

Sauli Silvonen

AIVOHALVAUSKUNTOUTUJIIEN
KOKEMUKSIA AKTIVOIVASTA
FYSIOTERAPIASTA JA VAPAA-
AJAN TOIMINNASTA
KUNTOUTUSKESKUS
KRUUNUPUISTOSSA

Opinnäytetyö
Fysioterapia


Marraskuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>29.11.2010</p>	
<p>Tekijä(t)</p> <p>Sauli Silvonon</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</p> <p>Fysioterapian koulutusohjelma, Fysioterapeutti (AMK)</p>	
<p>Nimeke</p> <p>Aivohalvauskuntoutujien kokemuksia aktivoivasta fysioterapiasta ja vapaa-ajantoiminnasta kuntoutuskeskus Kruunupuistossa.</p>		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia aivohalvauksen kokeneiden kuntoutujien kokemuksia aktivoivasta fysioterapiasta ja vapaa-ajasta Punkaharjun kuntoutuskeskus Kruunupuistossa. Tavoitteena on kerätä mahdollisimman kattavaa tietoa siitä, kuinka kuntoutujat kokevat Kruunupuistossa toteutettavan aktiivian fysioterapian eri elementtien toteutumisen ja millaisena he kokevat vapaa-ajan toiminnat.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksessa perehdytään aivoverenkiertohäiriöihin yleisesti, aivohalvauspotilaiden kuntoutukseen sekä aktivoivaan fysioterapiaan. Tutkimusmenetelmänä on käytetty sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia keinoja. Tutkimusaineisto on kerätty lomakehaastattelulla, joka sisältää avoimia kysymyksiä ja mielipideväittämiä. Haastateltavana oli seitsemän Kruunupuistossa kuntoutusjaksolla ollutta aivohalvauskuntoutujaa.</p> <p>Opinnäytetyöni tuloksena on, että tutkittavien mielestä osa aktiivian fysioterapian elementeistä kuntoutuksessa toteutuu hyvin ja osa toteutuu vaillinaisesti. Elementeistä hyvin toteutuu potilaan aktiivinen rooli fysioterapiassa lukuun ottamatta kuntoutujien mahdollisuuksia vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön. Kuntoutusjakso tukee pääasiallisesti kuntoutujien selviytymistä kotioloissa ja arkitoinnoissa.</p> <p>Kehittämishaasteena tulevaisuudessa on mielenkiintoisen tekemisen löytäminen sekä kuntoutujien motivoiminen harrastamaan aktiivista toimintaa myös kuntoutusjakson jälkeen. Vapaa-ajan toimintaan Kruunupuistossa kuntoutujat olivat osallistuneet vaihtelevasti. Merkittävin syy osallistumattomuuteen oli kuntoutujien väsymys intensiivisen päiväkuntoutuksen jälkeen.</p> <p>Jatkossa voisi tutkia, miten kuntoutujat pystyisivät kuntoutusjaksolla vielä enemmän vaikuttamaan oman kuntoutuksensa sisältöön. Tärkeää olisi myös selvittää, miten kuntoutusjakson vapaa-ajasta saataisiin kuntoutujaa aktivoivampaa sekä miten yleensä liikuntavammaisia pystyttäisiin ohjaamaan erilaisten liikuntalajien pariin.</p>		
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>Aivohalvaus, kuntoutus, aktiivisa fysioterapia, vapaa-ajan toiminta</p>		
<p>Sivumäärä</p> <p>29 sivua + liitteet 4 sivua</p>	<p>Kieli</p> <p>suomi</p>	<p>URN</p>
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>		
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Merja Reunanen & Helka Sarèn</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Punkaharjun kuntoutuskeskus Kruunupuisto</p>	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 29.11.2010
Author(s) Sauli Silvonen	Degree programme and option Degree Programme of Physiotherapy	
Name of the bachelor's thesis Stroke patients experiences about activating physiotherapy and leisure time in rehabilitation center Kruunupuisto		
Abstract The purpose of this Bachelor's thesis is to study stroke rehabilitation patients' experiences on activating physiotherapy and leisure time at Kruunupuisto Rehabilitation Center. The aim is to collect as extensive information as possible on how the patients experience the different elements of activating physiotherapy at Kruunupuisto. This study also attempts to find out how interesting the patients find the leisure time activities and whether they feel that these activities support the rehabilitation. The literature survey focuses on malfunction of brain circulation in general, rehabilitation and activating physiotherapy. The methods in the study are both qualitative and quantitative. The material of the study was collected through interviews including both open questions and opinion statements. The persons interviewed were seven stroke rehabilitation patients on a rehabilitation period in Kruunupuisto. The primary result of my study is that some elements of the activating physiotherapy function well, some only partially. The element that functions well is the active role of the patient in the physiotherapy apart from possibilities to influence the contents of the rehabilitation. The rehabilitating period primarily supports managing every day chores at home. The patients had taken part in the free time activities in Kruunupuisto variably. The most important reason to stay away from the activities was the patients' tiredness after the intensive daytime rehabilitation. The challenges for the future include finding activities which interest patients and motivating the patients to do the activities also after the rehabilitation period. A subject for further research could be how the patients could better influence the contents of their own rehabilitation. It would also be important to investigate how the free time during the rehabilitation could be made more activating for the patient and how patients with handicaps could in general be motivated into physical exercise.		
Subject headings, (keywords) Brain stroke, rehabilitation, activating physiotherapy, leisure time		
Pages 29 pages + appendices 4 pages	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Merja Reunanen & Helka Sarèn	Bachelor's thesis assigned by Punkaharju's rehabilitation center Kruunupuisto	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	AIVOHALVAUS.....	2
3	AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUS	3
4	AKTIVOIVA FYSIOTERAPIA AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUKSESSA.....	5
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	9
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄN VALINTA	9
6.1	Laadullinen lähestymistapa	9
6.2	Haastattelulomakkeen rakentaminen	10
6.3	Kohderyhmä	12
6.4	Tutkimuksen toteutus.....	12
6.5	Aineiston analyysi	13
7	TULOKSET	14
7.1	Miten kuntoutujat kokivat aktiivisen roolinsa fysioterapiatilanteissa	14
7.2	Miten kuntoutujat kokivat kuntoutusjakson tukeneen heidän aktiivisuuttaan kotioloissa ja arkitoiminnoissa	18
7.3	Miten kuntoutujat kokivat terapian ulkopuolisen vapaa-ajantoiminnan tukeneen heidän aktiivisuuttaan kuntoutumisessa	19
8	POHDINTA	21
8.1	Tulosten tarkastelu.....	21
8.2	Menetelmän arviointi ja luotettavuus	24
8.3	Eettisyys.....	26
8.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	26
8.5	Opinnäytetyöprosessin arviointi	27
	LÄHTEET	28

LIITTEET

- 1 Tutkimuslupa
- 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat kolmanneksi eniten kuolemia Suomessa. Taudin ilmaantuvuus ja kuolleisuus tautiin on kaikissa ikäryhmissä Suomessa viime vuosikymmeninä vähentynyt ja suuntaus näyttää jatkuvan. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat kuitenkin kolmanneksi eniten kuolemantapauksia sepelvaltimotaudin ja syöpien jälkeen. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

Aivohalvaus on raskas tauti potilaalle ja hänen läheisilleen. Aivohalvauksen kansantaloudellinen merkitys on suuri. Se on sairaus, jonka vuoksi menetetään eniten laadukkaita elinvuosia. Väestön ikääntyessä myös aivohalvausten määrät tulevat lisääntymään, ellei ehkäisyssä, akuuttihoitossa ja kuntoutuksessa pystytä nykyistä parempiin tuloksiin. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

Aivohalvauspotilaiden määrän mahdollinen kasvu väestön ikääntyessä tuottaa tulevaisuudessa haasteita kuntoutuksesta vastaaville henkilöille. Fysioterapian alalla on kehitetty erilaisia kuntoutusmenetelmiä aivohalvauspotilaiden kuntoutukseen.

Kiinnostuin aivohalvauspotilaiden fysioterapiasta oltuani harjoittelujaksolla Punkaharjun kuntoutuskeskus Kruunupuistossa, jonka yhtenä isona kuntoutettavana ryhmänä ovat aivoverenkiertohäiriöistä kärsivät potilaat. Kruunupuistossa toteutetaan aktivoivan fysioterapian periaatetta aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa. Aktivoivassa fysioterapiassa tärkeää on potilaslähtöisyys. Tässä työtavassa pyritään kuuntelemaan potilaan toiveita sekä tekemään kuntoutustilanteista mielekkäitä potilaan kannalta. Tällä tavoin tavoitteena on saada jatkuvuutta kuntoutumiselle.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää aktivoivan fysioterapeuttisen kuntoutuksen ja sen periaatteiden onnistuminen Kruunupuistossa. Tarkoitus on myös selvittää, kuinka aivohalvauskuntoutujat itse kokevat sen, miten kuntoutuksella on pystytty motivoimaan ja kuinka kuntoutujien oma aktiivinen rooli toteutuu kuntoutuksessa sekä onko kuntoutuksella siirtovaikutusta arkeen ja harrastuksiin.

2 AIVOHALVAUS

Suomessa vuosittain aivohalvauksen saa noin 14 000 henkilöä, joista ensikertalaisia on noin 10 000. Kaiken kaikkiaan Suomessa on noin 41 000 aivohalvauksen sairastanutta henkilöä. Kaikista aivohalvaustapauksista aivoinfarkteja on noin 80 %. Loput ovat aivoverenvuotoja ja lukinkalvonalaisia verenvuotoja. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

Aivohalvausnimitystä käytetään aivoinfarktista, aivoverenvuodosta sekä lukinkalvonalaisesta verenvuodosta. Aivoinfarkti on kaikista yleisin syy äkilliseen aivoverenkiertohäiriöön. Tavallisesti aivoinfarktipotilas on iäkäs. Keskimääräinen sairastumisikä on 70 vuoden paikkeilla. Ikäryhmittäin katsottuna miehet sairastuvat aivoinfarktiin huomattavasti useammin kuin naiset. (Aho 1996, 193.)

Aivoinfarkti voi syntyä aivovaltimon tukoksesta tai voimakkaasta ahtautumisesta. Tällöin tukoksen tai ahtauman taakse jäänyt aivokudoksen alue kärsii veren puutteesta, iskemiasta, eikä se tällöin saa riittävästi happea. Jos tämänkaltainen tilanne jatkuu tarpeeksi pitkään, seurauksena on pysyvä soluvaurio eli infarkti. (Aho 1996, 193 - 194.)

Aivoinfarktin lievempi muoto on TIA-kohtaus, jossa paikallinen ja tilapäinen verenkiertohäiriö vaikuttaa aivojen toimintaan. TIA-kohtaus kestää muutamasta minuutista muutamaan tuntiin. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

Aivoverenkierron häiriöistä 10 – 15 % johtuu aivoissa tapahtuvasta aivoverenvuodosta. Aivoverenvuodossa aivojen sisäinen valtimo pääsee puhkeamaan, jolloin kudokseen vuotanut veri vaurioittaa alueen hermosoluja sekä -ratoja. Syynä valtimon repeämiseen on yleensä pieni pullistuma, ns. mikroaneurysma, aivojen syvien osien valtimoissa. Pienen pullistuman seinämät repeävät jonkin lisätekijän seurauksena, kuten kohonneen verenpaineen johdosta. Joskus vuoto voi myös tapahtua aivojen pinnallisemmissa osissa, ja silloin syynä on usein verisuoniepämuodostuma. Myös lisääntynyt vuototaipumus jonkin sairauden seurauksena voi aiheuttaa aivoverenvuodon. (Aho 1996, 198 - 199.)

Subaraknoidaalivuodossa eli SAV:ssa aivovaltimo repeää ja veri pääsee vuotamaan lukinkalvonalaiseen eli subaraknoidaalitilaan. SAV on hengenvaarallinen tila. SAV:n saaneista potilaista jopa 50 % kuolee ensimmäisen kuukauden aikana. Oireina SAV:ssa ovat yleensä äkillinen ja raju päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, niskajäykkyys sekä silmien valonarkuus. Kolmasosa potilaista menee tajuttomaksi vuodon yhteydessä. Muina oireina voi esiintyä toispuolihalvausta, kielellisiä häiriöitä, kaksoiskuvia sekä yläluomen roikkumista. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004. Lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV).)

Aivohalvauksen oireisto voi olla hyvin laaja-alainen ja monipuolinen. Yleisin oire aivohalvauksessa on toisen tai molempien raajojen halvausoireet kehon toisella puolella. Oireisiin liittyy usein puutumista ja tuntopuutoksia. Myös afasia on mahdollinen oire aivohalvauksen jälkeen. Afasia tarkoittaa vaikeutta ymmärtää ja tuottaa puhetta tai kirjoitettua kieltä. Aivohalvauksen yhteydessä voi ilmetä myös muistihäiriöitä, tarkkaavaisuuden häiriöitä tai muita toiminnan häiriöitä. Koska aivohalvaukseen voi liittyä monenlaisia oireita, voi myös kuntoutus vaatia monia eri ammattilaisia, kuten fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia, puheterapeuttia ja neuropsykologia. (Pertti Mustajoki 2009.) Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan aivohalvauksen sairastaneista ja elossa olevista 53 – 68 % toipuu vuoden kuluessa päivittäisissä toimissa itsenäisiksi. Elossa olevista kotonaan asuu vuoden kuluttua 75 – 83 % ja laitoksissa asuu 12 – 22 %. (Aivoinfarkti: Käypä hoito 2006.)

3 AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUS

Aivohalvauspotilaiden kuntoutus on laajamuotoista, moniammatillista ja yksilöllistä toimintaa, ja tulokset ovat riippuvaisia myös kuntoutujasta itsestään. Erilaisia kuntoutusmuotoja on monia, mutta tärkeää kaikissa on riittävä intensiivisyys sekä nopea kuntoutuksen aloitus tapahtuneen aivohalvauksen jälkeen.

Aivohalvauspotilaan kuntoutustilanne on oleellista arvioida jo sairaalavaiheessa, kun potilaan tila on tasaantunut. Varhainen kuntoutuksen aloitus on tärkeää parhaan kuntoutustuloksen saavuttamiseksi. Potilaan aikainen liikkeelle saaminen on tärkeää muun muassa painehaavojen, keuhkokuumeen, syvien laskimotukosten sekä keuhkoveritulpan ehkäisyssä. Viikon kuluttua aivohalvauksen sairastamisesta aloitettu aktii-

vinen kuntoutus on tehokkaampaa kuin vasta kuukauden kuluttua aloitettu. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan toimintakyvyn takaisin saamisessa fysioterapialla on oleellinen merkitys. Tavoitteena potilaan fysioterapiassa on symmetrisen, kaksipuolisen kehonkuvan palautumisen ja motoristen taitojen uudelleen oppimisen kautta saavutettu mahdollisimman normaali liikkuminen ja itsenäinen toimintakyky. Tämä sisältää esimerkiksi itsestä huolehtimista, kodinhoitoa, asiointia ja vapaa-ajanvieton sekä harrastukset. (Alaranta ym. 2003, 219.)

Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö saivat Kelalta toimeksiannon tutkia vaikeavammaisten asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia lääkinällisestä kuntoutuksesta. Tutkimuksessa, jossa selvitettiin Kelan vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta saavien henkilöiden toiveita kuntoutuksesta, huomattiin, että kuntoutujien suurimmat omat toiveet kuntoutuksen suhteen liittyvät erilaisiin fyysisen toimintakyvyn alueisiin, kuten toimintakyvyn kohentumiseen ja ylläpitoon. Seuraavaksi suurimmat toiveet liittyivät liikkumismahdollisuuksien parantumiseen ja itsenäiseen selviytymiseen arkielämän tilanteissa. Fyysisen kunnon paranemistoiveet ovat ensisijaisia erityisesti aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla. (Järvikoski ym. 2009, 65 – 66.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa yleisesti käytetty kuntoutusmuoto on niin kutsuttu Bobath-menetelmä. Bobath-menetelmä perustuu spesifiseen neuromuskulaariseen fasilitaatioon, jonka tarkoituksena on estää poikkeavat liikemallit sekä ohjata kuntoutujaa käyttämään mahdollisimman normaaleja liikemalleja. (Alaranta ym. 2003, 219.)

Kuntoutuksen jatkaminen sairaalavaiheen jälkeen on riippuvainen potilaan yksilöllisestä tilanteesta. Kuntoutusmenetelmiä, joilla saavutetaan tuloksia, on useita. Hyvien tulosten saavuttamiseksi kuntoutuksen on syytä tapahtua riittäväällä intensiteetillä ammattitaitoisen henkilökunnan ohjauksessa. Jatkokuntoutuksen tarvetta pyritään arvioimaan säännöllisesti. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

Alkuvaiheen kuntoutuksessa fysioterapeutin tehtäviin kuuluu ohjata sekä toteuttaa kuntoutujan asento- ja liikehoitoa. Myöhemmin edetään vuoteessa kääntymiseen, is-

tuma-asennon hallintaan, pyörätuoliin siirtymiseen, seisoma-asentoon ja kävelyyn. (Alaranta ym. 2003, 219.)

Nopean toipumisen vaiheessa kuntoutustarve on yksilöllistä. Potilailla, joilla on vain lieviä neurologisia ongelmia, kuten lievä hemipareesi, lievä tasapainohäiriö tai vähäiset kognitiiviset ongelmat, tarvitsevat vain rajoitetusti harjoitusta tai ohjausta selvitäkseen päivittäisistä toimista. Vaikeammin vammautuneet potilaat taas tarvitsevat intensiivistä ja moniammatillista kuntoutusta. Intensiivisen kuntoutuksen onnistumisen edellytyksenä on potilaan kyky ja oma halu aktiiviseen toimintaan. Tätä tuetaan koko kuntoutuksen ajan. Alentunut motivaatio heikentää kuntoutustulosta. (Alaranta ym. 2003, 217.)

Nopean kuntoutumisen vaiheessa kuntoutus on intensiivistä ja kokopäiväistä työtä. Harjoiteltaessa aivoinfarktin jälkeen aivot aktivoituvat jatkuvasti toistetuista harjoituksista. Virikkeitä sisältävän ympäristön tiedetään lisäävän aivojen toiminnallista kykyä. Onkin ensiarvoisen tärkeää, että potilas pyritään pitämään aktiivisena ja häntä myös rohkaistaan käyttämään aktiivisesti oppimiaan taitoja päivittäisissä toiminnoissaan sekä ponnistelemaan oman kuntoutumisensa hyväksi. (Alaranta ym. 2003, 217.)

Aivohalvaukseen sairastuneista 40 %:lla on tarvetta pitkäkestoiseen kuntoutukseen. Kuntoutuksen kesto ja sisältö määräytyvät aivohalvauksen tyypin ja vaikeusasteen, halvauksen aiheuttamien oireiden, potilaan iän sekä sairastumista edeltävän kuntotason mukaan. Myös sosiaalisella verkostolla ja potilaan omalla motivaatiolla on merkitystä. (Pyöriä ym. 2009, 5.)

Vuoden kuluttua halvauksen saaneista ja elossa olevista 70 % kuntoutuu itsenäiseksi päivittäisissä toimissa. Suurin osa heistä on kykeneviä asumaan kotonaan. Apuvälineillä helpotetaan päivittäistä selviytymistä. (Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007.)

4 AKTIVOIVA FYSIOTERAPIA AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUKSESSA

Fysioterapiaa on alettu käyttää aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa 1940 - 1950-luvulla. Tällöin on käytetty niin kutsuttuja neuroterapioida. Viimeaikoina fy-

sioterapeutit ovat alkaneet tarkastella kriittisesti näitä menetelmiä, jotka perustuvat liikettä avustaviin tekniikoihin fysioterapeutin avustamana. Liikkeiden avustamisella pyritään mahdollisimman normaaleihin liikemalleihin sekä estämään epänormaaleja liikemalleja. Viime vuosina oppimisen teorioihin perustuvat kuntoutusmenetelmät ovat yleistyneet fysioterapiassa. Tutkimusta on suunnattu enenevässä määrin neurologisessa kuntoutuksessa selvittämään järjestelmäteoriaan perustuvien toimintatapojen merkitystä. Teorian mukaan fyysiset ja psyykkiset tekijät, ympäristötekijät ja suoritettavan tehtävän vaatimukset vaikuttavat kaikki yhdessä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumiseen. Neuroterapioiden ja oppimiseen perustuvien menetelmien keskeisin ero on se, kuinka paljon ne mahdollistavat kuntoutujan aktiivisen osallistumisen omaan kuntoutusprosessiinsa. (Talvitie ym. 2006, 356.)

Aktivoivassa terapiassa pyritään tukemaan kuntoutujan osallistumista terapian suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Talvitie ym. 2006, 363). Siinä otetaan huomioon myös kuntoutujan kognitiiviset tekijät (Pyöriä ym. 2009, 5). Harjoitteista pyritään saamaan toiminnallisesti suuntautuneita ja tehtäväkeskeisiä. Myös kuntoutujan oman harjoittelun merkitystä korostetaan. (Talvitie ym. 2006, 363.)

Oleellista terapian järjestämisessä on fysioterapeutin tietoisuus kuntoutujan sosiaalisesta elämäntilanteesta ja fyysisestä sekä henkisestä toimintakyvystä (Talvitie ym. 2006, 363, 365). Nämä asiat pyritään ottamaan huomioon harjoitusten suunnittelussa ja ohjauksessa. Toimintamuodot pyritään analysoimaan ja miettimään, miten ne sopivat kuntoutujan yksilöllisiin ongelmiin, vahvuuksiin sekä mielenkiinnon kohteisiin. (Alaranta ym. 2003, 411.) Täten aivohalvauksen jälkeinen motorinen oppiminen ei merkitse pelkästään lihas- ja liikekontrollin oppimista uudelleen, vaan sellaisten tietojen ja taitojen saavuttamista, joilla selviydytään jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä (Pyöriä 2007, 74).

Terapeuttisessa kanssakäymisessä puhe on keskeinen ohjaamisen väline. Sanallisessa ohjauksessa voidaan rakentaa harjoitustilanne yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Kuntoutujalla on mahdollisuus tuoda esiin omia mielipiteitä sekä saavuttaa yhteisymmärrys harjoitusten merkityksestä ja toteuttamisesta. Näköhavainnon avulla kuntoutuja saa itse palautteen tehtävän luonteesta ja suorituksen sujumisesta. (Talvitie ym. 2006, 365.)

Dialogisessa suhteessa oleellista on toiseuden ja erilaisuuden hyväksyminen. Kuntoutustilanteissa kuntouttajat voivat kohdata hyvin erilaisia ihmisiä, joiden kulttuurinen tausta, arvomaailma, elämää koskevat odotukset ja kuntoutumista koskevat tavoitteet voivat erota kuntouttajan omista ajattelu- ja toimintatavoista. Dialogisessa suhteessa on oleellista, että molemmat osapuolet sitoutuvat prosessiin ja että prosessissa vallitsee molemminpuolinen yhteisymmärrys ja kunnioitus toista ihmistä kohtaan. (Talvitie 2008, 50.)

Tutkimuksessa, jossa tutkittiin Kelan vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saavien henkilöiden toiveita kuntoutuksesta, osa kuntoutujista oli painottanut olevansa itse oman sairautensa parhaita asiantuntijoita, joten heillä täytyy olla keskeinen rooli kuntoutustarpeidensa määrittelyssä sekä kuntoutuksen suunnittelussa ja päätöksenteossa (Järvikoski ym. 2009, 80). Williams ja Grant (1998) ovat sanoneet, että asiakaskeskeisesti työskenneltäessä kliinisiin tarpeisiin perustuviin ongelmiin voidaan paneutua ainoastaan, jos kuntoutuja itse tunnistaa ongelmansa.

Dialogisessa suhteessa pyritään potilaan kanssa yhteisten merkitysten löytämiseen. Merkityksiä asioille voidaan löytää vain työstämällä niitä yhdessä. Dialogin tavoitteena on parempi ymmärrys itsestämme ja toisistamme, mikä voidaan saavuttaa siten, että dialogiin osallistuvat ovat valmiita kuuntelemaan toisiaan riittävän myötätuntoisesti ja ovat kiinnostuneita ymmärtämään toistensa näkökulmia. Poskiparan ym. (2001) sekä Streetin ja Richardin (2001) mukaan terveydenhuollossa työntekijöiden pyrkimys on rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde. Hoitosuhteessa he tukevat potilaan osallistumista keskusteluun. Työntekijät myös kuuntelevat kuntoutujan omia näkemyksiään tilanteestaan, kokemuksistaan ja olosuhteistaan ja näin auttavat potilaiden aktiivista osallistumista ohjaus- ja vastaanottotilanteissa. Niinpä sanallinen potilaan ohjaus mahdollistaa yhdessä kuntoutujan kanssa harjoitustilanteen, jossa kuntoutujan omien mielipiteiden esiintuomisen ja käsittelyn avulla saavutetaan ymmärrys harjoittelun merkityksestä ja toteuttamisesta. (Talvitie 2008, 50.)

Motorisen oppimisen alkuvaiheessa kognitiivisilla tekijöillä on tärkeä merkitys kuntoutumisessa. Jos kuntoutuja otetaan mukaan harjoittelunsa toteuttamiseen ja suunnitteluun aktiivisesti, pystytään edistämään myös kuntoutujan kognitiivisten toimintojen paranemista. (Talvitie 2008, 52.)

Harjoitteluympäristöt pyritään luomaan aktiivista harjoittelua tukeviksi ja sellaisiksi, että ne mahdollistavat kuntoutujan omatoimisen harjoittelun. Tarkkaan harkitut harjoitteluympäristöratkaisut mahdollistavat erilaisista ongelmista kärsivien henkilöiden harjoittelun. Kuntoutujalla voi olla aistitoimintojen, havaintotoimintojen, tarkkaavaisuuden ja tahdonalaisen toiminnan häiriöitä. Harjoitteluympäristössä täytyy olla myös mahdollista harjoitusten vaikeusasteen nostaminen. (Talvitie ym. 2006, 365.)

Uusien tutkimusten pohjalle motorisesta oppimisesta ja neurotieteistä ja motorisen säätelyn teorioista on kehitetty tehtäväkeskeinen lähestymistapa (task-oriented approach). Tehtäväkeskeinen lähestymistapa perustuu järjestelmäteoriaan. Menetelmää käytetään potilaille, joilla on ongelmia motorisessa säätelyssä. Menetelmän lähtökohdan mukaan tehtävä liike saa alkunsa yksilön, tehtävän ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta. Teorian mukaan liike ei synny pelkästään määrättyjen lihasten muodostamien motoristen ohjelmien tuottamana, vaan siihen tarvitaan myös vuorovaikutusta havainto-, kognitio- ja toimintajärjestelmien välillä. (Talvitie ym. 2006, 361 - 362.)

Oleellista tehtäväkeskeisessä lähestymistavassa on tavoitteellisuus. Tämän takia harjoittelussa pyritään keskittymään toiminnallisiin tehtäviin, jotka ovat olennaisia kuntoutujan arkielämässä. Fysioterapeutin tehtävänä on pyrkiä auttamaan potilasta oppimaan erilaisia tehtäväkohtaisia toimintatapoja niin, että hän pystyy soveltamaan taitojaan ja selviytymään muuttuvassa ympäristössä. (Talvitie ym. 2006, 363.)

Tehtäväkeskeisessä terapiassa tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy luomaan tietoisien suhteen kuntouttaviin toimintoihin ja pystyy näiden käyttämään saamaansa tietoutta hyväksi terapian ulkopuolella. (Talvitie ym. 2006, 363.)

Tehtäväkeskeisessä harjoittelussa pyritään harjoitukset viemään kuntoutujan omaan elinympäristöön, johon pyritään rakentamaan hänelle sopiva peruskuntoharjoitteluohjelma ja päivittäisessä elämässä tarvittavien taitojen harjoittelumahdollisuus arjen tilanteissa (Pyöriä 2007, 75).

Kruunupuistossa aivohalvauskuntoutujien päiväohjelma koostuu erilaisista elementeistä ja monien ammattiryhmien yhteistyöstä. Kuntoutujilla ohjelmaan kuuluvat yksilöllinen fysioterapia, ryhmätoiminta, neuropsykologin tapaamiset, toimintaterapia, sosiaalityöntekijän tapaamiset sekä mahdollisesti puheterapia ja vapaa-ajantoiminta.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää aktivoivan fysioterapeuttisen kuntoutuksen ja vapaa-ajan toiminnan onnistumista Kruunupuistossa kuntoutujien kokemana.

Tutkimuksen avulla etsin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten kuntoutujan aktiivinen rooli on kuntoutujan omasta mielestä toteutunut fysioterapiatilanteissa?
2. Miten kuntoutusjakso on kuntoutujan mielestä tukenut hänen aktiivisuuttaan kotioloissa ja arkitoiminnoissa?
3. Miten kuntoutuja kokee terapian ulkopuolisen vapaa-ajantoiminnan tukeneen hänen aktiivisuuttaan kuntoutumisessa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄN VALINTA

6.1 Laadullinen lähestymistapa

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään erilaisten ilmiöiden kuvaamiseen, ymmärtämiseen ja mielekkään tulkinnan antamiseen tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ilmiötä syvällisesti. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita merkityksistä, siitä, kuinka ihmiset kokevat ja näkevät todellisuuden. Tiedonkeruussa ja analysoinnissa keskeinen työväline on tutkija itse, jonka kautta todellisuus suodattuu tutkimustuloksiksi. (Kananen 2008, 24 – 25.)

Tutkimusaineiston keruussa käytän kuitenkin laadullisen sekä määrällisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmiä. Kyselylomakkeessani on sekä avoimia kysymyksiä että mielipideväittämiä, jotka on toteutettu Likertin asteikolla. Likertin aseikko on asenneasteikko, jota käytetään paljon mielipideväittämissä. Likertinasteikolla mittamisella on tarkoitus löytää eroja havaintoyksiköiden välillä. Erot löytyvät asenneasteikkoja käyttäen. Asenneasteikolla pystytään mittamaan havainnoitavana henkilöä

olevan asenteita ja mielipiteitä. Asenneasteikot ovat paljon käytettyjä esimerkiksi liike-elämässä, kun pyritään kehittämään yrityksen palveluja asiakaslähtöisesti. Myös terveys- ja sosiaaliala käyttää asenneasteikkoja tutkimuksissaan. (Vilka 2007, 45 – 46.)

Likertin asteikon perusideana on, että asteikon keskikohdasta toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen suuntaan samanmielisyys vähenee. Asteikkojen luominen voi olla vaikeaa, sillä arkikielessä käsitteet sekä sanalliset ilmaisut saattavat tarkoittaa eri ihmisille erilaisia asioita. Vastaajan voi olla myös hankalaa päättää asteikon keskivaiheilla olevista vaihtoehdoista, kun taas ääripäät voivat olla helppoja vastata. (Vilka 2007, 46.)

6.2 Haastattelulomakkeen rakentaminen

Kyselylomaketutkimuksessa kysymysten tekeminen on huolellisuutta vaativa prosessi. Kysymysten muoto voikin aiheuttaa virheitä tutkimustuloksiin, sillä jos vastaaja ei ymmärrä kysymyksiä samalla tavalla kuin tutkija, tulokset voivat vääristyä. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä, ja niitä lähdetään rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja ongelmien mukaisesti. Kun tutkimusongelmat ovat täsmentyneet, on syytä lähteä keräämään aineistoa. Tällöin tulee olla perillä siitä, mitä tietoa aineiston keruulla pyritään löytämään. Samalla vältytään turhilta kysymyksiltä, mutta saadaan kuitenkin kysytyä kaikki olennainen. (Aaltola & Valli 2001, 100.)

Lomakehaastattelu on haastattelun laji, jossa haastattelu tapahtuu lomakkeen mukaan. Metsämuurosen (2000) mukaan lomakehaastattelu on tehokas silloin, kun haastateltava ryhmä on yhtenäinen. Lomakehaastattelun haastavin vaihe on haastattelulomakkeen sekä kysymysten muotoilu. Itsessään lomakehaastattelu on usein helppo toteuttaa, ja kuhunkin vastaukseen kuluu melko lyhyt aika. Menetelmässä haastatteliija esittää haastateltavalle ennakkoon suunnitellut kysymykset ja kirjaa hänen antamansa vastaukset lomakkeelle. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 44 - 45.) Valitsin tämän haastattelumuodon sen sijaan, että haastateltavat olisivat itse täyttäneet lomakkeet, koska aivo-
halvauksessa ihmisen kirjoituskyky voi kärsiä vahvemman käden halvaantuessa.

Haastattelulomakkeen valmistelussa perehdyin yleisesti mittarin laatimiseen sekä siihen vaikuttaviin asioihin. Ennen haastattelulomakkeen eli mittarin rakentamista tutki-

jan on oltava perillä asiakokonaisuudesta, johon tutkimusongelma kuuluu. Tämän lisäksi on hyvä tietää aihealueen keskeiset käsitteet sekä kohderyhmä, jota tutkimus käsittelee. ”Lomake ei ole sattumanvaraisten kysymysten kokoelma.” Hyvä ohjenuora tutkijalle on, että mittarin tulee mitata ainoastaan sitä, mitä pyritään tutkimaan. (Vilka 2007, 70.)

Lomaketta tehdessä on syytä keskittyä asiakokonaisuuksiin. Tutkijan kannattaa pohtia, mitkä asiakokonaisuudet tulee mitata tutkimuksessa, jotta ne kattavat tutkimuksen tutkimusongelman. Kun asiakokonaisuuksista on saanut selvyuden, tulee harkita asiakokonaisuuteen liittyvät tarvittavat kysymykset, jotta se tulee kattavasti käsiteltyä. Kysymysten jälkeen pohditaan, millä keinoin tieto saadaan parhaiten kysytyä. (Vilka 2007, 71.) Kysymyksiä voidaan muotoilla monin eri tavoin, mutta yleisesti käytetään kolmea eri muotoa, jotka ovat *avoimet kysymykset*, *monivalintakysymykset* sekä *asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat kysymystyypit*. *Avoimissa kysymyksissä* esitetään kysymys ja jätetään tila vastausta varten. *Monivalintakysymyksissä* tutkija laatii valmiit vaihtoehdot vastauksille, joihin vastaaja vastaa rastilla tai rengastaen vastausvaihtoehdon, tai useampia lomakkeen vastausohjeistuksesta riippuen. *Asteikkoihin eli skaaloihin perustuvissa kysymystyypeissä* esitetään väittämiä, joihin vastaaja vastaa sen mukaan, miten voimakkaasti hän on eri mieltä tai samaa mieltä kuin esitetty väittämä. (Hirsjärvi ym. 1997, 194 – 195.) Alkula, ym. (1995) mukaan on suositeltavaa, että tutkija käyttää useita eri kysymystapoja. (Vilka 2007, 71).

Haastattelulomakkeen ensimmäinen teema ”Miten kuntoutujan aktiivinen rooli on kuntoutujan omasta mielestä toteutunut fysioterapiatilanteissa?” sisältää kuusi Likertin asteikolla toteutettua kysymystä sekä yhden avoimen kohdan. Tällä haen kuntoutujan näkemystä siihen, kuinka kuntoutujan ja terapeutin välinen vuorovaikutus onnistuu aktivoivan fysioterapian keskeisten periaatteiden mukaisesti kuntoutuksessa Kruunupuistossa. Teemassa kysytään myös avoimin kysymyksin kuntoutujien mielipidettä heille oleellisista asioista kuntoutuksessa sekä mahdollisia parannusehdotuksia.

Haastattelulomakkeen toinen teema ”Miten kuntoutusjakso on kuntoutujan mielestä tukenut hänen aktiivisuuttaan kotioloissa ja arkitoiminnoissa?” sisältää viisi Likertin asteikon kysymystä sekä avoimet kohdat, joilla selvitetään aktivoivan fysioterapian siirtovaikutusta kuntoutujien arkiseen elämään kotioloissa ja harrastuksissa.

Haastattelulomakkeen kolmas teema ”Miten kuntoutuja kokee terapian ulkopuolisen vapaa-ajantoiminnan tukeneen hänen aktiivisuuttaan kuntoutumisessa?” on toteutettu avoimilla- sekä Likertin asteikon kysymyksillä. Jos kuntoutujat ovat osallistuneet vapaa-ajantoimintaan, jatkokysymykset selvittävät kuntoutujien omia kokemuksia vapaa-ajantoiminnasta, kuinka se tukee heidän aktiivista kuntoutumistaan Kruunupuistossa ja kuinka sitä voisi heidän mielestään kehittää.

6.3 Kohderyhmä

Tutkimukseen oli tavoitteena haastatella noin kymmentä aivohalvauksen sairastanutta henkilöä, joiden tuli täyttää seuraavat kriteerit: Kuntoutujan sairastumisesta on täytynyt seurata toispuolihalvaus tai sen oireita. Tämä kriteeri on asetettu kohderyhmän rajaamiseksi. Mustajärven (2009) mukaan kyseiset oireet ovat hyvin yleisiä aivoverenkiertohäiriön yhteydessä ja tarvitsevat usein fysioterapeuttista hoitoa. Haastateltavan on täytynyt asua kotonaan ennen sairastumistaan, koska tutkimuksessa pyritään selvittämään fysioterapian siirtovaikutusta kotioloihin. Jos kuntoutujalla oli vaikea afasia tai vaikeita neuropsykologisia ongelmia, ne olivat tutkimuksesta pois sulkevia tekijöitä, sillä haastattelutilanne vaatii kuntoutujan kykyä arvioida menneitä kuntoutustapahtumia sekä kykyä kertoa kokemuksistaan suullisesti.

6.4 Tutkimuksen toteutus

Tutkimusaineiston kerääminen eli lomakehaastattelut toteutettiin kesäkuussa - syyskuussa 2010. Tutkimusluvan sain Kruunupuiston neurologisen ja tukea tarvitsevien yksikön kuntoutuspäälliköltä kesäkuussa 2010. Haastateltavien valinta tapahtui kysymällä Kruunupuiston fysioterapeuteilta sekä neuropsykologilta mahdollisia kriteerit täyttäviä kuntoutujia, ja mukana oli myös omalle kohdalleni kesätyöaikani sattuneita kriteerit täyttäviä kuntoutujia. Kriteerien toteutumisen arvioinnin ja haastateltavien valinnan tein lopulta itse tutkimuksen toteuttajana. Kysyin henkilökohtaisesti kohderyhmään sopivilta ja kriteerit täyttäviltä kuntoutujilta luvan tutkimuksen tekemiseen lupalomakkeella (liite 1). Kuntoutujan ollessa suostuvainen haastateltavaksi tutkimusta varten sovin hänen kanssaan ajan haastattelun toteuttamiseksi.

Haastatteluajankohta oli kunkin potilaan kohdalla hänen kuntoutusjaksonsa loppupuolella työaikani päättymisen kello 16.00 jälkeen. Haastattelut toteutettiin potilaiden

huoneissa viidessä tapauksessa, ja kahdessa tapauksessa haastattelu tapahtui muussa tilassa, jossa ei ollut muita henkilöitä paikalla. Kuntoutujien huoneissa tapahtuneissa haastatteluissa kuntoutuja joko istui tai makasi sängyllään ja muussa tilassa tapahtuneet haastattelut suoritettiin pöydän ääressä. Haastattelutilanteet kestivät 25 minuutista 50 minuuttiin. Yksi haastateltavaksi pyydetty kuntoutuja kieltäytyi haastattelusta.

6.5 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto kuvaa kokonaisuudessaan tutkittavaa asiaa. Aineiston analyysin tarkoitus on pyrkiä tekemään sanallinen ja helposti ymmärrettävä kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Käytin tutkimuksen avoimien kysymysten avaamisessa aineistolähtöistä laadullista sisällön analyysiä. Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysin voi jakaa karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi. Prosessin vaiheita ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ensimmäisessä vaiheessa eli pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. Pelkistäminen voidaan suorittaa esimerkiksi siten, että aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka voidaan sitten merkitä ylös. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta etsityt alkuperäiset ilmaukset pyritään ryhmittelemään niille sopiviin luokkiin. Ryhmän otsikkona voi olla esimerkiksi ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokiteltaessa aineistoa ryhmiin aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät saadaan sisällytettyä yleisempiin käsitteisiin. Viimeisenä vaiheena aineiston klusteroinnin jälkeen on aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, ja tämän valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 111).

Itse analysoidessani tutkimusaineistoa en mennyt täysin yllämainitun kaavan mukaisesti. Aineistoa analysoidessani huomasin aineiston olevan jo melko pelkistetyssä muodossa. Aineistosta löytyi tutkimukselle epäolennaista informaatiota, mutta sitä ei ollut paljon. Lähes kaikki aineisto, jonka sain lomakehaastatteluiden kautta, on käytetty tutkimustuloksia analysoitaessa. Haastattelulomakkeen viimeisen sivun mielipideväittämät jätin tutkimustuloksissa tulkitsematta vähäisen vastausprosentin takia.

Tuloksia analysoidessani ryhmittelyvaihe sekä abstrahointivaihe olivat toisiinsa kietoutuneita. Ryhmitellessäni käsitteitä, ryhmistä muotoutui suoraan johtopäätöksiä tutkimustehtäviin.

Kuntoutujien nimettöminä tehdyt haastattelut numeroitiin ykkösestä seitsemään, esimerkiksi haastateltava 1, haastateltava 2 jne. Tuloksia havainnollistavien lainattujen lauseiden jälkeen käytetään haastateltavan järjestysnumeroa sekä sukupuolta.

7 TULOKSET

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat aivoverenkiertohäiriön kärsineet kuntoutujat, joille AVH:sta oli täytynyt seurata toispuolihalvaus tai sen oireita. Haastattelut toteutettiin kesäkuun, elokuun sekä syyskuun aikana. Haastatteluun osallistui kaikkiaan 7 kuntoutujaa. Näistä kuntoutujista neljä oli naisia ja kolme oli miehiä. Yksi haastatelluista oli sairastunut vuonna 2009 ja kuusi vuonna 2010. Suurin osa haastatelluista oli akuuttivaiheessa, ja yhdellä aivohalvaus oli sattunut jo 16 kk sitten. Ikäjakauma kuntoutujilla vaihteli 34 vuodesta 72 vuoteen. Jokapäiväisistä toiminnoista itsenäisesti selviytyviä kuntoutujista oli neljä ja jokapäiväisissä toiminnoissa apua tarvitsevia kuntoutujia oli kolme. Eläkkeellä kuntoutujista oli neljä, yksi oli työtön ja kaksi sairaalomalla.

7.1 Miten kuntoutujat kokivat aktiivisen roolinsa fysioterapiatilanteissa

Kuntoutujien kokemuksia heidän aktiivisesta osallistumisestaan fysioterapiaan tutkittiin kuudella mielipideväittämällä. Mielipideväittämien jälkeen haastattelulomakkeella oli avoin ”muuta” kohta, johon haastateltavat pystyivät halutessaan lisäämään asioita suullisesti. Mielipideväittämissä vaihtoehtoina oli 5 eriasteista mielipidettä, jotka olivat seuraavat: 5 = erittäin hyvin, 4 = hyvin, 3 = en osaa sanoa, 2 = vähän, 1 = ei lainkaan.

Vastanneista 4 (57,1 %) koki saaneensa esittää erittäin hyvin omia tavoitteita kuntoutukselle. Vastanneista 2 (28,6 %) koki saaneensa esittää hyvin omia tavoitteita kuntoutukselle. Vastanneista 1 (14,3 %) ei osannut sanoa, saiko esittää omia tavoitteita kuntoutukselle.

Kysyttäessä vastaajan mielipidettä, että saiko hän osallistua edistymisensä arviointiin, vastanneista 2 (28,6 %) koki saaneensa osallistua erittäin hyvin edistymisensä arviointiin, 4 (57,1 %) koki saaneensa osallistua hyvin edistymisensä arviointiin ja 1 (14,3 %) koki saaneensa osallistua vähän edistymisensä arviointiin.

Arvioidessaan vaikutusmahdollisuuksiaan kuntoutuksen sisältöön haastatelluista 1 (14,3 %) koki saaneensa vaikuttaa erittäin hyvin kuntoutuksen sisältöön, 2 (28,6 %) koki saaneensa vaikuttaa hyvin kuntoutuksen sisältöön, 2 (28,6%) ei osannut sanoa, 1 (14,3%) koki saaneensa vaikuttaa vähän kuntoutuksen sisältöön ja 1 (14,3%) ei lainkaan.

Vastanneista 2 (28,6 %) arvio harjoitelleensa asioita, jotka koki erittäin hyvin tavoitteidensa mukaiseksi. Vastanneista 4 (57,1 %) arvioi harjoitelleensa asioita, jotka koki tavoitteidensa mukaiseksi hyvin ja 1 (14,3%) ei osannut sanoa.

Arvioidessaan, saivatko vastaajat tietoa, miksi harjoituksia tehdään, 5 (71,4 %) koki saaneensa erittäin hyvin tietoa, miksi harjoituksia tehdään, ja 2 (28,6%) koki saaneensa hyvin tietoa, miksi harjoituksia tehdään.

Kysyttäessä, saivatko vastaajat ohjeita omatoimiseen harjoitteluun vapaa-ajalle 3 (42,9 %) koki saaneensa erittäin hyvin ohjeita omatoimiseen harjoitteluun vapaa-ajalle ja 4 (57,1 %) koki saaneensa hyvin ohjeita omatoimiseen harjoitteluun vapaa-ajalle.

Kaksi haastateltavaa seitsemästä lisäsi ”muuta” kohtaan mietteitään omasta aktiivisestaan roolista kuntoutusjaksolla.

”Olen saanut keskustella ja kysellä kuntoutuksesta, jopa lääkäriltä on saanut kysellä.” (Haastateltava 7, mies)

”Oma aktiivisuus vaikuttaa, mukava on ollut, kun saanut itse vaikuttaa asioihin.” (Haastateltava 1, nainen)

TAULUKKO 1. Kuntoutujan kokema aktiivinen rooli fysioterapiassa

Kuntoutujan kokema aktiivinen rooli fysioterapiassa					
Kysymys	Erittäin hyvin	Hyvin	En osaa sanoa	Vähän	Ei lainkaan
Olen saanut esittää omia tavoitteitani kuntoutukselle	57,1% n=4	28,6% n=2	14,3% n=1	0% n=0	0% n=0
Olen saanut osallistua edistymiseni arviointiin	28,6% n=2	57,1% n=4	0% n=0	14,3% n=0	0% n=0
Olen saanut vaikuttaa kuntoutukseni sisältöön	14,3% n=1	28,6% n=2	28,6% n=2	14,3% n=1	14,3% n=1
Olen harjoitellut asioita jotka koen tavoitteideni mukaisiksi	28,6% n=2	57,1% n=4	14,3% n=1	0% n=0	0% n=0
Olen kokenut saavani tietoa miksi harjoituksia tehdään	71,4% n=5	28,6% n=2	0% n=0	0% n=0	0% n=0
Sain ohjeita omatoimiseen harjoitteluun vapaa-ajalle	42,9% n=0	57,1% n=4	0% n=0	0% n=0	0% n=0

Kysyttäessä kuntoutujilta, mitkä osa-alueet kuntoutuksessa he ovat kokeneet itselleen tärkeimmiksi oman kuntoutumisen kannalta, kuntoutujista kysymykseen vastasivat kaikki seitsemän haastateltavaa. Kolme seitsemästä vastaa voimaharjoittelun erilaisin keinoin olleen kuntoutusjaksolla tärkeää. Kolme seitsemästä vastaa tasapainoharjoittelun olleen oleellista ja tärkeää kuntoutusjaksolla. Kävelyn harjoittelun on kokenut kaksi kuntoutujaa tärkeimmiksi asioiksi kuntoutusjaksolla. Käden taitojen kuntoutuksen yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi on sanonut neljä kuntoutujaa seitsemästä. Jotkut kuntoutujat ovat luetelleet lähes kaikki kuntoutuksessa tehtävät asiat, kuten:

”Kuntoutuksessa koin tärkeäksi että olen raajojeni kanssa sinut, astunnan kehittäminen on ollut tärkeää, venyttelyt ovat olleet tärkeitä, tasapainon kehittäminen on ollut tärkeää, sekä se että olen saanut käden ja jalan tottelemaan. Uiminen on ollut tärkeää. Vesijumppa ja uiminen on ollut hienoa ja jatkoa niille seuraa” (Haastateltava 2, nainen)

Tähän kysymykseen vastattiin myös muita asioita, jotka eivät suoraan fyysiseen kuntoutukseen liittyneet. Henkiset voimavarat ja niistä puhuminen ja niiden tukeminen tulivat esille kahden haastateltavan kohdalla.

”Puhuminen henkisistä voimavaroista ja niiden riittämisestä on ollut tärkeää.” (Haastateltava 7, mies)

Kysyttäessä, mikä fysioterapiassa olisi edistänyt kuntoutujien kuntoutumista, neljä seitsemästä ei osannut antaa vastausta. Osa näistä neljästä totesi harjoitteiden olleen sopivia ja sitä olleen riittävästi.

”En osaa sanoa, kun ei ole enempää asiasta kokemusta”

(Haastateltava 5, mies)

”Kuntoutus on ollut monipuolista ja sitä on ollut riittävästi”

(Haastateltava 2, nainen)

Ajatuksia siitä, mikä olisi voinut edistää kuntoutumista, tuli kolmelta seitsemästä haastateltavalta. Yksi näistä liittyi aivoverenkiertohäiriön ilmenemisvaiheeseen, jolloin sairaalahoitoon pääseminen oli viivästynyt. Yksi haastateltavista olisi toivonut käden hermoratahierontaa. Yhden vastaus liittyi suoraan aktivoivaan fysioterapiaan ja siinä ohjaukseen.

”Terapian olisi pitänyt olla säännöllisempää, ohjauksen tarkempaa, myös se, että olisi saanut tietoa lisää miksi jotain tehdään” (Haastateltava 7, mies)

Parannusehdotuksia kuntoutukseen ei neljä seitsemästä osannut sanoa. Kolmesta parannusehdotuksia esittäneistä yksi toivoi rauhallisempaa tahtia kuntoutukseen.

”Vähän rauhallisempi tahti kuntoutuksessa olisi saanut olla, turhan tiivis tahti, vanha ei jaksaa” (Haastateltava 7, mies)

Kaksi kuntoutujista osasi antaa parannusehdotuksia, jotka liittyivät kuntoutuksen ryhmätoimintaan. Toinen heistä toivoi kohtikävely- sekä ergoryhmän tarvitsevan enemmän tilaa, sillä ryhmät olivat paikoin liian täysiä. Hän toivoi myös taustamusiikkia näihin ryhmiin. Toisella oli myös parannusehdotuksia ryhmätoimintaan liittyen.

”Peliryhmä oli liian yksitoikkoista sekä turhauttavaa, tasoryhmät tähän olisivat hyvät. Borkkia ja mölkkyä oli liikaa, riippuu myös vetäjästä kuka

saa ryhmään hyvin mukaan. Toivoisin pilatesta ja joogaa, venyttelyä ja tanssia, olisin varmasti pärjännyt myös työikäisten parissa ja saanut sieltä uutta näkemystä.” (Haastateltava 1, nainen)

7.2 Miten kuntoutujat kokivat kuntoutusjakson tukeneen heidän aktiivisuuttaan kotioloissa ja arkitoiminnoissa

Sitä, kuinka kuntoutusjakso tuki kuntoutujien mielestä aktiivisuutta kotioloissa ja arkitoiminnoissa, tutkittiin viiden mielipideväittämän avulla. Mielipideväittämissä vaihtoehtoina oli 5 eriasteista mielipidettä, jotka olivat seuraavat: 5 = erittäin hyvin, 4 = hyvin, 3 = en osaa sanoa, 2 = vähän, 1 = ei lainkaan.

Vastanneista 3 (42,9 %) koki saaneensa erittäin hyvin kuntoutusjaksolla varmuutta jokapäiväisiin toimintoihin. Vastanneista 4 (57,1 %) koki saaneensa kuntoutusjaksolla varmuutta jokapäiväisiin toimintoihin hyvin. Jokapäiväisiä toimintoja, joihin kuntoutujat kokivat saaneensa varmuutta, oli monenlaisia. Kolme kertoi tasapainon kehittymisen auttaneen yleisesti jokapäiväisissä toiminnoissa, kaksi kertoi kävelykyvyn parantumisen auttaneen jokapäiväisissä toiminnoissa, kaksi kertoi saaneensa vessakäynteihin varmuutta, yksi sanoi saaneensa peseytymiseen varmuutta ja yksi eritteli käden toiminnan sekä motoriikan paranemisen ja venyttelyliikkeiden auttaneen normaalissa arjessa. Yksi kuntoutuja kertoi oppineensa ratkaisemaan asioita yhdelläkin kädellä.

Kysyttäessä vastaajan mielipidettä, vahvistiko kuntoutusjakso liikkumista kodin ulkopuolella, 3 (42,9 %) arvioi kuntoutusjakson vahvistaneen liikkumista kodin ulkopuolella erittäin hyvin, 2 (28,6 %) arvioi kuntoutusjakson vahvistaneen liikkumista kodin ulkopuolella hyvin ja 2 (28,6 %) ei osannut sanoa, vahvistiko kuntoutusjakso liikkumista kodin ulkopuolella.

Arvioidessaan, tukiko kuntoutus kuntoutujan harrastustoimintaa, 2 (28,6 %) koki kuntoutusjakson tukeneen harrastustoimintaa erittäin hyvin, 2 (28,6 %) koki kuntoutusjakson tukeneen harrastustoimintaa hyvin, 3 (42,9 %) ei osannut sanoa, tukiko kuntoutusjakso harrastustoimintaa, ja 1 (14,3 %) ei kokenut kuntoutusjakson tukevan harrastustoimintaa lainkaan.

Kysyttäessä, oppiko kuntoutuja uusia toimintatapoja kuntoutuksen kautta, 2 (28,6%) koki oppineensa uusia toimintatapoja erittäin hyvin, 4 (57,1 %) koki oppineensa uusia toimintatapoja kuntoutusjaksolla hyvin ja 1 (14,3 %) ei osannut sanoa, oppiko uusia toimintatapoja kuntoutusjaksolla.

Vastanneista 1 (14,3 %) arvioi löytäneensä kuntoutuksen kautta uutta tekemistä itselleen erittäin hyvin. Vastanneista 2 (28,6 %) arvioi löytäneensä kuntoutuksen kautta uutta tekemistä itselleen hyvin. Vastanneista 1 (14,3 %) ei osannut sanoa, löysikö kuntoutuksen kautta uutta tekemistä itselleen ja vastanneista 3 (42,9 %) arvioi, että ei löytänyt lainkaan uutta tekemistä itselleen kuntoutuksen kautta. Kuntoutujista yksi kertoi selkeästi löytäneensä uutta tekemistä kuntoutusjakson kautta:

”Liikunta on lisääntynyt, kuntosali, vesijuoksu, vesijumppa, näitä jatkossakin. Elämäntavat siisteytyneet, kuten tupakka ja alkoholi jäänyt pois. Laittanut miettimään tulevaisuutta, uusi lehti avautunut.” (Haastateltava 2, nainen)

TAULUKKO 2. Kuntoutusjakson tuki kotioloihin ja arkitoimintoihin

Kuntoutusjakson tuki kotioloihin ja arkitoimintoihin					
Kysymys	Erittäin hyvin	Hyvin	En osaa sanoa	Vähän	Ei lainkaan
Olen saanut varmuutta jokapäiväisiin toimintoihini	42,9% n=3	57,1% n=4	0% n=0	0% n=0	0% n=0
Liikkumistani kodin ulkopuolella	42,9% n=3	28,6% n=2	28,6% n=2	0% n=0	0% n=0
Kuntoutus on tukenut harrastustoimintaani	28,6% n=2	14,3% n=1	42,9% n=3	0% n=0	14,3% n=1
Olen oppinut kuntoutuksen kautta uusia toimintatapoja	28,6% n=2	57,1% n=4	14,3% n=1	0% n=0	0% n=0
Olen löytänyt kuntoutuksen kautta uutta tekemistä itselleni	14,3% n=1	28,6% n=2	14,3% n=0	0% n=0	42,9% n=3

7.3 Miten kuntoutujat kokivat terapian ulkopuolisen vapaa-ajantoiminnan tukeneen heidän aktiivisuuttaan kuntoutumisessa

Vapaa-ajantoimintaan itsenäisesti tai järjestetysti oli osallistunut haastateltavista kuusi seitsemästä. Näistä kuudesta kolme on osallistunut varsinaiseen järjestettyyn vapaa-ajantoimintaan. Vaikka jotkut kuntoutujista eivät olleet osallistuneet varsinaiseen järjestettyyn vapaa-ajantoimintaan, he olivat kuitenkin itsenäisesti käyneet harjoittamassa kuntoutumista tukevia asioita, joten otin heidät mukaan tämän kysymyksen käsittelyyn.

Kysyttäessä, mitkä vapaa-ajantoiminnot kuntoutujat kokivat kuntoutusta tukevana ja millä tavalla, vastaukset olivat seuraavanlaisia. Neljä vapaa-ajalla liikkumista harjoittanutta tai ohjattuun vapaa-ajantoimintaan osallistunutta koki kävelyn ja ulkoilun tärkeäksi kuntoutumisen osana. Yksi kertoo kävelyn luonnossa herättäneen ajatuksia. Yksi kertoo käveltyään päivittäin huomanneensa kävelykuntonsa parantuneen ja kaksi on kertonut sen olevan vain tärkeää ja tukevan kuntoutumista.

”Olen käynyt kuntosalilla ja ulkoilemassa, molemmissa huomaa, että jaksaa paremmin, kun on päivittäin tehnyt” (Haastateltava 2, nainen)

Kuntosalilla haastateltavista oli käynyt kolme. Syitä kuntosalilla käymiseen ovat olleet kunnan ylläpitäminen, jaksaminen paremmin ja kuntoutumisen tukeminen.

”Kuntosalilla pysyy kunto, eikä pääse rapistumaan” (Haastateltava 6, mies)

Kaksi haastateltavista on tuonut haastattelussa esille myös vapaa-ajantoiminnan henkisiä toimintoja tukevan puolen. Toinen sai luonnosta ajatuksia ja toinen totesi retkien auttavan seinien sisältä pois pääsemiseen. Yksi kuntoutuja on saanut lauluhetkistä äänellisiin ja puheentuottamiseen liittyviin asioihin apua ja tavannut siellä muita ihmisiä.

”Lauluhetket ovat tukeneet äänellisiä asioita – auttaa puheeseen, niissä on myös tavannut muita ihmisiä. Vapaa-ajantoiminta tukee henkistä puolta” (Haastateltava 3, nainen)

”Kävin kävelemässä itsekseni, sieltä sain ajatuksia. Luonto on melkoinen veijari.” (Haastateltava 7, mies)

Seitsemästä vastanneesta kuusi haastateltavaa ei osannut esittää toiveita, minkälaista vapaa-ajantoimintaa he olisivat kaivanneet. Yksi toiveita esittänyt toivoi vapaa-ajalle pilatesta, joogaa, tanssia, shindohoitoa sekä rentousoharjoituksia.

Kysyttäessä, miksi kuntoutujat eivät osallistuneet järjestettyyn vapaa-ajantoimintaan, vastaukset olivat vaihtelevia. Järjestettyyn vapaa-ajantoimintaan jätti osallistumatta kuntoutusjakson aikana neljä seitsemästä haastateltavasta. Yleisin syy osallistumattomuuteen oli voimien puute. Kolme haastateltavista totesi syyksi päiväohjelman intensiivisyyden.

”Ajan puute, terapiaa on päivällä niin paljon, että täytyy illalla levätä”

(Haastateltava 4, nainen)

Muina syinä esiintyivät seuraavat: vapaa-ajantoiminnan kiinnostamattomuus, vierastaminen jalan ja käden toimimattomuuden vuoksi sekä muu tekeminen, ohjatusta toiminnasta tykkäämättömyys sekä samanikäisen porukan ja ryhmähengen puute.

”En ole viitsinyt mennä, vierastan sitä kun ei oikein jalka ja käsi toimi, niin en ole halunnut mennä.” (Haastateltava 7, mies)

”On ollut muuta tekemistä, enkä ole halunnut, on ollut niin täydet päivät. En tykkää liian ohjatusta toiminnasta, eikä ole saman ikäistä porukkaa, porukka henki puuttuu.” (Haastateltava 1, nainen)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Koska Kruunupuistossa toteutetaan aktivoivaa fysioterapiaa, on tarpeellista ja mielenkiintoista tietää, minkälaisia kokemuksia kuntoutujilla itsellään on aktivoivan fysioterapian eri elementtien toteutumisesta. Tutkimusongelmistani ensimmäinen tutkii kuntoutujien omaa osallistumista fysioterapian suunnittelemiseen, arviointiin sekä toteutukseen ja heidän kokemuksiaan oleellisista asioista kuntoutuksessa. Tutkimusongelmista toinen tutkii kuntoutuksen siirtovaikutusta kotioloihin ja arkeen. Kolmas tutkimusongelma tutkii, kuinka mielekästä ja aktivoivaa terapian ulkopuolinen toiminta on Kruunupuistossa kuntoutujien mielestä.

McPhersonin ja Siegertin (2007) mukaan tällä hetkellä kuntoutujalähtöisyyttä pidetään merkittävänä asiana tulosten saavuttamiseksi kuntoutuksessa. Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön tekemän tutkimuksen mukaan Kelan vaikeavammaisten kuntoutusta saavien mukaan 85 % pitää erittäin tärkeänä, että kuntoutuksen toteuttaja kuuntelee ja ottaa huomioon asiakkaan toiveet. (Järvikoski ym. 2009, 130.)

Saamieni vastausten perusteella voi päätellä, että kuntoutujan oma rooli kuntoutuksessa on pääpiirteittäin aktivoivan fysioterapian tavoitteiden mukaista. Kuntoutujat ovat saaneet esittää omia tavoitteitaan hyvin sekä saaneet osallistua oman edistymisensä arviointiin melko hyvin. Tästä voi päätellä dialogisen suhteen toimivan ja toteutuvan kuntoutujan ja fysioterapeutin välillä. Poskiparran ym. (2001) sekä Streetin ja Richardin (2001) mukaan terveydenhoitohenkilökunnalla on pyrkimys rakentaa dialoginen hoitosuhde potilaaseen ja täten edesauttaa potilaiden aktiivista osallistumista ohjaus- ja vastaanottotilanteissa. Dialoginen ohjaus mahdollistaa kuntoutustilanteen, jossa saavutetaan yhteisymmärrys harjoittelun merkityksestä ja toteuttamisesta. (Talvitie 2008, 50.) Kuntoutujat ovat myös kokeneet saaneensa hyvin tietoa, miksi erilaisia harjoitteita tehdään. Tämäkin tukee näkemystä dialogisen suhteen toteutumisesta harjoittelutilanteissa Kruunupuistossa.

Kuntoutuksen sisältöön kuntoutujat ovat saaneet vaikuttaa vaihtelevasti. Tähän luultavasti vaikuttaa se, että kuntoutujat eivät välttämättä osaa kertoa, minkälaista kuntoutuksen pitäisi olla sisällöltään tai minkälaista sisältöä he siihen mahdollisesti kaipaisivat. Heillä ei ole välttämättä aikaisempaa kokemusta kuntoutuksesta. Näin kuntoutus on varmasti melko terapeutti-johtoista. Kuntoutujat osasivat kyllä sanoa, mikä kuntoutuksessa oli hyvää, mutta kysyttäessä parannusehdotuksia tai mahdollisia asioita, jotka olisivat edistäneet kuntoutumista, monet eivät osanneet sanoa mitään. Kuntoutujat ovat kuitenkin kokeneet kuntoutuksen pääasiallisesti tavoitteidensa mukaiseksi.

Talvitie ym. (2006, 363) korostavat kuntoutujan oman harjoittelun merkitystä kuntoutumisen edistymisessä. Tämän opinnäytetyön mukaan Kruunupuistossa kuntoutujat ovat saaneet hyvin ohjeita omatoimiselle harjoittelulle vapaa-ajalle.

Kuntoutujien ehdotuksia toiminnan parantamiseksi tuli niukasti, mutta joitakin varteenotettavia ajatuksia kuitenkin oli. Parannusehdotukset, jotka olisivat toteutettavissa ainakin joiltain osin, koskevat peliryhmää sekä musiikkia. Peliryhmässä ryhmän hete-

rogeenisuus tuotti turhautumista hyväkuntoiselle, jos pelattavat pelit pyörivät vain muutaman pelin ympärillä. Peliryhmä on ryhmistä se, missä tasoerot kuntoutujien kesken ovat kaikista suurimmat. Kenties peliryhmän hajaannuttaminen tasoryhmiin voisi olla hyvä idea. Musiikin mukaan tuominen joihinkin ryhmiin olisi hyvinkin toteutuskelpoinen idea ja helposti toteutettavissa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voi päätellä, että kuntoutujat ovat saaneet hyvin varmuutta jokapäiväisiin toimintoihinsa kuntoutusjakson aikana. Alarannan ym. (2003) mukaan on ensiarvoisen tärkeää, että potilas pyritään pitämään aktiivisena ja häntä myös rohkaistaan käyttämään aktiivisesti oppimiaan taitoja päivittäisissä toiminnoissa. Uusia toimintatapoja arjessa selviytymiseen on myös opittu hyvin kuntoutusjakson aikana. Fysioterapeutin tehtävänä onkin pyrkiä auttamaan potilasta oppimaan erilaisia tehtäväkeskeisiä toimintatapoja, niin että hän pystyy soveltamaan taitojaan ja selviytymään muuttuvassa ympäristössä. (Talvitie ym. 2006, 363.) Liikkumisen kodin ulkopuolella monet arvioivat parantuneen. Tämä johtuu luultavasti siitä yksinkertaisesta syystä, että monet kokivat liikuntakykynsä parantuneen, ja siten myös liikkuminen kodin ulkopuolella on parantunut. Tosin kuntoutujista vain kaksi pystyi kokemuksensa perusteella siitä kertomaan. Myös Järvikosken ym. (2009, 110) tekemän tutkimuksen mukaan lääkinnällistä kuntoutusta saavien aikuisten mielestä kuntoutuksen suurimmat vaikutukset kohdistuvat juuri fyysisen kunnon tai toimintakyvyn kohentumiseen tai säilymiseen.

Kuntoutusjakson harrastustoiminnan tukeminen kuntoutujilla, jotka kokivat kuntoutuksen harrastustoimintaansa tukevana, johtuu mahdollisesti siitä, että heidän liikuntakykynsä kohentui. Näin he mahdollisesti myös pystyvät jatkamaan liikunnallisia harrastuksiaan tulevaisuudessa. Kuten aikaisemmin olen maininnut, varsinaisen kokemuksen pohjalta tätä on pystynyt arvioimaan vain kaksi henkilöä. Alarannan ym. (2003) ja Talvitien ym. (2006) mukaan aivohalvauskuntoutujien itsenäistä harjoittelua ja aktiivisuutta korostetaan hyvien kuntoutustulosten saamiseksi. Itselleen sellaista uutta tekemistä, jonka uskoo jatkuvan myös kotona, on löytänyt selkeästi yksi kuntoutuja seitsemästä haastatellusta. Täten kuntoutusjaksoa ei voida pitää tältä osin täysin onnistuneena siinä, että kuntoutujat saisivat kotiin vietäväksi jonkin mielenkiintoisen kuntoa ylläpitävän tai muun harrastuksen.

Terapian ulkopuoliseen vapaa-ajantoimintaan olivat osallistuneet lähes kaikki. Osa toteutti omatoimista harjoittelua, ja osa osallistui varsinaiseen järjestettyyn vapaa-ajantoimintaan. Järjestettyyn vapaa-ajantoimintaan osallistui kolme kuntoutujaa seitsemästä haastattelusta. Suurin syy osallistumattomuuteen löytyy voimien puutteesta. Päivät ovat intensiivistä toimintaa kuntoutuksen parissa, ja kuntoutujat ovat pääasiassa vanhempia ihmisiä, jotka ovat sairastuneet vakavasti. On ymmärrettävää, että voimat eivät enää riitä iltaohjelmaan tai omatoimiseen liikuntaan, vaan illan haluaa käyttää leppämiseen. Myös nuoremmalle henkilölle vapaa-ajantoiminta voi tuntua turhautavalta jo senkin takia, että tapahtumissa ei ole omanikäisiä ja samanhenkisiä kuntoutujia lainkaan. Itsenäistä harjoittelua suorittaneet ovat huomanneet oman harjoittelun vaikutuksen omassa kunnossaan. Myös henkisiin voimavaroihin on koettu saatavan vahvistusta vapaa-ajan toiminnan kautta, olivat ne sitten omaehtoista kävelyä luonnossa tai järjestettyä vapaa-ajantoimintaa retkeilyn tai lauluhetkien muodossa. Henkiset voimavarat ovat varmasti hyvin oleellisia aivohalvauskuntoutuksessa, sillä masentunut mieli on omiaan alentamaan harjoittelumotivaatiota ja tämä taas heikentämään kuntoutustulosta.

8.2 Menetelmän arviointi ja luotettavuus

Tutkimukseni sisälsi määrällisiä sekä laadullisia piirteitä. Tutkimuskohteena olivat tietyt kriteerit täyttävät ja minulle sopivana ajankohtana tavoitettavissa olevat henkilöt eli harkinnanvarainen näyte. Vaikka haastattelulomakkeessa olikin käytetty määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmää, eli Likertin asteikkoa, henkilöitä ei ollut riittävästi täyttämään määrällisen tutkimuksen luotettavuus kriteereitä. Mielestäni tulokset ovat kuitenkin suuntaa-antavaa tietoa. Määrällisen tutkimuksen keinoja minulla oli tukemassa avoimia kysymyksiä, jotka ovat enemmän laadullisen tutkimuksen keinoja. Minun mielestäni tällä yhdistelmällä haastattelulomake toimi pääpiirteittäin oikein hyvin ja tiedonkeruu oli onnistunut.

Tutkimuksessani tutkimusmenetelmän valinta onnistui pääasiallisesti hyvin. Lomakehaastattelua paremmin tietoa olisi varmasti saanut teemahaastatteluilla, jotka olisi nauhoitettu ja sen jälkeen litteroitu, mutta suljin teemahaastattelun pois aineistonkeruumenetelmänä sen tuottaman suuren työmäärän ja rajallisen ajan takia. Käyttämälläni lomakehaastattelulla minulta mahdollisesti jäi joitakin oleellisiakin tietoja saamat-

ta kuunnellessani ja kirjoittaessani samaan aikaan kuntoutujien vastauksia. Lomakehaastatteluilla sai kuitenkin aineiston tiiviissä muodossa, mikä helpotti suuresti aineiston käsittelyä jälkikäteen.

Lomakehaastattelumenetelmää olisi ollut hyvä päästä testaamaan ennen todellisten haastattelujen aloitusta. Silloin oma haastattelutekniikkani olisi kehittynyt ja tällä tavoin olisi voinut säästyä ensimmäisten haastattelujen kankeudelta ja esitestaus olisi lisännyt tutkimuksen reliabiliteettia. Myös haastateltavat kuntoutujat olivat hyvin erityyliisiä puhetavoiltaan. Tämä saattoi johtaa siihen, että toiset kertoivat spontaanimminkin ja toisilta tiedon keruu vaati enemmän jutustelua, mikä taas saattaa johtaa haastateltavan johdatteluun. Tätä kuitenkin yritin tietoisesti välttää. Lomakehaastattelua tehtäessä myös tutkijan oma läsnäolo saattaa vaikuttaa haastattelun kohteena olevien henkilöiden taipumukseen vastata tietyllä sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla. Haastateltava henkilö voi kokea tilanteen itseään uhkaavaksi tai pelottavaksi (ks. Hirsjärvi ym. 1997, 202). Omalla kohdallani, Kruunupuiston työntekijänä, tällä saattoi olla vaikutusta haastateltavien vastauksiin ja ehkä tarpeeseen olla miellyttävä haastattelijaa kohtaan. Kenellekään haastateltavalle en toiminut henkilökohtaisesti fysioterapeuttina, mutta ryhmätilanteissa olin ohjaajana useammallekin haastatellulle.

Itse haastattelulomakkeessa ja tutkimusongelmissa esiintyi puutteita tai kysymyksiä jotka eivät sopineet täysin tutkittavan joukon vastattaviksi, mikä huononsi tutkimuksen validiteettia. Toinen tutkimusongelma eli ”Miten kuntoutusjakso on kuntoutujan mielestä tukenut hänen aktiivisuutta kotioloissa ja arkitoiminnoissa?” osoittautui ongelmalliseksi, koska seitsemästä haastateltavasta ainoastaan kaksi oli ollut kotonaan sairastumisensa jälkeen. Muut olivat akuutin vaiheen kuntoutujia, ja heillä ei ollut vielä kokemuksia kotioloistaan. He joutuivat arvioimaan tunnepohjalta kysymyksiin vastauksia. Siispä osa tähän tutkimusongelmaan sisältyneistä kysymyksistä osoittautui hankalaksi vastata, sillä kaikilla kuntoutujilla ei ollut kokemuksia, joiden pohjalta vastata kysymyksiin.

Haastattelulomakkeessa olisi hyvä ollut kysyä tarkemmin esitietoja. Esitiedoissa olisi ollut hyvä saada selville, minkä aivohalvauksen muodon kuntoutujat ovat sairastaneet. Myös kumman puoleinen halvaus kuntoutujilla oli kyseessä, oikean vai vasemman puoleinen, olisi ollut mielenkiintoista tietää. Lomakkeessa olisi ollut myös hyvä tulla ilmi, onko kyseinen henkilö sairastanut aivoverenkiertohäiriötä useammin kuin kerran.

Myös kuntoutujien käyttämät apuvälineet olisi ollut hyvä laittaa haastattelulomakkeelle ylös, tällöin olisi voinut arvioida paremmin kuntoutujien mahdollisuuksia omatoimiseen liikkumiseen.

8.3 Eettisyys

Tutkimusta tehtäessä on syytä kiinnittää huomiota tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohteluun. Tutkimusta tehtäessä on ajateltava tiedonhankintatapoja sekä koejärjestelyjä ja sitä, kuinka ne vaikuttavat henkilöihin, jotka ovat tutkimuksen kohteena. On selvittävää, kuinka tutkittavilta henkilöiltä saadaan suostumus tutkimukseen sekä sisältyykö heidän osallistumiseensa jonkinlaisia riskejä. Kerätessä aineistoa on huomioitava tutkimuksen kohteena olevan henkilön anonyymiys, tutkimuksen luottamuksellisuus ja tutkimuksessa kertyvän aineiston säilyttäminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 1997, 28 – 29.)

Omassa tutkimuksessani hankin haastateltavilta henkilöiltä suostumuksen lupalomakkeella, jossa kerrottiin, minkä alan opiskelija olen, mistä koulusta olen ja mikä on työn tarkoitus (Liite 1). Tällä eliminoin mahdollisuuden, että haastateltavat henkilöt eivät olisi tietoisia, mihin osallistuvat ja miksi tutkimusta tehdään. Lupalomakkeessa kerrotaan myös, että haastatteluista saadut tiedot esitetään nimettöminä, eikä haastatteluista anneta muiden käytettäväksi. Tällä keinolla otetaan huomioon anonyymiyden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. Opinnäytetyön tuloksiin esille otetut näytteet kuntoutujien kommentteista on esitetty tunnistamattomasti.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa voisi tutkia, kuinka kuntoutujia pystyisi auttamaan ja motivoimaan, että he löytäisivät itselleen jonkin mielenkiintoisen ja kuntotasolleen sopivan liikuntalajin tai harrastuksen. Voisi tarkastella minkälaisia keinoja Suomessa on auttaa liikuntavammaisia jonkin heille sopivan urheilulajin piiriin tai harrastukseen. Myös sitä voisi tutkia, kuinka pystyttäisiin paremmin ottamaan huomioon kuntoutujien omat harrastukset kuntoutusjaksolla. Mielenkiintoista olisi myös tarkemmin selvittää, kuinka paljon ja millä tavoin kuntoutujat pääsevät vaikuttamaan todellisuudessa kuntoutuksensa sisältöön.

8.5 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Halusin tutustua opinnäytetyössä aiheeseen, joka mahdollisesti palvelee minua vielä myöhemmin työelämässä. Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen. Muissakin tutkimuksissa on tutkittu, kuinka kuntoutujat itse kokevat kuntoutuksensa. Aktivoiva fysioterapia voi käsitteenä sinällään liittyä muuhunkin kuntoutukseen kuin pelkästään aivohalvauskuntoutukseen. Näin uskon, että opinnäytetyön kautta oppimiani asioita voin käyttää tulevaisuudessa, vaikka en aivohalvauskuntoutujien parissa työskentelisiväkään.

Aiheen keksiminen oli hankalaa, ja opinnäytetyöprosessini aikana se vaihtuikin kokonaan kerran ja muokkaantui monesti opinnäytetyötä tehtäessä. Tutkimusongelmien kehittäminen ja niihin liittyvän kyselylomakkeen kehittäminen osoittautui haastavaksi, ja tutkimuksen valmistuttua selvisikin, että kaikki tutkimusongelmat ja kysymykset eivät täysin sopineet haastateltavalle ryhmälle. Itse kyselylomakkeen tekemisestä opin paljon ja ainakin sen, että lomakkeen rakentaminen ei ole ihan itsestään selvää ja helppoa.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on opettanut asiakokonaisuuksien hallintaa ja useiden ihmisten kanssa toimimista yhden päämäärän saavuttamiseksi. Myös varsinaisen tutkimuksen tekemisen eri vaiheet ja monisäikeisyys avautuivat opinnäytetyötä tehtäessä. Opinnäytetyötä tehdessäni tunteet ovat vaihdelleet laidasta laitaan. Useassakin vaiheessa opinnäytetyötä tehdessä tuntui, että työ on jumissa ja aina ei oikein tienneyt, kuinka pitäisi edetä. Mutta aina kuitenkin löytyivät keinot, kuinka työn saa taas etenemään. Opinnäytetyöprosessissa on tullut opittua myös pitkäjänteisyyttä kirjallisen työn tuottamiseen.

LÄHTEET

Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: Gummerus.

Aho, Kari 1996. Suomalainen lääkärikeskus 3. Porvoo: WSOY.

Aivoinfarkti: Käypä hoito 2006. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>. Päivitetty 15.10.2006. Luettu 16.12.2010

Aivoinfarkti: Käyvän hoidon potilasversio 2007. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00062>. Päivitetty 1.2.2007. Luettu 24.4.2007.

Alaranta, Hannu, Pohjolainen, Timo, Salminen, Jouko & Viikari-Juntura, Eira 2003. Fysiatria. Jyväskylä: Gummerus

Alkula, Tapani, Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004. Lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV). WWW-dokumentti.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,651,2175,3031,3032,18884,5954>. Päivitetty 29.7.2004. Luettu 10.5.2010.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Järvikoski, Aila, Hokkanen, Liisa & Härkäpää, Kristiina 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Yliopistopaino. Kuntoutussäätiö.

Kananen, Jorma 2008. KVALI Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä. 24-25

Metsämuuronen, Jari 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.

McPherson K & Siegert R (2007) Person-centred rehabilitation: rhetoric or reality? Disability and Rehabilitation.

Miles M. B. & Huberman A. M. 1994. Qualitative data analysis. California: Sage.

Mustajoki, Pertti 2009. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Terveyskirjasto. Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001#s2 Päivitetty: 29.12.2009 Luettu: 29.10.2010.

Poskiparta, Marita, Liimatainen, Leena, Kettunen, Tarja & Karhila, Päivi 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Educ Couns.*

Pyöriä, Outi 2007. Reliable clinical assesment of stroke patients´ postural control and development of physiotherapy in stroke rehabilitation. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Pyöriä, Outi, Talvitie, Ulla, Reunanen, Merja & Nyrkkö, Hannu 2009. Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa. *Fysioterapia* 3/09, 4-7.

Street RL, Richard L 2001. Analyzin patient participation in medical encounters. *Health Communication.*

Williams, Brian & Grant, Gordon 1998. Defining `people-centredness`: making the implicit explicit. *Health and Social Care in the Community.*

Talvitie, Ulla, Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita.

Talvitie, Ulla 2008. Äkillisten aivaurioiden jälkeinen kuntoutus, Konsensuskokous 27.-29.10.2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja Mittaa, Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

Sauli Silvonen
Mikkelin Ammattikorkeakoulu
Terveysala, Savonlinna, fysioterapia

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS KUNTOUTUJALLE

Olen Mikkelin Ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelija. Opiskelen fysioterapiaa ja valmistun syksyllä 2010. Pyydän lupaa saada haastatella Teitä tutkimustani varten. Opinnäytetyön aihe on ”Aivohalvauspotilaiden kokemuksia aktivoivasta fysioterapiasta Kruunupuistossa“.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kokemuksianne aktivoivasta fysioterapiasta Kruunupuistossa.

Kyselylomakkeet ovat ainoastaan minun käytössäni aineistoa analysoitaessa. Kyselylomakkeet tuhoetaan heti analysoinnin jälkeen. Haastattelu tehdään kuntoutusjaksonne loppupuolella Teidän kanssanne aiemmin sovitussa paikassa, esim. huoneessanne.

Käsittelen saatua aineistoa ehdottoman luottamuksellisesti ja ainoastaan tutkimusta varten. Nimet ja muut henkilötiedot eivät tule julki tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa.

Kyllä suostun haastatteluun ja olen tietoinen työn tarkoituksesta

Ei en suostu haastatteluun

Haastateltavan allekirjoitus. Paikka ja päivämäärä.

Ystävällisin terveisin

Sauli Silvonen

Ikä: _____
Sukupuoli: Mies_____ Nainen_____
Sairastumisajankohta: _____(vuosiluku)
Selviydyntkö jokapäiväisistä toiminnoista itsenäisesti: Kyllä_____ En_____
Olen työelämässä: Kyllä_____ En_____

Seuraavana on väittämiä, jotka kuvaavat tuntemuksianne kuntoutusjaksolta Kruunupuistossa. Ympyröikää itsellenne parhaiten sopiva vaihtoehto. Voitte täydentää sanallisesti osioita kysymysten jäljessä olevalle vapaalle tilalle.

Kuinka hyvin seuraavat asiat ovat toteutuneet kuntoutusjaksollanne Kruunupuistossa?
5 = erittäin hyvin **4** = hyvin **3** = en osaa sanoa **2** = vähän **1** = ei lainkaan

Miten kuntoutujan aktiivinen rooli on kuntoutujan omasta mielestään toteutunut fysioterapiatilanteissa?

- | | |
|---|-----------|
| 1. Olen saanut esittää omia tavoitteitani kuntoutukselle | 5 4 3 2 1 |
| 2. Olen saanut osallistua edistymiseni arviointiin. | 5 4 3 2 1 |
| 3. Olen saanut vaikuttaa kuntoutukseni sisältöön. | 5 4 3 2 1 |
| 4. Olen harjoitellut asioita, jotka koen tavoitteideni mukaiseksi | 5 4 3 2 1 |
| 5. Olen kokenut saavani tietoa, miksi harjoituksia tehdään. | 5 4 3 2 1 |
| 6. Sain ohjeita omatoimiseen harjoitteluun vapaa-ajalle. | 5 4 3 2 1 |

Muuta: _____

Mitkä osa-alueet kuntoutuksessa koin itselleni tärkeäksi kuntoutumisen kannalta?

Mikä fysioterapiassa olisi edistänyt kuntoutumistani?

Mitä parannettavaa kuntoutuksessa olisi?

Miten kuntoutusjakso on kuntoutujan mielestä tukenut hänen aktiivisuutta kotioloissa ja arkitoiminnoissa?

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Olen saanut varmuutta jokapäiväisiin toimintoihini. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Jos sain, niin mihin?_____ | | | | | |
| 2. Kuntoutus on vahvistanut liikkumistani kodin ulkopuolella. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Kuntoutus on tukenut harrastustoimintaani. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Olen oppinut kuntoutuksen kautta uusia toimintatapoja. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Olen löytänyt kuntoutuksen kautta uutta tekemistä itselleni. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Jos löysin, niin mitä_____

Muuta: _____

Miten kuntoutuja kokee terapian ulkopuolisen vapaa-ajantoiminnan tukeneen hänen aktiivisuuttaan kuntoutumisessa?

Oletko osallistunut Kruunupuiston vapaa-ajan toimintaan? Kyllä____ En____

Jos en osallistunut vapaa-ajan toimintaan, niin miksi en?

Koin vapaa-ajantoiminnan kuntoutustani tukevana. 5 4 3 2 1

Miten Kruunupuiston vapaa-ajan toiminnat ovat tukeneet kuntoutumistani?

Retket	5 4 3 2 1
Illanvietot	5 4 3 2 1
Omatoiminen liikunta	5 4 3 2 1
Askartelu	5 4 3 2 1

Mitkä vapaa-ajan toiminnot koin kuntoutumistani tukevina ja millä tavalla?

Millaista vapaa-ajantoimintaa olisit kaivannut?

