

# **Evaluering av MS-förbundets kurser Uusi suunta kohti liikettä**

Sara Lindberg

Meg Silander

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	4729, 4730
Författare:	Sara Lindberg & Meg Silander
Arbetets namn:	Evaluering av MS-förbundets kurser Uusi suunta kohti liikettä
Handledare (Arcada):	Anne Kokko
Uppdragsgivare:	Finlands MS-förbund rf
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är ett utredningsarbete som beställts av Finlands MS-förbund rf. Under året 2013 ordnade förbundet sju olika kurser runt om i Finland som gick under namnet "Uusi suunta kohti liikettä". Meningen med kurserna var att personerna med sjukdomen Multipel skleros skulle hitta en ny väg till upprätthållande av hälsa och motion.</p> <p>Syftet med examensarbetet är att evaluera hur deltagarna i MS-förbundets kurser "Uusi suunta kohti liikettä" upplevde en form av grupprehabilitering där de själva fick påverka kursinnehållet för att uppnå sina mål inför kurserna. Frågeställningarna till arbetet är: Hur upplevde deltagarna kurserna? Vilken nytta hade deltagarna av kurserna i vardagen? Vad tyckte deltagarna att var positivt med kurserna? Vilka förslag på förbättring uppstod bland deltagarna efter avslutade kurser? Den teoretiska referensramen baserar sig till stor del på MS-förbundets material samt på litteratur skriven av fysioterapeuten och forskaren Anders Romberg.</p> <p>Skribenterna har använt sig av en kombination av kvantitativ och kvalitativ metod. Dattainsamlingen har skett genom en enkät som innehöll både fasta och öppna svarsalternativ. De fasta svarsalternativen har analyserats kvantitativt genom en univariatanalys och de öppna svarsalternativen kvalitativt genom en innehållsanalys. Metoden och analysen utgår från litteratur av Jacobsen (2007).</p> <p>I resultatet framkommer att deltagarna var nöjda med kursernas upplägg och innehåll. Kamratstödet och variationen i motionsformerna upplevdes positiva. Deltagarna upplevde att kurserna gav dem mycket mod att tillämpa det inlärd i vardagen. De förbättringsförslag som togs upp var att kurserna skulle ordnas tidigare på dagen, träningsutrymmena skulle vara större och att det skulle ordnas flera kurser på samma ort.</p>	
Nyckelord:	Multipel skleros, Finlands MS-förbund rf, grupprehabilitering, motion, Uusi suunta kohti liikettä
Sidantal:	52
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	14.5.2014

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	4729, 4730
Author:	Sara Lindberg & Meg Silander
Title:	Evaluation of the Finnish MS society's courses Uusi suunta kohti liikettä
Supervisor (Arcada):	Anne Kokko
Commissioned by:	The Finnish MS society
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is an investigation work commissioned by The Finnish MS society. During the year 2013 the society arranged seven different courses throughout Finland by the name "Uusi suunta kohti liikettä". The purpose of the courses was that persons with the disease Multiple sclerosis would find a new way to maintain health and exercise. The aim with this thesis is to evaluate how the participants in the "Uusi suunta kohti liikettä" –courses, arranged by the Finnish MS society, experienced a form of group rehabilitation where they could influence the content of the course to achieve their own goals. The research questions are: How did the participants experience the courses? What benefits did the participants have of the courses in their daily lives? What was positive on the courses according to the participants? What kind of suggestions on improvement stood out among the participants after the courses had ended?</p> <p>The theoretical framework is mainly based on material received from the Finnish MS society and the literature from the physiotherapist and researcher Anders Romberg. The authors have used a combination of a quantitative and qualitative method. The collection of data was done with a questionnaire that included both closed and open questions. The closed questions were analyzed quantitatively by a univariate analysis and the open questions qualitatively by a content analysis. The method and analysis are based on literature of Jacobsen (2007).</p> <p>The results show that the participants were satisfied with the structure and the content of the courses. The peer support and the variation of the exercises were positive according to the participants. The participants got a lot of courage to use what they learned on the courses in their daily lives. The suggestions on improvement were that the courses would be arranged earlier in the day, the exercise space would be bigger and that it would be arranged several courses on the same location.</p>	
Keywords:	Multiple sclerosis, The Finnish MS society, group rehabilitation, exercise, Uusi suunta kohti liikettä
Number of pages:	52
Language:	Swedish
Date of acceptance:	14.5.2014

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	4729, 4730
Tekijä:	Sara Lindberg & Meg Silander
Työn nimi:	Arviointi MS-liiton kursseista Uusi suunta kohti liikettä
Työn ohjaaja (Arcada):	Anne Kokko
Toimeksiantaja:	MS-liitto
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on MS-liiton tilaama tutkimustyö. MS-liitto järjesti vuonna 2013 seitsemän eri kurssia ympäri Suomea. Kurssin nimi oli ”Uusi suunta kohti liikettä” ja sen tarkoituksena oli, että Multippelia skleroosia sairastava henkilö löytää uuden tien terveyden ja liikunnan ylläpitämiseen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida kuinka osallistujat MS-liiton kursseilla ”Uusi suunta kohti liikettä”, kokevat ryhmäkuntoutusmuodon, jossa he voivat vaikuttaa kurssin sisältöön saavuttaakseen omat tavoitteensa kursseille. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat: Miten osallistujat kokivat kurssit? Mitä hyötyä osallistujilla oli kursseista arjessa? Mitkä asiat kursseilla osallistujat kokivat myönteisinä? Mitä parannusehdotuksia osallistujat nostivat esille kurssien päätyttyä? Teoreettinen viitekehys perustuu pitkälti MS-liiton materiaaleihin ja fysioterapeutti ja tutkija Anders Rombergin kirjallisuuteen. Tekijät ovat käyttäneet kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmien yhdistelmää. Tiedonkeruu on suoritettu kyselylomakkeella, jossa on sekä kiinteitä että avoimia vastausvaihtoehtoja. Kiinteät vastausvaihtoehdot ovat analysoitu kvantitatiivisesti univariaatti analyysillä ja avoimet vastausvaihtoehdot kvalitatiivisesti sisällön analyysillä. Menetelmä ja analyysi perustuu Jacobsenin (2007) kirjallisuuteen.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että osallistujat olivat tyytyväisiä kurssien rakenteisiin ja sisältöihin. Vertaistuki ja liikunnan monipuolisuus osoittautuivat myönteisiksi. Osallistujat kokivat, että kurssit antoivat rohkeutta soveltaa opittua arjessa. Esiintyneiden parannusehdotuksien mukaan kurssit tulisi järjestää aikaisemmin päivällä, liikuntatilat tulisivat olla isommat ja useita kursseja tulisi järjestää samalla paikkakunnalla.</p>	
Avainsanat:	Multippeli skleroosi, MS-liitto, ryhmäkuntoutus, liikunta, Uusi suunta kohti liikettä
Sivumäärä:	52
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	14.5.2014

# INNEHÅLL

## FÖRORD

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>10</b>
2.1	MS-förbundet.....	10
2.2	MS-förbundets kurser "Uusi suunta kohti liikettä" .....	11
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>CENTRALA BEGREPP</b> .....	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>TEORETISK REFERENS RAM</b> .....	<b>16</b>
6.1	Multipel skleros.....	17
6.1.1	<i>Olika typer av MS</i> .....	18
6.1.2	<i>Symptom</i> .....	19
6.1.3	<i>Behandling</i> .....	20
<b>7</b>	<b>REHABILITERING</b> .....	<b>21</b>
7.1	Individuell- och grupprehabilitering.....	22
7.2	Fysioterapi.....	23
7.3	Motion och MS .....	23
<b>8</b>	<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	<b>25</b>
<b>9</b>	<b>FORSKNINGSMETOD</b> .....	<b>27</b>
9.1	En kombination av kvantitativ och kvalitativ metod .....	27
9.2	Reliabilitet och validitet.....	29
9.3	Undersökningsgrupp .....	30
9.4	Enkät som datainsamlingsmetod .....	31
9.5	Kvantitativ analys .....	32
9.6	Kvalitativ analys.....	33
9.7	Etiskt övervägande.....	35
<b>10</b>	<b>RESULTATREDOVISNING</b> .....	<b>35</b>
10.1	Kvantitativa resultat .....	35
10.1.1	<i>Kursinnehåll</i> .....	36
10.1.2	<i>Ledare</i> .....	37

10.1.3	<i>Deltagande</i>	38
10.1.4	<i>Kunskap och information</i>	39
10.1.5	<i>Förändringar i vardagen</i>	40
10.2	Kvalitativa resultat .....	42
10.3	Sammanställning.....	44
<b>11</b>	<b>KRITISK GRANSKNING.....</b>	<b>45</b>
<b>12</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>46</b>
	<b>KÄLLOR.....</b>	<b>48</b>
	<b>BILAGOR.....</b>	<b>53</b>

## Figurer

Figur 1. ICF .....	15
Figur 2. Olika typer av MS.....	19
Figur 3. Motionskakan.....	25
Figur 4. Åldersfördelningen på kurserna .....	30
Figur 5. Deltagarnas arbetssituation.. ..	31
Figur 6. Deltagarnas subjektiva fysiska funktionsförmåga.....	31
Figur 7. Fråga 1 .....	36
Figur 8. Fråga 2 .....	36
Figur 9. Fråga 7 .....	37
Figur 10. Fråga 5 .....	37
Figur 11. Fråga 8 .....	38
Figur 12. Fråga 15 .....	38
Figur 13. Fråga 3 .....	39
Figur 14. Fråga 9 .....	39
Figur 15. Fråga 11 .....	40
Figur 16. Fråga 12 .....	40
Figur 17. Fråga 13 .....	41
Figur 18. Fråga 14 .....	41

## Tabeller

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys.....	34
---	----

## FÖRORD

Vi vill rikta ett varmt tack till alla personer som stöttat oss under hela arbetsprocessen. Speciellt vill vi tacka vår beställare Annika Ingves från MS-förbundet som gett oss goda idéer och mycket användbart material. Sist men inte minst ett stort tack till vår handledare Anne Kokko som hjälpt oss hela vägen, gett konstruktiv feedback och trott på oss då vi inte trott på oss själva.

Från första början var vi medvetna om att vi delvis skulle skriva examensarbetet på distans p.g.a. praktiker och utlandsstudier. Många tvekade att samarbetet skulle lyckas, men med hjälp av Skype, e-post och flyg har vi endast nu varandra att tacka!



# 1 INLEDNING

Multipel skleros, även förkortat MS (som skribenterna i fortsättningen kommer att använda), är en kronisk progressiv autoimmun sjukdom som drabbar främst unga vuxna och vuxna i arbetsför ålder. Den vanligaste åldern att insjukna i MS är 20-40 år. Att insjukna som under 16-åring och över 60-åring är väldigt ovanligt. Prevalensen att drabbas är dubbelt så hög hos kvinnor som hos män. I Finland finns det ca 7000 personer med sjukdomen MS och årligen insjuknar 7/100 000 finländare. (Hallikainen et al. 2011 s. 8, Käypähoito 2012)

Förekomsten av MS är ojämnt utspridd i världen. Vanligast är sjukdomen på områden där det bor personer med nordeuropeiskt ursprung (Skandinavien, Stor-Britannien, norra USA, södra Kanada, Nya Zeeland och sydöstra Australien). Ovanligast är förekomsten i Afrika och Asien. I Finland förekommer också regionala skillnader, t.ex. är prevalensen högre i Österbotten än i Nyland. (Soinila 2007 s. 382)

Vid sjukdomen är det i huvudsak hjärnan och ryggmärgen, dvs. det centrala nervsystemet, som drabbas. Den övriga kroppen tar inte direkt skada. Symptomen är väldigt varierande från person till person, det kan t.ex. vara förändringar i känseln, svårigheter att röra på sig, försämrad kognition eller smärta. Eftersom symptomen är så olika finns det inte en specifik behandlingsmetod. (Hallikainen et al. 2011 s. 7, 10, 15)

Vid MS är det viktigt att upprätthålla funktionsförmågan, förbättra livskvaliteten och lindra symptomen. Forskning har påvisat att regelbunden motion är en effektiv rehabiliteringsmetod. (Romberg 2013 s. 10) Fysioterapi är viktigt i början av rehabiliteringsprocessen. Fysioterapeutens roll är att ge motionsråd och handledning åt den insjuknade. I början av sjukdomsskedet är fysioterapeuten mera som ett stöd, så att den insjuknade inser betydelsen av att vara fysiskt aktiv. Då sjukdomen ännu är mild och måttlig kan den insjuknade delta i gruppverksamhet. Senare i sjukdomsskedet kan gruppterapi bytas ut mot individuella terapiformer. (Romberg 2005 s. 35-36)

Detta examensarbete är ett utredningsarbete som beställts av MS-förbundet, där skribenterna utreder deltagarnas subjektiva upplevelser av MS-förbundets kurser ”Uusi suunta

kohti liikettä”. Arbetet utgår från ett hälsofrämjande perspektiv och koncentrerar sig på rehabiliteringen hos personer med MS i form av motion och kamratstöd.

Det hälsofrämjande perspektivet baserar sig på Aaron Antonovskys teori KASAM, dvs. känslan av sammanhang. Enligt Antonovsky rör sig en person mellan två ytterligheter, han är aldrig helt frisk eller helt sjuk. Under livets gång stöter människan på konflikter som skall lösas. Antonovsky ifrågasatte hur en del människor klarar av svåra konflikter med bevarad hälsa, medan andras hälsa rubbas. Teorin om KASAM består av tre begrepp; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky menade att då en person finner balans mellan dessa begrepp mår han psykiskt bra och kan därmed hantera mer krävande situationer, dvs. konflikter. (Antonovsky 1991 s. 7, 38-42)

Skribenterna valde att utgå från Antonovskys teori om känslan av sammanhang eftersom examensarbetet behandlar en sjukdom som inte går att bota, men som man kan lära sig att leva med. Känslan av sammanhang är aktuell vid grupprehabilitering och de insjuknade får stöd av varandra då de umgås tillsammans. Fastän Antonovskys teori är över 30 år gammal anser skribenterna att den är lämplig ur det hälsofrämjande perspektivet för detta arbete.

## **2 BAKGRUND**

Nedan presenteras kort MS-förbundets historia och dess verksamhet. I bakgrunden beskrivs också kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä”, där skribenterna belyser deltagarnas önskemål inför kurserna med citat ur ansökningsblanketterna.

### **2.1 MS-förbundet**

Finlands MS-förening grundades år 1965. Sex år senare sammanslogs alla MS-föreningar och bildade Finlands MS-förbund rf. År 2011 hade förbundet ca 10 200 medlemmar och ca 7000 patientmedlemmar, av vilka 80 % hade diagnosen MS.

MS-förbundet främjar rehabiliteringen hos personer med MS eller någon annan sällsynt progredierande neurologisk sjukdom. Förbundet fungerar även som ett stöd för anhöriga. Kärnan i MS-förbundets verksamhet är att personer med liknande erfarenheter och behov kan bilda ett nätverk sinsemellan och på så sätt få stöd av varandra.

MS-förbundet erbjuder också rehabiliterings- och boendetjänster. År 1988 startade det neurologiska rehabiliteringscentret i Masku sin verksamhet, där även förbundets centralbyrå finns. Maskus rehabiliteringscenter erbjuder mångsidig anstaltsliknande rehabilitering. Avokuntoutus Aksoni är en enhet som erbjuder regionala anpassningskurser och öppen rehabilitering. Under denna enhet fungerar även Helsingfors MS-rådgivning. MS-förbundet har tre servicehus som ordnar serviceboende dygnet runt för personer som är i behov av hjälp, Merenpisara i Helsingfors, Pihapihlaja i Seinäjoki och Satakieli i Villmanstrand. Där utöver erbjuder servicehusen även andra tjänster som har att göra med boende eller rehabilitering.

MS-förbundets rehabiliteringstjänster och serviceboenden finansieras i första hand av folkpensionsanstalten och kommunerna. I andra hand är det främst penningautomatförbundet RAY som står för finansieringen. Resurser för motionsverksamhet fås från utbildnings- och kulturministeriet. Ett viktigt tilläggsstöd utgör doneringarna från privatpersoner och olika företag. (MS-liitto, b, c)

## **2.2 MS-förbundets kurser ”Uusi suunta kohti liikettä”**

MS-förbundet ordnade kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” för första gången under året 2013 på sju olika ställen runt om i Finland (Helsingfors, Kajana, Villmanstrand, Karleby, Åbo, Joensuu och Jyväskylä). En direkt översättning av kursnamnet till svenska skulle vara ”En ny väg till rörelse”. Som även kursnamnet säger, var syftet med kurserna att den insjuknade skulle hitta en ny väg till det individuella upprätthållandet av sin hälsa och motion samt att finna en balans mellan välmående, rörelse- och funktionsförmåga. Enligt kursbeskrivningen kan detta uppnås eftersom en förbättrad kroppskontroll leder till en ökad balans som i sin tur underlättar rörelseförmågan. När kroppen mår bättre vilar också själen och välmåendet ökar. Under kursernas gång

användes olika motionsformer som hjälp för att var och en skulle hitta sin rätta metod för att upprätthålla sitt välbefinnande. (MS-liitto, i s. 16)

Personerna fyllde i en ansökningsblankett som innehöll punkter angående personuppgifter, hälsotillstånd, sjukdom och symptom samt dagliga aktiviteter. På basis av den ifyllda blanketten blev de antingen antagna till eller uteslutna från kurserna. (MS-liitto, i s. 16) På ansökningsblanketten kunde personerna motivera varför just de skulle bli antagna samt vilka önskemål de hade gällande kurserna. Motiveringarna varierade, men de flesta ansåg att motion är viktigt för det egna välmåendet samtidigt som några konstaterade att de skulle vara vid behov av råd och handledning: ”En saa minkäänlaista kuntoutusta. Omaehtoinen liikunta on tärkeää ja tarvitsen siihen neuvoja ja vinkkejä.” (”Jag får ingen sorts rehabilitering. Frivillig motion är viktigt och jag är i behov av råd och tips.”). Många nämnde också behovet av kamratstöd och att träning i grupp är trevligare än träning på egenhand; ”Kursilta saa aina hyviä liikkumisohjeita arjessa selviämiseen. Ohjaaja on ollut innostava ja hyvin asioista perillä. Myös vertaistukea on saanut siinä samalla muilta kurssilaisilta.” (”På kurserna får man alltid bra motionsråd för att klara sig i vardagen. Ledaren har varit inspirerande och välinformerad om aktuella ämnen. Samtidigt har man också fått kamratstöd av de andra kursdeltagarna.”).

Ett återkommande önskemål från personerna var att få råd om träning och nya idéer till den egna motionen; ”Toivon saavani hyvinvointia ja ideoita itseni hoitamiseen ja varsinkin löytää sellainen tapa oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen, jota voi harjoittaa jatkossa kotona.” (”Jag hoppas att jag uppnår välmående och får idéer till självvård. Speciellt hoppas jag att jag finner ett sätt att upprätthålla det egna välmåendet, som jag i fortsättningen kan träna med hemma.”). Där till fanns det önskemål om att förbättra balansen och gångförmågan samt att kunna känna sig tryggare i fysiska aktiviteter; ”Toivon saavani apua tasapainongelmiini; viikottaiset tapaamiset on henkisesti hyvin virkistäviä.” (”Jag önskar att jag får hjälp till mina balanssvårigheter; att träffas varje vecka är mentalt väldigt uppfriskande.”).

Kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” ordnades allt som allt åtta gånger, en gång i veckan, 1,5 timme till 2,5 timme per gång. Under kurserna användes bl.a. motionsdagböcker där personerna skrev upp all fysisk aktivitet de utförde under veckan, det kunde vara allt från hushållsarbete till gymnastiktimmar. Genom detta kunde deltagarna få idéer av varandra. Varje kurstillfälle inleddes med diskussion där

deltagarna fick fritt berätta om den gångna veckan med stöd av motionsdagböckerna. Under kursernas gång delade ledaren ut stödande material åt deltagarna, bl.a. en bild på motionskakan (se figur 3 s. 25), så att deltagarna kunde följa med hur mycket och hurdan slags fysisk aktivitet de utfört under veckan och om de uppfyllt den rekommenderade motionsmängden i motionskakan. (MS-liitto, i s. 16).

Under kursernas gång kom deltagarna i kontakt med olika motionsformer som hjälp för att finna balans mellan välmående, rörelse- och funktionsförmåga. Idén med kurserna var att deltagarna, tillsammans med ledaren, fick välja innehållet till kurserna och därmed kunde påverka vilken slags motion de skulle idka under de åtta gångerna. Därför ser alla sju kursers innehåll lite olika ut fastän de eftersträvar gemensamma mål. Exempel på motionsformer som användes var Pilates, vattengymnastik, balansträning, rörlighetsträning, stavgång, Tai Chi, avslappningsövningar, gymträning och bålstabilitet.

Kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” leddes av fysioterapeuter och delvis av psykologer eller psykoterapeuter. För finansieringen stod penningautomatföreningen RAY. Deltagarnas självrisk var 25€. (MS-liitto, i s. 16, 25)

### **3 SYFTE**

Syftet med detta arbete är att evaluera hur deltagarna i MS-förbundets kurser ”Uusi suunta kohti liikettä” upplevde en form av grupprehabilitering där de själva fick påverka innehållet för att uppnå sina uppställda mål inför kurserna. Med hjälp av detta arbete är det meningen att MS-förbundets kommande rehabiliteringskurser utvecklas för att bättre motsvara deltagarnas behov och förväntningar.

### **4 FRÅGESTÄLLNINGAR**

1. Hur upplevde deltagarna kurserna?
2. Vilken nytta hade deltagarna av kurserna i vardagen?

3. Vad tyckte deltagarna att var positivt med kurserna?
4. Vilka förslag på förbättring uppstod bland deltagarna efter avslutade kurser?

De två första frågeställningarna besvaras av Meg Silander och de två sista av Sara Lindberg.

## 5 CENTRALA BEGREPP

### **Fysioterapi:**

Fysioterapiyrket baserar sig på fysioterapivetenskap. Vetenskapen bygger på människans rörelse- och funktionsförmåga, speciellt på eventuella försämringar och störningar i kroppsfunktionen. I fysioterapeutens arbete ingår bl.a. att bedöma klientens hälsa och rörelse- och funktionsförmåga, samt att kartlägga vilka begränsningar klienten har i vardagen. Fysioterapimetoderna eftersträvar att främja hälsan och funktionsförmågan genom rådgivning, handledning, terapeutiskträning samt manuell och fysikalisk terapi. Därutöver ingår hjälpmedelsservice i fysioterapeutens arbete. Fysioterapi är en del av det kommunala och det privata social-, hälso- och rehabiliteringssystemet. (Suomen fysioterapeutit)

### **Rehabilitering:**

Svenska akademiens ordbok förklarar ordet ”rehabilitera” som upprättelse, att återanpassa sig till livet efter en sjukdom eller skada (Svenska Akademien 2011 s. 749). Social- och hälsovårdsministeriet i Finland beskriver rehabilitering på följande sätt:

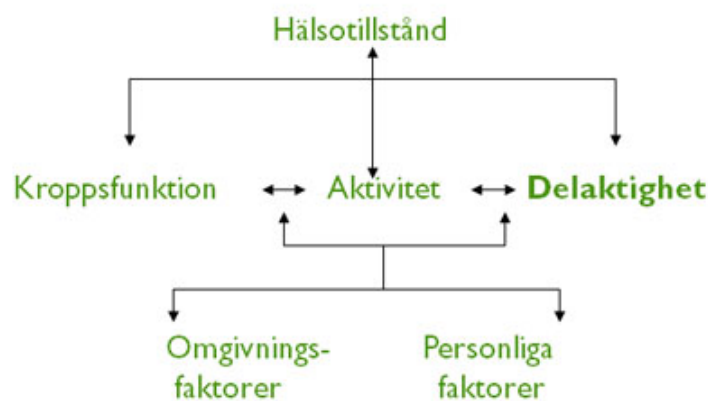
Syftet med rehabilitering är att främja funktionsförmågan, förmågan att klara sig på egen hand, välbefinnandet, möjligheterna att vara delaktig och sysselsättningen hos en person som är sjuk eller har funktionsnedsättning. (Social- och hälsovårdsministeriet 2013).

Kommunerna är ansvariga för att ordna medicinsk rehabilitering både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Utöver detta köper kommunerna ofta medicinska rehabiliteringstjänster från den privata eller från tredje sektorn, dvs. olika organisationer eller förbund. Folkpensionsanstalten (FPA) ansvarar enligt lag för anordnan-

det av den medicinska rehabiliteringen för gravt invalidiserade personer under 65 år. (Kettunen et al. 2005 s. 344-345)

### ICF:

Den 22 maj år 2001 tog Världshälsoorganisationen (WHO) i användning den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) som ersatte den tidigare Internationella klassifikationen av funktionsnedsättning, funktionshinder och handikapp (ICIDH) som utkom år 1980. Inom rehabiliteringen används ICF som ett verktyg för att få en heltäckande beskrivning om en persons hälsotillstånd. ICF behandlar olika dimensioner; kroppsfunktion och kroppsstruktur, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer samt personliga faktorer. (Gustavsson 2004 s. 41, 50-51, WHO 2013)



Figur 1. ICF. Tillgänglig: <http://hj.se/forskning/forskningsmiljoer/child/vad-ar-icf-och-icf-cy.html> Hämtad 23.12.2013

Varje dimension kan antingen vara positiv/underlättande eller negativ/hindrande. Kroppsfunktion och kroppsstruktur står för kroppens anatomiska delar, såsom organ, muskler samt kroppens fysiska och mentala förmåga. Med aktivitet anses det en person utför i vardagen, själva utförande av någonting. Med delaktighet menas en persons medverkande i en livssituation. Omgivningsfaktorer är den fysiska och sociala miljö som personen rör sig i samt omgivningens synsätt eller attityd i miljön personen lever i. Personliga faktorer avses vara de faktorer som en person själv har, t.ex. kan det vara att personen är positiv, målinriktad eller envis. Tanken med ICF är att det skall bildas ett

helhetsbegrepp om personen, så att inte enbart de negativa tillstånden kommer fram, utan också de positiva. (Gustavsson 2004 s. 36-38, 41, 50-51, WHO 2013)

### **Funktionsförmåga:**

Funktionsförmågan baserar sig på människans fysiska och psykiska egenskaper samt genetiska faktorer och närmiljö. Den förändras med åldern och till följd av eventuell sjukdom eller skada. Funktionsförmågan innebär hur man fungerar och klarar sig i olika livssituationer. (Talvitie et al. s. 38-39)

### **Livskvalitet:**

Livskvaliteten är en del av funktionsförmågan. Den är unik hos varje person. Livskvaliteten påverkas inte enbart av saknad av sjukdom, utan berör alla livsdimensioner så som hälsa och välmående, levnadsstandard, sociala förhållanden samt närmiljöns tillgänglighet och funktionalitet. (Talvitie et al. s. 38-39)

### **Fysisk aktivitet:**

Fysisk aktivitet innebär all energiförbrukning som sker med viljestyrda muskelrörelser, dvs. allt fysiskt arbete som utförs under dagen. Det kan t.ex. vara allt från hushållsarbete och trädgårdssysslor till ett träningspass på gymmet. (Romberg 2005 s. 17, Hallikainen et al. 2011 s. 20-21) Den fysiska aktiviteten som utförs i vardagen står för den största delen av energiförbrukningen (Statens folkhälsoinstitut 2003 s. 34).

### **Kamratstöd:**

Med kamratstöd avses stödet man får från andra personer i olika livssituationer. Det är en växelverkan mellan två eller flera personer där man både får hjälp av och ger stöd åt varandra. Stödet bygger på egna erfarenheter och upplevelser. Genom kamratstödet kan man bli medveten om sina styrkor och ta ansvar över det egna livet. (Sosiaaliportti)

## **6 TEORETISK REFERENS RAM**

I den teoretiska referensramen beskrivs sjukdomen MS, dess symptom, diagnostisering och behandling. Teorin koncentrerar sig främst på motion och fysioterapi för personer



med MS. Arbetets teoribas utgår till stor del av MS-förbundets material samt på litteratur skriven av fysioterapeuten och forskaren Anders Romberg. De olika medicinska begreppen och termerna som förekommer i texten finns definierade i bilaga 1.

## 6.1 Multipel skleros

MS är en kronisk autoimmun neurodegenerativ sjukdom som drabbar centrala nervsystemet (Romberg 2013 s. 15). Skadan i centrala nervsystemet uppstår då vita blodkroppar, av okänd anledning, tränger sig från blodcirkulationen till centrala nervsystemet och framkallar en inflammation som är skadligt för myelinet. Vid MS ser de vita blodkropparna skadliga partiklar i myelinet och attackerar det, vilket i sin tur leder till en demyelisering. Detta innebär att informationen från hjärnan och ryggmärgen till resten av kroppen blir långsammare, vilket leder till en rad olika symptom. (MS-liitto, d)

Inflammationen avtar efter några dagar eller veckor och det uppstår ärr på den skadade nervcellen. Ärran syns som s.k. placker på magnetbilder. I början kan axonernas förmåga att leda aktionspotentialer förbättras och symptomen avta, antingen delvis eller helt och hållet. En förbättring av symptomen kan fortsätta i någon månad framåt p.g.a. att det sker en remyelisering av axonet. (Fagius et al. 2007 s. 24) Ifall immunsystemet attackerar ofta blir remyeliseringen svårare. (MS-liitto, d)

Orsaken till insjuknandet är okänd. Det är högst sannolikt att omgivningsfaktorer och genetiskafaktorer bidrar till insjuknandet, men diagnosen går inte att ställas enbart på basis av dem. Även vanliga virus och bakterier kan leda till insjuknandet ifall personen ifråga har en genetisk benägenhet till det. I nyare forskning har man sett ett samband mellan insjuknande och infektioner som barn, UV-strålning, D-vitamin samt födelsemånad. (MS-liitto, a)

I början av sjukdomsförloppet är det mycket svårt att fastställa ifall det rör sig om MS eller någon annan sjukdom. En person som diagnostiserats med MS kan därför ha insjuknat betydligt tidigare. För att ställa diagnosen krävs flera undersökningar och olika metoder. (Fagius et al. 2007 s. 43) I första hand undersöks den insjuknades symptom och man ser ifall dessa är typiska för sjukdomen. Därtill utför en neurolog en noggrann

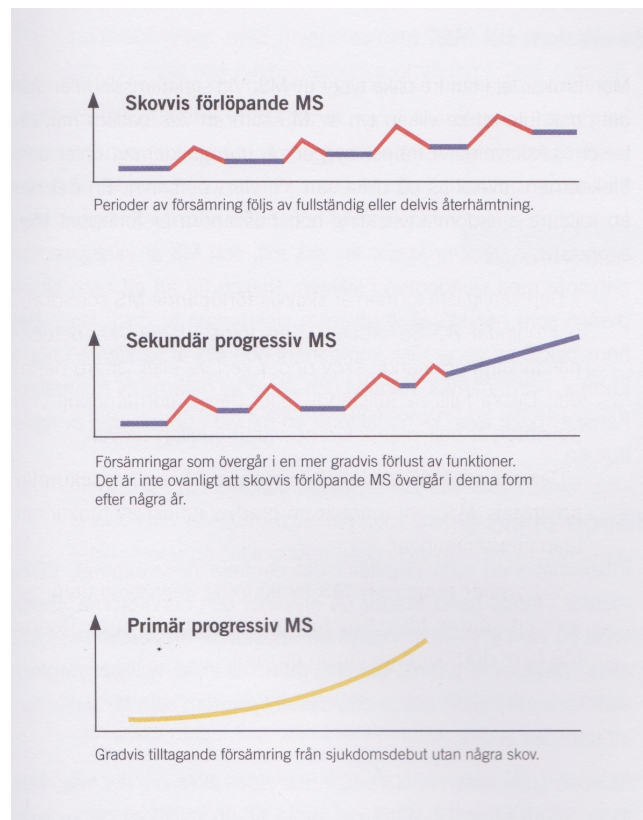
läkarundersökning. Utöver detta fastställs diagnosen med hjälp av magnetkamera (MRT) av både huvudet och ryggmärgen, samt lumbalpunktion. (MS-liitto, f).

### **6.1.1 Olika typer av MS**

Det är svårt att förutspå hur sjukdomsförloppet kommer att se ut, eftersom det varierar från person till person. Man kan dock urskilja olika faser eller förlopp av sjukdomen. De olika faserna indelas i två huvudgrupper som skiljer sig från varandra genom symptom som kommer i episoder och är övergående, dvs. skovvis förlöpande MS, och symptom som är långsamt tilltagande, dvs. progressiv MS. (Fagius et al. 2007 s. 36)

Skovvis förlöpande MS (relaps remitterande) innebär att sjukdomen förlöper i skov. Ett skov innebär att ett visst symptom utvecklas snabbt och försvinner efter en viss tid. Skov kan vara lindriga, t.ex. domningar i ett begränsat hudområde, eller kraftiga, t.ex. förlamningar. Återhämtningen efter ett skov är oftast fullständig. Även om vissa symptom kan kvarstå efter återhämtningen förblir tillståndet stabilt. Ifall skoven är få och lindriga samt återhämtningen är fullständig talar man om godartad MS eller benign MS. (Fagius et al. 2007 s. 38)

För det mesta övergår skovvis förlöpande MS så småningom till sekundär progressiv MS. I sekundär progressiv MS försämras funktionsförmågan oberoende av om man har skov eller inte. En ovanligare form är primär progressiv MS, där symptomen framskrider ända från början utan skov. (Käypähoito 2012)



Figur 2. Olika typer av MS (multipelskleros.nu 2007 s. 15)

### 6.1.2 Symptom

Liksom prognosen för sjukdomsförloppet, varierar även symptomen från person till person. Demyeliseringen kan ske var som helst i den vita substansen i centrala nervsystemet och därför är symptomen varierande. (Stokes & Stack 2011 s. 93)

De typiska debuterande symptomen är dubbelseende, suddig syn, blindhet, svindel och trötthet. Symptomen utvecklas snabbt och uppfattas inte alltid av personen som oroväckande och de faller ofta i glömska. Det allra vanligaste enskilda symptomet är nedsatt syn i ena ögat eller i båda ögonen. Synen återställs oftast inom ett par dagar eller veckor. Det nästvanligaste symptomet är en tydlig episod av neurologisk störning. Den kan förekomma som sådan eller i kombination med andra symptom så som svaghet, känselbortfall, klumpighet, sluddrigt tal, nystagmus, intentionstremor eller trigeminusneuralgi. (Stokes & Stack 2011 s. 93-94)

Det finns ett stort antal olika symptom som kan uppkomma under vilket stadie som helst. Symptomens svårighetsgrad kan variera från lindrig till grav. Utmattning eller uttalad trötthet, (eng. fatigue), är ett symptom som är oföränderligt och kan vara det mest närvarande symptomet vid MS. (Stokes & Stack 2011 s. 94) Tröttheten kan vara både fysisk och psykisk. Förlamningar och pareser kan drabba både armarna och benen, men det är vanligare att benen förlamas. (Fagius et al. 2007 s. 25-26, 33)

Hos personer med MS kan svårigheter att röra sig bero på muskelsvagheter, spasticitet, försämring av musklernas samarbete och balanssvårigheter. Balansen försämras speciellt efter utmattning och vid värme. Försämringar i musklernas samarbete kan ses speciellt som klumpighet och svårigheter med finmotoriken. (MS-liitto, e)

Andra symptom som förekommer vid MS är ataxi, urinblåsstörning, sexuell funktionsnedsättning, kognitiv påverkan (t.ex. minnesförlust), nedsatt intellektuell förmåga, värmeintolerans, psykiska symptom (t.ex. depression) och smärta i stöd- och rörelseorganen samt nervsmärtor. (Fagius et al. 2007 s. 28-35, MS-liitto, e)

Trots symptomen påverkas inte livslängden i stor utsträckning. Personer med svår funktionsnedsättning har ökad risk för att drabbas av en allvarlig infektion. Därför är medellivslängden något kortare för personer med MS än för den friska befolkningen, men i huvudsak kan en person med MS leva enligt den normala livslängden. Sjukdomen påverkar arbetsförmågan eftersom det i många yrken krävs god rörelse- och funktionsförmåga. Enligt forskning är en tredjedel av de insjuknade ännu arbetsföra efter att ha haft sjukdomen i 15 år. (Fagius et al. 2007 s. 42)

### **6.1.3 Behandling**

Det finns inget botemedel mot MS, men däremot finns det mediciner som kan bromsa sjukdomsförloppet och mediciner som lindrar symptom, så som t.ex. trötthet och depression. (multipelskleros.nu 2007 s. 32) Målet med medicineringen är att minska frekvensen och begränsa uppkomsten av skov, lätta symptomen, förebygga funktionsnedsättningar som kan uppstå då sjukdomen framskrider, främja den kvarvarande vävna-

dens återhämtning, säkerställa självständig funktionsförmåga samt förbättra livskvaliteten. (Romberg 2013 s. 17) Det är skäl att börja medicineringen så tidigt som möjligt eftersom den minskar på antalet skov (MS-liitto, g).

I behandlingen av MS är flera yrkesgrupper inblandade. Flera sjukhus har s.k. MS-team som t.ex. kan bestå av en neurolog, sjukskötare, ergoterapeut, fysioterapeut, talterapeut, socialarbetare och psykolog. Dessa samarbetar tillsammans för att stöda den insjuknade. (multipelskleros.nu 2007 s. 35)

Den insjuknade kan inte själv påverka hur sjukdomen kommer att framskrida. Man har forskat i hur stress påverkar sjukdomsförloppet, men man har inte uppnått någon vetenskaplig evidens som skulle stöda det. Forskningar har också gjorts gällande olika kostrekommendationer för personer med MS. Det har t.ex. forskats i hur olika dieter (föda med låg fetthalt och glutenfri kost) påverkar sjukdomen, men man har inte kunnat påvisa att dieterna skulle vara till nytta. Personer med MS bör följa samma rekommendationer som den övriga befolkningen, dvs. att äta hälsosamt, motionera, få tillräckligt med sömn och finna en balans mellan arbetet och fritiden. (multipelskleros.nu 2007 s. 37)

## **7 REHABILITERING**

Vid MS är rehabiliteringen en viktig del av behandlingen. För att uppnå en lyckad rehabilitering är det viktigt att den påbörjas så snabbt som möjligt, gärna direkt då diagnosen är ställd, så att klienten får en välplanerad rehabiliteringsplan från början. Rehabiliteringen är en lång process, därför är det viktigt att klienten får noggrann information om sjukdomen redan i ett tidigt skede. Rehabiliteringen är individuellt uppbyggd, klienten skall själv vara med och bestämma vilken slags rehabilitering som skulle passa honom. Rehabiliteringen angår inte enbart klienten, det kan bli aktuellt för anhöriga att delta på eventuella anpassningskurser. Möjligheten att diskutera med andra personer i liknande situationer och få information om hur sjukdomen kan påverka familjen är möjlig på anpassningskurser eller övriga kurser som ordnas för personer med MS. (MS-liitto, h. Rii-kola et al. 2013, Rissanen et al. 2008 s. 236-237, Hallikainen et al. 2011 s. 16-17)

Rehabiliteringen skall vara relevant för det stadiet som klienten befinner sig i. Forskning har inte påvisat att en specifik rehabiliteringsmetod är den bästa och enda rätta för personer med MS. Dock har det visat sig att en kombination av medicin och fysioterapi fungerar bra vid rehabiliteringen, t.ex. kan någon av följande rehabiliteringsformer vara till nytta för personer med MS; uthållighetsträning, fysioterapi, yoga, övningar för bäckenbottens muskulatur, psykologisk- och neuropsykologisk rehabilitering samt rådgivning om levnadsvanor. (Riikola et al. 2013, Stokes & Stack 2011 s. 95, Rissanen et al. 2008 s. 236–239)

ICF-klassifikationen är ett nyttigt verktyg i planering av rehabiliteringen. I Paltamaas avhandling (2008) "*Assesment of physical functioning in ambulatory persons with multiple sclerosis*", framkommer att ICF kompletterar den information som fås från de mätare som används för att beskriva fysisk funktionsförmåga hos personer med MS. ICF tar upp människans resurser på ett positivt sätt i form av kroppsfunktion och kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet och inte enbart de negativa begreppen sjukdom och funktionshinder. Avslutningsvis poängterar Paltamaa, att det är lättare att beakta hela klienten och hans livssituation genom ICF. ICF är ett verktyg som är enkelt att förstå av både terapeuten och klienten. (Paltamaa 2008 s.18-19, 90-100)

## **7.1 Individuell- och grupprehabilitering**

Personer med MS kan delta i både individuell och i grupprehabilitering. Vid den individuella rehabiliteringen har klienten möjlighet att direkt fråga om råd och få hjälp med övningar. Inom den individuella rehabiliteringen blir det en närmare kontakt mellan ledaren och klienten jämfört med rehabilitering i grupp. (Talvitie et al. 2006 s. 448-449)

För att uppnå en bra sammanhållning och en god rehabilitering kan gruppstorleken inte vara allt för stor. Gruppens storlek är beroende på vilken aktivitet som utförs och hur många deltagare ledaren kan ansvara för. Grupprehabilitering passar inte alla och det finns både för- och nackdelar med den. Fördelen är att man är social och den kan även vara avslappnande eftersom den för tankarna på annat (Romberg 2005 s. 19). Man får stöd av andra som är i samma situation och därmed kan man lära sig av varandra. Grupprehabiliteringen är även kostnadseffektiv. Eventuell nackdel är att grupperna kan

vara ojämna. Grupperna är ofta kvinnodominerade, särskilt om gruppen inte har särskilda krav på jämn könsfördelning. Vilken slags rehabiliteringsform som är den mest givande bör personen i fråga prova sig fram till och efter det ta beslutet om vad som fungerar bäst. (Stockes & Stack 2011 s. 375, Talvitie et al. 2006 s. 448-449)

## **7.2 Fysioterapi**

Då sjukdomen leder till funktionsnedsättning är fysioterapi en viktig del av rehabiliteringen. Fysioterapeutens uppgift är att tillsammans med klienten försöka hitta de rätta medlen för att återställa eller bevara funktionsförmågan. (multipelskleros.nu 2007 s. 36-37)

Fysioterapin skall vara målinriktad och realistisk samt klientcentrerad, vilket betyder att klienten själv är aktiv genom hela processen. Fysioterapin skall innehålla det som klienten har svårigheter med samt att stärka och upprätthålla de resurser som redan finns. För att lyckas med terapin bör både terapeuten, klienten, anhöriga samt de övriga yrkesmedlemmarna inom det multiprofessionella teamet vara flexibla och kritiska i rehabiliteringen. Terapeuten skall tillsammans med klienten bestämma när terapin skall ske, hur länge den skall pågå, vilka metoder som skall användas samt hur ofta fysioterapinbehandlingarna skall upprepas. Genom att få svar på dessa frågor ger man klienten en möjlighet att uppnå en så optimal rehabilitering som möjligt. (Stokes & Stack 2011 s. 100-103, Romberg 2005 s. 35-36)

## **7.3 Motion och MS**

Motion har påvisad positiv effekt för upprätthållande av rörelse- och funktionsförmågan hos personer med MS. Med en god allmänkondition kan personer med MS förbättra och upprätthålla balansen, muskelkonditionen, rörelseförmågan, stärka det psykiska välbefinnandet samt minska risken för att drabbas av någon infektionssjukdom. (Hallikainen et al. 2011, s 20-21)

Regelbunden motion är viktigt för personer med MS. Även då det är frågan om lätt träning, påverkar det positivt på kroppen och välmåendet. Trots att motion kan upplevas

som tillfälligt påtvingad, stöder den personen till oberoende och ger möjlighet att klara sig självständigt i vardagen. (Romberg 2005 s. 19) Det kan löna sig för en person som precis börjat motionera att börja långsamt och stegvis trappa upp, för att inte tappa motivationen och avsluta den påbörjade träningen. (Hallikainen et al. 2011, s 20-21)

Bästa effekten fås om motionen är regelbunden, utförs med rätt intensitet och är långsiktig. Genom motion kan eventuella symptom minska och skador förebyggas, så som muskelatrofi. Motion medför inte mera skada eller problem i det centrala nervsystemet och utlöser inte heller skov. Genom regelbunden motion kan funktionsförmågan och livskvaliteten förbättras och därmed ökas välbefinnandet. Det finns många olika sätt att motionera och vara fysiskt aktiv. Motionsformer som har visat sig vara passande för personer med MS är intervallträning, vattengymnastik, balansträning, Pilates, yoga, stavgång samt gymträning och bland lagsporter bl.a. boccia och inomhus curling (Romberg 2005 s. 25, Hallikainen et al. 2011 s 20-21)

Personer med lindrig och medelsvår MS kan följa rekommendationerna i UKK- institutets motionskaka och uppfylla minimi rekommendationen för motion. Motionskakan är riktad till personer från 18 till 65 år och innehåller rekommendationer för att uppnå hälsomotionens effekter (se figur 3). Personer med svår MS, vars rörelse- och funktionsförmåga är begränsad, kan troligtvis inte uppfylla kraven. (Romberg 2005 s. 55, UKK- instituutti 2013)





Figur 3. Motionskakan. Tillgänglig:

[http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/63motionskakan\\_09.pdf](http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/63motionskakan_09.pdf) Hämtad 22.12.2013

Motion och fysisk aktivitet skall utföras i måttliga mängder. Hur mycket och hur ofta en person med MS skall träna är väldigt individuellt. Att hitta den rätta träningsmängden är viktigt för att undvika ökad spasticitet och fatigue efter träning. (Romberg 2005 s. 30)

Personer med MS kan stärka muskelmassan och dess uthållighet genom olika former av motion. Dock kan inte muskelatrofi förebyggas för evigt, men genom motion och fysisk aktivitet fördröjs tiden innan de fysiska förändringarna tar över. (Romberg 2005 s. 31-32)

## 8 TIDIGARE FORSKNING

Litteraturen som användes till den teoretiska referensramen söktes i Arcadas bibliotekskatalog Arken och från Finlands MS-förbunds hemsidor. En del av litteraturen erhöles av beställaren. Litteratursökningen skedde i följande databaser: Cochrane library, PubMed, PEDro och Google scholar. Sökorden som användes var på engelska: Multipel Sclerosis, physiotherapy, group exercise, training, hydrotherapy, Romberg, fatigue och Pilates. Kriterierna för materialet som valdes var att det inte skulle vara mer än 10 år gammalt (för att minska på antalet träffar) och att forskningarna samt artiklarna

skulle behandla liknande former av motion som kurserna ”Uusi suunta kohti liikkettä” innehöll, t.ex. vattengymnastik och Pilates.

I litteratursökningen framkom att det finns begränsad litteratur om effektiviteten av gruppträning för personer med MS. Learmonth et al. (2012) rekommenderar gruppträning som ett möjligt alternativ för personer med mild MS. Gruppträning leder till förbättrad uthållighet, balans och styrka. McCullagh et al. (2008) konstaterade att ett tre månader långt gruppträningsprogram kan påverka positivt livskvaliten och fatigue. Trots detta har effekten av gruppträning på rörlighet, spasticitet, fatigue och livskvalitet hos personer med MS inte blivit grundligt utvärderade. Tarakci et al. (2012) tar upp i sin undersökning ”*Group exercise training for balance, functional status, spasticity, fatigue and quality of life in multiple sclerosis: a randomized controlled trial*”, att gruppträning är en passande träningsform för personer med MS. Charlton et al. (2010) skriver i sin forskning ”*Program Evaluation Results of a Structured Group Exercise Program in Individuals with Multiple Sclerosis*” att ledarskapet i ett gruppträningsprogram spelar en stor roll för deltagandet.

I forskningen ”*Long-term exercise improves functional impairment but not quality of life in multiple sclerosis*”, skriven av Romberg et al. (2005), konstaterades att funktionshinder hos personer med MS går att kompensera med hjälp av regelbunden motion. Träning i hemmet är praktiskt och ett kostnadseffektivt alternativ för att upprätthålla funktionsförmåga hos personer med MS. Slutsatserna i forskningen ”*Effects of exercise on fitness and cognition in progressive MS: a randomized, controlled pilot trial*” gjord av Briken et al. (2013) tyder på att aerobisk träning är möjlig och kan vara fördelaktig samt förbättra gångförmågan hos personer med progressiv MS.

Castro-Sánchez et al. (2011) tar upp i forskningen ”*Hydrotherapy for the Treatment of Pain in People with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial*” att terapi utförd i vattenmiljö visar positiv effekt på välmående samt minskar smärta hos personer med MS. Dessutom ger vattnet stöd till rörelser som är svåra och kräver balans på land och ger möjlighet för personer med gravare handikapp att träna.

Flera forskningar har kommit fram till att ingen specifik träningsform är bättre än någon annan. Till exempel i forskningen "*Comparison of 12 Weeks of Pilates and Aquatic Training on the Dynamic Balance of Women with Multiple Sclerosis*", skriven av Mohammad et al. (2013), undersöktes effekten av ett vattenträningsprogram och ett Pilatesprogram för kvinnor med MS. Resultatet visade positiva effekter av båda träningsformerna, men att man inte kunde se någon avsevärd skillnad mellan dessa två.

Rombergs avhandling (2013) "*Effects of Exercise Training on Functioning in Persons with Multiple Sclerosis*" stöder resultaten i forskningarna som behandlar träning för personer med MS. Avhandlingen visar stark evidens på att långvarig träning är passande för personer med MS. Romberg konstaterar att utövning av motion är säkert och inte leder till eventuella biverkningar. Som fysioterapeut är det viktigt att rekommendera träning för personer med mild eller medelsvår MS. Fysioterapeuten skall uppmuntra personen redan från sjukdomsdebuten att vara regelbundet fysiskt aktiv.

## **9 FORSKNINGSMETOD**

På förhand hade beställaren till arbetet valt metoderna för datainsamlingen och skribenterna kunde inte ta ställning till dessa. Forskningsmetoderna bestod av en kombination av kvantitativ och kvalitativ metod. Den kvantitativa analysen utfördes av Meg Silander och den kvalitativa analysen av Sara Lindberg.

### **9.1 En kombination av kvantitativ och kvalitativ metod**

Den kvantitativa metoden är strukturerad och relativt sluten. Undersökarens problemformulering bestämmer hurdana svar som fås ur insamlad data. (Jacobsen 2007 s. 52-54) Den datainsamlingsmetod som används ofta är enkäter med fasta svarsalternativ. Metodens syfte är att samla in information på ett enkelt sätt som senare kan läggas in i datorer för analysering (Jacobsen 2007 s. 180). Med den kvantitativa metoden är det svårt att gå på djupet eftersom metoden är inriktad på många respondenter och stora geografiska områden. Därmed är metoden kostnadseffektiv jämfört med den kvalitativa metoden. Genom den kvantitativa metoden är det lätt att hålla det kritiska avståndet till

det man undersöker, dvs. det sker inte personlig kontakt mellan undersökaren och respondenterna. Den kvantitativa metoden är till för att generalisera resultaten och den går inte in på djupet av ett tema, man mäter och förklarar. Därför har kvantitativ data ofta hög extern validitet, dvs. att resultaten går att generaliseras. (Jacobsen 2007 s. 52-54, 180)

Den kvalitativa metoden är en s.k. flexibel och öppen metod. Öppenheten innebär att undersökaren så lite som möjligt styr informationen som samlas in. Genom att respondenten fritt och med egna ord får uttrycka sig blir den data som samlats in nyanserad. Metoden är också flexibel eftersom problemställningen och datainsamlingsmetoden kan ändras under processens gång och gränsen mellan datainsamlingen och analysen är oklar. Den kvalitativa metoden betonar närhet mellan undersökaren och respondenterna. Dessa ovanstående fyra faktorer, öppenhet, flexibilitet, nyansrikedom och närhet, leder till att kvalitativa undersökningar ofta har hög intern validitet. (Jacobsen 2007 s. 48-51)

I jämförelse med kvantitativ data, som har hög extern validitet, handlar kvalitativ data inte om att generalisera från ett urval av respondenter till en större population, utan snarare om att förstå och fördjupa begrepp och fenomen. Kvalitativa undersökningar består av få respondenter som ofta är utvalda för ett särskilt syfte. Därför är det svårt att påstå att ett urval representerar en hel population. Vissa faktorer kan dock leda till att man har en möjlighet att generalisera resultaten. Antingen kan man studera hur respondenterna har valts ut eller så kan man använda sig av tidigare undersökningar. (Jacobsen 2007 s.166-168)

Dessa två metoder är inte motsatser, utan snarare kompletterar de varandra. De brister som framkommer i den ena metoden kan den andra metoden ha som styrka. Den kvalitativa metoden har hög intern validitet, men en svaghet i den externa validiteten, medan den kvantitativa metoden är motsatsen. På detta sätt stöder metoderna varandra, då de kombineras. Genom att kombinera dessa två metoderna kan man också kritiskt studera eventuella olikheter i svaren. (Jacobsen 2007 s. 58) I detta arbete kombinerades dessa två metoder eftersom datainsamlingen bestod av en enkät med både slutna och öppna svarsalternativ.

## 9.2 Reliabilitet och validitet

För att få reda på pålitligheten och trovärdigheten i en undersökning skall man ta fasta på begreppen reliabilitet och validitet. Undersökningens reliabilitet betyder att den är trovärdig, dvs. att den är genomförd på ett trovärdigt och pålitligt sätt. Begreppet validitet kan indelas i intern och extern validitet. Med intern validitet avses att man mäter det man har som avsikt att mäta. Extern validitet handlar om hur resultatet går att generalisera, dvs. hur giltigt det är i andra sammanhang. Dessa tre faktorer utgör tillsammans den totala validiteten i en undersökning. (Jacobsen 2007 s. 12-13, 304-305)

Reliabiliteten påverkas av hur noggrann man har varit då man har lagt in det kodade materialet i ett datorprogram. Det kan lätt ske felinslag som därmed kan leda till felaktiga resultat. Det är ändå enkelt att kontrollera felinslag genom att mata in data en gång till för att se om resultaten överensstämmer. (Jacobsen 2007 s. 288-289).

Ett vanligt fenomen inom alla typer av enkät- och intervjuundersökningar är att respondentens egna åsikter inte alltid kommer fram. Det kan antingen bero på att respondenten inte har kunskap om ämnet, väljer att inte svara ärligt eller svarar slumpmässigt på frågorna, t.ex. p.g.a. stress. Även om enkäten är skickad till en utnämnd person kan någon annan svara på enkäten i personens namn. För att kontrollera undersökningens reliabilitet kan man göra ett s.k. retest. Retest innebär att samma enkät skickas på nytt till en del av undersökningsgruppen en kort tid efter att den första enkäten skickats. Undersökningen har hög reliabilitet om svaren är lika som svaren i den första enkäten. (Jacobsen 2007 s. 286-288)

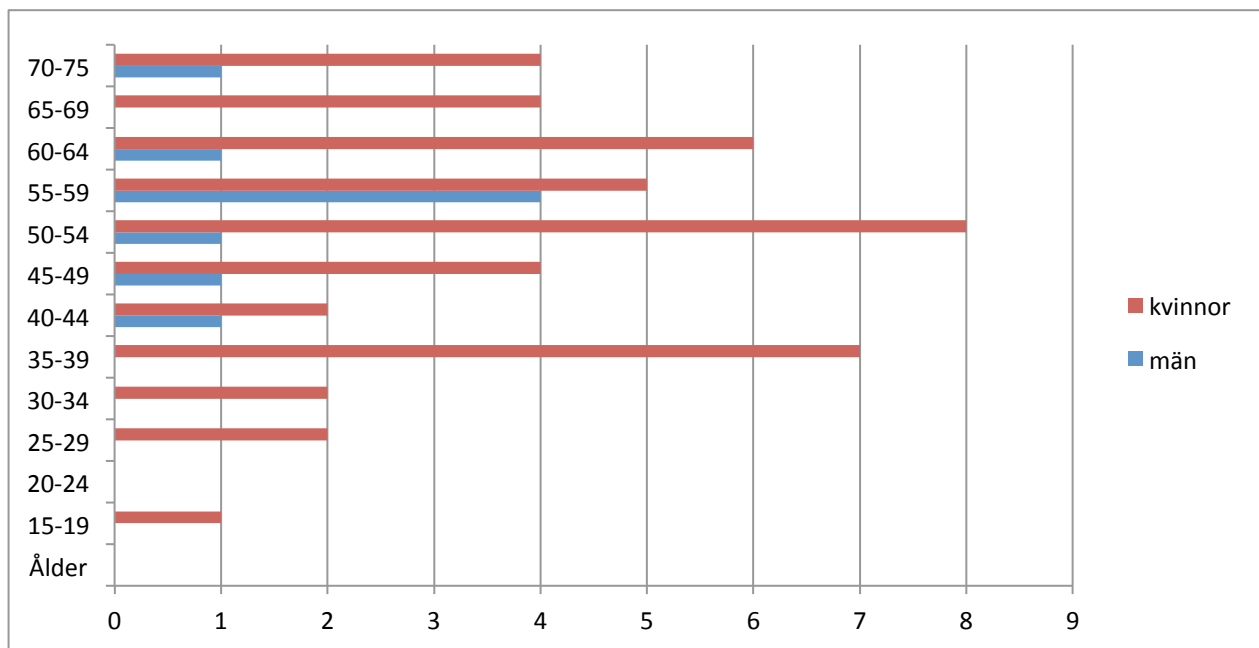
Validiteten är lika viktig som reliabiliteten i en undersökning. Den interna validiteten innebär hur korrekta resultaten är och den påverkas av hur data har tolkats. Den interna validiteten är låg om man redogör resultaten felaktigt. Den externa validiteten påverkas av hur representativt urvalet är till en större population. Det är svårt att få ett urval som exakt skulle motsvara populationen. Då undersökningsgruppen väljs slumpmässigt är sannolikheten större att urvalet bättre motsvarar populationen, detta medför hög extern validitet. (Jacobsen 2007 s. 275-277, 304-305)

### 9.3 Undersökningsgrupp

Urvalet till kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” gjordes på basis av ansökningsblanketterna som deltagarna fyllt i på förhand och skickat till MS-förbundet. Ansökningsblanketterna kunde besvaras i pappers form och elektroniskform. Personalen på MS-förbundet läste igenom ansökningarna och valde sedan ut deltagarna enligt inklusionskriterierna. För att delta på kurserna skulle deltagarna kunna röra sig självständigt (se figur 6 s. 31). De behövde inte ett läkarintyg för att bli antagna. Till varje kurs valdes mellan 8-12 deltagare, beroende på ansökningsantalet och de ifyllda ansökningsblanketterna.

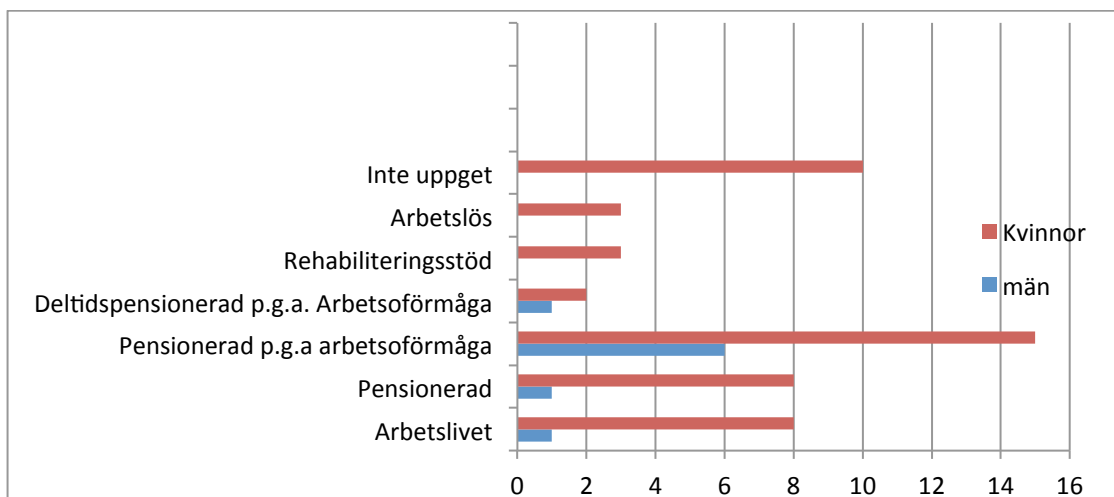
Allt som allt ansökte 64 personer till kurserna, varav 61 antogs. Tre personer uppfyllde inte kraven och blev således inte valda. Fem personer beslöt sig för att inte delta trots att de blivit antagna. Slutligen påbörjade 56 personer på kurserna och ingen av dessa avbröt.

Deltagarna bestod av 46 kvinnor i åldern 15-75 och 10 män i åldern 40-75. I figuren nedan ses åldersfördelningen mellan kvinnor och män.

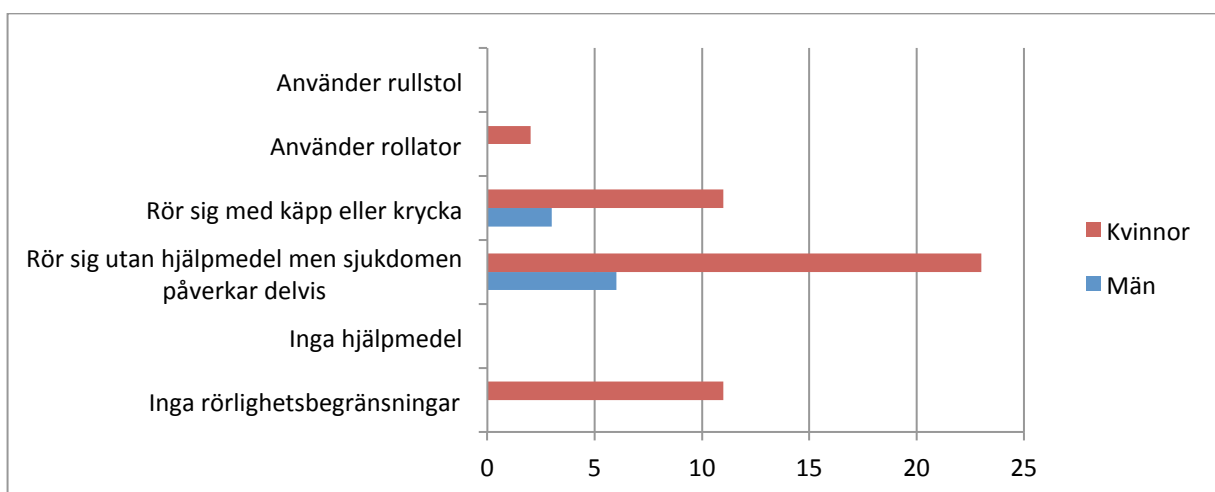


Figur 4. Åldersfördelningen på kurserna.

Deltagarnas arbetsituationer var olika, en del var i arbetslivet medan andra var pensionerade eller frånvarande från arbete p.g.a. annan orsak. Deltagarnas gångförmåga varierade från självständig till användning av rollator. I figurerna nedan ses fördelningen.



Figur 5. Deltagarnas arbetsituation.



Figur 6. Deltagarnas subjektiva fysiska funktionsförmåga.

## 9.4 Enkät som datainsamlingsmetod

Enkät är en datainsamlingsmetod som besvaras av respondenten. Som vid alla datainsamlingsmetoder finns det både för- och nackdelar. Fördelar med en enkät är att respondenten i lugn och ro kan läsa och svara på frågorna. Dessutom kan enkäter göras på stora geografiska områden med ett stort sampel utan desto större kostnader. Responden-

ten påverkas inte av den s.k. intervjuareffekten eftersom enkäten besvaras på egenhand. Eventuella nackdelar är att personer som inte behärskar språket eller har svårt att uttrycka sig i skrift inte kan delta i undersökningen. Missförstånd kan ske eftersom respondenten inte har möjlighet att ställa frågor angående frågorna i enkäten. (Ejlertsson 2005 s. 7-8, 11-13, Jacobsen 2007 s. 203)

Enkäten till detta arbete var färdig utarbetad av MS-förbundet och skickades per e-post till deltagarna efter avslutad kurs. Enkäten bestod allt som allt av 21 frågor, 16 av dem var frågor med fasta svarsalternativ. Enkäten avslutades med 5 öppna frågor där deltagarna fritt kunde svara på de angivna frågorna (se bilaga 2).

En enkät med öppna svarsalternativ kan ge värdefull information om respondenternas åsikter. Därför är det bra att avsluta en enkät med ett par öppna frågor så att respondenterna får möjlighet att uttrycka sig med egna ord. Det är dock få som använder sig av möjligheten att besvara öppna frågor, men de respondenter som anser att de inte får fram sina åsikter genom de färdiga svarsalternativen har en möjlighet till det i de öppna frågorna. (Jacobsen 2007 s. 195)

## **9.5 Kvantitativ analys**

Frågorna med fasta svarsalternativ har analyserats kvantitativt. Skribenten har kodat svaren, dvs. omvandlat svaren till siffror. Varje svarsalternativ har fått en siffra för att kunna sättas in i ett dataprogram och sedan analyseras. Skribenten valde att ge värdet 1 till svarsalternativet inte alls och värdet 5 till väldigt mycket. Svarsalternativen är i stigande ordning och blir på så sätt lättare att avläsa. (Jacobsen 2007 s. 233-234)

Först gjordes en univariatanalys där skribenten analyserade svaren på varje enskild fråga. Sedan gjordes en absolut frekvensfördelning och en frekvensanalys för att utreda hur många som har svarat på en viss fråga. På detta sätt fick skribenten ett värde som är ett absoluttal, vilket representerar antalet respondenter som hade kryssat i just den frågan. Därefter omvandlades den absoluta frekvensfördelningen till en relativ frekvensfördelning, dvs. svaren omvandlades till procent. Detta gjordes med alla fasta frågor i



enkäten. Resultaten redovisas i stapeldiagram, eftersom det gör avläsningen lättare. (Jacobsen 2007 s. 233- 237)

## 9.6 Kvalitativ analys

De öppna svaren har analyserats kvalitativt. Detta har skett genom en innehållsanalys där skribenten tolkat det som deltagarna skrivit i enkäten genom att finna samband i svaren. Innehållsanalysen är den vanligaste analysmetoden i empiriska undersökningar där man använder sig av kvalitativ data. Enligt Jacobsen (2007 s. 139-144) består innehållsanalysen av fem olika faser:

1. Kategorisering, där man grupperar den data man samlat in i olika teman eller problemställningar
2. Kategorierna fylls ut med innehåll och belyses med citat
3. Räknar hur många gånger ett tema eller en problemställning tas upp
4. Jämföra svaren för att hitta likheter och avvikelser
5. Försöka finna förklaringar till avvikelser

Kategoriseringen skapar struktur i texten och är till hjälp för att få en överblick över olika fenomen som framkommer. Genom att gruppera texten i olika teman kan skribenten jämföra svaren och på basis av dem försöka hitta förklaringar till de olika uppfattningarna.

Innehållsanalysen började med att skribenten läste igenom alla svar flera gånger och renskrev dem på skilda papper för varje fråga. Därefter indelades svaren i olika kategorier enligt teman med hjälp av markeringspennor i olika färger. Efter att svaren kategoriserats fylldes svaren ut med innehåll och belystes med citat. Utgående från kategoriseringen gjorde skribenten en enkel kvantitativ analys där hon räknade hur många gånger ett visst tema togs upp. Till slut jämförde skribenten de olika svaren med varandra och försökte finna förklaringar till olikheterna och likheterna som framkom.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys

Fråga 19: Vilka saker på kurserna var de mest användbara?

Kategori	Citat	Nämns antal gånger
Kamratstöd	<p>”... oli myöskin mukava tavata muita samaa sairautta sairastavia.” [”... det var också trevligt att träffa andra med samma sjukdom.”]</p> <p>”Kuulumisien ja kokemusten vaihto.” [”Utbyte av nyheter och erfarenheter.”]</p>	11
Träningen går att tillämpa hemma	<p>”Melkein kaikkea voi tehdä itsekseen kotona. Ei tarvita kummempia laitteita.” [”Nästan allt kan man utföra hemma på egenhand. Man behöver ingen speciell utrustning.”]</p>	3
Ny motion	<p>”...paljon uutta liikuntaa...” [”...mycket ny motion.”]</p> <p>”Kurssin monipuolisuus. Kurssilla opastettiin moniin erilaisiin kuntoilumuotoihin käytännössä.” [”Kursernas mångsidighet. På kurserna fick man praktisk handledning i många olika motionsformer.”]</p>	5
Tänjning och avslappning	<p>”Venyttelyharjoitukset.” [”Tänjningsövningarna.”]</p> <p>”Rentoutumisen harjoittelu...” [”Avslappningsträning...”]</p>	4

## **9.7 Etiskt övervägande**

I all vetenskaplig forskning bör man följa vissa etiska principer. Principernas huvudsyfte är att man inte får plagiera, dvs. använda texter eller data av andra som om de vore ens egen, eller lämna bort data eller information som man inte vill att skall ingå i arbetet. Personerna som deltar i undersökningen skall vara väl informerade om innehållet i undersökningen. Det är alltid frivilligt att delta i en undersökning och deltagarna skall kunna avbryta den när de vill och behöver inte svara på alla frågor. (Nyberg 2000 s. 35-36)

Personerna i denna undersökning fyllde i enkäten frivilligt och anonymt. MS-förbundet anhöll om forskningslov till arbetet. Materialet angående kurserna och de ifyllda enkäterna finns endast hos MS-förbundet och skribenterna har fått tillgång till ett exemplar.

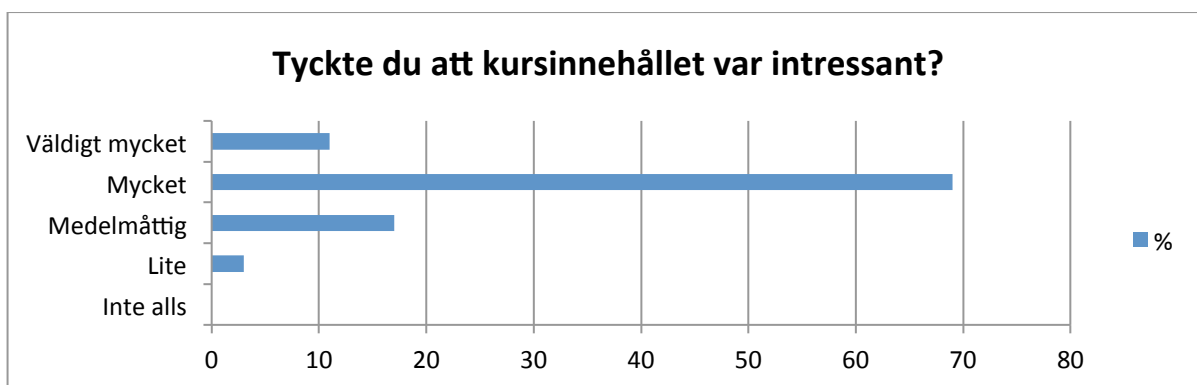
## **10 RESULTATREDOVISNING**

Syftet med kapitlet är att i form av text och figurer redovisa för resultaten av examensarbetet. Kapitlet är indelat i två delar, en kvantitativ och en kvalitativ del, eftersom det för läsaren skall vara lättare att skilja på resultaten ur de fasta och öppna svarsalternativen. I slutet är resultaten sammanställda under en egen underrubrik.

### **10.1 Kvantitativa resultat**

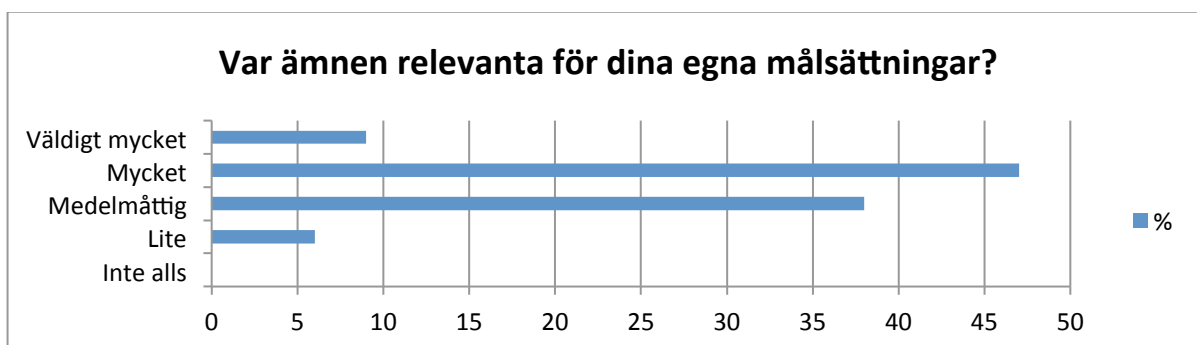
Av de 35 deltagarna som svarade på enkäten fanns det ytterligare bortfall bland svarsprocenten i frågorna. Svarsprocenten varierade på de fasta svarsalternativen mellan 57 % och 63 %. Skribenterna har valt att inte ta med fråga 4, 6 och 10 i analysen, eftersom frågorna inte är signifikanta med tanke på frågeställningarna i arbetet. Skribenterna har valt att gruppera frågorna i teman så att läsaren lättare kan se vilka teman som har behandlats och analyserats. Därav är figurerna nedan inte i samma ordning som i själva enkäten.

### 10.1.1 Kursinnehåll



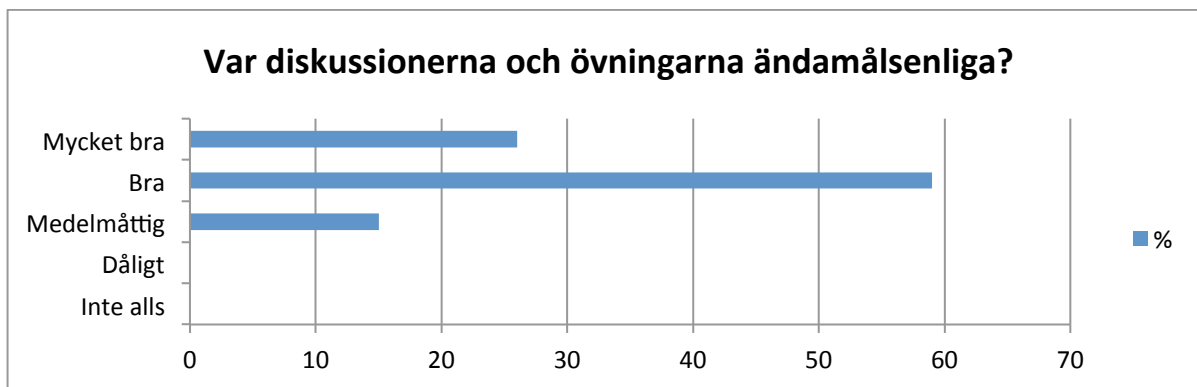
Figur 7. Fråga 1. Svartsprocent 63 %.

I figuren ovan kan man se att 11 % av de som svarat ansåg att kursinnehållet var väldigt intressant. Majoriteten, 69 % mycket intressant, 17 % medelmåttig, och 3 % ansåg att kursinnehållet endast var lite intressant. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat, ansåg att kursinnehållet inte alls var intressant.



Figur 8. Fråga 2. Svartsprocent 61 %.

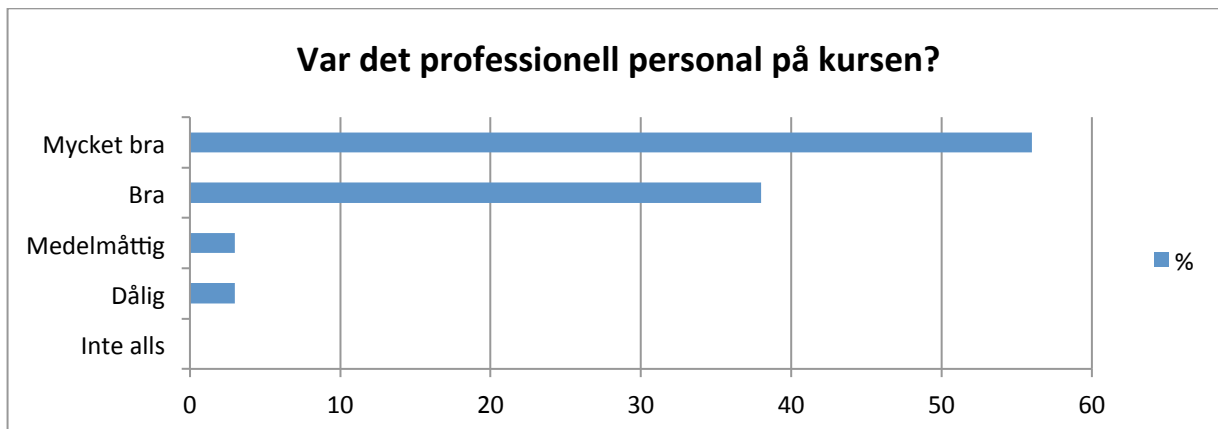
Av deltagarna ansåg 9 % att de ämnen som behandlades på kurserna var väldigt relevanta. Majoriteten, 47 %, ansåg att de var mycket relevanta, 38 % medelmåttigt relevanta och 6 % lite relevanta. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat ansåg att ämnena inte alls var relevanta för de egna målsättningarna.



Figur 9. Fråga 7. Svarsprocent 61 %.

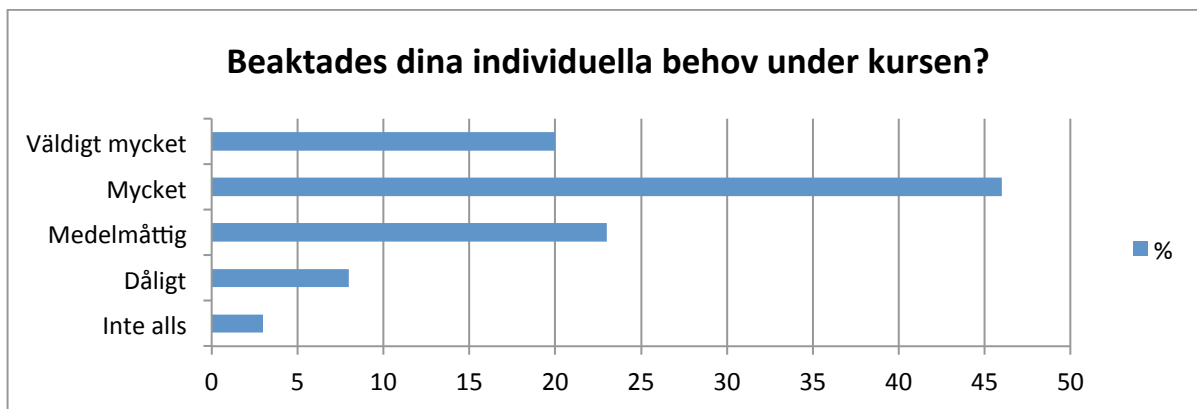
Åsikterna om diskussionernas och övningarnas ändamålsenlighet visar att 26 % ansåg att diskussionerna och övningarna var mycket ändamålsenliga. Majoriteten, 59 %, ansåg att diskussionerna och övningarna var ändamålsenliga och 15 % ansåg att de var medelmåttigt ändamålsenliga. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat ansåg att det skulle ha varit dåligt eller inte alls ändamålsenliga.

### 10.1.2 Ledare



Figur 10. Fråga 5. Svarsprocent 61 %.

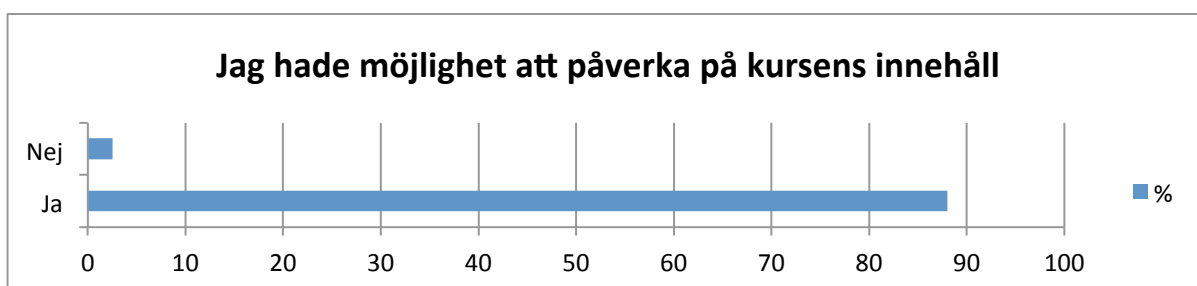
Personalen upplevdes av 56 % som mycket bra, 38 % upplevde att den var bra, 3 % upplevde att den var medelmåttig och 3 % ansåg att personalen var dålig. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat upplevde att personalen var oprofessionell.



Figur 11. Fråga 8. Svartsprocent 63 %.

Under kurserna upplevde 20 % att det individuella behovet beaktades väldigt mycket. Majoriteten, 46 %, upplevde att behovet beaktades mycket och 23 % upplevde att det beaktades medelmåttigt. Trots att majoriteten upplevde att det individuella behovet beaktades mycket hade 8 % svarat att det beaktades dåligt och 3 % hade upplevt att det individuella behovet inte alls beaktades.

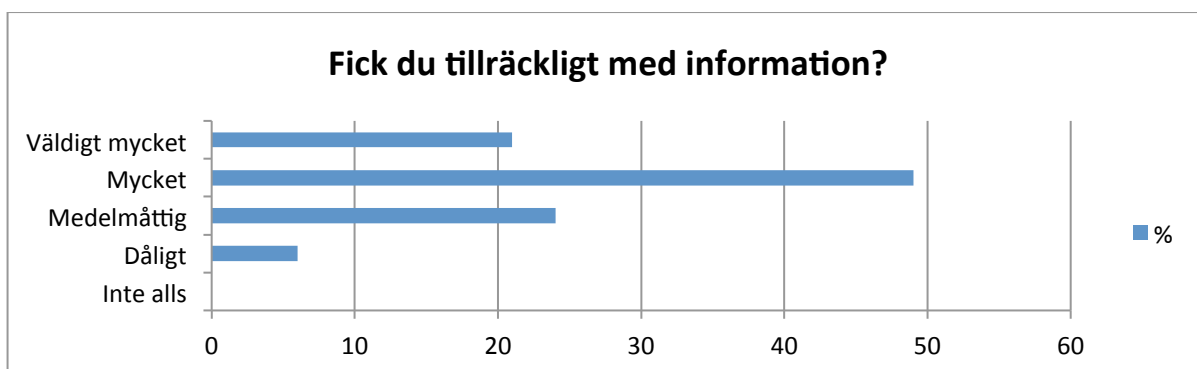
### 10.1.3 Deltagande



Figur 12. Fråga 15. Svartsprocent 61 %.

Av deltagarna upplevde 12 % att de inte hade möjlighet att påverka kursinnehållet medan 88 % upplevde att de kunde påverka.

### 10.1.4 Kunskap och information



Figur 13. Fråga 3. Svarsprocent 59 %.

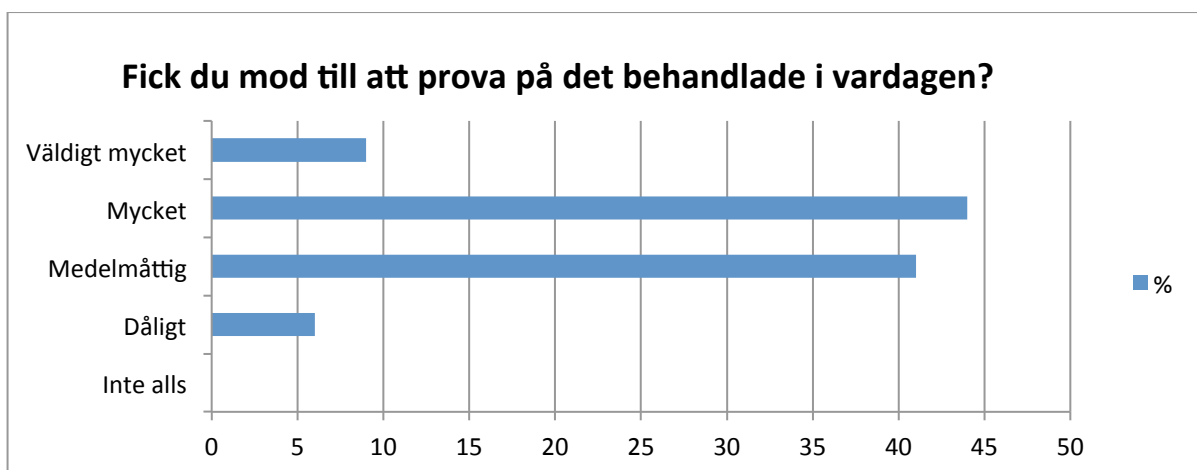
Av deltagarna upplevde 21 % att de fick vändigt mycket information. Majoriteten, 49 %, upplevde att de fick mycket information, 24 % upplevde att de fick medelmåttigt och 6 % upplevde att de fick dåligt. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat upplevde att de inte fick alls information.



Figur 14. Fråga 9. Svarsprocent 63 %.

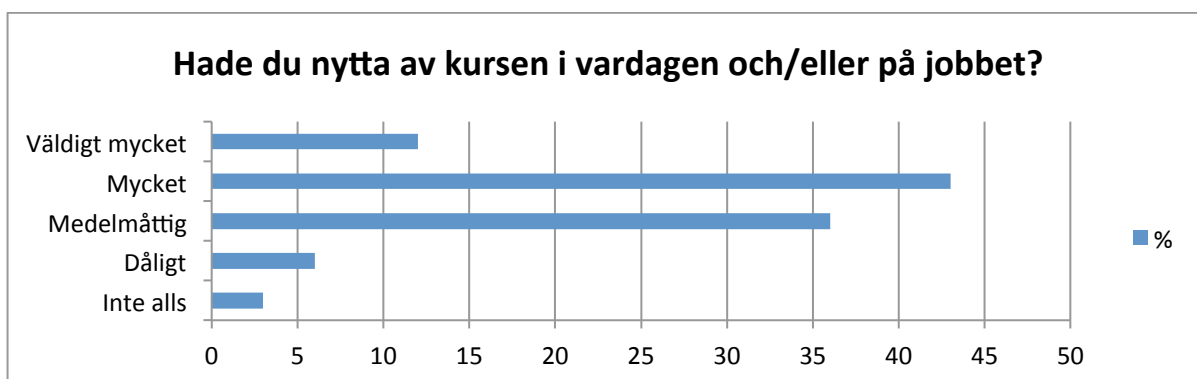
Av deltagarna upplevde 6 % att de fick vändigt mycket nytt och 37 % mycket nytt. Majoriteten, 48 %, ansåg att de fick medelmåttigt med ny kunskap och/eller tankar, 3 % ansåg att de fick dåligt och 6 % upplevde att de inte fick någonting nytt, varken i kunskaps- eller tankeväg.

### 10.1.5 Förändringar i vardagen



Figur 15. Fråga 11. Svarsprocent 61 %.

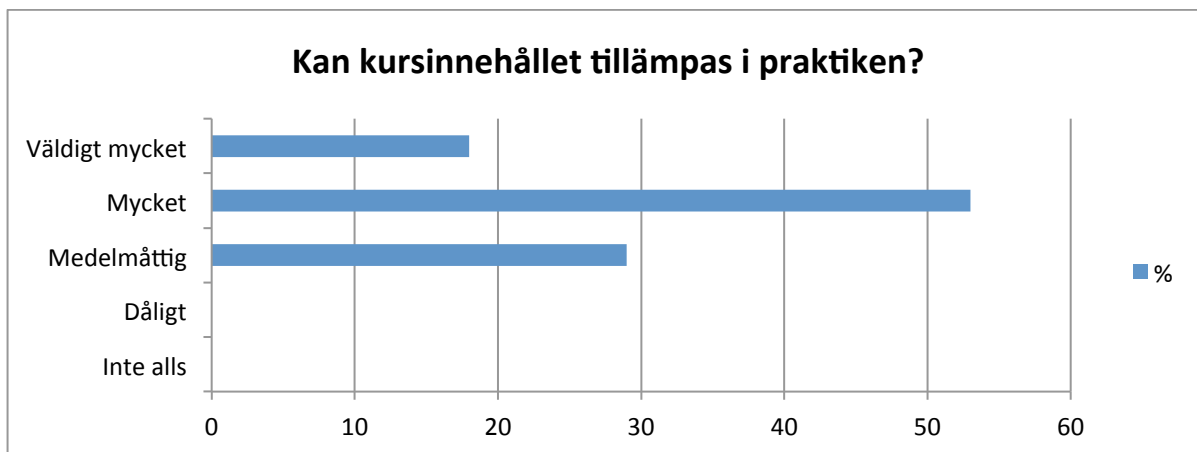
Av deltagarna ansåg 9 % att de fick väldigt mycket mod till att prova på det behandlade i vardagen, 44 % ansåg att de fick mycket, 41 % medelmåttigt och 6 % ansåg att de fick dåligt med mod. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat ansåg att de inte alls fick mod till att prova på det behandlade i vardagen.



Figur 16. Fråga 12. Svarsprocent 59 %.

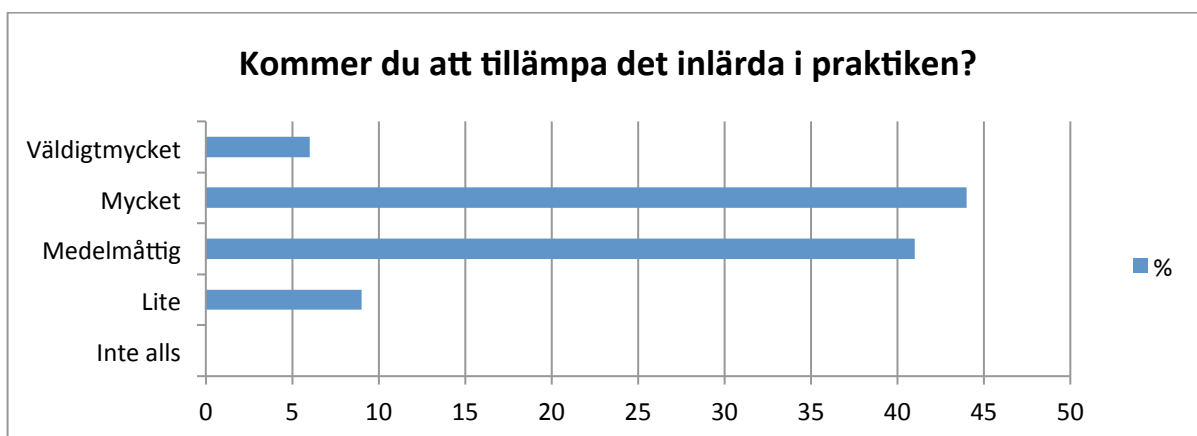
Av deltagarna ansåg 12 % att de hade väldigt mycket nytta av kurserna i vardagen och/eller på jobbet. Majoriteten, 43 % ansåg att de hade mycket nytta, 36 % medelmåttigt med nytta, 6 % dåligt med nytta och 3 % ansåg att de inte överhuvudtaget hade någon nytta av kurserna i vardagen och/eller på jobbet.





Figur 17. Fråga 13. Svarsprocent 61 %.

Deltagarna ansåg till 18 % att kursinnehållet kan tillämpas väldigt mycket i praktiken. Majoriteten, 53 %, ansåg att det kan tillämpas mycket och 29 % ansåg att kursinnehållet går att tillämpa medelmåttigt i praktiken. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat upplevde att kursinnehållet kan tillämpas dåligt eller inte alls i praktiken.



Figur 18. Fråga 14. Svarsprocent 61 %.

Av deltagarna svarade 6 % att de kommer att tillämpa det inlärd väldigt mycket i praktiken, 44 % svarade mycket, 41 % medelmåttigt och 9 % svarade att de kommer att tillämpa det inlärd endast lite i praktiken. Ingen, dvs. 0 % av de som svarat ansåg att de inte kommer att tillämpa det inlärd i praktiken.

## 10.2 Kvalitativa resultat

Många deltagare har låtit bli på att svara på de öppna frågorna och därför är svarsprocenten låg inom den kvalitativa delen. Fråga 17 besvarades av 25 %, fråga 18 av 48 %, fråga 19 av 57 %, fråga 20 av 38 % och fråga 21 av 45 %. Detta bör beaktas i tolkningen och i den kritiska granskningen.

De öppna frågorna i enkäten var följande:

17. Ifall du inte använde möjligheten att påverka kursinnehållet, varför använde du den inte?
18. Vilket skulle vara det bästa sättet att påverka kurserna?
19. Vilka var de mest användbara sakerna kurserna?
20. Vad tyckte du inte om på kurserna?
21. Vilka förändringar skulle du göra angående innehållet, de använda arbetsmetoderna, tidtabellen eller angående något annat?

Skribenten har valt att inte beakta fråga 17 i analysen, eftersom svarsprocenten är låg och frågan inte är signifikant med tanke på frågeställningarna i arbetet.

Efter att skribenten gjort innehållsanalysen fick hon svar på den tredje frågeställningen, ”Vad tyckte deltagarna att var positivt med kurserna?” och på den fjärde frågeställningen, ”Vilka förslag på förbättring uppstod bland deltagarna efter avslutad kurs?”. Deltagarnas svar på fråga 19 kan kombineras med vad som var positivt med kurserna och svaren på frågorna 20 och 21 med hur kurserna skulle kunna förbättras.

Enligt majoriteten av de som svarat på fråga 18 skulle det bästa sättet att påverka kursinnehållet vara att diskutera i grupp i början av kurserna (och under kursernas gång). Ledaren skulle fråga deltagarnas önskemål och ge förslag om olika motionsformer. Fyra respondenter ansåg att de gärna skulle ha planerat kursinnehållet tillsammans med ledaren och de andra deltagarna innan kurserna började. Många ansåg att det hade varit bra om man hade kunnat skriva sina önskemål redan i ansökningsblanketten.

Svaren på fråga 19, vilka saker på kurserna som var de mest användbara, var mycket splittrade. Majoriteten ansåg att det mest användbara på kurserna var kamratstödet. I många av svaren togs det upp olika motionsformer som deltagarna tyckt om, t.ex. ansåg fyra deltagare att tånjnings- och avslappningsövningarna var de mest användbara på kurserna. Andra motionsformer som togs upp var stoltgymnastik, träning med gummi-band, muskelstyrketräning, balansträning, bowling och kettleball. Överlag ansåg de flesta att det mest användbara på kurserna var själva motionen och mångsidigheten i träningen.

Tre deltagare ansåg att det mest användbara med kurserna var att träningen gick att tillämpa i hemmet. Annat som togs upp var att tröskeln till den egna träningen blev lägre, ledarna var bra, det var få deltagare på kurserna vilket möjliggjorde individuell handledning samt att man lärde känna igen de egna gränserna. En deltagare hade svarat att precis allt var användbart på kursen.

På fråga 20 hade en klar majoritet svarat att det inte fanns något som de inte tyckte om på kurserna. Fem deltagare hade kommentarer på trånga utrymmen och syrebrist. Två deltagare ansåg att kurserna inte gav något åt dem som var i bättre skick och enligt dem borde det varje gång finnas två ledare på plats eller alternativt skulle det ordnas två grupper, där den ena gruppen skulle vara för dem i sämre skick. Andra saker som togs upp, som man inte tyckt om på kurserna, var att det inte fanns unga deltagare på plats, Pilates, träning för benmusklerna, saknaden av passande maskiner på gymmet och för lite träning på gym.

På fråga 21, som handlade om vilka förändringar deltagarna skulle göra angående kurserna, gick det att se tre tydliga teman; tid, utrymme och kursinnehåll. Majoriteten ansåg ändå att de inte skulle göra några förändringar gällande kurserna, utan att de var nöjda med kursinnehållet och ansåg att allt på kurserna var intressant och nödvändigt. Fyra deltagare skulle ha velat att kurserna ordnades tidigare på dagen, medan en deltagare skulle ha velat att kursen ordnades senare på kvällen. En deltagare tyckte att kursen var för lång, medan en annan tyckte att kursen skulle ha kunnat vara lite längre så att det skulle ha blivit mera tid för tånjning och avslappning. Två deltagare önskade att utrymmena skulle vara större nästa gång så att syret inte tar slut. Angående kursinnehållet

skulle en deltagare ha velat ha mera personlig handledning, en annan skulle ha velat ha en klar plan på förhand om vad som kommer att göras på kursen och en tredje tyckte att innehållet borde gå att anpassa till personer med olika nivå på funktionsförmåga. Annat som togs upp var att man borde införskaffa HUR-maskiner (maskiner med luftmotstånd) till gymmet, att ledaren inte behöver vara rädd över att deltagarna går sönder då de tränar, att man borde bygga på kamratstödet och förtroendet och att man inte skall rekommendera kurserna för gravida.

### **10.3 Sammanställning**

Deltagarna upplevde kursinnehållet som mycket intressant. De ansåg att de ämnen som togs upp under kurserna var mycket relevanta för deras egna uppställda mål samt att de fått mycket information under kurserna. Diskussionerna och övningarna upplevdes ändamålsenliga. Deltagarna ansåg att de kunde påverka kursinnehållet.

Enligt deltagarna var det mest positiva med kurserna kamratstödet. Deltagarna ansåg att det var trevligt att möta människor med samma sjukdom och således sinsemellan dela med sig av sina erfarenheter och råd. I kapitlet som behandlade grupprehabilitering konstaterades att då man tränar i grupp får man stöd av andra som är i samma situation och därmed kan man lära sig av varandra (Talvitie et al. 2006 s. 448-449).

Själva motionen och mångsidigheten i träningsformerna upplevdes av deltagarna som positiva. Forskning har, som tidigare konstaterat, påvisat att motion, oberoende av träningsform, har positiva effekter på rörelse- och funktionsförmågan samt välmående hos personer med MS (Romberg 2013). Deltagarna upplevde att kurserna gav dem mycket mod att tillämpa det inlärd i vardagen.

Deltagarna ansåg att personalen på kurserna var mycket professionell. Som det redan framkom i tidigare forskning, spelar ledarskapet en stor roll i deltagandet i ett gruppträningsprogram (Charlton et al. 2010). En utmaning som ledaren ställs för är att kunna beakta den enskilda personens individuella behov i en grupp. Knappt hälften av deltagarna på kurserna upplevde att det individuella behovet beaktades mycket.

Deltagarna ansåg till stor del att kurserna var väldigt lyckade och att det inte fanns något som de skulle ändra på. De förbättringsförslag som dock togs upp var att kurserna skulle ordnas tidigare på dagen, träningsutrymmena skulle vara större och att det skulle ordnas flera kurser på samma ort. Deltagarna fick betygsätta kursen från en skala från 1 till 5, där 1 var det lägsta och 5 det högsta. Medeltalet från alla sju kurser var 3,95. Deltagarnas positiva feedback på kurserna visar att MS-förbundet kan i fortsättningen ordna nya ”Uusi suunta kohti liikettä” kurser för personer med MS.

## 11 KRITISK GRANSKNING

Resultaten kan ha påverkats av många olika faktorer. Respondenterna kan t.ex. ha svarat på enkäten så som de trott att undersökaren velat att de skall svara. I detta arbete innebär det att deltagarna på kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” kunde ha gett bättre feedback, eftersom det är vad deltagarna tror att MS-förbundet förväntar sig.

Deltagarnas svar på frågorna i enkäten påverkades också av att kurserna ordnades på olika ställen i Finland och således i olika utrymmen. En del kurser ordnades på dagen medan andra senare på kvällen. Längden på kurserna varierade mellan 1,5 timme och 2,5 timme. Alla kurser leddes av olika ledare och på vissa kurser var det få deltagare, vilket möjliggjorde personlig handledning. Alla dessa faktorer ledde till skillnader i deltagarnas svar. Oavsett dessa skillnader kunde man dock se tydliga samband i svaren.

Skribenterna konstaterade att många låtit bli att svara på enkäten, vilket lett till ett stort bortfall. Enligt Jacobsen (2007 s. 230) är en svarsprocent på över 50 % tillfredsställande, över 60 % bra och över 70 % mycket bra. Huvudproblemet i undersökningar är dock inte hur många procent som faller bort, utan vilka som gör det.

Vanligaste metoden för att minska bortfall i en enkät är att skicka en påminnelse och att garantera anonymitet. Påminnelserna kan leda till en ökning på 3-10 % i svarsprocenten. Det är också viktigt att förklara vad undersökningen går ut på och vilken betydelse den kommer att ha. Undersökningen skall väcka respondentens intresse och ibland kan man använda sig av olika belöningar för att öka på svarsprocenten. För att minska på bortfal-

let skall enkäten vara så kort som möjlig och endast innehålla relevanta frågor. (Jacobson 2007 s. 229-230)

Det är svårt att avgöra arbetets reliabilitet eftersom man inte gjort ett retest. Därmed kan man inte veta om respondenterna har svarat ärligt på enkäten. Skribenterna har tillsammans noggrant matat in det kodade materialitet manuellt i datorprogrammet Microsoft Excel 2010. Det kan ha förekommit felinslag, men det har skribenterna försökt undvika genom att båda varit närvarande och vid osäkerhet har de valt att göra uppgiften på nytt för att minimera felaktiga resultat.

Reliabiliteten kan också ha påverkats av frågorna i enkäten. Frågorna i en enkät skall vara specifika och enkelt formulerade så att de inte går att tolka. Enkäten innehöll tolkningsbara frågor, t.ex. frågan om deltagarna hade fått information under kursen. Detta kan tolkas på olika sätt och därmed kan man inte vara säker på vad respondenten har svarat på. Det kan t.ex. handla om tillräckligt med information om kurserna eller tillräckligt med information om motion.

Enkäten mätte det som den hade som avsikt att mäta, vilket leder till hög intern validitet. Man skall vara försiktig med att generalisera resultaten eftersom svarsprocenten var låg. I de fasta svarsalternativen överskreds inte 63 % och i de öppna överskred endast två frågor 50 %. Därmed har examensarbetet en låg extern validitet.

## **12 DISKUSSION**

Avsikten med detta examensarbete var att evaluera hur deltagarna i MS-förbundets kurser ”Uusi suunta kohti liikettä” upplevde en form av grupprehabilitering där de själva fick påverka kursinnehållet för att uppnå sina uppställda mål inför kurserna. Meningen är att MS-förbundets kommande rehabiliteringskurser utvecklas för att bättre motsvara deltagarnas behov och förväntningar. Därmed ger arbetet nytta till arbetslivet.

Efter att vi läst igenom enkäten och deltagarnas svar formades våra frågeställningar till arbete. Att formulera frågeställningar var inte så enkelt som vi trodde eftersom vi måste

gå bakvägen, dvs. forma frågeställningarna utifrån enkäten. Oftast då man skriver ett examensarbete utformas frågeställningarna innan man gör enkäten. Därför ändrades våra frågeställningar flera gånger under arbetsprocessen innan vi var nöjda.

Enkäten var färdigt utarbetad av MS-förbundet och den används för att utvärdera alla deras kurser. Det som vi saknade var frågor som skulle vara mer specifikt inriktade på kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” och målen med dem. Till exempel skulle några frågor ha kunnat lyda: ”Uppnådde du dina mål under kursen?” och ”Har du funnit en ny väg till upprätthållande av din hälsa? eller ”Har du fått nya idéer till motion?” Dessa frågor skulle ha gett svar på om deltagarna uppnått sina egna mål men också kursens mål.

Om vi på efterhand skulle ändra någonting i arbetsprocessen hade vi själva utformat enkäten och gett den direkt efter avslutad kurs åt deltagarna. Därmed skulle vi ha haft möjlighet att styra frågorna och fått svar på det vi saknade. Dessutom skulle bortfallet eventuellt ha minskat. Vi skulle också ha undvikit frågor som går att tolka och inte frågat två frågor i en fråga eftersom man inte vet vilken fråga respondenten svarat på.

Som förbättringsförslag skulle vi föreslå att alla kurser skulle ledas av två ledare, så att deltagarnas individuella behov togs i beaktan. Enkäten innehöll skrivfel vilket kan ge en oprofessionell bild av undersökningen, dessa fel skulle vara bra att korrigera. Materialet vi fick gällande kurserna skilde sig mycket från varandra, t.ex. hade en del ledare dokumenterat kursinnehållet noggrant medan andra helt låtit bli. Materialet hade brister, t.ex. var kursens deltagarantal på vissa ställen fel räknat och åldersintervallet på en kurs var 60-64 år medan den på övriga var 60-65 år.

Vårt förslag på fortsatt forskning skulle vara att jämföra kurserna ”Uusi suunta kohti liikettä” sinsemellan. Då skulle MS-förbundet få reda på om det finns regionala skillnader. För att kunna göra detta borde allt kursmaterial vara noggrant dokumenterat och alla kurser borde vara lika långa. Vi hoppas att MS-förbundet har nytta av detta examensarbete för utveckling av kommande rehabiliteringskurser och att de kan tillämpa resultaten i praktiken.

## KÄLLOR

Antonovsky, Aaron. 1991, *Hälsans mysterium*, Köping: Bokförlaget Natur och Kultur, 253 s.

Briken, S; Gold, SM; Patra, S; Vettorazzi, E, Harbs, D; Tallner, A; Ketels, G; Schulz, KH & Heesen, C. 2013, *Effects of exercise on fitness and cognition in progressive MS: a randomized, controlled pilot trial*, Tillgänglig:

<http://msj.sagepub.com/content/early/2013/10/24/1352458513507358.full.pdf+html>

Hämtad 16.12.2013

Castro-Sánchez, Maria; Matarán-Peñarrocha, Guillermo; Lara-Palomo, Inmaculada; Manuel, Saavedra-Hernández; Arroyo-Morales, Manuel & Moreno-Lorenzo, Carmen. 2011, *Hydrotherapy for the Treatment of Pain in People with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial*, Tillgänglig:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138085/> Hämtad 16.12.2013

Charlton, Mary; Gabriel, Kelley Pettee; Munsinger, Terry; Schmaderer, Lorene & Healey, Kathleen. 2010, *Program Evaluation Results of a Structured Group Exercise Program in Individuals with Multiple Sclerosis*,

Tillgänglig: <http://ijmsc.org/doi/pdf/10.7224/1537-2073-12.2.92> Hämtad 7.12.2013

Ejlertsson, Göran. 2005, *Enkäten i praktiken*, 2:a uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 157 s.

Fagius, Jan; Andersen, Oluf; Hillert, Jan; Olsson, Tomas & Sandberg, Magnhild. 2007, *Multipel skleros*, Kristianstads Boktryckeri AB, 137 s.

Gustavsson, Anders. 2004, *Delaktighetens språk*, Lund: Studentlitteratur AB, 237 s.



Hallikainen, Markku; Heikkilä, Minna; Hämäläinen, Päivi; Rantakari, Tuula; Ruutiainen, Juhani; Samstén, Riitta; Toivomäki, Arja; Toivonen, Marju & Virtanen, Eija. 2011, *Multipel skleros- En handbok för nyligen insjuknade*, Vammalan Kirjapaino Oy, 31 s.

Jacobsen, Dag, Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur AB, 316 s.

Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen Jarmo. 2005, *Modern rehabilitering – en resurs*, Utbildningsstyrelsen, 380 s.

Käypähoito. 2012, *MS-tauti*, publicerad 20.12.2012 Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36070?hakusana=ms> Hämtad 23.11.2013

Learmonth, Yvonne; Paul, Lorna; Miller, Linda; Mattison, Paul & McFadyen, Angus. 2012, *The effects of a 12-week leisure centre-based, group exercise intervention for people moderately affected with multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study*, Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21984532> Hämtad 16.1.2014

McCullagh, Ruth; Fitzgerald, Anthony; Murphy, Raymond & Cooke, Grace. 2008, *Long-term benefits of exercising on quality of life and fatigue in multiple sclerosis patients with mild disability: a pilot study*, Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18285430> Hämtad 16.1.2014

Mohammad Marandi, Sayyed ; Shayegan Nejad, Vahid; Shanazari, Zohreh & Zolaktaf, Vahid. 2013, *Comparison of 12 Weeks of Pilates and Aquatic Training on the Dynamic Balance of Women with Multiple Sclerosis*, Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665016/> Hämtad 16.12.2013

MS-liitto. A, *Sairastuminen ja ensioireet*, Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/sairastuminen-ja-ensioireet> Hämtad 23.11.2013

MS-liitto. B, *MS-liitto, yhdessä olemme enemmän!* Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/liitto> Hämtad 15.12.2013

MS-liitto. C, *Finlands MS-förbund rf*, Publicerad 31.10.2011 Tillgänglig: [http://www.ms-liitto.fi/sites/default/files/liitetiedostot/MS\\_f%C3%B6rbundet\\_svenska\\_0.pdf](http://www.ms-liitto.fi/sites/default/files/liitetiedostot/MS_f%C3%B6rbundet_svenska_0.pdf) Hämtad 15.12.2013

MS-liitto. D, *Mikä on MS-tauti?* Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/mik%C3%A4-ms-tauti> Hämtad 3.11.2013

MS-liitto. E, *Oireet*, Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/oireet> Hämtad 8.12.2013

MS-liitto. F, *Diagnosointi ja KEO-vaihe*, Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/diagnosointi-ja-keo-vaihe> Hämtad 23.11.2013

MS-liitto. G, *Lääkehoito*, Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/l%C3%A4kehoito> Hämtad 8.12.2013

MS-liitto. H, *Kuntoutus*, Tillgänglig: <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/kuntoutus> Hämtad 10.11.2013

MS-liitto. I, *Kuntoutu & virkisty – Uusi suunta kohti liikettä*, 2:e uppl., MS-liitto, 27 s.

Multipelskleros.nu. 2007, *En bok om MS*, Malmö: Printing AB, 75 s.

Nyberg, Rainer. 2000, *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar*, 4:e uppl., Lund: Studentlitteratur, 254 s.

Paltamaa, Jaana. 2008, *Assesment of physical functioning in ambulatory persons with multiple sclerosis*, Vammalan Kirjapaino Oy, 139 s.

Riikola, Teija; Elovaara, Irina; Atula, Sari & Finska Läkaresällskapet. 2013, *Multipel skleros (MS)*. publicerad 6.5.2013. Tillgänglig:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khr00081> Hämtad 7.11.2013

Rissanen, Paavi; Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko. 2008, *Kuntoutus*, 2:a uppl. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim, 773 s.

Romberg, Anders. 2013, *Effects of Exercise Training on Functioning in Persons with Multiple Sclerosis*, Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 145 s.

Romberg, Anders. 2005, *MS ja liikunta*, 1:a uppl., Helsinki: Edita Prima Oy, 151 s.

Romberg, Anders; Virtanen, Arja & Ruutiainen, Juhani. 2005, *Long-term exercise improves functional impairment but not quality of life in multiple sclerosis*, Tillgänglig:

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/926/CN-00527926/frame.html> Hämtad 16.12.2013

Sand, Olav; Sjaastad, Øystein V.; Haug, Egil & Bjålie, Jan G. 1998, *Människokroppen Fysiologi och anatomi*, 2:a uppl., Stockholm: Liber AB, 544 s.

Social – och hälsovårdsministeriet. *Rehabilitering förbättrar funktionsförmågan*, publicerad 3.7.2013. Tillgänglig:

[http://www.stm.fi/sv/social\\_och\\_halsotjanster/rehabilitering](http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/rehabilitering) Hämtad 4.11.2013

Soinila, Seppo; Kaste, Markku & Somer, Hannu. 2007, *Neurologia*, 3:e uppl., Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 695 s.

Sosiaaliportti. *Vertaistuki – ”en olekaan ainut”*, uppdaterad 10.7.2013. Tillgänglig:

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki/> Hämtad 23.1.2014

Statens folkhälsoinstitut. 2003, *FYSS- fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, Sandviken: Sandvikens tryckeri, 412 s.

Stokes, Maria & Stack, Emma. 2011, *Physical management for neurological conditions*, 3:e uppl., Elsevier Ltd: Churchill Livingstone, 430 s.

Suomen fysioterapeutit. *Fysioterapia ammattina*, Tillgänglig:  
[http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=64&Itemid=275](http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275) Hämtad 23.1.2014

Svenska Akademiens ordlista. Sökord: Rehabilitering. Tillgänglig:  
[http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordbok](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordbok) Hämtad 11.11.2013

Talvitie, Ulla; Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja. 2006, *Fysioterapia*, 2:a uppl., Helsinki: Edita Prima Oy, 467 s.

Tarakci, Ela; Yeldan, Ipek; Huseyinsinoglu, Burcu; Zenginler, Yonca & Eraksoy, Mefkure. 2012, *Group exercise training for balance, functional status, spasticity, fatigue and quality of life in multiple sclerosis: a randomized controlled trial*, Tillgänglig:  
<http://cre.sagepub.com/content/27/9/813.full.pdf+html> Hämtad 16.12.2013

UKK- instituutti. *Motionskaka*, uppdaterad 19.03.2013. Tillgänglig:  
[http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/63-motionskakan\\_09.pdf](http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/63-motionskakan_09.pdf) Hämtad 22.12.2013

WHO. Classifications - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Tillgänglig: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> Hämtad 23.12.2013

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Lista över begrepp

Bilaga 2: Enkät

## LISTA ÖVER BEGREPP

**Ataxi:** En störning i rörelsekoordinationen (Stokes & Stack 2011 s. 399). Störningen uppstår då kraften i olika muskler inte kan samordnas till jämna, harmoniska rörelser, vilket leder till att rörelsen blir skakig (Fagius et al. 2007 s. 28)

**Autoimmun sjukdom:** Sjukdomar som beror på att immunsystemet attackerar den egna kroppens vävnad och orsakar skada (Sand et al. 1998 s. 341).

**Axon:** Ett utskott på nervcellen som snabbt leder aktionspotentialer (nervimpulser) vidare till nästa nervcell. Längden på axonerna varierar, de kan vara mycket korta eller upp till en meter långa. (Sand et al. 1998 s. 104)

**Centrala nervsystemet:** Omfattar hjärnan och ryggmärgen. Centrala nervsystemet består av ett komplicerat nätverk av sammankopplade nervceller. Dess uppgift är att ta emot nervimpulser från kroppen, bearbeta och tolka information samt skicka kommando ut i kroppen för att utföra rörelser. (Sand et al. 1998 s. 106-107)

**Intentionstremor:** En ofrivillig, rytmisk, sinusformad rörelse av nedre extremiteten eller en kroppsdel, som försämras i slutet av en målinriktad rörelse (Stokes & Stack 2011 s. 403).

**Myelin:** Axonerna är omgivna av stödjeceller, gliaceller, som tillsammans bildar ett skyddande och isolerande hölje kring axonerna. Detta hölje kallas för myelinskida. Axonerna med myelinskida har en mycket hög ledningshastighet. Med jämna mellanrum finns det smala insnörningar i myelinskidan, där axonen ligger naken. Detta ökar ledningshastigheten. (Sand et al. 1998 s. 104-105)

**Nystagmus:** Snabba och upprepade rörelser i ögat åt ett håll, växlande med långsamma rörelser åt det andra hållet (Stokes & Stack 2011 s. 402).

**Pares:** Delvis förlust av rörelse eller nedsatt rörelse i extremiteterna som beror på att pyramidbanan skadas. Detta leder till att muskulaturen inte nås av viljemässiga signaler

från hjärnan och därför inte kan aktiveras på normalt sätt. (Stokes & Stack 2011 s. 402, Fagius et al. 2007 s. 35)

**Pyramidbana:** Förbindelserna mellan de motoriska delarna av hjärnbarken och ryggmärgen går antingen längs pyramidbanorna eller längs de extrapyramidala banorna. I pyramidbanorna är förbindelserna direkta, utan några synapser på vägen, medan det i de extrapyramidala banorna finns synapser i hjärnstammen. Synapserna gör det möjligt för signalerna att förändras på vägen. Pyramidbanorna är viktiga för detaljerade rörelser som kräver uppmärksamhet och tankeverksamhet, t.ex. fingrarnas finmotorik. De extrapyramidala banorna aktiverar större muskelgrupper som samarbetar sinsemellan, t.ex. de muskler som ansvarar för en stabil kroppsställning och balans. De extrapyramidala banorna är också viktiga för att rörelserna skall bli jämna, t.ex. vid gång. (Sand et al. 1998 s. 129)

**Spasticitet:** En ofrivillig muskelaktivitet som kan vara mycket stark. Spasticiteten beror på en skada i övre motorneuronen och kan ta sig i uttryck som onormal muskelstelhet eller muskelkramp. Spasticiteten ökar vid långvarig ansträngning och vid snabba passiva töjningar. Spasticiteten minskar gånghastigheten och ökar energiförbränningen. Man kan även ha nytta av spasticiteten eftersom den kompletterar muskelsvagheter. (Stokes & Stack 2011 s. 292, Fagius et al. 2007 s. 26, Romberg 2005 s. 78-79)

**Trigeminusneuralgi:** Intensiva hudsmärtor som beror på överkänsliga smärtfibrer från huden och ansiktet i trigeminusnerven (V. kranialnerven). Orsaken till tillståndet är okänt, men en förklaring till smärtorna kan vara att nervfibrer kommer i kläm på den plats där trigeminusnerven passerar genom kraniet på väg till hjärnan. (Sand et al. 1998 s. 153)

# ENKÄT

## Aksonin asiakaspalaute

Arvoisa asiakkaamme!

Pyydämme Sinua käyttämään hetken aikaasi ja vastaamaan tähän asiakaspalautteeseen. Palautteesi on meille erittäin arvokasta tietoa kuntoutuspalvelujen kehittämiseen kannalta.

Kurssin nimi ja ajankohta:

**1. Piditkö kurssin sisältöä mielenkiintoisena?**

- En lainkaan
- Vähän
- Keskikertaisena
- Hyvin paljon
- Erittäin paljon

**2. Olivatko käsitellyt aiheet oleellisia omien tavoitteittesi kannalta?**

- En lainkaan
- Vähän
- Keskikertaisesti
- Hyvin paljon
- Erittäin paljon

**3. Saitko riittävästi tietoa?**

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Hyvin paljon
- Erittäin paljon



4. Jos kurssilla jaettiin materiaalia, tukiko se käsiteltyjä aiheita?

- Kurssilla ei jaettu materiaalia
- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisena
- Paljon
- Erittäin paljon

5. Oliko kurssilla ammattitaitoinen henkilökunta?

- En lainkaan
- Huono
- Keskikertainen
- Hyvä
- Erittäin hyvä

6. Aktivoiko työskentelytapa kysymyksiin ja/tai keskusteluun?

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

7. Olivatko keskustelut ja harjoitukset tarkoituksenmukaisia?

- En lainkaan
- Huono
- Keskikertaisesti
- Hyvin
- Erittäin hyvin

**8.** Otettiinkö yksilölliset tarpeesi huomioon kurssilla?

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

**9.** Saitko uutta tietoa ja/tai uusia ajatuksia?

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

**10.** Oliko oppimasi sinulle tärkeä?

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Hyvin tärkeää
- Erittäin tärkeää

**11.** Saitko rohkeutta kokeilla käsitelyjä asioita arjessa?

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

**12. Onko kurssista sinulle hyötyä arjessa/töissä?**

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

**13. Onko kurssin anti sovellettavissa käytäntöön?**

- En lainkaan
- Huonosti
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

**14. Aiotko soveltaa oppimaasi käytäntöön?**

- En lainkaan
- Vähän
- Keskikertaisesti
- Paljon
- Erittäin paljon

**15. Minulla oli mahdollisuus vaikuttaa kurssin sisältöön.**

- Kyllä
- Ei

**16. Jos sait mahdollisuuden vaikuttaa kurssin sisältöön, niin käytitkö mahdollisuuttasi?**

- Kyllä
- Ei

**17.** Jos et käyttänyt mahdollisuutta vaikuttaa kurssin sisältöön, miksi et käyttänyt?

---

---

---

**18.** Mikä olisi paras tapa vaikuttaa kurssin sisältöön?

---

---

---

**19.** Mitkä asiat olivat kurssin hyödyllisintä antia?

---

---

---

**20.** Mistä et pitänyt kurssilla?

---

---

---

**21.** Mitä muutoksia tekisit sisällön, käytettyjen työmenetelmien, aikataulutusten tai jonkun muun asian suhteen?

---

---

---

**22.** Anna yleisarvosana kurssille.

- 1 huono
- 2 välttävä
- 3 keskikertainen
- 4 hyvä
- 5 erittäin hyvä

Kiitos palautteestasi!