

Ikääntyvien ihmisten
toimintakykyä koskevien tutkimusten paradigmat
ICF: n avulla tarkasteltuina

Sarri Nuorivaara
Vasamakatu 10 B 13
Lahti 10
Pro Gradu tutkielma
Gerontologia ja kansanterveys
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

Kevät 2005

Sisällys

1 Johdanto	
2 Tutkimuksen teoreettinen perusta	2
2.1 Kuhnin paradigmatteoria	2
2.2 Patogeneettinen paradigma ja ikääntyminen	2
2.3 Salutogeneettinen paradigma ja ikääntyminen	7
3 ICF	9
3.1 Suoritukset ja osallistuminen	11
3.2 Tutkimuksia ja keskusteluja ICF: stä	12
4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	17
5 Menetelmät ja aineiston hankinta	17
5.1 Aineiston hankinta	18
5.2 Aineiston kuvaus	18
5.3 Aineiston analyysin kuvaus	27
6 Tulokset	31
6.1 Tulokset tutkimuksittain	31
6.2 Tulokset ICF: n näkökulmasta	58
6.3 Tulokset paradigmojen näkökulmista	63
6.3.1 Patogeneettiset tutkimukset	63
6.3.2 Salutogeneettiset tutkimukset	68
6.3.3 Toimintakyvyn heikkeneminen ja dikotomia	71
7 Johtopäätökset	74
8 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka	81
9 Pohdinta	82
Liitteet	86
Lähteet	89

Ikääntyvien ihmisten toimintakykyä koskevien tutkimusten paradigmat

ICF: n avulla tarkasteltuina

Sarri Nuorivaara.

Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Gerontologia ja kansanterveys. 2005. Sivuja 97, liitteitä 3.

Tutkimuksen tarkoitus: Opinnäytetyön tarkoituksena on ICF -luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen avulla selvittää millaisten käsitteiden avulla suomalaiset tutkijat ovat vuosien 2002 -2004 aikana tutkineet ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, voidaanko artikkelit jakaa joko patogeneettiseen tai salutogeneettiseen paradigmaan kuuluviksi sekä tarkastella poikkeavatko ICF -pääluokat toisistaan patogeneettisissä tutkimuksissa verrattuna salutogeneettisiin.

Aineisto: Tutkimusaineistona oli 16 ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä tarkastelevaa, suomalaisten tutkijoiden julkaisemaa tutkimusartikkelia vuosilta 2002 -2004.

Aineiston hankinta: Aineisto hankittiin internetistä, PubMed: istä, pdf -muodossa. Hakusanoina olivat elderly ja functional ability.

Tutkimusmenetelmät: Tutkimusartikkeleista etsittiin ICF -luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen kuvauskohteita meta-analyysillä. Tutkimusten paradigmat määritettiin deduktiivisesti, teorian tiedon perusteella. Paradigmojen ja kuvauskohteiden ilmenemistä sekä suhdetta tarkasteltiin laadullisesti ja määrällisesti.

Tulokset: Kaikkiaan kuvauskohteita aineistosta tuli esiin 178, niistä 31 esiintyi vain kerran. Loput 147 kuvauskohdetta jakautuivat 31 keskenään erilaisen kuvauskohteen kesken. Tutkimuksista lukumääräisesti eniten esiin tullut kuvauskohde oli (d940) ihmisoikeudet, joka mainittiin 19 kertaa seitsemässä tutkimuksessa. Aineistosta löytyi 11 patogeneettisen ja 5 salutogeneettisen paradigman mukaista tutkimusta. Suoritukset ja osallistuminen osa-alueessa pääluokittain ja paradigmoittain tarkasteltuna, patogeneettiset tutkimukset sisälsivät eniten pääluokan liikkuminen mukaisia luokiteltavia käsitteitä, jolloin esiin nousi fyysisen toimintakyvyn tekijöitä. Salutogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat n. 60 % esiin tulleista kuvauskohteista, jolloin esiin tuli pääasiassa psykososiaalisen toimintakyvyn tekijöitä. Salutogeneettiset tutkimukset sisälsivät eniten pääluokkien d5-d9 mukaisia luokiteltavia käsitteitä. Pääluokkien d1-d3 mukaisia luokiteltavia käsitteitä ei tutkimuksista juuri löytynyt.

Johtopäätökset: ICF -luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen kuvauskohteita löytyi melko vähän aineistosta ja ne keskittyivät usein samoihin tutkimuksiin. Syinä ovat valitsemani ICF -osa-alue, patogeneettisten tutkimusten enemmistö aineistossa sekä kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Pääluokkien liikkuminen ja itsestä huolehtiminen mukaisia käsitteitä oli tutkimuksissa runsaasti, niin että pääluokat sisälsivät melkein puolet osa-alueen löytyneistä kuvauskohteista. Tämä kertoo siitä, että tutkimuksissa käytettiin usein samanlaisia, fyysisen toimintakyvyn ja päivittäisten toimintojen käsitteitä. Salutogeneettisiä tutkimuksia oli hieman yli puolet vähemmän kuin patogeneettisiä. Kuitenkin salutogeneettiset tutkimukset sisälsivät enemmistön luokitelluista käsitteistä. Tämä johtuu siitä, että salutogeneettisissä tutkimuksissa toimintakykyä kuvattiin monipuolisemmin, huomioiden fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psykososiaalinen toimintakyky. ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alue soveltuu tulosten perusteella paremmin salutogeneettisten tutkimusten luokitteluun.

Keskeiset käsitteet: ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alue; Ikääntyneiden ihmisten toimintakyky; Patogeneettinen paradigma; Salutogeneettinen paradigma

Paradigms in the studies of elderly people's functional ability screened by ICF

Sarri Nuorivaara

University of Jyväskylä. Faculty of Sport and Health Sciences. Department of Health Sciences.

Gerontology and Public Health. 2005. 97 pages, 3 enclosures

Objective of the study The objective of this study was to investigate, using the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which kinds of concepts Finnish researchers used in their studies of the functional ability of elderly people published in 2002–2004. The objective was also to find out if these studies could be divided into two groups according to the paradigm they were based on, the pathogenetic or the salutogenetic paradigm, and to investigate if the ICF domains mentioned in pathogenetic studies differ from those in salutogenetic studies.

Material The study material consisted of 16 papers on functional ability of elderly people, published by Finnish researchers during the years 2002–2004. The papers were acquired from the PubMed database on the Internet. The index-words used were “elderly” and “functional ability”.

Methods ICF categories were searched in the papers by meta-analysis. The paradigms were defined deductively with the aid of a theoretical framework of concepts. The appearance of paradigms and ICF categories and their relations in the material were studied both quantitatively and qualitatively.

Results A total of 178 ICF categories were found in the material, 31 of which were mentioned only once. The rest of the categories mentioned (147 mentions) fell into 31 different categories. The most common category was d940, Human Rights, which was mentioned 19 times in seven studies. The material contained 11 pathogenetic and 5 salutogenetic studies. Observed on the basis of ICF domains and paradigms, mentions of the domain Mobility, describing elements of physical functional ability, were most frequent in the pathogenetic studies. The studies based on the salutogenetic paradigm contained about 60 per cent of all ICF categories observed in this study, and these categories were found describing mainly elements of psychosocial ability. The salutogenetic studies contained mainly concepts classified in domains d5–d9. The material in this study contained almost no concepts classified in domains d1–d3.

Conclusions The material was found to contain only a relatively small amount of ICF categories and the mentions found were largely concentrated to the same studies. This observation is explained by three factors: the ICF component chosen for this study, the dominance of pathogenetic studies in the material and the quantitative research methods employed in the studied papers. The material contained a large amount of mentions of ICF categories in the domains Mobility and Self-care, in such a way that almost half of the categories mentioned were connected to the ICF component chosen for this study. This shows that the papers in the study material often employed the same kind of concepts, describing physical functional ability and daily activities. The amount of salutogenetic papers in the material was slightly less than half of the amount of pathogenetic papers. Nevertheless, the salutogenetic papers contained the majority of the ICF classified concepts found in this study. This is explained by the fact that the salutogenetic papers described the functional ability of elderly people, including both physical and psychosocial functional ability, more in detail than the pathogenetic papers. The results imply that the ICF component Activities and Participation is a more appropriate tool for classifying studies within the salutogenetic paradigm.

Key words ICF component Activities and Participation; Functional ability of elderly people; Pathogenetic paradigm; Salutogenetic paradigm.

1 Johdanto

Filosofian luennoilla kuulemani Thomas Kuhnin muotoilema lause ”mitä kysytään, sellaisia vastauksia saadaan” innoitti minua tekemään kandidaatintyöni paradigmoista ja jatkamaan paradigmojen ilmenemisen tutkimista tässä opinnäytetyössäni. Keväällä 2004 tutkimukseni tarkoitus oli teorian tiedon perusteella selvittää noudattavatko viimeaikaiset suomalaiset tutkimukset patogeneettistä tai salutogeneettistä paradigmaa. Elokuussa 2004 otin paradigmojen määrittämiseen avuksi Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health), josta käytän lyhennettä ICF (ICF 2001.) Ajatukseni oli, että ICF -kuvauskohteiden avulla voisin määrittää kunkin tutkimuksen paradigman.

Työni teoria-osassa tarkastelen ensin Kuhnin paradigmat teoriaa tieteen kehityksestä. Kuhnin mukaan paradigmat ovat tärkeitä, koska ne muun muassa ohjaavat tutkimusten kysymyksenasettelua ja näin saatuja vastauksia. Tämän jälkeen tuon esiin sekä patogeneettisen että salutogeneettisen paradigman piirteitä ikääntymisen näkökulmasta. Ajatukseni on, että ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä koskevissa tutkimuksissa on tapahtumassa paradigmanvaihdos patogeneettisestä salutogeneettiseen. Paradigmojen jälkeen tarkastelen ICF:ää ja tuon esiin sen suoritukset ja osallistuminen osa-alueita. ICF -luokitus on jaettu neljään osa-alueeseen, josta suoritukset ja osallistuminen on tutkimuksessani mielenkiinnon kohteena, koska halusin selvittää esiintyykö tutkimuksissa psykososiaalista toimintakykyisyyttä kuvaavia salutogeneettisiä käsitteitä.

Menetelmä-osuudessa kuvailen aineiston hankintaa ja sen analysointia. Aineistonani oli 17 suomalaisten tutkijoiden vuosien 2002 -2004 aikana julkaisemaa artikkelia, joissa tutkittiin ikääntyneiden ihmisten toimintakykyyn liittyviä asioita. Aineiston hankin internetistä Pub Med-tietokannasta. Hakusanoinani olivat elderly, functional ability. Tutkimusmenetelmäni oli meta-analyttinen. Analysoin aineistoa tutkimus kerrallaan ICF -kuvauskohteiden avulla. Analyysiä tehdessäni huomasin, ettei tutkimuksista löytyneiden ICF -kuvauskohteiden perusteella voi määrittää tutkimuksen paradigmaa. Niinpä määritin teorian tietoon perustuen tutkimusten paradigmat erikseen. Tämän jälkeen tarkastelin löytyneitä ICF -kuvauskohteita ja paradigmoja keskenään. Tutkimukset käsittelivät enimmäkseen pääluokkien liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, ihmisten välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalisen ja kansalaiselämä käsitteitä (pääluokat d4-d9).

Patogeneettisiä tutkimuksia oli 11 ja salutogeneettisiä viisi. ICF -kuvauskohteita löytyi eniten salutogeneettisistä tutkimuksista ja niiden avulla tuli esiin tietoja psykososiaalisen toimintakyvyn

alueelta. Patogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset keskittyivät eniten ICF -pääluokkaan liikkuminen. Tämän pääluokan aihealueet tuovat esiin lähinnä fyysisen toimintakyvyn käsitteitä. Johtopäätöksissä tarkastelen käsitteiden esiintymistä tutkimuksittain ja ICF -pääluokittain sekä mikä yhteys löytyneillä käsitteillä on paradigmoihin. Ennen pohdintaa tuon esiin seikkoja tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisyydestä. Pohdinnassa tarkastelen tutkimukseni ontologisia ja epistemologisia ilmiöitä. Lisäksi pohdin työssäni esiintyneiden sosiaalisen ja konstruktivistisen, medikalistisen ja positivistisen sekä patogeneettisen ja salutogeneettisen paradigman yhteismitallisuutta. Lopuksi esitän näkemykseni salutogeneettisen paradigman mahdollisuuksista gerontologiassa.

2 Tutkimuksen teoreettinen perusta

2.1 Kuhnin paradigmatheoria

Patogeneettinen ja salutogeneettinen paradigma perustuvat Kuhnin paradigmatheoriaan tieteen kehittymisestä. Paradigma tarkoittaa universaalisti tunnustettuja tieteellisiä saavutuksia, jotka jonkin aikaa tuottavat tieteenharjoittajien yhteisössä tutkittavat ongelmat ja niiden ratkaisut. Paradigmaan sisältyvät vaiheet normaalitiede, anomaliat, kriisi ja vallankumous. Normaalitiede tarkoittaa tiukasti yhteen tai useampaan aikaisempaan tieteelliseen saavutukseen perustuvaa tutkimusta, jonka saavutusten tietty tiedeyhteisö katsoo jonkin aikaa olevan toimintansa jatkumisen perusta. Anomaliat ovat normaalitieteen vaiheessa esiintyviä ongelmia, joiden seurauksena vähitellen kehittyä tieteellinen kriisi ja vallankumous. Tieteellisessä vallankumouksessa vanhempi paradigma korvataan kokonaan tai osittain uudella paradigmalla. Tieteessä esiintyvien koulukuntien erot eivät tarkoita sitä, etteikö jokin koulukunta olisi tieteellinen, vaan että niillä on yhteismitaton tapa nähdä maailmaa. Yksikään paradigma ei Kuhnin mukaan ratkaise kaikkia määrittelemiään ongelmia, eikä toisaalta jätä kaikkia ongelmia ratkaisematta. Tästä seuraa, että paradigmatheoriaan liittyy aina kysymys siitä, mitkä ongelmat on tärkeintä ratkaista. Tämä tarkoittaa, että siitä mitä kysytään, esimerkiksi ikääntyneiden toimintakyvyn yhteydessä riippuu, millaisia vastauksia saadaan. (Kuhn 1994, 10-11, 17-18, 20, 23-25, 40, 47, 89, 101-105, 121, 159.)

2.2 Patogeneettinen paradigma ja ikääntyminen

Patogeneettisen paradigman juuret ulottuvat keskiajalle asti, jolloin Descartes`n (1596 -1650) esiin tuoma dualistinen ihmiskäsitys jakoi ihmisen sieluun ja ruumiiseen. Dualistisen ajattelun

vaikutukset ovat ilmenneet niin, että on esiintynyt kyvyttömyyttä muun muassa hyväksyä sielulliset syyt somaattisen tilan aiheuttajana. Ajatusmallin seurauksena on ollut, että sairauden sosiaaliset syyt ja suhteet on medikalisoitu. (Sachs 1994, 251.) Heikkinen (2000, 172) toteaa, että 1800-luvun lääketieteessä kehon kontrolloinnilla pyrittiin estämään sen luisuminen kaaokseen ja epäjärjestykseen. Ajattelu perustui länsimaiseen valistukseen, jossa keskeisiä tekijöitä ovat olleet naturalismi, autonomia sekä individualismi yhdessä sen oletuksen kanssa, että mieli ja keho ovat irrallaan toisistaan.

Lääketieteen patogeneettisiä kehitysalueita ovat olleet biologinen reduktionismi, atomismi, eksperimentaalinen tutkimusote ”kultaisena standardina”, matemaattisten metodien- ja erityisen etiologiateorian käyttö sekä yksisuuntainen syy-seurausajattelu. (Heikkinen 2002a, 413.) Qvarsell (1994, 82 -90) tuo esiin, että viime vuosisadan alussa terveys nähtiin tärkeimpänä arvona ihmisen elämässä. 1900-luvun alkupuolella terveystieteiden kirjoituksissa tuotiin yksilölliset sairaudet ja fyysinen sairaus esiin merkinä heikkoudesta ja rappeutuneisuudesta. Patogeneettiseen terveystieteeseen sisältyy McKinlayn (1994, 89) mukaan edelleen luonnontieteellinen tapa tarkastella sairauden eri asteita. Luonnontieteelliseen tapaan sisältyy tapa tarkastella niitä tekijöitä, jotka altistavat sairauksille sekä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä tai lisäävät muutosta kohti sairauden eri asteita. Ihminen nähdään biopsykososiaalisena sekä neurofysiologisena systeeminä. Tämän ajattelun mukaan sairaus tuottaa toimintakyvyttömyyttä ja epätasa-arvoa. Heikkinen (2000, 172) toteaaakin, että patogeneettisessä ajattelussa potilaan omat näkemykset ja mielipiteet on työnnetty syrjään ja että sairaudesta on tullut tärkeämpi asia kuin ihmisestä, jolla kyseinen sairaus on.

Patogeneettinen paradigma perustuu tällä hetkellä kahteen oletukseen. Ensimmäisen oletuksen mukaan on olemassa ideaalin terveyden taso, joka on määritetty terveyteen liittyvien ongelmien puuttumiseksi. Toisen oletuksen mukaan ajatellaan, että terveydenhuollon tehtävä on ehkäistä tai hävittää nämä ongelmat aina kun se on mahdollista. Ongelmakeskeinen, patogeneettinen paradigma toimii akuutissa hoidossa, episodisessa hoidossa sekä sekundaari- ja tertiärihoidossa. Kuitenkaan se ei toimi kovin hyvin geriatrisessa hoidossa, kuntoutuksessa eikä pitkäaikaishoidossa. Patogeneettisen paradigman tavoitteet suuntautuvat pääosin ongelmien tunnistamiseen ja usein ne tuovat esiin pikemminkin terveydenhuollon ammattilaisten tavoitteet kuin asiakkaiden tai potilaiden. (Mold 1999, 86, 88, 95.)

Patogeneettisen mallin mukaisesti ihminen luokitellaan dikotomisesti, joko sairaisiin tai terveisiin. Yksilö on siis joko sairas tai terve, jolloin hänen organisminsa tila on joko patologinen tai ei patologinen. Dikotominen ajattelutapa estää näkemästä, että on olemassa moniulotteinen terveys-sairausjatkumo jossa tiedostetaan, ettei ole olemassa absoluuttista terveyttä tai absoluuttista sairautta. Dikotomisoiva tapa toteuttaa hoitotyötä johtaa käytännössä herkästi henkilökunnan käyttämään arkikielean ”lonkkamurtuma osastolla 504”. Puhuttu kieli ilmaisee silloin, että huomion kohteena on sairaus eikä ihminen, jolla on tämä lääketieteellinen ongelma. Ajatteluun liittyy helposti, että henkilön kokonaisvaltainen elämäntilanne jätetään huomiotta. (Antonovsky, 1979, 32, 37.)

Patogeneettinen, dikotomisoiva ihmisten jakaminen terveys- sairausluokituksiin on tyypillistä lääketieteelle sekä epidemiologialle, joka on yksi keskeisimmistä terveydenhuollon käyttöön kehitetyistä tieteen aloista. Molemmat sekä lääketiede että epidemiologia ovat suuntautuneet sairauteen. (Antonovsky 1979, 45, 47.) Epidemiologia määrittellään oppina sairauksien leviämisestä ja ilmenemisestä kansan keskuudessa. Epidemiologisten tutkimusten aiheita ovat olleet muun muassa tupakointi, alkoholi, ravitsemus ja liikunnan harrastaminen. (Heikkinen 2000, 173.) Epidemiologia painottaa tilastollista perspektiiviä ja sen tavoitteena on mitata sairastumisriskejä. Sairastumisriskien mittaaminen tapahtuu kuitenkin usein sosiaalisen tiedon kustannuksella, jolloin saatavan tiedon luonne on muuttunut vajavaiseksi ja mekanistiseksi. 1990-luvulla epidemiologian keskeinen rooli kansanterveystyössä onkin kyseenalaistettu. On ymmärretty, että epidemiologian vahva positivistinen näkemys syy-seuraussuhteista on johtanut liian määriteltyihin (deterministisiin) selitysmalleihin, joiden avulla on vaikea analysoida dynaamisia tapahtumia ja inhimillistä käyttäytymistä. (Wall 1994, 142 -143, 146, 150.) Rosalie Kane (1997, 260) soveltaa Kuhnin paradigmatheoriaa epidemiologisen tutkimuksen kysymyksenasetteluun. Hän toteaa, että se millaisia epidemiologisia ja terveystalvokysymyksiä esitetään vaikuttaa saatuihin vastauksiin. Muun muassa siihen nähdäänkö iäkkäät ihmiset yhteiskunnan voimavarana tai ongelmana. Wall (1994, 150) väittää, että epidemiologiassa on alkanut tapahtua paradigmanvaihdos pois reduktionistisesta näkökulmasta enemmän sosiaaliseen suuntaan. Heikkinen (2000, 173) toteaa myös, että viimeaikoina on ollut nähtävissä epidemiologisen kiinnostuksen siirtymistä aihekohtaisista tutkimuksista (esimerkiksi tupakointi ja alkoholi) kohti kontekstikohtaisia tutkimuksia (koulu, työpaikka, perhe, kunta).

Terveydenhuollon eräs tärkeimmistä tavoitteista on uusien sairauksien tai toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisy eli preventio. Preventiota toteutetaan yleensä ajassa vallitsevan paradigman

mukaisesti. (Sundin 1994, 34). Patogeneettistä paradigmaa on toteutettu epidemiologisten tutkimusten avulla kun on pyritty löytämään vastauksia esimerkiksi siihen, miten sairauksien preventio ikääntyneillä toteutuu. Todettuaan että ikääntyneillä on sairastavuudessa korkea prevalenssi eli vallitsevuus, suuntasivat tutkijat toimintansa riskitekijöiden tunnistamiseen. Epidemiologisissa tutkimuksissa selvitettiin prevention eri tasojen (primääri-, sekundaari-, ja tertiääripreventio) toteutumista ikääntyneillä. Huomattiin, että primääripreventiolla ei ikääntyneille ihmisille ole juurikaan merkitystä. Huomattiin myös, ettei epidemiologinen tutkimus ole antanut paljoakaan tietoa riskitekijöiden vaihteluista, eikä ikääntyneiden terveyden muutoksista. Niinpä ajateltiin, että sekundaaripreventio (sairauksien vaikutusten ehkäisy) saattaakin olla parhaimmillaan toimintakyvyn heikkenemisen (disability) ehkäisyssä. (Heikkinen 2002a, 415.) Nordenfeltin (1994, 113) mukaan terveyden edistäminen ja sairauksien prevention toteutuminen on suhteessa siihen, miten terveys määritellään. Jos ihmisen terveys määritellään holistisesti hänen kykynään toteuttaa omat vitsaalit tavoitteensa, silloin terveyden edistäminen on paljon muuta kuin sairauksia vastaan taistelemista ja sairauden seurauksien preventiota.

WHO (World Health Organisation) on määrittänyt terveyden täydelliseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi ei vain sairauden tai heikkouden puuttumiseksi. Terveysmääritelmää voidaan Antonovskyn (1979, 52 -54) mukaan tulkita patogeneettisen paradigman mukaisesti. Patogeneettisen tulkinnan mukaan WHO:n julistus määrittää, että kaikki ihmisten kokema hyvinvointi on osa terveyttä ja suhteessa terveysinstituutioon. Tämä johtaa hänen mukaansa siihen, että ihmisten hyvinvointia kontrolloidaan ja että kontrollista vastaavat ne, jotka johtavat instituutiota. Kontrollin seurauksena yksilön koherenssin tunne harvoin vahvistuu, silloin kun terveydenhuoltoinstituutti on vastuussa ihmiselämän kaikista tekijöistä. Kyseessä on Antonovskyn mukaan voimakkaista instituutioista tai henkilöistä, jotka käyttävät WHO:n määritelmän suomaan valtaa heikkoihin ihmisiin. Koska terveystmääritelmän tulkintaan vaikuttaa vallitseva paradigma on tärkeää tehdä tutkimusta siitä, miten WHO:n terveystmääritelmää nykyään tulisi tulkita ja soveltaa. Arvidsson (1994, 11) toteaa, ettei politiikkaa ja tutkimusta voi erottaa toisistaan. Poliittisesti päätettävät terveystuudistukset ja muut yhteiskunnalliset panostukset tarvitsevat toteutuakseen tieteellisesti tutkittua tietoa. Tieteellinen tutkimus on tärkeää muun muassa siksi, että poliittiset ideologiat saattavat sisältää esimerkiksi patogeneettiseen paradigmaan sidottuja todellisuusoletuksia (stereotypioita), jotka tutkimuksen valossa saattavat olla vähemmän perustelua.

Patogeneettisellä paradigmalla on ollut keskeinen vaikutus siihen, että yhteiskunnassamme on vuosikymmeniä esiintynyt stereotypia vanhuudesta sairautena. (Hervonen ja Ruth, 1983, 14). Kun lääketiede kehittyi, seurasi ikääntyneiden ihmisten lääketiede muun lääketieteen kehitystä kohti patologista sairauksien luokittelua ja diagnosointia. (Heikkinen 2002a, 413.) Aluksi vanheneminen käsitettiin lääketieteessä degeneratiivisenä prosessina, jossa sairauden syitä pyrittiin selvittämään vallitsevan patogeneettisen, biolääketieteellisen mallin mukaisesti yksi syy- yksi seuraus periaatteella. Nykyään tulevaisuuden visioita luodaan siihen suuntaan, että ihmisessä iän myötä ilmaantuvia vikoja korjataan varaosilla. Näin kuvitellaan saavutettavan biotekniikan avulla konstruoitu ja huollettu, kuolematon ihminen. (Heikkinen 2002b, 16 -17.) Käsitteellisellä tasolla biogerontologisessa tutkimuksessa olennaista on ollut normaalin ja patologisen vanhenemisen erottaminen toisistaan. Tässä yhteydessä normaalilla tarkoitetaan sairauksista ja patologiasta vapaata vanhenemistä. Patologisella vanhenemisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa iän mukana kehittyvät rappeutumissairaudet sekoittuvat fysiologisen ikääntymisen kanssa. (Finch, Hervonen 1996, 173, 175.) Patogeneettisen näkökulman mukaan ikääntyneiden ihmisten terveysongelmat nähdään ei-toivottavina ja niitä pyritään ehkäisemään kaikin voimin. Patogeneettiseen malliin ei sisälly normaalin terveyden tasoa. Esimerkiksi ikääntynyt, jolla on normaali kognitiivinen toimintakyky ja joka haluaisi parantaa muistiaan tai lukemisnopeuttaan joutuisi luultavasti toteamaan, ettei hoitohenkilöstöllä olisi hänelle mitään tarjottavaa. (Mold 1995, 87.)

Patogeneettisen paradigman stereotypiat voivat olla myös paradigman anomaliaita. Anomalialla tarkoitetaan Kuhnin (1994, 10 -11, 17-18) mukaan normaalitieteen vaiheessa esiintyviä ongelmia ”odotusten pettämisiä”, joiden seurauksena vähitellen kehittyy tieteellinen kriisi ja vallankumous. Kriisit ovat uusien teorioiden kannalta välttämättömiä. Kriisi muun muassa löysentää stereotyyppisiä. Wetle (1997, 140) toteaa, että ikääntyneiden parissa työskentelevät joutuvat usein kohtaamaan patogeneettisen paradigman stereotyyppisiä ja anomaliaita. Anomaliaita ovat esimerkiksi ageismi ja geriatrinen nihilismi. Ageismille ja nihilismille on tyypillistä negatiivinen suhtautuminen ikääntyneisiin ja heidän edellytyksiinsä toimia yhteiskunnan jäseninä. Schaie ja Willis (1999, 297) toteavat, että ageismiin liittyy käsitys, että vanhukset ovat kyvyttömiä ja riippuvaisia. Opittu riippuvaisuus on sitä, että ikääntyneet oppivat ja valitsevat riippuvaisuuden, esimerkiksi laitoksen henkilökunnasta. Riippuvaisuus on vaihtokauppa sosiaalisen ympäristön ja ikääntyneen välillä. Riippuvaisuutta vahvistaa henkilökunnan ylikuolehtivaisuus sekä kontrolli, joka ilmenee esimerkiksi seuraavana kommentina ”Katso kuinka sotkit syödessäsi, olisit antanut minun auttaa”.

2.3 Salutogeneettinen paradigma ja ikääntyminen

Qvarsell (1994, 79) kirjoittaa, että maailmansotien välillä terveys Ruotsissa ymmärrettiin suurelta osin salutogeneettisesti: sosiaalisesti, kulttuuriseksi ja poliittiseksi kysymykseksi. Oman paradigmansa terveyslähtöinen ajattelu sai kuitenkin vasta 1900-luvun loppupuolella, kun Aaron Antonovsky (1979, 6-9) 1970-luvulla esitti kysymyksen ”how any of us manage to stay healthy -the question of salutogenesis”. Antonovsky kehitteli salutogeneettistä paradigmateoriaansa liittämällä käsitteiden koherenssin tunne ja vastustuskykyresurssit -yhteyteen käsitteet jännittyneisyys, stressitekijät ja stressi. Stressitekijöitä on kaikkialla. Stressiin ihminen vastaa jännittyneisyyden asteella. Jännittyneisyyden asteella voi olla neutraaleja, patologisia tai salutogeneettisiä seurauksia. Salutogeneettinen seuraus ilmenee esimerkiksi silloin, kun henkilö huolimatta siitä, että hän altistuu tuberkuloosibakteerille, ei sairastu tautiin. Hyvä stressin sietokyky vie ihmistä kohti salutogeneettistä (ease, ability) päätä jatkumolla ja huono kohti patogeneettistä (disease, disability) päätä. (Antonovsky 1979, 70-72.)

Antonovsky (1979, 112, 123 -124, 187-188) on määritellyt salutogeneettistä paradigmaa muun muassa coping -strategian avulla. Coping -strategiaa käyttävä henkilö toimii rationaalisesti, joustavasti sekä kaukonäköisesti. Kun ihmisellä on vahva coping -strategia, hän pystyy suojautumaan tehokkaammin stressin negatiivisilta vaikutuksilta. Coping -strategiaan liittyy läheisesti koherenssin tunne. Koherenssin tunne tarkoittaa, että ihminen on sopusoinnussa sisäisen ja ulkoisen ympäristönsä kanssa. Koherenssin tunteeseen sisältyvät sekä kognitiivinen että affektiivinen osa-alue sekä tapa nähdä maailmaa, jossa elää pitkällä aikavälillä. Elämäkokemukset ja elämässä käytetyt mahdollisuudet sekä tehdyt valinnat ovat olennaisia koherenssin tunteen saavuttamisen kannalta. Valinnat (esimerkiksi avioliitto ja sosiaaliset suhteet) mahdollistavat vakaan ja ennustettavan elämäkokemuskirjon toistumalla päivästä päivään ja vuodesta toiseen.

Salutogeneettinen terveysorientaatio kysyy mitkä ovat ne tekijät, jotka edistävät henkilön pysymistä tietyllä ”ability-disability”-jatkumon tasolla tai edistävät siirtymistä kohti ”ability”-päätä. Henkilöiden jatkumolla sijoittumiseen vaikuttavat tekijät ovat 2000-luvulla erilaiset kuin aiemmin. Nykyään merkitystä on enemmän psykososiaalisilla stressitekijöillä, kun biokemialliset ja fyysiset stressitekijät on saatu (muun muassa lääketieteen avulla) hallintaan. (Antonovsky, 1979, 192 -193, 196.) Hoitohenkilökunta kohtaa laitoksissa asuvien ikääntyneiden ihmisten psykososiaalisia stressitekijöitä päivittäin. Terveystieteiden ammattilaisten tärkeimmiksi väliintulon (interventions) muodoiksi mielletäänkin nykyään salutogeneettiseen paradigmaan kuuluvat perusauttamiskyvyt

(basic helping skills). Perusauttamiskykyihin luetellaan osallistuminen, empaattisuus, kuunteleminen, vasteen antaminen, toimintastrategian suunnittelu sekä tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa. (Mold 1995, 89 -90)

Salutogeneettiseen paradigmaan sisältyy holistinen terveystieteellinen näkemys, jossa ihminen nähdään toimivana olentona, joka on mukana monipuolisissa sosiaalisissa suhteissa. Holistisen näkemyksen mukaan on perusteltua tuoda esiin toimintakykykäsite, kun luonnehditaan käsitettä terveys. (Nordenfelt 1994, 112 -113.) Salutogeneettinen paradigma jättää sivuun käsitteet normaalit ja normaalit arvot. Sen sijaan salutogeneettinen näkökulma laajentaa yksilöllisen terveyden määrittämisen huomioimaan yksilön ja ympäristön välisen tasapainon. Se suhtautuu kriittisesti sairauskeskeiseen ajatteluun, vakiintuneeseen riskitekijä epidemiologiaan, reduktionismiin ja atomismiin. Salutogeneettinen ajattelu pyrkii etsimään syiden syitä. Lisäksi se pyrkii metodologiseen monimuotoisuuteen, terveyden sosiokulttuurisen kontekstin ymmärtämisen mahdollistamiseksi. (Heikkinen 2000, 175.)

Se mitä arvioidaan kuuluvaksi hyvään elämänlaatuun ikääntyneiden terveydenhuollossa, on sidonnainen aikaan ja ympäristöön. Elämänlaadun ja terveyden arviointiin vaikuttaa paradigma, jonka näkökulmasta niitä arvioidaan. Wall (1994, 152) tuo esiin, että vanhuustutkimusta on 1990-luvulla ohjannut salutogeneettisesti suuntautunut teema ”lisää elämää vuosiin”, teeman ”lisää vuosia elämään” (patogeneettinen) sijaan. Terveydenhuollon toiminnan tavoitteena on kansanterveyden parantaminen. Denny Vågerö (1994, 204 -205) toteaa, että kansanterveyttä voidaan parantaa, joko vaikuttamalla terveystieteisiin vähentävästi tai resursseihin niin, että terveydenhoitoa voidaan kehittää. Terveydenhoidon kehittäminen tarkoittaa, että siinä esiintyvä epätasa-arvo tulisi poistaa. Epätasa-arvo ilmenee muun muassa käsitteiden sukupuoli, sosiaaliluokka, koulutus, alueellinen epätasa-arvo, etninen tausta, siviilisääty, maa, ammatti, tulot ja sosiaalinen sopeutuminen yhteydessä.

Salutogeneettinen, päämääräsuuntautunut terveydenhuolto pyrkii ratkaisemaan terveydenhuollossa esiintyviä ongelmia. Se määrittää terveyden yksilöllisesti eli se huomioi, että terveys on erilainen eri yksilöillä ja samalla yksilöllä eri aikoina. Salutogeneettisessä terveydenhuollossa ymmärretään, että asiakkaan näkemys terveydestään voi olla erilainen kuin terveydenhuoltohenkilöstön. Asiakkaan terveystavoitteet määritellään yhdessä henkilöstön kanssa. Terveystavoitteiden määrittämisessä huomioidaan asiakkaan yksilöllisten voimavarojen, resurssien, kiinnostusten, tarpeiden ja henkilökohtaisten arvojen määrittäminen. Päämääräsuuntautuneessa terveydenhuollossa sekä

asiakkaan että terveydenhuoltohenkilöstön menestyminen mitataan parhaiten sillä tasolla, jolla yksilö tuntee olevansa prosessissaan oman terveytensä ja elämänlaatunsa parantamisessa. Terveys nähdään tilanteen vaatimusten ja mahdollisuuksien välisenä suhteena. Terveys ei ole dikotomia (eli, että ihmisellä joko on tai ei ole terveyttä), vaan terveys on liikettä terveys-sairausjatkumolla. Terveystilassa kyse on henkilön kehittymisestä ja sopeutumisesta. (Mold 1995, 91 -95, Eriksson 1994, 321, Antonovsky 1994, 24, 30.)

Salutogeneettisen paradigman vahvuuksia vanhenevassa yhteiskunnassamme ja terveydenhuollossa on, että näkökulma huomioi ikääntyvän ihmisen lukuisat adaptaatioprosessit. Adaptaatio mahdollistaa ikääntyneen ihmisen terveyden ja toimintakykyisyyden säilymisen pitkän aikaa senkin jälkeen, kun vanhenemisprosessit alkavat vallata alaa elimistön eri osissa. Terveystilassa ikääntymiseen liittyviä haittavaikutuksia voidaan vähentää vahvistamalla yksilön valikointi-, optimointi- ja kompensatiokykyjä. Ikääntyvän heikkenevää toimintakykyä voidaan vahvistaa mahdollistamalla erilaisia liikuntaharrastuksia, kuntoutuksella sekä vaikuttamalla ympäristön fyysisiin ja sosiaalisiin ominaisuuksiin. Salutogeneettinen paradigma toteutuu terveydenhuollossa parhaiten silloin kun ikääntyneiden omatoimisuutta, valtaistumista ja autonomiaa (psychological empowerment) voidaan tukea yhteisöllisen valtaistamisen ja sosiaalisen pääoman kautta (community empowerment). (Heikkinen, 2002b, 25, 29.) Ikääntyneen autonomisuutta ja valtaistumista voidaan tukea (valtaistaa) ottamalla huomioon hänen eletty elämänsä. WHO:n terveystilamäärittelyn analysointi onkin lisännyt elämäntilaperspektiiviin kohdistunutta kiinnostusta. Elämäntilaperspektiivissä tarkastellaan terveydelle kriittisiä vaiheita ja jaksoja elämässä. Esimerkiksi on huomattu, että lapsuuden elämäntilalla on suuri vaikutus yksilön terveystilaresurssien kehittymisen kannalta. Terveystilavarojen laatu puolestaan määrittää henkilön stressinsietokykyä aikuisuudessa. Ikääntyneiden ihmisten terveys onkin nykyisten terveyteen vaikuttavien tekijöiden ja aiemmin elämäntilassa esiintyneiden tekijöiden verkostoitunut kokonaisuus. (Heikkinen 2000, 173 -174.)

3 ICF

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on suomennettu nimellä Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Se on vuonna 2001 uudistettu versio Maailman Terveystilajärjestön (WHO) 1980-luvulla laatimasta ICIDH -luokituksesta (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). ICF organisoii terveyttä ja terveyteen liittyviä tekijöitä kahteen osaan. Ensimmäinen osa toimintakyky ja toimintarajoitteet

(Functioning and Disability) sisältää osa-alueet: ruumiin/ kehon toiminnot (Body Functions), ruumiin rakenteet (Body Structures) ja *suoritukset ja osallistuminen (Activities and Participation)*. Toinen osa sisältää terveyteen yhteydessä olevat kontekstuaaliset tekijät (Contextual Factors), joka koostuu ympäristötekijöiden (Environmental Factors) ja yksilötekijöiden osa-alueista (Personal factors). ICF:n rakenne on esitetty kuviossa 1, liitteessä 3. Kuviossa 1 näkyvät ICF:n osat ja osa-alueet sekä suoritukset ja osallistuminen osa-alueen rakenne.

Toimintakyky ja toimintarajoitteet osassa käsite toimintakyky on sateenvarjotermi ruumiin ja kehon toimintoihin ja rakenteisiin sekä suorituksiin ja osallistumiseen liitetyille toimintakykyä kuvaaville käsitteille. Käsite toimintarajoitteet toimii puolestaan sateenvarjotermiinä vajavuutta (impairments) sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteita kuvaaville käsitteille (activity limitations, participation restrictions). Ympäristötekijät (environmental factors) ovat vuorovaikutuksessa edellä mainittujen tekijöiden kanssa. Yksilön lääketieteellinen terveydentila (sairaudet/viat/vammat) luokitellaan (patogeneettisen) ICD-10- luokittelun avulla. ICD-10 sisältää sairauksien ja vammojen tai muiden terveyteen liittyvien tilojen ”diagnosoinnin”. ICF ja ICD-10 luokitukset ovat toisiaan täydentäviä. (ICF 2001, 3-4.), (ICF 2004, 3-8.)

Kuten edellä todettiin, on toimintakyky ja toimintarajoitteet jaettu kahteen osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue sisältää ruumiin ja kehon toimintoihin ja ruumiin rakenteeseen liittyviä kuvauskohteita (Body Functions and Structures) ja toinen osa-alue *suoritukset ja osallistuminen (Activities and Participation)* koostuu yksilöllisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Näillä kahdella osa-alueella pyritään painopistettä siirtämään, aiemman ICIDH -luokituksen negatiivisista käsitteistä vaurio, toiminnanvajavuus ja haitta (impairment, disability, handicap) kohti positiivisempia, toimintakykyä kuvaavia käsitteitä. ICF -luokituksen avulla pyritään mahdollistamaan elämän positiivisten tapahtumien kuvaileminen siitäkin huolimatta, että ihminen sairastaisi yhtä tai useampaa sairautta. Luokittelu pyrkii mahdollistamaan sen esiintuomisen, mitä ihminen vammansa tai sairautensa kanssa tekee tai osaa tehdä. ICF -luokitus on etäännyntynyt aiemmasta (1980) patogeneettisestä sairauksien seuraus-luokittelusta (consequences of diseases) salutogeneettiseen terveyden osatekijät -luokitteluun (components of health). Aiemman sairauksien seuraus -luokittelun näkökulma oli, että terveydentila oli sairauden vaikutuksen tulos, sairauden seuraus. Nykyaikainen terveyden osatekijät -luokittelu tuo esiin terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja terveyden rakennetta. ICF suhtautuu neutraalisti sairauksien etiologiaan mahdollistaakseen sen, että tutkijat voivat käyttää asianmukaisia tieteellisiä menetelmiä kausaalisten tekijöiden määrittelymiseen.

Kuitenkaan ICF:n tutkimuksen ei pidä olla terveyttä selittävien muuttujien (determinants of health) tai riskitekijöiden (risk factors) etsimistä. (ICF 2001, 3-4.), (ICF 2004, 4.)

WHO:n kansainvälinen luokitusperhe (ICF, ICD-10) mahdollistaa kansainvälisen terveyden tietojen koodaamisen, kuvailemisen ja vertailun yhdenmukaisten käsitteiden avulla. Tiedot, joita ICD-10 -luokituksen avulla saadaan kuolleisuudesta ja ICF -luokituksen avulla terveydestä ja toimintakyvystä voidaan yhdistää arvioitaessa väestön kuolleisuuteen ja sairauksiin vaikuttavia tekijöitä. ICF -luokituksen tarkoituksena on lisäksi tarjota terveyden ja terveystieteen yhteydessä oleville tekijöille yhdenmukaistettu ja standardoitu kieli ja rakenne. ICF pyrkii kokoamaan yhteen terveyden aihe-alueet sekä terveyden lähialueet, kuten koulutus ja työelämä, terveyteen liittyvinä hyvinvoinnin osatekijöinä. Koulutus ja työelämä kuuluvat suoritukset ja osallistuminen (activities and participation) osa-alueeseen. (ICF 2001, 3-5.), (ICF 2004, 4.)

3.1 Suoritukset ja osallistuminen

ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alueessa käytössä on sekä positiivinen että negatiivinen näkökulma terveyteen ja toimintakykyyn. Positiivisen näkökulman mukaan suoritukset (activity) määritellään tietyn tehtävän tai toimen ongelmattomana toteuttamisena kun taas osallistuminen (participation) on ongelmattomaa osallistumista tietyssä ympäristössä kaikkiin elämän alueisiin (tarkentimien skaala-arvo 0). Negatiivisen näkökulman mukaan suoritusrajoitteet (activity limitations) käsitteellä kuvataan ongelmia, joita yksilöllä voi olla toteuttaessaan tekoja ja toimia. Osallistumisrajoitteet (participation restrictions) tarkoittavat ongelmia, joita yksilö voi kokea osallisuudessa elämän eri alueisiin ympäristötekijät mukaan lukien (tarkentimien skaala-arvot -1:stä -4: ään). (ICF 2001, 11.), (ICF 2004, 10 -11.)

Suoritukset ja osallistuminen osa-alue jaetaan yhdeksään pääluokkaan ja niiden hierarkisesti esitettyihin aihealueisiin ja kuvauskohteisiin. Konstruktiot puolestaan ovat mittaamista ja arviointia ohjaavia käsitteitä. Pääluokat ovat: d1. oppiminen ja tiedon soveltaminen (learning and applying knowledge) d2. yleisluontoiset tehtävät ja vaateet (general tasks and demands) d3. kommunikointi (communication) d4. liikkuminen (mobility) d5. itsestä huolehtiminen (self-care) d6. kotielämä (domestic life) d7. henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (interpersonal interactions and relationships) d8. keskeiset elämän alueet (major life areas) d9. yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaisyhteiskunta (community, social and civic life).

Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen kutakin pääluokkaa ja niiden yksityiskohtaisempia aihealueita ja niihin kuuluvia kuvauskohteita voidaan arvioida ja mitata soveltamalla konstruktioita, jotka on nimetty suorituskyvyksi ja suoritustasoksi (capacity and performance). Suorituskyky kuvaa tehtävän toteutusta vakioidussa ympäristössä ja suoritustaso vallitsevassa nyky-ympäristössä. Ero konstruktioiden suorituskyky ja suoritustaso antaman tiedon välillä tuo esiin ympäristön vaikutusta toimintakykyyn. Tämän tiedon avulla ympäristöä on mahdollista muuttaa, jotta henkilön toimintakykykapasiteetti voidaan parhaalla tavalla hyödyntää tehtävän toteuttamiseksi. Sekä suorituskyky että suoritustaso voidaan määrittää henkilön käyttäessä apuvälineitä tai hänen saadessaan henkilökohtaista avustusta tai ilman apuvälineitä ja henkilökohtaista avustusta. ICF-kuvauskohteen arviointituloksen/mittaustuloksen antamaa informatiivista merkitystä pyritään syventämään tarkemmin määriteltävien mittaustulosten eli tarkenteiden avulla kunkin ICF-kuvauskohteen yhteydessä. (ICF 2001, 20 -22.), (ICF 2004, 11, 14-16.)

3.2 Tutkimuksia ja keskusteluja ICF:stä

Noreau ym. (2004) toteavat tutkimuksessaan sosiaalisen osallistumisen mittaaminen: LIFE-H mittarin luotettavuus toimintakyvyn rajoittumisesta kärsivillä ikääntyneillä (Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities), että sosiaalisia rooleja on yleensä ollut vaikeampaa arvioida kuin päivittäisen toiminnan suorituksia. Sosiaaliset roolit eivät välttämättä toteudu päivästä päivään ja jotkut sosiaaliset roolit ovat hyvin subjektiivisia. Mitatessaan toiminnallisista rajoituksista kärsivien ikääntyneiden sosiaalista osallistumista tutkijat käyttivät LIFE-H mittaria. LIFE-H mittarin he totesivat olevan yksi parhaista mittareista, joka sopii yhteen ICF:n osallistumis osa-alueen kanssa.

Jette ym. (2003) testasivat tutkimuksessaan, ovatko ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alueet toisistaan erillisiä (are the ICF Activity and Participation dimensions distinct?) hypoteesia siitä, että voidaanko ICF:ssä erillään olevien 1. suoritukset ja 2. osallistuminen osa-alueiden erilliset ulottuvuudet tunnistaa. Tutkimusasetelmana oli poikkileikkaustutkimus, joka tehtiin survey -kyselyinä. Tutkijat käyttivät toimintakyvyn fyysisiin tekijöihin liittyviä kysymyksiä kerätessään tutkittavilta toimintakykytietoja. Toimintakyvyn fyysisiä tekijöitä mittaavat kysymykset oli otettu Late Life Function and Disability Instrument -testistä. Tuloksissa tutkijat toteavat, että toimintakyvyn fyysiset tekijät eivät edusta vain yhtä ulottuvuutta. Tulokset jakautuivat kolmeen ulottuvuuteen: 1. Mobility Activities (24,4%), 2. Daily Activities (24.3%) ja 3. Social Participation

(12,4%), jotka saivat kaikkiaan 61.1% muuttujista. Johtopäätöksissä tutkijat totesivat, että on perusteltua käyttää ICF: n mukaista jakoa sekä suorituksiin että osallistumiseen.

Haley ym. (2004) pyrkivät tutkimuksessaan postakuutin hoidon aktiivisuuden tason mittaukset (activity outcome measurement for postacute care) arvioimaan akuutin hoidon jälkeisen hoidon toteutumista. Tutkijat toteavat yhdenmukaisten arviointimenetelmien puutteen haitanneen postakuutin hoidon palvelujen arviointia. Mitatessaan postakuutin hoidon toteutumista tutkijat kehittivät 41-kohtaisen Activity Measure for Postacute Care (AM-PAC)-mittarin, jolla arvioitiin yksilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista hänen omassa ympäristössään. Saatuja tietoja verrattiin suhteessa ICF: n suoritukset -luokitukseen. Tuloksissa tutkijat toteavat, että löytyi kolme ulottuvuutta, jotka peittivät 72% vaihteluvälistä. Löytyneet kolme ulottuvuutta olivat sovellettu tietoisuus (Applied Cognition, 44%), itsestä huolehtiminen ja välineelliset aktiviteetit (Personal Care & Instrumental Activities, 14%) ja fyysiset ja liikunta aktiviteetit (Physical & Movement Activities, 9%). Tutkijat ovat sitä mieltä, että AM-PAC voisi olla apuna ICF -luokituksen kehittämisessä.

Wessels ym. (2004) tutkivat ulkoiluun liittyvien palvelujen ja apuvälineiden tarjonnan tehokkuutta Hollannissa. (Effectiveness of provision of outdoor mobility services and devices in the Netherlands) Tutkijat halusivat muun muassa selvittää, mitä ongelmia ihmiset kokivat ulkoiluna tapahtuvassa liikkumisessa. Lisäksi he halusivat tietää kuinka herkkä IPPA -väline on. (Individually Prioritized Problem Assessment). Tutkijat keräsivät tietoja 59 henkilöltä ulkona liikkumisen vaikeuksista. Ongelmia arvioitiin IPPA: n avulla, joka toimi välineenä kun tutkittavat arvioivat avustavat toimet tai apuvälineet, joita heille tarjottiin. IPPA on todettu useissa tutkimuksissa luotettavaksi mittariksi. Liikkumisen ongelmia löytyi yhteensä 274. Ongelmat luokiteltiin ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkien mukaisesti. Ongelmat jakautuivat niin, että pääluokkiin, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä, community, social and civic life (d9) tuli 98 ongelmaa. Ihmisten välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, interpersonal interactions and relationships (d7) pääluokkiin tuli 78 ongelmaa. Kotielämä, domestic life (d6) pääluokkiin tuli 53 ongelmaa ja. Itsestä huolehtiminen, self care pääluokkiin (d5) tuli 27 ongelmaa. Yli puolet vastaajien tuottamista ongelmista jakautuivat pääluokkien pääluokkien d5-d9 välille. Tuloksista tutkijat toteavat, että liikkumiseen liittyviä ongelmia voidaan hyvin luokitella ICF: n avulla. Eniten liikkumisen ongelmia tutkittavat tunnistivat kaupassakäyntiin ja sosiaalisiin kontakteihin kuten vierailuihin ja vapaa-ajan aktiviteetteihin liittyen.

Kvalitatiivisessa tapaustutkimuksessa, jossa tutkittiin hoidon vaikutuksia laitoksessa asuvan hoitokotiasukkaan toimintakykyyn (Influences on perceived function of a nursing home resident) tutkijat kuvailevat tyypillisen, mutta fiktiivisen Alzheimerin tautia sairastavan, puheen vaikeuksista kärsivän naisen sairautta, hänen ensimmäisen laitoshoitoviikkonsa aikana. Tutkimuksessa ICF: ää käytetään arvioitaessa ja laadittaessa Alzheimerin tautia sairastavalle naiselle tarkoituksenmukaisia interventioita. Samalla ICF toimi välineenä arvioitaessa interventioita. Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen yhteydessä tutkijat tuovat esiin konstruktion käsitteen, joka määrittelee sen, miten suoritukset ja osallistuminen osa-alueen kuvauskohteita arvioidaan/mitataan. Kuvauskohteita arvioidaan suoritustasona (performance) ja suorituskynä (capacity). Suorituskyvyn ja suoritustason arvioinnissa sovelletaan arviointiasteikkoa, jonka arvot edustavat ongelmatonta toimintakyvyn tasoa tai lievästä vaikea-asteiseen toimintarajoitteeseen arvioitua ongelmaa. ICF -luokituksen avulla voidaan samaa suoritusta esimerkiksi keskustelua (d 350, conversation) arvioida eri ympäristöissä ja määrittellä suorituksen eritasoinen (tai samantasoinen) onnistuminen ympäristön mukaan (d350.321). Tarkenteiden avulla voidaan määrittää niitä tekijöitä, joita on mahdollista tukea esimerkiksi oikeilla ympäristö-oloilla. Tutkijat toteavat, että ympäristötekijät voidaan ymmärtää ja strukturoida ICF -luokituksen mukaisesti ja myös vaikuttaa ympäristötekijöitä muokkaamalla henkilön optimaalisen kyvykkyyden toteutumisen arkielämässä. Tutkijat toteavat, että muut tutkimukset ovat osoittaneet, että fyysinen ja psyykinen ympäristö ovat tärkeitä, mutta vain vähän hyödynnettyjä resursseja, joilla kuitenkin on ratkaiseva merkitys elämän laadun kannalta. (Brush ym. 2003.)

Artikkelissaan filosofisia perusteita toimintarajoitteiden tutkimuksille (The Philosophical Foundations of Disability Studies) David Pfeiffer (2002) tarkastelee toimintarajoitteiden yhteydessä esiintyviä erilaisia näkemyksiä, teorioita ja paradigmoja. Kun toimintarajoitteita on tutkittu, on vallalla ollut kolme vajeparadigmaa (deficit model): lääketieteellinen (medikalistinen) malli, kuntoutusmalli ja erityinen koulutusmalli (education). Pfeiffer toteaa, että henkilöllä, jolla ilmenee toimintarajoitteita, ei kuitenkaan ole vajetta (deficit). Sellaisen henkilön määrittäminen, jolla on toimintarajoitteita (disability) on ideologinen toiminto. Usein todetaan henkilön, jolla on jonkinlaista heikkenemistä toimintakyvyssään, kokevan painetta ympäristöstään. Syytä etsiessä on syytä tutkia länsimaista kulttuuria. Vajeparadigmaan kuuluu ajatus, että kun ihmisellä on vaje, se tulee korjata. Vajeparadigmasta on olemassa kolme variaatiota. Medikalistinen, kuntouttava (sisältää työelämän) sekä koulutusmalli. Näiden mallien tavoitteena on korjata toimintarajoitteista kärsivä henkilö ”normaaliksi”. Artikkelissa todetaan kuitenkin että se mikä luokitellaan normaaliksi, on sosiaalinen arvio siitä, mikä tai mitkä ovat hyväksyttäviä biologisia variaatioita ja

toimintoja. Kun toimintakyky luokitellaan epänormaaliksi, menettelyllä oikeutetaan niitä etujen menettämisiä, joita heikommassa asemassa olevat ihmiset joutuvat kohtaamaan. Toimintarajoiteparadigmaan (disability paradigm) sisältyvät seuraavat ajatukset. Ensimmäiseksi, sosiaalisten roolien ja tehtävien toteuttaminen tuottaa diskriminaatiota. Toiseksi yhteisöllinen organisaatio siis tuottaa sortoa. Kolmanneksi koska vajavuus (impairment) ei ole tragedia eikä huononna elämän laatua, se että niin oletetaan, on sortoa. Neljänneksi ihmiset, jotka kärsivät toimintarajoitteista (disability) kuuluvat vähemmistöön. Viidenneksi elääkseen riippumattomina kaikki ihmiset tarvitsevat erilaisia palveluja. Yhteenvedossaan hän toteaa, että ei ole olemassa yhteisesti hyväksyttyä tapaa tunnistaa tai määrittää toimintarajoitteita tai mitata sitä. Hän toteaa toimintarajoitteiden ilmenemisen olevan luonnollinen osa elämää ja että toimintarajoitteista kärsivien ihmisten välillä on yhtä paljon vaihtelua kuin muidenkin ihmisten välillä. Stereotyyppioita pitäisi pyrkiä välttämään kun puhutaan ihmisistä, joilla on toimintarajoitteita jollain osa-alueella. Stereotyyppioita vahvistaa esimerkiksi, kun toimintarajoitteista kärsiviä ihmisiä kutsutaan rohkeiksi ja urheiksi heidän eläessään omaa elämäänsä.

Minkä takia sitten sortoa edelleen esiintyy? Että kysymykseen voisi vastata, on tarkasteltavaa asiaa filosofisesta näkökulmasta. Ontologian avulla tutkitaan asioita, jotka ovat olemassa. Epistemologia tarkoittaa tietoa, tiedon tutkimista. Ontologia sanoo, mikä on olemassa ja epistemologia selvittää, miten joku tietää sen mikä on olemassa. Länsimaisessa filosofiassa on olemassa kolme vallitsevaa ontologiaa. Kreikkalainen, kristitty ja moderni, jota myös kutsutaan tieteelliseksi ontologiaksi. Kaikki kolme ontologiaa voidaan löytää nykypäivän politiikasta ja tutkimuksesta. Kreikkalaista ontologiaa voidaan kuvata Platonin luolavertauksen avulla, jossa ikänsä luolassa istunut ihminen pitää luolan seinää ainoana todellisuutena. Kristilliseen ontologiaan kuuluu muun muassa, että Jumala on totuuden, oikeuden, hyvyyden ja kauneuden lähde. Jumalan ja taivaan vastakohta on helvetti, joka on pahuuden, epäoikeudenmukaisuuden ja rumuuden paikka. Moderniin ontologiaan kuuluu oikea objektiivinen maailma, tieteellinen sellainen. Kun teologia tutkii ei-materiaa, niin tiede tutkii materiaa. Keskiajalla Descartes ja Kant toivat esiin ajatuksen, että mieli ja keho, mentaalinen ja fyysinen on erotettava toisistaan. Syntyi dikotominen ajattelu. Dikotomisen ajattelun mukaan olemassaolon kolme olomuotoa olivat moraalinen, mentaalinen ja fyysinen. Epistemologia joka liittyi moderniin ontologiaan, väitti että ainoa tavoittelemisen arvoinen tieto oli sellaista, joka oli empiirisesti todistettavissa. Näin kehitettiin niin sanottu kova tiede 1800 ja 1900 -luvulla. Sille oli ominaista matemaattisten metodien käyttö. Pfeiffer toteaa, että on olemassa kaksi suurta ongelmaa, kun puhutaan modernista ontologiasta ja epistemologiasta. Ensimmäiseksi siinä hyväksytään lukuisia dikotomioita. Oletetaan, että on olemassa objektiivinen totuus ja subjektiivisia illuusioita. Tätä dikotomia tuodaan esiin erottamalla keho ja mieli toisistaan tai asettamalla kova

tieto vastaan pehmeä tieto. Näistä oletuksista ovat kehittyneet asetelmat oikea vastaan väärä, totuus vastaan valhe ja kaunis vastaan ruma. Tällaisen ajattelun mukaan ihmiset, joilla on toimintakyvyn vajeita, ovat väärässä, valheellisia ja rumia. Toiseksi empiirinen hypoteesien testaaminen sulkee pois sen mahdollisuuden, että kovaan tieteeseen hyväksyttäisiin hypoteeseja inhimillisestä käyttäytymisestä. Kovasta tieteestä johtuen on olemassa lukuisia stereotyyppioita, jotka on passiivisesti hyväksytty, esimerkkinä ikääntyneisiin liittyvät stereotyypit. Ikääntyneisiin liittyviä stereotyyppioita ovat, että he ovat avuttomia, impotentteja, taakka, hauraita, unohtelevat, järkyttyvät herkästi, ovat rumia, eivät kykene työskentelemään, elävät köyhyydessä, eivät ole tuottavia ja ovat kroonisesti sairaita.

Artikkelissaan Pfeiffer kertoo, että teoksessa *the Handbook on Disability Studies* (Albrecht, Seelman & Bury, 2001) Ensimmäisen artikkelin kirjoittanut tutkija, on huolissaan ICF:n (ja ICIDH:n) vaikutuksesta. Hän on huolissaan, koska ICF:ssä kriittikittömästi omitaan moderni ontologia ja sen epistemologia. Tutkija on huolissaan ICF:stä, koska se perustuu medikalistiseen, vaje-paradigmaan. Ontologia, joka ruumiillistuu ICF:ssä, tekee toimintakyvyn objektiivisesti vajeeksi ja johtaa näin stereotyyppeihin (testaamattomiin hypoteeseihin).

Stakesin koordinoima ICF -luokituksen ABC-koulu 3 järjestettiin Helsingissä syyskuussa 2004. Koulutuksessa tuotiin ensimmäisen kerran julkisuuteen suomenkielinen, uusittu ICF -laitos. Koulutuksessa Stakesin kehittämispäällikkö Seija Talo totesi terveyden ja hyvinvoinnin olevan yläkäsitteitä, joiden alle ICF kokonaisuudessaan sijoittuu. Ristiriitaa hän totesi olevan siinä, että terveys on sijoitettu sekä ICF:n yläkäsitteeksi että käsitteeksi, joka esiintyy ICF -luokituksen niminä. Luokituksen sinänsä hän totesi mahdollistavan paremman validiteetin saavuttamisen terveydenhuollon tiettyjen tehtävien toteuttamisessa. Työntekijä joutuu joka tapauksessa aina käyttämään jotakin viitekehystä, johon hän työskentelynsä perustaa. Jos työntekijöiden yhteisenä viitekehys on kansainvälisesti konsensustyöskentelynä toteutettu ICF, tiedetään selkeämmin, mitä ollaan tekemässä. Talon mukaan ICF:n sanotaan olevan toimintakyvyn kuvauskohteiden biopsykososiaalinen viitekehys, mutta aivan oikealla tavalla biopsykososiaalinen se ei ole, sillä ICF ryhmittelee toiminnot bio-tekijöiksi, suoritukset psyko-tekijöiksi ja osallistumisen sosioteknologijöiksi. Kuitenkin kaikkia kuvauskohteita pitää oikeasti tarkastella sekä bio-, psyko- että sosioperspektiivistä. Talo totesi, että terveydentilaa (health status) arvioidaan yhteiskunnassamme perinteisesti ulkopuolelta asiantuntija-arviointina. Käsite hyvinvointi samoin kuin elämänlaadun käsite puolestaan huomioi asiakkaan subjektiivisen kokemuksen omasta elämästään ja hyvinvoinnin/elämänlaadun arviointitulokseen täytyykin aina kerätä itse-arviointina. Lisäksi Talo

painotti, ettei ICF ole arviointimittari, vaan se on luettelo arvioitavista asioista (yhteensä 1424 koodia). (Talo. 2004, ICF -luokituksen ABC-koulu.)

Puheenvuorossaan Stakesin Tieto/Luokituskeskuksen johtaja, ylilääkäri Matti Ojala toi tulkintani mukaan esiin erään ilmiön terveydenhuollossa tapahtuvasta paradigmanvaihdosprosessista. Hän puhui nimikkeistöistä, sanastoista ja luokituksista ja siitä, että löytyykö terveydenhuollossa yhteistä kieltä. Hän toteaa, että kielenkäytön analyysi tarkentaa itse käsitteen sisältöä ja käsitealassa tapahtuvaa kehitystä ja että esimerkiksi asennemuutos voi johtaa uusien käsitteiden syntymiseen tai käsitteiden käsitealan laajenemiseen. Kielenkäyttö ilmaisee ihmiskäsitystä ja työntekijän suhtautumista potilaaseen. Ojala toteaa, että kielenkäytöllä on vaikutusta yhteiskunnallisesti, se heijastaa aikaansa sidottuja yhteiskunnallisia asenteita. Hän toteaa, että esimerkiksi toimintakyky nähtiin aiemmin lähinnä yksilön ominaisuutena ja vammaisuus yksilön vikana. Nyt vammaisuus ei enää ole yksilön vika ja toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön mahdollisuutta toimia elinympäristössään, eli toimintakykyisyys riippuu myös ympäristöstä, jossa ihminen elää. (Ojala. 2004, ICF -luokituksen ABC-koulu.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoitus on ICF -luokituksen avulla selvittää millaisten käsitteiden avulla suomalaiset tutkijat ovat vuosien 2002 -2004 aikana tutkineet ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä. Tarkoitukseni on lisäksi selvittää voiko aineiston jakaa patogeneettisen tai salutogeneettisen paradigman mukaisiin tutkimuksiin. Lisäksi haluan selvittää poikkeavatko aineistosta löydetyt ICF -pääluokat toisistaan patogeneettisen paradigman mukaisissa tutkimuksissa, verrattuna salutogeneettisen paradigman mukaisiin tutkimuksiin.

Tutkimuskysymykset olivat: 1. Mitä ICF: n suoritukset ja osallistuminen pääluokkia tutkimuksissa ilmenee? 2. Edustavatko tutkimukset enemmän salutogeneettistä vai patogeneettistä paradigmaa? 3. Onko ICF -kuvauskohteiden esiintyminen erilaista salutogeneettisissä tutkimuksissa, verrattuna patogeneettisiin?

5 Menetelmät ja aineiston hankinta

Tutkimusmenetelmäni oli meta-analyttinen. Tarkastelin aineistoani deduktiivisesti, ICF -luokituksen ja teoreettisten paradigmakäsitteiden avulla. Tulokset raportoin sekä kuvaillen että

kvantitatiivisesti taulukoiden avulla. ICF-termillä kuvauskohde tarkoitan sekä aihealuetta että kuvauskohdetta.

5.1 Aineiston hankinta

Halusin etsiä aineistoon sellaisia viimeaikaisia tutkimuksia, joissa kysymyksenasettelu on kiinnostunut ikääntyneiden ihmisten toimintakyvystä. Hain tutkimukset internetistä, Jyväskylän yliopiston kirjaston sivuilta, Pub Med tietokannasta hakusanoilla ”elderly functional ability”. Etsin aineiston, joka esiintyi Pub Medissä tietyllä hetkellä. Hakusanan valintaani ohjasi Antonovskyn (1979) kuvaama jatkumo käsitteiden ”ability” ja ”disability” välillä. Hakusana on mielestäni perusteltu, sillä se on yhtenevä salutogeneettisen teorian sekä ICF: n positiivisen toimintakyknäkemyksen kanssa. Numeroin löytyneet tutkimukset aineistooni Pub Med: in esiintymisjärjestyksen mukaisesti, siksi tutkimus numero 6 (vuodelta 2004) ei aineistossani esiinny kolmen ensimmäisen tutkimuksen (vuodelta 2004) yhteydessä, vaan vuoden 2003 tutkimusten seassa. Muuten tutkimukset esitetään aineistossani julkaisuvuodeltaan aikajärjestyksessä, vuodesta 2004 vuoteen 2002. Haku antoi yhteensä 14796 tutkimusta, joista tarkoitukseni oli aluksi valita uusimmat, vuosina 2004 -2003 julkaistut, suomalaisten tutkijoiden tekemät tutkimukset. Koska suomalaisten tutkijoiden tekemiä tutkimuksia (joista oli koko artikkeli luettavissa) oli hakuhetkellä neljä vuodelta 2004 ja yhdeksän vuodelta 2003 päätin tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi ottaa vielä neljä tutkimusta vuodelta 2002 mukaan. Kokonainen artikkeli (full text) löytyi kaikista muista tutkimuksista helposti, paitsi tutkimuksesta nro.15 artikkeli löytyi linkin kautta. Kaikki tutkimukset olivat internetissä luettavissa pdf -muodossa ja tallensin ne tietokoneelleni. Alussa tutkimuksia oli 17 kappaletta. Luokitteluvaiheessa poistin yhden tutkimuksen (nro.12), koska tutkimusartikkeli ei ollut kokonaan luettavissa. Lopulta aineistonani oli 16 suomalaisten tutkijoiden vuosina 2002 -2004 kirjoittamaa, ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä tarkastelevaa tutkimusta. Suomalaisen tutkijan tekemäksi tutkimus kelpasi silloin, kun tekijöiden joukossa mainittiin suomalainen tutkija. Luokittelua tehdessäni käytössäni oli ICF: n englanninkielinen versio. Suomalainen, virallinen ICF julkaistiin syyskuussa 2004. Tammikuussa 2005 lisäsin työhöni viralliset, suomalaiset ICF -käsitteet.

5.2 Aineiston kuvaus

Tutkimus 1. Sulander Tommi, Helakorpi Satu, Rahkonen Ossi, Nissinen Aulikki ja Uutela Anssi. 2004. Smoking and alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985-2001.

Preventive Medicine. Tutkimuksessa selvitettiin tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyviä tapoja ja liitännästekijöitä vuosien 1985 -2001 aikana. Tutkimuksessa tarkasteltiin suomalaisessa 65 -79-vuotiaassa väestössä vuosina 1985 -2001 tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä tapahtuneita muutoksia sekä muutoksiin liittyneitä sosiodemografisia tekijöitä. Tutkimusmetodina oli väestöpohjainen survey -kysely, joka suoritettiin kolme kertaa vuosina 1985 -2001. Tutkittavia henkilöitä oli 5870 miestä ja 5923 naista. Analyysi suoritettiin logistisen regression avulla. Tuloksissa todetaan, että tupakointi väheni hieman miehillä, mutta alkoholinkulutus nousi molemmilla sukupuolilla 1980-luvun puolivälistä vuoteen 2000. Naisilla tupakointi pysyi alhaisella tasolla läpi tutkimusperiodin. Tupakointi ja runsaampi alkoholinkäyttö oli vallitsevampaa nuoremmilla, alle 65- vuotiailla ikääntyneillä ja miehillä. Eniten alkoholia käyttivät eläkkeelle jääneet toimistotyöntekijät. Tupakointi oli selvästi yleisempää naimattomien kuin naimisissa olevien keskuudessa. Johtopäätöksissä tutkijat totesivat ikääntyneiden tupakoinnin vähentyneen, mutta alkoholinkäytön lisääntyneen mikä asettaa haasteita kansanterveystyölle tulevaisuudessa.

Tutkimus 2. Kattainen Anna, Koskinen Seppo, Reunanen Antti, Martelin Tuija, Knekt Paul ja Aromaa Arto. 2004. Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons. *Journal of Clinical Epidemiology*. Tutkimuksessa selvitettiin sydän ja verisuonitautien (CVD) vaikutusta ikääntyneiden aktiviteetin rajoituksiin ja avun tarpeeseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida tietyn sydän ja verisuonitaudin merkitys toimintakyvyn rajoitteiden määrittäjänä. Metodina käytettiin satunnaistettua väestö-otosta. Tutkittavia oli yhteensä 1500 kahdella eri alueella asuvia, 65 -74-vuotiaita suomalaisia, jotka haastateltiin ja tutkittiin kliinisesti vuoden 1997 aikana. Tuloksissa todetaan, että CVD:t olivat vahvasti yhteydessä toimintakyvyn rajoitteisiin. Kuitenkin mielenterveydenhäiriöt olivat tutkijoiden mukaan vieläkin merkittävämmät toimintakyvyn rajoitteiden aiheuttajat, kuin CVD. Miehillä 33% ja naisilla 24% toimintakyvyn rajoitteet olivat yhteydessä CVD:n kanssa. Johtopäätöksissä tutkijat toteavat, että CVD:t ovat tärkeitä suomalaisten 65 -74-vuotiaiden toimintakyvyn rajoitteiden määrittäjiä. Koska CVD:tä sairastavien ikääntyneiden määrä on kasvussa, toimintarajoitteista on todennäköisesti tulossa kasvava sosiaalinen ja terveysongelma yhteiskunnalle.

Tutkimus 3. Avlund Kirsten, Lund Rikke, Holstein Björn E., Due Pernille, Sakari-Rantala Ritva sekä Heikkinen Riitta-Liisa. 2004. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology*. Tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalisten suhteiden rakenteellisten ja toiminnallisten tekijöiden vaikutusta toimintakyvyn alenemisen määrittäjinä. Tutkimuksessa selvitettiin olivatko sosiaaliin suhteisiin liittyvät tekijät

yhteydessä toimintakyvyn alenemiseen, ikääntyneiden toimintakykyisten miesten ja naisten 5-vuotisseurannassa. Tutkimusmetodina oli seurantatutkimus, jossa tutkittiin 651 toimintakykyistä 75-vuotiasta jyvaskyläläistä ja glostrupilaista henkilöä. Analyysit suoritettiin erikseen miehille ja naisille. Mahdolliset valintaongelmat huomioitiin käyttämällä kolmea päätepestemittausta. Ensiksi mitattiin toimintakyvyn alenemista eloonjääneillä (n=425). Toiseksi mitattiin toimintakyvyn aleneminen kuolema mukaan luettuna, olettaen että kuolema on osa yleistä toimintakyvyn alenemista (n=565). Kolmanneksi mitattiin kuolleisuus (n=651). Sosiaaliset suhteet mitattiin useiden eri tekijöiden avulla. Niiden avulla tarkasteltiin sosiaalisen verkoston rakennetta ja toimintaa. Tuloksissa todetaan, että miehillä se että viikoittainen puhelinkontakti puuttui, oli yhteydessä toimintakyvyn alenemisen ja kuolleisuuden kanssa. Naisten joukossa vähemmän kuin kerran tapahtuva puhelinkontakti, se ettei kuulunut mihinkään eläkeläisyhdistykseen, eikä ommellut toisille oli merkittävästi yhteydessä toimintakyvyn alenemisen ja kuolleisuuden kanssa. Keskusteluosuudessa tutkijat toteavat, että tulokset osoittavat ikääntyneiden sosiaalisten suhteiden tärkeyden toimintakyvyn alenemisen estämiseksi.

Tutkimus 4. Isola Arja, Backman Kaisa, Voutilainen Päivi ja Rautsiala Tarja. 2003. Family members` experiences of the quality of geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat perheenjäsenten kokemukset geriatrisen hoidon laadusta. Tutkimus oli osa suomalaista, Helsingissä toteutettua geriatrisen pitkäaikaishoidon laadun arviointi ja kehittämisprojektia. Helsingin terveydenhuollon yksikkö valtuutti tutkijoita tekemään tutkittaville ulkopuolisen survey -kyselyn sairaaloiden pitkäaikaishoidon laadusta vuonna 1998. Tuloksiin perustuen laadittiin geriatrisen hoidon kehittämisehdotukset. Vuosien 1999 -2000 aikana järjestettiin koulutusta hoitajille, osastonhoitajille ja ylihoitajille koskien geriatrisen pitkäaikaishoidon johtajuutta. Uusintakysely järjestettiin vuonna 2001, ja siinä käytettiin samaa laadun arvioimismenetelmää kuin aiemmin. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli raportoida omaisten arvioima geriatrisen laitoshoidon laatu vuonna 2001 ja verrata vastauksia vuonna 1998 saatuihin. Tulokset esitetään frekvenssinä, prosentteina, keskiarvoina ja mediaaneina ja ristiintaulukoinnin avulla. Tuloksissa todetaan, että vastaajat olivat yleisesti ottaen (92%) tyytyväisiä omaistensa hoitoon. Omaiset olivat vuonna 2001 tyytyväisempiä, kuin vuonna 1998. Joitakin tekijöitä kuitenkin esiintyi, joihin tulisi puuttua hoidon laadun parantamiseksi, esimerkkinä sairaanhoidossa jonkin verran ilmennyt ikääntyneiden kaltoinkohtelu.

Tutkimus 5. Löppönen Minna, Räihä Ismo, Isoaho Raimo, Vahlberg Tero, Kivelä Sirkka-Liisa. 2003. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care - a more active

approach is needed. Age and Ageing. Tutkimuksessa selvitettiin kognitiivisen vajavuuden ja dementian diagnosointia perusterveydenhuollossa ja todettiin että aktiivisempaa otetta tarvitaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää dementian dokumentointiaste perusterveydenhuollossa ja dokumentoitujen ja ei dokumentoitujen potilaiden kliiniset ominaispiirteet sekä arvioida millaisia diagnostisia arvioita oli tehty kognitiivisen heikkenemisen osalta. Tutkimusmetodina oli väestöpohjainen poikkileikkaustutkimus, jossa tarkasteltiin lääketieteellistä potilashistoriaa retrospektiivisesti. Tutkimus kohdistettiin lietolaiseen perusterveydenhuoltoon Lounais-Suomessa. Tutkittavat olivat 64-vuotiaita tai sitä vanhempia lietolaisia. Tutkittavia oli 1260, osallistumisprosentti oli 82%. Dementia arvioitiin DSM-IV kriteerillä ja dementian vakavuusaste arvioitiin kliinisellä dementia-asteikolla. Mahdolliset jo tehdyt dementian dokumentoinnit selvitettiin perusterveydenhuollon potilaspapereista. Tuloksissa todetaan, että 112 dementiapotilasta oli löydetty. Yleislääkärien herkkyyys tehdä dementiadiagnoosi oli 48.2% ja diagnoosin osuvuus oli 99.6%. Dementian dokumentointiaste oli 73% vakavissa, 46% kohtalaisissa ja 33% lievissä dementioissa. Suurin osa ei dokumentoiduista, dementiaa potevista ihmisistä oli miehiä (P=0.003), jotka asuivat kotona. He selvisivät paremmin päivittäisistä toiminnoista (P=0.006), heillä oli enemmän masennusta (P=0.029) ja lievempi dementia (P=0.005) kuin potilailla, joilla oli dokumentoitu dementia. Kilpirauhasta stimuloiva hormoni mitattiin 51%:llä potilaista, joilla epäiltiin muistin heikkenemistä tai dementiaa. B12- vitamiini mitattiin 20%:lla ja seerumin kalsiumpitoisuus mitattiin 18%:lla. Kognitiiviset kyvyt oli testattu 28%:lla, 68%:lla oli testattu masennusoireet ja 88%:lla oli mitattu sosiaalisia taitoja. Erikoislääkärille oli lähetetty 42% potilaista ja 32% potilaista oli yli 75 -vuotiaita. Johtopäätöksissä tutkijat toteavat, että vähemmälle kuin puolelle potilaista joilla oli dementia, oli tehty dementiadiagnoosi perusterveydenhuollossa. Kun dementian vaikeusaste lisääntyi, myös sen diagnosointi lisääntyi. Dementian diagnosointi tehtiin usein vasta kognitiivisten kykyjen heikennyttä huomattavasti.

Tutkimus 6. Partanen Juha, Jalovaara Pekka. 2004. Functional comparison between uncemented Austin-Moore hemiarthroplasty and osteosynthesis with three screws in displaced femoral neck fractures-a matched-pair study of 168 patients. International Orthopaedis. Tutkimuksessa verrattiin, toimivuutta ei sementöidyn Austin- Moore puolineluproteesin (HA) ja kolmella ruuvilla kiinnitetyn luuliitoksen (OS) välillä, sijoiltaan menneen reisiluunkaulan murtuman yhteydessä. Kyseessä oli kaltaistettu paritutkimus 168: lle potilaalle. Prospektiivisessä tutkimuksessa tutkijat vertasivat 84 potilasta, jotka hoidettiin OS menetelmällä niihin potilaisiin, jotka hoidettiin HA -menetelmällä. Tutkijoiden kiinnostus kohdistui proteesien toimivuuteen, uudelleen operointeihin sekä kuolleisuuteen. Neljän kuukauden kuluttua murtumasta toiminnallinen toipuminen ei ollut

merkitsevästi erilainen kahden eri ryhmän välillä. Kuitenkin näytti siltä, että OS -potilailla olisi ollut hiukan parempi toimintakyky, kun sitä mitattiin kykynä mennä ulos (OS 45.2% / HA 39.2%) tai kun mitattiin kävelyä niin, ettei kävelyn apuvälineitä käytetty (OS 23.7% / HA 16.7%) ja kun verrattiin kotiin asumaan siirtyneiden määrää (OS 80% / HA 72.9%). OS potilaat käyttivät hieman vähemmän kipulääkkeitä ja heillä oli vähemmän lonkkakipua kuin HA potilailla. OS potilailla oli kuitenkin ollut enemmän uudelleen operointeja (15.4%) neljän kuukauden ja (14.2%) vuoden jälkeen ensimmäisestä leikkauksesta. Kuolleisuusaste oli molemmissa ryhmissä samanlainen sekä 4 kuukauden että vuoden jälkeen leikkauksesta.

Tutkimus 7. Nuotio Maria, Tammela Teuvo L.J., Luukkaala Tiina, Jylhä Marja. 2003. Predictors of Institutionalization in an older population during a 13-year Period: The effect of Urge Incontinence. Medical Sciences. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat laitokseen joutumisen ennustekijät iäkkäässä väestössä 13 vuoden seurannan aikana, kun tarkasteltavana oli äkillinen virtsanpidätyskyvyttömyys. Tutkijat toteavat, että pitkittäistutkimuksiin perustuva tieto ikääntyneiden laitokseen joutumisen ennustekijöiden määrittämiseksi on vähäistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa niitä tekijöitä, jotka edesauttavat valikoitumattoman, iäkkään väestön laitokseen joutumista 13 vuoden seurannan aikana. Tällöin erityisesti äkillinen virtsanpidätyskyvyttömyys ja sen vaikutus laitokseen joutumisen kannalta oli huomion kohteena. Metodeina tutkimuksessa käytettiin väestöpohjaista prospektiivista survey -kyselyä, joka tehtiin 60-vuotiaille ja sitä vanhemmille miehelle (366) ja naiselle (409). Ikävakiointia Coxin monimuuttujamenetelmää käytettiin, kun arvioitiin äkillisen virtsanpidätyskyvyttömyyden, elinolojen, neurologisten, sydän ja verisuonitaudin, tuki- ja liikuntaelin- ja muiden sairauksien sekä päivittäisten toimintojen heikkenemisen, ja masennusoireiden vaikutusta laitokseen joutumisen yhteydessä. Arviointi tehtiin erikseen miehille ja naisille. Tuloksissa todetaan, että ikävakiointi, toimintarajoitteet ADL -toiminnoissa ja muut krooniset sairaudet olivat ennustekijöitä laitokseen joutumisen kannalta molemmilla sukupuolilla. Äkillinen virtsanpidätyskyvyttömyys ja masennusoireet miehillä ja yksin asuminen ja sydän ja verisuonisairaudet naisilla olivat myös merkittäviä ennustekijöitä. Monimuuttuja- analyysissa, jossa kaikkia mahdollisia ennustekijöitä tarkasteltiin samanaikaisesti ikä, äkillinen inkontinenssi, ja masennusoireet jäivät merkitseviksi ennustekijöiksi miehillä. Naisilla ikä ja yksin asuminen olivat riippumattomia ennustekijöitä. Johtopäätöksissä tutkijat toteavat, että etenkin ikääntyvien miesten virtsanpidätyskyvyn ongelmiin tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.

Tutkimus 8. Ylinen Jari. J., Savolainen Sakari, Airaksinen Olavi, Kautiainen Hannu, Salo Petri ja Häkkinen Arja. 2003. Decreased strength and mobility in patients after anterior cervical discectomy compared with healthy subjects. Arch Physical Medicine Rehabilitation. Tutkimuksessa verrattiin etummaisen kaulanikaman välilevyn poiston kokeneiden potilaiden niskan alentunutta lihasvoimaa ja kaularangan liikkuvuutta terveisiin henkilöihin. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida saavuttivatko potilaat normaalin fyysisen toimintakyvyn kaulanikaman välilevyn pullistuman ja kirurgisen toimenpiteen jälkeen, kun tietoja verrattiin terveisiin, kaltaistettuihin kontrolliryhmäläisiin. Tutkimus suoritettiin keskisuomalaisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistui 53 kaulanikaman välilevyn osittaisen poiston kokenutta potilasta ja 53 tervettä kontrolliryhmäläistä. Keskeiset tulosmittaukset olivat postoperatiivisen fyysisen kunnon mittaus, joka suoritettiin mittaamalla niskan lihasvoima ja liikkuvuus sekä käden puristusvoima. Toimintarajoitteet arvioitiin niska -hartiaseudun kipuindeksillä ja Oswestryn Indeksillä sekä lyhyellä masennustestillä ja kivun visuaalisella analogisella mittarilla (VAS). Tuloksissa tutkijat toteavat, että suurin osa potilaista toipui hyvin operaation jälkeen. Kuitenkin 43% potilaista koki kohtalaista tai kovaa kipua. Subjektiiivista kipua ja toimintarajoitteita verrattiin alentuneeseen niskan liikkuvuuteen ja voimaan. Sekä liikkuvuus että voima olivat leikatuilla potilailla selvästi alhaisemmat kuin vertailuryhmäläisillä. Tutkijat toteavat lopuksi, että olisi tärkeä tutkia niskan/kaularangan liikkuvuuden ja lihasvoiman puutoksia heti leikkauksen jälkeen ja pyrkiä kuntouttamaan potilaita toimintakyvyn palauttamiseksi.

Tutkimus 9. Sulander Tommi, Helakorpi Satu, Rahkonen Ossi, Nissinen Aulikki ja Uutela Antti. 2003. Changes and associations in healthy diet among the Finnish elderly, 1985 -2001. Age and Ageing. Tutkimus kohdistui suomalaisten ikääntyneiden muuttuneeseen ruokavalioon ja sen yhteydessä oleviin tekijöihin vuosina 1985 -2001. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää 65 -79 -vuotiaiden Suomen kansalaisten terveellisessä ruokavaliossa viimeaikoina tapahtuneita muutoksia. Ammatti ja siviilisäätty huomioitiin tutkimuksessa. Tutkimusmenetelmänä oli koko maan kattava poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin survey -kyselynä 11793: lle miehelle ja naiselle vuosien 1985 -2001 aikana. Vastausprosentti oli 82%. Saatua tietoa analysoitiin logistisen regression avulla, kun verrattiin terveellisissä ruokavaliossa tapahtuneita muutoksia, sosiodemografisten tekijöiden luokissa. Tuloksissa tutkijat toteavat, että ikääntyneiden ruokavaliossa tapahtuneet muutokset olivat tapahtuneet terveellisempään suuntaan vuodesta 1985 vuoteen 2001 mennessä. Muutos oli aavistuksen verran vakaampi naisilla kuin miehillä. Terveellisin ruokavalio oli nuorimmilla vastaajilla, etenkin naisilla, eläkkeelle jääneillä toimistotyöntekijöillä sekä naimisissa olevilla.

Lopuksi tutkijat totesivat, että silti löytyy alaryhmiä, joissa ruokavalio on epäterveellinen ja jotka ovat toimintakykykysymyksissä ei- etuoikeutetussa asemassa.

Tutkimus 10. Sulander Tommi, Rahkonen Ossi ja Uutela Arja. 2003. Functional ability in the elderly Finnish population: time period differences and associations, 1985 -99. *Scandinavian Journal of Public Health*. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli ikääntyneen suomalaisen väestön toimintakyky vuosien 1985 -99 välillä ja siihen liittyvät tekijät. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää kuinka suomalaisten 65 -79-vuotiaiden miesten ja naisten toimintakyky muuttui väestötasolla, arvioituna vuosien 1980 ja 1990 välillä. Lisäksi haluttiin tietoa miten sukupuoli, ikä, aiempi ammatti ja siviilisääty ovat yhteydessä toimintakyvyn kanssa ja ovatko yhteydet muuttuneet ajan kuluessa. Tutkimusmetodina käytettiin survey -kyselyä terveyskäyttäytymisestä. 10309 miestä ja naista haastateltiin vuosien 1985 -1999 välillä. Logistista regressioanalyysiä käytettiin määrittämään eroja iän, sukupuolen, aiemman ammatin ja siviilisäädyn välillä. Toimintakyky heikkeni selvästi suhteessa ikään, mutta oli vuonna 1990 parempi kuin 1980. Sukupuolierot toimintakyvyssä olivat pieniä. Eläkkeelle jääneillä toimistotyöntekijöillä oli paras toimintakyky. Eronneiden tai leskeksi jääneiden ihmisten toimintakyky oli hiukan heikompi kuin naimisissa olevien. Ajassa tapahtunut toimintakyvyn yleinen parantuminen on tutkijoiden mukaan merkki siitä, että toimintarajoitteita pystytään lykkäämään myöhäisempään ajankohtaan, etenkin jos toimintakyvyn yhteydessä oleviin tekijöihin kiinnitetään huomiota jo ennen eläkeikää.

Tutkimus 11. Lupsakko Taina A., Mäntyjärvi Maija I., Kautiainen Hannu J., ja Sulkava Raimo O. 2003. Decrease of functional or cognitive capacity explains the lack of eye examination in visually impaired older persons. *JAGS*. Tutkimuksessa haluttiin selvittää toiminnallisen tai kognitiivisen kapasiteetin heikkenemisen vaikutusta silmätutkimusten puutteeseen heikentyneen näkökyvyn omaavilla, ikääntyneillä ihmisillä. Tutkimus on osa Kuopio 75+ väestöpohjaista tutkimusta. Tutkittavien ryhmä koostui 518 henkilöstä. Tutkittavien näkökyky testattiin E-kirjainten avulla, ilman silmälaseja ja niiden kanssa. Ensimmäinen tutkimus suoritettiin vuonna 1998. Vuonna 2002 potilaspaperit luettiin paikallisessa yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkijat selvittivät retrospektiivisesti sitä, olivatko silmälääkärit tutkineet tutkimukseen osallistuneet henkilöt seuranta-aikana ja oliko kaihileikkaus tai uusien silmälasien määrääminen korjannut heidän näkökykyään. Fyysiset, psyykkiset ja kognitiiviset toiminnot sekä toiminnallinen kuulo mitattiin tutkittavilta myös. Päivittäiset toiminnot arvioitiin käyttämällä Barthelin indeksiä ja henkistä tilaa arvioitiin Zungin Depression Status Inventory:n avulla. Kognitiivisia toimintoja arvioitiin Mini-Mental State Examination suomenkielisen testin avulla. Tuloksissa todetaan, että näkökyvyn heikkenemistä oli

löydetty 122:ssa tapauksessa 518 tutkittavasta. Silmälääkäri oli tutkinut näistä 59 (48%) seuranta-aikana. Tutkituista 17 (29%) oli saanut uudet silmälasit ja 13 (22%) oli käynyt kaihi-leikkauksessa. Näiden toimien seurauksena näkökyky oli palautunut, ei näkökyvyn heikkenemistä -tasolle. Lopuksi tutkijat totesivat, että heikentyneet kognitiiviset toiminnot ja päivittäiset toiminnot, olivat voimakkaimmin vaikuttaneet tekijät siihen, ettei silmiä tutkittu.

Tutkimus 12. Schopp Anja, Välimäki Maritta, Leino-Kilpi Helena, Dassen Theo, Gasull Maria, Lemonidou Chryssoula, Scott Anne P, Arndt Marianne ja Kaljonen Anne. 2003. Perceptoins of Informed Consent in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita informoidun suostumuksen käytöstä ikääntyneiden hoidossa, viidessä Euroopan maassa. Poistin tutkimuksen aineistosta, koska artikkeliin lähemmin tutustuttuani kävi ilmi, ettei se ollut kokonaan luettavissa.

Tutkimus 13. Schopp Anja, Leino-Kilpi Helena, Välimäki Maritta, Dassen Theo, Gasull Maria, Lemonidou Chryssoula, Scott Anne P., Arndt Marianne ja Kaljonen Anne. 2003. Perceptions of privacy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*. Tutkimuksessa mielenkiinto kohdistui ikääntyneiden potilaiden ja sairaanhoitohenkilöstön arvioihin yksityisyyden toteutumisesta ikääntyneiden hoidossa, viidessä Euroopan maassa. Tulokset osoittivat, että mielipiteet yksityisyydestä olivat vahvimmat Isossa Britanniassa ja heikoimmat Kreikassa. Arviot yksityisyyden toteutumisesta olivat melko samanlaisia Suomessa, Saksassa sekä Isossa Britanniassa. Sen sijaan Kreikassa ja Espanjassa arviot olivat erilaisia. Siellä sairaanhoitajat luulivat kunnioittavansa potilaiden yksityisyyttä useammin kuin potilaat itse arvioivat. Espanjalaisten ja Ison Britannian potilaiden välillä löydettiin yhteyttä alhaisemman itsenäisyyden tason ja vähemmän positiivisen hoidon arvioinnin välillä.

Tutkimus 14. Huusko T.M., Karppi P., Kautiainen H., Suominen H., Avikainen V., ja Sulkava R. 2002. Randomized, double-blind, clinically controlled trial of intranasal calcitonin treatment in patients with hip fracture. *Calcif Tissue Int*. Satunnaistetussa, kaksoissokko ja kliinisesti kontrolloidussa tutkimuksessa tarkasteltiin nenäsuihkeena annettavan kalsitoniinin vaikutusta lonkkamurtumapotilaille. Tavoitteena tutkimuksessa on arvioida nenänsisäisen kalsitoniinihoidon lyhyen ajan vaikutusta ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kokemaan kipuun, luukatoon, toiminnalliseen toipumiseen ja sairaalassaoloajan pituuteen nähden. Lisäksi tutkijat halusivat verrata kalsitoniinihoitoa placebo-hoitoon potilailla, joilla lonkkamurtumaa hoidettiin sisäisellä ruuvi- tai naulakiinnityksellä. Tutkittavat olivat 65-vuotiaita tai vanhempia, itsenäisesti asuvia

henkilöitä, joilla oli akuutti reisiluunkaulan murtuma, heitä oli 260. Tuloksissa todetaan, ettei ryhmien välillä juurikaan ollut eroja kuolleisuudessa, sivuvaikutuksissa, sairaalassaoloajan pituudessa tai toiminnallisessa toipumisessa. Johtopäätöksissä tutkijat totesivat, että nenäsuihkeena annettava kalsitoniini voi olla käyttökelpoinen lonkkamurtumapotilaille, mutta johtopäätösten varmistamiseksi täytyy tehdä uusia tutkimuksia, joissa on tutkittavia suurempi joukko, pitempi hoitoaika, pitempi seuranta-aika ja ehkä suurempi kerta-annos kalsitoniinia.

Tutkimus 15. Huusko Tiina M., Karppi Pertti, Avikainen Veikko, Kautiainen Hannu ja Sulkava Raimo. 2002. Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients, a randomized, controlled trial. *Acta Orthop Scand*. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on intensiivinen lonkkamurtumapotilaiden geriatrinen kuntoutus. Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää geriatrisen kuntoutuksen laatua potilaiden kuolleisuuden, sairaalassa olo ajan, ja toiminnallisen toipumisen perusteella. Satunnaistetussa, kontrolloidussa tutkimuksessa oli 243 lonkkamurtumapotilasta, jotka olivat iältään yli 64-vuotiaita. Heidät jaettiin satunnaisesti kahteen kuntoutusryhmään. Interventoryhmäläiset lähetettiin geriatrisen osaston kuntouttavaan hoitoon ja kontrolliryhmäläiset lähetettiin paikalliseen sairaalaan perushoitoon. Sairaalassaoloaika Interventoryhmäläisillä oli 34 ja kontrolliryhmäläisillä 42 päivää leikkauksen jälkeen. Interventoryhmäläisillä myös instrumentaaliset päivittäiset toiminnot sujuivat kontrolliryhmäläisiä nopeammin. Suorat lääketieteellisen hoidon kustannukset ensimmäisen vuoden aikana, eivät eronneet merkitsevästi ryhmien välillä.

Tutkimus 16. Peltomaa R., Paimela L., Kautiainen H., Leirisalo- Repo M. 2002. Mortality in patients with rheumatoid arthritis treated actively from the time of diagnosis. *Ann Rheum Dis*. Tutkimuksessa haluttiin selvittää aktiivisesti heti diagnosoinnista lähtien hoidettujen, reumaa sairastavien potilaiden kuolleisuus. Tutkijat ottivat mukaan tutkimukseen 150, aikaisin diagnostisoitua, nivelreumaa sairastavaa potilasta kahdesta kohortista. Ensimmäinen kohortti oli vuosien 1986 -1989 väliltä (87 iältään 19-65 vuotta) ja toinen kohortti muodostettiin vuosien 1991-1993 välillä, ja siihen kuului 63 potilasta, iältään he olivat 28-83 -vuotiaita. Oireiden keskiesiintymisaika oli 7.1 kuukautta. Tuloksissa todetaan, että seuranta-aikana, joka oli 7-14 vuotta, 24 potilasta kuoli. Ikävakioitu kuolleisuus ei eronnut kahden ryhmän välillä tilastollisesti merkitsevästi. Lopuksi tutkijat totesivat, ettei tilastollisesti merkitsevää kuolleisuuden lisääntymistä ollut todettavissa aktiivisesti hoidettujen nivelreumaa sairastavien potilaiden keskuudessa.

Tutkimus 17. Salo J., Niemelä A., Joukamaa M., ja Koivukangas J. 2002. Effect of brain tumor laterality on patients' perceived quality of life. *Journal of Neurosurgery Psychiatry*. Tutkimuksessa kiinnostus kohdistui aivokasvaimen sijainnin vaikutukseen potilaan koettuun elämänlaatuun. Tutkimuksessa haluttiin selvittää aivokasvaimen koon, sijainnin ja histologisen laadun vaikutusta potilaan pre-operatiiviseen elämänlaatuun. Tutkimusjoukko muodostui 101 aivokasvainpotilaasta. Elämänlaatua arvioitiin Nottinghamin terveystilaprofiililla ja Sintosen 15D luokittelulla. Tuloksissa todetaan, että tuumorin koko ei korreloinut merkitsevästi elämänlaadun kanssa. Huonompaa elämänlaatua raportoivat sellaiset potilaat, joilla kasvain sijaitsi oikealla aivopuoliskolla, anteriorisesti. Kun kasvain sijaitsi posteriorisesti ja vasemmalla aivopuoliskolla oli elämän laatu parempi. Kaikkein heikoin elämänlaatu oli potilailla, joilla oli pahanlaatuisimmat kasvaimet.

5.3 Aineiston analyysin kuvaus

Opinnäytetyöni alkuperäisenä tarkoituksena oli ainoastaan teorian tiedon perusteella määrittää viimeaikaisten, suomalaisten tutkimusten patogeneettinen tai salutogeneettinen paradigma. Aineiston keräämisvaiheessa otin kuitenkin mukaan ICF -luokituksen, jonka englanninkielistä versiota käytin paradigmojen määrittelyssä apuvälineenä. Tutkimusten toimintakykykäsitteiden luokittelua tehdessäni huomasin, ettei löytyneiden ICF -kuvauskohteiden perusteella voi suoraan määrittää tutkimuksen paradigmaa. Niinpä analysoin kunkin tutkimuksen uudelleen ja määritin paradigman teorian tietoon perustuen. Paradigman määrittämisen jälkeen tarkastelin patogeneettisiä ja salutogeneettisiä tutkimuksia ja niistä löytyneitä ICF -pääluokkia, jolloin sain tukea tekemälleni paradigman määrittämiselle. Analysoin aineistoani deduktiivisesti meta-analyysillä sekä laadullisesti (kvalitatiivisesti) että määrällisesti (kvantitatiivisesti).

Aloitin tutkimukseni hahmottamisen jo tehdessäni kandidaatin työtä ”Patogeneettisen paradigman anomaliaista salutogeneettisen paradigman mahdollisuuksiin, ikääntyvän yhteiskuntamme terveydenhuollossa” vuoden 2003 syksystä, vuoden 2004 kevääseen. Jo kandidaattityötä tehdessäni tiesin, että haluan jatkaa paradigmojen ilmenemisen tutkimista pro gradu- tutkimuksessani. Alussa halusin ainoastaan analysoida tutkimusten paradigmat kandidaattityöni perusteella. Tämä ei kuitenkaan ollut tarpeeksi luotettava lähestymistapa paradigmojen määrittämiseen, siksi otin ohjaajani suosituksesta määrittämiseen avuksi englanninkielisen ICF -luokituksen. ICF -luokituksen liitin tutkimukseeni kuuluvaksi aineiston keruuvaiheessa elokuussa 2004. Julkaistu ICF -luokitus oli tällöin saatavissa ainoastaan englanninkielisenä versiona. Elokussa aloitin myös tutkimusaineistoni ICF -luokittelun. Luokitteluun helpottamiseksi laadin useista konseptipapereista muodostetun

taulukon, johon kirjoitin aineistoni tutkimukset numerojärjestyksessä allekkain. Konseptin yläreunaan kirjoitin ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokat numerojärjestyksessä vierekkäin. Elokuun 2004 loppupuolella olin luokitellut aineistoni ja listannut löytyneet ICF -kuvauskohteet tutkimuksittain luetteloksi atk:lle. Elokuun viimeisen viikon käytin toimintakykykäsitteiden luokittelun tarkistamiseen tutkimuskohtaisesti. Samalla viikolla laadin konseptin mukaisesti taulukon 17 atk:lle. Luokittelussa toin esiin tutkimukset ja niistä löytyneet kaikki ICF -kuvauskohteet. Lisäksi luokittelussa näkyy aineistossani (alleviivattuna) vain yhden kerran mainitut kuvauskohteet. Taulukossa näkyvät myös tutkimuskohtaiset prosenttiosuudet esiin tulleille ICF -kuvauskohteille. Prosentit on laskettu suhteessa kaikkiin löytämiini kuvauskohteisiin (178). Taulukoinnin avulla saatoinkin myös alkaa tarkastella löytyneitä ICF -kuvauskohteita pääluokittain. Pääluokittaisessa tarkastelussa laskin löytyneiden ICF -kuvauskohteiden lukumäärän. Pääluokkien prosenttiosuuksia laskin myös. Elokuun lopussa aloin kirjoittaa taulukkoon luokiteltuja tietoja kirjalliseen muotoon, ensin tutkimuskohtaisesti ja sen jälkeen pääluokittain. Tutkimuskohtaisen tulosten ”aukikirjoittamisen” yhteydessä laadin kunkin tutkimuksen yhteyteen taulukon, jossa toin esiin tutkimuksesta nousseen toimintakykyä kuvaavan käsitteen, ICF -kuvauskohteen, löytyneen ICF -kuvauskohteen koodin ja sen kuinka monta kertaa se esiintyi tarkasteltavassa tutkimuksessa ja lopuksi kuinka usein ICF -kuvauskohde mainittiin kaikissa tutkimuksissa. Taulukosta tulee myös (alleviivattuna) esiin, montako ICF -kuvauskohdetta mainittiin aineistossa vain kerran.

Syyskuun ensimmäisellä viikolla tarkistin kaikkien tutkimusten osalta taulukot ja niissä esiintyneet, ICF -pääluokat ja kuvauskohteet. Löytyneitä kuvauskohteita oli 178, joista 30 esiintyi vain kerran. Yhteensä erilaisia kuvauskohteita oli silloin 64. Samalla viikolla aloitin pääluokittain taulukoinnin aukikirjoittamisen. Kun olin saanut aukikirjoittamisen kaikkien pääluokkien osalta valmiiksi syyskuun puoliväliin mennessä, aloin kirjoittaa tutkimukseni teoreettista perustaa. Sisällyttäen siihen Kuhnin paradigman ja patogeneettisen ja salutogeneettisen paradigman sekä ICF: n teoriaosuuden ja osuuden positivistisesta ja konstruktivistisesta paradigmasta. Kirjoittaessani teoriaosuutta mietin samalla mielessäni tutkimusten paradigmaattisen (salutogeneettinen vai patogeneettinen) luokittelun perusteita aineistostani. Tämän jälkeen tallensin muita tutkimuksia ja keskusteluja ICF: stä atk:lle ja aloin muokata niitä tutkimuksessani esitettyyn muotoon. Muiden tutkimusten lukeminen ja teoriaosuuden kirjoittaminen ikään kuin kypsensivät minua tulosten analyysin ja johtopäätösten tekemiseen. Syyskuun 2004 puolen välin jälkeen aloin hahmotella tutkimuksen tarkoitusta kirjoitettuun muotoon. Tämän jälkeen aloin hahmotella johtopäätöksiä sekä tutkimuksittain että pääluokittain tarkasteltuna. Aineistoni koostui englanninkielisistä tutkimusartikkeleista ja luokitteluvaiheessa käytin ICF: n internetistä hakemaani, englanninkielistä

versiota. ICF: n englanninkielisen version käyttö helpotti tutkimuksissa esiintyneiden toimintakykykäsitteiden vertailua ja ICF -kuvauskohteiden esiin nostamista. ICF: n ABC-koulutuksesta sain syyskuun lopulla käyttöni suomenkielisen ICF: n.

ICF -koulutuksesta sain vahvistusta sille, ettei löytyneistä ICF -kuvauskohteista voi tehdä kokonaisvaltaista prosentuaalista tarkastelua silloin kun pääluokkia verrataan keskenään, koska ICF -pääluokat ovat keskenään erikokoisia. Laadin kuitenkin prosentuaalisen tarkastelun ICF -kuvauskohteista pääluokittain. Prosentuaalinen tarkastelu antaa tietoja siitä, kuinka paljon tietty pääluokka sai aineistosta kaikkiaan ja keskenään erilaisia löytyneitä kuvauskohteita. Syyskuun lopussa laadin taulukoita, joissa tarkastelin ICF -kuvauskohteiden määrällistä esiintymistä tutkimuksittain (taulukot 18 ja 19, liitteissä 1 ja 2). Tein niitä lähinnä analyysini tueksi ja tarkistaakseni jo tekemiäni taulukoiden tiedot. Taulukoita laatiessani huomasin, että ICF -kuvauskohteiden esiintyminen ei täsmännyt määrällisesti tutkimuksittain ja pääluokittain tarkasteluna. Korjatakseni kuvauskohteiden määrällisen esiintymisen yhdenmukaiseksi luin uudelleen aineistoni tutkimukset. Vertasin aiemmin tekemiäni tutkimuskohtaista ICF -kuvauskohteiden atk-luetteloa tekemiini tutkimuskohtaisiin taulukoihin. ICF -kuvauskohteiden määrälliseksi tulokseksi sain, että niitä oli yhteensä 178 /384. Keskenään erilaisia kuvauskohteita oli 62, joista 31 oli sellaisia, jotka mainittiin ainoastaan yhden kerran. Syyskuun 2004 lopussa jatkoin johtopäätösten laatimista. Johtopäätösten tekemisessä hyödynsin paradigmatteorioita sekä ICF -tutkimuksista kokoamaani tietoa. Samassa yhteydessä laadin ICF: n pääluokittaisten tulosten yhteyteen taulukon, jossa toin esiin ICF -luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueen pääluokkien numeron (pääluokka-aihealueita on 9), ja nimen ja sen, kuinka monta hierarkisesti jäsenyvä ICF -kuvauskohdetta kustakin pääluokasta löytyi. Tutkimusta tehdessäni nousivat aineistosta käsitteet toimintarajoitteet (disability) ja dikotomia (joka on dualismin ilmentymä) usein esiin. Niinpä päätin tarkastella näitä käsitteitä suhteessa salutogeneettisiin tutkimuksiin (taulukko 16).

Lokakuun ensimmäisen viikon aikana aloin kirjoittaa kokonaisuuksia tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset, aineiston kuvaus, aineiston analyysin kuvaus, ja tutkimuksen luotettavuus ja etiikka. Lisäksi lisäsin taulukkoon 17 tietoja keskenään erilaisista ICF -kuvauskohteista pääluokittain tarkasteltuina. Tutkimuksen, jossa tulkintani mukaan oli salutogeneettisen paradigma, merkitsin taulukkoon S-kirjaimella tutkimuksen järjestysnumeron yhteyteen lokakuussa 2004. Opinnäytetyön ohjauksen jälkeen olen muuttanut sisällysluetteloa. Olen muun muassa siirtänyt positivistisen ja konstruktivistisen ja ICF: n medikalistisen ja sosiaalisen paradigman pohdintaan. Olen myös kirjoittanut omat kappaleet tuloksiin patogeneettisille ja salutogeneettisille tutkimuksille

ja muokannut sekä johdantoa että johtopäätöksiä. Johdannossa esitän työn sisällön. Johtopäätöksissä tuon esiin ICF -kuvauskohteiden lukumäärällisestä esiintymisestä tekemiäni päätelmiä. Lisäksi esitän johtopäätöksiä paradigmojen osuudesta kuvauskohteiden esiintymiseen tutkimuksittain ja aihealueittain. Johtopäätöksissä tekemäni pääluokittain tekemäni tarkastelu antaa mielestäni selkeimmän kuvan ICF -kuvauskohteiden ja paradigmojen yhteyksistä. Lokakuun loppupäivinä tarkastelin johtopäätöksissä ensimmäisen kerran julkaisujen nimiä ja huomasin, että patogeneettisen paradigman mukainen artikkeli oli useimmiten julkaistu lääketieteellisessä tai epidemiologisessa lehdessä. Poikkeuksena oli yksi ikääntymistä koskeva julkaisu. Salutogeneettisten artikkelien julkaisupaikka oli aina jokin muu kuin lääketieteellinen lehti. Huomasin julkaisujen tukevan valitsemaani paradigmaa. Marraskuun alussa laadin tiivistelmän ja muokkasin työni tekstiä. Joulukuun alussa muutin työn käsitteistöä yhdenmukaisemmaksi, tarkistin kieliasua ja pyrin selkeyttämään tulososuutta. Tammikuussa 2005 otin huomioon syyskuussa 2004 ilmestyneen virallisen, suomenkielisen ICF -käsitteistön työni terminologiassa ja käytin englanninkielisiä termejä rinnan suomalaisten käsitevastineiden kanssa.

Tulokset olen kuvannut sekä määrällisesti että laadullisesti. Määrällistä analysointia eli toimintakykyä ilmaisevien käsitteiden ja paradigmojen esiintymisen tarkastelua tuon esiin tekstissä ja taulukoiden avulla. Taulukoissa esiintyvät luokat ovat suomenkielisen ICF:n mukaisesti nimettyjä. Luokitteluja olen laatinut tutkimuskohtaisesti (taulukot 1-14). Luokittelun avulla tarkastelen myös pääluokkia ja niiden saamia kuvauskohteita (taulukko 15), paradigmojen suhdetta käsitteisiin disability (toimintarajoitteet) ja dikotomia (taulukko 16) sekä esiin tulleita kuvauskohteita lukumääräisesti (taulukot 18 ja 19, liitteissä 1 ja 2). Määrällinen tarkastelu auttaa hahmottamaan miten tutkimusten luokiteltavat käsitteet, ICF -pääluokat, kuvauskohteet ja paradigmat ovat yhteydessä keskenään. Esimerkiksi taulukosta 17 lukija voi kokonaisuutena nähdä, miten ICF -kuvauskohteet sijoittuivat paradigmoittain, tutkimuksittain tai pääluokittain. Määrällinen tarkastelu on tärkeä myös siksi, että sen avulla voidaan osittain vastata kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Laadullisella tutkimusotteellani pyrin täydentämään tutkimuskysymysten määrällistä tarkastelua, ikään kuin lisäämällä ”lihaa luiden päälle”. Esimerkiksi tutkimuskysymyksen yksi vastauksessa pääluokittain tekemäni, laadullinen tarkastelu antaa enemmän käsitystä luokiteltujen käsitteiden sisältämän tiedon luonteesta, kuin tutkimuksittain tekemäni tarkastelu. Toisen tutkimuskysymyksen mukainen paradigmojen määrittäminen on puhtaasti laadullinen prosessi, jonka toteutan teorian tietoon ja omaan tulkintaani nojautuen. Kolmas tutkimuskysymys, onko ICF -kuvauskohteiden esiintyminen erilaista salutogeneettisissä tutkimuksissa verrattuna patogeneettisiin, vaatii sekä laadullista että määrällistä tarkastelua. Tutkimuksessani analyysi on prosessi jossa on kolme ulottuvuutta, joiden keskinäisiä yhteyksiä

pyrin kuvaamaan. Ensiksi on tutkimusaineisto, sitten on ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alue ja kolmantena kokonaisuutena on aineiston patogeneettinen tai salutogeneettinen paradigma.

6 Tulokset

Tarkastelen tutkimustuloksia kolmesta näkökulmasta. Ensin esitän tulokset tutkimuksittain, toiseksi ICF:n pääluokkien näkökulmasta ja kolmanneksi paradigmojen näkökulmasta. Aineistosta esiin tulleet kuvauskohteet olen jakanut kahteen toimintakykyä määrittävään ryhmään: ICF -pääluokat d4 ja d5 kuuluvat ryhmään fyysiset kuvauskohteet. Pääluokat d2-d3 ja d6-d9 kuuluvat ryhmään psyykkiset ja sosiaaliset kuvauskohteet.

Luokittelin tutkimuksista ainoastaan tutkijoiden omia tutkimuksissaan tekemiä huomioita, tuloksia ja käsitteitä toimintakyvystä. Tuon tekstissä esiin tutkimuksista löytyneet toimintakykykäsitteet sekä niistä muodostuneet ICF -kuvauskohteet ja luokittelematta jääneet käsitteet. Seuraavaksi kuvailen, miten olen päätenyt valitsemaan kyseisen ICF -kuvauskohteen. Jokaisen tutkimuksen yhteydessä olevasta taulukosta lukija näkee tutkimuksesta löytyneet toimintakykyä kuvaavat fyysiset, psyykkiset tai sosiaaliset käsitteet, ICF -kuvauskohteet, ainoastaan kerran esiintyneet kuvauskohteet (alleviivattu) sekä kuvauskohteiden esiintymistiheyden koko aineistossa. Taulukosta ilmenee myös se kuinka monta kertaa sama kuvauskohde esiintyy kyseisessä tutkimuksessa. Tutkimuskohtaisen taulukon alaosassa on löytyneiden kuvauskohteiden lukumäärä ja prosenttiosuus kaikista aineistosta löytyneistä luokista (178 kpl.). ICF -luokitukseen kuuluu, että kuvauskohteen yhteydessä esiin tuodaan myös konstruktio eli tapa, jolla kuvauskohdetta arvioidaan: arviointitulos esitetään skaalalla 0:sta -4:ään, joista skaala-arvo 0 viittaa positiiviseen (=ongelmattomaan) toimintakyvyn tasoon kyseisen kuvauskohteen suhteen ja arvot -1:stä -4:ään puolestaan kuvaavat eriasteisia toimintarajoitteita. Tällainen tarkka määrittäminen ei ollut tässä työssä mahdollista. Mahdollista oli ainoastaan ICF -kuvauskohteiden olemassaolon tulkitseminen. Kuvauskohteen virallisessa määritteessä mahdollisesti olevan muu määritely sekä muu määritely ja määrittelemätön olen lyhentänyt tekstissä ja taulukoissa (mm ja mm.m.).

6.1 Tulokset tutkimuksittain

Tutkimuksesta 1 nousi esiin yhteensä 11 ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen kuvauskohdetta. Tutkimuksessa esiintyneet käsitteet olivat toimistotyöntekijä (office employee), teollisuustyöntekijä (industrial employee) maanviljelijä (farmer), jotka luokittelin (d8508 *vastikkeellinen työ, muu määritely, remunerative employment*) niin, että jokainen sai oman

kuvauskohteen. Kotiäiti (housewife) kuului kuvauskohteeseen (d855 *vastikkeeton työ, non-remunative employment*) Käsite naimisissa sai kuvauskohteen (d7701 *puolisosuhteet, spousal relationships*). Yksinasuva, eronnut, leski (single, separated, divorced, widowed) luokittelin yhtenä kokonaisuutena (d7708 *intiimit suhteet, muu määritelty, intimate relationships, other specified*). Käsitteet päivittäin tupakoiva (daily smoker) ja alkoholin kulutus (alcohol consumption) saivat kuvauskohteen (d5708 *omasta terveydestä huolehtiminen, muu määritelty, looking after one`s health, other specified*), jolloin kumpikin käsite sai oman kuvauskohteen. Tutkimuksessa mainittu käsite terveyteen suhteessa oleva käyttäytyminen (health related behaviour) sai kuvauskohteen (d5702 *oman terveyden ylläpitäminen, maintaining one`s health*). Käsitteen koulutus luokittelin (d839 *opetus ja koulutus, muu määritelty ja määrittelemätön, education, other specified and unspecified*), ja tulot (income) kuvauskohteeseen (d8700 *henkilökohtaiset taloudelliset varat, personal economic resources*). Tutkimuksessa käytettiin käsitteitä, joita ei voinut sijoittaa ICF: n suoritukset ja osallistuminen (activities and participation) Käsitteet olivat ikäryhmä (age group), naiset (women), ajanjaksot (time periods), ikäryhmät 65 -69-vuotiaat, 70 -74-vuotiaat, 75 -79-vuotiaat, sosioekonominen status (socioeconomic status) ja epäterveelliset tottumukset (unhealthy habits).

Seuraavaksi esitän perusteluja tutkimuksesta nousseiden toimintakykykäsitteiden luokitteluille. Tutkimuksessa 1 kuvauskohteeseen (d8508 *vastikkeellinen työ, mm.*) sijoitin käsitteet, jotka kuvasivat palkkatyötä, huolimatta siitä, että kyseessä olivat eläkkeelle jääneet henkilöt. Kotiäidin sijoitin luokkaan (d855 *vastikkeeton työ*) luokkaan liittyvien ICF -periaatteiden mukaisesti joissa todetaan, että työskentely kotiympäristössä ilman palkkaa luokitellaan eri kuvauskohteella kuin palkkatyö. Kuvauskohteeseen (d7701 *puolisosuhteet*) sijoitin käsitteen naimisissa. Samaan kuvauskohteeseen en kuitenkaan voinut sijoittaa yksinasuvaa, eronnutta tai leskeä. Päätökseen vaikutti tutkimuksesta esiin nousseen tiedon luonne. Eli, että edellä mainittujen käsitteiden yhteydessä ei käynyt ilmi, miten tutkittavat elivät tutkimushetkellä. Sijoitin käsitteet tutkimuksen hengen mukaisesti yhtenä kokonaisuutena (d7708 *intiimit suhteet, muu määritelty*) tuomaan esiin sen tiedon, että esimerkiksi avioeron kokenut on kokenut intiimin suhteen, josta hän on eronnut. Alkoholin kulutuksen ja tupakoinnin sijoitin (d5708 *omasta terveydestä huolehtiminen, muu määritelty*). Tutkimuksessa 1 todetaan, että alkoholin on todettu jossain määrin olevan hyväksi terveydelle. Alkoholia voi siis käyttää terveyttä edistämään tai sitä heikentämään. Tupakoinnin sijoitin tähän luokkaan ilmaisemaan, että terveydestä huolehtimisen (negatiivista) laatua voi kuvata sen avulla, että henkilö tupakoi. Kuvauskohde d5708 sallii tulkintani mukaan yksityiskohtaisemman eli tupakoinnin ja alkoholinkäyttöä huomioivan terveydestä huolehtimisen kuvaamisen, kuin d5702.

Käsitteen terveyteen suhteessa oleva käyttäytyminen luokittelin (d5702 *oman terveyden ylläpitäminen*). Luokittelin terveyteen suhteessa olevan käyttäytymisen kuvauskohteeseen d5702, koska se sallii terveystyöskäytännön (eli suhtautumisen oman terveytensä säilyttämiseen) kuvaamisen sekä positiivisesti että negatiivisesti. Tutkimuksessa esiintynyt käsite koulutus oli yleiskäsite, sitä ei tutkimuksessa tarkemmin eritelty, niinpä sijoitin sen (d839 *opetus ja koulutus, muu määritelty ja määrittelemätön*) kuvauskohteeseen. Tutkimuksessa esiintyi käsite tulot, jonka tutkimuksessa esiintyvistä asiayhteydestä (eli siitä miten varallisuus vaikuttaa tupakointiin ja alkoholinkäyttöön) johtuen sijoitin (d8700 *henkilökohtaiset, taloudelliset varat*).

Kuvauskohteiden kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 1 löytyi yhteensä 11/178 (6.17 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista itsestä huolehtiminen, self-care (d5), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, interpersonal interactions and relationships (d7), keskeiset elämän alueet, major life areas (d8).

Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat *oman terveyden ylläpitäminen, maintaining one`s health* (d5702), joka mainittiin 16:ssa tutkimuksessa kaksi kertaa. Kuvauskohde *omasta terveydestä huolehtiminen, muu määritelty, looking after one`s health, other specified* (d5708), mainittiin tutkimuksissa yhteensä viisi kertaa. (Kvantitatiivisessa tarkastelussa esitän kyseisessä tutkimuksessa esiintyvien samojen kuvauskohteiden lukumäärän kuvauskohteen yhteydessä, kuten edellä d5708 yhteydessä). *Puolisosuhteet, spousal relationships* (d7701), mainittiin tutkimuksissa yhteensä kuusi kertaa. *Intiimit suhteet, muu määritelty, intimate relationships, other specified* (d7708), mainittiin tutkimuksissa yhteensä viisi kertaa. *Opetus ja koulutus, muu määritelty ja määrittelemätön, education o.s and unspecified* (d839), mainittiin tutkimuksissa yhteensä seitsemän kertaa. *Vastikkeeton työ, non-remunative employment* (d855), mainittiin tutkimuksissa yhteensä kolme kertaa. *Vastikkeellinen työ, muu määritelty, remunerative employment* (d8508), mainittiin tutkimuksissa yhteensä 11 kertaa. *Henkilökohtaiset taloudelliset varat, personal economic resources* (d8700) mainittiin yhteensä kaksi kertaa. Tutkimuksessa 1 ei löytynyt ainoatakaan kerran mainittua kuvauskohdetta.

Tutkimuksessa 1 etsitään tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyviä tapoja ja liitännäistekijöitä. Tutkimuksessa esiintyi ICF: n suoritukset ja osallistuminen yhdeksästä pääluokasta kolme. Pääluokat olivat (d5) *itsestä huolehtiminen*, (d7) *henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet* ja (d8) *keskeiset elämänalueet*. Kun tarkastellaan löytyneitä ICF -kuvauskohteita, kertoo pääluokka itsestä huolehtiminen oman terveyden huolehtimiseen liittyvistä käsitteistä. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet tuo esiin erilaisia intiimejä suhteita. Keskeisten elämänalueiden

alueelta esiin nousi koulutukseen, työhön ja varallisuuteen liittyviä tekijöitä. Voidaan ehkä ajatella että pääluokka d5 tuo esiin terveyteen liittyviä tapoja ja että pääluokkien d7 ja d8 avulla tuodaan esiin terveyteen liittyviä muita muuttujia.

Taulukko 1 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen koko aineistoissa ja tarkasteltavassa tutkimuksessa 1.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF- kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Terveyteen suhteessa oleva käyttäytyminen		<i>Oman terveyden ylläpitäminen</i>	d5702	2
Päivittäin tupakoiva ja alkoholin kulutus		<i>Omasta terveydestä huolehtiminen, muu määriteltä (mm)</i>	d5708 (2x)	5
Naimisissa		<i>Puolisosuhteet</i>	d7701	6
Yksinasuva, leski, eronnut		<i>Intiimit suhteet, mm.</i>	d7708	5
Koulutus		<i>Opetus ja koulutus, mm ja määrittelemätön (m).</i>	d839	7
Kotiäiti		<i>Vastikkeeton työ</i>	d855	3
Toimistotyöntekijä, teollisuustyöntekijä, maanviljelijä		<i>Vastikkeellinen työ</i>	d8508 (3x)	11
Tulot		<i>Henkilökohtaiset taloudelliset varat</i>	d8700	2
yht.			11/178 (6.17 %)	<u>0</u>

Tutkimuksessa 2 dikotominen toimintakykyisyyden arvio toteutettiin haastattelemalla tutkittavia. Haastattelukysymykset olivat ”moving around in the house” (d4600 *kotona liikkuminen, moving around within the home*), käsite löytyi ainoastaan tästä tutkimuksesta. Lisäksi kysyttiin käsitteitä ”getting in and out of bed” (d4100 *makuulle meno, lying down* ja d4104 *seisominen, standing*), molemmat löytyivät yhteensä kolme kertaa koko aineistossa. Käsitteet ”dressing” (d5400 *vaatteiden pukemine, putting on clothes*) ja ”undressing” (d5401 *vaatteiden riisuminen, taking off clothes*) löytyivät yhteensä kuusi kertaa koko aineistossa. ”Carrying a shopping bag of 5 kg” (d449 *esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen mm.m., carrying, moving and handling objects other specified and un specified*), kuvauskohde löytyi vain tästä tutkimuksesta. ”Walking 400m” (d4500 *lyhyiden matkojen käveleminen, walking short distances*), löytyi neljä kertaa koko aineistossa. ”Climbing a flight of stairs” (d4551 *kiipeäminen, climbing*) mainittiin koko aineistossa kahteen kertaan. ”Managing grocery shopping” (d6200 *ostosten tekeminen, shopping*) ja löytyi vain tästä tutkimuksesta. ”Clipping one`s toenails” (d5204 *varpaankynsien hoitaminen, caring for toenails*), mainittiin kaksi kertaa tutkimuksissa. ”Reading a newspaper” sai kuvauskohteen (d325 *kirjoitettujen viestien ymmärtäminen, communicating with-receiving written messages*) ja se mainittiin vain tässä tutkimuksessa. Lisäksi kysyttiin tutkittavien kykyä suoriutua raskaista kotitöistä, kuten siivoamisesta, ”performing heavy housework such as cleaning” (d6402 *asunnon siivoaminen, cleaning living area*). Kuvauskohde esiintyi vain tässä tutkimuksessa. Tämän jälkeen

kysyttiin matkustamista julkisella kulkuvälineellä, ”travelling on public transport” (d4702 *julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen, using public motorized transportation*), se mainittiin tutkimuksissa kahdesti.

Seuraavaksi esitän perusteluja tutkimuksesta nousseiden käsitteiden kuvauskohteiden valinnoille. Tutkimuksesta 2 löytyneet käsitteet oli suhteellisen yksiselitteistä luokitella ICF: n mukaan. Toisaalta tutkimuksessa esiintyi useita käsitteitä, joita en voinut luokitella. Tutkimuksessa päivittäisiä toimintoja ja toimintakykyä selvitettiin kysymällä tutkittavilta heidän kyvystään liikkua kodin ympäristössä (d4600 *kotona liikkuminen*). Luokitellessani käsitteitä miten vuoteeseen meno ja sieltä nouseminen onnistuu (d4100 *makuulle meno*, d4104 *seisominen*) sijoitin kummankin toiminnon omaan luokkaansa. Vuoteeseen menon ja sieltä nousemisen olisi ehkä voinut luokitella yhdellä luokalla, mutta luokittelin molemmat toiminnot erikseen, sillä ICF -luokitus antoi siihen mahdollisuuden. Tutkimuksessa esiintyneet käsitteet pukeutuminen ja riisuminen oli mielestäni helppo luokitella (d5400 *vaatteiden pukeminen* ja d5401 *vaatteiden riisuminen*). Käsitteen ostokassin kantaminen sijoitin (d449 *esineiden kantaminen, liikuttaminen, käsitteleminen, mm. ja m.*). Kun tutkijat kysyivät 400 metrin kävelykykyä, luokittelin sen (d4500 *lyhyiden matkojen käveleminen*). Portaiden nousullekin löytyi kuvauskohde (d4551 *kiipeäminen*). Tutkimuksessa kysyttiin, miten henkilö selviää sekatavaraostoksista, jonka luokittelin (d6200 *ostosten tekeminen*). Varpaan kynsien leikkaamisellekin löytyi ICF: stä oma kuvauskohde (d5204 *varpaankynsien hoitaminen*). Sanomalehden lukemista ei ICF: ssä mainita, mutta sitä toimintoa vastaava kuvauskohde löytyi (d325 *kirjoitettujen viestien ymmärtäminen*) Tutkijat kysyivät tutkittavien kykyä selvitä raskaista kotitöistä kuten siivoamisesta, jolle löytyi kuvauskohde (d6402 *asunnon siivoaminen*). Tutkittavien kyky matkustaa julkisella kulkuneuvolla sai kuvauskohteen (d4702 *julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen*). Tutkimuksessa 2 käytettiin useita käsitteitä, joita ei voinut sijoittaa ICF: n suoritukset ja osallistuminen osuuteen muun muassa siksi, että ne olivat yläkäsitteitä tai siksi, että ne kuuluivat muihin osa-alueisiin. Käsitteitä olivat toimintarajoitteet (disability), suoritusrajoitteet (activity limitations) elämänlaatu (quality of life), avun tarve (need for help), toimintoihin lukeutuvat kyvyt (functional ability), MMSE (kognitiivisia kykyjä mittaava lomake), terveyshaastattelu (health interview), krooniset sairaudet (chronic diseases), kognitiivinen vajavuus (cognitive impairment), lihavuus (obesity), kehon painoindeksi (body mass index), ikä (age), naiset, (women), miehet (men), monisairastavuus (comorbidity).

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 2 löytyi yhteensä 13/178 (7.30 %) ICF - kuvauskohdetta pääluokista kommunikointi, communication (d3), liikkuminen, mobility (d4), itsestä huolehtiminen, self-care (d5), kotielämä, domestic life (d6).

Tutkimuksessa halutaan selvittää ikääntyneiden aktiivisuuden rajoituksia ja avun tarvetta. Alleviivatut kuvauskohteet esiintyivät vain tässä tutkimuksessa. Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat *kirjoitettujen viestien ymmärtäminen, communicating with-receiving-written messages (d325)*, *esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen, mm ja m., carrying, moving and handling objects, o.s and unsp. (d449)*. *Makuulle meno, lying down (d4100)*, esiintyy tutkimuksissa kolmesti. *Lyhyiden matkojen käveleminen, walking short distances (d4500)*, esiintyi yhteensä neljä kertaa. *Kiipeäminen, climbing (d4551)*, esiintyi kaksi kertaa. *Kotona liikkuminen, moving around within the home (d4600)*, esiintyi vain kerran. Vuoteesta nouseminen, *(seisominen, standing (d4104)*, esiintyi kolme kertaa. *Julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen, using public motorized transportation (d4702)*, esiintyi kaksi kertaa. *Varpaankynsien hoitaminen, caring for toenails (d5204)*, esiintyi kahdesti. Kuvauskohteet *vaatteiden pukeminen, putting on clothes (d5400)* sekä *vaatteiden riisuminen, taking off clothes (d5401)*, esiintyivät molemmat kuusi kertaa tutkimuksissa. *Ostosten tekeminen, shopping (d6200)* ja *asunnon siivoaminen, cleaning living area (d6402)* esiintyvät vain tässä tutkimuksessa. Tutkimuksessa 2 löytyneistä 13: sta kuvauskohteesta viisi (alleviivattua) mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Taulukko 2 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 2.

Toimintakykykäsite tarkasteltavassa tutkimuksessa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF-kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Lukea sanomalehteä	<i>Kirjoitettujen viestien ymmärtäminen</i>	d325	1
Viiden kilon kauppakassin kantaminen	<i>Esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen, mm ja m.</i>	d449	1
Vuoteeseen meno	<i>Makuulle meno</i>	d4100	3
Vuoteesta nouseminen	<i>Seisominen</i>	d4104	3
400 metrin kävely	<i>Lyhyiden matkojen käveleminen</i>	d4500	4
Portaiden kiipeäminen	<i>Kiipeäminen</i>	d4551	2
Liikkuminen talossa	<i>Kotona liikkuminen</i>	d4600	1
Matkustaminen julkisella kulkuvälineellä	<i>Julkisen, moottorikulkuneuvon käyttäminen</i>	d4702	2
Leikata varpaankyntensä	<i>Varpaankynsien hoitaminen</i>	d5204	2
Pukeminen	<i>Vaatteiden pukeminen</i>	d5400	6
Riisuminen	<i>Vaatteiden riisuminen</i>	d5401	6
Suoriutuminen sekatavaraostoksista	<i>Ostosten tekeminen</i>	d6200	1
Raskaat kotityöt, kuten siivoaminen	<i>Asunnon siivoaminen</i>	d6402	1
yht.		13 (7.30%)	5

Tutkimuksessa 3 henkilöt poistettiin tutkimuksesta, jos he tarvitsivat apua ainakin yhdessä seuraavissa päivittäisessä toiminnassa: Hiusten kampaaminen (combing hair) joka sai ICF -kuvauskohteen (d5208 *kehon osien hoitaminen, mm., caring for body parts other specified*). Käsien ylä- ja alavartalon peseminen (washing upper and lower body) sai kuvauskohteen (d5101 *koko kehon peseminen, washing whole body*) ja wc:n käyttäminen (using the toilet) sai kuvauskohteen (d5308 *wc:ssä käyminen mm., toileting other specified*). Ylä- ja alavartalon pukeminen (dressing upper and lower body) saivat (d5400 *vaatteiden pukeminen, putting on clothes* ja d5401 *vaatteiden riisuminen, taking off clothes*). Varpaiden ja sormien kynsien leikkaaminen (cutting fingernails and toenails) sai kuvauskohteen (d5203 *sormenkynsien hoitaminen, caring for fingernails* ja d5204 *varpaankynsien hoitaminen, caring for toenails*). Tutkimuksessa käytetty toimintakyvyn mittaus perustui validoituun mittariin (PADL-H scale). Tutkijat totesivat myös, että kaksi instrumentaalisen, päivittäisen toiminnan aktiiviteettia julkisten kulkuvälineiden käyttö, (d4702 *julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen, using public motorized transportation*) sekä raha-asioiden hoito, (d870 *taloudellinen omavaraisuus, economic self sufficiency*), olivat merkitsevästi yhteydessä kognitiivisen taitojen kanssa. Tuloksissa todetaan, että jos miehillä ei ollut viikoittaista puhelinkontaktia, (d3600 *telekommunikointilaitteiden käyttäminen, using telecommunication devices*), oli se yhteydessä toimintakyvyn alenemisen ja kuolleisuuden kanssa. Naisilla vähemmän kuin kerran viikossa tapahtunut puhelinyhteys ja se, ettei kuulunut mihinkään eläkeläisyhdistykseen, (d9100 *epäviralliset yhdistykset, informal associations*) sekä se ettei ommellut toisille (sewing for others), jolle annoin ICF -kuvauskohteen (d669 *kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, mm ja m., caring for household objects and assisting others*) oli merkitsevästi yhteydessä toimintakyvyn alenemiseen ja kuolleisuuteen. Toimintakyvyn alenemista arvioitiin myös sosiaalisten suhteiden vaihtelevaisuudella, joka ilmeni toisten huolehtimisena (d6608 *muiden henkilöiden avustaminen, mm., assisting others, other specified*). Sosiaalisia suhteita tarkasteltiin lisäksi lastenlasten hoitamisena (d669), talon korjaamisapuna (d669), kotitöiden tekemisenä toisille (d669) ja niin, että itse oli tullut autetuksi esim. talon korjauksessa, jonka sijoitin luokkaan (d698 *kotielämä, mm., domestic life*). Sosiaalisten suhteiden vastavuoroisuutta arvioitiin sillä, asuiko henkilö yksin, joka sai luokan (d798 *henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, mm., interpersonal interactions and relationships*), vai asuiko hän toisten kanssa (d798). Sosiaaliin suhteisiin kuuluivat myös vierailut, kysyttiin tapahtuiko vierailuja jollakin toisella (d9205 *sosiaalinen kanssakäyminen, socializing*), vai ottiko henkilö vieraita vastaan (d9205), vai osallistuiko hän sosiaaliin aktiiviteetteihin kodin ulkopuolella, jonka sijoitin luokkaan (d910 *yhteisöllinen elämä, community life*). Instrumentaalista sosiaalista tukea mitattiin suhteina lapsiin (d7600 *vanhemman suhde*

lapseen, parent-child relations), lastenlapsiin (d7603 *laajennetun perheen sisäiset suhteet, extended family relationships*), sukulaisiin (d7603), uskottuihin henkilöihin (d798), tuttaviin (d798), ja naapureihin (d798). Lisäksi haluttiin tietää toiminnan luonne instrumentaalisisissa sosiaalisissa suhteissa kuten tukena taloustöissä, (d6408 *kotitaloustöiden tekeminen, mm., doing housework, other specified*), ruuanlaittona (d6308 *aterioiden valmistaminen, mm., preparing meals*) ja ostosten tekemisenä (d620 *tavaroiden ja palvelujen hankkiminen, acquisition of good and services*) Tutkimuksesta 3 löytyi 31 käsitettä, jotka voitiin ottaa mukaan ICF -kuvauskohteisiin. Löydetyistä kuvauskohteista kahdeksan esiintyi ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Seuraavaksi esitän perusteluja tutkimuksesta nousseiden käsitteiden luokittelulle. Tutkimuksessa 3 ei tuottanut tulkinnan vaikeutta luokitella fyysisiin päivittäisiin toimintoihin kuuluvia käsitteitä. Päivittäisiä toimintoja tutkimuksessa olivat hiusten kampaaminen, (d5208 *kehonosien hoitaminen, mm.*), (d5101 *koko kehon peseminen*), (d5203 *sormenkynsien hoitaminen*, d5204 *varpaankynsien hoitaminen*, (d5308 *wc:ssä käyminen, mm.*), sekä (d5400 *vaatteiden pukeminen* ja d5401 *vaatteiden riisuminen*). Tutkijat kysyivät myös kahta instrumentaalista päivittäisten toimintojen aktiviteettia saadakseen tietoa henkilön kognitiivisesta käyttäytymisestä. Käsitteen yleisen kulkuvälineen käyttö sijoitin (d4702 *julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen*) ja raha-asioiden hoidon sijoitin kuvauskohteeseen (d870 *taloudellinen omavaraisuus*). Tutkijat arvioivat toimintakyvyn heikkenemistä viikoittaisella puhelimen käytöllä, (d3600 *telekommunikointilaitteiden käyttäminen*). Sosiaalisia suhteita luokiteltaessa oli vaikea löytää kuvauskohdetta, silloin kun itse oli tullut autetuksi. Siksi luokittelin käsitteen sukulaisten tai ystävien tekemät korjaukset talossa, (d698 *kotielämä, mm.*). Tutkijat halusivat tietää, miten tutkittava oli toiminut toisten ihmisten kanssa. Oliko hän huolehtinut toisista (d6608 *muiden henkilöiden avustaminen, mm.*), oliko hän pitänyt lapsenlapsia luonaan (d669 *kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen mm. ja m.*). Kuvauskohteeseen d669 sijoitin myös muita toisten auttamiskäsitteitä, kuten toisten vaatteiden korjaaminen, ompelu, kotitaloudessa tapahtuneet korjaukset ja kotitöiden tekeminen toisille. Instrumentaalisen toiminnan käsitteitä tutkimuksessa esiintyi toimintana sosiaalisissa suhteissa ja tukena taloustöissä, (d6408 *kotitaloustöiden tekeminen, mm.*), jossa käsite muuta erityistä mahdollistaa tulkintani mukaan toiminnan toista henkilöä tukevan luonteen. Käsite ruuanlaitto sai kuvauskohteen (d6308 *aterioiden valmistaminen, mm.*) ja ostokset (d620 *tavaroiden ja palvelujen hankkiminen*). Instrumentaalisen sosiaalisen tuen käsitteitä tutkimuksessa oli useita. Käsite lapset sai kuvauskohteen (d7600 *vanhemman suhde lapseen*). Lastenlapset ja sukulaiset sai kuvauskohteen (d7603 *laajennetun perheen sisäiset suhteet*). Tuttavat, naapurit ja uskotut ystävät saivat kukin kuvauskohteen (d798 *henkilöiden välinen vuorovaikutus ja*

ihmissuhteet, mm.). Sosiaaliseen osallistumiseen liittyviä käsitteitä olivat asuminen yksin ja asuminen toisten kanssa (d798), joka ilmaisee vuorovaikutusta, jota tässä tutkimuksessa haettiin. Vierailua koskevat käsitteet sai kuvauskohteen (d9205 *sosiaalinen kanssakäyminen*). Se, että henkilö osallistui johonkin sosiaaliseen aktiviteettiin kodin ulkopuolella, sai (d910 *yhteisöllinen elämä*). Kuuluminen johonkin klubiin tms. sai (d9100 *epäviralliset yhdistykset*). Tutkimuksessa esiintyi myös käsitteitä, joita ei voinut sijoittaa ICF -luokitukseen, esimerkiksi siksi, että ne olivat yläkäsitteitä. Luokittelemattomia käsitteitä olivat sosiaalisten suhteiden monipuolisuus (diversity in social relations), molemminpuolisuus sosiaalisissa suhteissa (reciprocity of social relations), sosiaalinen osallistuminen (social participation), välineellinen sosiaalinen tuki (instrumental social support), toimintakyvyn aleneminen (functional decline), kuolleisuus (mortality) osallistumattomuus, jostain muusta syystä, kuin kuolema (nonparticipation for reasons other than dead).

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 3 löytyi yhteensä 31/178 (17.41 %) kuvauskohdetta pääluokista kommunikointi (d3), liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), keskeiset elämän alueet (d8), yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d9).

Alleviivatut kuvauskohteet esiintyivät vain tässä tutkimuksessa. Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat (*telekommunikointilaitteiden käyttäminen, using telecommunication devices* (d3600), *julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen, using public motorized transportation* (d4702), joka löytyi yhteensä kaksi kertaa tutkimuksista. *Koko kehon peseminen, washing whole body* (d5101), löytyi kolme kertaa. *Sormenkynsien hoitaminen, caring for fingernails* (d5203) löytyi kerran ja *varpaankynsien hoitaminen, caring for toenails* (d5204), löytyi kaksi kertaa tutkimuksista. *Kehon osien hoitaminen, mm., caring for body parts, o.s* (d5208), esiintyi kuusi kertaa. *Wc:ssä käyminen mm., toileting, o.s* (d5308), löytyi kolme kertaa tutkimuksista. *Putting on clothes, vaatteiden pukeminen* (d5400) ja *taking off clothes, vaatteiden riisuminen* (d5401) mainittiin molemmat kuudesti. *Tavaroiden ja palvelujen hankkiminen, acquisition of good and services* (d620). *Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, mm. ja m., caring for household objects and assisting others o.s and unsp.* (d669x4), mainittiin neljä kertaa, kaikki maininnat vain tässä tutkimuksessa. *Kotielämä, mm., domestic life, o.s* (d698), mainittiin kahdesti. *Aterioiden valmistaminen, mm., preparing meals, o.s* (d6308), mainittiin ainoastaan tässä tutkimuksessa. *Kotitaloustöiden tekeminen, mm., doing housework, o.s* (d6408), mainittiin kahdesti. *Muiden henkilöiden avustaminen, mm., assisting others o.s* (d6608), tuli luokitelluksi yhteensä kahdeksan kertaa. *Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, mm.,*

interpersonal interactions and relationships, o.s (d798x5), luokiteltiin tässä tutkimuksessa viidesti ja yhteensä yhdeksän kertaa. *Laajennetun perheen sisäiset suhteet, extended family relationships* (d7603), luokiteltiin yhteensä kolme kertaa. *Vanhemman suhde lapseen, parent-child relationships* (d7600), *Taloudellinen omavaraisuus, economic self-sufficiency* (d870), *Yhteisöllinen elämä, community life* (d910), *epäviralliset yhdistykset, informal associations* (d9100). *Sosiaalinen kanssakäyminen, socializing* (d9205x2) mainittiin kahdesti ja vain tässä tutkimuksessa. Tutkimuksesta 3 löytyi 8 (alleviivattua) kuvauskohdetta, jotka mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa. Lisäksi löytyi kaksi kuvauskohdetta (d669 ja d9205), jotka mainitaan useammin kuin kerran, mutta ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksessa 3 tarkastellaan sosiaalisten suhteiden rakenteiden ja toiminnan vaikutusta toimintakykyyn. Tutkimuksesta esiin nousseet ICF -pääluokat olivat kommunikointi (d3), liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), keskeiset elämänalueet (d8) ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d9). Sosiaalista toimintaa kuvaavia tietoja tuovat tulkintani mukaan esiin ICF: n pääluokat d3, d4 ja d5. Esiin tulleita tietoja ovat puhelimen käyttö, yleisten kulkuvälineiden käyttö ja kehon eri osien huoltamiseen liittyvät tiedot. Sosiaalisten suhteiden rakennetta tuovat esiin ICF: n pääluokat d6, d7, d8 ja d9. Luokitellut käsitteet kuvaavat kodissa tapahtuvia toimia, ihmisten vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä sekä taloudelliseen itsenäisyyteen ja yhteisölliseen elämään liittyviä tekijöitä.

Taulukko 3 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 3.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF- kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa koko
Viikoittainen puhelinkontakti		<i>Telekommunikointilaitteiden käyttäminen</i>	d3600	1
Julkisen kulkuvälineen käyttö		<i>Julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen</i>	d4702	2
Ylä- ja alavartalon peseminen		<i>Koko kehon peseminen</i>	d5101	3
Sormien kynsien leikkaaminen		<i>Sormien kynsien hoitaminen</i>	d5203	1
Varpaiden kynsien leikkaaminen		<i>Varpaankynsien hoitaminen</i>	d5204	2
Hiusten kampaaminen		<i>Kehon osien hoitaminen, mm.</i>	d5208	6
Wc:n käyttäminen		<i>WC:ssä käyminen, mm.</i>	d5308	3
Pukeminen		<i>Vaatteiden pukeminen</i>	d5400	6
Riisuminen		<i>Vaatteiden riisuminen</i>	d5401	6
Ostosten tekeminen		<i>Tavaroiden ja palvelujen hankkiminen</i>	d620	1
Lastenlasten hoito, talon korjaamisapu, kotitöiden tekeminen toisille, tullut autetuksi talon korjauksissa		<i>Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, mm ja m.</i>	d669 (4x)	4
Ompeleminen toisille		<i>Kotielämä, mm.</i>	d698	2
Ruoanlaitto		<i>Aterioiden valmistaminen, mm.</i>	d6308	1

Tuki taloustöissä	<i>Kotitaloustöiden tekeminen, mm.</i>	d6408	2
Toisista huolehtiminen	<i>Muiden henkilöiden avustaminen, mm.</i>	d6608	8
Asuiko henkilö yksin, asuiko toisen kanssa, uskotut henkilöt, tuttavat, naapurit	<i>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>	d798 (5x)	9
lastenlapset, sukulaiset	<i>Laajennetun perheen sisäiset suhteet</i>	d7603 (2x)	3
Suhteet lapsiin	<i>Vanhemman suhde lapseen</i>	d7600	1
Raha-asioiden hoito	<i>Taloudellinen omavaraisuus</i>	d870	1
Sosiaaliset aktiviteetit kodin ulkopuolella	<i>Yhteisöllinen elämä</i>	d910	1
Kuuluminen eläkeläisyhdistykseen	<i>Epäviralliset yhdistykset</i>	d9100	1
Vierailiko itse, vai ottiko vierailuja vastaan	<i>Sosiaalinen kanssakäyminen</i>	d9205 (2x)	2
yht.		31 (17.41 %)	8

Tutkimuksesta 4 nousi esiin seuraavia ICF -luokitukseen sopivia käsitteitä: naimisissa jonka sijoitin (d7701 *puolisosuhteet, spousal relationships*), ei naimisissa (d7708 *intiimit ihmissuhteet, mm., intimate relationships*), toisen asteen koulutus (d839 *opetus ja koulutus, mm. ja m., education, other specified and unspecified*), akateeminen koulutus (d830 *korkea-asteen koulutus, higher education*), ammattikoulu (d825 *ammattillinen koulutus, vocational training*), ei ammatillista tutkintoa (d839), tytär (d7601 *lapsen suhde vanhempaan, child-parent relationship*), poika (d7601), puoliso (d7701), muu sukulainen (d7603 *laajennetun perheen sisäiset suhteet, extended family relationships*), ystävä (d798). Artikkelissa tutkijat totesivat, että ikääntyneiden hoidossa voi ajoittain esiintyä asiakkaiden kaltoinkohtelua esimerkiksi sen takia, että henkilökuntaa on liian vähän toteuttamassa hoitoa. Kaltoinkohtelun ilmenemistä tiedusteltiin omaisilta. Heiltä kysyttiin ikääntyneiden kaltoinkohteluun liittyviä tekijöitä, kuten henkilökohtaisten tapojen ja tottumusten kunnioittamista, turvallisuuden tunteen saavuttamista ja säilyttämistä sekä yksityisyyden kunnioittamista, jotka sijoitin kunkin omalla kuvauskohteella (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Käsitteen keskustelu uskonnollisista asioista sijoitin (d9308 *uskonto ja hengellisyys mm., religion and spirituality*). Lisäksi tutkimuksessa kysyttiin käsitteitä mahdollisuus nauttia positiivisista asioista ja että kaikki mahdollinen tehdään potilaan hyväksi, jotka sijoitin myös (d940). Laiminlyöntiä tiedusteltiin kysymällä 1.oliko vanhus jätetty tarpeettomasti yksin, 2.oliko vanhus jätetty märkiin vaippoihin pitkäksi aikaa, 3.oliko tapahtunut, että vanhukselle ei annettu apua, mitä hän pyysi, 4.oliko tapahtunut, että vanhukselle ei annettu riittävästi juotavaa, 5.oliko ikääntyneelle puhuttu nöyryyttävästi, vihaisella ja kovalla äänellä, 6.oliko häntä käsitelty kovakouraisesti ja 7.oliko hänet sidottu kiinni epätarkoituksenmukaisesti. Edellä mainitut laiminlyöntiin liittyvät tekijät sijoitin luokkaan (d940 *human rights*) niin, että kukin sai oman luokittelun. Omaisilta tiedusteltiin myös fyysisen hoidon toteutumista, luettelemalla heille erilaisia pääasiassa fyysisiä päivittäisiä toimintoja. Löytyneen käsitteen edessä on ICF -kuvauskohde suluissa. Käsitteet olivat (d5400 *vaatteiden pukeminen, putting on clothes*), (d5401 *vaatteiden riisuminen, taking off clothes*),

(d4104 *seisominen, standing*, d4100 *makuulle meno, lying down*), (d550 *ruokaileminen, eating*), hiusten hoito, parranajo, jotka saivat kuvauskohteen (d5208 *kehon osien hoitaminen, mm., caring for body parts, other specified*), (d5108 *peseytyminen, mm., washing oneself, other specified*), istumaan nostaminen joka sai (d6608 *muiden henkilöiden avustaminen, mm., assisting others, other specified*), (d5208 *kehon osien hoitaminen, mm., caring for body parts*), (d560 *juominen, drinking*), kivun hoito, joka sai (d5708 *omasta terveydestä huolehtiminen, mm., looking after one`s health*), käsien ja kynsien hoito (d5208), jalkojen ja varpaiden kynsien hoito (d5208), hampaiden ja suun hoito (d5208), liikkuminen joka sai kuvauskohteen (d4558 *liikkuminen paikasta toiseen, mm., moving around other specified*), (d4508 *käveleminen, mm., walking, other specified*), ulkoilu (d4608 *liikkuminen erilaisissa paikoissa, mm., moving around in differen locations*), (d5308 *wc:ssä käyminen, mm., toileting, other specified*). Sosiaalisten tarpeiden toteutumista arvioitiin sillä, että toteutuivatko perheenjäsenten illat (d6608 *muiden henkilöiden avustaminen, mm., assisting others, other specified*), ilmoitettiin omaisille ikääntyneen sairastumisesta (d6608), oliko päivittäinen toimintaohjelma ilmoitettu omaisille (d6608), osallistuiko omainen hoidon suunnitteluun (d6608), osallistuiko omainen päätöksen tekoon (d6608).

Seuraavaksi esitän perusteluja tutkimuksesta nousseiden käsitteiden luokittelulle. Käsitteen naimisissa luokittelin (d7701 *puolisosuhteet*) ja käsitteen ei- naimisissa luokittelin (d7708 *intiimit suhteet, mm.*). Käsitteen ei- naimisissa luokittelin kuvauskohteella intiimit suhteet siksi, että henkilöllä joko on tai ei ole intiimi suhde, molemmat mahdollisuudet sisältyvät ICF -luokitukseen. Koulutukseen liittyvän käsitteen ”post secondary diploma” suomensin toisen asteen arvosanaksi ja luokittelin käsitteen kuvauskohteeseen (d839 *opetus ja koulutus, mm. ja m.*). Käsitteen akateeminen taso luokittelin (d830 *korkea-asteen koulutus*) ja käsitteen ammatillinen taso luokittelin (d825 *ammattillinen koulutus*). Käsite ilman ammatillista koulutusta sai koulutuksen yleisluokan (d839). Sukulaisuussuhdetta ilmaiseet käsitteet luokittelin niin, että poika ja tytär saivat molemmat luokan (d7601 *lapsen suhde vanhempaan*), puoliso (d7701), muu sukulainen (d7603 *laajennetun perheen sisäiset suhteet*) ja käsitteen ystävä luokittelin (d798 *henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, mm.*). Pukeutuminen ja riisuminen saivat yksiselitteisesti kuvauskohteet (d5400, d5401) Samoin vuoteeseen meno ja sieltä nouseminen (d4100, d4104). Käsitteen istumaan nostaminen yhteydessä huomio tutkimuksessa oli kohdistunut hoitohenkilökuntaan, niinpä luokittelin sen (d6608 *muiden henkilöiden avustaminen, mm.*) eli että hoitohenkilökunta, joko nostaa henkilön istumaan tai sitten ei. Muita tutkimuksesta nousseita käsitteitä, jotka luokittelin sen perusteella, että kyseessä oli toisten auttaminen, olivat: toteutuivatko perheenjäsenten illat, ilmoitettiin omaisille potilaiden sairaudesta, oliko omaisille ilmoitettu päivittäinen ohjelma, oliko

omaisella mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Kaikissa on tulkintani mukaan kyseessä potilaan auttaminen. Päivittäisten toimintojen yhteydessä esiin nousi käsitteitä (d550 *ruokaileminen*), hiusten hoito, parranajo (d5208, *kehon osien hoitaminen, mm.*), (d5108 *peseytyminen, mm.*), ihon hoito (d5208), (d560 *juominen*) sekä kivun helpottaminen (d5708 *omasta terveydestä huolehtiminen, mm.*). Käsitteen kivun helpottaminen luokittelussa huomio oli siinä, että henkilö ottaa tai ei ota kipulääkkeensä ja että hän pyytää tai ei pyydä niitä tarvittaessa eli huolehtii tai ei huolehdi omasta terveydestään. Käsien ja kynsien sekä jalkojen ja varpaiden kynsien hoidon, sekä hampaiden ja suun hoidon luokittelin samalla luokalla, niin että jokainen käsite sai oman kuvauskohteen (d5208 *kehon osien hoitaminen, mm.*). Liikkumisen luokittelin (d4558 *liikkuminen paikasta toiseen, mm.*). Kävely sai kuvauskohteen (d4508 *käveleminen, mm.*) ja ulosmeno sai (d4608 *liikkuminen erilaisissa paikoissa, mm.*). Wc:n luokittelin (d5308 *wc:ssä käyminen, mm.*). Ymmärsin englanninkielisen käsitteen ”toileting” wc-suorituksiksi. Tutkimuksessa tutkittiin laitoksissa asuvien henkilöiden mahdollisuuksia käydä uskonnollista keskustelua, luokittelin käsitteen (9308 *uskonto ja hengellisyys, mm.*). Luokkaan d940 sijoittamani 13 tässä tutkimuksessa aiemmin mainitsemani kaltoinkohteluun liittyvää tekijää luokittelin ihmisoikeudet -kuvauskohteella siksi, että tutkimuksessa todetaan, että laitoshoidossa asuva henkilö on ulkopuolisesta avusta riippuvainen, ja ihmisoikeudet saattavat jäädä toteutumatta tai toteutuvat heikosti. Seuraaville tekijöille ei löytynyt luokkaa lepo ja uni.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 4 löytyi yhteensä 48/178 (26.96 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista mobility (d4), self-care (d5), domestic life (d6), interpersonal interactions and relationships (d7), major life areas (d8), community, social and civic life (d9).

Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat (*lying down, makuulle meno d4100*), (*standing, seisominen d4104*), jotka molemmat luokittelin yhtenä kolme kertaa. (*Walking o.s, käveleminen, mm. d4508*), sai kuvauskohteen yhdeksän kertaa. (*Moving around o.s, liikkuminen paikasta toiseen, mm. d4558*) sekä (*moving around in different locations, o.s, liikkuminen erilaisissa paikoissa, mm. d4608*) luokiteltiin vain tästä tutkimuksesta. (*Ruokaileminen d550*) luokiteltiin yhteensä neljä kertaa. Sen sijaan (*drinking, juominen d560*) ja (*washing oneself, o.s., peseytyminen, mm.d5108*) sai kuvauskohteen vain kerran ja tässä tutkimuksessa. (*Caring for body parts o.s, kehon osien hoitaminen, mm. d5208x5*) luokiteltiin kaikkiaan kuudesti, joista viidesti tässä tutkimuksessa. (*Toileting, o.s, wc:ssä käyminen, mm. d5308*) luokiteltiin kolmesti. (*Putting on clothes, vaatteiden pukeminen d5400*) ja (*taking off clothes, vaatteiden riisuminen d5401*) luokiteltiin kuudesti. (*Looking after one`s health, o.s, omasta terveydestä huolehtiminen, mm. d5708*) luokiteltiin viidesti. (*Assisting others, muiden henkilöiden avustaminen, mm. d6608x6*) sai kuvauskohteen yhteensä

kahdeksan kertaa. (*Interpersonal interactions and relationships, o.s, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet* d798) luokiteltiin yhdeksän kertaa. (*Child-parent relationships, lapsen suhde vanhempaan* d7601x2) luokiteltiin kahdesti ja vain tässä tutkimuksessa. *Extended family relationships, laajennetun perheen sisäiset suhteet* (d7603) sai luokittelun kolme kertaa. *Spousal relationships, puolisosuhteet* (d7701) sai kuvauskohteen kuusi kertaa ja *intimate relationships, o.s* (d7708) yhteensä viisi kertaa. *Ammatillinen harjoittelu, (ammattillinen koulutus, vocational training* d825) ja (*korkea-asteen koulutus, higher education* (d830), mainittiin vain tässä tutkimuksessa. *Education, o.s and unsp., opetus ja koulutus, mm ja m.* d839 sai kuvauskohteen yhteensä seitsemän kertaa. *Human rights, ihmisoikeudet* d940x13. *Uskonto ja hengellisyys, mm., religion and spirituality o.s* (d9308). Tutkimuksesta 4 löytyi 7/48 kuvauskohdetta, jotka mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa. Lisäksi kuvauskohde d7601 mainittiin kahteen kertaan, mutta vain tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksessa halutaan tietoja ikääntyneiden hoidon laadusta eli fyysisten ja psykoemotionaalisten tarpeiden tyydyttämisestä, sosiaalisten suhteiden rakenteesta sekä kaltoinkohtelusta.

ICF pääluokkia tutkimuksesta löytyi kuusi. Löytyneet pääluokat olivat liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet (d8) ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d9). ICF -pääluokkien d4 ja d5 avulla voidaan tulkintani mukaan kuvata fyysisten tarpeiden tyydyttymistä melko yksityiskohtaisesti. Tutkimuksesta saatu ICF -kuvauskohteiden mukainen tieto kertoo ikääntyneiden kävelystä, liikkumisesta, syömisestä, juomisesta, peseytymisestä, kehon hoidosta, wc-toimista, pukeutumisesta ja riisumisesta ja oman terveyden huolehtimisesta. Pääluokat d6 ja d7 tuovat esiin tietoja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja ihmissuhteista. Pääluokka d8 tuo esiin tietoja koulutukseen liittyvistä asioista ja d9 mahdollistaa ihmisoikeuksien ja hengellisen elämän laadun esiin tuomisen.

Taulukko 4 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 4.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF-kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Makuulle meno		<i>Makuulle meno</i>	d4100	3
Vuoteesta nouseminen		<i>Seisominen</i>	d4104	3
Kävely		<i>Käveleminen</i>	d4508	9
Liikkuminen		<i>Liikkuminen paikasta toiseen, mm.</i>	d4558	1
Ulkoilu		<i>Liikkuminen erilaisissa paikoissa, mm.</i>	d4608	1

Ateriat	<i>Ruokaileminen</i>	d550	4
Juominen	<i>Juominen</i>	d560	1
Peseytyminen	<i>Peseytyminen,mm.</i>	d5108	1
Hiusten hoito ja parranajo, ihon hoito, käsien kynsien hoito, jalkojen kynsien hoito, hampaiden ja suun hoito	<i>Kehon osien hoitaminen, mm.</i>	d5208 (5x)	6
Wc-käynnit	<i>Wc:ssä käyminen,mm.</i>	d5308	3
Pukeminen	<i>Vaatteiden pukeminen</i>	d5400	6
Riisuminen	<i>Vaatteiden riisuminen</i>	d5401	6
Kivun hoito	<i>Omasta terveydestä huolehtiminen, mm.</i>	d5708	5
Istumaan nostaminen, perheenjäsenten illat, ilmoitettiin omaisille sairastumisesta, päivittäinen toimintaohjelma omaisille tiedoksi, hoidon suunnitteluun osallistuminen, omaisen päätöksentekoon osallistuminen	<i>Muiden henkilöiden avustaminen, mm..</i>	d6608 (6x)	8
Ystävä	<i>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>	d798	9
Tytär, poika	<i>Lapsen suhde vanhempaan</i>	d7601 (2x)	2
Muu sukulainen	<i>Laajennetun perheen sisäiset suhteet</i>	d7603	3
Naimisissa, puoliso	<i>Puolisosuhteet</i>	d7701 (2x)	6
Ei naimisissa	<i>Intiimit ihmissuhteet, mm..</i>	d7708	5
Ammattikoulu	<i>Ammatillinen koulutus</i>	d825	1
Akateeminen koulutus	<i>Korkea-asteen koulutus</i>	d830	1
Toisen asteen koulutus, ei ammatillista tutkintoa	<i>Opetus ja koulutus, mm.. ja m..</i>	d839 (2x)	7
Liian vähän henkilökuntaa, henkilökohtaisten tapojen kunnioittaminen, turvallisuuden tunne, yksityisyyden kunnioittaminen, mahdollisuus nautia positiivisista asioista, kaikki mahdollinen tehdään potilaan hyväksi, oliko vanhus jätetty yksin, märkiin vaipoihin, oliko avunanto laiminlyöty, annettiin juotavaa riittävästi, oliko vanhukselle puhuttu nöyryyttävästi, oliko häntä käsitelty kovakouraisesti, oliko hänet sidottu kiinni epätarkoituksenmukaisesti	<i>Ihmisoikeudet</i>	d9401 (3x)	19
Keskustelu uskonnollisista asioista	<i>Uskonto ja hengellisyys, mm..</i>	d9308	1
yht.		48 (26.96%)	7

Tutkimuksessa 5 ICF -luokitukseen löytyi vain kuusi kuvauskohdetta, joista tutkimuksessa esiintynyt koulutus alle kuusi vuotta ja yli kuusi vuotta saivat kuvauskohteen (d839 *opetus ja koulutus, mm ja m., education, other specified and unspecified*). Muut löytyneet tekijät olivat, naimisissa (d7701 *puolisosuhteet, spousal relationships*), ei -naimisissa (d7708 *intiimit ihmissuhteet, mm, intimate relations, other specified*) ja vierailiko joku vähemmän tai enemmän kuin viikoittain (d9208 *virikistäytyminen ja vapaa-aika, mm., recreation and leisure, other specified*). Vierailu-käsitteen sijoitin kuvauskohteeseen vapaa-aika siksi, että kyseessä voidaan

ajatella olevan dementiaa sairastavien henkilöiden virkistys ja vapaa-aika, silloin kun he saavat vieraita. Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta oli myös pyydetty kirjallinen, informoitu suostumus, jonka luokittelin (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Tutkimuksessa 5 esiintyi käsitteitä, joita ei voinut luokitella ICF: n suoritus ja osallistuminen osa-alueeseen muun muassa siksi, että ne olivat yläkäsitteitä. Käsitteet olivat asuminen kotona (live at home), toiminnalliset kyvyt (functional abilities), muistiongelmia (memory complaints), terveystoimintatyyppi (health behaviour), näkökyky (vision), kuulo (hearing), sukupuoli, ikä, MMSE, IADL ja ADL.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 5 löytyi yhteensä 6/178 (3.37 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista interpersonal interactions and relationships (d7), major life areas (d8), community, social and civil life (d9). Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat *spousal relationships, puolisosuhteet* (d7701), joka löytyy tutkimuksista yhteensä 6 kertaa ja *intimate relations, o.s, intiimit ihmissuhteet, mm.* (d7708) löytyy yhteensä viisi kertaa. *Education, o.s and unsp., opetus ja koulutus, mm. ja m.* (d839x2) tuli luokitelluksi yhteensä seitsemän kertaa. *Human rights, ihmisoikeudet* (d940) sai kuvauskohteen yhteensä 19 kertaa. *Recreation and leisure, o.s, virkistäytyminen ja vapaa-aika, mm.* (d9208) mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksessa haluttiin tietoja kognitiivisesta heikkenemisestä sekä dementian diagnosointiin liittyvistä tekijöistä. ICF -pääluokkia tutkimuksesta löytyi kolme, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), keskeiset elämänalueet (d8) ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Pääluokka d7 toi esiin psykoemotionaalille osa-alueelle kuuluvia tietoja ihmissuhteista. Pääluokka d8 toi esiin koulutuksen vaikutusta kognitiiviseen heikkenemiseen. Pääluokka d9:n avulla voidaan kuvata ihmisoikeuksien toteutumista ja dementiaa sairastavien vapaa-ajan viettoja esimerkiksi, silloin kun he saavat vieraita.

Taulukko 5 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 5.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa	koko
Naimisissa		<i>Puolisosuhteet</i>	d7701	6	
Ei naimisissa		<i>Intiimit ihmissuhteet, mm..</i>	d7708	5	
Koulutus alle ja yli kuusi vuotta		<i>Opetus ja koulutus, mm.. ja m..</i>	d839 (2x)	7	
Informoitu suostumus		<i>Ihmisoikeudet</i>	d940	19	
Vierailujen määrä		<i>Rentoutuminen ja vapaa-aika, mm.</i>	d9208	1	
yht.			6 (3.37%)	1	

Tutkimuksessa 6 ADL -toimintoja ei yksilöidä, vaan päivittäiset toiminnot tuodaan tutkimuksessa esiin yhtenä kokonaisuutena. ADL -toimintakykyisyyden mittarina on dikotominen jako,

(päivittäiset toiminnot kyllä onnistuu tai ei onnistu). ADL -toimintojen lisäksi kysytään lonkkakipua ja kipulääkkeiden käyttöä (d5702 *oman terveyden ylläpitäminen, maintaining one's health*). Artikkelin kirjoittajien käyttämä käsite, toiminnalliset parametrit tarkoittavat tutkimuksessa tulkintani mukaan kävelykykyä, sillä ADL -toiminnot tuodaan esiin erittelemättä. ICF -luokitukseen luokittelin kävelyä koskeneet kysymykset kahdella eri kuvauskohteella. Ensimmäiseksi luokittelin, kävelee yksin sisällä, muttei ulkona, sekä kyvyttömyys kävellä (d4500 *lyhyiden matkojen käveleminen, walking short distances*). Toiseksi (d4508 *käveleminen, mm., walking, other specified*), joka sai kuvauskohteen kolmesti: Ensimmäinen luokiteltu käsite oli, käveli yksin tai seurassa ulos (walked alone or accompanied out of doors), toinen tekijä oli, käveli sisällä vain jonkun henkilön kanssa (walked indoors only accompanied) ja kolmas tekijä oli, kävelyapuvälineen käyttö, jossa luokittelin käsitteet yksi keppi, (one stick), kaksi keppiä, (two sticks), rollator, ja kävelytuki (walking frame) yhdellä luokalla. Tutkimuksessa esiintynyt käsite pyörätuoli, sai kuvauskohteen (d4208 *itsensä siirtäminen, mm., transferring oneself, other specified*). Tutkimuksessa esiintynyt käsite kyky istua sai kuvauskohteen (d4153 *istuma-asennon ylläpitäminen, maintaining a sitting position*). Pukeutumisen ja riisumisen luokittelin, kuten aiempien tutkimusten yhteydessä (d5400 ja d5401). Tutkimuksessa käytetty käsite, kipulääkkeiden käyttö sai kuvauskohteen (d5702 *oman terveyden ylläpitäminen, maintaining one's health*). Tutkimuksessa esiintyneitä ”kävelee yhtä hyvin kuin ennen ja kävelee huonommin lonkan takia” en luokitellut ICF -luokitukseen, koska käsitteet ovat yläkäsitteitä. Kävelyä tulisi kuvata yksityiskohtaisemmin, että kuvauskohteen voisi määrittää.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 6 löytyi yhteensä 10/178 (5.61 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista mobility (d4), self-care (d5).

Löytyneet luokat olivat *maintaining a sitting position, istuma-asennon ylläpitäminen (d4153)*, *transferring oneself, o.s, itsensä siirtäminen, mm. (d4208)*, *walking short distances, lyhyiden matkojen käveleminen (d4500)*, joka luokiteltiin yhteensä neljä kertaa. *Walking o.s, käveleminen, mm. (d4508)* luokiteltiin tutkimuksista yhtensä yhdeksän kertaa. *Putting on clothes, vaatteiden pukeminen (d5400)* ja *taking off clothes, vaatteiden riisuminen (d5401)* luokiteltiin molemmat kuusi kertaa. *Maintaining one's health, oman terveyden ylläpitäminen (d5702)* luokiteltiin kaksi kertaa. Tutkimuksesta 6 löytyi 2/10 (alleiviivattua) kuvauskohdetta, jotka mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa (d4153, d4208).

Tutkimuksessa pyrittiin tekemään toiminnallisia vertailuja kahden erilaisen lonkkaleikkauksen yhteydessä. Esiin nousseet ICF -pääluokat olivat d4 liikkuminen ja d5 itsestä huolehtiminen.

Liikkumisen alueella tutkijat olivat lähinnä kiinnostuneita kävelyn kuvaamisesta. ICF mahdollistaa yksityiskohtaisemman kävelytoimintojen kuvaamisen, kuin tässä tutkimuksessa esiintyi. Itsestä huolehtimiskokonaisuus tuo esiin tietoja henkilön pukeutumisesta ja riisumisesta sekä oman terveyden säilyttämisestä.

Taulukko 6 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 6.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Kyky istua		<i>Istuma-asennon ylläpitäminen</i>	d4153	1
Pyörätuoli		<i>Itsensä siirtäminen, mm..</i>	d4208	1
Kävelee sisällä, muttei ulkona, kyvyttömyys kävellä		<i>Lyhyiden matkojen käveleminen</i>	d4500 (2x)	4
Käveli yksin tai seurassa, käveli sisällä vain jonkun henkilön seurassa, kävelyapuvälineen käyttö		<i>Käveleminen, mm..</i>	d4508 (3x)	9
Pukeminen		<i>Vaatteiden pukeminen</i>	d5400	6
Riisuminen		<i>Vaatteiden riisuminen</i>	d5401	6
Kipulääkkeiden käyttö		<i>Oman terveyden ylläpitäminen</i>	d5702	2
yht.			10 (5.61%)	2

Tutkimuksessa 7 sijaisvastaajan, joita käytettiin 15 ikääntyneen puolesta, sijoitin (d6608 *muiden henkilöiden avustaminen, mm., assisting others, other specified*). Tutkimuksessani ICF-kuvauskohteen d6608 valinta johtuu siitä, että sijaisvastaavan tehtävä on avustaa ja edesauttaa dementoituneen henkilön elämänlaatua. Tutkimuksessa asumisen kaksi käsitettä luokiteltiin asuminen yksin (d798 *henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, interpersonal interactions and relationships*) tai asuminen jonkun kanssa (d798). Kuvauskohteen valintaan vaikutti se, että tutkimuksessa 7 tarkastellaan yksinäisyyden vaikutusta laitokseen joutumisen kannalta. Ongelmat päivittäisissä toiminnoissa määritettiin tutkimuksessa dikotomisesti siten, että jos tutkittavalla oli vaikeuksia yhdessäkin seuraavista, hänet määritettiin luokkaan kyvyttömyys päivittäisissä toiminnoissa (ADL disability). ADL -toiminnot, jotka lomakkeella kerättiin, olivat kävely huoneiden välillä (d4500 *lyhyiden matkojen käveleminen, walking short distances*), wc:n käyttö (d5300 *virtsaamisen sääteleminen, regulating urination*). En käyttänyt (d5308 *toileting*), koska tutkimuksessa kiinnitetään erityisesti huomio virtsaamisen onnistumiseen. Peseytyminen ja kylpeminen saivat kuvauskohteen (d5101 *koko kehon peseminen, washing whole body*). Käsitteiden *vaatteiden pukeminen* (d5400), ja *vaatteiden riisuminen* (d5401), *makuulle meno* (d4100), vuoteesta nouseminen, *seisominen* (d4104), *ruokaileminen* (d550) luokittelu tapahtui yksiselitteisesti, mielestäni ilman tulkintavaikeuksia. ICF -kuvauskohteiden mukaan ei tekijöitä vaikeuksia nukahtaa, haluttomuus tehdä asioita ja energian puute, väsyneisyys, hermostunut jännittyneisyys,

ärsyyntyvyys ja vihan purkaukset, masennuksen tunne voinut luokitella suoritukset ja osallistuminen osa-alueessa. Ne kuuluvat ICF: n muihin osa-alueisiin.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 7 löytyi yhteensä 11/178 (6.17%) kuvauskohdetta pääluokista mobility (d4), self-care (d5), domestic life (d6), interpersonal interactions and relationships (d7).

Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat *lying down, makuulle meno* (d4100), *standing, seisominen* (d4104), jotka luokiteltiin tutkimuksista yhteensä 3 kertaa. *Walking short distances, lyhyiden matkojen käveleminen* (d4500) luokiteltiin neljä kertaa. *Washing whole body, koko kehon peseminen* (d5101) luokiteltiin kolme kertaa. *Virtsaaamisen sääteleminen, regulating urination* (d5300) luokiteltiin vain tässä tutkimuksessa. *Putting on clothes, vaatteiden pukeminen* (d5400) ja *taking off clothes, vaatteiden riisuminen* (d5401) luokiteltiin kaikkiaan kuusi kertaa kumpikin. *Eating, ruokaileminen* (d550) luokiteltiin kolmesti. *Assisting others o.s, muiden henkilöiden avustaminen, mm.* (d6608) luokiteltiin yhteensä kahdeksan kertaa. *Interpersonal interactions and relationships, o.s, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet* (d798) luokiteltiin yhteensä yhdeksän kertaa. Tutkimuksesta 7 löytyi 1/11 (alleviivattu) kuvauskohde, joka mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksessa etsittiin laitokseen joutumisen ennustekijöitä sekä haluttiin tietää äkillisen virtsanpidätyskyvyttömyyden vaikutuksista. Löytyneet ICF -pääluokat olivat liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6), ja ihmisten välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7). Pääluokkien d4 ja d5 avulla voidaan tuoda esiin tietoja fyysisistä päivittäisistä toiminnoista, kuten vuodetoiminnoista, kävelystä, pukeutumisesta ja riisumisesta ja syömisestä melko tarkasti. Tutkimuksessa sosiaalista toimintaa kuvataan suppeasti. ICF -luokitukseen tuli vain kolme pääluokkiin d6 ja d7 kuuluvaa luokkaa tästä tutkimuksesta.

Taulukko 7 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 7.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa	koko
Makuulle meno		<i>Makuulle meno</i>	d4100	3	
Vuoteesta nouseminen		<i>Seisominen</i>	d4104	3	
Kävely huoneiden välillä		<i>Lyhyiden matkojen käveleminen</i>	d4500	4	
Peseytyminen		<i>Koko kehon peseminen</i>	d5101	3	
Wc:n käyttö		<i>Virtsaaamisen sääteleminen</i>	d5300	1	
Pukeminen		<i>Vaatteiden pukeminen</i>	d5400	6	
Riisuminen		<i>Vaatteiden riisuminen</i>	d5401	6	
Syöminen		<i>Ruokaileminen</i>	d550	3	

Sijaisvastaaja	<i>Muidenhenkilöiden avustaminen, mm.</i>	d6608	8
Asuminen yksin, asuminen jonkun kanssa	<i>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>	d798 (2x)	9
yht.		11 (6.17%)	1

Tutkimuksessa 8 ICF -luokitukseen tutkimuksesta löytyi vain yksi kuvauskohde allekirjoitettu, informoitu suostumus (written informed consent), jonka sijoitin luokkaan (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Muita artikkelissa esiintyneitä käsitteitä, kuten maksimaalinen isometrinen käden puristusvoima ja mieliala, ei ollut mahdollista luokitella.

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli fyysisen toimintakyvyn osa-alue. Tutkimuksesta 8 löytyi yksi kuvauskohde (1/178, 0.056 %), pääluokasta community, social and civil life (d9). Löytynyt ICF -kuvauskohde oli *human rights* (d940). Kuvauskohde löytyi tutkimuksista 19 kertaa.

Taulukko 8 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 8.

Toimintakykykäsite tarkasteltavassa tutkimuksessa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF-kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Informoitu suostumus	<i>Ihmisoikeudet</i>	d940	19
Yht.		1 (0.56%)	0

Tutkimuksen 9 tuloksissa todetaan, että nuorimmilla vastaajilla, varsinkin naisilla sekä eläkkeelle jääneillä toimistotyöntekijöillä ja naimisissa olevilla, jonka luokittelin (d7701 *puolisuuhteet, spousal relationships*) oli terveellisimmät ruokailutottumukset. Luokittelin eri ammattien edustajat, toimistotyöntekijä, teollisuustyöntekijä, maanviljelijä, jokin muu työnantaja (4xd8508, *vastikkeellinen työ, remunerative employment*). Koulutuksen luokittelin (d839 *opetus ja koulutus, mm., education, other specified*) ja käsitteet eronnut, yksinäinen ja leski yhteen luokkaan (d7708, *intiimit ihmissuhteet, mm., intimate relationships*). Kotiäidin luokittelin (d855, *vastikkeeton työ, non-remunerative employment*). Tutkimuksessa käytettiin terveellisen ruokavalion (d5701 *ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen, managing diet and fitness*) käyttäjän määrittämiseksi dikotomista luokittelua niin, että jos tutkittava vältti voion ja rasvaisen maidon käyttämistä sekä käytti ruokavaliossaan vihanneksia ja hedelmiä, hänet luokiteltiin luokkaan ”terveelliset ruokatottumukset”, muut luokiteltiin luokkaan epäterveelliset ruokatottumukset. Edellä mainittuja tekijöitä ei kuitenkaan voinut luokitella ICF: n mukaan.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 9 löytyi yhteensä 9/178 (5.05 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista self-care (d5), interpersonal interactions and relationships (d7), major life areas (d8).

Löytyneet kuvauskohteet olivat *ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen, managing diet and fitness* (d5701), *spousal relationships, puolisosuhteet* (d7701), joka luokiteltiin tutkimuksissa yhteensä kuudesti. *Intimate relationships, intiimit ihmissuhteet, mm.* (d7708) luokiteltiin myös kuudesti. *Education o.s, opetus ja koulutus, mm.* (d839) luokiteltiin seitsemän kertaa. *Vastikkeellinen työ, remunerative employment* (d8508) luokiteltiin yhteensä 11 kertaa ja *Vastikkeeton työ, non- remunerative employment* (d855) kolme kertaa. Kuvauskohde d5701 mainitaan vain tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksesta esiin tulleita ICF pääluokkia oli kolme, itsestä huolehtiminen (d5), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), ja keskeiset elämänalueet (d8). Ruokavaliion muutoksia kuvaavia tietoja tuotiin esiin pääluokan d5 avulla. Ihmissuhteita kuvattiin pääluokan d7 avulla ja koulutukseen ja työhön liittyviä asioita tuotiin esiin pääluokan d8 avulla.

Taulukko 9 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 9.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa	koko
Terveellisen ruokavaliion käyttäjä		<i>Ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen</i>	d5701	1	
Naimisissa		<i>Puolisosuhteet</i>	d7701	6	
Eronnut, yksinäinen, leski		<i>Intiimit ihmissuhteet, mm.</i>	d7708	5	
Koulutus		<i>Opetus ja koulutus, mm.</i>	d839	7	
Toimistotyöntekijä, teollisuustyöntekijä, maanviljelijä, muu työnantaja		<i>Vastikkeellinen työ</i>	d8508 (4x)	11	
Kotiäiti		<i>Vastikkeeton työ</i>	d855	3	
yht.			9 (5.05%)	1	

Tutkimuksessa 10 eläkkeelle jääneillä toimistotyöntekijöillä (d8508 *vastikkeellinen työ, remunerative employment*) oli paras toimintakyky (functional ability). Eronneilla tai leskeksi jääneillä (d7708 *intiimit suhteet, mm., intimate relationships*) oli hiukan huonompi toimintakyky kuin naimisissa olevilla (d7701 *puolisosuhteet, spousal relationships*). Tutkimuksessa mainittuja muita ammattiryhmiä olivat teollisuustyöntekijät (d8508), maanviljelijät (d8508) sekä muu työntekijä (d8508) Kotirouva sai kuvauskohteen (d855 *vastikkeeton työ, non-remunerative employment*). Lisäksi luokittelin koulutuksen (d839 *opetus ja koulutus, mm.*) Käsite tulot sai kuvauskohteen (d8700 *henkilökohtaiset taloudelliset varat, personal economic resources*) ja elämäntapamuutokset (d5708 *omasta terveydestä huolehtiminen, mm, looking after one`s health, other specified*). Kuvauskohteen valintaan vaikutti se, että tutkimuksessa haluttiin tietää elämäntapamuutoksia, jotka liittyivät terveyteen. Toimintakykyä mitattiin kyselylomakkeella, jossa kysyttiin ADL -aktiviteetteja. Neljä kysymystä *koko kehon peseminen, washing whole body* (d5101), *vaatteiden pukeminen* (d5400),

vaatteiden riisuminen (d5401) ja *ruokaileminen* (d550) koskivat perusaktiviteetteja (BADL). Yhdellä kysymyksellä kevyet kotityöt ja niiden tekeminen *kotitaloustöiden tekeminen, mm., doing housework, other specified* (d6408) mitattiin instrumentaalisia, päivittäisiä toimia. Liikkuvuutta kysyttiin kahdella kysymyksellä, jotka olivat kävely ulkona (d4508 *käveleminen, mm., walking, other specified*) ja portaiden käyttö (d4551 *kiipeäminen, climbing*). ICF -luokittelun ulkopuolelle jäivät sellaiset käsitteet kuin ikä, sukupuoli, voin välttäminen, vihannesten ja hedelmien kulutus, maidon tyyppi, nykyinen ihmissuhde (present marital status).

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 10 löytyi yhteensä 17/178 (9.55%) kuvauskohdetta pääluokista mobility (d4), self-care (d5), domestic life (d6), interpersonal interactions and relationships (d7), major life areas (d8).

Löytyneet ICF -kuvauskohteet olivat *walking, o.s, käveleminen, mm.* (d4508), joka luokiteltiin tutkimuksista yhdeksän kertaa. *Kiipeäminen, climbing* (d4551) luokiteltiin kaksi kertaa. *Ruokaileminen, eating* (d550) sai kuvauskohdeluokituksen kolme kertaa. *Koko kehon peseminen, washing whole body* (d5101) luokiteltiin kolme kertaa. *Vaatteiden pukeminen, putting on clothes* (d5400) ja *vaatteiden riisuminen, taking off clothes* (d5401) luokiteltiin molemmat kuusi kertaa. *Omasta terveydestä huolehtiminen, mm., looking after one`s health, o.s* (d5708) luokiteltiin viisi kertaa. *Kotitaloustöiden tekeminen, mm., doing housework, o.s* (d6408) luokiteltiin kaksi kertaa. *Puolisuuhteet, spousal relationships* (d7701) ja *intiimit ihmissuhteet, intimate relationships* (d7708) luokiteltiin molemmat viisi kertaa. *Opetus ja koulutus, mm., education* (d839) luokiteltiin seitsemän kertaa. *Vastikkeellinen työ, remunerative employment* (d8508) luokiteltiin yksitoista kertaa ja *vastikkeeton työ, non-remunerative employment* (d855) luokiteltiin kolme kertaa. *Henkilökohtaiset taloudelliset varat, personal economic resources* (d8700) luokiteltiin kaksi kertaa. Kaikki tutkimuksessa esiintyneet tekijät mainitaan tutkimuksissa useammin kuin kerran.

Ikääntyneen väestön toimintakyky oli kiinnostuksen kohteena tässä tutkimuksessa. Esiin nousi tietoja viidestä ICF -pääluokasta, liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), kotielämä (d6), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), ja keskeiset elämänalueet (d8). Fyysisiä osa-alueita tuodaan esiin pääluokkien d4 ja d5 ja d6 avulla. Pääluokan d7 avulla saadaan tietoja vuorovaikutussuhteista ja pääluokka d8 tuo esiin tietoja rakenteellisista tekijöistä kuten koulutus, työ ja henkilökohtainen varallisuus.

Taulukko 10 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 10.

Toimintakykykäsite tarkasteltavassa tutkimuksessa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF-kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Kävely ulkona	<i>Käveleminen</i>	d4508	9
Portaiden käyttö	<i>Kiipeäminen</i>	d4551	2
Syöminen	<i>Ruokaileminen</i>	d550	3
Kylpeminen	<i>Koko kehon peseminen</i>	d5101	3
Pukeminen	<i>Vaatteiden pukeminen</i>	d5400	6
Riisuminen	<i>Vaatteiden riisuminen</i>	d5401	6
Elämäntapamuutokset	<i>Omasta terveydestä huolehtiminen, mm.</i>	d5708	5
Kevyiden kotitöiden tekeminen	<i>Kotitaloustöiden tekeminen, mm.</i>	d6408	2
Naimisissa	<i>Puolisosuhteet</i>	d7701	6
Eronnut tai leskeksi jäänyt	<i>Intiimit ihmissuhteet, mm.</i>	d7708	5
Koulutus	<i>Opetus ja koulutus, mm.</i>	d839	7
Eläkkeelle jäänyt toimistotyöntekijä, teollisuustyöntekijä, maanviljelijä, muu työntekijä	<i>Vastikkeellinen työ</i>	d8508 (4x)	11
Kotirouva	<i>Vastikkeeton työ</i>	d855	3
Tulot	<i>Henkilökohtaiset taloudelliset varat</i>	d8700	2
yht.		17 (9.55 %)	<u>0</u>

Tutkimuksesta 11 ei löytynyt ICF: ään sopivia kuvauskohteita. Tutkimuksessa esiintyneitä käsitteitä, kuten näkövamma, ADL, MMSE, sukupuoli, ikä ja kuulovamma en voinut luokitella ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen mukaisesti.

Tutkimuksesta 12 ICF -luokitukseen löysin yhden käsitteen (potilaan yksityisyys), jonka luokittelin (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 12 löytyi 1/178 (0.56 %) kuvauskohde pääluokasta community, social and civil life (d9). Kuvauskohde (d940) esiintyy useassa tutkimuksessa. Tutkimuksessa esiintyneitä käsitteitä kuten kulttuuriset erot ja eettisyyden harjoittelu-kurssi ei voinut luokitella.

Taulukko 11 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 12.

Toimintakykykäsite tarkasteltavassa aineistossa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat koko aineistossa
Potilaan yksityisyys	<i>Ihmisoikeudet</i>	d940	19
yht.		1 (0.56%)	<u>0</u>

Tutkimuksesta 13 löytyi kolme ICF: n mukaista kuvauskohdetta, kyky kävellä ilman apua (d4508 *käveleminen, mm., walking, other specified*), kävelyn apuvälineen käyttö, (*käveleminen, mm.*

d4508) ja informoitu suostumus (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Tutkimuksessa esiintyneitä käsitteitä, kuten kipu, luukato, toiminnallinen toipuminen, sairaalassaoloajan pituus, elinolot, ADL, IADL, kotona auttajat, MMSE ei voinut luokitella ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen mukaisesti.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 13 löytyi 3/178 (1.68 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista mobility (d4) ja community, social and civic life (d9). Kuvauskohteet olivat *walking, o.s, käveleminen, mm.* (d4508), joka luokiteltiin yhdeksän kertaa ja *human rights, ihmisoikeudet* (d940), joka luokiteltiin 19 kertaa.

Taulukko 12 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 13.

Toimintakykykäsite tarkasteltavassa tutkimuksessa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa	koko
Kävely ilman apua, kävelyapuvälineen käyttö	<i>Käveleminen, mm.</i>	d4508 (2x)	9	
Informoitu suostumus	<i>Ihmisoikeudet</i>	d940	19	
yht.		3 (1.68%)	0	

Tutkimuksesta 14 ICF -luokitukseen tutkimuksesta löytyi kuusi käsitettä. Käsitteet olivat informoitu suostumus, jonka luokittelin (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Lisäksi löytyi itsenäinen asuminen (d698 *kotielämä, mm., domestic life, other specified*). Perusteluina kuvauskohteen (d698) valinnalle on se, että tutkimuksessa painotettiin asumisen eri rakenteellisia muotoja, ei niinkään ihmissuhteita. Siksi valitsin kuvauskohteen, joka mahdollistaa asumisen itsenäisyyden kuvailemisen. Käsitteen kävelyapuvälineen käyttö luokittelin (d4508 *käveleminen, mm. walking, other specified*). Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita kävelykyvystä, siksi valitsin luokan (d4508), joka mahdollistaa kävelyn monipuolisen kuvailemisen. Käsitteen yksin asuminen luokittelin (d798 *henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet ja interpersonal interactions and relationships*). Tulkintani mukaan tutkimuksessa esiintynyt käsite yksin asuminen painottaa tässä ihmissuhteita, enemmän kuin asumista. Siksi valitsin kuvauskohteen, joka mahdollistaa ihmissuhteiden kuvailemisen. Avun saanti sukulaisilta tai ystäviltä sai (d7608 *perhesuhteet, mm., family relationships*). Oletuksenani on, että perhesuhteisiin kuuluu avun antaminen. Tulkintani mukaan tutkimuksessa tämän käsitteen yhteydessä painotus on enemmän ihmissuhteissa kuin avunannossa. ICF -luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-alueetta ei voinut käyttää tekijöihin itsensä motivointi, toiminta, päivittäisten toimintojen apuvälineiden tarve, ADL, IADL, MMSE, ruokapalvelu.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa, tutkimuksesta löytyi 6/178 (3.37 %) kuvauskohdetta pääluokista mobility (d4), domestic life (d6), interpersonal interactions and relationships (d7), community, social and civic life (d9).

Kuvauskohteet olivat *walking, o.s, käveleminen, mm.* (d4508), joka on luokiteltu yhteensä yhdeksän kertaa, *domestic life, o.s, kotielämä* (d698) on luokiteltu kahdesti, *interpersonal interactions and relationships o.s, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet* (d798) on luokiteltu yhdeksän kertaa, *family relationships, perhesuhteet, mm.* (d7608) luokiteltiin ainoastaan kerran ja *human rights, ihmisoikeudet* (d940) on luokiteltu 19 kertaa. Tutkimuksesta löytyi 1/6 kuvauskohdetta (alleviivattu), joka mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Tutkijoiden kiinnostus kohdistui lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen laatuun. ICF: n mukaisia pääluokkia nousi esiin neljä, liikkuminen (d4), kotielämä (d6), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. ICF mahdollistaa tarkan fyysisen toipumisen kuvaamisen pääluokan d4 avulla. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli erityisesti kävely.

Taulukko 13 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 14.

Toimintakykykäsite tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF- kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa	koko
Kävelyapuvälineen käyttö, kävelykyky		<i>Käveleminen, mm.</i>	d4508 (2x)	9	
Itsenäinen asuminen		<i>Kotielämä</i>	d698	2	
Yksin asuminen		<i>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>	d798	9	
Avun saanti sukulaisilta tai ystäviltä		<i>Perhesuhteet, mm.</i>	d7608	1	
Informoitu suostumus		<i>Ihmisoikeudet</i>	d940	19	
yht.			6 (3.37%)	1	

Tutkimuksesta 15 ICF- kuvauskohteita ei löytynyt. Tutkimuksessa esiintyneitä käsitteitä kuten kuolleisuusaste, toimintakyky, toimintakyvyttömyysindeksi ei voi luokitella ICF: n mukaan. Käsite toimintakyky on yläkäsite. ICF: n suoritukset ja osallistuminen osa-alue pyrkii toimintakyvyn monipuoliseen ja yksityiskohtaiseen määrittämiseen.

Tutkimuksessa 16 käytettiin 15 D luokitusta. 15D: ssä mitataan elämänlaatua 15 erilaisella ulottuvuudella, joista esitän ne käsitteet, joille löytyi ICF -kuvauskohde. (d330 *puhuminen, speaking*). Liikkuvuus (d498 *liikkuminen, mm., mobility*). Subjekttiivinen terveys (d5708 *omasta terveydestä huolehtiminen, mm., looking after one`s health*). Syöminen (*ruokaileminen, eating* d550) sekä virtsanpidätyskyky (d5308, *wc:ssä käyminen, mm., toileting, other specified*). Valitsin tämän wc-toimintojen yleisluokan siksi, että tutkimuksessa käsite virtsanpidätyskyky tulee esiin

niin, ettei virtsaamiseen liittyviä toimia (sen toiminnallinen suorittaminen) tarkastella. Vaan kiinnostuksen kohteena on, että henkilö joko kykenee hallitsemaan virtsaamisen tai sitten ei. Sosiaalisen osallistumisen luokittelin (d7508 *vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, mm., informal social relationships*). Tulkintani mukaan tutkimuksessa käytettiin dikotomista luokittelua elämänlaadun suhteen, sillä täydellisesti terve henkilö sai tutkimuksen luokittelussa tuloksen 0-1, jolloin tulos toi esiin henkilön kattavaa elämänlaatua. NHP- mittarilla arvioitiin tutkijoiden mukaan (kyllä/ei vastausten avulla) energisyyttä, kipua, unta, joille ei löytynyt luokkaa. Sosiaalinen eristyneisyys käsitteen luokittelin (d7508 *vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, mm., informal social relationships*). Valitsin luokan siksi, että sosiaalisella eristyneisyydellä tutkimuksessa halutaan tuoda esiin ihmissuhteiden olemassaoloa ja emotionaalisia reaktioita. Tutkimuksessa käytetty käsite emotionaaliset reaktiot, jonka luokittelin (d2408 *stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen, mm., handling stress and other psychological demands*) kuvaa tulkintani mukaan sitä, miten henkilö selviytyy sairauden aiheuttaman paineen ja stressin alla. Lisäksi potilaan tilaa arvioitiin KPS -luokittelun avulla. KPS -luokittelulla mitattiin toiminnallista statusta. Luokittelussa nolla on yhtä kuin kuollut ja 100 yhtä kuin terve, luokittelun tekee lääkäri. KPS: ään sisältyy muun muassa käsite työkyky. Tulkintani mukaan työkyky tässä tutkimuksessa tarkoittaa, että pystyykö henkilö tekemään töitä eli säilyttämään työpaikkansa, jolloin se oli mahdollista luokitella ICF: n mukaisesti kuvauskohteella (d8451 *työpaikan säilyttäminen, maintaining a job*). Käsitteelle fyysinen aktiivisuus ei löytynyt kuvauskohdetta. Käsitteen itsehoito luokittelin (d598 *itsestä huolehtiminen, mm., self care, other specified*). Valitsin tämän kuvauskohteen siksi, että tulkintani mukaan tutkimuksessa tarkoitetaan laajempaa itsensä hoitamisen tasoa, kuin käsitteellä omasta terveydestä huolehtiminen (d5708) olisi voinut ilmaista. Tutkittavilta oli pyydetty kirjallinen, informoitu suostumus, jonka luokittelin (d940 *ihmisoikeudet, human rights*). Tutkimuksesta löytyi yhteensä 11 ICF -kuvauskohdetta. Seuraavia tekijöitä en voinut luokitella suoritus ja osallistuminen osa-alueeseen hengitys, henkiset toiminnot, näkö, kuulo, työkapasiteetti sekä terveysprofiiliin kuuluneet käsitteet, ahdistuneisuus, ja tuska. Lisäksi luokittelematta jäivät käsitteet energisyys, kipu, kuollut ja terve.

Kvantitatiivisessa tarkastelussa tutkimuksesta 17 löytyi 11/178 (6.17 %) ICF -kuvauskohdetta pääluokista yleisluontoiset tehtävät ja vaateet (d2), kommunikointi (d3), liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), keskeiset elämänalueet (d8) ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d9). Kuvauskohteet, joista alleviivatut mainittiin ainoastaan tässä tutkimuksessa, olivat *stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen, mm. (d2408)*, *puhuminen (d330)*, *liikkuminen, mm. (d498)*. *ruokaileminen (d550)*

luokiteltiin kaikkiaan kolme kertaa. *Itsestä huolehtiminen (d598)*. *Wc:ssä käyminen, mm.* (d5308) luokiteltiin kolme kertaa. *Omasta terveydestä huolehtiminen, mm.* (d5708) luokiteltiin viisi kertaa. *Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, mm.* (d7508x2) luokiteltiin kahdesti ja vain tässä tutkimuksessa. *Työpaikan säilyttäminen (d8451)* luokiteltiin kerran ja *ihmisoikeudet (d940)* luokiteltiin kaikkiaan 19 kertaa. Tutkimuksesta löytyi 5 kuvauskohdetta (alleviivattu), jotka mainitaan ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli potilaan saavutettu elämänlaatu. ICF: n suoritukset ja osallistuminen pääluokat olivatkin tässä tutkimuksessa melko kattavasti edustettuina. Löytyneet pääluokat olivat yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d2), kommunikointi (d3), liikkuminen (d4), itsestä huolehtiminen (d5), henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7), keskeiset elämänalueet (d8) ja yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d9). Vakavan sairauden yhteydessä stressinhallinta on tärkeää. ICF: n pääluokka d2 mahdollistaa sellaisen tiedon luokittelun. Aivokasvain voi vaikuttaa kommunikointikykyyn, ja pääluokka d3 mahdollistaa kommunikaatio -tiedon luokittelun. Pääluokkien d4 ja d5 avulla kerätään ja voidaan luokitella tietoja lähinnä fyysisistä päivittäisistä toiminnoista. Pääluokat d7 ja d8 toivat esiin tietoja ihmissuhteista ja siitä pystyykö henkilö työskentelemään eli säilyttämään työpaikkansa. Eettisten tietojen tallentamiseen on pääluokka d9 sopiva esimerkiksi silloin, kun potilaalta pyydetään informoitu suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Taulukko 14 ICF -kuvauskohteiden esiintyminen yleensä ja tutkimuksessa 16.

Toimintakykykäsité tutkimuksessa	tarkasteltavassa	ICF -kuvauskohteen nimi	ICF -kuvauskohteen käsitteellinen koodi	Maininnat aineistossa	koko
Emotionaaliset reaktiot		<i>Stressin ja muiden psyyksien vaateiden käsitteleminen ja määrittely, mm.</i>	d2408	1	
Puhe		<i>Puhuminen</i>	d330	1	
Liikkuvuus		<i>Liikkuminen</i>	d498	1	
Syöminen		<i>Ruokaileminen</i>	d550	3	
Itsehoito		<i>Itsestä huolehtiminen, mm.</i>	d598	1	
Virtsanpidätyskyky		<i>Wc:ssä käyminen, mm.</i>	d5308	3	
Subjekttiivinen terveys		<i>Omasta terveydestä huolehtiminen, mm</i>	d5708	5	
Soosiaalinen osallistuminen, sosiaalinen eristäytyminen		<i>Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, mm.</i>	d7508 (2x)	2	
Työkyky		<i>Työpaikan säilyttäminen</i>	d8451	1	
Informoitu suostumus		<i>Ihmisoikeudet</i>	d940	19	
yht.			11 (6.17%)	<u>5</u>	

6.2 Tulokset ICF: n näkökulmasta

Suoritukset ja osallistuminen osa-alue koostuu 9 pääluokasta 18 aihealuryhmästä, 118 aihealueesta ja edelleen yksityiskohtaisimmalla tasolla 266 kuvauskohteesta. Pääluokittaisessa tarkastelussa tuon esiin pääluokan nimen ja sen kuinka monta kuvauskohteita ko. pääluokasta löytyi. Lisäksi tuon esiin pääluokittain löytyneet ainoastaan yhden kerran mainitut kuvauskohteet sekä sen missä tutkimuksissa ne esiintyvät. Lopuksi tarkastelen löytyneiden kuvauskohteiden prosenttiosuuksia pääluokittain koko tutkimusaineistosta. Kvantitatiiviset lukumäärät ja prosenttiosuudet eivät ole ICF: n suoritukset ja osallistuminen pääluokittaisessa tarkastelussa vertailukelpoisia toisten suoritukset ja osallistuminen pääluokkien kanssa, koska pääluokat ovat kuvauskohteiden lukumäärien osalta erikokoisia. Pääluokittaisen tulosten tarkastelun lopuksi olen laatinut yhteenvedonomaisten taulukon eri pääluokkien saamista ICF -kuvauskohteista. Otettuani mukaan suomenkielisen, virallisen ICF: n olen muuttanut kaikki ICF -käsitteet virallisen version mukaisiksi.

Ensimmäiseen pääluokkaan d1, *oppiminen ja tiedon soveltaminen* (learning and applying knowledge) ei löytynyt yhtään (nolla kuvauskohteita pääluokan kuvauskohteista, 0/29) luokiteltavaa kuvauskohteita.

Toiseen pääluokkaan d2, *yleisluontoiset tehtävät ja vaateet* (general tasks and demands) löytyi yksi kuvauskohte (1/28). (d2408 *stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen, mm., handling stress and other psychological demands, other specified*), joka nousi esiin ainoastaan tutkimuksesta nro.16. Pääluokan mahdollisista kuvauskohteista löytyi vain yksi eli 3.57%.

Kolmanteen pääluokkaan d3, **kommunikointi** (communication) löytyi 3/42 erilaista kuvauskohteita: (d325 *kirjoitettujen viestien ymmärtäminen, communicating- with- receiving written messages*) tutkimuksessa 2, (d330 *puhuminen, speaking*), tutkimuksessa 16, ja (d3600 *telekommunikointilaitteiden käyttäminen, using telecommunication devices*), tutkimuksessa 3. Kaikkien löytyneiden kuvauskohteiden ja erilaisten löytyneiden kuvauskohteiden prosenttiosuus tässä osakokonaisuudessa oli 7.14%. Löytyneistä kuvauskohteista kaikki olivat keskenään erilaisia. Löytyneiden kuvauskohteiden suhteellinen esiintymisosuus on tässä pääluokassa pieni.

Neljänteen pääluokkaan d4, **liikkuminen** (mobility) löytyi yhteensä 30/94 kuvauskohteita. Erilaisia kuvauskohteita oli 13. Löytyneistä 30:stä liikkuminen -osa-alueen kuvauskohteista (alleviivatut) seitsemän esiintyivät tutkimuksissa ainoastaan kerran. Kuvauskohteet olivat (d449 *esineiden*

kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen, mm ja m., carrying, moving and handling objects, other specified) tutkimuksessa 2 ja (d498 *liikkuminen, mm., mobility, other specified*), tutkimuksessa 16. Kuvauskohde (d4100x3 *makuulle meno, lying down*) esiintyi tutkimuksissa 2, 4, 7. Vuoteesta ylösnouseminen, jonka luokittelin (d4104x3 *seisominen, standing*) esiintyi tutkimuksissa 2, 4, 7. (d4153 *istuma-asennon ylläpitäminen, maintaining sitting position*), esiintyi tutkimuksessa 6, ja (d4208 *itsensä siirtäminen, mm., transferring oneself o.s*), esiintyi myös tutkimuksessa 6. Kuvauskohde (d4500x4 *lyhyiden matkojen käveleminen, walking short distances*) esiintyi tutkimuksissa 2, 2xt6, 7. (d4508x9 *käveleminen, mm., walking o.s*) esiintyi tutkimuksissa 4, 3xt6, 10, 2xt13, 2xt14. Kuvauskohde (d4551x2 *kiipeäminen, climbing*) esiintyi tutkimuksissa 2 ja 10. Kuvauskohde (d4558 *liikkuminen paikasta toiseen, mm., moving around, o.s*) esiintyi vain tutkimuksessa 4. Kuvauskohde (d4600 *kotona liikkuminen, moving around within the home*) esiintyi vain tutkimuksessa 2. Kuvauskohde (d4608 *liikkuminen erilaisissa paikoissa, mm.*) esiintyi vain tutkimuksessa 4, sekä (d4702x2 *julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen, using public motorized transportation*) esiintyi tutkimuksissa 2 ja 3.

Kaikkien löytyneiden kuvauskohteiden prosenttiosuus tässä aihealueessa oli 31.91% ja erilaisten löytyneiden kuvauskohteiden prosenttiosuus oli 13.82%. Tämä tarkoittaa sitä, että samaa tai samoja luokiteltavia kuvauskohteita esiintyi tutkimuksissa useaan otteeseen. Esimerkiksi seisomaan nousu (*seisominen* d4104) ja (*makuulle meno* d4100) mainittiin molemmat kolme kertaa eri tutkimuksissa. *Lyhyiden matkojen käveleminen* (d4500) toistui neljä kertaa kolmessa tutkimuksessa ja *käveleminen mm.* (d4508) mainittiin yhteensä yhdeksän kertaa ja samassa tutkimuksessa useasti, kuten tutkimuksessa 6, jolloin mainintoja oli 3 ja tutkimuksissa 14 ja 13, jolloin mainintoja oli 2, lisäksi kävely mainittiin kerran tutkimuksissa 4 ja 10.

Viidenteen pääluokkaan d5, **itsestä huolehtiminen** (self care) kuuluu 38 erilaista ICF - kuvauskohdetta. Pääluokkaan löytyi 43 kuvauskohdemainintaa (43/38). Erilaisia kuvauskohteita oli 15. Löytyneistä kuvauskohteista 5 (alleviivattua) mainittiin ainoastaan kerran. Löytyneet kuvauskohteet olivat (d550x3 *ruokaileminen, eating*), tutkimuksissa 4, 7, 10, (d560 *juominen, drinking*), tutkimuksessa 4, (d598 *itsestä huolehtiminen, self-care, o.s*), tutkimuksessa 16, (d5101x3 *koko kehon peseminen, washing whole body*), tutkimuksissa 3, 7, 10, (d5108 *peseytyminen, mm., washing oneself, o.s*), tutkimuksessa 4, (d5203 *sormen kynsien hoitaminen, caring for fingernails*) tutkimuksessa 3, (d5204x2 *varpaan kynsien hoitaminen, caring for toenails*), tutkimuksissa 2 ja 3, (d5208x6 *kehon osien hoitaminen, caring for body parts o.s*), tutkimuksissa 3, 5xt4, (d5300 *virtsaamisen sääteleminen, regulating urination*) tutkimuksessa 7, (d5308x3 *wc:ssä käyminen, mm., toileting, o.s*) tutkimuksissa 3, 4, 16, (d5400x6 *vaatteiden pukeminen, putting on clothes*)

tutkimuksissa 2, 3, 4, 6, 7, 10, (d5401x6 *vaatteiden riisuminen, taking off clothes*), tutkimuksissa 2, 3, 4, 6, 7, 10, (d5701 *ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen, managing diet and fitness*), tutkimuksessa 9, (d5702x2 *oman terveyden ylläpitäminen, maintaining one`s health*), tutkimuksissa 1 ja 6 ja (d5708x5 *omasta terveydestä huolehtiminen, mm., looking after one`s health, o.s*), tutkimuksissa 2xt1, 4, 10 ja 16.

Kaikkien löytyneiden kuvauskohteiden prosenttiosuus pääluokan kuvauskohteista oli 113.15%. Pääluokkaan 5 löytyikin eniten kuvauskohteita. Erilaisten löytyneiden kuvauskohteiden osuus oli 39.47%. Erilaisia löytyneitä kuvauskohteita oli tässä aihealueessa eniten eli 15. Itsestä huolehtiminen pääluokkaan kuuluneista kuvauskohteista yhden kerran mainittiin *sormenkynsien hoitaminen* (d5203), *juominen* (d560), *peseytyminen, mm.* (d5108), *virtsaamisen säätteleminen* (d5300), *itsestä huolehtiminen* (d598) *ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen* (d5701). Kaksi kertaa mainittiin *varpaankynsien hoitaminen* (d5204). *Koko kehon peseminen* (d5101) ja *wc:ssä käyminen, mm.* (d5308) mainittiin kolme kertaa, eri tutkimuksissa. *Ruokaileminen* (d550) mainittiin neljästi, neljässä eri tutkimuksessa. *Omasta terveydestä huolehtiminen, mm.* (d5708) mainittiin viisi kertaa, neljässä eri tutkimuksessa, joista yhdessä tutkimuksessa kahdesti. Kuudesti ja aina eri tutkimuksissa mainittiin *vaatteiden pukeminen* (d5400) ja *vaatteiden riisuminen* (d5401). *Kehon osien hoitaminen, mm.* (d5208) mainittiin myös kuudesti, niin että tutkimuksessa 4 se mainittiin viidesti ja tutkimuksessa 3 kerran.

Kuudenteen pääluokkaan d6, **kotielämä**, domestic life (49 kuvauskohdetta) löytyi 20 kuvauskohdetta (20/49), joista neljä (alleviivattua) mainittiin vain kerran. Erilaisia kuvauskohteita oli 8. Löytyneet kuvauskohteet olivat (d620 *tavaroiden ja palvelujen hankkiminen, acquisition of good and cervices*), tutkimuksessa 3, (d669x4 *kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, mm ja m., caring for household objects and assisting others, o.s*), tutkimuksessa 3, (d698x2 *kotielämä, mm., domestic life, o.s*), tutkimuksissa 3 ja 14, (d6200 *ostosten tekeminen, shopping*), tutkimuksessa 2, (d6308 *aterioiden valmistaminen, mm, preparing meals, o.s*), tutkimuksessa 3, (d6402 *asunnon siivoaminen, cleaning living area*), tutkimuksessa 2, (d6408x2 *kotitaloustöiden tekeminen, mm., doing housework, o.s*); tutkimuksissa 3, 10 ja (d6608x8 *toisten auttaminen, muiden henkilöiden avustaminen, mm., assisting others, o.s*), tutkimuksissa 3, 6xt4, ja 7.

Kaikkiaan löytyneitä ICF-kuvauskohteita pääluokasta oli 40.8% ja keskenään erilaisia ICF-kuvauskohteita oli 16.32%. Erilaisia kuvauskohteita oli siis alle viidesosa pääluokan kuvauskohteista, eli samoja kuvauskohteita toistui tutkimuksissa useammin kuin kerran.

Esimerkiksi yhden kerran mainittiin kaupassakäynti (*ostosten tekeminen* d6200), (*asunnon siivoaminen* d6402), (*tavaroiden ja palvelujen hankkiminen* d620), ja (*aterioiden valmistaminen, mm.* d6308). Kaksi kertaa mainittiin luokka *kotielämä, mm.* (d698). Kotitalouden hoito ja muiden auttaminen (*kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, mm. ja m.* d669) mainittiin neljästi ja vain yhdessä tutkimuksessa. Muiden auttaminen (d6608) mainittiin tutkimuksessa 4 kuusi kertaa ja yhden kerran tutkimuksissa 3 ja 7.

Seitsemänteen pääluokkaan d7, **henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet** (interpersonal interactions and relationships) löytyi 29/49 kuvauskohdetta, joista kaksi (alleviivattua) esiintyi ainoastaan kerran koko aineistossa. Keskenään erilaisia kuvauskohteita oli 8. Löytyneet kuvauskohteet olivat (d798x9 *interpersonal interactions and relationships, o.s*) tutkimuksissa 5xt3, 4, 2xt7,14, (d7508x2 *vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, mm., informal social relationships, o.s*) tutkimuksessa 16, (d7600 *vanhemman suhde lapseen, parent-child relationships*), tutkimuksessa 3, (d7601x2 *child-parent relationships, lapsen suhde vanhempaan*), tutkimuksessa 4, (d7603x3 *laajennetun perheen sisäiset suhteet, extended family relationships*); tutkimuksissa 2xt3 ja 4, (d7701x6 *puolisosuhteet, spousal relationships*), tutkimuksissa 1, 2xt4, 5, 9, ja 10, (d7708x5 *intiimit ihmissuhteet, mm., intimate relationships, o.s*), tutkimuksissa 1, 4, 5, 9, ja 10, (d7608 *perhesuhteet, mm., family relationships, o.s*) tutkimuksessa 14.

Kaikkiaan pääluokasta d7 löytyi 59.8% kuvauskohteita, joista 16.32% oli erilaisia keskenään. Samat kuvauskohteet toistuivat useaan otteeseen, joko eri tutkimuksissa tai samassa tutkimuksessa useita kertoja. Esimerkiksi kaksi kertaa mainittiin *lapsen suhde vanhempaan* (d7601), molemmat mainittiin tutkimuksessa 4. *Vapaamuotoiset sosiaaliset suhteet* (d7508) mainittiin myös kahdesti, mutta vain tutkimuksessa 16. Laajentuneet perhesuhteet (*laajennetun perheen sisäiset suhteet* d7603) mainittiin tutkimuksessa 3 kahdesti ja yhden kerran tutkimuksessa 4. *Intiimit ihmissuhteet, mm.* (d7708) mainittiin viidesti ja kaikki kuvauskohteet esiintyivät eri tutkimuksissa. Myös puolisoisten väliset suhteet (*puolisosuhteet* d7701) mainittiin kuudesti, tutkimuksessa 4 kahdesti ja kerran tutkimuksissa 1, 5, 9 ja 10. *Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet* (d798) mainittiin yhdeksän kertaa, tutkimuksessa 3 viidesti, tutkimuksessa 7 kahdesti ja kerran tutkimuksissa 4 ja 14.

Kahdeksannesta pääluokasta d8, **keskeiset elämänalueet** (major life areas) löytyi 27/31 ICF - kuvauskohdetta, joista neljä (alleviivattua) mainittiin vain kerran. Erilaisia kuvauskohteita oli 8. Löytyneet kuvauskohteet olivat (d825 *ammattillinen koulutus, vocational training*), tutkimuksessa 4,

(d830 *korkea-asteen koulutus, higher education*), tutkimuksessa 4, (d839x7, *opetus ja koulutus, mm., education, other specified and un specified*), tutkimuksissa 1, 2xt4, 2xt5, 9, 10, (d855x3 *vastikkeeton työ, non-remunative employment*), tutkimuksissa 1, 9, 10, (d870 *taloudellinen omavaraisuus, economic self-sufficiency*), tutkimuksessa 3, (d8451 *työpaikan säilyttäminen, maintaining a job*), tutkimuksessa 16, (d8508x11 *vastikkeellinen työ, mm., remunerative employment, o.s.*), tutkimuksesa 3xt1, 4xt9, 4xt10 sekä (d8700x2 *henkilökohtaiset taloudelliset varat, personal economic resources*) tutkimuksissa 1 ja 10.

Kuvauskohteita aihealueeseen tuli 87%, joista 25.80% olivat keskenään erilaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että samat kuvauskohteet esiintyivät useaan otteeseen, esimerkiksi *vastikkeellinen työ, mm. (d8508)* mainittiin tutkimuksessa yksi kolmesti, tutkimuksessa 9 neljästi ja tutkimuksessa 10 neljästi, yhteensä mainintoja oli 11. *Opetus ja koulutus mm. (d839)* mainittiin yhteensä 8 kertaa tutkimuksessa 4 ja 5 molemmissa kahdesti, sekä kerran tutkimuksissa 1, 9 ja 10.

Yhdeksännestä pääluokasta d9, **yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä** (community, social and civic life) löytyi 25/24 kuvauskohdetta, joista 4 (alleviivattua esiintyi aineistossa ainoastaan kerran). Erilaisia kuvauskohteita löytyi 6. Löytyneet kuvauskohteet olivat (d910 *yhteisöllinen elämä, community life*), tutkimuksessa 3, (d9100, *epäviralliset yhdistykset, informal associations*), tutkimuksessa 3, (d940x19 *ihmisoikeudet, human rights*), tutkimuksissa 13xt4, 5, 8, 12, 13, 14 ja 16, (d9205x2 *sosiaalinen kanssakäyminen, socializing*) tutkimuksessa 3, (d9208 *virikistäytyminen ja vapaa-aika, mm., recreation and leisure, o.s.*), tutkimuksessa 5 ja (d9308 *uskonto ja hengellisyys, mm., religion and spirituality, others specified o.s.*), tutkimuksessa 4.

Aihealueesta löytyi kuvauskohteita kaikkiaan 104%, joista 25% olivat keskenään erilaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että vain alle neljäsosa kuvauskohteista oli keskenään erilaisia ja että samoja kuvauskohteita toistettiin useaan otteeseen. Esimerkiksi (d940 *ihmisoikeudet*) luokiteltiin 19 kertaa, niin että tutkimuksessa 4 se luokiteltiin 13 kertaa ja kerran tutkimuksissa 3, 5, 8, 12, 13, 14, 16.

Yhteensä ICF-kuvauskohteita löytyi tutkimuksista 178, joista 62 kuvauskohdetta oli keskenään erilaista. 31 kuvauskohdetta mainittiin aineistossa ainoastaan kerran. Kaiken kaikkiaan erilaisia kuvauskohteita ICF: n suoritukset ja osallistuminen -luokituksessa on 384. Aineistossani esiintyneissä tutkimuksissa ICF-pääluokat jakaantuivat niin (taulukko 15), että itsestä huolehtiminen (d5) sai eniten kuvauskohteita (43 kpl.) Liikkuminen (d4) sai 30 kuvauskohdetta. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7) sai 29 kuvauskohdetta. Keskeiset elämänalueet (d8) sai 27 ICF-kuvauskohdetta ja yhteisöllinen sosiaalinen ja kansalaiselämä (d9) sai

25 ICF-kuvauskohdetta. Kotielämä (d6) sai 20 ICF-kuvauskohdetta. Kommunikointi (d3) sai 3 kuvauskohdetta ja yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d2) sai yhden kuvauskohteen. Oppiminen ja tiedon soveltaminen (d1) ei saanut yhtään ICF -kuvauskohdetta.

Taulukko 15. Kuvauskohteiden esiintyminen ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alueessa

ICF-pääluokka	ICF -pääluokka, nimi	Montako ICF-kuvauskohdetta löytyi
5	<i>Itsestä huolehtiminen</i>	43
4	<i>Liikkuminen</i>	30
7	<i>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>	29
8	<i>Keskeiset elämänaalueet</i>	27
9	<i>Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä</i>	25
6	<i>Kotielämä</i>	20
3	<i>Kommunikointi</i>	3
2	<i>Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet</i>	1
1	<i>Oppiminen ja tiedon soveltaminen</i>	0
		yhteensä 178 kuvauskohdetta

6.3 Tulokset paradigmojen näkökulmista

Työni teoriaosuudessa olen tarkastellut patogeneettistä ja salutogeneettistä paradigmaa. Teoriaosuuden perusteella tuon tutkimuksittain esiin ne seikat, joiden perusteella olen tehnyt tutkimusten paradigmaattisen jaon. Kunkin tutkimuksen lopussa tarkastelen tukevatko löytyneet ICF-kuvauskohteet tutkimuksen paradigmaa.

6.3.1 Patogeneettiset tutkimukset

Tutkimuksen 1 tarkoituksena on seurata ikääntyneiden tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä tapahtuneita muutoksia vuosien 1985 -2001 välillä. Luokittelin tutkimuksen patogeneettisen paradigman mukaisesti tutkimuksiin. Perusteluina paradigman valinnalle on, että tutkimus kuuluu epidemiologisiin tutkimuksiin. Siinä toteutettiin yksisuuntaista syy-seuraus ajattelua. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin dikotomisoivaa, kaksiluokkaista luokittelua sekä tupakoivien että alkoholinkäyttäjien yhteydessä. Tietoja tupakoinnista, alkoholista ja sosiodemografisista tekijöistä analysoitiin tilastollisilla menetelmillä ja tulokset esitettiin matemaattisten metodien avulla. Tutkimuksessa etsittiin riskitekijöitä, jotka altistavat liian runsaalle alkoholinkäytölle sekä tupakoinnille. Edellä mainitut tekijät kuuluvat patogeneettiseen paradigmaan. Työni teoriaosuudessa todetaan muun muassa, että patogeneettinen sairauksien mittaaminen tapahtuu usein sosiaalisen tiedon kustannuksella. Tulkintani mukaan myös tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyvät sosiodemografiset tekijät medikalisoitiin käsittelemällä niitä vain lukuarvoina tilastollisesti.

Löytyneet ICF-kuvauskohteet toivat esiin tietoja tutkittavien terveydestä ja ihmissuhteista sekä demografisista käsitteistä, kuten koulutus, työ ja varallisuus. Tämän tutkimuksen yhteydessä esiintynyt patogeneettinen paradigma ja esiin tulleet ICF-kuvauskohteet eivät ole yhteismitallisia. Sillä samoja luokkia esiintyy myös salutogeneettisissä tutkimuksissa. Tämä tarkoittaa sitä, että ICF-kuvauskohteiden perusteella ei voida määrittää tutkimuksen paradigmaa.

Tutkimuksessa 2, kiinnostuksen kohteena oli sydän ja verisuonitaudin vaikutus ikääntyneiden ihmisten aktiivisuuden rajoituksiin ja avun tarpeeseen. Toimintakyvyn rajoite määritettiin tutkimuksessa dikotomisesti niin, että jos henkilö tarvitsi apua yhdessäkin kysytyistä päivittäisistä toiminnoista, hänet luokiteltiin luokkaan toimintakykyrajoitteiset. Patogeneettisen paradigman mukaisella, dikotomisella tutkimusotteella saaduilla tiedoilla on suuri merkitys tulosten kannalta. Kun tutkimuksessa dikotomisesti arvioitiin toimintakyvyn rajoittumista, aiheutti esimerkiksi henkilön sokeus sen, että hänet automaattisesti luokiteltiin luokkaan toimintakyvyltään rajoittuneet. Salutogeneettisen paradigman mukainen toimintakykymääritys toteutuisi tulkintani mukaan sokean henkilön kohdalla niin, että häneltä kerättäisiin tietoja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämän suorituksista. Niistä asioista, jotka onnistuvat omatoimisesti sekä niistä, jotka vaativat apuvälineitä tai avustavan henkilön apua onnistuakseen. Salutogeneettisen paradigman mukaan häntä ei dikotomisesti luokiteltaisi johonkin luokkaan, vaan hänen toimintakykynsä pyrittäisiin määrittämään mahdollisimman tarkasti voimavarat huomioiden. Dikotomisen joko-tai -luokittelun arvoa heikentää lisäksi tutkijoidenkin artikkelissaan myöntämä ilmiö, että miesten ja naisten erilaiset vastuualueet päivittäisissä toiminnoissa (esimerkiksi ruuanlaitto) voivat vaikuttaa heidän haastattelussa antamiinsa vastauksiin ja näin vaikuttaa tuloksiin. Kun tutkijat tarkastelivat työssään muiden tutkijoiden tutkimustuloksia, todettiin patogeneettisesti, että toimintakyvyn rajoitusten vallitsevuus (prevalence) lisääntyy ikääntyessä ja että terveysongelmat ovat toimintakyvyn rajoitusten keskeinen syy. Salutogeneettisen paradigman mukaan toimintakyvyn rajoitusten keskeisin syy eivät useinkaan ole terveysongelmat, vaan ympäristö. Tätä väitettä tukevat useat tutkimukset.

Tutkimuksen 2 keskusteluosuudessa tutkijat toteavat tulkintani mukaan edelleen patogeneettisen paradigman mukaisesti, että löydösten paikkansapitävyys (validity) on riippuvainen siitä, miten toimintakyvyn rajoitteet ja sairastuvuus on mitattu. (Salutogeneettisesti voitaisiin sama asia ilmaista niin, että löydösten paikkansapitävyys on riippuvainen siitä miten toimintakykyä ja terveyden tilaa on mitattu). Tutkimuksessa tutkijat kirjoittavat, että erilaiset krooniset sairaudet todennäköisesti vaikuttavat eri tavoin toimintakykyyn. Tämä on tulkintani mukaan patogeneettisen paradigman mukainen näkökulma, joka ikään kuin etsii sairauksien seurauksena tullutta toimintakyvyn

rajoitteita. Sillä kuitenkin ei tiedetä, missä määrin tietty krooninen sairaus aiheuttaa toimintakyvyn rajoitteita riippuvaisuutta. Luokittelin tämän tutkimuksen patogeneettisiin tutkimuksiin.

ICF -kuvauskohteita tutkimuksesta nousi esiin 13. Esiin tulleet kuvauskohteet edustavat pääasiassa fyysisen toimintakyvyn käsitteitä. Fyysinen toimintakyvyn käsitteet ovat perinteisesti kuuluneet patogeneettisen paradigman mukaiseen ajatteluun. Kuvauskohteiden perusteella ei kuitenkaan voi varmasti määrittää tutkimuksen paradigmaa, sillä samoja kuvauskohteita esiintyy myös salutogeneettisissä tutkimuksissa.

Tutkimuksessa 5 kiinnostuksen kohteena oli kognitiivisen kyvyttömyyden ja dementian diagnosointi perusterveydenhuollossa. Tutkimus kuuluu epidemiologisiin tutkimuksiin, jossa kiinnostus kohdistui sairauteen ja diagnosointiin. Tutkimus painottaa tilastollista perspektiiviä ja sen tarkoitus on mitata sairastumisriskejä. Lukuisten mittareiden ja luokitusten käyttö tutkimuksessa tuo esiin tiedon mekanistisen luonteen. Kiinnostuksen kohteena oli myös patogeneettisen paradigman mukaisesti toimintakyvyttömyys. Tutkimuksessa esintyvä paradigma on tulkintani mukaan sairauskeskeinen eli patogeneettinen.

ICF-kuvauskohteet (6) toivat suppeasti esiin tietoja toimintakyvystä. Jos paradigmaa pyrkisi määrittämään löytyneiden kuvauskohteiden perusteella, se olisi salutogeneettinen pikemmin kuin patogeneettinen. Eikä siis anna paradigmasta oikeaa kuvaa.

Tutkimuksessa 6 tehdään toiminnallisia vertailuja kahden reisiluunkaulamurtumaryhmän välillä. Tutkijat toteavat, että toiminnallisuus on hyvä hoidon tehon osoittaja huomioon ottaen sosioekonomiset näkökulmat. Kun esiin tuodaan hoidon teho, näkökulma on silloin tulkintani mukaan suuntautunut patogeneettisesti terveydenhuollon ammattilaisten tavoitteiden suuntaan enemmän kuin potilaiden. Tutkimuksessa etsitään taloudellista lonkkamurtuman hoitomallia, siis yhteiskunnallista hyötyä. Tässä tutkimuksessa päivittäiset toiminnot käsitellään dikotomisesti, ne joko onnistuvat tai sitten eivät. Kiinnostus kohdistuu yksilötasolla lähinnä kävelytoimintoihin, joka on tulkintani mukaan suhteessa terveydenhuollon ammattilaisten tavoitteisiin eli siihen tarvitaanko jälkihoitoa. Tutkimuksessa oli selvästi lääketieteellinen, sairauskeskeinen ote. Tutkimuksen paradigma oli tulkintani mukaan patogeneettinen.

Tutkimuksesta esiin nousi 10 ICF -kuvauskohdetta, jotka tarkastelevat lähinnä päivittäisiä toimintoja, eli fyysisen toimintakyvyn käsitteitä. Luokittelu tukee patogeneettistä paradigmaa.

Tutkimuksessa 7 mielenkiinnon kohteena olivat ikääntyneiden henkilöiden laitokseen joutumisen ennustekijät. Tässäkin tutkimuksessa päivittäiset toiminnot luokiteltiin dikotomisesti.

Dikotomisessa luokittelussa tiedusteltiin suoriutumista yhdeksästä fyysien toimintakyvyn toiminnosta (ICF-pääluokat d4 ja d5). Jos tutkittava ilmoitti olevan vaikeuksia yhdessäkin, hänet määritettiin luokkaan rajoitteita päivittäisissä toiminnoissa (adl-disability). Dikotomiasta on muun muassa Antonovsky todennut, että se johtaa helposti siihen, että silloin nähdään vain ihmisen ongelma, eikä ihmistä sen takana. Tutkimuksessa toteutettu dikotominen jako ja se että kiinnostuksen kohteena olivat laitokseen joutumisen ennustekijät eli riskitekijät vaikuttivat patogeneettisen paradigman valintaan. Lisäksi tutkimuksessa esiintyy yksisuuntaista syy-seurausajattelua, toimintarajoitenekökulmaa, sekä tilastollista ja mekanistista tietojen käsittelyä.

ICF -luokitus (11 luokkaa) toi lähinnä esiin päivittäisiin toimintoihin kuuluvia, fyysisiä toimintoja. Tässä tutkimuksessa psykososiaalisesta ulottuvuudesta nousi esiin vain kolme ICF-kuvauskohdetta. Tulkintani mukaan sosiaalisten ja psyykkisten luokkien vähäisyys ja fyysisten kuvauskohteiden runsaus on yhtenevä tutkimuksen patogeneettisen luonteen kanssa.

Tutkimuksessa 8 kiinnostuksen kohteena oli potilaiden alentunut voima ja liikkuvuus anteriorisen kaulanikaman välilevyn poiston jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida saavuttavatko potilaat normaalin fyysisen toimintakyvyn. Fyysinen toimintakyky arvioitiin niskan liikkuvuuden ja voiman sekä käden puristusvoiman avulla. Toimintakyvyn heikkeneminen mitattiin niskahartiaseuden kipuindeksillä sekä suppealla depressiomittauksella. Tutkimuksessa ei kuvattu sitä, miten niskan voima ja liikkuvuus vaikuttivat päivittäisistä toiminnoista selviämiseen. Tässä tutkimuksessa tulee näkemykseni mukaan selvästi esiin, miten työni teoriaosuudessa Heikkisen mainitsema biopsykososiaalinen systeemiajattelu toteutuu. Tutkimuksessa systeemiajattelu painottaa lähinnä fyysistä osa-aluetta ja sitäkin suppeasti. Heikkisen mukaan tällainen ajattelu tuottaa toimintakyvyn rajoitteita ja epätasa-arvoa. Ihmisen toimintarajoitteet arvioidaan mielestäni tässä tutkimuksessa niin että toteutetaan atomismia, eli ihmisen jakamista pienen pieniin osiin (niska). Tutkimus edustaa patogeneettisen paradigman mukaista ongelmakeskeistä sairausajattelua. Dynaamisia tapahtumia ja inhimillistä käyttäytymistä tämän tutkimuksen perusteella oli vaikea arvioida.

ICF -luokituksen mukaisia käsitteitä tutkimuksesta löytyi vain yksi. Jos arvioitaisiin paradigmaa löytyneen kuvauskohteen laadun perusteella, se tukisi enemmän salutogeneettistä paradigmaa. Löytyneiden kuvauskohteiden vähäinen määrä tukee patogeneettistä paradigmaa.

Tutkimuksesta 11 ei löytynyt yhtään ICF -kuvauskohdetta, sen mielenkiinto kohdistui näkökykyyn ja fyysisen ja kognitiivisen toimintakapasiteetin rajoittumiseen. Tutkimuksessa tuodaan esiin luettelonomaisesti lukuisia testejä ja mittauksia näkökyvystä sekä ADL -toiminnoista.

Kiinnostuksen kohde oli suuntautunut sairauden seurauksiin. Tällainen mekanistinen, ongelmakeskeinen toimintarajoite-ajattelu on tyypillistä patogeneettisen paradigman mukaiselle tutkimukselle.

Tutkimuksessa 13 kiinnostuksen kohteena oli kalsitoniinin vaikutus lonkkamurtumapotilaille. Tutkimuksessa seurataan lääkehoidon vaikutusta. Yhteiskunnalliselta kannalta tutkimus haluaa selvittää sairaalassaoloajan pituutta. Yksilöllisessä näkökulmassa huomion kohteena on kipu, toiminnallinen toipuminen ja luukato. Kyseessä on selkeästi patogeneettisen paradigman mukaan tehty ongelmakeskeinen, syy-seuraus ajattelun mukainen tutkimus. Tutkimuksessa toteutettiin patogeneettisen paradigman mukaista riskitekijä ajattelua muun muassa silloin, kun ajatellaan ikääntymisen olevan riskitekijä luun haurastumisen kannalta. Tutkimusmenetelmät korostuvat tässä tutkimuksessa ja tulkintani mukaan tiedon luonne on mekanistista. Lisäksi tutkimuksessa tulee ilmi vahva positivistinen syy-seurausajattelu joka on johtanut sellaisiin määriteltyihin (deterministisiin) selitysmalleihin, joista on vaikea analysoida dynaamisia tapahtumia ja inhimillistä käyttäytymistä. ICF-kuvauskohteita nousi esiin vain 3 kaikista löytyneistä kuvauskohteista. Kolmesta kuvauskohteesta kaksi edusti fyysisen toimintakyvyn aluetta. Kuvauskohteiden määrä ja laatu tukevat patogeneettistä paradigmaa.

Tutkimuksessa 14 kiinnostus kohdistui geriatriseen lonkkamurtumapotilaiden kuntoutukseen. Tutkimuksessa verrattiin hoidon tehoa kahden eri sairaalan välillä. Kiinnostus kohdistuu siis enemmän terveydenhuollon toimintaan kuin potilaisiin. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät korostuivat raportoinnissa. Tietoa käsiteltiin lähinnä matemaattisin metodein. Ote tutkimuksessa oli lääketieteellinen. Luokittelin sen patogeneettisiin tutkimuksiin.

ICF -luokituksessa (6) esiin nousi sosiaaliseen elämään kuuluvia kuvauskohteita fyysisen toimintakyvyn kuvauskohteiden lisäksi. Jos määrittäisin paradigman löytyneiden kuvauskohteiden laadun perusteella, olisi se pikemmin salutogeneettinen kuin patogeneettinen. Kuvauskohteiden määrä viittaa patogeneettiseen paradigmaan.

Tutkimuksen 15, kuolleisuus nivelreumaa sairastaneilla potilailla lähtökohta on lääketieteellinen. Kiinnostus on kohdistunut sairauteen ja kuolemaan. Siinä toteutuu yksisuuntainen riskitekijä-ajattelu. Tutkimus kuuluu epidemiologisiin tutkimuksiin, jossa kiinnostus kohdistui sairauden seurauksiin. Tutkimus oli patogeneettisen paradigman mukainen. Tutkimuksesta ei tulkintani mukaan löytynyt yhtään käsitettä, jonka olisin voinut luokitella.

Tutkimuksessa 16 mielenkiinto kohdistui aivokasvaimen vaikutukseen suhteessa saavutettuun elämänlaatuun. Kiinnostus tutkimuksessa on sairauden seurauksissa. Tietoja muun muassa elämänlaadusta käsiteltiin tulkintani mukaan mekanistisesti, inhimillinen ulottuvuus ei tule tutkimuksesta esiin. Patogeneettisen paradigman mukaista deterministisiä selitysmallia tutkimuksessa edustaa mielestäni se, että elämänlaatu riippuu siitä, missäpäin aivoja kasvain sijaitsee. Tämä voi pitää paikkansa tilastollisesti, mutta yksilölliset kärsimykset eivät tämän määritelmän mukaan pääse esiin. Tutkimuksessa ei esimerkiksi tuoda esiin, että elämänlaatu on yhteydessä aikaan ja paikkaan ja että se voi vaihdella ihmisellä elämän eri vaiheissa. Tässä tutkimuksessa yksilöllisesti arvioitu elämänlaatu luokiteltiin dikotomisesti niin, että täydellisesti terve henkilö sai tutkimuksessa tuloksen 1-0 mikä tarkoitti, että henkilöllä on tai ei ole kattava elämänlaatu. Tämän voi ymmärtää patogeneettisen ajattelun mukaisesti, että kun ihminen on terve siitä seuraa, että hänen elämänlaatunsa on kattava. Näin ei kuitenkaan mielestäni ole, sillä elämänlaatu koostuu monenlaisista tekijöistä ja niiden vuorovaikutuksista. Tässä tutkimuksessa toteutuu tulkintani mukaan työni teoriaosuudessa esiintynyt Moldin ajatus siitä, että patogeneettinen paradigma perustuu kahteen oletukseen. Ensiksi on olemassa tietty terveyden taso eli terveyteen liittyvien ongelmien puuttuminen. Toiseksi sitten kun ongelmia ilmenee, on terveydenhuollon tehtävä hävittää ongelmat. Antonovsky toteaa dikotomisesta luokittelusta, että se estää näkemästä olemassa olevan moniulotteisen terveys-sairaus-jatkumon ja sen ettei ole olemassa absoluuttista terveyttä (tai elämänlaatua) ja absoluuttista sairautta. Tutkimus edustaa patogeneettistä paradigmaa.

Tutkimuksesta löytyi kohtalaisesti (11) ICF -kuvauskohteita. Kuvauskohteiden perusteella määrittäisin tutkimuksen paradigmaksi salutogeneettinen, sillä kuvauskohteet hajaantuivat ICF-pääluokkiin d2, d3, d4, d5, d7, d8 ja d9 ja toivat esiin fyysisen tiedon lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn käsitteitä.

Patogeneettisen paradigman mukaisia käsitteitä aineistossani olivat muun muassa sairausnäkökulma, ongelmakeskeinen ajattelu, yhteiskunnallinen hyötynäkökulma, dualismi, epidemiologinen ote, lääketieteellinen ote, yksisuuntainen syy-seurausajattelu, toimintakyvyttömyys, dikotomia, se, ettei sosiaalisia toimintakyvyn osa-alueita juuri huomioitu tutkimuksissa sekä pyrkimys korjata sairauksien seurauksia.

6.3.2 Salutogeneettiset tutkimukset

Tutkimuksessa 3, aiheena oli sosiaalisten suhteiden rakenteen ja toiminnan vaikutus ikääntyneiden toimintakyvyn rajoittumiseen. Tutkimuksessa tarkastelun kohteena oli toimintakyvyn

heikkeneminen (functional decline), joka ei kuitenkaan tulkintani mukaan ole yhtä vahva ilmaisu kuin termi disability. Tutkimuksessa toteutettiin tutkittavien dikotominen jako toimintakyvyltään rajoittuneisiin, jotka poistettiin tutkimuksesta, niin että jäljelle jäivät toimintakykyiset henkilöt. Kuitenkaan tutkimuksessa ei keskitytty toimintakyvyn rajoituksiin, vaan siinä tarkasteltiin pikemminkin toimintakykyisyyttä (functional ability). Tutkimuksessa seurattiin viiden vuoden ajan sosiaalisten suhteiden rakennetta ja toimintaa, kuvaillen yksityiskohtaisesti sosiaalisia toimintoja, kuten esimerkiksi puhelimen käyttöä tai sitä, että autoiko toisia ihmisiä. Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan toimintakykyisyyttä kokonaisvaltaisesti. Ei ainoastaan fyysisiä toimintoja, vaan myös psyykkisiä ja sosiaalisia toimintoja. Tässä tutkimuksessa kiinnostus kohdistui ihmisen voimavaroihin ylläpitää toimintakykyisyyttään, niinpä luokittelin sen salutogeneettisen paradigman mukaisesti tutkimuksiin.

ICF-kuvauskohteita tästä tutkimuksesta löytyi runsaasti, yhteensä 31. Tutkimuksen kokonaisvaltaista otetta kuvaa se, että tutkimuksesta nousi 8 sellaista ICF -kuvauskohdetta esiin, jotka mainittiin vain kerran kaikissa tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa löytyneet ICF -kuvauskohteet mielestäni tukevat salutogeneettistä paradigmaa. Luokkia löytyi paljon ja sosiaalinen toimintakyvyn osa-alue tulee luokituksen avulla hyvin esiin.

Tutkimuksessa 4 halutaan tietoa omaisten kokemasta geriatrisen hoidon laadusta. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli se kuinka potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet tyydytetään ja mitä omaiset arvioivat potilaaseen kohdistuvasta kaltoinkohtelusta. Kun tutkijat toivat esiin ikääntyneiden laitoshoidon laatua, he totesivat, että Suomessa 11.4 % ihmisistä on pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lisäksi he totesivat, että valtakunnallisen geriatrisen hoidon ohjeiden mukaan kaikille ikääntyneille tulisi taata korkealaatuinen hoito, jossa heidän fyysiset, psykologiset, emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet tulisi tyydyttää. Tarpeiden tyydyttämisen merkitys korostuu kun ikääntyneiden toimintakyky alkaa heiketä. Tutkijat totesivat artikkelissaan, että aikaisempien tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta kykenee huomioimaan asiakkaiden fyysiset tarpeet paremmin, kuin heidän muut tarpeensa. Työni teoriaosuudessa todetaan muun muassa, että geriatrisessa hoidossa patogeneettinen paradigma ei toteudu kovin hyvin. Syynä tähän saattaa olla se, että geriatrinen usein paradigmatilasta patogeneettinen sairaanhoito kohdistuu pääasiassa fyysisten tarpeiden hoitoon. Tutkimusten mukaan korjaamisen varaa olisi henkisten tarpeiden sekä vuorovaikutuksen, kommunikaation ja sosiaalisen tuen osa-alueilla. Lisäksi tutkimuksissa todetaan, että psykologisista tarpeista tulisi huomioida ainakin autonomisuuden, yksilöllisyyden, arvokkuuden ja yksityisyyden tarpeet. Ikääntyneillä tulisi olla mahdollisuus keskustella ja vaihtaa ajatuksia henkilökunnan kanssa ja näin saada henkistä tukea. Kaltoinkohtelu eli välinpitämättömyys

potilaan tarpeista voi kohdistua henkilön fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin osa-alueisiin. Se, että tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on muun muassa terveydenhuollossa tapahtuva ikääntyneiden kaltoinkohtelu tarkoittaa sitä, että patogeneettisen paradigman anomalioihin puututaan. Stereotypioita, jotka saattavat johtaa ikääntyneiden kaltoinkohteluun ovat muun muassa ageismi ja ajatus ikääntyvistä riippuvaisina. Ageismista ja ikääntyneiden opittusta riippuvaisuudesta kirjoittavat tutkijat Wetle, Willis ja Schaie työni teoriaosuudessa. Tässä tutkimuksessa oli holistinen ote. Tietoja haluttiin hoidon laadusta. Tutkimuksessa oli yhteiskunnallista näkökulmaa, mutta siinä oltiin kiinnostuneita myös yksilöllisistä tekijöistä. Luokittelin tutkimuksen salutogeneettisiin tutkimuksiin.

ICF-kuvauskohteita löytyi tästä tutkimuksesta eniten eli 48. Kuvauskohteet jakautuivat pääluokkien d4-d9 välille. 13 kuvauskohdetta (pääluokat d4 ja d5) sisälsivät tietoja fyysisistä päivittäisistä toiminnoista. Kuudesta kuvauskohteesta kävi ilmi tutkittavien ihmissuhdekäsitteitä (pääluokka d7), kolme kuvauskohdetta antoi tietoja koulutuksesta (pääluokka d8) ja hengellisyydestä ja eettisistä seikoista toi tietoja esiin pääluokka d9. Eettisten seikkojen luokittelu painottui tässä tutkimuksessa niin, että kaikkiaan 19:stä pääluokan kuvauskohteesta tästä tutkimuksesta löytyi 13. Syynä tähän on se, että luokittelin kaltoinkohtelua koskeneet käsitteet kunkin omalla kuvauskohteella. Tässä tutkimuksessa löytyneiden ICF -kuvauskohteiden lukumäärä tukee sitä, että tutkimuksessa ote on kokonaisvaltainen. Luokitusta tarkasteltaessa käy ilmi, että esiin on noussut runsaasti psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kuvauskohteita fyysisen (päivittäisten toimintojen) ulottuvuuden lisäksi. Kuvauskohteiden perusteella olisin luokitellut tutkimuksen salutogeneettisiin tutkimuksiin, esiin tulleen tiedon kokonaisvaltaisuuden takia.

Tutkimuksessa 9 tutkijat halusivat selvittää ikääntyneiden terveellisessä ruokavaliossa tapahtuneita muutoksia. Tutkimuksissa käytettiin dikotomista tutkittavien jakoa kahteen luokkaan, terveelliset ruokatottumukset ja epäterveelliset ruokatottumukset. Terveellisiin ruokatottumuksiin tutkittava sijoitettiin silloin kun hän käytti ruokavaliossaan vihanneksia ja hedelmiä sekä vältti voin ja rasvaisen maidon käyttöä. Huolimatta dikotomisesta jaosta, tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli terveysnäkökulma ja toimintakykyisyys. Lisäksi tutkimuksessa huomioitiin ruokavalioon vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä, siksi luokittelin sen salutogeneettisen paradigman mukaisiin tutkimuksiin.

Löytyneet ICF-kuvauskohteet (9) esiintyivät useasti muissakin tutkimuksissa, ainoastaan kuvauskohde d5701 *ruokavalioista ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen* esiintyi ainoastaan tässä tutkimuksessa. ICF-kuvauskohteiden perusteella olisin luokitellut tämän tutkimuksen salutogeneettisen paradigman mukaiseksi, sillä painotus on psyko-sosiaalisessa toimintakyvyssä.

Tutkimuksessa 10 kiinnostuksen kohteena oli suomalaisen ikääntyneen väestön toimintakyky. Tutkimuksessa oli terveystietämys. Siinä kiinnostuksen kohteena olivat terveystilanne, toimintakyky, elämäntavat ja coping-strategia. Päivittäiset toiminnot määritettiin tutkimuksessa dikotomisesti niin, että kysyttiin kuutta fyysisiin päivittäisiin toimintoihin kuuluvaa aktiviteettia. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan kykyään suoriutua aktiviteeteista. Vastausvaihtoehtoja oli neljä, joista kolme osoitti vaikeuksia toimintakyvyssä. Siihen, että kuuluiko luokkaan vaikeuksia, vai ei vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa, saattoi tutkijoiden mukaan vaikuttaa se, että sukupuolien väliset tehtävänjatot esimerkiksi kevyissä kotitöissä ovat saattaneet vaikuttaa vastauksiin. Mielestäni tutkimus oli salutogeettisesti orientoitunut.

ICF-kuvauskohteita tutkimuksesta löytyi kohtalaisesti 17 (lähes 10% kaikista löytyneistä kuvauskohteista). Esiin tulleet ICF -kuvauskhteet puhuvat salutogeneettisen paradigman puolesta siksi, että kuvauskohteet sisältävät tietoja sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueista.

Tutkimuksesta 12 kiinnostuksen kohteena olivat arviot ikääntyneiden yksityisyydestä viidessä Euroopan valtiossa. Yksityisyyden toteutumista arvioivat sekä hoitajat että potilaat. Tutkimuksessa kiinnostus kohdistui eettiseen tekijään, joka vaikuttaa yksilön itsearvostukseen ja itsenäisyyden tunteeseen. Teoriaosuudessa muun muassa Heikkinen on todennut, että salutogeneettiselle tutkimukselle ovat ominaista kysymykset omatoimisuudesta, valtaistumisesta sekä autonomiasta. Näkökulma tutkimuksessa on selkeästi salutogeneettinen.

Artikkelista löytyi vain 1 ICF -kuvauskohde. Yhden kuvauskohteen laadun perusteella olisin luokitellut tutkimuksen salutogeneettisiin tutkimuksiin. Kuvauskohteiden vähäinen määrä viittaa patogeneettisiin tutkimuksiin.

Salutogeneettisiä käsitteitä aineistossani olivat muun muassa terveystietäkökulma, autonomia, toimintakyvykkyys (functional ability), sosiaaliset suhteet ja niiden rakenne ja toiminta, kokonaisvaltainen ote ihmiseen, yksilönäkökulma, ympäristön huomioiminen suhteessa toimintakykyyn, hoidon laatu (esimerkiksi kaltoinkohteluun liittyvät kysymykset), coping-strategia, elämäntavat ja hyvinvointi.

6.3.3 Toimintakyvyn heikkeneminen ja dikotomia

Taulukossa 16 vertaan aineistossani nousseita kolmea käsitettä keskenään. Vertailtavina ovat salutogeneettiset tutkimukset sekä tutkimukset, joissa esiintyi käsite toimintakyvyn heikkeneminen

ja/tai dikotomia. Taulukossa 16 tarkasteltavat käsitteet ovat salutogeneettinen paradigma, suhteessa toimintakyvyn heikkenemis- ja dikotomia -käsitteisiin. Salutogeneettisiä tutkimuksia oli viisi (tutkimukset 3, 4, 9, 10, 12). Muut tutkimukset edustivat patogeneettistä paradigmaa. Toimintakyvyn heikkenemislähestymistapa löytyi tutkimuksista (2, 5, 6, 7, 8, 11, 15). Toimintakyvyn heikkenemis -käsite esiintyi tutkimuksissa usein, vaikka sen käyttökelpoisuutta on kritisoitu. Esimerkiksi Pfeiffer toteaa, että (patogeneettisen mallin mukainen) toimintakyvyn heikkeneminen (disability) on ideologinen toiminto, eikä ole hänen mukaansa olemassa yhteisesti hyväksyttyä tapaa tunnistaa, mitata tai määrittää sitä. Huomionarvoista on, että salutogeneettisen paradigman mukaisissa tutkimuksissa ei esiintynyt tutkimuksia, joissa esiintyivät käsitteet toimintakyvyn heikkeneminen. Dikotominen jako toteutettiin tutkimuksissa (1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 16). Dikotomista jakoa esiintyi kolmessa salutogeneettisessä tutkimuksessa (3, 9 ja 10). Tutkimuksissa 2, 6 ja 7 esiintyi sekä käsite toimintakyvyttömyys että tutkittavien dikotominen jako. Tutkimukset 13 ja 14 olivat patogeneettisiä, vaikka niissä ei esiintynyt toimintakyvyn heikkenemiskäsitettä, eikä dikotomista tutkittavien jakoa.

Taulukko 16

Tutkimukset, jossa näkökulmana toimintakyvyttömyys, ja dikotomia, suhteessa salutogeneettisiin tutkimuksiin

Salutogeneettiset tutkimukset	Tutkimukset, jossa toimintakyvyttömyys-lähestymistapa	Tutkimukset, joissa toteutettiin tutkittavien dikotominen jako
3	2	1
4	5	2
9	6	3
10	7	6
12	8	7
	11	9
	15	10
		16

Tummennettuna ne salutogeneettiset tutkimukset, joista löytyi tutkittavien dikotominen jako

Taulukko 17. Toimintakykytutkimukset ja ICF: n osa-alueen suoritukset ja osallistuminen pääluokat, esiin tulleet ICF -aihealueet/kuvauskohteet.

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>1x</u> <u>mainittu</u>	x/178
T1	0	0	0	0	5702, 2x5708	0	7701,7708	839,3x8508 855,8700	0	0	11 6.17%
T2	0	0	<u>325</u>	<u>449</u> ,4100, 4104 4500,4551 <u>.4600</u> ,4702	5204,5400, 5401,	<u>6200,6402</u>	0	0	0	<u>5</u>	13 7..30%
T3 S	0	0	<u>3600</u>	4702	5101, <u>5203</u> , 5204,5208, 5308,5400 5401	<u>620,6308</u> 4x669,6408, 698,6608	5x798, 2x7603 <u>7600</u>	<u>870</u>	<u>9100</u> <u>910</u> 2x9205	<u>8</u>	31 17.41
T4 S	0	0	0	4100,4104, 4508, <u>4558</u> , <u>4608</u>	550, <u>560</u> , <u>5108</u> ,5208x5 5308,5400, 5401,5708,	6x6608	798,2x7601, 7603,2x7701 7708	<u>825,830</u> , 2x839,	13x940 <u>9308</u>	<u>7</u>	48 26.96%
T5	0	0	0	0	0	0	7701,7708	2x839	940 <u>9208</u>	<u>1</u>	6 3..37%
T6	0	0	0	<u>4153,4208</u> 2x4500, 3x4508	5400,5401 5702	0	0	0	0	<u>2</u>	10 5.61%
T7	0	0	0	4100,4104, 4500	5101, <u>5300</u> 5400,5401,550	6608	2x798	0	0	<u>1</u>	11 6.17%
T8	0	0	0	0	0	0	0	0	940	<u>0</u>	1 0..56%
T9 S	0	0	0	0	<u>5701</u>	0	7701,7708	839,4x8508 855	0	<u>1</u>	9 5.05%
T10 S	0	0	0	4508,4551	550,5101, 5400, 5401 5708	6408	7701,7708	839, 4x8508, 8700,855	0	<u>0</u>	17 9..55%
T11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<u>0</u>	0 0%
T12 S	0	0	0	0	0	0	0	0	940	<u>0</u>	1 0..56%
T13	0	0	0	2x4508	0	0	0	0	940	<u>0</u>	3 1.68%
T14	0	0	0	2x4508	0	698	798, <u>7608</u>	0	940	<u>1</u>	6 3..37%
T15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<u>0</u>	0 0%
T16	0	<u>2408</u>	<u>330</u>	<u>498</u>	550, <u>598</u> , 5308,5708	0	2x7508	<u>8451</u>	940	<u>5</u>	11 6.17%
yht.	0/29	1/28	3/42	30/94	43/38	20/49	29/49	27/31	25/24		178/384
1x	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>7</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>31</u>	
Eril.	0	1	3	13	15	8	8	8	6	62	

Taulukko 17. **S** tarkoittaa salutogeneettisiä tutkimuksia
- yht.tarkoittaa kuvauskohteiden esiintymistä pääluokittain
- alleviivattu luku tarkoittaa aineistossa kerran mainittujen kuvauskohteiden esiintymistä
- Eril. tarkoittaa keskenään erilaisten kuvauskohteiden esiintymistä pääluokittain

7 Johtopäätökset

Vastauksessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, mitä ICF:n suoritukset ja osallistuminen pääluokkia tutkimuksissa ilmenee, tarkastelen aluksi ICF -kuvauskohteiden esiintymistä yleensä. ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alue sisältää 9 pääluokkaa ja 384 keskenään erilaista aihealuetta ja kuvauskohdetta. Kun tarkastellaan ICF -kuvauskohteiden ilmenemistä tutkimuksittain, voidaan todeta, että aineistostani löytyi luokiteltavia kuvauskohteita kaikkiaan 178. Ne jakautuivat kahdeksaan pääluokkaan (taulukko 17). Luku 178 sisältää siis kaikki löydetty kuvauskohteet. Ne, jotka mainittiin vain kerran (liitteessä 1 olevassa taulukossa 18), ja ne, jotka mainittiin useammin kuin kerran (liitteessä 2 olevassa taulukossa 19). Vain yhden kerran mainittuja kuvauskohteita aineistostani löytyi 31. Tämä tarkoittaa, että loput 147 mainittiin aineistossa kaksi kertaa tai useammin. Keskenään erilaisia ICF -kuvauskohteita tutkimuksista löytyi 62. Kun 62: sta erilaisesta kuvauskohteesta 31 mainittiin vain kerran, jäi jäljelle 31, joihin aiemmin mainitut 147 kuvauskohdetta jakaantuivat niin, että kuvauskohde mainittiin kaksi kertaa tai useammin.

Kun tarkastellaan vain kerran esiintyneiden kuvauskohteiden ilmenemistä tutkimuksittain, voidaan todeta, että vain yhden kerran esiintyneet ICF -kuvauskohteet (31) jakaantuivat yhdeksän tutkimuksen kesken. Kuitenkin enemmistö kerran mainituista kuvauskohteista jakaantui vain neljän tutkimuksen kesken. (Patogeneettiset tutkimukset 2 ja 17 sisälsivät yhteensä 10 ja salutogeneettiset tutkimukset 3 ja 4 sisälsivät yhteensä 15 vain kerran mainittua kuvauskohdetta). Näissä patogeneettisissä tutkimuksissa, mielenkiinnon kohteena olivat ikääntyneiden ihmisten kokemat aktiivisuuden rajoitukset ja avun tarve sekä elämän laatu. Salutogeneettisissä tutkimuksissa kiinnostus kohdistui sosiaalisten suhteiden rakenteeseen ja toimintaan ja perheenjäsenten kokemuksiin hoidon laadusta. Kaikkien neljän tutkimuksen psykososiaalisella suuntautumisella sekä muita tutkimusartikkeleita yksityiskohtaisemmalla raportoinnilla oli positiivista vaikutusta vain kerran esiintyneiden luokkien ilmenemiseen. Tutkimuksissa tuotiin kertaluontoisesti esiin luokiteltavia käsitteitä, muun muassa yleisluontoisten tehtävien ja vaateiden (d2) sekä kommunikaatio (d3) pääluokista. Koska kerran esiintyneet kuvauskohteet kuuluivat molempien paradigmojen mukaisiin tutkimuksiin ja toivat esiin kuvauskohteita samoista pääluokista, ei tutkimuksen paradigmalla ollut vaikutusta kuvauskohteiden kertaluonteiseen esiintymiseen.

Tarkastelun perusteella voin todeta, että aineistosta löytyneiden kaikkien ja erilaisten ICF-kuvauskohteiden määrä on pieni. Syinä ovat usein tutkimuksen taustalla vaikuttava patogeneettinen paradigma, kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien käyttö kaikissa tutkimuksissa, tutkimusten samankaltaiset toimintakykykäsitteet sekä valitsemani ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alue. Aineistossani esiintyneet luokiteltavat toimintakykykäsitteet siis keskittyivät tiettyihin aihealueisiin

ja niissä tiettyihin kuvauskohteisiin. Siinä mielessä tutkimukset olivat sisällöllisesti keskenään samanlaisia, huolimatta paradigmasta. Tarkastelussa voidaan todeta, että ICF- pääluokat **oppiminen ja tiedon soveltaminen** (d1), **yleisluontoiset tehtävät ja vaateet** (d2) sekä **kommunikointi** (d3) saivat vain muutaman luokitellun kuvauskohteen. ICF-pääluokat d1-d3 ovatkin aineistoni kannalta merkityksettömiä. Herääkin kysymys, onko ICF -pääluokkien d1-d3 luokiteltava informaatio turhaa tämänhetkisten ikääntyneiden toimintakykykysymysten kannalta. Vai onko kyse siitä, että kvantitatiivisten tutkimusten pitäisi kehittyä sisältämään pääluokkien d1-d3 käsitteitä aiempaa enemmän. Pääluokat **liikkuminen** (d4) ja **itsestä huolehtiminen** (d5) saivat runsaasti (73/178) kuvauskohteita. **Kotielämä** (d6) ja **henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet** (d7) saivat myös melko runsaasti löytyneistä kuvauskohteista, yhteensä 20 ja 29.

Kun tarkastellaan luokkien määrällistä esiintymistä aineistossa, on todettavissa että eniten esiintynyt kuvauskohde (19 kertaa) oli (d940) *ihmisoikeudet*. Syynä on, että luokittelin tutkimuksissa esiintyneen informoidun suostumuksen ja yhdessä tutkimuksessa esiintyneet ikääntyneiden kaltoinkohteluun liittyvät käsitteet (13 käsitettä) ihmisoikeudet-kuvauskohteeseen. Toiseksi eniten tutkimuksista tuli esiin (d8508) *vastikkeellinen työ, muu määritely* (11 kertaa). *Vastikkeellinen työ, muu määritely*) mainittiin kuitenkin vain kolmessa tutkimuksessa, silloin se sai kussakin tutkimuksessa 3-4 luokkaa. *Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet* (d798), sekä *käveleminen, muu määritely* (d4508) mainittiin molemmat yhdeksän kertaa. (d798) mainittiin neljässä tutkimuksessa ja (d4508) viidessä. Kuvauskohteet, jotka mainittiin useassa tutkimuksessa, mutta vain kerran olivat pukeminen ja riisuminen (*vaatteiden pukeminen, vaatteiden riisuminen* d5400, d5401), jotka tulivat esiin kuusi kertaa. Lisäksi siviilisäätystä kuvaileva kuvauskohde intiimit suhteet (*intiimit suhteet, muu määritely* d7708) esiintyi viidesti ja *ruokaileminen* (d550) esiintyi neljässä tutkimuksessa. Esiin tullut informaatio kuvastaa mielestäni enemmän tutkimusten sisältämän tiedon luonnetta kuin ICF: n mahdollisuuksia tiedon esiin tuojana. Paradigmaattista eroa tutkimuksissa usein esiintyneiden kuvauskohteiden välillä ei ole. Kaikki kuvauskohteet esiintyivät sekä patogeneettisissä että salutogeneettisissä tutkimuksissa

Tekemäni luokittelun (taulukot 17, 18 ja 19) avulla oli mahdollista tarkastella muun muassa, kuinka esiin tulleet kuvauskohteet jakaantuvat pääluokittain ja tutkimuksittain. Esimerkiksi oliko tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena muita toimintakyvyn osa-alueita kuin fyysiset toiminnot. Kun tarkastelee ICF -luokitusta kaikkien tutkimusten osalta, tulee mieleen ajatus siitä, että usein tutkimuksissa mielenkiinto kohdistui fyysisiin toimintoihin. Psyko-sosiaaliset käsitteet ikään kuin tukivat taustalla tutkimuksessa ilmenevää tarkastelua. Tämä saattaa olla ilmentymä patogeneettisen

paradigman vallitsevuudesta. Lopuksi totean tutkimuskysymykseen numero yksi, että aineistossa oli tutkimuksia, jotka saivat runsaasti tai eivät yhtään ICF -kuvauskohteita. Pääluokittain tarkasteltuna oli pääluokkia, jotka eivät saaneet juuri lainkaan kuvauskohteita ja oli pääluokkia, jotka saivat runsaasti kuvauskohteita. ICF -kuvauskohteiden näkökulmasta katsottuna oli kuvauskohteita, jotka saivat runsaasti mainintoja ja oli useita kuvauskohteita, joita ei mainittu kertaakaan. Kuvauskohteittain tarkasteltuna *vaatteiden pukeminen ja vaatteiden riisuminen* sekä vuoteseen meno ja sieltä nouseminen (*makuulle meno ja seisominen*) poikkesivat muiden luokkien esiintymisestä. Luokat esiintyivät aineistossa aina yhden kerran, eri tutkimuksissa mainittuina.

Vastauksina tutkimuskysymyksiin kaksi ja kolme voin todeta, että patogeneettisiä tutkimuksia esiintyi aineistossa yli kaksi kertaa salutogeneettisiä enemmän ja että ICF -kuvauskohteiden esiintyminen oli erilaista paradigmoittain tarkasteltuna. Yleensä salutogeneettiset tutkimukset saivat pääluokittain eniten kuvauskohteita. Poikkeuksena on pääluokka liikkuminen. Patogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat pääluokka liikkuminen kuvauskohteista 22 ja salutogeneettiset tutkimukset saivat vain 8 kuvauskohdetta. Keskeistä paradigmaattisessa tarkastelussa on se, että vain liikkuminen tulee patogeneettisissä tutkimuksissa useammin esille kuin salutogeneettisissä tutkimuksissa. Pääluokka itsestä huolehtiminen tulee usein esiin molempien paradigmojen mukaisissa tutkimuksissa. Useissa tutkimuksissa ICF -kuvauskohteiden lukumäärää lisäsi huomattavasti se, että tutkimuksissa raportoitiiin käsitteitä pääluokista liikkuminen ja itsestä huolehtiminen. Käsitteitä tuotiin esiin päivittäisistä toiminnoista ja fyysisestä toimintakyvystä. (Esimerkkeinä tutkimus 2, jossa (10/13), tutkimus 6, (10/10), tutkimus 7, (8/11), tutkimus 13, (2/3), ja tutkimus 16, jossa (5/11) ICF -kuvauskohdetta nousivat esiin pääluokista liikkuminen (d4) ja itsestä huolehtiminen (d5). Kun vielä huomioidaan, että tutkimuksissa 8, 11 ja 15 esiintyi yhteensä vain 1 ICF-kuvauskohde, olivat pääluokat d4 ja d5 patogeneettisille tutkimuksille keskeinen kuvauskohteiden lähde. Johtopäätöksenäni on, että silloin kun ICF -kuvauskohteet keskittyvät pääluokkaan d4 on erittäin mahdollista että kyseessä on patogeneettinen tutkimus. Pääluokka d5 sen sijaan voi sisältää molempien paradigmojen mukaisia kuvauskohteita. Tulos liikkumis –pääluokan osalta on yhtenevä olemassa olevan tiedon kanssa siitä, että fyysiset toiminnot tiedostetaan ja huomioidaan hyvin patogeneettisen paradigman mukaisessa ajattelussa. Psyko-sosiaaliset toiminnot jäävät usein vähemmälle huomiolle. Se, että pääluokat d4 ja d5 saivat muihin osioihin verrattuna runsaammin luokkia aineistossani, johtuu nähdäkseni siitä, että useassa tutkimuksessa tuotiin esiin luokiteltavia käsitteitä päivittäistä toiminnoista ja fyysisestä toimintakyvystä. Mielestäni muun muassa matemaattisten metodien käyttö tietojen käsittelyssä vaikuttaa siihen, että esiin tulee vain tietynlaisia kuvauskohteita, jotka toistuvat eri tutkimuksissa.

Loput kuvauskohteet jakaantuivat niin, että patogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat vain 4 kotielämä -kuvauskohdetta ja salutogeneettiset tutkimukset saivat neljä kertaa enemmän eli 16. Aihealueen henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet sisältämät kuvauskohteet jakaantuivat niin, että patogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat 10 ja salutogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat melkein kaksi kertaa enemmän eli 19 kuvauskohdetta. Keskeiset elämänalueet sai 27 ja yhteisöllinen sosiaalinen ja kansalaiselämä sai 25 kuvauskohdetta. Patogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat ainoastaan 9 keskeiset elämän alueet kuvauskohdetta ja salutogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset saivat puolet enemmän eli 18. Patogeneettiset tutkimukset saivat vain 6 yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä aihealueen kuvauskohdetta ja salutogeneettiset tutkimukset saivat kolme kertaa enemmän eli 19 kuvauskohdetta.

Tutkimuskysymyksen kaksi osalta tekemääni paradigmaattisen jaon osuvuutta tukee artikkelin julkaisseen lehden suuntautuminen. Patogeneettisiä tutkimuksia oli siis yhteensä 11. Kaikki patogeneettiset tutkimusartikkelit julkaistiin erinimisissä lääketieteellisissä tai epidemiologisissa lehdissä. Ainoastaan yhden julkaisun nimessä esiintyi ikänäkökulma (Age and Ageing). Loput julkaisut olivat lääketieteellisiä. Lehden lääketieteellinen orientaatio tukee tutkimusten patogeneettistä paradigmaa. Lisäksi patogeneettisesti orientoituneille tutkimuksille oli ominaista, että on olemassa ideaalinen terveyden taso joka tarkoittaa, että terveyteen liittyvät ongelmat puuttuvat. Jollei ihmisellä ole ns. ideaalin terveyden tasoa tarkoittaa se, että hänellä on terveysongelmia. Terveydenhuollon on silloin puututtava ongelmiin ja pyrittävä ratkaisemaan ne. Tutkimuksissa oli vallalla ongelmasuuntautunut ajattelu. Lisäksi patogeneettisissä tutkimuksissa kiinnostuksen kohteena oli joko toimintakyvyn heikkeneminen tai sairaus. Toimintakyvyn heikkenemis-lähestymistapa tuli esiin seitsemässä tutkimuksessa. Lisäksi näissä tutkimuksissa vallalla oli yksisuuntainen syy-seurausajattelu. Syy-seurausajattelu ilmeni muun muassa biopsykososiaalisena systeemiajatteluna, jolle on tyypillistä näkemys siitä, että sairaus tuottaa toimintakyvyttömyyttä. Tulosten perusteella voidaan ajatella, että patogeneettisten tutkimusten luonne oli melko samanlainen keskenään. Niistä puuttui voimavara- ja terveysajattelu. Sen sijaan yksisuuntainen, toimintakyvyttömyys ja sairausnäkökulma oli niille tyypillinen.

Salutogeneettisistä tutkimuksista, jota oli viisi, kaikki julkaistiin erinimisissä julkaisuissa. Julkaisuista kaksi oli nimen perusteella suuntautunut ikääntymiseen (Age and Aging ja Journal of Gerontology). Lisäksi kaksi oli hoitotieteellisiä ja yksi oli kansanterveystieteellinen julkaisu. Se että tutkimukset julkaistiin muissa kuin lääketieteellisissä julkaisuissa, tukee tutkimusten salutogeneettistä paradigmaa. Salutogeneettiset tutkimukset 3 ja 4 sisälsivät lähes puolet kerran

mainituista kuvauskohteista (15/31). Laskettaessa yhteen kaikkien salutogeneettisten tutkimusten kerran mainitut kuvauskohteet saadaan tulokseksi 16/31. Kerran mainitut kuvauskohteet keskittyivät siis joihinkin tutkimuksiin ja niitä esiintyi salutogeneettisissä tutkimuksissa suhteellisesti selvästi enemmän. Tämä kertoo siitä, että kerran esiintyvien kuvauskohteiden esiintyminen johtuu sekä tutkimuksen paradigmasta että tutkimuksen kiinnostuksen kohteesta. Salutogeneettisen paradigman mukaista ajattelua esiintyi tulkintani mukaan vain viidessä tutkimuksessa. Kun lasketaan kaikki salutogeneettistä paradigmaa edustaneet tutkimukset, oli niissä esiintyneiden ICF-kuvauskohteiden osuus kuitenkin lähes 60 % koko aineistosta. Tämä tarkoittaa, että salutogeneettisissä tutkimuksissa käsitellään ja tuodaan esiin luokiteltavia toimintakykykäsitteitä monipuolisemmin ja runsaammin.

Löytyneiden ICF-kuvauskohteiden perusteella voidaan lisäksi vastata tutkimuskysymykseen kolme niin, että salutogeneettisille tutkimuksille oli ominaisempaa tarkastella psyko-sosiaalista toimintakykyä, (pääluokkia d1-d3 ei huomioida). Tulokset osoittavat, että suoritukset ja osallistuminen osa-alue mahdollistaa sekä patogeneettisen että salutogeneettisen paradigman ilmenemisen. Tämä tukee käsitystäni tutkimusten taustalla olevasta tiedostetusta tai tiedostamattomasta patogeneettisestä tai salutogeneettisestä paradigmasta. Yhtenä tuloksena tutkimuksessani on, että patogeneettisen, fyysisen toimintakyvyn luokitteluun on ICF:n pääluokka liikkuminen (d4) sopiva luokittelujärjestelmä. Wessels ym. toteaa samansuuntaisesti omassa artikkelissaan. Tulosten perusteella voin todeta lisäksi, että ICF on myöskin herkkä tuomaan esiin kuvauskohteita sosiaalisista rakenteista ja toiminnoista sekä kokemuksia elämänlaadusta. Psyko-sosiaaliset pääluokat d5-d9 tulivat tutkimuksessani herkemmin esiin salutogeneettisissä tutkimuksissa. Wessels toteaa samansuuntaisesti, että ICF on herkkä luokittelujärjestelmä yhteisöllisen, sosiaalisen ja kansalaiselämän (pääluokka d9) kuvaamiseen, sekä tuomaan esiin käsitteitä pääluokista henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d7) sekä kotielämä (d6). ICF soveltuu tämän tutkimuksen tulosten perusteella paremmin salutogeneettisten tutkimusten luokitteluun. ICF:ssä huomioidaan sekä medikalistinen että sosiaalinen paradigma. Tutkimukseni tukee edellä mainittua, jos voidaan ajatella, että medikalistinen on yhtenevä patogeneettisen paradigman kanssa ja sosiaalinen on yhtenevä salutogeneettisen paradigman kanssa. Tätä kysymystä käsitellen pohdinnassa.

Yhteenvedon kaikkii tutkimuskysymyksiin totean, että tutkimuksissa oli tulkittavissa, joko patogeneettinen tai salutogeneettinen paradigma. Joissain tutkimuksissa esiintyi ominaisuuksia molemmista paradigmoista. Silloin paradigmojen määrittäminen riippui tutkimuksen luonteesta ja

tutkijan määrittämistä kriteereistä. Myös löytyneet ICF-kuvauskohteet tukevat tutkimusten paradigmojen valintaa kun kuvauskohteita tarkasteltiin aihealueittain. Yksittäisen tutkimuksen ICF-kuvauskohteiden perusteella voin todeta, että salutogeneettisen paradigman mukaisissa tutkimuksissa löytyneet ICF -kuvauskohteet tukivat valitsemaani paradigmaa selvemmin, kuin patogeneettisissä tutkimuksissa. Lisäksi jos löytyneitä ICF -kuvauskohteita oli yli 16, oli kyseessä salutogeneettinen tutkimus. Kuitenkaan tutkimuskohtainen ICF -kuvauskohteiden määrä ja laatu eivät anna kuin suuntaviivoja paradigmanmääritykseen.

Tutkittavien dikotomista jakoa esimerkiksi toimintakykyisiin tai toimintakyvyttömiin on pidetty dualismin ilmentymänä. Dualismi tarkoittaa sitä, että henki ja ruumis erotetaan toisistaan. Tutkittavien dikotomista jakoa esiintyi viidessä patogeneettisessä tutkimuksessa ja kolmessa salutogeneettisessä tutkimuksessa. Siihen, että puolet aineiston tutkimuksista sisälsi dikotomisen ajattelun, vaikuttaa mielestäni kaikissa tutkimuksissa toteutetut kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Kvantitatiivisilla menetelmillä oli tulkintani mukaan vaikutusta myös silloin, kun artikkelista ei löytynyt luokiteltavia kuvauskohteita. Esimerkiksi kun tutkimukset eivät sisältäneet pääluokkien d4 ja d5 mukaisia luokiteltavia käsitteitä oli syynä muun muassa se, että artikkelissa ilmoitetaan, että MMSE, ADL ja /tai IADL-toiminnot arvioitiin, mutta toimintoja ei sen tarkemmin lueteltu, eikä niitä siksi voinut luokitella ICF:n mukaisesti.

Aineistossani esiintyi muitakin käsitteitä, joita en voinut luokitella ICF:n suoritukset ja osallistuminen luokitukseen. ICF:stä ei esimerkiksi löydy luokitusta käsitteille toimintakyvyttömyys, väsyneisyys, masennuksen tunne, avun tarve, dikotomia, kognitiivinen kyvyttömyys, muistiongelmät, kuollut ja monisairastavuus. Edellä mainitujen käsitteiden lähestymistapa terveyteen on negatiivinen. Positiivisia tai neutraaleja ei- luokiteltavia käsitteitä olivat muun muassa ikäryhmät, sosioekonominen status, naiset, miehet, lepo, uni, toiminnalliset kyvyt, terveystyöskäytyminen, näkö, kuulo, ja terve.

Käsitteiden luokittelu oli hankalaa esimerkiksi silloin kun tutkimuksissa esitettiin yläkäsitteitä. Yläkäsitteitä ICF:n näkökulmasta olivat mm. sosioekonominen status ja epäterveelliset tottumukset (tutkimuksessa 1), toimintakyvyn heikkeneminen, toimintakyvyn rajoitukset ja elämänlaatu (t2), sosiaalisten suhteiden monipuolisuus, sosiaalinen osallistuminen (t3), kotona asuminen, toiminnalliset kyvyt ja terveystyöskäytyminen (t5). Jos näitä käsitteitä olisi ”aukaistu” tutkimuksissa, olisi käsitteitä todennäköisesti voinut luokitella ICF:n osallistuminen ja suoritukset osa-alueen mukaisesti.

Lisäksi haluan todeta, että jos olisin käyttänyt koko ICF:ää, olisin voinut luokitella osan ei-luokitelluista käsitteistä. On vaikea arvioida miten yläkäsitteiden ”aukaiseminen” olisi vaikuttanut

tutkimusten paradigmoihin. Se on selvää, että yläkäsitteiden aukaiseminen olisi tuonut kuvauskohteita eri aihealueisiin huomattavasti lisää. Mainituilla luokittelemattomilla käsitteillä oli vaikutusta siihen, määritinkö tutkimuksen patogeneettisen tai salutogeneettisen paradigman mukaisiin tutkimuksiin. Esimerkiksi käsite toimintakyvyttömyys (disability) esiintyi vain patogeneettisissä tutkimuksissa ja käsite dikotomia esiintyi molempien paradigmojen mukaisissa tutkimuksissa.

ICF-luokitus pyrkii aktiviteettien rajoitusten vakavuuden tarkkaan luokitteluun. Tutkimuksessani ei kuitenkaan ollut mahdollista arvioida löytyneiden kuvauskohteiden tarkennetta eli arvottaa kuvauskohteita ongelman vakavuuden mukaan, vaan ainoastaan tuoda esiin kuvauskohteen esiintymisen aineistossa. Tutkimuksessani ICF:n esiin tuoma tieto olikin luettelo kuvauskohteista. Kuitenkin pääsyyn siihen, ettei yksilöllistä toimintakykyä voinut arvioida on tutkimukseni meta-analyttinen luonne. Tutkimuksittain tarkasteltuna esiin tulleista kuvauskohteista näkee sosiodemografisia tekijöitä sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn käsitteitä. Huolimatta siitä etten voinut hyödyntää ICF:n kaikkia ulottuvuuksia, on ICF mielestäni hyvä apu tutkimusten analysoinnissa. Kun paradigmat olivat erikseen määritetty, sain tukea määritykselleni ICF -kuvauskohteiden lukumäärästä ja siitä, mihin aihealueeseen ne sijoittuivat. Yksilöllisesti ajatellen ICF:n käyttö toimintakyvyn eri tasojen luokittelujärjestelmänä toimii nähdäkseni tehokkaimmin silloin, kun luokitusta toteutetaan suoraan ikääntyneille. Yleisesti ajatellen luokittelun avulla voidaan esimerkiksi tutkimuksista nostaa esiin niiden sisältämiä toimintakykykäsitteitä (niitä, joita voidaan ja ei voida luokitella) maailmanlaajuisesti ja yli ammatillisten rajojen. Suomalaisessa ikääntyvien toimintakykyisyyden tukemisessa ICF on mielestäni hyvä luokittelujärjestelmä siinä mielessä, että se mahdollistaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille yhdenmukaisten käsitteiden. Yhdenmukaisten käsitteiden käyttö voi edesauttaa eri ammattikuntien toteuttamaa tietojen käsittelyä sekä toiminnan suunnittelua ja arviointia yhdessä asiakkaan, omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Virallinen, suomenkielinen ICF julkistettiin työni valmistumisvaiheessa. Yhdenmukaisten käsitteiden käytön edistämiseksi päätin lisätä työhöni suomalaisen, virallisen ICF:n termit. ICF mahdollistaa mielestäni salutogeneettisen paradigman mukaisen tiedon kokoamisen ja preventiivisen ikääntyvien ihmisten toimintakykyisyyttä tukevan toiminnan suunnittelun.

Tutkimustulokset tukevat ennakko-oletustani, että patogeneettisiä tutkimuksia olisi aineistossa enemmän. Lisäksi tulokset tukevat oletustani, että salutogeneettisen paradigman mukaiset tutkimukset toisivat esiin enemmän psyko-sosiaalisen ulottuvuuden kuvauskohteita ja

patogeneettiset tutkimukset fyysisen ulottuvuuden kuvauskohteita. Tutkimusta tehdessäni minulla oli lisäksi esioletuksena, että ikääntyneiden toimintakykykysymyksissä olisi menossa paradigmanvaihdos patogeneettisestä salutogeneettiseen. Aineistossani oli viisi salutogeneettistä ja 11 patogeneettistä tutkimusta. Tämän tutkimuksen perusteella ei voi sanoa, onko salutogeneettisen paradigman määrä suomalaisissa tutkimuksissa kasvamassa vai ei. Salutogeneettisissä tutkimuksissa enemmän ja monipuolisemmin esiin tulleet ICF -kuvauskohteet kuitenkin voivat olla viitteenä siitä, että salutogeneettisen paradigman mukainen tiedon raportointi olisi noususuunnassa. Salutogeneettisen paradigman lisääntyminen tutkimuksissa saattaa tulevaisuudessa ilmetä rinnakkaisena ilmiönä kehitteillä olevan ICF:n käytön lisääntymisen kanssa. Salutogeneettisen paradigman ja ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen vahvuus on juuri psykososiaalisen elämän suorituskyvyn ja suoritustason kuvaamisessa. Vahvuus tarkoittaa muun muassa, että patogeneettiselle paradigmalle tyypillinen fyysisen toimintakyvyn kuvaaminen ei enää riitä ikääntyneiden toimintakykykysymyksissä. Tarvitaan salutogeneettisen paradigman mahdollisuuksia paikkaamaan patogeneettisen paradigman jättämiä aukkoja. Silloin ICF on oiva apuväline. Aineistossani oli aluksi 17 tutkimusta. Katoa oli yhden tutkimuksen verran. Sillä, että poistin yhden tutkimuksen aineistosta, ei ole tulosten kannalta merkitystä.

8 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka

Työssäni luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä on tutkimusaineisto. Eli kuinka osuva oli aineistoni valinta, kun etsin tutkimuksista paradigmoja ICF:n suoritukset ja osallistuminen osa-alueen avulla. Kun aineiston hankintamenetelmänä oli haku internetistä, olivat hakusanat (elderly, functional ability) keskeisessä merkityksessä. Valitsemillani hakusanoilla pyrin saamaan aineistooni sellaisia tutkimuksia, joissa kiinnostuksen kohteena olisi Antonovskyn jatkumonäkemyksen ja ICF:n sosiaalisen hengen mukaisesti ikääntyneiden toimintakyvykkyys, eikä toimintakyvyn heikkeneminen. Tutkimuksia analysoidessani huomasin kuitenkin, että käsite toimintakyvyn heikkeneminen oli kiinnostuksen kohteena useassa tutkimuksessa. Toimintakyvyn negatiivinen ulottuvuus ei kuitenkaan mielestäni heikennä tutkimukseni luotettavuutta.

Aineiston paradigmaattiseen jakoon vaikuttivat teorian tieto ja tutkijan painottamat paradigman määrittämiskriteerit. Tekemääni patogeneettistä paradigmanmäärittystä tukivat muun muassa toimintakyvyn heikkenemis -käsitteen ilmeneminen vain patogeneettisissä tutkimuksissa ja julkaisun epidemiologinen tai lääketieteellinen luonne. Tekemäni luokittelun sisäistä luotettavuutta lisää se, että luokitteluvaiheessa sekä aineisto että ICF -luokitus olivat käytettävissäni englanninkielisinä versioina. Yhteinen kieli helpotti nostamaan aineistosta esiin

toimintakykykäsitteitä ja luokittelemaan niitä ICF -kuvauskohteisiin. Luokittelun luotettavuutta lisää myös se, että en huomionnut tutkimusten sisällöstä kuin tutkimuksen tekijöiden esiin tuomat käsitteet tai ajatukset. Lisäksi määritin vaikeasti luokiteltaville käsitteille kriteerit, joiden mukaan pyrin luokittelemaan ne yhdenmukaisesti. Tutkimuksen luotettavuutta rajoittaa tekemäni luokittelun tulkinnanvaraisuus. On olemassa se mahdollisuus, että jos toinen tutkija tekisi samasta aineistosta ICF:n suoritukset ja osallistuminen luokittelun, hän saattaisi luokitella yksittäisiä käsitteitä eri tavalla. Toinen tutkimuksen luotettavuutta rajoittava tekijä voivat olla aiemmin mainitsemani hakusanat. Jos olisin valinnut hakusanaksi esimerkiksi elderly, functional capacity, tai activity of daily living olisin saattanut löytää esimerkiksi liikuntatieteellisiä tai terveystieteellisiä tutkimuksia, jolloin tutkimusten paradigmaattinen suhde ja ICF-kuvauskohteet olisivat saattaneet poiketa suurestikin saamistani tuloksista.

Suomenkielisen, virallisen ICF-laitoksen ilmestyttyä syyskuussa 2004 lisäsin viralliset termit työhöni (tammikuussa 2005), usein englanninkielisten termien yhteyteen. Termien lisääminen ei vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin. Termien lisääminen lisää tämän työn hyödyntämismahdollisuuksia suomalaisessa, ikääntyneiden terveydenhuollossa.

Tutkimuksessani tulkitsin tutkimusartikkeleita etsien niistä sekä paradigmoja että ICF -kuvauskohteita. Mielestäni tutkimukseni aiheen valinta on eettisesti perusteltu. Useissa tutkimuksissa on todettu, että ikääntyneiden määrän kasvaessa toimintakykyyn liittyvät kysymykset vaativat uudenlaista ja pikaista paneutumista sillä perinteisen patogeneettisen paradigman mukaiset keinot ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Tämä avaa salutogeneettisen paradigman ja ICF:n hyödyntämiselle mahdollisuuksia ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn tukemisessa.

9 Pohdinta

Kysymys siitä noudattaako tutkija aina jotakin paradigmaa (tietämättään tai tietoisesti) on mielenkiintoinen. Kuhnin ajatus, että se mitä kysytään vaikuttaa saatuihin vastauksiin, on askarruttanut mieltäni sekä tehdessäni kandidaatintyötäni että nyt tehdessäni pro graduani. Oman kysymyksenasetteluni taustalla on ollut salutogeneettinen paradigma. Cuban ja Lincolnin (1994, 107-110) mukaan paradigmat eli hyvin perusteltujen uskomusten systeemit perustuvat ontologiseen, epistemologiseen sekä metodologiseen oletukseen. Ontologisessa paradigman määrittämisessä kysytään miten asiat todella ovat ja miten asiat todella toimivat. Epistemologisessa paradigman määrittämisessä kysytään mikä on suhde tutkijan ja sen välillä mitä voidaan tietää. Metodologisessa paradigman määrittämisessä kysytään miten tutkija löytää vastauksen uskomustensa tueksi. Paradigmoihin liittyy siis voimakkaasti filosofinen ulottuvuus. Jos kysytään ontologisesti miten

asiat todella ovat niin herää kysymys, että kuka sen tietää. Tutkimuksessani en tuo esiin sitä miten asiat todella ovat vaan sen, miten tutkijana tulkitsen asioiden olevan. Epistemologiassa kyse on nähdäkseni tutkimuksen objektiivisuudesta. Olen pyrkinyt tutkimuksessani olemaan mahdollisimman objektiivinen. Kun kyse sekä paradigmojen määrittämisessä että luokittelun tekemisessä on ollut tekemästäni tulkinnasta, ei subjektiivisuuden olemassaoloa voi kieltää.

Tutkimusten analysointitapani on ollut meta-analyttinen ja mielestäni on ollut toimiva menetelmä. Niiniluoto toteaa, että tiedon (hyvin perusteltu tosi uskomus) ominaispiirteet määrittyvät siitä tavasta, jolla tieto löydetään ja perustellaan. Niiniluoto jatkaa, että tieteelliseltä tutkimukselta edellytetään tiettyä perusnäkemystä tutkittavana olevasta maailmasta ja että tieteellisessä maailmankatsomuksessa on kyse tutkimuksen perustana olevista filosofisista näkemyksistä. Filosofisilla näkemyksillä Niiniluoto tarkoittaa erityisesti tietoteoreettista ja ontologista käsitystä. (Niiniluoto. 1980, 125, 138, 869). Tietoteoreettiseen ja ontologiseen pohdiskeluuni vaikuttivat tutkimusta tehdessäni salutogeneettisen ja patogeneettisen paradigman lisäksi neljä muuta paradigmaa. Tutustuessani näihin paradigmoihin tulkitsin niiden olevan melko yhteismitallisia keskenään. Paradigmat ovat positivistinen ja konstruktivistinen sekä medikalistinen ja sosiaalinen paradigma.

Positivismista puhuessaan Raunio (1998, 16-17) esittää ajatuksen, että positivismi olisi tarjonnut perustavan lähtökohdan modernin yhteiskunnan metodologiselle itseymmärrykselle. Ja että ihmistieteellinen metodologinen ymmärrys olisi syntynyt positivistisen metodologian kiistämisestä inhimillisten käytäntöjen tutkimisessa. Hän lisää, että usein kvantitatiivisia tutkimuksia syytetään positivistisuudesta.

Cuba ja Lincoln tuovat esiin oman näkökulmansa positivistiseen sekä konstruktivistiseen paradigmaan. Positivistisen paradigman ontologian luonne on heidän mukaansa reduktionistinen ja deterministinen (ihminen ja hänen toimintansa on tilanteen ja ympäristön määräämää). Sen epistemologia on dualistinen ja objektivistinen ja sen metodologia on eksperimentaalinen ja manipulatiivinen.

Konstruktivistinen paradigma on vastakkainen suhteessa positivismiin. Konstruktivistisen paradigman ontologia on relativistinen. Eli totuus on ymmärrettävissä niin, että realiteetteihin vaikuttavat mentaaliset tekijät, joihin vuorostaan sosiaalisella ympäristöllä ja kokemusmaailmalla on keskeinen vaikutus. Epistemologia on subjektiivinen ja vuorovaikutuksellinen, siinä tutkijan ja tutkittavan vuorovaikutus on tärkeää. Metodologiana ovat hermeneuttinen ja dialektinen menetelmä. Niiden avulla pyritään ymmärtämään ilmiöitä, sekä olemaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Tulkintani mukaan paradigmat muistuttavat suuresti patogeneettistä ja

salutogeneettistä paradigmaa, vaikka yhteismitallisuutta tämän perusteella ei voikaan arvioida vedenpitävästi.

ICF sisältää sekä medikalistisen että sosiaalisen paradigman. Medikalistisen paradigman mukaan toimintakyvyn rajoittuminen (disability) nähdään yksilön ongelmana, joka on suora seuraus sairaudesta, vammasta tai muusta terveydentilasta. Näkökulmaan sisältyy professionaalinen yksilön hoitaminen. Toimintakyvyn rajoitteiden hoidon tavoitteena on parantaa yksilön sopeutumiskykyä ja muuttaa hänen käyttäytymistään. Lääketieteellinen hoito nähdään toimintakyvyn rajoitteiden keskeisenä hoitomuotona. Poliittisessa päätöksenteossa medikalistisen näkökulman mukaan tärkeintä on kehittää terveydenhuoltopolitiikkaa.

Sosiaalinen paradigma näkee toimintakyvyn rajoittumisen pääasiassa sosiaalisesti luotuna ongelmana. Toimintakyvyn vajausta ei nähdä yksilöstä johtuvana, vaan pikemmin kompleksisena erilaisten tilojen yhdistelmänä, joista monet ovat ympäristön luomia. Toimintakyvyn rajoitusten hoidossa, ympäristön kollektiivinen vastuu nähdään tärkeäksi. Kollektiiviseen vastuuseen kuuluu ympäristön muuttaminen niin, että toimintakyvyltään rajoittunut yksilö voisi saavuttaa täysimittaisen osallistumisen (participation) tason elämän kaikilla alueilla. Poliittisessa päätöksenteossa pyritään sosiaalisen näkökulman mukaan painottamaan aatteellisia ja asenteellisia tekijöitä sekä ihmisoikeuksia, sosiaalisen muutoksen aikaansaamiseksi.

ICF:ssä on pyritty yhdistämään molempia edellä mainittuja paradigmoja. ICF pyrkii saamaan aikaan kokonaisvaltaisen käsityksen terveydestä, sen biologisesta, yksilöllisestä sekä sosiaalisesta eli biopsykososiaalisesta näkökulmasta (ICF 2001, 20.) Mielestäni medikalistisella ja sosiaalisella paradigmalla on merkittäviä yhteneväisyyksiä patogeneettisen ja salutogeneettisen paradigman kanssa.

Tulkintani mukaan edellä esiin tuodut paradigmat voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat patogeneettinen, positivistinen ja medikalistinen paradigma ja toiseen ryhmään kuuluvat salutogeneettinen, konstruktivistinen ja sosiaalinen paradigma. Ensimmäiseen ryhmään kuuluville paradigmoille on tyypillistä muun muassa kausaalisuusajatus, kvantitatiivinen tutkimusote ja luonnontieteellinen lähestymistapa. Toiseen ryhmään kuuluville salutogeneettiselle, sosiaaliselle ja konstruktionistiselle paradigmalle on tyypillistä terveyslähtöinen ajattelu, usein kvalitatiivinen tutkimusote ja ihmistieteellinen, kokonaisvaltainen lähestymistapa. Silverman (1993, 8-11) kirjoittaa, että tekstien analysointi on erilaista riippuen siitä, onko kyse positivistisen tai ihmistieteellisen metodologian ohjaamasta tutkimuksesta. Tutkijana analysoin tutkimuksia ihmistieteellisestä, pikemmin kuin positivistisesta viitekehyksestä käsin.

Gerontologisen tutkimuksen yhteydessä on käyty keskustelua siitä, onko gerontologia tiede, vai sarja erilaisia malleja. Gerontologian on sanottu olevan “rich in data but poor in theory”, (Birren & Bengtson. 1988, ix). Bengtson ym. määrittelevät teorian täsmällisten selitysten rakenteeksi, joka huomioi empiiriset löydökset. Teorian yhteydessä avainsanana on löydösten selittäminen. Teorian ensisijainen tehtävä on tarjota välineet, että tutkimuksella saaduille havainnoille voidaan löytää järkevä selitys. Paradigman tutkijat määrittävät olevan ponnistusten kautta tulleenä liikkeenä tieteessä. Paradigman avulla voidaan tarkastella empiirisiä yleistyksiä, malleja ja teorioita. (Bengtson, Rice, Johnson. 1999, 5-6.)

Mielestäni paradigmat antoivat selityksiä ICF -luokituksen avulla tekemilleni havainnoille. Lääketiede perustuu patogeneettiseen paradigmaan. Terveystieteisiin kuuluvaan gerontologiseen teorian muodostukseen voisi mielestäni ehkä saada lisäulottuvuutta, esittämällä tutkimuksissa aiempaa enemmän salutogeneettinen paradigman mukaisia kysymyksiä. Uskon Kuhnin toteamuksen mitä kysytään, sellaisia vastauksia saadaan pitävän paikkansa. Esimerkiksi Mold toteaa, että patogeneettisellä paradigmalla ei ole terveydenhuollossa tarjottavaa sellaiselle ikääntyneelle henkilölle, jolla on normaali kognitiivinen toimintakyky ja joka haluaisi parantaa muistiaan tai lukemisnopeuttaan. Terveys- ja hoitoalalla tarvitaan aiempaa enemmän salutogeneettisen paradigman mukaista ajattelua ja toimintaa. Salutogeneettisen paradigman avulla on mahdollista tarjota ikääntyneelle henkilölle toimintakykyä ylläpitäviä tietoja ja toimintamalleja, ennen kuin toimintakyky on alkanut heiketä. Silloin tärkeää on se, millaisia kysymyksiä ikääntyneiden toimintakykyä koskevissa tutkimuksissa ja terveydenhuollossa esitetään.

Taulukko 18 Aineistossa yhden kerran mainittu ICF -kuvauskohde

Liite 1

Yksi kertaa mainittu ICF-kuvauskohde	Tutkimus nro	ICF-aihealueen/kuvauskohteen käsitteellinen koodi	ICF-aihealue/kuvauskohde
	2	d325	<i>Kirjoitettujen viestien ymmärtäminen</i>
	2	d449	<i>Esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen, mm ja m.</i>
	2	d4600	<i>Kotona liikkuminen</i>
	2	d6200	<i>Ostosten tekeminen</i>
	2	d6402	<i>Asunnon siivoaminen</i>
	3	d3600	<i>Telekommunikointilaitteiden käyttäminen</i>
	3	d5203	<i>Sormenkynsien hoitaminen</i>
	3	d620	<i>Tavaroiden ja palvelujen hankkiminen</i>
	3	d6308	<i>Aterioiden valmistaminen, mm.</i>
	3	d7600	<i>Aikuisen suhde lapseen</i>
	3	d870	<i>Taloudellinen omavaraisuus</i>
	3	d910	<i>Yhteisöllinen elämä</i>
	3	d9100	<i>Epäviralliset yhdistykset</i>
	4	d4558	<i>Liikkuminen paikasta toiseen, mm.</i>
	4	d4608	<i>Liikkuminen erilaisissa paikoissa, mm.</i>
	4	d560	<i>Juominen</i>
	4	d5108	<i>Peseytyminen, mm.</i>
	4	d825	<i>Ammatillinen koulutus</i>
	4	d830	<i>Korkea-asteen koulutus</i>
	4	d9308	<i>Uskonto ja hengellisyys, mm.</i>
	5	d9208	<i>Virkistäytyminen ja vapaa-aika, mm.</i>
	6	d4153	<i>Istuma-asennon ylläpitäminen</i>
	6	d4208	<i>Itsensä siirtäminen</i>
	7	d5300	<i>Virtsan säätely</i>
	15	d7608	<i>Perhesuhteet, mm.</i>
	17	d2408	<i>Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen, mm.</i>
	17	d330	<i>Puhuminen</i>
	17	d498	<i>Liikkuminen</i>
	17	d598	<i>Itsensä huolehtiminen</i>
	17	d8451	<i>Työpaikan säilyttäminen</i>
	9	d5701	<i>Ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen</i>
yhteensä		31	

Taulukko 19 Aineistossa enemmän kuin yhden kerran mainitut ICF -kuvauskohteet

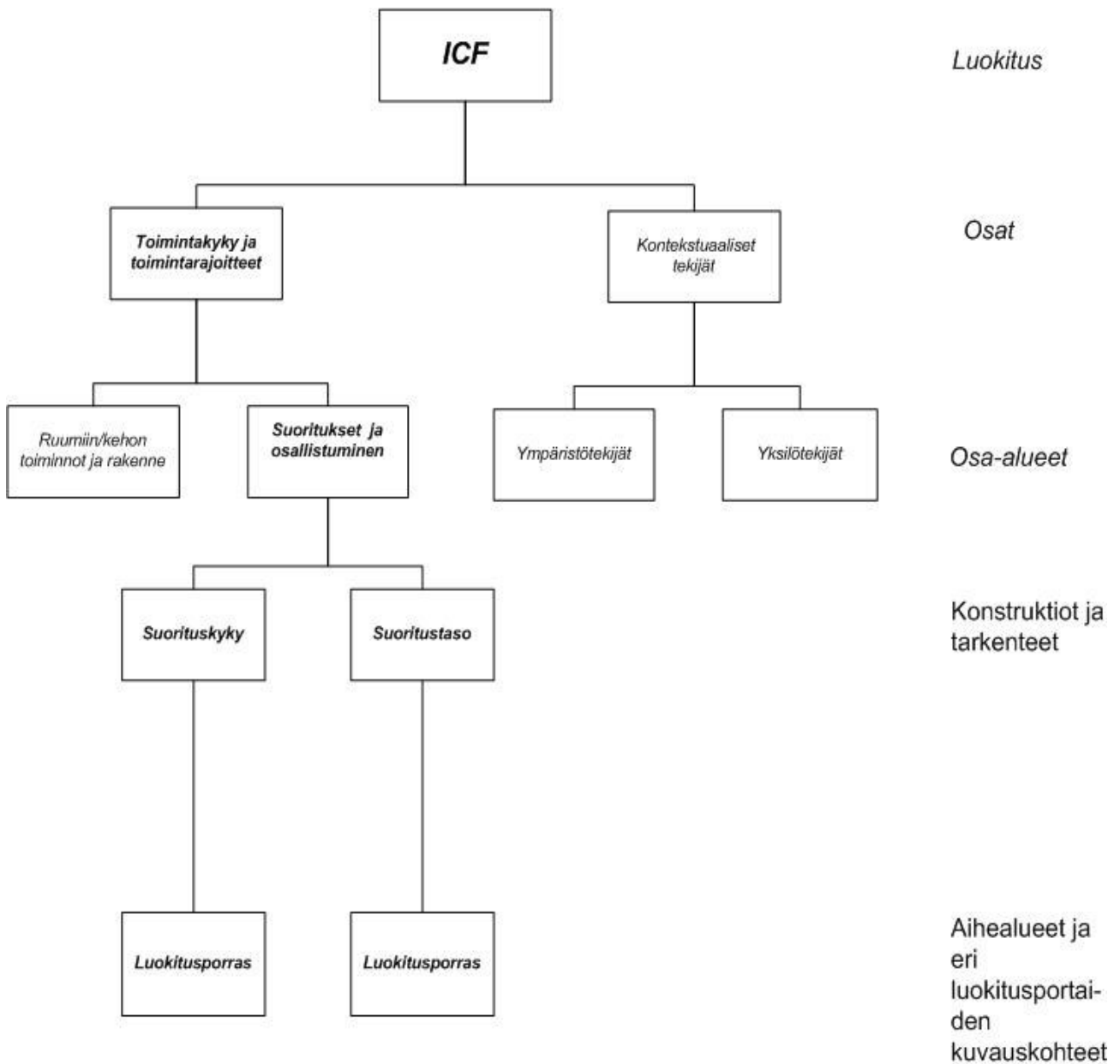
Liite 2

Suoritukset ja osallistuminen kuvauskohteiden esiintyminen	Tutkimukset (nro.)		ICF -aihealue/kuvauskohde
Kaksi kertaa mainitut			
	1,10	d8700	<i>Henkilökohtaiset taloudelliset varat</i>
	2,10	d4551	<i>Kiipeäminen</i>
	2,3	d4702	<i>Julkisen moottorikulkuneuvon käyttäminen</i>
	2, 3	d5204	<i>Varpaankynsien hoitaminen</i>
	3, 15	d698	<i>Kotielämä</i>
	t3x2	d9205	<i>Sosiaalinen kanssakäyminen</i>
	3, 10	d6408	<i>Kotitaloustöiden tekeminen, mm.</i>
	t4x2	d7601	<i>Lapsen suhde vanhempaan</i>
	1, 6	dd5702	<i>Oman terveyden ylläpitäminen</i>
	t17x2	d7508	<i>Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet, mm.</i>
yht.	10		
Kolme kertaa mainitut			
	2, 4, 7	d4100	<i>Makuulle meno</i>
	3, 7, 10	d5101	<i>Koko kehon peseminen</i>
	3, 4, 17	d5308	<i>Wc:ssä käyminen, mm.</i>
	t3x2, 4	d7603	<i>Laajennetun perheen sisäiset suhteet</i>
	2, 4, 7	d4104	<i>Seisominen</i>
	1, 9, 10	d855	<i>Vastikkeeton työ</i>
yht.	6		
Neljä kertaa mainitut			
	2, t6x2, 7	d4500	<i>Lyhyiden matkojen käveleminen</i>
	t3x4	d669	<i>Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen, mm ja m.</i>
	4, 7, 10, 17	d550	<i>Ruokaileminen</i>
yht.	3		
Viisi kertaa mainitut			
	1,4,5,9,10	d7708	<i>Intiimit suhteet, mm.</i>
	t1x2, 4, 10, 17	d5708	<i>Omasta terveydestä huolehtiminen, mm.</i>
yht.	2		
Kuusi kertaa mainitut			
	2, 3, 4, 6, 7, 10	d5400	<i>Vaatteiden pukeminen</i>
	2, 3, 4, 6, 7, 10	d5401	<i>Vaatteiden riisuminen</i>
	3, t4x5	d5208	<i>Kehon osien hoitaminen, mm.</i>
	1, t4x2, 5 ,9 ,10	d7701	<i>Puolisosuhteet</i>
yht.	4		
Seitsemän kertaa mainitut			
	1, t4x2 ,t5x2, 9 , 10	d839	<i>Opetus ja koulutus, mm. ja m.</i>
yht.	1		
Kahdeksan kertaa mainitut			
	3, t4x6, 7	d6608	<i>Muiden henkilöiden avustaminen, mm.</i>
yht.	1		
Yhdeksän kertaa mainitut			
	t3x5, 4, t7x2, 15	d798	<i>Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</i>

	4, t6x3, 10, t15x2, t14x2	d4508	<i>Käveleminen, mm.</i>
yht.	2		
10 kertaa mainitut	0	-	-
11 kertaa mainitut	t1x3, t9x4, t10x4	d8508	<i>Vastikkeellinen työ</i>
yht.	1		
13 kertaa mainitut	0	-	-
19 kertaa mainitut	t4x13, 5, 8, 13, 14, 15, 17	d940	<i>Ihmisoikeudet</i>
yht.	1		
Yhteensä	178 kuvauskohdemainintaa, joista	62	erilaista

Esimerkiksi t4x13 tarkoittaa, että kyseessä on tutkimus 4, jossa samoja ICF-kuvauskohteita on 13 kpl.

Liite 3



Kuvio 1 ICF-luokituksen rakenne, suoritukset ja osallistuminen osa-alue. (ICF. 2004, 211.)

Lähteet

Antonovsky A. 1979. Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. 2. painos. San Francisco, California. Jossey-Bass Inc. USA.

Birren JE, Bengtson VL (Eds.) 1988. Emergent theories of aging. New York. Springer Publishing co.

Bengtson VL, Rice CJ, Johnson ML. 1999. Are Theories of Aging Important? Models and Explanations in Gerontology at the Turn of the Century. In Bengtson VL, Schaie W. Handbook of Theories of Aging. Springer Publishing Company. New York, 3-19.

Carlsson G, Arvidsson O. 1994. Inledning. I Carlsson G, Arvidsson O (red.) Kampen för folkhälsan, prevention i historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 11-31.

Creswell J. 1994. Research Design. Qualitative and Quantitative Approach. Thousand Oaks: Sage, 5-45.

Eriksson C. 1994. Hälsan som budskap. I Carlsson G, Arvidsson O (red.) Kampen för folkhälsan, prevention i historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 321-352.)

Finch CE, Hervonen A. 1996. Modernin biogerontologian lyhyt historia. Gerontologia 10, 171-176.

Guba EG, Lincoln YS. 1994. Competing Paradigms in Qualitative Research. In Denzin NK and Lincoln YS (eds.) Handbook of Qualitative Research. London. Sage, 105-117.

Heikkinen E. 2000. A paradigm shift: from disease to health orientation. The Aging Male 10, 171-176.

Heikkinen E. 2002a. From disease to functionalism: a paradigm shift in the care of elderly people. 3rd International Conference on Anthropology and the History of Health and Disease. Genova. Erga edizioni, 412-427.

Heikkinen E. 2002b. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen E, Marin M: (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki. Tammi, 13-32.

Hervonen A, Ruth J-E. 1983. Vanhuuden ulottuvuudet. teoksessa Ruth J-E, Heikkinen E.(toim.) Vanhuus Suomessa, 12-31.

International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001. WHO. Geneve.
http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF_18.pdf

ICF -luokiuksen ABC -koulu 3. (23.9.2004.) Stakes Tieto/Luokituskeskus. Helsinki.

ICF. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kane R. 1997. Aging, Bioethics, and Public Health: Issues at the Intersection of Three Multidisciplinary Fields. In T Hickey, MA Speers, Prohaska TR. (eds.) Public Health and Aging. baltimore. The John Hopkins University Press, 252-276.

Mc Kinlay JB. 1994. The new public health approach to improving physical activity and autonomy in older populations. In E Heikkinen, J Kuusinen, I Ruoppila (eds.) Preparation for Aging. New York. Plenum Press, 87-103.

Kuhn TS.1994. Tieteellisen vallankumouksen rakenne. Suomentaja Kimmo Pietiläinen. Juva. WSOY. (alkuteos 1962).

Mold JW. 1995. An alternative conceptualization of health and health care: It`s implications for geriatrics and gerontology. Educational gerontology. 21, 85-101.

Nordenfelt L. 1994. Om hälsofrämjandets etik. I Carlsson G, Arvidsson O. (red.) Kampen för folkhälsan, prevention I historia och nutid. Centaltryckeriet. Borås. Natur och Kultur, 111-139.

Nylander, O. 2004. ICF -luokituksen ABC -koulu 3. Stakes Tieto/Luokituskeskus. Helsinki.

Ojala, M. 2004. ICF -luokituksen ABC -koulu 3. Stakes. Tieto/Luokituskeskus. Helsinki.

Qvarsell R. 1994. "Ett sunt folk I ett sunt samhälle." I Carlsson G, Arvidsson O. (red.) Kampen för folkhälsan, prevention I historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 76-107.

Raunio K. 1998. Positivismi ja ihmistiede. Gaudeamus.Oy Ylioistokustannus. Tammer-Paino oy. Tampere.

Sachs L. 1994. Har begreppet stress något gemensamt med "onda ögat"? I Carlsson G., Arvidsson O. (red.) Kampen för folkhälsan, prevention I historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 231-263.

Schaie KW, Willis SL. 1999. Adult Development and Aging. Collins College Publishers, 286-316.

Silverman D. 1993. Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction. London: Sage, 8-11.

Sundin J. 1994. Vägen mot ett längre liv. I Carlsson G, Arvidsson O (red.) Kampen för folkhälsan, prevention I historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 33-75.

Talo S. 23.9.2004. ICF-luokituksen ABC-koulu 3. Stakes Tieto/Luokituskeskus. Helsinki.

Vågerö D. 1994. Öjämlikhet, hälsa och prevention. I Carlsson G, Arvidsson O (red.) Kampen för folkhälsan, prevention I historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 187-231.

Wall S. Epidemiologi för prevention. I Carlsson G., Arvidsson O. (red.) Kampen för folkhälsan, prevention I historia och nutid. Centraltryckeriet, Borås. Natur och Kultur, 142-186.

Wetle T. 1997. Integrating Research into Program Planning and Development. In T Hickey, MA Speers, Prohaska TR. (eds.) Public Health and Aging. Baltimore. The John Hopkins University Press, 131-143.

Tutkimus 1.2004

Sulander Tommi, Helakorpi Satu, Rahkonen Ossi, Nissinen Aulikki, Uutela Antti. 2004. Smoking and alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985-2001. Pdf -dokumentti. Luotu 26.6.2004. Muokattu 26.6.2004. [Viitattu 9.8.2004]. Preventive Medicine 39, 413 -418.

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WPG-4C9HNJ3-1-1&_cdi=6990&_orig=search&_coverDate=08%2F31%2F2004&_qd=1&_sk=999609997&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkzk&_acct=C000052082&_version=1&_userid=1234512&md5=f55b289492ae9a1cb6ee2fc08c70f660&ie=f.pdf

Tutkimus 2. 2004

Kattainen Anna, Koskinen Seppo, Reunanen Antti, Martelin Tuija Knekt Paul, Aromaa Arpo. 2004. Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons. Pdf-dokumentti. Luotu 24.1.2004. Muokattu 27.1.2004. [Viitattu 9.8.2004.] Journal of Clinical Epidemiology (57), 82-88.

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T84-4BRHK3G-G-4&_cdi=5076&_orig=search&_coverDate=01%2F31%2F2004&_qd=1&_sk=999429998&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkzk&_acct=C000052082&_version=1&_userid=1234512&md5=b1a50488a20e53961b542e44435ef19d&ie=f.pdf

Tutkimus 3. 2004

Avlund Kirsten, Lund Rikke, Holstein E. Björn, Due Pernille, Sakari-Rantala Ritva, Heikkinen Riitta- Liisa.2004.The Impact of Structural and Functional Characteristics of Social Relations as Determinants of Functional Decline. Pdf- dokumentti. Luotu 19.12.2003. Muokattu 19.12.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES (59B), no.1, S44-S51.

<http://psychsoc.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/59/1/S44>

Tutkimus 4. 2003

Isola Arja, Backman Kaisa, Voutilainen Päivi, Rautsiala Tarja. 2003. Family members' experiences of the quality of geriatric care. Pdf-dokumentti. Luotu 31.10.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Scand J Caring Sci (17), 399-408.

<http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.0283-9318.2003.00246.x/full/>

Tutkimus 5. 2003

Löppönen Minna, Räihä Ismo, Isoaho Raimo, Vahlberg Tero, Kivelä Sirkka-Liisa. 2003. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care- a more active approach is needed. Pdf- dokumentti. Luotu 17.10.2003. muokattu 23.10.2003.[Viitattu9.8.2004].Age and Ageing (32), 606-612.

<http://ageing.oupjournals.org/cgi/reprint/32/6/606>

Tutkimus 6. 2004

Partanen Juha, Jalovaara Pekka.2004. Functional comparison between uncemented Austin_Moore hemiarthroplasty and osteosynthesis with three screws in displaced femoral neck fractures - a matched-pair study of 168 patients. Pdf-dokumentti. Luotu 4.2.2004. [Viitattu 9.8.2004].International Orthopaedics (SICOT) (28), 28-31.

<http://www.springerlink.com/media/34391YD8A1CVYGFCEET/Contributions/D/W/5/G/DW5G7FTXJTGAPY7P.pdf>

Tutkimus 7. 2003

Nuotio Marja, Tammela Teuvo LJ, Luukkaala Tiina, Jylhä Marja. 2003. Predictors of Institutionalization in an Older population During a 13-Year Period: The effect of Urge Incontinence. Pdf -dokumentti. Luotu 22.7.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Journal of Gerontology:MEDICAL SCIENCES Vol. 58A. No 8, 756-762.

<http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/58/8/M756>

Tutkimus 8. 2003

Ylinen Jari J, Savolainen Sakari, Airaksinen Olavi, Kautiainen Hannu, Salo Petri, Häkkinen Arja. 2003. decreased Strength and Mobility in Patients after Anterior Cervical Discectomy Compared With Healthy Subjects. Pdf- dokumentti. Luotu 18.6.2003. Muokattu 25.6.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Arch Phys Med Rehabil (84), 1043-1047.

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WB6-48Y6FG6-S-7&_cdi=6702&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2003&_qd=1&_sk=999159992&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzS&_acct=C000052082&_version=1&_userid=1234512&md5=b7851abf9daffb71b8984d2d25b5045f&ie=f.pdf

Tutkimus 9. 2003

Sulander Tommi, Helakorpi Satu, Rahkonen Ossi, Nissinen Aulikki, Uutela Antti. 2003. Changes and associations in healthy diet among the Finnish elderly, 1985-2001. Pdf- dokumentti. Luotu 1.7.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Age and Ageing Vol. 32, no 4, 394-400.

<http://ageing.oupjournals.org/cgi/reprint/32/4/394>

Tutkimus 10. 2003

Sulander Tommi T, Rahkonen Ossi J, Uutela Antti K. 2003. Functional ability in the elderly Finnish population time period differences and associations 1985-99. Pdf- dokumentti. Luotu 3.4.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Scand J Public Health (31), 100-106.

<http://taylorandfrancis.metapress.com/media/N0FDJQEF2Q3UUJCDUX4G/Contributions/B/5/C/1/B5C1GG98ML1TXEGC.pdf>

Tutkimus 11. 2003

Lupsakko Taina A, Mäntyjärvi Maija I, Kautiainen Hannu J, Sulkava Raimo O. 2003. Decrease of functional or cognitive capacity explains the lack of eye examination in visually impaired older persons. Pdf-dokumentti. Luotu 14.3.2003. [Viitattu 9.8.2003]JAGS 51. No 4, 573-574.

<http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1532-5415.2003.51173.x/full/>

Tutkimus 12. 2003

Schopp Anja, Välimäki Maritta, Leino- Kilpi Helena, Dassen Theo, Gasull Maria, Lemonidou Chryssola, Scott Anne P, Arndt Marianne, Kaljonen Anne. 2003. Perceptions of Informed Consent in the care of elderly people in five European countries. Pdf-dokumentti. Luotu 9.8.2004.[Viitattu 9.8.2004]. Nursing Ethics 10 (1), 48-57.

<http://ariel.ingentaselect.com/vl=525400/cl=113/nw=1/fm=docpdf/rpsv/cw/arn/09697330/v10n1/s7/p48>

Tutkimus 13. 2003

Schopp Anja, Leino- Kilpi Helena, Välimäki Maritta, Dassen Theo, Gasull Maria, Lemonidou Chryssoula, Scott Anne P, Arndt Marianne, Kaljonen Anne. 2003. Perceptions of privacy in the care of elderly people in five European countries. Pdf-dokumentti. Luotu 9.8.2004. Nursin Ethics 10 (1), 39-47.

<http://taddeo.ingentaselect.com/vl=10634159/cl=17/nw=1/fm=docpdf/rpsv/cw/arn/09697330/v10n1/s6/p39>

Tutkimus 14. 2002

Huusko TM, Karppi P, Kautiainen H, Suominen H, Avikainen V, Sulkava R. 2002. Randomized, Double-blind, Clinically controlled Trial of Intranasal Calcitonin Treatment in Patients with Hip Fracture. Pdf-dokumentti. Luotu 7.1.2003. [Viitattu 9.8.2004]. Calcif Tissue Int (71), 478-484.

<http://www.springerlink.com/media/3846CF9N4TCVYKC12XUQ/Contributions/J/U/T/3/JUT3QVUKV78YC0DE.pdf>

Tutkimus 15. 2002

Huusko Tiina M, Karppi Pertti, Avikainen Veikko, Kautiainen Hannu, Sulkava Raimo. 2002. Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients. A randomized, controlled trial. Pdf-dokumentti. Luotu 9.8.2004.[Viitattu 9.8.2004] Acta Orthop Scand 73 (4), 425-431.

<http://zerlina.ingentaselect.com/vl=8656979/cl=60/nw=1/fm=docpdf/rpsv/cw/tandf/00016470/v73n4/s10/p425>

Tutkimus 16. 2002

Peltomaa R, Paimela L, Kautiainen H, Leirisalo- Repo M. 2002. Mortality in patients with rheumatoid arthritis treated actively from the time of diagnosis. Pdf-dokumentti. Luotu 27.8.2002.[Viitattu 9.8.2004] Ann Rheum Dis 61, 889-894.

<http://ard.bmjournals.com/cgi/reprint/61/10/889>

Tutkimus 17. 2002

Salo J, Niemelä A, Joukamaa M, Koivukangas J. 2002. Effect of brain tumor laterality on patients' perceived quality of life. Pdf-dokumentti. Luotu 29.1.2002. [Viitattu 9.8.2004]. J Neurol Neurosurg Psychiatry 72, 373-377.

<http://jnnp.bmjournals.com/cgi/reprint/72/3/373>

ICF -tutkimukset:

Haley SM, Coster WJ, Andres PI, Ludlow LH, Ni P, Bond TL, Sinclair SJ, Jette AM. 2004. Activity outcome measurement for postacute care. Med Care.42 (1 suppl.), 149-61.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=14707755

Jette AM, Haley SM, Kooyoomijan JT. 2003. Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? *J Rehabil Med.* 35 (3), 145-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12809198&itool=iconabstr

Noreau L, Desrosiers J, Robichand L, Fougeryrollas P, Rochette A, Viscogliosi C. 2004. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older with disabilities. 26 (6), 346-352.

<http://journalsonline.tandf.co.uk/media/G45CJRPM6G4UNHFBCXB0/Contributions/N/2/X/0/N2X0M28H1K76GM8L.pdf>

Wessels RD, de Witte LP, Jedeloo S, van den Heuvel WPM, van den Heuvel WJA. 2004. Effectiveness of provision of outdoor mobility services and devices in the Netherlands. *Clinical Rehabilitation* 18, 371-378.

<http://dandini.ingentaselect.com/vl=3342206/cl=135/nw=1/fm=docpdf/rpsv/cw/arn/02692155/v18n4/s5/p371>

Brush JA, Threats TT, Calkins MP. 2003. Influences on perceived function of a nursing home resident. *Journal of Communication Disorders* 36, 379-393.

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6T85-490R81G-1-1&_cdi=5077&_orig=search&_coverDate=10%2F31%2F2003&_qd=1&_sk=999639994&view=c&wchp=dGLbVzz-zSkzk&_acct=C000052082&_version=1&_userid=1234512&md5=70997b3f2f81535e3c7a54f044cc2d45&ie=f.pdf

Pfeiffer D. 2002 The Philosophical Foundations of Disability Studies. *Disability. Studies Quarterly* Spring. vol.22. (2), 3-23.

http://www.dsqr-sds.org/_articles_pdf/2002/Spring/dsq_2002_Spring_02.pdf