

**'TULEE FRISKI JA HYVÄ OLLA'**

**Toimintatutkimus fyysisen aktiivisuuden edistämisestä  
Kontulan vanhainkodissa**

Elina Karvinen

Gerontologian ja kansanterveyden  
lensiaatintutkimus  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Syksy 2000

## TIIVISTELMÄ

Elina Karvinen.2000. 'Tulee friski ja hyvä olla'. Toimintatutkimus fyysisen aktiivisuuden edistämisestä Kontulan vanhainkodissa. Gerontologian ja kansanterveyden lisensiaatintutkimus. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Tutkimuksen tavoitteena oli muuttaa vanhainkotihoitoa vanhusten fyysistä aktiivisuutta edistäväksi. Tavoite syntyi sekä käytännön kokemusten että tutkimuskirjallisuuden perusteella tehdystä havainnosta, jonka mukaan vanhainkotiasukkaat eivät terveyden, toimintakyvyn, elämänsisällön ja autonomian näkökulmasta liiku riittävästi.

Tutkimuksen muutoshakuisen ja käytännöllisen luonteen vuoksi lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus. Hanke toteutettiin vuosina 1988 - 1991 Kontulan vanhainkodissa Helsingissä. Vanhainkodissa asui pysyvästi 141 vanhusta, ja hoitotyöntekijöitä oli yhteensä 54. Alkukartoituksessa tehtiin kirjallinen kysely hoitohenkilökunnalle sekä haastateltiin vanhukset. Hoitohenkilökunnasta kirjalliseen kyselyyn vastasi 81 %. Asukashaastattelusta poistettiin vaikeasti dementoituneet ja puhekyvyttömät vanhukset, jolloin kohdejoukoksi jäi 120 asukasta. Heistä haastateltiin 88 %. Alkukartoituksen perusteella laadittiin tarkennetut tavoitteet ja toimintaohjelmat niiden saavuttamiseksi. Keskeisinä toimintaohjelmina olivat henkilökunnan täydennyskoulutus ja fyysisesti aktiivisten toimintamuotojen kokeilu.

Tavoitteiden saavuttamisen ja tutkimusprosessin arviointia toteutettiin koko tutkimuksen ajan perustuen sekä kvantitatiivisiin että kvalitatiivisiin aineistoihin. Hoitohenkilökunnan kirjallinen kysely ja asukkaiden haastattelu toistettiin vuonna 1990. Kirjalliseen kyselyyn osallistui 84 % (N=49) hoitohenkilökunnasta. Kontulan vanhainkodin asukashaastatteluun 1990 osallistui 111:n asukkaan perusjoukosta 87 %. Toimintaohjelmien osalta henkilökunta arvioi koulutusta sekä suullisesti että kirjallisesti. Fyysisesti aktiivisten toimintojen onnistumista henkilökunta arvioi kirjallisen kyselyn avulla. Myös toimintoihin osallistuneet asukkaat haastateltiin. Tutkimuksen avuksi perustetut johtoryhmä, osastonhoitajien ja kuntoutushenkilökunnan työryhmät sekä asukasneuvosto arvioivat kokouksissaan toimintoja ja tutkimusprosessia. Puoli vuotta tutkimuksen toimintaosuuden päätyttyä arvioitiin tutkimusraporttia henkilökunnan päätösseminaarissa.

Tulokset osoittivat, että koulutus ja fyysisesti aktiivisten toimintojen kokeilu olivat hyviä välineitä hoitokäytäntöjen muuttamiseksi ja asukkaiden fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi. Hoitohenkilökunta uusi työtapojaan sisällyttämällä hoitotyöhön asukkaiden kävelyttämistä sekä liikuntaryhmien ja yksilöliikunnan ohjausta. Suhtautuminen asukkaiden fyysiseen aktiivisuuteen muuttui myönteisemmäksi. Asukkaat lisäsivät toiminnallisen tarjonnan myötä fyysistä aktiivisuuttaan, kun sitä tarkasteltiin jalkeilla olona, osallistumisena ryhmä- tai yksilöliikuntaan sekä arkiaskareisiin. Liikunnallisten toimintojen toteutus paljasti niin asukkaiden kuin henkilökunnankin kätkettyjä voimavaroja sekä edisti asukkaiden hyvinvointia toimintakyvyn, elämänsisällön sekä autonomian näkökulmasta. Toimintakokeilut osoittivat, että perinteinen hoitomalli ei riitä tyydyttämään vanhusten fyysisen aktiivisuuden tarpeita.

Johtopäätöksenä voi todeta, että Kontulan vanhainkodissa asukkaiden fyysinen passiivisuus oli seurausta perinteisistä hoitokäytännöistä. Tilanteen korjaaminen vaatii vanhainkodin työntekijöiden täydennyskoulutusta, hoitokäytäntöjen ja -resurssien kriittistä arviointia sekä perinteisen työnjaon muuttamista vastaamaan kokonaisvaltaisemmin asukkaiden liikkumisen tarpeita. Muutosprosessissa korostuu paitsi hoitohenkilökunnan myös esimiesten ja kuntoutushenkilökunnan uudet työn sisällöt. Toimintakyvyn tilannekohtaisen vaihtelun vuoksi on tärkeä panostaa vanhusten päivittäisten liikkumismahdollisuuksien lisäämiseen. Se edellyttää huomion kiinnittämistä myös ympäristöön sekä omaisten ja vapaaehtoisten rooliin vanhusten liikunnan tukena. Asukkaat tulee ottaa mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon.

# TIIVISTELMÄ

## SISÄLTÖ

<b>1. Johdanto</b>	1
<b>2. Fyysisen aktiivisuuden merkitys vanhuudessa</b>	3
2.1 Fyysisen aktiivisuuden määrittely	3
2.2 Fyysinen aktiivisuus terveyden ja toimintakyvyn tukena	4
2.3 Fyysisen aktiivisuuden yleisyys ja elämänsisällöllinen merkitys	8
2.4 Fyysinen aktiivisuus autonomian ja elämänlaadun ylläpitäjänä	12
<b>3. Fyysinen aktiivisuus - mahdollisuus vanhainkodeissa</b>	15
3.1 Vanhainkodit ja asukkaiden fyysinen toimintakyky	15
3.2 Vanhainkodissa asuvien vanhusten fyysinen aktiivisuus	17
3.3 Hoitotyö vanhainkodissa	19
3.4 Fyysinen aktiivisuus vanhainkotihoiton tavoitteena	21
<b>4. Tutkimuksen päämäärä ja tutkimusmenetelmän valinta</b>	25
4.1 Tutkimuksen lähtöongelma ja päämäärän asettaminen	25
4.2 Toimintatutkimus muutostyön välineenä	26
<b>5. Tutkimukseen liittyvät valmistelut</b>	30
5.1 Kohdeyhteisön valinta	30
5.2 Projektioorganisaatio	32
5.3 Alkutilanteen arviointimenetelmät	32
5.4 Kohdeyhteisö vuonna 1988	34
5.4.1 Hoitohenkilökunnan taustatiedot	34
5.4.2 Asukkaiden taustatiedot	36
5.5 Tavoitteet ja toimintaohjelmat	39
5.5.1 Tavoitteiden tarkennus ja toimintaohjelmien määrittely	39
5.5.2 Toimintaohjelmien sisältö ja toteutus	44
5.6 Tavoitteiden saavuttamisen ja tutkimusprosessin arviointimenetelmät	48

<b>6. Tulokset</b>	52
6.1 Tutkimuksen toteuttaminen	52
6.1.1 Kohdeyhteisö vuonna 1990	52
6.1.2 Henkilökunnan täydennyskoulutus	54
6.1.3 Fyysisesti aktiivisten toimintojen toteutus	56
6.2 Tavoitteiden saavuttaminen	73
6.2.1 Muuttuivatko henkilökunnan ajatukset ja työtavat?	73
6.2.2 Mitkä toiminnat vakiintuivat vanhainkodin elämään?	80
6.2.3 Miten asukkaiden fyysinen aktiivisuus muuttui?	81
6.3 Tutkimushankkeen arviointi	93
6.3.1 Kirjallisen loppukyselyn palautteet	93
6.3.2 Arviointiseminaarin palaute	97
6.3.3 Muiden vanhainkotien osuus tutkimuksessa	103
6.4 Pohdinta	103
6.4.1 Terveiden, toimintakyvyn ja elämänsisällön näkökulma	103
6.4.2 Fyysinen aktiivisuus vanhainkotihoiton osana	109
6.4.3 Voidaanko tutkimuksessa saatua tietoa soveltaa?	112
6.4.4 Valitun tutkimusmenetelmän arviointi	113
<b>7. Johtopäätökset</b>	118

## **LÄHTEET**

## **LIITTEET**



## 1. Johdanto

Tällä hetkellä noin 23 000:n vanhuksen kotina on heidän viimeisten elinvuosiensa ajan vanhainkoti (Vaarama ym., 1999, 143). Pidentyvä elinikä, lisääntynyt sairastavuus ja toimintakyvyn heikkeneminen johtavat tilanteeseen, jossa osa vanhuksista ei enää selviydy tukitoimintaan kotona. Vanhainkotipaikkojen tarve säilyy tulevaisuudessa ennallaan, vaikka niissä asuvien vanhusten osuus eläkeikäisestä väestöstä pienenee kotihoidon ja palveluasumisen kehittyessä. Vanhimpien ikäryhmien määrän voimakkaan kasvun arvioidaan lähitulevaisuudessa jopa lisäävän laitoshoidon määrällistä tarvetta (Koskinen, 1993; Aro ym., 1997). Vanhainkodissa asutaan Suomessa useita vuosia (Noro ym., 2000, 17). Siksi kotihoidon ja palveluasumisen rinnalla on tietoisesti kehitettävä myös vanhainkotihoidon laatua ja pohdittava, millaista elämänsisältöä ja hyvinvoinnin tukea laitokset tarjoavat asukkailleen.

Vanhainkodeissa asuvat ihmiset ovat iäkkäitä ja heidän toimintakykynsä on heikko. Erityisesti liikkuminen tuottaa ongelmia (Vaarama ym., 1998, 10). Liikuntakyky liittyy kiinteästi iäkkäiden ihmisten arjessa selviytymiseen, autonomiaan ja elämänlaatuun (Heikkinen, 1997, 36). Liikuntakyky heikkenee iän myötä, mutta vanhenemisen ja sairauksien ohella syynä on usein myös fyysisen aktiivisuuden puute (Hervonen ja Pohjolainen, 1990, 224; Bortz, 1993). Liikuntakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa raihnaisessakin vanhuudessa säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella (Spiriduso, 1995, 152-245). Fyysinen aktiivisuus voi olla luonteeltaan arkeen sisältyvää toimeliaisuutta, liikuntaharrastusta tai kuntoutumistarkoituksessa toteutuvaa liikuntaa (Telama ym., 1986).

Suurin osa suomalaisista iäkkäistä ihmisistä pitää fyysisestä aktiivisuudesta tärkeänä elämänsisältönä (Koski, 1996). Liikkuminen on suomalaisten elämänsisältöhistoriassa liittynyt suurelta osin työhön, välimatkojen taittamiseen ja arkiseen toimintaan (Kärkkäinen, 1986). Myös eri liikuntamuotoihin perustuva varsinainen liikuntaharrastus on ollut Suomessa yleisempää kuin monissa muissa maissa (Heikkinen ym., 1983, 100). Fyysisen aktiivisuuden osuus elämässä vähenee selvästi vasta silloin, kun toimintakyky heikkenee (Karppi, ym., 1997, 73) tai ihminen siirtyy vanhainkotiin (Ruuskanen ja Heikkinen, 1991).

Voimassa olevat asetukset korostavat vanhainkotihoidon tavoitteina turvallisuutta, virikkeellisyyttä sekä vanhusten mahdollisuuksia kuntoutua (SosiaalihuoltoA 607/83). Tavoitteiden toteutumiselle on ollut esteitä. Vanhainkotien historia (Pitkänen, 1991) ja vanhainkotien toimintaa ohjaava sairaanhoitokeskeinen perinne (Raatikainen, 1998) ovat hidastaneet esim. fyysisen aktiivisuuden käyttöä toimintakyvyn tukena ja kuntoutumisen elementtinä. Vanhainkotien henkilöstörakenne ja hoitohenkilökunnan peruskoulutus ovat niin ikään olleet puutteellisia kuntoutumisen tai virikkeellisyyden näkökulmasta (Vaarama ym., 1999, 19-25).

Liikuntakyvyn ja liikuntamahdollisuuksien säilymisellä on olennainen merkitys ihmisen autonomialle ja elämänlaadulle. On tärkeä tietää, liittyvätkö fyysi-

sen aktiivisuuden väheneminen ja riippuvuuden lisääntyminen laitoksissa asukkaiden toimintakyvyn heikkouteen vai onko kysymys muista tekijöistä, joihin voidaan etsiä muutosta. Aihe on ajankohtainen eikä siitä tiedetä riittävästi. Harvojen tutkimusten perusteella näyttää siltä, että fyysisesti virikkeellinen elämä tai kuntouttava hoito ei toteudu vanhainkodeissa toivotulla tavalla (Ruuskanen ja Heikkinen, 1991; Rusi, 1997, 66-67).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli edistää vanhainkodissa asuvien ihmisten fyysistä aktiivisuutta. Lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus, koska kysymyksessä oli vallitsevien käytäntöjen muuttaminen, yhteisön toiminnan tutkiminen sekä teoreettisen tiedon ja käytännön toiminnan yhdistäminen tavoitteen saavuttamiseksi. Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti valittu kohdeyhteisö osallistuu tutkijan rinnalla tavoitteen määrittelyyn, toiminnan suunnitteluun ja tutkimusprosessin arviointiin (Kemmis ja McTaggart, 1988, 5-28).

Tutkimus toteutettiin vuosina 1988-1991 helsinkiläisessä vanhainkodissa. Alkutilanne kartoitettiin haastattelemalla vanhainkodin asukkaat ja suorittamalla kirjallinen kysely hoitohenkilökunnalle sekä tutustumalla vanhainkoti-yhteisöön. Hankkeelle laadittiin alkukartoituksen ja asetetun tavoitteen perusteella yhteisesti hyväksytty toimintaohjelma. Toimintaohjelma eteni noudattaen toimintatutkimuksen spiraalimaista luonnetta, jossa tavoitetta seuraa toiminta, toimintaa arviointi ja arviointia tavoitteen tarkennus, joka johtaa uuteen toimintaan. Toimintaohjelman keskeiset elementit olivat henkilökunnan koulutus ja fyysisen aktiivisuuden toimintakokeilut. Tutkimuksessa selvitettiin paitsi vanhainkotiasukkaiden fyysistä aktiivisuutta ja siinä tapahtuvia muutoksia, myös fyysistä aktiivisuutta vanhusten hoidon tavoitteena. Tutkimuksen pituus oli kolme vuotta.

## 2. Fyysisen aktiivisuuden merkitys vanhuudessa

### 2.1 Fyysisen aktiivisuuden määrittely

Fyysisen aktiivisuuden ja liikuntakäyttäytymisen kuvaaminen vanhuudessa ei ole yksiselitteistä. Suomen kielen sana 'liikunta' on muista kielistä poiketen harvinainen yleistermi, jolla ilmaistaan monenlaista fyysistä toimintaa (Rantamaa ja Pohjolainen, 1997). Käsitteistön epätarkkuus on ollut ongelma liikuntatutkimuksessa (Heikkinen ym., 1981b; Laakso, 1986). Pohdittaessa liikuntaa erotetaan usein fyysisen aktiivisuuden ja liikuntaharrastuksen käsitteet. Liikuntaharrastusta käytetään yleensä yksilötason käsitteenä, jolloin kyse on liikunnan henkilökohtaisesta merkityksestä ihmiselle (Telama ym., 1986). Fyysinen aktiivisuus puolestaan on laaja yleiskäsite, joka tarkastelee kaikkea sitä liikkumista, mitä ihminen saa lihaksistollaan aikaan (Liikuntalakikomitean mietintö, 1976, 1).

Liikuntaharrastus on osa fyysistä aktiivisuutta. Sille on tyypillistä henkilökohtainen kiinnostus liikuntaan (esim. voimistelun harrastus). Liikuntaharrastus voi ilmetä myös liikunnan tarkoituksellisena valitsemisena eri elämäntoimintoissa (esim. liikkuminen kävellen). Liikuntaharrastukselle on oleellista ihmisen osallistuminen toimintaan ja kiinnostus paitsi liikuntaan myös sen seurauksiin. Liikunta voi liittyä myös välineenä muihin välttämättömiin toimintoihin kuten kotitöihin tai siirtymiseen paikasta toiseen. Joissakin vapaa-ajan harrastuksissa raja liikuntaharrastuksen tai muun toiminnan suhteen on liukuva. Esimerkiksi tansseissa käynti, kalastus ja puutarhanhoito ovat harrastuksia, joissa liikunta on olennainen osa toimintaa. Osa ihmisistä voi suosia liikunnallisia valintoja eri elämäntoimintoilla, jolloin ne saavat liikuntaharrastusta lähellä olevan merkityksen (Telama ym., 1986).

Iäkkäiden ihmisten elämänhistoriassa, joka on pääosin maaseutuyhteisöjen historiaa, liikunta liittyi läheisesti päivittäisiin toimiin, elinkeinon harjoittamiseen ja pitkien välimatkojen taittamiseen. Vuosisadan alkupuolella arkitoimista poikkeava liikunta toteutui vuodenaikajuhlien yhteydessä lähinnä pelinä, leikkeinä sekä miesten temppuina ja voimankoetuksina. Voimistelu oli ensimmäinen moderni liikuntakulttuurin tuote, joka tuli Suomeen Ruotsista ja Saksasta. Siihen nykyiset ikäihmiset tutustuivat koululiikunnan yhteydessä. Vähitellen 1930 -luvulla varsinainen kilpaurheilu eri lajeineen syrjäytti kansanomaisen liikuntaperinteen. Terveyspainotteinen kuntourheilu tuli nyky muodossaan tämän päivän iäkkäiden ihmisten tietoisuuteen vasta myöhäisessä keski-ässä (Kärkkäinen, 1986).

Iäkkäiden ihmisten fyysinen aktiivisuus ja liikunta ovat olleet tärkeitä tutkimuksen kohteita. Erityisesti on pohdittu niiden osuutta iäkkäiden elämäntyyliä sekä selvitetty fyysisen aktiivisuuden yhteyksiä terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Suurin osa tähän astisista liikuntatutkimuksista on kohdistunut kotona asuviin iäkkäisiin ihmisiin. Tiedot kotona asuvien ihmisten fyysisestä aktiivisuudesta tarjoavat hyvän perustan vanhainkotien kehittämi-

selle, koska vanhainkotien tavoitteena on paitsi tarjota kodinomainen elinympäristö myös edistää kuntoutumisen mahdollisuutta (SosiaalihuoltoA 607/83).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vanhainkodissa pysyvästi asuvien vanhusten fyysistä aktiivisuutta. Kohderyhmän fyysinen aktiivisuus on toimintakyvyn heikkoudesta johtuen rajoittunutta eikä sen sisältö ei ole tarkkaan eriteltävissä. Fyysinen aktiivisuus ymmärretään tässä tutkimuksessa laajana käsitteenä, joka kattaa asukkaiden päivittäisiin toimiin sisältyvän liikkumisen, jalkeilla olon, liikuntaharrastuksen sekä vanhainkotien osastoilla toteutettavan liikunnallisen ryhmäkuntoutuksen.

## 2.2 Fyysinen aktiivisuus terveyden ja toimintakyvyn tukena

Gerontologinen tutkimus korostaa terveyden arvioinnissa toimintakyvyn ja itsearvioidun terveyden merkitystä (Tornstam, 1975; Jylhä, 1985; Heikkinen, 1987; Heikkinen, 1990; Jylhä, 1990). Toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä päivittäisestä elämästä kattaen ihmisen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat. Saavuttaakseen päämääränsä ja suoriutuakseen ympäristössään iäkäs ihminen joutuu useimmiten yhdistämään resursseja kaikilta kolmelta osalta (Heikkinen, 1990). Eräs terveyden ja toimintakyvyn kuvaamisen ongelma vanhuudessa on täsmällisen tiedon puuttuminen siitä, mikä on ns. normaalia vanhenemista ja mikä on sairauksien osuus (Wallace, 1992; Heikkinen, 1997). Todennäköisesti molempien taustalla on yhteisiä riskitekijöitä, jotka aiheuttavat fysiologisia vaurioita elimistölle. Vanhenemisen ja sairauksien yhteisvaikutuksesta lisääntyy toiminnan rajoittumisen ja toiminnan vajauksen mahdollisuus (Heikkinen, 1997).

Verbrugge ja Jette (1994) ovat esittäneet WHO:n ICDH luokittelusta (WHO, 1980) kehitetyn sosiolääketieteellisen mallin, jota voidaan käyttää apuna edistettäessä iäkkään ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua. The Disablement Process -malli kuvaa, kuinka patologiset muutokset (pathology) johtavat ruumiin toimintojen heikentymisen kautta (impairment) toiminnan rajoittumiseen (functional limitations) ja lopulta toiminnan vajavuuteen (disability). Pidentyneen eliniän vuoksi toiminnanvajavuuteen johtava prosessi on usein ajallisesti pitkä. Heikkeneminen jollakin osa-alueella aiheuttaa helposti noidankehän, jossa toiminnanvajavuuteen johtava raihastumisprosessi nopeutuu. Sen vuoksi iäkkäiden ihmisten osalta on alettu puhua kolmannen ja jopa neljännen asteen prevention tärkeydestä. Prevention avulla kiihtynyt kielteinen kehitys voidaan katkaista esimerkiksi vähentämällä havaittuja riskitekijöitä, edistämällä kuntouttavia toimenpiteitä ja vaikuttamalla fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön sekä yksilön elämäntyyliin.

WHO on vakiinnuttamassa uutta luokittelujärjestelmää, 'International Classification of functioning and disability', ns. ICDH -2 -versiota (WHO, 2000). Uusi luokittelu korostaa edellisestä luokittelujärjestelmästä poiketen tarkastelunäkökulman siirtämistä sairauksien ja vammojen määrittelystä asiakkaan mahdollisuuksiin olla aktiivinen ja osallistua elämän eri toimintoihin. Aktiivisuutta kuvataan mallissa monitasoisesti. Fyysisen aktiivisuuden osalta arvioi-

daan perusliikkeiden toteutumista eri ympäristöissä sekä toisaalta liikkumista, päivittäisten toimien ja arkiaskareiden suorittamista. Osallistumisen kuvauksessa liikkuminen nähdään välineenä, joka mahdollistaa toimimisen eri elämänalueilla, mutta jolla on myös itseisarvo. Liikkuminen on tärkeä osa ihmisenä olemista.

Edellä mainituissa malleissa korostetaan toimintakykyä keskeisenä autonomian ja elämänlaadun varmistajana ihmisillä, joita uhkaa vajaakuntoisuus. Toimintakyvyn painottaminen terveyden arvioinnissa antaa vankat perusteet kuntouttavien menetelmien käytölle iäkkäiden ihmisten hoidossa (esim. liikunta, fysioterapia) (Heikkinen, 1990) sekä kannustaa muiden toimenpiteiden ohella vaikuttamaan myös ihmisten elämäntapaan (mm. fyysinen aktiivisuus) (Verbrügge ja Jette, 1994).

Toimintakykyä on tarkasteltu vanhuudessa eniten päivittäisistä toiminnoista selviytymisen (ADL) kannalta. Toisena tutkimussuuntana on ollut toimintakyvyn eri osa-alueiden muutokset ja niiden ennustearvo erityisesti elinajan, terveydentilan ja autonomian näkökulmasta (Heikkinen, 1987; Heikkinen, 1990). Arkielämää rajoittavien sairauksien määrä lisääntyy selvästi 75:n ikävuoden jälkeen. Erityisesti naisten toimintakyky vanhemmissa ikäryhmissä heikkenee (Kalimo ym., 1979; Ruikka ym., 1984, 24; Laukkanen ja Heikkinen, 1990). Vaikeuksia aiheuttavat mm. ulkona liikkuminen, raskaat taloustyöt ja julkisten kulkuneuvojen käyttö (Laukkanen ja Heikkinen, 1990). Ikivihreät -projektissa 75-84 -vuotiaista miehistä 31 % ja naisista 52 % ilmoitti, että ulkona liikkuminen tuottaa vaikeuksia. Tavallisimmin päivittäistä elämää häiritsevät sairaudet, oireet ja vammat liittyvät verenkiertoelimestöön sekä tuki- ja liikuntaelimestöön (Aromaa ym., 1989; Laukkanen ja Heikkinen, 1990; Valvanne ym., 1992, 79). Eliniän pidetessä lisääntyvät juuri sellaiset ikään liittyvät vaivat (esim. tuki- ja liikuntaelinsairaudet), jotka heikentävät itsenäistä selviytymistä ja liikkumiskykyä (Ruikka ym., 1984, 63-65; Heikkinen J, 1986, 59-57; Rönnemaa ym., 1997).

Toimintakyvyn ohella iäkkäiden ihmisten terveyden arvioinnissa korostuu omien terveysarvioiden merkitys, sillä niiden ennustearvo esimerkiksi jäljellä olevaan elinaikaan (Caplan ja Camacho, 1983; Idler ja Kasl, 1991; McCallum ym., 1994), palvelujen tarpeeseen, elämään tyytyväisyyteen ja elämänlaatuun on suuri (Okun ym., 1984; Ware, 1986). Suuri osa iäkkäitä ihmisiä pitää terveyttään vähintään kohtalaisena (Ruikka, 1984, 16-18; Heikkinen ym., 1996). Iän ja sairauksien lisääntyessä terveyden arviot pysyvät edelleen melko hyvinä (Heikkinen ym., 1983; Jylhä 1985, 78), minkä ajatellaan johtuvan mm. terveydelle asetettavan tavoitetasen alenemisesta iän myötä (Tornstam, 1975; Leinonen ym., 1997).

Omia terveysarvioita vanhuudessa määrittävät erityisesti toimintakyky ja selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Tärkeällä sijalla ovat myös koetut oireet, sairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön raihnaisuus, itsearvioitu ja mitattu fyysinen kunto sekä elämään tyytyväisyys (Tornstam, 1975; Jylhä ym., 1986; Heikkinen ym., 1997). Omilla terveysarvioilla on mielenkiintoinen yhteys lii-

kuntaan, sillä toimintakykynsä samoin kuin terveytensä hyväksi arvioivat henkilöt ovat yleensä fyysisesti aktiivisia. Vanhemmissa ikäryhmissä (yli 80 -vuotiaat) yhteydet eivät ole enää niin selkeitä, sillä vanhemmissa ikäryhmissä liikunnallisesti passiivisten määrä lisääntyy huolimatta hyväksi koetusta terveydentilasta tai toimintakyvystä. Toisaalta huonoksi terveydentilansa arvioivien keskuudessa on vanhimpien ikäryhmässä aktiivisia liikkujia edelleen 8-19 % (Heikkinen ym., 1981a). Toimintakykyiset iäkkäät ihmiset liikkuvat pysyäkseen terveinä, ja toisaalta heikoksi koettu terveys on tärkein syy vähäiselle liikunnalle (Pohjolainen, 1980).

Oireilla näyttää olevan itsearvioidussa terveydessä se merkitys, että paljon oireita omaavilla henkilöillä on heikompi toimintakyky ja he harrastavat vähemmän liikuntaa. Ennen kaikkea psyykkisellä pohjalla olevat oireet (esim. väsymys tai heikkouden tunne, haluttomuus, jännittäminen tai hermostuneisuus) näyttävät olevan merkittäviä liikuntaharrastuksen esteitä (Pohjolainen ym., 1982). Poikkeuksen tekee kotivoimistelu, jossa terveyden ja toimintakyvyn merkitys on liikuntaharrastuksen osalta pienempi kuin muissa liikuntamuodoissa (Pohjolainen ja Heikkinen, 1989).

Fyysiseen aktiivisuuteen yhteydessä olevien tekijöiden selvittäminen on tärkeää, sillä inaktiivisuutta pidetään vanhenemisen ja sairauksien ohella keskeisenä fyysistä toimintakykyä heikentävänä tekijänä. Niitä osa-alueita, jotka ovat heikentyneet harjoittamisen puutteesta, voidaan edistää fyysisen aktiivisuuden ja kuntoutuksen keinoin (Hervonen ja Pohjolainen, 1990, 191-212, 224), eikä edes aiempi liikuntaharrastus näytä olevan kuntoutuksen edellytys (Heikkinen, 1980a). Fyysisen aktiivisuuden myönteiset vaikutukset yleisemminkin terveyteen, kroonisten sairauksien ennalta ehkäisyyn ja hoitoon ovat moninaiset (Heikkinen, 1980b; Spirduso, 1995, 112-115).

Tarkasteltaessa fyysisen aktiivisuuden osuutta toimintakyvyn säilymisessä on tärkeää sisällyttää siihen sekä päivittäisten toimintojen yhteydessä saatu fyysinen harjoitus, liikuntaharrastus että liikunnallinen kuntoutus. Päivittäisiin toimintoihin sisältyvän fyysisen aktiivisuuden etuja toimintakykyyn ei ole toistaiseksi juuri tutkittu. Jotkut tutkimukset viittaavat siihen, että arkiaskareilla voi olla merkittävä harjoitusvaikutus 80 -vuotiaille ihmisille, koska niiden suorittaminen edellyttää iäkkäänä lähes sataprosenttista fyysisten voimavarojen käyttöön ottoa (Rantanen ym., 1999; Grimby, 1995). Vanhojen ihmisten päivittäiset toimet ovat merkityksellisiä esimerkiksi jalan ojennusvoimalle, joka liittyy kävelynopeuteen (Rantanen ja Avela, 1997). Kotitöissä sykkeen taso voi nousta kävelyä vastaavalle rasiustasolle asti (Matiasson - Nilo ym., 1990).

Edellä mainitun näkökulman korostaminen tuo merkittävää lisävalaistusta fyysisen aktiivisuuden merkityksestä liikuntaa harrastamattomilla ihmisille (Sihvonen ym., 1998). Tiedosta hyötyvät myös henkilöt, jotka ovat liikuntapalvelujen ulottumattomissa (esim. kotona asuvat, toimintakyvyltään heikentyneet ihmiset, vanhainkodeissa ja maaseudulla asuvat ihmiset), sekä ihmiset, jotka pohtivat työssään iäkkäiden kuntouttavan hoidon sisältöä ja painopistealueita.

Liikuntainterventioita sisältävissä tutkimuksissa on saatu hyviä tuloksia iäkkäiden ihmisten harjoitettavuudesta. Viime aikoina mielenkiinto on kohdistunut erityisesti lihasvoiman parantamiseen (Frontera ym., 1988). Jopa 90-vuotiailla vanhainkotiasukkailla saadaan aikaan merkittävä parannus lihasvoimissa muutamien viikkojen harjoittelulla. Harjoittelun kohdistuessa reisien ja lantionseudun lihaksiin edistetään kävelykykyä, tasapainoa ja selviytymistä päivittäisistä askareista (Fiatarone ym., 1990, 1994).

Liikkumiskyvyn kannalta olennainen merkitys näyttää olevan paitsi lihasvoimalla myös tasapainolla, reaktioajalla ja näkökyvyllä. Näiden osa-alueiden yksilöllinen arviointi ja huomioon ottaminen on fyysisen aktiivisuuden ja kuntoutuksen sisällön suunnittelussa tärkeää (Sakari-Rantala ym., 1998). Edellä mainittujen ominaisuuksien harjoittamisella voidaan osaltaan vähentää esim. kaatumistapaturmia, jotka murtumia aiheuttaessaan vievät vanhan ihmisen usein vuodelepoon (Laukkanen ym., 1997).

Liikunnallisten interventioiden ongelma on harjoitusvaikutusten suhteellisen nopea häviäminen toiminnan loppumisen jälkeen (Terveellisten liikuntatottumusten edistäminen, 1987, 21). Siitä syystä liikuntaharrastus, joka takaa toiminnan jatkuvuuden, on iäkkäille ihmisille merkittävä mahdollisuus ylläpitää fyysistä toimintakykyään. Liikuntaharrastuksen merkitys tuli mielenkiintoisella tavalla esiin Jyväskylän Ikivihreät -projektin seurantatutkimuksessa. Sen mukaan aktiivinen liikuntaharrastus oli yhteydessä alhaisempaan kuolleisuusrisikkiin ja vähäisempään avuntarpeeseen erityisesti niillä henkilöillä, joilla oli liikkumisvaikeuksia. Tutkimus suosittelee tulostensa perusteella iäkkäiden ihmisten liikuntaharrastuksen voimakasta tukemista (Hirvensalo, 1998, 57-62). Parasta lienee läpi elämän jatkuva fyysinen aktiivisuus. Tutkimus on osoittanut, että hyvä lihasvoima keski-ikässä suojaa vanhuudessa toiminnanvajaukselta ja liikkumisen ongelmilta. Osaselityksenä on mitä ilmeisimmin aktiivinen elämäntapa, joka säilyy iän lisääntyessä (Rantanen ym., 1999).

Liikunnan suhdetta psykososiaaliseen toimintakykyyn on tutkittu jonkin verran, mutta tulokset ovat osittain ristiriitaisia (Morgan ym., 1991). Säännöllisellä, pitkäjänteisellä liikunnalla näyttää olevan merkitystä yleisen psyykkisen tilan kohenemisessä, mielialan paranemisessa, masentuneisuuden hoidossa ja ahdistuneisuuden vähenemisessä (Berger, 1989; Ojanen, 1994; Lampinen, 1999). Joidenkin tutkimusten mukaan liikunnalla on merkitystä myös iäkkäiden ihmisten muistitoimintojen kannalta (Spiriduso, 1995, 287-301).

Fyysinen aktiivisuus on tärkeä iäkkään ihmisen terveyden osatekijä, koska sen avulla voidaan vielä raihnaisessakin vanhuudessa parantaa toimintakykyä. Toimintakyvyllä on puolestaan merkitystä iäkkään ihmisen arvioidessa omaa terveyttään ja säädellässä fyysistä aktiivisuuttaan. Toimintakyky ei kuitenkaan ole vain ihmisen ominaisuus vaan liittyy niihin elinoloihin, jossa vanha ihminen elää (Jylhä ym., 1986; Heikkinen, 1990; Laukkanen ym., 1992). Toimintakyky suhteutuu myös iäkkään ihmisen omiin tavoitteisiin, arvoihin ja toimintastrategioihin (Heikkinen, 1990). Nämä seikat on otettava huomioon etsittäessä keinoja fyysisen aktiivisuuden tukemiseksi vanhuudessa. Kiinnostava kysymys

on, miten fyysistä aktiivisuutta voidaan edistää juuri niiden liikunnasta hyötyvien ikäihmisten keskuudessa, jotka kokevat terveyden, toimintakyvyn, elinolosuhteiden tai omien arvojensa estävän fyysistä aktiivisuuttaan tai joita liikunta ei ylipäänsä kiinnosta.

## 2.2 Fyysisen aktiivisuuden yleisyys ja elämänsisällöllinen merkitys

Pohdittaessa mahdollisuuksia edistää iäkkäiden ihmisten fyysistä aktiivisuutta on tärkeä tietää, millainen merkitys liikunnalla on suomalaisten ikäihmisten elämässä. Liikuntaharrastus tai liikunnan muu vapaaehtoinen valitseminen voi olla osa iäkkään elämäntyä, jonka ylläpitäminen on tärkeää toimintakyvystä tai asuinpaikasta riippumatta. Myös liikunnan valitseminen uutena toimintamuotona oman elämän osaksi pitäisi vanhuudessa olla mahdollista kaikissa olosuhteissa.

YK:n ikääntyneitä ihmisiä koskevissa periaatteissa on korostettu iäkkäiden ihmisten oikeutta toteuttaa itseään harrastusten parissa (United Nations...., 1991). Oikeus liikuntaharrastukseen on Suomessa määritelty liikuntalaki, jonka tarkoitus on varmistaa liikuntapalvelut kaikille kuntalaisille (Liikuntalaki, 1998). Liikuntalaki korostaa kuntien velvollisuutena erityisesti terveys- ja erityisliikunnan järjestämistä. Liikuntapalvelut eivät ole toistaiseksi iäkkäiden ihmisten osalta lakien ja suositusten tasolla, joten palvelujen puute muokkaa osaltaan iäkkäiden ihmisten liikuntaharrastusta (Karvinen, 1994).

Liikunta on suomalaisten suosituin harrastus, ja sitä pidetään tärkeänä myös iäkkään väestön keskuudessa (Koski, 1996). Yli puolet eläkeikäisestä väestöstä ilmoittaa harrastavansa liikuntaa, miehet useammin kuin naiset (Liimatta ym., 1993; Koski, 1996). Poikittaistutkimusten mukaan liikunta vähenee iän mukana (Heikkinen ym., 1981a; Heikkinen ym., 1983; Ruikka ym., 1984, 45-46; Takala ja Rahkonen, 1995), samoin sen pitäminen tärkeänä harrastuksena (Koski, 1996).

Liikuntaharrastuksen väheneminen ikääntyessä on osittain selitettävissä kohorttivaikutuksella. Myöhemmin syntyneiden kohorttien mahdollisuudet sosiaalistua nuoruusvuosinaan vapaa-ajan liikuntaharrastukseen ovat olleet vanhempia kohortteja paremmat (Rantamaa ja Pohjolainen, 1997). Nuoruudessa omaksutut liikuntatottumukset jatkuvat usein vanhuuteen asti (Rantamaa ja Pohjolainen, 1997; Telama ym., 1997). Tutkimusten mukaan liikuntaa ovat lisänneet myöhemmin syntyneistä ikäryhmistä erityisesti nuorimmat naiset (Pohjolainen, 1997)

Pitkittäistutkimusten valossa näyttää siltä, että osa eläkeikäisistä lisää liikuntaharrastustaan eläkkeelle siirtymisen alkuvaiheissa (Pohjolainen, 1983; Karppi ym., 1997, 67). Toisaalta osa eläkeikäisistä näyttää jäävän kokonaan liikuntaharrastuksen ulkopuolelle (Laakso, 1986; Ruuskanen ja Ruoppila, 1995). Liikuntaharrastukseen käytetty aika vähenee useimmilla ihmisillä ratkaisevasti vasta 75-80 ikävuoden jälkeen (Pohjolainen ja Heikkinen, 1989;



Karppi ym., 1997, 73), eli samoihin aikoihin kun liikuntakyky näyttää terveystutkimusten mukaan heikkenevän. Jyväskylässä tehdyssä pitkittäistutkimuksessa 78 -vuotiaista miehistä 27 % ja naisista 15 % käytti vähintään yhdeksän tuntia viikossa liikuntaan (Pohjolainen ja Heikkinen, 1989).

Eläkeikäisten liikuntaharrastus on luonteeltaan rauhallista ja usein melko vapaamuotoista. Vanhoihin elinkeinoihin perustuvat, luonnolliset liikuntamuodot (kävely, hiihto, pyöräily, soutu) ovat olleet tyypillisiä suomalaisille (Kärkkäinen, 1986), ja niiden piirteet näkyvät edelleen eläkeikäisten liikunnassa. Eniten harrastetaan kävelyä (Heikkinen ym. 1981a; Liimatta ym., 1993; Ukkonen ym., 1998). Vain pieni osa eläkeikäisistä harrastaa rasittavaa kuntoliikuntaa, ja heidän osuutensa vähenee iän myötä (Heikkinen R-L, 1990; Ruuskanen, 1990, 51).

Jyväskylän kahdeksan vuoden seurantatutkimuksen alkumittauksessa vanhemmassa ikäryhmässä (75-84 -vuotiaat) hiukan alle puolet tutkituista miehistä ja naisista harrasti kävelylenkkeilyä päivittäin. Viikottain kävelyä ilmoitti harrastavansa 84 % miehistä ja 72 % naisista. Seurannan aikana vanhemman ikäryhmän naisten ja miesten kävely väheni siten, että kävelylenkkeilyn oli hylännyt lähes kokonaan noin puolet tutkituista. Erityisesti naiset olivat lopettaneet kävelyn harrastamisen tai vähentäneet sitä huomattavasti (Hirvensalo, 1998, 41-42).

Kävelyn jälkeeni suosituimpia liikuntamuotoja eläkeikäisten keskuudessa ovat uinti, pyöräily, hiihto, tanssi ja hyötyliikunta (Ukkonen ym., 1998), joiden suosio on tyypillistä myös muille pohjoismaille (Frändin ym., 1995). Liikuntaa harrastetaan useimmiten ilman ohjausta, omaehtoisesti. Jyväskylässä, jossa iäkkäille tarkoitettuja liikuntapalveluita on Ikivihreät -projektin myötä poikkeuksellisen runsaasti tarjolla (Oinonen ym., 1997), ohjattuun liikuntaan osallistui vuonna 1996 neljännes nuoremasta ikäryhmästä (65-74 -vuotiaat) ja runsas kymmenesosa vanhemmasta (75-84 -vuotiaat) (Hirvensalo, 1998, 45).

Lähes puolet Jyväskylän eläkeikäisistä miehistä ja runsas kaksi viidesosaa naisista ilmoitti harrastavansa muuta liikuntaa kuin kävelyä vähintään kahdesti viikossa. Suosituin liikuntamuoto kävelyn jälkeen oli kotivoimistelu, jota harrasti noin puolet kaikista eläkeikäisistä. Nuoremmilla eläkeikäisillä kotivoimistelu jopa lisääntyi seurannan alkuvuosina (Pohjolainen ja Heikkinen, 1989; Hirvensalo, 1998, 43). Ikivihreät -projekti on viime vuosina kohdistanut väestöön mm. kotivoimisteluintervention, joka saattaa vaikuttaa sen suosioon Jyväskylässä (Oinonen ym., 1997).

Miesten ja naisten fyysinen aktiivisuus eroavat toisistaan. Miehillä painottuu liikunnan harrastaminen erillisenä toimintana, kun taas naisilla liikunta liittyy useammin jokapäiväisiin toimiin ja kodin läheisyyteen (Karppi ym., 1997, 67; Rantamaa ja Pohjolainen, 1997). Miehet harrastavat liikuntaa paitsi enemmän myös monipuolisemmin kuin naiset. Erityisesti pyöräily, uinti ja hiihto ovat miesten suosimia liikuntamuotoja. Naiset valitsevat miehiä useammin kotivoimistelun (Rantamaa ym., 1997; Hirvensalo, 1998, 41-45). Jy-

väskylässä liikuntalajien kirjo näytti iän myötä vähenevän samalla kun liikunnan harrastajien määrä pieneni lukuunottamatta kotivoimistelua ja ohjattua liikuntatoimintaa (Pohjolainen ja Heikkinen, 1989; Hirvensalo, 1998, 41-45).

Myös asuinympäristö ja sosioekonomiset tekijät määrittävät vapaa-ajan harrastuksia (Takala ja Rahkonen, 1995). Tutkimustulosten mukaan maaseudun eläkeikäisillä miehillä ja naisilla fyysinen aktiivisuus liittyy voimakkaammin työtekoon ja päivittäisen elämän askareisiin kuin kaupungissa. Kaupungeissa toteutuva 'varsinainen liikuntaharrastus' on fyysisesti rasittavampaa (Sakari-Rantala ym., 1995). Sosioekonomisten tekijöiden perusteella eniten varsinaista liikuntaa harrastavat pitkälle koulutetut, hyvästä ammattiasemasta eläkkeelle jääneet, hyvätuloiset henkilöt (Heikkinen ym., 1997). Ainoana poikkeuksena on jyvaskyläläisten kotivoimistelun harrastus, joka ei näytä olevan yhteydessä koulutukseen, työhistoriaan tai tuloihin (Pohjolainen ja Heikkinen, 1989).

Toistaiseksi tutkimukset eivät ole valottaneet eläkeikäisten liikuntaharrastuksen syitä kovin syvällisesti. Aihe on ongelmallinen muunmuassa siksi, että liikuntamotiivien tiedostaminen ei ole tutkittaville helppoa. Tiedostamisen vaikeus lisääntyy, jos toiminnalla on vähäinen sija omassa elämässä. Lisäksi on otettava huomioon, että liikunta ei ole vain motiivin seuraus vaan motiivi voi syntyä tai muuttua toiminnan aikana (Telama, 1986). Lisäksi sama tarve voi saada tyydytyksen monenlaisessa toiminnassa, joista liikunta on vain yksi mahdollisuus (Allmer, 1986). Eläkeikäisillä, joiden liikuntaharrastus kytkeytyy monella tavalla arkeen ja totuttuihin tapoihin, motiivien tai esteiden erittely on erityisen vaikeaa.

Tutkimuksissa saatujen tietojen perusteella suomalaisia eläkeikäisiä kannustaa liikkumaan liikunnassa koettu virkistys ja siitä nauttiminen. Myös terveys, hyvässä yleiskunnossa pysyminen ja luonnossa liikkuminen ovat tärkeitä motiiveja (Pohjolainen, 1980). Eläkeikäisten suosituimman liikuntalajin, kävelyn, motiiveiksi suomalainen aikuisväestö ilmoittaa ulkoilun, raittiin ilman, virkistykseen, luonnon kokemisen ja rentoutumisen työn vastapainona (Telama, 1986).

Jyvaskylän seurantatutkimuksessa kysyttiin eläkeikäisiltä ohjattuun liikuntaan osallistumisen motiiveja. Terveiden ylläpitäminen ilmoitettiin tärkeimmäksi osallistumisen syyksi. Sitä seurasivat sosiaaliset syyt (ystävät), psyykkiset syyt (piristys ja elämänilo) sekä liikunnasta pitäminen (elämäntapa). Myös terveydenhuoltohenkilökunnan neuvot olivat motivoineet osallistumaan liikuntaan (Hirvensalo, 1998, 46). Seurannan aikana motiiveista lisääntyivät eniten psyykkiset ja sosiaaliset syyt sekä liikunnan kuuluminen elämäntyyliin. Myös kansanterveyslaitoksen tutkimuksessa osoittautui, että liikuntaa oli terveysystistä lisännyt 16 % miehistä ja 20 % naisista viimeisen vuoden aikana. Viidennes vastaajista ilmoitti, että lääkäri oli kehottanut lisäämään liikuntaa (Liimatta ym., 1993).

Tutkittaessa liikuntaa estäviä tekijöitä suuri osa suomalaisista eläkeikäisistä ilmoittaa liikunnan esteeksi heikentyneen terveyden. Seuraavaksi suurin syy on

kiinnostuksen puute (Ruuskanen ja Heikkinen, 1995). Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen vanhimman ikäryhmän (80-84 -vuotiaat) miehistä alle kolmannes ja naisista noin puolet ilmoitti sairauden estävän muun liikunnan kuin kävelyn (Liimatta ym., 1993).

Jyväskylän kahdeksan vuoden seurannan aikana ohjattuun liikuntaan osallistumisen tärkeimpänä esteenä pidettiin aluksi kiinnostuksen puutetta ja laiskuutta (28 %) sekä huonoa terveydentilaa (19 %). Syynä osallistumattomuuteen olivat myös halu liikkua yksin, palvelujen liian suuri etäisyys kodista ja ajatus siitä, ettei tarvitse osallistua. Seurannan aikana huonosta terveydentilasta tuli suurin este, kiinnostuksen puute ja laiskuus olivat toisella sijalla. Uutena rajoituksena ilmoitettiin myös korkea ikä (Hirvensalo, 1998, 46). Vaikuttaa siltä, että ihmiset vähentävät korkean iän mukana usein vapaaehtoisesti liikuntaharrastusta tai toimintoja, joihin liikunta kiinteästi liittyy (Karppi ym., 1997, 73).

Tutkiessaan ikääntyvien liikuntamotivaatiota Allmer (1986) havaitsi, että positiivinen asenne liikuntaan ei läheskään aina merkitse omaehtoista liikuntaharrastusta. Ristiriita näiden kahden välillä kasvoi sitä suuremmaksi, mitä vanhemmista ikäryhmistä oli kyse. Passiivisuuteen löytyi seuraavia syitä:

1. Liikuntaa ei koettu (vielä) tarpeelliseksi
2. Liikunnan hyöty-kustannus -suhde oli heikko (esim. ympäristöön liittyvät ongelmat, liikunnan kokeminen rasittavaksi)
3. Sosiaaliset pelot olivat liikunnan esteenä (esim. sosiaalisten kontaktien pelko, kielteinen fyysinen minäkuva)
4. Muut ajankäyttömuodot olivat liikuntaa tärkeämpiä (esim. kotityöt, muut harrastukset )
5. Liikunta ei ollut sopiva tarpeiden tyydytystapa
6. Liikunta torjuttiin aikaisemman passiivisuuden vuoksi (vähäiset tai kielteiset kokemukset

Perusteluista löytyi kaksi keskeistä piirrettä: liikunnan kustannus-hyöty - suhteen epätasapaino ja liikunnan vähäinen vetovoima. Lisäksi tutkimuksessa tuli esille iäkkäiden ihmisten toive lomittaa liikunta arkipäivään. Myös muut tutkijat (Kirk, 1997; Lehr, 1997) korostavat aikaisempaa passiivisuutta ja liikuntakokemusten puutetta, huonoja liikuntakokemuksia, heikkoa fyysistä minäkuva ja kielteisiä ympäristötekijöitä liikuntaharrastusta rajoittavina tekijöinä. McPherson (1995) korostaa erityisesti ympäristöolosuhteiden, mutta myös sosiaalisen verkoston merkitystä liikuntaharrastuksen tukijana tai rajoittajana.

Vanhempien ihmisten vähäisempi sosiaalistuminen ja heikompi yleismotivaatio liikuntaharrastukseen saattavat vahvistaa tilannekohtaisten tekijöiden merkitystä osallistumisessa (Lehr, 1997). Sellaisia ovat mm. terveydentila, elinolot ja toimintatilanteessa ilmenevät yksittäiset tekijät. Liikuntaharrastuksen alkamista tai jatkumista voivat estää esimerkiksi säätila, hankalat portaat, seuran puute, kaatumisen pelko, kuljetuksen puute, heikot varusteet, ohjatun toiminnan epäsopeva ajankohta tai vaikkapa uima-altaan kylmä vesi (Telama, 1986;

Lehr, 1997). Esimerkiksi suomalaisten iäkkäiden ihmisten liikuntaharrastuksessa näkyy sään ja vuodenaikojen merkitys: liikuntaan käytetään kesällä selvästi enemmän aikaa kuin talvella (Ruuskanen, 1990, 54).

Kävelyharrastus näyttää vähenevän samaan aikaan, kun liikuntakyky alkaa heiketä. Erityisliikunta 2000 -toimikunnan mietinnön mukaan liikuntapalveluiden kehittäminen tukipalveluineen sellaisiksi, että ne soveltuvat myös heikentyneen toimintakyvyn omaaville ikäihmisille, voisi edistää iäkkäiden fyysistä aktiivisuutta laaja-alaisesti. Palvelujen suunnittelussa tulee ottaa huomioon ikääntyneiden erilaiset tottumukset, tarpeet ja toisistaan poikkeavat asuin- ja elinympäristöt (Erityisryhmien liikunta 2000, 1996, 93-94).

### 2.3 Fyysinen aktiivisuus autonomian ja elämänlaadun ylläpitäjänä

Toimintakyvyn heikentyminen ikääntyessä vähentää ihmisen mahdollisuuksia itsenäiseen elämään. Erityisen tärkeä rooli on liikuntakyvyllä, joka liittyy voimakkaasti autonomiaan ja elämänlaatuun. Liikkumiskyvyn ongelmat aiheuttavat usein turvautumisen toisten apuun, mikä on omiaan heikentämään autonomiaa (Heikkinen, 1997). Monet iäkkäät ihmiset kokevat riippuvuuden toisten avusta suureksi uhaksi elämässään (Heikkinen R-L, 1995).

Autonomia voidaan kuvata parhaiten usean toisiinsa nivoutuvan käsitteen avulla, joista keskeisiä ovat itsemäärääminen, riippumattomuus ja itsenäisyys sekä valinnan ja toiminnan vapaus. Kyseessä on henkilökohtaisen päätöksenteon ja toiminnan hallinta, jota eivät rajoita ulkoiset paineet tai sisäiset esteet (Collopy, 1988; Pietarinen, 1994). Itsemääräämisen oikeus voidaan johtaa eettisistä periaatteista, jotka korostavat ihmisarvon ja yksilön integriteetin kunnioittamista (Lindqvist, 1989; Kalkas, 1996; Sarvimäki, 1996; Heikkinen, 1997).

Kompetenssia eli pätevyyttä pidetään itsemääräämisen edellytyksenä. Autonomiaan liitetään myös riittävän omaehtoisuuden vaatimus, joka tarkoittaa ihmisen omien tarpeiden ja arvojen ensisijaisuutta. Pietarinen (1994) jakaa kompetenssin ajattelun, tahdon ja toiminnan kompetenssiin. Ajattelun kompetenssi edellyttää ihmiseltä kykyä muodostaa johdonmukaisia käsityksiä itsestään ja ympäristöstään, ottaa vastaan uutta tietoa, käsitellä sitä sekä tarpeen mukaan muuttaa omia ajatuksiaan uuden tiedon perusteella. Tahdon kompetenssissa on kysymys kyvystä tehdä harkittu päätös ja toimia sen mukaisesti myös silloin, kun ilmenee vastakkaisia haluja. Sekä ajattelun että tahdon autonomia edellyttää suhteellisen pysyvää arvojärjestelmää, joka auttaa ihmistä asettamaan tavoitteita ja muodostamaan itsensä kannalta järkeviä vaihtoehtoja. Toiminnan kompetenssi liittyy kaikkein välittömimmin toimintakykyyn ja liikkumiseen. Siinä on kysymys ihmisen mahdollisuuksista toteuttaa omia suunnitelmaan, joita hän on laatinut ajattelunsa ja tahtonsa mukaisesti. Toiminnan kompetenssi edellyttää fyysistä toimintakykyä kuten liikkumista, puhetta tai muuta toimintaa ja vaatii toteutuakseen myös tietoja ja käytännöllisiä taitoja.

Iäkkäiden ja erityisesti toimintakyvyltään heikentyneiden ihmisten autonomian edistäminen on vaativa kysymys, koska fyysinen raihnaisuus antaa läheisille ja ammattihenkilöstölle suuren mahdollisuuden puuttua autettavan elämään. (Collopy, 1988; Moody, 1998, 168-171. Iäkkäiden ihmisten autonomia vaarantuu erityisesti laitoshoidossa, ja sitä pidetään eräänä laitoshoidon vaikeimmista kysymyksistä. Laitoksessa syntyy helposti ristipaineita yksilön vapauden, riippuvuuden, yhteisöllisten paineiden ja hoitonoriston välille (Collopy, 1988; Spirduso, 1995; Heikkinen, 1997).

Liikkumiseen liittyvät ongelmat ovat eräs suurimpia pitkäaikaishoitoon siirtymisen syitä (Heikkinen J, 1986). Tästä syystä liikuntakyvyn ja autonomian suhdetta tulisi laitoksissa pohtia perusteellisesti. Hyvä tarkoitus ja tehokas hoito voivat uhata autonomiaa, jos asiaan ei paneuduta riittävästi (Collopy, 1988; Matiasson, 1995; Spirduso, 1995; Heikkinen, 1997). Hoitokäytäntöihin sisältyy usein voimakas huoli asiakkaan fyysisestä turvallisuudesta, jolla perustellaan toiminnan autonomiaa heikentäviä ratkaisuja (Hogstel ym., 1991; Viljaranta, 1991, 97).

Autonomialla on yhteyksiä myös toimintakyvyltään heikentyneen ihmisen mielenterveyteen. Autonomian ja mielenterveyden kannalta on keskeistä säilyttää henkilökohtaisen hallinnan tunne arkielämän suoritteissa. Erityisesti tunne myönteisten asioiden henkilökohtaisesta hallinnasta auttaa autonomian säilymistä ihmisillä, joiden toimintakyky on heikentynyt. Hallinnan ja selviytymisen tunteen säilyttäminen myös päivittäisten tai tulevaisuuden uhkakuvien edessä näyttää ehkäisevän mielenterveysongelmia vanhuudessa (Zautra ym., 1995). Arkielämän askareet ovat usealle ikäihmiselle elämän mielekkyyden lähde, sisältävät fyysistä aktiivisuutta ja vaativat myös fyysistä suorituskykyä. Siksi niiden jatkuvuudesta on pidettävä erityistä huolta.

Autonomiaa vaarantavan holhoamisen sijasta toimintakyvyltään heikentynyt iäkäs ihminen tarvitsee sosiaalisen verkoston tukea kompetenssinsa ja omaehtoisuutensa säilyttämisessä (Pietarinen, 1994; Zautra ym., 1995). Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on sen myötä velvollisuus edistää iäkkään ihmisen kykyä itsenäiseen ajatteluun, päätöksentekoon ja toimintaan. Sen lisäksi tulee pidättäytyä tekemästä asioita, jotka vähentävät hänen kykijään ja auttaa häntä riittävien tietojen saamisessa päätösten ja toiminnan tueksi. Henkilökohtaisen hallinnan tunnetta tulee vahvistaa kaikin tavoin (Pietarinen, 1994).

Autonomiaa edistää monien iäkkäiden ihmisten oma halu ylläpitää toimintakykyään. Autonomiaa voidaan tukea antamalla iäkkäälle ihmiselle mahdollisuus parantaa toimintakykyään erilaisten kuntouttavien harjoitusohjelmien avulla, muokkaamalla ympäristöä esteettömäksi, kehittämällä teknologiaa helpottamaan itsemääräämistä sekä tarjoamalla iäkkäille ihmisille sosiaalista tukea (Heikkinen R-L, 1997).

Menettäessään liikuntakykyään ihmiset menettävät arkiaskareiden ja päivittäisessä elämässä selviytymisen lisäksi myös monien muiden elämänalueiden

hallintaa, jotka edellyttävät liikkumista. Elämänalueiden supistuminen heikentää osaltaan iäkkään ihmisen elämänlaatua (Spirduso, 1995). Elämänlaatua määrittävät tutkimuksen mukaan mm. mielekkään toiminnan mahdollisuus, avuntarve, liikuntakyky, näkökyky, sairaudet, harrastukset, itsemäärääminen, ympäristön asenteet, sosiaalinen verkosto, avuntarve ja mahdollisuus hoitoon. Tärkein konkreettinen riskitekijä elämänlaadulle on heikentynyt liikuntakyky (Ojala, 1989, 137-141).

Fyysisen aktiivisuuden merkitystä voidaan vanhuudessa perustella terveyden ja toimintakyvyn sekä osallistumisen oikeuden näkökulmasta. Liikuntakyvyn kytkeytyminen arkitöiden hallinnan ja toiminnan kompetenssin välityksellä myös laajemmin iäkkään ihmisen autonomiaan ja elämänlaatuun vahvistaa fyysisen aktiivisuuden perustelua entisestään. Autonomian näkökulma auttaa myös arvioimaan fyysistä aktiivisuutta tukevia toimenpiteitä kriittisesti. Autonomian luonteen mukaisesti ammattihenkilöstön ja läheisten tulee - annettuaan iäkkäälle ihmiselle riittävästi tietoa ja tukea fyysisen toimintakyvyn säilymiseksi ja todellisen mahdollisuuden valita ja osallistua - sallia iäkkäiden ihmisten lopulta itse päättää kuinka elää.

### 3. Fyysinen aktiivisuus - mahdollisuus vanhainkodeissa

#### 3.1 Vanhainkodit ja asukkaiden fyysinen toimintakyky

Iäkkäitä ihmisiä, jotka eivät enää kotiavunkaan turvin selviä omassa kodissaan, hoidetaan Suomessa erityyppisissä asumispalveluyksiköissä tai laitoksissa. Pitkäaikaista laitoshoidtoa tarjoavat vanhainkodit, terveyskeskussairaalat, alue- ja keskussairaalat sekä rajoitetummin psykiatriset sairaalat. Nykyisessä muodossaan vanhainkoti on kunnan tai yksityisen ylläpitämä laitos, jossa tarjotaan lyhyt- tai pitkäaikaishoitoa varten asunto sekä tarvittavat hoito- ja muut palvelut. Suomessa on noin 500 vanhainkotiä, joista suurin osa on kunnallisia. Niissä asuu pysyvästi 23 000 henkilöä (Vaarama ym., 1999, 143).

Vanhainkodit ovat Suomessa verrattain nuori ilmiö. Laitosten juuret ovat entisaikojen vaivaistaloissa, joita alettiin perustaa noin sata vuotta sitten ja joissa asui kaiken ikäisiä hoidettavia (Pitkänen, 1991; Pitkänen, 1994). Vaivaistalojen luonteeseen kuului, että asukkaat - iäkkäätkin - korvasivat osan elatuksestaan ja hoidostaan osallistumalla vaivaistalon monenlaisiin, fyysistä aktiivisuutta edellyttäviin töihin (Koskinen ym., 1988, 166; Paloposki, 1991; Pitkänen, 1991).

Vaivaistalot muuttuivat vuosisadan alkupuolella köyhäintalojen kautta erityisesti vanhuksille ja sairaille tarkoitetuiksi kunnalliskodeiksi ja edelleen vanhainkodeiksi (Paloposki, 1991). Vanhainkotihoiton kehittymisen kannalta olennainen muutos tapahtui 1980-luvulla huoltoapulain uudistuksessa, jossa elatus ja hoito erotettiin toisistaan. Vanhusten omalla työllään korvaama hoito siirtyi kokonaan ammattihenkilöstölle, ja nykyisin vanhukset maksavat saamansa palvelut (Koskinen ym., 1988, 166).

Mielikuva vaivaistaloista ja kunnan vaivaisista, jotka joutuivat tekemään työtä asuntonsa ja ruokansa edestä, leimaa edelleen vanhainkoteja (Paloposki, 1991). Arkityöhön liittyvän, osittain raskaankin fyysisen työn loppuminen vanhainkodeissa merkitsi aikanaan vanhusten aseman paranemista. Nykyisten terveystutkimusten perusteella, jotka korostavat toimintakykyä ja autonomiaa, oli vahinko, että lähes kaikki arkinen toimeliaisuus leimautui huoltoapulain uudistuksessa kielteiseksi. Sen sijaan, että arkiaskareiden merkitys olisi perusteltu uudella tavalla tai korvattu menetetty fyysinen toiminta muulla fyysisellä aktiivisuudella, alettiin voimakkaasti korostaa vanhusten oikeutta täydelliseen lepoon. Vanhainkoti kuvattiin paikkana, jossa raskasta työtä tehnyt iäkäs väestö voi viettää loppuelämänsä täysihoidosta nauttien. Monet vanhainkodit vahvistivat mielikuvaa ottamalla nimeensä 'lepokoti'-liitteen.

Vanhainkotiin siirrytään yleisimmin sairauden ja toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Vanhainkotihoitoon joutumista näyttävät eniten ennustavan päivittäistä toimintaa haittaavat muistihäiriöt sekä liikkumisvaikeudet (Heikkinen J, 1986, 59-67; Valvanne ym., 1992, 79; Wolinsky ym., 1993). Kymmenen vuotta sitten, jolloin tämä tutkimus alkoi, oli vanhainkotiasukkaista omatoimisia tai lä-

hes itsenäisiä 38 %, osittain autettavia ja liikkuvia 32 %, liikkuvia ja vahdittavia 15 % ja täysin autettavia vuodepotilaita 9 % (Vaarama, 1992, 136).

Nykyisin vanhainkoteihin siirtyvät ihmiset ovat toimintakyvyltään yhä heikompia: joka viides naisasukas on liikuntakyvytön (miehistä 14 %) ja puolet hoidettavista on täysin autettavia pukeutumisessa ja peseytymisessä. Liikkumisen apuvälineitä (keppi, kävelyteline, pyörätuoli) on noin kahdella kolmasosalla asukkaista. Naisista runsas kolmasosa ja miehistä vähän alle kolmasosa arvioi olevansa kykenemätön liikkumaan ulkona. Portaissa kulkeminen tuottaa vaikeuksia 47 %:lle naisista ja 42 %:lle miehistä. Noin viidennes vanhainkotiasukkaista on dementoitunut lievästi ja kolmasosa keskivaikeasti (Vaarama ym., 1998, 10; Noro ym., 2000, 21-22).

Avohuollon kehittymisen myötä vanhainkotiin siirrytään yhä myöhemmällä iällä. Esimerkiksi vuonna 1981 joka neljäs 85 -vuotias mies oli pitkäaikaishoidossa, mutta vuonna 1995 vain yksi kymmenestä. Vastaavanikäisistä ja sitä vanhemmista naisista puolestaan vuonna 1981 laitoshoidossa oli puolet, mutta vuonna 1995 vain joka neljäs (Noro, 1998, 77-78). Suomalaisvanhusten elämän loppuun sijoittuva laitospaihe on melko pitkä kestäen vanhainkodeissa keskimäärin 3,4 vuotta (Noro ym., 2000, 17). Tällä hetkellä lähes puolet vanhainkotiasukkaista on yli 84 -vuotiaita, valtaosaltaan naisia (Aro ym., 1997; Noro ym., 2000, 17). Suurin laitoksissa hoidettavien ryhmä on 75-84 -vuotiaat, joita on 44 % asukkaista (Vaarama, 1992, 135).

Huolimatta liikkumisvaikeuksien lisääntymisestä vanhainkoteihin siirtymisen syynä on muistettava, että Suomessa vanhainkotiin joudutaan usein myös kotihoidon riittämättömyyden, yksinäisyyden, turvattomuuden, ihmissuhteisiin liittyvien ongelmien ja puutteellisen asumisen vuoksi (Vaarama, 1992, 136; Vaarama, 1996, 254). Vuonna 1991 henkilöstö arvioi, että noin 2400 vanhainkodeissa asuvista vanhuksista olisi toimintakykynsä puolesta selviytynyt palveluasunnossa ja joka sadas kotona (Vaarama, 1995). Suomessa vanhustenhuolto on ollut laitospainotteista ja vanhuksia on sijoitettu laitoksiin herkemmin kuin useissa muissa maissa (OECD, 1992). Alueelliset erot laitoshoidon osuudessa ovat suuria johtuen väestöllisistä, toimintapoliittisista ja toimintakäytäntöihin liittyvistä eroista (Vaarama, 1996, 117).

Voimassa olevien säädösten mukaan laitoshoidon tulisi tarjota turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka edistää kuntoutumista, tukee omatoimisuutta ja toimintakykyä sekä antaa mahdollisuuden yksityisyyteen (SosiaalihuoltoA 607/83). Vanhainkotien historiassa tapahtunut fyysisen aktiivisuuden väheneminen sekä nykyinen tilanne, jossa erityisesti naisasukkaiden liikkumisvaikeudet ovat silmiinpistäviä, luovat haasteen kuntouttavan hoidon ja fyysistä aktiivisuutta tukevan elämän kehittämiseksi vanhainkodissa.



### 3.2 Vanhainkodissa asuvien vanhusten fyysinen aktiivisuus

Kuten todettu fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnille ja erityisesti toimintakyvyltään heikentyneille vanhuk- sille. Siitä huolimatta vanhainkodeissa asuvien vanhusten fyysistä aktiivisuutta ja siihen liittyviä tekijöitä on tutkittu vähän. Erään tutkimuksen mukaan noin kolmannes vanhainkodin asukkaista liikkui yli tunnin päivässä, miehet naisia useammin (Niinistö, 1987, 89). Tamperelaisia eläkeikäisiä koskevassa tutki- muksessa laitoksissa asuvista miehistä ja naisista 23 % ilmoitti harrastavansa liikuntaa (Heikkinen ym., 1981b, 64 ).

Yksi aihetta perusteellisemmin selvittävä tutkimus on Jyväskylän Ikivihreät - projektin vanhainkotitutkimus. Siinä tutkittiin vanhainkotiasukkaiden liikunta- käyttöytymistä viidessä vanhainkodissa (Ruuskanen ja Heikkinen, 1991). Vastaukset jäivät saamatta toimintakyvyltään heikoimmilta vanhuksilta (vasta- usprosentti 70 %), joten tulokset antavat todellisuutta myönteisemmän kuvan. Tutkimuksen mukaan naisista ja miehistä noin 40 % liikkui vain välttämättö- mien askareiden yhteydessä. Puolet asukkaista ei pystynyt liikkumaan lainkaan vanhainkodin ulkopuolella. Liikuntaa harrastavien keskuudessa suosituimmat liikuntamuodot olivat kävelylenkkeily ja kotivoimistelu. Harrastettu liikunta oli luonteeltaan kevyttä. Päivittäistä kävelylenkkeilyä harjoitettiin ennen kaik- kea sisällä (miehet 40 %, naiset 31 %), mutta neljännes miehistä ja viidennes naisista liikkui jossakin määrin myös ulkona. Päivittäistä kotivoimistelua har- rasti noin kolmannes sekä miehistä että naisista. Ohjattuun liikuntaan ilmoitti osallistuvansa säännöllisesti (kerran tai useammin viikossa) 34 % miehistä ja 54 % naisista.

Edellä mainitussa tutkimuksessa näkyivät selvästi vanhainkotien toiminta- kulttuurien erot: yhdessä vanhainkodissa ohjattua liikuntaa oli päivittäin, muissa selvästi harvemmin. Merkittävä tulos tutkimuksessa on, että yli kol- masosa tutkituista kertoi liikuntaharrastuksensa vähentyneen vanhainkotiin muuton jälkeen ja vain kuudesosalla se oli lisääntynyt.

Vastaavasti yhtä turkulaista vanhainkotiä koskevassa tutkimuksessa vanhusten liikuntaharrastus oli lähes olematonta sekä itsenäisesti että ohjattuna (Rusi, 1997, 66 -67). Viiden vanhainkodin tutkimuksessa, jotka sijaittivat eri puo- lilla Suomea, kävi ilmi, että kuntoutus- ja liikuntatilaisuuksiin osallistui 10 % vanhuksista (Kukkola, 1990, 17-18). Erot eri vanhainkodeissa asuvien vanhus- ten fyysisessä aktiivisuudessa vaikuttavat suurilta. Selvitystä, joka antaisi kattavan kuvan vanhainkotien järjestämästä liikunnallisesta toiminnasta ei Suomessa ole tehty.

Terveys ja toimintakyky olivat Ikivihreät -projektin vanhainkotitutkimuksen mukaan tärkeimmät syyt harrastaa liikuntaa vanhainkodissa. Samat syyt estivät eniten liikuntaharrastusta, erityisesti naisilla. Myös avun puute oli synnä vähäi- seen liikuntaharrastukseen. Henkilökunnalta toivottiin enemmän tukea liikku- misessa. Suurin osa asukkaista oli sitä mieltä, että liikunta sopii iäkkäille ihmi-

selle ja että se lisää hyvän olon tunnetta. Ohjattua liikuntatoimintaa kaivattiin lisää (Ruuskanen ja Heikkinen, 1991).

Stakesin suorittamassa seitsemän vanhainkodin kehittämishankkeessa vanhuksilta kysyttiin heidän havaitsemiaan muutoksia vanhainkotihoitossa lamavuosina 1990-1993. Vanhukset kritisoivat ryhmä- ja yksilökuntoutuksen sekä liikunnan vähenemistä seurannan aikana. Myös ulkoilumahdollisuuksien heikkenemistä arvosteltiin. Lamasta johtuvat säästöt olivat monessa paikassa kohdistuneet kuntoutushenkilökuntaan, mikä ei ollut jäänyt vanhuksilta huomaamatta. Kysyttäessä vanhuksilta hoitotoiveita vastauksissa korostuivat liikkuminen kaupungilla hoitajan kanssa sekä kuntoutuspalvelut (Byckling ja Tenkanen, 1994, 64-67). Myös uudemmat selvitykset (Vaarama ym., 1999, 31) osoittavat, että hoidon sisältöä arvioidessaan omaiset ovat tyytymättömiä kuntoutus- ja virkistyspalveluiden määrään. Saman tutkimuksen mukaan myös henkilöstö on monessa vanhainkodissa havainnut näiden palvelujen vähentyneen viime vuosina.

Terveyskeskusten vuodeosastoilla tehdyssä tutkimuksessa, jossa haastateltiin huonokuntoisia naisvanhuksia ilmeni, että vanhusten kokemus omasta hyvinvoinnistaan ja pärjäämisestään liittyi voimakkaasti liikuntaan ja kuntoutukseen. Masennuksen syynä olivat erityisesti kuntoutuksen puute sekä avun puute liikkumisessa (Nores, 1993, 35-44).

Tutkimusten mukaan muu harrastaminen tai toiminta vanhainkodeissa, erityisesti sellainen, joka sisältäisi fyysistä aktiivisuutta, on vähäistä. Esimerkiksi vanhusten osallistuminen vanhainkodin päivittäisiin askareisiin on nykyään harvinaista (Koskinen ym., 1988, 21; Salminen ym., 1990, 102; Kukkola, 1990, 17-19; Rusi, 1997, 76). Asukkaiden päivä kuluu etupäässä olemisen, katselemisen, nukkumisen, syömisestä ja perushoitoon liittyvän toiminnan merkeissä. Laitosten asukkaiden sosiaaliset suhteet ja kontaktit päivittäisessä elämässä ovat vähäisiä (Nolan ym., 1995). Elovainion (1995) tekemän tutkimuksen mukaan vanhainkodissa asuvat vanhukset eivät halua lisää toiminnallisuutta. Selityksenä on mahdollisesti virikkeetön ympäristö, joka vähitellen passivoi vanhukset.

Näyttää siltä, että vanhainkotiin muuttaminen vähentää usein vanhuksen fyysistä aktiivisuutta. Näin tapahtuu siitä huolimatta, että asukkaat näyttävät suhtautuvan myönteisesti liikuntaan, tilaa liikkumiseen on runsaasti, turvallisuudesta huolehditaan ja mahdollisuus saada seuraa on suuri. Läsä on hoitajia ja jopa kuntoutukseen erikoistuneita työntekijöitä. Selityksenä fyysisen aktiivisuuden vähenemiselle saattaa olla vanhukselle vieras ympäristö, josta omat, mielekkääksi koetut puuhut puuttuvat ja jossa tehokas hoito auttaa selviytymään ilman omaa aktiivisuutta. Vanhukset näyttävät laitoksessa luopuvan liikkumisesta tavalla, joka kotiolosuhteissa ei olisi edes mahdollista. Mielekkään elämän puutetta seuraa korostunut passivoituminen useilla elämän alueilla. Esimerkiksi Verhulst ym. (1993) on esittänyt, että vetäytyminen laajemminkin - ihmisistä, asioista ja tilanteista - on tyypillinen vanhainkotiasukkaiden käyttäytymismalli. Se edustaa yleisesti ajatellen epätoivottavaa käyttäytymistä,

mutta saattaa toimia vanhuksen kannalta tarkoituksenmukaisena selviytymismenetelmänä stressitilanteissa.

Liikunnan merkitystä korostavan tutkimustiedon valossa joudutaan miettimään, miten vanhusten fyysinen aktiivisuus laitoksissa säilyisi vähintään samalla tasolla kuin kotona ja kuntoutumisen periaatteen mukaan jopa lisääntyisi. Mielekäs elämä lisää fyysistä aktiivisuutta, mutta yhtäläillä fyysinen aktiivisuus voi lisätä elämän mielekkyyttä. Vanhainkotien asukkaiden myönteinen suhtautuminen liikuntaan puoltaa liikuntamahdollisuuksien lisäämistä niin arjen osana kuin erityisinä kuntoutus- ja liikuntapalveluinakin.

### 3.3 Hoitotyö vanhainkodissa

Etsittäessä vastausta iäkkäiden ihmisten fyysisen aktiivisuuden vähäisyyteen vanhainkodeissa on tärkeä ottaa huomioon yleinen hoitotyön kehittyminen. Perinteinen hoitokäsitys (Raatikainen, 1998) eli rutiiniluontoinen hoito (Evers, 1981) korosti fyysisiä tarpeita, sairauksien ja oireiden hoitoa sekä turvallisuutta. Psykososiaaliset ja emotionaaliset tarpeet eivät olleet hoidossa keskeisellä sijalla (Kalkas, 1987; Byckling ja Tenkanen, 1994, 19; Raatikainen, 1998). Palvelut annettiin kaikille samalla tavoin, autonomiaa ja vapautta ei arvostettu. Asiakas tai omaiset eivät tässä hoitomallissa osallistuneet esimerkiksi hoitopäätöksiin (Raatikainen, 1989).

Perinteistä hoitotyötä seurasi kehittyneempi malli, jota pyrittiin soveltamaan käytännön työhön. Se painotti fyysistä ja psyykkistä itsenäisyyttä (Evers, 1981) persoonallisuutta ja yksilöllisyyttä (Davis, 1981; Raatikainen, 1998). Lähtökohdiana olivat asiakkaan tarpeet, jolloin esimerkiksi laitoshoidossa päiväjärjestys oli vain osittain sidottua. Hoitohenkilökunnalle tarjottiin mahdollisuus yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa (Evers, 1981). Piirteitä kuntoutushenkisestä hoito-otteesta ei tässä mallissa ole vielä näkyvissä.

Suomen vanhusten hoidon taustalla on perinteinen hoitokäsitys. Perinteisen hoitotyön kehittyminen alunperin sairaalamaisen organisaation ympärille (Davis, 1981; Evers, 1981; Raatikainen, 1998) heijastuu myös vanhainkoteihin (Liukkonen, 1990). Esimerkiksi henkilöstön osalta suurin osa vanhusten parissa työskentelevistä henkilöistä on sairaanhoitokoulutuksen saaneita (Vaarama ym., 1999, 19-25). Tutkimusta tehtäessä vuonna 1990 vanhainkodeissa työskenteli kaikkiaan 16 585 henkilöä. Suurimmat henkilöstöryhmät olivat apu- ja perushoitajat (25 %), hoitoapulaiset (15 %) ja sairaanhoitajat (7 %). Henkilöstön määrä oli noin 68 työntekijää sataa asukasta kohti. Keittiöhenkilökuntaa oli 15 % koko henkilökunnasta (Sosiaalipalvelujen henkilökunta, 1991).

Perinteinen hoitokäsitys on johtanut siihen, että erityistyöntekijöiden kuten asiantuntijajääjien, toimintaterapeuttien ja lääkintävoimistelijoiden osuudet vanhainkotihenkilöstöstä ovat vähäisiä. Esimerkiksi vuonna 1990 erityistyöntekijöiden osuus oli vain 1,5 % henkilöstöstä. Vuonna 1987 kaikista vanhainkodeista 63 % oli vailla kyseisiä ammattiryhmiä. Kouluttamattoman työvoiman

osuus vaihteli 1-31 % välillä. Prosentuaalisesti eniten epäpäteviä viranhaltijoita oli toimintaterapeuttien (53 %), lääkintävoimistelijoiden (31 %) ja kuntohoitajien (17 %) viroissa (Vaarama, 1992, 103-108).

Pohjoismaisessa vertailussa Suomen vanhustenhuollon henkilöstöä on pidetty hyvin koulutettuna ja ammattitaitoisena (Jansson ym., 1987). Toisaalta Suomessa on esitetty arvioita siitä, että minkään ammattiryhmän koulutus ei sisällä riittävästi ajankohtaista gerontologista tietoa (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001, 1996, 85). Nykyisellään henkilöstön määrä ja erityistyöntekijöiden osuus on entisestään niukentunut, erityisesti julkisella sektorilla. Sairaanhoitajien osuus eri ammattiryhmistä on kasvanut jossain määrin, varsinkin yksityisissä vanhainkodeissa (Vaarama ym., 1999, 16-35). Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn tukemisen ja psykososiaalisten tarpeiden kannalta on valitettavaa, että henkilökuntarakennetta ei ole muutettu lisäämällä esimerkiksi erityistyöntekijöiden määrää, vaikka kuntoutuminen ja itsenäinen selviytyminen on asetettu hoidon tavoitteeksi.

Hoitotyön perinnettä noudattaen vanhainkotihoitoa ohjaavat vakiintuneet työtavat. Hoidon järjestelyissä mallina on ollut sairaalamainen organisaatio, joka on hierarkkinen ja perustuu tarkasti rajattuihin toimenkuviin. Perinteisen tehtäväjaon mukaan vanhainkodeissa vanhuksia hoitavat ennenkaikkea perushoitajat. Avustavat ammattiryhmät huolehtivat lähinnä siivouksesta ja osallistuvat vähemmän hoitoon (Sinervo, 1993, 53). Hoitokulttuurissa korostuu yleensäkin tehtäväkeskeisyys. Työ on jaettu erikois- ja perushoitotehtäviin. Joissakin tapauksissa jopa yksittäinen työtehtävä ositetaan useammalle henkilölle (Elovainio ja Sinervo, 1994, 197).

Hoitotyö on suurimmalta osalta asiakkaan auttamista ja hoitamista sekä lääkkeiden jakoa. Asiakaskontaktit ovat lyhyitä, eikä seurusteluun tai muuhun toimintaan jää juuri aikaa. Yksi tutkimus osoittaa, että kuntoutushenkilökunta, mikäli sellaista on, käyttää kerralla enemmän aikaa asiakasta kohden, mutta työskentelee suurelta osalta erillään muusta henkilökunnasta. Kuntoutushenkilökunnan työ vanhainkodissa koostuu enimmäkseen fysioterapiasta (Parkatti ja Talvitie, 1997; Rusi, 1997, 94). Moniammatillista tiimityötä ei harrasteta (Sinervo ja Lindström, 1992, 18-29; Parkatti ja Talvitie, 1997; Rusi, 1997, 94). Ikivihreät - tutkimuksen mukaan suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa kokee tietonsa puutteellisiksi ja itsensä epäpäteväksi iäkkäiden ihmisten liikuntaneuvontaan liittyvissä asioissa (Oinonen ym., 1997, 21). Kuntoutushenkilökunnan eristyneisyys ja muun henkilökunnan kokemaa liikunnallisen tiedon puute lienee osaltaan estänyt yhteisen tavoitteen asettamista liittyen asukkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemiseen.

Vanhainkotien asema palvelujen järjestäjänä on avohuollon kehittyessä muuttanut siten, että niiden oletetaan tukevan myös avohuoltoa. Viime vuosina on panostettu runsaasti erilaisiin kehittämishankkeisiin, jotta vanhainkodit voisivat vastata niille asetettuihin haasteisiin (esim. Ahonen ja Kiuru, 1989; Viljaranta, 1991; Elovainio ja Sinervo, 1994). Siitä huolimatta vanhainkotien toimintatavat ovat pysyneet lähes ennallaan. Laitoksia on kritisoitu siitä, että

työtä tehdään edelleen rutiininomaisesti ennalta määrättyjen aikataulujen mukaan. Vanhusten yksilölliset tarpeet jäävät ottamatta huomioon ja tästä syystä vanhukset enneminkin passivoituvat kuin kuntoutuvat laitoksissa. (Savio, 1989; Liukkonen, 1990). Kehittämishankkeita tai tutkimuksia, joissa fyysisen aktiivisuuden edistäminen olisi ollut keskeinen teema, ei ole Suomessa tehty.

Perinteiseen hoitoon kuuluu mm. vanhuksen puolesta tekeminen ja vanhuksen turvallisuuden ylikorostus (Gibbon, 1993). Liikkumisen suhteen suurin pelko on yleensä vanhuksen kaatuminen, jota perinteisesti pyritään estämään vähentämällä liikuntaa ja käyttämällä fyysisiä pakotteita kuten sitomista. Toimintatapa johtaa tasapainon heikentymiseen ja yhä suurentuneeseen kaatumisriskiin (Strumpf ym., 1988; Downton, 1993, 126-137). Nykytiedon mukaan kaatumisen ehkäisyyn kuuluu olennaisena liikkumiskyvyn ylläpito (Honkanen ym., 1999).

Esimerkiksi Helsingin kaupungin sairaaloiden pitkäaikaishoitoa koskevassa selvityksessä omaiset kritisoivat voimakkaasti osastojen 'makuuttavaa' ilma-piiriä sekä sitä, että ulkoilua ja kävelyttämistä sisältyi vanhusten päivään aivan liian vähän. Omaisten mielestä vanhuksia sidottiin kiinni tarpeettomasti liikkumisen estämiseksi. Omaiset nostivat esiin kuntouttavan hoidon puutteen, jonka syiksi nähtiin henkilökunnan vähäinen määrä, asenteet ja tiedon puute. Vanhuksille toivottiin aktiivisempaa ja virikkeellisempää hoitoa. Samassa tutkimuksessa hoitohenkilökunta kritisoi itse omaa työtään tukevien palveluiden vähenemistä viime vuosien aikana (esim. fysioterapiapalvelut) sekä henkilöstön tiedon tasoa vanhusten auttamisessa. Hoitajat olivat omaisten tavoin havainneet vanhusten tarpeetonta sitomista liikkumisen estämiseksi (Isola ja Voutilainen, 1998, 71-77).

Perinteinen hoitokäsitys, tehtäväkeskeinen hoito, henkilöstörakenne ja vallitseva toimintakulttuuri näyttävät vanhainkodeissa johtavan autonomian ja itsenäisen suoriutumisen sijasta helposti riippuvuuteen (Miller 1985; Nolan ym., 1995). Aukkaiden toimintakyvyn heikkoudessa on yhtä lailla kyse toimintatapojen ylläpitämisestä - ja lopulta kenties toimintatapojen aiheuttamasta avuttomuudesta kuin vanhusten todellisista kyvyistä.

### 3.4 Fyysinen aktiivisuus vanhainkotihoiton tavoitteena

Hoitotyön ajatusmalleissa ovat viime aikoina olleet esillä vanhusten omanarvontuntoa ja elämänlaatua (Hudson, 1981; Liukkonen, 1991; Kleinman, 1994) sekä yhteisöllisyyttä korostavat hoitomallit (Raatikainen, 1998). Yhteisöllinen hoitomalli korostaa yhteisöjen ja yksilöiden kykyä ottaa vastuuta hyvinvoinnistaan sekä terveydenhuollon velvollisuutta tukea yksilön vapautta, autonomiaa ja omia voimavaroja. Erytishuomio kiinnitetään haavoittuviin ryhmiin, joista vanhukset ovat yksi esimerkki (Raatikainen, 1998). Kuntoutus ja kuntoutuminen nähdään uusissa hoitomalleissa tärkeänä. Esimerkiksi Turner (1993) korostaa aktivoivaa hoitotyötä, joka perustuu suunniteltuun, vanhuksen fyysiset ja psyykkiset voimavarat huomioon ottavaan hoitoon.

Liikuntaa on alettu korostaa vanhustyön uutena sisältönä (Metsola, 1994). Se liitetään yhä useammin kuntoutumiseen, itsenäiseen selviytymiseen ja osallistumiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö suosittelee, että liikunnan tulee saada suurempi merkitys vanhuspolitiikan ja vanhustyön alueena. Sen mukaan kaikilla iäkkäillä ihmisillä tulee asuinpaikasta riippumatta olla päivittäinen mahdollisuus kuntouttavaan tai virkistykseen liikkumaan. Erityisesti mainitaan liikunnan liittäminen vanhainkotien ja päiväkeskusten päivittäiseen toimintaan (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001, 1996, 58-59, 125). Myös valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta korostaa kuntouttavan työtteen ja kuntouttavien palveluiden merkitystä vanhusväestön toimintakyvyn tukena sekä mainitsee liikuntapalvelut tärkeinä itsenäisen selviytymisen tukena (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta, 1998, 19-21).

Uusi liikuntalaki puolestaan korostaa kuntien velvollisuutta panostaa erityis- ja terveysliikuntaan järjestämällä kuntalaisille sopivia harrastepalveluja (Liikuntalaki 1998). Opetusministeriön asettama Erityisryhmien liikunta 2000 -toimikunta (1996, 11-13) korostaa mietinnössään toimintakyvyltään heikentyneiden ikäihmisten oikeutta erityisliikunnan palveluihin.

Valtiovallan ohjauksen vähennyttyä ja kunnallisen päätöksenteon muututtua autonomiseksi liikunnan järjestämiseen liittyviä konkreettisia toimintaohjeita tai juuri siihen tarkoitettuja resursseja ei ole annettu valtakunnan tasolta. Ohjeiden puuttuessa vastuu liikunnan käytäntöön viemisestä on jäänyt usein toteutumatta, erityisesti kun asia on vanhustenhuollossa uusi. Valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 1989-1993 todetaan, että asukkaiden omatoimista suoriutumista edistetään yhteistyössä terveydenhuollon kanssa järjestämällä asukkaille tarvittava määrä lääkintävoimistelijan, kuntahoitajan tai muun kuntoutuksesta huolehtivan henkilön palveluja (Valtakunnallinen suunnitelma..., 1988). Tavoitteeksi 1990 -luvulla asetettiin ensisijassa kuntoutushenkilökunnan määrän lisääminen vanhainkodeissa (1 kuntoutushlö/50 asukasta), mutta tavoitetta ei lamavuosien tultua saavutettu (Valtakunnallinen suunnitelma sosiaalihuollon järjestämisestä vuosina 1988-1992). Säästötilanteissa leikkaukset ovat usein kohdistuneet juuri kuntoutuspalveluihin (Byckling ja Tenkanen, 1994, 64-67; Isola ja Voutilainen, 1998, 71-81).

Eräs mahdollisuus edistää vanhusten fyysistä aktiivisuutta vanhainkodeissa on muuttaa työkäytäntöjä ja perinteistä työnjakoa. Liikunnallinen kuntoutus on Rissasen (1987, 49) mukaan liikuntaa hyväksi käyttävää kuntoutusta, joka on pysyvässä laitoshoidossa usein liikunnan perustarpeen täyttämistä päivittäisessä elämässä. Edellä mainitun määrittelyn mukaan liikunta liittyy pitkäaikais- hoidossa luontevasti perushoittoon eikä pelkästään kuntoutushenkilökunnan työhön. Hoitohenkilökunnan roolia fyysisen aktiivisuuden tukemisessa vahvistaa tutkimus, jonka mukaan perinteisen fysioterapian keinoin aikaan saadut parannukset vanhusten toimintakyvyssä häviävät nopeasti, elleivät fyysinen aktiivisuus ja liikunnallinen toiminta jatku kuntoutuksen jälkeen (Harri-

Lehtonen, 1997, 142). Päivittäiseen hoitoon kytketty liikunta voi myös ehkäistä tulevia toimintakyvyn ongelmia ja kuntoutuksen tarvetta.

Muutama tutkimus tukee edellä mainittua ajatusta uudesta työnjaosta. Ikivihreät -projektin vanhainkotitutkimus korostaa suosituksissaan, että liikuntapalvelujen tarjontaan voi osallistua myös muu kuin kuntoutushenkilökunta. Perusteluna suositukselle on palvelujen saatavuuden ja yksilöllisen valinnan vapauden paraneminen. Muun henkilökunnan osallistuminen edellyttää henkilöstön täydennyskoulutusta (Ruuskanen ja Heikkinen, 1991). Myös Helsingin sairaaloita koskevassa pitkäaikaishoidon tarkastuksessa suositeltiin vapaaehtoistyöntekijöiden, omaisten, fysioterapeuttien ja muun henkilöstön osallistumista vanhusten aktiivisuuden tukemiseen. Tähänkin suositukseen sisällytettiin täydennyskoulutuksen vaatimus (Isola ja Voutilainen, 1998, 71-77).

Suosituksista huolimatta perinteisten työtapojen muuttaminen laitoksissa on osoittautunut vaikeaksi. Useissa kehittämishankeissa (mm. Ahonen ja Kiuru, 1989; Viljaranta, 1991; Byckling, 1994; Elovainio ja Sinervo, 1994) on pyritty muuttamaan tehtäväkeskeistä työtapaa vastaamaan kokonaisvaltaisemmin vanhusten tarpeita. Pysyvän kulttuurisen muutoksen aikaansaaminen on hidasta ja vaatii usein organisaatorakenteiden, fyysisten rakenteiden ja ammattihierarkioiden purkamista sekä edellämainittua henkilöstön laajamittaista koulutusta (Smyer ym., 1992; Coeling ja Simms, 1993; Sinervo, 1994). Esimerkiksi vanhusten omatoimisuuden lisääminen päivittäistoiminnoissa on tutkimusten mukaan onnistunut hyvin, kun hoitohenkilökuntaa on perusteellisesti koulutettu ohjaamaan vanhuksia oikealla tavalla (Baltes ym., 1994; Waters, 1994; Blair, 1995). Muutoksen tueksi tarvitaan esimiesten sitoutumista ja johtamistaitoa (Pearson ym., 1993). Myös hoitajat itse ovat keskeisessä asemassa muutettaessa perinteistä hoitokulttuuria (Kleinman, 1995).

Vanhusten hoidossa juuri kuntoutukseen liittyvien perinteiden purkamista on vastustettu ehkä eniten. Hoitajat ovat kokeneet roolinsa epäselväksi, koska kuntoutus on nähty nimenomaan fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien tehtäväksi. Usein hoitajat myös aliarvioivat omaa osuuttaan kuntoutuksessa (O'Connor, 1993; Booth ym., 1995). Turussa kahdella vanhainkotiosastolla toteutettu tutkimus osoitti, että hoitajat suhtautuivat periaatteessa myönteisesti kuntoutukseen osana omaa työtään. Konkreettisista liikuntaan liittyvistä tehtävistä vanhusten kävelyttämisen ja ulkoilun arveltiin kuuluvan luontevimmin omaan työhön. Varsinaisen liikuntaharrastuksen tukeminen tai sen ohjaaminen eivät saaneet enemmistön kannatusta. Toisaalta hoitohenkilökunta ei pitänyt kuntoutushenkilökuntaa välttämättömänä kuntoutuksen toteuttamisessa (Rusi, 1997, 86-87). Tutkimukseen liittyvät havainnot omista mahdollisuuksista ja kuntoutushenkilökunnan tarpeesta vahvistavat käsitystä kuntoutukseen liittyvistä rooliristiriidoista (Gibbon, 1993; Waters, 1994; Waters ja Luker, 1996).

Yhdessä vanhainkodissa toteutettiin tutkimus, jossa selvitettiin paitsi liikuntaohjelman vaikutusta iäkkäiden henkilöiden fyysiseen toimintakykyyn ja mielialaan, myös sitä, miten vanhainkodin henkilökunta voi osallistua liikuntaohjelmien vetämiseen ja toimintakykymittausten tekemiseen. Tutkimukseen liit-

tyi laajamittainen ja konkreettisiin ohjaustaitoihin opastava henkilöstön koulutus. Tulokset olivat myönteisiä molempien tutkimusongelmien suhteen. Osoittautui, että hyvinkin huonokuntoiset ihmiset voivat osallistua liikuntaohjelmiin ja että vanhainkodin henkilökunta pystyy paitsi tekemään toimintakykymittauksia myös ohjaamaan vanhusten liikuntaa. Alkuvaikeuksien jälkeen henkilöstö oli motivoitunut uuteen tehtäväänsä ja näki sen tärkeäksi osaksi vanhusten hoitoa (Pohjolainen ja Huuhka, 1997).

Toimintakulttuuri muuttuu hitaasti, koska kokemuksia ja tutkittua tietoa uudesta tavasta tehdä työtä fyysisen aktiivisuuden alueella ei ole. Toisaalta fyysinen aktiivisuus liittyy perushoitoon, jonka toteuttajat (perushoitajat ja sairaanhoitajat) eivät koe olevansa päteviä tähän tehtävään ja toisaalta kuntoutukseen, jonka henkilöstöresurssi on aivan liian pieni tyydyttämään suuren asiakasryhmän tarpeita. Erityisliikunta on eräs mahdollisuus edistää vanhusten liikuntaa laitoksissa, mutta kunnan liikuntatoimen ja vanhainkotien välisestä yhteistyöstä on vain vähän kokemusta johtuen osittain erityisliikunnan pienistä toimintaresursseista. Tarvitaan uutta, kokeilevaa tutkimusta siitä, miten vanhus-ten fyysistä aktiivisuutta voidaan mielekkäästi tukea vanhainkotihoitossa.



## 4. Tutkimuksen päämäärä ja tutkimusmenetelmän valinta

### 4.1 Tutkimuksen lähtöongelma ja päämäärän asettaminen

Tutkimuksen idea syntyi alunperin tutkijan halusta saada selville, miten liikuntatieteellisen tutkimuksen perusteella vanhuksille hyödylliseksi arvioitu fyysinen aktiivisuus toteutui vanhainkodissa. Kiinnostusta lisäsi tutkijan oma havainto liikunnan vähäisestä käytöstä vanhainkodeissa.

Tutkija (liikuntatieteiden kandidaatti) oli työskennellyt viisi vuotta Kuntokalliossa, Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskuksessa koulutussuunnittelijana kouluttaen sekä vanhustyöhön aikovia nuoria että laitoksissa työskenteleviä vanhustyöntekijöitä ikääntyvien liikunnasta. Alalle suuntautuvien nuorten koulutukseen kuului myös projektityöskentely eri vanhainkodeissa, joissa opiskelijat harjoittelivat mm. liikunnan- ja viriketoiminnan järjestämistä tutkijan ohjaamana. Havaittu epätasapaino tutkimustiedon ja käytännön välillä perustui sekä kokemusten vaihtoon työntekijöiden kanssa että opiskelijoiden kanssa kenttätöissä tehtyihin havaintoihin. Vanhusten hoitoa kuvaava kirjallisuus ei liioin tukenut käsitystä siitä, että fyysiseen aktiivisuuteen kiinnitettäisiin huomiota vanhainkotihoitossa, vaikka yleisissä vanhustenhuollon linjauksissa korostettiin kuntouttavaa hoitoideologiaa.

Tutkimuksen päämääränä oli vanhainkodin asukkaiden toimintakyvyn, elämänsisällön ja autonomian tukeminen selvittämällä vanhusten fyysisen aktiivisuuden edistämiseen liittyviä kysymyksiä asukkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.

Ongelman monisyisestä luonteesta johtuen aihetta päätettiin tutkia toimintatutkimuksen keinoin. Toimintatutkimuksen lähtökohtana on löytää ongelmiin vastauksia uudistamalla käytännön toimintaa teoreettisen ja käytännöllisen tiedon perusteella ja arvioimalla sitä. Muutoksen suunta muotoiltiin tutkimuksen tavoitteiksi.

Tutkimuksen tavoitteina olivat :

1. Muuttaa hoitokäytäntöjä asukkaiden fyysistä aktiivisuutta tukevaksi
2. Edistää vanhainkodissa asuvien vanhusten fyysistä aktiivisuutta.

Ensimmäisen tavoitteen saavuttamisen arveltiin olevan toisen tavoitteen toteutumisen edellytys, joten ajallisesti tavoitteet asettuivat tutkimusprosessissa peräkkäin.

Tutkimusidea kirjoitettiin tutkimussuunnitelmaksi ja sille saatiin rahoitus opetusministeriön liikuntatieteellisistä määrärahoista. Tutkimuksen kokonaiskesto oli kolme vuotta. Tutkimuksesta on aikaisemmin julkaistu raportti 'Liikuntaa vanhainkoteihin' oppaaksi vanhainkotihenkilöstölle (Karvinen, 1992).

## 4.2 Toimintatutkimus muutostyön välineenä

Toimintatutkimus on luonteeltaan käytäntöön suuntautunut väline ja yhdistää nimensä mukaisesti toiminnan ja tutkimuksen. Keskeisenä intressinä on tutkimuksen tavoitteeksi asetetun muutoksen aikaansaaminen käytännön toiminnassa, eräänlaisten sosiaalisten innovaatioiden tuottaminen (Kemmis ja McTaggart, 1988, 5-28; Kasvio, 1994). Sosiaaliseen toimintaan arvellaan liittyvän niin monenlaisia ilmiöitä, että niiden selittäminen ja tutkiminen onnistuu vain muuttamalla toimintaa ja arvioimalla sitä (Jyrkämä, 1978, 39-71).

Toimintatutkimus yhdistetään useimmiten sosiaalipsykologi Kurt Lewiniin, jonka ensimmäisenä otti käyttöön toimintatutkimus -nimen (action research). Tutkimustapaa soveltaen hän julkaisi ensimmäiset tutkimuksensa, jotka koskivat ruokailutottumusten muuttamista ja rotuennakkoluulojen vähentämistä (Lewin 1946; Lewin, 1952). Toimintatutkimuksen taustalla on arvioitu olevan myös ns. Tavistock -perinne sekä ryhmädynamiikan ja yhdyskuntatyön perinteet (Jyrkämä, 1978, 39-71; Heikkinen H ja Jyrkämä, 1999).

Toimintatutkimukselle ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää ja sitä on jopa syytetty epätieteellisyydestä. Usein toimintatutkimusta kuvataan määrittelemällä, miten se poikkeaa perinteisistä menetelmistä (Kasvio, 1994) tai täydentää niitä (Jyrkämä, 1978, 39-71; Heikkinen H ja Jyrkämä, 1999). Lewin (1948, 203) korosti alunperin, että toimintatutkimus on kokonaisuus, joka itsessään voi sisältää useita menetelmiä. Toimintatutkimuksen onkin sanottu olevan enemmän lähestymistapa kuin varsinainen erillinen tutkimusmenetelmä (Jyrkämä, 1978, 39-71). Toimintatutkimusta on kuvattu myös esittelemällä siihen sisältyviä piirteitä. Näiden piirteiden valossa voidaan arvioida, täyttääkö tietty tutkimus toimintatutkimuksen kriteerit (Kuula, 1995).

Toimintatutkimus kohdistuu aina johonkin todelliseen yhteisöön verrattuna satunnaisesti kerättyihin havaintoihin. Yhteisö voi olla esim. organisaatio tai jokin alueellinen ryhmä. Kohdeyhteisö on toimintatutkimuksessa kokonaisuus kaikkine piirteineen ja yhteydessä myös ympäristöönsä. Kohdeyhteisö tutkimuskohteena on aina myös ajallinen, paikallinen ja historiallinen ilmiö (Jyrkämä, 1978, 39-71; Hart ja Bond, 1995, 1-79).

Toimintatutkimuksen erityispiirre on tutkijan ja tutkittavien välinen suhde, sillä muutokseen pyrkiminen tuo tutkijan rinnalle kohdeyhteisössä toimivat ihmiset. Tutkittavat ovat perinteisestä tutkimuksesta poiketen mukana subjekteina ja aktiivisina toimijoina tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkijan ja tutkittavien keskinäistä suhteeseen liitetään korostettu tasa-arvoisuuden vaatimus, hyvä keskinäinen kommunikaatio ja läheinen yhteistyö. (Grönfors, 1982, 118-128; Holmila, 1984; Elden ja Chisholm, 1993). Tutkija puolestaan osallistuu tutkijaroolinsa ohella muutosprosessiin ja itse toimintaan. Tutkija on toiminnan ja tutkimuksen katalysoija, 'muutosagentti', jonka yllyttäminä kohdeyhteisön jäsenet alkavat parhaimmillaan tutkia ja muuttaa itse itseään, ympäristöään ja toimintaansa (Jyrkämä, 1978, 39-71; Kasvio, 1994). Tällaisessa roolissa tut-

kijalta vaaditaan tutkijataitojen ja toimijatehtävän ohella myös melkoisia diplomaatin ominaisuuksia (Kasvio, 1994).

Toimintatutkimuksen ideana on yhdistää tutkijoiden teoreettinen tietämys ja toimijoiden hallussa oleva käytännön asiantuntemus tutkimusprosessin eri vaiheissa (Grönfors, 1982, 118-128; Kasvio, 1994; Hart ja Bond, 1995, 1-79). Periaatteessa toimintatutkimus antaa mahdollisuuden teorian ja käytännön jatkuvalle vuoropuhelulle. Tutkijalle on eduksi teoreettisen tietämyksensä ohella tutkimusalueen käytännöllinen ja kokemusperäinen tuntemus, jota hän voi vielä lisätä perehtymällä huolellisesti tutkittavaan alueeseen ja tutkimuskohteeseen (Jyrkämä, 1978, 39-71; Isohanni, 1989).

Lewiniläisestä mallista liikkeelle lähteneestä toimintatutkimuksesta on ajan myötä kehittynyt erilaisia suuntauksia mm. sen suhteen, miten toiminta ja tutkimus painottuvat eri tutkimustyypeissä (Engeström, 1995, 109-163; Hart ja Bond, 1995, 1-79). Tämä on osaltaan lisännyt toimintatutkimuksen määrittelyn vaikeutta, ja siksi eri suuntauksista on pyritty tekemään typologioita. Esim. Hart kumppaneineen (1995, 1-79) erottelee kokeelliset (experimental), organisatoriset (organizational), ammatillisuutta vahvistavat (professionalizing) ja osallistavat (empowering) toimintatutkimukset, joista kokeellinen toimintatutkimus on eniten tutkimusta ja osallistava eniten toimintaa korostava suuntaus. Typologioista mainitaan, että ne ovat teoreettisia, eikä toimintatutkimuksia yleensä voida puhtaasti sijoittaa mihinkään luokkaan. On myös mahdollista, että yksi toimintatutkimus sisältää kaikkien edellä mainittujen suuntausten aineksia.

Toimintatutkimusprosessi on jatkuvasti etenevä, spiraalimainen prosessi, jossa suunnittelu, toiminta, toiminnan seuranta ja arviointi seuraavat toisiaan (Kemmis ja McTaggart, 1988, 5-28; Hart ja Bond, 1995, 1-79; Heikkinen H ja Jyrkämä, 1999). Toimintatutkimuksen kulun ja itseasiassa koko metodologian tulisi muotoutua vuorovaikutuksessa tutkittavien ja tutkijan välillä. Tästä syystä teoreettinen viitekehys, käytetyt menetelmät, tutkijan ja tutkittavien roolit, tehtävät ja tavoitteet ovat osa toimintatutkimuksen prosessia vaihdellen tutkimuksesta toiseen (Grönfors, 1982, 122).

Toimintatutkimuksen vaiheet kuvataan tutkijasta riippumatta yleensä hyvin samalla tavalla (esim. Kemmis ja McTaggart, 1988; Sommer, 1987). Jyrkämä (1978, 39-71) esittää Swedneriä mukailleen (1977) toimintatutkimuksen vaiheiksi seuraavat:

1. Lähtöongelman ja alustavien tavoitteiden muotoilu
2. Kohdeyhteisön kuvaus ja analyysi
3. Tavoitteiden täsmentäminen ja toimintaohjelman laatiminen
4. Toimintaohjelman käytäntöön vieminen
5. Toiminnan tulosten ja vaikutusten arvioiminen.

Vaiheet eivät erotu itse tutkimustilanteesta ajallisesti, mutta loogisesti kyllä. Tutkimusprosessin spiraalimaisuudesta johtuen kaikki vaiheet ovat mukana

koko ajan. Erityinen huomio tulee kiinnittää tavoitteiden täsmentämiseen ja arviointiin. Tavoitteissa on olennaista tehdä ero välinetavoitteiden ja päämäärätavoitteiden välillä. On selvitetävä, mitkä tavoitteet nähdään välittöminä tavoitteina ja toisaalta edellytyksenä pitemmän tähtäimen tavoitteiden saavuttamiselle (Jyrkämä; 1978, 39-71).

Arviointia on pidetty toimintatutkimuksen ongelmallisimpana alueena (Leppänen, 1977, 33; Swedner, 1977, 121-130). Pääkysymykset arviointivaiheissa ovat, mitä arvioidaan, miten arvioidaan ja ketkä arvioivat. Arvioinnissa jatkuu toimintatutkimuksen perusidea, jossa arviointiin osallistuvat yhdessä toimeksiantaja, tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet (Kemmis ja McTaggart, 1988, 15). Arvioinnilla on toimintatutkimuksessa sisäiset ja ulkoiset tehtävät. Sisäisenä tehtävänä on palvella toiminnan kehittymistä projektin aikana. Parhaimmillaan arviointi onkin oppimistapahtuma, jatkuva palauteprosessi, jonka tarkoitus on ohjata ja korjata toimintaa. Arvioinnin ulkoiset tehtävät ja tavoitteet taas liittyvät projektin antamien tulosten ja kokemusten hyödyntämiseen (Eskola ja Hammerton, 1983, 16). Olennaista on, että tutkimusprosessia dokumentoidaan systemaattisesti ja arviointitietoa hankitaan monipuolisesti koko prosessin ajalta (Kuitunen, 1991, 14-39). Toimintatutkimuksissa arviointitietoa hankitaan usein sekä määrällisin että laadullisin menetelmin (Greenwood ym., 1993; Kuula, 1995).

Alkutilanteen monipuolinen arviointi on keskeinen vaihe toimintatutkimuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa (Jyrkämä, 1978, 39-71; Isohanni, 1989). Sen lisäksi arviointitietoa tulee hankkia toiminnan kulusta, tavoitteiden saavuttamisesta ja havaituista seurauksista. Toiseksi on arvioitava saavutettiinko asetetut päämäärät ja yllettiinkö niihin vaikutuksiin, joihin pyrittiin. Kolmantena arviointialueena on ne tavoitteet, joihin ei pyritti ja jotka ovat aiottujen tavoitteiden vastaisia. Neljäntenä arvioinnin alueena on välinetavoitteiden, kuten osallistumisen ja tietoiseksi tulemisen arviointi. Viimeisenä arviointikohteena on toimintojen tehokkuus suhteessa tehtyihin toimintoihin (Jyrkämä, 1978, 39-71).

Toimintatutkimuksessa on kyse prosesseista, jonka vuoksi sillä ei voi olla mitään ennalta määriteltyä loppua. Toimintatutkimus ei pyrikään lopullisten johdopäätösten tekemiseen (Kemmis ja McTaggart, 1988, 15). On otettava huomioon, että esim. arvioinnin ajankohta määrittää voimakkaasti sitä, millaisia tuloksia saadaan. Varsinkin lyhyissä tutkimusperiodeissa muutosprosessi voi olla vielä hyvin keskeneräinen ja varsinaiset tulokset näkyvät vasta myöhemmin. Kaikesta tästä huolimatta toimintatutkimus antaa mahdollisuuden sekä käytännön toiminnan muutokseen että teoreettisen ymmärryksen lisääntymiseen (Isohanni, 1989).

Arviointia suoritettaessa on muistettava myös, että toimintatutkimus on luonteeltaan arvosidonnaista. Tutkimuksella on yleensä tavoiteketjunsä päässä jokin arvopäämäärä, johon tutkimus perustuu ja joka myös lausutaan julki (Holmila, 1984; Isohanni, 1989; Elden ja Chisholm, 1993; Kuula, 1995). Arviointi on siten toimintatutkimuksessa myös arvottamista, eri osapuolten erilaisten

ajatusten yhteen sovittamista ja yhteisen näkemyksen muodostamista (Jyrkämä, 1978, 39-71). Toimintatutkimuksen validiuskysymys on useimmiten ratkaistu juuri konsensuksen avulla. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että tutkija esittelee tutkimuksen eri vaiheissa ajatuksiaan ja ottaa huomioon saamansa palautteen. Myös loppuraportin käsikirjoitusvaiheeseen liittyy usein perusteellinen palautetilaisuus (Holmila, 1984).

Toimintatutkimus saattaa epäonnistua varsinaisessa yrityksessään tuottaen uutta toimintaa ja uusia toimintakäytäntöjä. Näissäkin tilanteissa tutkimusprosessin analysointi ja raportointi on tärkeää (Kasvio, 1994). Epäonnistuminen muutoksen tuottamisessa ei Kuulan (1995) mielestä välttämättä merkitse tutkimuksen epäonnistumista, koska myös teoreettisen ymmärryksen lisääntyminen on toimintatutkimuksessa tärkeää. Tutkimusprosessin huolellinen analysointi voi antaa merkittävää tietoa esim. tutkimuskohteeseen liittyvistä valta- ja kulttuurirakenteista.

Toimintatutkimusta on käytetty viime aikoina useissa vanhustenhuollon tutkimus- ja kehittämishankkeissa (esim. Isohanni ym., 1988; Ahonen ja Kiuru, 1989). Vanhustyö onkin eräs otollisimpia toimintatutkimuksen kohteita, koska vanhustyössä on useita toimijoita. Näiden eri osapuolten näkemysten yhdistäminen yhteiseksi tavoitteeksi ja uusiksi toimintatavoiksi voisi tarjota todellisia innovaatioita vanhustyössä. Joskus muutoksen yrittäminen voi olla hyvä keino löytää syytä sille, miksi esimerkiksi eri ammattiryhmät eivät tee tiiviimpää yhteistyötä (Kuula, 1995).

## 5. Tutkimukseen liittyvät valmistelut

### 5.1 Kohdeyhteisön valinta

Lähestymistavaksi valittu toimintatutkimus tuntui parhaalta keinolta tutkia fyysisen aktiivisuuden ongelmaa ja pyrkiä asetettuun tavoitteeseen. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu puuttuminen kohdeyhteisön toimintaan ja samalla väistämättä myös sen jäsenten elämään. Tässä tutkimuksessa kohdeyhteisönä oli vanhainkoti, sen henkilökunta ja toimintakyvyltään heikentyneet asukkaat. Kohdeyhteisön luonne, tutkimusaihe sekä valittu lähestymistapa edellyttivät eettisten kysymysten pohdintaa sekä ennen tutkimuksen alkua että sen aikana. Lupa tutkimuksen suorittamiseen saatiin sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Tutkimusta varten tarvittiin sopiva vanhainkoti, joka oli valmis tutkimusyhteistyöhön. Pääkaupunkiseudun (Helsinki, Espoo, Vantaa) sosiaalilautakunnat perehtyivät tutkimussuunnitelmaan ja tarjosivat ehdolle muutamia vanhainkoteja. Tutkija tutustui yksikköihin toimintakertomusten avulla sekä vierailemalla kyseisissä laitoksissa.

Ennen vanhainkodin lopullista valintaa oli tarpeen saada yleiskuva laitosten liikunnallisesta toiminnasta. Sitä selvitettiin tekemällä kirjallinen kysely vanhainkotien kuntoutushenkilökunnalle kesällä 1988. Kyselyn avulla oli tarkoitus selvittää järjestetyn liikuntatoiminnan määrää ja laatua ehdolle asetetuissa vanhainkodeissa.

Varsinaiseksi tutkimuskohteeksi valittiin Kontulan vanhainkoti Helsingistä. Valinnan kriteereinä olivat vanhainkodin oma kiinnostus ja asukkaiden sopiva määrä suhteessa tutkimusresursseihin. Tärkeä seikka valintatilanteessa oli myös asukkaiden toimintakyvyn taso; vanhainkodissa ei ollut vuodeosastoja ja kaikki asukkaat selviytyivät päivittäisestä elämästään omin avuin, apuvälineitä käyttäen tai hoitajien avustamina. Eriasteista muistamattomuutta esiintyi osalla asukkaita. Eduksi Kontulan vanhainkodille oli tutkijan saama käsitys siitä, että kuntoutuksessa ei ollut tapahtunut lähiaikoina suuria muutoksia. Vakaan alkutilanteen arveltiin helpottavan muutosprosessin arviointia.

Kolmikerroksinen Kontulan vanhainkoti on osa Kontulan vanhustenhuollon keskusta ja sijaitsee Kontulan asuinalueella Itä-Helsingissä. Siihen kuuluvat samassa rakennuksessa sijaitseva palvelukeskus ja sen lähipiirissä olevat neljä vanhusten asuintaloa. Kontulan vanhustenhuollon keskuksen omistaa Helsingin kaupunki, ja se on rakennettu vuonna 1975. Vanhainkodissa oli 141 pitkäaikaishoidon paikkaa kolmella osastolla. Asukkailla oli yhden hengen huoneet. Henkilökunnan kokonaismäärä oli 76, joista yksi oli fysioterapeutti.

Kontulan vanhainkodin fysioterapeutille osoitetun kyselyn perusteella vanhuk-silla oli mahdollisuus osallistua fysioterapeutin ohjaamaan tuolivoimisteluun kerran viikossa oman osaston ruokasalissa. Fysioterapeutin kirjanpidon mu-

kaan tuolivoimisteluun osallistui 43 % naisista ja 13 % miehistä. Vanhukset saivat osallistua myös alakerran fysioterapiatiloissa kerran viikossa järjestettyyn jumppaan yhdessä palvelukeskusasiakkaiden kanssa. Fysioterapiatilat sijaitsivat hissimatkan päässä osastoista. Tilaisuuksiin osallistui neljä henkilöä koko vanhainkodista. Muita liikuntasisältöisiä tilaisuuksia ei Kontulan vanhainkodissa järjestetty.

Fysioterapeutin laatimia yksilöllisiä liikuntaohjelmia oli Kontulan vanhainkodin asukkaista noin kymmenellä vanhuksella. Yksilölliset ohjelmat olivat päivittäistä kävelyä fysioterapeutin kanssa tai kuntosalivälineiden (kuntopyörä, soutulaite) käyttöä fysioterapeutin opastamana. Yksi asukas kävi kaksi kertaa viikossa palvelukeskuksen päivänsseissa. Kukaan asukkaista ei harrastanut liikuntaa vanhainkodin ulkopuolella eikä vanhainkodilla ollut myöskään ulkopuolista liikunnanohjausapua. Muu henkilökunta osallistui liikunnalliseen kuntoutukseen avustamalla ulkoilussa, jos muut työt sallivat. Omaiset eivät osallistuneet liikuntatoimintaan.

Tilojen puolesta Kontulan vanhainkoti oli hyvässä asemassa. Tilava ruokasali toimi ryhmävoimistelutilana, fysioterapiatilat olivat poikkeuksellisen isot ja talon ympärillä oli kävelypolkuja. Lisäksi talossa oli uima-allas. Liikuntavälineistöä oli kohtalaisen runsaasti: voimistelusuavoja, hernepusseja, keiloja, renkaita, erilaisia palloja ja ikivanteita sekä bocciapeli. Muita välineitä olivat restoraattori, nojapuut, käsiruori, kuntopyöräergometri, puolapuut, soutulaite, käsiharjoituslaite ja sormiharjoituslauta.

Suurimpana ongelmana liikunnallisessa kuntoutuksessa fysioterapeutti piti vanhusten huonoa kuntoa ja vähäistä kiinnostusta liikuntaan. Myös vanhusten muistamattomuus vaikeutti toiminnan järjestämistä. Lisäksi yksilöhoidot veivät fysioterapeutin työajasta suuren osan. Fysioterapeutin kehittämisehdotuksissa painottuivat ryhmätoiminnan lisääminen osastoilla, ulkoilun edistäminen ja omatoimisten harjoittelijoiden määrän lisääminen.

Kontulan vanhainkodin lisäksi hankkeeseen otettiin mukaan kolme muuta vanhainkotiä, joita oli ehdotettu tutkimusvanhainkoteiksi. Ne liitettiin projektin toiminta- ja kehittämisosuuteen, koska kohdeyhteisön viiteryhmänä niistä arveltiin olevan apua tutkimusvanhainkodille. Lisäksi tutkimuksesta uskottiin olevan hyötyä kolmen muun vanhainkodin kehittämistyölle. Mukana olevien vanhainkotien kehittämistoimintaa tuettiin samoilla toimintaohjelmilla, joita oli käytössä tutkimusvanhainkodissa, ja kehittämistyötä seurattiin henkilöstölle osoitettujen kirjallisten kyselyjen avulla. Kehittämistyön tuloksia on raportoitu 'Liikuntaa vanhainkoteihin' -julkaisussa (Karvinen, 1992). Vanhainkodit olivat Aurorakoti Espoosta, Antinkoti Helsingistä ja Simonkoti Vantaalta.

## 5.2 Projektioorganisaatio

Projektille perustettiin johtoryhmä, jonka tehtävänä oli seurata ja arvioida hanketta sekä antaa asiantuntija-apua. Johtoryhmään kuuluivat pääsihteeri Kari Koivumäki opetusministeriöstä, ylitarkastaja Annikki Korhonen ja ylilääkäri Matti Ojala sosiaali- ja terveyshallituksesta sekä tutkija Terttu Parkatti Jyväskylän yliopistosta. Lisäksi johtoryhmään kuuluivat kaikkien mukana olleiden vanhainkotien johtajat: Airi Paasivuori (Kontula), Georg Mäkinen (Aurorakoti), Irja Laukkarinen (Antinkoti), Taina Uimonen ja myöhemmin Marjut Lommi (Simonkoti). Puheenjohtajana toimi tutkimusjohtaja Jan-Erik Ruth (myöhemmin johtaja Tapani Sihvola) ja sihteerinä hankkeen tutkija Elina Karvinen Kuntokalliosta.

Lisäksi hankkeelle perustettiin kaksi työryhmää, jotka olivat kuntoutushenkilöstön ja osastonhoitajien ryhmät. Työryhmät perustettiin avainhenkilöperiaatteella. Kuntoutushenkilöstö on ammattinimikkeensä puolesta kehittämisvastuussa toiminnasta, joka liittyy liikunnalliseen kuntoutukseen. Osastonhoitajien vastuulla puolestaan on osastojen toiminta ja siihen liittyvä kehittämis-työ. Työryhmien tehtävänä oli suunnitella, toimeenpanna ja arvioida muutostyötä.

Kuntoutustyöryhmä ja osastonhoitajien ryhmät toimivat asiantuntijapaneelina, jotka koostuivat tutkimusvanhainkodin ja myös muiden vanhainkotien vastaavasta henkilöstöstä. Kuntoutustyöryhmässä oli kaikkien neljän vanhainkodin kuntoutushenkilöstö (yhteensä kuusi henkilöä). Tutkimukseen kuuluvassa osastonhoitajien ryhmässä olivat puolestaan tutkimusvanhainkodin ja Simonkodin osastonhoitajat (yhteensä seitsemän henkilöä). Kaksi muuta vanhainkotia muodostivat toisen osastonhoitajien ryhmän. Tutkija itse työskenteli kuntohoitajien ryhmän kanssa ja osastonhoitajien ryhmistä vastasi koulutus-suunnittelija, työnohjaaja Airi Airila Kuntokalliosta. Työryhmät kokoontuivat kahden vuoden ajan kerran kuussa lukuunottamatta kesäkuukausia.

## 5.3 Alkutilanteen arviointimenetelmät

Toimintatutkimuksessa on tärkeää perehtyä hyvin tutkittavaan kohdeyhteisöön ja kuvata tutkimuksen lähtötilanne perusteellisesti. Alkuvaiheessa tutustuminen tapahtui edellä mainitun, fysioterapeutille osoitetun kirjallisen kyselyn, vanhainkodin johtajalta saatujen perustietojen ja vanhainkotia esittelevien asiakirjojen perusteella. Sitä seurasivat tutkijan epämuodolliset vierailut vanhainkodissa ja niiden yhteydessä käydyt keskustelut fysioterapeutin, osastonhoitajien, hoitajien ja asukkaiden kanssa. Myös perustetut työryhmät (kuntohoitajat ja osastonhoitajat) auttoivat kokonais käsityksen muodostamisesta, koska työskentely alkoi yksikön toimintatapojen esittelyllä.



Tutustumisvaihetta seurasi systemaattinen tiedonkeruu, johon kuuluivat kirjallinen kysely hoitohenkilökunnalle (liite 1) ja Kontulan vanhainkodin pitkäaikaisasukkaiden haastattelu (liite 2). Hoitohenkilökunnan kirjallinen kysely toteutettiin syksyllä 1988 ennen tutkimusprojektin esittelyä henkilöstölle. Kysely toteutettiin siten, että vuorotyösyistä järjestetyn, kahden eri informaatiotilaisuuden alussa henkilökunta täytti kyselylomakkeet. Kirjallisessa kyselyssä käytettiin Jyväskylän Ikivihreät -projektin kysymyksiä liittyen henkilötietoihin, koulutustaustaan ja omaan liikuntaharrastukseen (Oinonen, ym., 1997). Lisäksi kysely sisälsi tätä tutkimusta varten laadittuja kysymyksiä liittyen liikunnalliseen kuntoutukseen sekä suhtautumiseen ikääntyvien liikuntaan.

Kontulan henkilökunnan kokonaismäärä oli 76. Tietoja kerättiin hoitohenkilökunnalta (N=54), joista kyselyyn osallistui 81% (N=42). Hoitohenkilökuntaan kuuluviksi määriteltiin hoitoapulaiset, perushoitajat, sairaanhoitajat, sosiaalihoitajat, kodinhoitajat, kylvettäjät, askartelunohjaaja, kuntoutushenkilökunta ja toimintaterapeutit. Kaikki työntekijät olivat naisia. Vaikka tietoja kerättiin vain hoitohenkilökunnalta, hanke sinänsä koski koko yhteisöä.

Kontulan vanhainkodin pitkäaikaisasukkaat haastateltiin joulukuun 1988 ja tammikuun 1989 aikana. Haastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi, koska tietoja haluttiin saada mahdollisimman monelta vanhukselta. Haastattelu tarjosi mahdollisuuden myös haastateltavan kokonaiskäyttäytymisen arviointiin. Haastattelijarvioi varsinaisen haastattelun jälkeen muutamalla kysymyksellä haastateltavan käyttäytymistä haastattelun jälkeen sekä vastaajan orientaatiokykyä aikaan, paikkaan ja haastattelijaan.

Haastattelulomakkeen laadinnassa käytettiin apuna Jyväskylän Ikivihreät -projektin kysymyksiä (Heikkinen ym., 1990). Osa kysymyksistä käytettiin sellaisenaan ja osa muokattiin vanhainkotiyhteisöön sopivaksi. Tietyt kysymykset laadittiin varta vasten tätä tutkimusta varten. Haastattelulomake esitettiin Antinkodissa, jossa tutkija haastatteli kymmenen vanhusta. Saatu kokemus hyödynnettiin lomakkeen viimeistelyssä ja haastattelijakoulutuksessa. Lomake sisälsi taustatietojen lisäksi kysymyksiä asukkaiden sosiaalisista suhteista, terveydestä ja toimintakyvystä, suhtautumisesta liikuntaan, fyysisestä aktiivisuudesta ja muista harrastuksista.

Haastattelijakoulutus kesti kaksitoista tuntia, ja siitä vastasi Kuntokallion tutkimusjohtaja Jan-Erik Ruth. Haastattelujen käynnistyttyä haastattelijat koontuivat alkuvaiheessa kaksi kertaa täsmentämään kysymyksiä, jotka olivat tuottaneet ongelmia. Haastattelijoina toimivat tutkija, kaksi Kuntokallion koulutussuunnittelijaa (Airi Airila ja Sirkka Perttu) sekä tutkimusosastolla työskentelevä, akateemisen loppututkinnon suorittanut siviilipalvelumies (Ilkka Syren). Siviilipalvelumiestä lukuunottamatta kaikilla oli teoreettinen ja käytännöllinen kokemus vanhustyöstä. Haastattelut tapahtuivat kunkin vanhuksen omassa huoneessa ilman muiden henkilöiden läsnäoloa.

Kontulan vanhainkodin asukkaiden kohdejoukkona olivat sen kaikki 141 pitkäaikaisasukasta. Haastateltavien joukosta poistettiin ensin dementoituneet

henkilöt, jotka eivät useammankaan yrityksen jälkeen kyenneet vastaamaan haastattelijan kysymyksiin. Samoin haastattelusta jätettiin pois vaikea-asteista afasiaa tai dysfasiaa sairastavat asukkaat. Karsinnan jälkeen tutkimuksen perusjoukko oli 120 asukasta, joista haastateltiin 105 (88 %). Miehistä, joita oli 22 haastateltiin 21 (95 %) ja naisista, joita oli 98 haastateltiin 84 (86 %). Kato muodostui tilapäisesti sairaista (4), kuulovammaisista (1), haastattelusta kieltäytyneistä asukkaista (8) tai asukkaista, joihin ei saatu kontaktia (2). Haastattelun keskimääräinen kesto oli 1 t 37 minuuttia. Lyhin haastattelu kesti 30 minuuttia ja pisin neljä tuntia. Vaikka haastattelua ei voitu toteuttaa kaikkien asukkaiden kanssa, ketään asukasta ei rajattu pois itse toiminnasta vaan kaikki saivat osallistua halunsa mukaan.

#### 5.4 Kohdeyhteisö vuonna 1988

##### 5.4.1 Hoitohenkilökunnan taustatiedot

Enemmistö työntekijöistä oli iältään 36-55 -vuotiaita painottuen 46-55 -vuotiaisiin. Suurin osa hoitohenkilökunnasta oli perushoitajia ja siivoustyötä tekeviä hoitoapulaisia. Viisi henkilöä oli ohjaavassa tehtävässä, joka tarkoitti osastonhoitajan tai sairaanhoitajan nimikettä. Erityistyöntekijöinä toimi yksi fysioterapeutti, yksi askartelunohjaaja ja yksi sosiaalityöntekijä. Puolet henkilökunnasta oli käynyt enintään kansakoulun ja runsas kolmannes perus- tai keskikoulun. Vain muutamalla (kuusi henkilöä) oli ylioppilastutkinto. Ammatillinen koulu tai opistotasoinen sosiaali/terveydenhuollon tutkinto oli hiukan alle puolella työntekijöistä. Muilta työntekijöiltä ammattikoulutus puuttui joko kokonaan tai perustui lyhyeen kurssiin (taulukko 1).

Hoitohenkilökunta oli vakiintunutta. Runsas puolet henkilökunnasta oli työskennellyt tässä vanhainkodissa yli kymmenen vuotta ja suurin osa yli neljä vuotta (78 %). Aikaisempaa, yli vuoden kestänyttä kokemusta vanhustyöstä oli noin puolella työntekijöistä.

**Taulukko 1** Kontulan vanhainkodin hoitohenkilökunnan ikä, virkanimike, koulutus ja työkokemus (%)

	%	N=42
<b>Ikäryhmät</b>		
16-25	7	
26-35	10	
36-45	31	
46-55	45	
56-65	7	
	100	
<b>Virkanimike</b>		
Ohjaava hoitohenkilökunta	12	
Hoitaja	36	
Hoitoapulainen, kylvettäjä	46	
Kuntoutushenkilökunta	2	
Askartelunohjaaja	2	
Sosiaalityöntekijä	2	
	100	
<b>Peruskoulutus</b>		
Enintään kansakoulu	50	
Keskikoulu/peruskoulu	36	
Ylioppilas	14	
	100	
<b>Ammattikoulutus</b>		
Ei ammattikoulutusta	24	
Ammattikoulu/kurssi	31	
Sosiaali -tai terveydenh/koulutaso	26	
Sosiaali- tai terveydenh/opistotaso	19	
	100	
<b>Kokemus vanhustyöstä ennen tätä vanhainkotia</b>		
Ei lainkaan	39	
Alle vuoden	12	
1-3 vuotta	20	
4-10 vuotta	12	
Yli 10 vuotta	17	
	100	
<b>Työvuodet tässä vanhainkodissa</b>		
Alle vuoden	10	
1-3 vuotta	12	
4-10 vuotta	22	
Yli 10 vuotta	56	
	100	

#### 5.4.2 Asukkaiden taustatiedot

Noin puolet asukkaista kuului ikäryhmään 75-84 -vuotta. Naisten osuus painottui hiukan miehiä enemmän yli 85 -vuotiaisiin. Asukkaiden keski-ikä oli 80 vuotta. Enemmistö tutkituista oli leskiä. Naisista viidesosa oli naimattomia. Naimisissa oli enää vain harva tutkituista henkilöistä.

Peruskoulutuksen määrä oli tutkitussa joukossa vähäinen. Noin viidesosa sekä miehistä että naisista oli käynyt vähemmän kuin kansakoulun. Suurimmalla osalla tutkituista peruskoulutuksena oli ainoastaan kansakoulu. Naisista vajaa viidennes oli käynyt keskikoulun tai suorittanut ylioppilastutkinnon, mutta miehistä vain yhdellä henkilöllä oli keskikoulutodistus. Ammattikoulutuksen osalta miehet ja naiset erosivat siten, että miesten koulutus oli ammattikoulutasoista, ja sitä oli hankkinut runsas puolet miehistä. Naisilla ammattikoulutettujen kokonaismäärä oli selvästi pienempi kuin miehillä. Pienellä osalla naisia oli opisto- tai korkeakoulutasoinen tutkinto.

**Taulukko 2** Kontulan vanhainkodin asukkaiden ikä, siviilisäätö, koulutus ja ammatti (%)

	Naiset		Miehet	
	%	N=84	%	N=21
<b>Ikäryhmä</b>				
60-74	23		29	
75-84	52		52	
85 vuotta tai enemmän	25		19	
	100		100	
<b>Siviilisäätö</b>				
Naimaton	19		5	
Naimisissa	4		9	
Leski	68		77	
Eronnut	9		9	
	100		100	
<b>Peruskoulutus</b>				
Vähemmän kuin kansakoulu	24		24	
Kansakoulu	55		71	
Keskikoulu	16		5	
Ylioppilas	5		-	
	100		100	
<b>Ammattikoulutus</b>				
Ei koulutusta	65		44	
Ammattikoulu	23		56	
Opistotaso	11		-	
Korkeakoulutaso	1		-	
	100		100	
<b>Pääammatti</b>				
Maatalousyrittäjä	-		5	
Muut yrittäjät tai alimmat toimihenkilöt	11		9	
Maa/metsä/kalastusalan työntekijät	1		-	
Muut ammattitaitoiset työntekijät	32		62	
Ammattitaidottomat työntekijät	41		24	
Perheenemännät	15		-	
	100		100	

Vanhainkodin asukkaiden terveyttä tutkittiin pitkäaikaissairauksien määränä (itse ilmoitettu ja lääkärin toteama) ja koettuna terveytenä. Haastateltujen oman ilmoituksen mukaan muutamalla naisella ja yhdellä miehellä ei ollut mitään pitkäaikaissairautta. Yli puolet tutkituista ilmoitti yhden tai kaksi sairautta ja runsaalla kolmanneksella oli kolmesta neljään sairautta. Suurin sairauksien määrä oli kuusi.

Asiakaskertomuksista selvitettyjen lääkärin diagnoosien mukaan jokaisella asukkaalla oli jokin pitkäaikaissairaus. Yli puolella asukkaista oli kolmesta neljään pitkäaikaissairautta. Yleisimmät sairaudet olivat verenkiertoelinten sairaudet (59 %:lla), hermoston ja aistimien sairaudet (24%:lla epilepsia, parkinsonismi tai hemiplegia, 33 %:lla näköön tai kuuloon liittyviä ongelmia) ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet (40 %:lla).

Koetun terveydentilan osalta useimmat arvioivat terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi. Hyväksi terveydentilansa arvioi vähemmän kuin kolmannes naisista ja noin viidennes miehistä. Yleisimmät oireet tutkituilla olivat haluttomuus ja väsymys (70 %), alakuloisuus ja masennus (63 % naisista ja 52 % miehistä) särky nivelissä tai selkävaivat (52 %) ja huimauksen tunne (56 % naisista ja 33 % miehistä). Noin puolella naisista (51 %) esiintyi myös jännittämistä ja hermostuneisuutta. Saman verran kaikista tutkituista koki sydänvaivoja.

Asukkaiden toimintakykyä tutkittiin kysymällä koettua toimintakykyä, oma-toimisuutta päivittäisissä toiminnoissa, toimintakyvyn muutosta viimeksi kuluneen vuoden aikana, selviytymistä ruumiillisesta ponnistelusta, tuki- ja liikuntaelimestön koettua kuntoa sekä liikkumista aiheuttavia jalkavaivoja.

Lähes neljä viidestä haastatellusta arvioi toimintakykynsä hyväksi tai keskinkertaiseksi. Huonoksi toimintakykynsä koki neljäsosa naisista ja seitsemäsosa miehistä. Eniten vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa haastatelluille ja erityisesti naisille tuotti liikkuminen. Liikkumisessaan sisällä täysin itsenäisiä (ilman apuvälinettä) oli naisista runsas neljännes ja miehistä runsas puolet. Muilla oli apuväline, pyörätuoli tai toinen henkilö liikkumisen tukena. Ulkona liikkuminen oli vaikeata vielä useammalle: itsenäisiä ulkoilijoita oli naisista alle viidennes ja miehistä runsas kolmasosa. Laskettaessa itsenäisesti liikkuviin mukaan apuvälinettä tai pyörätuolia käyttävät henkilöt selviytyi itsenäisesti sisällä naisista kolme neljäsosaa ja miehistä yhdeksänkymmentä prosenttia. Ulkona ilman toisen henkilön apua, mutta mahdollisesti apuvälineitä tai pyörätuoli käyttäen selviytyi naisista kaksi viidesosaa ja miehistä kolmeneljäsosaa.

Haastateltavilta kysyttiin myös toimintakyvyn muutosta viimeksi kuluneen vuoden aikana. Naisista runsas puolet ja miehistä hiukan alle puolet ilmoitti toimintakyvyn säilyneen ennallaan. Toimintakyvyn koki huonontuneen runsas kolmannes sekä miehistä että naisista. Toimintakyvyn ilmoitti parantuneen viimeksi kuluneen vuoden aikana noin kymmenesosa vastaajista.

Tuki- ja liikuntaelimityksensä kunnan koki hyväksi tai melko hyväksi noin kolmannes sekä naisista että miehistä. Huonoksi tai melko huonoksi sen koki noin neljäsosa naisista ja runsas kolmannes miehistä. Liikkumista vaikeuttavia jalkavaivoja oli yli kahdella kolmasosalla tutkituista.

Haastateltuja pyydettiin myös arvioimaan omia mahdollisuuksiaan ruumiillista ponnistelua vaativissa tehtävissä kuten portaiden kävely yhden kerrosvälin verran, kilometrin mittaisen matkan kävely levähtämättä, maastossa liikkuminen, tanssiminen ja 10 metrin uinti. Lähes puolet miehistä ilmoitti selviävänsä portaiden kävelystä ja runsas kolmannes kilometrin matkasta. Naisista vähemmän kuin viidennes uskoi selviytyvänsä näistä tehtävistä. Muista edellä mainituista suorituksista uskoi selviytyvänsä vielä harvempi vanhainkodin asukas.

## 5.5 Tavoitteet ja toimintaohjelmat

### 5.5.1 Tavoitteiden tarkennus ja toimintaohjelmien määrittely

Fysioterapeutille osoitetusta kyselystä kävi ilmi, että järjestettyä liikunnallista toimintaa oli vanhainkodissa vähän. Sen toteuttaminen oli täysin fysioterapeutin vastuulla. Fysioterapeutin toiveena oli, että osastoilla lisääntyä liikunnallinen ryhmätoiminta ja että asukkaat ulkoilevat ja toteuttavat aiempaa enemmän yksilöllisiä liikuntaohjelmia.

Henkilökunnan kirjallinen kysely osoitti, että vaikka suurin osa ilmoitti liikumisen edistämisen olevan tärkeää, sen konkreettinen toteuttaminen oli vähäistä. Henkilökunnan mielipiteet liikuntaan liittyvien väittämien suhteen erosivat monessa asiassa toisistaan. Iäkkäiden liikuntaa koskevien tietojen ja taitojen työntekijät ilmoittivat olevan suurelta osin vain välttävät tai tyydyttävät. Puolet henkilökunnasta ilmoitti olevansa mahdollisesti tai varmasti halukas liikunnan ohjaustehtäviin, mikäli saisi siihen asianmukaisen täydennyskoulutuksen.

Vanhainkodin asukkaiden haastattelu osoitti, että asukkaiden suhtautuminen fyysiseen aktiivisuuteen oli moninaista sisältäen niin optimismia ja uskoa omiin kykyihin kuin oman suorituskyvyn väheksyntääkin. Toiminnan tasolla asukkaiden fyysisen aktiivisuuden määrä osoittautui vähäiseksi. Erityisesti kiinnitti huomiota päivittäisen jalkeilla olon ja ulkoilun vähäisyys. Ryhmäliikuntaan, joka toistui kerran viikossa, osallistui noin kolmannes asukkaista ja päivittäisiin askareisiin noin kymmenesosa haastatelluista. Yhteistä naisille ja miehille olivat kävelylenkkeily sisällä sekä omaehtoinen voimistelu. Kävelyä ilmoitti harrastavansa päivittäin molemmista lähes puolet. Omaehtoista voimistelua harrasti päivittäin noin kolmannes naisista ja miehistä. Liikunta oli luonteeltaan kevyttä.

Kolmeneljäsosaa naisista ja miehistä ilmoitti liikunnan vähentyneen vanhainkotiin siirryttäessä. Liikunta oli vähentynyt kokonaisuudessaan, mutta erityi-

sesti korostettiin ulkoilun vähenemistä sekä miesten osalta liikuntaharrastuksen vähenemistä.

Kysyttäessä avokysymyksellä syytä liikunnan vähenemiseen yli puolet miehistä ja naisista ilmoitti syyksi huonon kunnon, sairauden tai vamman:

Esim.:

*'ei pääse liikkeelle, kun ei jalat pidä'*

*'liikkuminen vaikeutunut reuman takia'*

*'ei niin paljon tule liikuttua, kun on huono sydän'*

Muut syyt liittyivät vanhainkodissa asumiseen tai toverin puutteeseen.

Esim.:

*'ei ole pakko liikkua, ruoka tulee'*

*'ei tule liikuttua, kun ei ole työtä'*

*'ei ole pakko käydä kaupassa'*

*'koska asuu vanhainkodissa ja muut ovat vielä vanhempia'*

*'koska olen täällä niinkuin täällä tahdotaan'*

*'ei uskalla, kun on liukasta ja tarvitsisi saattajan'*

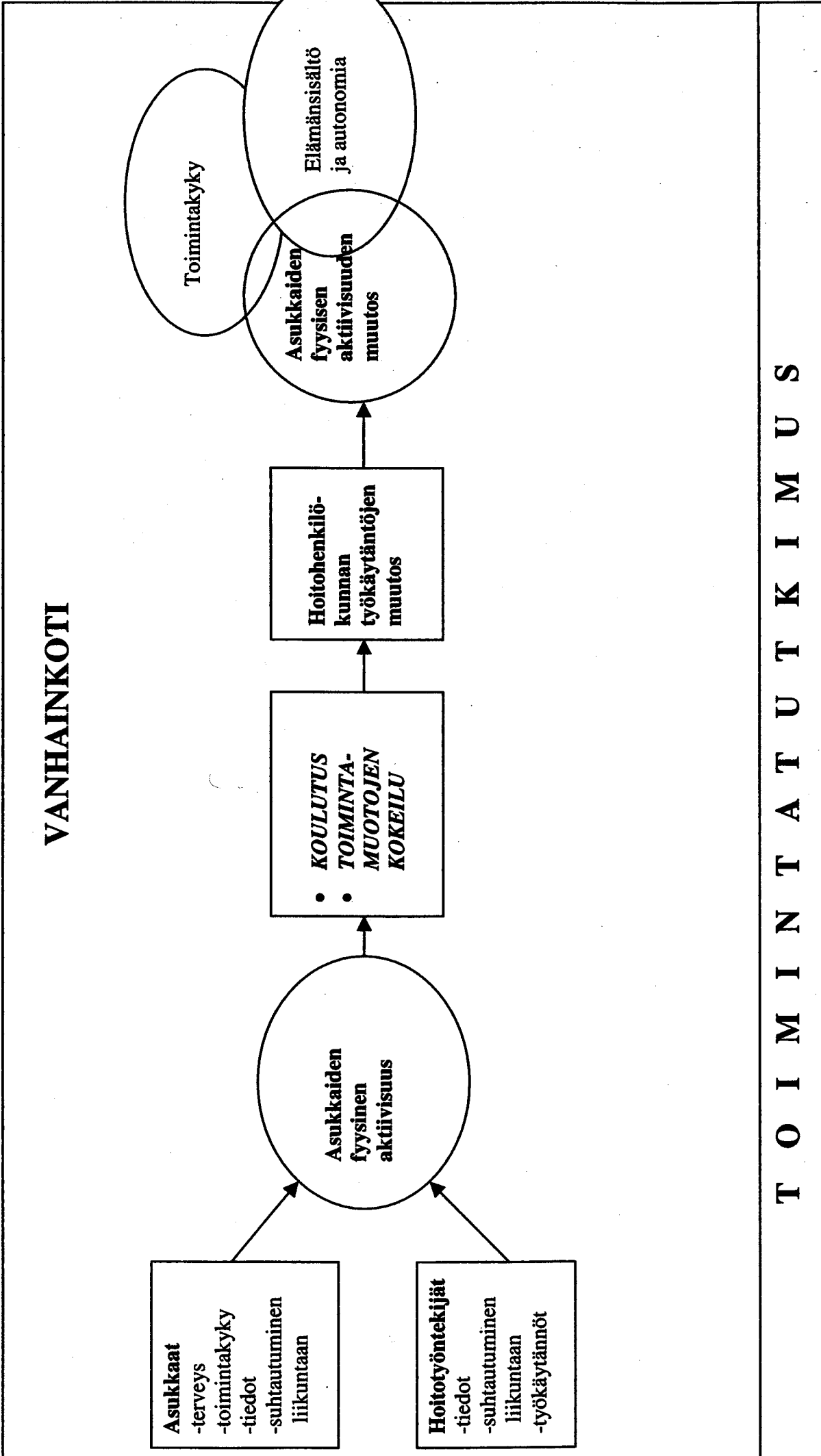
*'kun ei ole sopivaa kaveria'*

*'yksin ei viitsi kulkea'*

Kysymykseen 'Oletteko kiinnostunut kokeilemaan uusia ruumiillisen ponnistelun ja liikunnan muotoja, jos niitä järjestetään vanhainkodin puolesta' puolet naisista ja yli puolet miehistä vastasi myöntävästi. Oman kunnon hoitamisesta halusi lisää tietoja kaksi kolmasosaa naisista ja hiukan vajaa puolet miehistä. Talon askareisiin oli halukas osallistumaan kolmasosa naisista ja viidesosa miehistä. Avovastauksissa talon askareisiin osallistumisen syyksi ilmoitettiin useimmiten ajankulu ja toiminnanhalu. Osallistumattomuutta perusteltiin enimmäkseen sillä, että ei pysty tai että kodin askareet kuuluvat muille.

Edellä mainittujen tietojen perusteella tutkimuksen alussa asetetut yleistavoitteet tarkennettiin alatavoitteiksi sekä suunniteltiin niitä tukevat toimintaohjelmat. Ohessa ne esitellään yhtenä kokonaisuutena. Todellisuudessa ne syntyivät tutkimusprosessin aikana toimintatutkimuksen luonteen mukaisena spiraalina, jossa uudet tavoitteet ja toimintaohjelmat täsmennettiin edellisistä toimintakokeiluista saadun arviointiedon perusteella. Tavoitteiden lopullinen asettaminen ja toimintaohjelmien laatiminen olivat pääosin johtoryhmän sekä kuntohoitajien ja osastonhoitajien työryhmän vastuulla. Arviointiin osallistui koko kohdeyhteisö. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ja toteutetun toimintatutkimuksen viitekehys on esitetty kuviossa 1.





Kuvio 1 Tutkimuksen viitekehys ja keskeiset käsitteet

Tutkimuksen tavoitteet ja niitä tukevat toimintaohjelmat olivat seuraavat:

**Tavoite 1:** Tavoitteena on muuttaa vanhainkotihoitoa asukkaiden fyysistä aktiivisuutta tukevaksi.

#### Alatavoite 1.1

Hoitohenkilökunnalla on myönteinen asenne ja riittävästi tietoa liittyen vanhainkotiasukkaiden fyysiseen aktiivisuuteen sekä halu tukea asukkaiden oma-toimista selviytymistä fyysisen aktiivisuuden keinoin.

##### *Toimintaohjelma 1.1*

Koko hoitohenkilökunta osallistuu täydennyskoulutukseen, jonka pääsisältönä on vanhuksen fyysinen aktiivisuus osana jokapäiväistä elämää.

#### Alatavoite 1.2

Vanhainkodin hoitotyöhön sisältyy vanhuksille sopivia ja hoitotyössä toteuttamiskelpoisia fyysisen aktiivisuuden muotoja.

##### *Toimintaohjelma 1.2*

Kuntoutushenkilökunnan työryhmä suunnittelee uusia fyysisen aktiivisuuden toimintamuotoja, joita ehdotetaan osastonhoitajien työryhmälle ja johdoryhmälle toteutettavaksi hoitotyössä.

#### Alatavoite 1.3

Hoitohenkilökunnalla on riittävät taidot toteuttaa uusia fyysisen aktiivisuuden toimintamuotoja omassa työssään.

##### *Toimintaohjelma 1.3*

Kuntoutushenkilökunta osallistuu erityiskoulutukseen uusista toimintamuodoista sekä oppii tukemaan hoitohenkilökuntaa vanhusten liikunnan ohjauksessa.

Hoitotyöntekijät, jotka ovat kiinnostuneita liikunnanohjauksesta osallistuvat erityiskoulutukseen uusien toimintamuotojen organisoimiseksi ja toteuttamiseksi.

**Tavoite 2:** Tavoitteena on edistää vanhainkodissa asuvien vanhusten fyysistä aktiivisuutta.

Toinen yleistavoite seuraa ajallisesti ensimmäistä yleistavoitetta, koska tässä tutkimuksessa ensimmäisen yleistavoitteen toteutuminen mahdollistaa toisen tavoitteen saavuttamisen (fyysistä aktiivisuutta tukeva hoito - fyysisesti aktiivisemmat vanhuksat). Vanhainkodin asukkaiden itsemääräämisoikeutta ja valinnan vapautta kunnioitetaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa, joten valinnan fyysisen aktiivisuuden puolesta tai osallistumisesta tarjolla oleviin toimintoihin tekevät asukkaat itse. Tämän toimintatutkimuksen spiraalissa ensimmäinen tavoiterypäs muuttuu toteutuessaan keinoksi, jolla toisen yleistavoitteen saavuttaminen alatavoitteineen ja toimintaohjelmineen sysätään liikkeelle. En-

simmäistä yleistavoitetta voidaan siten pitää välinetavoitteena toiselle tavoitteelle, joka on varsinainen tavoite.

#### Alatavoite 2.1

Asukkaat ovat enemmän jalkeilla päivän aikana

##### *Toimintaohjelma 2.1*

Hoitohenkilökunta rohkaisee täydennyskoulutuksen perusteella vanhuksia omatoimiseen liikkumiseen ja osaa avustaa asukkaita tarvittaessa.

#### Alatavoite 2.2

Asukkaille on pysyvästi tarjolla sekä heille että vanhainkotihoitoon soveltuvia toimintamuotoja, jotka sisältävät fyysistä aktiivisuutta.

##### *Toimintaohjelma 2.2*

Kuntoutushenkilöstön esittämiä ja muiden työryhmien hyväksymiä uusia toimintamuotoja kokeillaan ja kehitetään jatkuvan arvioinnin avulla.

Osastonhoitajille järjestetään johtamiseen, muutoksen ohjaukseen ja työntekijöiden tukemiseen liittyvää täydennyskoulutusta.

#### Alatavoite 2.3

Asukkaat osallistuvat valintansa mukaan vanhainkodissa järjestettäviin toimintoihin, jotka ovat liikunnallisia ryhmätoimintoja, yksilöllisiä liikuntaohjelmia sekä fyysistä aktiivisuutta sisältäviä askareita.

##### *Toimintaohjelma 2.3*

Kuntoutus- ja hoitohenkilökunta organisoii ja toteuttaa ryhmätoimintoja tai yksilöllisiä ohjelmia asukkaille, informoi asukkaita niistä sekä kannustaa asukkaita valitsemaan itselleen sopivia toimintoja kunnioittaen asukkaiden itsemääräämisoikeutta.

Tutkimuksen kulku, johon raportissa jatkossa palataan, on pääpiirteissään esitetty kuviossa 2.

<b>1988 Kevät</b>	<b>1989 Kevät</b>	<b>1990 Kevät</b>
Vanhainkotien valinta	Henkilökunnan yleiskoulutus	Henkilökunnan yleiskoulutus
Johtoryhmän asettaminen	Liikunnanohjauskoulutus	Liikunnanohjauskoulutus Osastonhoitajien koulutus
Työryhmien asettaminen	Toimintakokeilut -istumatanssi -kotivoimistelu -ryhmäulkoilu	Toimintakokeilut -dementoituneiden liikunta -kotiaskareet
	Toimintojen arviointi -istumatanssi	Toimintojen arviointi -kotivoimistelu -vesivoimistelu
<b>Syksy</b>	<b>Syksy</b>	<b>Syksy</b>
Henkilökunnan infor- mointi Vanhusten informointi Omaisten informointi	Henkilökunnan yleiskoulutus Liikunnanohjauskoulutus	Henkilökunnan yleiskoulutus
Alkukartoitus -henkilökunnan kirjallinen kysely -asukkaiden haastattelu	Toimintakokeilu -yksilöulkoilu -vesivoimistelu	Toimintakokeilut -vuodevoimistelu -toimintojen vakiinnuttaminen
Kuntoutushenkilökunnan koulutus	Toimintojen arviointi -ulkoilu	Toimintojen arviointi -kotiaskareet Loppuarviointi -henkilökunnan kirjallinen kysely -asukkaiden haastattelu

## **Kuvio 2** Tutkimuksen kulku 1988-1990

### 5.5.2 Toimintaohjelmien sisältö ja toteutus

#### Ensimmäiseen yleistavoitteeseen liittyvät toimintaohjelmat

Ensimmäisenä yleistavoitteena oli muuttaa vanhainkotihoitoa asukkaiden fyysistä aktiivisuutta tukevaksi. Sen alatavoitteista laaditut toimintaohjelmat olivat henkilökunnan täydennyskoulutus, fyysisesti aktiivisten toimintamuotojen suunnittelu ja niiden toteuttamista varten kehitetty liikunnan ohjauksen erityiskoulutus.

### *Henkilökunnan täydennyskoulutus/Toimintaohjelma 1.1*

Henkilökunnalle suunnattu, ikääntyvien fyysisen aktiivisuuden edistämiseen liittyvä täydennyskoulutus käynnistettiin 1989. Sen sisällöt valittiin henkilökuntakyselyssä esitettyjen toiveiden sekä työryhmien myöhemmin ehdottamien esitysten pohjalta. Koulutusta jatkettiin koko projektin ajan vuoden 1990 loppuun asti.

Koulutusta toteuttivat tutkija sekä Kuntokallion koulutushenkilöstö. Koulutustilaisuudet järjestettiin kerran kuukaudessa lukuunottamatta kesäkuukausia ja vuodenvaihteen viimeistä ja ensimmäistä kuukautta. Sama koulutusteema toistui kaksi kertaa kuukauden aikana, jotta koulutukseen osallistuminen olisi mahdollista vuorotyöstä huolimatta. Koulutussisällöt olivat seuraavat:

#### **Koulutusteemat 1989**

- Fyysinen vanheneminen ja fyysisen kunnan harjoittaminen ikääntyessä
- Psykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja niiden harjoittaminen
- Vanhusten motivointi liikuntaan
- Liikunta ja mielenterveys
- Fyysinen aktiivisuus hoitosuunnitelman osana
- Yhteistyö ja fyysinen aktiivisuus
- Projektikokemusten yhteenveto ja arviointi

#### **Koulutusteemat 1990**

- Yhteistyö fyysisen aktiivisuuden edistämässä
- Dementian perusteet
- Dementoituneen vanhuksen fyysisen aktiivisuuden tukeminen
- Baby -jump -vuodevoimisteluoohjelma
- Virikkeitä ryhmäliikuntaan I
- Työntekijän jaksaminen
- Virikkeitä ryhmäliikuntaan II
- Projektikokemusten yhteenveto ja arviointi

### *Uusien fyysisesti aktiivisten toimintamuotojen suunnittelu/Toimintaohjelma 1.2*

Uusien, fyysistä aktiivisuutta sisältävien toimintamuotojen suunnittelu käynnistettiin kuntoutushenkilökunnan työryhmässä, johon tutkija osallistui. Asukkaiden toimintakyvyn, elämänsisällön ja valinnanvapauden näkökulmasta pohdittiin, minkälaista toimintaa vanhainkotiasukkaille tulisi tarjota.

Ryhmä piti tärkeänä, että toiminta täyttäisi seuraavat kriteerit:

- Määrällisesti runsas ja sisällöllisesti monipuolinen tarjonta
- Asukkaiden toimintakykyerot huomioon ottava toiminta
- Asukkaiden tottumukset huomioon ottava toiminta
- Asukkaiden sukupuolierot huomioon ottava toiminta

- Ryhmätoiminnot ja yksilölliset ohjelmat
- Laitostumisen ehkäisyyn soveltuva toiminta
- Paikallisiin olosuhteisiin soveltuva toiminta
- Arkitoimintaan liittyvä fyysinen aktiivisuus

Keskustelua käytiin myös siitä, millainen toiminta innostaisi muuta henkilökuntaa osallistumaan toimintojen toteuttamiseen. Työryhmä päätti, että toimintaa ohjaa fyysisen aktiivisuuden käsitteistö, jossa yhdistyvät varsinainen liikuntaharrastus ja arkiaskareet kuten asukkaiden sukupolvelle on ominaista. Perusteluna valinnalle oli, että fyysisen aktiivisuuden käsite on neutraalimpi kuin kuntoutuksen ja hoitotyön käsitteet, joita rasittavat perinteiset tehtäväajat.

Keskusteluissa esiin tulleet lähtökohdat konkretisoitiin kokeiltaviksi liikunnallisiksi toiminnoiksi. Valmiita tutkimuksia, kokemuksia tai toimintamalleja ei ollut, joten ryhmä teki päätökset. Valintojen perustana olivat kunkin ryhmänjäsenen oma asiantuntemus, kokemus ja toiveet. Myös virikkeitä, joita oli saatu asukashaastattelujen yhteydessä (esim. kotivoimistelu ja tanssi) käytettiin ideoinnin apuna. Lisäksi itse toiminta tuotti uusia ajatuksia, joita toteutettiin prosessin aikana. Toimintaehdotukset esiteltiin johtoryhmälle ja osastonhoitajien työryhmälle, jotka omasta näkökulmastaan ja työntekijöidensä kanssa keskustellen arvioivat toimintojen soveltuvuutta vanhainkotiin. Saatujen arvioiden perusteella tehtiin päätökset kokeiluista. Toimintojen valinta tapahtui ajallisesti ensimmäisen vuoden aikana. Niiden käynnistyminen tutkimuksen aikana on nähtävissä aikaisemmin esitetystä kuviosta 2.

Toimintamuodot, joita kokeiltiin, olivat seuraavat:

1. Istumatanssi (ryhmätoiminta)
2. Kotivoimisteluohjelma (yksilö- ja ryhmätoiminta)
3. Ulkoilu (yksilö- ja ryhmätoiminta)
4. Vesivoimistelu (ryhmätoiminta)
5. Baby-jump -vuodevoimistelu (yksilötoiminta)
6. Dementoituneiden vanhusten liikunta (pienryhmätoiminta)
7. Arkiaskareet (yksilö- ja ryhmätoiminta)

### *Erityiskoulutukset liikunnan ohjauksesta/Toimintaohjelma 1.3*

Toimintojen uutuudesta johtuen kuntoutushenkilökunta arveli tarvitsevänsä koulutusta aihealueista voidakseen käynnistää toimintoja osastoilla ja tukeakseen henkilökuntaa niiden toteuttamisessa. Kuntokalliassa kehitettiin projektia varten koulutusohjelma, joka oli avoin paitsi tutkimusvanhainkodin ja kolmen muun vanhainkodin kuntoutushenkilökunnalle myös muille koulutukseen halukkaille kuntohoitajille ja fysioterapeuteille.

Lisäksi erityiskoulutusta järjestettiin niille hoitotyöntekijöille, jotka olivat ilmaisseet halunsa opiskella liikunnan ohjaustyötä ja jotka osastonhoitajan pää-

töksellä valittiin koulutukseen. Osa koulutuksesta oli kuntoutushenkilökunnalle ja hoitohenkilökunnalle yhteistä.

Erityiskoulutukset liikunnan ohjauksesta olivat seuraavat:

- Ikääntyvien liikunnallinen kuntoutus 21.-25.11.1988  
kohderyhmä: kuntoutushenkilökunta
- Istumatanssit 15.-17.2.1989  
kohderyhmä: kuntoutus- ja hoitohenkilökunta
- Viriketoiminnan ja liikunnanohjauksen peruskurssi 10.-14.4.1989  
kohderyhmä: hoitohenkilökunta
- Baby-jump ja vesivoimistelukurssi 20.-22.9.1989  
kohderyhmä: kuntoutushenkilökunta
- Istumatanssin kertauskurssi 2.10.1989  
kohderyhmä: hoitohenkilökunta
- Kotivoimistelun ja ulkoilun kertauskurssi 30.8.98  
kohderyhmä: kuntoutus- ja hoitohenkilökunta
- Vuodevoimistelu Baby-jump 14.-16.3.1990  
kohderyhmä: hoitohenkilökunta

#### Toiseen yleistavoitteeseen liittyvät toimintaohjelmat

Toisen yleistavoitteen - vanhainkodissa asuvien vanhusten fyysisen aktiivisuuden edistäminen alatavoitteet toimintaohjelmineen rakentuivat ensimmäisen yleistavoitteen toimintaohjelmien varaan. Ajatuksena oli, että ensimmäisten toimintaohjelmien antamien valmiuksien jälkeen vanhainkotihenkilöstö pystyy järjestämään vanhuksille toimintaa, joka innostaa asukkaita liikkumaan. Toisen vaiheen toimintaohjelmat olivat asukkaiden omatoimisuuden tukeminen hoitohenkilökunnan avulla ja fyysisesti aktiivisten toimintojen kokeilu ja vaikiinnuttaminen sekä ryhmä- että yksilöllisenä toimintana.

#### *Asukkaiden omatoimisen liikkumisen tukeminen/Toimintaohjelma 2.1*

Toimintaohjelma perustui ajatukseen fyysisen aktiivisuuden merkityksestä toimintakyvyn, elämänsisällön ja autonomian kannalta. Koulutuksen jälkeen henkilökunnan toivottiin kannustavan asukkaita omatoimisuuteen ja jalkeilla oloon holhoavan ja passiivisuutta tukevan hoitomallin sijasta.

### *Toimintakokeilut ja osastonhoitajien täydennyskoulutus/Toimintaohjelma 2.2*

Kokeiltavien toimintojen suuri määrä edellytti systemaattista organisointia. Organisointi pyrittiin toteuttamaan käyttämällä hyväksi vanhainkodin henkilöstön toimenkuviin liittyviä vastuualueita. Fysioterapeutti oli vastuussa liikunnallisten toimintojen (1-7, ks. toimintaohjelma 1.2) kokeiluista, koska sisällöllisesti ne täydensivät kuntoutusta. Arkiaskareiden osalta (8, ks. toimintaohjelma 1.2) vastuuhenkilöiksi nimettiin osastonhoitajat sekä myös keittiön ja siivoustyön esimiehet. Molempien alueiden (liikunnalliset toiminnot, arkiaskareet) toteutukseen saattoi periaatteessa osallistua koko henkilökunta. Myös vanhainkodin ulkopuolisten tahojen mukana oloa pidettiin mahdollisena.

Kontulassa oli käytössä omahoitajajärjestelmä, joka oli organisoitu siten, että perushoitaja ja hoitoapulainen muodostivat omahoitajaparin. Kullakin omahoitajaparilla oli erityisvastuullaan 8-10 asukasta.

Uudet työnsisällöt ja tehtävät merkitsivät osastonhoitajille uudenlaista johtamisen haastetta. Osastonhoitajien tueksi järjestettiin mahdollisuus osallistua Kuntokallion osastonhoitajille tarkoitettuun täydennyskoulutukseen 'Henkilöstö voimavarana - työntekijän jaksaminen'.

### *Valinnaiset ryhmätoiminnot ja yksilölliset ohjelmat/Toimintaohjelma 2.3*

Vanhainkotiin parhaiten sopivat, fyysistä aktiivisuutta sisältävät toiminnot syntyivät fyysisen aktiivisuuden toimintamuotojen kokeilun ja niistä saadun arviotiedon perusteella. Toimintakokemusten perusteella valittiin vanhusten toimintakyvyn, elämänsisällön ja autonomian sekä hoitohenkilökunnan työnjaon kannalta sopivia toimintoja, joita voitiin toteuttaa vanhainkotihoiton osana.

## 5.6 Tavoitteiden saavuttamisen ja tutkimusprosessin arviointimenetelmät

Tutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota arviointiin, joka on yleensä toimintatutkimuksen vaativin osa. Arvioinnin kohteena olivat tutkimuksen päämäärän ja tavoitteiden saavuttamisen sekä tutkimusprosessin arviointi. Päämäärän saavuttamisen arviointi (toimintakyky, elämänsisältö, autonomia) perustuu lähinnä teoreettiseen pohdintaan tutkimuksen loppuosassa. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi perustuu sekä kvantitatiivisiin että kvalitatiivisiin aineistoihin. Arviointiin osallistuivat tutkijan ohella kohdeyhteisön jäsenet.

Tutkimuksen tavoitteiden saavuttamisen arviointi toteutettiin toistamalla vuoden 1988 henkilökunnan kirjallinen kysely sekä asukashaastattelu vuonna 1990 (liite 1 ja 2). Henkilökunnan kirjalliseen kyselyyn lisättiin projektia koskeva avokysymys, joka palveli tutkimusprosessin arviointia (liite 3). Asukkaiden haastattelulomaketta muutettiin hieman fyysistä aktiivisuutta koskevien kysymysten osalta, jotta saataisiin tietoa osallistumisesta uusiin toimintoihin



(liite 4). Kumpikin selvitys tehtiin sillä hetkellä vanhainkodissa toimivalle kohdejoukolla, joten tulokset kuvaavat muutosta yhteisötasolla.

Hoitohenkilökunnan kirjallista kysymystä toistettaessa hoitohenkilökunnan kokonaisuus oli 49, joista kyselyyn osallistui 41 (84 %). Kaikki kyselyyn osallistuneet olivat naisia kuten tutkimuksen alussakin.

Kontulan vanhainkodin asukashaastattelussa vuoden 1990 lopussa pitkäaikaisasukkaita oli kaikkiaan 140. Tästä joukosta poistettiin jälleen vaikeasti dementoituneet sekä vaikea-asteista afasiaa tai dysfasiaa sairastavat asukkaat. Karsinnan jälkeen perusjoukko oli 111 asukasta, joista haastateltiin 98 (87 %). Miehistä, joita oli 26, haastateltiin 22 (85 %) ja naisista, joiden lukumäärä oli 85, haastateltiin 76 (89 %). Kato muodostui tilapäisesti sairaista (4), kuulovammaisista (2) ja haastattelusta kieltäytyneistä henkilöistä (7). Haastattelun keskimääräinen kesto oli 1 tunti 31 minuuttia. Lyhin haastattelu kesti 25 minuuttia ja pisin 3 t 20 minuuttia. Haastattelijoina toimivat samat henkilöt kuin alkuhaastattelussa sekä lisäksi Kuntokallion suunnittelija Riitta-Maija Hämäläinen.

Tavoitteiden saavuttamista arvioitiin myös hankkeen aikana toimintakokeilujen yhteydessä. Toiminnoista vastaavat henkilöt pitivät kirjaa toimintoihin osallistuvista asukkaista harrastajien lukumäärän ja osallistumistiheyden selvittämiseksi. Henkilökunnalle osoitetuissa kirjallisissa kyselyissä toimintojen toteutuksen avainhenkilöt, joita olivat osastonhoitajat, toimintaan koulutettu hoitohenkilökunta (vastuuhoitajat) ja fysioterapeutti arvioivat istumatanssin, kotivoimistelun, ulkoilun ja vesivoimistelun sopivuutta vanhainkotiin sekä hyödyllisyyttä asukkaille (liitteet 5, 6, 7, 8). Lisäksi haastateltiin edellä mainittuihin toimintoihin säännöllisesti osallistuneet asukkaat (liitteet 9, 10, 11, 12). Säännöllisen osallistumisen kriteerinä pidettiin osallistumista useammin kuin puoleen toimintakerroista. Asukkailta kysyttiin toimintamuodon merkitystä ruumiilliselle toimeliaisuudelle, ruumiilliselle kunnolle, päivittäiselle liikkumiselle, mielialalle sekä koetuille oireille. Myös osallistumisen syitä kartoitettiin.

Projektiin loppupuolelle sijoittuneita toimintoja eli arkiaskareita ja vuodevoimistelua ei ehditty arvioida projektin aikana haastattelemalla avainhenkilöitä tai asukkaita. Niistä saatu tieto perustuu osallistujalistoihin ja asukkaiden loppuhaastatteluun, josta selviää haastateltavan osallistuminen.

Edellä kuvatuilla menetelmillä kerätty arviointitieto tavoitteiden saavuttamisesta sisälsi lähinnä kvantitatiivista aineistoa. Osallistujalistat koottiin ja analysoitiin manuaalisesti. Asukkaiden haastattelu- ja henkilökunnan kyselyaineistot tallennettiin tutkijan omalle tietokoneelle. Tarvittavat tietokoneanalyysit suoritettiin SPSS -ohjelmalla sisältäen lähinnä suoria jakaumia. Tutkimus kohdistui harkinnanvaraisesti valittuun Kontulan vanhainkotiin ja on sellaisenaan tyypillinen tapaustutkimus (Yin, 1989, 13-26). Tavoitteena ei siis ollut tehdä yleistyksiä koskien muita Suomen vanhainkoteja, vaan toimintatutkimuksen idean mukaisesti jäsentää aiheeseen sisältyvää problematiikkaa (Es-

kola, 1971, 116-117). Näistä syistä johtuen tilastollisia analyyseja ei esitetä, vaan jakaumia pidetään kohdeyhteisössä sellaisenaan totena.

Haastattelujen ja kirjallisten kyselyjen avovastaukset koottiin, analysoitiin ja luokitettiin. Avovastaukset, joita tutkimusraportissa esitetään lainauksina, on valittu esimerkinomaisesti ja mahdollisimman monipuolisesti kuvaamaan niitä ryhmiä, joita tutkija on aineistosta luokitellut.

Tutkimusprosessia arvioitiin koko tutkimuksen ajan. Sen tarkoituksena oli toimintatutkimuksen logiikan mukaan ohjata ja korjata toimintaa asetettujen tavoitteiden suunnassa sekä antaa tietoa itse prosessista. Arvioinnin kohteina olivat koulutusohjelmien hyödyllisyys sekä fyysisesti aktiivisten toimintojen käyttökelpoisuuden ja toteutuksen arviointi. Lisäksi henkilökunnan kirjallisesa kyselyssä henkilökuntaa pyydettiin vapaasti kuvaamaan koko tutkimusprosessin myönteisiä ja kielteisiä puolia vanhuksen, työntekijän ja työyhteisön näkökulmasta (liite 3).

Koulutusta arvioitiin koulutusjaksojen päätteeksi yhdessä koulutukseen osallistuneen henkilökunnan kanssa. Yleiskoulutus arvioitiin suullisesti puolivuositain, mistä ovat käytettävissä tutkijan muistiinpanot. Erityiskoulutukset arvioitiin kirjallisesti Kuntokallion palautelomakkeella. Henkilökunnan kirjalliseen loppukyselyyn, jossa avokysymyksellä pyydettiin arvioimaan projektin myönteisiä ja kielteisiä puolia, sisältyi myös arviointitietoa koulutuksesta, jota on käytetty tuloksissa hyväksi.

Fyysisesti aktiivisten toimintojen käyttökelpoisuutta ja toteutusta arvioitiin keräämällä niistä tehtyihin, edellä mainittuihin, asukashaastatteluihin sekä avainhenkilöiden kirjalliseen kyselyyn liitetyt avokysymykset kunkin toiminnan kehittämistavoiteista (istumatanssi, kotivoimistelu, ulkoilu, vesivoimistelu). Henkilökunnan kyselylomakkeet sisälsivät myös joitakin muita prosessia kuvaavia avokysymyksiä. Nämä vastaukset koottiin, analysoitiin ja luokitettiin.

Osa tutkimusprosessin arviointitiedosta, toimintamuotoja koskien myös kotiaskareiden ja vuodevoimistelun osalta, perustuu henkilökunnalta saatuun kvalitatiiviseen aineistoon (työryhmien muistiot, pöytäkirjat, tutkijan muistiinpanot, kirjalliset palautteet). Työryhmien työskentelyyn (johtoryhmä, osastonhoitajat, kuntoutushenkilöstö) kuului toimintojen jatkuva arviointi ja lisäksi tutkija teki sitä henkilökohtaisesti. Tästä arvioinnista ovat käytettävissä työryhmien muistiot ja tutkijan muistiinpanot. Arviointiaineistoina ovat myös eri liikuntatoimintojen vastuuhenkilöiltä kerätyt, vapaamuotoiset, kirjalliset palautteet toimintojen sujumisesta. Asukkaat osallistuivat tutkimusprojektin arviointiin asukasneuvoston puitteissa, joka kokoontui 2-3 kertaa vuodessa. Kouksista pidettiin pöytäkirjaa.

Koko tutkimusprosessia arvioitiin henkilökunnan kirjalliseen kyselyyn liitettyllä avokysymyksellä (liite 3), jossa työntekijät antoivat palautetta projektin myönteisistä ja kielteisistä puolista vanhuksen, työntekijän ja koko vanhainkodin näkökulmasta. Tähän aineistoon sisältyy tutkimusprosessin ohella myös

tietoa tavoitteiden saavuttamisesta. Avovastaukset liittyvät henkilökunnan strukturoituun kyselylomakkeeseen, mutta sisältävät melko runsaasti vapaa-muotoista tekstiä. Kyseistä aineistoa tutkittiin sisällönanalyysin avulla laske-malla eri teemojen esiintymisfrekvenssejä ja ryhmittelemällä vastauksia kes-keisen asiasisällön perusteella (Eskola ja Suoranta, 1998, 186-188). Tekstissä esitetyt esimerkit on valittu kuvaamaan mahdollisimman monipuolisesti kuta-kin asiasisältöä.

Koko projektin arviointiin liittyi lisäksi puoli vuotta tutkimuksen jälkeen kaikkien neljän vanhainkodin henkilökunnille järjestetty palauteseminaari, jos-sa tutkijan laatimaa raporttia tutkimus- ja kehittämishankkeen kulusta arvioi-tiin. Tällä menettelyllä pyrittiin varmistamaan, että raportin antama kuva tut-kimusprosessista vastasi kohdeyhteisöön kuuluvan henkilökunnan näkemystä tapahtumien kulusta (Holmila, 1984). Aukkaita ei tässä yhteydessä kuultu. Tutkija viimeisteli raporttiluonnoksen saadun palautteen perusteella ja se jul-kaistiin myöhemmin sosiaali- ja terveyshallituksen raporttisarjassa nimellä 'Liikuntaa vanhainkoteihin' (Karvinen, 1992). Kontulan vanhainkodin osalta seminaari sisälsi johtajan, fysioterapeutin, osastonhoitajan ja yhden vastuu-hoitajan arviointipuheenvuorot, joita on käytetty tämän tutkimuksen arviointi-aineistona. Puheenvuoroista johtajan puhe oli saatavana kirjallisena, ja muista puheenvuoroista ja keskusteluista tutkija teki muistiinpanot.

Tutkimusprosessia kuvaavan kvalitatiivisen aineiston merkitys tässä tutkimuk- sessa oli ennen kaikkea kvantitatiivisilla menetelmillä saatujen tulosten tulkin- nassa. Lisäksi laadullinen materiaali auttoi tutkijaa muistamaan tutkimuksen kulkuun liittyviä yksityiskohtia, tarkistamaan faktoja sekä palauttamaan mie- leen kokemuksellisen prosessin kaikessa monimuotoisuudessaan. Tutkija luki työryhmien ja asukasneuvoston muistiot, omat muistiinpanonsa sekä palaute- seminaarin kirjallisen aineiston useita kertoja huolellisesti läpi. Lukuprosessi yhdistyneenä soveltuvin osin sisällönanalyysiin auttoi jäsentämään ja täsmen- tämään sitä kuvaa, joka oli sekä kokemuseräisesti että kvantitatiivisen ai- neiston avulla muodostunut tutkimusprosessista.

## 6. Tulokset

### 6.1 Tutkimuksen toteuttaminen

#### 6.1.1 Kohdeyhteisö vuonna 1990

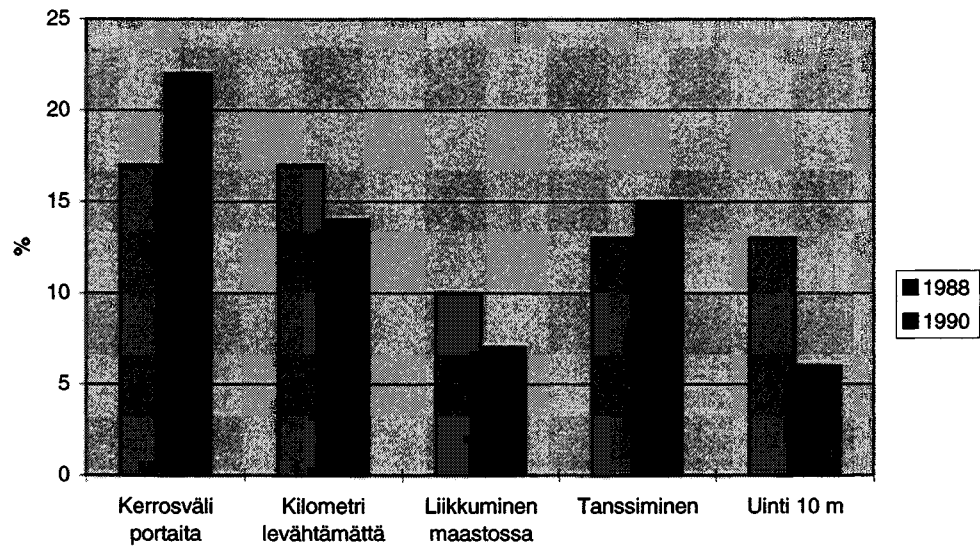
Kirjallinen kysely hoitohenkilökunnalle toistettiin 1990. Hoitohenkilökunnasta vaihtui tutkimusprojektin aikana 15 % (6 henkilöä). Muutoksen myötä peruskoulutuksen ja ammattikoulutuksen taso nousi hieman ja hoitohenkilökunnan keski-ikä kohosi. Muita erityisiä muutoksia hoitohenkilökunnassa ei tapahtunut. Muutosten ei arvioida olleen merkittäviä tulosten kannalta.

Asukkaiden uusintahaastattelussa 1990 vanhainkodin 141:sta asukkaasta oli vaihtunut (kuollut tai siirtynyt toiseen laitokseen) 49, joista miehiä kymmenen ja naisia 39. Uusia asukkaita oli vanhainkotiin tullut 48, jolloin asukasmäärä oli tutkimuksen lopussa 140. Vuonna 1990 haastatelluista asukkaista täsmälleen samoja oli 46 henkilöä. Taustatietojen osalta kohdejoukko ei juuri eronnut alkuperäisestä. Keski-ikä säilyi lähes samana, samoin sukupuolijakauma. Siviilisäädyn osalta suurin muutos oli miehillä, joista tutkimuksen lopussa kolmannes oli naimisissa tai eronnut verraten aiempaan kymmenesosaan. Samalla miesleskien osuus väheni. Peruskoulutuksen ja ammatillisen koulutuksen suhteen ei ollut suuria eroja alkuperäiseen kohdejoukkoon; miesten osalta oli vähentynyt vähemmän kuin kansakoulun käyneiden osuus suhteessa kansakoulun käyneisiin, mutta ammattikoulutuksen puolella päinvastoin koulutustaso oli pudonnut hieman. Ammattirakenne pysyi kutakuinkin samana molempina tutkimusvuosina.

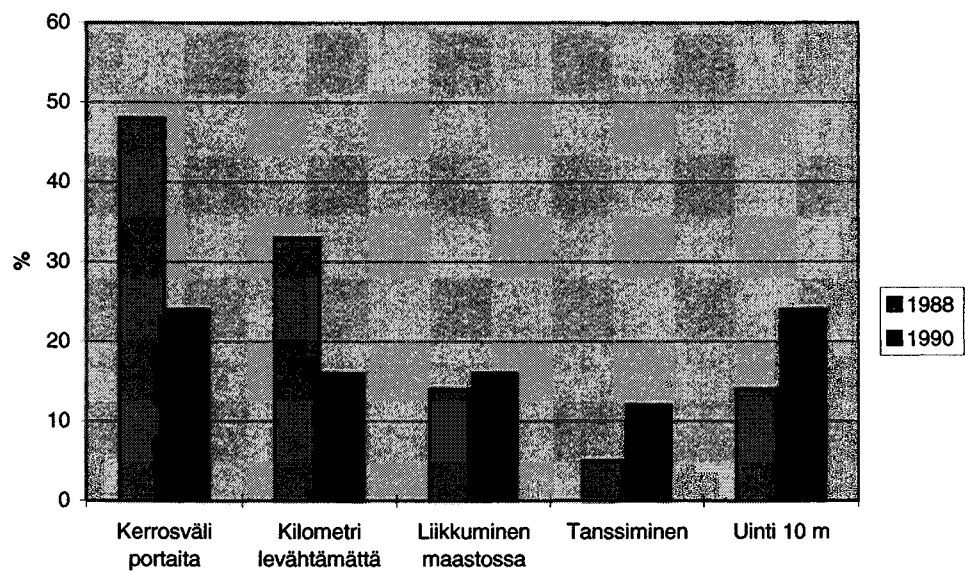
Terveydentilan (koetun ja lääkärin määrittelemän) osalta asukkaat muistuttivat alkuperäistä kohdeyhteisöä. Samoin asukkaiden itsearvioima toimintakyky (selviytyminen päivittäisistä toiminnoista) oli aikaisemmalla tasolla. Eniten muutoksia oli tapahtunut itsenäisessä liikkumisessa. Sisällä itsenäisesti (ilman apuvälinettä) liikkuvien naisten määrä oli kahden vuoden aikana vähentynyt runsaasta neljäsosasta viidesosaan ja miesten osalta yli puolesta kolmanneksen. Itsenäisesti ulkoilevien naisten määrä oli vähentynyt alle viidenneksestä kymmenesosaan ja miesten runsaasta kolmasosasta neljännekseen. Sekä miehillä että naisilla oli lisääntynyt noin kymmenen prosenttia niiden määrä, jotka tarvitsivat huomattavasti hoitohenkilökunnan apua liikkueessaan sisällä tai ulkona. Apuvälineitä käyttävien määrä ei ollut lisääntynyt. Asukkailla oli suunnilleen sama määrä liikkumista vaikeuttavia jalkavaivoja kuin alkumittauksessakin.

Asukkaiden arviot omasta selviytymisestään ruumiillista ponnistelua vaativista tehtävistä olivat muuttuneet jonkin verran (kuviot 3 ja 4). Naiset arvioivat selviytyvänsä entistä paremmin portaiden noususta ja tanssista. Kilometrin kävelyn, maastossa liikkumisen ja uinnin arveltiin sujuvan entistä heikommin. Miehet arvioivat sen sijaan portaiden nousun ja kilometrin kävelyn vaikeutu-

neen, mutta maastossa liikkumisen, tanssin ja uinnin sujuvan hiukan aiempaa paremmin.



**Kuvio 3** Naisten arviot omasta selviytymisestään (%) koskien ruumiillista ponnistelua vuonna 1988 (N=84) ja 1990 (N=76)



**Kuvio 4** Miesten arviot omasta selviytymisestään (%) koskien ruumiillista ponnistelua vuonna 1988 (N=21) ja 1990 (N=22)

Asukkaat arvioivat vuonna 1990 tuki- ja liikuntaelimityksensä kunnan (nivelet, selkä, lihakset, hartiat) osittain eri tavoin kuin aiemmin. Naisilla oli lisääntynyt sekä niiden osuus, jotka arvioivat tuki- ja liikuntaelimityksensä kunnan hyväksi että niiden, jotka arvioivat sen melko huonoksi. Miehet arvioivat tuki- ja liikuntaelimityksensä kunnan kautta linjan aiempaa myönteisemmin.

Edellä esitetty kuvaus osoittaa, että suurimpana erona vanhainkodin asukkailla vuonna 1990 alkuperäiseen kohdejoukkoon verrattuna olivat muutokset itsenäisen liikkumisen ja ruumiillisen ponnistelun arvioinneissa. Asukkaiden määrää, jotka arvioivat itsenäisen liikkumiskykynsä sekä selviytymisensä ruumiillisesta ponnistelusta heikentyneen, oli lisääntynyt. Fyysisen aktiivisuuden muutosta arvioitaessa on olennaista, että uusiutunut kohdejoukko ei ollut alkupeleistä toimintakykyisempi.

### 6.1.2 Henkilökunnan täydennyskoulutus

#### Yleiskoulutus

Koko henkilökunnan yleiskoulutus aloitettiin, koska kirjallinen kysely osoitti, että vanhainkodin henkilöstö toivoi koulutusta projektin tueksi. Yleiskoulutus kesti koko projektin ajan. Henkilökunta sai valita koulutussisällöt tutkijan esittämistä teemoista sekä ehdottaa omia aiheita. Valintojen ja ehdotusten perusteella laadittiin ensimmäisen ja toisen vuoden koulutusohjelma. Koulutusta arvioitiin henkilökunnan kanssa suullisesti puolen vuoden välein. Henkilökunnan osallistumista koulutukseen seurattiin osallistujalistojen avulla.

Yleiskoulutus sai kaikissa henkilökunnan suullisissa palautteissa kiitosta. Koulutusta arvioitiin myös kouluttajien keskinäisissä keskusteluissa sekä osastonhoitajien ja kuntoutushenkilökunnan työryhmissä. Ryhmien mielestä koulutus onnistui hyvin.

Käsitys siitä, että henkilökunta koki koulutuksen myönteisenä, vahvistui projektin kirjallisessa loppukyselyssä. Kyselyssä henkilökunta arvioi avovastauksin projektin hyviä ja huonoja puolia vanhainkodin sekä oman työn näkökulmasta. Yhtenäisimmin kiitosta sai koulutus. Myönteisiä mainintoja oli kaikkiaan seitsemäntoista. Suurimmassa osassa niistä (13) koulutus nähtiin ennen kaikkea omaan työhön liittyvänä etuna.

Useimmissa avovastauksissa kiitettiin koulutusta sinänsä. Lisäksi korostettiin uuden oppimista, koulutuksen järjestämistä työpaikalla sekä sitä, että koko henkilökunta pääsi koulutukseen. Kriittisiä mainintoja koulutuksesta oli neljä. Niiden sisältönä oli yksittäisen koulutustilaisuuden liiallinen pituus, istumisesta rasittuminen, liian iso koulutusryhmä ja vaikeus ehtiä koulutukseen osastotöistä.

Myönteiselle palautteelle on monia luonnollisia selityksiä. Työntekijät olivat ilmaisseet projektin alussa haluavansa koulutusta ja saaneet toimintatutkimuk-

sen periaatteiden mukaisesti vaikuttaa koulutuksen sisältöön sekä sen järjestykseen. Erityisesti toisena vuonna koulutusohjelma noudatti täysin henkilöstön toiveita, koska toimintakokemusten myötä syntyi näkemyksiä siitä, millaista oppia tarvitaan. Lisäksi laaja työyhteisökoulutus oli tutkimusajankohtana poikkeuksellista. Koulutus ei erotellut työntekijöitä ammattinimikkeen tai peruskoulutuksen suhteen. Koulutusaihe oli vanhustyössä uusi, joten se tarjosi työntekijöille poikkeuksellisen tasavertaisen lähtökohdan oppia. Lisäksi koulutus on usein asia, joka saa kiitosta.

Koulutuksen etuna oli myös sen ammattitaitoinen toteutus. Kuntokallion opetushenkilöstöllä oli opettajapätevyyden lisäksi runsaasti kokemusta hoitohenkilökunnan kouluttamisesta. Opetustyön lähtökohdaksi oli vakiintunut hoitohenkilökunnan näkemysten ja kokemusten arvostus. Vastavuoroinen oppimisprosessi oli ensiarvoisen tärkeää toimintatutkimuksen kannalta.

Kiinnostava seikka koulutuksessa oli hoitohenkilökunnan osallistuminen. Osallistujalistat osoittivat, että noin puolet hoitohenkilökunnasta oli ollut mukana jokaisessa teemassa. Osallistumismahdollisuus oli varmistettu toistamalla kukin koulutusteema kaksi kertaa saman kuukauden aikana. Vanhainkodin johtaja kannusti henkilökuntakokouksissa henkilökuntaa osallistumaan koulutukseen, mutta varsinaista seurantaa siitä, ketkä olivat poissa tai mikä oli poissaolon syy, ei tehty.

Keskusteluissa kävi ilmi, että koulutukseen osallistumista estivät mm. sairauslomien ja vuosilomien. Sijaisia palkattiin harvoin johtuen vähäisistä määrärahoista. Vuorotyölistojen laatimista ohjasivat projektin ohella henkilökohtaiset työvuorotoiveet ja tutkimusajankohtana käynnistynyt työajan lyhennys. Lisäksi saattoi olla, että sellaiset työntekijät, jotka kokivat asukkaiden fyysisen aktiivisuuden olevan kauempana omasta perustehtävästään, esim. hoitoapulaiset, jäivät tilaisuuksista pois. Toisaalta osa henkilökunnasta osallistui koulutukseen vapaapäivinäkin.

### Erityiskoulutukset liikunnanohjauksesta

Yleiskoulutusten rinnalla toimintatutkimukseen sisältyi erityiskoulutusta liikunnan ohjauksesta. Alkukyselyn mukaan yli puolet henkilökunnasta oli halukas liikunnan ohjaukseen täydennyskoulutuksen turvin. Varsinaisia erityiskoulutuksia oli viisi sekä niihin liittyviä kertauspäiviä kaksi. Erityiskoulutukset on esitelty aiemmin sivulla 47.

Esimiehet sopivat henkilökunnan kanssa koulutukseen osallistujat. Periaatteena oli, että joka osastolta yritettiin löytää muutamia liikunnan ohjaukseen halukkaita henkilöitä. Myös vanhainkodin fysioterapeutti osallistui useille kursseille. Kontulan vanhainkodista koulutettiin fysioterapeutin lisäksi kaikkiaan yhdeksän hoitajaa ohjaustyöhön.

Kurssipalautteet olivat pääosin myönteisiä. Kurseilla arvostettiin opittavan asian konkreettisuutta ja toimintaideoita. Myös mahdollisuutta vuorovaikutuk-

seen muiden kurssille osallistuvien kanssa kiitettiin. Erityisesti koulutukset, joissa kuntoutus- ja hoitohenkilökunta olivat yhdessä, arvioitiin tärkeiksi yhteistyön kannalta. Koulutus työpaikan ulkopuolella koettiin myös virkistäväksi. Koulutuksen tarpeellisuus tunnustettiin: ilman koulutusta henkilökunta ei olisi uskaltanut ryhtyä liikunnan ohjaustyöhön.

Suurin huolen aihe koulutuksen aikana oli epäily siitä, vastasiko kurssisisältö vanhainkotiasukkaiden toimintakykyä ja voiko liikuntaohjelmia toteuttaa vanhusten kanssa. Erityisen huolestuneita oltiin muistamattomien vanhusten osallistumismahdollisuuksista sekä liikunnan riskeistä. Lisäksi opittava asia olisi osallistujien mielestä pitänyt omaksua pienempinä palasina ja päästä sovelta-  
maan sitä välillä käytännössä. Tilannetta korjattiin järjestämällä opitun kertaamiseen ja syventämiseen tarkoitettuja koulutuspäiviä. Fysioterapeutti ja tutkija olivat apuna uusien toimintojen käynnistämisessä.

Kahden vuoden yleis- ja erityiskoulutuksen jälkeen oli kiinnostavaa saada selville, millaiseksi henkilöstö arvioi omat tietonsa ikääntyvien liikunnasta. Henkilökunnan kirjallisen loppukyselyn mukaan kymmenesosa piti tietojaan hyvänä. Aikaisemmin kukaan ei ollut arvioinut tietojaan hyväksi. Heikot tiedot ikääntyvien liikunnasta arveli omaavansa suunnilleen sama määrä kuin aikaisemminkin. Tyydyttäväksi tai välttäväksi tietonsa arvioi hiukan vähemmän kuin aiemmin, mutta kuitenkin valtaenemmistö. Sama määrä kuin ennen (yli puolet) arvioi osaavansa myös tyydyttävästi soveltaa tietojaan.

### 6.1.3 Fyysisesti aktiivisten toimintojen toteutus

Osastoilla jatkui siellä perinteisesti toiminut tuolivoimistelu, jota fysioterapeutti ohjasi. Projektin toiminnoista monet olivat täysin uusia Suomessa. Esim. istumatanssi tunnettiin Euroopassa senioritanssin osana, mutta sitä ei ollut Suomessa kokeiltu aikaisemmin missään eikä opetusmateriaalia ollut. Baby-jump -vuodevoimisteluohjelma oli fysiatri Ragnar Viirin kehittämä yksinkertainen harjoitusmuoto, joka on alunperin kehitetty selkäleikkauksesta toipuville ihmisille sekä kokeiltu myös reumapotilaille (Viir ja Eskola, 1991). Ohjelmasta oli vain vähän kokemuksia vanhusten hoidossa. Muista liikuntamuodoista (esim. vesiliikunta, tuolivoimistelu) ei ollut kirjallista oppimateriaalia, joka olisi sovellettu toimintakyvyltään heikentyneille vanhuksille. Dementoituneiden vanhusten liikunta oli niin ikään raportoimaton alue.

Istumatanssiaineisto tuotettiin Saksasta ja siitä tehtiin kotimainen versio (Oikarinen ja Karvinen, 1988). Kotivoimisteluohjelma laadittiin kuntoutushenkilökunnan ja tutkijan muodostamassa ryhmässä, samoin ulkoilun ja vesiliikunnan sisällöt. Kotivoimistelun tueksi tuotettiin ohjattu musiikkikasetti ja liikeohjelulistet (Karvinen ym., 1989). Liikeohjeet miehille ja naisille piirsi eräs palvelutalon asiakas. Dementoituneiden liikuntaryhmän sisällöt kehitettiin toiminnan aikana tuokio kerrallaan fysioterapeutin ja tutkijan yhteistyönä. Baby-jump-ohjelman kouluttajana toimi Ragnar Viir.



### Istumatanssi

Liikunnanohjauksen myötä istumatanssia toteutettiin kaikilla kolmella osastolla kerran viikossa. Alkuvaihetta helpotti se, että tutkija, joka oli kouluttanut hoitajat ohjaamaan istumatansseja, käynnisti toiminnan fysioterapeutin kanssa hoitajien toimiessa apuohjaajina.

Vastuun siirryttyä vähitellen varsinaisille ohjaajille tulivat vastaan monet käytännön kysymykset: työtovereiden ja esimiehen suhtautuminen, uusi työnjako, työvuorojärjestelyt, ohjaustyöhön valmistautuminen, asukkaiden motivointi ja saattaminen ryhmiin, toiminnan sopeuttaminen muihin talon tapahtumiin sekä kirjanpito osallistujista. Yhteisessä palautetilaisuudessa hoitajat kuvasivat uuden työnsä alkua esimerkiksi seuraavasti:

*‘Pidän kovasti ja on ilo katsoa kuinka innostuneita ovat vanhukset. Omat työt kyllä kärsivät sillä tavalla, että joutuu enemmän tekemään itse ja toiset ‘olemaan monena’.*

*‘Työaikojen sovittelussa on ollut hankaluuksia - jos haluan joskus vuoronvaihtoa, on vaikeuksia. Tuolien järjestäminen on kokonaan vetäjän harteilla samoin vanhusten kokoaminen. Yksi henkilö osastollani on antanut tukea ja ollut juonessa mukana’*

*‘Yleensä sulautunut hyvin muuhun työhön - antanut vaihtelua - joskus vaikeuksia henkilökuntapulan vuoksi - myös itsellä tunne, että toiset joutuvat tekemään muut työt kun minä ‘vain tanssin’.*

*‘Täytyy itse olla aktiivinen, koska työvuoroissa ei mitenkään huomioida ryhmää. Ehdottomasti olen kokenut myönteisenä.’*

*‘Vanhukset jakautuvat kahteen leiriin: uskovaiset ja muut. Uskovaisista suurin osa suhtautuu tähän kielteisesti. Muista osa tykkää taas hirveesti, jotkut vanhukset ihmettelevät, että ovatko nuo todella oikeita tansseja! Eli ollaan kiinnostuneita!’*

Toiminnan jälkeen suoritettiin kirjallinen kysely avainhenkilöille, joita olivat kolme osastonhoitajaa, fysioterapeutti ja kolme istumatanssin ohjaajaa.

Fysioterapeutti, kaksi osastonhoitajaa ja kaksi ohjaajaa pitivät istumatanssia sopivana ryhmäliikuntamuotona osastoille. Heidän mukaansa muu henkilökunta suhtautui istumatanssiin myönteisesti. Yhden osastonhoitajan ja ohjaajan mielestä istumatanssi sopi osastolle kohtalaisesti. Muun henkilökunnan suhtautumisessa oli heidän mielestään yhtä paljon myönteistä kuin kielteistä.

Fysioterapeutti piti istumatanssin parhaana puolena sitä, että se näytti tulleen osastoille jäädäkseen. Osastonhoitajat ilmoittivat parhaiksi puoliksi asukkaiden virkistymisen, iloisen menon osastolla ja yhteisen, säännöllisen liikunnan.

Ohjaajat korostivat liikuntaa, yhdessäoloa ja vaihtelua. Heikkona puolena fyysioterapeutti piti sitä, ettei toiminta tavoittanut vieläkin enemmän osallistujia. Osastonhoitajat pitivät vaikeutena vetäjien vähyyttä, työvuoro- ja loma-ajan järjestelyjä, ajan puutetta osastotyössä ja henkilökunnan osittaista motivaation puutetta. Ohjaajat valittivat kiirettä, omaa epävarmuutta ja toiminnan sitovuutta. Kaikki avainhenkilöt pitivät istumatanssia asukkaille hyödyllisenä.

*‘Osallistujat ovat olleet innostuneita ja kiinnostuneita sekä liikunnasta että kauniista musiikista’*

*‘Yhteinen hetki ja se iloisuus liikunnasta ja yhdessäolosta. Asukkaat tuntevat itsensä ‘tärkeiksi’, kun on joku mitä harrastaa. Uutuus!’*

*‘Syntyy toisenkinlaisia kontakteja kuin istuttaessa osastokeskuksen edessä, missä jutustelu paljolti käsittelee omia särkyjä ja kipuja’*

Toimintaan osallistumattomien vanhusten kannalta toimintaa ei pidetty haitallisena muilta osin, kuin että he menettivät mahdollisuuden olla mukana. Eräs avainhenkilöistä piti heillekin hyvänä mukavan musiikin kaikumista osastolla.

Istumatanssi edellytti hyvää yhteistyötä henkilökunnan kesken. Fysioterapeutti uskoi yhteistyön sujuneen hyvin. Osastonhoitajat arvelivat yhteistyön sujuneen kohtalaisesti ja hoitajat samoin. Yhteistyössä pidettiin tärkeänä, että on hyvä vetäjä, jota muut kannustavat ja että ryhmä kootaan yhdessä. Ohjaajan työvuorot toivottiin järjestettäväksi toiminnan mukaan. Tanssiinkin voisivat osallistua useammat. Yhteistyötarpeita kuvattiin mm. seuraavilla tavoilla:

*‘Asukkaiden kokoamisessa kaikki mukaan, samoin voi tanssimassa olla tyhjien tuolien täyttönä’*

*‘Kaikki mukana jos tarvitsee työvuoron vaihtoja ja järjestelyissä yleensä’*

*‘Henkilökunnan kiinnostusta ja aktiivisuutta’*

Yhtä osastonhoitajaa lukuunottamatta kaikkien vastaajien mielestä istumatanssitoiminnassa oli hyviä puolia enemmän kuin huonoja katsoipa asiaa koko vanhainkodin, henkilökunnan tai vanhusten kannalta. Kaikki avainhenkilöt toivoivat toiminnan jatkuvan.

Kehittämisehdotuksissa fysioterapeutti toivoi, että järjestettäisiin yhteistapah-tumia, jossa palvelukeskusasiukkaat ja vanhainkodin asukkaat tanssisivat yhdessä. Osastonhoitajat ehdottivat ohjaajakoulutusta useammalle henkilölle osastolla, enemmän henkilökuntaa mukaan tanssimaan ja kannustamaan asiakkaita. Ohjaajat toivoivat yksinkertaisempia tansseja, uusia tansseja ja työparia helpottamaan työvuorojärjestelyjä.

Istumatanssiin osallistuvat asukkaat haastateltiin toiminnan vakiinnuttua. Aukkaista (N= 40, joista naisia 32 ja miehiä 8) suurin osa mainitsi osallistumisensa syyksi itse liikunnan ja siitä nauttimisen (25 mainintaa). Vastauksissa

korostettiin myös liikunnasta saatavaa henkilökohtaista fyysistä hyötyä (14 mainintaa). Lähes yhtä paljon korostettiin osallistumisen syynä ajankulua (13 mainintaa) ja seuraa (12 mainintaa). Velvollisuudesta osallistua oli vastauksissa viisi mainintaa. Musiikkia kiitettiin eri vastausten yhteydessä.

*‘Saa liikuntaa, on kivaa’*

*‘Tottunut liikuntaan, on seuraa, on mukavaa’*

*‘Mukava mennä yhteiseen piiriin, on oma viehätyksensä, musiikki yllyttää liikumaan’*

*‘Että kestäis paremmin norjana, mukava yhteinen kokoontuminen, ei tarvitse yli voimiensa ponnistaa’*

*‘Rentouttavaa, hyvää liikuntaa kun on diabetes, on kivaa’*

*‘On ollut niin hyvä selälle’*

*‘On pitkä aika muuten vain, jos on jotakin menee mielellään, on liikuntaa, hyvä nivelille’*

*‘Ajankuluksi, pääsee toisten kanssa’*

*‘Kun ei ole muutakaan, onhan se parempi kuin täällä istuminen, pyytävät’*

*‘On ajankulua, on agiteerattu’*

Pyydettyäessä kuvailemaan oloa istumatanssin jälkeen yli puolet osallistujista vastasi, että heillä on ‘hyvä olo, mukava olo, kevyt olo’. Viidesosa mainitsi väsymyksen ja viidesosa ei kokenut mitään eroa olossaan. Mieliala oli istumatanssin myötä kohentunut kolme neljäsosalla vastaajista. Vastaukset istumatanssin yhteydestä liikuntakykyyn, ruumiinkuntoon ja yleiseen toimeliaisuuteen jakautuivat toistensa kaltaisesti. Parannusta näillä alueilla oli kokenut noin kuudesosa, ylläpitävää merkitystä korosti noin puolet ja noin kolmannes oli sitä mieltä, että istumatanssilla ei ollut näihin asioihin osuutta. Valtaosalla oireet olivat säilyneet ennallaan.

Suurin osa toivoi istumatanssin jatkuvan. Kysyttäessä toiveita istumatanssin kehittämisen suhteen vastauksia antoi vain seitsemän asukasta. Toiveina oli lisätä istumatanssiin kerralla käytettyä aikaa sekä voida osallistua kaksi kertaa viikossa. Yksi asukas halusi kaikkea liikuntaa lisää ja yksi ehdotti hitaampia liikkeitä.

Istumatanssia kehitettiin jatkossa kouluttamalla ohjaajille työparit ja soveltamalla tansseja hitaammiksi. Istumatansseja harjoiteltiin myös ohjelmanumeroiksi vanhainkodin juhliin.

### Kotivoimistelu

Kotivoimisteluohjelman toteuttamista varten koulutettiin yksi henkilö kultakin osastolta. Yhteisesti sovittiin, että koulutettujen henkilöiden ja fysioterapeutin tehtävänä oli järjestää kotivoimisteluohjelman opetustilaisuuksia osastolla henkilökunnalle ja kiinnostuneille asukkaille. Kaikki koulutetut järjestivät opetustilaisuuden.

Kirjallinen kysely tehtiin fysioterapeutille, kolmelle osastonhoitajalle ja kolmelle kotivoimistelusta vastaavalle hoitajalle. Fysioterapeutti, yksi osastonhoitaja ja yksi kotivoimistelusta vastaava hoitaja arvioivat kotivoimisteluohjelman sopivan hyvin vanhainkodin yksilölliseksi liikuntamuodoksi. Perusteluina oli, että kotivoimistelu on hyvä vaihtoehto toimintakyvyn edistämiseksi. Kotivoimistelun etuna on, että sitä voi toteuttaa milloin vain. Muut avainhenkilöt arvioivat kotivoimistelun sopivan osastolle vain kohtalaisesti. Perusteluna oli, että yksin tehdessä ohjelma jää helposti toteutumatta. Omahoitajien osuutta ehdotettiin lisättäväksi ohjelman toteutuksessa. Kyselyhetkellä sekä osastonhoitajat että kotivoimistelun vastaavat arvelivat, että henkilökunnasta vähemmän kuin puolet kannustaa asukkaita kotivoimistelun toteutuksessa.

Edellä mainitut avainhenkilöt eivät olleet fysioterapeuttia, yhtä osastonhoitajaa ja yhtä vastaavaa hoitajaa lukuun ottamatta havainneet, että kotivoimistelusta olisi sitä harrastaville asukkaille erityistä hyötyä, jos ei haittaakaan. Kotivoimistelun hyödylliseksi havainneet kolme avainhenkilöä mainitsivat asukkaiden pirteuden ja hyvän olon lisääntymisen sekä turvotusten ja nivelkipujen vähenemisen. Kotivoimistelun ihanteellista etenemistä osastoilla esti osastonhoitajien mielestä vanhusten huono kunto ja oma-aloitteisuuden puute, liian iso osasto sekä henkilökunnan vähyys.

*‘Opetustilaisuudessa asukkaat innostuneempia, mutta huoneessa ei tule toteutettua’*

Kehittämiskeinoina osastonhoitajat mainitsivat, että kotivoimistelua toteutettaisiin myös ryhmävoimisteluna. Lisäksi asukkaita voisi kannustaa jumppaamaan huoneissaan kovaäänisistä tulevien ohjeiden avulla, opetustilaisuuksia tulisi olla säännöllisesti, aktiivisuudesta pitäisi jakaa kiitosta, henkilökunnan motivaatiota tulisi tukea ja omahoitajat voisivat kannustaa enemmän omia asukkaitaan. Fysioterapeutti ja vastuuhoidajat ehdottivat muun henkilökunnan vastuun lisäämistä sekä kertausharjoituksia. Kaikki henkilökuntaan kuuluvat eivät olleet osallistuneet opetustilaisuuksiin, mikä nähtiin puutteena. Fysioterapeutti ja yksi hoitaja pitivät kotivoimistelun edistämistä osastoilla erittäin hyödyllisenä ja muut avainhenkilöt jokseenkin hyödyllisenä.

Kotivoimisteluohjelmaa säännöllisesti (vähintään kerran viikossa) toteuttavista asukkaista (N=31, joista 25 naisia ja 6 miehiä) yli puolet kertoi voimistelewansa päivittäin ja viidennes 2-3 kertaa viikossa. Kaksi kolmannesta kertoi suorittavansa joko koko ohjelman tai jättävänsä 1-3 liikettä pois. Loput suorittivat noin puolet liikkeistä. Useimmat käyttivät ohjelman tekoon kerralla aikaa noin 5-15 minuuttia. Motiiveja kysyttäessä suurin osa maininnoista koski terveyden ja toimintakyvyn edistämistä (27 mainintaa). Kolmannes maininnoista liittyi siihen, että voimistelu on mukavaa ja kuuluu omiin tapoihin (11 mainintaa). Muutamissa vastauksissa korostettiin myös virkistystä ja vaihtelua sekä kotivoimistelun kuulumista talon tapoihin.

*'Voin liikkua paremmin'*  
*'Ei pääse jäsenet jäykistymään'*  
*'Muuten jäykistyy, oppisi kävelemään telineen kanssa'*  
*'Liikunta hyväksi kun on taipumusta lihomiseen'*  
*'Pidän voimistelusta'*  
*'Liikkeet sellaisia joita pystyy tekemään, hyvä ohjelma'*  
*'On oma tapa'*  
*'Alkuunlähtö päivälle'*  
*'Kuuluu talon suunnitelmaan'*  
*'Sitä mainostettiin niin kovasti'*

Kotivoimistelun jälkeistä oloa kuvattiin hyväksi ja virkeäksi. Useat mainitsivat olevansa myös väsyneitä. Lähes puolet asukkaista kertoi mielialansa parantuneen kotivoimistelun seurauksena. Liikuntakyvyn, ruumiinkunnon ja yleisen toimeliaisuuden näkökulmasta kotivoimistelusta arvioitiin olleen eniten hyötyä liikuntakyvyille ja ruumiin kunnolle, joiden neljäsosa arveli parantuneen kotivoimistelun ansiosta. Kolmannes arveli kotivoimistelun auttaneen niitä säilymään ennallaan. Useimmat eivät olleet kokeneet kotivoimistelun aiheuttaneen muutoksia koetuissa oireissa, mutta muutama asukas kertoi oireiden vähentyneen (huimaus, astma, hengitys parempi, olkapään kipu hellittänyt). Kaksi kolmasosaa kertoi henkilökunnan kannustaneen heitä kotivoimisteluohjelmassa.

Vertaillessaan yksilö- ja ryhmävoimistelua, yli puolet kotivoimisteliijoista piti ryhmävoimistelua ja neljännes itsenäistä tai hoitajan kanssa toteutettua voimistelua parempana vaihtoehtona. Lopuilla ei ollut mielipidettä asiasta. Kehittämisehdotuksia antoi seitsemän asukasta. Niissä toivottiin isompia kuvia, kotivoimisteluohjelman suorittamista ryhmissä ja lisäliikkeeksi varpaille nousuja.

Kyselyn jälkeen kotivoimistelussa tapahtui 'hiipumista' henkilökunnan taholta. Seuranta ja ohjelman toteuttaminen vanhusten kanssa huoneissa tuntui liian vaativalta tehtävältä. Tilannetta pyrittiin keventämään sopimalla, että hoitajat voisivat koko ohjelman sijasta suorittaa asukkaan kanssa yhden liikkeen kerrallaan hoitotoimien ohessa. Sillä tavalla opittaisiin vähitellen liittämään liikuntaa hoidon oheen ja samalla hoitaja saisi elvyttävää taukojumppaa. Seuranan helpottamiseksi kehitettiin kuntokortti, joka oli kotivoimistelua harrastavan asukkaan huoneen seinällä.

Toiveiden mukaisesti kotivoimistelusta kehitettiin myös ryhmävoimistelu. Kasetin ja koulutetun ohjaajan avulla jumppaa ohjattiin halukkaille noin kerran kuukaudessa. Tilaisuus toimi samalla ohjelman opetus- ja kertaustilaisuutena. Lisäksi järjestettiin viikottainen 'Lauantaijumppa' keskusradion avulla, jolloin päiväsalissa istuvia asukkaita ohjasi työvuorossa ollut henkilökunta. Keskusradion avulla myös huoneessaan olevat saattoivat osallistua jumppaan. Jumppasta tiedotettiin osaston ilmoitustaululla ja osastot ottivat vuoronperään vastuulleen keskusradion hoitamisen. 'Lauantaijumppa' sai hyvän vastaanoton ja

osallistujia oli joka osastolla toistakymmentä. Suosion arveltiin johtuvan myös siitä, että lauantai oli perinteisesti 'tapahtumaton' päivä.

### Ulkoilu

Samat henkilöt, jotka ottivat vastuulleen kotivoimistelun edistämisen, koulut-tautuivat vastaamaan myös ulkoilusta. Kotivoimistelusta saatujen kokemusten perusteella ulkoiluun haluttiin heti ottaa mukaan omahoitajat. Omahoitajat oli-vat hoitajista ja hoitoapulaisista muodostettuja työpareja, joilla oli vastuullaan 8-10 asukasta. Ulkoilussa koulutettujen hoitajien vastuulle jäi lähinnä har-vemmin toistuvien ryhmätapahtumien suunnittelu. Ryhmäulkoilun sisältöinä olivat mm. ulkolenkki, johon kytkeytyi havainnointi- tai tietokilpailutehtäviä, kirkkoreissu, ostosmatka sekä silakkamarkkinat.

Avainhenkilöiden kirjallinen kysely (fysioterapeutti, kolme osastonhoitajaa ja kolme ulkoiluun koulutettua hoitajaa) osoitti, että ulkoilu oli lisääntynyt van-hainkodissa. Lisääntymistä oli tapahtunut sekä ryhmä- että yksilöulkoilussa. Pääsyyinä ulkoilun lisääntymiselle oli projektin antama innostus sekä se, että ulkoilu oli suunnitelmallista ja että sille oli annettu aikaa. Ulkoilu nähtiin uu-della tavalla työksi.

*'Projektin on innostanut'*

*'Ulkoilu on nyt sallittua työaikaan'*

*'Koska omahoitajat pitävät huolen omien asukkaistensa ulkoilusta'*

*'Koska osastolla on nimetty vetäjä, joka järjestää ulkoilutapahtumia'*

*'Ulkoilu järjestelmällistä, etukäteen suunniteltua; omahoitajan osuus merkit-tävä'*

*'Innustus vanhuksilla ulkoilua kohtaan on lisääntynyt järjestelmällisen ulkoilun avulla'*

Fysioterapeutin, kahden osastonhoitajan ja kahden hoitajan mielestä ryhmäulkoilu sopi osastoille hyvin. Yhden osastonhoitajan ja ulkoilusta vastaavan mielestä se sopi osastolle kohtalaisesti. Ne, jotka katsoivat ryhmäulkoilun so-pivan hyvin osastotoimintaan, perustelivat sitä seuraavasti:

*'Vaihtelu ja kontaktit, ympäristöön tutustuminen'*

*'Entistä useampi vanhus pääsee ulos, yhteiset retket mahdollisia'*

*'Porukassa ulkoilu innostaa toisiakin lähtemään mukaan. Ryhmässä ulkoilu tuntuu turvalliselta, kun on hoitajakin mukana'*

*'Ryhmäulkoilu edistää me henkeä asukkaissa ja ulkoilutapahtuman jälkeen he-rää keskustelua ryhmissä'*

*'Pienissä ryhmissä toimii hyvin, asukkailla on mahdollisuus ryhmissä seurus-tella ym.'*

Syyinä sille, että ryhmäulkoilu sopi osastolle vain kohtalaisesti, ilmoitettiin henkilökunnan vähyys, lähiympäristön soveltumattomuus ulkoiluun sekä asukkaiden haluttomuus ulkoilla yhdessä.

Kaikkien avainhenkilöiden mielestä hoitohenkilökunta suhtautui myönteisesti ulkoiluun. Myös vanhuksille nähtiin ulkoilusta olevan hyötyä. Hyötyä perusteltiin mm. seuraavasti:

*‘Piristystä, vaihtelua yksitoikkoiseen päiväohjelmaan’*

*‘Ulkoilleilla vanhuksilla virkeys lisääntynyt, vaivojen valittelu vähentynyt, nukkuminen parantunut’*

*‘Ulkoilu lisää vaihtelua arkipäivän rutiineihin. Raitis ulkoilma lisää ruokahalua ja auttaa unen saamiseen paremmin’*

*‘Tuntuu että asukkaat ovat virkeämpiä’*

*‘On edistännyt myös itsenäistä ulkoilua, asukkaat kiinnittävät huomiota ulkonäkönsä ja pukeutumiseen’*

*‘Parasta on kun aamupäivällä pyörätuolilla ulos viety vanhus viipottaa ilta-päivällä kelkalla pitkin pihaa’*

Fysioterapeutti, kaksi osastonhoitajaa ja yksi ulkoilusta vastaava hoitaja arvioivat yhteistyön ulkoilussa sujuneen hyvin. Yksi osastonhoitaja ja kaksi ulkoilusta vastaavaa arvioi sen sujuneen kohtalaisesti. Parhaita ulkoilussa olivat olleet saatu koulutus, henkilökunnan yhteistyö ja motivaatio, asukkaiden motivaatio ja virkistymisen sekä ulkoiluvälineiden löytyminen. Eniten ongelmia aiheuttivat henkilökunnan vähyys sekä apuvälineiden ja ulkoiluvälineiden heikkous. Lisäksi valitettiin työajan lyhentymistä, apuvälineiden ja ulkoiluvälineiden heikkoutta, lepopenkkinen puutetta, maaston sopimattomuutta ja heikkoutta säätä.

Ulkoilussa tuli esiin voimakas ristiriita hoitajien ja hoitoapulaisten työnkuvis- sa. Henkilökunta oli keskenään sopinut, että omahoitajaparit, joista toinen oli hoitoapulainen vastaavat ulkoilusta. Hoitoapulaisten esimies kielsi hoitoapulaisten käyttämästä työaikaansa asukkaiden ulkoiluttamiseen. Kieltoa sekä noudatettiin että vastustettiin. Eräs hoitaja kommentoi palautteessaan seuraavasti:

*‘Kontulassa siivoustyö on niin kaavamaista ja joustamatonta ettei hoitoapula- laisyryhmä voi paljon osallistua, vaikka heillä olisi tahto ja halua’*

Ulkoiluun liittyvän kehittämisen avainhenkilöt näkivät yksimielisesti myönteisenä, ja ulkoilun tärkeyttä korostivat kaikki lukuun ottamatta yhtä vastuuhoi- tajaa, joka piti sitä melko tärkeänä. Kehittämisehdotuksia tuli runsaasti. Niissä toivottiin omaisia, palvelukeskussuunnitelmia, vapaaehtoisia, koululaisia, asu- kastovereita ja erilaisia järjestöjä ulkoiluavuksi.

Säännöllisesti (vähintään kerran viikossa) ulkoilevia vanhuksia haastateltiin puolen vuoden kuluttua ulkoilun alkamisesta (N=37, joista miehiä 9 ja naisia 28). Ulkoilua harrastavista asukkaista lähes puolet tarvitsi huomattavasti apua ulkoilussa. Rungas kolmannes selvisi ulkoilusta itsenäisesti. Puolet vastan- neista ulkoili useammin kuin kerran viikossa. Parhaimpina ulkoiluvaihtoehto- na pidettiin itsenäistä tai omahoitajan kanssa toteutettua ulkoilua. Ryhmäul- koilua parhaimpina vaihtoehtona puolsi noin seitsemäsosa vastanneista.

Tärkeimmät syyt ulkoiluun olivat asukkaiden vastausten mukaan raitis ilma (19 mainintaa), ulkoiluun kytkeytyvät terveysodotukset (16 mainintaa), vaihtelu (13 mainintaa) toisten ihmisten näkeminen (12 mainintaa), ulkoilun kokeminen totuttuna tapana (9 mainintaa) sekä luonto (7 mainintaa) ja johonkin kohteeseen, esimerkiksi ostoskeskukseen pääseminen (7 mainintaa).

*‘Saa raitista ilmaa’*

*‘Ei kangistu jalat’*

*‘Nukuttaa paremmin’*

*‘Pääsee ihmisten ilmoille’*

*‘Pääsee näistä ympyröistä pidemmälle, on avartavaa’*

*‘Näkee ihmisiä’*

*‘Olen aina tykännyt ulkoilusta’*

*‘Saa seurata luontoa’*

*‘Käyn tuttavii tapaamassa’*

Asukkaat kuvailivat oloa ulkoilua jälkeen ennen kaikkea sanoilla ‘hyvä olo’. Kaksi kolmasosaa arvioi mielialansa parantuneen ulkoilun seurauksena. Liikuntakykyä ulkoilu oli parantanut kuudesosan mielestä, ja vajaa viidennes arveli sen säilyneen ennallaan ulkoilun ansiosta. Ilman pyörätuolia ulkoilevista (N= 21) kuudesosa arveli ruumiillisen kuntonsa parantuneen ja runsas kolmasosa sen säilyneen ennallaan ulkoilun ansiosta. Kymmenesosa ulkoilijoista ilmoitti yleisen toiminnallisuutensa parantuneen ulkoilun seurauksena, ja noin puolet arveli sen säilyneen ennallaan. Noin kuudesosalla ulkoilu oli vähentänyt koettujen oireiden määrää, esimerkiksi ‘astma helpottunut’, ‘polvet tuntuvat paremmalta’, ‘mieli tasapainoisempi’, ‘hengitys paranee ulkoillessa’. Yksi asukas valitti, että ulkovaatteiden pukeminen kipeyttää jäseniä.

Asukkaiden kehittämisehdotukset ulkoiluun koskivat ulkoilumahdollisuuksien tasapuolisempaa jakautumista, henkilökunnan aktiivisuuden ja määrän lisäämistä, apuvoimien kytkemistä ulkoiluun sekä suuremman avun saamista ulkoilussa.

*‘Osastolta järjestää niin että muutkin pääsisivät’*

*‘Jotkut saavat olla ulkona, toiset eivät. Ei puoliakaan viedä ulos’*

*‘Ei yksin pärjää, näillä on niin kiire. Jos joku tulis auttamaan, ei täällä ole sellaisia’*

*‘Jokaiselle vuoronsa koska pääsee ulos’*

*‘Enemmän apua liikkumiseen, viemistä eri paikkoihin’*

*‘Kyllä kaipaisi ulos, ei istuminen kivaa ole’*

*‘Kaupunginosalehtiin kirjoituksia vapaaehtoisista, joita tarvitaan’*

Ulkoilua kehitettiin jatkossa ottamalla yhteys palvelukeskusasiakkaisiin ja omaisiin ulkoiluavun saamiseksi. Myös kunnan liikuntatoimen kanssa järjestettiin palaveri kävelytapahtuman organisoimiseksi. Kaikkien näiden toimenpiteiden tulokset olivat vähäisiä; palvelukeskusasiakkaat olivat liian ‘kiireisiä’ omissa harrastuksissaan ja uusia omaisia ei saatu rekrytoitua. Syynä tähän olivat mm. omaisten asuminen liian kaukana, omaisten huono kunto tai ajanpuu-



te. Yhteistyö kunnan liikuntatoimen kanssa tyrehtyi. Ulkoilun helpottamiseksi hankittiin parempia pyörätuoleja ja keskustelua hoitoapulaisten osallistumisesta jatkettiin. Myönnytyksiä hoitoapulaisten osallistumisesta asukkaiden ulkoiluttamiseen syntyi kesääjäksi, koska asukkaiden valmistautuminen ei vienyt niin paljon aikaa.

### Vesivoimistelu

Vesivoimistelu käynnistettiin suurin toivein. Vanhainkodissa oli pieni terapia-allas, joka tosin ei ollut asukkaiden käytössä. Tiedettiin, että jos löydetään vesivoimistelusta kiinnostuneet ja sopivat asukkaat, voidaan tarjota erinomainen toimintavaihtoehto toimintakyvyltään heikentyneille vanhuksille.

Vastustus, joka syntyi viime hetkellä, yllätti rajuudellaan. Asukkaiden pääsy altaaseen pääsy tuntui lähes mahdottomalta, vaikka fysioterapeutti ohjasi tuokiot. Suurimmaksi ongelmaksi muodostui se, että saattamisen sekä riisuutus- ja pukeutumisavun lisäksi asukkaat tarvitsivat hoitajista avustajat altaaseen. Kiivaita keskusteluja käytiin hygieniasta, tartuntariskeistä, uimaveden saastumisesta, uima-asuista, sekaryhmien sopimattomuudesta, veden kylmyydestä ja ajankäytöstä. Vanhainkodissa kävivät niin hygienian kuin lääketieteenkin asiantuntijat vakuuttamassa henkilökuntaa vesivoimistelun turvallisuudesta. Henkilökunnalle luvattiin, että asukkaat valitaan vesivoimisteluun huolella.

Vähitellen henkilökunnasta valikoitui joukko hoitajia, jotka halusivat käynnistää toiminnan. Henkilökunta valitsi fysioterapeutin kanssa osastoilta asukkaat, joille vesivoimistelun arveltiin sopivan. Heille tehtiin kysely osallistumishalukkuudesta. Yhdeksän henkilöä halusi osallistua.

Altaaseen menon yhdessä vanhusten kanssa ratkaisi kylvettäjä, joka totesi avustamisen sopivan hänen toimenkuvaansa. Hygieniakysymyksen hän ratkaisi toteamalla:

*‘En minä kenenkään muun hygieniasta voi olla niin varma kuin vanhuksen, jonka olen itse pessyt’*

Kylvettäjän avuksi altaaseen meni yksi hoitaja. Muut mukana olevat hoitajat avustivat asukkaita pukuhuoneessa ja peseytymisessä. Toimintaa toteutettiin kerran viikossa. Lisäksi vesivoimisteluun ilmoittautuneita asukkaita pyrittiin kannustamaan uintiin ja vesiliikuntaan myös saunapäivien yhteydessä. Toiminnan käynnistyttyä pelko vaihtui innostukseksi. Altaan laidalla oli johtaja valokuvaamassa ensimmäistä harjoitusta. Tapahtuma oli merkittävä, sillä vanhainkodin asukkaat käyttivät ensimmäisen kerran allasta, joka oli rakennettu vuonna 1975.

Avainhenkilöille (fysioterapeutti, kolme osastonhoitajaa, kylvettäjä, ) tehdyn kyselyn mukaan vesivoimistelu sopi hyvin vanhusten toimintamuodoksi. Pa-

rasta vesivoimistelussa oli arkirutiinin katkeaminen sekä uinnin ja saunan tuottama mielihyvä.

*'Vesielementti tuottaa mielihyvää sielulle ja ruumiille'*

*'Sisältöä arkirutiineihin'*

*'Saunominen ja uiminen tuottavat mielihyvää'*

Ongelma-alueina vesivoimistelussa olivat vanhusten huonokuntoisuus, infektiopelot ja avustajien puute.

Kyselyyn osallistuneet arvioivat osastohenkilökunnan suhtautuvan toimintaan enimmäkseen myönteisesti. Yhteistyö oli sujunut fysioterapeutin, yhden osastonhoitajan ja kylvettäjän mielestä hyvin. Kaksi osastonhoitajaa arvioi yhteistyön sujuneen kohtalaisesti. Yhteistyölle asetettiin toiveeksi ennen kaikkea vanhusten informointi vesivoimistelumahdollisuudesta, parempi yhteistyö fysioterapeutin, hoitohenkilökunnan ja kylvettäjän välillä sekä henkilökunnan määrätietoisempi osallistuminen toimintaan.

Kaikki arvioivat vesivoimistelusta olleen osallistujille enimmäkseen hyötyä. Hyötyä perusteltiin seuraavasti:

*'Nauttivat täysin siemauksin, vaihtelu'*

*'Näille vanhuksille viikon iloinen tapahtuma ja aktiivisuuden osoitus'*

*'Kohentaa ruumiin kuntoa, virkistää henkisesti'*

*'Mieliälä paranee, liikunnasta iloa, fyysinenkin hyvinvointi paranee'*

*'Auttaa kunnon säilyttämisessä, samoin mielen piristystä'*

Toimintaan osallistumattomien vanhusten kannalta arvioitiin, että he menettävät hyvän toimintamahdollisuuden. Vesivoimistelun käynnistyttyä halukkaita olisi ollut enemmän kuin mitä voitiin ottaa. Suurin este oli allasavustajien puute. Altaan koko olisi sallinut kaksi kertaa suuremman ryhmän.

Vesivoimisteluun osallistuvia asukkaita oli kuusi, joista viisi haastateltiin. Haastatelluista kolme oli naista ja kaksi miestä. Kolme asukasta osallistui vesivoimisteluun kerran viikossa ja kaksi alkoi uida myös saunapäivien yhteydessä. Kaikkien mielestä vesivoimistelu ryhmässä oli parempi vaihtoehto kuin yksin uiminen. Perusteluina olivat:

*'Kaverin kanssa mukavampaa'*

*'Pidän ryhmäuintia parempana kun on porukkaa'*

*'Ryhmässä tulee oltua kauemmin'*

*'Mukavaa kun on seuraa'*

*'Sakissa mukavampaa kuin yksin, monipuolisempaa'*

Osallistumismotiiveina korostuivat itse vedessä olo ja siitä nauttiminen. Lisäksi korostettiin vesivoimistelun tuottamaa hyvää oloa ja terveysvaikutuksia. Myös hyvä seura ja sauna saivat kiitosta.

*'Saa olla vedessä'*  
*'Aina tykännyt uinnista'*  
*'Olen syntynyt Laatokan rannalla'*  
*'Vesi vetää elämään'*  
*'En voi enää uida meressä'*  
*'Kunto pysyy yllä'*  
*'Tulee friski ja hyvä olla'*  
*'Kaverit ja sauna!'*  
*'Mielenkiintoista'*

Vesivoimistelun jälkeistä oloa kuvattiin hyvin myönteisesti.

*'Hyvä olo, erittäin'*  
*'Pirteä olo'*  
*'Jalka parempi'*  
*'Oikein hyvä'*  
*'Reipas olo'*

Kaikkien osallistujien mielestä vesivoimistelu oli parantanut mielialaa. Päivittäisen liikkumisen arvioi kolme asukasta parantuneen vesivoimistelun vuoksi. Yhden mielestä sillä ei ollut merkitystä päivittäiseen liikkumiseen, ja yksi ei osannut sanoa. Neljän mielestä ruumiillinen kunto oli parantunut ja yksi arvioi sen pysyneen ennallaan. Kaksi arvioi yleisen toimeliaisuutensa parantuneen. Oireet olivat vähentyneet kahdella henkilöllä (unettomuus vähentynyt, olkapää kipu hellittänyt, hengitys parempi). Kaikki halusivat toiminnan jatkuvan. Viidestä vastanneesta neljä oli halukas lähtemään myös vanhainkodin ulkopuolelle uimahalliin harrastamaan vesiliikuntaa. Vesivoimistelun kehittäminen pysähtyi allasavustajien puutteeseen.

#### Dementoituneiden vanhusten liikuntaryhmä

Dementoituneiden liikuntaryhmän perustaminen oli ollut esillä jo projektin alussa. Sen käynnistäminen tuntui tärkeältä, koska henkilökunta koki asukkaiden muistamattomuuden ongelmaksi. Tuntui, että valmiudet ohjata ja opastaa dementoituneita olivat puutteelliset. Muistamattomia vanhuksia vaivasi keskittymisen puute, liikeohjeiden ymmärtäminen ja toteuttaminen jäivät vajavaksi.

Henkilökunnan toiveesta aiheesta järjestettiin ensin yleiskoulutusta. Sen jälkeen fysioterapeutti ja tutkija organisoivat yhdelle osastolle dementoituneiden liikuntaryhmän, jota he ohjasivat viikoittain kolmen kuukauden ajan. Ryhmään valittiin viisi vanhusta, jotka koottiin kerran viikossa pieneen seurustelutilaan. Tavoitteena oli saada kokemusta siitä, millainen liikunta sopii dementoituneille ja mitä erityispiirteitä ohjaukseen liittyy. Näiden kokemusten arveltiin auttavan liikuntatoiminnan kehittämisessä.

Varsinaista seurantaan toiminnasta ei tehty, mutta sen kokemuksia välitettiin osastojen henkilökunnalle. Toiminnan sisältöjä on esitelty kirjassa 'Liikuntaa vanhainkoteihin' (Karvinen, 1992).

### Arkiaskareisiin osallistuminen

Arkiaskareet ovat iäkkäille henkilöille oman sukupolven tyyppillistä liikuntaa. Tämä näkökulma haluttiin ottaa huomioon fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi. Asukkaiden alkuhaastattelussa oli käynyt ilmi, että arkiaskareisiin osallistui miehistä kymmenesosa (kaksi miestä) ja naisista neljätolista prosenttia (12 naista). Kysyttäessä asukkaiden halukkuutta osallistua arkiaskareisiin, jos heille tarjottaisiin jotakin omalle kunnolle sopivaa toimintaa, suurin osa vastasi kieltävästi. Osallistumaan halukkaita oli kolmasosa naisista ja viidesosa miehistä, joten heidän toiveitaan haluttiin tyydyttää.

Arkiaskareisiin osallistumisen syyksi ilmoitettiin useimmiten ajankulu ja toiminnanhalu.

*'Haluaisin tehdä hyvää'*

*'Haluan tehdä jotakin mielenterveyden vuoksi'*

*'Kyllä, ajankuluksi, vaihtelua'*

*'Kyllä, jos tarjotaan niin tekisin'*

*'Kyllä, kun on elämänsä tehnyt sairaalassa'*

*'Velvollisuus taloa kohtaan, tulee hyvän olon tunne, että pystyy'*

Osallistumattomuutta perusteltiin lähinnä sillä, että ei pysty tai että kodin askareet kuuluvat muille.

*'En, ei tarttekaan, enkä pystykään'*

*'En, maksan tänne'*

*'En, ei ole sopivaa, niillä on omat tekijänsä'*

*'En, olen laiskanpuoleinen'*

*'En, eläkkeelle lykätty ja tämmöiseen paikkaan, kuluu aika muutenkin'*

*'En, minulla on työt tehty'*

Ennen tutkimusta hoitokäytäntöihin kuuluva tapa tehdä arkiaskareita oli osallistua askartelunohjaajan vetämään ryhmään palvelukeskuksen tiloissa. Sen lisäksi yksittäiset vanhukset saattoivat kerätä tarjottimia, kastella kukkia, avustaa naapuria tai sijata sänkyä. Asukkaita ei ollut tavoitteellisesti yritetty ottaa arkiaskareisiin mukaan, koska niiden tekemisen katsottiin kuuluvan henkilökunnalle.

Asiasta käynnistettiin keskustelu. Koolle kutsuttiin osastonhoitajien ohella keittiön ja siivouksen esimiehet, kiinteistöstä vastaava työnjohtaja, pesulan vastaava ja kahvilan hoitaja. Periaatteessa eri työpisteiden edustajat olivat sitä mieltä, että heidän tuellaan voitaisiin edistää asukkaiden fyysistä aktiivisuutta. Ensimmäisissä keskusteluissa kaikki halusivat miettiä sopivia työtehtäviä, joi-

hin asukkaita voisi ottaa mukaan. Päätettiin, että fysioterapeutti ja työpisteiden edustajat esittelevät asiaa myös asukasneuvostolle.

Seuraavassa kokouksessa into oli jo laimentunut. Keskuskeittiöstä ilmoitettiin, että työtehtäviä ei voida tarjota johtuen tiukoista hygieniasäännöksistä. Pesulan tilat olivat niin pienet, että työnteko siellä arvioitiin asukkaille vaaralliseksi. Pihatöihin osallistuminen tuntui hankalalta asukkaiden huonon kunnan takia ja siitä syystä, että kiinteistöstä vastaava työnjohtaja arvioi asukkaiden mukaan-tulon lisäävän hänen työtään. Edelleen pidettiin mahdollisena eri askareiden tekoa osastolla, joskin esimerkiksi siivoustyössä vastaan tuli välineiden puute. Myös tehokkuuden ja itse siivoustyön tavoitteen, siisteyden pelättiin kärsivän. Uutena ideana tuli esille fysioterapiatiloissa olevat tehtävät, esim. isojen sellsoffien taittaminen. Ruokailutilanteeseen liittyi monia tehtäviä, mitä voisi jakaa myös vanhuksille. Asukasneuvosto otti kahdenlaista kantaa; toisaalta asiaa pidettiin hyvänä, mutta toisaalta nähtiin, että asukkaiden, jotka maksoivat palvelusta, ei kuulunut tehdä työtä.

Paljon keskustelua herätti kysymys, millaisessa asemassa asukkaat vanhainkodissa ovat. Osastonhoitajien ryhmässä todettiin, että vanhainkodissa korostuvat avuttomuus ja sairaus. Pystyvän ja pätevän asukkaan mielikuvaa voitaisiin vahvistaa nimenomaan vastuuta ja tehtäviä tarjoamalla. Keskustelua päätettiin jatkaa miettien, mitä todella aiotaan tehdä. Tavoitteena oli etsiä tehtäviä, jotka edistäisivät fyysisistä aktiivisuutta, sopisivat mahdollisimman monelle asukkaalle ja olisivat luonteeltaan jatkuvia. Myös erilaisilla tapahtumilla nähtiin virkistysellinen arvonsa.

Pohdinnan tuloksena erityisesti tapahtumien järjestäminen innosti hoitohenkilökuntaa. Pihatalkoot järjestettiin onnistuneesti haravoinnin merkeissä ja niistä päätettiin tehdä perinne syksyisin ja keväisin. Osastoilla järjestettiin leipomistapahtumia. Päivittäisaskareiden osalta siivoustyö tiivistyi pölyjen pyyhkimiseksi ja yleiseksi siistimiseksi. Kukkia hoidettiin. Ruokailutilanteissa osa asukkaista auttoi järjestelyissä. Lisäksi yksittäisille asukkaille ideoitin luottamustehtäviä.

Osastonhoitajien avulla arvioitiin, mitä askareita asukkaat eri osastoilla tekivät, kun arkiaskareiden käynnistämisestä oli kulunut muutama kuukausi. Asukkaita ei haastateltu arkiaskareista, koska toiminta oli epäsäännöllistä ja asukkaidenkin osallistuminen vaihteli. Näin ollen oli vaikea määrittää, ketkä olivat varsinaisia asian 'harrastajia'.

Yleisimpiä askareita olivat vuoteen sijaus (15 asukasta), kukkien kastelu (14 asukasta) ja pölyjen pyyhkiminen (11 asukasta). Lisäksi muutama harrasti pyykin pesua (4 asukasta). Yksi asukas keitti päivittäin yhteiset päiväkahvit kymmenelle muulle osaston pikkukeittiössä, jolloin tähän tapahtumaan kuuluivat kahvin keiton lisäksi pöydän kattaminen, astioiden korjaaminen ja tiskaaminen. Noin kymmenen asukasta kävi useita kertoja viikossa alakerran askartelussa tekemässä erilaisia käsitöitä. Lisäksi yksittäisiä 'luottamustehtäviä' olivat toisen asukkaan auttaminen, roskakorien tyhjennys, lehtien niputtami-

nen, kirjastossa auttaminen, hartaushetken ja jumppatilaisuuksien järjestelyihin osallistumien (tuolien siirtely, muiden vanhusten avustaminen), tarjottimien korjaaminen pöydistä, ruokaliinojen taittelu, postin jakaminen muille ja jump-pakellon soittaminen.

Kotiaskareita arvioitaessa nousi esiin monia kriittisiä kysymyksiä. Ensinnäkin suuren laitoksen puitteet ja toimintatavat tekivät 'oikean' osallistumisen vaikeaksi. Suuret osastot ja laitosmaiset tilaratkaisut eivät houkuttelleet yhteiseen puuhailuun. Yhteisön jäsenten ja toimintojen eriytymistä tukivat monet asiat. Henkilökunnalla oli tapana syödä eri aikaan ja eri paikassa kuin asukkaat, kahvitauot ovat erikseen, fysioterapia-, askartelutilat ja keskuskeittiö sijaitsivat kaukana osastoista. Henkilöstöryhmien työ oli tarkkaan rajattua. Luontevalle arkitoiminnalle, johon vanhuksset voisivat tuettuina osallistua, ei ollut paikkaa, aikaa, menetelmiä eikä sisältöjä. Henkilökunnan työtä ohjasivat ennalta suunnitellut tehtävät, joilla oli tarkka aikataulu ja joissa vanhuksset olivat mukana hoidon kohteina. Monet toiminnat olivat keskitettyjä. Niihin puuttuminen ei ollut mahdollista, koska järjestelmiä samoin kuin työtä yleensäkin ohjasi pitkälle rationalisoitu tehokkuusajattelu.

Pienissäkin kokeiluissa tuli vastaan monia ongelmia. Asukkaiden huonokuntoisuus rajasi tarjottavien tehtävien määrää. Erityisesti muistamattomat vanhuksset sitoivat henkilökunnan valvonta- ja ohjaustehtäviin, joihin ei ollut aikaa. Monet asukkaille tarkoitettut, toiminnalliset tilanteet muuttuivat henkilökunnan tekemiseksi, mitä asukkaat tosin mielenkiinnolla seurasivat. Itse tilanteessa ei osattu purkaa työsuorituksia ja jakaa niitä sopivalla tavalla vanhusten kanssa (esim. pullan leipominen), koska oli helpompi ja nopeampi lopulta tehdä itse. Vanhusten osallistuminen olisi vaatinut toimintatapojen ja työn sisällön uudelleen arviointia sekä toiminnan suunnittelua. Jotkut tilanteet vaikuttivat vanhuksille vaarallisilta (esim. silittäminen). Välineistö oli puutteellista. Esimerkiksi siivoustarvikkeet olivat keskitetysti lukkojen takana eikä niitä riittänyt asukkaille.

*'Jos mun huoneessa olis vaikka lattiaharja ja jotain muuta siivousta varten, niin kyllä äkkiä tulis valmista kun on niin paljon riuskoja naisia'* (asukas-kommentti)

Esteinä kotiaskareiden laajemmalle omaksumiselle pidettiin asukkaiden heikkoa kuntoa ja laitostumista jo kotona asuessaan, missä kotipalvelu oli 'opettanut' asiakkaat avuttomiksi arkiaskareiden suhteen. Myös eri henkilöstöryhmien yhteistyötaitojen puutetta moitittiin. Yleisesti pelättiin omaisten reaktiota. Osa omaisista olikin esittänyt epäilyksiä palvelun heikentymisestä nähtyään asukkaiden taittelevan ruokaliinoja.

Hoitohenkilökunnan mielestä ihanne olisi ollut voida tehdä työtä asukkaiden yksilöllisistä tarpeista käsin yhdessä arkea jakaen. Vallitsevien käytäntöjen muuttaminen tuntui monella tavalla ylivoimaiselta. Siinä olisi tarvittu puuttumista liian suurilta tuntuviin kysymyksiin, jotka koskivat yhteisöä, henkilöstö-

rakennetta ja -mitoitusta, ammattikuvia, työn sisältöä, työnjakoa ja fyysisiä puitteita.

*‘Kotiaskareet tehtäisiin yhdessä henkilökunta ja asukkaat. Aina löytyy joku asukas, joka osaa jotain’* (hoitoapulaisen kommentti)

Tutkimusprosessin aikana syntyi käsitys, että fyysisen aktiivisuuden tukeminen arkiaskareissa oli henkilökunnan mielestä luontevaa ja myötäili monen hoitajan ja hoitoapulaisen luontaisia taipumuksia. Siksi oli sääli, että sen tiellä olevat esteet näyttivät olevan vielä suurempia kuin liikunnan ohjauksessa.

### Baby-jump -vuodevoimisteluojelma

Projektin edetessä lisääntyivät toiveet liikuntamuodosta, joka sopisi toimintakyvyltään huomattavasti heikentyneille vanhuksille. Eri vaihtoehtoja mietittiin. Esillä oli mm. vuodevoimisteluohjelman laatiminen. Myös yksinkertaisesta joogaohjelman sovelluksesta keskusteltiin. Kotivoimistelu-ohjelman alkupe-  
räinen toteutustapa oli osoittautunut vaativaksi asukkaille sekä henkilökunnalle, joten vastaavalla idealla ei tahdottu jatkaa. Toivottiin jotakin yksinkertaista, luontevaa ja hauskaa.

Pohdintavaiheessa palasivat mieleen asukashaastattelut, jossa moni vanhus oli kertonut harjoittavansa ‘pientä voimistelua’ omassa huoneessa. Haastatteluun ei kuulunut tarkentaa harjoitteiden sisältöä, mutta useat asukkaat kertoivat, mitä he tekevät. Moni sanoi aloittavansa aamun ‘pyöräilemällä’ vuoteessa. Nämä ajatukset yhdistyivät Kuntokalliolla olevaan tietoon Baby-jump -vuodevoimistelusta, johon vanhainkodissa haluttiin tutustua.

Fysiatri Ragnar Viirin Baby-jump -voimistelu on saanut nimensä siitä, että harjoittelu muistuttaa pienten vauvojen raajojen liikettä selinmakuulla. Kyseessä on symmetrinen ja rauhallinen pyöräilyliike. Tarkoitus on toistaa sitä noin minuutin ajan kerralla useita kertoja päivässä. Kukin voi aloittaa harjoittelun oman jaksamisensa ja vointinsa mukaan lisäten sen määrää vähitellen. Ohjelman tavoitteena on vahvistaa reisien, lantion ja keskivartalon lihaksia kestäämään pystyasennon ja kävelyn aiheuttamaa rasitusta. Myös alaraajojen nivelet saavat liikuntakyvyn kannalta tarpeellista harjoitusta. Ragnar Viir yhdistää ohjelmaansa myös veden nauttimisen pienissä erissä useita kertoja päivässä. Riittävä nesteen nauttiminen on hyvinvoinnille tärkeää, ja harjoitusohjelman pumppaava liikesuoritus edistää sopivaa nestekiertoa.

Ohjelma käynnistettiin siten, että Ragnar Viir esitteli ohjelmaa johtoryhmässä, jonka jälkeen järjestettiin koulutus koko henkilökunnalle. Ragnar Viirin ehdotuksesta henkilökunta sai luvan kokeilla ohjelmaa ensin itse voidakseen vakuuttua sen hyödyllisyydestä. Tämä vaihe aiheutti suurta hilpeyttä osastoilla, joiden toimistoihin tuotiin esimiesten suostumuksella patja henkilökunnan ‘pyöräilyharjoituksia’ varten. Ragnar Viir hauskutti henkilökuntaa puhumalla istumisen turmiollisuudesta. Hän kehotti korvaamaan kahvin vedellä ja naut-

timaan kahvitauoista selällään pyöräillen, muuten vain loikoillen tai vähintään jalat pöydällä.

Henkilökunnan kokeiluvaiheen jälkeen järjestettiin erityiskoulutus kuntoutus- ja hoitohenkilökunnalle. Koulutetut valitsivat fysioterapeutin kanssa asukkaat, joille ohjelmaa suositeltiin. Osa heistä tarttui toimintamahdollisuuteen. Seuranta- ja kannustamisvelvoite osoitettiin ulkoilussa ja kotivoimistelussa opitun mallin mukaan omahoitajille.

Projekti alkoi olla loppusuoralla. Projektin loppuminen aiheutti omahoitajille, liikuntavastaaville ja osastonhoitajille paljon tiedonkeruutyötä, joten Baby-jump -ohjelman käynnistysvaiheessa projektiväsymys alkoi jo olla ilmeistä. Varsinaista haastatteluun ja kyselyyn perustuvaa arviointia ei ehditty tehdä. Arvioinnin perustana ovat työryhmissä käydyt keskustelut ja tutkijan omat havainnot.

Baby-jump -ohjelma toi esille tärkeitä asioita. Henkilökunnalle virkistäytyminen työpaikalla selinmakuulla pyöräillen oli luvankin jälkeen lähes mahdoton ajatus. Pelättiin naurunalaiseksi joutumista, sillä henkilökunnan mukaan työn tavoitteena oli vanhusten eikä oma hyvinvointi. Myös hygieniakysymykset, esimerkiksi lattian puhtaus, tulivat voimakkaasti esille.

Tarjottaessa ohjelmaa asukkaille törmättiin niin ikään ongelmiin. Toimintakyvyltään heikentyneet vanhuksot olisivat alussa tarvinneet monta kertaa yksilöllistä tukea ja osa myös avustusta ohjelman suorittamisessa. Tähän ei henkilökunnalla riittänyt aikaa. Avustaminen koettiin vaikeaksi. Jotkut asukkaat pyysivät jopa yhdessä tekemistä. Minne hoitaja voi asettua vanhuksen huoneessa voimistellakseen asukkaan kanssa? Lattia tai vuode olivat molemmat yhtä mahdottomia ajatuksia. Jälleen keskusteltiin hygieniasta, mutta myös intimitteettisuojusta ja reviiireistä.

Veden nauttiminen aiheutti varsinaisen vastustusryöpyn. Lisääntyneet WC -käynnit ja niissä avustaminen olivat henkilökunnalle yllättävä lisätyö. Fysioterapeutin mukaan tavallista kävelyttämistäkin alettiin kommentoida sanoin *'Taasko sitä ollaan vessareissulla'*. Veden juonnin suosittelu lopetettiin. Baby-jump -ohjelma jäi projektin loppuvaiheessa muutamien vanhusten harrastukseksi. Ajallinen lisä projektiin olisi voinut koitua ohjelmalle eduksi. Fysioterapeutti piti ohjelmaa hyödyllisenä vaihtoehtona toimintakyvyltään heikentyneille vanhuksille sekä hyvänä liikunnan lisänä parempikuntoisille asukkaille. Erityisesti niille, joille kävely tuotti ruumiinpainon tai nivelvaivojen vuoksi lonkka- tai polvikipuja, olisi Baby-jump -ohjelma ollut erinomaista harjoitusta.



## 6.2 Tavoitteiden saavuttaminen

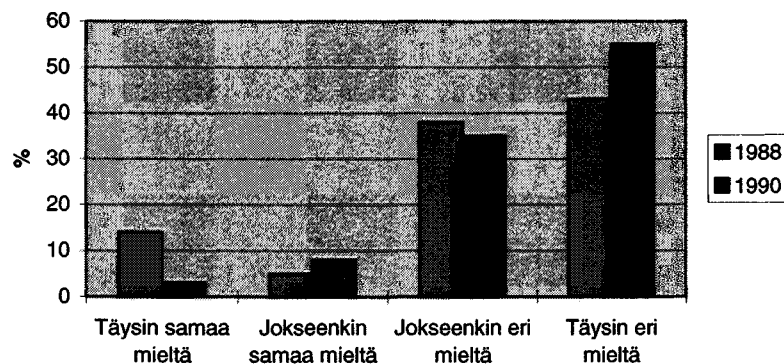
### 6.2.1 Muuttuivatko henkilökunnan ajatukset ja työtavat?

Henkilökunnalle osoitetun kirjallisen loppukyselyn kysymyksiä 1990 verrattiin alkukyselyn 1988 tuloksiin. Kahden vuoden jälkeen liikunnallista kuntoutusta tärkeänä pitävien osuus oli kasvanut yli yhdeksääkymmeneen prosenttiin hoitohenkilökunnasta. Kasvu oli tapahtunut erityisesti sen ryhmän osalta, joka piti liikunnallista kuntoutusta melko tärkeänä.

Tarkasteltaessa muutosta suhtautumisessa ikääntyvien liikuntaan ja liikunnalliseen kuntoutukseen 28:n väittämän perusteella, havaittiin myönteisyyden säilyneen ja vahvistuneen joiltakin osin. Väittämiä tutkittiin jakaumien avulla, joihin sisältyivät vastausvaihtoehdot : 1. Täysin samaa mieltä 2. Osittain eri mieltä 4. Osittain eri mieltä ja 5. Täysin eri mieltä.

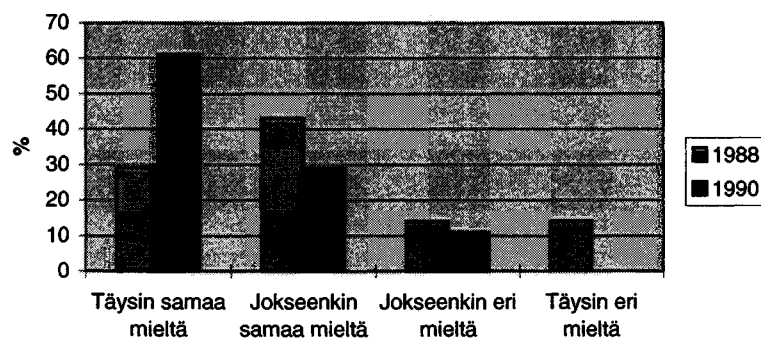
Joissakin väittämissä henkilökunnan mielipiteet jakautuivat hyvin samalla tavalla molempina tutkimusvuosina. Esimerkiksi väittämä 'Vanhukset ovat liian huonokuntoisia liikkuakseen monipuolisesti', sai kannatusta runsaalta puolelta henkilökuntaa. Samoin väittämä 'Kuntouttava hoito lisää henkilökunnan työtä' ja 'Ryhmävoimistelu ei riitä kuntoutukseksi' sai molempina vuosina taakseen kolmeneljäsosaa henkilökunnasta. Ohessa esitellään jakaumatuloksia, joissa oli tapahtunut selvää muutosta verrattuna alkutilanteeseen.

Suhtautuminen kuntoutukseen ja fyysiseen aktivointiin liittyviin konkreettisiin toimintoihin oli muuttunut kaikkein eniten myönteiseen suuntaan. Esim. väittämä 'Vanhusten ulkoiluttaminen ei kuulu henkilökunnan tehtäviin' ei saanut kannatusta entiseen tapaan: täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli viidesosan sijasta enää kymmenesosa (kuvio 5). Täysin eri mieltä olevien osuus oli kasvanut.



**Kuvio 5** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N=42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Vanhusten ulkoiluttaminen ei kuulu henkilökunnan tehtäviin'.

Hoitohenkilökunnan mukanaolo ryhmävoimistelussa oli saanut runsaasti lisää kannatusta (kuvio 6). Erityisesti täysin samaa mieltä olevien osuus oli lisääntynyt huomattavasti. Vastustajien määrä oli vähentynyt neljäsosasta kymmenesosaan, eikä kukaan enää täysin vastustanut henkilökunnan mukanaoloa ryhmävoimistelussa.

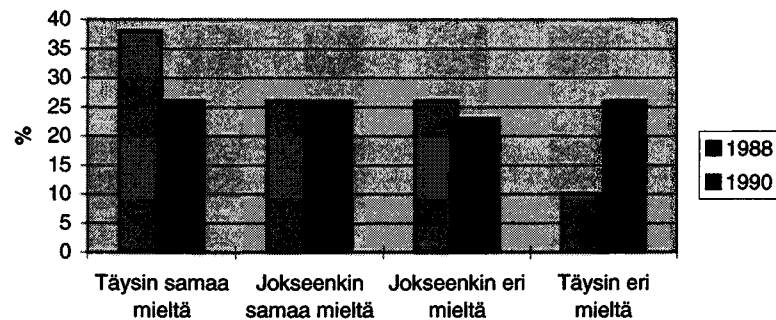


**Kuvio 6** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Olisi suotavaa, että henkilökunta olisi mukana ryhmävoimistelussa'.

Henkilökunnan kokemaa hyödyllisyyttä omasta roolistaan ryhmävoimistelussa testattiin väittämällä 'Henkilökunnasta ei ole hyötyä ryhmävoimistelussa'. Kukaan ei ollut asiasta enää täysin samaa mieltä, ja noin neljäsosasta puoleen oli kasvanut niiden osuus, jotka olivat väittämästä täysin eri mieltä.

Myös tiedon jakaminen liikunnasta oli mielletty hoitohenkilökunnan tehtäväksi, sillä väittämä 'Tiedon jakaminen liikkumisen merkityksestä on hoitohenkilökunnan tehtävä' oli lisännyt kannatusta erityisesti täysin samaa mieltä olevien keskuudessa.

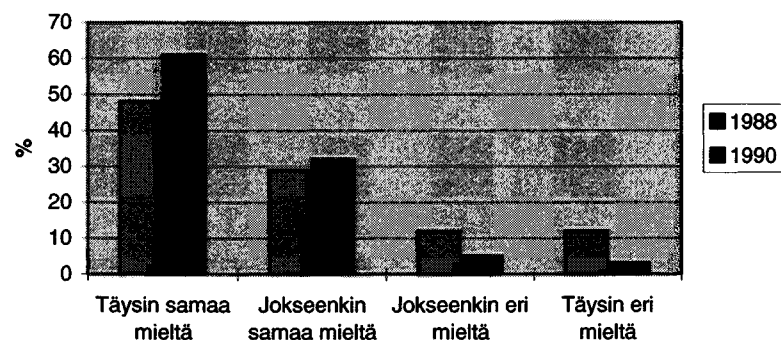
Työnjakokysymyksissä kuntoutushenkilökunnan roolia korostettiin aikaisempaa vähemmän. Suhtautumisessa väittämään 'Kuntoutuksen ongelmat ratkeavat vain kuntoutushenkilökuntaa lisäämällä' henkilöstön mielipiteet jakautuivat aikaisempaa tasaisemmin (kuvio 7). Täysin eri mieltä olevien osuus oli kasvanut eniten. Alkumittauksessa runsas kolmannes oli ollut täysin samaa mieltä kuntoutushenkilökunnan keskeisestä roolista ja vain kymmenesosa täysin eri mieltä.



**Kuvio 7** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Kuntoutuksen ongelmat ratkeavat vain kuntoushenkilökuntaa lisäämällä'.

Edellä mainitut muutokset osoittanevat, että hoitohenkilökunta oli kokenut oman panoksensa kuntoutuksessa liikunnallisten toimintojen vuoksi merkittävänä. Kuntoutusta ei enää mielletty vain kuntoutushenkilöstön tehtäväksi.

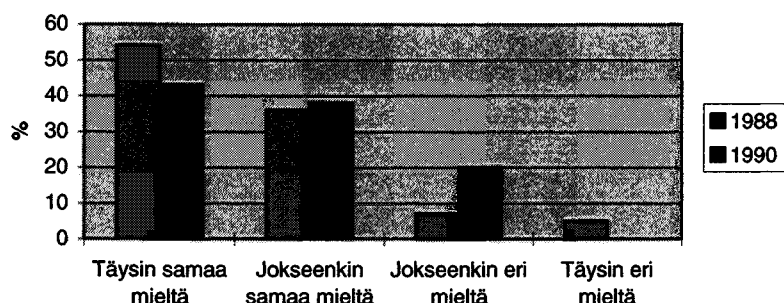
Pelko liikuntaan sisältyvistä riskeistä oli vähentynyt. Väittämästä 'Liikunnan anti on vanhuksille riskiä suurempi' enemmän kuin yhdeksän kymmenestä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä aiemman kolme neljäsosan sijasta ( kuvio 8). Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ei ollut lisännyt tapaturmia vanhainkodissa, joten se lienee vaikuttanut mielipiteisiin.



**Kuvio 8.** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Liikunnan anti vanhuksille on suurempi kuin siihen sisältyvät riskit'.

Toisaalta väittämistä välittynee se, että liikunnallinen kuntoutus on haastavaa työtä, joka vaatii oman paneutumisen ja aikaa. Esimerkiksi käsitys siitä, että 'Kuntoutusta voi tehdä muun työn ohessa', oli muuttunut (kuvio 9). Täysin

samaa mieltä olevien osuus oli vähentynyt ja jokseenkin eri mieltä olevien osuus oli jonkin verran lisääntynyt.

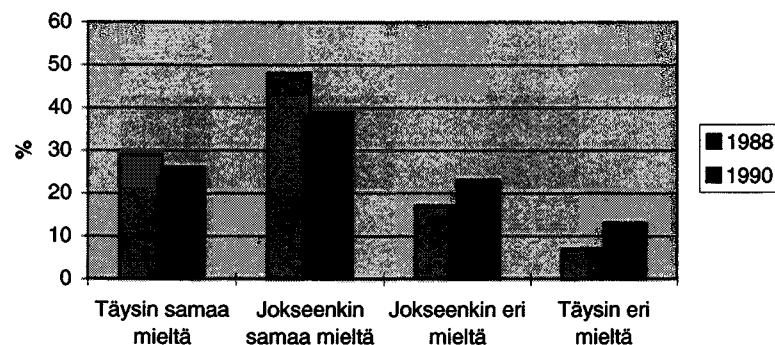


**Kuvio 9** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Kuntoutusta voi tehdä muun työn ohessa'.

Myös väittämä 'Vanhusten liikunnan lisäämisestä ei ole apua hoitohenkilökunnalle' oli saanut lisää kannattajia. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli neljäsosa henkilökunnasta aikaisemman runsaan kymmenesosan sijasta. Myös väittämästä 'Vanhusten tulisi levätä enemmän' oltiin enenevästi samaa mieltä. Loppuarvioinnissa viidennes hoitohenkilökunnasta yhtyi tähän käsitykseen.

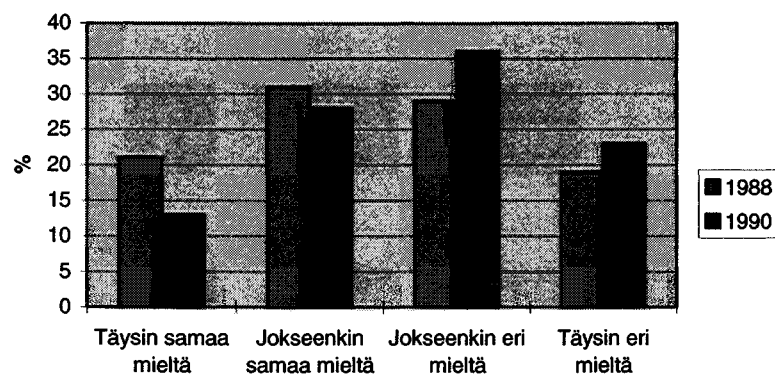
Edellä mainitut kannanotot lienevät seurausta myös projektikokemuksista. Sekä vanhusten avustaminen omatoimisuuteen että liikunnallisten toimintojen organisointi ja ohjaus sitoivat työntekijöiden aikaa uudella tavalla. Esimerkiksi liikuntaryhmässä mukana oleva tai vanhusta kävelyttävä työntekijä oli sidottu tehtäväänsä eikä voinut tehdä muuta. Mahdollisen kuntoutumisen tulos esimerkiksi tulevaisuudessa itsenäisempänä vanhuksena, ei ollut heti nähtävissä. Vanhoja rutiineja ei uuden painotuksen myötä osattu samassa tahdissa purkaa, joten osittain työntekijöiden tehtävät lisääntyivät. Vanhusten lisääntyvä lepo olisi luonnollisesti vähentänyt niitä.

Toisaalta kokemus siitä, että liikunnallisten tehtävien voidaan ajatella sisältyvän hoitotyöhön heijastunee väittämässä 'Kuntoutukselle ei jää aikaa muiden töiden takia'. Tästä mielipiteestä oli luovuttu siten, että täysin tai jokseenkin samaa mieltä olevien osuus oli vähentynyt runsaasta kolmesta neljäsosasta alle kahteen kolmasosaan (kuvio 10).



**Kuvio 10** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Kuntoutukselle ei jää aikaa muiden töiden takia'.

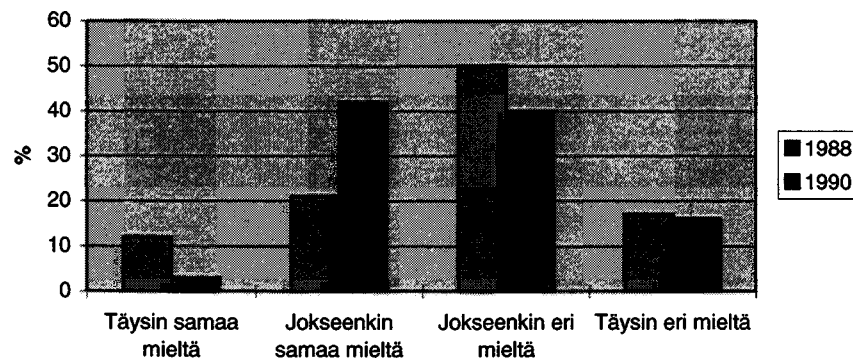
Edelleen enemmistö, joskin vähentyneenä, piti omatoimisuuteen avustamista riesana muiden töiden kannalta. Väittämästä 'Vanhusten avustaminen omatoimisuuteen vie liikaa aikaa muilta töiltä', kaksi viidesosaa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä (kuvio 11). Aikaisemmin tästä väittämästä samaa mieltä oli ollut yli puolet henkilökunnasta.



**Kuvio 11** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Vanhusten avustaminen omatoimisuuteen vie liikaa aikaa muilta töiltä'.

Käsitys kuntoutuksen ja muun työn välisestä suhteesta oli muuttunut jossain määrin. Väittämän 'Muu hoito on hoitohenkilökunnalle tärkeämpää kuin fyysinen aktivointi' jakaumat osoittavat, että muun hoidon merkitystä fyysiseen aktivointiin verraten korosti aikaisempaa suurempi joukko hoitohenkilökun-

nasta, mutta ehdottomuus kannanotoissa oli vähentynyt (kuvio 12). Erityisesti niiden osuus oli pienentynyt, jotka olivat väittämästä täysin samaa mieltä. Toisaalta jokseenkin samaa mieltä olevien osuus oli kaksinkertaistunut ja eri mieltä olevien osuus vähentynyt runsaalla kymmenesosalla. Lopputuloksena mielipiteet jakaantuivat tässä kysymyksessä melko tasan puolesta ja vastaan.



**Kuvio 12** Henkilökunnan mielipidejakaumat (%) 1988 (N= 42) ja 1990 (N=41) väittämään 'Muu hoito on tärkeämpää hoitohenkilökunnalle kuin fyysinen aktivointi'

Väittämästä 'Koko henkilökunnan tulisi osallistua kuntoutuksesta keskusteluun' vallitsi periaatteessa suuri yksimielisyys, mutta niiden osuus oli vähentynyt hiukan, jotka olivat asiasta täysin samaa mieltä.

Yhteenvedona voi todeta, että henkilökunta näytti muuttaneen kannanottojaan fyysisen aktiivisuuden hyväksi ja tunnistivat omat mahdollisuutensa toteuttaa sitä työssään. Hoitotyö tuki kuntoutusta. Ongelmana koettiin edelleen fyysistä aktiivisuutta tukevien toimintojen ja vakiintuneiden rutiinien yhteensovittaminen joko omassa työssä tai työtehtävien kokonaisuudessa.

Väittämien ohella hoitohenkilökunta vastasi samoihin kysymyksiin osallistumisestaan asukkaiden liikunnalliseen kuntoutukseen kuin tutkimuksen alussa. Kyselyssä arvioitiin asukkaiden kävelyttämiseen käytettyä aikaa, hoitohenkilökunnan osallistumista ryhmävoimistelun sekä asukkaiden tukemista yksilöllisissä liikuntaohjelmissa.

Tulokset noudattelivat vastaavan sisältöisten väittämien muutoslinjaa. Omalla työvuorolla asukkaiden kävelyttämiseen käytetty aika oli lisääntynyt keskimäärin 15 minuuttia/hoitaja. Tutkimuksen lopussa se oli 1 t 20 minuuttia/työvuoro. Asukkaissa oli lisääntynyt niiden määrä, jotka tarvitsivat huomattavasti apua liikkumisessaan, joten tulos voi selittyä sillä. Tulos kertonee osaltaan myös myönteisestä suhtautumisesta asukkaiden liikkumiseen, koska kävelyttämiseen käytettiin aikaa. Myös henkilökunnan osallistuminen ryhmävoimisteluun oli

saanut entistä aktiivisempia piirteitä (taulukko 3). Vastaaajien oli mahdollista valita useampia vastausvaihtoehtoja.

**Taulukko 3** Liikuntatoimintaan osallistuvan henkilökunnan lukumäärä ja osallistumisen tapa vuosina 1988 ja 1990

	1988	1990
tuon tai vien asukkaita ryhmiin	31	28
olen mukana ryhmissä	7	21
olen apuohjaajana ryhmissä	1	10
ohjaan itse ryhmää	1	10
avustan yksilöllisissä ohjelmissa	3	8
	N= 42	N=41

Osallistuminen oli aiemmin lähinnä asukkaan saattamista ryhmään. Tutkimuksen lopussa puolet hoitohenkilökunnasta osallistui myös itse toimintaan aikaisemman kuudesosan sijasta. Täysin uusia tehtäviä olivat apuohjaajana toimiminen sekä itsenäinen ryhmänohjaus. Näihin tehtäviin osallistui tutkimuksen lopussa neljäsosa henkilökunnasta. Yksilöllisissä kunto-ohjelmissa (esim. asukkaalle laadittu henkilökohtainen voimisteluohjelma) kahdeksan henkilöä aikaisempaan kolmeen verrattuna. Yksilöllisen kunto-ohjelma kysymyksessä oli esimerkkinä mainittu oma voimisteluohjelma, joka ehkä rajasi vastausta liikaa. Suurin osa henkilökunnasta osallistui esim. omahoitajan roolissa asukkaiden säännölliseen ulkoiluttamiseen, mutta ei ehkä mieltänyt tätä 'yksilölliseksi kunto-ohjelmaksi' kysymykseen vastatessaan.

Kyselyssä toistui kysymys, haluaisiko vastaaja toimia liikunnan ohjaustehtävässä oman työnsä ohessa, mikäli saisi siihen täydennyskoulutuksen. Suunnitelleen sama määrä hoitohenkilökuntaa vastasi tähän myönteisesti kuin aikaisemmin. Osa ilmoitti toimivansa jo ohjaajina. Täysin kielteisen kannan ohjauksen sisällyttämisestä omaan työhönsä oli ottanut neljäsosa henkilökunnasta aikaisemman kymmenesosan sijasta. Valtaosa heistä oli hoitoapulaisia.

Kielteisen kannan vahvistuminen ohjauskysymyksessä heijastanee uusista toimintatavoista saatua kokemusta. Osastonhoitajien ja siivoustyön esimiehen päätöksellä vain hoitajille annettiin mahdollisuus kouluttautua ohjaajiksi siitä huolimatta, että halukkaita oli myös hoitoapulaisissa. Hoitoapulaiset osallistuivat projektiin tekemällä tilaa ohjaajien työlle (esim. ottamalla itselleen ylimääräisiä tehtäviä näiden ollessa 'liikuntatyössä'). Toisaalta hoitoapulaiset halusivat osallistua ulkoiluun ja kotivoimisteluun, mistä oma esimies antoi moitteita. Hoitoapulaisten haluttomuutta kouluttautua projektin lopussa selittää se, että alunperin koulutusmyönteiset henkilöt tiesivät projektikokemuksesta, ettei heitä valittu koulutukseen, koska esimies ei anna heidän toimia ohjaustehtävissä. Osa hoitoapulaisista oli ehkä myös toimintaa nähtyään tullut siihen tulokseen, etteivät halua muuttaa työnkuvaansa ohjaustyön suuntaan.

Hoitoapulaiset kokivat vaikuttamismahdollisuuksien puutetta omassa työssään. Kirjallisessa kyselyssä suurin osa hoitoapulaisista mainitsi vaikutusmahdollisuutensa heikoiksi. Sen sijaan hoitajat pitivät vaikutusmahdollisuuksiaan keskimäärin hyvinä. Heikkoihin vaikutusmahdollisuuksiin hoitoapulaiset pitivät useimmiten syynä koulutuksen vähyyttä ja työnkuvaa tarkkaan rajattuine tehtävineen.

esim.:

*'Hoitoapulaisena toimiessani en ole aina paikalla asioista sovittaessa ja keskusteluissa (esim. jonkun vanhuksen tarvitsemasta liikunnanohjauksesta). Ehkä perustiedot ovat heikot ja luontainen ujous estää kysymästä.'*

*'Ei koulutusta. On tehtävä omat työt tehtäväkuvauksen mukaan ensin, jos jää aikaa sitten vasta muuta'.*

*'Minä olen hoitoapulainen eikä minulla ole koulutusta, että tietäisin enemmän vanhuksista ja heidän tarpeistaan. Meidän aika menee enemmänkin siivoukseen ja ruokahuoltoon.'*

#### 6.2.2 Mitkä toiminnot vakiintuivat vanhainkodin elämään?

Alunperin projektin ideana oli, että liikunnalliset toiminnot ovat kokeiluja, jotka kehittyvät arviointiprosessin ja toiminnan uudelleen suuntaamisen avulla. Prosessin avulla toiminnoista valikoituvat parhaat toimintatavat suositeltaviksi vanhainkotia varten.

Projektissa mistään toiminnasta ei kokonaan luovuttu, paitsi dementoituneiden liikuntaryhmästä, joka oli vain lyhyt kokeilu. Kaikki muut toiminnot jäivät jonkun asukkaan valitsemiksi ja sitä myötä pysyväksi toiminnaksi tutkimuksen loppuun asti. Puoli vuotta projektin jälkeen kaikki toiminnot olivat edelleen olemassa ja projektin lopussa syntyi jopa uusi toiminta (pelitoiminta). Sekä toimintoihin osallistuvat asukkaat että henkilökunnasta kyselyyn vastanneet avainhenkilöt toivoivat toimintojen jatkuvan.

Suosituin liikuntamuoto sekä henkilökunnan että asukkaiden mielestä oli istumatanssi. Sisällä toteutettavista toiminnoista ryhmäliikunta oli sekä asukkaista että hoitajista mieluisampaa kuin yksin tai hoitajan kanssa toteutettu liikunta (vrt. kotivoimistelu ja vuodevoimisteluojelma). Ulkoilussa mieluisin vaihtoehto sekä asukkaiden että avainhenkilöiden mielestä oli ulkoilu oman hoitajan kanssa.

Sopivimpina liikuntamuotoina vanhainkotiin avainhenkilöt pitivät istumatanssia ja vesivoimistelua. Eniten kritiikkiä sai kotivoimistelu alkuperäisessä muodossaan. Ulkoilua kannatettiin, mutta siihen liittyi runsaasti konkreettisia ongelmia, jotka tekivät siitä vaivalloisen toteuttaa.



### 6.2.3 Miten asukkaiden fyysinen aktiivisuus muuttui?

Ohessa tarkastellaan, miten suhtautuminen liikuntaan, jalkeilla oloaika, aktiivisen liikunnan määrä, sisältö, intensiteetti ja motiivit sekä osallistuminen arkiaskareisiin muuttuivat asukashaastattelun perusteella 1988 ja 1990.

#### Suhtautuminen liikuntaan

Asukkaiden suhtautumista liikuntaan selvitettiin vuonna 1988 ja 1990 mm. kysymyksellä 'Pyrittekö liikkumaan jokapäiväisten askareiden ja toimintojen yhteydessä mahdollisimman paljon?' Myönteisesti vastaavien naisten osuus kasvoi projektin aikana 52 %:sta 71 %:iin. Miesten myönteiset vastaukset sen sijaan vähenivät 86 %:sta 58 %:iin.

Lisäksi suhtautumista liikuntaan selvitettiin 31:llä asenneväittämällä, joihin vastaajien tuli ottaa kantaa molempina tutkimusvuosina. Kannanottoon oli sisällytetty vaihtoehdot: 1. Täysin samaa mieltä 2. Osittain samaa mieltä 3. En osaa sanoa 4. Osittain eri mieltä ja 5. Täysin eri mieltä. Väittämät analysoitiin tarkastelemalla jakaumia. Jakaumista esitellään ne väittämät, joissa oli tapahtunut suurimpia muutoksia.

Väittämistä käy ilmi, että joistakin asioista suurin osa asukkaista oli melko yksimielisiä ja että mielipide säilyi koko projektin ajan. Väittämiä, joihin kolme neljäsosaa asukkaista yhtyi joko täysin tai osittain molempina tutkimusvuosina, olivat esimerkiksi :

'Vain harvat ruumiillisen harjoituksen muodot sopivat nykyään minulle'  
'Päivittäisten toimien suorittamisessa on minulle riittävästi ruumiillista ponnistelua ja liikuntaa'  
'Olen liian huonokuntoinen liikkuakseni paljon'

ja toisaalta

'Asukkaiden pitäisi pyrkiä omatoimisuuteen ruumiinkuntonsa säilyttämiseksi',  
'Ruumiillinen ponnistelu ja liikunta on minulle tärkeä asia'  
'Osallistuminen ruumiillisiin harjoituksiin tuottaa ikääntyneille iloa'

Yhtäläillä saman suuruinen enemmistö oli edelleen eri mieltä seuraavista väitteistä:

'Minun tulisi levätä enemmän'  
'Asuinpaikkani nykyisin rajoittaa mahdollisuuksiani liikkua runsaasti',  
'Minulle ei anneta riittävästi mahdollisuuksia ulkoiluun'  
'En välitä harjoittaa liikkumistaitojani, koska ympäristö suhtautuu niihin kielteisesti'.

Edelliset väittämät jäivät erityisesti tutkijan mieleen omissa haastattelutilanteissa. Oli merkille pantavaa, kuinka voimakkaasti asukkaat vastustivat väitet-

tä, että heidän tulisi levätä enemmän (yli 80 % vastaajista). Suhtautuminen vahvistui projektin aikana.

*‘Minä en mitenkään voisi levätä tätä enempää’* (haastateltavan kommentti)

Samoin haastattelutilanteessa ilmeni, että asukkaat eivät aina tohtineet tuoda esille asioita, joita toivoivat.

*‘Joskus tekisi mieli ulos, mutta en raaski vaivata, kun näillä on niin tärkeitä paperitöitä’* (haastateltavan kommentti).

Monen väittämän suhteen ilmeni, että asukkaiden mielipiteet erosivat toisistaan ja että erot säilyivät projektin ajan. Tällaisia väittämiä olivat:

‘Päivittäisten toimien suorittaminen ei riitä ikääntyville ruumiilliseksi ponnisteluksi’

‘Raskasta työtä aiemmin elämässä tehneet eivät enää vanhuudessa tarvitse ruumiillista harjoittelua’

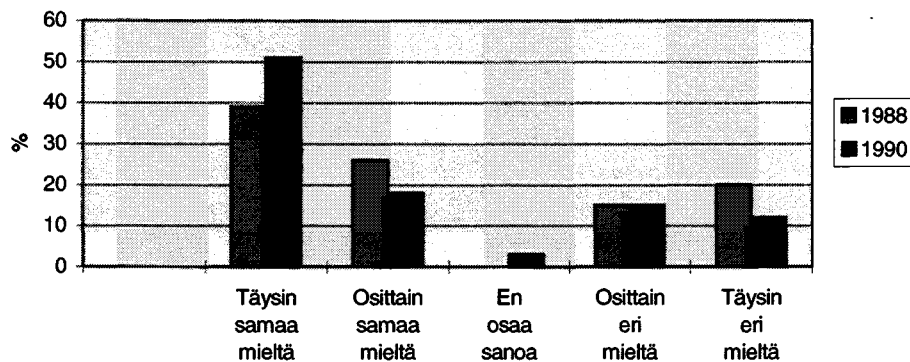
‘Osallistuminen ruumiillisiin harjoituksiin (esim. tuolivoimisteluun) tuntuu minusta liian työläältä’

‘En välitä liikkua paljon, koska minulla ei ole sopivaa päämäärää tai kohdetta’

‘Ohjattu toiminta vanhainkodissa ei ole sellaista, että se sopisi minulle’.

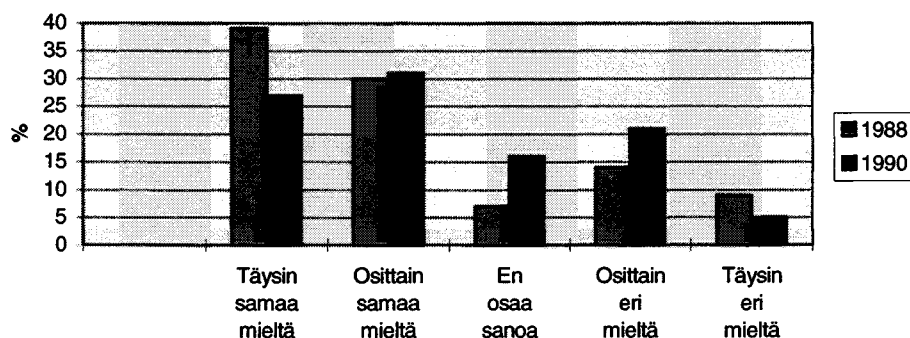
Seuraavaksi esitellään niitä väittämiä, joissa tapahtui eniten muutosta alkuhaastatteluun verrattuna.

Asukkaiden keskuudessa lisääntyi niiden osuus, jotka olivat täysin samaa mieltä ruumiillisen ponnistelun ja liikunnan liiallisesta rasittavuudesta itselleen (kuvio 13). Tämä kuvaa ehkä sitä tosiseikkaa, että asukkaiden haastattelun mukaan heidän liikuntakykynsä heikkeni kahden vuoden aikana.



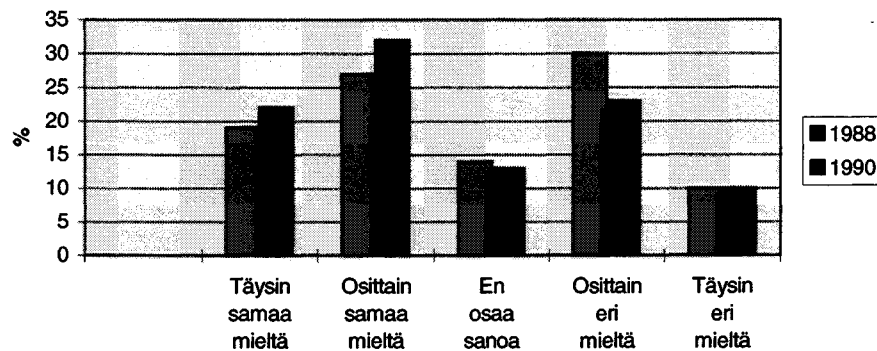
**Kuvio 13** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään 'Ruumiillinen ponnistelu ja liikunta on minulle liian rasittavaa'.

Käsitys siitä, että vanhainkodissa asuvat ovat liian huonokuntoisia voidakseen liikkua runsaasti, muuttui jonkin verran optimistisemmäksi (kuvio 14). Täysin samaa mieltä olevien määrä väittämässä väheni selvästi ja osittain eri mieltä olevien osuus vahvistui.



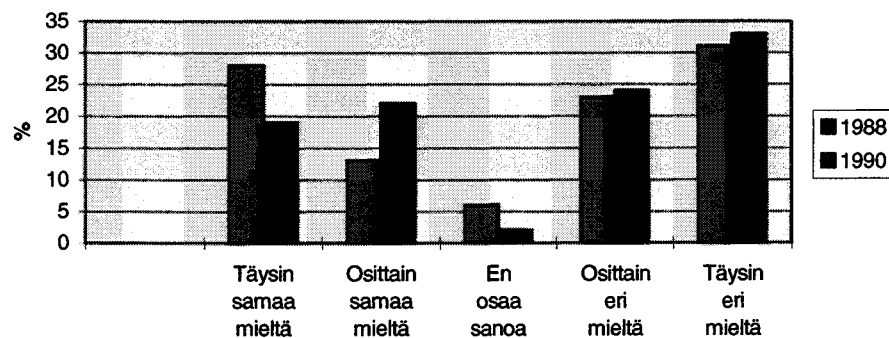
**Kuvio 14** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään 'Vanhainkodissa asuvat ikääntyneet ovat liian huonokuntoisia voidakseen liikkua runsaasti'.

Samaa optimismia heijastanee väittämä, jossa käsitys vanhainkoti-asukkaiden pystyvyydestä monipuoliseen liikkumiseen oli vahvistunut (kuvio 15). Yli puolet asukkaista oli vuonna 1990 täysin tai jossain määrin tätä mieltä. Ilmeisesti näkyvät ryhmä- ja ulkoilutoiminnot muuttivat käsityksiä asukkaiden suoriutumiskyvystä.



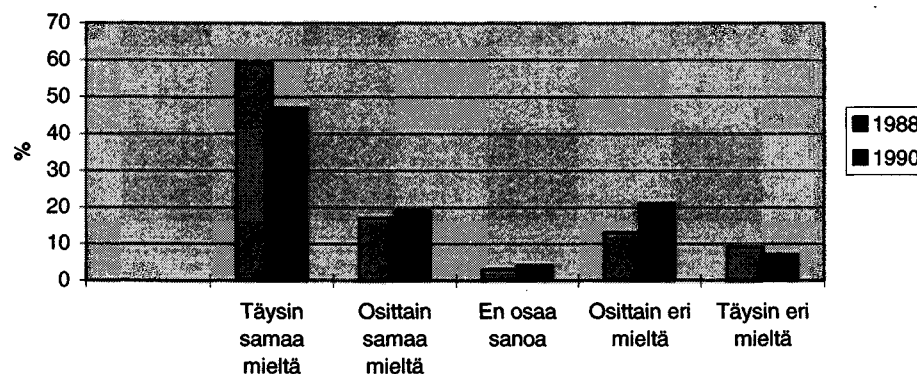
**Kuvio 15** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään 'Vanhainkodissa asuvat pystyvät liikkumaan monipuolisesti'.

Niiden asukkaiden määrä vähentynyt, jotka arvelivat ruumiillisesta ponnistelusta olevan itselleen enemmän haittaa kuin hyötyä (kuvio 16). Tästä huolimatta edelleen kaksi viidesosaa asukkaista arveli liikunnasta olevan enemmän haittaa.



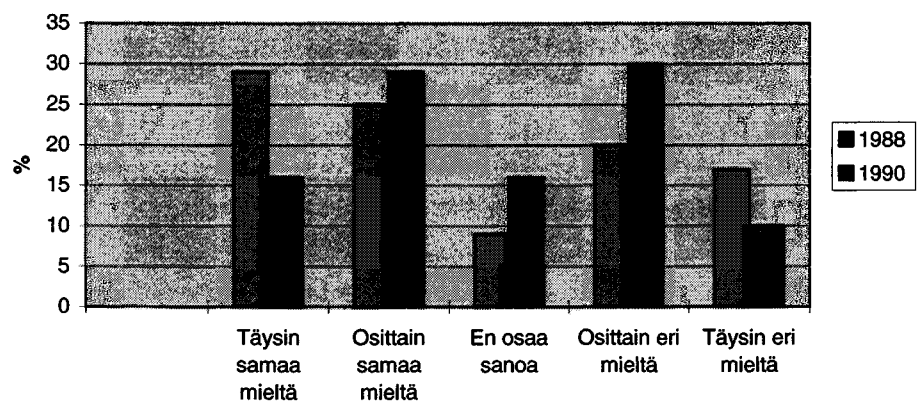
**Kuvio 16** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään '16 Ruumiillisesta ponnistelusta on minulle enemmän haittaa kuin hyötyä'.

Asukkailla oli tutkimuksen alussa vankka käsitys siitä, että hyvään hoitoon liittyy asukkaiden puolesta tekeminen: kolme neljäsosaa asukkaista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä tästä asiasta (kuvio 17). Projektin jälkeen väitteen saama tuki oli vähentynyt ja erimieltä olevien osuus kasvanut, joskin edelleen yli puolet arvosti 'täyttä palvelua'. Mielipiteen muutos osoittanee, että asukkaat osasivat arvostaa tarjottua mahdollisuutta toimia itse ja saada tilaisuuksia harjoittaa kykyjään.



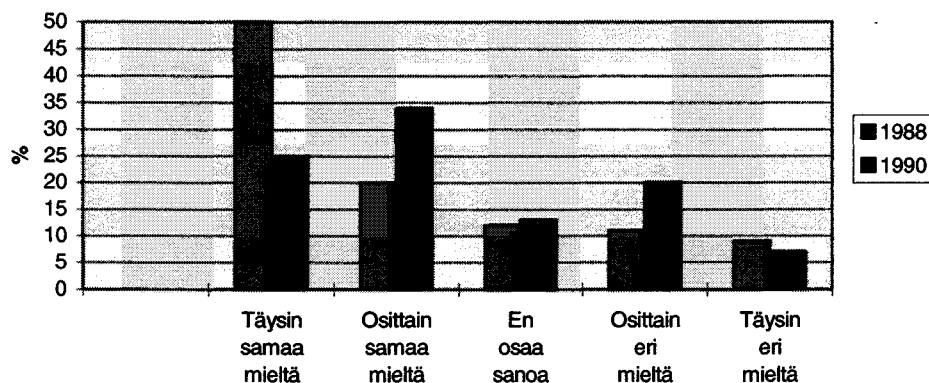
**Kuvio 17** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään 'Hyvään hoitoon vanhainkodissa kuuluu mielestäni se, että henkilökunta tekee asioita vanhusten puolesta'.

Projektin alussa yli puolet asukkaista oli sitä mieltä, että henkilökunnan tulisi rohkaista enemmän asukkaita liikkumaan (kuvio 18). Projektin kuluessa ehdottomuus väheni ja epävarmuus sekä osittainen erimielisyys väitteestä lisääntyi. Tilannetta voi tulkita siten, että asukkaat kokivat henkilökunnan rohkaisevan heitä aikaisempaa enemmän.



**Kuvio 18** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään 'Henkilökunnan tulisi rohkaista enemmän vanhainkodissa asuvien liikkumista'.

Myös seuraava väittämä vahvistavaa edellä mainittua ajatusta. Ehdoton käsitys kävelyavun suuremmasta tarpeesta oli vähentynyt selvästi. Toisaalta yli puolet ilmaisi edelleen, että suurempi apu kävelyssä olisi vanhainkodissa tarpeen (kuvio 19).

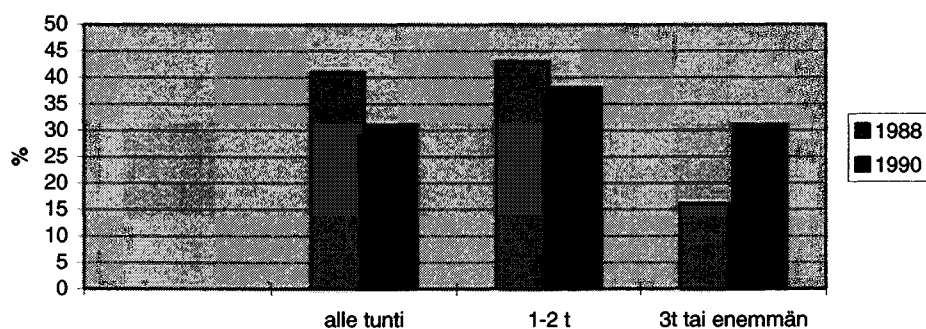


**Kuvio 19** Asukkaiden mielipidejakaumat (%) 1988 (N=105) ja 1990 (N=98) väittämään ' Vanhainkodissa asuvien tulisi saada enemmän kävelytysapua henkilökunnalta'.

Yhteenvedona voi todeta, että vaikka asukkaat kokivat ruumiillisen ponnistelun rasittavaksi itselleen, he myös mielsivät fyysisen aktiivisuuden tarpeellisuuden ja kaipasivat siihen tukea. Toisaalta henkilökunnalta odotettiin edelleen 'puolesta tekemistä', joskin aikaisempaa vähemmän. Levon lisääminen ei saanut kannatusta, ja liikunnan hyötyjä korostettiin haittoihin verrattuna aikaisempaa enemmän. Käsitukset vanhainkodin asukkaiden kyvystä liikkua monipuolisesti muuttuivat optimistisemmiksi.

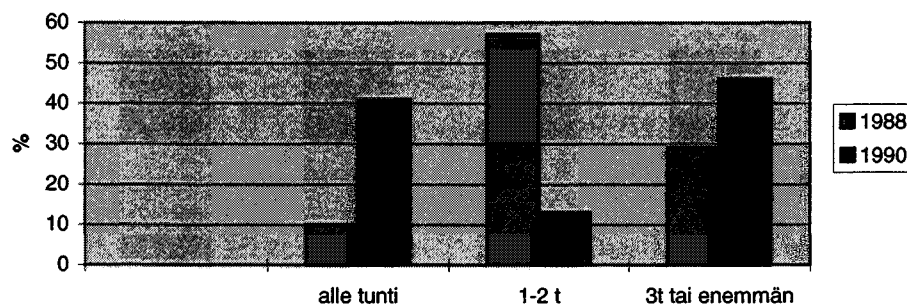
#### Päivittäinen jalkeilla oloaika

Naisten jalkeilla olo lisääntyi tutkimuksen aikana eniten niiden ryhmässä, jotka olivat aikaisemmin olleet eniten jalkeilla (kuvio 20). Heidän määränsä lisääntyi puolella ollen tutkimuksen lopussa lähes kolmasosa asukkaista. Eniten väheni niiden osuus, jotka olivat olleet aikaisemmin olleet jalkeilla vähiten eli alle tunnin päivässä.



**Kuvio 20** Naisten jakautuminen eri ryhmiin (%) päivittäisen jalkeilla oloajan mukaan 1988 (N=84) ja 1990 (N=76)

Miehillä (kuvio 21) lisääntyi sekä hyvin vähän jalkeilla olevien että paljon jalkeilla olevien osuus. Asukaskunta jakaantui tässä suhteessa entistä selvemmin aktiivisiin ja passiivisiin. Sekä miesten että naisten jalkeilla olo osoittaa, että potentiaalia jalkeilla oloon oli ollut selvästi enemmän kuin mitä aikaisemmin toteutunut jalkeilla olo osoittaa.

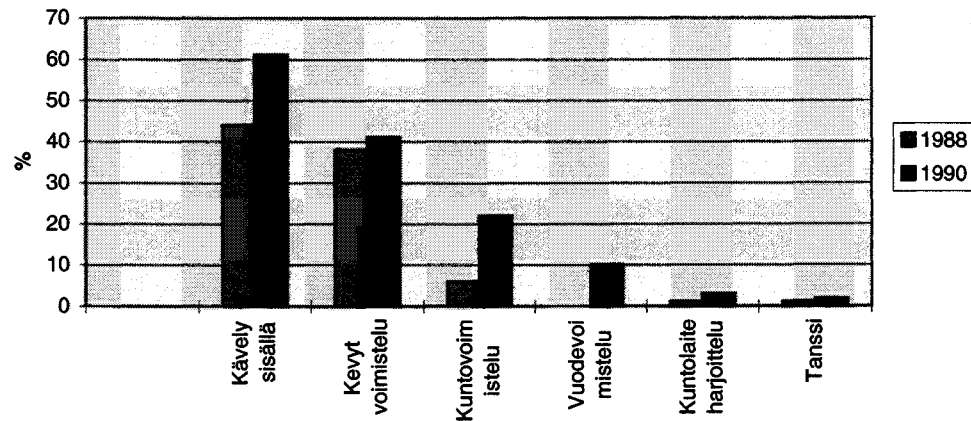


**Kuvio 21** Miesten jakautuminen eri ryhmiin (%) päivittäisen jalkeilla oloajan mukaan 1988 (N=21) ja 1990 (N=22)

#### Aktiivisen liikunnan määrä, sisältö, intensiteetti ja motiivit

Aktiiviseksi liikunnaksi määriteltiin liikunta, jonka motiivina on kunto tai virkistys. Tässä yhteydessä tarkastellaan yksilöllisen liikunnan harjoittamisen sekä ryhmäliikuntaan osallistumisen muutoksia naisilla ja miehillä tutkimuksen aikana. Yksilöllistä liikuntaa oli periaatteessa mahdollista toteuttaa useamman kerran viikossa, tiettyyn ryhmäliikuntaan saattoi puolestaan osallistua vain kerran viikossa. Ulkoilu on liitetty tulosten esittelyssä ryhmäliikuntaan, koska sen tavoitteeksi asetettiin toteutuminen kerran viikossa. Yksilöllisen liikunnan osalta esitellään jakaumat asukkaista, jotka ilmoittivat harjoittavansa kyseistä toimintaa vähintään 2-3 kertaa viikossa. Ryhmäliikunnan ja ulkoilun kriteerinä on osallistuminen kerran viikossa.

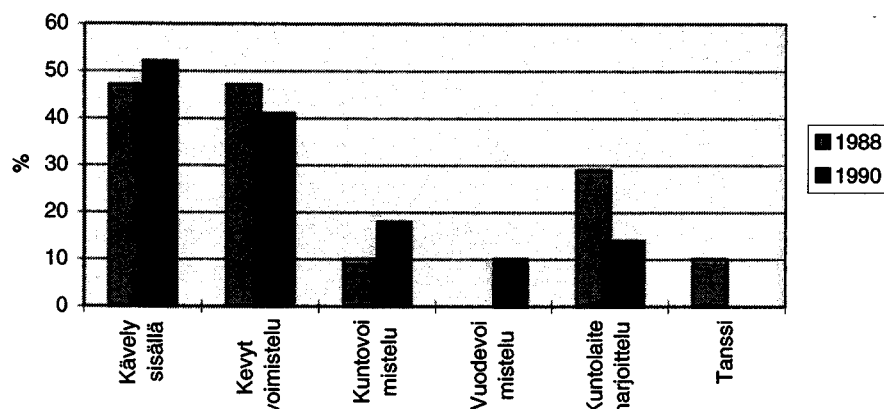
Kuviosta 22 havaitaan, että naiset olivat lisänneet huomattavasti kävelylenkkeilyä sisällä. Lähes kaksi kolmasosaa naisista ilmoitti harjoittavansa sitä useita kertoja viikossa. Kevyt voimistelu, jolla tarkoitettiin jotakin asukkaan omaa ohjelmaa, oli lisääntynyt jonkin verran. Kuntovoimistelu, jolla tarkoitettiin tehokkaampaa ohjelmaa ja tutkimuksen lopussa nimenomaan opastettua kotivoimisteluohjelmaa, oli lisääntynyt selvästi. Sitä harrasti runsas viidennes naisista. Uutena toimintana aloitettu vuodevoimistelu eli Baby-jump -ohjelma oli projektin lopussa tavoittanut noin 10 % naisista. Kaiken kaikkiaan tulokset osoittavat, että naisten yksilöllinen liikunta oli lisääntynyt projektin aikana.



**Kuvio 22** Yksilöllisiä liikuntamuotoja vähintään 2-3 kertaa viikossa harrastaneiden naisten osuus (%) kaikista naisista vuosina 1988 (N=84) ja 1990 (N=76)

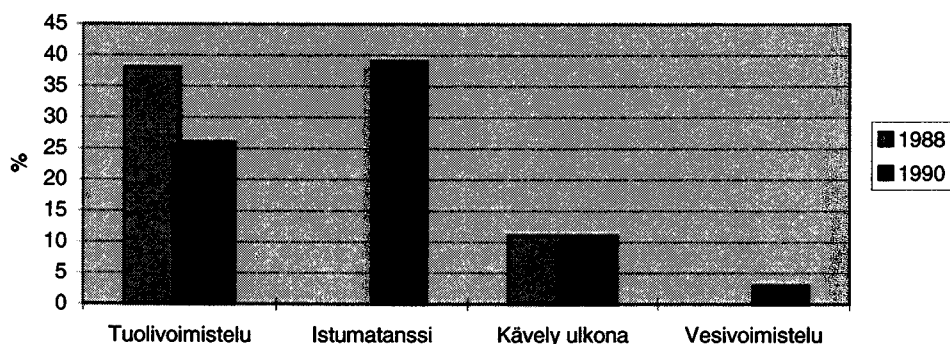
Miehet olivat myös lisänneet kävelylenkkeilyä sisällä, joskin muutos on vähäisempi kuin naisilla (kuvio 23). Omat, kevyet voimisteluohjelmat olivat vähentyneet, mutta kuntovoimistelu eli kotivoimisteluohjelman harjoittaminen oli sen sijaan lisääntynyt kuten naisillakin. Kotivoimistelua harjoitti runsas viidennes miehistä. Vuodevoimistelua eli Baby-jump -ohjelmaa oli alkanut harjoittaa noin kymmenesosa miehistä. Kuntolaitteharjoittelua oli harrastanut ennen tutkimusta lähes kolmannes miehistä. Sen harrastus väheni tutkimuksen aikana. Kokonaisuudessaan miehet olivat jossain määrin lisänneet yksilöllistä liikuntaa, jota toteutettiin osastolla. Sen sijaan kuntolaitteharjoittelu ja tanssi, jotka tapahtuivat palvelukeskuksessa (sama rakennus, alin kerros) olivat vähentyneet tutkimuksen aikana.





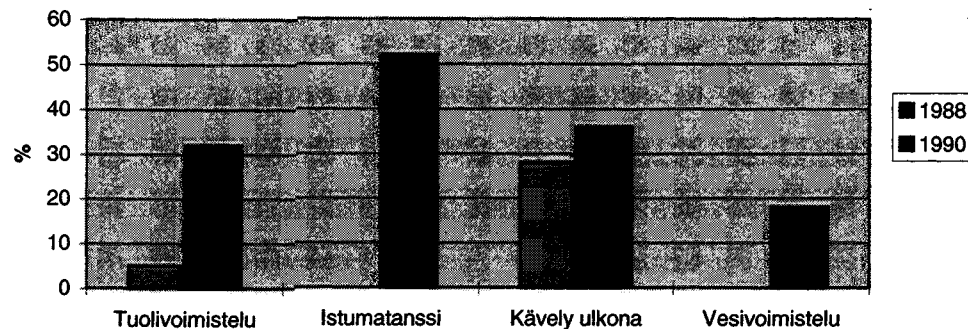
**Kuvio 24** Yksilöllisiä liikuntamuotoja vähintään 2-3 kertaa viikossa harrastaneiden miesten osuus (%) kaikista miehistä vuosina 1988 (N=21) ja 1990 (N=22)

Naisten ryhmäliikunnassa perinteinen tuolivoimistelu oli menettänyt suosioaan (kuvio 25). Tuolivoimistelua harrasti viikoittain neljäsosa naisista aikaisempaan runsaaseen kolmannekseen verrattuna. Uusi istumatanssi oli sen sijaan tavoittanut harrastajia ja siihen osallistui lähes kaksi viidesosaa naisista. Ulkoilu kerran viikossa kriteerillä ei tulosten mukaan ollut lisääntynyt naisilla. Vesivoimisteluryhmään osallistui kaksi naista.



**Kuvio 25** Ryhmäliikuntaan vähintään kerran viikossa osallistuneiden naisten osuus (%) kaikista naisista vuosina 1988 (N=84) ja 1990 (N=76)

Miehet sen sijaan olivat lisänneet tuolivoimisteluun osallistumista (kuvio 26). Lähes kolmannes miehistä osallistui tuolivoimisteluun projektin lopussa, kun aluksi heitä oli ollut vain muutama. Istumatanssin oli valinnut miehistä yli puolet. Miehet olivat lisänneet myös ulkoilua. Vesivoimisteluryhmään osallistui neljä miestä.



**Kuvio 26** Ryhmäliikuntaan vähintään kerran viikossa osallistuneiden miesten osuus (%) kaikista miehistä vuosina 1988 (N=21) ja 1990 (N=22)

Yhteenvedon voidaan päätellä, että sekä naiset että miehet olivat yksilöllisestä liikunnasta lisänneet kävelylenkkeilyä sisällä sekä toteuttivat myös kuntovoimisteluna kotivoimisteluohjelmaa. Kävely ja voimistelu yhdistivät miehiä ja naisia jo ennen projektia. Aikaisemmin miehiä ja naisia erotti osallistuminen osaston ryhmäliikuntaan, jota naiset harrastivat, sekä ulkoilu ja kuntolaitteharjoittelu, jotka olivat enemmän miesten toimintoja. Projektin aikana ryhmäliikuntaan osallistuminen lisääntyi molemmilla sukupuolilla. Miehet lisäsivät eroaan naisiin ulkoilun suhteen, mutta vähensivät selvästi kuntovälineharjoittelua. Kaiken kaikkiaan osastolla tapahtuva ryhmäliikunta lisäsi suosiotaan.

Tutkimuksessa haluttiin myös saada selville, olivatko aktiivista liikuntaa lisänneet nimenomaan aikaisemminkin aktiiviset henkilöt vai oliko tarjonnan kasvu lisännyt myös liikunnallisesti passiivisten asukkaiden osallistumista. Tulokset osoittavat, että aktiiviseen liikuntaan osallistumattomien määrä oli 45 %:sta vähentynyt 36 %:iin. Niiden määrä, joiden viikko-ohjelmassa oli yksi tai kaksi aktiivisen liikunnan muotoa oli pysynyt noin kahdessa viidesosassa. Yli kolme aktiivisen liikunnan muotoa viikossa harrastavien määrä oli 12 %:sta lisääntynyt 23 %:iin. Tulokset osoittavat, että liikunnan harrastajien määrä oli lisääntynyt kohdejoukossa, ja lisäksi ennestään aktiiviset olivat kasvattaneet osallistumistiheyttään.

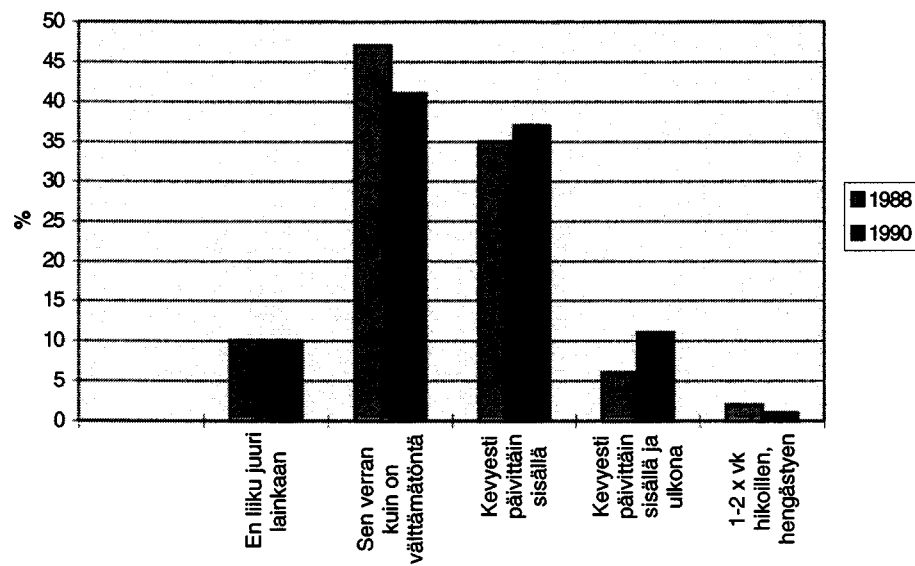
Haastattelussa ilmoitetun osallistumisen lisäksi kiinnosti saada myös selville, mikä oli asukkaiden todellinen osallistumistiheys viimeisenä tutkimusvuonna 1990. Haastattelussa annettu arvio omasta osallistumisesta kuvasti sitoutumista ja suunniteltua osallistumista, joka ei kohdejoukossa aina toteutunut. Syy satunnaiseen osallistumattomuuteen saattoi havaintojen perusteella olla yhtä lailla organisatorinen kuin henkilökohtainenkin. Organisatorisia syitä oli liikuntatilaisuuden peruuntuminen (esim. vetäjän sairastuminen, jouluvalmistelut, talven ja kesän lomasesongit sijaisongelmineen). Asukkaiden henkilökohtaisia syitä olivat esim. sairaus, tilapäinen voimien heikentyminen, motivaation puute, vieraan tulo tai lääkärinkierto.

Todellinen osallistuminen selvitettiin ryhmäliikuntalistojen sekä yksilöliikunnan seurantalistojen avulla. Säännöllisen osallistumisen minimikriteerinä pidettiin toiminnan toteutumista kerran viikossa. Listoja pitivät ryhmien vetäjät ja omahoitajat. Kullekin asukkaalle laskettiin suoritusten summa, joka jaettiin vuoden 52:lla viikolla. Mikäli asukas oli asunut vanhainkodissa alle vuoden, jaettiin suoritusten summa todellisen oloajan mukaan. Laskennan ulkopuolelle jäi sisällä harjoitettu kävely, koska sen seuranta ei pystytty ympärivuotisena järjestämään. Arviossa tarkasteltiin kaikkia vanhainkodin asukkaita erottelematta miehiä ja naisia.

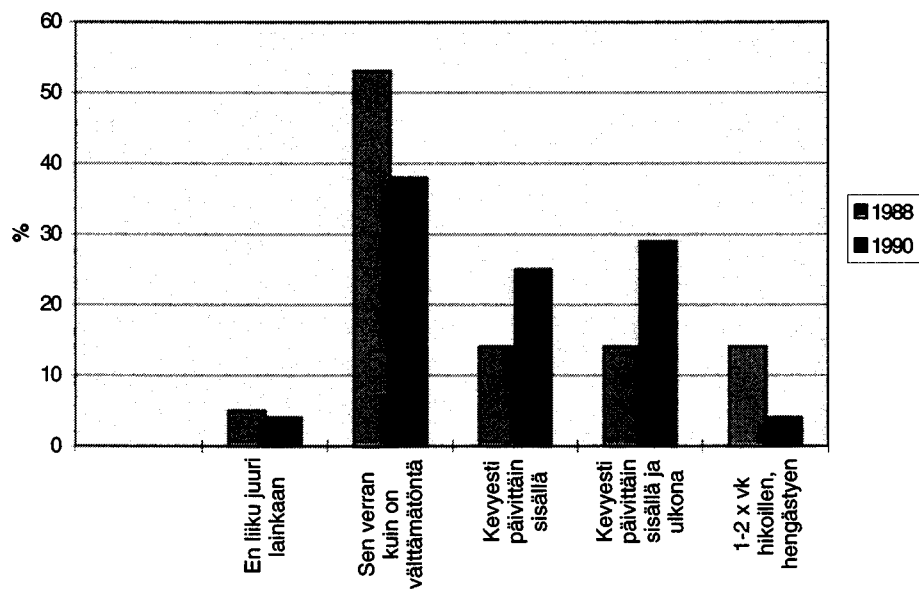
Tulokseksi saatiin, että vähintään kerran viikossa ympäri vuoden aktiivista yksilö- tai ryhmäliikuntaa, josta kävely on laskettu pois, harrasti 21 % asukkaista. Kaksi kertaa viikossa toteutettuun liikuntaan osallistui 6 % asukkaista ja kolme kertaa viikossa liikuntaa harjoitti 11 %. Toisin sanoen 17 % asukkaista harrasti jotakin liikunnallista toimintaa vähintään kaksi kertaa viikossa ilman katkoja. Tulos on syytä painottaa kävelyllä, jota selvästi yli puolet miehistä ja naisista harrasti 2-3 kertaa viikossa. Kävely ei ollut toimintamuotona niin tilanneherkkä kuin aikatauluun sidotut liikuntatoiminnot.

Listoja tutkiessa kävi konkreettisesti ilmi, kuinka helposti menetetään säännöllisten, kerran viikossa toteutettavien ryhmäliikuntatilaisuuksien jatkuvuus. Sen sijaan omaehtoisen tai hoitajan kanssa toteutetun liikunnan aikataulut joustivat paremmin, kun toimintaan oltiin sitouduttu. Suurimpia suoritussummia saivatkin kotivoimistelua harrastavat tai päivittäin ulkoilevat asukkaat. Tulos on tärkeä, koska liikunnan tiheys on olennainen tekijä fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta.

Kysyttäessä asukkailta heidän liikuntatottumustensa muutoksia, saadaan edellisiä tuloksia myötäilevä kuvaus sekä naisilta että miehiltä (kuviot 29 ja 30). Liikuntatottumuksia kuvattiin enemmän kuin ennen päivittäisenä toimintana, johon pienellä osalla asukkaita liittyi myös säännöllinen ulkoilu. Niiden asukkaiden osuus, jotka eivät liikkuneet juuri lainkaan oli pysynyt samana ja niiden, jotka liikkuivat vain välttämättömän verran oli vähentynyt jonkin verran. Naisista edelleen noin puolet oli varsin passiivisia. Miehistä yli puolet harrasti vähintään kevyttä liikuntaa päivittäin sisällä. Rasittavaa liikuntaa ei harrastettu.



**Kuvio 29** Naisten liikuntatottumukset (%) vuosina 1988 (N=84) ja 1990 (N=76)



**Kuvio 30** Miesten liikuntatottumukset (%) vuosina 1988 (N=21) ja 1990 (N=22)

Liikunnan motiiveja kysyttiin avokysymyksellä, jotka luokitettiin. Tärkeimmäksi liikunnan motiiviksi sekä naiset että ilmoittivat kunnon ja terveyden. Toiseksi tärkein syy molemmilla oli virkistys ja mielenterveys. Naisilla toiseksi ja kolmanneksi tärkein syy oli arkiaskareista selviäminen ja seura, miehillä puolestaan tottumus, liikunta itse. Tutkimuksen jälkeen 'tottumus, liikunta itse' oli parantanut asemiaan nousten naisilla kolmanneksi ja miehillä toiseksi tärkeimmäksi syyksi.

Suurimmaksi esteeksi sekä naiset että miehet ilmoittivat sairauden ja liikuntakyvyn heikkouden. Toiseksi suurimpana syynä molemmilla oli kiinnostuksen puute sekä kolmantena syynä heikkous ja väsymys. Naiset ilmaisivat lisäksi pelkoa liikkua yksin. Kahden vuoden kuluttua esteet olivat molemmilla muuten samat, mutta naisilla heikkous ja väsymys oli siirtynyt kiinnostuksen puutteen edelle.

### Osallistuminen arkiaskareisiin

Alkuhaastattelussa kävi ilmi, että huomattavan pieni osa asukkaista osallistui arkiaskareisiin. Noin kolmasosa naisista ja viidesosa miehistä ilmoitti olevansa halukas osallistumaan, jos löytyisi heidän kunnolleen sopivia tehtäviä. Projektin lopussa arkiaskareisiin osallistuminen oli lisääntynyt melko tarkasti siinä suhteessa, kun toiveita oli esitetty. Toisin sanoen kolmasosa naisista ja viidesosa miehistä osallistui saatuaan siihen mahdollisuuden. Suurin osa asukkaista ei edelleenkään osallistunut päivittäisiin askareisiin.

## 6.3 Tutkimushankkeen arviointi

### 6.3.1 Kirjallisen loppukyselyn palautteet

Henkilökunta arvioi tutkimushanketta antaen kirjallisessa loppukyselyssä palautetta hankkeen myönteisistä ja kielteisistä puolista koko vanhainkodin, oman työn ja vanhuksen näkökulmasta. Kunkin kysymyksen myönteiset ja kielteiset palautteet on ryhmitelty keskeisen sisältönsä mukaan. Sisällöt esitellään siinä järjestyksessä, mistä on eniten kommentteja. Esimerkit on valittu luonnehtimaan mahdollisimman monipuolisesti esiteltävää sisältöä. Avovastauksia oli kaikkiaan 211, joista 131:ssä annettiin projektille myönteistä ja 80:ssä kielteistä palautetta. Kaikissa osioissa (koko vanhainkodin, oman työn ja vanhuksen näkökulma) myönteistä palautetta oli kielteistä enemmän.

**Koko vanhainkodin kannalta myönteisintä** oli, että asukkaiden liikunnallisen aktiivisuuden arvioitiin lisääntyneen projektin ansiosta. Varsinkin ulkoilun lisääntyminen sai kiitosta.

*'Enemmän saatu vanhuksia liikkumaan'*

*'Vanhukset on saatu ulkoilemaan henkilökunnan avustamana, vapaaehtoisemmin'*

*'Liikunnalle on annettu jalansija ja aikaa: se on työtä = hoitotyötä parhaimmillaan*

*'Uudet virikkeet, ulkoilu, istumatanssi, ryhmävoimistelu ja vesijumppa tulleet jo päivittäisiksi käytännöiksi, jos vain aikaa ja voimia henkilökunnalta riittää'*

Seuraavaksi eniten mainintoja saivat uudet toiminnot. Lisäksi kiitettiin vanhainkodin elämään tullutta vaihtelua.

*'Ulkoilu ja retket lisääntyneet'*

*'Erilaisia ryhmiä asukkaille'*

*'Ryhmäliikunnan lisääntyneet'*

*'Henkilökunnan työhön tullut uutta ilmettä'*

*'Tuonut uutta elämää taloon'*

*'Saatu lisää tavoitteita hoitotyöhön'*

*'Tuonut aktiivista elämää, koko vanhainkoti saanut potkua, tietynlaista vireyttä, ajattelemisen aihetta myös liikunnallisella puolella'*

Hankkeen arvioitiin myös lisänneen yhteisöllisyyttä ja yhteistyötä vanhainkodissa.

*'On paremmin tutustuttu toisiimme'*

*'Jollakin tavalla yhdistänyt osastoja ja henkilökuntaa'*

*'Vanhukset ovat seurallisempia'*

*'Ilmapiiri muuttunut kuntoutusystävällisemmäksi, yhteen hiileen puhaltaminen on lisääntynyt henkilökunnan ja asukkaiden kesken'*

**Koko vanhainkodin kannalta kielteisimmäksi** mainittiin ajan puute toteuttaa hankkeen tavoitteita. Hanke lisäsi kiireisessä työtilanteessa työpaineita ja stressiä sekä aiheutti eripuraa henkilöstön kesken.

*'Ajan puute toteuttaa esim. ulkoilua'*

*'Kiire, kiire, kiire'*

*'Aikaa on ollut mielestäni liian vähän vanhuksille'*

*'Lisännyt työpaineita'*

*'Hieman tullut stressiä'*

*'Henkilökunnan kesken eripuraisuutta, kun aikaa on vähän'*

*'Ajoittain osastojen keskinäinen kilpailu jossain yhteisessä tempauksessa on saanut piirteitä, joille on hymyilty (keinoja ei ole kaihdettu)'*

*'Pientä ryhmien välistä syyttelyä ja sormella osoittelua'*

*'Toi jonkin verran kismaa ammattiryhmien välille, koska kaikki eivät omaksuneet projektia'*

Muutama mainitsi kiireen ja eripuraa syyksi myös liian vähäisen henkilökunnan. Sairaslomille ei otettu riittävästi sijaisia.

*'Projektin pitänyt hoitaa muiden töiden ohessa, henkilökuntaa vähän, sairaslomia paljon ilman sijaisia'*

*'Välillä on liian vähän henkilökuntaa'*

Lisäksi mainittiin, että projekti aiheutti liikaa kirjaamistyötä ja että olosuhteet eivät olleet otolliset liikunnalle esim. ulkoillessa (huonot ulkoilutiet, paljon ylämäkiä).

**Oman työn kannalta positiivisinta** oli projektiin sisältyvä koulutus. Lähes yhtä tärkeänä korostettiin omaan työhön tullutta vaihtelua ja mielekkyyttä.

*'Olen päässyt koulutukseen'*

*'Saanut enemmän tietoa vanhusten liikunnasta'*

*'Koko talon henkilökunta saanut koulutusta'*

*'Uusia ideoita ja tietoa'*

*'Uusien asioiden oppiminen'*

*'On tuonut virkistävää ja mukavaa vaihtelua arkirutiiniin - luvan perästä'*

*'Ajattelee työtään eri tavalla'*

*'Toimenkuvan laajentuminen'*

*'Työn mielekkyys lisääntynyt'*

Lisäksi mainittiin, että hankkeen yhteydessä oli koettu myönteisiä elämyksiä, onnistumista ja iloa.

*'Virkistyy itsekin kun pääsee ulos'*

*'Innostus liikuntaan on lisääntynyt'*

*'Mieli hyvä kun on nähnyt että vanhus on piristynyt jonkun liikuntamuodon jälkeen'*

*'Istumatanssit ovat henkilökunnan 'hanskassa''*

*'Huomata että vanhuksiin voi suhtautua ja heidän elämänlaatua voi parantaa monella tavalla'*

Osastonhoitajien vastauksissa korostui henkilökunnan työmotivaation lisääntyminen sekä työn 'järkeistyminen'.

*'Henkilökunnan motivaatio työtä kohtaan parantunut huomattavasti'*

*'Henkilökunnan oman työn suunnittelu parantunut, itsenäisyys omissa työsuorituksissa kasvanut'*

*'Osastojen hoitohenkilökunta ei enää rajaa kuntoutukseen liittyviä asioita pelkästään kuntoutusosastojen tehtäväksi'*

*'Voin nyt paremmin rohkaista asukasta käyttämään osaston henkilökuntaa ulkoiluttamiseen, asioilla käyntiin asukkaan kanssa - kaksi asiaa samalla iskulla'*

**Kielteisintä projektissa oman työn kannalta** oli kiire sekä siitä aiheutuva paine. Henkilökunnan vähyyttä syyteltiin myös.

*'Liian kiire, liian vähän henkilökuntaa'*

*'Kesäaikana ollut sijaisista puutetta, joten kaikkea ei ole ehtinyt tehdä ajan kanssa (esim. ulkoilu)*

*'Aika ei aina tahdo riittää mitä haluaisi tehdä. Ajoittain henkistä väsymystä myös'*

*'Kiire, aina liian vähän aikaa josta seuraa stressi'*

*'Paineita koska haluaisi tehdä enemmän mihin aika ja voima ovat riittäneet'*

Myös eripuraisuus lisääntyi kiireen ja paineen alla.

*'Kukaan (esimiehet) ei kiitoksella kannusta'*

*'Olisin mukamas käyttänyt liikaa aikaa projektin asioihin'*

*'Kilpailuhenki, kuka paras toteuttaja'*

**Vanhuksille myönteistä projektissa** oli henkilökunnan mielestä fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen.

*'Ulkoilu ja liikunta lisääntynyt'*

*'Useiden ennen vähemmän liikkuneiden kohdalla aktiivisuus selvästi lisääntynyt'*

*'On saatu muutamia liikkumaan ja ulkoilemaan tasapuolisesti'*

*'Osallistuvat moneen liikuntaryhmään ja itsekin harrastavat huoneessaan liikuntaa'*

Liikunnan seurauksena korostettiin ennen kaikkea vanhusten vireyden lisääntymistä ja hyvää mieltä.

*'Fyysinen ja psyykinen mielihyvän tunne liikunnasta'*

*'Ne jotka ovat mukana ovat myönteisempiä ja iloisempia'*

*'Pirteyttä, toimintaa, hyvää mieltä, aktiivisuus kohonnut'*

*'Mielihyvä on lisääntynyt, vanhusten kasvoniilmeet muuttuneet aurinkoisemmaksi, 'Mitä hauskaa tänään' - kysymykset lisääntyneet. Aktiivisuus!'*

*'Monet ovat piristyneet mieleltään ja kunnoltaan'*

Myös liikunnallisen tarjonnan ja valintamahdollisuuksien lisääntymistä kiitettiin.

*'Saivat enemmän virikkeitä'*

*'Tarjontaa kaikille tasapuolisesti'*

*'Tilaisuuksia tarjolla enemmän kuin ennen'*

*'Uusia ryhmiä perustettu'*

*'Pääsee ulos luontoon'*

Lisäksi liikunta oli myös tuonut omahoitajajärjestelmään sisältöä ja lähentänyt hoitajia vanhuksiin.

*'He ovat päässeet lähemmäksi omahoitajia, koskapa tämä aina osaltaan on ollut ryhmänsä aktivoijana'*



*'Asukkaan kanssa kahden ulkoillessa pääsee läheisempään kontaktiin'  
'Vanhukset saaneet enemmän aikaa omahoitajilta ulkoillessa'*

**Vanhuksille kielteistä** projektissa oli henkilökunnan arvioimana se, että toiminta, jota kehitettiin, ei eri syistä saavuttanut kaikkia vanhuksia. Syinä olivat asukkaiden huono toimintakyky tai motivaation puute.

*'Vanhus ei voi toteuttaa kaikkea'  
'Joidenkin vanhusten liian huono kunto'  
'Eivät kaikkina aikoina ole jaksanut lähteä mukaan ohjelmiin'  
'Kaikille ei tämä projekti ehkä mennyt perille, kaikkien huomioon ottaminen ei ehkä ole mahdollista'*

Seuraavaksi eniten mainintoja oli liiallisesta virikkeisyydestä:

*'Toimintojen päällekkäisyys välillä - kokeneet, että aina on menoa!  
'Liikaa virikkeitä - vanhukset väsyvät'  
'Vanhukset ovat joskus sanoneet: saisi joskus olla rauhassa'*

Lisäksi moitittiin sitä, että henkilökunnan innokkuus on joskus kääntynyt vanhuksen painostamiseksi.

*'On kiskottu sinne tänne, jotkut ehkä huonompikuntoiset ovat hermostuneet'  
'On tullut ehkä 'vedettyä' mukaan väkisin tai sitten pieni osa tuntenut jäävän aivan syrjään kun ns. aktiiveja otettu liian paljon huomioon'  
'Joskus pienellä pakotuksellakin viety ulos'*

### 6.3.2 Arviointiseminaarin palaute

Projektin arviointiseminaari, johon osallistui kaikkien neljän vanhainkodin henkilökunta, järjestettiin 1991, puoli vuotta projektin toimintaosuuden päättymisen jälkeen. Seminaarissa arvioitiin sekä henkilökunnalle suunnatun 'Liikuntaa vanhainkoteihin' -kirjan luonnosta (Karvinen, 1992) että koko hanketta. Puheenvuoroissa toistuivat osittain samat asiat kuin loppukyselyn arvioinneissa, mutta seminaari toi myös uusia näkökulmia itse prosessiin. Oheinen kooste on synteesi seminaarin Kontulan vanhainkotiä koskevasta annista.

#### Projektin alku hämmentää - koulutus ja työryhmät auttavat alkuun

Helsingin sosiaalilautakunta tarjosi projektia varten vanhainkoteja, joista Kontula valittiin. Tieto valinnasta tuli Kontulaan sosiaaliviraston puhelinsoittona. Projektin arvoa himmensi vanhainkodissa aluksi ajatus, että sen oli 'ylhäältä annettu'. Vanhainkodin johtaja oli juuri valittu vanhainkotiin. Hän kertoi, että projektin alkaminen uudessa työpaikassa tuntui melkoiselta urakalta. *'Voi, jos voisinkin aloittaa alusta'* (johtajan avaus sanat seminaarissa)

Projektin aluksi informoitiin osastonhoitajat, henkilökunta ja asukkaat, mistä seurasi henkilöstön ankara vastustus. Kahden vuoden sitoutuminen projektiin tuntui pitkältä ajalta ja valtavalta lisätyöltä. Lisäksi aihe oli outo:

*‘Mitä tekemistä on vanhainkotiasumisella ja liikunnan edistämisellä toistensa kanssa?’ (johtajan seminaariesityksestä)*

Myös fysioterapeutti kertoi omassa puheenvuorossaan vastustaneensa projektia, koska hän oli jäämässä eläkkeelle projektin loppumisvuonna eikä tuntenut suurta halua ryhtyä muuttamaan vanhoja käytäntöjä. Seuraajalle ei ollut halua jättää mitään valmista: *‘Nollasta minäkin jouduin aloittamaan’*.

Epävarmoista alkutunnelmista päästiin toisen tasoiseen keskusteluun, kun asukashaastattelun ensimmäisiä tuloksia julkaistiin. Asukkaiden fyysisen aktiivisuuden vähäisyys hämmästytti henkilökuntaa. Asukashaastattelun tulosten ja valtakunnallisten kehittämissuunnitelmien pohjalta projektiin otettiin myönteisempi kanta. Alussa paineita syntyi siitä, osataanko toimia uudella tavalla ja onko aikaisemmin tehty väärin. Koulutus ja työryhmyöskentelyn alkaminen helpotti alun tuskaa.

Koulutusta ja työryhmyöskentelyä pidettiin yleisesti hanketta kantavana voimana. Niiden avulla koko henkilökunta pääsi osallistumaan keskusteluun ja toimintojen organisointi, seuranta ja palautejärjestelmä onnistuivat. Eriytyneen merkityksen keskustelufoorumina niillä oli vaiheissa, joissa ilmeni erimielisyyttä ja vastustusta. Avainhenkilöiden, erityisesti osastonhoitajien mielestä projekti oli mielenkiintoinen, mutta erittäin työllistävä. Kysymys ei useinkaan ollut itse toimintaan liittyvistä töistä, vaan tutkimuksen ja seurannan vaatimista erilaisista kirjaamis- ja selvityspyynnöistä.

### Ensimmäinen toimintakokeilu tienraivaajana ja opettajana

Ensimmäinen toimintakokeilu (istumatanssit) otettiin innostuneesti vastaan sekä henkilökunnan että asukkaiden taholta. Alkuinnostuksen tasaannuttua havaittiin, että uusi toiminta ‘säteili’ monelle taholle rikkoen turvallisen rutiinin. Uuden toiminnan sisällyttäminen osaston totuttuun päiväjärjestykseen vaati monen asian huomioon ottamista ja opettelua. Jouduttiin myös vastakkain kysymyksen kanssa, onko tanssi työtä. Kysymyksenä oli muun muassa, tekeekö istumatanssin ohjaaja ‘varsinaiset’ työnsä varastoon voidakseen ohjata tanssia vai suostuvatko muut jakamaan työt uudella tavalla. Entä voiko toimintaa ohjaava valmistautua tehtävänsä työaikana? Kuuluuko muiden olla mukana toiminnassa esimerkiksi tuomalla asukkaita, järjestelemällä tuoleja tai osallistumalla toimintaan?

Käytännön ongelmien ratkaiseminen, toiminnan arkipäiväistyminen sekä työparien kouluttaminen helpotti vähitellen ohjaajien tilannetta. Työparit jakoivat henkisen paineen, jota uuden toiminnan hallitseminen ja puolustaminen tuotti. He myös sijaistivat toisiaan tarpeen vaatiessa, jolloin toiminnan jatkuvuus taattiin. Toiminnan hyväksymistä helpotti se, että ensimmäinen kokeilu oli

vetovoimainen ja elämyksellinen toimintamuoto, josta asukkaat näyttivät nauttivan.

### Innostus ja toiminnanhalu kasvavat - vastuuta laajennetaan

Alkuvaiheen ongelmien ratkettua ja istumatanssin saavutettua asukkaiden suosion, alkoi projektissa myönteinen ja innostunut vaihe. Omaisetkin olivat kiinnostuneita hankkeesta. Henkilökunnalla oli halu lisätä toimintoja asukkaiden valintamahdollisuuksien parantamiseksi. Rohkeutta lisäsi se, että ensimmäisen kokeilu opetti varautumaan uuden toimintamuodon edellyttämiin järjestelyihin.

Kotivoimistelu, ryhmä- ja yksilöulkoilu käynnistyivät. Lisäpiirteenä toiminnassa oli, että vastuuta alettiin jakaa laajemmalle. Koulutetut hoitajat eivät halunneet joutua 'silmätikuksi' uuden toiminnan myötä. He vastasivat toiminnan aloituksesta ja siihen liittyvästä organisoinnista, mutta omahoitajat ottivat tehtäväkseen tukea omien vanhustensa toimintaa.

Vastuun laajentaminen ja toimintojen kytkeminen omahoitajajärjestelmään toivat henkilökunnan mielestä tavoitteeseen mielekkyyttä. Fyysisen aktiivisuuden edistäminen tuntui konkreettisemmalta, kun sitä saattoi tarkastella muuttaman oman asukkaan näkökulmasta. Omahoitajajärjestelmä, joka oli ollut teknisesti olemassa, mutta käytännössä vailla henkeä, sai käytännöllistä sisältöä. Osastoilla innostuttiin omien asukkaiden seurannasta. Sen avulla saatiin mm. konkreettista tietoa siitä, miten vähän asukkaat todellisuudessa ulkoilevat.

### Henkilökuntapulaa ja esimiesten välisiä ristiriitoja

Omahoitajaparien intoa heikensi yllättäen esimiesten välillä syntynyt ristiriita. Aiheena oli hoitoapulaisten osallistuminen ulkoilutoimintaan, jonka siivouksen esimies kielsi ja jota osastonhoitajat puolsivat vedoten omahoitajajärjestelmään. Omahoitajuuden perusyksikkö oli hoitajan ja hoitoapulaisen muodostama työpari. Suuri osa hoitoapulaisista halusi osallistua asukkaiden hoitoon ja oli tehnyt sitä jo pitkään osastoilla. Hoitoapulaisten työkuultuuriin kuului, että siivoustyöt tehtiin puoleen päivään mennessä, jonka jälkeen oli aikaa hoitotyölle. Ulkoilu teki hoitoapulaisten hoitotyön esimiehelle näkyväksi, jolloin ajankäyttöä alettiin ensimmäisen kerran rajoittaa.

Henkilökunnan arvion mukaan ristiriitaa ei ollut hoitoapulaisten ja hoitajien välillä. Hoitajat olivat saaneet projektissa koulutuksen ryhmänohjaukseen, ja hoitoapulaiset halusivat päästä omahoitajan roolissa osallistumaan yksilöllisen liikunnan tukemiseen. Ongelmaa yritettiin ratkaista sovittelemalla ja keskustelemalla, mutta tilanne jatkui epämääräisenä ja hiersi suhteita.

Ulkoilussa tuli esiin myös muita vaikeuksia. Asukkaiden huono kunto yhdistyneenä epäsoviviin varusteisiin, kuten jalkineisiin, ulkovaatteisiin, huonoihin pyörätuoleihin ja apuvälineisiin, tekivät ulkoilusta raskaan toteuttaa. Ympäristökään ei ollut ihanteellinen ulkoilulle. Parhaimpaan kesäaikaan oli henkilö-

kunnan loma ja jatkuva sijaispula, joten ulkoilu ei hyvissä sääolosuhteissakaan onnistunut. Ulkopuolinen apu ei osoittautunut hyväksi ratkaisuksi, sillä asukkaat eivät halunneet ulkoilla vieraan ihmisen kanssa.

### Liikunnan intiimiys pelottaa

Uudet liikuntamuodot toivat esiin uusia piirteitä fyysisen aktiivisuuden liittämässä hoitotyöhön. Kotivoimistelussa tuli esiin, että henkilökunta koki arkuutta voimistellessaan asukkaan kanssa kahden kesken heidän huoneissaan. Tilanne koettiin kiusalliseksi, koska se poikkesi täysin totutuista tavoista. Oma osaaminen tuntui vajavaiselta. Sama ilmiö tuli esiin vesivoimistelussa, jossa hoitohenkilökunta kieltäytyi menemästä samaan altaaseen hoidettavien kanssa. Vesivoimistelu oli ainoa toiminta, johon hoitohenkilökuntaa ei koulutettu erikseen, koska fysioterapeutti ohjasi toiminnan. Tiedon ja henkilökohtaisen kokemuksen puute saattoi olla eräs selitys vesivoimistelun vastustamisella.

### Toimintoja vakiinnutetaan - syntyy kilpailua

Toinen vuosi alkoi henkilökunnan kannalta rauhallisesti: toimintoja hiottiin entistä sopivammiksi viikko-ohjelmaan ja päivärutiineihin. Asukkaat antoivat myönteistä palautetta. Koulutuksen myötä alettiin myös pohtia, miten liikunta voitaisiin kytkeä asukkaiden henkilökohtaisiin hoitosuunnitelmiin. Tästä asiasta käytiin runsaasti keskustelua ja todettiin, että se olisi välttämätöntä toimintojen jatkuvuuden turvaamiseksi.

Dementiakysymysten pohtiminen kokeiluryhmän kera ja yleiskoulutuksessa helpotti henkilökuntaa. Dementoituneisiin vanhuksiin alettiin suhtautua myönteisemmin ja heidän todettiin pärjäävän ihmeteltävän hyvin esim. istumatanssissa.

Periaatteessa toiminnat tuntuivat sujuvan hyvin, mutta niiden runsaus aiheutti ajoittain yhteensovittamisongelmia. Syntyi kilpailua sekä eri projektitoimintojen kesken että projektin ja vanhainkodin muiden toimintojen välillä. Osastojen kehittyvä toiminta aiheutti kilpailutilanteen myös fysioterapiaosaston ja osastojen välille. Lisäksi osastot ja osastonhoitajat kilpailivat keskenään. Osastot alkoivatkin erottua toisistaan, minkä selityksenä pidettiin osastonhoitajan sitoutumisen tasoa ja osastolla vallitsevaa ilmapiiriä. Esim. lyhytaikaispotilaat alkoivat toivoa sille osastolla, jossa tiedettiin olevan eniten aktiivista toimintaa. Kilpailu aiheutti epäsopua, mutta toisaalta myös kiihdytti toimintojen kehittämistä ja lisäsi tyytyväisyyttä.

### Arkiaskareet - tavallista monimutkaisempi asia

Arkiaskareet nostivat esiin kysymyksen henkilökunnan työnkuvista. Tässä yhteydessä aktivoituivat uudelleen kysymykset henkilöstön työnkuvista, yhteistyöstä ja vanhainkodin perimmäisestä tehtävästä. 'Vanhus vai lattiat?' oli provosoiva kysymys, joka kuvasi hyvin tehtäväkeskeisyyttä ja ammattiryhmien välistä työnjakoa vanhainkodissa.

Arkiaskareet toivat esiin myös asukkaiden ja omaisten epäluulon. Pelättiin, että vanhainkoti on taantumassa takaisin aikaan, jolloin piti tehdä työtä hoitos- edestä. Hoito oli kallista ja siksi asukkaille tuli taata leppoiset olot. Osa vanhuksista ja omaisista piti edellä mainituilla asenteilla tehokkaasti yllä laitosmaista arkea ja toimintatapoja. Onnistuneimmat kokemukset syntyivät niistä tilanteista, joissa arkiaskareet kytkettiin virkistystapahtumiin. Esimerkiksi silakkajuhlissa ei perkaajista ollut pulaa.

#### Hoitohenkilökunnan potee projektiväsymystä - fysioterapeutti alkaa kehittää omaa toimintaansa

Edelleen haluttiin palvella toimintakyvyltään kaikkein heikoimpia ja käynnistettiin Baby-jump -vuodevoimisteluoehjelma. Tässä vaiheessa henkilökunta alkoi olla kyllästynyt uusiin ideoihin. Innostuneimmilla oli kädet täynnä 'liikuntatyötä' ja enempää oli henkilökunnasta vaikea saada irti. Lakipiste osastotyön määrällisessä muutoksessa oli saavutettu.

Fysioterapeutti sen sijaan innostui kehittämään omaa työtään. Hänen panoksensa toiminnoista vastaavana oli jo lisääntynyt vesivoimistelun myötä, jonka jälkeen hän käynnisti fysioterapiatiloissa 'peliluola' -toiminnan. Toiminta sai suuren suosion. Peliluolatoiminta käynnistyi siinä vaiheessa, kun varsinainen tutkimus loppui, joten sen etenemisestä kuultiin vasta seminaarissa. Fysioterapeutti kuvasi päässeensä vasta tässä vaiheessa kehittämään omaa toimintaansa. Aikaisemmin energia meni osastohenkilökunnan työn tukemiseen.

#### Tulokset ovat näkyvissä

Huolimatta projektin aaltoilevasta kulusta hanketta pidettiin myönteisenä kokemuksena. Tärkein syy tähän oli henkilökunnan mielestä liikunnan tuoma kokonaisvaltainen virkistyminen, joka kosketti sekä henkilökuntaa että asukkaita. Asukkaat tottuivat lisääntyneisiin liikuntamahdollisuuksiin ja alkoivat jopa vaatia niitä. Asukasneuvosto antoi projektista myönteistä palautetta.

Tärkeinä projektin tuloksina pidettiin liikunnan tulemista osaksi hoitotyötä ja vanhainkodin elämää, alkanutta yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken sekä laajaa keskustelua vanhainkodin tehtävästä. Hanke oli puoli vuotta päättymisensä jälkeen edelleen elävä ja jopa kehittynyt siitä, mihin lopetettiin. Esimerkkeinä tästä mainittiin liikuntaryhmien ja yksilöliikunnan jatkuminen, uuden ryhmän toiminta (pelitoiminta), liikunnan liittäminen hoitosuunnitelmiin, liikunnan liittäminen budjettiin, työpaikkaliikunnan viriäminen ja uimapukujen myynti kanttiinissa.

Uusia ideoita oli syntynyt arkiaskareiden toteutuksessa. Työtehtävien sijaan arkeen oli kytketty asukkaille mieluisia asioita, jotka tukivat fyysistä aktiivisuutta. Vanhainkotiin oli mm. hankittu kissa ja takapihalle oli istutettu pelloa. Ulkoilutapahtumana oli järjestetty vappumarssi, jossa asukkaat suurin kyltein vaativat lisää oikeuksia itselleen, mm. lisää mieshoitajia. Vanhainkoti-

tanssiaiset oli otettu tavaksi. Lisäksi todettiin, että henkilökunta ei tee enää niin paljon asioita asukkaiden puolesta, koska liikunta-aktiivisuus oli tuonut esiin asukkaiden arvioitua paremman liikuntakyvyn. Siitä seurasi henkilökunnan lisääntynyt rohkeus lähteä asukkaiden kanssa retkille. Esimerkkinä tästä oli asukkaiden kanssa toteutettu risteily, jota ei olisi voinut aikaisemmin kuvitellaan. Myös asukkaiden oma liikkumisrohkeus oli henkilökunnan mukaan lisääntynyt.

Rohkeuden myötä lisääntyi valmius tarttua myös muihin asioihin. Osastoilla tehtiin esim. kysely siitä, kenen alaisuudessa hoitoapulaiset tahtoivat työskennellä. Yli yhdeksänkymmentä prosenttia hoitoapulaisista ilmoitti haluavansa olla osastonhoitajien alaisia tahtoen kehittää osallistumistaan hoitotyöhön. Myös keskustelu osastojen pienentämisestä käynnistyi.

Projektin nähtiin myös johtaneen yleisempiin tuloksiin, joita pidettiin arvokaina vanhainkodin kehittämisessä. Avoin keskustelu tehtävien priorisoinnista oli käynnistynyt. Asennemuutos, jossa kyseenalaistettiin vanhat rutiinit, arviointiin olevan projektin tulos. Aikaisemmin aikataulut olivat rytmittäneet elämää tarkasti: kaikki tapahtui määrämuodossa ja järjestyksessä kello 8-15 välillä. Työntekijöiden näkökulmasta päivän onnistumisen keskeisenä kriteerinä olivat aikatauluissa pysyminen ja tehtävien ajallaan suorittaminen.

Projekti osoitti, että vanhat työtavat eivät vastanneet asukkaiden elämisen tarpeita. Laitosmainen arki ei jättänyt tilaa asukkaiden yksilöllisyydelle, osallistumiselle eikä valinnoille. Sitä estävät myös ylisuuret osastot. Asukkaiden toiveet ja ajatukset olivat projektin myötä alkaneet päästä pintaan, ja niitä kuunneltiin. Usko asukkaiden voimavaroihin ja vaikuttamismahdollisuuksiin oli kasvanut. Nähtiin tärkeäksi, että asukkaat ja omaiset osallistuvat toimintojen suunnitteluun henkilökunnan kanssa. Aktiivisuuden arvona pidettiin sen asukkaissa herättämää tunnetta, että elämällä on tarkoitus. Tätä tunnetta tuki asukkaiden keskinäinen vuorovaikutus, joka lisääntyi toimintojen myötä. Kaiken kaikkiaan projekti toi vanhainkotiin lisää yhteisöllisyyttä.

Turvallisuuden ja täyden vastuun ottaminen asukkaista oli ollut tyypillistä henkilökunnalle. Liikunnallinen toiminta, joka oli luonteeltaan reipasta, antoi rohkeutta luopua sellaisesta turvallisuuden takaamisesta, joka loukkasi asukkaiden itsemääräämisoikeutta. Alettiin yleisemminkin keskustella asukkaiden oikeudesta ottaa vastuuta itsestään ja omasta elämästään. Tästä seurasi, että asukkaiden elinpiiri ja elämään osallistuminen laajenivat aiempaa suuremmaksi.

Projektin myötä syntyi kokemus siitä, ettei hoidon ja palvelun tason tarvitse laskea, vaikka henkilökunnan määrää joudutaan supistamaan. Palvelujen laatua ei saavuteta pelkästään resurssien lisäämisellä - tärkeätä on se, kuin resursseja käytetään. Liikunta tavoitteellisenä ja pitkäjänteisenä toimintana on halpaa kuntoutusta. Olennaista oli oppia käyttämään kaikki liikkumisen mahdollisuudet hyväksi arkielämässä.

### 6.3.3. Muiden vanhainkotien osuus tutkimuksessa

Oman piirteensä tutkimukseen toi kolmen muun vanhainkodin mukana olo tutkimushankkeen kehittämisosuudessa. Niiden edustajat olivat mukana johdoryhmässä, kuntoutushenkilökunnan ryhmässä ja osastonhoitajien ryhmässä, joten tutkimusvanhainkodin ohella myös muiden vanhainkotien kehittämisvaiheet olivat mukana työryhmien työskentelyssä. Lisäksi muut kolme vanhainkotiä toivat oman panoksensa palauteseminaarin loppuarviointiin.

On tärkeä arvioida, mikä merkitys muilla vanhainkodeilla oli tutkimushankkeeseen tai tuloksiin. Tutkijan näkökulmasta muiden vanhainkotien läsnäolo antoi tutkimusvanhainkodille samoin kuin tutkimusvanhainkodin mukana olo muille vanhainkodeille 'ryhtiä' - toisin sanoen tunteen avoimuudesta ja ulkopuolisesta kontrollista. Vanhainkodit toimivat toisilleen myös peileinä, joihin omia kokemuksia heijastettiin. Useamman vanhainkodin läsnäolo avarsi työryhmien keskusteluja sekä toi myönteistä väljyyttä itse prosessiin. Yhteiseksi havaittujen ongelmien pohtiminen antoi toivoa ja turvallisuutta perinteisesti melko suljettuihin vanhainkoteihin. Tutkijalle useampi yksikkö antoi alussa tunteen, että kaikki hankkeeseen sijoitettu työ ei ollut yhden kortin varassa. Edellä mainitut seikat todennäköisesti edistivät innostusta ja myönteisten tulosten syntyä kaikissa yksiköissä, ja oli siten itse asialle hyväksi. Vanhainkotien edustajat pitivät muiden yksiköiden mukanaoloa erityisen hyvänä ja tärkeänä myös tulevan yhteistyön kannalta. Ennen tutkimusta kukaan ei ollut esimerkiksi vierailut toistensa yksikössä.

Toisaalta muiden vanhainkotien läsnäolo vei resursseja varsinaiselta tutkimusvanhainkodilta, koska myös ne saivat tutkijan ja ryhmän vetäjän huomion kehittämistyössään. Useamman vanhainkodin mukana olo johti ratkaisuun, jossa työryhmäjako tuntui selkeimmältä tehdä ammattinimikkeen perusteella. Tutkimuksen ja tutkimusresurssien näkökulmasta tehokkainta olisi ollut pitäytyminen vain tutkimusvanhainkotiin, johon olisi perustettu modernit, moniammatilliset tiimit. Moniammatillinen tiimi olisi koostunut esim. kuntoutushenkilökunnasta, osastonhoitajista, hoitotyöntekijöistä, asukkaiden edustajista sekä omaisista, jotka olisivat yhdessä pohtineet tutkimusongelmaa ja asetettuja tavoitteita. Sosiaalilautakunnilta tullut paine ottaa useita vanhainkoteja mukaan hankkeeseen sekä kymmenen vuoden takaiset toimintamallit loivat tilanteesta edellä kuvatun kaltaisen.

## 6.4 Pohdinta

### 6.4.1 Toimintakyvyn, elämänsisällön ja autonomian näkökulma

Tulokset osoittavat, että asukkaiden fyysinen aktiivisuus lisääntyi tutkimuksen aikana tarkasteltiinpa sitä jalkeilla olona, osallistumisena ryhmä- ja yksilöllikuntaan tai arkiaskareisiin. Fyysinen aktiivisuus ei lisääntynyt siksi, että osittain vaihtunut asukas-yhteisö olisi ollut perusominaisuksiltaan toimintakykyi-

sempi kuin tutkimuksen alussa. Asukkaiden liikkumisen ja ruumiillisen ponnistelun vaikeutuminen kertonee päinvastoin raihnastumisprosessista, joka osalla asukkaista eteni väjäämättä kahden vuoden aikana. Lisäksi tutkimuksen aikana vanhainkotiin muuttaneet uudet asukkaat olivat todennäköisesti yhä heikkokuntoisempia, koska tutkimusajankohtana alettiin voimakkaasti tukea kotona asumista.

Toisaalta uusien asukkaiden tulo on saattanut edistää fyysisen aktiivisuuden lisääntymistä vanhainkotiyhteisössä. Uudet asukkaat tulivat ainakin osittain tilanteeseen, jossa toimintamahdollisuuksia oli heti tarjolla. Osallistuminen toimintoihin on saattanut tapahtua luontevammin kuin vanhoilla asukkailla, jotka joutuivat päättämään, muuttavatko vanhoja tottumuksiaan.

Saattoiko jokin muu ilmiö kuin itse tutkimus aiheuttaa fyysisen aktiivisuuden lisääntymisen kohdeyhteisössä? Kuntouttavasta hoitotyöstä keskusteltiin ja kirjoitettiin lehdissä jonkin verran tutkimuksen aikaan, mutta liikkuminen ei ollut mitenkään korostetusti esillä. Uusia tutkimustuloksia hyvinkin iäkkäiden vanhusten kuntouttavuudesta julkaistiin tutkimuksen aikoihin (esim. Fiatarone ym., 1990), mutta ne eivät olleet erityisesti näkyvillä kotimaisissa ammattilehdissä.

On syytä päätellä, että asukkaiden fyysisen aktiivisuuden lisäys oli tulosta itse tutkimukselle asetetuista tavoitteista ja siihen kytketyistä toimintaohjelmista. On myös muistettava, että alkuhaastattelussa suuri osa asukkaista halusi kokeilla uusia liikuntamuotoja, jos niitä järjestetään. Tutkimus osoittaa, että vanhainkodin asukkaille tarjotut liikunnalliset toimintamahdollisuudet ja henkilökunnan asukkaille antama tuki lisäsivät asukkaiden fyysisen aktiivisuuden määrää. Osa asukkaiden aiemmasta passiivisuudesta oli ollut seurausta toimintamahdollisuuksien sekä tuen puutteesta.

Voidaanko loppuarvioinnin osalta tehdä johtopäätöksiä lisääntyneen fyysisen aktiivisuuden merkityksestä asukkaiden toimintakyvylle? Tulkintoja on tehtävä varovasti. On vaikea tietää täsmällisesti, mikä kaikki on merkityksellistä, kun asukkaat haastattelussa arvioivat koettua toimintakykyään. Lisäksi kohdeyhteisön henkilömuutokset tekevät tulkinnasta vaikean.

Kohdeyhteisön itse arvioiman toimintakyvyn säilyminen ennallaan lienee myönteinen tulos, kun otetaan huomioon raihnastumisprosessi. Se voi selittyä myös sopeutumisella vanhuuden muutoksiin (Leinonen ym., 1997). Toisaalta tutkimusten mukaan fyysinen aktiivisuus hidastaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä tai jopa parantaa sitä (Fiatarone ym., 1990, 1994), jolloin on mahdollista, että toiminnallisuus on jarruttanut toimintakyvyn taantumista. Kontulan vanhainkodissa asukkaiden passiivisuus oli totuttu tapa elää vanhainkodissa. Toimintamahdollisuuksien lisääntyessä osa asukkaista lisäsi fyysistä aktiivisuuttaan ja alkoi aikaisemmasta poiketen harjoittaa säännöllisesti liikuntaa 2-3 kertaa viikossa. Toimintatapojaan selvästi aktiivisemmaksi muuttaneilla asukkailla fyysinen toimintakyky saattoi koheta varsinkin toiminnan alkuvaiheessa.



Viimeksi mainittua tulkintaa vahvistaa se, että neljännes kotivoimistelun harrastajista, kuudesosa istumatanssin ja ulkoilun harrastajista sekä kolme viidestä vesivoimistelun harrastajista arvioivat ruumiin kuntonsa parantuneen toiminnan seurauksena. Päivittäisen liikkumisen arvioivat parantuneen puolet istumatanssin, kolmannes kotivoimistelun, viidennes ulkoilun ja kaksi viidestä vesivoimistelun harrastajista. Kolmannes liikuntatoimintoihin osallistuneista asukkaista arvioi liikunnan auttaneen kunnan säilyttämisessä. Asukkaat olivat useammin kuin avainhenkilöt (fysioterapeutti, osastonhoitajat, vastuuhoidajat) sitä mieltä, että valittu liikuntaharrastus oli ollut hyödyllistä fyysiselle toimintakyvylle. Hoitohenkilökunnan arvioista kävi puolestaan ilmi, että liikunnallinen toiminta toi esille asukkaiden aikaisemmin piilossa olleen toimintakyvyn, mikä rohkaisi henkilökuntaa liikkumaan aikaisempaa enemmän asukkaiden kanssa.

Fyysisen aktiivisuuden kevyestä ja rasitukseltaan tasaisena säilyneestä luonteesta johtuen sen ei voida olettaa johtaneen fyysisen toimintakyvyn koheneeseen pitkällä tähtäimellä. Toisaalta pienikin edistyminen ja liikkumisvarmuuden lisääntyminen on voinut johtaa esim. tuki- ja liikuntaelimestön kunnan aikaisempaa myönteisempään arviointiin tutkimuksen lopussa. Huomiota herättää myös miesten aikaisempaa optimistisempi arvio selviytymisestään, jos kyseessä on tanssi, uinti tai maastossa liikkuminen. Näitä toimintoja oli mahdollista kokeilla tutkimuksen aikana.

Fyysisen aktiivisuuden myötä osa asukkaista on saattanut päästä kokemuksellisesti kielteiseltä noidankehältä myönteiselle kehälle (Verbrügge ja Jette, 1994), jolloin lisääntynyt fyysinen aktiivisuus on johtanut kokemukseen paremmasta toimintakyvystä. Vastaavia tuloksia on esittänyt esim. Ojanen (1994), jonka mukaan suurimmat muutokset koetussa kunnossa saadaan uusissa liikuntaryhmissä, kun niihin liittyy liikuntamuodon omaehtoinen valinta ja kokemus sen hyödyllisyydestä ja nautittavuudesta. Pystyvyyden tunne ruokkii edelleen fyysistä aktiivisuutta ja parhaimmillaan liikkumisen määrä kasvaa tasolle, joka todella edistää toimintakykyä. Erityisesti aiemmin passiivisilla asukkailla fyysisen aktiivisuuden kasvu on saattanut toimia ensin porttina kohti paremmaksi koettua ja vähitellen jopa parempaa toimintakykyä.

Liikunnallisen toiminnan psykososiaalista merkitystä vanhainkodin asukkaille tarkasteltiin liikunnallisiin toimintoihin osallistuneiden asukkaiden ja hoitohenkilökunnan arvioiden perusteella. Aikaisemmat tutkimustulokset ovat antaneet osittain ristiriitaisia tuloksia liikunnan ja mielenterveyden välisistä yhteyksistä (Morgan ym., 1991), mutta kohtuullisen yksimielisiä tutkijat ovat kevyenkin liikunnan alakuloa sekä lieviä masennusoireita helpottavasta merkityksestä (Ojanen, 1994; Lampinen, 1999). Toimintatutkimus vahvistaa viimeksi mainittua käsitystä. Tulosten mukaan liikunnallinen toiminta virkisti asukkaita henkisesti. Sekä asukkaat että henkilökunta pitivät liikunnallisen toiminnan parhaana tuloksena sen myönteistä merkitystä mielenterveydelle. Yksittäisistä toiminnoista eniten mielialaa näytti kohentaneen istumatanssi sekä yleensä ryhmäliikunta. Asukkaiden arviot osoittavat, että virkistyminen oli

vähintäänkin liikunnan lyhytaikainen seuraus. Pitempiäaikaista merkitystä on tulosten perusteella vaikea arvioida. Tulos on tärkeä, koska alkukartoitus osoitti asukkailla olevan runsaasti mielialaoireita. Mielialaoireita on pidetty myös fyysisen aktiivisuuden esteenä (Pohjolainen ym., 1982).

Tuloksista käy ilmi, että liikunnallisessa toiminnassa nähtiin tärkeänä sen sosiaalinen luonne. Asukkaat korostivat liikunnan motiiveja eritellessään, että liikunnallinen toiminta tarjosi mahdollisuuden olla yhteydessä muiden asukkaiden kanssa. Myös ulkoilussa tuli esiin, kuinka tärkeätä asukkaille oli tuntee kuuluvansa vanhainkotiin ympäröivään yhteisöön. Henkilökunta arvioi toiminnan lisänneen yhteisöllisyyden tunnetta sekä asukkaiden kesken että hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välillä. Tulosten perusteella voi päätellä, että fyysinen aktiivisuus sekä liikuntaharrastuksena että osana arkea tarjoaa hyvän mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen. Sosiaalista yhteyttä luovat toimintamallit ovat vanhainkodissa erittäin tärkeitä, koska tutkimusten mukaan laitosten asukkaille on tyypillistä sosiaalisten suhteiden niukkuus omassa asuin-yhteisössä (Nolan, 1995).

Sekä asukkaat että henkilökunta arvioivat liikunnan lisänneen asukkaiden elämänsisältöä. Liikunnallinen toiminta itsessään antoi virikkeitä vanhainkodin arkeen, mutta sen lisäksi asukkaiden että henkilökunnan liikkumisrohkeuden kasvu avasi mahdollisuuksia laajentaa elämänpiiriä (esim. retket). Aikaisemmin toimintaa oli ollut niukasti ja se oli ollut luonteeltaan vähemmän ulospäin suuntautunutta.

Elämänsisällöllisestä näkökulmasta käsin voidaan pohtia, missä määrin tutkimuksen tavoitteeksi valittu fyysinen aktiivisuus oli asukkaiden tarpeita tyydyttävä elämänsisältö ja missä määrin se oli sisältö, johon tartuttiin, kun kilpailevia toimintoja ei ollut.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että suomalaisille ikäihmisille fyysinen aktiivisuus on keskeinen arjen osa ja myös harrastuksena arvostettu (Koski, 1996). Fyysinen aktiivisuus vähenee ratkaisevasti vasta liikkumisvaikeuksien myötä (Laukkanen ja Heikkinen, 1990; Valvanne ym., 1992) ja/tai kun ihminen muuttaa kotoaan laitokseen (Ruuskanen ja Heikkinen, 1991, 59-70). Vähäistenkin tutkimusten perusteella vaikuttaa siltä, että vanhainkodissa yleinen toiminnallisuus vähenee henkilökunnan vastatessa niistä velvoitteista, joista jokin joutuu kotona huolehtimaan itse.

Tämä tutkimus antoi viitteitä siitä, että suuri osa asukkaista piti liikkumista ja ruumiillista ponnistelua edelleen tärkeinä asioina itselleen ja heillä oli pyrkimys säilyttää fyysinen aktiivisuutensa myös vanhainkodissa. Naiset harjoittivat kävelyä ja kotivoimistelua lähipiirissä kuten kotona asuillekin iäkkäille ihmisille on tyypillistä. Miehet suuntasivat toimintansa enemmän kodin (=oman huoneen ja osaston) ulkopuolelle kuten kotona asuvat miehetkin tekevät. Edellä mainittu piirre ilmeni itsenäisenä ulkoiluna ja harjoitteluna fysioterapiatilojen kuntovälineillä. Nämä toimintatavat koskivat asukkaita, joiden toimintakyky riitti itsenäiseen liikkumiseen vanhainkotiympäristössä.

Tutkimuksen kuluessa itsenäinen liikkumiskyky heikkeni vanhenemisprosessin myötä, mutta samalla henkilöstö muutti toimintatapojaan tarjoamalla tukensa kävelyyn, voimisteluun ja ulkoiluun. Vaikuttaa siltä, että asukkaat tarttuivat varsin nopeasti tarjottuun mahdollisuuteen ja alkoivat jopa toivoa sitä: tutkimuksen lopussa kävi ilmi, että asukkaat halusivat lisää apua kävelyyn. Osallistuminen arkiaskareisiin oli sen sijaan vähäistä. Arkiaskareiden alue herätti ristiriitaisia ajatuksia niin asukkaissa, omaisissa kuin eri henkilöstöryhmissäkin. Aukkaiden oikeus luopua arkisesta vastuusta ja velvoitteista vaikutti syvään juurtuneelta arvolta vanhainkotihoitossa. Asukkaat motivoituvat parhaiten toimintoihin, jotka sisälsivät työmäisiä tehtäviä, mutta joilla oli selvästi virkistysellinen, yhteisöllinen ja arjen yläpuolelle kohoava tavoite (esim. juhlien valmistelu).

Perinteisten liikuntamuotojen rinnalle kehittyivät uudet harrastukselliset liikuntatoiminnot. Niihinkin osallistui sekä miehiä että naisia. Sen sijaan miesten 'oma valinta' eli kuntosalivälineillä harjoittelu väheni. Syynä saattoi olla tuen puute juuri tälle toiminnolle (saattoapu), sillä kuntosalivälineet sijaitsivat fysioterapiaoastolla. Jälkeenpäin ajatellen oli sääli, ettei miesten olemassa olevaa toimintamallia vahvistettu riittävästi. Nykytiedon mukaan myös naisia olisi kannattanut kannustaa kuntosalille. Alkuelvityksen mukaan miesten ja naisten liikuntatavat olivat osittain erilaisia, mutta tutkimuksen lopussa ne muuttuivat enemmän samankaltaisiksi. On mahdollista, että miehet sopeutuivat heikentyneen toimintakykysä ja projektipainotusten vuoksi 'liian helposti' tarjottuihin toimintamalleihin ja valitsivat osastolla tapahtuvan liikunnan. Olisi ollut tärkeää paneutua miesten autonomian näkökulmasta siihen, millä keinoin miesten ulospäin suuntautuvaa ja ehkä sisällöllisestikin eriytyvää toimintaa olisi pystytty tukemaan paremmin. Tutkimuksen lopussa syntynyt fysioterapian palloiluryhmä oli tässä suhteessa hyvä oivallus, ja siihen osallistui runsas kolmannes miehistä.

Tutkimus osoittaa, että riippumatta fyysisestä toimintakyvyn tasosta, asukkaat suhtautuivat ja tarttuivat liikunnallisiin toimintamahdollisuuksiin hyvin eri tavoin. Toimintakykyisimmät asukkaat päättivät itsenäisesti omasta osallistumisestaan. Toimintakyvyltään rajoittuneet sen sijaan tarvitsivat henkilökunnan tuen voidakseen osallistua. Fyysinen toimintakyky tai liikkumiskyky ei näytä tämän tutkimuksen perusteella olevan suorassa suhteessa asukkaan liikkumishaluun. Lisäämällä liikunnallista toimintaa ja osallistumisen mahdollisuuksia saatiin perinteisen toimintakulttuurin alle piiloutunut yksilöllinen liikunnan tarve esille. Aukkaiden aikaisemman passiivisuuden selitys lienee heidän sopeutumisensa vanhainkodin vallitsevaan toimintakulttuuriin. Kulttuurin muutos 'siunasi' liikkumisen oikeuden, ja asukkaat alkoivat esittää jopa liikkumiseen liittyviä toiveita.

On otettava huomioon myös mahdollisuus, että kyseessä oli 'uusi sopeutuminen'. Muutama asukaskommentti viittaa siihen, että jotkut asukkaat liikkuivat yhtä paljon projektin velvoittamina kuin omasta halustaan. Valtaosa fyysisistä aktiivisuuttaan lisänneistä tyydytti kuitenkin mitä ilmeisimmin omia tarpei-

taan, sillä projektissa korostettiin voimakkaasti oikeutta omaan valintaan. On myös hyvä muistaa, että jo alkuhaastattelussa asukkaat suhtautuivat kielteisesti suurempaan levon tarpeeseen ja tämä käsitys vain vahvistui tutkimuksen kuluessa.

Mitä ajatuksia tutkimus herätti vanhainkodin asukkaiden autonomiasta? Tutkimuksen alkuselvitys osoitti, että asukkaiden elämisen piiri oli melko rajoittunut. Arki koostui suurelta osin passiivisesta olemisesta ja vanhainkodin rutiinien vastaanottamisesta. Päivät kuuluivat aamutoimien, ruokailujen ja nukkumaan menon odottelussa. Monipuolisempi elämänsisältö olisi edellyttänyt mm. mahdollisuuksia päästä paikasta toiseen ja liikkua vapaasti mielihalujensa mukaan. Henkilökunta perusteli toimintatapojaan, jotka suosivat paikallaan pysymistä, turvallisuuden varmistamisella. Suhtautumistapa rajoitti vanhainkotitoiminnan sisällön kehittämistä ja heikensi siten asukkaiden autonomiaa.

Toimintatapojen muutos, jossa henkilökunta jakoi asukkaille tietoa liikunnan merkityksestä sekä tarjosi resursseja liikkumiseen, vahvisti asukkaiden ajattelun ja toiminnan kompetenssia, joita pidetään autonomian toteutumisen ehtona (Collopy, 1988; Pietarinen, 1994). Liikuntaansa lisänneille asukkaille fyysisen aktiivisuuden liittäminen uudelleen omaan arkeen saattoi osaltaan lisätä autonomian tunnetta, koska liikkuminen oli monelle asukkaalle merkityksellinen ja myönteinen asia (Zautra ym., 1995). Fyysinen aktiivisuus antoi asukkaille myös kokemuksellista tietoa omista kyvyistä.

Tutkimuksessa korostettiin asukkaiden omaa valintaa osallistumisessa fyysistä aktiivisuutta sisältäviin toimintoihin. Lisäksi pyrittiin tarjonnan monipuolisuudella varmistamaan, että asukkaat saivat valita juuri itseään kiinnostavia toimintoja. Edellä mainittujen seikkojen arveltiin varmistavan autonomian toteutumista. Tarjolla oli sekä liikunnallisia toimintoja että arkiaskareita. Esim. Jametonin (1988) mukaan vanhusten auttaminen löytämään itselleen merkitykselliset arkiaskareet ja velvoitteet laitospäristössä on tärkeää autonomian toteutumisen kannalta. Sitoutuminen yhteisöllisiin toimintoihin antaa vanhuk- sille vastuuta sekä mahdollisuuden tuoda valitsemiensa velvoitteiden avulla esille omaa arvojärjestelmäänsä.

On vaikea arvioida, miten hyvin tässä onnistuttiin, koska asukkaat toivat varsininkin alussa heikosti esiin omia toiveitaan. Tämä on liikunnan osalta ymmärrettävää, koska vanhimmalla sukupolvella on vain vähän tietoa ja kokemuksia eri liikuntavaihtoehtoista. Arkiaskareihin osallistumista vaikeuttivat asenteiden lisäksi mm. suuren yksikön keskitetyt toimintatavat, joiden takia vanhuk- sen osuus yhteisön velvollisuuksien jakajana jäi monelta osin keinotekoiseksi ja hämäräksi. Osastotasolla arkiaskareet saattoivat vahvistaa niihin osallistuvi- en asukkaiden autonomian tunnetta, koska niihin liittyi ajatus oman osaston hyväksi tehdystä työstä.

Monet asukkaat tarvitsivat niin liikunta- kuin arkitoimintoihinkin osallistumi- seensa muistutuksen toiminnasta sekä osittain myös saattoavun. On vaikea sanoa, missä määrin autonomian raja ylitettiin 'hyvässä tarkoituksessa' (houkut-

telu, painostus), ja saatiin siten sopeutumisalttiit asukkaat mukaan osittain vastentahtoisesti.

Fyysisesti aktiivinen toiminta tuki joka tapauksessa autonomian mahdollisuuksia murtamalla turvallisuusharhan. Asukkaat osoittautuivat liikuntakykyisemmiksi kuin henkilökunta oli uskonut. Lisääntynyt fyysinen aktiivisuus ei aiheuttanut tapaturmia eikä heikentänyt asukkaiden hyvinvointia. Asukkaiden liikkumisrohkeuden kasvu sai aikaan hoitohenkilökunnan keskuudessa keskustelun asukkaiden elämän rajoittamisesta laajemminkin ja loi siten pohjaa asukkaiden autonomian arvostamiselle vanhainkotihoitossa. Liikkumiskokemukset, jotka lisäsivät asukkaiden luottamusta omiin kykyihinsä, saattoivat toimia porttina sellaisiin elämänsisältöihin, jotka edellyttivät rohkeutta liikkua. Tutkimuksessa saatiin tietoa vain itse liikuntaharrastuksen ja aikaisempaa rohkeamman retkitoiminnan lisääntymisestä (esim. risteilyt). Kiinnostavaa olisi ollut selvittää, laajeniko elämänpiiri muilta osin. Joka tapauksessa retki- ja virkistystoiminnan syntyminen projektitoimintojen rinnalle vahvisti asukkaiden autonomiaa elämän sisällöllisten valintojen suhteen.

#### 6.4.2 Fyysinen aktiivisuus vanhainkotihoiton osana

Tutkimuksen alussa kävi ilmi, että henkilökunta tiedosti kuntouttavan hoidon merkityksen. Lähempi tarkastelu osoitti, että huolimatta myönteisistä kannanotoista hoito noudatti perinteistä hoitokäsitystä (Raatikainen, 1998). Hoitoon ei sisällynyt asukkaiden aktiivisuuden tukemista, vaan hoito oli rutiinien ja kellon aikoihin sidotun päiväjärjestyksen sanelemaa. Hoitoa määrittivät asukkaiden sairaudet, oireet ja turvallisuuden tarpeet. Kullakin työntekijäryhmällä oli tarkkaan määritelty tehtäväalueensa. Perushoitoon ei kuulunut fyysisen aktiivisuuden edistäminen. Fyysistä aktiivisuutta harjoitettiin lähinnä fysioterapeutin ohjaamassa tuolivoimistelussa kerran viikossa, johon läheskään kaikki asukkaat eivät osallistuneet. Ulkoilua toteutettiin satunnaisesti, ja siihen oli käytetty ulkopuolisia 'kävelyttäjiä'. Tutkimuksen alussa rahat kävelyttäjiin palkkaamiseen olivat lopussa. Muu fyysinen aktiivisuus oli käytännössä asukkaiden oma-aloitteisuuden varassa.

Kuntouttavan hoidon tiedostaminen auttoi henkilökuntaa tarttumaan tarjottuun mahdollisuuteen, että fyysinen aktiivisuus sisällytettäisiin koulutuksen avulla perushoitoon. Fyysisen aktiivisuuden tukeminen oli neutraali tehtäväalue, koska se irrotettiin tietoisesti fysioterapeutin toteuttamasta kuntoutuksesta. 'Ei kenenkään alue' osoittautui mahdollisuudeksi, josta jokainen saattoi olla vapaasti kiinnostunut. Tutkimustulokset asukkaiden vähäisestä fyysisestä aktiivisuudesta, motivoivat henkilökuntaa lisää. Lähtökohtana oli vallitseva hoitomalli, johon uusia ajatuksia alettiin soveltaa.

Tutkimus osoitti, että perinteisessäkin hoitomallissa pystytään lisäämään asukkaiden fyysistä aktiivisuutta jossain määrin. Se toteutui lähinnä henkilökunnan oivalluksesta tehdä työtä uudella tavalla: kannustaa asukkaita kävelyyn, antaa asukkaalle suorittaa itse sellaista, minkä hoitaja oli tehnyt aikaisemmin, tarjota

asukkaille pieniä askareita tehtäväksi sekä edistää osallistumista erilaisiin harastuksiin. Vallitsevassa hoitomallissa liikkumavara jäi kuitenkin liian pieneksi, koska rutiiniluontoiselle hoidolle tyypilliset ennalta sovitut tehtävät sekä tehokkuus- ja rationaalisuusvaatimukset tulivat työtavan esteeksi (Elovainio ja Sinervo, 1994; Liukkonen, 1990; Ahonen ja Kiuru, 1989; Viljaranta 1991). Hoitokäytäntöjen laaja-alaisempi muuttaminen olisi vaatinut entisten tehtävien kriittistä tarkastelua, niiden osittaista purkamista ja uutta työjakoa. Lisäksi toimintakyvyltään heikentyneet asukkaat olisivat tarvinneet erityisesti alkuvaiheessa paljon aikaa henkilökunnalta voidakseen toteuttaa omatoimisuuttaan.

Lisämahdollisuuksia fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi etsittiin liikuntaharastuksesta, jonka ohjaamiseen aiheesta kiinnostunutta henkilökuntaa koulutettiin. Kokemus osoitti, että ainakin osa hoitohenkilökunnasta voidaan melko lyhyellä täydennyskoulutuksella valmentaa menestyksekkäästi ohjaamaan vanhainkotiasukkaiden liikuntaa.

Uusien toimintojen liittäminen hoitoon edellytti lisäksi koko muun henkilökunnan laajamittaista koulutusta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että perusteellista koulutusta tarvitaan pysyvän kulttuurisen muutoksen aikaansaamiseksi (Coeling ja Simms, 1993; Sinervo, 1994). Henkilökunta löysi koulutuksessa yhteiset tavoitteet, valmistautui tukemaan tavoitteiden mukaista toimintaa sekä jakamaan työt uudella tavalla. Ilman muun henkilöstön yleiskoulutusta ohjaajakoulutus olisi tuskin johtanut liikunnallisten toimintojen toteuttamiseen. Ohjaajakoulutus sopi perinteiseen hoitomalliin; liikunnallisten toimintojen ohjaaminen oli uusi 'tehtävä', johon tietyt henkilöt koulutettiin. Kriittisesti voi myös ajatella, että se tuki perinteistä, tehtäväkeskeistä hoitomallia.

Ohjaajakoulutukseen valikoituminen osoitti perinteisen hoidon eri henkilöstöryhmiä koskevat, tiukat rajat. Esteenä eivät olleet fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan reviirit kuten joissakin tutkimuksissa on havaittu (Booth ym., 1995; O'Connor ym., 1993), vaan hoitoapulaisten (laitosapulaisten) ja hoitajien väliset tehtävärajat. Kaikille avoimeen täydennyskoulutukseen lähetettiin esimiesten toimesta (osastonhoitaja, siivoustyön esimies) vain hoitajia, vaikka myös hoitoapulaiset olisivat olleet halukkaita osallistumaan. Vastaaviin ongelmiin on törmätty myös muissa vanhainkotitutkimuksissa, joissa hoitoapulaisten toimenkuvaa on pyritty laajentamaan (Elovainio ja Sinervo, 1994). Liikunnan ohjaustyö jäi näin ollen hoitajien varaan, joita oli määrällisesti vähän. Lisäksi se kasautui luonnollisesti niille hoitajille, jotka olivat kiinnostuneita liikunnasta. Ohjaustyöhön koulutettujen hoitajien vähäinen määrä ei tutkimuksen lopussa riittänyt tyydyttämään asukkaiden kasvanutta halua liikkua. Liikunnallisten toimintojen säännöllisyys ja jatkuvuus joutuivat uhanalaisiksi.

Harvojen henkilöiden hallitsema liikunnanohjaus ja asukkaiden kasvava kiinnostus liikkumiseen johtivat siihen, että ryhmätoimintoihin osallistui kerralla melko paljon asukkaita. Ryhmien kokoaminen ja toiminnan organisointi olivat raskaita, vaikka muu henkilökunta alkoikin avustaa järjestelyissä. Ohjaajien oli myös vaikea luottaa uuteen työnjakoon: alkuperäisiä työtehtäviä yritettiin tehdä 'varastoon'. Säännöllisen liikuntatoiminnan näkökulmasta työtapana oli vaati-

va. Useampi ohjaaja, pienemmät ryhmät ja kevyempi organisointi olisivat olleet eduksi tarjotun toiminnan määrälle ja laadulle. Se olisi edellyttänyt tehtäväkuvien purkamista ja ohjaustyöhön osallistumisen mahdollistamista kaikille. Tutkimuksessa luodun mallin riskinä oli ajan myötä ohjaustyöhön koulutetun henkilökunnan väsyminen. Malli, jossa kerralla pyritään tyydyttämään suurien ryhmien tarpeita, on kuitenkin vanhainkotitraditiossa tuttu eikä sitä henkilökunta tässäkään tutkimuksessa kyseenalaistanut (Viljaranta, 1991).

Asukkaiden osallistuminen kodinomaisiin askareisiin olisi voinut sopia hoitoapulaisten tai vanhainkodin muiden työntekijöiden työnkuvaan, mutta asiassa törmättiin työn tehokkuusvaatimukseen. Asukkaiden luonteva osallistuminen yhteisön todellisiin arkiaskareisiin onnistui vain rajoitetusti. Sen sijaan hoitajat yrittivät luoda uusia arkiaskareita asukkaille onnistuen osittain.

Edellä mainitut seikat osoittavat, että hoitoapulaisten työ oli hyvin ristiriitaista. Vanhainkodissa oli otettu käyttöön omahoitajajärjestelmä, johon hoitoapulaisetkin oli kytketty. Omahoitajuus antoi hoitoapulaisille teknisesti hoitovastuuta hoitajien työpareina, mutta todellisuudessa he eivät voineet vastata oman asukkaansa tarpeisiin kuin rajoitetusti. Tutkimus osoitti, että omahoitajajärjestelmä oli vailla todellista sisältöä. Lisäksi vanhainkodissa oli joukko muitakin työntekijöitä, joilla ei ollut vastuuta asukkaiden hyvinvoinnista, vaikka he kohtasivat asukkaita päivittäin. Vaikutti siltä, että modernien mallien takana esimiehet pitivät vanhoja tehtävärajoja tehokkaammin yllä kuin henkilöstö. Esimiesten sitoutuminen muutosprosessiin on kuitenkin muutoksen ehdoton edellytys (Pearson ym., 1993).

Yhteistyö fysioterapian kanssa oli tutkimuksen aikana melko runsasta ja sujui hyvin. Fysioterapeutti tuki luontevasti osastojen uutta työtä sekä kehitti omia toimintamuotoja fyysisen aktiivisuuden tueksi (vesivoimistelu, palloilukerho). Fysioterapiaosaston fyysinen etäisyys asukasosastoista häiritsi kanssakäymistä. Hoitajat eivät päässeet tutustumaan fysioterapeutin työhön eivätkä voineet ehkä mieltää, kuinka hyvin heidän työnsä tuki fysioterapian tavoitteita. Samoin fysioterapian yksilöhoitojen suuri määrä vähensi kontakteja. Fysioterapeutin sen sijaan oli helpompi oivaltaa hoitohenkilökunnan työn arvo suhteessa omaan työhönsä. Moniammatillinen tiimityö, jota ei aikaisemmin ollut harrastettu (Parkatti ja Talvitie, 1997), pääsi alkuun ja fyysisen aktiivisuuden kytkeminen hoitosuunnitelmiin oli askel kohti moniammatillista suunnittelua.

Muuta harrastustoimintaa oli vanhainkodissa vähän. Havainto koskee vanhainkoteja yleisemminkin (Rusi, 1997, 76). Sisällöllisten toimintavaihtoehtojen lisääminen olisi välillisesti voinut lisätä niiden asukkaiden fyysistä aktiivisuutta, joita liikuntaharrastus ei itsessään kiinnostanut. Sen toteutus olisi voinut sopia henkilöstölle, joka ei ollut itse suuntautunut liikuntaan.

Yhteenvetona voi todeta, että fyysisen aktiivisuuden sisällyttäminen hoitoon onnistui kohtalaisen hyvin perinteisen hoitomallin asettamisessa rajoissa, koska teemaa lähestyttiin monipuolisesti. Toisaalta kävi myös selväksi, että perinteinen hoitomalli oli este asukkaiden fyysisen aktiivisuuden täysimittaiselle to-

teutumiselle. Tutkimus osoitti, että fyysisen aktiivisuuden lisääminen edellyttää, että se perusliikkumisen osalta sisältyy kaikkien työntekijöiden työnkuvaan ja että toimintatavoista fyysisen aktiivisuuden suhteen sovitaan riittävän tarkasti. Silloin vältetään ristiriidat, joita syntyy, kun osa henkilökunnasta 'passaa' ja osa kannustaa asukasta käyttämään omia voimavarojaan. Perusliikkumisen lisäksi osa työntekijöistä voi erikoistua liikunnan ohjaustyöhön tai fyysisistä aktiivisuutta sisältävien arkiaskareiden ohjaamiseen. Liikunta ja arkiaskareet tarjoavat luontevalla tavalla asukkaille osallistumisen, harjaantumisen ja mielenvirkistykseen mahdollisuuksia. Liikkuminen ja omatoimisuus päivittäisessä elämässä koituu kumulatiivisesti asukkaiden hyödyksi, kun jokaiselle työntekijöillä on ymmärrys ja taidot tukea sitä eri tilanteissa. Fyysinen aktiivisuus on luonteva osa ihmisen elämää ja siihen tarvittavat ohjaustaidot tulee sisällyttää vanhustyöntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen. Olenaista on yhteisen, asukkaiden tarpeista lähtevän tavoitteen asettamista vanhainkotityölle eri ammattiryhmien työtä ohjaavien irrallisten työtehtävien sijasta.

#### 6.4.3 Voidaanko tutkimuksessa saatua tietoa soveltaa?

Tutkimus toteutettiin vuosina 1988-1991. Sen ensimmäinen hoitohenkilökunnalle suunnattu raportti ilmestyi 1992 (Karvinen, 1992). Tutkimuksen jälkeen tutkija jäi miettimään, olisiko tutkimus hyödynnettävissä valtakunnallisesti vanhainkotien kehittämistyössä.

Vuonna 1993 opetusministeriö käynnisti Liikunta Suomi -projektin, jossa oli tarkoitus kehittää uutta liikuntakulttuuria. Sen innoittamana päätettiin kokeilla, toimitisiko tutkimuksessa kehitetty henkilöstön koulutusohjelma myös avo- huollossa jonkun toisen tahon toteuttamana. Tavoitteena oli kytkeä koulutusprosessi kunnan olemassa oleviin hallintorakenteisiin.

Pilottikunnaksi valittiin Vantaa, jossa kunnan erityisliikunnasta vastaava henkilöstö koulutettiin toteuttamaan koulutusohjelmaa yhden vanhainkodin sekä yhden kotihoidon alueen henkilöstölle. Tulokset olivat kannustavia. Projektin eräs oivallus oli, että erityisliikunnan ohjaajien lisäksi kouluttajiksi kannattaa rekrytoida myös sosiaali- ja terveydenhuollon fysioterapeutteja (Karvinen ja Oikarinen 1994, 12-15).

Vuonna 1994 Liikunta Suomen esityksissä Kuntokallion tehtäväksi annettiin koota valtakunnallinen kouluttajaverkosto kouluttamaan edellä mainittujen koulutusohjelmien turvin vanhustyöntekijöitä avo- ja laitoshuollossa (Liikunta Suomi, 1994). Liikunta Suomi -projektissa kokeiltu kouluttajakoulutus sekä tässä tutkimuksessa syntynyt vanhustyöntekijöiden koulutus tuotteistettiin opetusohjelmiksi opetusministeriön ja Helsingin yliopiston tuella. Hanke sai nimeksi Vanhusten liikunta sosiaali- ja terveydenhuollossa (Valssi -projekti).

Kouluttajaverkoston kokoaminen ja kouluttajakoulutus aloitettiin läänien avulla vuonna 1995. Kouluttajaverkosto on avoin ja siihen voivat hakeutua



vanhustyöstä kiinnostuneet erityisliikunnan ja fysioterapian ammattilaiset kunnan sosiaali-, terveys- ja liikuntatoimesta sekä alan oppilaitoksista. Koulutusohjelmina ovat avo- ja laitoshuollon henkilöstölle tarkoitettu Vanhusten liikunnan perusteet (12 t) ja liikuntaan erikoistuville vanhustyöntekijöille suunnattu Vanhusten liikunnan ohjaus (16 t) sekä sen jatko-osina liikuntamuotokohtaisia kursseja. Koulutusta tarjotaan kouluttajien toimesta yhteisöille. Koulutusohjelmat luonteeltaan prosessimaisia koostuen useammasta tilaisuudesta, jotka sisältävät runsaasti keskustelu- ja kehittämistehtäviä. Niiden tavoitteena on asiantiedon ohella konkreettisesti tukea muutoksen käynnistymistä asianosaisissa yhteisöissä niiden omista lähtökohdista käsin.

Valssi -projekti on innostanut ammattilaisia ryhtymään muutosta edistävään koulutustyöhön vanhustyön yksiköissä. Kouluttajaverkostoon kuului vuonna 2000 yhteensä 400 ammattilaista. He ovat kouluttaneet Vanhusten liikunnan perusteet -koulutusohjelmalla noin 6200 vanhustyöntekijää eri yhteisöissä. Vanhusten liikunnan ohjaustyöhön on vastaavasti näistä yhteisöistä koulutettu noin 450 työntekijää. Uusina kohderyhminä ovat vanhustyöntekijöiden ohella vapaaehtoiset ja omaiset.

#### 6.4.4 Valitun tutkimusmenetelmän arviointia

Tutkimushankkeen lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus, koska hankkeen tarkoituksena oli muuttaa vanhainkodin hoitokäytäntöjä sekä edistää asukkaiden fyysistä aktiivisuutta. Aiheen moninainen luonne ja vanhainkotihoiton vakiintunut traditio antoivat aiheen olettaa, että toimintatutkimuksellinen lähestymistapa toisi aiheeseen liittyviä ilmiöitä paremmin esiin kuin perinteiset tutkimusmenetelmät. Toimintatutkimusta puolusti myös tarve yhdistää teoreettinen ja käytännöllinen tietämys. Liikuntatieteellisen tiedon liittäminen hoidon käytäntöihin ja asukkaiden arkeen edellytti kohdeyhteisön jäsenten mukana oloa tavoitteiden asettamisessa, toiminnassa, tiedon hankinnassa ja arvioinnissa (Kemmis ja McTaggart, 1981, 5-28; Kasvio, 1995)

Tutkimus täytti toimintatutkimukselle asetetut kriteerit siihen sisältyvien piirteiden perusteella (Kuula, 1995). Näitä piirteitä olivat mm. tutkimuksen kohdistuminen todelliseen yhteisöön sekä tutkittavien osallistuminen tutkimukseen ja toimintaan tutkijan rinnalla (Grönfors, 1982, 118-128; Elden ja Chisholm, 1993). Myös toimintatutkimukselle tyypillinen spiraalimainen prosessi, jossa tietyt vaiheet seuraavat toisiaan, toteutui (Kemmis ja McTaggart, 1981, 5-28; Hart ja Bond, 1995, 1-79). Tutkimuksessa koottu arviointitieto sisälsi sekä määrällistä että laadullista aineistoa (Greenwood ym., 1993; Kuula, 1995). Lisäksi tutkimus tuotti tuloksia, jotka auttoivat selvittämään aiheeseen liittyvää problematiikkaa laajemminkin kuin vain tavoitteen saavuttamisen näkökulmasta (Jyrkämä; 1978, 39-71). Seuraavassa pohditaan hieman tarkemmin, mitä edellä mainitut kriteerit tarkoittivat tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksen kohdeyhteisö oli Kontulan vanhainkoti, joka tuli valituksi tutkimukseen useiden vanhainkotien joukosta. Ehdolle asettaja oli sosiaalilauta-

kunta eikä vanhainkoti itse. Tutkimusaihe oli 1990 -luvun taitteessa uusi. Näin ollen 'ylhäältä' annettu projekti huonosti tunnettuine aiheineen herätti kohdeyhteisössä aluksi vastustusta. Tutkijan murheena jälkeinpäin arvioiden oli se, että kohdeyhteisössä ei ollut toimintatutkimuksen ihanteen mukaista spontaania halua kehittää työtään ja valmistella muutosta. Tutkija tunnisti kyllä alussa aiheen vierauden kohdeyhteisölle, mutta piti sitä miellyttävänä haasteena. Sen sijaan suoranainen vastustus kätettiin tutkijalta tehokkaasti.

Liikuntatieteellisen tutkimuksen sen hetkisestä näkökulmasta aihe oli ensiarvoisen tärkeä ja kiireinen. Sen spontaani esiintulo vanhainkotitraditiossa ei vaikuttanut todennäköiseltä. Näillä perusteilla voi puolustella vanhainkotiin 'tunkeutumista'. Mikään ei olisi silti estänyt valmistelemasta vanhainkotiä paremmin, jolloin kohdeyhteisön halu osallistua tutkimukseen olisi alkuvaiheessa ollut suurempi.

Alkuvaikeuksista huolimatta tutkimus käynnistyi ja työryhmätyöskentelyn sekä muiden vanhainkodin kokouskäytäntöjen avulla kohdeyhteisön jäsenet, niin hoitohenkilökunta kuin asukkaatkin, pääsivät osallistumaan tutkimukseen sen eri vaiheissa. He suunnittelivat, toteuttivat ja arvioivat toimintaa sekä asettivat uusia tavoitteita. Prosessi toi esiin sen, että osa työntekijöistä ei ollut tottunut ilmaisemaan toiveitaan eivätkä kaikki työntekijät olleet sitoutuneita työnsä kehittämiseen. Myös asukkaat olivat tottuneet olemaan tyytyväisiä eivätkä osanneet varsinkaan aluksi esittää toiveitaan.

Tutkimuksessa valittiin asukkaat ja hoitohenkilöstö tutkimuksen keskiöön. Myöhemmin osoittautui, että myös muu henkilökunta sekä omaiset olivat tavoitteen kannalta keskeisessä roolissa. Toimintatutkimukselle on kuitenkin tyypillistä, että tavoitteen kannalta tärkeitä asioita löydetään aineistolähtöisesti, tutkimuksen kuluessa (Kiviniemi, 1999). Uusien ryhmien täysipainoinen mukaan otto kesken tutkimuksen ei ole helppoa. Myös tässä omaisten mukaan tulosta luovuttiin, sen sijaan henkilökuntaa yritettiin resurssien puitteissa osallistaa tutkimukseen.

Tutkija oli itse mukana tutkimusprosessissa toimimalla varsinaisen tutkimustehtävän ohella kouluttajana, suunnitteluryhmien jäsenenä sekä kokeilujen käynnistäjänä. Lisäksi hankkeen luonteeseen ja tutkijan persoonaan kuului läsnäolo myös monissa epävirallisissa tilanteissa ja keskusteluissa. Tutkijan osallistuminen oli tässä mielessä hyvin monipuolista. Ihanteena oli toimia 'muutosagenttina' (Jyrkämä, 1978, 39-71) sekä Kiviniemen (1991) mainitsemana 'prosessikonsulttina', joka toimii tutkittavan yhteisön lisäresurssina ja apuna toimintakäytäntöjen kehittämisessä.

Tutkijan ei alussa ollut helppo saavuttaa toivomaansa asemaa kohdeyhteisössä. Kohdeyhteisön näkökulmasta tutkija edusti gerontologista asiantuntijaorganisaatiota asettuen koulutuksensa ja tutkimuksen tuoman erikoisaseman vuoksi työntekijöiden ja asukkaiden silmissä hierarkisen yhteisön yläpäähän. Aiheen uutuus ja kohdeyhteisön kokema tiedon puute fyysiseen aktiivisuuteen liittyvissä asioissa vielä korostivat tutkijan asemaa. Tämä asetelma antoi tutkijalle

ehkä tarpeellisen annoksen ulkopuolisuutta, jota esim. Kuula (1999, 143-144) pitää sisäpuolisuuden ohella keskeisenä toimintatutkimusprosessista selviytymisen edellytyksenä. Sisäpuolisuudella tarkoitetaan tutkijan empatiakykyä ja muita sosiaalisia taitoja, joiden avulla saavutetaan aito kosketus ihmisten toimintaan.

Tutkijan oletettu auktoriteettiasema saattoi ehkäistä demokraattista keskustelua. Jälkikäteen voi miettiä, jäikö tutkijalta huomaamatta, jos myötäilemään tottunut hoitohenkilökunta ei tuonut omia ajatuksiaan esille. Asukkaiden arkuus ilmaista toiveitaan sen sijaan oli helppo havaita. Konsultin roolia on vaikea hyvällä tahdolla ylläpitää, jos yhteisö pitää tutkijaa auktoriteettina. Toisaalta esim. fysioterapeutti piti tutkijaa aluksi kilpailijana ja tutkimusta puuttumisena omaan työhönsä. Vasta vähitellen vastustuksen sijaan löytyi yhteinen tavoite. Tutkimusprosessin aikana, keskinäisen tutustumisen ja ystävystymisen myötä demokratian ja vastavuoroisuuden mahdollisuudet paraniivat. Myöhemmin sekä asukkaat että työntekijät halusivat käyttää tutkijaa myös 'luotettuna', jolle uskottiin vanhainkotielämässä ilmeneviä epäkohtia. Kasvion (1994) mainitsemat 'diplomaatin ominaisuudet' joutuivat näissä roolipaineissa ajoittain kovaan testiin. Toimintatutkimus osoittautui tutkijalle erinomaiseksi tilaisuudeksi kehittyä ja kasvaa (Kuula, 1999, 148-154).

Toimintatutkimuksen spiraalimainen luonne toteutui tavoitteen, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin johtaessa uusiin tavoitteisiin. Käytännössä oli helppo havaita, että eri vaiheet limittyivät toisiinsa eikä niitä voinut aina puhtaasti erottaa. Samoin tutuiksi tulivat erilaiset sivuspiraalipyrkimykset (Heikkinen H ja Jyrkämä, 1999). Esimerkiksi uutta toimintakokeilua saatettiin jo aloittaa ennen kuin kaikki edellinen arviointitieto oli konkreettisesti käytettävissä. Toisaalta käytössä oli yhteinen kokemus, joka tuki prosessien etenemistä. Sivuspiraaleja jouduttiin tässä tutkimuksessa jossain määrin tietoisesti rajoittamaan, koska tutkimustehtävä oli laaja suhteessa käytössä oleviin voimavaroihin. Esimerkiksi omaisten osuutta asukkaiden fyysisessä aktiivisuudessa ei lähdetty selvittämään, vaikka se olisi varmasti ollut hyödyllistä.

Tutkimuksen arviointia suoritettiin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin ja siihen osallistui koko kohdeyhteisö. Määrälliset tutkimukset (haastattelu- ja kyselyaineistot avokysymyksineen) toistettiin lähes samanlaisina tutkimuksen alussa ja lopussa. Haastattelut ja kyselyt sujuivat hyvin ja osallistumisprosentti oli korkea. Laadullinen arviointi on tärkeää tulkittaessa toimintatutkimuksen tuloksia ja prosessia. Tässä tutkimuksessa toimintojen runsaus aiheutti sen, että kaikkia arviointeja ei voitu tehdä niin perusteellisesti kuin olisi ollut toivottavaa. Toimintojen runsaudella haluttiin varmistaa asukkaiden autonomia ja valinnanvapaus. Myös laadullisen materiaalin (muistiot, pöytäkirjat jne.) kirjavuus ja ajoittain ilmenevät dokumentoinnin puutteellisuudet vaikeuttivat arvioinnin tekemistä. Se asetti rajoitukset laadullisen materiaalin käytölle. Kolmas syy oli henkilökunnan resurssien rajallisuus ottaen huomioon kaikki toimintatutkimuksen edellyttämät tehtävät.

Oli helppo havaita, että hoitohenkilökunnan osallistuminen tutkimukseen hoitotyön ohella oli suuri haaste, vaikka se kuuluukin toimintatutkimuksen luonteeseen. Uusia haasteita otettiin vastaan osaamatta purkaa vanhasta mitään pois. Työntekijän kannustamisen ylimitoitettuihin suorituksiin pelättiin vaikuttavan kielteisesti muutosmotivaatioon, joten tasapainottelu oli välttämätöntä. On vaikea sanoa, miten kysymys olisi pitänyt parhaiten ratkaista. Pitäytyminen vähempiin kokeiluihin olisi keventänyt henkilöstön työtaakkaa ja ehkä antanut tilaa myös tutkijalle syventää ja systematisoida laadullista arviointia. Toisaalta se olisi jättänyt kapeamman kuvan vanhainkotiasukkaiden toimintamahdollisuuksista. Vahvuutena tutkimusaiheen kannalta olivat nimenomaan monipuoliset toimintakokemukset.

Tulokset olivat myönteisiä asetetun tavoitteen kannalta, mikä motivoi toimijoita, mutta ei sinänsä ole onnistuneen toimintatutkimuksen edellytys (Kasvio, 1994). Onko hyvissä tuloksissa jotain epäilyttävää? Myönteisten arvioiden ajateltiin ehkä olevan toivottuja, joten sellaisia saatettiin antaa helposti. On myös mahdollista, että aiheestaan innostunut tutkija noteeraa kaikista puolueettomuuspyrkimyksistään huolimatta erityisesti myönteiset arviot. Myönteisesti kuvan mahdollisuutta lisää vielä se, että kiinnostuksen kohteena oli aktiivinen henkilökunta ja aktiiviset asukkaat. Mitä ilmiöitä ja ajatuksia oli siinä osassa kohdeyhteisöä, missä aktivoitumista ei tapahtunut? Tutkimuksen tehtävä ei ollut selvittää tätä seikkaa, mutta on hyvä tiedostaa, että näkökulmalla on merkitystä tuloksiin. Vaikka tutkijan läsnäolo on toimintatutkimuksessa tärkeää, voi harkittu poissaolo arviointitilanteissa edistää kriittisten näkökulmien esilletuloa.

Tuloksia kirjoitettaessa konkretisoitui monipuolisen arvioinnin merkitys (Jyrkämä, 1978, 39-71). On tärkeää, että koko kohderyhmä osallistuu arviointiin ja että arvioinnissa kannustetaan tuomaan esiin kriittisiä näkökulmia. Tässä tutkimuksessa olisi esimerkiksi ollut hyödyllistä saada esille myös muiden kuin hoitotyöntekijöiden arvioita tutkimusprosessista. Samoin vanhusten ääni olisi voinut tulla vahvemmin kuuluviin. Lisäarvioidenkaan turvin toimintatutkimuksesta ei voida tehdä lopullisia johtopäätöksiä, koska prosessi on aina keskeneräinen (Isohanni, 1989). Tässä tutkimuksessa saatiin vihjeitä siitä, että sen jatkuminen olisi saattanut lisätä eri työntekijäryhmien vaikutusmahdollisuuksia ja siten antaa tilaa uusille innovaatioille.

Toimintatutkimus osoittautui tehokkaaksi lähestymistavaksi, koska se toi esiin fyysisen aktiivisuuden problematiikkaa laajemmin kuin vain tavoitteen näkökulmasta (Heikkinen, H ja Jyrkämä, 1999; Kiviniemi, 1999). Sen avulla esimerkiksi paljastui rakenteita, jotka estivät fyysisen aktiivisuuden toteutumisen. Lisäksi se auttoi työntekijöitä jäsentämään osittain tiedostamattomia näkökulmia, jotka ohjasivat työrutiineja (esim. asukkaan turvallisuuden maksimointi, tehokkuus ja rationaalisuus työn arvon mittana, hygieniakysymysten 'yliarvostus' työn sisällöissä, sairaanhoidolliset tehtävät työn sisältönä). Tutkimus tuotti yhteisöön laajan keskustelun ja aidon muutospaineen.

Puoli vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen pidetty arviointiseminaari osoitti, että kohdeyhteisö oli jatkanut työnsä kehittämistä asetetun tavoitteen suunnassa sekä ryhtynyt myös purkamaan sen saavuttamisessa havaitsemiaan esteitä. Toimintatutkimus oli onnistunut käynnistämään prosessin, jossa yhteisö itse tutki ja kehitti toimintakäytäntöjään ilman tutkijan läsnäoloa (Jyrkämä, 1978, 39-71; Kasvio, 1995). Tätä voidaan pitää hyvänä tuloksena.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta ja validiutta tarkastellaan eri näkökulmasta kuin perinteisen tutkimuksen. Esimerkiksi perinteinen reliabiliteetin idea, jossa tutkimus toistettuna toisi saman tuloksen ei ole mahdollinen, sillä tilanne intervention jälkeen on aina uusi. Validiteettia määritellessä herää kysymys siitä, mikä on totta ja kenellä on valta määritellä se. Toimintatutkimuksen luotettavuuskysymyksiä pohdittaessa voidaan ehkä paremminkin puhua tutkimuksen pätevydestä. Eräänä pätevyden kriteerinä voidaan pitää järkevämpää uutta käytäntöä, joka osoittautuu toimivaksi (Huttunen ym., 1999). Myös konsensusta, toimijoiden jakamaa näkemystä tutkimuksen kulusta, suositellaan toimintatutkimuksen pätevyuden mittariksi (Jyrkämä 1978, 39-71; Huttunen ym., 1999; Kiviniemi, 1999).

Tehty tutkimus onnistui luomaan uutta, toimivaa käytäntöä tavoitteen suunnassa. Konsensusta haettiin yhteisessä arviointiseminaarissa, jossa tarkasteltiin ja kommentoitiin tutkijan tekemää raporttiluonnosta toimintatutkimuksen suositusten mukaan (Holmila, 1984). Ajatus siitä, että myös muut toimijat kuin tutkija olisivat osallistuneet raportin kirjoittamiseen, tuntui liian työläältä, vaikka se tietystä miehestä olisikin ihanteellista (Kiviniemi, 1999). Myös kirjallisen kyselyn avokysymyksillä projektin hyvistä ja huonoista puolista pyrittiin saamaan esiin toimijoiden näkemys prosessin kulusta.

Toimintatutkimus on haastava tehtävä ja sen ideaali toteuttaminen on vaativaa. Tästä huolimatta kokemus vahvisti käsitystä siitä, että toimintatutkimus voi tuoda esiin jotakin sellaista, mitä on vaikea havaita ilman toimintaa. Tällä kokemuksella tutkijan on helppo allekirjoittaa Kuulan (1999, 114) teoksessaan esiin tuoma ajatus, että toimintatutkimuksen oppiminen vain kirjallisuuteen perehtymällä on mahdotonta ja että tarvitaan ainakin yksi läpiviety toimintatutkimusprosessi, jotta voisi tulla toimintatutkijaksi.

## 7. Johtopäätökset

Tutkimus osoitti, että vanhainkotasukkaiden asennoituminen fyysiseen aktiivisuuteen on suurelta osin myönteistä. Asukkaat pyrkivät mahdollisuuksiensa mukaan jopa jatkamaan sukupolvelleen tyypillisiä liikkumisen tapoja vanhainkodissa. Fyysinen raihnaisuus sinällään ei näytä vähentävän fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä tarpeita. Fyysisen aktiivisuuden vähäisyys on ennen kaikkea seurausta asukkaiden sopeutumisesta vanhainkodin hoitokäytäntöihin sekä niihin mielikuviin, joita vanhainkodissa asumiseen liitetään. Fyysistä aktiivisuutta puolustavien tutkimustulosten sekä tämän tutkimuksen tulosten perusteella on syytä luopua asenteista, joiden mukaan vanhainkodissa asuvat ihmiset eivät kokisi tarvetta liikkua ja ylläpitää omaa fyysistä toimintakykyään tai että siitä ei olisi hyötyä heidän hyvinvoinnilleen.

Kontulan vanhainkoti edusti perinteistä hoitokulttuuria. Siihen ei sisällynyt työtapoja, joilla olisi tuettu asukkaiden fyysistä aktiivisuutta osana kuntouttavaa hoitoa. Eri ammattiryhmien työkäytännöt olivat johtaneet asukkaiden fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen, jota perusteltiin turvallisuudella, työn rationalisuudella ja tehokkuudella. Perinteisessä hoitomallissa fyysinen aktiivisuus jäi vanhainkotasukkaiden oman aloitteellisuuden sekä fysioterapeutin vastuulla olevan liikunnallisen ryhmäkuntoutuksen varaan, mikä ei riittänyt tyydyttämään asukkaiden tarpeita eikä ylläpitämään fyysistä toimintakykyä. Toimintakyvyltään heikompien ja osallistumiseensa tukea tarvitsevien asukkaiden liikkumisen tarpeet jäivät perinteisessä hoitomallissa havaitsematta, jolloin he menettivät myös fyysisen aktiivisuuden antaman hyödyn.

Tutkimus osoitti, että fyysisen aktiivisuuden käyttöön otto tuo esille asukkaiden liikkumistarpeen sekä piilossa olleen fyysisen toimintakyvyn. Mahdollisuuksien lisääntyessä asukkaat tarttuivat tuttuihin tapoihin liikkua. Havainto edellyttää vanhusten liikuntakäyttämisen tuntemusta ja herkkyyttä uusien sukupolvien muuttuville totumuksille. Erittäin luontevaa on ylläpitää asukkaiden mahdollisuuksia kävellä sisällä ja ulkona sekä harjoittaa yksinkertaista voimistelua. Ottaen huomioon vanhusten toimintakyvyn tilannekohtaisen vaihtelun, on fyysisen aktiivisuuden tarjonnassa syytä kiinnittää huomio toimintamuotoihin, joita voidaan tarjota ja toteuttaa päivittäin.

Perinteisten tapojen lisäksi myös uudet toimintamuodot näyttivät kiinnostavan vanhuksia. Vanhuksille tulee ennakkoluulottomasti tarjota uusia liikuntakokemuksia, joiden perusteella he voivat tehdä fyysistä aktiivisuuttaan koskevia päätöksiä. Tutkimus osoitti lisäksi, että miesten ja naisten suosimat toiminnot ovat osittain erilaisia ja sitä tulisi kunnioittaa toiminnan suunnittelussa. Mieshoitajien osuuden lisääminen saattaisi edistää miesasukkaiden toiminnan suunnittelua ja toteutumista.

Ajatus arkivelvollisuuksista luopumisen oikeudesta, ammattihenkilöstön työtavat sekä suuren yksikön keskitetyt toimintamallit muodostivat yhdessä tehokkaan esteen arkitoimintoihin osallistumiselle. Yksiköiden pienentäminen ja kodinomaisuuden lisääminen edistänee asukkaiden luontevaa osallistumismah-

dollisuuksia. Lisää tietoa tarvitaan myös niistä merkityksistä, joita vanhukset liittävät arkiaskareisiin vanhainkotiyhteisön jäseninä. Tätä tietoa tarvitaan asukkaiden hyvinvoinnin ja autonomian varmistamiseksi sekä uuden, yhteisöllisyyttä korostavan hoitotähtämisen kehittämiseksi.

Toimintakyvyn, elämänsisällön ja autonomian näkökulmasta vanhainkotiasukkailla tulisi olla mahdollisuus riittävään fyysiseen aktiivisuuteen. Fyysisen aktiivisuuden käsite tulee nähdä laajana sisältäen päivittäistoiminnat, liikunnan harrastamisen, arkiaskareet sekä virkistystoiminnan. Riittävä fyysinen aktiivisuus saavutetaan painottamalla se perushoidossa uudella tavalla ja sisällyttämällä se eri työntekijäryhmien työnkuvaan. Läpäistäkseen koko henkilökunnan työkäytännöt fyysinen aktiivisuus on priorisoitava hoidossa ja eri vuorovaikutustilanteissa. Tämä edellyttää koko henkilökunnan pitkäjänteistä täydennyskoulutusta, joka sisältää sekä arjessa toteutuvan fyysisen aktiivisuuden tukemisen että yksilö- ja ryhmäliikunnan ohjauksen. Koulutuksen tulee olla riittävän konkreettista, jotta hoitohenkilöstö pystyy soveltamaan sitä työssään. Fyysinen aktiivisuus tulisi myös liittää vanhustyöhön suuntautuvan hoitohenkilöstön peruskoulutukseen sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa. Tämä edellyttää liikuntaan liittyvän opetuksen vahvistamista opetussuunnitelmissa ja sen sisällön tarkistamista edellä mainittujen tavoitteiden suuntaisiksi.

Fyysisen aktiivisuuden sisällöt vaativat myös kehittämistä, jotta toimintakyvyltään heikentyneille vanhuksille voisi tarjota mielekäästä ja motivoivaa toimintaa. Tässä tutkimuksessa kävi selkeästi ilmi aiheeseen liittyvän oppimateriaalin puute. Alan oppilaitosten tehtävänä olisi tuottaa kiinnostavia sisältövaihtoehtoja toteutettavaksi vanhustyössä.

Tiedon täysimittainen hyödyntäminen edellyttää perinteisten tehtäväkuvien purkamista, työn uudelleen organisoimista sekä asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä vanhainkotiyhteisössä. Perinteisellä työnjaolla fyysisen aktiivisuuden määrä ei voi saavuttaa riittäviä määrällisiä eikä laadullisia tavoitteita. Ihanteellista vanhusten fyysisen aktiivisuuden tukemisessa olisi, jos henkilöstö voisi hoidon toteutuksessa hyödyntää omia taipumuksiaan (esimerkiksi liikunnan ohjaus, arkiaskareet, päivittäiset toimet, virkistystoiminta). Se antaisi tilaa henkilökunnan luovuuden entistä paremmalle käytölle hoitotyössä. Myös omaisten ja vapaaehtoisten mahdollisuuksia fyysisen aktiivisuuden tukemisessa kannattaa pohtia.

Tehtävärajat ylittävä moniammatillinen yhteistyö ja asukkaiden yksilöllisten toiveiden kuuleminen antavat parhaat lähtökohdat sen mielekkäälle toteutukselle. Asukkaiden lisääntyvä toimintakyvyn heikkous ja heidän omatoimisuuteen ja liikkumiseen tarvitsemansa avustus- sekä valvonta-aika edellyttää myös henkilöstöresurssien lisäämistä vanhainkodissa. Fyysinen aktiivisuus, jota toteutetaan vanhuksen kanssa ja vanhuksen ehdoilla, vaatii henkilökunnalta ohjaustaitoja ja aikaa.

Hoitokulttuurin ja työkäytäntöjen muutos täydennyskoulutuksen lisäksi asukkaiden fyysisen aktiivisuuden yksilöllistä arviointia, liikuntasuunnitelman kyt-

kemistä hoitosuunnitelmiin sekä tavoitteiden toteutumisen jatkuvaa seurantaa. Liikuntasuunnitelma laaditaan moniammatillisessa tiimissä, johon osallistuvat asukas, fysioterapeutti, lääkäri, omahoitaja ja omaiset.

Työkäytäntöjen muutos, jossa henkilökunta ottaa laajasti vastuuta asukkaiden päivittäisestä liikkumisesta, muuttaa fysioterapeuttien perinteistä roolia. Aikaa vapautuu perusliikkumisen ja osastokohtaisen ryhmäliikunnan ohjaamisesta täsmäkuntoutuksen kehittämiseen. Fysioterapeuttia tarvitaan tulevaisuudessa tukemaan ja konsultoimaan henkilökuntaa arkiliikkumiseen ja liikunnan ohjaukseen liittyvissä asioissa. Kuntoutuksen mielekkyys paranee, kun koko henkilökunta ymmärtää fyysisen aktiivisuuden keskeisen merkityksen ennaltaehkäisyssä, kuntoutumisprosessissa ja tulosten ylläpitäjänä. Läheinen yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa tulisi konkretisoitua myös fyysisenä läheisyytenä, jolloin kuntoutuksen ja hoitotyön yhteinen aines konkretisoituisi kaikille työntekijöille. Vanhainkodeissa työskentelevän kuntoutushenkilökunnan määrää vanhainkodeissa tulee lisätä hoitotyön uuden painotuksen perusteella sekä täydennyskouluttaa uusiin haasteisiin.

Edellä mainitut muutokset hoitotyössä vaativat esimiehiltä riittävää tietoa fyysisen aktiivisuuden merkityksestä sekä kykyä ohjata muutosprosessia. Tutkimus osoitti, että esimiehet tarvitsevat henkilöstön lailla täydennyskoulutusta itse fyysisen aktiivisuuden sisällöistä sekä sen lisäksi niistä muutoksen hallinnan keinoista, joita tarvitaan perinteisen hoidon muuttamisessa asukkaiden tarpeita vastaavaksi.

Fyysinen aktiivisuus näytti tutkimuksen mukaan toimivan porttina, joka auttoi osan asukkaista ja henkilökunnasta 'myönteiselle kehälle' paljastaen piiloon jääneet voimavarat. Myös elämänpiiri laajeni. Fyysinen aktiivisuus oli myös väline, joka paljasti nopeasti vanhainkodin toimintakulttuurin epäkohdat suhteessa kuntouttavan hoidon tavoitteisiin. Toiminnallisuus on näkyvää, ja sitä vasten myös toimettomuus tuli näkyväksi. Konkreettisenä välineenä fyysistä aktiivisuutta voidaan ehkä hyödyntää muissakin yhteyksissä tuomaan esiin pinnan alle jääneitä asioita.

Lisää tietoa kaivataan edelleen siitä, millaisia merkityksiä vanhuksentantavat fyysiselle aktiivisuudelle omassa elämässään. Myös ympäristön merkitys fyysisen aktiivisuuden tukena tulisi selvittää. Vanhainkodit tarvitsevat vähintäänkin sellaisia sisä- ja ulkotiloja, joissa liikkuminen ja liikunnan harrastaminen on turvallista, miellyttävää ja mahdollista. Ulkoilun takaaminen on erittäin tärkeää. Yhä useampi vanhus käyttää tulevaisuudessa liikkumisen apuvälineitä, joka lisää tilojen tarvetta entisestään. Myös sopivat sisä- ja ulkoiluvaatteet jalkineineen sekä liikuntavälineet ovat tärkeä elementti motivoitaessa vanhuksia liikkeelle. Yhteistyö liikunta- ja terveystoimen sekä eri järjestöjen kanssa voi auttaa tila- ja välinekysymysten ratkaisussa.

Tutkimus Kontulan vanhainkodissa osoitti, että fyysisen aktiivisuuden liittäminen vanhainkodin toimintakäytäntöihin sai aikaan paljon myönteistä, joten fyysisen aktiivisuuden osuutta on syytä pitää esillä keskusteltaessa vanhainko-



tihoidon kehittämisestä. Vaikka tulokset sinällään eivät ole yleistettävissä, tarjoavat ne mahdollisuuden ymmärtää paremmin fyysisen aktiivisuuden problematiikkaa vanhainkotikulttuurissa. Muutostyön käynnistäminen lienee aiheellista kaikissa yksiköissä, joiden hoitokäytännöt noudattavat perinteisiä linjoja tai joissa asukkaiden fyysinen aktiivisuus arvioidaan vähäiseksi. Koulutus on välttämätön väline muutostyön käynnistämiseksi. Ratkaisut, joihin eri yksiköt muutostyössään päätyvät, ovat parhaimmillaan kunkin yksikön kehittämistyön ainutlaatuinen tulos.

Fyysisen aktiivisuuden teemaa on tärkeä pohtia myös kotihoidon ja palvelumuotoisen asumisen piirissä, koska niiden tulisi muodostaa saumaton palveluketju asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Mitä aikaisemmin fyysisen aktiivisuuden tuki tarjotaan toimintakyvyltään heikentyville ihmisille, sitä suurempi mahdollisuus on sen avulla tukea toimintakyvyn, elämänlaadun, autonomian - ja mahdollisesti myös toivon ja elämän tarkoituksen säilymistä.

## LÄHTEET

- Ahonen S, Kiuru S: Vanhainkoti elämysyhteisönä. Lapin korkeakoulu, yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B: 8. Tutkimusraportteja ja selvityksiä. Rovaniemi 1989.
- Allmer H: Warum soll ich Sport treiben, wenn ich mich noch gesund fühle. Eine Analyse der Gründe für die Sportliche Inaktivität älterer Menschen. ICSSP:n Sport and Leisure -seminaari 'Sport and Age', 20-21.9.1986.
- Aro S, Noro A, Salinto M: Deinstitutionalization of the elderly in Finland, 1981-91. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Vol 25 (2): 136-143, 1997.
- Aromaa A, Klaukka T, Heliövaara M, ym.: Väestön terveydentila ja pitkäaikainen sairastavuus. Teoksessa A Aromaa, M Heliövaara, O Impivaara, ym.: Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi -terveystutkimuksen perustulokset, s. 215-238. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki ja Turku 1989.
- Baltes M M, Neuman E M, Zank S: Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff. *Psychology and Aging* 9 (2): 179-188, 1994.
- Berger B G: The role of physical activity in the life quality of older adults. Teoksessa W W Spirduso, H M Eckert (toim): Physical activity and aging. *American Academy of Physical Education Papers* 22, s. 42-58. Human Kinetics Books, Kansas City 1989.
- Blair C E: Combining behaviour management and mutual goal setting to reduce physical dependency in nursing home residents. *Nursing Research* 44 (3): 160-165, 1995.
- Booth J, Waters K R: The multifaced role of the nurse in the day hospital. *Journal of Advanced Nursing* 22: 700-706, 1995.
- Bortz W M: The physics of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society* 41 (9): 1004-1008, 1993.
- Byckling L: Muutos vanhainkotityössä. Vanhainkotien kehittämissuunnitelman loppuraportti. Stakes. Raportteja 146, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1994.
- Byckling L, Tenkanen R: Työn ja elämän sisällöt. Ajatuksia vanhainkotityön kehittämisestä. Stakes. Raportteja 144, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1994.

Coeling H V E, Simms L M: Facilitating innovation at the unit level through cultural assessment, Part 2. Adapting managerial ideas to the unit work group. *Journal of Nursing Administration* 23 (5): 13-20, 1993.

Collopy B J: Autonomy in long term care: Some crucial distinctions. *The Gerontologist* 28 (Suppl.): 10-17, 1988.

Davis A J: Ethical issues in gerontological nursing. Teoksessa L A Copp, T H Wells: *Care of the aging*, s. 38-45. Churchill Livingstone, New York 1981.

Downton J: *Falls in the elderly*. Arnold, London 1993.

Elden M, Chisholm R: Emerging varieties of action research: Introduction to special issue. *Human Relations* 46: 121-143, 1993.

Elovainio M, Sinervo T: *Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus*. Stakes. Tutkimuksia 44. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1994.

Elovainio P: Mieli liikkuu ja ruumis astuu vanhuuteen: vanhusten sopeutumisesta ja toiminnasta vanhainkodissa. *Gerontologia* 9 (3): 203-211, 1995.

Engeström Y: *Kehittävä työntutkimus*. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus & Painatuskeskus, Helsinki 1995.

Erityisryhmien liikunta 2000 -toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:15, OY Edita AB, Helsinki 1996.

Eskola A: *Sosiologian tutkimusmenetelmät 1*. Wsoy, Porvoo 1971.

Eskola J, Suoranta J: *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Jyväskylä 1998.

Eskola K, Hammerton P: *Thinking about action*. The role of research in cultural development. Council for Cultural Cooperation, Strasbourg 1983.

Evers H K: Tender loving care? Patients and nurses in geriatric ward. Teoksessa L A Copp, T H Wells: *Care of the aging*, s. 46-74. Churchill Livingstone, New York 1981.

Fiatarone M A, Marks E C, Ryan N D, ym.: High-intensity strength training in nonagenarians. Effects of skeletal muscle. *Journal of the American Medical Association* 263: 3029-3034, 1990.

Fiatarone M A, O'Neill E F, Ryan N D, ym.: Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine* 330: 1769-1775, 1994.

Frontera W, Meredith C, O'Reilly K, ym.: Strength conditioning in older men: Skeletal muscle hypertrophy and improved function. *Journal of Applied Physiology* 64: 1038-1044, 1988.

Frändin K, Mellström D, Sundh A, ym.: A life span perspective on patterns of physical activity and functional performance at the age of 76. *Gerontology* 41 (Suppl.): 109-120, 1995.

Gibbon B: Nurses' attitudes to patient activation. *Nursing Standards* 8 (8): 35-39, 1993.

Greenwood D J, Whyte W F, Harkavy I: Participatory action research as a process and as a goal. *Human Relations* 46 (2): 175-192, 1993.

Grimby G: Physical performance, physical activity and quality of life in elderly people (Editorial). *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 5: 127-128, 1995.

Grönfors M: Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. WSOY, Juva 1982.

Harri-Lehtonen O: Hoivakodissa asuvan moniongelmaisen vanhuksen liikkumis- ja toimintakykyä edistävän fysioterapian tuloksellisuus: kuusi kokeellista tapaustutkimusta. *Terveystieteiden lisensiaatin tutkimus, fysioterapia*. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitos, 1997.

Hart E, Bond M: Action research for health and social care: A guide to practice. Open University Press, Buckingham 1995.

Heikkinen E: Liikunnan lääketieteellisiä erityiskysymyksiä. Teoksessa E Heikkinen, I Vuori (toim): *Liikunta ja terveys*, s. 201-211. Kustannus Oy Tammi, Helsinki 1980a.

Heikkinen E: Liikunta terveyden säätelyssä. Teoksessa E Heikkinen, I Vuori (toim): *Liikunta ja terveys*, s. 92-144. Kustannus Oy Tammi, Helsinki 1980b.

Heikkinen E: Vanheneminen, terveys ja toimintakyky. Teoksessa J Huttunen, M Jylhä, S-L Kivelä, ym. (toim): *Tutkimus ja kansanterveys* 1986. *Vanheneminen ja vanhuuden tutkimus*. Osa I, s. 9-31. Suomen Akatemian julkaisu 9/1986, VAPK, Helsinki 1987.

Heikkinen E: Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma Ikivihreät -projektissa. Teoksessa E Heikkinen, R-L Heikkinen, M Kauppinen, ym. (toim): *Ikäkkäiden henkilöiden toimintakyky*. Ikivihreät -projekti. Osa I, s. 1-12. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitteluosasto, Helsinki 1990.

Heikkinen E: Physical activity - A pathway to autonomy in old age. Teoksessa G Huber (toim): *Healthy aging, activity and sports*. IV International Congress

of Physical Activity, Aging and Sports, Proceedings, s. 36-49. Health Promotion Publications, Werbach-Gamburg 1997.

Heikkinen E, Jylhä M, Pohjolainen P, ym.: Vanhojen henkilöiden toimintakykyisyys ja liikunnan harrastaminen. *Liikunta & Tiede* 1, 4-9, 1981a.

Heikkinen E, Arajärvi R-L, Jylhä M, ym.: Eläkeikäiset Tampereella. Haastattelututkimus 60-89-vuotiaiden tamperelaisten terveydentilasta, toimintakykyisyydestä, palvelujen käytöstä ja elintavoista. Tampereen yliopisto. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 65/81*, Tampere 1981b.

Heikkinen E, Waters W E , Brzezinski Z J: The elderly in eleven countries. A sosiomedical survey. *Public Health in Europe* 21, WHO, Copenhagen 1983.

Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, ym.: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät -projekti. Osa I. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitteluosasto, Helsinki 1990.

Heikkinen E, Laukkanen P, Kallinen M: Terveys. Teoksessa R-L Heikkinen, T Suutama (toim): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät -projekti, Osa II, s. 24-25. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kehittämisosaston julkaisuja 1991:110. Jyväskylän yliopisto, Yliopistopaino, Jyväskylä 1996.

Heikkinen E, Leinonen R, Berg S, ym.: Levels and associates of self-rated health among 75-year-old people living in three nordic localities. Teoksessa E Heikkinen, S Berg, M Schroll, ym. (toim): Facts, research and intervention in geriatrics, s.121-148. Serdi Publisher, Paris 1997.

Heikkinen H L T, Jyrkämä J: Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H L T Heikkinen, R Huttunen, P Moilanen (toim): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja, s. 25-62. Atena Kustannus, Juva 1999.

Heikkinen J: Vanhainkotiasukkaan terveydentila ja ennuste. *Acta Universitas Tamperensis*, ser A, vol 215. Tampereen yliopisto, Tampere 1986.

Heikkinen R-L: Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa E Heikkinen, R-L Heikkinen, M Kauppinen, ym. (toim): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät -projekti Osa I, s. 61-62. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitteluosasto, Helsinki 1990.

Heikkinen R-L: Engagement in physical activity among 80-year-old narrators. Teoksessa S Harris, E Heikkinen, W S Harris (toim): Toward healthy aging - International perspectives, Part 2. Psychology, motivation and programs. Volume IV: Physical activity, aging and sports, s. 309-313. Center for the Study of Aging, Albany, New York 1995.

Heikkinen R-L: Iäkkäiden autonomia. *Gerontologia* 11 (2): 159-164, 1997.

Hervonen A, Pohjolainen P: Gerontologian ja geriatrian perusteet. Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy, Tampere 1990.

Hirvensalo M: Iäkkäiden henkilöiden liikuntaharrastus sekä liikkumiskyvyn ja liikuntaharrastuksen yhteys kuolleisuuteen ja avun tarpeeseen kahdeksan vuoden seurannan aikana. Liikuntapedagogiikan lisensiaatintutkimus, Jyväskylän yliopisto, liikuntakasvatuksen laitos, 1998.

Hirvensalo M, Lampinen P, Rantanen T: Physical exercise in old age: An eight-year follow-up study on involvement, motives, and obstacles among persons aged 65-84. *Journal of Aging and Physical Activity* 6 (2): 157-168, 1998.

Hogstel M O, Gaul A: Safety or autonomy. An ethical issue for clinical gerontological nurses. *Journal of Gerontological Nursing* 17 (3): 6-11, 1991.

Holmila M: Katsaus Suomessa tehtävään toimintatutkimukseen. *Sosiologia*, 3, 237-246, 1984.

Honkanen R, Luukinen H, Lüthje P, ym.: Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999.

Hudson M F: The older adult, primary care, and the geriatric nurse practitioner. Teoksessa L A Copp, T H Wells: *Care of the aging*, s. 114-136. Churchill Livingstone, New York 1981.

Huttunen R, Kakkori L, Heikkinen H L T: Toimintatutkimus ja totuus. Teoksessa H L T Heikkinen, R Huttunen, P Moilanen (toim): *Siinä tutkijamissä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja*, s. 25-62. Atena Kustannus, Juva 1999.

Idler E L, Kasl S: Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology* 46: 55-65, 1991.

Isohanni M: Toimintatutkimus terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 26: 300-308, 1989.

Isola A, Voutilainen P: Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Helsingin kaupungin terveysvirasto, Helsinki 1998.

Jameton A: In the borderlands of autonomy: Responsibility in long term care facilities. *The Gerontologist* 28 (Suppl.): 18-23, 1988.

Jansson T, Wallberg E, Albrektson K: Äldreomsorg i Norden. Kostnader, kvalitet, styrning. KRON -projektet. Statskontoret i Sverige. Rapport nr 34. Stockholm 1987.

Jylhä M: Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 195, Tampere 1985.

Jylhä M: Terveys ja sairaus. Teoksessa P Pohjolainen, M Jylhä (toim): Vanheneminen ja elämäntilanne. Sosiaaligerontologian perusteita, s. 162-198. Weilin & Göös, Mänttä 1990.

Jylhä M, Leskinen E, Alanen E, ym.: Self-rated health and associated factors among men of different ages. Journal of Gerontology 41: 710 - 717, 1986.

Jyrkämä J: Toimintatutkimuksen teoriasta ja tutkimuskäytännöstä. Sosiaalipolitiikka 1978. Eripainos. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja, Helsinki 1978.

Kalimo E, Klaukka T, Nyman K: Vanhimpien ikäryhmien terveydentila ja terveydenhuolto Suomessa. Sosiaalivakuutus, 17, 56-61, 1979.

Kalkas H: Ikääntyvien hoitotyön kehittäminen. Gerontologia 1 (1): 16-24, 1987.

Kalkas H: Potilaan oikeudellinen asema terveydenhuollossa. Teoksessa H Kalkas, A Sarvimäki (toim): Hoitotyön etiikan perusteet, s. 181-183, WSOY, Helsinki 1996.

Kaplan G A, Camacho T: Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. American Journal of Epidemiology 117: 292-304, 1983.

Karppi S-L, Ollila S: Fyysisen toimintakyvyn muutos ja suoriutuminen päivittäisistä toimista. Teoksessa T Rönnemaa, S-L Karppi (toim): Terveyden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kelan tutkimuskeskus, Turku 1997.

Karvinen E: Liikuntaa vanhainkoteihin. Vanhusten fyysinen aktiivisuus - projektin kokemukset ja suositukset. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 51, VAPK-kustannus, Helsinki 1992.

Karvinen E: Liikunta ei tunne ikärajaa. Liikunta & Tiede, 3, 16-18, 1994.

Karvinen E, Miettinen J, Oinonen S, ym.: Kotivoimisteluohjelma. Musiikkikasetti ja ohjejuliste. Kuntokallio, 1989.

Karvinen E, Oikarinen U: Vanhustenhuoltoon uutta liikettä. *Liikunta & Tiede*, 3, 12-15, 1994.

Kasvio A: Työelämän muutos ja toimintatutkimus. *Sosiologia*, 1, 24-34, 1994.

Kemmis S, McTaggart R: The action research planner. Deakin University, Production Unit, 1988.

Kirk H: Facing the historical 'rest-in-old-age' -paradigm. Teoksessa G Huber (toim): Healthy aging, activity and sports, s. 63-65, PAAS IV, Heidelberg, Germany, 27-31.8.1996, Health Promotion Publications, Gamburg 1997.

Kiviniemi, K: Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H L T Heikkinen, R Huttunen, P Moilanen (toim): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja, s. 25-62. Atena Kustannus, Juva 1999.

Kleinman L: Quality in nursing home care. *Journal of Gerontological Nursing* 20 (3): 5, 1994.

Koski P: Elämäntyyli tutkimus: liikunta on suomalaisten tärkein harrastus. *Liikunta & Tiede* 33: 22-25, 1996.

Koskinen S: Sosiaali- ja terveystieteiden käyttö. Teoksessa M Jylhä (toim): Vanhuusikä muutoksessa - kohorttitutkimus eläkeikäisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta vuosina 1979 ja 1989, s. 36-50. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1993:6, Helsinki 1993.

Koskinen S, Ahonen S, Jylhä M, ym.: Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1988.

Kuitunen K: Toimintatutkimuksen tulosten arviointi- ja mittaamisongelmat. Esimerkkitaustana henkilöstön kehittäminen kuntasektorilla. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Työelämän tutkimuskeskus. Työraportteja 21/1991. Tampere 1991.

Kukkola H: Vanhainkodin asukkaat. Elämä vanhainkodissa. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto, Helsinki 1990.

Kuula A: Toimintatutkimuksen mahdollisuudet. *Gerontologia* 9 (1): 8-15, 1995.

Kuula A: Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino, Tampere 1999.

Kärkkäinen P: Suomalaisen liikuntakulttuurin kehityslinjoja. Teoksessa P Vuolle, R Telama, L Laakso (toim): Näin suomalaiset liikkuvat, s. 27-41. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50, Helsinki 1986.



Laakso L: Aikuisväestön vapaa-ajan liikuntaharrastus. Teoksessa P Vuolle, R Telama, L Laakso (toim): Näin suomalaiset liikkuvat, s. 87-99. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50, Helsinki 1986.

Lampinen P: Liikkuva ikääntynyt masentuu harvemmin. Liikunta & Tiede 5, 14-17, 1999.

Laukkanen P, Heikkinen E: Päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Teoksessa E Heikkinen, R-L Heikkinen, M Kauppinen, ym. (toim): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, s. 76-97. Osa I. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, suunnitteluosasto, Helsinki 1990.

Laukkanen P, Heikkinen E, Ruoppila I: Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa Heikkinen R-L, Suutama T (toim): Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät -projekti, s. 132-162. Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:10, Helsinki 1992.

Laukkanen P, Sakari-Rantala R, Kauppinen M, ym.: Morbidity and disability in 75- and 80-year-old men and women. A five-year follow-up. Scandinavian Journal of Social Medicine (Suppl.) 53: 79-106, 1997.

Lehr U: Psychophysical activity in the elderly: Motivations and barriers. Teoksessa G Huber (toim): Healthy aging, activity and sports, s. 25-35, PAAS IV, Heidelberg, Germany, 27-31.8.1996, Health Promotion Publications, Gamburg 1997.

Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M: Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women - a five-year longitudinal study. Social Science and Medicine 46 (4-5): 591-597, 1997.

Leppänen V J: Toimintatutkimuksesta sosiaalisektorilla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tutkimusosasto Julkaisuja 4/1977. Helsinki 1977.

Lewin K: Action research and minority problems. Journal of Social Issues 2 (4): 34-46, 1946.

Lewin K: Group decision and social change. Teoksessa G E Swanson, T M Newcomb, E L Hartley (toim): Readings of social psychology, s. 47-56. Henry Holt, New York 1952.

Liikunta Suomi -projekti. Johtopäätökset ja esitykset. Liikuntatieteellinen seura, Helsinki 1994.

Liikuntalaki n:o 1054. Opetusministeriö, Helsinki 1998.

Liikuntalakikomitean mietintö. Komiteanmietintö 1976:87. VAPK, Helsinki 1976.

Liimatta M, Helakorpi S, Berg M-A, ym.: Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen. Kevät 1993. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1994, Helsinki 1993.

Lindqvist M: Ammattina ihminen. Otava, Helsinki 1989.

Liukkonen A: Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisusarja, sarja C osa 81, Hoitotieteen laitos, Turku 1990.

Matiasson A-C: Autonomy in nursing home settings. Doctoral dissertation, Karolinska Institute, Stockholm 1995.

Matiasson-Nilo I, Sonn U, Johannesson K, ym.: Domestic activities and walking in the elderly: Evaluation from a 30-hour heart rate recording. *Aging*, 2, 191-198, 1990.

McCallum J, Shadbolt B, Wang D: Self-rated health and survival: a 7 yr follow-up study of Australian elderly. *American Journal of Public Health* 84: 1100-1105, 1994.

McPherson P D, Yamaguchi Y: Aging and active lifestyles: A cross-cultural analysis of factors influencing the participation of middle-aged and elderly cohorts. Teoksessa S Harris, E Heikkinen, W S Harris (toim): *Toward healthy aging - International perspectives. Physical activity, aging and sport. Part 2. Psychology, motivation and programs, Vol IV*, s. 293-308, Albany, Center for the study of Aging, New York 1995.

Metsola A: Liikunta on osa aktiivista vanhuspolitiikkaa. *Liikunta & Tiede*, 3, 21, 1994.

Miller A: Nurse/patient dependency - is it iatrogenic? *Journal of Advanced Nursing* 10: 63-69, 1985.

Moody H R: *Aging. Concepts and controversies*. Pine Forge Press, New York 1998.

Morgan K, Dallosso H, Bassey E J, ym.: Customary physical activity, psychological well-being and successful ageing. *Ageing and Society* 11: 399-415, 1991.

Niinistö L: Kotona asuvien ja pysyvästi laitoshoidossa olevien vanhusten eroavuudet. VAPK, Helsinki 1987.

Nolan M, Grant G, Nolan J: Busy doing nothing: Activity and interaction levels amongst different population of elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 22: 528-538, 1995.

Nores T: Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, Turku 1993.

Noro A: Long-term institutional care among finnish elderly population. Trends and potential for discharge. *Stakes, Research Report 87*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.

Noro A, Häkkinen U, Arinen S: Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö vuonna 1996. Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. *SVT: Terveys* 2000:2, Stakes ja Kela. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2000.

O'Connor S: Nursing and rehabilitation. The perceived role of the nurse in medical and nursing literature. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 29-34, 1993.

OECD: The care of frail elderly people, Paris 1992.

Oikarinen U, Karvinen E: Senioritanssi. Istumatanssit I. Musiikkikasetti ja ohjevihko. Kuntokallio ja Seniordansledarna i Finland rf, 1988.

Oinonen M-L, Heikkinen E, Huovinen E, ym.: Iäkkäiden liikunnan edistäminen kuntatasolla. Liikuntainterventiot Ikivihreät -projektissa. Jyväskylän sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen julkaisuja no 4, Jyväskylä 1997.

Ojala T: Livskvaliteten i ålderdomen. En socialgerontologisk studie av sambanden mellan resurser, arenor, livstil, livsrum och inre livskvalitet i ett homeostasteoretiskt perspektiv. *Folkpensionsanstaltens publikationer ML: 92*, Åbo 1989.

Ojanen M: Hyvä kunto liittyy hyvinvointiin. *Liikunta & Tiede*, 2, 18-21, 1994.

Okun M A, Stock W A, Haring M J, ym.: Health and subjective well-being: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111-132, 1984.

Paloposki J: Vaivaistalot ja vanhuksat Kannaksella. Vaivaistaloojattelun vastaanotto Kannaksen maalaiskunnissa 1800- ja 1900-luvun vaihteessa. Teoksessa R Oittinen ja K Pitkänen (toim): Kunnanvaivaisesta harmaaksi panteriksi. Tutkielmia suomalaisen vanhuuden historiasta, s. 95-108. Hakapaino, Helsinki 1991.

- Parkatti T, Talvitie U: Vanhainkodin henkilökunnan työn kehittäminen. *Gerontologia* 11 (3): 212-217, 1997.
- Pearson A, Hocking S, Mott S, ym.: Quality of care in nursing homes: From the residents' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 20-24, 1993.
- Pietarinen J: Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa J Pietarinen, V Launis, J Räikkä, ym. (toim): Oikeus itsemäärämiseen, s. 15-47. Painatuskeskus, Helsinki 1994.
- Pitkänen K: Johdanto. Teoksessa R Oittinen ja K Pitkänen (toim): Kunnanvavaisesta harmaaksi pantteriksi. Tutkielmia suomalaisen vanhuuden historiasta, s. 7-20. Hakapaino, Helsinki 1991.
- Pitkänen K: Hylkäsivätkö perheet vanhuksensa laitoksiin? Suomalaisen laitoshoidon historiaa. Teoksessa A Uutela, J-E Ruth (toim): Muuttuva vanhuus, s. 221-236. Gaudeamus, Tampere 1994.
- Pohjola P: Eläkeikäisten liikuntakäyttäytyminen. *Stadion*, 5, 184-187, 1980.
- Pohjola P: Elämäntapa ja elämäntyyli vanhuudessa. Teoksessa J-E Ruth, E Heikkinen (toim): Vanhuus Suomessa, s.107-129. Weilin + Göös, Espoo 1983.
- Pohjola P: Physical activity and self-rated health in two cohorts in the elderly. Teoksessa G Huber (toim): Healthy aging, activity and sports, s. 505-509. International congress Physical activity, aging and sports, PAAS IV, Heidelberg, Germany, 27-31.8. Health Promotion Publications, Gamburg 1997.
- Pohjola P, Heikkinen E: Longitudinal study of the physical activity of retired people. Teoksessa R Harris, S Harris (toim): Physical activity, aging and sports, s. 219-224, volume I, Scientific and Medical Research, CSA, New York 1989.
- Pohjola P, Huuhka M: Liikunnallisen kuntoutuksen vaikutus fyysiseen toimintakykyyn ja mielialaan. *Gerontologia* 11 (3): 202-211, 1997.
- Pohjola P, Jylhä M, Saloranta S, ym.: Liikuntaharrastus ja koetut oireet 60-89-vuotiailla tamperelaisilla. *Liikunta & Tiede*, 19 (a), 168-173, 1982.
- Raatikainen R: Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Työvälineitä hoitotyöhön. Teoksessa T Parviainen, M Pelkonen (toim): Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen, s. 55-79. Stakes. Raportteja 217. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi 1998.

Rantamaa P, Pohjolainen P: Ikääntyvien liikunta - mitä se on? Teoksessa P Era (toim): Ikääntyminen ja liikunta, s. 183-196. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108, Jyväskylä 1997.

Rantanen T, Avela J: Leg extension power and walking speed in very old people living independently. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 52A, M225-M231, 1997.

Rantanen T, Guralnik J M, Foley D, ym.: Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *Journal of the American Medical Association* 286: 558-560, 1999.

Rissanen P: Liikunnallinen kuntoutus Suomessa. Julkaisussa H Pekkarinen (toim): Liikuntaa mittojen mukaan, s. 49. Kuopion yliopisto 1987.

Ruikka I, Aalto T, Juva K, ym.: Turun vanhusten terveydentila vuonna 1983. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:43, Turku 1984.

Rusi R: Hoidollinen kuntoutus vanhainkodissa: vanhusten omatoimisuuden tukeminen päivittäisissä toiminnoissa. Lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 1997.

Ruuskanen J: Liikuntakäyttäytyminen ja sen yhteydet elämäntapaan, terveydentilaan ja itsearvioituun fyysiseen toimintakykyyn 74-84-vuotiailla jyvaskyläläisillä. Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, liikuntakasvatuksen laitos, 1990.

Ruuskanen J, Heikkinen E: Liikuntakäyttäytyminen. Teoksessa E Heikkinen, R-L Heikkinen, M Kauppinen, ym. (toim): Vanhainkodissa asuvien jyvaskyläläisten terveys, toimintakyky, sosiaalinen yhteisyys ja liikuntakäyttäytyminen, s. 59-70. Ikivihreät -projekti. Sosiaalikeskuksen julkaisusarja 2/1991, Jyväskylän kaupunki 1991.

Ruuskanen J, Heikkinen E: A Community based intervention program of physical exercise promotion and counseling for the elderly. Teoksessa S Harris, E Heikkinen, W S Harris (toim): Toward healthy aging - International perspectives, s. 125-137. Part 2. Psychology, motivations and programs. Vol. IV. Physical activity, aging and sports. The Center for the Study of Aging, Albany, New York 1995.

Ruuskanen J, Ruoppila I: Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing* 24: 292-296, 1995.

Rönnemaa T, Impivaara O, Aalto T, ym.: Lääketieteelliset tutkimukset. Teoksessa T Rönnemaa, S-L Karppi (toim): Terveyden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. s. 22-53. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 23, Turku 1997.

- Sakari-Rantala R, Era P, Heikkinen E, ym.: Iäkkäiden toimintakyky ja terveystutkimus. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2. Turku 1995.
- Sakari-Rantala R, Era P, Rantanen T, ym.: Associations of sensory-motor functions with poor mobility in 75- and 80-year-old people. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 30, 121-127, 1998.
- Salminen K, Suutama T, Ruoppila I: Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Osa 3 Psyykinen toimintakyky. Kelan julkaisuja M:69, Helsinki 1990.
- Sarvimäki A: Ihmissuhteinen etiikka hoitoetiikan lähtökohtana. Teoksessa H Kalkas, Sarvimäki A: Hoitotyön etiikan perusteet, s. 48-53. WSOY, Helsinki 1996.
- Savio A: Purkamisen paineet ja potentiaalit. Laitoshuollon hajauttamisen edellytyksiä. Sosiaalihuollon julkaisusarja 13/1989, VAPK, Helsinki 1989.
- Sihvonen S, Rantanen T, Heikkinen E: Physical activity and survival in elderly people: A five-year follow-up study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 133-140, Human Kinetics Publishers, Inc. 1998.
- Sinervo T: Vanhainkodin organisaatiokulttuuri - tapaustutkimus vanhainkodin hoitotyön kehittämiseksi: projektin ensimmäinen vuosi. Stakes. Aiheita, 10/1993, Helsinki 1993.
- Sinervo T: Vanhainkotien organisaatiokulttuurin muutos. Teoreettinen osa ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset. Teoksessa M Elovainio, T Sinervo: Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus, s. 1-175. Stakes. Tutkimuksia 44. Gummerus. Jyväskylä 1994.
- Sinervo T, Lindström K: Terveysturvan ammattien ja työn organisointi. Tutkimuskatsaus. Katsauksia 124. Työterveyslaitos, Helsinki 1992.
- Smyer M, Brannon D, Cohn M: Improving nursing home care through training and job redesign. *The Gerontologist* 32 (3): 327-333, 1992.
- Sommer R: An experimental investigation of the action research. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 185-199, 1987.
- Sosiaalihuoltoasetus no 607/29.6.1983, 11§. Sosiaali- ja terveysministeriö, 1983.
- Sosiaalipalvelujen henkilökunta 1990. ATH, Sosiaaliturva 1991:4, Helsinki 1991.

Spiriduso W W: Physical dimensions of aging. Human Kinetics, Champaign (IL) 1995.

Strumpf N, Evans L: Physical restraint of the hospitalized elderly: Perceptions of patients and nurses. *Nursing Research* 37 (3): 132-137, 1988.

Swedner H: Toimintatutkimukseen ja yhdyskuntatyöhön suuntautuneen muutostyön toteuttamisen ja arvioinnin ongelmia. Teoksessa P Harju, S Koskinen, I Numminen, T Rönkä (toim): Yhdyskuntatyö, yhteistoiminnan suunnittelun ja vaikuttamisen välineenä. *Lapsiraportti A24*, s. 87-96. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Valkeakoski 1977.

Takala P, Rahkonen O: Ikä, luokka vai kunto? Iäkkäiden harrastusaktiivisuuteen vaikuttavat tekijät. *Gerontologia* 9 (4): 252-267, 1995.

Telama R: Mikä liikunnassa kiinnostaa - liikuntamotivaatio. Teoksessa P Vuolle, R Telama, L Laakso (toim): Näin suomalaiset liikkuvat, s. 149-174. *Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50*. VAPK, Helsinki 1986.

Telama R, Vuolle P, Laakso L: Liikunta yksilön elämässä ja yhteiskunnassa. Teoksessa P Vuolle, R Telama, L Laakso (toim): Näin suomalaiset liikkuvat, s. 17-18. *Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 50*. VAPK, Helsinki 1986.

Telama R, Xiaolin Y, Laakso L, ym.: Physical activity in childhood and adolescence as predictors of physical activity in young adulthood. *American Journal of Preventive Medicine* 13: 317-323, 1997.

Terveellisten liikuntatottumusten edistäminen. Työryhmämietintö. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tilastot ja Selvitykset. 3/1987, VAPK, Helsinki 1987.

Tornstam L: Health and self-perception. *The Gerontologist* 15: 264-270, 1975.

Turner P: Activity nursing and the changes in the quality of life of elderly patients: A semi-quantitative study. *Journal of Advanced Nursing* 19: 219-248, 1993.

Ukkonen T, Ruoppila I, Suutama T, ym.: 55 vuotta täyttäneiden jyvaskyläläisten ulkona liikkumisen tavoitteet ja ongelmat. *Psykologian laitoksen julkaisuja 338*, Jyväskylän yliopisto 1998.

United Nations Principles for Older Persons. Resolution 46, 1991.

Vaarama M: Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 48/1992. VAPK, Helsinki 1992.

Vaarama M: Vanhusten julkisrahoitteiset hoivapalvelut. Teoksessa H Uusitalo, M Konttinen, M Staff (toim): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, s. 124-143. Stakes. Raportteja 173. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1995.

Vaarama M: Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto - näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 55. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1996.

Vaarama M, Arajärvi E, Kokko S, ym.: Katsaus vanhusten hoidon tilaan Suomessa. Stakes. Aiheita 15/1998. Stakesin monistamo, Helsinki 1998.

Vaarama M, Kainulainen S, Perälä M-L, ym.: Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Stakesin monistamo, Helsinki 1999.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 1989-1993, Helsinki 1988.

Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 7.10.1998. OY Edita AB, Helsinki 1998.

Valvanne J, Erkinjuntti T, Tilvis R: Helsingin vanhustutkimus: helsinkiläisten 75-, 80- ja 85-vuotiaiden terveydentila, toimintakyky ja terveyspalvelujen tarve vuonna 1989. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja A 71, Helsinki 1992.

Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita, Helsinki 1996.

Verbrugge L M, Jette A M: The disablement process. *Social Science and Medicine* 38 (1): 1-14, 1994.

Verhulst G, Schwartz-Barcott, D: A concept analysis of withdrawal: Application of the hybrid model of concept development. Teoksessa B L Rodgers, K A Knafl (toim): *Concepts development in nursing: Foundations, techniques and applications*. W B Saunders Company, 1993.

Viir R, Eskola A: Kellahda selällesi. Liikunnallista itsehoitoa. WSOY, Juva 1991.

Viljaranta L: Vanhainkotielämä yksilölliseksi. Työntekijät arjen vaihtoehtoja etsimässä. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki 1991.

Wallace R B: Aging and disease: From laboratory to community. Teoksessa R B Wallace, R F Woolson (toim): *The epidemiologic study of the elderly*, s. 3-9. Oxford University Press, New York 1992.



Ware J E: The assessment of health status. Teoksessa L H Atken, D Mechanic (toim): Applications of social sciences to clinical medicine and health, s. 204-228. Rutgers University Press, New Brunswick NJ 1986.

Waters K: Getting dressed in the early morning: Styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people. Journal of Advanced Nursing 19: 239-248, 1994.

Waters K R, Luker K A: Staff perspectives on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. Journal of Clinical Nursing 5: 105-114, 1996.

WHO: International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneve 1980.

WHO: International classification of functioning and disability (ICIDH-2- beta 2 v.). <http://www.who.int/icidh>, WHO 2000.

Wolinsky F D, Callahan C M, Fitzgerald J F, ym.: Changes in functional status and the risk for subsequent nursing home placement and death. Journal of Gerontology 48 (3): 93-101, 1993.

Yin, R K: Case study research. Design and methods. Applied Social Research Methods Series, Volume 5. Sage, Newbury Park 1989.

Zautra A J, Reich J W, Newsom J T: Autonomy and sense of control among older adults: An examination of their effects on mental health. Teoksessa L A Bond, S J Cutler, A Grams (toim): Promoting successful and productive aging, s. 153-170. Sage Publications, London 1995.



# KUNTOKALLIO

Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom  
puh. 90-877 9383

## VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -projekti 1988

Kyselylomake vanhainkotien hoitohenkilökunnalle

Ohjeet vastaajille

Vastaa kysymykseen valitsemalla annettujen vastausvaihtoehtojen joukosta se, joka parhaiten vastaa Sinun mielipidettäsi tai tilannettasi. Vastaa rengastamalla oikean tai lähinnä sopivimman vaihtoehdon edessä oleva numero tai tekemällä rasti valmiiseen ruudukkoon.

Jos erehdyksessä rengastat väärän vaihtoehdon, mitätöi se vetämällä päälle muutama viiva.

Joissakin kysymyksissä saattaa valitsemaasi kohtaan liittyä jatkokysymys, johon ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastaa näihin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus tarkoitukseen varatuille riveille.

Sivun oikeassa reunassa oleva sarake on tietokonemerkitöjä varten. Älä tee sinne omia merkintöjasi.

Kaikkia antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti, ja ne ovat vain tutkijan käytössä.

	Havaintot.	1. . . . .
	Rivit.	4.1.
VANHAINKODIN NIMI _____		5. .
RYHMÄN NUMERO _____		6. .
KYSELYYN OSALLISTUJAN SYNTYMÄAIKA _____		7. . . . .

1. SUKUPUOLI

1. mies
2. nainen

13. .

2. MIKÄ ON NYKYINEN VIRKANIMIKKEESI TÄSSÄ VANHAINKODISSA?

14. .

3. KUVAU TYÖTEHTÄVIESI LUONNETTA ELI MINKÄLAISTA TYÖSI PÄÄASIAALLISESTI ON?

16. .

4. MITEN TYÖAIKASI JAKAUTUU?

teen

1. säännöllistä päivätyötä
2. vuorotyötä, johon ei sisälly yötyötä
3. vuorotyötä, johon sisältyy yötyötä
4. yötyötä

17. .

5. MIKÄ ON PERUSKOULUTUKSESI?

1. vähemmän kuin kansakoulu tai kansakoulu
2. keskikoulu tai peruskoulu
3. ylioppilastutkinto

18. .

6. MIKÄ ON AMMATTIKOULUTUKSESI?

1. ei ammatillista tutkintoa
2. ammattikoulu tai -kurssi
3. sosiaali- tai terveydenhuollon koulutasoinen tutkinto
4. sosiaali- tai terveydenhuollon opistotasoinen tutkinto
5. korkeakoulututkinto

19. .

7. KUINKA PALJON SINULLA ON KOKEMUSTA VANHUSTYÖSTÄ ENNEN TÄHÄN VANHAINKOTIIN TULOAA?

1. ei lainkaan
2. alle vuoden
3. 1 - 3 vuotta
4. 4 - 10 vuotta
5. yli 10 vuotta

20. .

8. KUINKA KAUAN OLET TYÖSKENNELLYT TÄSSÄ VANHAINKODISSA?

1. alle vuoden
2. 1 - 3 vuotta
3. 4 - 10 vuotta
4. yli 10 vuotta

21. .

9. MILLAISEKSI ARVIDIT TYÖSI RUUMIILLISEN RASITUKSEN?

1. istumatyö  
(pääasiallisesti istumista pöydän ääressä, jossa tehdään kevyttä työtä käsillä)
2. kevyt ruumiillinen työ  
(pääasiallisesti seisomatyötä ilman raskaita työliikkeitä tai istumatyötä, jossa käsin tehdään raskaita liikkeitä tai liikkumista paikasta toiseen ilman raskaita kantamuksia)
3. keskiraskas ruumiillinen työ  
(pääasiallisesti jatkuvaa kevyiden työliikkeiden suorittamista, jossa ollaan jatkuvasti jalkeilla tai jossa välillä istutaan tai seistään ja välillä tehdään raskaita työliikkeitä)
4. raskas ruumiillinen työ  
(pääasiallisesti jatkuvaa raskaiden työliikkeiden suorittamista)

22. .

10. SEURAAVASSA KYSYTÄÄN LIIKUNTATOTTUMUKSIASI

MIKÄ ALLA OLEVISTA KUVAUKSISTA VASTAA PARHAITEN NYKYISTÄ LIIKUNNANHARRASTUSTASI TYÖN ULKOPUOLELLA?

23. .

1. liikun sen verran kuin välttämättä on tarpeen päivittäisistä toiminnoista selviämiseksi
2. harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua 1 - 2 kertaa viikossa
3. harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua useita kertoja viikossa
4. harrastan 1 - 2 kertaa viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hengästymistä ja hikoilua
5. harrastan useita kertoja viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hengästymistä ja hikoilua
6. harrastan kuntoliikuntaa useita kertoja viikossa siten, että hikoilen ja hengästyn melko voimakkaasti liikunnan aikana
7. harrastan kilpaurheilua ja pidän yllä kuntoani säännöllisten harjoitusten avulla

11. MITÄ LIIKUNTALAJEJA HARRASTAT JA KUINKA USEIN ?

JOS HARRASTAT JOITAKIN LAJEJA VAIN KESÄ- TAI TALVIKAUTENA, KIRJOITA SE SULKUIHIN KYSEISEN LAJIN VIEREEN.

	1 lähes päivittäin	2 2-3 krt viikossa	3 kerran viikossa	4 1-2 krt kuussa	5 harvemmin kuin ker- ran kuussa	6 en harras- ta	
1. kävely - lenkkeily	_____	_____	_____	_____	_____	_____	24. .
2. kotivoimis- telu	_____	_____	_____	_____	_____	_____	25. .
3. uinti	_____	_____	_____	_____	_____	_____	26. .
4. pyöräily	_____	_____	_____	_____	_____	_____	27. .
5. hiihto	_____	_____	_____	_____	_____	_____	28. .
6. tanssi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	29. .
7. ohjatut lii- kuntaryhmät	_____	_____	_____	_____	_____	_____	30. .
8. muuta, mitä?	_____	_____	_____	_____	_____	_____	31. .

12. SEURAAVASSA PYRITÄÄN SELVITTÄMÄÄN LIIKUNNAN HARRASTAMISEN TÄRKEYTTÄ SINULLE VERRATTUNA ERÄISIIN MUIHIN AJANKÄYTÖN MUOTOIHIN. ASETA AJAN-  
VIETTOTAVAT TÄRKEYSJÄRJESTYKSEEN MERKITSEMÄLLÄ JÄRJESTYSLUKU JOKA  
AJANKÄYTTÖMUODON JÄLKEEN. ( 1 - 10 ; 1 = TÄRKEIN, 10 = MERKITYKSETTÖMIN )

1. Luonnossa liikkuminen	_____	32. .
2. Ajanvietto TV:n, radion tai kirjan ääressä	_____	34. .
3. Elokuviissa, konserteissa tai taidenäyttelyissä käynti	_____	36. .
4. Liikunnan harrastaminen	_____	38. .
5. Seurustelu ystävien ja tuttavien kanssa	_____	40. .
6. Seurustelu perheen kanssa	_____	42. .
7. Kotiaskareet, käsityöt	_____	44. .
8. Opiskelu	_____	46. .
9. Järjestötoiminta	_____	48. .
10. Kuljeskelu kaupungilla	_____	50. .

14. SEURAAVASSA ON ESITETTY JOUKKO VANHUUTEEN, RUUMIILLISEEN HARJOITUKSEEN JA KUNTOUTUKSEEN LIITTYVIÄ MIELIPITEITÄ. RATKAISE VÄLITTÖMÄN TUNTEMUKSESI PERUSTEELLA, MISSÄ MÄÄRIN OLET SAMAA TAI ERI MIELTÄ ESITETYN MIELIPITEEN KANSSA. RASTITA KUNKIN MIELIPITEEN OSALTA SE RUUTU, JOKA LÄHINNÄ VASTAA OMAA KÄSITYSTÄSI ASIASTA. OTA KANTAA JOKA VÄITTÄMÄÄN.

	1	2	3	4	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	
1. Liikunta on vanhainkodin vanhuksille liian rasittavaa.					5. .
2. Turvallisuutta pitäisi vanhainkodissa korostaa enemmän kuin liikkumista.					6. .
3. Päivittäisten toimien suorittaminen ei riitä vanhuksille ruumiilliseksi harjoitukseksi.					7. .
4. Vanhukset ovat liian huonokuntoisia pystyäkseen liikkumaan monipuolisesti.					8. .
5. Vanhusten liikunnan lisäämisestä ei ole apua hoitohenkilökunnalle.					9. .
6. Päivittäisten toimien suorittaminen ei riitä liikunnaksi.					10. .
7. Vanhusten tulisi saada levätä enemmän.					11. .
8. Liikunnan anti vanhuksille on suurempi kuin siihen sisältyvät riskit.					12. .
9. Kuntoutus kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.					13. .
10. Kuntoutusta voi tehdä muun hoidon ohessa.					14. .
11. Kuntouttava hoito lisää hoitohenkilökunnan työtä.					15. .
12. Olisi suotavaa, että hoitohenkilökunta olisi mukana ryhmävoimistelutilanteissa.					16. .
13. Kuntoutuksesta keskustelu hoitohenkilökunnan kesken ei ole välttämätöntä.					17. .
14. Kuntoutuksen ongelmat ratkeavat vain kuntoutushenkilökuntaa lisäämällä.					18. .
15. Vanhusten kävelyttäminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.					19. .

	1	2	3	4	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	
16. Muu hoito on tärkeämpää hoitohenkilökunnalle kuin fyysinen aktivointi.					20. .
17. Vanhusten avustaminen omatoimisuuteen vie liikaa aikaa muilta töiltä.					21. .
18. Vanhuksen avustaminen liikuntaharjoituksissa kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.					22. .
19. Vanhusten fyysinen aktivointi ei edellytä erityishenkilökuntaa.					23. .
20. Kuntoutukselle ei jää aikaa muiden töiden takia.					24. .
21. Hoitohenkilökunnasta ei ole hyötyä ryhmävoimistelutilanteissa.					25. .
22. Koko henkilökunnan tulisi osallistua kuntoutuksesta keskusteluun.					26. .
23. Ryhmävoimistelu ei riitä kuntoutukseksi.					27. .
24. Hoitohenkilökunta ei juuri voi muuttaa vanhusten liikkumiseen liittyviä asenteita myönteisemmiksi.					28. .
25. Vanhusten ulkoiluttaminen ei kuulu hoitohenkilökunnan tehtäviin.					29. .
26. Tiedon jakaminen liikkumisen merkityksestä on hoitohenkilökunnan tehtävä.					30. .
27. Vanhusten tulee saada liikkua oman mielensä mukaan.					31. .
28. Hoitohenkilökunnan osuus kuntoutuksessa on suuri.					32. .

15. LIIKUNNALLISELLA KUNTOUTUKSELLE TARKOITETAAN MM. VANHUSTEN LIIKKUMISEN EDISTÄMISTÄ, OMATOIMISUUTEEN TUKEMISTA JA FYYSISET OMINAISUUKSIEN HARJOITTAMISTA. MILLAISEN MERKITYKSEN ANNAT NÄILLE ASIOILLE OMASSA TYÖSSÄSI?

33. .

liikunnallisella kuntoutuksella minun työssäni

1. ei ole mitään merkitystä
2. on vain vähän merkitystä
3. on melko tärkeää
4. on erittäin tärkeää

16. MINKÄ VERRAN AIKAA VUOROKAUDESSA VOIT KÄYTTÄÄ VANHUSTEN KÄVELYTTÄMISEEN JOKO HOIDON YHTEYDESSÄ TAI ERIKSEEN?

34. . . .

\_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_ min

17. OSALLISTUTKO JOLLAKIN TAVOIN VANHUSTEN RYHMÄVOIMISTELUN JÄRJESTELYIHIN TAI OHJAUKSEEN?

37. .

1. en osallistu mitenkään
2. osallistun

18. JOS VASTASIT OSALLISTUVASI, NIIN MITEN?

1. tuon tai vien vanhuksia ryhmävoimisteluun
2. olen mukana ryhmävoimistelussa
3. toimin apuohjaajana ryhmävoimistelussa
4. ohjaan itse ryhmävoimistelua
5. muuta, mitä \_\_\_\_\_

	1	2	3
säännöllisesti			
ei illoin tällöin			
en koskaan			

38. .

39. .

40. .

41. .

42. .

19. OPASTATKO TAI AVUSTATKO JOITAKIN / JOTAKUTA VANHUSTA YKSILÖLLISEN KUNTO-OHJELMAN TOTEUTUKSESSA (ESIM. OMASSA VOIMISTELUOHJELMASSA)?

43. .

1. en
2. kyllä, kuinka useaa \_\_\_\_\_



20. HALUAISITKO TOIMIA VANHUSTEN RYHMÄ- TAI YKSILÖLLISEN LIIKUNNAN OHJAAJANA, JOS SAISIT SIIHEN KOULUTUKSEN JA TYÖNOHJAUKSEN? 45. .
1. en
  2. en luultavasti
  3. kyllä mahdollisesti
  4. kyllä
  5. toimin jo ohjaajana
21. MILLAISET TIEDOT ARVELET ITSELLÄSI OLEVAN VANHUSTEN LIIKKUMISEEN LIITTYVISTÄ ASIOISTA? 46. .
1. heikot
  2. välttävät
  3. tyydyttävät
  4. hyvät
22. KUINKA HYVIN OSAAT SOVELTAA TIETOSI VANHUSTEN LIIKUNNASTA KÄYTÄNNÖN OHJEIKSI? 47. .
1. heikosti
  2. välttävästi
  3. tyydyttävästi
  4. hyvin
23. HALUAISITKO SAADA TÄYDENNYSKOULUTUSTA FYYSISEN KUNTOUTUKSEN ALUEELTA? 48. .
1. en
  2. en osaa sanoa
  3. kyllä, seuraavista asioista: (rastita neljä tärkeintä aluetta)
- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| Liikunnan ja terveyden väliset yhteydet  | _____ | 49. . |
| Fyysisen kunnon osa-alueet ja niiden harjoittaminen                                    | _____ | 50. . |
| Liikunta ja mielenterveys  | _____ | 51. . |
| Liikunnan annostelu ja teho  | _____ | 52. . |
| Liikunnan ohjaaminen   | _____ | 53. . |
| Motivointi liikuntaan  | _____ | 54. . |
| Virikkeitä ja malliohjelmia ryhmäliikuntaa varten                                      | _____ | 55. . |
| Virikkeitä ja malliohjelmia yksilöllistä liikuntaa varten                              | _____ | 56. . |
| Dementoituneen vanhuksen liikunnan edistäminen   | _____ | 57. . |
| Yhteistyö fyysisessä aktivoinnissa: kuntoutushenkilökunta / muu henkilökunta / omaiset | _____ | 58. . |
| Muu, mikä _____  | _____ | 59. . |
-

24. MILLAISET OVAT VAIKUTUSMAHDOLLISUUTESI HALUTESSASI TYÖPAIKALLASI EDISTÄÄ TÄRKEÄKSI KOKEMAASI ASIAA?

60. .

1. heikot
2. keskinkertaiset
3. hyvät

25. JOS TUNNET VAIKUTUSMAHDOLLISUUTESI HEIKOIKSI TAI KESKINKERTAISIKSI (KOHTA 1 TAI 2), MAINITSE KOLME TÄRKEINTÄ ESTETTÄ OMALLE VAIKUTTAMISELLESI.

61. . .

Tärkeimmät esteet ovat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. SEURAAVASSA ON ESITETTY JOUKKO VANHUUTEEN JA RUUMIILLISEEN HARJOITUKSEEN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ. VASTAA OMIEN TIETOJESI PERUSTEELLA KYSYMYKSEEN KYLLÄ TAI EI RASTITTAMALLA RUUTU. JOS JOTKUT KOHDAT TUNTUVAT VAIKEILTA, VALITSE MIELESTÄSI TODENNÄKÖISEMPI VAIHTOEHTO.  
ÄLÄ JÄTÄ YHTÄÄN KOHTAA VASTAAMATTA.

	1	2	
	KYLLÄ	EI	
1. Edistääkö kevyt ruumiillinen rasitus silloin tällöin kuntoa iäkkäänä?			51. .
2. Merkitseekö nuoruudessa hankittu hyvä kunto parempaa kuntoa myös vanhuudessa?			52. .
3. Riittääkö ikääntyneiden kunnon kohentamiseen harvemmin toistuva ruumiillinen harjoitus kuin nuorten?			53. .
4. Aiheuttaako vähäinen liikunnan harjoittaminen nuoruudessa sen, ettei ruumiillisesta harjoituksesta ole hyötyä vanhuudessakaan?			54. .
5. Onko ruumiillisten harjoitusten muututtava jatkuvasti tehokkaammiksi, jos halutaan parantaa kuntoa vanhuudessa?			55. .
6. Heikentääkö parin viikon vuodelepo vanhan ihmisen kuntoa?			56. .
7. Voiko lihaksiston kuntoa vanhuudessa parantaa?			57. .
8. Parantaako kerran viikossa tapahtuva harjoitus vanhusten kuntoa?			58. .
9. Riittääkö tehokas kuntoutusjakso pari kertaa vuodessa ylläpitämään vanhusten kuntoa?			59. .
10. Onko samanlaisena toistuva ruumiillinen harjoittelu paras menetelmä vanhusten kunnon edistämiseksi?			60. .
11. Onko vanhojen ihmisten ruumiillisiin harjoituksiin hyvä sisältyä hikoilua ja hengästymistä?			61. .
12. Voiko jäykistyneiden nivelten toimintaa vielä parantaa harjoituksella?			62. .
13. Voiko yli 80-vuotiaan kuntoa parantaa ruumiillisella harjoituksella lähes yhtä hyvin kuin nuorten?			63. .
14. Onko vanhojen ihmisten sydämen kannalta lepo kaikkein tärkeintä?			64. .
15. Voiko tasapainoa parantaa vanhuudessa harjoituksella?			65. .
16. Onko kävely monipuolinen kunnonkohennustapa vanhuudessa?			66. .
17. Pitääkö vanhusten kunnonkohennusharjoituksiin sisältyä myös monimutkaisia, taitoa vaativia harjoituksia?			67. .
18. Voidaanko ruumiillisilla harjoituksilla korkeintaan säilyttää vanhusten fyysistä kuntoa ennallaan?			68. .
19. Auttaako lihasvoima tasapainon säilyttämisessä?			69. .

20. Heikentääkö ruumiillinen harjoittelu vanhusten unirytmisiä?
21. Onko ruumiillisesta harjoituksesta hyötyä vanhusten luuston haurastumisen ehkäisyssä?
22. Voiko säännöllinen ruumiillinen harjoitus vähentää vanhusten lääkityksen tarvetta?
23. Pahentaako ruumiillinen harjoitus vanhan ihmisen tavallisimpien sairauksien oireita?
24. Voidaanko ruumiillista harjoittelua käyttää vanhusten kroonisten sairauksien hoitona?
25. Aiheuttaako ruumiillisen harjoituksen puute ajan mittaan vanhusten elimistössä häiriöitä?
26. Lisääkö ruumiillinen harjoitus vanhusten masentuneisuutta?
27. Haittaako ruumiillinen harjoitus vanhusten muistitoimintaa?
28. Auttaako ruumiillinen harjoitus vanhusta sopeutumaan omiin fyysisiin rajoituksiinsa?
29. Estääkö ruumiillinen harjoitus vanhuksen rentoutumista?
30. Lisääkö ruumiillinen harjoitus vanhusten hyvän olon tunnetta?

	1	2	
	KYLLÄ	EI	
			70. .
			71. .
			72. .
			73. .
			74. .
			75. .
			76. .
			77. .
			78. .
			79. .
			80. .

**VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1988**

**VANHUSTEN HAASTATELULOMAKE**

Havaintot. 1. . . .

Rivit. 4.1.

Päiväys \_\_\_\_\_

Haastatteliija \_\_\_\_\_

5. . .

Haastattelu alkoi \_\_\_\_\_

Haastattelu loppui \_\_\_\_\_

Kesto \_\_\_\_\_

6. . . .

Haastateltavan numero \_\_\_\_\_

Haastateltavalta kysytään aluksi tai haastattelun alkuvaiheessa

sen päivän päivämäärä \_\_\_\_\_

viikonpäivä \_\_\_\_\_

oma ikä vuosissa \_\_\_\_\_

vanhainkodin nimi ja kaupunginosa \_\_\_\_\_

(tee + , jos saat oikean vastauksen ja - ,jos vastaus on puutteellinen)

**HENKILÖTIEDOT**

1. Sukupuoli

9. . .

1. mies

2. nainen

2. Milloin olette syntyneet? \_\_\_\_\_

10. . . .

3. Kuinka kauan olette asuneet tässä vanhainkodissa?

14. . . .

1. \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

2. en muista

4. Oletteko naimaton, naimisissa, avoliitossa, eronnut tai leski? 17. .
1. naimaton
  2. naimisissa
  3. avoliitossa
  4. leski
  5. eronnut

5. Kuinka monta lasta Teillä on? \_\_\_\_\_ lasta 18. .

6. Kuinka monta elossa olevaa lasta Teillä on? \_\_\_\_\_ lasta 20. .

#### KOULUTUS / AMMATTI

7. Mikä on peruskoulutuksenne? 22. .

1. vähemmän kuin kansakoulu
2. kansakoulu, jatkokoulu \_\_\_\_\_ vuotta
3. keskikoulu
4. ylioppilas

8. Onko Teillä ammatillista koulutusta? 23. .

1. ei koulutusta
2. ammattikoulu tai -kurssi, oppisopimuskoulutus
3. opistotaso
4. korkeakoulutaso

9. Missä työssä tai ammatissa olette olleet pisimpään elämäne aikana? 24. .

---

10. Missä työssä tai ammatissa toimitte viimeksi ennen eläkkeelle jääntiänne? 26. .

---

11. Kun jäitte eläkkeelle, oliko kyseessä 28. .

1. vanhuuseläke (sisältää kansaneläkkeen ja työeläkkeen)
2. sairaus- tai työkyvyttömyyseläke
3. muu, mikä \_\_\_\_\_

12. Naimisissa olleet/olevat: Missä työssä tai ammatissa puolisonne on ollut pisimpään elämänsä aikana? 29. .

---

#### SOSIAALISET SUHTEET

13. Kuka on lähin omaisenne? 31. .

1. \_\_\_\_\_

2. ei ole omaisia

14. Kuinka kaukana lähin omaisenne asuu (tai missä)? 32. .

---

15. Kuinka usein tapaatte lähintä omaistanne? 35. .

1. kerran viikossa tai useammin

2. pari kertaa kuukaudessa

3. noin kerran kuukaudessa

4. harvemmin kuin kerran kuukaudessa

5. minulla ei ole omaisia

16. Kuinka moneen lähisukulaiseen olette säännöllisesti yhteydessä? 36. .

1. en kehenkään

2. 1 - 2

3. 3 - 5

4. 6 - 10

5. yli 10

6. ei ole lähisukulaisia

17. Kuinka suuri on tuttavapiirinne eli ihmiset, joita tapaatte kutakuinkin säännöllisesti (ei koske puolisoa, lapsia, lastenlapsia eikä vanhainkodin asukkaita)? 37. .

1. ei ketään

2. 1 - 2

3. 3 - 5

4. 6 - 10

5. yli 10

6. ei ole tuttavapiiriä

18. Vierailletteko koskaan omaistenne tai ystäväienne luona?

38. .

1. en

2. kyllä, kuinka usein \_\_\_\_\_

19. Montako hyvää ystävää Teillä on tässä vanhainkodissa?

39. .

1. ei ketään

2. 1 - 2

3. 3 - 5

4. 6 - 10

**TERVEYS JA TOIMINTAKYKY**

20. Onko Teillä tällä hetkellä jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus (yli 3 kk kestänyt) tai vamma?

40. .

42. .

44. .

46. .

48. .

50. .

21. Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?

52. .

1. erittäin hyvä

2. hyvä

3. keskinkertainen

4. huono

5. erittäin huono

22. Onko Teillä viimeisen kahden viikon aikana ollut seuraavia oireita ja kuinka usein?

	1	2	3	4
	ei	satunnaisesti	usein	jatkuvasti tai lähes päivittäin
1. päänsärky				
2. ruokahalun puute				
3. sydänvaivat				
4. vatsavaivat				
5. painajaiset				

53. .

54. .

55. .

56. .

57. .



	1	2	3	4	
	ei	satunnaisesti	usein	jatkuvasti tai lähes päivittäin	
6. unettomuus					58. .
7. huimauksen tunne					59. .
8. sydämen tykytys					60. .
9. käsien vapina					61. .
10. runsas hikoilu ilman ruumiillista ponnistelua					62. .
11. hengitysvaikeuksia tai hengenahdistusta ilman ruumiillista rasitusta					63. .
12. haluttomuutta, väsymystä					64. .
13. jännittämistä, hermostuneisuutta					65. .
14. ärtyisyyttä, vihanpuuskia					66. .
15. alakuloisuutta tai masennusta					67. .
16. virtsaamisvaikeuksia					68. .
17. särkyä nivelissä tai selkävaivoja					69. .
18. pahoinvointia tai oksentelua					70. .

23. Mikä on jokapäiväistä elämäännne pahiten häiritsevä ja vaikeuttava vamma tai sairaus? 71. .

1. \_\_\_\_\_

2. ei sairautta tai vammaa

24. Rajoittavatko terveysongelmat Teitä harrastamasta sitä mitä haluaisitte harrastaa? 73. .

1. erittäin paljon

2. paljon

3. jonkin verran

4. vähän

5. ei ollenkaan

25. Miten kuvailisitte ikäistänne henkilöä, jonka terveys on hyvä?

74.

**SUHTAUTUMINEN RUUMIILLISEEN Ponnisteluun JA Liikuntaan VANHAINKODISSA**

Rivit.

4.2.

26. Seuraavaksi esitän Teille joukon ikääntymiseen ja ruumiilliseen ponnisteluun liittyviä mielipiteitä. Teidän tulee ratkaista välittömän tunteenne perusteella, missä määrin olette samaa tai eri mieltä esitetyn mielipiteen kanssa.

	1	2	3	4	5	
	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	
1. Ruumiillinen ponnistelu ja liikunta sopii minulle.						5.
2. Ruumiillinen ponnistelu ja liikunta on minulle liian rasittavaa.						6.
3. Ikääntyneet voivat vielä oppia uusia ruumiilliseen ponnisteluun ja liikuntaan liittyviä asioita.						7.
4. Ruumiillinen ponnistelu ja liikunta on minulle tärkeä asia.						8.
5. Päivittäisten toimien suorittamisessa on minulle riittävästi ruumiillista ponnistusta ja liikuntaa.						9.
6. Vanhainkodissa asuvat ikääntyneet ovat liian huonokuntoisia voidakseen liikkua runsaasti.						10.
7. Henkilökunnan tulisi rohkaista enemmän vanhainkodissa asuvien liikkumista.						11.
8. Vanhaikotiasukkaiden pitäisi pyrkiä omatoimisuuteen ruumiinkuntonsa säilyttämiseksi.						12.
9. Vain harvat ruumiillisen harjoituksen muodot sopivat nykyään minulle.						13.
10. Olen liian huonokuntoinen liikkuakseni paljon.						14.
11. Lepo on minulle tärkeämpää kuin ruumiillinen ponnistelu ja liikunta.						15.

	1	2	3	4	5	
	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	
12. Ikääntyneiden ruumiillinen ponnistelu ja liikunta ei ole tarpeellista.						16.
13. Minä en voi enää oppia uusia ruumiilliseen ponnisteluun ja liikuntaan liittyviä taitoja.						17.
14. Ruumiillisen ponnistelun hyöty on minulle tärkeämpää kuin siihen liittyvät riskit.						18.
15. Päivittäisten toimien suorittaminen ei riitä ikääntyville ruumiilliseksi ponnisteluksi.						19.
16. Minun tulisi saada levätä enemmän.						20.
17. Vanhainkodissa asuvat pystyvät liikkumaan monipuolisesti.						21.
18. Hyvään hoitoon vanhainkodissa kuuluu mielestäni se, että henkilökunta tekee asioita vanhusten puolesta.						22.
19. Osallistuminen ruumiillisiin harjoituksiin tuottaa ikääntyneille iloa.						23.
20. Ruumiillinen ponnistelu ja liikunta on enemmän nuorten kuin vanhojen asia.						24.
21. Ruumiillisesta ponnistelusta on minulle enemmän haittaa kuin hyötyä.						25.
22. Vanhainkodissa asuvien tulisi saada enemmän kävelytysapua henkilökunnalta.						26.
23. En saa riittävästi tietoa liikkumisen merkityksestä.						27.
24. Raskasta työtä aiemmin elämässä tehneet eivät enää vanhuudessa tarvitse ruumiillista harjoittelua.						28.
25. Ohjattu toiminta vanhainkodissa ei ole sellaista joka sopisi minulle.						29.
26. Asuinpaikkani nykyisin (vanhainkoti) rajoittaa mahdollisuuksiani liikkua runsaasti.						30.
27. En välitä harjoittaa liikkumistaitojani, koska ympäristö suhtautuu siihen kielteisesti.						31.

28. Monet muut asiat kiinnostavat minua enemmän kuin ruumiillinen ponnistelu.

29. Minulle ei anneta riittävästi mahdollisuuksia ulkoiluun.

30. Osallistuminen ruumiillisiin harjoituksiin (esim. tuolivoimisteluun) tuntuu minusta liian työläältä.

31. En välitä liikkua paljon, koska minulla ei ole liikkumiselleni sopivaa päämäärää tai kohdetta.

1	2	3	4	5
täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä

32.

33.

34.

35.

27. Ihmisillä voi olla erilainen kyky selviytyä jokapäiväisessä elämässä vastaan tulevista tehtävistä (työ, kotityöt, harrastukset, jne.) johtuen terveydentilasta sekä ruumiillisesta ja henkisestä kunnosta. Onko Teidän kykyne selviytyä jokapäiväisestä elämästä eli toimintakykyne tällä hetkellä mielestänne

1. erittäin hyvä

2. hyvä

3. keskinkertainen

4. huono

5. erittäin huono

36.

28. Onko kykyne selviytyä jokapäiväisessä elämässä viimeksi kuluneen vuoden aikana mielestänne

1. huomattavasti parantunut

2. hieman parantunut

3. pysynyt ennallaan

4. hieman heikentynyt

5. huomattavasti heikentynyt

37.

29. Onko tuki- ja liikuntaelimistönnne (nivelet, lihakset, selkä, hartiat, jne.) kunto tällä hetkellä mielestänne 38. .
1. hyvä
  2. melko hyvä
  3. keskinkertainen
  4. melko huono
  5. huono
30. Onko Teillä liikkumista vaikeuttavia jalkavaivoja? 39. . .
1. ei
  2. kyllä, millaisia \_\_\_\_\_
- 
31. Pystyttekö liikkumaan sisällä? 41. .
1. itsenäisesti
  2. apuvälineiden avulla, sauvat tai keppi
  3. pyörätuolilla itsenäisesti
  4. tarvitsen huomattavasti apua, liikun kelkan tai taluttajan kanssa
  5. en liiku juuri lainkaan
32. Pystyttekö liikkumaan ulkona? 42. .
1. itsenäisesti
  2. apuvälineiden avulla
  3. pyörätuolilla itsenäisesti
  4. tarvitsen huomattavasti apua, liikun kelkan tai taluttajan avulla
  5. en liiku lainkaan ulkona
33. Pystyttekö syömään? 43. .
1. itsenäisesti
  2. tarvitsen vähän apua tai apuvälineen
  3. tarvitsen huomattavasti apua
  4. täysin autettuna

34. Pystyttekö peseytymään?

1. itsenäisesti
2. tarvitsen vähän apua
3. tarvitsen huomattavasti apua
4. täysin autettuna

44. .

35. Pystyttekö pukeutumaan?

1. itsenäisesti
2. tarvitsen vähän apua tai apuvälineitä
3. tarvitsen huomattavasti apua
4. täysin autettuna

45. .

36. Miten selviätte seuraavista ruumiillista ponnistelua vaativista toiminnoista?

1. Pystyttekö nousemaan portaita välillä levähtämättä yhden kerrosvälin?
2. Pystyttekö kävelemään yhtäjaksoisesti vähintään 1/2 kilometriä?
3. Pystyttekö liikkumaan maastossa (esim. keräämään kukkia, tmv.)?
4. Pystyttekö tanssimaan?
5. Pystyttekö uimaan vähintään 10 m?

	1	2	3	4	5
	kyllä ilman vaikeuksia	kyllä mutta vaikeuksia	en	en osaa tehdä	en osaa sanoa

46. .

47. .

48. .

49. .

50. .

37. Millainen toimintakykynne on mielestänne seuraavien ominaisuuksien osalta?

	1	2	3	4	5	6	
	hyvä	melko hyvä	keskin-kertainen	melko huono	huono	en osaa sanoa	
1. Huomiokyky, valppaus							51. .
2. Muisti							52. .
3. Keskittymiskyky							53. .
4. Henkisten paineiden sietokyky							54. .
5. Aloitekyky							55. .
6. Uusien asioiden omaksumiskyky							56. .

**FYYSINEN AKTIIVISUUS ELÄKEIKÄSSÄ KOTONA ASUESSA**

Seuraavaksi kysyn Teiltä hiukan harrastuksistanne ennen vanhainkotiin siirtymistä.

38. Millaisia harrastuksia Teillä oli eläkevuosinnananne ennen vanhainkotiin siirtymistä? 57. .

---



---

39. Ovatko harrastuksenne muuttuneet tultuanne vanhainkotiin? 59. .

1. vähentynyt, miten, miltä osin \_\_\_\_\_

---

miksi \_\_\_\_\_

---

2. pysynyt ennallaan

3. lisääntynyt, miten, miltä osin \_\_\_\_\_

---

miksi \_\_\_\_\_

---

4. ei ole ollut harrastuksia

60. .

62. .

40. Onko Teillä joitain harrastuksia, joissa olette toimineet koko ikänne ja joihin Teillä edelleen on kosketusta?

1. ei ole sellaisia harrastuksia

64. .

2. on, mitkä \_\_\_\_\_

65. .

41. Millaista kunto- tai kilpaliikuntaa olette harrastaneet elämänne eri vaiheissa kuntonne kohentamiseksi tai virkistäytymismielessä?

	1	2	3	
	en ole harrastanut kunto- liikuntaa	olen harrastanut säännöllisesti kuntoliikuntaa	olen harrastanut kilpa- urheilua	
1. nuoruusiässä (10-19)				66. .
2. aikuisiässä (20-39)				67. .
3. keski-iässä (40-64)				68. .
4. eläkeiässä (64-74)				69. .
5. vanhuudessa (75-)				70. .

42. Oletteko eläkevuosinanne harrastaneet jotakin seuraavista hyötyliikuntamuodoista?

	1	2	
	kyllä	en	
1. marjastus			71. .
2. sienestys			72. .
3. kalastus			73. .
4. metsästys			74. .

43. Seuraavan kysymyksen tarkoitus on selvittää, miten tärkeäksi koitte liikunnan eläkevuosinanne kotona asuessanne.

1. pidin liikuntaa erittäin tärkeänä
2. pidin liikuntaa jonkin verran tärkeänä
3. liikunta ei ollut mielestäni erityisen tärkeää
4. liikunta oli mielestäni tarpeetonta ja hyödytöntä ajantuhlausta

75. .



44. Ovatko liikkumistottumuksenne muuttuneet tultuanne vanhainkotiin?

1. vähentynyt; miten, miltä osin \_\_\_\_\_

miksi \_\_\_\_\_

2. pysynyt ennallaan

3. lisääntynyt; miten, miltä osin \_\_\_\_\_

miksi \_\_\_\_\_

#### FYYSINEN AKTIIVISUUS JA LIKUNNANHARRASTUS VANHAINKODISSA

45. Seuraavassa luetellaan erilaisia askareita ja ajankäyttötapoja. Kuinka paljon ajastanne kuluu niihin keskimäärin päivittäin?

	t	min	
1. nukkuminen			10. . .
2. ruokailu			13. . .
3. henkilökohtainen hygienia, WC-käynnit			16. . .
4. pukeutuminen			19. . .
5. seurustelu			22. . .
6. lukeminen (sanoma- ja viikkolehdet)			25. . .
7. television katselu			28. . .
8. radion kuuntelu tekemättä samanaikaisesti jotain muuta			31. . .
9. lepääminen			34. . .
10. istuskelu omia asioita ajatellen tai ympäristöä tarkkaillen			37. . .
11. kotiaskareiden suorittaminen			40. . .
12. hoitotoimenpiteet			43. . .
13. muuta, mitä _____			47. . .

46. Kuinka monta tuntia olette jalkeilla päivisin?

1. yli 10 tuntia
2. 6 - 10 tuntia
3. 3 - 5 tuntia
4. 1 - 2 tuntia
5. alle 1 tuntia

50. .

47. Pyrittekö liikkumaan jokapäiväisten askareiden ja toimintojen yhteydessä mahdollisimman paljon?

1. kyllä, miksi \_\_\_\_\_

2. en, miksi \_\_\_\_\_

51. .

52. . .

48. Osallistutteko joihinkin talon töihin tai askareisiin?

1. kyllä, mihin \_\_\_\_\_

montako tuntia viikossa \_\_\_\_\_

2. en

54. .

55. . .

49. Osallistutteko vanhainkodin järjestämään tuolivoimisteluun?

1. osallistun kaksi kertaa viikossa
2. osallistun kerran viikossa
3. osallistun silloin tällöin
4. en osallistu

58. .

50. Tuolivoimisteluun kulunut aika viikossa: \_\_\_\_\_

59. . .

51. Mikä on mielipiteenne tuolivoimistelusta?

61. . .

---

---

52. Mitä liikuntamuotoja harrastatte itsenäisesti tai jonkun avustamana?

	1	2	3	4	5	
	päivittäin	2-3 kertaa viikossa	1 kerran viikossa	1-2 kertaa kuukaudessa	en harrasta	
1. raajavoimistelu						63. .
2. kuntovoimistelu						64. .
3. itsenäinen laiteharjoittelu						65. .
4. kävelylenkkeily sisällä						66. .
5. kävelylenkkeily ulkona						67. .
6. tanssi						68. .
7. uinti, vesivoimistelu						69. .
8. muuta, mitä						70. .

53. Montako tuntia viikossa keskimäärin harrastatte liikuntaa tai osallistutte liikuntaan kaiken kaikkiaan (tuoli-voim. + itsenäinen liikunta)?

\_\_\_\_\_

54. Mikä seuraavista vastaa parhaiten nykyisiä liikuntatottumuksianne?

1. en liiku juuri lainkaan
2. liikun sen verran kuin välttämättä on tarpeen päivittäisistä toimista selviämiseksi
3. harrastan kevyttä liikuntaa päivittäin sisällä
4. harrastan kevyttä liikuntaa päivittäin sisällä ja ulkoilua vähintään kerran viikossa
5. harrastan vähintään 1 - 2 kertaa viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hikoilua ja hengästymistä

55. Miksi harrastatte liikuntaa (mainitse henkilön erityisharrastus, esim. kävely) tai osallistutte liikunnalliseen toimintaan?

Mainitkaa kolme tärkeintä syytä:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

56. Ovatko jotkut asiat esteenä liikunnanharrastuksellenne tai osallistumisenne liikunnalliseen toimintaan? Jos on, mainitkaa kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä:

---



---



---

78. .  
79. .  
80. .

57. Kuinka paljon ajastanne kuluu viikottain vanhainkodissa muuhun järjestettävään harrastustoimintaan? Rivit. 4.4.

	t	min
1. askartelunohjaajan pitämät tuokiot		
2. hartaushetket		
3. muu, mikä _____		

5. . .  
8. . .  
11. . .

58. Onko Teillä muita omia ajankäyttötapoja tai harrastuksia vanhainkodissa järjestettyjen toimintojen lisäksi (esim. kirjojen lukeminen, käsityöt, jne.)?

1. ei
2. on, mitä \_\_\_\_\_

14. .  
15. .

59. Montako tuntia viikossa käytätte näihin harrastuksiinne? \_\_\_\_\_

16. . .

60. Osallistutteko palvelukeskuksen järjestämiin toimintoihin. Kuinka paljon ajastanne kuluu niihin viikottain?

	t	min
1. elokuvat (1 x vk) _____		
2. ohjelmatuokiot (1 x vk) _____		
3. tanssit (2 x vk) _____		
4. askartelu (auki päivittäin) _____		
5. työväenopiston ryhmät _____		
6. muu, mikä _____		

19. . .  
22. . .  
25. . .  
28. . .  
31. . .  
34. . .

61. Kuinka monta kertaa vuodessa osallistutte tapahtumiin vanhainkodin ulkopuolella (vanhainkodin järjestämät retket, palvelukeskuksen järjestämät retket, hartaudet Kontulan kirkossa)?

37. . .

62. Mitkä elämän osa-alueet ovat Teille tällä hetkellä tärkeitä? Arvioikaa seuraavia asioita antaen niille kouluarvosana 4-10, kymmenen ollessa paras ja nelosen huonoin.

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| 1. seurustelu omaisten tai ystävien kanssa         | _____ | 39. . |
| 2. omien asioiden ajattelu, muisteleminen          | _____ | 40. . |
| 3. hartaushetket, hartauden harjoittaminen         | _____ | 41. . |
| 4. lepäily   | _____ | 42. . |
| 5. lukeminen, joukkotiedotusvälineiden seuraaminen | _____ | 43. . |
| 6. luonnon seuraaminen                             | _____ | 44. . |
| 7. puuhailu omassa huoneessa                       | _____ | 45. . |
| 8. liikkeelläolo, liikuntaharrastus                | _____ | 46. . |
| 9. muut harrastukset                               | _____ | 47. . |

#### ELÄMÄN TARKOITUKSELLISUUS

63. Kuinka tarkoitukselliseksi koette elämäenne nykyisin? (Mikä seuraavista vaihtoehtoista sopii itseenne parhaiten?)

1. erittäin tarkoitukselliseksi
2. tarkoitukselliseksi
3. vaikea sanoa
4. tarkoituksettomaksi
5. erittäin tarkoituksettomaksi

Osaisitteko sanoa, mistä se johtuu? \_\_\_\_\_ 49. . .

64. Oletteko vanhainkodissa asuessanne löytänyt jonkin toiminta-alueen, joka mielestänne tuo tarkoitusta tai sisältöä elämäänne?

1. en
2. kyllä, millaisen \_\_\_\_\_ 51. . .

#### TOIVEET

65. Oletteko kiinnostunut kokeilemaan uusia ruumiillisen ponnistelun ja liikunnan muotoja, jos niitä järjestetään vanhainkodin toimesta?

1. kyllä
2. en, miksi \_\_\_\_\_ 53. .

66. Haluatteko lisää tietoja oman kuntonne hoitamisesta?

54. .

1. kyllä

2. en, miksi \_\_\_\_\_

67. Haluaisitteko osallistua talon askareisiin, jos tarjottaisiin jotain Teidän kunnollenne sopivaa?

55. .

1. kyllä, miksi \_\_\_\_\_

56. .

2. en, miksi \_\_\_\_\_

68. Seuraavassa on esitetty joukko vanhuuteen ja ruumiilliseen harjoitukseen liittyviä kysymyksiä. Vastaa omien tietojesi perusteella kysymykseen kyllä tai ei rastittamalla ruutu. Jos jotkut kohdat tuntuvat vaikeilta, valitse mielestäsi todennäköisempi vaihtoehto.  
Älä jätä yhtään kohtaa vastaamatta.

Rivit.

4.5.

	1	2	
	KYLLÄ	EI	
1. Edistääkö kevyt ruumiillinen rasitus silloin tällöin kuntoa iäkkäänä?			5. .
2. Merkitseekö nuoruudessa hankittu hyvä kunto parempaa kuntoa myös vanhuudessa?			6. .
3. Riittääkö ikääntyneiden kunnan kohentamiseen harvemmin toistuva ruumiillinen harjoitus kuin nuorten?			7. .
4. Aiheuttaako vähäinen liikunnan harjoittaminen nuoruudessa sen, ettei ruumiillisesta harjoituksesta ole hyötyä vanhuudessakaan?			8. .
5. Onko ruumiillisten harjoitusten muututtava jatkuvasti tehokkaammiksi, jos halutaan parantaa kuntoa vanhuudessa?			9. .
6. Heikentääkö parin viikon vuodelepo vanhan ihmisen kuntoa?			10. .
7. Voiko lihaksiston kuntoa vanhuudessa parantaa?			11. .
8. Parantaako kerran viikossa tapahtuva harjoitus vanhusten kuntoa?			12. .
9. Riittääkö tehokas kuntoutusjakso pari kertaa vuodessa ylläpitämään vanhusten kuntoa?			13. .
10. Onko samanlaisena toistuva ruumiillinen harjoittelu paras menetelmä vanhusten kunnan edistämiseksi?			14. .
11. Onko vanhojen ihmisten ruumiillisiin harjoituksiin hyvä sisältyä hikoilua ja hengästymistä?			15. .
12. Voiko jäykistyneiden nivelten toimintaa vielä parantaa harjoituksella?			16. .



ARVIO HAASTATELTAVASTA

69. Tapahtuiko haastattelu kahden kesken? 35. .
1. kyllä
  2. ei, läsnä oli myös \_\_\_\_\_
70. Näyttikö muiden läsnäolo vaikuttavan vastauksiin jollakin tavalla? 36. .
1. kyllä, miten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 37. .
  2. ei
  3. ei muita läsnä
71. Vastasiko haastateltava kaikkiin kysymyksiin itse? 38. .
1. kyllä
  2. ei
72. Miten haastateltava suhtautui haastatteluun yleensä? 39. .
1. erittäin myönteisesti
  2. myönteisesti
  3. neutraalisti
  4. kielteisesti
  5. erittäin kielteisesti
73. Ilmenikö haastateltavassa selvää väsymistä jossakin haastattelun vaiheessa? 40. .
1. ei 41. .
  2. kyllä, missä \_\_\_\_\_
74. Esiintyikö haastateltavalla haastattelun kuluessa syrjähtelyä aiheesta? 42. .
1. paljon
  2. jonkin verran
  3. hyvin vähän tai ei lainkaan



75. Esiintyikö haastateltavalla haastattelun kuluessa muistamisvaikeuksia tai muistikatkoksia?

43. .

1. paljon

2. jonkin verran

3. hyvin vähän tai ei lainkaan

Missä kohdin niitä esiintyi? \_\_\_\_\_

---

44. .

76. Oliko haastateltavalla ymmärtämisvaikeuksia?

45. .

1. paljon

2. jonkin verran

3. hyvin vähän tai ei lainkaan

Missä kohden? \_\_\_\_\_

---

46. .

77. Oliko haastateltavalla orientoitumisvaikeuksia aikaan?

47. .

1. paljon

2. jonkin verran

3. hyvin vähän tai ei lainkaan

78. Oliko haastateltavalla orientoitumisvaikeuksia paikkaan?

48. .

1. paljon

2. jonkin verran

3. hyvin vähän tai ei lainkaan

Hoitohenkilökunnan kirjalliseen kyselyyn liitetyt lisäkysymykset 1990

25. VANHUSTEN FYYSINEN -AKTIIVISUUS PROJEKTI ON KESTÄNYT KAKSI VUOTTA. SEN TAVOITTEENA OLI LUODA EDELLYTYKSIÄ VANHUSTEN LIIKUNNALLE JA EDISTÄÄ SITÄ. KIRJOTA LYHYESTI, MISSÄ ASIOISSA PROJEKTI ON MIELESTÄSI ONNISTUNUT JA MITÄ TAVOITTEITA ON PUOLESTAAN JÄÄNYT SAAVUTTAMATTA 1) KOKO VANHAIN KODIN 2) VANHUSTEN JA 3) OMAN TYÖSI KANNALTA:

Koko vanhainkodin kannalta projektissa on ollut hyvää:

52. .

---

53. .

---

54. .

---

Koko vanhainkodin kannalta projektissa on ollut huonoa:

55. .

---

56. .

---

57. .

---

Vanhusten kannalta projektissa on ollut hyvää:

58. .

---

59. .

---

60. .

---

Vanhusten kannalta projektissa on ollut huonoa:

61. .

---

62. .

---

63. .

---

Oman työni kannalta projektissa on ollut hyvää:

64. .

65. .

66. .

Oman työni kannalta projektissa on ollut huonoa:

67. .

68. .

69. .

**26. PROJEKTISSA ON MIELESTÄNI OLIIT**

1. enemmän hyvää kuin huonoa
2. yhtä paljon hyvää ja huonoa
3. enemmän huonoa kuin hyvää

70. .

Vanhainkodin asukkaiden haastattelulomakkeeseen tehdyt muutokset vuonna 1990

1. Vanhainkodin asukkaiden haastattelulomakkeesta jätettiin pois kysymykset 40, 41, 42, 43, 44 ja 45.
2. Kysymys 52 (vuoden 1990 lomakkeessa kysymys no 49) muokattiin oheisella tavalla vastamaan niitä toimintoja, joita vanhainkodissa oli tarjolla sillä hetkellä.

49. Mitä liikuntamuotoja harrastatte itsenäisesti tai jonkun avustamana?

	1	2	3	4	5	
	paivit- täin	2-3 X viikossa	1 X viikossa	1-2 X kuukaudessa	en harr.	
1. raajavoimistelu						58. .
2. Kuntokallion kv, tai muu kotiv.						59. .
3. itsenäinen laiteharjoittelu						60. .
4. kävelylenkkeily sisällä						61. .
5. kävelylenkkeily ulkona						62. .
6. istumatanssi						63. .
7. uinti, vesivoimistelu						64. .
8. vauvavoimistelu						65. .
9. tanssi						66. .
10. mutta, mitä						67. .

Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom  
puh. 90- 877 9181

Liite 5

13.6.1989

## **VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1989**

Kyselylomake vanhainkotien kuntoutushenkilökunnalle, osastonhoitajille ja istumatanssiryhmiä ohjaajille / istumatanssit

### **Hyvä vastaanottaja**

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on saada arviointitietoa istumatanssitoiminnasta henkilökunnan näkökulmasta. Täytä lomake huolellisesti ja pyri vastaamaan omien ajatustesi mukaisesti. Kaikkia antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kootun tiedon tarkoituksena on kehittää istumatanssitoimintaa yhä paremmin oman vanhainkotisi tarpeita vastaavaksi.

Vastaa kuhunkin kysymykseen valitsemalla annettujen vastausvaihtoehtojen joukosta se, joka parhaiten vastaa Sinun mielipidettäsi tai tilannettasi. Vastaa rengastamalla oikean tai lähinnä sopivan vaihtoehdon edessä oleva numero.

Jos erehdyksessä rengastat väärän vaihtoehdon, mitätöi se vetämällä päälle muutama viiva.

Joissakin kysymyksissä liittyy valitsemaasi kohtaan myös jatkokysymys, johon ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastaa näihin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus tarkoitukseen varatuille riveille.

Sivun oikeassa reunassa oleva sarake on tietokonemerkintöjä varten. Älä tee sinne omia merkintöjäsi.

Pyydän palauttamaan lomakkeen 24.7.89 mennessä osoitteella:  
Kuntokallio, 01100 Östersundom

**Kiitos etukäteen vaivannäöstäsi! Lämmintä kesää!**

  
Elina Karvinen

Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom

Hav.t. 1. .  
Rivit. 4. 1.  
vn 5. .

**VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS - PROJEKTI**

1. Miten istumatanssi sopii Sinusta kunkin osaston ryhmäliikuntamuodoksi? 6. .  
7. .  
8. .  
9. .
1. hyvin osasto(je)n no: \_\_\_\_\_  
2. kohtalaisesti osasto(je)n no: \_\_\_\_\_  
3. huonosti osasto(je)n no: \_\_\_\_\_  
4. en osaa sanoa osasto(je)n no: \_\_\_\_\_
2. Miten istumatanssi sopii Sinusta koko vanhainkodin ryhmäliikuntamuodoksi? 10. .
1. hyvin  
2. kohtalaisesti  
3. huonosti  
4. en osaa sanoa
3. Miten arvioit kunkin osaston henkilökunnan kokonaisuutena suhtautuvan istumatanssitoimintaan?
1. suhtautuminen on enimmäkseen myönteistä osasto(je)n no: \_\_\_\_\_ 11. .  
2. myönteistä ja kielteistä suhtautumista on yhtä paljon osasto(je)n no: \_\_\_\_\_ 12. .  
13. .  
14. .  
3. suhtautuminen on enimmäkseen kielteistä osasto(je)n no: \_\_\_\_\_  
4. en osaa sanoa osasto(je)n no: \_\_\_\_\_

4. Mikä oman työsi näkökulmasta on ollut osastojen järjestä-  
mässä istumatanssitoiminnassa parasta ja mikä huonointa?  
Mainitse kolme parasta ja kolme huonointa seikkaa?

parasta: 1.	huonointa: 1.
2.	2.
3.	3.

5. Onko istumatanssiryhmään osallistuville vanhuksille kullakin  
osastolla ollut toiminnasta mielestäsi haittaa vai hyötyä?  
(perustele vastauksesi avoriville)

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. enemmän hyötyä<br>kuin haittaa | osasto(je)n no: _____ |
| 2. ei hyötyä eikä haittaa         | osasto(je)n no: _____ |
| 3. enemmän haittaa<br>kuin hyötyä | osasto(je)n no: _____ |
| 4. en osaa sanoa                  | osasto(je)n no: _____ |

Miksi, missä suhteessa

osasto I \_\_\_\_\_  
osasto II \_\_\_\_\_  
osasto III \_\_\_\_\_  
osasto IV \_\_\_\_\_

6. Onko istumatanssiin osallistumattomille vanhuksille  
ollut mielestäsi toiminnasta haittaa vai hyötyä?

1. enemmän hyötyä kuin haittaa
2. ei hyötyä eikä haittaa
3. enemmän haittaa kuin hyötyä
4. en osaa sanoa

Miksi, missä suhteessa \_\_\_\_\_

7. Millaista yhteistyötä istumatanssitoiminta osastoilla mielestäsi edellyttää?

46.

8. Miten yhteistyö istumatanssitoiminnan järjestämiseksi mielestäsi on sujunut?

47.

1. yhteistyö on sujunut hyvin
2. yhteistyö on sujunut kohtalaisesti
3. yhteistyö on sujunut huonosti
4. en osaa sanoa

9. Kun vertailet arvioimiasi istumatanssitoiminnan hyviä ja huonoja puolia vanhusten, oman työsi, osaston toiminnan ja koko vanhainkodin kannalta, kumpia on mielestäsi enemmän?

48.

1. hyviä puolia on mielestäni enemmän
2. hyviä ja huonoja puolia on mielestäni yhtä paljon
3. huonoja puolia on mielestäni enemmän
4. en osaa sanoa

10. Toivotko istumatanssitoiminnan jatkuvan?

49.

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

11. Miten haluaisit kehittää istumatanssitoimintaa?

50.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**KIITOS VASTAUKSESTASI!**



Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom  
puh. 90- 877 9181

Liite 6

23.11.1989

### **VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1989**

Kyselylomake vanhainkotien kuntoutushenkilökunnalle, osastonhoitajille ja kotivoimistelusta vastaaville / kotivoimistelu

#### **Hyvä vastaanottaja**

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on saada arviointitietoa kotivoimistelusta henkilökunnan näkökulmasta. Täytä lomake huolellisesti ja pyri vastaamaan omien ajatustesi mukaisesti. Kaikkia antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kootun tiedon tarkoituksena on kehittää kotivoimisteluideaa yhä paremmin oman vanhainkotisi tarpeita vastaavaksi.

Jos työskentelet osastolla (osastonhoitaja, kotivoimistelusta vastaava) vastaa oman osastosi puolesta. Jos olet kuntoutushenkilökuntaa, vastaa ajatellen talon kokonaisuutta.

Vastaa kuhunkin kysymykseen valitsemalla annettujen vastausvaihtoehtojen joukosta se, joka parhaiten vastaa Sinun mielipidettäsi tai tilannettasi. Vastaa rengastamalla oikean tai lähinnä sopivan vaihtoehdon edessä oleva numero.

Jos erehdyksessä rengastat väärän vaihtoehdon, mitätöi se vetämällä päälle muutama viiva.

Joissakin kysymyksissä liittyy valitsemaasi kohtaan myös jatkokysymys, johon ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastaa näihin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus tarkoitukseen varatuille riveille.

Sivun oikeassa reunassa oleva sarake on tietokonemerkinnojen varten. Älä tee sinne omia merkintöjasi.

Pyydän palauttamaan lomakkeen 16.3.90 mennessä osoitteella:  
Elina Karvinen Kuntokallio, 01100 Östersundom

**Kiitos etukäteen vaivannäöstäsi! Hyvää kevään alkua!**

*Elina Karvinen*

Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom  
puh 90-877 91 81

VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI /väliarviointi hlök/kotivoi

Hav.t. 1. .  
Rivit. 4.1 .  
vn 5. .  
o 6. .

1. Arvioi kuinka moni osastosi vanhuksista harrastaa Kunto- 7. .  
kallion kotivoimistelua vähintään kerran viikossa omassa  
huoneessaan? (Jos kuulut kuntoutushenkilökuntaan, voit  
yrittää arvioida koko vanhainkodin osalta)

2. Miten kotivoimistelu mielestäsi sopii vanhainkodin yksi- 10. .  
lölliseksi liikuntavaihtoehdoksi?

1. hyvin
2. kohtalaisesti
3. huonosti
4. en osaa sanoa

Perustelut \_\_\_\_\_ 11. .

3. Kuinka usein mielestäsi pitäisi järjestää kotivoimiste- 12. .  
luohjelman opetustilaisuuksia, jotta asia pysyisi osas-  
tolla 'vireillä'?

4. Arvioi kuinka suuri osa osastosi henkilökunnasta opastaa 13.  
kotivoimistelusta kiinnostuneita vanhuksia ohjelman  
toteuttamisessa? (esim. neuvomalla liikkeitä tai tekemällä  
jotakin liikettä yhdessä vanhuksen kanssa työnsä ohessa?)  
(Jos kuulut kuntoutushenkilökuntaan, voit yrittää arvioida  
koko henkilökunnan osalta)

1. lähes kaikki
2. yli puolet
3. noin puolet
4. vähemmän kuin puolet
5. ei juuri kukaan

5. Mieti niitä vanhuksia, joiden tiedät alkaneen säännöllisesti toteuttaa Kuntokallion kotivoimisteluoohjelmaa. Oletko havainnut, että tämä liikuntaohjelma olisi edistänyt sitä harrastavien vanhusten hyvinvointia? 14.

1. kyllä
2. en osaa sanoa
3. en

Jos kyllä, niin miten \_\_\_\_\_ 15.

---

6. Ajattele edelleen Kuntokallion kotivoimisteluoohjelmaa säännöllisesti toteuttavia vanhuksia. Oletko havainnut, että tämä liikuntaohjelma olisi haitannut sitä harrastavien vanhusten hyvinvointia? 16.

1. kyllä
2. en osaa sanoa
3. en

Jos kyllä, niin miten \_\_\_\_\_ 17.

---

7. Mitkä seikat mielestäsi estävät kotivoimistelun tehokasta toteutumista osastollasi yksilöllisenä liikuntavaihtoehtona? Mainitse kolme tärkeintä syytä.

18.

19.

20.

---

---

---

8. Miten kotivoimistelun toteutumista voisi mielestäsi edelleen edistää? Miten vanhukset saataisiin enemmän mukaan? Esitä kolme mielestäsi parasta keinoa.

21.

22.

23.

---

9. Jos vertailet kotivoimistelun edistämiseen ja harjoittamiseen liittyviä seikkoja vanhusten, oman työsi, osaston toiminnan ja koko vanhainkodin kannalta - onko kotivoimistelun edistäminen eräänä fyysisen aktiivisuuden muotona mielestäsi hyödyllistä?

Mielestäni kotivoimistelun edistäminen

24.

1. on erittäin hyödyllistä
2. on jokseenkin hyödyllistä
3. en osaa sanoa
4. on melko hyödytöntä
5. on täysin hyödytöntä

10. Pidätkö mahdollisena, että kotivoimisteluohjelma palvelisi myös henkilökuntaa taukovoimisteluna?

25.

---

---

---

11. Muita kommentteja koskien kotivoimisteluoohjelmaa

26.

---

---

---

---

---

Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom  
puh. 90- 877 9181

Liite 7

23.11.1989

### **VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1989**

Kyselylomake vanhainkotien kuntoutushenkilökunnalle, osastonhoitajille ja ryhmäulkoilusta vastaaville / ulkoilu

#### **Hyvä vastaanottaja**

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on saada arviointitietoa ulkoilutoiminnasta henkilökunnan näkökulmasta. Täytä lomake huolellisesti ja pyri vastaamaan omien ajatustesi mukaisesti. Kaikkia antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kootun tiedon tarkoituksena on kehittää ulkoilutoimintaa yhä paremmin oman vanhainkotisi tarpeita vastaavaksi.

Jos työskentelet osastolla (osastonhoitaja, ulkoilusta vastaava) vastaa oman osastosi puolesta. Jos olet kuntoutushenkilökuntaa, vastaa ajatellen talon kokonaisuutta.

Vastaa kuhunkin kysymykseen valitsemalla annettujen vastausvaihtoehtojen joukosta se, joka parhaiten vastaa Sinun mielipidettäsi tai tilannettasi. Vastaa rengastamalla oikean tai lähinnä sopivan vaihtoehdon edessä oleva numero.

Jos erehdyksessä rengastat väärän vaihtoehdon, mitätöi se vetämällä päälle muutama viiva.

Joihinkin kysymyksissä liittyy valitsemaasi kohtaan myös jatkokysymys, johon ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastaa näihin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus tarkoitukseen varatuille riveille.

Sivun oikeassa reunassa oleva sarake on tietokonemerkintöjä varten. Älä tee sinne omia merkintöjasi.

Pyydän palauttamaan lomakkeen 15.12.89 mennessä osoitteella:  
Elina Karvinen Kuntokallio, 01100 Östersundom

**Kiitos etukäteen vaivannäöstäsi! Hyvää joulukuun alkua!**

## VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS-PROJEKTI

Hav.t.	1. .
Rivit.	4.1.
vn	5. .
o	6. .

1. Onko vanhusten ulkoilun kokonaismäärässä tapahtunut muutosta viimeisen puolen vuoden aikana? 7. .

1. ulkoilu on vähentynyt, miksi 8. .

---

2. ulkoilu on pysynyt ennallaan

3. ulkoilu on lisääntynyt, miksi 9. .

---

2. Onko ryhmäulkoilun määrä muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana? 10. .

1. ryhmäulkoilu on vähentynyt, miksi

---

2. ryhmäulkoilu on pysynyt ennallaan 11. .

3. ryhmäulkoilu on lisääntynyt, miksi 12. .

---

3. Miten ryhmäulkoilu sopii mielestäsi vanhainkodin ryhmäliikuntamuodoksi?

1. hyvin

2. kohtalaisesti 13. .

3. huonosti

4. en osaa sanoa

perustelu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Onko yksilöulkoilun määrä muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana? 14.

1. yksilöulkoilu on vähentynyt, miksi

---

15.

2. yksilöulkoilu on pysynyt ennallaan

3. yksilöulkoilu on lisääntynyt, miksi

---

16.

5. Miten arvioit henkilökunnan kokonaisuutena suhtautuvan ulkoilun edistämiseen osana omaa työtään?

1. suhtautuminen on enimmäkseen myönteistä 17.

2. myönteistä ja kielteistä suhtautumista on yhtä paljon

3. suhtautuminen on enimmäkseen kielteistä

4. en osaa sanoa

6. Onko ulkoiluun osallistuville vanhuksille ollut mielestäsi ulkoilusta haittaa vai hyötyä? 18.

1. enemmän hyötyä kuin haittaa

2. ei hyötyä eikä haittaa

3. enemmän haittaa kuin hyötyä

4. en osaa sanoa

perustelut \_\_\_\_\_ 19.

---



---



---



7. Miten ulkoiluun osallistumattomat vanhukset ovat suhtautuneet pyrkimykseen tehostaa ulkoilua? 20.

---



---



---

8. Mitkä asiat ovat ulkoilun kehittämissä onnistuneet hyvin? Mainitse kolme tärkeintä seikkaa?

1. \_\_\_\_\_ 21.

2. \_\_\_\_\_ 22.

3. \_\_\_\_\_ 23.

9. Mitkä asiat ovat ulkoilun kehittämisessä edelleen ongelmia? Mainitse kolme tärkeintä seikkaa.

1. \_\_\_\_\_ 24.

2. \_\_\_\_\_ 25.

3. \_\_\_\_\_ 26.

10. Ulkoilun järjestäminen edellyttää hyvää yhteistyötä. Miten yhteistyö ulkoilussa mielestäsi sujuu tällä hetkellä?

1. yhteistyö sujuu hyvin
2. yhteistyö sujuu kohtalaisesti 27.
3. yhteistyö sujuu huonosti
4. en osaa sanoa

11. Kun vertailet ulkoilun lisäämispyrkimysten hyviä ja huonoja puolia vanhusten, oman työsi, osaston/ vanhainkodin toiminnan kannalta, kumpia ulkoilutoiminnassa on mielestäsi enemmän? 28.

1. hyviä puolia on mielestäni enemmän
2. huonoja ja hyviä puolia on mielestäni yhtä paljon
3. huonoja puolia on mielestäni enemmän
4. en osaa sanoa

12. Miten tärkeänä pidät ulkoilua vanhainkotisi vanhusten kannalta? 29.

1. ulkoilu on erittäin tärkeää
2. ulkoilu on jokseenkin tärkeää
3. en osaa sanoa
4. ulkoilu on melko merkityksetöntä
5. ulkoilu on täysin merkityksetöntä

13. Miten ulkoilua tässä henkilöstötilanteessa voisi mielestäsi edelleen kehittää talon omin voimin? 30.

---



---



---



---

13. Miten ulkoilua voisi mielestäsi kehittää talon ulkopuolisin voimin? 31.

---



---



---

Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom  
puh. 90- 877 9181

Liite 8

27.4.1989

### **VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1990**

Kyselylomake vanhainkotien kuntoutushenkilökunnalle, osastonhoitajille / vesivoimistelu

#### **Hyvä vastaanottaja**

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on saada arviointitietoa vesivoimistelusta henkilökunnan näkökulmasta. Täytä lomake huolellisesti ja pyri vastaamaan omien ajatustesi mukaisesti. Kaikkia antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kootun tiedon tarkoituksena on kehittää vesivoimisteluideaa yhä paremmin oman vanhainkotisi tarpeita vastaavaksi.

Vastaa kuhunkin kysymykseen valitsemalla annettujen vastausvaihtoehtojen joukosta se, joka parhaiten vastaa Sinun mielipidettäsi tai tilannettasi. Vastaa rengastamalla oikean tai lähinnä sopivan vaihtoehdon edessä oleva numero.

Jos erehdyksessä rengastat väärän vaihtoehdon, mitätöi se vetämällä päälle muutama viiva.

Joissakin kysymyksissä liittyy valitsemaasi kohtaan myös jatkokysymys, johon ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastaa näihin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus tarkoitukseen varatuille riveille.

Sivun oikeassa reunassa oleva sarake on tietokonemerkintöjä varten. Älä tee sinne omia merkintöjasi.

Pyydän palauttamaan lomakkeen <sup>8.6</sup>18.5.90 mennessä osoitteella:  
Elina Karvinen Kuntokallio, 01100 Östersundom

**Kiitos etukäteen vaivannäöstäsi! Hyvää kesän alkua!**

*Elina*

Kuntokallio  
Vanhustyön koulutus-  
ja tutkimuskeskus  
01100 Östersundom

**VANHUSTEN FYYSSINEN AKTIIVISUUS - PROJEKTI/väliarviointi  
hlök/vesivoimistelu**

hav.t. 1. .  
rivit.4.1.  
vn 5. .  
o 6. .

1. Mikä on virkanimikkeesi?

7. .

2. Miten vesivoimistelu sopii Sinusta oman vanhainkodin  
ryhmäliikuntamuodoksi?

1. hyvin
2. kohtalaisesti
3. huonosti
4. en osaa sanoa

8. .

3. Miten arvioit osaston henkilökunnan kokonaisuutena  
suhtautuvan vesivoimistelutoimintaan?

1. suhtautuminen on enimmäkseen  
myönteistä
2. myönteistä ja kielteistä suhtau-  
tumista on yhtä paljon
3. suhtautuminen on enimmäkseen myön-  
teistä
4. en osaa sanoa

9. .

4. Mikä oman työsi näkökulmasta on ollut istumatanssi-toiminnassa parasta ja mikä huonointa? Mainitse kolme parasta ja kolme huonointa seikkaa?

parasta

huonointa

- |   |       |   |       |     |   |
|---|-------|---|-------|-----|---|
| 1 | _____ | 1 | _____ | 10. | . |
| 2 | _____ | 2 | _____ | 11. | . |
| 3 | _____ | 3 | _____ | 12. | . |
|   |       |   |       | 13. | . |
|   |       |   |       | 14. | . |
|   |       |   |       | 15. | . |

5. Onko vesivoimistelusta ollut ryhmään osallistuvien vanhusten hyvinvoinnille mielestäsi haittaa vai hyötyä? (perustele vastauksesi avoriville)

- |                                |     |   |
|--------------------------------|-----|---|
| 1. enemmän hyötyä kuin haittaa | 16. | . |
| 2. ei hyötyä eikä haittaa      |     |   |
| 3. enemmän haittaa kuin hyötyä |     |   |
| 4. en osaa sanoa               |     |   |

Miksi, missä suhteessa \_\_\_\_\_ 17. .

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Onko vesivoimisteluun osallistumattomille vanhuksille ollut toiminnasta mielestäsi haittaa vai hyötyä? 18. .

- |                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| 1. enemmän hyötyä kuin haittaa |  |  |
| 2. ei hyötyä eikä haittaa      |  |  |
| 3. enemmän haittaa kuin hyötyä |  |  |
| 4. en osaa sanoa               |  |  |

Miksi, missä suhteessa \_\_\_\_\_ 19. .

\_\_\_\_\_

7. Millaista yhteistyötä vesivoimistelutoiminta mielestäsi edellyttää? 20. .

---



---

8. Miten yhteistyö vesivoimistelun järjestämiseksi osastolla on sujunut?

1. yhteistyö on sujunut hyvin 21. .
2. yhteistyö on sujunut kohtalaisesti
3. yhteistyö on sujunut huonosti
4. en osaa sanoa

9. Kun vertailet arvioimiasi vesivoimistelun hyviä ja huonoja puolia vanhusten, oman työsi, osaston toiminnan ja koko vanhainkodin kannalta, kumpia on mielestäsi enemmän?

1. hyviä puolia on mielestäni enemmän 22. .
2. hyviä ja huonoja puolia on mielestäni yhtä paljon
3. huonoja puolia on mielestäni enemmän
4. en osaa sanoa

10. Toivotko vesivoimistelun jatkuvan? 23. .

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

11. Miten haluaisit kehittää vesivoimistelutoimintaa? 24. .

---



---



---



6. Oletteko tänä aikana toteuttanut jotakin omaa liikuntaohjelmaanne (esim. oma voimisteluojelma, kävelylenkkeily, laiteharjoittelu)?

18. .

- 1. päivittäin
- 2. 2-3 kertaa viikossa
- 3. kerran viikossa
- 4. silloin tällöin
- 5. en koskaan

7. Kuinka paljon aikaa käytätte edellä mainitseminne liikunnallisiin toimintoihin viikossa?

- 1. tuolivoimistelu \_\_\_\_\_ min
- 2. istumatanssi \_\_\_\_\_ min
- 3. Kuntokallion kotivoimisteluojelma \_\_\_\_\_ min
- 4. oma liikuntaohjelma/t \_\_\_\_\_ min

19. . .  
22. . .  
25. . .  
28. . .

8. Mikä näistä liikunnallisista toiminnoista, joihin osallistutte tai joita teette, kiinnostaa Teitä eniten?

31. .

\_\_\_\_\_   
 miksi \_\_\_\_\_

32. .

**KOETTU TOIMINTAKYKY, OIREET, MIELIALA**

9. Miten kuvailisitte oloanne välittömästi istumatanssin jälkeen?

33. . .

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Onko istumatanssiin osallistuminen mielestänne

35. .

- 1. parantanut ruumiillista kuntoa
- 2. auttanut ruumiillista kuntoa säilymään ennallaan
- 3. sillä ei ole ollut merkitystä ruumiilliselle kunnolle
- 4. rasittanut liikaa ruumiillisesti
- 5. en osaa sanoa



11. Onko istumatanssiin osallistuminen mielestänne 36. .
1. parantanut päivittäistä liikkumista
  2. auttanut päivittäistä liikkumista pysymään ennallaan
  3. sillä ei ole ollut merkitystä päivittäiselle liikkumiselle
  4. vienyt voimat päivittäiseltä liikkumiselta
  5. en osaa sanoa
12. Onko istumatanssiin osallistuminen mielestänne 37. .
1. parantanut mielialaa
  2. sillä ei ole ollut merkitystä mielialalle
  3. heikentänyt mielialaa
  4. en osaa sanoa
13. Onko istumatanssiin osallistuminen vaikuttanut kokemiinne oireisiin? 38. .
1. oireet ovat vähentyneet, mitkä 39. . .
- 
2. oireet ovat pysyneet ennallaan 41. . .
  3. on tullut aivan uusia oireita, mitä 43. . .
- 
4. entiset oireet ovat pahentuneet, mitkä
- 
5. minulla ei ole oireita
14. Onko istumatanssiin osallistuminen mielestänne 45. .
1. lisännyt muuta ruumiillista toimeliaisuutta
  2. auttanut muuta ruumiillista toimeliaisuuttanne pysymään ennallaan
  3. sillä ei ole merkitystä muulle ruumiilliselle toimeliaisuudelle
  4. muu ruumiillinen toimeliaisuus on vähentynyt istumatanssin vuoksi
  5. en osaa sanoa

## TOIVEET

15. Toivotteko istumatanssitoiminnan jatkuvan?

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

46. .

16. Mikä ajankohta päivästä olisi mielestäsne paras istumatanssille?

1. aamupäivä
2. keskipäivä ennen ruokailua
3. iltapäivä
4. alkuiltä

47. .

17. Mitä muita toiveita Teillä on istumatanssin suhteen?

---

---

---

48. . .

VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1989

VANHUSTEN HAASTATTELULOMAKE 3

havaintot 1. . .

Väliarviointi/Kuntokallion kotivoimistelu

rivit. 4.1 .

Päiväys \_\_\_\_\_

Haastattelija \_\_\_\_\_ 5. .

Haastattelu alkoi \_\_\_\_\_

Haastattelu loppui \_\_\_\_\_

Haastattelun kesto \_\_\_\_\_ 6. . .

Haastateltavan numero \_\_\_\_\_

HENKILÖTIEDOT

1. Sukupuoli \_\_\_\_\_ 8. .

1. mies

2. nainen

2. Milloin olette syntyneet \_\_\_\_\_ 9. . .

Tämän haastattelun tarkoituksena on keskustella Kuntokallion kotivoimisteluohjelman harrastuksestanne sekä selvittää kotivoimisteluna merkitystä hyvinvointinne kannalta.

FYYSINEN AKTIIVISUUS, MOTIVAATIO

3. Olette ilmoittanut toteuttavanne Kuntokallion kotivoimisteluohjelmaa. Kuinka usein voimistelite juuri tämän ohjelman mukaan? 13. .

1. päivittäin

2. 2-3 kertaa viikossa

3. noin kerran viikossa

4. harvemmin kuin kerran viikossa

4. Suoritatteko ohjelman kokonaisuudessaan?

14. .

1. suoritan ohjelman kaikki liikkeet

2. suoritan melkein koko ohjelman  
1-3 liikettä lukuunottamatta

3. suoritan noin puolet liikkeistä

4. teen vain 1-3 liikettä

5. Kuinka kauan voimistelite kerrallaan? \_\_\_\_\_

15. .

6. Mikä on kotivoimisteluun käyttämäne aika yhteensä  
viikossa?

\_\_\_\_\_ (haastattelija voi laskea)

7  
15. .

7. Kontulan vanhainkodissa Teillä on mahdollisuus voimis-  
tella ryhmässä (tuolijumppa) tai itsenäisesti. Kumpi edel-  
lä mainituista tavoista miellyttää Teitä enemmän? Miksi?

1. pidän ryhmävoimistelua parempana

20  
19. .

2. pidän kotivoimistelua parempana

3. molemmat ovat yhtä hyviä

1  
20. .

4. en osallistu ryhmävoimisteluun

miksi \_\_\_\_\_

8. Olette keskimääräistä innokkaampi kotivoimistelijä.  
Mainitkaa kolme tärkeintä syytä siihen, että harras-  
tatte voimistelua huoneessanne.

\_\_\_\_\_ 2  
21. .

\_\_\_\_\_ 3  
22. .

\_\_\_\_\_ 4  
23. .

9. Mitä muita liikuntamuotoja harrastatte itsenäisesti tai jonkun muun avustamana?

	päivittäin	2-3 kert viikossa	1 kerran viikossa	1-2 kert en kuukaud. harr	
1. tuolivoimistelu					5 24.
2. istumatanssi					6 25.
3. ulkoilu (ryhmä tai its)					7 26.
4. ohjattu vesivoimistelu					8 27.
5. palloiluryhmä					9 28.
6. oma liikuntaohjelma (laitteharj., oma voimisteluohtj., kävelylenkkeily sisällä)					10 29.

10. Kuinka paljon aikaa käytätte yhteensä edellä mainitseminne liikunnallisiin toimintoihin viikossa? (laskeaan haastattelija avulla, ryhmäliikuntojen kesto 1/2 t)

1  
30.

11. Teettekö kotitöitä (talon tai omia)?

1. kyllä, mitä \_\_\_\_\_

4  
31.

2. en \_\_\_\_\_

5  
32.

12. Kuinka paljon Teiltä kuluu aikaa mainitseminne koti- töihin viikossa?

6  
33.

13. Mikä näistä liikunnallisista toiminnoista joihin osallistutte kiinnostaa Teitä eniten?

miksi \_\_\_\_\_

9  
34.  
40  
35.

KOETTU TOIMINTAKYKY, OIREET, MIELIALA

14. Miten kuvailisitte oloanne välittömästi kotivoimistelun jälkeen?

41  
36.

15. Onko kotivoimistelun harrastus mielestänne

42  
37.

1. parantanut mielialaa
2. sillä ei ole ollut merkitystä mielialalle
3. heikentänyt mielialaa
4. en osaa sanoa

16. Onko kotivoimistelu vaikuttanut kokemienne oireisiin?

43  
38.

1. oireet ovat vähentyneet, mitkä

---

2. oireet ovat pysyneet ennallaan
3. on tullut aivan uusia oireita, mitä

---

4. entiset oireet ovat pahentuneet, mitkä

---

5. minulla ei ole oireita

44  
39.  
40.  
41.

16. Onko kotivoimistelun harrastaminen mielestänne

7  
42.

1. lisännyt muuta ruumiillista toimeliaisuutta
2. auttanut muuta ruumiillista toimeliaisuutta pysymään ennallaan
3. sillä ei ole merkitystä muulle ruumiilliselle toimeliaisuudelle
4. muu ruumiillinen toimeliaisuus on vähentynyt kotivoimistelun vuoksi
5. en osaa sanoa

17. Onko kotivoimistelun harrastus mielestänne

48.

1. parantanut ruumiillista kuntoa
2. auttanut ruumiillista kuntoa pysymään ennallaan
3. sillä ei ole ollut merkitystä ruumiilliselle kunnolle
4. rasittanut liikaa ruumiillisesti
5. en osaa sanoa

18. Onko kotivoimistelun harrastus mielestänne

49.

1. parantanut päivittäistä liikkumista
2. auttanut päivittäistä liikkumista pysymään ennallaan
3. sillä ei ole ollut merkitystä
4. vienyt voimat päivittäiseltä liikkumiselta
5. en osaa sanoa

19. Onko henkilökunta kannustanut teitä kotivoimisteluohjelman toteuttamisessa?

50.  
45.

1. kyllä
2. ei

20. Onko teillä ehdotuksia kotivoimisteluohjelman kehittämiseksi?

51.  
46.

---

---

---

---

VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1989

VANHUSTEN HAASTATTELULOMAKE 2

havaintot 1. . .

Väliarviointi/ulkoilu

rivit. 4.1 .

Päiväys \_\_\_\_\_

Haastattelija \_\_\_\_\_ 5. . .

Haastattelu alkoi \_\_\_\_\_

Haastattelu loppui \_\_\_\_\_

Haastattelun kesto \_\_\_\_\_ 6. . .

Haastateltavan numero \_\_\_\_\_

HENKILÖTIEDOT

1. Sukupuoli \_\_\_\_\_ 8. . .

1. mies

2. nainen

2. Milloin olette syntyneet \_\_\_\_\_ 9. . .

Tämän haastattelun tarkoituksena on kysyä Teidän mielipi-  
 teitänne vanhainkodin ulkoilumahdollisuuksista sekä sel-  
 vittää ulkoilun merkitystä omassa elämässänne tällä het-  
 kellä.

3. Miten pystytte liikkumaan ulkona? \_\_\_\_\_ 13. . .

1. itsenäisesti

2. apuvälineiden avulla

3. pyörätuolilla itsenäisesti

4. tarvitsen huomattavasti apua, liikun saattajan  
 työntämänä pyörätuolissa tai hoitajan taluttamana

FYYSINEN AKTIIVISUUS, MOTIVAATIO

4. Kuinka usein ulkoilette keskimäärin? \_\_\_\_\_ 14. . .

1. päivittäin

2. 2-3 kertaa viikossa

3. noin kerran viikossa

4. harvemmin kuin kerran viikossa



5. Mikä on ulkoiluun käyttämäne aika viikossa?\_\_\_\_\_ 15. . .

6. Ovatko ulkoilutottumuksenne muuttuneet viimeisen puolen vuoden aikana? 18. . .

1. ulkoilu on vähentynyt, miksi\_\_\_\_\_ 19. . .

2. ulkoilu on pysynyt ennallaan

3. ulkoilu on lisääntynyt, miksi\_\_\_\_\_ 21. . .

7. Kontulan vanhainkodissa Teillä on mahdollisuus osallistua ryhmäulkoiluun, ulkoilla omahoitajan kanssa tai itsenäisesti. Kumpi edellä mainituista ulkoilutavoista miellyttää Teitä enemmän?

1. ulkoilen mieluiten itsenäisesti/omahoitajan kanssa 23. . .

miksi\_\_\_\_\_ 24. . .

2. pidän enemmän ryhmäulkoilusta

miksi\_\_\_\_\_ 25. . .

8. Olette keskimääräistä innokkaampi ulkoilija. Mainitkaa kolme tärkeintä syytä omaa ulkoiluunne.

\_\_\_\_\_ 26. . .

\_\_\_\_\_ 27. . .

\_\_\_\_\_ 28. . .

9. Miten Teidän mielestänne ulkoilumahdollisuuksia voisi edelleen kehittää Kontulan vanhainkodissa?

\_\_\_\_\_ 29. . .

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Mitä muita liikuntamuotoja harrastatte itsenäisesti tai jonkun muun avustamana?

	päivittäin	2-3 kert viikossa	1 kerran viikossa	1-2 kert kuukaud.	en harr	
1. tuolivoimistelu						30. .
2. istumatanssi						31. .
3. KK:n kotivoimisteluohjelma						32. .
4. ohjattu vesivoimistelu						33. .
5. palloiluryhmä						34. .
6. oma liikuntaohjelma (laitteharj., oma voimisteluohj., kävelylenkkeily sisällä)						35. .

11. Kuinka paljon aikaa käytätte yhteensä edellä mainitseminne liikunnallisiin toimintoihin viikossa?

\_\_\_\_\_ 36. . .

12. Mikä näistä liikunnallisista toiminnoista joihin osallistutte kiinnostaa Teitä eniten?

\_\_\_\_\_ 39. .

miksi \_\_\_\_\_ 40. .

#### KOETTU TOIMINTAKYKY, OIREET, MIELIALA

13. Miten kuvailisitte oloanne välittömästi ulkoilun jälkeen?

\_\_\_\_\_ 41. .

14. Onko ulkoiluun osallistuminen mielestänne 42. .
1. parantanut mielialaa
  2. sillä ei ole ollut merkitystä mielialalle
  3. heikentänyt mielialaa
  4. en osaa sanoa
15. Onko ulkoilu vaikuttanut kokemiinne oireisiin? 43. .
1. oireet ovat vähentyneet, mitkä
- 
44. .
2. oireet ovat pysyneet ennallaan
  3. on tullut aivan uusia oireita, mitä
45. .
- 
4. entiset oireet ovat pahentuneet, mitkä
46. .
- 
5. minulla ei ole oireita
16. Onko ulkoilun harrastaminen mielestänne 47. .
1. lisännyt muuta ruumiillista toimeliaisuutta
  2. auttanut muuta ruumiillista toimeliaisuutta pysymään ennallaan
  3. sillä ei ole merkitystä muulle ruumiilliselle toimeliaisuudelle
  4. muu ruumiillinen toimeliaisuus on vähentynyt ulkoiluharrastuksen vuoksi
  5. en osaa sanoa
- Haastattelijalle: seuraavat kysymykset esitetään vain ilman pyörätuolia ulkoileville
17. Onko ulkoiluharrastus mielestänne 48. .
1. parantanut ruumiillista kuntoa
  2. auttanut ruumiillista kuntoa pysymään ennallaan
  3. sillä ei ole ollut merkitystä ruumiilliselle kunnolle
  4. rasittanut liikaa ruumiillisesti
  5. en osaa sanoa

18. Onko ulkoiluharrastus mielestänne

49. .

1. parantanut päivittäistä liikkumista
2. auttanut päivittäistä liikkumista pysymään ennallaan
3. sillä ei ole ollut merkitystä
4. vienyt voimat päivittäiseltä liikkumiselta
5. en osaa sanoa

VANHUSTEN FYYSINEN AKTIIVISUUS -PROJEKTI 1990

VANHUSTEN HAASTATTELULOMAKE 4

havaintot 1. . .

Väliarviointi/vesivoimistelu

rivit. 4.1 .

Päiväys\_\_\_\_\_

Haastattelija\_\_\_\_\_ 5. .

Haastattelu alkoi\_\_\_\_\_

Haastattelu loppui\_\_\_\_\_

Haastattelun kesto\_\_\_\_\_ 6. . .

Haastateltavan numero\_\_\_\_\_

HENKILÖTIEDOT

1. Sukupuoli 8. .

1. mies

2. nainen

2. Milloin olette syntyneet\_\_\_\_\_ 9. . .

Tämän haastattelun tarkoituksena on keskustella vesivoimistelun harrastuksestanne sekä selvittää vesivoimistelun merkitystä hyvinvointinne kannalta.

FYYSINEN AKTIIVISUUS, MOTIVAATIO

3. Olette ilmoittanut osallistuvanne vesivoimisteluun. Kuinka monta kertaa viikossa uitte tai voimistelette altaalla yksin tai ryhmän mukana?

13. .

1. päivittäin

2. 2-3 kertaa viikossa

3. noin kerran viikossa

4. harvemmin kuin kerran viikossa

4. Kontulan vanhainkodissa Teillä on mahdollisuus harrastaa vesivoimistelua ryhmässä tai itsenäisesti saunan yhteydessä. Kumpi edellä mainituista tavoista miellyttää Teitä enemmän? Miksi?

1. pidän ryhmäuintia parempana
2. pidän itsenäistä uintia parempana
3. molemmat ovat yhtä hyviä
4. en harrasta uintia yksin

miksi \_\_\_\_\_

5. Olette keskimääräistä innokkaampi vesivoimisteliija. Mainitkaa kolme tärkeintä syytä siihen, että osallistutte vesivoimisteluun.

- \_\_\_\_\_ 15. .
- \_\_\_\_\_ 16. .
- \_\_\_\_\_ 17. .

6. Mitä muita liikuntamuotoja harrastatte itsenäisesti tai jonkun muun avustamana?

- |  | päivittäin | 2-3 kert viikossa | 1 kerran viikossa | 1-2 kert kuukaud. | en harr |
|--|------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| 1. tuolivoimistelu   |            |                   |                   |                   | 18. .   |
| 2. istumatanssi  |            |                   |                   |                   | 19. .   |
| 3. ulkoilu (ryhmä tai its)   |            |                   |                   |                   | 20. .   |
| 4. Kuntokallion kotivoimistelu   |            |                   |                   |                   | 21. .   |
| 5. palloiluryhmä   |            |                   |                   |                   | 22. .   |
| 6. oma liikuntaohjelma (laitteharj., oma voimisteluhj., kävelylenkkeily sisällä) |            |                   |                   |                   | 23. .   |

7. Kuinka paljon aikaa käytätte yhteensä edellä mainitseminne liikunnallisiin toimintoihin viikossa? (laske-  
taan haastattelija avulla, ryhmäliikuntojen kesto 1/2 t)

24. . .

8. Teettekö kotitöitä (talon tai omia)?

1. kyllä, mitä \_\_\_\_\_

27. . .

2. en

28. . .

9. Kuinka paljon Teiltä kuluu aikaa mainitseminne koti-  
töihin viikossa?

29. . .

10. Mikä näistä liikunnallisista toiminnoista joihin osal-  
listutte kiinnostaa Teitä eniten?

32. . .

miksi \_\_\_\_\_

33. . .

#### KOETTU TOIMINTAKYKY, OIREET, MIELIALA

11. Miten kuvailisitte oloanne välittömästi vesivoimis-  
telun jälkeen?

34. . .

12. Onko kotivoimistelun harrastus mielestänne

35. . .

1. parantanut mielialaa

2. sillä ei ole ollut merkitystä mielialalle

3. heikentänyt mielialaa

4. en osaa sanoa

13. Onko kotivoimistelu vaikuttanut kokemiinne oireisiin? 36. .

1. oireet ovat vähentyneet, mitkä 37. .

---

2. oireet ovat pysyneet ennallaan 38. .

3. on tullut aivan uusia oireita, mitä 39. .

---

4. entiset oireet ovat pahentuneet, mitkä

---

5. minulla ei ole oireita

14. Onko vesivoimistelun harrastaminen mielestänne 40. .

1. lisännyt muuta ruumiillista toimeliaisuutta

2. auttanut muuta ruumiillista toimeliaisuutta pysymään ennallaan

3. sillä ei ole merkitystä muulle ruumiilliselle toimeliaisuudelle

4. muu ruumiillinen toimeliaisuus on vähentynyt vesivoimistelun vuoksi

5. en osaa sanoa

15. Onko vesivoimistelun harrastus mielestänne 41. .

1. parantanut ruumiillista kuntoa

2. auttanut ruumiillista kuntoa pysymään ennallaan

3. sillä ei ole ollut merkitystä ruumiilliselle kunnolle

4. rasittanut liikaa ruumiillisesti

5. en osaa sanoa

16. Onko kotivoimistelun harrastus mielestänne 42. .

1. parantanut päivittäistä liikkumista

2. auttanut päivittäistä liikkumista pysymään ennallaan

3. sillä ei ole ollut merkitystä

4. vienyt voimat päivittäiseltä liikkumiselta

5. en osaa sanoa



17. Olisitteko valmis lähtemään uimahallille asti uimaan,  
jos sellainen mahdollisuus järjestettäisiin vanhainkodin  
puolesta?

43.

1. kyllä
2. en tiedä
3. en