

Jenni Luoma

Koettu ja mitattu fyysinen toimintakyky kolmessa maahanmuuttajaryhmässä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

9.7.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jenni Luoma Koettu ja mitattu fyysinen toimintakyky kolmessa maahanmuuttajaryhmässä 57 sivua + 1 liite 9.7.2015
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaaja(t)	lehtori Anne Talvenheimo-Pesu lehtori Tuula Uutela
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää koetun ja mitatun fyysisen toimintakyvyn yhteyttä venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisessa väestössä Suomessa. Tulosten toivottiin antavan viitteitä siitä, kuinka yhteneväistä tietoa itsearviointimittarit ja objektiiviset mittarit antavat tutkittujen maahanmuuttajaryhmien toimintakyvystä. Työelämän yhteistyökumppani oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, jossa valmisteltiin opinnäytetyön aikaan suositusta maahanmuuttajien toimintakyvyn arvioinnista alkukartoituksessa. Suositukseen suunniteltiin lisättäväksi myös mittareita, jotka sopivat maahanmuuttajataustaisen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin.</p> <p>Toimintakyvyn teoreettisena viitekehysenä opinnäytetyössä hyödynnettiin ICF-luokitusta, kanadalaista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia sekä inhimillisen toiminnan mallia. Lisäksi esiteltiin maahanmuuttajiin ja monikulttuurisuuteen liittyviä näkökulmia. Aineisto koostui Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen koettua ja mitattua toimintakykyä koskevasta aineistosta. Aineistoa tarkasteltiin määrällisen analyysin avulla. Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja kolmen toimintakykymittauksen yhteyttä tarkasteltiin laskemalla keskiarvosuoritus toimintakykytesteissä liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien osalta, liikkumiskyvyn ja toimintakykytestien korrelaatio sekä ristiintaulukoimalla tasapainotestissä suoriutumista ja itseilmoitettua liikkumiskykyä.</p> <p>Tulosten perusteella itseilmoitettu liikkumiskyky on yhteydessä tasapainoon ja tuoilta nousun nopeuteen, mutta ei juurikaan puristusvoimaan. Itsearvioitun liikkumiskyvyn perusteella voi siis jossain määrin odottaa tietynlaista suoriutumista ainakin alaraajojen toimintaa mitaavissa testeissä. Suurin osa tutkittavista arvioi liikkumiskykynsä yhteneväisesti tasapainotestissä suoriutumisen kanssa. Ristiriitaisesti arvioivista suurin osa ilmoitti liikkumiskykynsä hyväksi, vaikka ei suoriutunut tasapainotestistä. Tulosten perusteella ei voi varauksettomasti suositella vain itsearviointimittareiden käyttöä fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa, mikäli tavoitteena on saada mahdollisimman monipuolista tietoa maahanmuuttajataustaisen asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä.</p> <p>Opinnäytetyössä saatuja tuloksia ei vertailtu suomalaisen koko väestön koetun ja mitatun fyysisen toimintakyvyn yhteyteen, joten jatkotutkimuksissa olisi hyvä tarkastella tätä näkökulmaa. Lisäksi olisi tarpeellista tutkia myös toimintakyvyn muita ulottuvuuksia ja toimintakykyä kokonaisuutena.</p>	
Avainsanat	fyysinen toimintakyky, arviointi, maahanmuuttajat

Author(s) Title Number of Pages Date	Jenni Luoma Self-reported and performance based physical ability to function within three immigrant groups 57 pages + 1 appendice 9 July 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor(s)	Anne Talvenheimo-Pesu, Senior Lecturer Tuula Uutela, Senior Lecturer
<p>The purpose of the thesis was to examine the connection between self-reported and performance based physical ability to function of Russian, Somali and Kurdish origin population in Finland. The aim was to increase knowledge do self-assessment based and performance based measurement tools develop compatible information about functional ability in these immigrant groups. The working life partner was National Institute for Health and Welfare (THL). THL was preparing a recommendation on how to assess immigrants' functional ability during initial assessment when the thesis was being written. It was planned there should be also a list of measurement tools in the recommendation, which are suitable for measuring the functional ability of an immigrant background clients.</p> <p>The theoretical frames of references in the thesis were ICF-classification, The Canadian Model of Occupational Performance and The Model of Human Occupation. Also different aspects related to immigrants and multiculturalism were introduced. The data consisted of tests of physical function and self-reported physical function from study Migrant health and Wellbeing. Quantitative analysis was being used. The connection between self-reported mobility and three tests of physical function was examined by computing the average performance across different groups, computing the correlation of mobility and tests of physical function, and cross tabbing the performance in balance test and self-reported mobility.</p> <p>According to the the results, self-reported mobility seems to be related to balance and speed of chair stands, but not necessarily to grip strength. Therefore it is possible, based on self-reported mobility, to expect certain kind of performance in tests that measure the function of lower limbs. Most of the examinees rated their mobility in line with their performance in balance test. Most of the examinees whose self-reported mobility was contradictory, rated their mobility good, although they couldn't stand in balance the maximum time. According to results, it is not that recommendable to use only self-assessment based measurement tools, if the aim is to get as diverse information as possible of the physical ability to function of an immigrant background client.</p> <p>The results of the thesis were not compared to the connection of self-reported and performance based physical ability to function in the finnish entire population, so it would be desirable to examine this point of view in prospective studies. It is also necessary to examine other extensions of immigrants' ability to function and ability to function on the whole.</p>	
Keywords	physical ability to function, assessment, immigrants

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Yhteistyökumppani ja työn tausta	3
3	Toimintakyky	6
3.1	Toimintakyky moniulotteisena ilmiönä	6
3.1.1	Toimintakyky ICF-luokituksessa	7
3.1.2	Toimintakyky toimintaterapian mallien näkökulmasta	9
3.2	Fyysinen toimintakyky	14
3.2.1	Fyysisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen	15
3.2.2	Subjektiiivisesti ja objektiivisesti mitattu fyysinen toimintakyky	17
4	Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus	19
4.1	Maahanmuuttaja asiakkaana sosiaali- ja terveyspalveluissa	20
4.2	Maahanmuuttajien terveys ja toimintakyky	22
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	25
6	Aineisto ja aineiston analyysi	26
7	Tulokset	32
7.1	Itseilmoitettu liikkumiskyky ja suoriutuminen toimintakyvyn mittauksista	33
7.2	Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja toimintakykymittausten korrelaatio	36
7.3	Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tasapainotestin yhteneväisyys	37
8	Johtopäätökset	40
9	Pohdinta	44
	Lähteet	49
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimukseen osallistuneiden iät ja toimintakykytestien tunnuslukuja	

1 Johdanto

Toimintakykyisyys voidaan nähdä hyvän elämän olennaisena edellytyksenä ja elämässä selviytymisen perustana (Mäkitalo 2001: 69). Toimintakyvyn merkitystä painotetaan sosiaali- ja terveysalalla yhä enemmän sekä kliinisessä työssä että tutkimustyössä. Yksi osoitus tästä on WHO:n vuonna 2001 julkaisema ICF-luokitus, joka ryhmittelee järjestelmällisesti toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin vaikuttavia terveyden aihealueita (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 3). Yleisesti ottaen toimintakyky voidaan käsittää ihmisen kyvyksi suoriutua erilaisista tehtävistä jossakin ympäristössä. Toimintakyvyn rajoitus voi johtua esimerkiksi sairaudesta tai ikääntymisestä. Ympäristö voi vaikuttaa toimintakykyyn estävästi tai edistävästi: jossakin ympäristössä tietyn tehtävän suorittaminen on helppoa, toisessa ympäristössä se voi olla vaikeaa. (Koskinen 2004: 38.)

Maahanmuuttajien määrän lisääntyessä tarvitaan tietoa myös heidän toimintakyvystään. Vuoden 2013 lopussa koko Suomen väestöstä 5,5 prosenttia oli ulkomaalaistaustaisia (Tilastokeskus 2014: 1). Ulkomaalaisväestön määrä kasvaa nopeasti, ja vuonna 2030 Suomessa ennustetaan asuvan 500 000 ulkomaan kansalaista. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 9.) Kun puhutaan näin suuresta väestöryhmästä, on heidän toimintakyvyllään merkitystä myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna. Mitä toimintakykyisempiä ulkomaalaistaustaiset henkilöt ovat ja mitä paremmin heidän toimintakykyään osataan tukea, sitä parempi tilanne on sekä yksilöiden että yhteiskunnan kannalta.

Jotta maahanmuuttajien toimintakykyisyyttä pystytään tukemaan tarkoituksenmukaisella tavalla, tarvitaan heidän toimintakyvystään väestötasoista tietoa. THL:n koordinoima Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu) selvitti kolmen ison maahanmuuttajaryhmän – venäläistaustaisten, somalialaistaustaisten ja kurdinkielisten – terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä vuosina 2010–2012 (Koskinen – Castaneda – Rask – Koponen – Mölsä 2012a: 14–15). Suomessa on tehty myös joitain muita aiheita sivuvia tutkimuksia, kuten Tilastokeskuksen vuonna 2002 tekemä tutkimus venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elinoloista (ks. Pohjanpää – Paananen – Nieminen 2003). Jonkin verran Suomessa asuvien maahanmuuttajataustaisten henkilöiden terveydestä, hyvinvoinnista ja toimintakyvystä tiedetään siis jo nyt.

Väestötutkimusten lisäksi tarvetta on myös linjauksille, kuinka arvioida ja tukea maahanmuuttajien toimintakykyä kliinisessä työssä. TOIMIA-tietokantaan on valmisteilla suositus maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden toimintakyvyn mittaamisesta. Suositus edellyttää kuitenkin Maamu-tutkimuksen aineistoon perustuvia jatkoanalyysseja erilaisten menetelmien soveltuvuudesta maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseen. (TOIMIA 2012.) Opinnäytetyöni on ensimmäisiä töitä, jotka hyödyntävät Maamu-tutkimuksen fyysistä toimintakykyä koskevaa aineistoa. Muita tähän näkökulmaan liittyviä jatkoanalyysseja ei ole vielä julkaistu.

Yksi kiinnostava ja tärkeä näkökulma maahanmuuttajataustaisen väestön toimintakyvyn arvioinnissa on itsearviointitiedon ja objektiivisesti mitatun tiedon yhteys. Opinnäytetyöni tarkasteleekin toimintakykyaineistoa nimenomaan tästä näkökulmasta. Kaikissa konteksteissa, joissa toimintakykyä arvioidaan, on tarve helppokäyttöisille ja luotettaville mittaustavoille (Pohjolainen 2009b: 17). Itsearviointiin perustuvat arviointimenetelmät ovat usein nopeampia ja helpommin toteutettavia kuin objektiiviset toimintakykymittaukset. Kliinistä työtä tekevää ammattilaista siis todennäköisesti kiinnostaa, voiko asiakkaan toimintakykyä arvioida enimmäkseen asiakkaan omaan kokemukseen perustuen. Tällöin pitää kuitenkin tietää, millaista tietoa tuottavat itsearviointiin perustuvat menetelmät ja millaista tietoa tuottavat objektiivisiin mittauksiin perustuvat menetelmät. Onko tuo tieto samanlaista, ja voiko itsearviointitiedon perusteella tehdä päätelmiä myös objektiivisesti mitatusta toimintakyvystä?

Vaikka opinnäytetyöni on toteutettu toimintaterapian koulutusohjelman alla ja siinä on hyödynnetty toimintaterapian teoreettisia malleja, ei työn tarkoituksena ole tuottaa tietoa vain toimintaterapeuttien käyttöön. Toimintakykyyn liittyvien ilmiöiden ymmärtäminen ja hyvien arviointikäytäntöjen edistäminen hyödyttävät kaikkia ammattilaisia, jotka työskentelevät maahanmuuttajien toimintakyvyn parissa. Tällä hetkellä maahanmuuttajat käyttävät kuntoutuspalveluita melko vähän (Härkäpää – Vuorento – Buchert – Lehtikoinen 2012: 25; Rask – Sainio – Luoma 2012a: 267), mutta tulevaisuudessa ulkomaalaistautaiset henkilöt tulevat väistämättä näkymään myös kuntoutusalan asiakkaina entistä vahvemmin. Kaikilla kuntoutusalan ammattilaisilla tulee siis olla valmiudet arvioida ja tukea maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden toimintakykyä parhaalla mahdollisella tavalla.

2 Yhteistyökumppani ja työn tausta

Työelämän yhteistyökumppanini on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). THL on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos, jonka tehtävänä on tutkia, seurata ja edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

THL oli mukana käynnistämässä TOIMIA:n eli toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston toimintaa vuonna 2007 muun muassa Kelan ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Hanke on nyttemmin vakiintunut pysyväksi toiminnaksi, jossa on mukana noin 40 organisaatiota. TOIMIA:n tavoitteena on edistää toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua. TOIMIA:ssa arvioidaan toimintakyvyn mittareita ja laaditaan toimintakyvyn mittaamisen suosituksia erilaisiin käyttötarkoituksiin. (TOIMIA-käsikirja [1.0] 2014: 3–4.) TOIMIA:n verkkosivuille (www.toimia.fi) on koottu toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen suosituksia erilaisia asiakasryhmiä koskien sekä arvioita toimintakyvyn mittareista. Kevääseen 2015 mennessä TOIMIA-tietokannassa oli ehditty julkaista suosituksia esimerkiksi iäkkäiden, työkäisten ja vaikeavammaisten toimintakyvyn arviointiin erilaisissa konteksteissa.

Maahanmuuttajataustaisten ihmisten terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä on tutkittu toistaiseksi melko vähän. THL toteutti vuosina 2010–2012 Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimuksen eli Maamun, jossa selvitettiin venäläistaustaisten, somalialaistaustaisten ja kurdinkielisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. (Koskinen ym. 2012a: 13–15.) Tutkimuksessa kerättiin tietoa muun muassa koulutuksesta ja työstä, elintavoista, koetusta ja mitatusta fyysisestä toimintakyvystä, psyykkisestä terveydestä, terveystalouden käytöstä ja syrjintäkokemuksista (Castaneda – Rask – Koponen – Mölsä – Koskinen 2012c: 9–11). Maamu-tutkimuksen loppuvaiheessa maahanmuuttajien toimintakyvyn arviointiin liittyvä suositus sai alkusysäyksensä. Maahanmuuttajien parissa työskentelevät ammattilaiset toivoivat jonkinlaista suositusta siitä, kuinka maahanmuuttajien toimintakykyä tulisi arvioida, koska tällaista suositusta ei esimerkiksi TOIMIA-tietokannassa vielä ole (Rask ym. 2015b: 5).

THL:ssä aloitettiinkin vuoden 2015 alussa työstää suositusta maahanmuuttajien toimintakyvyn arvioinnista alkukartoituksessa. Kyseinen suositus on tarkoitus julkaista TOIMIA-tietokannassa. Alkukartoitus on kotoutumislakiin perustuva palvelu, jossa selvite-

tään alustavasti työttömien, toimeentulotukea saavien tai kartoitusta pyytävien maahanmuuttajien valmiuksia liittyen työllistymiseen, opiskeluun ja muuhun kotoutumiseen (Työ- ja elinkeinoministeriö n.d.). Suositus päätettiin rajata alkukartoituksen kontekstiin, koska olisi hyvin vaikeaa muotoilla suositus, joka kattaisi kaikki kontekstit, joissa maahanmuuttajataustaisen asiakkaan toimintakykyä arvioidaan.

Suosituksen tavoitteena on edistää maahanmuuttaja-asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnin laatua ja yhtenäisyyttä maahanmuuton jälkeisinä vuosina. Suosituksen välittömänä kohderyhmänä ovat eri alojen asiantuntijat ja ammattilaiset, joiden toimenkuvaan kuuluu toimintakyvyn arviointi alkukartoituksessa, ja välillisenä kohderyhmänä yhtenäisestä ja laadukkaasta toimintakyvyn arvioinnista hyötyvät maahanmuuttajataustaiset asiakkaat. Osa suosituksesta on suunnattu päättäjille ja asiantuntijatyössä oleville henkilöille. (Rask ym. 2015b: 9.) Suositukseen kerätään myös listaa mittareista, jotka kokemus- tai tutkimustiedon valossa voisivat sopia maahanmuuttajien toimintakyvyn arviointiin alkukartoituksessa (Rask ym. 2015b: 2).

Suoritin viimeisen toimintaterapiaopintoihin liittyvän harjoitteluni THL:ssä keväällä 2015 ja olin mukana aloittamassa suositusluonnoksen työstämistä. Yksi kysymys, joka nousi luonnoksen alkuvaiheessa esiin, koski sitä, millaisia mittareita suositukseen voi ja kannattaa nostaa. Koska monet esimerkiksi TOIMIA-tietokannassa olevat helppo- ja nopeakäyttöiset toimintakyvyn mittarit perustuvat itsearviointiin, olisi tärkeä tietää, miten tällaiset mittarit soveltuvat maahanmuuttajataustaisille asiakkaille ja millaista toimintakykytietoa niiden avulla voidaan saada. Tarkkaa tietoa tästä asiasta ei vielä juurikaan ole. Opin- näytetyöni tarkoituksena on kartoittaa alustavasti tätä näkökulmaa.

Maamu-tutkimuksen yksi osio koskee koettua ja mitattua fyysistä toimintakykyä. Koetun toimintakyvyn osiossa tutkittavilta kysyttiin, onko heillä vaikeuksia sadan metrin juoksussa, puolen kilometrin kävelyssä, usean kerrosvälin nousemisessa portaita tai viiden kilon painoisen ostoskassin kantamisessa, eli nämä kysymykset perustuivat itsearviointiin. Mitatun toimintakyvyn osiossa tutkittavat suorittivat tuoliltanousutestin, tasapainotestin ja puristusvoimatestin. (Rask – Sainio – Stenholm – Vaara – Humasti 2012b: 184–185.) Maamu-tutkimuksen peruseräraportissa on kuvailtu maahanmuuttajien toimintakykyä yleisellä tasolla (ks. Rask ym. 2012b: 185–190), mutta koettua ja mitattua toimintakykyä ei ole toistaiseksi tarkasteltu suhteessa toisiinsa. Opin- näytetyöni tarkoituksena on tarkastella toimintakykyä nimenomaan tästä näkökulmasta – miten maahanmuuttajien koettu ja mitattu toimintakyky ovat yhteydessä toisiinsa – ja antaa viitteitä siitä, millaista

tietoa itsearviointiin perustuvat mittarit ja objektiivisiin mittauksiin perustuvat mittarit tuottavat tämän asiakasryhmän kohdalla. Mikäli itsearviointiin perustuvat mittarit tuottavat selvästi erilaista tietoa kuin objektiiviset mittarit, pitää tämä huomioida maahanmuuttajien toimintakyvyn arvionnin suosituksessa ja käytännön arviointityössä.

On tärkeää huomioida, että Maamu-tutkimuksen koetun toimintakyvyn kysymykset ja toimintakykymittaukset koskevat fyysistä toimintakykyä, ja siten myös opinnäytetyöni aineisto koskee fyysistä toimintakykyä. TOIMIA-suosituksen tavoitteena on vastata toimintakyvyn arviointiin laajasti – kuitenkin alkukartoituksen kontekstissa – huomioiden asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky ja hyvinvointi (Rask ym. 2015b: 9). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan tarkemmin siis vain osaa toimintakyvyn kokonaisuudesta. Fyysinen toimintakyky on kuitenkin tärkeä osa kokonaisvaltaista toimintakykyä. Rantanen ja Sakari-Rantala kirjoittavat, että liikkumiskyvyn vaikeudet ovat usein ensimmäinen helposti todettava merkki yleisemmästä toimintakyvyn alenemisesta. Liikkumiskyvyn vaikeudet ovat yhteydessä monimutkaisempien toimintojen suorittamiseen ja esimerkiksi sosiaaliseen osallistumiseen, joten niiden vaikutus ulottuu laajalle. (Rantanen – Sakari-Rantala 2008: 288.)

3 Toimintakyky

Tässä opinnäytetyössä painotetaan fyysisen toimintakyvyn näkökulmaa, koska aineisto koostuu subjektiivisesti ja objektiivisesti mitatun fyysisen toimintakyvyn tuloksista. Toimintakyvyn kokonaisuuden ja käsitteen laaja-alainen hahmottaminen on kuitenkin tärkeää ennen yksityiskohtiin syventymistä, joten ensin esittelen toimintakykyä ja toiminnallisuutta kokonaisvaltaisesti kuvaavia malleja. Mallit auttavat myös ymmärtämään, että toimintakyvystä puhuttaessa kaikki liittyy kaikkeen. Fyysisen toimintakyvyn tarkasteleminen täysin erillään toimintakyvyn muusta kokonaisuudesta on siis aina jossain määrin mahdotonta.

3.1 Toimintakyky moniulotteisena ilmiönä

Toimintakyky on laaja hyvinvointiin liittyvä termi (Laukkanen 2008: 261). Yksilön näkökulmasta toimintakyky tuo elämänlaatua, yhteiskunnan näkökulmasta toimintakyky vähentää tarvetta palveluille (Lehto 2004: 19). Kummatkin näkökulmat ovat tärkeitä eivätkä ne sulje toisiaan pois. Toimintakykyä voidaan tarkastella voimavaralähtöisesti, jolloin keskitytään jäljellä olevan toimintakyvyn tasoon, tai toisaalta toimintakyvyn vajeina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 4).

Aiemmin toimintakyky on käsitetty ennen kaikkea yksilön ominaisuutena. Nykyään toimintakyvyllä viitataan yleisesti siihen, millaiset mahdollisuudet ihmisellä on toimia omassa elinympäristössään. Toimintakyky muodostuu siis yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. Käsitteen laajentuminen liittyy myös ajattelu- ja toimintatavan muutokseen: yksilön toimintakykyä voidaan edistää yksilöön vaikuttamisen ohella myös vaikuttamalla fyysiseen ympäristöön ja asenneympäristöön. (Ojala 2003: 31.)

Yksi yleinen tapa hahmottaa toimintakykyä on jakaa se neljään osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn (ks. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 4; Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2012c: 119; TOIMIA-käsikirja [1.0] 2014: 4). Fyysinen toimintakyky tarkoittaa kykyä suoriutua sellaisista päivittäisistä perustoiminnoista, jotka vaativat liikkumiskykyä. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan muistamiseen, tiedon käsittelyyn ja toiminnan ohjaukseen liittyviä toimintoja. Psyykkisellä toimintakyvyllä viitataan elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen

hyvinvointiin liittyviin tekijöihin. Sosiaalinen toimintakyky taas näkyy ihmisen kyvyssä toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 4.)

Toimintakyvyn moniulotteisuutta lisää sen suhteellisuus ja subjektiivisuus. Joku voi olla aktiivinen, vaikka toimintakyvyssä olisikin paljon rajoitteita, sillä rajoituksia ja puutteita voi kompensoida monenlaisilla keinoilla. (Lehto 2004: 20.) Toimintakyky voidaan nähdä myös vahvasti kulttuurisidonnaisena ilmiönä, sillä yksilön toimintakyky riippuu yhteiskunnan kehitysvaiheesta ja käytössä olevista henkilökohtaisista resursseista. (Ojala 2003: 15.)

Toimintakykyyn liittyvät tutkimukset ovat keskittyneet ikääntyneeseen väestöön. Kiinnostus ikääntyneiden toimintakykyyn on suurta, sillä rajoitukset toimintakyvyssä vaikuttavat ihmisen itsenäiseen selviytymiseen, heikentävät elämänlaatua ja kuormittavat palvelujärjestelmää sekä läheisiä ihmisiä (Koskinen – Sainio – Heliövaara 2008: 5). Väestötasolla vaikeudet päivittäistoiminnoissa lisääntyvät, kun ihminen vanhenee (Laukkanen 2008: 267). Vaikka ilmiön tärkeys korostuu ikääntyneiden kohdalla, on toimintakyky kuitenkin merkittävä asia kaikenikäisille ihmisille. Mitä huonommin ihminen selviytyy arkielämän välttämättömistä askareista, sitä monimutkaisemmiksi asiat menevät sekä yksilön että palvelujärjestelmän näkökulmasta.

3.1.1 Toimintakyky ICF-luokituksessa

TOIMIA-verkosto tarkastelee toimintakykyä kokonaisvaltaisesti hyödyntäen WHO:n ICF-luokitusta, joka edesauttaa yhteisen kielen löytämistä toimintakyvyn parissa työskentelevien ammattilaisten välillä (TOIMIA-käsikirja [1.0] 2014: 5). THL hyödyntää ICF-luokitusta myös muissa toimintakykyyn liittyvissä töissä ja julkaisuissa (ks. esim. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Lehtonen 2015). Tämän vuoksi ICF toimii tässä opinnäytetyössä yhtenä toimintakykyä selittävänä ja jäsentävänä mallina. ICF:n moniulotteisuus luo myös hyvän pohjan toimintakyvyn kokonaisvaltaiselle hahmottamiselle.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisen viitekehyksen toiminnallisen terveydentilan kuvaamiselle (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 3). ICF-luokitus jakaantuu kahteen osaan: toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin sekä kontekstuaalisiin tekijöihin.

Kumpikin osa sisältää kaksi osa-aluetta. Osa-alueita voidaan tarkastella sekä myönteisestä että kielteisestä näkökulmasta. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 10.)

ICF-luokituksen jakautuminen (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 10):

Osa 1. Toimintakyky ja toimintarajoitteet

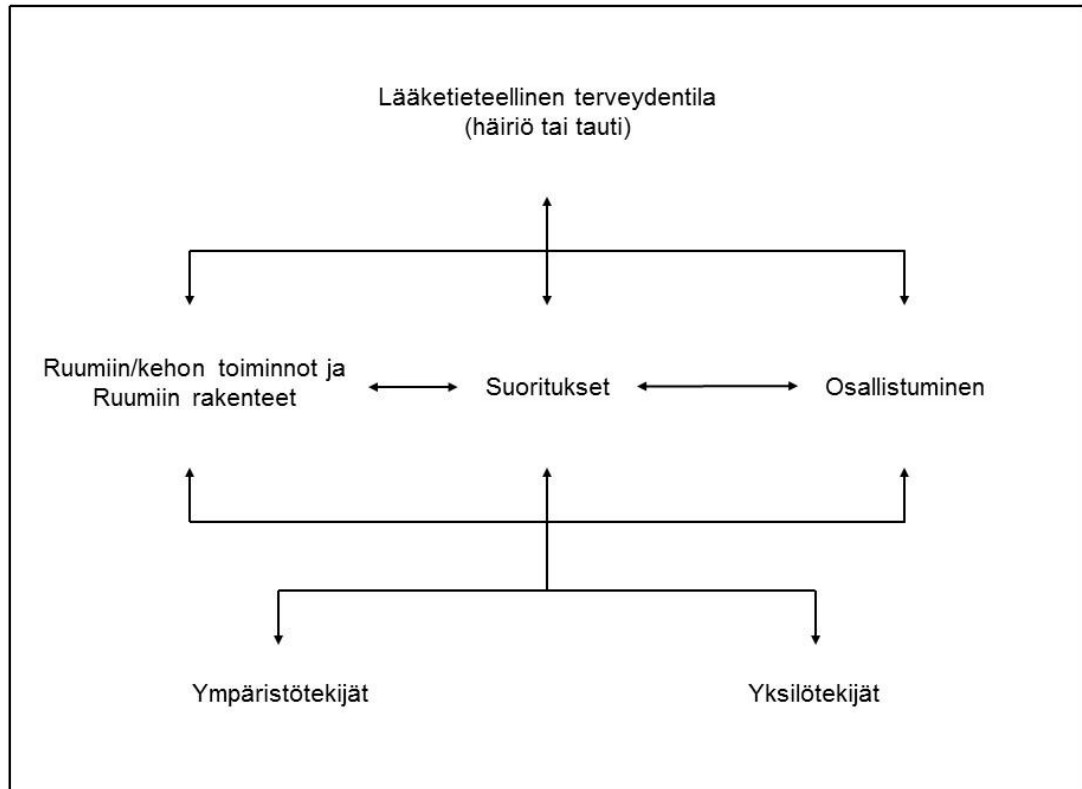
- (a) Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet
- (b) Suoritukset ja osallistuminen

Osa 2. Kontekstuaaliset tekijät

- (a) Ympäristötekijät
- (b) Yksilötekijät

ICF:ssä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja kontekstuaalisten tekijöiden muodostaman kokonaisuuden myönteisiä piirteitä. Toimintarajoitteilla viitataan näiden samojen asioiden kielteisiin piirteisiin. Lääketieteellinen terveydentila kattaa kaikenlaiset sairaudet, häiriöt ja vammat sekä esimerkiksi raskauden ja ikääntymisen. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 208–209.) Kontekstuaaliset tekijät koostuvat yksilö- ja ympäristötekijöistä. Yksilötekijöitä ei ole kuitenkaan luokiteltu ICF:ssä niiden suuren vaihtelun vuoksi. Fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö voivat rajoittaa tai edistää henkilön toimintakykyä. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 8.)

Vaikka ICF-luokituksen tarkoituksena ei ole mallintaa toimintakykyä ja toimintarajoitteita prosessina, voidaan ICF:n aihealueita kuitenkin käyttää myös prosessin kuvaamiseen (kuvio 1) (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 7).



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 18)

Ihmisen toimintakyky muodostuu ICF-luokituksessa siis lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksena. Yhteen tekijään kohdistuvat interventiot saattavat vaikuttaa myös muihin tekijöihin. Vuorovaikutussuhteet ovat kuitenkin monimutkaisia eikä yhden tekijän vaikutusta toiseen voi ennustaa suoraan. Ihmisellä saattaa esimerkiksi olla heikentynyt suorituskyky, vaikkei hänellä ole mitään näkyviä vajeita kehossaan. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 18–19.)

3.1.2 Toimintakyky toimintaterapian mallien näkökulmasta

Toimintakyvyn käsite on hyvin monimutkainen eikä sen yksiselitteinen määrittely toimintaterapian näkökulmasta ole helppoa. Henkilön toimintakykyyn vaikuttavat esimerkiksi hänen sisäiset ominaisuutensa, kyseessä oleva tehtävä sekä ympäristö. Koska toimintakykyyn eivät vaikuta vain henkilön ominaisuudet, pitää huomiota kiinnittää myös muihin

asioihin, kuten elämäntilanteeseen ja sosiokulttuurisiin tekijöihin. Lisäksi pitää huomioida toimintaan kohdistuvat vaatimukset ja odotukset. (Launiainen – Matikka – Talvitie – Gould 2001: 133–135.)

Toimintaterapian mallit auttavat ymmärtämään erityisesti toimintakyvyn subjektiivista puolta. Tässä luvussa esiteltävässä inhimillisen toiminnan mallissa subjektiivisen kokemuksen tärkeyttä korostetaan, eikä sen katsota olevan vain seurausta ”oikeista” ulkopuolelta havaittavista ongelmista. Subjektiivisella kokemuksella on arvo sinänsä, ja se paljastaa paljon toimintakyvystä ja toimintakyvyn rajoituksista. (Kielhofner 2008: 68–69.)

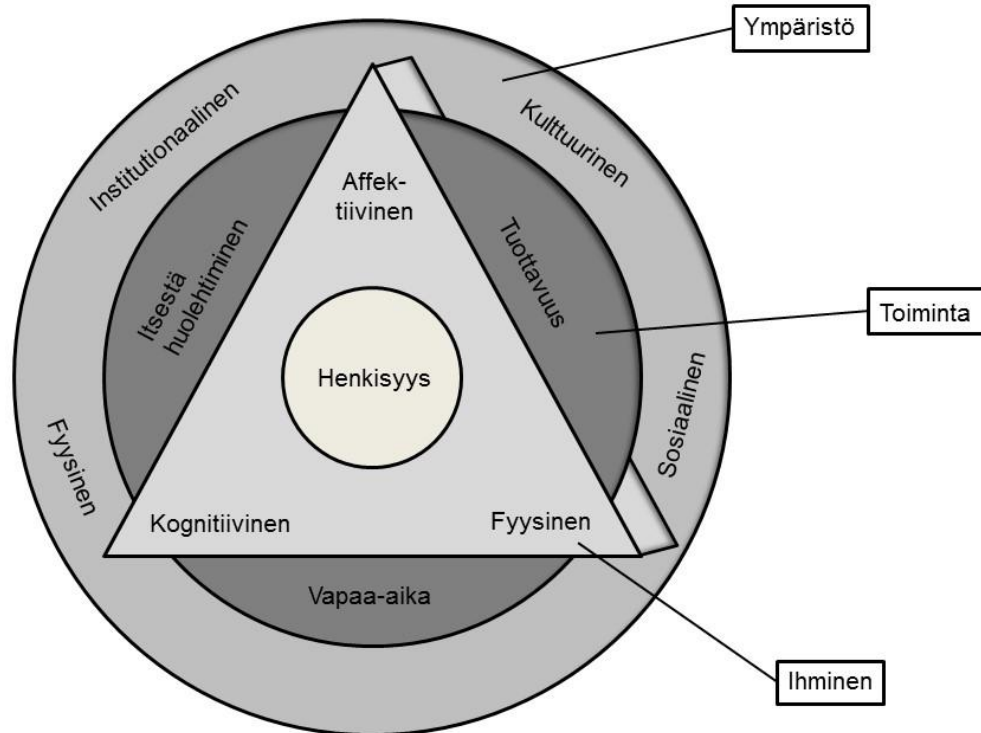
Toimintaterapian malleissa ja ICF-luokituksessa on löydettävissä paljon samaa. Sekä ICF että toimintaterapian mallit tuovat ilmi sen, että ihminen on kokonaisuus, ja yhteen osa-alueeseen kohdistuvat muutokset saattavat vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin. Kaikissa malleissa ympäristö nostetaan keskeiseen asemaan.

Mikään malli ei kuitenkaan yksinään kuvaa toimintakyvyn kokonaisuutta aukottomasti, minkä niiden tekijätkin tiedostavat. Inhimillisen toiminnan mallia on suositeltu käytettäväksi yhdessä muiden mallien kanssa, jotka tarjoavat paremmin näkökulmaa suoriutumisen osatekijöihin (Kielhofner 2008: 4). Myös kanadalaisesta toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallista on todettu, että se on yleinen ja sen kanssa on tarkoitus käyttää tarkempia kunkin asiakkaan tilanteeseen soveltuvia viitekehyksiä (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2013: 208). ICF puolestaan ei kata terveyteen liittymättömiä asioita, kuten etnistä taustaa, uskontoa ja muita yhteiskunnallis-taloudellisia tekijöitä, jotka saattavat kuitenkin vaikuttaa ihmisen toimintaan estävästi tai edistävästi (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 7). Toimintakykyä on siis perusteltua tarkastella useamman mallin avulla, koska tällöin erilaiset mallit täydentävät toistensa puutteita.

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli

Toimintaterapeuttien käyttämät mallit kuvaavat ihmisen toimintaa ja toimintakykyä hyvin kokonaisvaltaisesti. Yksi toimintaterapeuttien laajasti hyödyntämä malli on kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (*The Canadian Model of Occupational Performance*) (kuvio 2). Kyseisessä mallissa ihminen, ympäristö ja toiminta ovat dynaamisessa

riippuvuussuhteessa. Ihminen on sidoksissa ympäristöön, ja toiminta tapahtuu ympäristön ja ihmisen välisessä vuorovaikutuksessa. Muutos yhdessä tekijässä vaikuttaa myös muihin. (Townsend ym. 2002: 33.)



Kuvio 2. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Townsend ym. 2002: 32)

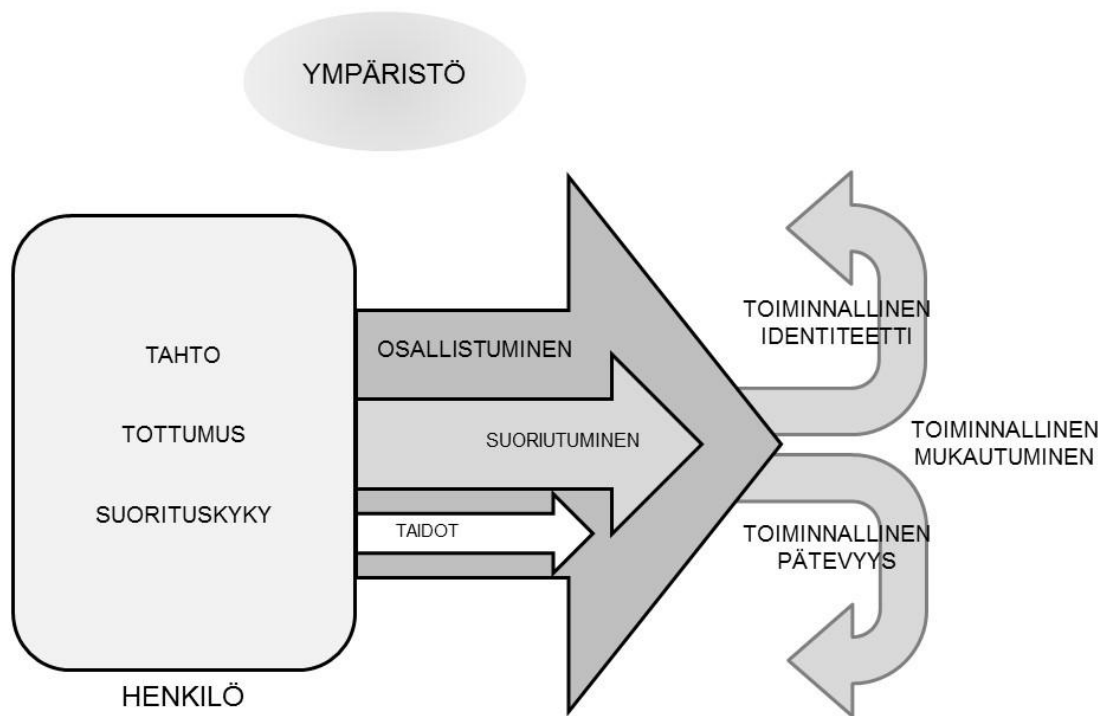
Kanadalaisessa toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa ihminen nähdään henkisyyden (*spirituality*) ja sosiaalisten ja kulttuuristen kokemusten sekä havaittavien toiminnallisten valmiuksien (*performance components*) osatekijöiden kokonaisuutena. Toiminnalliset valmiudet jaetaan mallissa kolmeen osaan: affektiivisiin, kognitiivisiin ja fyysisiin. Affektiiviset valmiudet tarkoittavat tunteisiin liittyviä toimintoja, kognitiiviset valmiudet tarkoittavat tiedonkäsittelyyn liittyviä valmiuksia ja fyysiset valmiudet tarkoittavat kaikkia sensorisia, motorisia ja sensomotorisia valmiuksia. (Townsend ym. 2002: 41–44.) Henkisyys on kaiken ytimessä oleva ihmisen ominaisuus, joka muokkaantuu ympäristön vaikutuksesta ja joka antaa toiminnalle merkityksen (Townsend ym. 2002: 33). Henkisyys tarkoittaa ihmisen perimmäistä olemusta, yksilöllisyyttä, halua ja motivaatiota (Townsend ym. 2002: 43).

Ympäristö tarkoittaa kontekstia, jossa toiminta tapahtuu. Ympäristön elementtejä ovat kulttuurinen ympäristö, institutionaalinen ympäristö, fyysinen ympäristö sekä sosiaalinen ympäristö. Ympäristö on alati muuttuva ja voi mahdollistaa tai rajoittaa toimintaa. (Townsend ym. 2002: 44–46.) Toiminta viittaa joukkioon jokapäiväisen elämän suorituksia ja tehtäviä, joille yksilö ja kulttuuri antavat merkityksen. Toiminta on kaikkea sitä, mitä ihmiset tekevät itsestä huolehtimisen, elämästä nauttimisen (vapaa-aika) ja yhteiskuntaan tuottavana jäsenenä osallistumisen eteen (tuottavuus). (Townsend ym. 2002: 34.)

Toiminnallisuus (*occupational performance*) muodostuu ihmisen, ympäristön ja toiminnan dynaamisessa vuorovaikutuksessa. Toiminnallisuus on kykyä valita ja suorittaa tyydyttävästi niitä toimintoja, jotka ovat ihmiselle merkityksellisiä ja kulttuurisesti hyväksytyjä. Toiminnallisuudella viitataan toiminnan varsinaiseen suorittamiseen sekä toimintaan sitoutuneen ihmisen kokemukseen. (Townsend ym. 2002: 45.) Tämän määrittelyn perusteella voidaan päätellä, että toiminnallisuus ja toimintakyky tarkoittavat pitkälti samaa asiaa. Näin ollen toimintakyvyn nähdään kanadalaisessa toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa muodostuvan ihmisen, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksessa ja tarkoittavan ihmisen kykyä valita ja suorittaa erilaisille elämänalueille liittyviä merkityksellisiä toimintoja.

Inhimillisen toiminnan malli

Toinen toimintaterapian laajasti käytetyistä malleista on inhimillisen toiminnan malli (*The Model of Human Occupation, MOHO*) (kuvio 3). Inhimillisen toiminnan malli on kokonaisvaltainen, asiakaskeskeinen ja toimintaan keskittyvä toimintaterapian malli. Malli pyrkii selittämään sitä, miten toimintaan motivoitutaan ja kuinka sitä suunnitellaan ja toteutetaan. Inhimillisen mallin perusajatuksena on, että keho ja mieli toimivat niin kiinteässä yhteistyössä, että ihmisen jakamista erillisiin fyysisiin ja mentaalisiin osatekijöihin tulisi välttää. (Kielhofner 2008: 3–4)



Kuvio 3. Inhimillisen toiminnan mallin keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet (mukaillen Kielhofner 2008: 108; Hautala ym. 2013: 248)

Kaikki toiminta tapahtuu monimutkaisessa ja moniulotteisessa fyysisessä ja sosiokulttuurisessa ympäristössä, joka voi edistää tai estää yksilön toimintaa (Kielhofner 2008: 21). Henkilöön liittyvät käsitteet ovat tahto (*volition*), tottumus (*habituation*) ja suorituskyky (*performance capacity*). Tahto liittyy toimintaan motivoitumiseen. Tottumus tarkoittaa prosessia, jossa toiminta organisoituu tavoiksi ja rutiineiksi. Suorituskyky liittyy fyysiisiin ja henkisiin kykyihin, jotka ovat toiminnallisen suoriutumisen perustana. (Kielhofner 2008: 12.)

Inhimillisen toiminnan malli jakaa tekemisen kolmeen eri tasoon: toiminnalliseen osallistumiseen (*occupational participation*), toiminnalliseen suoriutumiseen (*occupational performance*) ja toiminnallisiin taitoihin (*skills*). Osallistuminen on tekemistä sen laajimmassa merkityksessä, kuten osallistumista työhön, leikkiin tai itsestä huolehtimiseen. Suoriutuminen viittaa erilaisten tehtävien tekemiseen, kuten esimerkiksi suihkussa käymiseen tai pukeutumiseen. Suoriutuminen vaatii taitoja, jotka voidaan määritellä havait-

taviksi ja tavoitteellisiksi teoiksi. Taidot voidaan jakaa motorisiin taitoihin, prosessuaalisiin taitoihin ja viestintä- ja vuorovaikutustaitoihin. Motorisiin taitoihin voidaan lukea esimerkiksi esineiden siirtäminen ja nostaminen. (Kielhofner 2008: 101–103.)

Toiminnallinen identiteetti on yhdistelmä ihmisen käsitystä itsestään toimijana nyt ja tulevaisuudessa. Tahto, tottumus ja kokemukset itsestä toimijana liittyvät toiminnalliseen identiteettiin. Toiminnallinen pätevyys tarkoittaa tasoa, jolla ihminen voi toimia toiminnallisen identiteettinsä mukaan. Toiminnallisella mukautumisella viitataan siihen prosessiin, joka tapahtuu kun ihminen rakentaa myönteistä toiminnallista identiteettiä ja saavuttaa toiminnallisen pätevyyden omassa ympäristössään. (Kielhofner 2008: 106–107.)

Jos toimintakykyä tarkastellaan laajasti, voi toimintakyvyn nähdä muodostuvan inhimillisen toiminnan mallissa tässä monimutkaisessa kokonaisuudessa, jossa subjektiivisella kokemuksella on iso merkitys. Jos toimintakyky ymmärretään hieman suppeammin, voi ihmiseen liittyvä suorituskvyn ulottuvuus avata hyvin käsitystä toimintakyvystä.

Objektiivisesti tarkasteltuna kyky tehdä asioita riippuu ihmisen fyysisistä ja psyykkisistä osatekijöistä, kuten esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön suorituskvystä ja muistista sekä suunnittelusta. Inhimillisen toiminnan mallissa suorituskvystä lähestytään kuitenkin hieman eri näkökulmasta. On kehitetty paljon objektiivisia malleja kuvaamaan ja luokittelemaan, miten erilaiset kvyt ja rajoitukset vaikuttavat ihmisen suorituskvyn. Ihmiset, joilla näitä kvyjä ja rajoituksia on, kokevat ne kuitenkin jokainen omalla tavallaan. Inhimillisen toiminnan malli painottaakin subjektiivista kokemusta ja subjektiivisen kokemuksen merkitystä asioiden tekemisessä. Inhimillisen toiminnan mallissa suorituskvyytä määritellään siis kvynä tehdä asioita, ja tähän kvyyyn vaikuttavat sekä subjektiivinen kokemus että objektiiviset fyysiset ja psyykkiset osatekijät. (Kielhofner 2008: 18–20.)

3.2 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky käsitetään yleisesti ottaen elimistön toiminnalliseksi kvyyksi selviytyä fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä (Pohjolainen 2009a: 48). Fyysinen terveys voidaan lisäksi määritellä yhdeksi edellytykseksi yksilön toiminnalle kaikissa kulttuureissa (Aaltio 2013: 60). Fyysinen toimintakyky kertoo siis vain osan ihmisen toimintakvystä, mutta ilman fyysistä toimintakvyytä on vaikea tehdä moniakaan asioita. Kuten jo aiemmin todettiin, liikkumiskvyn vaikeudet – eli rajoitteet fyysisessä toimintakvyyssä

– ovat yhteydessä monimutkaisempien toimintojen suorittamiseen ja esimerkiksi sosiaaliseseen osallistumiseen, joten niiden vaikutus ulottuu laajalle (Rantanen – Sakari-Rantala 2008: 288).

Mikäli henkilön toimintakyvyn haasteet sijoittuvat fyysisen toimintakyvyn alueelle, voi toimintaterapian kontekstissa hyödyntää esimerkiksi biomekaanista viitekehystä. Tässä viitekehyksessä päähuomio kohdistuu siihen, miten tuki- ja liikuntaelimestön suorituskyky vaikuttaa liikkumista vaativiin suorituksiin. Viitekehys yhdistää tietoa muun muassa anatomiasta ja kinesiologyasta. Viitekehysten näkökulmasta keho tarvitsee kolmea asiaa tuottaakseen liikettä ja sen vastakohtana stabiliteettia: nivelten liikelaajuutta, voimaa ja kestävyyttä. (Kielhofner 2009: 66.)

3.2.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Toimintakykyä arvioimalla saadaan tietoa siitä, miten henkilö selviytyy toimintaympäristössään, mihin ei välttämättä päästä arvioimalla vain yleistä elämänlaatua tai sairauksia (Laukkanen 2008: 262). Toimintakykytietoa tarvitaan esimerkiksi väestön terveyden tarkasteluun ja yksilön työkyvyn ja avuntarpeen arviointiin. Ehkäiseviä interventioita pystytään suuntaamaan oikeille henkilöille, kun tiedetään ketkä ovat toimintakykynsä suhteen riskiryhmässä. (Pohjolainen 2009b: 17.) Toimintakykytiedon perusteella päätetään myös erilaisista etuuksista (Laukkanen 2008: 262).

Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida kyselyillä ja haastatteluilla, havainnoimalla, toimintatesteillä ja laboratoriomittauksilla. Toimintatestien voi katsoa sijoittuvan itsearviointitestien ja laboratoriomittausten väliin: ne tuottavat objektiivisempaa tietoa kuin haastattelu tai kysely, mutta ovat helpommin toteutettavissa ja halvempia kuin laboratoriomittaukset. (Pohjolainen 2009a: 51–52.)

Mittaaminen tarkoittaa jonkin tutkittavan ominaisuuden muuttamista numeroiksi. Mittaamisen järkevyyden määrittää se, pystytäänkö tämä tekemään menettämättä olennaista informaatiota. Ilmiön taustalla olevat käsitteet pitää määritellä tarkkaan, jotta ymmärretään millaiset piirteet ovat ilmiön kannalta olennaisia. (Alanen 2001: 199.) On siis tärkeää ymmärtää, mihin fyysisen toimintakyvyn arvioinnilla milloinkin pyritään, millaista tietoa missäkin tilanteessa tarvitaan ja mitkä ovat mitattavan ominaisuuden olennaisia tekijöitä.

Monissa suoriutumista mittaavissa testeissä käytetään jaottelua suoriutuu – ei suoriudu. Joissain tutkittavat jaetaan kategorioihin sen mukaan, kuinka hyvin tutkittava suoriutuu testistä. Suoriutumista voi mitata myös ajallisesti eli jatkuvana muuttujana. (Curb ym. 2006: 737–738.)

Toimintakyvyn mittareissa on sekä yksiulotteisia että moniulotteisia mittareita. Kun mitataan ruumiin ja kehon rakenteisiin ja toimintoihin liittyviä asioita, ovat mittarit usein yksiulotteisia. Kun taas siirrytään suoritusten ja osallistumisen arviointiin, ovat mittarit usein paljon moniulotteisempia. Esimerkiksi käden puristusvoiman mittaaminen on yksiulotteinen mittari, jonka tavoitteena on määritellä yksiulotteisen fysiologisen toiminnan taso. Koetun terveyden mittaaminen on taas huomattavasti moniulotteisempaa, ja ilmiö on paljon abstraktimpi. (Valkeinen – Anttila – Paltamaa 2014: 5.)

Opinnäytetyön aineistoon kuuluvista mittareista on todettu, että yhdellä jalalla seisominen, puristusvoima ja ajastettu tuoilta nousu ovat yksinkertaisia suoritukseen perustuvia testejä, joilla on hyvä reliabiliteetti ja erottelukyky ja niitä voidaan käyttää sekä kliinisissä että tieteellisissä tutkimuksissa, kun on tarve kartoittaa nopeasti yleistä toimintakykyä (Curb ym. 2006: 737). Nämä testit eivät mittaa fyysisen toimintakyvyn kaikkia osa-alueita. Esimerkiksi hienomotoriikka ja yläraajan liikkuvuus voivat vaikuttaa päivittäisen elämän toiminnoista suoriutumiseen. (Curb ym. 2006: 741.)

ICF-luokituksessa suorituksia ja osallistumista voidaan arvioida suoritustason ja suorituskyvyn avulla. Suoritustasolla tarkoitetaan sitä, kuinka ihminen suoriutuu käytännössä siinä ympäristössä, jossa hän elää. Suorituskyvyllä taas viitataan ihmisen kykyyn toteuttaa jokin tehtävä mahdollisimman vakioidussa ympäristössä, eli suorituskky tarkoittaa olosuhdevakioitua kyvykkyyttä. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011: 14–15.) Opinnäytetyössä hyödynnettävät mitatun toimintakyvyn tulokset koskevat suorituskkyä eli olosuhdevakioitua kyvykkyyttä, eivät niinkään suoritustasoa eli käytännön suoriutumista. Koetun toimintakyvyn kysymysten voi taas katsoa kertovan ennen kaikkea suoritustasosta.

Opinnäytetyön nimessä käytetään yksinkertaisuuden vuoksi termejä koettu ja mitattu fyysinen toimintakyky. Koetulla fyysisellä toimintakyvyllä viitataan henkilön subjektiiviseen arvioon fyysisestä toimintakyvystään eli itsearviointiin perustuvaan tietoon. Mitatulla fyysisellä toimintakyvyllä viitataan objektiivisiin mittauksiin tai testeihin saatuun tietoon. Näitä erilaisia tapoja kerätä toimintakykytietoa avataan ja määritellään seuraavaksi.

3.2.2 Subjektiiivisesti ja objektiivisesti mitattu fyysinen toimintakyky

Toimintakyvyn arvioimiseen on käytetty paljon itsearviointiin perustuvia kyselyitä tai välillistä tietoa kyvyistä ja toiminnasta. Jotta toimintakyvystä saataisiin paremmin määrällistä tietoa, on kehitetty suoraa fyysistä suoriutumista mittaavia testejä. (Curb ym. 2006: 737.) Toimintakykyä voidaan siis mitata tutkittavan henkilön omaan arvioon perustuen tai omasta arviosta riippumattomilla mittareilla. Kummallakin tavalla on omat käyttötarpeuksensa. (Koskinen 2004: 38.)

Vakioiduissa olosuhteissa tehtävien mittausten avulla saadaan tietoa henkilön suoriutumiskapasiteetista ilman ympäristön vaikutusta tuloksiin. Uudelleen tehdyt mittaukset ovat vertailukelpoisia ja niiden perusteella on mahdollista päätellä, kuinka paljon mitattu ominaisuus on muuttunut. (Koskinen – Martelin – Sainio 2007: 16–17; Pohjolainen 2009b: 18.) Objektiivisesti mitattu suoritus heijastaa siis enimmäkseen motorista suoriutumista erillään kontekstuaalisista tekijöistä ja tällainen tieto on helpommin verrattavissa myös eri tutkimusten kesken. (Sallinen ym. 2010: 1725.)

Vakioiduissa olosuhteissa tehdyt mittaukset eivät kuitenkaan kerro välttämättä kovin paljon siitä, miten henkilö todellisuudessa selviytyy arkiympäristössään, sillä jokapäiväisessä ympäristössä voi olla toimintaa helpottavia tai vaikeuttavia tekijöitä. Itsearvioitun toimintakyvyn perusteella voidaan saada tietoa sekä henkilön toimintakyvyn muutoksista että muutoksista arkiympäristössä. (Koskinen ym. 2007: 16–17.) Esimerkiksi itsearvioitu liikkumiskyky voi heijastaa päivittäistä kokemusta liikkumiskyvystä (Sallinen ym. 2010: 1725).

Kun toimintakykyä mitataan testaamalla, saadaan tietoa lisäksi vain yhdestä suorituskerrasta. On mahdollista, että tutkittava pystyy tekemään yhden suorituksen hyvin, vaikka hänellä olisikin kipuja tai tekeminen aiheuttaisi väsymystä. Haastattelemalla saadaan tietoa siitä, miten joku toiminto yleisesti ottaen onnistuu. Jos tavoitteena on saada tietoa siitä, miten henkilö itse kokee selviytyvänsä jostakin toiminnosta, on ainoana vaihtoehtona haastattelu. (Rantanen – Sakari-Rantala 2008: 292.)

Itsearviointiin perustuvat mittarit mielletään subjektiiivisiksi mittareiksi ja ammattilaisten käyttämät mittarit objektiivisiksi mittareiksi, ja näin jaottelu on karkeasti tehty tässäkin

opinnäytetyössä. Kuitenkin myös objektiivisten mittareiden käyttöön sisältyy subjektiivisia piirteitä, koska monien mittareiden tulosten tulkinnassa tarvitaan ammattilaisten taitoa (Valkeinen ym. 2014: 5). Monien standardoitujen testien voi katsoa olevan hyvinkin subjektiivisia, jos ne perustuvat siihen, että tutkija päättää tutkittavan joko suoriutuneen tai ei-suoriutuneen enemmänkin tutkijan oman arvion kuin mittauksen perusteella (Curb ym. 2006: 739).

Toimintaterapian näkökulmasta toimintakyvyn arviointi vain normitetuin menetelmin ei riitä, vaan lisäksi tarvitaan myös subjektiivisempaa tietoa. Vain ihminen itse pystyy kertomaan, miten hän toimintakykynsä kokee. Asiakkaan oma näkemys ei ole välttämättä yhtenäinen toimintaterapeutin näkemyksen kanssa, mutta mikäli ammattilainen ei ymmärrä asiakkaan näkökulmaa, on tällä heikentävä vaikutus esimerkiksi asiakkaan motivoitumiseen kuntoutuksen suhteen. (Launiainen ym. 2001: 135.)

Tutkimusten mukaan haastattelemalla ja testeillä saadut tiedot henkilön liikkumiskyvystä eivät aina vastaa toisiaan. Tämä voi johtua monesta asiasta, mutta yksi näkökulma on se, että vain haastattelemalla tai vain testaamalla ei saada esiin kaikkea, mitä liikkumiskykyyn ja toimintakykyyn liittyy. (Rantanen – Sakari-Rantala 2008: 292.) Eräessä tutkimuksessa huomattiin, että itseilmoitettu ja objektiivisesti mitattu kyky kävellä 400 metriä liittyvät hieman erilaisiin fyysisiin ominaisuuksiin, joten nämä erilaiset mittaustavat eivät välttämättä ole keskenään täysin täysin vaihtokelpoisia (Beauchamp ym. 2014: 6–7). Haastattelu ja testaaminen kannattaa siis nähdä toisiaan täydentävinä menetelminä, joista toinen tuottaa tietoa henkilön kokemuksesta ja yleisestä suorituskyvystä ja toinen kertoo parhaasta mahdollisesta suorituksesta. (Rantanen – Sakari-Rantala 2008: 292.)

Yhteenvetona voidaan sanoa, että fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa sekä itsearviointitiedolla että objektiivisella tiedolla on paikkansa. Fyysistä suoriutumista mittaavat testit täydentävät itsearviointitietoa, eivät korvaa sitä (Guralnik ym. 2000: 221). Jotta toimintakyvyn vajeista saisi tarpeeksi kattavan kuvan, on tarpeen käyttää sekä itsearviointiin että objektiiviseen mittaamiseen perustuvia testejä (Sainio ym. 2006: 378). Erilaiset mittaustavat auttavat siis ymmärtämään henkilön suorituskyyä eri näkökulmista.

4 Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on muuttanut maasta toiseen pysyvästi. Muutot tapahtuvat eri ihmisillä eri syistä. (Buchert – Vuorento 2012: 5.) Aiemmin Suomeen suuntautuva maahanmuutto perustui pitkälti humanitaarisiin syihin, mutta nykyään tänne muutetaan yhä useammin perheen, työn tai opiskelun takia (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 9).

Suomessa tilastollisessa tarkastelussa maahanmuuttajaksi luokiteltaessa käytetään yleisimmin kriteereinä ulkomaan kansalaisuutta, vieraskielisyyttä sekä syntymävaltiota (Buchert – Vuorento 2012: 5). Vieraskieliseksi luokitellaan kaikki, joiden äidinkieli on jokin muu kuin suomi, ruotsi tai saame (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 82). Termi ”maahanmuuttaja” saattaa tuntua monesta ulkomailta Suomeen muuttaneesta vieraalta. Maahanmuuttaja-termiä käytetään, kun tarkoitetaan Suomeen joskus ulkomailta muuttanutta ihmistä, vaikka hän olisi muuttanut Suomeen vuosia sitten ja asettunut tänne pysyvästi. Jotkut pitävät enemmän esimerkiksi termistä uussuomalainen, mutta yhtä oikeaa nimitystapaa ei ole. (Säävälä 2011: 8–9.)

Suomessa asuvan ulkomaalaisväestön määrä kasvaa nopeasti. Määrä lähes kaksinkertaistui vain kymmenessä vuodessa, sillä vuonna 2000 Suomessa asui noin 92 000 ulkomaan kansalaista ja vuonna 2010 noin 168 000. Vuoteen 2030 ulkomaan kansalaisten määrän ennustetaan kasvavan 500 000 henkeen. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 9.) Vuoden 2013 lopussa koko Suomen väestöstä 5,5 prosenttia oli ulkomaalaistaustaisia. Maanosittain tarkasteltuna 59 prosenttia heistä oli taustaltaan eurooppalaisia, 24 prosenttia aasialaisia ja 12 prosenttia afrikkalaisia. (Tilastokeskus 2014: 1.) Muihin Euroopan maihin verrattuna Suomessa on vielä melko vähän maahanmuuttajia, ja iso osa Suomeen tulevista on Venäjältä tai Virosta. Maahanmuuttajat eivät ole yhtenäinen ryhmä, sillä yli puolet maahanmuuttajista tulee pienistä ryhmistä. (Säävälä 2011: 7–8.)

Maahanmuuttajat ovat keskittyneet voimakkaasti tietyille alueille. Yli puolet maahanmuuttajista asuu Helsingin seudulla (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 20). Vuoden 2013 alussa Helsingin asukkaista ulkomaan kansalaisia tai ulkomailla syntyneitä eli ulkomaalaistaustaisia oli 12,4 prosenttia ja vieraskielisiä 12,2 prosenttia. Vieraskielisen väestön ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä yli 20 prosentin osuuteen Helsingin väestöstä (Helsingin kaupungin tietokeskus 2013: 2–6). Erityisesti isoissa kaupungeissa

ulkomaalaistaustaiset ovat siis jo nyt suuri ryhmä, joka tulee tulevaisuudessa kasvaamaan.

4.1 Maahanmuuttaja asiakkaana sosiaali- ja terveystalvissa

Maahanmuuttajien määrän kasvaessa monikulttuurisuus, monikielisyys ja tapojen moninaisuus ovat entistä vahvemmin osa suomalaista yhteiskuntaa (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 9). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavatkin nykyään yhä useammin eri kulttuureista tulevia ihmisiä. Suomi ei ole toki ennenkään ollut yksikulttuurinen, sillä täällä on asunut muun muassa romaneja, juutalaisia ja tataareja, mutta nykyinen monikulttuurinen tilanne on kuitenkin melko uusi. (Järvinen 2004: 10–11.)

Maahanmuuton lisääntyessä julkisten palvelujen tulee pystyä entistä paremmin vastaamaan maahanmuuttajien palvelutarpeisiin (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012: 9). Kun tiedetään, millaisia erityistarpeita maahanmuuttaja-asiakkailta on, voidaan palveluita kehittää useammalla tasolla. Ensinnäkin voidaan lisätä ammattilaisten tietoja ja taitoja toimia maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa. Toiseksi voidaan kehittää ja käyttää erilaisia tukipalveluita. Kolmas mahdollisuus on erillispalveluiden tuottaminen. (Buchert – Vuorento 2012: 3.) Maahanmuuttajien palvelutarpeet ovat pääosin samanlaisia kuin kantaväestönkin, mutta joitakin erityispiirteitä löytyy (Lehdonvirta – Peltola 2005: 82).

Kielitaito on yksi tärkeä tekijä, joka tulee huomioida työskennellessä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä asioidaan hyvin paljon kirjallisesti, mikä voi olla haasteellista heikosti suomea osaaville asiakkaille (Peltola – Metso 2008: 38). Maahanmuuttajien kielitaidossa on isoja eroja, eikä kielitaidon määrää voi päätellä esimerkiksi maassaoloajan perusteella. Sujuvaa suomea puhuva henkilö voi olla lukutaidoton, ja sosiaalisesti arka henkilö ei välttämättä osaa tuoda taitojaan esille. (Parvinen – Helli-Kaymaz – Kaikkonen 2005: 118.) Jos asiakas osaa kieltä kohtuullisesti, voi tulkin käyttö olla tarpeen ainoastaan sellaisissa asiakastilanteissa, joissa tarvitaan runsaasti kielellistä osaamista, kuten psykologin tutkimuksen yhteydessä. Heikosti kieltä osaavien asiakkaiden kanssa tulkkia kannattaa käyttää kaikissa asiakastapaamisissa. (Härkönen – Manelius – Turunen – Peltola 2005: 103.)

Oikeanlaisten palveluiden löytäminen voi olla maahanmuuttajalle vaikeaa. Palveluun pääseminen voi hankaloitua heikon suomen kielen taidon takia tai suomalaisen asiomiskulttuurin vierauden vuoksi. Palvelusta toiseen siirtyminen on kriittinen kohta, jossa

maahanmuuttajataustainen asiakas tippuu helposti palveluiden ulkopuolelle, ellei palvelujärjestelmä ole tuttu. (Lehdonvirta – Peltola 2005: 82.) Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat osaavat usein käyttää terveyskeskusten tavallisimpia palveluita, mutta tieto muista terveys- ja kuntoutuspalveluista voi olla vähäistä (Lehdonvirta – Peltola 2005: 89). Ammattilaisilla on siis tärkeä rooli maahanmuuttajataustaisen asiakkaan ohjaamisessa ja neuvomisessa, jotta asiakas pystyy hyödyntämään palvelujärjestelmää tarvitsemallaan tavalla.

Maahanmuuttajataustaisen asiakkaan terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien selvittäminen voi vaatia peruspalveluita laajempaa mahdollisuutta tutustua asiakkaan kokonaisuutensa tilanteeseen. Ongelmat eivät aina ole kovin suuria, mutta asiakas ei välttämättä osaa itse hakea apua. Jos asiakas hakee itse apua, mutta peruspalveluiden työntekijöillä ei ole aikaa perehtyä asiakkaan tilanteeseen kunnolla, ei asiakas tule silloinkaan autetuksi. (Lehdonvirta – Peltola 2005: 95.) Asiakasprosesseihin tulee siis varata riittävästi aikaa ja muita resursseja. Erityisesti pakolaistaustaisilla asiakkailla terveydentilaan liittyvät dokumentit saattavat olla vähäisiä, mikä tekee työskentelystä vielä haastavampaa (Härkönen ym. 2005: 104–105).

Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohdalla kannattaa huomioida myös kulttuuriin tekijöihin liittyviä seikkoja. Kulttuurierot voivat vaikuttaa ensinnäkin siihen, kuinka avoimesti asiakkaat kertovat terveyteen liittyvistä asioista (Peltola – Metso 2008: 48). Asiakkaiden käsitykset sairauksien syistä ja seurauksista voivat erota syntyperäisten suomalaisten näkemyksistä. Länsimaiden ulkopuolelta tulevat voivat suhtautua suurella varauksella erityisesti mielenterveyden häiriöihin. (Härkönen ym. 2005: 104–105.) Lisäksi suomalainen yhteiskunta on hyvin maallistunut, eikä uskonto ole monelle arjen valintoihin vaikuttava tekijä. Monilla maahanmuuttajilla tilanne on toinen, ja uskonnollinen vakaumus voi läpäistä kaikkea henkilön toimintaa. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 77.)

Maahanmuuttajat ovat oman kulttuurinsa ja tapojensa parhaita asiantuntijoita. Huomioidalla asiakkaan toiveet mahdollisimman pitkälle pystytään ehkäisemään konflikteja ja ristiriitatilanteita. Joillekin on esimerkiksi tärkeää, että heidän kanssaan työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset ovat heidän kanssaan samaa sukupuolta. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 75.)

Toimiva vuorovaikutussuhde työntekijän ja asiakkaan välillä on edellytys toimintakyvyn arvioinnille. Vuorovaikutus on enimmäkseen kielellistä ja maahanmuuttajataustaisten

asiakkaiden suomen kielen osaaminen vaihtelee, joten kielellisen informaation laatuun ja muotoon pitää kiinnittää huomiota. Asioita voi olla tarpeen perustella ja selittää totuttua perinpohjaisemmin, sillä esimerkiksi arviointimenetelmät saattavat tuntua muualta tulevista asiakkaista vierailta. (Härkönen ym. 2005: 98.) Myös Maamu-tutkimuksessa havaittiin, että tärkeintä tutkimukseen motivoitumisessa olivat työntekijän vuorovaikutustaidot, eivät niinkään työntekijän kulttuurinen tausta tai saman kielen puhuminen tutkittavan kanssa (Weiste-Paakkanen ym. 2012: 294). Vuorovaikutustaidot voi siis nostaa yhdeksi tärkeimmistä työkaluista maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa työskennellessä.

Kulttuurisen kompetenssin voi nähdä liittyvän vuorovaikutustaitojen kokonaisuuteen. Kulttuurinen kompetenssi voidaan jakaa kahteen osaan: yleiseen kulttuuriseen kompetenssiin sekä spesifiin kulttuuriseen kompetenssiin. Yleinen kulttuurinen kompetenssi on kykyä toimia kenen tahansa monikulttuurisen asiakkaan kanssa. Kunnioitus ja avoimuus muille kulttuureille ovat yleisen kulttuurisen kompetenssin edellytyksiä. Spesifi kulttuurinen kompetenssi liittyy osaamiseen, joka kohdistuu tietyn kulttuurisen taustan omaaviin ihmisiin. Terveystieteiden ammattilaisille kulttuurinen kompetenssi on erityisen tärkeää. (Kemp – Rasbridge 2001: 5–6.) Kulttuurisen kompetenssin saavuttaminen vaatii ensinnäkin oman kulttuurin ja ennakkoluulojen ymmärtämistä, toiseksi tiedon hankkimista muista kulttuureista ja viimeiseksi tuon tiedon tuomista käytäntöön. Kulttuurinen kompetenssi saa aikaan asiakastyytyväisyyttä, parempia tuloksia ja kustannustehokkuutta. (Galanti 2004: 1.)

Toisaalta kulttuuriseen osaamiseen liittyy myös jokaisen asiakkaan kohtaaminen yksilönä. Työntekijän kokemattomuus voi johtaa siihenkin, että maahanmuuttajataustaista henkilöä kohdellaan korostuneesti tietyn etnisen ryhmän edustajana (Schubert 2007: 13). Stereotypioihin jumiutuminen on haitallista sekä asiakkaan että ammattilaisen kannalta, vaikka onkin hyvä tuntee tiettyihin ryhmiin liittyviä yleisiä ilmiöitä, jotta ne osaa ottaa tarvittaessa huomioon (Galanti 2004: 3). Jokainen asiakas tulee siis kohdata ensisijaisesti yksilönä, vaikka hän kuuluisikin johonkin etniseen ryhmään.

4.2 Maahanmuuttajien terveys ja toimintakyky

Maahanmuuttajien toimintakyvystä on tietoa vain niukasti sekä Suomesta että kansainvälisesti (Rask ym. 2012b: 183). Terveys ja toimintakyky liittyvät kiinteästi toisiinsa ja

ovat käsitteinä osin sisäkkäisiä (Pohjolainen 2009b: 22). Koska maahanmuuttajien toimintakykyyn liittyvää tietoa on niin vähän, hyödynnetään tässä työssä paljon myös maahanmuuttajien terveyteen liittyvää tietoa.

Yksi väestön terveydestä käytettävä mittari on koetun terveyden taso (Malin – Anis 2013: 150). Maahanmuuttajat kokevat terveytensä usein heikommaksi kuin kantaväestöön kuuluvat ihmiset (Malin – Suvisaari 2010: 151). Myös Maamu-tutkimuksessa havaittiin, että venäläis- ja kurditaustaiset henkilöt arvioivat terveytensä selvästi huonommaksi kuin muu samanikäinen väestö. Toisaalta somalialaistaustaiset arvioivat terveytensä varsin hyväksi. (Koskinen – Castaneda – Solovieva – Laatikainen 2012b: 65.)

Hiljattain maahan muuttaneiden terveys on yleensä hyvä, sillä maahanmuutto on raskas prosessi, johon huonokuntoisemmat eivät välttämättä kykene (Malin – Anis 2013: 148). Maassa asuttu aika vaikuttaa terveyteen monin tavoin. Asumisajan ja kotoutumisen myötä länsimainen terveystietous lisääntyy ja opitaan esimerkiksi käyttämään terveyspalveluita paremmin. Toisaalta myös epätoivotut länsimaiset tavat, kuten tupakointi ja alkoholin liikakäyttö, voivat lisääntyä. (Malin – Suvisaari 2010: 138.)

Joillakin maahanmuuttajilla on muita suurempi riski erilaisiin terveysongelmiin lähtömaassa, matkalla tai tulomaassa koettujen asioiden takia. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi pakolaiset ja paperittomat. Joillakin saattaa olla hoitamattomia tartuntatauteja tai sodan aiheuttamia traumoja. (Malin – Suvisaari 2010: 137.) Heillä voi myös olla erilaisia vammoja, vajaakuntoisuutta ja sairauksia (Peltola – Metso 2008: 82). Suomalaisen tutkimuksen mukaan turvapaikanhakijoilla on paljon päänsärkyjä, tuki- ja liikuntaelinten kipuja ja mielenterveyshäiriöitä (Pirinen 2008: 8).

Pakolaisten kokemalla sodalla ja vainolla voi olla selviä vaikutuksia terveyteen, mutta muut maahanmuuttajat saattavat tulla hyvistä oloista ja olla siten terveitä (Kemp – Rasbridge 2001: 32). Vaikka maahanmuuttajalla ei olisi takanaan dramaattisia tapahtumia, voi uuteen maahan muuttamiseen liittyvä stressi kuitenkin vaikuttaa sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen. Stressiä aiheuttavat muun muassa kulttuurishokki, vieras kieli ja sosiaalisen tuen puute sukulaisten ja ystävien jäädessä toiseen maahan. (Kemp – Rasbridge 2001: 45.) Pelkästään maasta toiseen muuttaminen voi siis olla terveydelle haaste.

Myös uudessa maassa koetulla syrjinnällä on vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin. Syrjintä vaikuttaa terveyteen alentamalla omanarvontuntoa ja aiheuttamalla stressiä. Pitkittynyt stressi puolestaan vaikuttaa terveyteen ja toimintakykyyn. Syrjintä voi vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin myös sukupuolvelta toiselle siirtyvän huono-osaisuuden kautta. (Malin – Anis 2013: 152.)

Monien tutkimusten mukaan mielenterveysongelmat ovat maahanmuuttajataustaisilla henkilöillä yleisempiä kuin kantaväestöllä (Malin – Suvisaari 2010: 157). Ilmiön yleisyyttä ovat korostaneet myös maahanmuuttajien parissa työskentelevät ammattilaiset (Peltola – Metso 2008: 123). Myös Maamu-tutkimuksessa huomattiin, että venäläis- ja kurditaustaisilla oli huomattavasti enemmän vakavia masennus- ja ahdistusoireita kuin muulla väestöllä (Castaneda ym. 2012a: 146).

Maahanmuuttajat kuuluvat usein tulojensa ja koulutuksensa perusteella alempiin sosioekonomisiin ryhmiin. Alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuulumisen on todettu liittyvän kaikissa länsimaissa heikompaan terveyteen ja korkeampaan sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Gissler – Malin – Matveinen – Sarvimäki – Kangasharju 2006: 10; Malin – Suvisaari 2010: 144.) Maahanmuuttajien heikompaan terveyteen liittyvät tekijät voivat siis olla yhteydessä laajempaan sosiaaliseen ja materiaaliseen hyvinvointiin tai niiden puutteeseen.

Maamu-tutkimuksessa todettiin, että heikko kielitaito vaikuttaa monien maahanmuuttajien sosiaaliseen toimintakykyyn. Erilaisissa virastoissa asioiminen on vaikeaa isolle osalle maahanmuuttajia. Erityisesti somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla on lisäksi vaikeuksia internetin käytössä. (Koskinen – Sainio – Rask 2012d: 199.) Näillä tekijöillä on paljon merkitystä arkisista velvoitteista selviämiseen.

Fyysisen toimintakyvyn tulokset vaihtelivat Maamu-tutkimuksessa paljon väestöryhmän mukaan. Venäläistaustaiset kokivat vaikeuksia suunnilleen yhtä usein kuin koko samanikäinen väestö, mutta kurdi- ja somalialaistaustaiset kokivat vaikeuksia portaiden nousussa, kävelyssä ja ostoskassin kantamisessa selvästi koko väestöä yleisemmin. Osaltaan erityisesti somalialaistaustaisten naisten fyysisen toimintakyvyn ongelmia voivat selittää lihavuuden yleisyys ja kuntoliikunnan vähäisyys. (Rask ym. 2012b: 189–190).

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyössä tarkastellaan subjektiivisesti mitatun liikkumiskyvyn ja objektiivisesti mitattujen toimintakykytestien yhteyttä kolmessa maahanmuuttajaryhmässä määrällisen analyysin avulla. Tulosten toivotaan antavan viitteitä siitä, kuinka voimakkaasti itsearviointiin perustuvien mittareiden tulokset ovat yhteydessä objektiivisten mittareiden tuottamiin tuloksiin maahanmuuttajataustaisen väestön kohdalla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Miten liikkumiskykyä eri tavoin arvioivat henkilöt suoriutuvat objektiivisista toimintakyvyn mittauksista?
2. Miten itseilmoitettu liikkumiskyky korreloi objektiivisten toimintakykymittausten kanssa?
3. Kuinka yhteneväinen itseilmoitettu liikkumiskyky on objektiivisten toimintakykymittausten kanssa?

6 Aineisto ja aineiston analyysi

Opinnäytetyöni aineisto tulee Maamu-tutkimuksesta, jossa selvitettiin Suomessa asuvien venäläisten, somalialaisten ja kurdien terveyttä ja hyvinvointia. Maamu-tutkimuksessa oli kaksi osiota: haastattelu ja terveystarkastus. Pitkästä haastattelusta kieltäytyneillä oli mahdollisuus osallistua myös lyhythaastatteluun. Yhteensä tutkimukseen osallistui 1846 tutkittavaa (Castaneda – Rask – Koponen – Koskinen 2012b: 31). Haastattelussa kysyttiin laajasti terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä, kuten elintavoista, terveystarkastuksen käytöstä ja sairauksista. Terveystarkastukseen kuuluivat muun muassa toimintakykyä kartoittava osio, verinäyte erilaisten arvojen tutkimiseksi sekä mielenterveysoireita ja somaattisia oireita kartoittava oirekysely. Terveystarkastukseen osallistui 1366 tutkittavaa. (Castaneda ym. 2012b: 36–38.)

Tässä opinnäytetyössä aineistona käytetään terveystarkastuksen toimintakykyä koskevaa osiota. Terveystarkastuksessa kartoitettiin fyysistä toimintakykyä neljän subjektiivista toimintakykyä koskevan kysymyksen ja kolmen objektiivisen testin avulla. (Castaneda ym. 2012b: 37). Subjektiivisen eli koetun toimintakyvyn kysymykset koskivat sadan metrin matkan juoksemista, portaiden nousemista usean kerrosvälin levähtämättä, puolen kilometrin kävelyä levähtämättä sekä ostoskassin tai muun viiden kilogramman painoisen taakan kantamista sadan metrin matkan. Tutkittava vastasi kysymyksiin valitsemalla sopivimman neljästä vaihtoehdosta (pystyy toimintoon vaikeuksista, vaikeuksia on jonkin verran, toiminnon suorittaminen on erittäin vaikeaa tai ei pysty siihen lainkaan). (Rask ym. 2012b: 185.)

Subjektiivisesta toimintakyvystä eli koetusta toimintakyvystä käytetään tässä opinnäytetyössä termiä itseilmoitettu liikkumiskyky, koska aineiston koetun toimintakyvyn kysymykset koskevat käytännössä kykyä liikkua. Analyysin helpottamiseksi itseilmoitetusta liikkumiskyvystä on muodostettu kaksiluokkainen muuttuja: tutkittava joko kokee tai ei koe vaikeuksia itseilmoitetussa liikkumiskyvyssä. Tässä opinnäytetyössä ei oteta huomioon kysymyksiä ostoskassin kantamisesta tai sadan metrin matkan juoksemisesta, vaan liikkumiskykymuuttuja on muodostettu portaiden nousemista ja puolen kilometrin kävelyä koskevien kysymysten pohjalta. Mikäli tutkittava on ilmoittanut pystyvänsä suoriutumaan kummastakin vaikeuksista, hän kuuluu ryhmään ”liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia”. Mikäli tutkittava on ilmoittanut jonkinasteisia vaikeuksia joko portaiden nousemisessa, puolen kilometrin kävelyssä tai molemmissa, hän kuuluu ryhmään ”liikkumiskyvyssä vaikeuksia” (ks. kuvio 4).

Kysymykset, joiden perusteella itseilmoitettu liikkumiskyky tässä opinnäytetyössä määritellään	Ryhmiin "liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia" ja "liikkumiskyvyssä vaikeuksia" jakautuminen	
<p>Kykenettekö nousemaan portaita usean kerrosvälin levähtämättä?</p> <p>1 Pystytte siihen vaikeuksitta 2 Pystytte siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran 3 Pystytte siihen, mutta se on erittäin vaikeaa 4 Ette pysty siihen lainkaan</p>	Kykeneekö tutkittava vaikeuksitta sekä nousemaan portaita usean kerrosvälin levähtämättä että kävelemään noin puoli kilometriä?	KYLLÄ → tutkittava kuuluu ryhmään "liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia"
<p>Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?</p> <p>1 Pystytte siihen vaikeuksitta 2 Pystytte siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran 3 Pystytte siihen, mutta se on erittäin vaikeaa 4 Ette pysty siihen lainkaan</p>		EI → tutkittava kuuluu ryhmään "liikkumiskyvyssä vaikeuksia"

Kuvio 4. Itseilmoitetun liikkumiskyvyn muodostuminen kahdesta subjektiivista toimintakykyä mittaavasta kysymyksestä

Päädyin yllä kuvattuun ratkaisuun, koska vaikeuksia kävelyssä ja portaiden nousussa on käytetty muissakin tutkimuksissa määritelmänä liikkumisvaikeudelle. Sallisen ym. (2010: 1722) tutkimuksessa tutkittavilta kysyttiin, pystyvätkö he kävelemään puoli kilometriä ja nousemaan yhden kerroksen verran portaita lepäämättä. Mikäli tutkittava raportoi näissä toiminnoissa minkäänlaista vaikeutta, hänellä katsottiin olevan rajoite liikkumiskyvyssä. Myös Cesarin ym. (2009: 252) tutkimuksessa alaraajojen toimintakyvyn vajuus määriteltiin sen perusteella, pystyykö tutkittava kävelemään neljännesmailin (noin 400 metriä) ja nousemaan kymmenen porrasta lepäämättä. Esimerkiksi juoksu voidaan määritellä huomattavia ponnistuksia vaativaksi toiminnaksi (ks. esim. Pekkonen 2011: 12), joten koetut vaikeudet juoksussa eivät kerro yhtä hyvin perustason liikkumiskyvystä ja fyysisestä toimintakyvystä kuin kävely ja portaiden nousu.

Objektiivisissa toimintakyvyn mittauksissa eli mitatussa toimintakyvyssä testattiin tutkitavan tasapaino, tuoilta nousemisen nopeus ja puristusvoima. Tasapaino testattiin pyytämällä tutkittavaa seisomaan yhdellä jalalla mahdollisimman liikkumatta toisen jalkate-

rän levätessä tukijalan säären sisäsivua vasten. Suorituksen maksimiaika oli 60 sekuntia, ja tutkittava sai yrittää maksimiajan saavuttamista kaksi kertaa. Mikäli jo ensimmäinen suoritus oli 60 sekuntia, toista suoritusta ei tehty. Tuolilta nousemisessa tutkittava istui standardoidulla tuolilla, ja häntä pyydettiin nousemaan ylös kymmenen kertaa mahdollisimman nopeasti ilman käsien apua. Nousemiseen kuluva aika mitattiin. Puristusvoimamittauksessa tutkittavaa pyydettiin puristamaan Smedley Hand Dynamometer -mittaria mahdollisimman voimakkaasti. Mittaus tapahtui tutkittavan istuessa tuolilla jalat maassa. Tutkittava suoritti kaksi mittausta. Mikäli kahden suorituksen välinen ero oli yli kymmenen prosenttia, tutkittava suoritti vielä kolmannen mittauksen. (Rask ym. 2012b: 184–185.)

Objektiivisista toimintakykymittauksista tässä opinnäytetyössä hyödynnetään kaikkia osioita eli tasapainotestiä, tuolitestiä ja puristusvoimatestiä. Maamu-tutkimuksessa toimintakyvyn mittausten tuloksena on käytetty tutkittavan saamaa parasta arvoa niissä testeissä, joissa tutkittavalla oli mahdollisuus useampaan suoritukseen (Rask ym. 2012b: 184). Näin ollen myös tässä opinnäytetyössä käytetään tasapainotestin tuloksena parasta arvoa kahdesta mittauksesta ja puristusvoimatestin tuloksena parasta arvoa kolmesta mittauksesta. Tuolilta nousussa tuloksena käytetään aikaa, joka tutkittavalta kului kymmeneen tuolilta nousuun.

Opinnäytetyön aineisto liittyy ICF-luokituksessa ruumiin/kehon toimintoihin (tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot) ja suorituksiin ja osallistumiseen (liikkuminen). Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin yhteydessä liikutaan osa-alueella ”ihminen” ja tarkemmin määriteltynä fyysisten toiminnallisten valmiuksien tasolla. Inhimillisen toiminnan mallin näkökulmasta opinnäytetyön aineistossa keskitytään ”henkilöön” ja suorituskyvyn osa-alueeseen.

Aineistoa tarkastellaan määrällisen analyysin avulla. Määrällinen analyysi on toteutettu SPSS-ohjelmalla. Varsinaisessa tulososiossa itseilmoitettua liikkumiskykyä ja mitattuja testituloksia tarkastellaan eri tavoin yhdistellen, mutta ennen tätä esittelen perustason tulokset koskien toimintakykytestejä ja liikkumisvaikeuksien kokemista. Perustuloksissa on laskettu liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien osuudet sekä näiden ryhmien iän keskiarvo. Väestötasolla vaikeudet päivittäistoiminnoissa lisääntyvät, kun ihminen vanhenee (Laukkanen 2008: 267), minkä takia on mielekästä laskea myös iän keskiarvo liikkumiskyvyn vaikeuksia kokevien ja ei-kokevien osalta, vaikkei ikää muuten

tarkastellakaan. Objektiivisten toimintakykytestien perustuloksissa on laskettu keskiarvosuoriutumisen kaikkien kolmen testin osalta sekä tasapainotestissä myös maksimajan saavuttaneiden osuus. Kaikki nämä tulokset on eritelty väestöryhmän ja sukupuolen mukaan.

Ensimmäisessä varsinaisessa tutkimusosiossa on laskettu keskiarvosuoriutuminen objektiivisesti mitatuissa toimintakykytesteissä sekä liikkumisvaikeuksia ilmoittavien ryhmältä että ryhmältä, joka ei ilmoita vaikeuksia liikkumiskyvyssä. Tulokset ilmoitetaan väestöryhmien ja sukupuolten mukaan eroteltuina. Liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien ryhmien keskiarvojen eron merkitsevyys testattiin Mann-Whitneyn testillä, koska kaikki jakaumat eivät noudata normaalijakaumaa ja monet liikkumiskyvyn vaikeuksia raportoivat ryhmät ovat melko pieniä. Jakaumien normaalisuutta arvioitiin muun muassa jakauman vinouden (skewness) ja huipukkuuden (kurtosis) avulla (ks. taulukot 2 ja 3 liitteessä 1). Usein keskiarvojen eron testaukseen käytetään t-testiä (Metsämuuronen 2009: 390). Aina kun epäillään, ettei jakauma ole normaalisti jakautunut ja otoskoko on pieni, tulisi kuitenkin käyttää Mann-Whitneyn testiä (Metsämuuronen 2009: 385–386).

Toisessa osiossa on tarkasteltu itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja toimintakykytestien riippuvuutta laskemalla niiden välinen korrelaatio sekä korrelaation tilastollinen merkitsevyys Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroimen avulla. Kolmea toimintakykytestiä tarkastellaan erillisinä ja tulokset esitellään väestöryhmän ja sukupuolen mukaan eriteltyinä. Useimmiten korrelaation laskemiseen käytetään Pearsonin korrelaatiokerrointa, mutta se vaatii vähintään välimatka-asteikon tasoiset muuttujat. Järjestysasteikon tasoisten muuttujien kohdalla voi käyttää Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa. (Heikkilä 2014: 192–193.) Koska liikkumisvaikeuksien kokeminen on järjestysasteikon tasoinen muuttuja, käyttöön valikoitui Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin.

Viimeisessä analyysiasetelmassa tarkastellaan tasapainon ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn yhteneväisyyttä. Tässä osiossa tehtiin ristiintaulukointi kahdesta muuttujasta: tasapainotestistä sekä ilmoitetuista liikkumisvaikeuksista. Tulokset esitellään väestöryhmän ja sukupuolen mukaan eriteltyinä. Tutkittavat on jaoteltu neljään ryhmään sen mukaan, millaiseksi he ilmoittavat liikkumiskykynsä ja saavuttavatko he tasapainotestissä maksimituloksen eli 60 sekuntia (ks. kuvio 5). Jaottelun pohjana on käytetty työkyvyn ja työsäkännin tasapainomallia, jossa ihmiset voidaan jaotella erilaisiin ryhmiin (positiivinen

tasapaino, positiivinen ristiriita, negatiivinen ristiriita ja negatiivinen tasapaino) sen mukaan, kuinka työkykyisiä he ovat ja ovatko he työelämässä (Rask ym. 2015a).

	Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia	Liikkumiskyvyssä vaikeuksia
Pysyy tasapainotestissä maksimiajan	Positiivinen yhteneväisyys	Positiivinen ristiriita
Ei pysy tasapainotestissä maksimiaikaa	Negatiivinen ristiriita	Negatiivinen yhteneväisyys

Kuvio 5. Malli itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tasapainotestissä suoriutumisen yhteneväisyydestä (mukaillen Rask ym. 2015a)

Tutkittavat, jotka eivät ilmoita vaikeuksia liikkumiskyvyssä ja jotka pysyvät tasapainotestissä maksimiajan, kuuluvat ryhmään positiivinen yhteneväisyys, koska heidän ilmoitettu liikkumiskykynsä ja objektiivinen suoriutumisensa ovat molemmat hyviä. Tutkittavat, jotka ilmoittavat vaikeuksia liikkumiskyvyssä, mutta pysyvät kuitenkin tasapainotestissä maksimiajan, kuuluvat ryhmään positiivinen ristiriita, koska he suoriutuvat hyvin, vaikka eivät pysty oman arvionsa mukaan liikkumaan ongelmitta. Tutkittavat, jotka eivät ilmoita vaikeuksia liikkumiskyvyssä, mutta eivät pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, kuuluvat ryhmään negatiivinen ristiriita, koska heidän katsotaan suoriutuvan heikommin kuin itseilmoitetun liikkumiskyvyn perusteella voisi olettaa. Tutkittavat, jotka ilmoittavat vaikeuksia liikkumiskyvyssä eivätkä pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, kuuluvat ryhmään negatiivinen yhteneväisyys, koska heidän suoriutumisensa ja ilmoitettu liikkumiskykynsä ovat molemmat heikkoja. Nelikenttään jakautumisen tilastollinen merkitsevyys kussakin väestöryhmän ja sukupuolen mukaan eritellyssä ryhmässä katsottiin Fisherin tarkalla testillä, koska sitä voidaan käyttää myös pienten otoskokojen kanssa (Metsämuuronen 2009: 1061).

Yhteneväisyystarkastelu itseilmoitettuun liikkumiskykyyn on tehty vain tasapainotestin osalta, koska tasapainotestissä tutkittavat on suhteellisen helppo jaotella karkeasti hyvin ja heikommin suoriutuneisiin. Maamu-raportissa tasapainotestin tuloksia onkin esitelty vain maksimiajan saavuttaneiden osuuksina (ks. Rask ym. 2012b: 185–186). Puristusvoima- ja tuolitestissä jako hyvin ja heikommin suoriutuneisiin olisi ollut vaikeampi tehdä, joten nämä testit jäivät yhteneväisyystarkastelun ulkopuolelle. Jaotteluun olisi tarvinnut esimerkiksi väestöryhmäkohtaisesti määritellyt viitearvot hyvälle suoriutumiselle eikä tällaisia ollut saatavilla.

Maamu-tutkimuksessa tutkittavien iät jakautuvat eri tavoin eri väestöryhmissä (ks. liite 1 taulukko 1). Erilaisten ikäjakaumien vaikutuksen huomioiseksi esiintyvyy- ja keskiarvo-tulokset esitetään Maamu-raportissa ikävakioituina (Härkänen 2012: 40). Koska SPSS-ohjelmalla ei pysty tekemään ikävakiointia, ovat kaikki tämän opinnäytetyön tulokset ikävakiomattomia. Maamu-raportissa esitellyt ikävakioidut tulokset objektiivisista toimintakykymittauksista (ks. Rask ym. 2012b: 186) ovat kuitenkin niin lähellä SPSS-ohjelmalla laskettuja tuloksia, että ikävakiomattomien tulosten voi katsoa olevan tarpeeksi luotettavia ammattikorkeakoulutasoiseen opinnäytetyöhön. SPSS mahdollistaa painokertoimien käytön, joten analyyseissa on käytetty terveystarkastuksen painokerrointa. Painokerroin korjaa tutkimukseen osallistumisen katoa (Härkänen – Juntunen n.d.: 1–2).

Tilastollisesti merkitseväksi tulokseksi Maamu-tutkimuksen raportissa määriteltiin p-arvo alle 0,05 (Härkänen 2012: 41). Tämä taso katsotaan yleisesti riittäväksi ihmistieteissä (Metsämuuronen 2009: 440). Tilastollisen merkitsevyyden rajana myös tässä työssä on siis p-arvo alle 0,05. Tilastollisesti merkitsevät p-arvot on merkitty taulukoihin lihavoimilla.

7 Tulokset

Maamu-raportissa on esitelty toimintakykymittausten ja koetun toimintakyvyn tuloksia (ks. Rask ym. 2012b: 185–190). Koska aineistoa on raportissa tarkasteltu jossain määrin eri tavalla kuin tässä opinnäytetyössä ja koska raportissa käytetään ikävakioituja tuloksia, esittelen ensin koettuun ja mitattuun toimintakykyyn liittyviä perustuloksia SPSS-ohjelmalla laskettuna ilman ikävakiointia. Tulokset auttavat lukijaa ymmärtämään, millaiset ovat lähtökohdat itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja objektiivisten toimintakykytestien yhteyden tarkastelulle. Alaluvuissa tarkastellaan varsinaisiin tutkimuskysymyksiin liittyviä tuloksia. Liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien osuudet ovat taulukossa 1.

Taulukko 1. Itseilmoitettu liikkumiskyky¹

		Venäläinen		Somali		Kurdi	
		Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia	Osuus (%)	4,6	15,7	8,3	33,3	19,4	42,5
	Ikä (v, ka)	55,9	50,5	42,4	40,2	44,0	39,5
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia	Osuus (%)	95,4	84,3	91,7	66,7	80,6	57,5
	Ikä (v, ka)	35,8	39,0	32,0	32,8	32,8	32,6
Iän keskiarvojen ero liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)		<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

Kaikissa väestöryhmissä miehet ilmoittavat vähemmän vaikeuksia liikkumiskyvyssä kuin naiset. Vähiten vaikeuksia ilmoittavat venäläistaustaiset ja eniten kurditaustaiset henkilöt. Eniten liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavat kurdinaiset, joista peräti yli 40 prosenttia ilmoittaa vaikeuksia. Somalinaisistakin kolmannes ilmoittaa vaikeuksia liikkumiskyvyssä. Vähiten liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavat venäläismiehet, vaikka terveystarkastukseen osallistuneiden venäläismiesten iän keskiarvo on korkeampi kuin somali- ja kurdimiehillä (ks. liite 1 taulukko 1). Liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavat ovat keskimäärin selvästi vanhempia kuin henkilöt, jotka eivät ilmoita vaikeuksia liikkumiskyvyssä. Iän keskiarvojen ero on liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä tilastollisesti merkitsevä kaikissa ryhmissä.

Taulukko 2. Mitattu toimintakyky¹

	Venäläinen		Somali		Kurdi	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Maksimaalinen tasapaino (s, ka) ²	55,9	53,1	54,2	42,1	55,2	48,7
Tasapainotestissä maksimiajan saavuttaneiden osuus (%)	87,6	80,5	83,0	53,9	81,0	70,6
Kymmeneen tuoliilta nousuun kulunut aika (s, ka)	20,3	22,6	23,1	26,2	22,5	24,8
Maksimaalinen puristusvoima (kg, ka)	46,4	27,9	32,6	23,7	44,5	26,3

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

² Suorituksen maksimi 60 s, jonka jälkeen ajan mittaaminen lopetettiin

Venäläistaustaiset suoriutuivat kaikissa toimintakykyä mittaavissa testeissä parhaiten (taulukko 2). Heikoiten suoriutuivat somalialaistaustaiset. Tasapainotestin keskiarvot ovat venäläistaustaisilla miehillä ja naisilla sekä somali- ja kurdimiehillä melko lähellä toisiaan. Heikoiten tasapainotestissä suoriutuivat somalinaiset. Maksimiajan saavuttaneiden osuudet tasapainotestissä ovat isot, joten testi osoittautui melko helpoksi eikä se erotellut parhaiten suoriutuneita kovin hyvin (Rask ym. 2012b: 185). Kymmenestä tuoliilta noususta nopeimmin selviytyivät venäläistaustaiset ja hitaimmin somalialaistaustaiset. Maksimaalinen puristusvoima vaihteli melko paljon tutkittavien ryhmien välillä. Venäläistaustaiset saivat testissä parhaat tulokset ja somalialaistaustaiset heikoimmat.

7.1 Itseilmoitettu liikkumiskyky ja suoriutuminen toimintakyvyn mittauksista

Ne tutkittavat, jotka eivät ilmoittaneet vaikeuksia liikkumiskyvyssä, suoriutuvat kaikista toimintakykytesteistä keskiarvojen valossa paremmin kuin ne tutkittavat, jotka ilmoittivat vaikeuksia liikkumiskyvyssä. Erot ovat suurimmaksi osaksi tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 3. Tasapaino¹

Miehet			
	Venäläinen	Somali	Kurdi
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia (s, ka)	28,4	39,0	52,7
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia (s, ka)	57,0	55,2	55,8
Ero tasapainon keskiarvossa liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)	<0,001	0,019	0,062
Naiset			
	Venäläinen	Somali	Kurdi
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia (s, ka)	38,6	29,8	40,8
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia (s, ka)	55,6	47,6	53,8
Ero tasapainon keskiarvossa liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)	<0,001	<0,001	<0,001

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia. Suorituksen maksimi 60 s, jonka jälkeen ajan mittaaminen lopetettiin.

Keskimääräinen tasapaino eroaa kaikissa väestöryhmissä selvästi liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (taulukko 3). Keskimääräisen tuloksen erot tasapainotestissä ovat myös tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$). Poikkeuksen tekevät kurdimiehet, joiden ero tasapainossa on liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä vain muutama sekunti. Tämä ero ei ole myöskään tilastollisesti merkitsevä ($p > 0,05$). Venäläismiehillä tasapainon ero liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä on selvästi suurin.

Taulukko 4. Tuolilta nousu¹

Miehet			
	Venäläinen	Somali	Kurdi
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia (s, ka)	27,8	31,3	25,8
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia (s, ka)	20,1	22,6	21,9
Ero tuolilta nousun keskiarvossa liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)	0,002	0,038	<0,001
Naiset			
	Venäläinen	Somali	Kurdi
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia (s, ka)	28,7	28,3	27,7
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia (s, ka)	21,6	25,3	22,9
Ero tuolilta nousun keskiarvossa liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)	<0,001	0,002	<0,001

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

Liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavat tarvitsevat enemmän aikaa kymmeneen tuoilta nousuun verrattuna heihin, jotka eivät ilmoita vaikeuksia (taulukko 4). Ero vaihtelee muutamasta sekunnista lähes kymmeneen sekuntiin ja on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$) kaikissa sukupuolen ja väestöryhmän mukaan eritellyissä ryhmissä. Pienin ero kymmenen tuoilta nousun keskiarvoajassa on somalinoisilla ja suurin ero on somalimiehillä. Venäläistaustaisilla miehillä ja naisilla ero on melko samansuuruinen (noin seitsemän sekuntia).

Taulukko 5. Puristusvoima¹

Miehet			
	Venäläinen	Somali	Kurdi
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia (kg, ka)	41,5	31,5	41,6
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia (kg, ka)	46,6	32,7	45,2
Ero puristusvoiman keskiarvossa liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)	0,101	0,098	0,001
Naiset			
	Venäläinen	Somali	Kurdi
Liikkumiskyvyssä vaikeuksia (kg, ka)	25,6	23,3	24,8
Liikkumiskyvyssä ei vaikeuksia (kg, ka)	28,4	24,0	27,4
Ero puristusvoiman keskiarvossa liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välillä (p-arvo)	0,013	0,597	<0,001

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

Myös puristusvoimatestissä liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavat henkilöt suoriutuvat heikommin, mutta ero niihin, jotka eivät ilmoita vaikeuksia, ei ole kaikissa väestöryhmissä kovin suuri (taulukko 5). Somalialaistaustaisilla henkilöillä puristusvoiman keskiarvo on hyvin lähellä toisiaan liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien ryhmien välillä. Somalinoisilla puristusvoiman ero on vain alle kilogramma. Muissa väestöryhmissä tämä ero on kuitenkin isompi. Liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien ryhmien väliset erot puristusvoimassa ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$) vain kurdimiehillä ja -naisilla sekä venäläisnaisilla. Tämä tulos poikkeaa selvästi tasapainon ja tuoilta nousun erojen tilastollisen merkitsevyyden tuloksesta.

7.2 Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja toimintakykymittausten korrelaatio

Voimakasta korrelaatiota itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja toimintakykytestien välillä ei ole, mutta kohtalaista korrelaatiota on löydettävissä (taulukko 6). Naisilla korrelaatio itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja toimintakykytestien välillä on voimakkaampi kuin miehillä. Tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita ovat venäläis- ja kurdinaisilla kaikissa toimintakykytesteissä, venäläismiehillä tasapainossa ja tuolilta nousussa, kurdimiehillä tuolilta nousussa ja puristusvoimassa ja somalialaistaustaisilla henkilöillä tasapainossa ja tuolilta nousussa.

Taulukko 6. Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja toimintakykymittausten korrelaatio¹

		Itseilmoitettu liikkumiskyky					
		Venäläinen		Somali		Kurdi	
		Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Toimintakykymit- taukset	Tasapaino p-arvo ²	$r_s=0,318$ <0,001	$r_s=0,370$ <0,001	$r_s=0,188$ 0,019	$r_s=0,369$ <0,001	$r_s=0,118$ 0,062	$r_s=0,343$ <0,001
	Tuolilta nousu p-arvo ²	$r_s=-0,229$ 0,002	$r_s=-0,432$ <0,001	$r_s=-0,167$ 0,038	$r_s=-0,232$ 0,001	$r_s=-0,240$ <0,001	$r_s=-0,378$ <0,001
	Puristusvoima p-arvo ²	$r_s=0,120$ 0,101	$r_s=0,140$ 0,013	$r_s=0,133$ 0,098	$r_s=0,038$ 0,598	$r_s=0,212$ <0,001	$r_s=0,240$ <0,001

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

² Korrelaation tilastollinen merkitsevyys

r_s = Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin

Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tasapainon välillä näyttää olevan kohtalainen positiivinen korrelaatio (mitä paremmaksi liikkumiskykyä ilmoittaa, sitä paremmin on suoriutunut tasapainon mittauksesta). Tämä korrelaatio on myös tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$) lähes kaikilla sukupuolen ja väestöryhmän mukaan eritellyillä ryhmillä. Kurdimiehet ovat ainoa ryhmä, jonka kohdalla tilastollista riippuvuutta itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tasapainon välillä ei ole. Voimakkainta korrelaatio on naisilla. Miehistä korrelaatio on selvästi voimakkain venäläistaustaisilla.

Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tuolilta nousun välillä on negatiivinen korrelaatio (mitä paremmaksi liikkumiskykyä ilmoittaa, sitä vähemmän tarvitsee aikaa kymmeneen tuolilta nousuun). Tämä korrelaatio on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$) kaikissa ryhmissä. Voimakkainta korrelaatio on venäläis- ja kurditaustaisilla naisilla, joilla korrelaation voi katsoa olevan kohtalaisella tasolla. Heikoin korrelaatio on somalialaistaustaisilla miehillä.

Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja puristusvoiman korrelaatio sen sijaan ei ole yhtä selvä kuin tasapainon ja tuoilta nousun korrelaatio itseilmoitettuun liikkumiskykyyn näyttää olevan. Kurditaustaisilla korrelaatio on vahvin (mitä paremmaksi liikkumiskykyä ilmoittaa, sitä paremman tuloksen on saanut puristusvoimamittauksesta), ja korrelaatio on sekä naisilla että miehillä tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$), mutta heidänkään kohdallaan korrelaation ei voi katsoa olevan kovin voimakas. Venäläistaustaisillakaan naisilla korrelaatio ei ole suuri, mutta se on kuitenkin tilastollisesti merkitsevä. Venäläistaustaisilla miehillä ja somalialaistaustaisilla miehillä ja naisilla tilastollista riippuvuutta itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja puristusvoiman välillä ei ole.

7.3 Itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tasapainotestin yhteneväisyys

Ristiintaulukointi paljastaa isoja eroja eri ryhmien välillä sen suhteen, kuinka yhteneväisiä tasapainotestissä suoriutuminen ja itseilmoitettu liikkumiskyky ovat (taulukko 7). Vaihtelu on suurta sekä väestöryhmien että sukupuolien välillä. Lukumäärien suhteissa havaitut erot ovat tilastollisesti merkitseviä kaikissa muissa sukupuolen ja väestöryhmän mukaan eritellyissä ryhmissä paitsi kurdimiehillä.

Taulukko 7. Tasapainotestissä suoriutuminen ja itseilmoitettu liikkumiskyky yhteneväisyysmalissa¹

	Venäläinen		Somali		Kurdi	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Positiivinen yhteneväisyys ² (%)	86,4	73,2	79,9	44,8	70,1	49,8
Positiivinen ristiriita ³ (%)	1,1	7,4	3,1	9,0	11,2	20,7
Negatiivinen ristiriita ⁴ (%)	10,2	12,0	13,2	24,4	14,2	10,8
Negatiivinen yhteneväisyys ⁵ (%)	2,3	7,4	3,8	21,9	4,5	18,7
Osuuksien suhteissa havaittujen erojen merkitsevyys kussakin ryhmässä (p-arvo)	0,002	<0,001	0,004	<0,001	0,085	<0,001

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

² Pysyy tasapainotestissä maksimajan, ei ilmoita liikkumiskyvyn vaikeuksia

³ Pysyy tasapainotestissä maksimajan, ilmoittaa liikkumiskyvyn vaikeuksia

⁴ Ei pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, ei ilmoita liikkumiskyvyn vaikeuksia

⁵ Ei pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, ilmoittaa liikkumiskyvyn vaikeuksia

Venäläismiehet sijoittuvat voimakkaimmin positiivisen yhteneväisyyden ryhmään eli saavuttivat tasapainotestissä maksimaalisen ajan ja arvioivat liikkumiskykyä hyväksi. Vain yksittäiset henkilöt kuuluvat positiivisen ristiriidan (pysyy tasapainotestissä maksimajan,

ilmoittaa liikkumiskyvyn vaikeuksia) tai negatiivisen yhteneväisyyden (ei pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, ilmoittaa liikkumiskyvyssä vaikeuksia) ryhmiin. Hyvä ilmoitettu liikkumiskyky, mutta epätäydellinen suoriutuminen tasapainotestissä näkyy kymmenen prosentin kohdalla. Venäläisnaisista kolme neljästä kuuluu positiivisen yhteneväisyyden ryhmään. Positiivisen ristiriidan ja negatiivisen yhteneväisyyden ryhmät ovat yhtä suuret. Noin joka kahdeksas kuuluu negatiivisen ristiriidan ryhmään.

Somalimiehistä lähes 80 prosenttia on sekä suoriutunut hyvin että arvioinut liikkumiskykynsä hyväksi. Kuten venäläismiehillä, myös somalimiehillä positiivisen ristiriidan ja negatiivisen yhteneväisyyden ryhmät ovat pienet. Negatiivisen ristiriidan ryhmään kuuluvien osuus on hieman suurempi kuin venäläismiehillä. Somalinaisten jakautuminen tässä mallissa on selvästi erilaista kuin edellisillä ryhmillä. Alle puolet sekä ilmoittaa liikkumiskykynsä hyväksi että suoriutuu tasapainotestistä täydellisesti eli kuuluu positiivisen yhteneväisyyden ryhmään. Negatiivisen ristiriidan ryhmään kuuluu joka neljäs ja negatiivisen yhteneväisyyden ryhmään joka viides. Yhdeksän prosenttia saavuttaa tasapainotestissä täyden ajan, vaikka arvioi liikkumiskyvyssään olevan vaikeuksia.

Kurdimiehistä suurin osa kuuluu positiivisen yhteneväisyyden ryhmään. Positiivisen ristiriidan ryhmään kuuluu joka yhdeksäs ja negatiivisen ristiriidan ryhmään joka seitsemäs. Pienin on negatiivisen yhteneväisyyden ryhmä, johon kuuluu alle viisi prosenttia kurdimiehistä. Kurdimiesten kohdalla on 8,5 prosentin riski, että osuuksien suhteissa havaitut erot johtuvat sattumasta. Kurdinaisten sijoittumisessa jaotteluun on samoja piirteitä kuin somalinaisten sijoittumisessa. Vain puolet sekä ilmoittaa liikkumiskykynsä hyväksi että suoriutuu tasapainotestistä maksimaalisesti. Positiivisen ristiriidan ryhmään kuuluu joka viides, samoin negatiivisen yhteneväisyyden ryhmään. Kymmenen prosenttia on ilmoittanut liikkumiskykynsä ongelmattomaksi, mutta ei saa tasapainotestissä maksimitulosta.

Kun huomio kiinnitetään ristiriitaryhmien osuuksiin, voidaan huomata, että positiivisen ristiriidan (pysyy tasapainotestissä maksimiajan, ilmoittaa liikkumiskyvyn vaikeuksia) ryhmään kuuluvien osuus on pienempi kuin negatiivisen ristiriidan (ei pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, ei ilmoita liikkumiskyvyn vaikeuksia) ryhmään kuuluvien osuus kaikilla muilla paitsi kurditaustaisilla naisilla. Jos itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tasapainotestissä suoriutumisen välillä on ristiriitaa, ilmenee se siis yleensä niin päin, että henkilö suoriutuu heikommin kuin itseilmoitetun liikkumiskyvyn perusteella voisi ajatella.

Selkeästi suurin osa tutkittavista kuuluu kuitenkin positiivisen (pysyy tasapainotestissä maksimiajan, ei ilmoita liikkumiskyvyn vaikeuksia) tai negatiivisen yhteneväisyyden (ei pysy tasapainotestissä maksimiaikaa, ilmoittaa liikkumiskyvyn vaikeuksia) ryhmään, joten ristiriitaisesti toimintakykynsä arvioivia on vain pieni osa. Eniten ristiriitaryhmiin kuuluvia on kurdi- ja somalialaistaustaisissa naisissa, joista kolmannes kuuluu joko positiivisen tai negatiivisen ristiriidan ryhmään. Kurdimiehistäkin neljännes kuuluu jompaankumpan ristiriitaryhmään. Vähiten ristiriitaryhmiin sijoittuvat venäläis- ja somalialaistaustaiset miehet.

8 Johtopäätökset

Ne, jotka ilmoittivat vaikeuksia liikkumiskyvyssä, suoriutuivat tasapainotestistä selvästi huonommin kuin ne, jotka eivät ilmoittaneet vaikeuksia. Tasapainon ja itsearvioitun liikkumiskyvyn välillä näyttäisi myös olevan tilastollisesti merkitsevää kohtalaisen suuruista korrelaatiota. Objektiiivisesti mitatun tasapainon voi siis katsoa olevan yhteydessä itsearvioituun liikkumiskykyyn kolmessa tutkitussa maahanmuuttajaryhmässä.

Sama ilmiö on näkyvissä myös itseilmoitetun liikkumiskyvyn ja tuolilta nousun välillä. Liikkumiskyvyn vaikeuksia kokevat suoriutuivat tuolitestissä heikommin ja liikkumiskyvyn vaikeuksia ilmoittavien ja ei-ilmoittavien välinen ero kymmeneen tuolilta nousuun kulu- vassa ajassa on tilastollisesti merkitsevä kaikkien ryhmien kohdalla. Tilastollinen merkitsevyys näkyy myös kymmenen tuolilta nousun ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn korrelaati- oissa. Korrelaation voimakkuus vaihtelee ryhmittäin tuolilta nousun ja liikkumiskyvyn vä- lillä hieman enemmän kuin tasapainotestin ja liikkumiskyvyn kohdalla, mutta myös tuo- lilta nousun voi katsoa korreloivan kohtalaisen suuruisesti ainakin joissain ryhmissä. Myös kymmeneen tuolilta nousuun kulu- van ajan voi siis katsoa olevan jonkinasteisessa yhteydessä itsearvioituun liikkumiskykyyn.

Puristusvoiman ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn yhteys on hieman epäselvempi. Soma- lialaistaustaisten puristusvoimamittauksen tulos on melkein sama riippumatta siitä, il- moittavatko he liikkumiskyvyn vaikeuksia vai eivät. Muissa väestöryhmissä tulokset eroavat selvemmin. Tilastollisesti merkitseviä erot olivat vain puolessa ryhmistä. Myös korrelaation voimakkuus puristusvoimamittauksen ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn välillä on selvästi heikompi kuin muiden testien kohdalla, eikä tilastollista riippuvuutta ole kuin kolmessa kuudesta ryhmästä.

Korrelaation tulkitsemisessä täytyy muistaa, ettei korrelaatiokerroin kerro muuttujien vä- lisestä syy-seuraussuhteesta. Korrelaatio kuvaa muuttujien lineaarista riippuvuutta ja yli- malkaista yhteyttä (Heikkilä 2014: 193). Korrelaation tilastollinen merkitsevyys ei myös- kään tarkoita, että tulos olisi välttämättä käytännön tasolla merkittävä (Metsämuuronen 2009: 372). Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan ollut tarkoituksena selvittää muuttujien syy-seuraussuhdetta, vaan yhteyttä ylipäätään, joten tarkastelemalla korrelaatiota asi- anmukaisesti ja ylitulkintaa välttäen senkin avulla saa käsityksen itseilmoitetun liikkumis- kyvyn ja toimintakykytestien yhteydestä.

Voidaan siis sanoa, että itseilmoitetun liikkumiskyvyn perusteella voidaan jossain määrin odottaa tietynlaista suoriutumista tasapainotestissä ja tuolilta nousussa, mutta ei juurikaan puristusvoimamittauksessa. Haastavampaa on sen tulkitseminen, päteekö tällainen tulos vain kun muuttajat on määritelty suppeasti, vai voiko muuttajien tulkita kertovan fyysisestä toimintakyvystä laajemminkin.

Tutkimuksissa on saatu näyttöä siitä, että Maamu-tutkimukseen kuuluvat toimintakykytestit ja -kysymykset kertovat fyysisestä toimintakyvystä myös kokonaisvaltaisemmin. Kyvyn kävellä eri pituisia matkoja ja nousta portaita voidaan katsoa olevan välttämätön itsenäisen elämän ja toimintakyvyn kannalta (Sainio ym. 2006: 384). Itseilmoitetun kyvyn kävellä 400 metriä on huomattu useammassa tutkimuksessa ennustavan tulevaa toimintakyvyn vajetta ja kuolleisuutta. Lisäksi esimerkiksi tasapainon, jalkojen nopeuden ja jalkojen voiman on huomattu olevan yhteydessä itseilmoitettuun kykyyn kävellä 400 metriä. (Beauchamp ym. 2014: 1–2.)

Eräässä tutkimuksessa sekä puristusvoima, tuolilta nousu että tasapaino ennustivat kuolleisuutta ikääntyneiden ihmisten kohdalla (Cooper – Kuh – Hardy 2010: 1). Seisomatasapaino on liikkumiskyvyn näkökulmasta välttämättömyys (Sibley ym. 2015: 1). Sekä seisomatasapaino että tuolilta nousu ennustavat fyysisen toimintakyvyn ongelmia (Cesari ym. 2009: 257). Puristusvoiman on todettu ennustavan toimintakyvyn rajoitteita (Rantanen ym. 1999: 559) ja se on testinä käyttökelpoinen, kun on tarve tunnistaa henkilö, jolla on riski rajoittuneeseen liikkumiskykyyn (Sallinen ym. 2010: 1721).

Tämän perusteella voi siis varovaisesti väittää, että itseilmoitettu kyky liikkua kertoo subjektiivisesta fyysisestä toimintakyvystä laajemminkin ja tulokset tasapainotestissä, tuolilta nousussa ja puristusvoimassa kertovat objektiivisesta fyysisestä toimintakyvystä laajemminkin. Tällöin voi sanoa, että subjektiivisesti ja objektiivisesti mitattu fyysinen toimintakyky ovat tulosten perusteella jossain määrin yhteydessä maahanmuuttajataustaisten henkilöiden kohdalla myös yleisemmällä tasolla, mutta tutkimusasetelman ongelmallisuuden vuoksi kovin vahvoja tulkintoja on syytä välttää. Lisäksi se, että puristusvoiman ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn yhteys näyttää tulosten valossa melko heikolta, vaikuttaa siihen, kuinka yleistettävänä subjektiivisen ja objektiivisen fyysisen toimintakyvyn yhteyttä voi pitää. Käytännön arviointityötä tekevän kannalta tämä tarkoittaa, että itsearviointitieto voi olla riittävää, jos mahdollisuutta laajempaan fyysisen toimintakyvyn arvioin-

tiin ei ole. Monipuolisimman ja luotettavimman kuvan fyysisestä toimintakyvystä saa kuitenkin varmasti käyttämällä sekä itsearviointiin että objektiivisiin mittauksiin perustuvia mittareita.

Yhteneväisyyden tarkastelu tasapainotestissä maksimaalisen suoriutumisen ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn välillä on analyysiasetelmana melko kokeellinen, eikä sen perusteella kannata tehdä voimakkaita johtopäätöksiä. Tällaisessa asetelmassa tavallaan oletetaan, että itseilmoitettu liikkumiskyky ja tasapaino mittaavat samaa toimintakyvyn ulottuvuutta ja ovat siten vertailukelpoisia. Myös se ratkaisu, että 60 sekuntia tasapainossa pysyneet kuuluvat ryhmään, jonka katsotaan läpäisseen testin, ja kaikki alle 60 sekuntia pysyneet kuuluvat ryhmään, jonka ei katsota läpäisseen testiä, on rohkeahko rajaus. Maamu-raportissa tasapainoa tarkastellaan kuitenkin pitkälti sen perusteella, onko tutkittava saavuttanut tasapainotestissä maksimituloksen, joten rohkeahkoa rajanvetoa hyvin ja heikommin suoriutuneiden välillä on tehty jo sielläkin (ks. Rask ym. 2012b: 185–186). Lisäksi raportissa todetaan, että niin suuri osa tasapainotestiin osallistuneista saavutti maksimajan, että testin voi katsoa olevan melko helppo (Rask ym. 2012b: 185). Koska maksimajan saavuttaminen oli melko helppoa, ei ehkä ole liian rohkeaa väittää, että alle 60 sekuntia tasapainossa pysyneiden suoritus ei ole kovin hyvä, ja analyysiasetelmassa tehty rajaus on siten perusteltu.

Vaikka tasapainon ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn yhteneväisyyden tarkastelussa on ongelmia, saadaan tällaisen asetelman avulla kuitenkin näkyviin uusi puoli liittyen subjektiivisesti ja objektiivisesti mitatun toimintakyvyn yhteyteen. Ristiintaulukoinnin avulla voi havaita isoja eroja eri väestöryhmien ja sukupuolten välillä siinä, miten yhteneväiseksi he ovat toimintakykynsä arvioineet objektiivisesti mitattuun toimintakykyyn nähden.

Yleisesti ottaen yhteneväisyys tasapainotestissä suoriutumisen ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn välillä on venäläisillä suurempaa kuin muilla väestöryhmillä ja miehillä yleisempää kuin naisilla. Jos tehdään karkeahko tulkinta, että itseilmoitettu liikkumiskyky kertoo subjektiivisesta fyysisestä toimintakyvystä laajemminkin ja tasapainotestissä suoriutuminen kertoo puolestaan objektiivisesta fyysisestä toimintakyvystä laajemminkin, voidaan sanoa, että suurimman osan arvio omasta fyysisestä toimintakyvystään on linjassa objektiivisen arvion kanssa. Mikäli näissä arvioissa on ristiriitaa, näkyy se siten, että tutkitavat arvioivat fyysisen toimintakykynsä ennemminkin paremmaksi kuin mitä se on objektiivisilla mittareilla mitattuna. Itsearviointiin perustuvat menetelmät näyttäisivät siis

tuottavat positiivisempia tuloksia kuin objektiiviset mittaukset. Tämä on kuitenkin hyvin rohkea tulkinta ja siihen tulee suhtautua varovaisuudella.

Aiemmin on huomattu, että ainakin iäkkään väestön kohdalla objektiivisesti mitattu kyky nousta portaita oli heikompi kuin henkilöiden itsearvioima kyky portaiden nousemiseen. Samassa tutkimuksessa huomattiin myös, että portaidennousukyvyyn yli- tai aliarvioiminen oli yleisempää naisilla kuin miehillä. (Sainio ym. 2006: 381–382.) Tämän opinnäytetyön tulokset yhteneväisyyden osalta näyttävät siis olevan linjassa aiempien havaintojen kanssa, sillä näidenkin tulosten mukaan naiset kuuluivat useammin ristiriitaryhmiin kuin miehet ja negatiivisen ristiriidan ryhmään kuuluminen oli yleisempää kuin positiivisen ristiriidan ryhmään kuuluminen, eli tutkittavilla oli taipumusta enemmän yli- kuin aliarvioida toimintakykyään.

Yhteenvetona voidaan siis sanoa, että itsearviointimittareilla saatu tieto on jonkinasteisessa yhteydessä objektiivisilla mittareilla saatavaan tietoon tutkituissa maahanmuuttajaryhmissä, mutta mikäli fyysisestä toimintakyvystä halutaan saada mahdollisimman monipuolinen ja luotettava kuva, on paras käyttää sekä subjektiivisia että objektiivisiä mittareita. Suurin osa maahanmuuttajataustaisista henkilöistä arvioi fyysisen toimintakykynsä yhteneväisellä tavalla objektiivisten mittareiden kanssa. Tässä on kuitenkin eroja eri väestöryhmien ja sukupuolten välillä. Käytännön arviointityötä tekevän kannattaa huomioida, että oman toimintakyvyn yliarvioiminen näyttää olevan yleisempää kuin aliarvioiminen.

9 Pohdinta

Tämä opinnäytetyö tuottaa uutta ja ajankohtaista tietoa maahanmuuttajien toimintakyvystä. Resurssit ovat kaikkialla niukat, joten mitä kevyemmällä ja yksinkertaisemmilla välineillä toimintakykyä voidaan selvittää, sitä todennäköisempää on, että toimintakyvyn arviointia myös tehdään. Esimerkiksi maahanmuuttajien alkukartoituksen konteksti luo erityisen haasteen, koska aikaa ja mahdollisuutta kovin laajaan toimintakyvyn arviointiin ei ole. Käytännössä kaikille toteutettava seulova arviointi on pakko tehdä itsearviointitiedon perusteella.

Erilaisten mittareiden ja arviointimenetelmien käyttäminen nousee varsinaiseksi kysymykseksi siinä vaiheessa, kun asiakkaalle olisi tarpeen tehdä hieman kattavampi toimintakyvyn arviointi seulovassa arvioinnissa ilmenneen huolen takia. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kattavammassa toimintakyvyn arvioinnissa kannattaa mahdollisuuksien mukaan suosia sekä itsearviointia että objektiivisiä mittauksia hyödyntäviä fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä. Mikäli mahdollisuutta objektiivisiin mittauksiin ei ole, voi tuki käyttää vain itsearviointimittareita, mutta tällöin täytyy muistaa, ettei niiden perusteella voi välttämättä odottaa tietynlaista suoriutumista objektiivisissä testeissä, vaikka yhteyttä näyttääkin olevan.

Aina pitää kuitenkin ensin miettiä, millaista tietoa toimintakyvystä tarvitaan. Tarvitaanko tietoa yleisestä toimintakyvystä vai parhaasta mahdollisesta suoriutumisesta? Kuten luvussa 3.2.2 todetaan, antavat subjektiiviseen arvioon perustuvat mittarit tietoa selviytymisestä arkiympäristössä ja objektiiviset mittaukset kertovat ennemminkin olosuhdevakioidusta kyvykkyydestä. Arkiympäristössä selviytyminen on varmasti myös maahanmuuttajataustaisten henkilöiden kohdalla tärkeintä, joten siinä mielessä itsearviointiin perustuva toimintakykytieto on lähtökohtaisesti olennaisempaa kuin olosuhdevakioitu kyvykkyys. Joskus voi kuitenkin olla, että henkilön oma arvio toimintakyvystä ei ole syystä tai toisesta luotettava, jolloin voi olla tarvetta objektiivisille mittauksille. Joissakin tilanteissa saatetaan myös tarvita tietoa nimenomaan fyysisen toimintakyvyn olosuhdevakioiduista osatekijöistä. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, kun tarvitaan tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Jos taas toimintakykytietoa kerätään väestötutkimusta varten, ovat tutkimuksen tavoitteet aivan erilaiset kuin tavallisessa arviointikontekstissa.

Koska tässä opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa, liittyvät mittareiden validiteetti- ja reliabiliteettikysymykset paljonkin niihin valintoihin, joita Maamu-tutkimuksen tekijät ovat tehneet. Opinnäytetyöhön liittyvät luotettavuuskysymykset koskevat ennemminkin sitä, onko aiemmin kerättyä aineistoa käytetty tarkoituksenmukaisesti ja perustellusti, onko tutkimuskysymykset muodostettu siten, että aineiston avulla pystytään vastaamaan kysymyksiin ja saamaan käyttökelpoista tietoa, ja onko johtopäätökset tehty asianmukaisesti. Osa tämän työn johtopäätöksistä voi olla melko kiistanalaisia. Olen kuitenkin pyrkinyt kirjoittamaan johtopäätösten perustelut mahdollisimman kattavasti, jotta lukija pystyy itse arvioimaan niiden asianmukaisuutta.

Työssä toteutettuun analyysiin liittyy useitakin heikkouksia. Keskiarvojen tarkasteleminen epänormaalisti jakautuneessa aineistossa ei anna jakaumasta välttämättä parasta kuvaa. Liitteessä 1 taulukoissa 1 ja 2 löytyy myös muita jakaumaa kuvaavia lukuja, kuten typistetty keskiarvo. Toisaalta keskiarvon ja typistetyn keskiarvon tulokset ovat niin lähellä toisiaan suurimmassa osassa tapauksista, että keskiarvon voi katsoa antaneen tässä työssä suhteellisen luotettavan kuvan keskiarvosuoriutumisesta. Tutkimusasetelmissä joudutaan myös yksinkertaistamaan ilmiöitä, mikä vaikuttaa väistämättä luotettavuuteen. Tässä työssä koettu toimintakyky on rajattu itseilmoitettuun liikkumiskykyyn, joka on muodostettu sen perusteella, ilmoittaako tutkittava pystyvänsä kävelemään puoli kilometriä ja nousemaan portaita vaikeuksitta. Erilaisella rajauksella olisi varmasti tullut hieman erilaisia tuloksia.

Tasapainotestissä suoriutumisen ja itseilmoitetun liikkumiskyvyn yhteneväisyyden nelikenttämalli ei ole ongelmaton, sillä tällaisessa asetelmassa tehdään tavallaan oletus, että näiden muuttujien testitulosten pitäisi olla yhteneväisiä. Kuten aiemmin on todettu, toimintakyvyn mittaaminen subjektiivisesti voi tuottaa hieman erilaista ja eri tavalla hyödynnettävää tietoa kuin objektiivisesti mitattu toimintakyky. Näin ollen tällaista analyysi-asetelmaa voi pitää jo lähtökohtaisesti jossain määrin ongelmallisena. Suurempana haasteena toimintakyvyn nelikenttäjaottelussa on se, että objektiivisissa toimintakykytesteissä ei ole toteutettu samoja toimintoja, joiden suoriutumisesta kysytään subjektiivisesti mitatussa toimintakyvyssä. Keskenään vertailtavien tietojen tulee koskea toimintakyvyn samaa ulottuvuutta (Mäkelä 2014: 2). Asianmukaisinta yhteneväisyyden mallin käyttäminen olisi sellaisessa tilanteessa, jossa olisi mitattu täsmälleen samaa asiaa sekä subjektiivisesti että objektiivisesti. On kuitenkin näyttöä siitä, että tasapaino ja liikkumis-

kyky ovat siinä määrin yhteydessä, että niiden voi katsoa mittaavan ainakin osittain samaa toimintakyvyn ulottuvuutta. Täten yhteneväisyyden tarkastelu niiden välillä ei ole täysin perusteetonta.

Vaikka tasapainon ja liikkumiskyvyn yhteneväisyystarkastelua pitäisi turhan rohkeana asetelmana, on toimintakyvyn yhteneväisyysmalli kuitenkin yksi mahdollinen työväline subjektiivisen ja objektiivisen toimintakyvyn tarkasteluun muissa tilanteissa. Mallin esittely toimintakyvyn tarkastelun välineenä on siis eräänlainen ansio sinänsä. Mallin käyttöä tässä työssä ehdotti yhteistyökumppanin ohjaaja. Toimintakyvyn yhteneväisyysmallia voisi hyödyntää esimerkiksi sellaisissa tutkimuksissa tai tilanteissa, joissa verrataan ammattilaisen tekemää toimintakyvyn arviota siihen, kuinka asiakas itse kokee pärjäävänsä.

Kuten maahanmuuttajia ja monikulttuurisuutta kuvaavassa luvussa kerrotaan, kielitaidolla on iso merkitys työskenneltäessä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa. Kielitaidon heikkous on siis voinut vaikuttaa erityisesti koetun toimintakyvyn tulosten luotettavuuteen, koska niissä piti arvioida koettujen vaikeuksien määrää sanallisesti. Maamu-tutkimuksen terveystarkastukseen osallistuneilla oli kuitenkin mahdollisuus osallistua tutkimukseen joko omalla äidinkielellään tai suomeksi (Castaneda ym. 2012b: 38). Näin ollen huonosti suomea osaavien ei tarvinnut vastata kysymyksiin sellaisella kielellä, jota he eivät osaa. Tutkittavien kielitaito ei siis todennäköisesti ole Maamu-tutkimuksen kohdalla varsinaisesti luotettavuutta heikentävä tekijä.

Tulosten luotettavuutta voivat vähentää myös tutkimustilanteeseen tai tutkittavaan liittyvät seikat, kuten testattavan henkilön motivaation puute. Toimintakykyä mittaavat testit aiheuttivat Maamu-tutkimuksen tutkittavissa eniten ihmetystä, eivätkä kaikki tutkittavat yrittäneet näissä testeissä parastaan (Weiste-Paakkanen ym. 2012: 295). Joidenkin tutkittavien kohdalla mittaukset antoivat siis todennäköisesti todellisuutta huonomman kuvan tutkittavan objektiivisesti mitatusta toimintakyvystä. Paitsi että tämä vaikuttaa Maamu-tutkimuksessa ja myös tässä opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin, on asia tärkeä tiedostaa myös laajemmin. Mikäli asiakas ei ymmärrä mittaamisen tarkoitusta, hänen voi olla vaikea motivoitua yrittämään parastaan. Tällöin taas ei saada totuudenmukaista tietoa siitä, mikä on asiakkaan paras mahdollinen toimintakyky. Lisäksi eri testit voivat vaatia eri tavalla yrittämistä. Toiset testit voivat erotella suoriutumista paremmin myös silloin, kun ihminen ei yritä aivan parastaan, kun taas toiset testit voivat vaatia hyvinkin korkean latautuneisuuden, jotta testissä saisi hyvän tuloksen.

Toimintakykymittaukset eivät ehkä näyttäydy tutkittaville merkityksellisenä toimintana, jolloin motivaatio niiden suorittamisen suhteen ei ole välttämättä kovin korkealla. Tätä puolta toiminnasta ja toimintakyvystä kuvaavat erityisesti toimintaterapian mallit. Tahdon käsite inhimillisen toiminnan mallissa ja henkisyuden käsite kanadalaisessa toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa selittävät toimintaan motivoitumista ja motivaation merkitystä koko suoriutumiselle. Toimintakyky voisi siis näyttää aivan erilaiselta, jos ihminen saisi tehdä testitilanteessa jotain itselleen merkityksellistä toimintaa. Toimintakyvyn arvioinnissa tätä näkökulmaa ei voi ohittaa – oli tavoitteena sitten kokonaisvaltainen toimintakyvyn kartoitus tai yksittäisten osatekijöiden mittaaminen.

Opinnäytetyön aihe ei koske vain toimintaterapiaa, vaan yleisesti kuntoutuksen ammattilaisia ja muita toimintakyvyn arviointia tekeviä ammattihenkilöitä. Hyvien arviointikäytäntöjen luominen ja toimintakyvyn arviointiin liittyvien ilmiöiden tutkiminen hyödyttävät alaa kaikkien näkökulmasta, joten tällaista työtä ei kannatakaan tehdä vain yksi ammattiryhmä mielessä. Yhteisen perustan jälkeen on helpompi lähteä luomaan kunkin ammattiryhmän omia hyviä arviointikäytäntöjä.

Tällä hetkellä toimintaterapeutteja työskentelee melko vähän maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden parissa, mutta tulevaisuudessa tilanne voi olla toinen. Toimintaterapeutin tekemä arviointi voi kattaa kaikki ICF-luokituksen osa-alueet, vaikka ensisijaisena kiinnostuksen kohteena onkin yksilön, ympäristön ja toiminnan välinen vuorovaikutus eli toiminnallisuus (Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2014: 11). Toimintaterapeutin laaja-alainen osaaminen ja ymmärrys toimintakyvyn suhteen ovatkin hyviä lähtökohtia toimintakyvyn kokonaisvaltaiselle arvioimiselle myös maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohdalla, joten tätä osaamista kannattaisi hyödyntää nykyistä useammassa kontekstissa. Toimintaterapeuteilla on hyvät valmiudet erityisesti toimintakyvyn subjektiivisen puolen tarkasteluun. Toimintakyky ei ole yksiulotteinen ilmiö, joka perustuu ainoastaan henkilöstä mitattaviin valmiuksiin ja taitoihin. Toimintakyvyn moniulotteisuuteen liittyy myös se, mitä henkilö kokee pystyvänsä tekemään.

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin tarkastelemaan koetun ja mitatun toimintakyvyn yhteyttä eri maahanmuuttajaryhmissä, mutta vertailua ei tehty muuhun suomalaiseen väestöön. Toimintakyvyn arviointia tekevät ammattihenkilöt hyötyisivät varmasti tällaisesta vertailuasetelmasta, koska tällöin he pystyisivät suhteuttamaan tässä työssä esitettyjä

tuloksia siihen, millainen yhteys suomalaisella väestöllä keskimäärin on koetun ja mitatun toimintakyvyn välillä. Terveys 2011 -tutkimuksessa tutkittiin suomalaisen väestön toiminta- ja työkykyä subjektiivisesti ja objektiivisesti mittaamalla (Sainio ym. 2012: 120–121; Suni – Husu – Valkeinen – Vasankari 2012: 125). Mittarit ovat suurelta osin samoja kuin Maamu-tutkimuksessa, joten yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla sen vertaaminen, miten koetun ja mitatun toimintakyvyn yhteys eroaa suomalaisen koko väestön sekä Maamu-tutkimuksen maahanmuuttajaryhmien välillä.

Toinen kiinnostava jatkotutkimusaihe voisi olla myös erilaisten taustatekijöiden tarkasteleminen toimintakyvynsä ristiriitaisesti arvioivien henkilöiden kohdalla. Olisi kliinisesti kiinnostavaa tietää, onko esimerkiksi korkea ikä tai matala koulutustaso yhteydessä koetun ja mitatun toimintakyvyn ristiriitaan. Maamu-tutkimuksen aineiston hyödyntämistä tähän tarkoitukseen hankaloittaa joidenkin ryhmien pienuus. Esimerkiksi venäläistaustaisilla miehillä positiivisen ristiriidan ja negatiivisen yhteneväisyyden ryhmät ovat niin pieniä, ettei taustatekijöiden tarkasteleminen ole mielekäästä. Monissa ryhmissä tarkastelu olisi kuitenkin mahdollista ja mielekäästä.

Koska tässä opinnäytetyössä keskitytään fyysiseen toimintakykyyn, jatkotutkimuksissa olisi tärkeää huomioida maahanmuuttajataustaisen väestön toimintakyvyn muut ulottuvuudet. Maahanmuuttajien toimintakyvyn arvioinnin suosituksen tavoitteena on laatia dokumentti, joka huomioi toimintakyvyn kokonaisuutena. Sekä suositusta että kliinistä työtä varten olisi siis hyvä saada lisää tietoa myös psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnista.

Lähteet

Aaltio, Elina 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Alanen, Erkki 2001. Toimintakyky ja hyvän mittausten menetelmän ominaisuudet. Teoksessa Talon, Seija (toim.): Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku: Kela. 197–205.

Beauchamp, Marla – Leveille, Suzanne – Patel, Kushang – Kiely, Dan – Phillips, Caroline – Bandinelli, Stefania – Ferrucci, Luigi – Guralnik, Jack – Bean, Jonathan 2014. What Physical Attributes Underlie Self-Reported vs. Observed Ability to Walk 400 m in Later Life? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 93 (5). Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4304676/pdf/nihms552523.pdf>>. Luettu 26.6.2015.

Buchert, Ulla – Vuorento, Mirka 2012. Suomalaisten hyvinvointipalveluiden ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajien ammatillisen ja mielenterveyskuntoutuksen haasteista ja ratkaisuista. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 81/2012. Kelan tutkimusosasto. Verkkodokumentti. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37373/Selosteita81.pdf?sequence=1>>. Luettu 8.1.2015.

Castaneda, Anu – Lehtisalo, Riikka – Schubert, Carla – Pakaslahti, Antti – Halla, Tapio – Mölsä, Mulki – Suvisaari, Jaana 2012a. Psykkiset oireet. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. *Raportti* 61/2012. Helsinki: Terveysturvan ja hyvinvoinnin laitos. 145–150.

Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Koskinen, Seppo 2012b. Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. *Raportti* 61/2012. Helsinki: Terveysturvan ja hyvinvoinnin laitos. 31–39.

Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.) 2012c. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. *Raportti* 61/2012. Helsinki: Terveysturvan ja hyvinvoinnin laitos.

Cesari, Matteo – Kritchevsky, Stephen – Newman, Anne – Simonsick, Eleanor – Harris, Tamara – Penninx, Brenda – Brach, Jennifer – Tyllavsky, Frances – Satterfield, Suzanne – Bauer, Doug – Rubin, Susan – Visser, Marjolein – Pahor, Marco 2009. Added Value of Physical Performance Measures in Predicting Adverse Health-Related Events: Results from the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (2). 251–259.

Curb, David – Ceria-Ulep, Clementina – Rodriguez, Beatriz – Grove, John – Guralnik, Jack – Willcox, Brad – Donlon, Tim – Masaki, Kamal – Chen, Randi 2006. Performance-Based Measures of Physical Function for High-Function Populations. *Journal of the American Geriatrics Society* 54 (5). 737–742.

Cooper, Rachel – Kuh, Diana – Hardy, Rebecca 2010. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 341, c4467.

Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938886/pdf/bmj.c4467.pdf>>. Luettu 26.6.2015.

Ekholm, Elina – Salmenkangas, Mai 2008. Puhumalla paras – Ratkaisuja arjen etnisiin konflikteihin. Helsinki: Sisäasiainministeriö.

Galanti, Geri-Ann 2004. *Caring for Patients from Different Cultures*. Third edition. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Gissler, Mika – Malin, Maili – Matveinen, Petri – Sarvimäki, Matti – Kangasharju, Aki 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Työpoliittinen tutkimus 296. Helsinki: Työministeriö.

Guralnik, Jack – Ferrucci, Luigi – Pieper, Carl – Leveille, Suzanne – Markides, Kyriakos – Ostir, Glenn – Studenski, Stephanie – Berkman, Lisa – Wallace, Robert 2000. Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 55a (4). 221–231.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2013. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helsingin kaupungin tietokeskus 2013. Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2013. Tilastoja 2013:31. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/static/kanslia/elo/Ulkomaalaisvaesto_2013.pdf>. Luettu 5.6.2015.

Härkänen, Tommi 2012. Tilastolliset menetelmät. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 40–41.

Härkänen, Tommi – Juntunen, Teppo n.d. Analyysiohjeita Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimusaineiston käsittelemiseksi. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointitutkimus-maamu-tietoa-tutkijoille#Tilaus>>. Luettu 12.6.2015.

Härkönen, Tuuli – Manelius, Leena – Turunen, Hannu – Peltola, Ulla 2005. Maahanmuuttajien kuntoutustutkimus. Teoksessa Härkäpää, Kristiina – Peltola, Ulla (toim.): Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Majakka-Beacon -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Kuntoutussäätiö. 96–114.

Härkäpää, Kristiina – Vuorento, Mirka – Buchert, Ulla – Lehikoinen, Tuula 2012. Maahanmuuttajat Kelan kuntoutuspalveluissa: kuntoutusta hakeneet, kuntoutuspäätökset ja myönnetyt toimenpiteet. *Kuntoutus* 2/2012. 13–29.

Järvinen, Riitta 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri. Erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kemp, Charles – Rasbridge, Lance 2001. *Refugee and Immigrant Health. A Handbook for Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kielhofner, Gary 2008. Model of Human Occupation: Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, Gary 2009. Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Koskinen, Seppo 2004. Terveysindikaattorit. Hyvinvointikatsaus 1/2004. 34–42.

Koskinen, Seppo – Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki 2012a. Johdanto. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 13–16.

Koskinen, Seppo – Castaneda, Anu – Solovieva, Natalia – Laatikainen, Tiina 2012b. Koettu terveys. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 64–68.

Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.) 2012c. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Koskinen, Seppo – Martelin, Tuija – Sainio, Päivi 2007. Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa Martelin, Tuija – Kuosmanen, Noora (toim.): Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/2007. 15–25. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78119/2007b24.pdf?sequence=1>>. Luettu 8.6.2015.

Koskinen, Seppo – Sainio, Päivi – Heliövaara, Markku 2008. Väestön toimintakyvyn edistäminen on suomalaisen yhteiskunnan keskeinen haaste. Kansanterveys 9/2008. 5.

Koskinen, Seppo – Sainio, Päivi – Rask, Shadia 2012d. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 199–207.

Laukkanen, Pia 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 261–272.

Launiainen, Helena – Matikka, Leena – Talvitie, Ulla – Gould, Raija 2001. Mielikuvia toimintakyvystä – mitä arvioidaan ja mitataan? Teoksessa Talo, Seija (toim.): Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku: Kela. 131–136.

Lehdonvirta, Jaana – Peltola, Ulla 2005. Maahanmuuttajien kuntoutusluotsauksen palvelumalli. Teoksessa Härkäpää, Kristiina – Peltola, Ulla (toim.): Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Majakka-Beacon -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Kuntoutussäätiö. 81–95.

Lehto, Markku 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Teoksessa Matikainen, Esko – Aro, Timo – Huunan-Seppälä, Antti – Kivekäs, Jukka – Kujala, Santero – Tola, Sakari (toim.): Toimintakyky, arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 19–21.

Lehtonen, Santeri 2015. THL – ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus. Verkkodokumentti. <<http://91.202.112.142/codeserver/pages/publication-view-page.xhtml?distribution-Key=6532>>. Luettu 4.6.2015.

Malin, Maili – Anis, Merja 2013. Maahanmuuttajat hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Martikainen, Tuomas – Saukkonen, Pasi – Säävälä, Minna (toim.): Muuttajat. Kansainvälinen muuttoliike ja suomalainen yhteiskunta. Helsinki: Gaudeamus Oy. 141–159.

Malin, Maili – Suvisaari, Jaana 2010. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti (toim.): Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 134–163.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Oy.

Mäkelä Matti 2014. Vertailukelpoisen toimintakykytiedon kerääminen ja hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä. PowerPoint-esitys. Esitetty seminaarissa ”Vaikuttavuuden arviointi- ja toimintakyvyn mittaaminen sosiaalipalveluissa.” Verkkodokumentti. <<http://www.slideshare.net/THLfi/vertailukelpoisen-toimintakykytiedonkerääminenja-hyodyntaminenpalvelujenkehittamisessa-makela>>. Luettu 6.5.2015.

Mäkitalo, Jorma 2001. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa Talon, Seija (toim.): Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku: Kela. 65–92.

Ojala, Matti 2003. Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta. Raportteja 272/2003. Helsinki: Stakes.

Parvinen, Liisa – Helli-Kaymaz, Rauha – Kaikkonen, Ritva 2005. Suomen kielen opetus työhaussa ja työpaikalla. Teoksessa Härkäpää, Kristiina – Peltola, Ulla (toim.): Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Majakka-Beacon -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Kuntoutussäätiö. 115–137.

Peltola, Ulla – Metso, Laura 2008. Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Pekkonen, Mika 2011. Rand-36-mittari työikäisten kuntoutuksessa. PowerPoint-esitys. Esitetty ammatillisen kuntoutuksen päivillä 2011. Verkkodokumentti. <http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/esitelmat/akp_2011_pekkonen_rand.pdf>. Luettu 25.6.2015.

Pirinen, Ilkka 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pohjanpää, Kirsti – Paananen, Seppo – Nieminen, Mauri 2003. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus.

Pohjolainen, Pertti 2009a. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa Pertti Pohjolainen – Sirkkaliisa Heimonen (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki: Ikäinstituutti. 48–54.

Pohjolainen, Pertti 2009b. Toimintakyvyn teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa Pertti Pohjolainen – Sirkkaliisa Heimonen (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki: Ikäinstituutti. 17–29.

Rantanen, Taina – Sakari-Rantala, Ritva 2008. Toimintatestit. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 286–293.

Rantanen, Taina – Guralnik, Jack – Foley, Dan – Masaki, Kamal – Leveille, Suzanne – Curb, J David – White, Lon 1999. Midlife Hand Grip Strength as a Predictor of Old Age Disability. *The Journal of the American Medical Association* *Jama* 281 (6). 558–560.

Rask, Shadia – Castaneda, Anu – Koponen, Päivikki – Bergbom, Barbara – Toivanen, Minna – Gould, Raija – Härkänen, Tommi – Koskinen, Seppo 2015a. Työttömistä maahanmuuttajista suuri osa työkykyisiä ja työhaluisia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Painossa.

Rask, Shadia – Luoma, Jenni – Koponen, Päivikki – Sainio, Päivi – Castaneda, Anu – Koskinen, Seppo 2015b. Suositus maahanmuuttajien toimintakyvyn arvioinnista alkukartoituksessa. Julkaisematon luonnos TOIMIA-tietokantaan valmisteltavasta suosituksesta.

Rask, Shadia – Sainio, Päivi – Luoma, Minna-Liisa 2012a. Kuntoutuspalvelujen ja fysioterapian käyttö sekä kuntoutuspalvelujen koettu tarve. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 266–271.

Rask, Shadia – Sainio, Päivi – Stenholm, Sari – Vaara, Mariitta – Hurnasti, Tuula 2012b. Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 183–193.

Sainio, Päivi – Koskinen, Seppo – Heliövaara, Markku – Martelin, Tuija – Härkänen, Tommi – Hurri, Heikki – Miilunpalo, Seppo – Aromaa, Arpo 2006. Self-reported and test-based mobility limitations in a representative sample of Finns aged 30+. *Scandinavian Journal of Public Health* 34. 378–386.

Sainio, Päivi – Stenholm, Sari – Vaara, Mariitta – Rask, Shadia – Valkeinen, Heli – Rantanen, Taina 2012. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.): 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 120–124.

Sallinen, Janne – Stenholm, Sari – Rantanen, Taina – Heliövaara, Markku – Sainio, Päivi – Koskinen, Seppo 2010. Hand-Grip Strength Cut Points to Screen Older Persons at Risk for Mobility Limitation. *Journal of the American Geriatrics Society* 58. 1721–1726.

Schubert, Carla 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita.

Sibley, Kathryn – Howe, Tracey – Lamb, Sarah – Lord, Stephen – Maki, Brian – Rose, Debra – Scott, Vicky – Stathokostas, Liza – Straus, Sharon – Jaglal, Susan 2015. Recommendations for a Core Outcome Set for Measuring Standing Balance in Adult Populations: A Consensus-Based Approach. PLoS One 10 (3). Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358983/pdf/pone.0120568.pdf>>. Luettu 26.6.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmisten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b>>. Luettu 7.5.2015.

Suni, Jaana – Husu, Pauliina – Valkeinen, Heli – Vasankari, Tommi 2012. Mitattu fyysinen kunto. Teoksessa Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.): 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. 125–127.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2014. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. Toinen painos. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry.

Säävälä, Minna 2011. Perheet muuttoliikkeessä. Perustietoa maahan muuttaneiden kohtaamiseen. Helsinki: Väestöliitto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Mitä teemme? Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/thl/mita-teemme>>. Luettu 7.5.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. ICF-luokitus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>>. Luettu 4.6.2015.

Tilastokeskus 2014. Väestörakenne 2013, ulkomaalaistaustainen väestö. Suomen virallinen tilasto. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/02/vaerak_2013_02_2014-12-10_fi.pdf>. Luettu 8.1.2015.

TOIMIA 2012. Maahanmuuttajataustaisten henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/33/>>. Luettu 8.6.2015.

TOIMIA-käsikirja (1.0) 2014. Kuvaus toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin suositusten sekä mittariarviointien laadinnasta TOIMIA -asiantuntijaverkostossa. Verkkodokumentti. <http://www.toimia.fi/kasikirja/kk_print.pdf>. Luettu 7.5.2015.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF 2011. 4. painos. Helsinki: World Health Organization & Stakes.

Townsend, Elizabeth – Stanton, Sue – Law, Mary – Polatajko, Helene – Baptiste, Sue – Thompson-Franson, Tracey – Kramer, Christine – Swedlove, Fern – Brintnell, Sharon – Campanile Loredana 2002. Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2012. Valtion kotouttamisohjelma. Hallituksen painopisteet vuosille 2012–2015. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 27/2012. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Työ- ja elinkeinoministeriö n.d. Keskeiset käsitteet. Verkkodokumentti. <http://www.kotouttaminen.fi/kotouttaminen/kotouttaminen/kotouttamistyon_tustaa/keskeiset_kasitteet>. Luettu 24.6.2015.

Valkeinen, Heli – Anttila, Heidi – Paltamaa Jaana 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0). Verkkodokumentti. <http://www.toimia.fi/opas/opas_print.pdf>. Luettu 5.5.2015

Weiste-Paakkanen, Anneli – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Castaneda, Anu E – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo – Linnanmäki, Eila 2012. Aineistonkeruun toteuttaminen. Teoksessa Castaneda, Anu – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi, tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 292–299.

Tutkimukseen osallistuneiden iät ja toimintakykytestien tunnuslukuja

Taulukko 1. Terveystarkastukseen osallistuneiden taustatiedot¹

	Venäläinen		Somali		Kurdi	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Terveystarkastukseen osallistuneet (n)	168	300	155	223	281	239
Ikä						
18–24-vuotiaat (%)	19,0	10,7	31,0	23,3	15,7	13,8
25–34-vuotiaat (%)	26,2	23,3	31,6	25,6	32,7	32,2
35–44-vuotiaat (%)	21,4	21,0	18,7	26,0	27,0	31,4
45–54-vuotiaat (%)	16,7	28,7	13,5	18,8	19,2	20,1
55–64-vuotiaat (%)	16,7	16,3	5,2	6,3	5,3	2,5
Ikä (v, ka)	38,4	41,2	32,8	35,8	36,0	36,1

¹ Luvuissa ei painotusta

Taulukko 2. Objektivisten toimintakykymittausten tunnuslukuja ja jakauman normaalisuutta kuvaavia tuloksia henkilöillä, jotka ilmoittavat vaikeuksia liikkumiskyvyssä¹

		Venäläinen		Somali		Kurdi	
		Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
maksimaalinen tasapaino	Ka (s)	28,4	38,6	39,0	29,8	52,7	40,8
	5 % tyypistetty ka (s)	28,2	39,4	39,7	29,7	54,7	41,8
	Vinous	0,500	-0,361	-0,558	0,481	-1,992	-0,490
	Huipukkuus	-2,110	-1,739	-1,564	-1,381	3,108	-1,505
kymmeneen tuoilta nousuun kulunut aika	Ka (s)	27,8	28,7	31,3	28,3	25,8	27,7
	5 % tyypistetty ka (s)	27,8	28,0	30,9	27,6	25,3	27,0
	Vinous	-0,285	1,792	0,879	2,526	1,285	1,528
	Huipukkuus	-0,572	4,862	-0,347	12,096	2,647	2,960
maksimaalinen puristusvoima	Ka (kg)	41,5	25,6	31,5	23,3	41,6	24,8
	5 % tyypistetty keskiarvo (kg)	41,3	25,9	31,0	23,4	41,6	25,0
	Vinous	0,336	-0,803	0,829	-0,145	-0,007	-0,505
	Huipukkuus	-1,293	1,247	0,046	-0,192	0,718	0,235

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia

Taulukko 3. Objektivisten toimintakykymittausten tunnuslukuja ja jakauman normaalisuutta kuvaavia tuloksia henkilöillä, jotka eivät ilmoita vaikeuksia liikkumiskyvyssä¹

		Venäläinen		Somali		Kurdi	
		Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
maksimaalinen tasapaino	Ka (s)	57,0	55,6	55,2	47,6	55,8	53,8
	5 % typistetty keskiarvo (s)	59,2	57,8	57,3	49,3	57,7	55,9
	Vinous	-3,878	-2,869	-2,585	-1,137	-2,794	-2,214
	Huipukkuus	14,531	7,328	5,337	-,233	6,920	3,561
kymmeneen tuoilta nousuun kulunut aika	Ka (s)	20,1	21,6	22,6	25,3	21,9	22,9
	5 % typistetty keskiarvo (s)	19,8	21,2	22,4	24,8	21,6	22,5
	Vinous	1,290	1,384	0,688	1,144	1,438	1,357
	Huipukkuus	2,365	2,530	0,721	1,731	5,602	2,287
maksimaalinen puristusvoima	Ka (kg)	46,6	28,4	32,7	24,0	45,2	27,4
	5 % typistetty keskiarvo (kg)	46,5	28,2	32,6	23,9	45,1	27,5
	Vinous	0,151	0,426	0,227	0,216	0,267	-0,090
	Huipukkuus	-0,158	0,832	0,121	-0,226	-0,059	-0,085

¹ Luvut painotettuja, ei ikävakiointia