yksikertaisesti psyykkisen ja yhteisösuhteiden aritmeettinen summa.

Ulla Talvitien (1978) lähtökohtana fysioterapiamallin ja sen käsitteiden rakentamisessa oli Homansin sosiaalisen käyttäytymisen teoria ja Parsonin sosiaalisen toimintateorian käsitteitä kuten terveys, sairaus ja rooli kirjasta *The social system* (1951). Talvitien 90-luvun fysioterapian tutkimuksissa orientaationa on toiminnan teoriaan perustuva Engeströmin kuvaama (1987) kehittävä työntutkimus. Engeströmin toimintajärjestelmän yleisessä rakennemallissa on samoja elementtejä kuin Heiskalan (1994) esittämässä Parsonin sosiaalisen toiminnan teorian ytimessä, toimintayksikön mallissa. Kehittävässä työntutkimuksessa fysioterapeutit työskentelevät toiminnan teorian viitekehyksen mukaan, jolloin potilaan toimintakykyä lähestytään toimintateoreettisesta näkökulmasta.

Kananojan (1983) mukaan toimintakykyä tarkastellessa yhteisösuhteita voi lähestyä kahdesta näkökulmasta. Individualistisessa näkemyksessä yhteisösuhteet pelkistyvät yksittäisten ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi eli roolit ja kanssakäymissuhteet painottuvat. Toinen tapa on ihminen-yhteiskunta-malli, jossa inhimillinen olemassaolo on sosiaalisten suhteiden muodostama totaliteetti, joka ei ole yksittäisten ihmisten vuorovaikutusta, vaan ihmisten muodostaman totaliteetin, yhteisön tai yhteiskunnan, oleellinen ominaisuus. Tämä tarkoittaa, että humanisuus on jollain tavalla myös ihmisen itsensä ulkopuolella. Ihmisyys muodostuu sosiaalisista ja kulttuurisista elementeistä, jotka ihminen omaksuu kasvaessaan. Sosiaalisuutta on se, että ihminen kohtaa toisen ihmisen. Tuloksena ihmisten kohtaamisesta luodaan sosiaalisuuden toinen taso, joka tuottaa uuden yhteisen kokemuksen, uudet yhteiset merki-

tykset, yhteiset teot, työt ja roolit. (Eskola 1982) Sosiaalinen toiminta kuuluu koko yhteisölle.

Kaksi tekijäryhmää, yksilön subjektiiviset tavoitteet ja näiden saavuttamisen objektiiviset ehdot, säätelevät inhimillistä toimintaa. Toiminta ei kuitenkaan tarkoita subjektiivisten tavoitteiden yksinkertaista muuttamista objektiiviseen todellisuuteen, vaan se on monimutkaisempaa. Todellisuus riippuu yksilön aikomuksista, vaikka se on jossain määrin objektiivinen. Ihminen suhtautuu maailmaan sen mukaan, minkä merkityksen hän asioille antaa - tavoitteitaan ajatellen. Tästä voi tulkita yksilön ja ympäristön elementtien olevan riippuvaisia toisistaan. Yksilö ja ympäristö muodostavat integroituneen systeemin. (Kananoja 1983)

Toiminnan keskeiset elementit ovat tietoisuus - tietoisuus omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta - resurssit ja persoonallisuus. Toimintakyky sisältää kyvyn organisoida tavoitteita ja käsittää maailma oikein sekä yleisesti että suhteessa tavoitteisiin. Tästä seuraa, että toiminnan ja toimintakyvyn perustava elementti on tietoisuus: tietoisuus itsestä, toisista ihmisistä ja ympäristöstä. Kananoja lainaa Eskolaa, jonka mukaan tietoisuuden ja toiminnan välinen suhde ei kuitenkaan ole suora. Tietoisuus ei ainoastaan vaikuta toimintaan, vaan myös kehittyy toiminnan seurauksena. Toiminta on yksilön yhteys maailmaan. Se antaa käsityksen tästä maailmasta ja käynnistää reflektiivisen ajattelun ja deduktion prosessin. Tietoisuus on havainnon ja ajatuksen tulos ja toiminta luo havainnot. (Kananoja 1983)

Toiminnan kautta ihminen oppii tuntemaan maailman paremmin ja hyödyntämään sitä. Tämä prosessi muuttaa ihmisen tavoitteita eikä suhde todellisuuteen pysy samanaikaisena. Jokapäiväinen normaali toiminta ei vaadi paljon tietoisuutta, mutta ongelman ilmetessä ihminen tutkii ja arvioi uudelleen toimintaansa. Näin hän asettuu tarkkailemaan itseään ja toimintaansa itsensä ulkopuolelta ja reflektoi näkemäänsä.

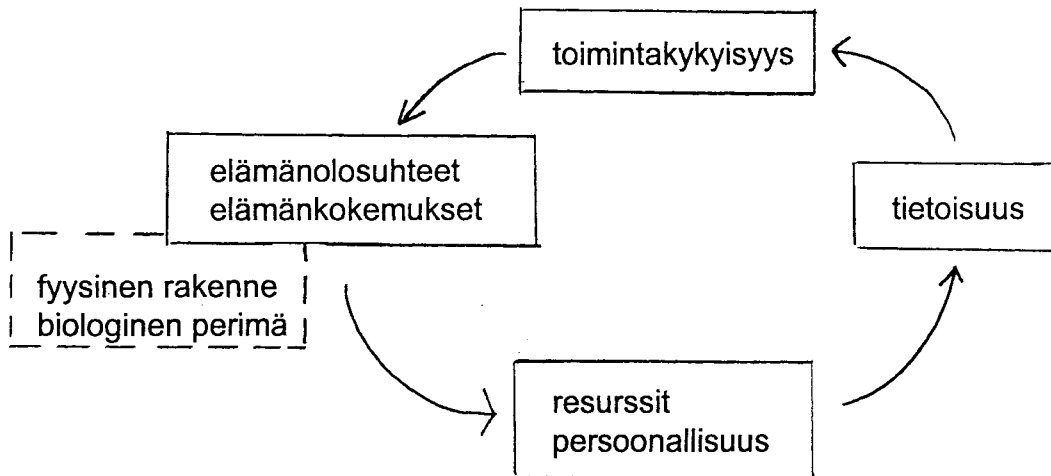
Toimintakykyyn sisältyy myös resurssit, joihin kuuluvat sosiaaliset resurssit kuten tieto, taito ja kulttuuri, taloudelliset resurssit sekä fyysiset ja psyykkiset voimavarat. Kolmas toiminnan komponentti on persoonallisuus ja sen kehitys. Ihmissuhteet ja

itsensä hallinta ovat persoonallisuuden elementtejä. Ego-psykologian näkökulmasta persoonallisuuden elementit, kuten johtamis- ja yhteistyötaidot, liittyvät läheisesti toimintakykyyn.

Talvitien (1991) tutkimusten mukaan yhteiskunnan kehitys ja työelämän vaatimukset edellyttävät fysioterapialta toimintakyvyn sosiaalisen puolen ja kognitiivisten toimintojen painotusta. Ihminen konkretisoituu suhteissa toisiin ja yhteiskuntaan ja ymmärtää aktiivisena tiedostavana subjektina. Fysioterapiassa on pystyttävä kartoittamaan potilaan resurssit ja tukemaan potilaan aktiivista ja omaehtoista kuntoutumista. Potilaan näkeminen yhteiskunnan toimivana jäsenenä edellyttää fysioterapian toteuttamista niin, että potilaan on mahdollista omaksua kuntoutumista edistäviä ja vammautumista ehkäiseviä elämäntapoja.

Vaikka toimintakyky on yksilön ominaisuus, se riippuu myös tilanteesta ja elämisen ehtoista. Tärkeä on huomata, ettei toiminta tapahdu tyhjiössä, vaan aina jossain erityisissä olosuhteissa. Toimintakyky sisältää kansalaisen kyvyn vaikuttaa ympäröivään yhteiskuntaan. Tästä seurauksena toimintakyvyn edistämisen päämääränä ei voi olla vain erilaisissa tilanteissa suoriutuva yksilö, vaan toimiva yhteisö, joka kykenee vastaamaan ihmisen tarpeisiin.

Kananoja (1983) jäsentää yleistettävästi yhteiskunnallista toimintakykyä kuviolla (kuva 4), jossa kuvataan tietoisuuden, resurssien, persoonallisuuden ja elämänolosuhteiden ja elämäkokemusten suhdetta. Resurssit ja persoonallisuus vaikuttavat tietoisuuden kautta toimintakykyyn, joka puolestaan vaikuttaa elämänolosuhteisiin ja -kokemuksiin sekä takaisin tietoisuuteen. Toimintakyky liittyy myös niihin tilanteisiin ja elämänolosuhteisiin, joissa toiminta tapahtuu. Ne vaikuttavat ihmisen käytettävissä oleviin resursseihin ja elämänolosuhteiden kautta persoonallisuuteen.



Kuva 4. Toimintakykyisyys monen eri tekijän yhteisvaikutuksena. (Kananoja 1983)

Toimintakyky voidaan määrittää myös kyvyksi toimia identiteetistään käsin eli olla toimintansa subjekti. Toimintakyvyn mittari on oman elämän hallinnan aste. Olennaisia ovat elämää ohjaavat käsitteet kuten elämänsuunnitelma sekä oman tunne-elämyksen hallinta ilman hankalia seurauksia. Ihmiselle subjektina on tärkeätä löytää itselleen mielekästä toimintaa, työtä. Elämäkertaa liittyy aikaan eikä ihmisen kokonaishahmon käsite ole vain jonkin ajankohdan tilavuudellinen, elollinen ja suhteissa oleva käsite. Toimintakykyisyyttä ei voi ajatella absoluuttisena tilana vaan se on jatkumo, jossa on eri asteita ja laatuja. (Kananoja 1986) Toimintakyky ja sen ongelmat voidaan siis nähdä tavoiksi, joilla ilmaistaan ihmisen elämäkertaa. Tällöin toimintakykyä ei voi irrottaa sen merkityksestä ihmiselle eikä sosiaalisesta kontekstista.

Fysioterapian perinteisissä taustatieteissä, lääke- ja liikuntatieteessä, olevilla käsitteillä objektiivinen ja subjektiivinen ei ole samaa merkitystä sosiaalisen toiminnan näkökulmasta. Ajallisen kokonaishahmon saavuttaminen on mahdollista, kun ihminen oivaltaa elämäkerran johtomotiivin, siis tarkoituksen, jonka hän voi elämälleen antaa - tai kun fysioterapeutti katselee potilaan elämää mielikuvin. Tällaista teleologista lähestymistapaa voi kutsua kliiniseksi imaginaatioksi tai inspiraatioksi. (Matinvesi 1986) Tämä on erilainen ulottuvuus kausaaliseen lähestymistapaan perustuvalla kliiniselle intuitiolle tai päätöksentekoprosessille fysioterapeutin työskentelyssä. Näin toimien fysioterapeutti voi ottaa enemmän vastuuta toimintakyvystä.

Talvitie kuvaa potilaan ja fysioterapeutin vuorovaikutusta sosiaalisesti systeemiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn säilyttäminen tai edistäminen. Jos tarkastellaan yksityiskohtaisemmin fysioterapeutista vuorovaikutusta, voidaan siinä erottaa seuraavanlaisia vaikuttavia tekijöitä: fysioterapeutin ja potilaan sisäiset tekijät, kuten kyvyt ja valmiudet, psykofysiologinen tila ja motivaatiotekijät, odotukset ja tavoitteet ja ulkoiset tekijät, kuten fysioterapiatilanteen ominaispiirteet ja hoitoympäristö. (Talvitie 1986, 1978) Rooleiksi Talvitie (1978) kutsuu niitä käyttäytymisodotuksia, jotka ovat ryhmälle yhteisiä tietyissä tilanteissa. Fysioterapiatilanteessa vuorovaikutuksessa olevilla on olemassa tiettyjä ominaisia piirteitä, jotka määräytyvät ulkoisen asemansa mukaan. Potilaalla on sairaan rooli ja fysioterapeutilla on koulutuksen ja ammatti- aseman-mukainen rooli. Roolit ovat ympäröivän todellisuuden yleisten vallitsevien normien mukaisia.

Ero liikkeen mekaanisen prosessin ja elävän orgaanisen prosessin välillä on sosiaalisen toiminnan näkökulman anti terveydenhuollolle ja fysioterapialle. Ajan käsittäminen mekaanisena aikatauluna on johtanut välineelliseen ajattelutapaan eikä eläviä prosesseja ole pystytty käsittelemään. Fysioterapiassa potilaan toimintakyvyn kehittäminen voi edelleen jäädä sellaisten ohjeiden varaan, joita ei ole mietitty potilaan elämän todellisuuden kannalta (Talvitie 1991 b). Ihmisen toimintakyky on avoin, alati uudistuva kokonaisuus ja sen ilmenemismuodoille on mahdollista ja hyödyllistä etsiä empiirisiä selityksiä.

Yhteenvetona Kananojan ja Talvitien ajatuksista voi todeta, että yhteiskunnallisen toimintakyvyn käsitteen taustalla fysioterapiassa ovat yhteisössä kuvatut normit ja toiminnan teorian ideologia. Ihmisen toimintakyky on käsitettävissä vain normatiivisesti säädeltyinä. Tämä näkökulma painottaa järkipäisyyttä ja tavoitteellisuutta ihmisen toimintakyvyssä. Maailma käsitetään ajateltuna todellisuutena ja toimintaa ohjaa vahvasti ihmisen tietoisuus. Tätä tietoisuutta voidaan reflektoida muuttamalla. Ihminen toimii rationaalisesti - ottaa etäisyyttä pelkoihin, haluihin, ihanteisiin ja pyrki- myksiinsä ajattelun ja puhumisen avulla. Hän harkitsee, punnitsee ja valitsee toimintansa. Vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja yhteisöjen kanssa fysioterapeutin ja



potilaan toimintaa ohjaavat ensisijaisesti vallitsevat normit ja he toteuttavat roolissaan ympäröivästä yhteisöstä nousevia odotuksia.

## 6. KOKEMUKSELLINEN LÄHESTYMISTAPA TOIMINTAKYKYYN

Kokemusta painottava lähestymistapa toimintakykyyn antaa uuden merkityksen keuhollisuudelle, ajattelulle, tietoisuudelle, kohtaamiselle ja rooleille. Fenomenologiassa toimintakyky käsitetään ihmisen kokemuksen kautta. Tutkimme Roxendalin kokemuksellista lähestymistapaa ja teoreettista taustaa ihmisen kokonaisuudelle fysioterapiassa.

### 6.1 Fenomenologinen ihmiskäsitys

Fenomenologisessa perinteessä kokeva ihminen on ensimmäinen ja tärkein lähtökohta. Toimintakyvyn eri käsityksien luokittelua ei voi rakentaa biologisen organismin, erityistieteiden tai yhteiskuntaan perustuvien lähestymistapojen ja teorioiden varaan. Biologiaan ja yhteiskunnalliseen teoriaan perustuvan ihmisen toimintakyvyn lisäksi paljastuu fysioterapiassa toimintakyky kokemuksellisena ilmiönä. Tämä on lähtökohta tarkastelulle, jossa ihmistä yritetään ymmärtää jakamattomana kokonaisuutena. Fenomenologisessa tutkimuksessa pyritään kohdistamaan huomio ja kritiikki tälle tasolle.

Fenomenologinen filosofia kyseenalaistaa vahvasti yritykset tarkastella subjektin suhdetta maailmaan kahden objektin välisenä kausaalisuhteena. Ihminen on subjekti, joka muodostuu yhdessä maailmansa kanssa ja joka liikuttaa maailmaa ja jota maailma liikuttaa merkitysrakenteidensa kautta. Nämä merkitysrakenteet eivät ole palautettavissa syy-seuraus-suhteisiin. Subjekti on osa maailmaa ja maailma on osa subjektiä. Kumpaakaan ei ole tunnistettavissa toisesta riippumatta. Ihmisen suhteet maailmaan ohjautuvat oleellisesti sen mukaan, mikä merkitys sillä ihmiselle on.

Fenomenologisessa ihmistutkimuksessa ihmistä lähestytään hänen maailmasuhteestaan käsin. Ihminen voidaan ymmärtää määrittelemällä nuo suhteet, niistä muodostuu ihmisen tapa olla olemassa. Lähtökohtana on kysymys ihmisen kokemuksesta, siitä miten hän kokee maailmansa ja elää siinä. Kyse ei siis ole kokonaisvaltaisesta teoriasta siinä mielessä, että se määritteli täydellisesti ihmisen kokonaisuuden. Eräiden filosofien mielestä inhimillinen tapa aistia, havaita asioita ja suuntautua keuhollisesti maailmaan ovat ihmisen maailmasuhteen kannalta erityisen merkittäviä. (Laine 1995)

Fenomenologian tavoitteena on päästä ymmärrykseen siitä ”elävästä ja välittömästä”, mikä edeltää reflektoitua, ajateltua ilmiötä. Tästä näkökulmasta teoreettinen ajattelu saattaa tuottaa virheellisen abstrahoinnin, mikä ei ole saatu välittömällä kokemuksella. Kokemus kehosta ei ole sama asia kuin ajatus kehon kokemuksesta. Reflektiivinen ajattelu muokkaa alkuperäistä kokemusta. Fenomenologiassa kokemus on ensisijainen käsitteelliseen ajatteluun nähden. Se selvittää sitä kokemusta, joka edeltää reflektiota. (Laine 1995) Ihmisen todellisuus on suhteellinen ja subjektiivinen, objektiivista todellisuutta ei ihmiselle ole olemassa.

Fenomenologisessa ajattelussa, joka kritisoi älyllistä lähtökohtaa, ihmisen suhde maailmaan ei ole tietoisuuden suhde objekteihin, ei psyyken suhde fyysisiin oloihin eikä sisäisen suhde ulkoiseen. Kritiikkiä kuvaa käsitteiden ruumis ja keho merkityserot tässä yhteydessä: Ruumis ymmärretään objektina, kohteena, erillisenä ruumiina, jota voidaan tarkastella luonnontieteellisestä traditiosta. Keholla taas ymmärretään subjektin suhdetta maailmaan. Sen voi ymmärtää vain subjektiivisena, kokemuksellisenä, elämyksellisenä suhteena maailmaan. (Laine 1995)

## 6.2 Kokemuksellinen toimintakyky

Ruotsalainen fysioterapeutti ja lääketieteentohtori Gertrud Roxendal (1985) kehitti psykiatrisessa sairaalassa fysioterapiaan 1980-luvulla perinteisestä poikkeavan poti-

laan tutkimis- ja terapiatavan. Väitöskirjan ”Body Awareness Therapy and The Body Awareness scale” ilmestymisen jälkeen uusi käsitys levisi myös Suomessa nimellä psykosomaattinen fysioterapia. Roxendal kuvaa ihmisen toiminnan terveyden kautta, kun lääketieteessä kuvauksen lähtökohtana on sairaus tai vamma ja yhteiskuntatieteissä kollektiivinen ongelma. Hän korostaa, että ihminen on liian monimutkainen kokonaisuus selitettäväksi ja kysymys on lähestymistavan valinnasta. Roxendalin lähestymistavan taustassa tulee vastaan paljon fenomenologisesta poikkeavia ajattelutapoja, kuten Maslovin tarvehierakkaa, kokonaisuuden systeemitieteellinen tasojärjestys, ranskalaisen liikunta- ja psykoterapeutti Jacques Dropsyn olemassaolon ulottuvuudet ja Freudin kehominän käsite. Kuitenkin fenomenologinen kehominän kokemus ja kohtaaminen ovat Roxendalin avainkäsitteitä.

Silloin kun toimintakykyä tarkastellaan terveystieteestä lähtien, perustavana filosofisena ideana on, että jokaisella ihmisellä on terve ydin. Oireet sekä avuntarve ovat terveen ytimen ulkopuolella. Tämän filosofian perusteella fysioterapeutti on kiinnostunut enemmän potilaan toimintakapasiteettista kuin toiminnanvajeudesta. Optimaalisella terveystieteellä ei tarkoiteta oireettomuutta tai sairauden puutetta. Parhaalla mahdollisella toimintakyvyllä tarkoitetaan optimaalista psykososiaalista toimintaa kokonaisuudessaan sisältäen motoriset toiminnot. Hyvään terveyteen luetaan myös Maslovin mukaan itsensä toteuttaminen, rauha elämässä ja vapaus itsensä toteuttamiseen. (Roxendal 1987)

Ymmärtääkseen ja voidakseen auttaa ihmistä fysioterapeutti tarvitsee Roxendalin (1987) mukaan kolmenlaisia taitoja; faktatietoa, käytännöntaitoja ja intuitiota. Faktatietoa saadaan kirjoista ja tieteellisiä tutkimuksia lukemalla, käytännön taidot kehittyvät työssä, jossa yhdistyy faktatieto ja kokemus. Intuitio on henkilökohtainen voimavara, joka kehittyy ihmisen kasvamisprosessissa. Kehittyminen vaatii faktatietoja, kokemusta sekä ammatissa että muussa elämässä ja reflektoitua tietoa. Intuitio toimii myös kehon alitajuntaisilla resursseilla, tunne-energialla ja fantasioilla. Henkilökohtainen kypsyminen on hidas prosessi, joka kehittyy omassa tahdissaan koko elämän ajan.

Roxendal (1987) esittää systeemiteoreettisen jäsenyyksen kokonaisuudesta tarkoittaen elin-, yksilö-, perhe- tai yhteiskuntatasoa. Fysioterapeutin arvioidessa toimintakykyä on kokonaiskäsitelmä usein yksilön tasolla ja kiinnostuksen kohteena on ihmisen terveys (ei sairaus), kokonaisuus ja jakamattomuus. Kokonaisuus käsittää tällöin kehon, jossa on fyysiset osat, fysiologiset prosessit, keholliset kokemukset, keholliset toiminnot, ajatusmaailma, tunne-elämä, eksistentiaaliset ehdot ja tahtominen. Keholla fysioterapeutti tarkoittaa kehoa kokonaisuudessaan eikä yhtä tai useampaa kehonosaa, jotka toimivat enemmän tai vähemmän hyvin.

Fysioterapian kokonaisvaltaisen terveystieteellisen yleinen tavoite on optimaalinen toiminta ja tyytyväisyys elämään kuten psykosomaattisissa selitysmalleissa. Kuitenkin ammattispesifinen tavoite on kehon integroiminen kokonaisuutena totaaliseen identiteettikokemukseen. Fysioterapeutti ohjaa potilasta, tavoitteena on kehon kokeminen tai elämys. Keskustelu ja kokemukset ovat osa terapiaa. Fysioterapian toiminta aluetta on ohjata tunnistamaan, tuntemaan ja ymmärtämään omaa kehoaan, kunnioittamaan ja hallitsemaan sitä. Potilaan ja fysioterapeutin kokemat resurssit ovat tärkein vaikuttaja parempaan terveyteen johtavassa prosessissa. Resurssikartoituksessa motivaatio ja merkityksenantaminen ovat oleellisia. Fysioterapian onnistumiselle on oleellista potilaan ja fysioterapeutin kohtaamiselle antama merkitys. Ihminen on suhteessa vain niihin asioihin, joilla on hänelle merkitystä. (Roxendal 1987) Kokemuksellinen lähtökohta laajentaa toimintakyvyn käsitettä fysioterapiassa kehoiminän ja kohtaamisen käsitteillä.

### 6.2.1 Kehominä

Roxendalille (1992) kehoiminä on keskeinen käsite ja hän käyttää sitä omassa merkityksessään. Roxendalin kehoiminän käsite on sanattomia kokemuksia ja toimintoja. Siinä aikuinen ihminen elää autonomisesti ja voi tehdä mitä itse haluaa. Määrittely on alustava ja Roxendal kirjoittaa työstävänsä sitä tulevaisuudessa. Käsite on alunperin psykoanalyttikko Freudilta, jolle kehoiminä on minä itsen alkuperä ja sydän. Hän ei

tarkemmin määritellyt käsitettä. Seuraavaksi analysoimme Roxendalin (1992) kehominnan käsitettä ja tutkimme Merleau-Pontyn ajatuksia kehollisuuden käsitteestä.

Suuri osa persoonallisuutta ei ole ajatusten tai sanojen saavutettavissa. Kasvuun ja kehitykseen liittyy paljon sanattomia kokemuksia ja tapahtumia. Kehonhavainnot, tarpeet, kehon tyytyväisyys ja ilo voivat olla saavutettavissa ajatuksin tai sanoin, mutta yhtä hyvin niitä voi olla mahdotonta ilmaista kielellisesti. Kaikki sanattomat kokemukset ovat sisäänrakennettuna aikuisen ihmisen minäkokemukseen, varastoituneena kehossa.

Roxendal (1992) pohtii kirjassaan, pitäisikö myös kehonkäsitys kuulua kehominaan. Kaikilla ihmisillä on jokin käsitys itsestään, mutta kaikki eivät ole integroineet käsitystä kehoonsa. Monet kysyvät esimerkiksi lääkäreiltä omaa vointiaan. Monet kieltävät kehon kokemukset tai eivät osaa tulkita kehoaan. Tähän voivat liittyä elämän monet tapahtumat kuten hyvin- tai pahoinvointi, samoin asennoituminen omaan kehoon tai voimien riittävyys siihen, mitä toivoo. Kirjassaan Roxendal pitäytyy kehominnan ei-verbaalisissa kokemuksissa ja toiminnoissa.

Roxendal(1992) käsittää kehonkokemuksen jakamattomana kokonaisuutena. Toimintakykyä tutkittaessa kiinnitetään usein huomio ruumiin osaan, jotta saataisiin selkeä kuva oireesta. Monelle on helpompi tunnistaa kehostaan osa kuin koko keho. Onko syynä opittu tapa tarkastella asioita? Koko keho on harvoin sairas. Kun kuvataan toiminnan puutosta tai kipua, on kysymys kehonkokemuksista. Kehominän kokemuksessa on kuitenkin aina terveysresursseja. Kehonkokemus jakamattomana kokonaisuutena on terveyssuuntautunut lähestymistapa toimintakykyyn.

Kokemusaspekti vaikuttaa sensorisiin toimintoihin. Mielen (sinne) kautta käsitämme kehon nälän, kylmän tms. tilan. Samoin asennot ja liikkeet, miten kävelemme, seisomme ja liikumme. Lopulta käsitämme ympäristön kehon kautta. Kokemukset kehon kautta muusta maailmasta muovaavat ihmisen liikkumista. Kokemukset voivat olla myös tunnepitoisia. Fysioterapeutti on tottunut ohjaamaan liikkumiskykyä. Käsite kehominä fokusoi kehonkokemuksen edellytyksenä liikkumiskyvylle.

Kehominän toiminnat ovat sitä, että kykenee tehtäviin, joita omat tavoitteet vaativat. Sellaisista toiminnoista selviytyminen antaa tunteen itsenäisyydestä ja siten myös perustaa itsetunnon. Fysioterapiassa voi itsetuntoa parantaa harjoittelemalla potilaan tavoittelemia toimintoja. Itsenäinen elämä on itsemääräämisoikeutta, ei välttämättä itsenäistä elämää ilman apua. Potilas, joka ei pysty pukemaan, voi kuitenkin valita vaatteensa ja ajankohdan pukeutumiselle. Saada tehdä mitä haluaa sisältää päivittäisen arkielämän lisäksi myös olemassaolon ulottuvuuden. Se edellyttää myös sitä, että "minä tahdon". Tahtominen vaatii taas itsensä käsittämistä persoonana - "minä olen". Vasta kun koen itseni jonakin, voin tahtoa jotakin. Tahtominen voi liittyä arkipäivään tai se voi olla pitempi prosessi kuten kirjan kirjoittamista tai matkustamista.

Roxendalin (1987) mukaan fysioterapeutin on mahdollista ymmärtää ihmisen toimintakykyä kehominaa lähestymällä. Kehontuntemus (kroppskänedom) on yläkäsite, joka muodostuu kokemusaspektista (upplevelseaspekt) ja liikeaspektista (rörelseaspekt). Käsitys kehosta, kehon kokemukset ja elämykset ja kehon suhde maailmaan hahmottavat kokemusaspektia. Koettu liikkuminen, kehonhallinta ja käyttäytyminen ilmentävät liikeaspektia. Ihmisen toiminta kuvastaa häntä ja suhdetta ulkomaailmaan jakamattomana kokonaisuutena. Kehoa ja sen suhdetta ulkomaailmaan säätelee elämisen ja kokemisen historia ennen ja nyt kulloisessakin tilanteessa. Roxendal toteaa käsitteidensä olevan päällekkäisiä ja vaikeaselkoisia.

Fysioterapiassa kokonaiskäsitys yksilötasolla sisältää ajatuksen, että jokaisella tietoisella liikkeellä on useita psykologisia elementtejä. Ihmisten jokaisella liikkeellä on tarkoitus, kävely on esimerkiksi siirtymistä tai liikuntaa varten. Liike voidaan kokea tunnepitoisena; tanssi tuo iloa ja kasaan vetäytynyt asento voi kertoa masennuksesta tai aiheuttaa sen. Tapa liikkua sisältää ilmaisun yksilön sisäisestä maailmasta ja elämästä. Monet liikkeet välittävät sanoman. Eleet ovat liikettä ja kommunikaatiota. Toimintakyvyn kokonaisvaltainen lähestymistapa ottaa huomioon myös hyvinvoinnin ja päivittäisten toimien psykososiaaliset näkökohdat käsittäen myös tosiasiat yksilön ulkopuolella, kuten työasennot ja ilmapiirin työssä. (Roxendal 1987)

Roxendal (1992) ei näe kehominää erillisenä ilmiönä, koska ydin on ihminen itse. Koko persoona on riippuvainen kehominän voinnista. Ihminen, jolla on toimiva kehominä, on lähellä kekokokemuksiaan, ovat ne vaativia, kielteisiä tai myönteisiä. Hänellä on perustavaa laatua oleva turvallisuudentunne kehossaan. Hänellä on kosketus luoviin resursseihinsa ja ennenkaikkea; kosketus iloonsa, joka on sisällä ja näkyy kaikessa toiminnassa. Hänen kehonsa ei ole esteenä toimintakyvylle vaan mahdollisuus elämään.

Kehon intuitiivista toimintaa on vaikea opetella ja toisaalta myös estää. Olosuhteita voi tietenkin muuttaa sopivammiksi. Kehominän kokemus tavoistamme avaa meille oven päätökselle, että alamme muuttaa jotakin. Oivaltaminen ja muuttuminen on hidas prosessi. Se on yksilöllistä ja subjektiivista. Kun kokemus on ensisijaisena lähtökohtana fysioterapiassa, pyritään potilas kohtaamaan kokemuksen tasolla, jossa kehon toiminnan muutos on mahdollista käynnistyä.

Fenomenologi Merleau-Pontyn (1908 - 1961) elämänfilosofiassa ihmistä ei ajatella sen paremmin luonnonoliona kuin kollektiivisena tietoisena toimijana. Merleau-Pontyn (1992) kehon fenomenologiset käsitteet tuovat uudenlaisia tapoja ajatella henkisten, ruumiillisten, kulttuuristen ja luonnonmukaisten sekä sosiaalisten ja biologisten tasojen suhteita. Merleau-Ponty tutkii kokemuksen elämysmaailmaa, kehollisuutta epäsuorasti maailmasuhteen kautta. Kehonkokemus on subjektin toiminnan merkityksien perusta. Hänen mukaansa keho ei voi olla objektiivisen ajattelun mukainen objekti, eikä subjekti voi olla idealismin mukainen abstrakti tietoisuus, vaan subjektiviteetti on lihaa ja verta.

Merleau-Pontyn kehollinen minä-subjekti ei liiku pelkästään fyysisen avaruuden maailmassa, vaan myös historiallisessa, kulttuurisessa maailmassa, johon subjekti suhtautuu ja asennoituu. Kehollinen kokemus ei voi koskaan palata tietyntyyppisenä hetkenä tapahtuneeseen aistimiseen. Kehon hahmottaa ympäristöään jo ennen ajattelua ja luo kehollisia merkityksiä - intentioita. Kehon koko menneisyys on mukana uudessa tilanteessa ja hahmottaa tulevaisuutta. Kehossa kohtaavat menneisyys, nykyisyys ja tu-



levaisuus. Ihminen liikkuu perspektiivisessä tilassa lähestyen jotain tai etääntyen jostakin. Kehollinen minä liikkuu kokonaisvaltaisena, jakamattomana ja merkityksiä sisältävänä ja antavana subjektina. Liikkuminen on ihmisen suhdetta maailmaansa. Ja tietoisuus on yksi kehon ominaisuuksista.

Fenomenologiassa kehon kokemisen tapa on intentionaalinen eikä sitä voi palauttaa fyysiseen olemassaoloon. Eletty maailma on yksittäisellä subjektilla taustana kaikille havainnoille ja ajatuksille. Intentionaalisuus perustuu esireflektiiviselle tasolle. Kehon havainnot ovat kokemuksia ennen reflektoituja oletuksia ja tahtomista. Ne ovat luonteeltaan ja rakenteeltaan erilaisia. Havainnot ovat taustana tahdonalaiselle toiminnalle.

Arkielämässä emme näe toista ensisijaisesti fyysisenä, esimerkiksi lihasten liikkeinä, vaikka ne kuuluvat havaintoon. Havaitsemme kokonaisuuden, joka ei jakaudu sisäiseen tai ulkoiseen. Ensisijaisesti havaitsemme ystävällisyyttä, tuskaa, rakkautta tai vihaa. Havainnossa toisesta ymmärrämme hänen kulloisenkin kehollisen maailma-suhteensa, tietyn tilanteen. Nuo tilanteet tulevat intentionaalisina merkityksinä, jotka voi ymmärtää tietyissä tilanteissa. Siinä ilmenevät kehon intentionaaliset muodot. (Laine 1995)

Kehon spontaani toiminnallisuus ei samaistu ajateltuun tietoisuuteen. Spontaani toiminnallisuus toteutuu vain toiminnassa ja sitä voi ymmärtää vain toiminnan kautta. Se ei toimi reflektoidun tiedon mukaisesti. Keho on samalla sekä subjekti että objekti tai niiden välimuoto (Merleau-Ponty 1992). Voin havaita kehoni, mutta en objektina. Oma keho pakenee objektiivista ajattelua ja tieteellisiä selityksiä. Kehon ominaisuudet ja piirteet eivät ole ehdottomia, eivätkä ruumiin toiminnat ole tyhjentävästi selitettävissä empiristisillä kausaaliteorioilla. (Hammond ym. 1991) Keho on aina subjektiivinen, moniselitteinen ja epämääräinen.

## 6.2.2 Kohtaaminen

Roxendal (1987) korostaa potilaan subjektiivisuutta fysioterapeuttisessa toimintakyvyn tutkimisessa. Hänen mukaansa suhde potilaaseen ei ole itsestäänselvä, koska meillä on taipumus kohteellistaa havaintojamme. Hän tuo esille subjektiivisuuden säilyttämisen vaikeuden. Pidämme helposti objektiivisia havaintoja luotettavampina. Muokkaamme huomaamattamme tietojamme ja kokemuksiamme potilaasta niin, ettei potilaan subjektiivisuudesta jää mitään oleellista jäljelle. Ymmärrämmekö, kenen tarpeesta suhteemme potilaaseen on etäinen, maltammeko kunnioittaa potilaan asennetta? Potilaan kohtaamisessa on kysymys tietoisesta perspektiivin, asenteen valinnasta ja sitä voi harjoitella.

Potilaan kokemuksilla omasta kehollisuudestaan fysioterapiaprosessin aikana on ehdoton itseisarvo. Potilas saavuttaa kokemuksia kehossaan eikä välttämättä voi ulkoistaa kokemuksiaan verbaalisesti. Ei ole helppoa antaa tilaa potilaan kokemuksille ja olla antamatta itse jonkinlaista oikotietä, joka voi oikaista koko kokemuksen ohi. Esimerkiksi vihan ilmaiseminen on vaikeampaa kuin vihasta puhuminen. Puhumisella vihasta voidaan estää vihan kokeminen. Vihan kokeminen voi kuitenkin olla potilaalle tärkeää hänen pyrkiessään muuttamaan toimintaansa. Kokemus on kohtaamisessa ensisijainen verrattuna ajatteluun.

Roxendalin ajattelussa on tärkeä käsittää, että toista voi ymmärtää vain sen tien perspektiivistä, jonka itse on kulkenut, siis toinen on jotain muuta kuin Minä itse. Hänen mukaansa fysioterapeutti tarvitsee intuitiivista tietoa kohdatessaan potilaan. Reflektoitu, ajateltu tieto kirjoista ja kokemuksista on myös tärkeää, mutta yhtä tärkeää on toiminta kokemuksen tasolla.

Roxendalin (1987) mukaan potilaan kohtaaminen syntyy vasta nykyhetkessä, eikä sitä voi ennakoita. Potilas tulee yleensä hakemaan fysioterapeutilta apua ja muutosta tilanteeseensa. Kohtaaminen on kuitenkin aina odottamaton ja yllätyksellinen, jos ihmiset vapautuvat rooleistaan ja toiseus on reflektioimattomana läsnä. Jos fysiotera-

peutti toteuttaa roolia, aitoa dialogia ei synny. Tällöin fysioterapialla ei ole merkitystä potilaalle eikä fysioterapeutille. Fysioterapeutti ei pysty auttamaan potilasta muutokseen, jos kohtaamista ei tapahdu.

Toisen ihmisen kohtaaminen kehollisena olentona on fenomenologisen lähestymistavan peruskysymyksiä. Roxendal soveltaa juutalaisen teologi ja filosofi Buberin ajatuksia kirjasta *Ich und Du* (1923). Siinä ihmisen suhde maailmaan voidaan jakaa kahteen erilaiseen perussuhteeseen: Minä-Se tai Minä-Sinä. Minä-Sinä toimii peruskäsitteenä ihmisten välisten suhteiden kuvaajana universaalimmin kuin siitä eroavat erityistieteelliset, lähinnä sosiologiset kollektiivikäsitteet.

Buber (1995) kuvaa Se-suhdetta toiseen ihmiseen sanalla monologinen. Se merkitsee yksisuuntaista suhdetta toiseen ihmiseen, eli dialogisuuden, vastavuoroisuuden, molemminpuolisuuden vastakohtaa. Se-suhde on samanlainen suhde kuin klassisessa subjekti-objekti-asetelmassa. Laine (1995) kirjoittaa esineellisyyden kokemisesta ja hyväksikäytöstä, välineistä ja tavoitteisiin pyrkimisestä, esimerkiksi luonnon ja tekniikan parissa.

Suhteilla toisiin ihmisiin tarkoitetaan samaa ilmiötä kuin käsitteillä yhteiskunta, luokka, ryhmä tms. ihmisten suhteita kuvaavaa käsitettä. Fenomenologinen merkitys on kuitenkin erilainen ja kriittinen käsitteiden sisältämää objektiivisuutta kohtaan. Minä-Sinä käsitteen sisältö ei tyhjene toteamukseen, että ihminen on yhteiskunnallinen tai sosiaalinen olento. Sinä ei ole "toisen minän" kaltainen eikä Minää voida ymmärtää erillisenä. Minä määräytyy yhdessä maailmansa kanssa ja tuo maailma on ennen kaikkea juuri toiset ihmiset.

Sinää ei voi ymmärtää kokonaan subjektista käsin, vaan vastaan tulee toinen persoona, toiset kokemukset ja toiset tahdot, joita ei ole mahdollista subjektista käsin ymmärtää kokonaan. Dialogista suhdetta voisi kuvata minän ja toisen yhteenkietoutumisena niin, että suhde ei synny kummankaan persoonan aikaansaannoksena eikä summana, vaan on jotain yhteistä, aina uutta ja yllätyksellistä. (Laine1995)

Buberin (1995) inhimillisestä näkökulmasta kaikki kollektiivinen elämä, josta on poistettu ihmisten persoonallinen yksilöllisyys, on epädialogista. Sosiaaliset roolit ovat hyvä esimerkki. Ihminen on niissä anonyymi olento, joka toteuttaa roolin vaatiman käyttäytymistavan. Ennalta asetettu rooli määrää hänen toimintaansa. Yksilöllisten ominaisuuksien korostuminen saatetaan jopa kokea vahingollisena kyseisen institution toiminnalle. Monologisessa suhteessa toinen pyrkii muun muassa hallitsemaan toista.

Kohtaaminen tapahtuu nykyhetkessä. Minä-Sinä kohtaamisessa syntyy aito dialogi ja kokemus. Silloin ei ole mahdollista elää menneessä tai tulevaisuudessa, on ainoastaan olemassaolo tässä ja nyt. Dialoginen suhde antaa meille kokemuksen, jota pidämme arvokkaana ja merkityksellisenä. Toisen kokemus ymmärtämisestä, ymmärretyksi tulemisesta, läheisyydestä ja rakkaudesta ovat suhteen oleellisia sisältöjä. Dialogi ei ole mahdollista tilanteessa, jossa vallitsee ennalta suunnitellut tavoitteet ja vahva roolien mukainen käyttäytyminen. Suhde on välitön eikä se toteudu kummankaan läsnäolijan ajattelun tai suunnitelman mukaisesti eikä minkään muunkaan kaavan mukaan. Yllätyksellisyys on ominaista ihmisten kohtaamisessa ja keskinäisessä ymmärtämisessä. Dialogi on olemassa Minän ja Sinän välillä. Siinä kohtaavat toisensa kaksi ihmistä, jotka ymmärtävät itseään ja toista heidän välillään tapahtuvassa kehollisten ilmaisujen piirissä. Siinä toinen on todella toinen, erilainen, minusta poikkeava yksilö. Samanaikainen vastavuoroisuus tuo myönteisen ja tärkeän kokemuksen molemmille, mikä häviää, jos fysioterapeutti tai potilas alkaa toteuttaa vain omia tai potilaan tavoitteita omasta roolistaan.

Roxendal (1992) korostaa, että fysioterapiassa ihminen voidaan aina kohdata subjektina. Se edellyttää roolien väistymistä, vastuuta, välittämistä ja sydämellä kuuntelemista. Ennenkaikkea se edellyttää, että ihmistä ei eritellä kohdatessa millään tavalla, vaan on nähtävä ihminen. Kaikkea ei voi nähdä kerralla, vaan fysioterapeutin on pohdittava perspektiivin on valintaa. Kun potilas tuntee tulleen ihmisenä kohdattuksi, voidaan kysyä avun tarpeen syytä. Kohtaamisessa sekä fysioterapeutin että potilaan kokemukset ovat yhtä tärkeitä. Toimintakyky avautuu potilaan kokemana todellisuutena. Roxendal (1987) on yhdistänyt teoriassaan itämaista Tai chi chuanin

ajattelua ja lähinnä Dropsyn terapiafilosofiaa sekä länsimaista biolääketieteen lähestymistapaa. Tästä ehkä selittyvät teoreettisessa analyysissämme esiintyvät ristiriitaiset elementit Roxendalin toimintakyky-käsitteessä. Roxendalin teoria jättää joissain kohdissa mahdollisuuden piirteiden naturalistiseen tulkintaan. Kehominä-käsitteen alkuperä on psykoanalytikko Freudilta. Systemiteoreettisessa kokonaisuuden tasojäsenyksessä ja tarvehierarkiassa ihminen todellistuu empiirisiin järjestelmiin. Roxendal (1985) tekee myös teoriaansa perustuvasta mittarista fysioterapian empiiristä ja kokeellista tutkimusta lääketieteellisestä näkökulmasta Ruotsissa (Nordval & Roxendal 1997). Tutkimuksissa kiinnostus kohdistuu kehontietoisuuteen ja -kokemukseen. Kuitenkin mittarin rakenteessa painottuu ihminen jaettuna ruumiiseen ja henkeen - fyysiseen ja psyykkiseen puoleen.

Roxendalin toimintakyvyn käsitteessä painottuu fenomenologinen ajattelutapa. Siitä kertoo eniten kehonkokemuksen merkityksen korostaminen, missä olemme havainneet Merleau-Pontyn kehollisuuden käsitteen elementtejä. Kokemusperspektiivin toteutumisen ehtona ovat subjektiivisuus ja ihmisen kohtaaminen, jossa Roxendal tukeutuu fenomenologiseen filosofiaan. Roxendalin mukaan ihmistä voi fysioterapiassa lähestyä vain epäsuorasti kehominään tutustumalla. Kokemusta painottava lähestymistapa korostuu kun toimintakyvyn yhdistetään kehominäen käsite. Ihmisen toimintakykyä voi käsittää ensisijaisesti dialogissa, jota ohjaa merkitysten antaminen.

## 7. MONIPUOLISTUVA TOIMINTAKYVYN KÄSITE FYSIOTERAPIASSA

Toimintakyvyn käsitteen jaottelu ihmiskäsitysten mukaan on yksi apuväline yrityksessä selkiyttää erilaisten toimintakyvyn käsitteiden peruslähtökohtia, johtopäätöksiä ja perusteita toimenpiteille. Toimintakyvyssä painottui naturalistinen ihmiskäsitys 70-luvulla, jolloin käsitettä alettiin käyttää fysioterapiassa. Sallivassa 80-luvun ilmapiirissä toisenlaisetkin näkökulmat saivat jalansijaa ja yhteisöä painottava lähestymistapa tuli mukaan oleellisena vaihtoehtona. Sen jälkeen toimintakykyä on fysioterapiassa lähestytty yhä monipuolisemmin. Kokemus lähtökohtana tuo uuden ulottuvuuden 80-luvun lopulla.

Toimintakyvyn naturalistisessa lähtökohdassa on oleellista empiirisesti mitattava objektiivinen suorituskky. Toimintakyky on operationalisoitavissa mitattavaksi kohteeksi ja selitettävissä kausaalisesti. Kiinnostus kohdistuu yksilöön ja hänen toimintansa vajaukseen tai puutokseen. Toimintakykyä voidaan kuvata erilaisilla systeemi-teoreettisilla ja hierarkkisilla luokituksilla. Taustalla ovat biologiaan palautuvat erityistieteet ja kuvaamisessa edetään osista kokonaisuuteen. Lähestymistavan valinta johtaa fyysisen korostumiseen fysioterapiassa, joka on alisteinen biolääketieteelle. Vallalla oleva tutkimusorientaatio säilyy. Empiiriset objektiiviset mittarit kehittyvät helppokäyttöisemmiksi, herkemiksi ja sovellettavammiksi erilaisiin tilanteisiin teknologian kehittymisen myötä.

Dualistisessa lähestymistavassa on oleellista kokonaisuuden kaksijakoisuus, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, johon nykyään lisätään kolmas, sosiaalinen toimintakyky. Lähestymistavassa keskitytään toiminnanvajauteen ja sen poistamiseen. Jokaista toimintakyvyn osa-aluetta lähestytään sen omilla teorioilla ja käsitteillä, joita pyritään kuitenkin yhdistämään toimintakyvyn kokonaisuudeksi, ei kuitenkaan kausaalisesti. Taustalla ovat kunkin osa-alueen omat erityistieteet ja niiden tutkimusmenetelmät. Käytettäessä tätä lähestymistapaa toimintakyvyn kokonaisuus jakaantuu yhä

pienempiin ja tarkempiin osiin, joilla ovat omat asiantuntijat ja teoriat. Dualistisen lähestymistavan erottaminen naturalistisesta on käytännön toiminnassa vaikeaa.

Yhteiskunnallisessa lähestymistavassa ihminen on avoin dynaaminen kokonaisuus, jolloin toimintakyky konkretisoituu ihmisen suhteissa yhteisöön ja yhteiskuntaan. Oleellista toimintakyvyssä on aktiivisen, tietoisin subjektin selviytyminen arkielämässä. Taustalla ovat yhteiskuntatieteet ja toiminnanteoriat. Lähestymistavassa kartoitetaan sekä toiminnanvajausta että resursseja yhteisössä ja yksilöllä. Kokonaisuus on selvitettävissä yhteiskuntatieteellisillä tutkimuksilla. Näkökulman valinta liittyy fysioterapian yhteiskuntaan, sen aktiiviseksi osallistujaksi lähelle kuntoutuksen ideologiaa. Toimintakykytutkimus on itsenäistä ja lähtee fysioterapian omista perusteista. Lähestymistapa edellyttää yhteiskuntatietouden lisäämistä koulutuksessa.

Kokemuksellisessa lähestymistavassa toimintakyky kuvataan kehon jakamattomana kokemuksena suhteessa toisiin ja esineelliseen maailmaan. Intentionaalinen merkityksen antaminen ohjaa kehominaa ja sitä voi lähestyä epäsuorasti kehon spontaanin toiminnan kautta aidossa kohtaamisessa syntyvässä dialogissa. Lähtökohtana on terveys ja resurssien kartoitus. Kokemus on ensisijainen reflektiiviseen ajatteluun nähden ja sitä selittävät hermeneuttiset tieteet ja fenomenologia. Kokemuksellisuuden valinta edellyttää kriittistä keskustelua koulutuksen, käytännön ja tutkimusotteen muutoksesta. Terveyslähtöinen lähestymistapa irrottautuu terveydenhuollon sairausorientaatiosta.

Taulukossa 1 on kuvattu toimintakyvyn käsitteen olennaiset elementit neljässä eri lähestymistavassa. Luokitteluissa on aina mielivaltaisia piirteitä. Tutkijat päättävät luokkien suuruuden ja piirteet, joiden mukaan luokitus tapahtuu. Toimintakyvyn käsitteen luokittelu erilaisten vastaantulevien lähestymistapojen perusteella pyrkii nostamaan esiin oleellisia ja ensisijaisia asioita ja toisaalta osoittamaan epäoleellisen ja toissijaisen kussakin toimintakyvyn tyypissä. Tämä auttaa meitä näkemään erilaisten toimintakyvyn lähtökohtien puoltavat ja niitä vastustavat seikat. Luokittelu auttaa meitä ratkaisemaan oman kantamme ja tiedostamaan, kuinka tärkeää on toimintakyvyn käsitteen lähestymistavan tunnistaminen.

	<b>Toimintakyky fysioterapiassa</b>
<b>Biologinen lähestymistapa</b>	<p>Empiirisesti mitattavissa oleva fyysinen suorituskyky. Keskittyy yksilöön ja puutoksen korjaamiseen. Osista muodostuva kausaalisesti selitettävissä oleva kokonaisuus. Taustalla biologiaan palautuvat erityistieteet ja naturalistinen ihmiskäsitys. Fyysinen korostuu ja säilyy tutkimuksen keskeisenä kohteena. Objektiiiset mittarit kehittyvät. Alisteinen biolääketieteelle.</p>
<b>Dualistinen lähestymistapa</b>	<p>Jaettu kokonaisuus: fyysinen, psyykinen (ja sosiaalinen). Keskittyy puutoksen korjaamiseen. Osittain empiirisesti mitattavissa oleva eri puolista muodostuva kokonaisuus. Selitettävissä pluralistisesti eri erityistieteiden (biotieteiden ja esim. yhteiskunta- ja psykologiatieteiden) avulla. Jakaantuu pienempiin osiin, joilla omat asiantuntijat ja teorit.</p>
<b>Yhteiskunnallinen lähestymistapa</b>	<p>Tiedostavan, aktiivisen subjektin arkielämässä selviytyminen. Ihminen on avoin, dynaaminen kokonaisuus. Konkretisoituu suhteissa toisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Kartoitetaan puutoksia ja resursseja. Taustalla yhteiskunnalliset tieteet, toiminnanteoriat. Tarve vaikuttaa aktiivisesti yhteiskuntaan. Tutkimus lähtee fysioterapian omista lähtökohdista. Edellyttää yhteiskuntatietoisuuden lisäämistä koulutuksessa.</p>
<b>Kokemuksellinen lähestymistapa</b>	<p>Kehonkokemuksen jakamaton, subjektiivinen kokonaisuus. Konkretisoituu suhteissa toisiin ihmisiin ja esineelliseen maailmaan. Intentionaalinen merkityksenantaminen ohjaa kehominää, ja sitä voi lähestyä epäsuorasti kehon toiminnan kautta kohtaamisessa syntyvässä dialogissa. Lähtökohtana terveys, resurssit kiinnostavat. Kokemus on ensisijainen reflektioon nähden. Taustalla hermeneuttiset tieteet ja fenomenologia. Muutostarve nykykäytännön, koulutuksen ja tutkimuksen lähtökohdissa</p>

Taulukko 1. Toimintakyvyn käsitteen eri lähestymistavat fysioterapiassa



Monipuolistuminen lähestymistavoissa ei tarkoita sitä, että kaikki lähestymistavat olisivat yhtä paljon käytössä fysioterapiassa. Ylivoimaisesti vahvimpana vaikuttaa naturalistisen ja dualistisen ihmiskäsityksen mukainen ajattelu toimintakyvystä. Engelin vuonna 1977 tuottama käsite biopsykososiaalisuus ja siihen pohjautuva ajattelu on esimerkki fysioterapiassa vallitsevasta lähestymistavasta toimintakykyyn. Yhteiskunnallinen painottuminen toimintakyvyn lähtökohtana on hiljalleen levinnyt fysioterapiassa. Tästä lähtökohdasta tehdään tutkimusta potilaan toimintakyvyn edistämisen kontekstissa. Siihen liittyy usein myös fysioterapeuttien työn kehittäminen. Näistä ovat esimerkkeinä Ulla Talvitien (1991,1996) monet tutkimisprojektit sairaaloidemme fysioterapiaosastoilla. Kokemusta painottavaa lähestymistä toimintakykyyn edustaa ruotsalaisen fysioterapeutti Gertrud Roxendalin ajattelu toimintakyvystä. Se tuli Suomeen 80-luvun lopulla ja on levinnyt hiljalleen fysioterapeuttien keskuudessa, lähinnä psykiatrisen fysioterapian sisällä.

Kokemuksellisessa lähestymistavassa toimintakykyä voi tutkia vain havainnoimalla kehominää epäsuorasti ihmisen spontaanin toiminnan kautta. Jos havainto käsitteään Merleau-Pontyn mukaisesti fenomenologisesti ja tiukan antinaturalistisesti, se saattaa olla kokemuksen taso, jonka tutkiminen auttaa ymmärtämään ihmisen toimintakykyä tai sen vajautta eri tavalla kuin fyysisten, psykologisten tai sosiologisten ilmiöiden tutkiminen. Aistimukset eivät ole passiivisia eikä neutraaleja, vaan intentionaalisia ja odotuksineen kulttuuristen rakenteiden ja yksilöllisten kokemusten muokkaamia. Tietoiset oletukset eivät suoraan määrää havaintoa. Sen sijaan kulttuuriset ja yksilölliset odotukset muokkaavat sitä esireflektiivisellä tasolla usein erilaisten elämänmuotojen ja tapojen välityksellä.

Terapiasuhteen tarkoitus muodostuu vasta fysioterapeutin ja potilaan kohdatessa. Terapiasuhteessa on tarkoitus tuottaa kokemuksia ja elämyksiä ja joskus pelkkää iloa. Dialogi antaa meille kokemuksen, jota arvostamme. Siinä syntyy jotain yhteistä, uutta ja ennalta määrittelemätöntä. Ihmisen on hyvä tiedostaa ja tunnistaa luontoonsa kuuluva kohteellistamistaipumus ja saattaa se mahdollisimman hyvin tietoiseen kontrolliin. Olennaista Buberin (1995) mukaan on se, kumpi ihmisessä on vallitseva

puoli - kohteellistava vai dialogisesti suhtautuva. Minä-Sinä suhteeseen ei kuulu tavoitteellisuus eikä roolien edustamien persoonattomien henkilöiden kohtaaminen. Fysioterapeutin on myös oleellista ymmärtää ja tiedostaa, millainen lähestymistapa toimintakykyyn on milloinkin kyseessä vastaantulevissa tutkimuksissa, fysioterapia-malleissa, opetussuunnitelmissa.

Luonnontieteiden edustama naturalistinen käsitys ihmisestä on syvällä länsimaisen ihmisen arkielämässä hänen yrittäessään ymmärtää maailmaa. Myös fysioterapiassa kuten terveydenhuollossa luonnontieteellinen ajattelu eli fysiologisen selityksen empiirinen tutkiminen on ensisijainen etsiessämme keinoja auttaa ihmistä parempaan elämään ja tulkitessamme kehon ilmaisuja. Fysioterapiassa roolit ohjaavat vahvasti työskentelyä ja ihmissuhteet ovat selkeästi enimmäkseen yksisuuntaisia eli monologisia. Jos dialogi nähdään tärkeäksi ihmissuhdetyössä, johon fysioterapiakin kuuluu, on periaatteellinen keskustelu fysioterapeuttikoulutuksen ja fysioterapian tutkimusten lähtökohdista tarpeen.

Toimintakyky on fysioterapiassa ajateltu perinteisesti pääasiassa asiantuntijoiden mitattavissa olevana biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Fysioterapeutit ovat mitanneet fyysistä toimintakykyä. Lääketieteen edustajat ovat keskittyneet biologiseen toimintakykyyn, psykologiatieteiden edustajat psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaalitieteiden edustajat sosiaaliseen toimintakykyyn. Tätä on edelleen pilkottu luokituksiin kuten fyysinen suorituskyky, kognitiivinen suoriutuminen ja sosiaaliset taidot. Tällaiset luokitukset ovat olleet asiantuntijuuden ja toimintakykytutkimuksen keskeinen perusta.

Keskustelu toimintakyvystä fysioterapiassa ja toimintakyvyn käsitteestä on vähitellen muuttanut muotoaan. Edelleen on tarvetta käydä keskustelua siitä, miten fyysistä toimintakykyä voi luotettavasti mitata. Yhteiskunnallisen ja tiedollisen kehityksen sekä eri lähestymistapojen tiedostamisen myötä toimintakykyyn vaikuttamisen mahdollisuudet ovat joutuneet uudelleenarvioinnin kohteeksi. Perinteiset lähestymistavat eivät ole olleet riittäviä. Terveys- ja hyvinvointipolitiikka on muuttunut ja työikäisen

väestön pitkään jatkuva työkyky sekä vanhenevan väestön elämänlaatu ovat nykyisen terveyspolitiikan tavoitteita.

Toimintakyvyn voi ymmärtää jatkuvana, arkielämässä tapahtuvana prosessina, eikä sitä voi rajata vain tiedollisiin kysymyksiin. Arkielämän ymmärtäminen edellyttää ihmisen todellista, inhimillistä kohtaamista. Se ei ole kuitenkaan mahdollista ilman keskustelua ja kysymyksenasettelua inhimillisen kohtaamisen edellytyksistä fysioterapiassa. Käsittelemästämme kirjallisuudesta olemme löytäneet dialogin edellytyksiä fysioterapiassa. Tämä näkökulma johtaa tarkastelemaan toimintakykyä arkielämässä tiedollisuuden lisäksi myös moraalisenä ja esteettisenä saavutuksena, jossa ihmisen oma kokemus nousee tärkeimmäksi.

Fysioterapian toimintakyky-tutkimuksia ja tieteellisiä raportteja lukiessamme jää vaikutelma, että biopsykososiaalisen lähestymistavan laajentaminen on jo ajatusten tasolla vaikeaa. Biopsykososiaalisen lähestymistavan rinnalla voisi olla fysioterapiassa samanarvoisena toisenlainen, elämäkertaan tai kokemukseen pohjautuva toimintakyvyn käsite, mutta jos lähestymistavoilla ei ole yhtä suurta painoarvoa, muutos on kosmeettinen eikä todellinen. Fysioterapian todellisuudessa toisenlaiset lähestymistavat toimintakykyyn, kuten elämäkerrallisuus tai kokemuksellisuus, jäävät toissijaisiksi. Näitä elementtejä löytyy Thornqvistin (1994) tutkimusten mukaan silloin, kun fysioterapeutti työskentelee konkreettisesti välittömässä kontaktissa potilaan arjessa kotona. Ulkopuolella olevien lähestymistapojen on ensin voitettava paikkansa terveydenhuollossa ja tultava biolääketieteen piiriin omaksumalla monet sen lähestymistavoista. Hyvä esimerkki tästä on Roxendalin (1985,1997) tieteelliset tutkimukset, joiden taustalla on teoria, jonka lähtökohtana on kehonkokemus.

Fysioterapian kehittämistyötä koskeva tutkimus antaa aiheita olettamukseen, että nykyisen koulutuksen fysioterapiatyöstä antama kuva ei vastaa työelämän asettamia odotuksia. Tutkimustulosten mukaan fysioterapeutit eivät tiedostaneet omaa näkemystään potilaasta haastattelussa esittämistään näkemyksistä huolimatta ennenkuin sitä tarkasteltiin vallitsevan työorientaation yhteydessä. Fysioterapeutit eivät olleet tietoisia siitä, millaiset mallit ja teoreettiset näkemykset ohjasivat heidän työtään. Osa

fysioterapeuteista ei pystynyt lainkaan kuvaamaan omaa lähestymistapaansa. (Talvitie, U. 1991b) Kehittämisen innokkuudesta huolimatta fysioterapeutit pitäytyivät vanhoissa ja totutuissa toimintakäytännöissä. Fysioterapeutit eivät yhdistäneet asiakkaan toimintakykyä arkitodellisuuteen. (Viitanen 1997) Fysioterapian lähestymistavat, joille koulutus perustuu, eivät muutu nopeasti. Koulutuskäytäntöjen vaihtaminen ei muuta mitään ilman teoreettisten perusteiden ja käsitteiden syvälle luotaavaa analyysia ja vallalla olevien käsitteiden tiedostamista. Tulisiko koulutukseen sisältyä toimintakyky-käsitteen eri lähestymistapojen teoreettista tarkastelua sekä niiden konkretisoimista opetuksessa tasavertaisina, jotta fysioterapeuteilla olisi edellytyksiä tiedostaa toimintakyky eri näkökulmista?

Jos toimintakykyä lähestytään ainoastaan erityistieteiden kautta ja ajattelemalla toimintakyky ensisijaisesti normatiivisena, rationaalisena ja produktiivisena toimintana, saattaa olla vaarana, että näkemys kääntyy itseään vastaan ja pystymme yhä huonommin ymmärtämään ihmisen arkielämää ja vastaamaan ihmisten toiveisiin ja yhteiskunnan odotuksiin. Toiminnan ja kanssakäymisen kapeuttaminen yksilotteiseksi, tieteellistäminen erikoisaloihin ja hallinnoimisyrietykset eivät voi koskaan onnistua täydellisesti. Arkielämä sisältää aina ulottuvuuksia kuten hallitsemattomuutta, rajattomuutta, yhteisyyttä, pelkoa, vihaa, unelmia ja lumousta, joista ihmisten kokemukset muodostuvat. Tällainen kokemuksellinen lähtökohta toimintakykyyn raivaa itselleen tilaa muiden lähestymistapojen rinnalle fysioterapiassa, jos kritisoidaan modernin yhteiskunnan produktiivisuutta ja rationaalisuutta ja jos näemme ihmisten organisoi- van elämänsä myös asioiden, harrastusten, emotionaalisten ja esteettisten kokemusten ympärille yhtäläillä kuin rationaalisesti ja sopimuksiin perustuen.

Yhteiskunnassa on yleisesti hyväksytty ajatus, että yhteisön etu menee usein yksilön edelle ja yhteiskunta voi esittää vaatimuksia jäsenilleen. Yhteiskunnan kannalta tärkeät lähtökohdat, kuten tuotanto, työ ja roolitoiminta, ovat niin normaaleja, että olemme sokeita niille. Fysioterapeutin toiminta on tavoitteellista ja suhteessa potilaaseen on yleensä rooleihin liittyviä odotuksia. Kokemuksellisen toimintakyvyn teorioissa on tärkeitä se, miten ihminen kokee elämänsä, millaisten unelmien eteen hän haluaa toimia ja miten hän itse haluaa muuttaa toimintakykyään. Tällöin fysiotera-

peutilla ei voi olla näkemystä siitä, mikä on oikein ja hyväksi ihmiselle, vaan ne sovi-  
taan dialogissa potilaan kanssa. Onko edes mahdollista ajatella, että fysioterapiassa  
otetaan laajemmin käyttöön totuttuja näkemyksiä kyseenalaistavat kehollisuuden ja  
kohtaamisen teorit?

Ihmiskäsityksellä yleiskielessä tarkoitetaan yleistä perusasennoitumista ihmiseen.  
Asennoitumisemme taustalla on aineksia kulttuuriperinteestä, teoreettista tietoa ih-  
misestä, kokemuksemme tiedostamattomia sisältöjä, uskomusten ja ideologioiden  
tarjoamia arvostuksia. Tieteellisen tutkimuksen perustana olevan ja yleisen ihmis-  
käsityksen välillä ei ole jyrkkää rajaa. Edellinen lienee tiedostetumpi ja siten hel-  
pommin käsiteltävissä, jälkimmäinen pääosaltaan tiedostamaton, subjektiivinen ja  
sitkeästi muutoksia vastustava. Näiden kahden ihmiskäsityksen olennainen ero ilme-  
nee siinä, mitä niistä seuraa toiminnan tasolla. Tutkijan rajoittuneen tai virheellisen  
ihmiskäsityksen seuraamukset voivat olla kohtalokkaita, kun saavutettuja tuloksia  
sovelletaan joihinkin ihmisryhmiin. Ihmiskäsitys on kaikissa niissä olettamuksissa ja  
ratkaisuissa, joita tutkija on tehnyt tieten tai tietämättään silloin kun on pohtinut tutki-  
muksensa lähtökohtia. Ihmiskäsityksen perimmäisen olemuksen tutkiminen on tar-  
peen, jotta kaikki kyseisessä ihmiskäsityksessä piilevästikin vaikuttavat ratkaisut ja  
olettamukset tulisivat esille. Ihmiskäsitys ohjaa tutkimuksen alkuasetelmia, usein  
myös tiedostamattomasti.

Olemme tuottaneet omaa analyysia toimintakyky-käsitteen lähtökohdista ja löytäneet  
neljä eritavalla painottuvaa lähestymistapaa fysioterapiassa. Lähdeaineiston valin-  
taan on vaikuttanut oma ammattihistoriamme ja työssä tulee esiin oma käsityksem-  
me teorioista, jotka ovat muokanneet toimintakyvyn käsitettä fysioterapiassa. Eri lä-  
hestymistavat eivät nousseet selkeinä, vaan jaottelumme perustuu löytämiimme  
merkityseroihin. Jokaisessa lähestymistavassa löysimme elementtejä kaikista esit-  
tämistämme ihmiskäsityksistä, mutta vähemmän merkityksellisinä. Eri lähestymista-  
vat kilpailevat keskenään ja yhdestä näkökulmasta katsoen toinen lähestymistapa ei  
itse asiassa edusta totuutta. Toimintakyvyn käsitteen lähtökohtia on analysoitu vähän  
terveydenhuollossa Suomessa. Työmme on yritys selvittää tätä kiinnostavaa aluetta  
fysioterapiassa ja alkuvaihe aiheen laajemmalle ja hyvin tarpeelliselle työstämiselle.

Toivomme työmme myös auttavan fysioterapeutteja arvioimaan toimintakykyä kriittisesti sekä valitsemaan tietoisesti lähestymistapansa toimintakykyyn.

"Siinäpä se, enin mitä voin tehdä, on katsoa tarkempaan."

(Umberto Eco)

## LÄHTEET

Alaranta, H. 1982. WHO:n käsitteistö sairauden seurausvaikutuksista.

Lääkintävoimistelija vol 29:5, 10-12.

Alaranta, H. 1985. Lanneselän välilevytyrän takia leikattujen henkilöiden toiminta- ja työkykyä määräävät tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL: 25. Turku.

Alaranta, H. & Rissanen, P. 1989. Liikunta tuki- ja liikuntaelinvammaisen kuntoutuksessa. Duodecim vol. 105:2: 193-201.

Alaranta, H. ym (toim.) 1992. Fysiatrია. Duodecim. Gymerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Aromaa, A. Ym. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi terveyttutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Hki ja Turku

Buber, M. 1995. Minä ja Sinä. Juva. Saksankielinen alkuteos Ich und Du, 1923.

Bunkan, B. H. 1983 Muskel spänningar. Undersökning och behandling. Liber tryck. Stockholm.

Dropsy, J. 1987. Leva i sin kropp. Kroppsutryck och mänsklig kontakt. Natur och kultur. Lund.

Engeström, Y. 1987. Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Orienta- Konsultit Oy. Helsinki.

Ervasti, E. & Mälkiä, E. 1994. Analyysi fysioterapiatutkimuksesta. Kirjallisuus ja käsiteanalyysi. Kyselytutkimus. Suomen Fysioterapeuttiliitto ja Jyväskylän yliopisto.

Eskola, A. 1982. Vuorovaikutus, muutos, merkitys. Tammi. Helsinki.

Eskola, A. 1985. Persoonallisuustyypeistä elämäntapaan. WSOY. Juva.

Franssila, P. 1996. Ihmisen kokonaisuus- käsitteen tarkastelua fysioterapian kannalta. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

Fysioterapianimikkeistö. 1989. Sairaaliitto. Vammala.

Granger, C. Gresham, G. 1984. Functional assesment in rehabilitation medicine. Baltimore: Williams & Wilkins.

Haley, S.M. ym 1994. Measuring physical disablement: The Contextual Challenge. Physical Therapy. Vol: 74: Nr 5: 74-81.

Hammond ym. 1991. Understanding Phenomenology. Blackwell. Oxford.

Hautamäki, L. & Seppälä, E. 1992. Fysioterapian opettajien käsitys fysioterapiasta. Tutkielma. Helsingin Sairaanhoidon opisto, Opettajankoulutusosasto.

Heikkinen, E. 1986. Miten toimintakyky muuttuu iän mukana ja mitkä siihen vaikuttavat. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 58. Helsinki.

Heikkinen, E. ym. 1990. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät- projekti osa I. Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto: julkaisuja 1. Helsinki.

Heikkinen, R-L.& Suuntama, T. (toim.) 1991. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät- projekti osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 10. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Heinemann, A.W. ym .1994. Prediction of rehabilitation outcomes with disability measures. Arch. of Physical Medicine and Rehabilitation. 75: 133-143.



Heiskala, R. 1994. Talcott Parsons ja rakennefunkcionalismi. Teoksessa Heiskala, R. (toim.) Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Tammer-paino Oy. Tre.88- 120

Hislop, H. 1975. The Not- So- Impossible Dream. Physical Therapy vol 55:10: 1069-1080.

Holopainen, K. 1977. Fyysisen suorituskyvyn mittaaminen. Lääkintävoimistelija vol 24:8:20-24.

Hyyppä, M. 1986. Ruumiinkieli. Otava. Keuruu.

Härkönen, H. 1993. Ruumiini on kotini. Fysioterapia vol 40:7:10-12.

Ilmarinen, J. 1995. Teoksessa Matikainen ym. toim. Hyvä työkyky, työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja. Helsinki. Työterveyslaitos, Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen, 31-46.

Invalidihuoltolaki 30.12.1946/ 907.

Jette, A.M. 1994. Physical Disablement Concepts for Physical Therapy Research and Practice. Physical Therapy vol 74: 5: 380- 386.

Juntunen, M. & Mehtonen, L. 1982. Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelua. Kuntotutussäätiön tutkimuksia 46. Helsinki.

Kananoja, A. 1983. What is Social Functioning Ability? teoksessa Rissanen, P. (toim.) Social Functioning Ability. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos. Working Papers No 5. Tampere.

Kananoja, A. 1986. Sosiaalinen - ihmisen toiminnan ja elämän osa-alueena. Lääkintävoimistelija vol 33: 5: 20-24.

Kannisto, H. 1994. Ihmisen kokonaisuuden ongelma filosofisen antropologian historiassa. Teoksessa T. Laine (toim.) Ihmisen mallit. Symposiumi filosofisesta antropologiasta. Jyväskylä: Jyväskylä yliopisto, 10-29.

Kansanterveyslaki 66/72.

Karppi, S-L. 1982. Fysioterapian omat mittarit. Lääkintävoimistelija, vol 29: 7: 26.

Keskitalo, T. ym. 1991. Minusta tulee isona hyvä fysioterapian opettaja. Hyvän fysioterapian opettajan kuvailua. Tutkielma. Turun terveydenhuolto-oppilaitos, opettajankoulutusosasto.

King A. C., Taylor, C.B. Haskell, W. L & Robert F. Debusk. 1989. Influence on aerobic exercise on Psychological health: A randomized controlled trial of healthy middle-aged adults. Health Psychology. 8: 305-324.

Kirjonen, J. 1980. Liikunnan merkitys ja motiivit. Teoksessa Heikkinen, E& Vuori, I (toim.) Liikunta ja terveys. Tammi. Helsinki, 71-91.

Kukkonen, S., Muuri, M., Vepsä, P. 1976. Fysioterapiatapahtuma. Tutkielma. Helsingin Sairaanhoidon oppilaitos, jatko-opintojen jaoston kasvatustieteellinen opintolinja.

Kukkonen, S. 1986 . Potilaan motorinen oppiminen fysioterapiatapahtumassa potilaan opetuksen kehittämisen lähtökohtana. Kasvatustieteen pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Helsingin Sairaanhoidon opiston julkaisusarja C nro 4/1987. Helsinki.

Kuusi, E. 1931. Sosiaalipolitiikka I. WSOY. Porvoo.

Laine, T. 1994. Ihmisen kokonaisuuden ongelma filosofisen antropologian historiassa. Teoksessa T. Laine (toim.) Ihmisen mallit. Symposiumi filosofisesta antropologiasta. Jyväskylä: Jyväskylä yliopisto, 67-77.

Laine, T. & Kuhmonen, P. 1995. Filosofinen antropologia. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lahtinen, E. 1996. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16. Turku.

Lindqvist, M. 1985. Ammattina ihminen. Keuruu. Otava.

Lääkintävoimistelijan opetussuunnitelma. 1987. Ammattikasvatushallitus. Valtion painatuskeskus.

Lääkintävoimistelija, opetussuunnitelman perusteet. 1991. Hyväksytty opetushallituksessa 10.10.1991. Helsinki.

Mahoney, F.I. & Barthel D.W. 1965. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J 14, 61-65.

Matinvesi, S. 1986. Lääkintävoimistelijalla vastuuta sosiaalisesta toimintakyvystä. Lääkintävoimistelija vol 33:5:25-30.

Merleau- Ponty, M. 1992. Phenomenology of Perception. Routledge. London. Ranskankielinen alkuteos Phénoménologie de la Perception, 1962.

Mäkitalo, J & Palonen, J. 1994. Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. Työympäristötutkimuksen aikakausikirjassa Työ ja ihminen 3/94: 155-162.

Mälkiä, E. 1989. Tavoitteet tasolta toiselle. Lääkintävoimistelija 5, 10-13.

Nordwall, V. & Roxendal, G. 1997. BAS-skattning vid kronisk smärta en metodstudie. Nordisk fysioterapi vol 1:1:3-9.

Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Stakes Oppaita 21/1993, Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. SHKS. Karisto Oy:n kirjapaino.

Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia. Yliopistopaino. Helsinki.

Roxendal, G. 1985. Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale: Treatment and Evaluation in Psykiatricphysiotherapy. Department of Rehabilitation Medicine. University of Göteborg.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv- sjukgymnastik inför framtiden. Studentlitteratur. Lund.

Roxendal, G. 1992. Vårdandets vardag - händer i möte. Studentlitteratur. Lund.

Salonen, U. 1977. Fysioterapian käsitteitä ja määrittelyä. Lääkintävoimistelija vol 24:5: 7-9.

Sauro, R. 1986 Toimintakyky edellyttää voimaa, kestävyyttä ja koordinaatiota. Lääkintävoimistelija vol. 33:8: 12-15.

Skinner, B.F. 1974. Mikä ihmistä ohjaa? WSOY. Porvoo.

Steptoe, A., Edwards, S., Moses, J., Mathews, A. 1989. The effects of exercise training mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. Journal of psychosomatic research, 33:537-547

Talo, S. 1992. Psychological assesment of functioning in chronic low back pain patients. Publications of the social insurance institution. ML: 116 . Turku.

Talo, S. 1997. Olettamuksesta strukturoituun malliin. Kuntoutus vol 20:1: 4-11.

Talvitie, U. 1978. Sosiaalinen vuorovaikutussysteemi: fysioterapiatapahtumaa kuvaavan systeemiteoreettisen mallin ja teorian kehittelyä. Sosiologian laudaturtyö. Helsingin yliopisto.

Talvitie, U. 1986. Fysioterapian kuvausjärjestelmän kehittäminen ja testaaminen sekä toimintojen opettamisen kuvaaminen fysioterapiassa. Lisenssiaattitutkielma. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos.

Talvitie, U. 1991 a. Lääkintävoimistelijan työn kehitysvaiheita: Fysioterapian kohteen ja menetelmän muuttuminen ja koulutuksen kehittyminen 1900-luvulla Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Sarja A: tutkimuksia 5.

Talvitie, U. 1991 b. Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. Kehittävän työntutkimuksen sovellus lääkitävoimistelijatyöhön. Studies in sport, physical education and health 28. Jyväskylän yliopiston monistuskeskus ja Sisäsuomi Oy. Jyväskylä.

Talvitie, U. ym. 1996. Aivorenkiertohäiriöisten toimintakyvyn arviointi fysioterapiassa. Fysioterapian kehittämisprojekti Jorvin sairaalassa. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja. Jyväskylä. Jyväskylän Yliopistopaino ja ER- Paino OY.

Tawast- Ranken, S. 1966. Fysikaalisen hoidon opas. SHKS. WSOY Porvoo.

Thornquist, E. 1992. Å se på kroppen med nye oyne. Tidsskr. Nor. Laegeforen. 7: 919-921.

Thornquist, E. 1994. Profession and life: separate worlds. Soc. Sci. Med. vol 39: 5: 701-713.

Tyni, R. 1972. Lääkintävoimistelijoiden avoterveydenhuollon neuvottelupäivät. Lääkintävoimisteliija vol:19:5, 20.

Työfysioterapia. 1997. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Työterveyslaitos. Helsinki.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Acta Universitatis Tamperensis 577. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

WHO. 1980. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. World Health Organization. Geneva.

WHO. 1981. Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. Tech Rep Ser 668. Geneva.