

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Marjo Blomqvist

OHJAUKSEN MERKITYS KÄVELYTELINEEN KÄYTÖN
HALLINNASSA

– Kysely yli 65-vuotiaiden kävelytelineen käyttäjien subjektiivisten tunte-
musten muutoksista seuranta-aikana

Sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikkö
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
2007

OHJAUKSEN MERKITYS KÄVELYTELINEEN KÄYTÖN HALLINNASSA
– Kysely yli 65-vuotiaiden kävelytelineen käyttäjien subjektiivisten tuntemusten muutoksista seuranta-aikana

Blomqvist Marjo
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Maaliskuu 2007
Ohjaajat: Saaristo Sirpa ja Kangassalo Ritva
YKL: 59.4
Sivumäärä: 62

Avainsanat: apuvälineet, ikääntyneet, ohjaus, seuranta, kaatuminen

Tämä tutkimus tehtiin Turun kaupungin terveystoimen lääkinnällisen kuntoutuksen hankkeeseen ”vanhusten kaatumisten ehkäisy” liittyen. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää apuvälineen luovutustilanteeseen liittyvän ohjauksen ja seurannan merkitystä iäkkään 4-pyöräisen kävelytelineen käyttäjän käyttövarmuuteen. Tarkoituksena oli seurata subjektiivisten tuntemusten muuttumista neljän kuukauden seuranta-aikana liikkumiskyvyn ja sosiaalisen aktiivisuuden suhteen ja merkitystä kaatumisten ehkäisyyn ja itsenäiseen kotona selviytymiseen. Rinnakkaistutkimuksena Turun ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijat selvittivät yhteyttä objektiivisten tasapaino- ja lihasvoimatestien sekä subjektiivisen kaatumispelon välillä.

Kokeellinen tutkimus toteutettiin maalissyyskuun 2006 aikana. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinelainaamon yli 65-vuotiaista 4-pyöräisen kävelytelineen lainaajista muodostettiin koeryhmä ja vertailuryhmä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 15 iäkästä, kahdeksan koeryhmässä ja seitsemän vertailuryhmässä. Koeryhmäläisille järjestettiin kolme ryhmäohjaukset kuukauden aikana, lisäksi he saivat kotiharjoitteluohjelman. Molemmat ryhmät saivat kyselylomakkeen seuranta-ajan alussa ja lopussa. Molemmat ryhmät testattiin rinnakkaistutkimuksessa tasapainon ja alaraajojen lihasvoiman suhteen.

Tutkimusjoukon pienuuden vuoksi tulokset ovat viitteellisiä. Koeryhmäläiset kokivat hieman vertailuryhmää enemmän tyytyväisyyttä kykyynsä toimia ja liikkua kodin ulkopuolella. Koeryhmäläiset kokivat myös hieman enemmän lisäystä sosiaalisessa aktiivisuudessa. Koeryhmäläiset tunsivat kävelytelineen mahdollistaneen aktiivista osallistumista jonkin verran vertailuryhmää enemmän. Liikkumiskyvyssä ei tunnettu merkittäviä muutoksia kummassakaan ryhmässä. Kaatumisen pelko ei oleellisesti vähentynyt kummassakaan ryhmässä.

Tulevaisuudessa väestö ikääntyy ja apuvälineiden tarve kasvaa. Itsenäisen selviytymisen tukemiseksi ja kaatumisten ehkäisemiseksi on tärkeää varmistaa, että iäkkäät kävelytelineen käyttäjät osaavat käyttää apuvälinettään oikein. Ohjaukseen ja seurantaan kannattaa panostaa ja resursoida.

MEANING OF COUNSELLING IN THE CONTROL OF USING A WALKING RACK – a questionnaire to over 65 years old persons using a walking rack

Blomqvist Marjo
Satakunta Polytechnic
Degree Programme in Rehabilitation Counselling
March 2007
Tutors: Saaristo Sirpa ja Kangassalo Ritva
YKL: 59.4
Pages: 62

Key words: assistive devices, elderly, counselling, follow-up, falling

This study was a part of the project called “Prevention of the fallings among elderly” in the medical rehabilitation of Turku city healthcare. The meaning was to find out if the counselling and follow-up can secure using of a walking rack. Changes in subjective feelings of moving abilities and social activities were followed during four months. The meaning was also to find out if the counselling and follow-up can prevent elderly falling and add there independence at home. Parallel study was carried out in Turku Polytechnic by students in physiotherapy. They studied connection between objective balance and muscle strength tests and subjective fear of falling.

Experimental study was done between March and September in the year 2006. The study was done among over 65 years old people who were lending a walking rack from the medical rehabilitation of Turku city. In the control group were seven people and in the test group eight people, altogether 15 elderly. The test group got counselling three times during a month and also home exercise programme. Both groups filled in questionnaire at the beginning and in the end of following time. In parallel study both groups were tested in balance and muscle strength of lower limbs.

Results are suggestive because of the small research group. The test group were a little more satisfied with there abilities to move outside home comparing with the control group. They had also little more increasing in social activity. In the test group walking rack made possible active participation comparing with the control group. Moving ability did not change among either group. Fear of falling did not decrease.

In the future there will be more elderly people and that’s why the need of assistive devices will increase. It is important to make sure that old people can use there walking rack rightly. It is worth investing in counselling and follow-up.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 IÄKKÄIDEN ITSENÄINEN KOTONA SELVIYTYMINEN.....	7
2.1 Terveys ja Toimintakyky.....	7
2.2 Voimavarat.....	9
2.3 Liikkumiskyky.....	9
2.4 Sosiaalinen aktiivisuus.....	10
3 KAAATUMISTEN EHKÄISY ITSENÄISEN SELVIYTYMISEN TUKENA.....	11
3.1 Kaatumisen riskitekijät.....	11
3.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen hanke ”Vanhusten kaatumisten ehkäisy”.....	12
4 APUVÄLINEPALVELUT ITSENÄISEN SELVIYTYMISEN TUKENA.....	13
4.1 Apuvälineen luovutus.....	14
4.2 Kävelytelineen luovutuskäytäntö Turun lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline- lainaamossa.....	15
5 4-PYÖRÄINEN KÄVELYTELINE IÄKKÄÄN APUVÄLINEENÄ.....	16
5.1 4-pyöräinen kävelyteline.....	16
5.2 Ikäihminen kävelytelineen käyttäjänä.....	17
6 OHJAUS JA SEURANTA KÄVELYTELINEEN LUOVUTUSTILANTEESSA....	18
6.1 Kuntoutus ohjaus- ja oppimisprosessina.....	18
6.2 Oppiminen ja ikääntyminen.....	20
6.3 Kävelytelineen käytön ohjaus ja seuranta.....	21
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	23
7.1 Tutkimuksen tarkoitus.....	23
7.2 Tutkimusongelmat.....	23
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
8.1 Tutkimusaineisto.....	24
8.2 Tutkimusmenetelmä.....	24
8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	26
8.4 Ryhmäohjaus ja kotiharjoittelu interventiona.....	27
9 TUTKIMUSTULOKSET.....	29
9.1 Vastaajien taustatiedot.....	29
9.2 Vastaajien voimavarat.....	29

9.3 Liikkumiskyky.....	34
9.4 Sosiaalinen aktiivisuus.....	41
9.5 Vastaajien arviot kävelytelineen käytön osaamisesta ja telineen luovutus- käytännöstä.....	47
9.6 Ryhmän, iän ja sukupuolen vaikutus vastauksiin.....	50
10 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	51
11 POHDINTA.....	54
LÄHTEET.....	57
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden ihmisten palveluiden järjestämiseen annetaan suositukset valtakunnan tasolta lähtien. Tavoitteeksi asetetaan mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään. Kuntoutuksen suuri haaste on iäkkäiden itsenäisen selviytymisen tukeminen. Kuntoutuslonteko mm. vuodelta 2002 linjaa kehittämiskohteeksi itsenäisen selviytymisen tukemisen ja vanhusten toimintakyvyn turvaamisen. Kunta on keskeinen toimija vanhusten kotona pärjäämisen ja ennaltaehkäisevän työn toteuttajana ja seuraajana. Kotona selviytymisen tärkeä osatekijä on iäkkäiden kaatumisten ja niihin liittyvien tapaturmien ehkäisy. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, 20–21; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2001:4, 10–11).

Kaatumisten ennaltaehkäisy kotona selviytymistä tukevana toimintana on yksilön ja yhteiskunnan kannalta tärkeää. Kirjallisuudessa on ikääntyneiden kaatumistapaturmien yleisimmiksi vaaratekijöiksi arvioitu lihasheikkous, aiemmat kaatumiset, kävelyongelmat, tasapainohäiriöt ja liikkumisapuvälineiden käyttö (Pajala, Sihvonen & Era 2003, 138–139). Kävelytelineen käyttö saattaa vanhuksella lisätä riskiä kaatua. Nurmi mm. toteaa väitöskirjassaan vuodelta 2000 laitoshoidossa olevan kävelykelkkaa tai rollaattoria käyttävän potilaan kaatumisriskin tutkimusaineistossaan kasvavan sekä lisäävän kaatumisvaaraa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää 4- pyöräisen kävelytelineen luovutukseen liittyvän ryhmäohjauksen, kotiharjoittelun ja seurannan merkitystä iäkkäiden ihmisten kaatumisten ehkäisyyn ja kotona selviytymisen varmistumiseen. Kokeellinen tutkimus liittyy Turun lääkinnällisen kuntoutuksen hankkeeseen ”Vanhusten kaatumisten ehkäisy”. Koe- ja vertailuryhmältä seurattiin kyselylomakkeilla neljän kuukauden aikavälillä subjektiivisten tuntemusten muuttumista liikkumiskyvystä ja sosiaalisesta aktivoitumisesta. Koeryhmäläiset kävivät kolmen kerran ohjausryhmän, jossa harjoitettiin 4-pyöräisen kävelytelineen käyttöä ja opetettiin kotiharjoitteluohjelma.

Ikääntyneen kävelytelineen käyttöä sekä siihen liittyvää ohjausta ja seuranta tarkastellaan tässä tutkimuksessa toimintakyvyn ja kuntoutuksen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli 4-pyöräisen kävelytelineen luovutuskäytännön kehittäminen. Tutkimuksen avulla toivottiin myös tietoa iäkkään kävelytelineen käyttäjän tasapainon ja alaraajojen lihasvoiman muutoksista. Tämän osan tutkimuksesta suorittivat Turun ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijat Jaana Heinilä ja Salla Rusi. Tutkimustulosten pohjalta mietitään tarvetta liittää kävelytelineen luovutuskäytäntöön eri muodossa tapahtuvaa ohjausta ja seuranta.

2 IÄKKÄIDEN ITSENÄINEN KOTONA SELVIYTYMINEN

Ikääntyvän ihmisen omatoimisuuden tukeminen tulee olla kokonaisvaltaista ja monimuotoista. Siihen kuuluu hänen motivoimisensa aktiivisuuteen, tukemisensa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, tukemisensa sosiaalisten verkostojen luomisessa sekä ympäristötekijöiden ja apuvälineiden tarpeen kartoitus. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 246–247). Osatekijöitä itsenäisen selviytymisen tukemiseen ovat iäkkään toimintakyvyn ylläpysyminen ja parantuminen, voimavarojen tukeminen, liikkumiskyvyn säilyttäminen ja sosiaalisen aktiivisuuden mahdollistaminen.

2.1 Terveys ja Toimintakyky

Toimintakyky on laaja hyvinvointiin liittyvä käsite, joka sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen. Kuntoutuksessa tarkastellaan toimintakykyä ja terveyttä toisiinsa yhtenevinä käsitteinä. Sairauden esiintyminen ei silloin yksiselitteisesti merkitse sitä, että terveys koetaan huonona. Yksilön toimintakyky ja sosiaalinen selviytyminen ratkaisevat. Yksilön toimintakyky määritetään aina omassa kontekstissaan, jolloin huomioitava seikkoja ovat omien yksilöllisten tekijöiden lisäksi ympäristö ja kulttuuri. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään iäkkäillä ihmisillä usein mittarina päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Yksinkertaisiin päivittäisiin toimintoihin, ADL-toimintoihin (acti-

vities of daily living), luetaan kuuluviksi henkilökohtaisesta hygieniasta selviytymisen lisäksi mm. sisällä ja ulkona liikkuminen. IADL-toimintoihin (instrumental activities of daily living) liittyvät mm. kodin ulkopuolella tapahtuva asiointi kuten kaupassa tai muilla asioilla käynti. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 76–79; Laukkanen 2003, 255–258; Laukkanen 2003, 288–292).

Samaa ajatusta tukee ekologinen toimintamalli, jonka mukaan ihminen ja kuntoutuja toimivat aina ympäristö- ja vuorovaikutussuhteissaan. Ympäristötekijöihin katsotaan sisältyvän myös ihmisen yhteisön. Ympäristöolosuhteiden huomioimisen lisäksi pyritään tukemaan ihmisen voimavaroja niissä olosuhteissa ja tilanteissa, joissa hän toimii. Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäksi huomioidaan myös psykososiaaliset osallistumismahdollisuudet. (Karjalainen 2004, 19–21).

WHO:n ICF-mallissa toimintakyvyn perustana on biopsykososiaalinen tarkastelumalli. ICF-luokituksen mukaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osa-alueina ovat ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Tilannekohtaisten tekijöiden osa-alueita ovat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Toimintakyky muodostuu henkilön terveydentilan ja tilannekohtaisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Henkilön suoritukset ja osallistuminen vaikuttavat terveydentilaan ja myös päinvastoin. Samoin myös toiminta ja osallistuminen muuntavat jatkuvasti tilannetekijöitä. Suoritusten ja osallistumisen osa-alueella arvioidaan suoritustason ja –kyvyn mukaisesti mm. liikkumista, itsestä huolehtimista, kotielämää sekä vuorovaikutusta ja ihmissuhteita. (Stakes 2004; 5,14,18–20).

Moniammatillinen ennaltaehkäisevä toiminta tukee iäkkään väestön itsenäistä selviytymistä. Tärkeää on tulevaisuudessa terveystieteen ymmärtäminen laaja-alaisesti yksilön toimintakyvyn, tavoiteprofiilin sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön välisenä tasapainona. Kaikilla iäkkäillä tulisi olla tasavertainen mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen. (Hietanen & Lyyra 2003, 171–173).

2.2 Voimavarat

Voimavara käsitteenä merkitsee resursseja, kykyä selviytyä tai mahdollisuutta toimia. Se on yksilössä itsessään olevaa tietyytyypistä vahvuutta, jota hän käyttää avukseen muutoksissa. (Kettunen ym. 2002, 92).

Kuntoutusasiakkaan voimanlähteiden voidaan katsoa sijaitsevan kolmella eri tasolla: yksilöllisellä, sosiaalisen vuorovaikutuksen sekä yhteiskunnan tasolla. Selvitäkseen eteenpäin ihminen tarvitsee näiden kaikkien tasojen resursseja. (Riikonen 2001, 89–90).

Ympäristön voimavaroihin liittyvät elinympäristön fyysiset ja sosiaaliset mahdollisuudet. Fyysisiä ovat esim. kodin rakenteelliset ja apuvälineratkaisut sekä saatavissa olevat palvelut. Sosiaaliin voimavaroihin kuuluvat mm. konkreettinen apu kuten läheisten ja tuttavien tuki, emotionaalinen tuki sekä tiedon saanti. Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset verkostot ovat tärkeitä elämänhallinnan tukipilareita. (Kettunen ym. 2002, 92–93).

Yksilölliset voimavarat voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin. Fyysisiä ovat henkilön terveys, ikä sekä koettu kunto. Psykososiaalisina eteenpäin vievinä voimavaroina ovat mm. motivaatio, vuorovaikutustaidot sekä taito ylläpitää sosiaalisia suhteita. (Kettunen ym. 2002, 94–95).

2.3 Liikkumiskyky

Itsenäinen liikkuminen on iäkkään tärkeimpiä edellytyksiä omatoimiselle selviytymiselle. Säännöllisen liikkumisen ja liikunnan avulla voidaan iän ja erilaisten pitkäaikaissairauksien aiheuttamaa toimintakyvyn heikentymistä hidastaa ja ehkäistä. Hyvän liikkumiskyvyn ja harrastusaktiivisuuden voidaan katsoa olevan myös yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin (Kettunen ym. 2002, 247; Lampinen 2004, 58).

Iän mukana vaikeat liikkumisvaikeudet lisääntyvät. Liikkumisen heikentyessä aktiivisuus vähenee, ulkona liikkuminen harventuu ja lihasvoima ja tasapaino heikentyvät. Tästä seuraa väsymisen tunne ja sosiaalinen eristäytyminen. Sosiaalinen osallistumisen

ja kodin ulkopuoliset asioinnit vaikeutuvat. Liikkumiskykyyn liittyviä riskitekijöitä tulisi terveydenhuollossa kartoittaa vanhuksilta säännöllisesti. Liikunnan ja liikkumisen mahdollistaminen ja tukeminen ennaltaehkäisevät toimintakyvyn heikkenemistä. (Rantanen & Sakari-Rantala 2003, 281; Sakari-Rantala & Rantanen 2003, 108–111).

2.4 Sosiaalinen aktiivisuus

Hyvä psykososiaalinen toimintakyky voidaan ymmärtää kykyä aktiivisesti osallistua elämään. Aktiivisuus taas vahvistaa ihmisen selviytymiskykyä. Ihmisen toiminta on aina suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäristöön. Psykososiaalisen toimintakyvyn osa-alueita ovat mm. arjen tilanteista selviytyminen, vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa sekä omassa elinympäristössä toimiminen (Kettunen ym. 2002; 53, 55, 73).

Iäkkäiden itsenäistä elämää voidaan parantaa tukemalla heidän mahdollisuuksiaan harrastaa, osallistua sekä ylläpitää sosiaalisia suhteita. Luottamukselliset ihmissuhteet ja erilaisiin harrastuksiin osallistuminen vahvistavat sosiaalista toimintakykyä. Asiointi-liikkuminen on merkittävässä asemassa liikkumisen motivoijana. Itsenäinen asiointi esim. kaupassa tukee omatoimisuutta antaessaan mahdollisuuden omaehtoiseen valintaan sekä myös sosiaalisten osa-alueiden ylläpitämiseen. (Heikkinen 1992, 160; Ruonakoski, Somerpalo, Kaakinen & Kinnunen 2005, 20).

Sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen verkoston merkitys ihmiselle on suuri. Sen on havaittu vaikuttavan esim. sairastuvuuteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Ne, joilla on enemmän sosiaalisia suhteita ja hyvä sosiaalinen verkosto, kärsivät vähemmän sydän- ja verisuonitaudeista sekä fyysisistä toiminnanvajauksista. Toisaalta joissakin tapauksissa sosiaaliset sidokset voivat toimia myös negatiivisina tekijöinä. Sosiaalinen verkosto koostuu sekä omaisista, naapureista ja tuttavista että myös moniammatillisesta virallisesta verkostosta. Hyvä verkosto tukee iäkkään voimavaroja. (Heikkinen 2003, 321; Kettunen ym. 2002, 105–106; Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31).

Ihmissuhteiden ja sosiaalisen verkoston tilaa voidaan iäkkäillä arvioida mm. selvittämällä kanssakäymisaktiivisuutta omaisten, ystävien ja naapureiden kanssa sekä osallistumismahdollisuuksia erilaisiin tilaisuuksiin. Myös iäkkään ympärillä oleva tukiverkos-

to tulee selvittää eli keneltä vanhus saa apua erilaisissa tilanteissa. Sosiaalisen kanssakäymisen vaikeudet altistavat iäkkäät yksin asujat myös psyykkisille häiriöille. Iäkkään motivoiminen ja konkreettinen auttaminen sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen tukevat iäkkään kuntoutumista.(Hartikainen & Kivelä 2001; 444, 449).

3 KAATUMISTEN EHKÄISY ITSENÄISEN SELVIITYMISEN TUKENA

Vanhusten kaatumistapaturmat ovat merkittävä terveydenhuollon ongelma nyky-yhteiskunnassa. Yli 65-vuotiaista kotona asuvista joka kolmannes kaatuu ainakin kerran vuodessa ja laitoshoidossa joka toinen (Piirtola 2002, 1). Ikä lisää kaatumisalttiutta, yli 80-vuotiaista jo joka toinen kaatuu vähintään kerran vuodessa. Kotona asuvilla ulkoiset vaaratekijät ovat määräävä tekijä kaatumistapaturmissa. (Nurmi 2000; 1-2,23,27). Kotonaan kaatuneilla on suuri riski joutua laitoshoidon. Riskiä lisää se, että kotona avunsaanti saattaa viivästyä. Kaatumistapaturmat lisäävät huomattavasti terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, esim. lonkkamurtuman hoito maksaa yhtä potilasta kohden keskimäärin 15 500 euroa. (Nurmi 2005).

3.1 Kaatumisen riskitekijät

Kaatumistapaturmat ovat yleisin tapaturmaryhmä iäkkäiden henkilöiden keskuudessa. Kaatumisten ehkäisy on sekä yksilön itsensä että yhteiskunnan kannalta ensiarvoisen tärkeää. Kaikkiin kaatumisen riskitekijöihin on vaikea vaikuttaa, mutta useimpiin se on mahdollista. (Karaharju-Huisman & Grönqvist 2004, 8-10; Piirtola, Isoaho & Kivelä 2003, 599).

Kaatumisten riskitekijöitä psykososiaalisesti ovat ikääntyminen, sukupuoli(nainen), yksin asuminen, aikaisemmat kaatumiset, liikkumattomuus sekä vajaus ADL-

toiminnoissa. Liikkumiseen liittyviä riskitekijöitä ovat tasapainon huonontuminen, hidastuminen askelluksessa, kävelyn ja liikkumisen heikentyminen, huonontunut kyky nousta ylös sekä vaikeudet siirtymisissä. Riskitekijöihin voidaan vaikuttaa ohjauksella, liikunnalla, apuvälineillä, lihasvoima- ja tasapainoharjoitteilla, kävelyharjoitteilla sekä kodinmuutostöillä. (Karaharju-Huisman ym. 2004, 10).

Apuvälineen käyttö saattaa myös lisätä kaatumisriskiä. Nurmi totesi tutkimuksessaan (2000) kävelytelineen tai rollaattorin lisäävän kaatumisriskiä. Tutkimusaineisto koostui neljässä eri hoitolaitoksessa asuvista iäkkäistä. Kävelykelkan tai rollaattorin käyttö lisäsi kaatumisvaaraa.

Tutkimusten mukaan parhain vaikutus vanhusten kaatumisten ehkäisyyn on interventiolla, jotka perustuvat moniammatilliseen yhteistyöhön. Monitahoisilla, sekä sisäisiin että ulkoisiin riskitekijöihin vaikuttavilla, toimenpiteillä saadaan tuloksia aikaan. Itsestä omassa kodissaan asuvien iäkkäiden henkilöiden kohdalla on saatu hyviä tuloksia sellaisilla toimenpiteillä, jotka ovat sisältäneet kävelyn ja liikkumisapuvälineiden käytön harjoittelua, fyysisen kunnon ja tasapainon parantamista, asuinympäristön riskitekijöiden kartoitusta sekä lääkityksen tarkistusta. (Heikkinen ym. 2003, 140–141; Lehtola 2002; 1/4-3/4).

3.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen hanke ”Vanhusten kaatumisten ehkäisy”

Turun terveystoimen lääkinällisen kuntoutuksen kehittämishanke ”Vanhusten kaatumisten ehkäisy” liittyy terveyden ja hyvinvoinnin lisäämisenäkökulmaan. Hankkeeseen liittyy kolme osa-aluetta. Yhtenä osa-alueena on ollut osallistuminen Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Ennakoivat kotikäynnit – toimintaan. Toisena osa-alueena on ollut talvisin jalkineisiin kiinnitettävien jääpiikkien jakaminen vanhuksille liukastumisten estämiseksi.

Kolmantena osa-alueena on tämä 4-pyöräisen kävelytelineen käytön hallintaan liittyvä tutkimus. Hankkeen ja tutkimuksen suunnitteluun on osallistunut kuntoutuksen osastonhoitajat, Turun kaupunginsairaalan fysioterapiaoaston apulaisosastonhoitaja sekä tämän tutkimuksen suorittaja. Tutkimusaiheen ja sisällön rajaamisessa tehtiin yhteistyötä

lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinelainaamon henkilökunnan sekä lääkinällisen kuntoutuksen vanhustyöryhmän jäsenten kanssa.

Hankkeeseen liittyvänä rinnakkaistutkimuksena Turun ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijat Jaana Heinilä ja Salla Rusi selvittivät omassa opinnäytetyössään samalta testijoukolta kuin tässä tutkimuksessa yhteyttä objektiivisten tasapaino- ja lihasvoima-testien sekä subjektiivisen kaatumispelon välillä. Tasapaino testattiin ennen ohjausryhmiä ja 4 kuukauden jälkeen Bergin tasapainotestillä ja Balance Master System® -mittauslaitteella. Kaatumispelkoa mitattiin VAS-janalla. Koeryhmässä (6 henkilöä) Bergin tasapainotestin kokonaistulos parantui kahdella henkilöllä ja neljällä pysyi samana. Vertailuryhmässä (5 henkilöä) tulos parantui kolmella, pysyi samana yhdellä ja heikkeni yhdellä. VAS-janamittausten tuloksia verrattiin tämän tutkimuksen kyselylomakkeiden vastauksiin kaatumispelosta. Tulokset olivat yhdensuuntaisia siten, että testihenkilöt, jotka kyselyssä ilmoittivat kaatumispelkonsa suureksi, arvioivat myös VAS- janalla pelkonsa lähelle ”pahinta mahdollista pelkoa”. Samoin koehenkilöt, joilla ei VAS- janan mukaan ollut kaatumispelkoa juuri lainkaan, vastasivat kyselylomakkeissa kohtiin ei pelkoa tai hieman pelkoa. Ajastetussa viiden kerran tuoilta ylösnousussa tulos parantui koeryhmäläisiltä kaikilla sekä ajallisesti että laadullisesti (lopussa kukaan ei käyttänyt yläraajoja tukena). Vertailuryhmässä aika parantui vain kolmella ja kahdella huononi, laadullisesti ei vertailuryhmässä tapahtunut muutosta.

4 APUVÄLINEPALVELUT ITSENÄISEN SELVIYTYMISEN TUKENA

Apuvälinepalvelut ovat osa lääkinällistä kuntoutusta. Palveluihin kuuluvat apuvälineen tarpeen arviointi, hankinta, lainaus ja luovutus, käytön ohjaus ja seuranta sekä huoltoon ja korjaukseen liittyvät palvelut. Palveluiden järjestämisestä vastaavat pääasiallisesti kunnat ja sairaanhoitopiirit. Palveluista vastaa lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden osalta terveydenhuolto, asumiseen liittyvien apuvälineiden osalta sosiaalitoimi ja

opetukseen liittyvistä apuvälineistä vastaa opetustoimi. Kuntien lisäksi kustannusvastuu on myös vakuutusyhtiöillä liikenne- ja tapaturmavakuutuslain mukaisesti, kansaneläkelaitoksella ammatilliseen kuntoutukseen perustuen, työvoimahallinnolla työolosuhteiden järjestelytuen suhteen sekä valtionkonttorilla sotilasvammalakiin perustuen. Apuvälinepalveluiden tulee osana hoito- ja palveluketjua toimia joustavasti ja asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaavasti. Väestön ikääntyessä kotona selviytymisen tukeminen apuvälinepalveluin tulee kasvamaan ja aiheuttaa eneneviä kustannuseriä kunnissa. Palveluiden tuottaminen tehokkaasti edellyttää hyvää suunnittelua, jotta kokonaiskustannukset saadaan pidettyä aisoissa. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 13–15; Konola ym. 2003, 33–38).

Sopivalla apuvälineellä voidaan itsenäistä selviytymistä tukea. Apuvälineen tarpeen arvioinnin ja hankkimisen on sujuttava asiakkaan kannalta vaivattomasti. Riittävä käytön ohjaus ja neuvonta tapahtuvat asiakkaan voimavarat ja resurssit huomioiden. Apuvälinettä on voitava kokeilla asiakkaan omassa elinympäristössä riittävän pitkään. Asiakkaan on tiedettävä, mihin hän voi ottaa yhteyttä käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvissä asioissa. Ammattihenkilöstön tulee seurannan avulla huolehtia käytön ja soveltuvuuden varmistamisesta. (Kettunen ym. 2003, 230; Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 15, 17,18).

Vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistäminen – ITSE -hankkeessa on laadittu ikääntyville ja heidän omaisilleen opas jokapäiväistä elämää tukevista teknologisista ratkaisuksista. Opas antaa neuvoja turvallisesta asuinympäristöstä, toimintakykyä helpottavista apuvälineistä sekä mistä näistä asioista voi saada lisätietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:25. Arkea helpottavat välineet. Opas ikäihmisille).

4.1 Apuvälineen luovutus

Apuvälineen käyttäjän kannalta luovutustilanteessa on tärkeää, että apuvälineen käyttö opetetaan hänelle huolellisesti ja että apuvälineen luovuttaa ammattitaitoinen asiansa osaava henkilö. Käytön opetuksen lisäksi pitää varmistaa, että käyttäjä tietää miten välinettä huolletaan ja korjataan, minne apuväline palautetaan ja millaisia oikeuksia ja velvollisuuksia apuvälineen vastaanottamiseen liittyy. Luovutustilanteessa tehdään

yleensä kirjallinen sopimus, missä edellä mainitut asiat on selvitetty. (Konola ym. 2003, 53).

Käytön opetusta tulee antaa aina uuden apuvälineen luovutuksen yhteydessä. Käyttö- ja huolto-ohjeet tulee luovuttaa apuvälineen saajalle myös kirjallisesti. Käyttöä harjoitteluun käyttäjälle merkityksellisten asioiden suhteen. Käyttäjän oppimiskyky ja apuvälineen vaatavuustaso tulee opetuksessa huomioida. Käytön opetuksessa olisi parasta harjoitella ensin perustason osaaminen ja vähitellen edetä vaativampaan harjoitteluun. (Konola ym. 2003, 53; Kanto-Ronkanen & Salminen 2003, 69–70).

4.2 Kävelytelineen luovutuskäytäntö Turun lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinelainaamossa

Aloitteen kävelytelineen hankkimiseksi asiakkaalle voi tehdä asiakas itse, hänen läheisensä tai asiakkaan asioita hoitava työntekijä. Apuvälinetarpeen ilmettyä otetaan yhteyttä apuvälinelainaamoon. Apuvälinearvio tehdään lainaamossa/kotona/puhelimitse ja siihen sisältyy tarvittaessa myös sovitus ja kokeilu. Mikäli asiakkaan toimintakykyä tai apuvälinetarvetta on selvitettävä tarkemmin, apuvälineyksikön fysioterapeutti/toimintaterapeutti tekee arvioinnin polikliinisesti tai kotikäyntinä. (www.turku.fi, Lehtonen 2006).

Kävelytelineen luovutuksen yhteydessä annetaan ohjeet telineen käytöstä. Tarvittaessa ohjeet kävelytelineen säädöistä saa kotiin kirjallisena. Mikäli telineen noutaa asiakkaan läheinen tai hänen asioitaan hoitava työntekijä, ohjeet annetaan hakijalle. Tällöin hakijan vastuulle jää kävelytelineen käytön opetus asiakkaalle. Asiakkaalle annettavassa kirjallisessa lainasopimuksessa on puhelinnumerot, joihin asiakas voi ottaa yhteyttä myöhemmin tarvitessaan tietoa tai mikäli teline tarvitsee huoltoa tai korjausta. Jos kävelyteline annetaan ns. pitkäaikaislainaan, apuvälinelainaamo tarkistaa viiden vuoden välein käytön jatkotarpeen tai asiakas itse ottaa yhteyttä apuvälinelainaamoon. Mikäli asiakkaalla on terapiasuhde kuntoutuksessa, seuraa terapeutti kävelytelineen käytön sujuvuutta. Samoin sairaalassa osastojaksolla olevien asiakkaiden kanssa voidaan kävelytelineen käyttöä ohjata ja seurata pidemmällä aikavälillä. (Lehtonen 2006).

5 4-PYÖRÄINEN KÄVELYTELINE IÄKKÄÄN APUVÄLINEENÄ

5.1 4-pyöräinen kävelyteline

Liikkuminen paikasta toiseen mahdollistaa iäkkään omatoimisuuden, vahvistaa itsenäisyyttä ja vähentää avun tarvetta. Se parantaa myös sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Liikkumisen apuvälineet mahdollistavat liikkumisen silloinkin, kun liikkumiskyky on heikentynyt. (Töytäri, Koistinen, Hiltunen & Leivo 2003, 128–129).

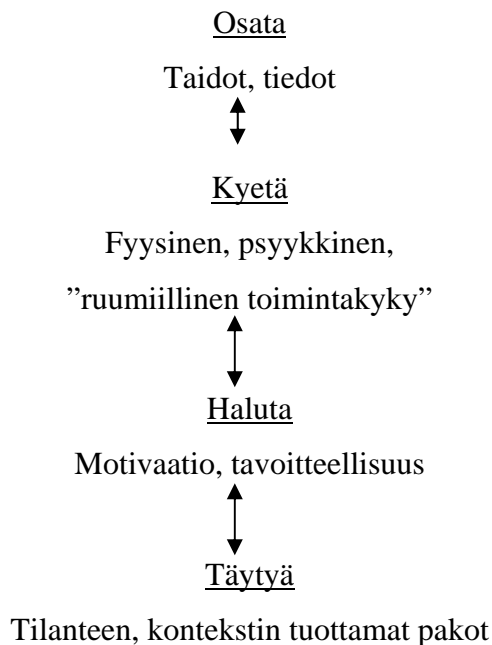
Kävelyteline on liikkumisen apuväline. Telineitä on suunniteltu erilaisia tarpeita varten ja siksi niitä on monenlaisia malleja. 4-pyöräinen kävelyteline on yleisesti käytettävä malli sekä ulko- että sisäkäyttöön. 4-pyöräisessä kävelytelineissä on istumistuki, jolloin käyttäjä voi levähtää kävelyn aikana lukittuaan ensin jarrut. Telineet ovat tukevia, mutta niiden käyttäminen on kuitenkin kevyttä. Telineisiin saa myös erikseen hankittua korin, johon voi asettaa tavarat matkan ajaksi. (Töytäri ym. 2003, 131–132).

Astala, Iisalo ja Mahkonen (2003) tutkivat opinnäytetyössään ”Rollaattorilla kotiin: Ikääntyvän asiakkaan kokemuksia rollaattorin hankinnasta ja käytöstä” apuvälinepalvelun toimivuutta asiakkaan kannalta. Tutkimus tehtiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna 3:lle Herttoniemen sairaalasta kotiutuneelle potilaalle n. 1kk kotiutumisen jälkeen. Haastateltavat kokivat kävelytelineen käytön omaksumista edistäviksi tekijöiksi sen, että asiantuntija toimii ohjauksen antajana ja tiedon jakajana sekä monipuoliset harjoitukset. Vaikeuttavina tekijöinä mainittiin harjoittelun puute käyttöympäristössä, kirjallisten ohjeiden puute sekä muistin heikkeneminen. Kävelytelineen katsottiin lisäävän omatoimisuutta ja se koettiin toimintarajoitusten kompensoijana. Haastateltavat luottivat asiantuntijoihin, asiantuntijoiden merkitys käytön edistäjänä koettiin harjoittelun, motivoinnin ja ohjauksen kautta tärkeäksi.

5.2 Ikäihminen kävelytelineen käyttäjänä

Kävelytelineen avulla voidaan iäkkään liikkumiskykyä ylläpitää ja näin edesauttaa kotona selviytymistä. Parhaimmillaan kävelyteline helpottaa arjesta selviytymistä toimintaedellytyksiä vahvistamalla. Vanhenemisprosessiin liittyvät muutokset fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä saattavat toisaalta aiheuttaa riskitekijöitä telineen turvaliselle käytölle. Tällaisia muutoksia ovat esimerkiksi näkö- ja kuuloaistin heikentyminen, tasapainon ja lihasvoiman heikentyminen sekä muistin ja oppimisen heikentyminen. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003; 13, 18; Koukka, Malinen, Nurkka & Yli-Tokola 2001, 13–15).

Ikääntyneen kävelytelineen käyttöä voidaan tarkastella toimintakyvyn ja kuntoutuksen näkökulmasta. Jyrkämä (2004) haluaa laajentaa kuntoutukseen liittyvää toimintakykytarkastelua. Vanheneminen on hänen mukaansa myös sosiaalinen prosessi, jolloin eri vaiheissa kuntoutuskin on merkitykseltään erilainen. Myös yhteisöllisen ulottuvuuden näkökulma tulee kuntoutumisen kannalta huomioida, samoin elämäntilanteellisen valinta- ja toimintaprosessin näkökulma. Jyrkämän (2003) esittämän mallin toiminnan ja toimintatilanteiden ulottuvuuksista (Kuvio 1) kautta voidaan tarkastella myös ikääntyvän kävelytelineen käytön osatekijöitä.



Kuvio 1. Toiminnan ja toimintatilanteiden ulottuvuudet. (Jyrkämä 2003).

Osatakseen käyttää telinettä mahdollisimman hyvin on käyttäjän tiedettävä käyttöön liittyvät asiat ja taitojen parantumiseksi on käyttöä harjoiteltava. Kävelyteline toimii käyttäjän toimintavajauksen kompensoijana, toisaalta toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen esim. lihaskunto- ja tasapainoharjoittelulla varmentaa käyttöturvallisuutta. Kävelytelineen käyttö parantaa mielialaa käyttäjän aktivoitumisen kautta. Käyttääkseen telinettä tai pitääkseen fyysisen kuntosaa mahdollisimman hyvänä käyttäjän tulee olla motivoitunut. Usein käyttäjää motivoi hänelle sopiva tavoite esim. itsenäinen toimiminen. Perustason päivittäisistä toiminnoista selviäminen ja tärkeiden asioiden hoito kodin ulkopuolella luovat liikkumiselle tarpeen, on kyettävä liikkumaan saadakseen asiansa hoidettua. Edellä mainittujen ulottuvuuksien tasoja voidaan soveltaa kävelytelineen ohjaus- ja opetustilanteisiin kattamaan ohjauksen sisältö mahdollisimman monipuoliseksi. (Jyrkämä 2003, 100–102; Jyrkämä 2004, 152–160).

Lehtisen (2003) opinnäytetyössä Rollaattori – tie tasapainoisempaan elämään? tutkittiin kävelytelineen käyttäjien tasapainon muutoksia vuoden aikavälillä apuvälineen saannin jälkeen. Kohderyhmänä olivat yli 65-vuotiaat salonseutulaiset henkilöt, näistä tutkimusjoukkona 8 henkilöä. Samalla selvitettiin käyttäjien subjektiivisia tuntemuksia kävelytelineen käytön vaikutuksesta liikkumisen määrään ja laatuun sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Tutkimuksen mukaan tasapaino oli parantunut seuranta-aikana. Subjektiivisten tuntemusten mukaan liikkuminen varsinkin ulkona ja vaativimmissa ympäristöissä oli lisääntynyt. Tutkittavat kokivat kävelytelineen auttavan päivittäisissä toiminnoissa ja helpottavan itsenäistä toimintaa. (Lehtinen 2003; 25, 29–36).

6 OHJAUS JA SEURANTA KÄVELYTELINEEN LUOVUTUSTILANTEESSA

6.1 Kuntoutus ohjaus- ja oppimisprosessina

Kävelytelineen luovutustilanne ja käytön omaksuminen voidaan nähdä kuntoutusprosessina. Tämän prosessin myötä iäkkään kävelytelineen käyttäjän yksilöllinen kehitys

telineen käyttäjänä omassa elinympäristössään hänen tarvitsemisensa elämäntilanteissaan paranee. Kehittymiseen edetään tavoitteiden kautta palautetta hyödyntäen. Näin tilannetta seuraten ja ohjauksen avulla voidaan iäkkään myönteisiä kokemuksia kävelytelineestä vahvistaa. Kun ohjaus ja harjoittelu tapahtuu pidemmällä aikavälillä vähentää se todennäköisesti myös pelon ja epävarmuuden tunnetta ja näin voidaan vähentää kaatumisen pelkoa. Iäkäs osallistuu itse aktiivisesti kaikkiin prosessiin vaiheisiin ja ohjaajan tehtävänä on tukea tavoitteiden saavuttamista. (Härkää & Järvikoski 1995, 182–183; Järvikoski & Härkää 2004, 165–179).

Kuntoutuksessa asiakkaan ohjauksen tavoite on yksilöllisten tavoitteiden kautta tukea asiakkaan itsenäistä elämää ja omatoimista selviytymistä. Jos tuen avulla arkielämä saadaan sujumaan ja toimintamahdollisuudet parantumaan, voidaan kotona asumisaikaa pidentää. Itsenäisen selviytymisen tukemiseen kuuluu myös apuvälinepalvelujen järjestäminen. Apuvälinettä ohjataan käyttämään oikein ja apuvälineen soveltuvuutta ja käyttöä seurataan. Myös lähiyhteisölle annetaan tarvittaessa ohjausta. (Holma 2003; 8, 28–29).

Kuntoutumiseen liittyvän oppimisprosessin eri vaiheita ovat motivoituminen, orientoituminen, sisäistäminen, ulkoistaminen ja arviointi. Eri vaiheisiin liittyy tiedon saaminen ja sen käsittely sekä taitojen oppiminen ja niiden vakiintuminen. Jotta opittu tieto ja taito vakiintuisivat pysyväksi, pitäisi niiden koskettaa oppijan omia arvoja. Koettujen asioiden on oltava merkityksellisiä omille arkitilanteille. Ohjaajan tehtävänä on tukea eri vaiheita tarkoituksenmukaisesti. (Kettunen ym. 2002, 46–47).

Kuntoutus- ja oppimisprosessin tavoitteena on asiakkaan valtaistuminen. Kävelytelineen luovutusprosessissa ja telineen käytön oppimisessa tärkeitä valtaistumisen osatekijöitä ovat mm. itselle tärkeiden taitojen oppiminen, omien tietojen ja taitojen lisääntyminen, oppimisen kautta suuntautuminen ympärillä olevaan yhteisöön ja sosiaaliseen ryhmään sekä omien resurssien löytyminen ja niiden käyttöön ottaminen. Valtaistumisen kautta iäkkään mahdollisuudet vaikuttaa oman elämän tärkeisiin asioihin parantuvat ja näin hänen elämäntilanteensa varmentuu. (Järvikoski ym. 2003, 128–134).

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Sakke- projektin tavoitteena on ollut vanhusien itsenäisen kotona selviytymisen tukeminen. Projektin yhtenä kehittämiskohteena

oli kuntoutujan ja omaisen ohjaaminen ja opettaminen. Projektissa luotiin ikääntyville kuntoutujille soveltuva ohjausmalli, joka on tarkoitettu työväliseksi kaikille kuntoutusketjun toimijoille laitoksessa ja kotona. Ohjausmallin osa-alueina ovat toiminnallinen ohjaus, tiedollinen ohjaus, apuvälineohjaus ja sosiaalinen ohjaus. Apuvälineohjaus käsittelee mallin käytön ohjauksesta, tiedon apuvälinepalveluista, kodinmuutostöistä sekä apuvälineen lainaukseen, hoitoon ja huoltoon liittyvää tietoa. Ohjausmalliin on liitetty myös seuranta. (Leinonen 2004; 3, 16, 34, 36).

6.2 Oppiminen ja ikääntyminen

Oppiminen on oppijan aktiivista toimintaa, ohjaajan tehtävänä on mahdollistaa ja tukea tätä oppimisprosessia. Oppijan aikaisemmat tiedot vaikuttavat uuden tiedon tulkitsemiseen. Ulkoa oppimista tärkeämpää on tiedon ja taidon ymmärtäminen ja sisäistäminen. Opetettava tieto tulisi pystyä siirtämään siihen yhteyteen, missä sitä tarvitaan. Opiteen asian käsittely monipuolistuu sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. Ryhmässä oppiminen mahdollistaa tiedon jakamisen, keskustelun ja pohdiskelun. (Tynjälä 1999, 60–67).

Iän myötä uuden oppimiseen tarvitaan enemmän aikaa muistitoimintojen hidastumisen johdosta. Ulkoa oppiminen vaikeutuu, mutta asiakokonaisuuksien ja keskeisten sisältöjen hallinta saattavat jopa kehittyä ikääntymisen myötä. Yhteysmuisti kompensoi mekaanista ulkomuistia. Aikaisemmat kokemukset ja aikaisemmin opittu tieto liitetään uuteen tietoon. (Onnismaa, Pasanen & Spangar 2000, 232; Suutama 2003, 178–181).

Iäkkäiden opetustilanteissa tulee ottaa huomioon muutamia periaatteita. Niitä ovat iäkkäiden oman kokemuksen ja tiedon hyödyntäminen, kehittävän dialogisen keskustelun käyttäminen sekä tekemällä oppiminen. Iäkkäiden oppimistilanteet on hyvä muodostaa rauhallisiksi ja kiireettömiksi. Opittava asia on mielekästä sitoa arkielämään ja kertominen parantaa oppimistulosta. Opetus on hyvä järjestää pienissä ryhmissä. Merkitystä oppimiselle on myös motivaatiolla, asenteilla, terveydentilalla, aistitoiminnoilla ja viireystilalla. (Onnismaa ym. 2000, 241; Suutama 2003, 178–181).

Ikääntyneet pystyvät parantamaan motorisia taitojaan harjoittelun avulla. Vanhenemismuutokset on kuitenkin huomioitava vaikuttavana tekijänä automatisoitumisen saavut-

tamisessa. Iäkkäät tarvitsevat nuoria enemmän toistoja ja harjoituksia uuden taidon oppimiseksi. Harjoitettava taito on parempi pilkkoa pieniksi osiksi ja jokaista osaa pitää harjoitella tarpeeksi kauan. Virheet on korjattava välittömästi ja sanallisen ohjauksen lisäksi on käytettävä myös näyttämistä opetuksen tukena. (Hartikainen ym. 2001, 444–445).

6.3 Kävelytelineen käytön ohjaus ja seuranta

Iäkkään valtaistumiseen pyrkivässä ohjauksessa tavoitteena on hänen voimavarojensa, mahdollisuuksiensa ja toimintakykynsä vahvistaminen. Ohjaajan tehtävänä on kartoittaa ohjattavan olemassa olevat voimavarat, osoittaa ne hänelle ja tukea niiden käyttämistä. Voimavarakeskeinen neuvonta ja ohjaus tukevat opittavien tietojen ja taitojen siirtymistä käytännön tilanteisiin sekä varmistavat taitojen pysyvyyden ohjausprosessin jälkeenkäin. (Kettunen ym. 2002, 91–104).

Kävelytelineen käyttäjän kannalta on tärkeää, että hän voi kokeilla apuvälinettä riittävän kauan todellisessa käyttöympäristössä. Hänellä pitää olla riittävä tieto siitä, mihin hän ottaa yhteyttä käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvissä asioissa. Ammattihenkilön on huomioitava käyttäjän kokonaistilanne eli kiinnitettävä huomiota toimintakykyyn, käyttäjän elämäntilanteeseen, elinympäristöön ja varmistettava käytön turvallisuus. Käytön turvallisuuteen voidaan vaikuttaa myös seurannalla. (Apuvälineiden laatusuositus 2003, 17).

Kävelytelineen on tarkoitus parantaa käyttäjänsä arjesta selviytymistä parantamalla hänen liikkumismahdollisuuttaan. Käytön opetuksessa tulee huomioida käyttäjän edellytykset ja voimavarat. Tarvittaessa myös käyttäjän omaiset ja avustajat on perehdytettävä telineen käyttöön. Opetuksen ja ohjauksen on tapahduttava siten, että käyttäjä tai hänen omaisensa oppivat käyttämään telinettä oikein. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 18).

Kävelytelineen käyttöönotossa ensisijaisen tärkeää on ammattitaitoinen käytön ohjaus sekä ymmärrettävät käyttöohjeet. Erilaiset säädöt esim. kädensijoissa tulee opastaa käyttäjälle tai hänen avustajalleen. Säädöissä on huomioitava sekä käyttäjän ergonominen

asento että käytön turvallisuus. Säädot eivät saa aiheuttaa telineen epävakautta. Käyttäjälle tai hänen avustajalleen on myös selvitettävä käyttöön liittyvät riskitekijät sekä huoltoon tarvittavat omaehtoiset säännölliset tarkastukset. (Töytäri ym. 2003, 134).

Kävelytelineen käyttöä voidaan seurata esim. kotikäyntien yhteydessä, terapia- ja hoitosuhteen aikana tai käyttämällä erilaisia asiakaskyselyitä. Myös käyttäjäkoulutus voi toimia seurannan välineenä. Käytön seurantaan on jo olemassa joitakin mittareita. QUEST-mittari arvioi asiakkaan tyytyväisyyttä apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin. Se on 12-kohtainen kyselylomake sisältäen kysymyksiä mukavuudesta, ulottuvuuksista, käytön helppoudesta, tehokkuudesta, kestävyydestä, muunneltavuudesta, turvallisuudesta, painosta, ammatillisesta palvelusta, seurannasta, korjauksesta/huollosta sekä palvelujärjestelmästä. NAME 1.0:aa käytetään liikkumisapuvälineiden vaikuttavuuden arviointiin. Sillä arvioidaan aikuisilla apuvälineiden vaikuttavuutta liikkumisessa ja liikkumista edellyttävässä osallistumisessa. Arvioitava vaikuttavuus on muutos, joka tapahtuu lähtötilanteen haastattelun ja seurantahaastattelun välisenä aikana. NAME 1.0:aa voidaan käyttää myös yksilökohtaisessa apuväline seurannassa. (Brandt ym. 2006, 7-9; Kantonen ym. 2003, 70–71).

Kruus-Niemelän (2002) pro gradu – tutkielmassa haluttiin tarkastella apuvälineiden käytön varmistusmenettelyyn yhteydessä olevia tekijöitä. Terveyskeskusten henkilökunnalle suunnattujen kyselylomakkeiden avulla pyrittiin selvittämään, miten terveyskeskuksissa varmistetaan annetun apuvälineen käytön osaaminen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että yleisin tapa varmistua apuvälineen oikeasta käytöstä oli suullisten ohjeiden anto luovutustilanteessa. Kirjallisia ohjeita annettiin harvoin. Tutkimuksen mukaan myös yhteistyö eri ammattiryhmien välillä oli puutteellista, mistä johtuen ei voitu varmistaa, oliko ohjausta annettu, mikäli apuvälineen oli toimittanut asiakkaalle esim. kotipalvelun työntekijä. Kruus-Niemelä nosti esille mm. tarpeen tutkia ohjaamisen vaikutusta apuvälineiden aktiiviseen ja turvalliseen käyttöön.

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

7.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ohjauksen ja seurannan merkitystä iäkkään 4-pyöräisen kävelytelineen käytön varmistumiseen. Tarkoitus oli seurata 4 kuukauden aikavälillä ohjauksen ja kotiharjoittelun vaikutusta liikkumiskykyyn ja sosiaaliseen aktivoitumiseen. Tarkoituksena oli näiden osatekijöiden kautta selvittää kävelytelineen luovutustilanteeseen kiinteästi liittyvän ryhmäohjauksen ja kotivoimistelun vaikutusta vanhusten kaatumisten ehkäisyyn ja itsenäiseen kotona selviytymiseen. Turun ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijat selvittivät samasta tutkimusjoukosta ohjannan ja harjoittelun vaikutusta alaraajojen lihasvoimaan ja tasapainoon.

Tutkimuksen tavoitteena on tutkimustulosten mukaisesti kehittää 4-pyöräisen kävelytelineen luovutuskäytäntöä Turun lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluissa.

7.2 Tutkimusongelmat

a) Pääongelma

Vaikuttaako apuvälineen luovutusprosessin yhteydessä annettu ohjaus ja seuranta iäkkään kävelytelineen käyttäjän itsenäiseen selviytymiseen?

b) Osaongelmat

1. Vaikuttaako ohjaus ja seuranta asiakkaan liikkumiskykyyn?
2. Vaikuttaako ohjaus asiakkaan sosiaaliseen aktiivisuuteen?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen perusjoukoksi valittiin 4-pyöräisen kävelytelineen Turun kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinelainaamosta lainaksi saaneet yli 65-vuotiaat asiakkaat, jotka eivät olleet lainaushetkellä sairaalajaksolla. Perusjoukosta valittiin otannaksi 50 maaliskuun 2006 aikana kriteerit täyttävää asiakasta, joille lainauksen yhteydessä annettiin kirjallisesti mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Otannan edetessä päädyttiin varmuuden vuoksi jatkamaan otantaa ja mahdollisuus osallistua tutkimukseen annettiin yhteensä 61 asiakkaalle.

Koeryhmän ja vertailuryhmän valinta otantaryhmästä tapahtui systemaattisena otantana. Lainauksen yhteydessä jaettiin kirjelmä mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Joka toinen annettu kirjelmä sisälsi vaihtoehdon osallistua testauksiin (vertailuryhmän muodostuminen) ja joka toinen testauksen lisäksi ohjausryhmään osallistumisen (koeryhmän muodostuminen). (Liite 1 ja 2).

Kirjelmien jaon jälkeen varmistettiin jokaisen henkilön osallistuminen vielä puhelinsoitolla, jonka yhteydessä voitiin vapaaehtoisuutta korostaa ja tarkemmin selventää tutkimuksen sisältöä ja tavoitetta. Omaehtoisten ilmoittautumisten ja varmennussoittojen kautta oltiin usein yhteydessä myös asiakkaiden omaisiin. Lopulliseksi osallistujamääräksi muodostui 61 joukosta 15 henkilöä, 7 vertailuryhmään ja 8 koeryhmään. Syitä sille, että henkilö ei osallistunut lainkaan tutkimukseen, oli mm. sairastuminen, heikko kunto, dementia (omaisten antama syy) ja matkustusvaikeus toteutuspaikalle.

8.2 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus suoritettiin kokeellisena tutkimuksena. Kvalitatiivisesti pyrittiin myös samaan uutta tai tutkittaviin yksilöihin liittyvää tietoa. Muodostettiin kaksi ryhmää, koeryhmä ja vertailuryhmä. Koeryhmä kävi kuukauden aikana yhteensä kol-

men kerran ohjausryhmän, jossa harjoiteltiin kävelytelineen käyttöä ja opeteltiin koti-harjoitteluohjelma. Lisäksi koeryhmältä testattiin rinnakkaistutkimuksen yhteydessä alaraajojen lihasvoima ja tasapaino alussa sekä neljän kuukauden jälkeen. Vertailuryhmältä testattiin lihasvoima ja tasapaino samoin alussa ja lopussa, he eivät käyneet ohjausryhmää. Kyselylomakkeiden vastauksien muutosta verrattiin vertailuryhmän ja koeryhmän välillä. Haluttiin nähdä, miten seuranta sisältävä ohjaus ja harjoittelu vaikuttavat tutkittavien subjektiiviseen tuntemukseen liikkumiskyvystä ja sosiaalisesta aktiivisuudesta.

Tietoa kerättiin standardoiduilla kyselylomakkeilla. Kysymykset olivat strukturoituja, osaan monivalintakysymyksiä oli yhdistetty avoin vastausmahdollisuus. Mikäli avoimissa vastauksissa löytyi yksilöllisiä muutostarpeita, tiedotettiin niistä eteenpäin, esim. apuvälinelainaamoon. Myös ohjausryhmässä tulevat yksilölliset tarpeet pyrittiin huomioidaan. Kyselylomakkeiden kehittämisessä käytettiin apuna aikaisempia vastaavanlaisia kysely- ja haastattelulomakkeita, esim. Ennakoivien kotikäyntien haastattelulomake Turussa, sekä aikaisempaa tutkimustietoa. Lomakkeiden kysymykset oli jaettu aihepiireittäin taustatietoihin, voimavaroihin, liikkumiskykyyn ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Ensimmäinen kysely sisälsi 17 kysymystä (Liite 3) ja kolmen kuukauden jälkeen tehty uusi kyselylomake 15 kysymystä (Liite 4). Kyselylomakkeet koetettiin kolmella Turun kaupunginsairaalan sisätautiosastolla olleella kävelytelineen käyttäjällä sekä yhdellä pääterveysaseman fysioterapiaosastolla kuntoutusjaksolla olleella kävelytelineen käyttäjällä. Testattavat olivat yli 65-vuotiaita.

Kyselylomakkeiden vastauksista tehtiin havaintomatriisi Excel – taulukko-ohjelmalla. Aineistoa analysoitiin Tixel8 – tilasto-ohjelman avulla. Ohjelmalla voidaan laskea yksilöllisiä jakaumia ja tunnuslukuja sekä ristiintaulukoinnilla selvittää muuttujien väliset suhteet. Avoimet kysymykset käsiteltiin kysymyksittäin.

Ensimmäinen kyselylomake jaettiin tutkimuksen alussa 17. – 19.5.2006 ennen koeryhmän harjoittelun alkua. Lomakkeen viimeinen palautuspäivämäärä oli 5.6.2006. Kyselylomakkeet jaettiin fysioterapiaopiskelijoiden tekemän ensimmäisen lihasvoima- ja tasapainotestauksen yhteydessä. Kyselyn mukana seurasi vastauskuori, missä oli postimaksu valmiiksi maksettuna. Toinen kyselylomake vastauskuorineen jaettiin fysioterapiaopiskelijoiden toisen testauksen yhteydessä 13. – 15.9.2006. Lomakkeiden viimeinen

palautuspäivämäärä oli 15.10.2006. Viimeisen kyselylomakkeen jätti määräaikaan mennessä palauttamatta kolme vastaajaa, joille lähetettiin kirjeitse pyyntö vastata kyselyyn. Kaikki palauttivat tämän jälkeen loppukyselyn.

8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen saatiin kirjallinen lupa 14.2.2006 Turun terveystoimen lääkinällisen kuntoutuksen ylilääkäriltä Merit Kumeniukselta (Liite 5). Tutkimuksen aihe valittiin siten, että se toisi tietoa käytännön tasolle apuvälinepalveluiden kehittämiseen ja 4-pyöräisen kävelytelineen turvalliseen käyttöön. Tutkimukseen osallistujille annettiin sekä kirjallisesti että suullisesti useaan otteeseen tietoa siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi perua missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 25–28). Tutkimusvastauksia käsiteltiin nimettöminä, mutta vastaukset oli numeroitu, ja näin tarvittaessa vastaaja voitiin jäljittää. Koska osallistujat olivat apuvälinelainaamon asiakkaita, haluttiin, että tutkimuksessa esiin tulevat käyttöongelmat voidaan tarvittaessa korjata. Lisäksi toivottiin, että tämä myös nostaisi vastaushalukkuutta, koska yksilölliset ongelmat saatettiin havaita ja puuttua niihin. Kyselylomakkeiden esitestauksella pyrittiin varmistamaan mittarin toimivuus.

Tutkimuksen validius tarkoittaa, että mittarit mittaavat juuri sitä mitä oli tarkoituskin. Kyselylomakkeiden käyttö mittareina saattaa vaikuttaa tutkimuksen validiuteen. Vastaajat saattavat ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin lomakkeen laatija. Tässä tutkimuksessa saatiin vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. Toisaalta on vaikea arvioida oliko monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot oikein valittu, ymmärsivätkö vastaajat kysymykset oikein ja miten tosissaan he kysymyksiin vastasivat. (Hirsjärvi ym. 1997; 184, 216–218).

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten ei-sattumanvaraisuutta. Myös tutkimuksen reliaabeliuteen vaikuttaa kyselyihin liittyvät yleiset haitat. Mittaustulosten toistettavuutta parantaa kyselylomakkeen testaus ennen varsinaista tutkimusta. On myös kehitetty erilaisia tilastollisia menettelytapoja mittareiden luotettavuuden arviointiin. (Hirsjärvi ym. 1997, 216–218).

Tutkimustulosten yleistettävyyteen vaikuttaa se, että tutkimukseen osallistunut joukko oli hyvin pieni verrattuna kokonaislainsaajamäärään.

8.4 Ryhmäohjaus ja kotiharjoittelu interventiona

Koeryhmään osallistuneet kävivät yhteensä kolmen kerran ryhmäohjauksen. Koeryhmä (n=8) jaettiin kahteen ryhmään, jotka molemmat kävivät sisällöltään samanlaisen ohjauksen Pääterveysaseman lääkinällisen kuntoutuksen fysioterapiatiloissa Luolavuorentie 2, 20720 Turku. Molemmissa ryhmissä oli siis neljä (4) osallistujaa. Ryhmät pidettiin kuntoutuksen ryhmäsalissa, käytännön harjoittelu tapahtui osittain ulkona terveysaseman ympäristössä. Tutkimuksen suorittaja toimi ryhmien ohjaajana. Ensimmäinen ryhmäohjaus oli 1. ja 2.6.2006, toinen 14. ja 15.6 sekä kolmas 28. ja 29.6. Ryhmät toteutuivat siis kuukauden aikana noin kahden viikon välein. Tutkimuspäiväkirjan avulla pyrittiin varmistamaan, että molemmat ryhmät saivat samanlaisen ohjauksen.

Ryhmien sisältöalueina olivat 1. taito ja osaaminen, 2. liikkumiskyky, 3. motivaation tukeminen, 4. ympäristö sekä 5. muu ohjanta ja seuranta. Ryhmien sisällön pohjana käytettiin Jyrkämän (2003) mallia toiminnan ja toimintatilanteiden ulottuvuuksista.

1. Taito ja osaaminen

Kävelytelineen käyttöä harjoiteltiin sisällä ryhmäsalissa sekä ulkona terveysaseman edustalla. Harjoiteltiin jarrujen käyttöä, istuutumista, hississä kulkua, ovista kulkemista, kynnyksien ylittämistä ja kääntymistä. Ulkona kuljettiin kaltevilla pinnoilla, asfaltilla sekä pehmeällä nurmikolla. Välillä istuuduttiin telineelle lepäämään. Jokaisella ryhmätapaamisella molempien ryhmien kanssa harjoiteltiin samat asiat kertaamisen vuoksi. Ulkona tehtiin sama lenkki jokaisella kerralla. Ryhmissä pyrittiin harjoittelun avulla ja kertauksella opitun asian sisäistämiseen. Tarkoitus oli, että ryhmäläiset harjoittelevat ryhmätapaamisten välillä opittuja asioita kotona.

2. Liikkumiskyky

Liikkumiskyvyn varmentumiseksi ryhmäläisille kehitettiin kotiharjoitteluohjelma (Liite 6), joka sisälsi sekä lihasvoimaa että tasapainoa kehittäviä liikkeitä. Harjoitteluohjelman suunnittelivat fysioterapiaopiskelijat Jaana Heinilä ja Salla Rusi. Tavoitteena oli yhdistää tasapaino- ja lihasvoimaharjoitteet mahdollisimman toiminnallisiksi. Kotiharjoitus-

ohjelmaan sisältyi istumasta seisomaan nousu, varpaille nousu, askellus kantapäillä sekä vuoroittainen alaraajan vienti sivulle sekä vuoroittainen polven nosto. Harjoitteet tehtiin ilman välineitä painovoimaa vastaan. Henkilöt saivat tarvittaessa ottaa kevyen tuen yläraajoilla. Harjoitteluohjelma tehtiin jokaisella ryhmätapaamisella ja ryhmäläisiä motivoitiin tekemään ohjelmaa kotona päivittäin. Ryhmäläiset opetettiin käyttämään tarvittaessa kävelytelinettä tukena harjoittelussa, mutta samalla motivoitiin tekemään harjoitteita mahdollisimman paljon ilman tukea. Ryhmäläiset saivat kotiinsa liikuntapäiväkirjan, johon he voivat merkitä harjoittelukertansa. Liikuntapäiväkirjat oli tarkoitus palauttaa fysioterapiaopiskelijoille lopputestaustilanteessa.

3. Motivaation tukeminen

Kävelytelineen käytön varmentumiseksi ryhmäläisiä motivoitiin käyttämään telinettä päivittäin, käymään ulkona päivittäin sekä tekemään kotiharjoitteluohjelmaa lihasvoiman ja tasapainon parantumiseksi.

4. Ympäristö

Ryhmäläisten kanssa käytiin läpi kaatumisen riskitekijöitä. Ryhmäläiset saivat ensimmäisellä tapaamiskerralla kotitapaturmien ehkäisykampanjaan liittyvän oppaan Turvallisia vuosia – Tietoa kotitapaturmista ikäihmisille ja heidän läheisilleen. Oppaaseen tutustuttiin yhdessä ensimmäisellä kerralla ja kahdella viimeisellä kerralla asioihin palattiin. Ryhmäläisiä motivoitiin näyttämään opas myös omaisille ja läheisille. Oppaassa selvitetään kaatumisen riskitekijöitä sekä annetaan ohjeita riskitekijöiden ehkäisemiseen.

5. Muu ohjaus ja seuranta

Käytiin läpi apuvälinelainaamon korjauskäytäntö. Ryhmäläiset saivat tiedotteen, jossa oli tärkeitä puhelinnumeroita apuvälinepalveluihin liittyen. Apuvälinelainaamon lisäksi myös oman alueen terveysaseman lääkinnälliseen kuntoutukseen voi olla yhteydessä apuvälineasioissa. Seurantaan liittyen keskusteltiin jokaisella ryhmäkerralla esiin tulleista ongelmista kävelytelineen käytön suhteen ja pyrittiin yhdessä ryhmäläisten kanssa löytämään ratkaisu. Yleisin ongelma tuntui liittyvän yleisiin kulkuneuvoihin. Myös matalalattiabussit ovat ajoittain hankalia käyttää ja busseissa kulkeminen tuntuu edelleen sisältävän vaaratekijöitä. Seuranta toteutettiin myös pitämällä ryhmäohjauskerrat pidemmällä aikavälillä kuukauden aikana.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Vastaajien taustatiedot

Kaikki tutkimukseen osallistuneet palauttivat ensimmäisen kyselylomakkeen. Toisen kyselylomakkeen palautti määräpäivään mennessä 12 vastaajaa. Vastaamatta jättäneille lähetettiin uusi kyselylomake, jonka kaikki palauttivat. Näin vastausprosentti oli molemmissa kyselyissä 100 %.

Ikä ja sukupuoli

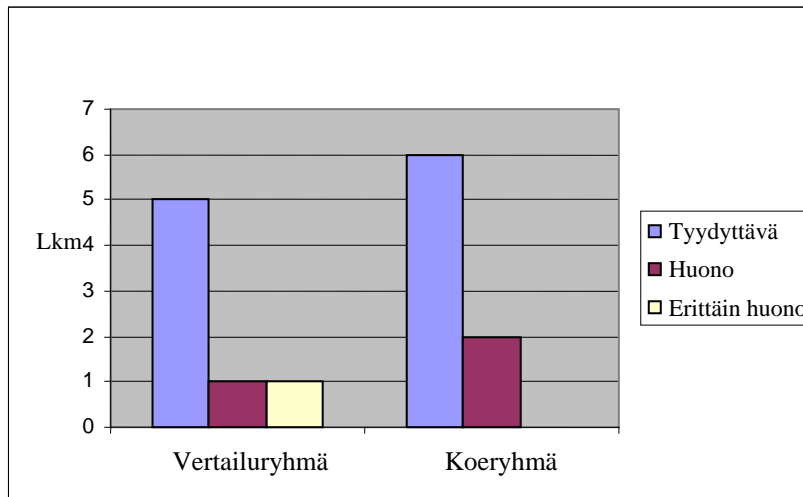
Vertailuryhmässä (n=7) kuului ikäryhmään 65–74 vuotta kaksi (2) vastaajaa, ikäryhmään 75–84 vuotta kolme (3) vastaajaa ja ikäryhmään 85 vuotta tai enemmän kaksi (2) vastaajaa. Koeryhmässä (n=8) kuului ikäryhmään 65–74 vuotta kolme (3) vastaajaa, 75–84 vuotta kolme (3) vastaajaa ja ryhmään 85 vuotta tai enemmän kaksi (2) vastaajaa.

Vertailuryhmässä (n=7) oli kolme (3) naista ja neljä (4) miestä. Koeryhmässä (n=8) oli neljä (4) naista ja neljä (4) miestä.

9.2 Vastaajien voimavarat

Terveydentila

Vertailuryhmässä (n=7) terveydentilansa koki tyydyttäväksi viisi (5) vastaajaa, huonoksi yksi (1) vastaaja ja erittäin huonoksi yksi (1) vastaaja. Koeryhmässä (n=8) terveydentilan koki tyydyttäväksi kuusi (6) vastaajaa ja huonoksi kaksi (2) vastaajaa. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien koettu terveydentila.

Pitkäaikaissairaus

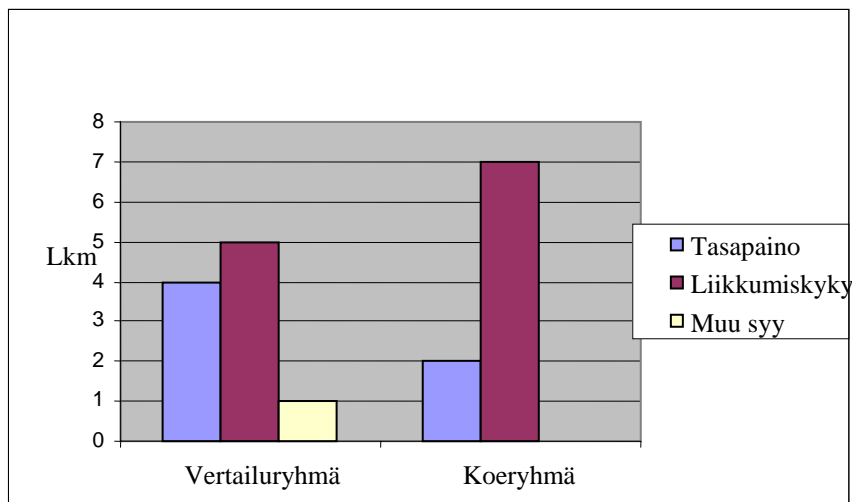
Kaikista vastaajista (n=15) ilmoitti 14 sairastavansa jotain pitkäaikaissairautta. Vertailuryhmässä yksi (1) vastaaja ei vastannut kysymykseen. Vertailuryhmässä ilmoitettiin pitkäaikaissairauksiksi Parkinsonin tauti, verenpainetauti, diabetes, polyneuropathia, veren- ja silmänpainetauti, reuma, osteoporoosi, astma, huimaus ja huono kuulo. Koeryhmässä ilmoitettuja pitkäaikaissairauksia olivat CPAP-hoito, astma, allergia, silmäsairaus, oikean puolen hemipareesi, dementia, verenpainetauti, lonkkakuluma, sokeritauti, sydämen vajaatoiminta, flimmeri, reuma, fibromyalgia, korkea kolesteroli, verenpaine, skolioosi, selkäydinkanavan ahtauma, sidekudostauti, osteoporoottinen luusto, refluktauti, ja Alzheimerin tauti.

Kävelytelineen hankinnan syy

Vastaajilta kysyttiin, miksi he tarvitsivat 4-pyöräisen kävelytelineen. Vastauksella haettiin tietoa siitä, oliko vastaajilla mielestään enemmän ongelmaa tasapainossa vai liikkumiskyvyssä, vai oliko tarpeen syy jokin muu asia.

Vertailuryhmässä (n=7) kävelytelineen tarve johtui kahden (2) vastaajan mielestä heikentyneestä tasapainosta ja kolmen (3) vastaajan mielestä heikentyneestä liikkumiskyvystä. Yksi (1) vastaaja ilmoitti syyksi sekä tasapainon että liikkumiskyvyn heikentymi-

sen ja yksi (1) vastaaja kaikki vaihtoehdot. Tämä vastaaja mainitsi muuksi syyksi hemipareesin. Koeryhmässä (n=8) kävelytelineen tarpeen aiheutti heikentynyt tasapaino yhden (1) vastaajan mielestä ja heikentynyt liikkumiskyky kuuden (6) vastaajan mielestä. Yksi (1) vastaaja ilmoitti hankinnan syyksi sekä tasapainon että liikkumiskyvyn heikentymisen. (Kuvio 3).



Kuvio 3. Kävelytelineen hankinnan syy.

Kävelytelineen tarpeen toteaja

Vastaajilta kysyttiin, kuka oli todennut kävelytelineen tarpeellisuuden. Tällä kysymyksellä haluttiin osaltaan selvittää myös vastaajien ympäröivää tukijoukkoa.

Vertailuryhmässä (n=7) yhdellä (1) vastaajista kävelytelineen tarpeen arvioijana oli kotisairaanhoido, kahdella (2) fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kolmella (3) lääkäri ja yhdellä (1) tarpeen oli todennut vastaaja itse sekä terapeutti. Koeryhmässä (n=8) kaksi (2) vastaajaa oli todennut kävelytelineen tarpeen itse, yhdellä (1) toteaja oli omainen, kahdella (2) terapeutti, yhdellä (1) lääkäri ja vastaaja itse sekä yhdellä (1) lääkäri ja terapeutti. (Taulukko 1)

Taulukko 1. Kävelytelineen tarpeen toteaja.

Tarpeen toteaja	Vertailuryhmä	Koeryhmä
Itse	0	2
Omainen	0	1
Tuttava/ystävä	0	0
Kotisairaanhoido	1	0
Kotipalvelu	0	0
Fysioterapeutti/toimintaterapeutti	2	2
Lääkäri	3	0
Itse + terapeutti	1	0
Itse + lääkäri	0	1
Terapeutti + lääkäri	0	2
Yhteensä	7	8

Kuntoutusta/hoitoa alkutilanteessa saaneet

Vertailuryhmästä kolme (3) ei saanut kuntoutusta aikana, jolloin alkukysely suoritettiin. Vastaajista neljä (4) saivat kuntoutusta. Näistä yksi (1) sai hierontaa, kaksi (2) fysioterapiaa ja yksi (1) veteraanikuntoutusta fysioterapeutin luona. Koeryhmässä kaksi (2) vastaajaa saivat kuntoutusta. Näistä toinen sai fysioterapiaa ja toinen toimintaterapiaa. (Taulukko 2).

Vertailuryhmästä 33 % eivät saaneet kuntoutusta tai hoitoa, 67 % sai kuntoutusta. Koeryhmässä 67 % ei saanut kuntoutusta tai hoitoa, 33 % sai.

Taulukko 2. Kuntoutusta/hoitoa alkutilanteessa saaneet.

	Vertailuryhmä	Koeryhmä	Yht.
en	3	6	9
kyllä	4	2	6
Yht.	7	8	15

Avustajan tarve

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) apua tarvitsivat kaikki vastaajat. Kahdella (2) avustajana toimi omainen, yhdellä (1) kotiapu, yhdellä (1) omainen ja kotiapu ja yhdellä (1) omainen ja kotisairaanhoido. Kaksi (2) vastaajista ilmoitti avustajaksi jonkun muun, toisella se oli nimetty henkilö ja toisella hoitohenkilökunta tehostetussa palveluasumisessa. Koeryhmässä (n=8) kolmella (3) avustajana toimi omainen, yhdellä (1) tuttava/ystävä, yhdellä (1) kotiapu ja kotisairaanhoido. Alkutilanteessa kolme (3) koeryhmäläistä tuli toimeen ilman avustajaa. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Avun tarve alkutilanteessa.

<i>Avustaja</i>	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>
omainen	2	3
tuttava/ystävä	0	1
kotiapu	1	0
kotisairaanhoido	0	0
joku muu	2	0
selviän ilman apua	0	3
omainen + kotiapu	1	0
omainen + kotisairaanhoido	1	0
kotiapu + kotisairaanhoido	0	1
Yhteensä	7	8

Loppukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) tarvitsivat edelleen kaikki avustajaa. Kolmella (3) avustajana oli omainen, yhdellä (1) tuttava/ystävä, yhdellä (1) kotiapu ja yhdellä (1) kotiapu ja kotisairaanhoido. Yksi (1) vastaaja selvisi muuten ilman apua, mutta tarvitsi apua suihkutuksessa hoitohenkilökunnalta. Koeryhmässä (n=8) oli lopputilanteessa edelleen kolme (3) vastaajaa, jotka selvisivät ilman muiden apua, kolmea (3) avusti omainen ja yhtä (1) avusti tuttava/ystävä ja kotiapu. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Avun tarve loppukyselyssä.

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>
omainen	3	3
tuttava/ystävä	1	1
kotiapu	1	0
selviän ilman apua	0	3
tuttava + kotiapu	0	1
kotiapu + kotisairaanhoido	1	0
joku muu + selviän ilman apua	1	0
Yhteensä	7	8

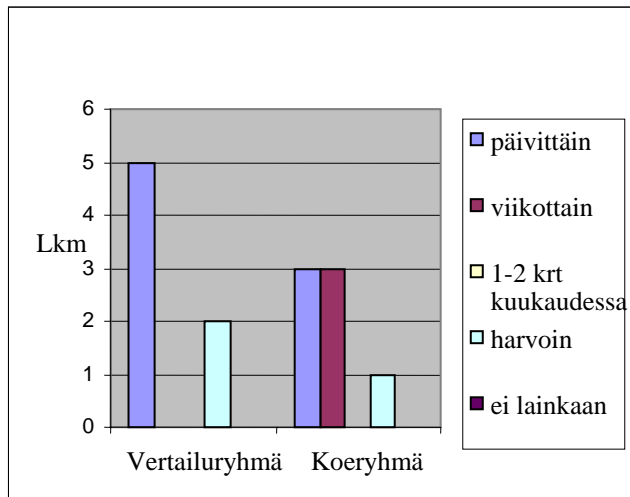
Muutosta avuntarpeen saajiin lukumääräisesti ei tullut kummassakaan ryhmässä, muutosta oli tapahtunut vain avustajissa.

9.3 Liikkumiskyky

Vastaajilta kysyttiin sekä alku- että loppukyselyssä subjektiivisia käsityksiä omasta liikkumiskyvystä. Näihin kysymyksiin liitettiin myös kysymys kaatumisen pelosta, koska pelko usein vähentää liikkumista.

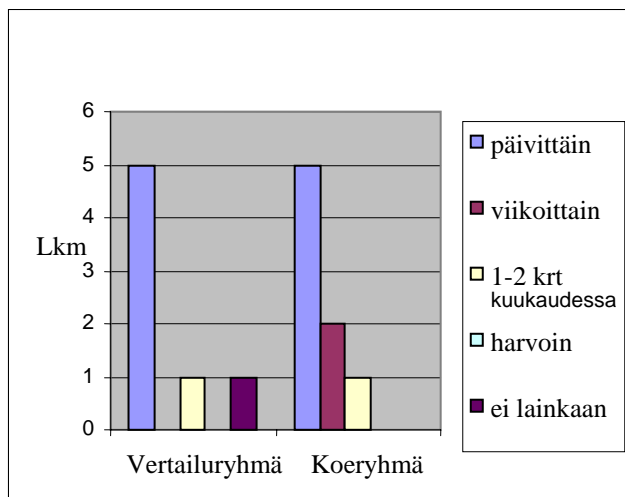
Liikkuminen ulkona

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) viisi (5) vastaajaa liikkui ulkona päivittäin ja kaksi (2) vastaajaa vain harvoin. Koeryhmässä (n=7) kolme (3) liikkui päivittäin ulkona, kolme (3) viikoittain ja yksi (1) harvoin. yksi (1) vastaaja koeryhmästä ei vastannut tähän kysymykseen alkukyselyssä. (Kuvio 4).



Kuvio 4. Ulkona liikkuminen alkukyselyn mukaan.

Loppukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) liikkui ulkona päivittäin viisi (5) vastaajaa, yksi (1) vastaaja 1-2 krt kuukaudessa ja yksi (1) vastaaja ei lainkaan. Koeryhmässä (n=8) liikkui ulkona päivittäin viisi (5) vastaajaa, viikoittain kaksi (2) vastaajaa ja 1-2 krt kuukaudessa yksi (1) vastaaja. (Kuvio 5).

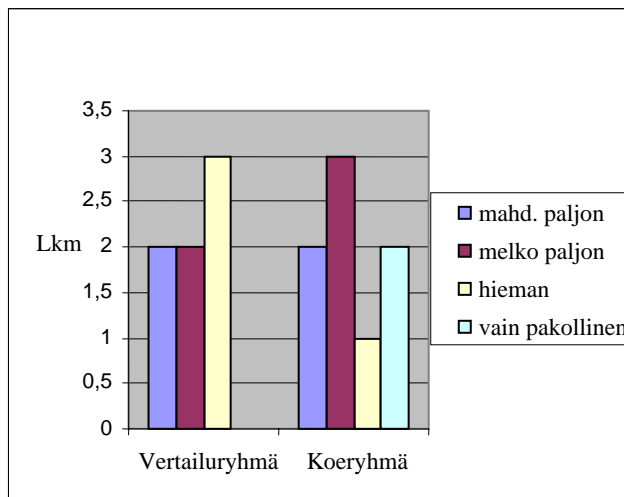


Kuvio 5. Ulkona liikkuminen loppukyselyn mukaan.

Vastaajien määrä vastausluokissa päivittäin ja viikoittain pysyi vertailuryhmässä samana alku- ja loppukyselyssä. Koeryhmässä näihin luokkiin kuului alkukyselyssä kuusi (6) vastaajaa ja loppukyselyssä seitsemän (7) vastaajaa.

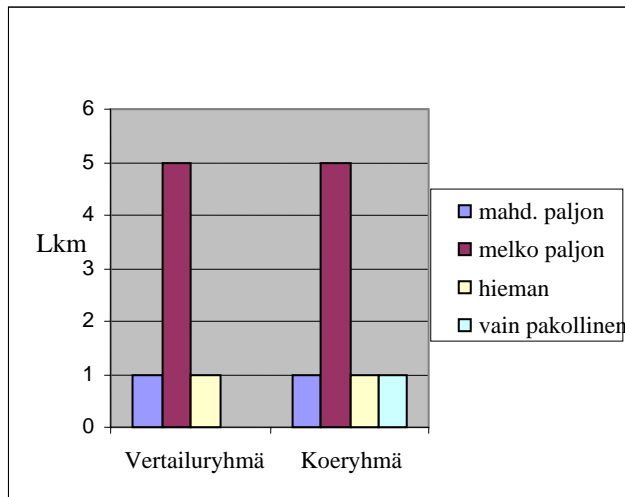
Sisällä liikkuminen

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) liikkui sisällä kaksi (2) vastaajaa mahdollisimman paljon, kaksi (2) vastaajaa melko paljon ja kolme (3) vastaajaa hieman. Koeryhmässä (n=8) liikkui mahdollisimman paljon kaksi (2) vastaajaa, melko paljon kolme (3) vastaajaa, hieman yksi (1) vastaaja ja yksi (1) vastaaja vain sen verran kuin on pakollista. (Kuvio 6).



Kuvio 6. Sisällä liikkuminen alkukyselyn mukaan.

Loppukyselyssä vertailuryhmässä liikkui sisällä yksi (1) vastaaja mahdollisimman paljon, viisi (5) vastaajaa melko paljon ja yksi (1) vastaaja hieman. Koeryhmässä yksi (1) vastaaja ilmoitti liikkuvansa sisällä mahdollisimman paljon, viisi (5) vastaajaa melko paljon, yksi (1) vastaaja hieman ja yksi (1) vastaaja vain sen verran kuin on pakollista. (Kuvio 7).



Kuvio 7. Sisällä liikkuminen loppukyselyn mukaan.

Sisällä liikkuminen oli jonkin verran lisääntynyt molemmissa ryhmissä. Vastajiin, jotka liikkuvat sisällä mahdollisimman paljon tai melko paljon, kuului vertailuryhmässä alkukyselyssä neljä (4) ja loppukyselyssä kuusi (6) vastaajaa. Koeryhmässä vastaavat lukumäärät olivat alkukyselyssä viis (5) ja loppukyselyssä kuusi (6).

Kaatuminen

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) ilmoitti lähiaikoina kaatuneensa kolme (3) vastaajaa ja koeryhmässä (n=8) kaksi (2) vastaajaa. Vertailuryhmässä yksi (1) vastaaja oli kaatunut kaupan ulko-ovella, yksi (1) vastaaja huimauksen takia ja yksi (1) vastaaja ilmoitti kaatuilevansa usein kävelytelineellä liikkueensa. Koeryhmässä yksi (1) vastaaja oli kaatunut saunassa ja yksi (1) vastaaja ei ilmoittanut kaatumistapaa tai sen syytä. (Taulukko 5).

Taulukko 5. Kaatuminen alkukyselyn mukaan

	Vertailuryhmä	Koeryhmä	Yht.
en	4	6	10
kyllä	3	2	5
Yht.	7	8	15

Loppukyselyssä vertailuryhmässä ilmoitti edelleen kaatuneensa kolme (3) vastaajaa. Yksi (1) vastaaja oli kompastunut kadulla, yksi (1) vastaaja lähikaupan ovella ja yksi (1) vastaaja WC:ssä siirtyessään pyörätuolista pytylle. Koeryhmässä ilmoitti yksi (1) vastaaja kaatuneensa jalkojen petettyä alta. (Taulukko 6).

Taulukko 6. Kaatuminen loppukyselyn mukaan.

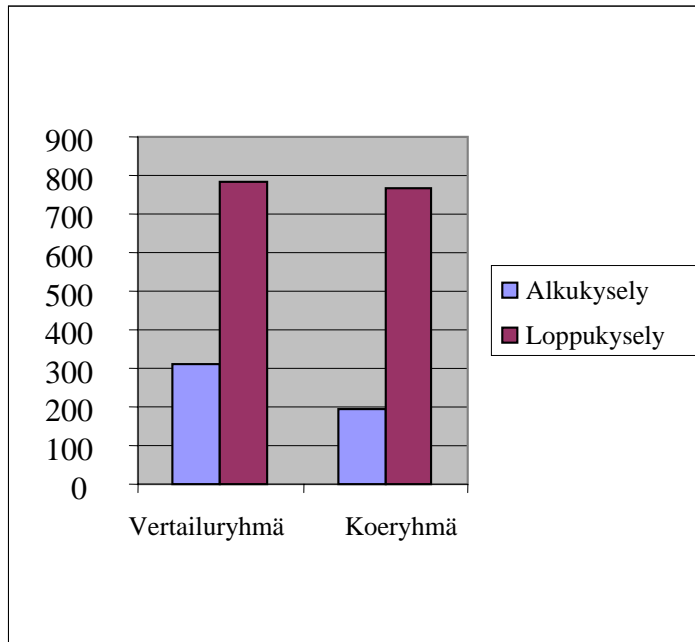
	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
en	4	7	11
kyllä	3	1	4
Yht.	7	8	15

Vertailuryhmässä kaatumisia oli molemmissa kyselyissä yhtä monta, koeryhmän kohdalla loppukyselyssä oli kaatuneita yksi (1) vähemmän.

Kävelymatka

a) Kävelymatka ilman apuvälinettä

Alkukyselyssä vertailuryhmässä vastasi tähän kysymykseen neljä (4) vastaajaa, joiden keskimääräinen kävelymatka ilman apuvälinettä oli 313,75m. Loppukyselyssä vertailuryhmästä vastasi kysymykseen kolme (3) vastaajaa, joiden keskimääräiseksi kävelymatkaksi tuli 783,33m. Koeryhmässä alkukyselyssä kysymykseen vastasi viisi (5) vastaajaa, joiden keskimääräinen kävelymatka ilman kävelytelinettä oli 194m. Loppukyselyssä koeryhmästä vastasi viisi (5) henkilöä, joiden keskimääräinen kävelymatka oli 764m. (Kuvio 8).

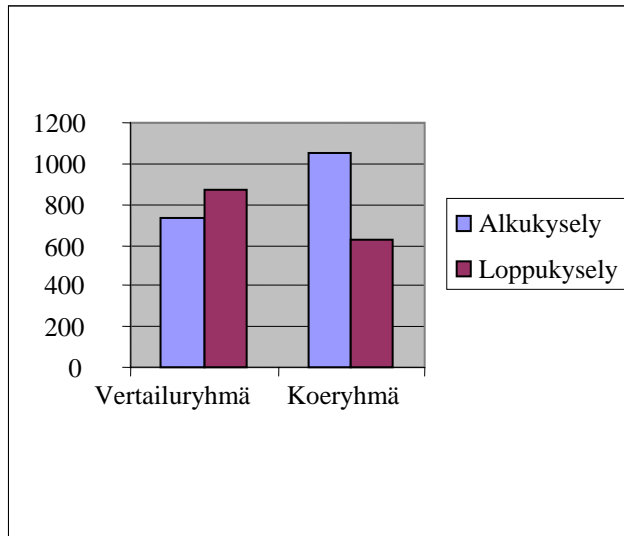


Kuvio 8. Keskimääräinen kävelymatka metreinä ilman apuvälinettä.

Koeryhmällä ilman apuvälinettä kävelty keskimääräinen kävelymatka nousi 570m, vertailuryhmällä 469,58m.

b) Arvioitu kävelymatka kävelytelineen kanssa

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=6) keskimääräinen kävelymatka telineellä oli 733,33m ja loppukyselyssä (n=6) 866,67m. Koeryhmässä alkukyselyssä (n=8) keskimääräinen kävelymatka telineellä oli 1050,50m ja loppukyselyssä (n=6) 630m.(Kuvio 9).



Kuvio 9. Keskimääräinen kävelymatka metreinä kävelytelineen kanssa.

Koeryhmässä keskimääräinen kävelymatka telineen avulla väheni 420,50m ja vertailuryhmällä nousi 133,34m.

Kaatumisen pelko

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) ei kaatumista pelännyt lainkaan yksi (1) vastaaja, neljä (4) vastaajaa pelkäsi kaatumista hieman vähentäen jonkin verran heidän liikkumistaan, yksi (1) vastaaja pelkäsi paljon ja yksi (1) vastaaja erittäin paljon. Koeryhmässä (n=8) kaksi (2) vastaajaa ei pelännyt lainkaan kaatumista, kaksi (2) vastaajaa pelkäsi hieman ilman liikkumisen vähentymistä, kaksi (2) vastaajaa hieman vähentäen liikkumista ja kaksi (2) vastaajaa pelkäsi kaatumista paljon pelon vähentäessä liikkumista. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Kaatumisen pelko alkukyselyssä.

	Vertailuryhmä	Koeryhmä	Yht.
erittäin paljon, pelko vähentää liikkumistani suuresti	1	0	1
paljon, pelko vähentää liikkumistani	1	2	3
hieman, pelko vähentää liikkumistani jonkin verran	4	2	6
hieman, pelko ei vähennä liikkumistani	0	2	2
en lainkaan	1	2	3
Yht.	7	8	15

Loppukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) tulos oli alkukyselyyn nähden lähes samanlainen, yksi (1) vastaaja oli nyt myös luokassa ”pelkää hieman ilman liikkumisen vähentymistä” ja yksi (1) vastaaja vähemmän luokassa ”pelkää hieman vähentäen liikkumista”. Koeryhmässä (n=8) yksi (1) vastaaja ilmoitti pelkäävänsä paljon pelon vähentäessä liikkumista, neljä (4) vastaajaa hieman pelon vähentäessä liikkumista, yksi (1) vastaaja pelkäsi hieman ilman pelon vaikutusta liikkumiseen ja kaksi (2) vastaajaa ei pelännyt lainkaan.(Taulukko 8).

Taulukko 8. Kaatumisen pelko loppukyselyssä

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
erittäin paljon, pelko vähentää liikkumistani suuresti	1	0	1
paljon, pelko vähentää liikkumistani	1	1	2
hieman, pelko vähentää liikkumistani jonkin verran	3	4	7
hieman, pelko ei vähennä liikkumistani	1	1	2
en lainkaan	1	2	3
Yht.	7	8	15

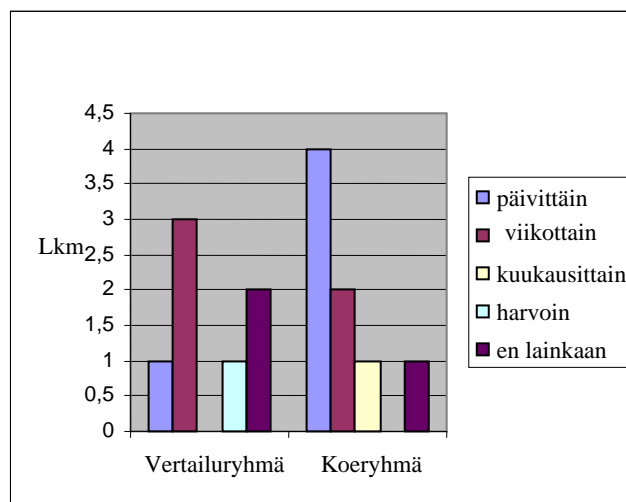
Vastaukset voidaan luokitella niihin, joissa pelko vähentää liikkumista ja niihin, joissa liikkuminen ei vähene. Vertailuryhmässä vastausmäärä luokissa, joissa liikkuminen vähenee, putosi yhdellä vastaajalla loppukyselyssä. Koeryhmässä kävi päinvastoin, yksi (1) vastaaja oli loppukyselyssä enemmän luokissa, joissa pelko vähentää liikkumista alkukyselyyn verrattuna.

9.4 Sosiaalinen aktiivisuus

Sosiaalista aktiivisuutta mitattiin kysymyksillä muiden ihmisten tapaamistiheydestä, harrastustoiminnasta ja itsenäisestä asioinnista kodin ulkopuolella.

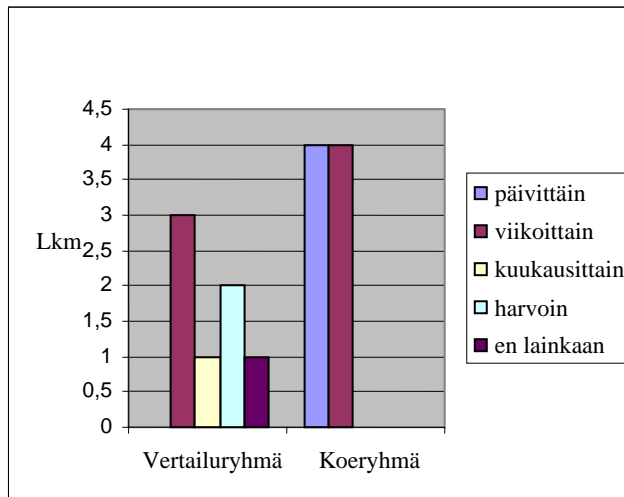
Omaisten ja ystävien tapaaminen kodin ulkopuolella

Alkukyselyn mukaan vertailuryhmässä (n=7) yksi (1) vastaaja tapasi omaisia tai ystäviä kodin ulkopuolella päivittäin, kolme (3) vastaajaa viikoittain, yksi (1) vastaaja harvoin ja kaksi (2) vastaajaa ei lainkaan. Koeryhmässä (n=8) neljä (4) vastaajaa tapasivat omaisiaan tai ystäviään päivittäin, kaksi (2) vastaajaa viikoittain, yksi (1) vastaaja kuukausittain ja yksi (1) vastaaja ei lainkaan. (Kuvio 9).



Kuvio 9. Omaisten tai ystävien tapaaminen kodin ulkopuolella alkukyselyssä.

Loppukyselyssä vertailuryhmässä kolme (3) vastaajaa tapasi omaisia/ystäviä kodin ulkopuolella päivittäin, yksi (1) vastaaja kuukausittain, kaksi (2) vastaajaa harvoin ja yksi (1) vastaaja ei lainkaan. Koeryhmässä neljä (4) vastaajaa päivittäin ja neljä (4) vastaajaa viikoittain. (Kuvio 10).



Kuvio 10. Omaisten tai ystävien tapaaminen kodin ulkopuolella loppukyselyssä.

Koeryhmässä oli muiden ihmisten tapaaminen kodin ulkopuolella yleistynyt, päivittäin ja viikoittain muita tapaavien määrä oli lisääntynyt kuudesta (6) kahdeksaan (8) vastaajaan. Vertailuryhmässä samoissa vastausluokissa oli vastaajien määrä vähentynyt, alkukyselyssä päivittäin tai viikoittain tapaavia oli neljä (4) ja loppukyselyssä kolme (3).

Osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan

Alkukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) osallistui kodin ulkopuoliseen toimintaan (kerhot, harrastustoiminta jne.) viikoittain kolme (3) vastaajaa, kuukausittain yksi (1) vastaaja, harvoin kaksi (2) vastaajaa ja ei koskaan yksi (1) vastaaja. Koeryhmässä (n=7) osallistui kodin ulkopuoliseen toimintaan viikoittain yksi (1) vastaaja, harvoin kaksi (2) vastaajaa ja ei koskaan neljä (4) vastaajaa. Koeryhmäläisistä yksi (1) ei ollut vastannut tähän kysymykseen. (Taulukko 9).

Taulukko 9. Osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan alkukyselyssä.

	Vertailuryhmä	Koeryhmä	Yht.
päivittäin	0	0	0
viikoittain	3	1	4
kuukausittain	1	0	1
harvoin	2	2	4
en koskaan	1	4	5
Yht.	7	7	14

Loppukyselyssä vertailuryhmässä (n=7) osallistui kodin ulkopuoliseen toimintaan viikoittain kolme (3) vastaajaa, kuukausittain yksi (1) vastaaja, harvoin yksi (1) vastaaja ja ei koskaan kaksi (2) vastaajaa. Koeryhmässä (n=8) osallistui ulkopuoliseen toimintaan viikoittain kaksi (2) vastaajaa, kuukausittain yksi (1) vastaaja, harvoin kaksi (2) vastaajaa ja ei koskaan kolme (3) vastaajaa. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan loppukyselyssä.

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
päivittäin	0	0	0
viikoittain	3	2	5
kuukausittain	1	1	2
harvoin	1	2	3
en koskaan	2	3	5
Yht.	7	8	15

Vertailtaessa vastaajien määrää ryhmittäin vastausluokissa päivittäin, viikoittain ja kuukausittain, on lukumäärä vertailuryhmässä pysynyt samana eli neljä (4) vastaajaa yhteensä näissä luokissa molemmissa kyselyissä. Koeryhmässä vastaavasti näiden luokkien yhteisvastaajamäärä on noussut yhdestä (1) vastaajasta kolmeen (3) vastaajaan. Vastaaja, joka ei vastannut alkukyselyssä koeryhmästä tähän kysymykseen, ei vaikuta tähän tulokseen. Tämä vastaaja vastasi luokkaan en koskaan.

Itsenäinen asiointi kaupassa, pankissa tai muilla asioilla

Alkukyselyn mukaan vertailuryhmässä (n=7) asioi kodin ulkopuolella päivittäin yksi (1) vastaaja, viikoittain kolme (3) vastaajaa ja ei koskaan kolme (3) vastaajaa. Koeryhmässä (n=7) asioi kodin ulkopuolella päivittäin yksi (1) vastaaja, viikoittain kaksi (2) vastaajaa, harvoin kaksi (2) vastaajaa ja ei koskaan kaksi (2) vastaajaa. Koeryhmästä yksi (1) ei vastannut tähän kysymykseen. (Taulukko 11).

Taulukko 11. Kodin ulkopuolinen asiointi alkukyselyssä.

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
päivittäin	1	1	2
viikoittain	3	2	5
kuukausittain	0	0	0
harvoin	0	2	2
en koskaan	3	2	5
Yht.	7	7	14

Loppukyselyssä vertailuryhmästä (n=7) ilmoitti suorittavansa kodin ulkopuolista asiointia viikoittain neljä (4) vastaajaa ja ei koskaan kolme (3) vastaajaa. Koeryhmässä (n=8) asioi kodin ulkopuolella päivittäin kaksi (2) vastaajaa, viikoittain kaksi (2) vastaajaa, harvoin kaksi (2) vastaajaa ja ei koskaan kaksi (2) vastaajaa. (Taulukko 12).

Taulukko 12. Kodin ulkopuolinen asiointi loppukyselyssä.

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
päivittäin	0	2	2
viikoittain	4	2	6
kuukausittain	0	0	0
harvoin	0	2	2
en koskaan	3	2	5
Yht.	7	8	15

Vertailuryhmässä päivittäin tai viikoittain kodin ulkopuolella asioivia oli yhteensä neljä (4) vastaajaa molemmissa kyselyissä, näistä yksi (1) oli pudonnut päivittäin asioivasta viikoittain asioivaan. Koeryhmässä päivittäin tai viikoittain asioivat olivat loppukyselyssä kasvaneet kolmesta (3) vastaajasta neljään (4) vastaajaan. Tämä selittyy sillä, että henkilö, joka ei vastannut kysymykseen alkukyselyssä vastasi loppukyselyssä asioivansa kodin ulkopuolella päivittäin.

Tyytyväisyys kykyyn liikkua ja toimia kodin ulkopuolella

Alkukyselyssä oli vertailuryhmästä (n=7) neljä (4) vastaajaa tyytyväisiä kykyynsä liikkua ja toimia kodin ulkopuolella, kolme (3) vastaajaa ei ollut tyytyväisiä. Yksi (1) vastaaja kertoi Parkinsonin taudin aiheuttavan ”huonoja päiviä”, jotka vaikuttavat liikkumiseen heikentävästi. Yksi (1) vastaaja haluaisi liikkua enemmän kylässä ystävien ja omaisten luona sekä harrastaa ja asioida kodin ulkopuolella itsenäisesti. Yksi (1) vastaaja haluaisi liikkua ulkona enemmän yksin, mutta heikentynyt tasapaino luo pelkoa ja epävarmuutta yksin liikkumiseen. Yksi (1) vastaaja toivoi erilaista kävelytelinettä, asia tiedotettiin apuvälinelainaamoon, josta oltiin yhteydessä asiakkaaseen. Koeryhmässä (n=8) kaksi (2) vastaajaa oli tyytyväisiä kykyynsä liikkua ja toimia kodin ulkopuolella. Kuusi (6) vastaajaa ei ollut tyytyväisiä. Syitä tyytymättömyyteen olivat liikkumisen

epävarmuus, väsyminen, muistamattomuus, Alzheimerin tauti ja pakollinen kävelytelineen käyttö jokapäiväisessä toiminnassa. Yhdellä (1) vastaajalla tyytymättömyys johtui selkäoireista ja niiden aiheuttamasta vaikeudesta WC:ssä asioinnissa ja tarpeeseen istua säännöllisin väliajoin. Yksi (1) vastaaja kertoi kävelytelineellä liikkumisen busseilla mahdolliseksi, joten lähikauppojen puuttuessa on kaupassa käytävä taksilla. (Taulukko 13).

Taulukko 13. Tyytyväisyys kykyyn liikkua ja toimia kodin ulkopuolella alkukyselyssä.

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
kyllä	4	2	6
en	3	6	9
Yht.	7	8	15

Loppukyselyssä vertailuryhmästä (n=5) tyytyväisiä kykyynsä toimia kodin ulkopuolella oli kaksi (2) vastaajaa ja kolme (3) vastaajaa ei olleet tyytyväisiä. Kaksi (2) vastaajaa ei loppukyselyssä vastannut tähän kysymykseen. Syitä tyytymättömyyteen oli Parkinsonin taudin aiheuttama liikkumisen vaikeus sekä se, ettei pysty liikkumaan. Koeryhmässä (n=7) tyytyväisiä oli neljä (4) vastaajaa ja tyytymättömiä kolme (3) vastaajaa. Yksi (1) vastaaja ei vastannut kysymykseen. Syitä tyytymättömyyteen olivat avuntarve, selkäoireiden aiheuttama arkuus liikkua kodin pihapiirin ulkopuolella ja kykenemättömyys asioida kaupassa. (Taulukko 14)

Taulukko 14. Tyytyväisyys kykyyn liikkua ja toimia kodin ulkopuolella loppukyselyssä.

	<i>Vertailuryhmä</i>	<i>Koeryhmä</i>	<i>Yht.</i>
kyllä	2	4	6
en	3	3	6
Yht.	5	7	12

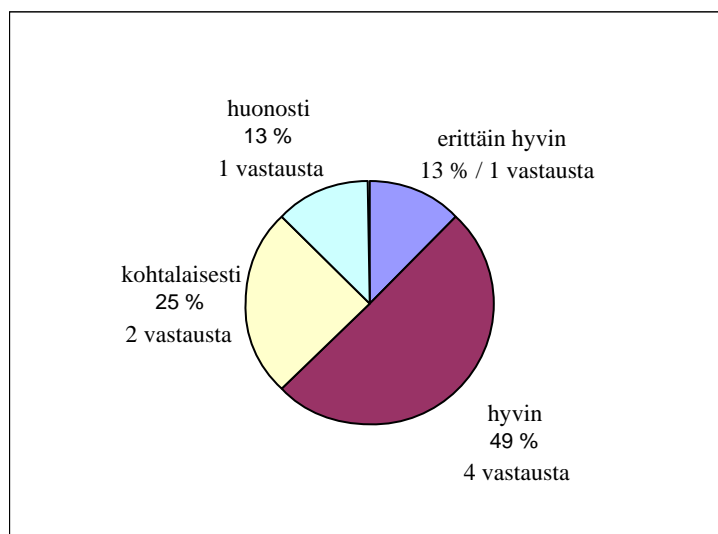
Koeryhmän tyytyväisyys nousi alkukyselyn kahdesta (2) vastaajasta neljään (4) vastaajaan. Vastaaja, joka ei koeryhmästä vastannut loppukyselyssä kysymykseen oli alkukyselyssä vastannut olevansa tyytymätön toimimiseen kodin ulkopuolella. Vertailuryhmän tyytyväisyys laski yhden (1) vastaajan verran. Niistä vastaajista vertailuryhmässä, jotka eivät vastanneet loppukyselyssä kysymykseen, toinen oli vastannut alkukyselyssä olevansa tyytyväinen ja toinen tyytymätön.

9.5 Vastaajien arviot kävelytelineen käytön osaamisesta ja telineen luovutuskäytännöstä

Loppukyselyssä oli viisi (5) kysymystä, joiden perusteella haluttiin arvioida vertailuryhmän ja koeryhmän eroa siinä, miten he kokevat osaavansa käyttää kävelytelinettä ja miten he arvioivat kävelytelineen luovutuskäytäntöä.

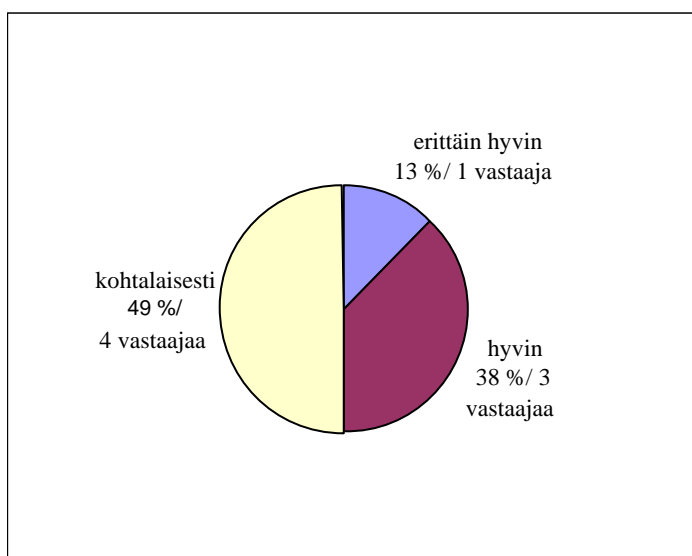
Käytön osaaminen

Vertailuryhmässä (n=7) kävelytelineen käytön hallitsi yksi (1) vastaaja erittäin hyvin, neljä (4) vastaajaa hyvin, kaksi (2) vastaajaa kohtalaisesti ja yksi (1) vastaaja sekä hyvin että huonosti. (Kuvio 11)



Kuvio 11. Käytön hallinta vertailuryhmällä.

Koeryhmässä (n=8) kävelytelineen käytön osasi mielestään erittäin hyvin yksi (1) vastaaja, hyvin kolme (3) vastaajaa ja kohtalaisesti neljä (4) vastaajaa. (Kuvio 12).



Kuvio 12. Käytön hallinta koeryhmällä.

Tilastollisesti ristiintaulukoinnissa ei ilmennyt merkitsevyyttä ryhmän ja käytön hallinnan välillä.

Ohjaustarve kävelytelineen käytössä

Vertailuryhmässä (n=3) yksi (1) vastaaja koki ohjaustarvetta kävelytelineen käyttöön liittyen, yksi (1) vastaaja huolto- ja korjauskäytännöstä ja yksi (1) vastaaja sekä huolto/korjauskäytännöstä että kasaan laitosta ja kuljetuksesta. Neljä (4) vastaajaa vertailuryhmästä ei vastannut tähän kysymykseen. Koeryhmässä (n=3) kaksi (2) vastaajaa koki ohjaustarvetta huolto- ja korjauskäytännöstä ja yksi (1) vastaaja ilmoitti muun syyn. Muun syyn valinnut selvitti saaneensa hyvän opastuksen kävelytelineen käyttöön ohjausryhmässä. Viisi (5) vastaajaa ei koeryhmästä vastannut kysymykseen.

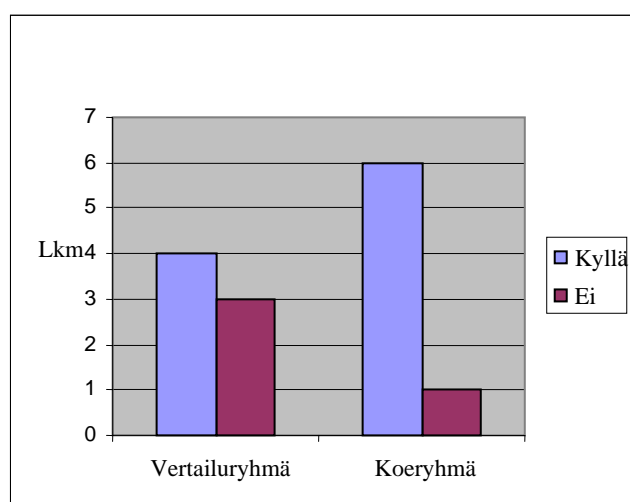
Tyytyväisyys luovutuskäytäntöön

Koeryhmässä (n=8) vastasivat kaikki olevansa tyytyväisiä luovutuskäytäntöön. Vertailuryhmässä (n=7) kuusi (6) vastaajaa oli tyytyväisiä. Yksi (1) vastaaja ei ollut tyytyväi-

nen, syytä hän ei osannut kohdentaa, vaan totesi käytännön olevan ilmeisesti ainoa kohtuullisesti toimiva. Lisäksi hän ilmoitti toivovansa itse hieman toisenlaista telineettä.

Kävelytelineen vaikutus mahdollisuuteen osallistua aktiivisemmin kodin ulkopuoliseen toimintaan ja muiden ihmisten tapaamiseen

Vertailuryhmässä (n=6) kolme (3) vastaaja katsoi mahdollisuuden aktiivisempaan osallistumiseen parantuneen, kaksi (2) vastaajaa ei. Yksi (1) vastaaja rastitti molemmat vaihtoehdot. Yksi (1) vastaaja ei vastannut kysymykseen. Molemmat vaihtoehdot valinnut kertoi käyttäneensä telineettä vasta vähän aikaa ja mahdollisuuksiin liittyvän monta tekijää. Yksi (1) kyllä vastanneista kertoi liikkumisen varmentuneen kävellessä. Ei vastanneista toinen kertoi liikkumisen olevan epävarmaa ja pelkäävänsä kaatumista ”jumalattoman paljon”. Koeryhmässä (n=7) kuusi (6) vastaaja katsoivat kävelytelineen parantaneen mahdollisuutta aktiiviseen osallistumiseen. Yksi (1) vastaaja ei kokenut mahdollisuuden parantuneen. Yksi (1) vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kyllä vastanneet kertoivat liikkumisen ulkona ja kaupassa asioinnin helpottuneen, telineen auttavan kävelyssä, jaksamisen parantuneen, kävelytelineen mahdollistaneen pidemmät kävelymatkat ja antaneen tukea selälle. (Kuvio 13).



Kuvio 13. Kävelytelineen vaikutus aktiivisuuteen.

Ympäristössä ilmenneet hankaluudet

Vastaajilta tiedusteltiin viimeisenä kysymyksenä ympäristössä ilmenneet esteet, jotka vaikeuttavat kävelytelineen käyttöä.

Vertailuryhmässä (n=7) neljällä (4) vastaajalla oli ilmennyt hankaluuksia, kolmella (3) ei. Hankaluuksia oli ollut kävelytelineen säilytysmahdollisuudessa kerrostalon ulko-oven lähellä, kynnykset ja ulko-ovet sekä bussissa kulkeminen. Koeryhmässä (n=8) hankaluuksia oli ilmennyt yhdellä (1) vastaajalla, seitsemällä (7) ei. Vaikeutena oli yhdellä (1) vastaajalla kaupungilla liikkeisiin pääsy.

9.6 Ryhmän, iän tai sukupuolen vaikutus vastauksiin

Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin riippuvuutta ryhmien ja vastausten välillä eri kysymyksissä. Pääsääntöisesti ei saatu tilastollista merkitsevyyttä. Kysymyksessä ”Tapaatko omaisianne ja ystäviäsi kodin ulkopuolella?” saatiin loppukyselyn yhteydessä ristiintaulukoitaessa tulos ”Tilastollisesti oireellinen”. Tulos oireellinen viittaa p-arvoon (5-10 %). Tilastollisesti merkitsevyyttä tarkastellaan vasta, kun 5 % riskitaso alittuu. (Manninen 2004, 83–85;127). Loppukyselyssä koeryhmästä vastasi 100 % tähän kysymykseen päivittäin tai viikoittain, vertailuryhmästä vain 43 %. Alkukyselyssä vastaava luku oli koeryhmässä 75 % ja vertailuryhmässä 57 %.

Kysymyksessä ”Onko ympäristössäsi tullut esille jotain kävelytelineen käyttöä hankaloittavaa?” saatiin ryhmän kanssa ristiintaulukoitaessa myös tulos ”Tilastollisesti oireellinen”. Koeryhmäläisistä 88 % vastasi kysymykseen ei ja 12 % kyllä. Vertailuryhmästä 43 % vastasi ei ja 57 % kyllä.

Myös iän ja sukupuolen riippuvuutta vastauksiin tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla eri kysymysten yhteydessä. Näiden suhteen ei saatu kummassakaan kyselyssä missään kysymyksessä tilastollista merkitsevyyttä.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ohjauksen ja seurannan merkitystä iäkkään 4-pyöräisen kävelytelineen käytön varmistumiseen ja sitä kautta merkitystä itsenäiseen selviytymiseen. Kyselylomakkeiden kysymyksillä seurattiin neljän kuukauden aikavälillä vastaajien subjektiivisia näkemyksiä omasta liikkumiskyvystä ja sosiaalisesta aktiivisuudesta. Vastausten muutoksia seurattiin vertaillen vertailuryhmän ja koeryhmän välillä, seuraten ohjauksen vaikutusta subjektiivisiin tunteuksiin.

Vertailuryhmä ja koeryhmä olivat ikäjakauman ja sukupuolijakauman suhteen hyvin samankaltaiset. Vastausvaihtoehtojen kaikki ikäryhmäluokat olivat edustettuina molemmissa ryhmissä. Naisia oli vastanneista seitsemän (7) ja miehiä kahdeksan (8).

Apuvälineiden kuten 4-pyöräisen kävelytelineen avulla on tarkoitus parantaa iäkkään itsenäistä selviytymistä. Voimavarakeskeinen ohjaus osaltaan tukee opittavien tietojen ja taitojen siirtymistä käytännön tilanteisiin. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 13; Kettunen ym. 2002, 91–104). Alkukyselyssä selvitettiin tutkimukseen osallistuvien voimavaroja. Vastaajista suurin osa koki terveydentilansa tyydyttäväksi, vertailuryhmässä viisi (5) vastaajaa ja koeryhmässä kuusi (6) vastaajaa. Pitkäaikaissairauksia vastaajista oli kaikilla muilla paitsi yhdellä vastaajalla. Sairaudet olivat hyvin samantyyppisiä, sairauksien vaikutusta liikkumiskykyyn tai sosiaaliseen aktiivisuuteen ei kysytty. Koeryhmästä kuitenkin enemmistö ilmoitti hankkineensa kävelytelineen liikkumisvaikeuksien vuoksi (seitsemän vastaajaa), vertailuryhmässä hankinnan syy oli liikkumisvaikeudet viidellä ja tasapaino neljällä vastaajalla. Kävelytelineen tarvetta oli arvioinut koeryhmäläisistä itse kolme (3) vastaajaa, vertailuryhmässä yksi (1) vastaaja. Useimmiten tarpeen arvioijana oli ammattihenkilö, fysioterapeutti/toimintaterapeutti tai lääkäri. Kuntoutusta saavia oli vertailuryhmässä enemmän kuin koeryhmässä. Fysioterapia oli kuntoutuslajina yleisin. Vertailuryhmässä kaikki tarvitsivat jonkun avustajan apua päivittäisissä toiminnoissa, koeryhmässä kolme (3) vastaajaa selvisi ilman apua. Avuntarve ei ollut lukumääräisesti muuttunut loppukyselyssä alkukyselyyn nähden. Vastausten perusteella näyttäisi siltä, että koeryhmäläiset olivat hieman itsenäisempiä kuin vertailu-

ryhmäläiset ja kokivat liikkumiskyvyssään enemmän vaikeutta. Ohjausryhmän käyneiden avuntarve ei vähentynyt seuranta-ajan kuluessa.

Itsenäinen liikkuminen on iäkkäälle tärkeä edellytys omatoimiseen selviytymiseen. Säännöllisen liikkumisen avulla voidaan toimintakyvyn heikentymistä hidastaa ja ehkäistä. Hyvän liikkumiskyvyn voidaan katsoa olevan myös yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin (Kettunen ym. 2002, 247; Lampinen 2004, 58). Ulkona liikkumiseen ei alku- ja loppukyselyyn verrattuna tapahtunut kummassakaan ryhmässä suurta muutosta. Koeryhmästä yksi (1) vastaaja oli enemmän luokissa ”liikkuu ulkona päivittäin tai viikoittain”. Vertailuryhmässä yksi (1) vastaaja oli pudonnut luokkaan ”ei liiku ulkona lainkaan”. Sisällä liikkuminen oli lisääntynyt molemmissa ryhmissä. Keskimääräinen kävelymatka ilman kävelytelinettä oli noussut koeryhmässä 570m, vertailuryhmässä vähemmän eli 470m. Kävelytelineen avulla kävely oli taas keskimääräisesti vähentynyt koeryhmällä ja lisääntynyt vertailuryhmällä. Mahdollisesti tämä viittaa siihen, että koeryhmäläiset pyrkivät kävelemään mahdollisuuksien mukaan ilman kävelytelinettä. Kaatumisten määrä väheni koeryhmässä loppukyselyssä yhdellä, vertailuryhmässä lukumäärä pysyi samana. Kaatumisen pelossa ei tapahtunut mainittavaa muutosta ryhmien välillä eri kyselyissä. Jaana Heinilän ja Salla Rusin opinnäytetyön VAS- jänamittaukset antoivat samansuuntaiset tulokset kaatumispelon suhteen verrattaessa saman vastaajan tuloksia kyselylomakkeen vastauksiin. Tulosten mukaan koeryhmäläisten liikkumiskyky ei merkittävästi heidän omasta mielestään lisääntynyt vertailuryhmään verrattuna ohjauksen ja kotiharjoittelun myötä. Lehtisen (2003) tutkimuksessa iäkkäiden kävelytelineen käyttäjien subjektiivisten tuntemusten mukaan liikkuminen varsinkin ulkona ja vaativimmissa ympäristöissä oli lisääntynyt vuoden seuranta-aikana. Tutkimukseen osallistui kahdeksan (8) yli 65-vuotiasta kävelytelineen käyttäjää. (Lehtinen 2003, 34–36).

Rinnakkaistutkimuksessa mitatun ajastetun viiden kerran tuolilta ylösnousun tulokset paranivat koeryhmällä ajallisesti ja laadullisesti kaikilla, vertailuryhmässä vain ajallisesti kolmella. Tämän voitaisiin nähdä liittyvän kotiharjoitteluohjelman liikeharjoitukseen tuolilta ylösnousu. Kotiharjoitteluohjelmaa harjoiteltiin jokaisella ryhmäkerralla ja koeryhmäläisillä oli ohjeena tehdä harjoituksia kotona päivittäin. Säännöllinen harjoittelu on näiden tulosten mukaan vaikuttanut toimintakyvyn parantumiseen. (Kettunen ym. 2002, 247).

Hyvä psykososiaalinen toimintakyky merkitsee kykyä aktiivisesti osallistua elämään, mikä taas vahvistaa ihmisen selviytymiskykyä. Tärkeää on arjen tilanteista selviytyminen, vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa sekä omassa elinympäristössä toimiminen. (Kettunen ym. 2002; 53, 55, 73). Omaisten ja ystävien tapaaminen kodin ulkopuolella oli koeryhmässä lisääntynyt luokissa ”päivittäin” tai ”viikoittain” kahdella vastaajalla, vertailuryhmässä vähentynyt yhdellä vastaajalla. Luokkaan ”harvoin” tai ”ei koskaan” ei koeryhmässä vastannut loppukyselyssä kukaan. Vertailuryhmässä näihin luokkiin kuului kolme vastaajaa. Osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan ja itsenäinen asiointi eivät muuttuneet kummassakaan ryhmässä merkitsevästi. Tyytyväinen kykyynsä liikkua ja toimia kodin ulkopuolella oli loppukyselyssä koeryhmässä kaksi vastaajaa enemmän alkukyselyyn verrattuna. Vertailuryhmässä ei ollut merkittävää muutosta. Tulosten mukaan nähdään ohjausryhmän käyneillä vastaajilla jonkin verran enemmän lisäystä sosiaalisessa aktiivisuudessa tai tyytyväisyydessä siihen, tilastollisesti tulos ei ole merkitsevä.

Itsenäisesti omassa kodissaan asuvien iäkkäiden henkilöiden kohdalla on saatu hyviä tuloksia toimenpiteillä, jotka ovat sisältäneet kävelyn ja liikkumisapuvälineiden käytön harjoittelua, fyysisen kunnon ja tasapainon parantamista sekä asuinympäristön riskitekijöiden kartoitusta. (Heikkinen ym. 2003, 140–141). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ohjausta ja harjoittelua saaneet koeryhmäläiset kokivat hieman enemmän tyytyväisyyttä ja mahdollisuuksien parantumista, tilastollisesti tulokset eivät ole merkittäviä.

Kävelytelineen käytön osaamisessa ei ryhmien välillä ollut merkittävää eroa. Ohjausta kaivattiin molemmissa ryhmissä huolto/korjauskäytännöstä. Vertailuryhmässä yksi (1) vastaaja kaipasi ohjausta kävelytelineen käytössä, koeryhmässä ei kukaan. Luovutus-käytäntöön oli koeryhmäläisistä tyytyväisiä kaikki, vertailuryhmästä yksi oli tyytymätön. Kävelytelineen vaikutus mahdollisuuteen aktivoitua ja tavata muita ihmisiä oli koeryhmäläisten mielestä kyllä-vastausten lukumäärässä (kuusi vastaajaa) suurempi kuin vertailuryhmässä (neljä vastaajaa). Vertailuryhmässä taas koettiin hieman enemmän esteitä ympäristössä kävelytelineen käytölle kuin koeryhmässä.

11 POHDINTA

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tunnistettiin jo muutamia riskitekijöitä, jotka saattaisivat liittyä tutkimuksen onnistumiseen. Tutkimusjoukko koostui yli 65-vuotiaista henkilöistä, jolloin riski esim. sairastumiseen kesken tutkimuksen on suurempi kuin nuorempien henkilöiden keskuudessa. Kaikkiaan 61 henkilön joukosta saatiin loppujen lopuksi vain 15 henkilöä osallistumaan tutkimukseen. Fysioterapiaopiskelijoiden rinnakaistutkimuksessa voitiin hyödyntää vain 11 henkilön tulokset. Yllättävää oli, että suurin syy tutkimuksesta kieltäytymiseen alkuvaiheessa ei ollut matkat testi- tai ryhmäpaikalle, vaan sairastuminen tai huono kunto. Hankitaanko kävelyteline niin myöhäisessä vaiheessa vanhukselle, ettei hänen kuntonsa enää riitä testaukseen tai ryhmäohjaukseen osallistumiseen? Kuitenkin apuvälineen avulla on tarkoitus nimenomaan tukea iäkkään liikkumiskykyä ja itsenäistä selviytymistä. (Apuvälineiden laatusuositus 2003, 13).

Kyselylomake ei iäkkäille henkilöille ole välttämättä paras aineiston keruu menetelmä, mutta se valittiin aikaresurssien vuoksi. Haastattelututkimuksella olisi saanut tarkempaa ja syvällisempää tietoa, mutta olisi ajallisesti ollut liian hankala toteutettavaksi. Monivalintakysymyksiä käytettiin, jotta vastaukset olisi helpompi käsitellä ja analysoida. Avoimia kysymyksiä käytettiin monivalintakysymyksien yhteydessä, jotta voitaisiin syventää kysyttyä tietoa. Kyselylomakkeissa olleet avoimet kysymykset oli kuitenkin usein jätetty tyhjiksi. Ainostaan yhdessä tapauksessa oltiin alkukyselyn perusteella yhteyttä asiakkaan asiasta apuvälinelainaamoon. Ryhmäohjauksen yhteydessä ei tullut esille yksilöihin liittyviä asioita, joihin olisi pitänyt puuttua. Omaisten kanssa toki tilanteissa voitiin keskustella ja jakaa tietoa. On vaikeaa arvioida, olivatko vastausvaihtoehdot monivalintakysymyksissä vastaajille oikeat ja ymmärsivätkö vastaajat kysymykset oikein. (Hirsjärvi ym. 1997, 182- 196).

Subjektiiivisten tuntemusten vertailu kahden eri kyselyn avulla ei anna tarkkaa tietoa tuntemusten todellisesta muuttumisasteesta. Osassa monivalintakysymysten vastausvaihtoehdoista oli todennäköisesti niin pieni vivahde-ero, että vastaajan oli vaikea arvioida, mihin vaihtoehtoon hän päätyi. Tutkittavien subjektiiivisten tuntemusten muuttumisen perusteella ei voida tehdä varmaa päätelmää tutkimusjoukon todellisesta liikku-

miskyvyn tai sosiaalisen aktiivisuuden muuttumisesta seuranta-ajan kuluessa. Suunnitteluvaiheessa olisi tarkemmin voitu miettiä rinnakkaistutkimuksen ja tämän tutkimuksen vastaavuutta. Kyselylomakkeiden subjektiivista tietoa ja rinnakkaistutkimuksen testaustuloksia olisi voitu suunnitella vastaamaan toisiaan, jotta olisi voitu vertailla niiden vastaavuutta ja tutkittavien vastauksia. Toisaalta suunnitteluvaiheessa päädyttiin kahteen eri tutkimukseen ja eri tutkimusaiheeseen laajemman tiedon saamiseksi. Kaatumisen pelko testattiin molemmissa tutkimuksissa subjektiivisen tunteen mukaan. Niiden vastaukset pääsääntöisesti vastasivat toisiaan.

Tutkittavien joukko oli tässä tutkimuksessa niin pieni, että tuloksien perusteella ei voida tehdä yleistyksiä vaan tulokset ovat viitteellisiä. Ryhmänohjaajana voin subjektiivisen tuntemukseni perusteella sanoa, että ryhmäläiset olivat pääsääntöisesti hyvin motivoituneita ryhmässä käyntiin ja erilaisiin harjoituksiin. Kaikki ryhmäläiset pitivät ryhmäkäytäntöä hyvänä ja katsoivat käytännön harjoittelun sisällä ja ulkona olevan hyödyllistä. Osa ryhmäläisistä ei todennäköisesti olisi itsenäisesti lähtenyt kotona telineellä harjoittelemaan. Kotiharjoitteluohjelman seuranta olisi pitänyt olla tiiviimpää ja esim. linkittyä kotona omaisten/tuttavien tai kotiavun seuraamaksi. Ryhmissä käytiin aktiivista keskustelua, mikä mahdollistaa tiedon jakamisen, keskustelun ja pohdiskelun. Ryhmäohjaus sopii hyvin iäkkäille, koska ohjaaja on tukemassa oppimista, opittu tieto ehtii jäsentyä ja sosiaalinen vuorovaikutus edistää opitun sisäistämistä. (Tynjälä 1999, 60–67).

Tutkimusten mukaan parhain vaikutus vanhusten kaatumisten ehkäisyyn on interventiolla, jotka perustuvat moniammatilliseen yhteistyöhön. (Heikkinen ym. 2003, 140–141). Tutkimuksessa tehtiin moniammatillista yhteistyötä suunnitteluvaiheesta lähtien. Isossa organisaatiossa työskentely ja tutkimuksen teko työhön liittyen monipuolistaa ja helpottaa yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Mielenkiintoista oli myös tehdä yhteistyötä toisen ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kanssa. Yhteistyö tässä tutkimuksessa kärsi ajan puutteesta, oma siirtymiseni toiseen työtehtävään kesken tutkimuksen ja opiskelijoiden tiivis opiskelutahti vähensivät yhteisiä tapaamisia.

Kävelytelineen käyttäjän kannalta on tärkeää, että hän oppii käyttämään apuvälinettään oikein ja turvallisesti ja että apuväline todellakin tukee hänen itsenäistä liikkumistaan ja aktiivisuuttaan. Tutkimuksessa käytetty seuranta-aika oli todennäköisesti sekä tulosten muuttumisen että kotiharjoittelun vaikuttavuuden kannalta liian lyhyt. Mielenkiintoista

olisi tutkia sama joukko uudestaan vuoden kuluttua. Ryhmäohjaus ja varsinkin telineen käytön harjoittelu ja kotiohjelman harjoittelu olisi hyvä linkittää kotiympäristöön esim. yhteistyössä kotipalvelun tai liikuntatoimen kanssa. Säännöllinen ryhmäohjaus apuvälineen luovutuskäytäntöön liittyen varmistaisi kaikille kävelytelineen käyttäjille samanarvoisen mahdollisuuden oppia käyttämään telinettään itsenäisen selviytymisen tueksi. Toistuva ryhmäohjaus toimisi samalla myös seurantavälineenä käytön hallinnan varmistamisessa.

Seurannan avuksi on jo valmiina muutamia mittareita. QUEST-mittari arvioi asiakkaan tyytyväisyyttä apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin. NAME 1.0:lla arvioidaan aikuisilla apuvälineiden vaikuttavuutta liikkumisessa ja liikkumista edellyttävässä osallistumisessa. Arviointi suoritetaan alkuhaastattelun ja seuranta-haastattelun vertailulla. NAME 1.0:aa voidaan käyttää myös yksilökohtaisessa apuväline-seurannassa. (Brandt ym. 2006, 7-9; Kanto-Ronkanen ym. 2003, 70–71). NAME 1.0 on monipuolinen ja arvioi vastajan tilannetta hyvin monitahoisesti. Mittarin etuna on se, että se tehdään haastatteluna ja haittana kysymysten iso määrä. Varsinkaan yleisenä seurantamittarina kaikille kävelytelineen saajille se ei aikaa vaativana todennäköisesti palvele. Osia siitä voitaisiin seurannan avuksi hyödyntää.

Tämän tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää Turun lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinelainaamon toiminnassa. Tulosten pohjalta arvioidaan tarve liittää ohjaus- ja seurantakäytäntö 4-pyöräisen kävelytelineen luovutuskäytäntöön. Tulevaisuudessa väestö ikääntyy ja apuvälineiden tarve tulee kasvamaan. Itsenäisen selviytymisen tukemiseksi ja kaatumisten ehkäisemiseksi on ensiarvoisen tärkeää varmistaa, että iäkkäät kävelytelineen saajat oppivat käyttämään telinettään oikein. Ohjaukseen ja seurantaan kannattaa panostaa ja resursoida.

LÄHTEET

Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. [online]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. [Viitattu 1.3.2005].

Saatavissa:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2003/08/aa1062579011293/passthru.pdf>

Apuvälineyksikkö. [online]. [Viitattu 15.11.2006]. Saatavissa:

<http://www.turku.fi/terveys/apuvälinelainaus>

Brandt, Å., Löfqvist, C., Nilsson, J., Samuelsson, K., Hurnasti, T., Jönsdottir, I., Salmi-
nen, A-L., Sund, T. & Iwarsson, S. 2006. Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari
NAME 1.0. Käsikirja. Stakesin työpapereita 16/2006. [online]. [Viitattu 19.11.2006].

Saatavissa:

<http://stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopapaerit/T16-2006-VERKKO.pdf>

Hartikainen, S. & Kivelä S-L. 2001. Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Teoksessa Kal-
lanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy
Duodecim, 440–451.

Heikkinen, E. 2003. Sosiaalistaloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemi-
seen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Tammer-
paino Oy, 319–328.

Heikkinen, R-L. 1992. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Iki-
vihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kehittämisosasto. Helsinki. Valti-
on painatuskeskus. Pasilan valtimo.

Hietanen, A. & Lyyra, T-M. 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpi-
ttäminen ja edistäminen. [online]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2.
[Viitattu 2.5.2006]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ikakunto/osa1.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosa-
keyhtiö Tammi.

Holma, T. (toim.) 2003. Kuntoutusohjausnimikkeistö. Opas sisältöön ja käyttöön. Suo-
men kuntaliitto. Helsinki.

Härkäpää, K. & Järvikoski A. 1995. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessiohja-
us. Teoksessa Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen
K., Repo, M. & Wikström, J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 174–187.

Jyrkämä, J. 2003. Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa Marin, M.
& Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-
KUSTANNUS, 94–103.

Jyrkämä, J. 2004. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V. &
Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino
Oy, 152–160.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa. WSOY.

Kanto-Ronkanen, A. & Salminen, A-L. 2003. Apuvälinetarpeen arviointi ja käytön seu-
ranta. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.) Apuvälinekirja. Helsinki: Tammer-Paino Oy,
57–76.

Karaharju-Huisman, T. & Grönqvist, R. 2004. Iäkkäiden kaatumisriskiä voidaan pie-
nentää. Fysioterapia 51 (5), 8-11.

Karjalainen, V. 2004. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta-mutta miten. Teok-
sessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Stakes. Saarijärvi:
Gummerus Kirjapaino Oy, 11–25.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki. WSOY.

Konola, P., Hurnasti, T., Aarnikka, T., Leivo, H., Hiltunen, N. & Virtanen, P. 2003. Apuvälinepalvelut. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.) Apuvälinekirja. Helsinki: Tammer-Paino Oy, 33–56.

Koukka, S, Malinen, T., Nurkka, H. & Yli-Tokola, M. 2001. Kaatumistapaturman vaikutukset ikääntyvän kotona selviytymiseen. [online]. Tiehallinnon selvityksiä 5/2001. Tiehallinto. Helsinki. [Viitattu 16.9.2003]. Saatavissa:
<http://alk.tiehallinto.fi/julkaisut/pdf/3200651.pdf>

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle. [online]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. [Viitattu 10.8.2004]. Saatavissa:
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>

Kruus-Niemelä, M. 2002. Apuvälineiden käytön osaamisen varmistaminen terveyskeskuksissa. [online]. Gerontologian ja kansanterveyden Pro gradu-tutkielma. [Viitattu 25.1.2005]. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Saatavissa:
<http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/h/markru.pdf>

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65–84-vuotiaiden Jyväskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. [online]. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Gerontologia ja kansanterveys. [Viitattu 13.4.2006]. Saatavissa:
<http://www.selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studsport/9513918394.pdf>

Laukkanen, P. 2003. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Tammerpaino Oy, 287–300.

Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Tammerpaino Oy, 255–266.

Lehtola, S. 2002. Ikäihmisen asuinympäristö turvalliseksi. Hyvien käytäntöjen opas kaatumisten ehkäisyyn. [online]. Stakesin oppaita 50. [Viitattu 16.9.2003]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulk/kirja/opas50/sivut/index.htm>

Lehtonen, A. 2003. Rollaattori-tie tasapainoisempaan elämään? Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma.

Lehtinen, E. 2006. Fysioterapeutti, Terveystoimen lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinelainaamo, Turku. Sähköpostihaastattelu 23.11.2006. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Leinonen, A. 2004. Sakke – ohjausmalli. Loppuraportti. [online]. Oulun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Vanhustyö. Saumaton kuntoutusketju Sakke. [Viitattu 7.12.2006].

Saatavissa:

<http://www.oulu.ouka.fi/sote/sakke/sakke-ohjausmalli%20raportti.pdf>

Manninen, P. 2004. Johdatus tilastolliseen data-analyysiin. Sovellus- ja atk-keskeinen näkökulma. Opetusmoniste B 44. Matematiikan, tilastotieteen ja filosofian laitos. Tampereen yliopisto. Saatavissa:

<http://mtl.uta.fi/tilasto/data-analyysi/data-analyysi.pdf>

Nurmi, I. 2005. Ikäihmisten tapaturmien ehkäisy. [online]. Luentomateriaali. [Viitattu 10.5.2004]. Saatavissa:

<http://www.health.fi/content/files/Nurmi.pdf>

Nurmi, I. 2000. Yli 60-vuotiaiden kaatumistapaukset laitoshoidon aikana. [online]. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. [Viitattu 10.5.2004]. Saatavissa:

<http://ethesis.helsinki.fi>

Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.). 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä. PS-kustannus.

Olsbo-Rusanen, L. & Väänänen-Sainio, R. 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Ympäristöministeriö. Helsinki. Editaprima Oy.

Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. 2003. Asennon hallinta ja havaintomotorinen kyvykyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Tammerpaino Oy, 123–142.

Piirtola, M. 2002. Tasapainon testaaminen. Luentomateriaali Osfysio-ideapäiviltä. Helsinki 8.11.2002.

Piirtola, M., Isoaho, R. & Kivelä, S-L. 2003. Fyysinen harjoittelu edullista ja tehokasta kaatumisen ja kaatumisvammojen ehkäisyssä. Duodecim 119, 599–604.

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2003. Toimintatellit. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Tammerpaino Oy, 280–286.

Riikonen, E. 2001. Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet ja kuntoutuminen. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86–93.

Ruonakoski, A., Somerpalo, S., Kaakinen, J. & Kinnunen, R. 2005. Esteettömyys ja ikääntyneiden palvelutarve. [online]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:11. [Viitattu 7.12.2006]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Liikenne- ja viestintäministeriö. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/07/cd1121690203404/passthru.pdf>

Rusi, S. & Heinilä, J. 2006. Fysioterapia opiskelijat, Turun ammattikorkeakoulu. Sähköpostihaastattelu 21.12.2006. Materiaali haastattelijan hallussa.

Sakari-Rantala, R. & Rantanen, T. 2003. Itsenäinen liikkumiskyky ja sen ylläpito vanhuudessa. Teoksessa Lyyra, T-M & Hietanen, A. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja

toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:2. [online]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 99–111. [Viitattu 22.1.2006].

Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys78.htm>

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. [online]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 5.12.2004]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/tato/tato.htx.i806.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. [online]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto. [Viitattu 5.12.2004]. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:25. Arkea helpottavat välineet. Opas ikäihmisille. [online]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 7.12.2006].

Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/12/hl1134390268685/passthru.pdf>

Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy.

Suutama, T. 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Tammerpaino Oy, 174–184.

Tynjälä, P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktiivisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Töytäri, O., Koistinen, A-K., Hiltunen, N. & Leivo, H. 2003. Liikkua. Teoksessa Salmi, A-L. (toim.) Apuvälinekirja. Helsinki: Tammer-Paino Oy, 128–176.

Pyrimme kehittämään Turun terveystoimen lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluja. Kuntoutuksen **kehittämishankkeeseen** ”Vanhusten kaatumisten ehkäisy” liittyen teemme tutkimuksia, joiden tavoitteena on parantaa 4-pyöräisen kävelytelineen käyttöön ottoa ja turvallista käyttöä. Tutkimukset suorittavat fysioterapeutti Marjo Blomqvist liittyen **opinnäytetyöhön** Satakunnan ammattikorkeakoulun kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelmassa sekä Salla Rusi ja Jaana Heinilä Turun ammattikorkeakoulusta liittyen opinnäytetyöhön fysioterapian koulutusohjelmassa. Tutkimuksiin osallistuminen on **vapaaehtoista**.

Tutkimuksiin kuuluvat **lihasvoima- ja tasapainotestit**, jotka suoritetaan Turun ammattikorkeakoulun fysioterapian palvelutoiminnassa Ruiskatu 8: alkutestit toukokuun loppuun ja lopputestit syys-lokakuun vaihteessa. Testaamiseen kuuluu kerrallaan aikaa noin yksi tunti. Testausten yhteydessä annetaan **kyselylomake** palautuskuorineen, johon vastataan kotona ja palautetaan postitse. Tutkimukseen osallistuminen antaa teille nykyhetken tiedon lihaskunnostanne ja tasapainostanne!

Kyselylomake sekä tasapaino- ja lihasvoimatestaukset ovat oleellinen osa opiskelijoiden lopputyöhön liittyvistä tutkimuksista. Tasapainotestauksissa on käytettävissä Turun ammattikorkeakoulun Turussa harvinainen mittaustilaite **Balance Master System**. Testaukset ovat osallistujille **maksuttomia**, samoin kyselylomakkeen palautus on osallistujille **maksuton**. Tutkimusten onnistumisen kannalta osallistumisenne on **erittäin tärkeää** ja toivottavaa.

Otattehan yhteyttä Turun kaupungin terveystoimen kuntoutukseen 15.4.2006 mennessä ilmoittaaksenne osallistumisestanne, puh. 269 2266/ Marjo Blomqvist.

Kiitos mielenkiinnosta ja toivottavasti tapaamme pian tutkimukseen liittyen.
Mikäli haluatte lisätietoja, voitte ottaa yhteyttä allekirjoittaneisiin:

Marjo Blomqvist
Fysioterapeutti
Kuntoutuksen ohjauksen
ja suunnittelun opiskelija
p. 040 835 9704

Salla Rusi
Fysioterapiaopiskelija
p. 050 538 5194

Jaana Heinilä
Fysioterapiaopiskelija
p. 045 630 3868

Pyrimme kehittämään Turun terveystoimen lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluja. Kuntoutuksen **kehittämishankkeeseen** ”Vanhusten kaatumisten ehkäisy” liittyen teemme tutkimuksia, joiden tavoitteena on parantaa 4-pyöräisen kävelytelineen käyttöön ottoa ja turvallista käyttöä. Tutkimukset suorittavat fysioterapeutti Marjo Blomqvist liittyen **opinnäytetyöhön** Satakunnan ammattikorkeakoulun kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelmassa sekä Salla Rusi ja Jaana Heinilä Turun ammattikorkeakoulusta liittyen **opinnäytetyöhön** fysioterapian koulutusohjelmassa. Tutkimuksiin osallistuminen on **vapaaehtoista**.

Tutkimuksiin kuuluvat **lihasvoima- ja tasapainotestit**, jotka suoritetaan Turun ammattikorkeakoulun fysioterapian palvelutoiminnassa Ruiskatu 8: alkutestit toukokuun loppussa ja lopputestit syys-lokakuun vaihteessa. Testaamiseen kuuluu kerrallaan aikaa noin yksi tunti. Testausten yhteydessä annetaan **kyselylomake** palautuskuorineen, johon vastataan kotona ja palautetaan postitse. Kesä-heinäkuussa järjestetään kolme kahden tunnin mittaista **ohjantaryhmää**, joissa opetellaan kävelytelineen käyttöä sisällä ja ulkona. Ryhmät pidetään Pääterveysaseman kuntoutuksessa, Luolavuorentie 2. Ohjantaryhmä on **maksuton**. Tutkimukseen osallistuminen antaa teille nykyhetken tiedon lihaskunnostanne ja tasapainostanne sekä mahdollistaa käytön opetteluun ryhmässä!

Kyselylomake sekä tasapaino- ja lihasvoimatestaukset ovat oleellinen osa opiskelijoiden lopputyöhön liittyvistä tutkimuksista. Tasapainotestauksissa on käytettävissä Turun ammattikorkeakoulun Turussa harvinainen mittauslaite **Balance Master System**. Testaukset ovat osallistujille **maksuttomia**, samoin kyselylomakkeen palautus on osallistujille **maksuton**. Tutkimusten onnistumisen kannalta osallistumisenne on **erittäin tärkeää** ja toivottavaa.

Otattehan yhteyttä Turun kaupungin terveystoimen kuntoutukseen 15.4.2006 mennessä ilmoittaaksenne osallistumisestanne, puh. 269 2266/ Marjo Blomqvist.

Kiitos mielenkiinnosta ja toivottavasti tapaamme pian tutkimukseen liittyen.
Mikäli haluatte lisätietoja, voitte ottaa yhteyttä allekirjoittaneisiin:

Marjo Blomqvist
Fysioterapeutti
Kuntoutuksen ohjauksen
ja suunnittelun opiskelija
p. 040 835 9704

Salla Rusi
Fysioterapiaopiskelija
p. 050 538 5194

Jaana Heinilä
Fysioterapiaopiskelija
p. 045 630 3868

Kyselylomakkeessa on 17 kysymystä, joihin toivomme Teidän vastaavan. Kysymyksiin vastataan laittamalla rasti (X) oikeaksi katsomanne vaihtoehdon kohdalle. Osaan kysymyksistä voitte vastata kirjoittamalla vastauksen tyhjille viivoille. Lomake palautetaan postitse mukana tullessa palautuskuoressa mahdollisimman nopeasti, **viimeistään 5.6.2006**. Postimaksu on valmiiksi maksettu.

1. Oletteko iältänne?

- 65-74 vuotta
- 75-84 vuotta
- 85 vuotta tai enemmän

2. Sukupuoli

- nainen
- mies

3. Millainen on terveydentilanne?

- erittäin hyvä
- hyvä
- tyydyttävä
- huono
- erittäin huono

4. Onko teillä jokin pitkäaikaissairaus?

- ei
- kyllä, mi-

kä? _____

5. Miksi tarvitsette kävelytelineen?

LIITE 3 (2)

- heikentyneen tasapainon vuoksi
- heikentyneen liikkumiskyvyn vuoksi
- muu syy, mikä?

6. Kuka totesi kävelytelineen tarpeellisuuden?

- itse
- lääkäri
- omainen
- joku muu, ku-
ka _____
- tuttava/ystävä

- kotisairaanhoido
- kotipalvelu
- fysioterapeutti/toimintaterapeutti

**7. Tarvitsetteko apua päivittäisissä toimissanne seuraavilta henkilöil-
tä?**

- omainen
- tuttava/ystävä
- kotiapu
- kotisairaanhoidaja
- joku muu, ku-
ka? _____
- selviän ilman muiden apua

**8. Saatteko kuntoutusta/hoitoa liikkumiskykyenne/toimintakykyenne pa-
rantumiseksi?**

- en

- kyllä, mis-
sä? _____

9. Liikutteko ulkona

- päivittäin
 viikoittain
 1-2 kertaa kuukaudessa
 harvoin
 ei lainkaan

10. Liikutteko sisällä kodissanne

- mahdollisimman paljon
 vain sen verran kuin on pakollista

11. Oletteko kaatunut lähiaikoina?

- en
 kyllä, mis-
sä? _____

12. Miten pitkän matkan kykenette kävelemään? Ilmoittakaa matka metreinä omana arviona.

- a) Ilman apuvälinettä _____ metriä
b) Kävelytelineen avulla _____ metriä

13. Pelkäätekö kaatumista?

- erittäin paljon, pelko vähentää liikkumistani suuresti
 paljon, pelko vähentää liikkumistani
 hieman, pelko vähentää liikkumistani jonkin verran

- hieman, pelko ei vähennä liikkumistani
- en lainkaan

LIITE 3 (4)

14. Tapaatteko omaisianne ja ystäviänne kodin ulkopuolella?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvoin
- en lainkaan

15. Osallistutteko kodin ulkopuoliseen toimintaan (esimerkiksi kerhot, harrastustoiminta jne.)

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvoin
- en koskaan

16. Käyttekö itsenäisesti kaupassa, pankissa tai muilla asioilla?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvoin
- en koskaan

17. Oletteko tyytyväinen kykyynne liikkua ja toimia kodin ulkopuolella?

- kyllä

en; jos ette, miksi

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Kyselylomakkeessa on 15 kysymystä, joihin toivomme Teidän vastaavan. Kysymyksiin vastataan laittamalla rasti (X) oikeaksi katsomanne vaihtoehdon kohdalle. Osaan kysymyksistä voitte vastata kirjoittamalla vastauksen tyhjille viivoille. Lomake palautetaan postitse mukana tullessa palautuskuoressa mahdollisimman nopeasti, **viimeistään 15.10.** Postimaksu on valmiiksi maksettu.

1. Tarvitsetteko apua päivittäisissä toimissanne seuraavilta henkilöiltä?

- omainen
- tuttava/ystävä
- kotiapu
- kotisairaanhoidtaja
- joku muu, ku-
ka? _____
- selviän ilman muiden apua

2. Liikutteko ulkona

- päivittäin
- viikoittain
- 1-2 kertaa kuukaudessa
- harvoin
- ei lainkaan

3. Liikutteko sisällä kodissanne

- mahdollisimman paljon
- melko paljon

- hieman
- vain sen verran kuin on pakollista

LIITE 4 (2)

4. Oletteko kaatunut lähiaikoina?(viimeisen kolmen kuukauden aikana)

- en
- kyllä, missä, miten? _____

5. Miten pitkän matkan kykenette kävelemään? Ilmoittakaa matka metreinä omana arviona.

- a) Ilman apuvälinettä _____ metriä
- b) Kävelytelineen avulla _____ metriä

6. Pelkättekö kaatumista?

- erittäin paljon, pelko vähentää liikkumistani suuresti
- paljon, pelko vähentää liikkumistani
- hieman, pelko vähentää liikkumistani jonkin verran
- hieman, pelko ei vähennä liikkumistani
- en lainkaan

7. Tapaatteko omaisianne ja ystäviänne kodin ulkopuolella?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvoin

en lainkaan

LIITE 4 (3)

8. Osallistutteko kodin ulkopuoliseen toimintaan (esimerkiksi kerhot, harrastustoiminta jne.)

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvoin
- en koskaan

9. Käyttekö itsenäisesti kaupassa, pankissa tai muilla asioilla?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvoin
- en koskaan

10. Oletteko tyytyväinen kykyynne liikkua ja toimia kodin ulkopuolella?

- kyllä
- en; jos ette, miksi

11. Osaatteko mielestänne käyttää kävelytelinettänne? LIITE 4 (4)

- erittäin hyvin
 hyvin
 kohtalaisesti
 huonosti erittäin huonosti

12. Kaipaisitteko ohjausta jossain seuraavissa?

- kävelytelineen käyttö, esim. jarrujen käyttö, kääntyminen, säädöt jne.
 kävelytelineen huolto ja korjaus
 kävelytelineen kasaan laitto/kuljetus
 muu, mi-
kä _____

13. Oletteko tyytyväinen kävelytelineen luovutuskäytäntöön?

- kyllä
 en, miksi ette

14. Onko kävelyteline parantanut mahdollisuuttanne osallistua aktiivisemmin kodin ulkopuoliseen toimintaan ja muiden ihmisten tapaamiseen?

- kyllä, miten

ei, miksi

LIITE 4 (5)

15. Onko ympäristössänne tullut esille jotain kävelytelineen käyttöä hankaloittavaa?(esim. kynnyksiä, hankalat ulko-ovet tms.)

ei

kyllä, mitä

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Dnro 2318-2006

Anoja/anojen suku- ja etunimet

Blomquist Marjo

Anoja on

AMK-opiskelija Muu tutkija Henkilökunta

Nykyinen työnantaja tai oppilaitos

Satekunnan ammatti korkeakoulu

Nykyinen virka tai toimi

Fysioterapeutti

Kotiosoite ja puhelin

Köydenpunojankatu 21 as 6
20100 TURKU, 040-835 9704

Tutkimuksen kohderyhmät

4-pyöräisen kävelytelmeen

Tutkimuksen nimi ja aihe

Käypähoitonaalin kehittäminen
4-pyöräisen kävelytelmeen luovutus-
prosessin Turun lääkinnällisessä kuntoutuksessa
Tutkimusaineiston koko
n. 20 asiakasta

Tutkimus on

opinnäytetyö, mikä

muu tutkimus, mikä

kehittämistyö, mikä kehittämishankkeeseen
"vanhusten kaatumisten ehkäisyliittymä"
Turku

Tutkimusmenetelmä Kyselylomake

Tarvittavat resurssit kts liite

Aineiston kokoamisajankohta

maalis-huhtikuu 2006

Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta

Toukokuu 2006

Ohjaajat Ritva Kangassalo, Sirpa Saaristo / Satekunnan ammatti-
korkeakoulu

Tutkimussuunnitelman hyväksyminen

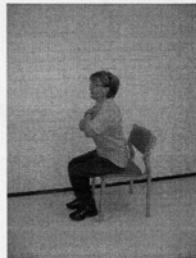
Kyllä Ei

 Tutkimusluvan myöntäjä
 MERVİ KOMENIUS
 Yliääkäri fysiatri
 SV 177378
 TURUN
 LÄÄKINTÖN
 JÄSEN

14.2.2006

10
päättösnoTIEDOKSI Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuhenkilö, luvan saaja, hoitotyöosaston kanslia
Tutkimusraportti ja tiivistelmä: vastuhenkilö, hoitotyöosaston kansliaKäyntiosoite
Luolavuorentie 2, II krs
20700 TurkuPostiosoite
PL 1
20701 TurkuFaksi
(02) 2692 995Puhelin
(02) 2692 111 (vaihe)
(02) 2692 974 (kirjaamo)Sähköposti
terveystoimi@turku.fi
www.turku.fi

KOTIHARJOITUSOHJELMA

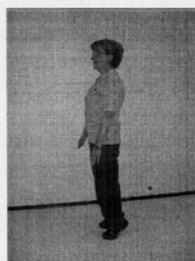
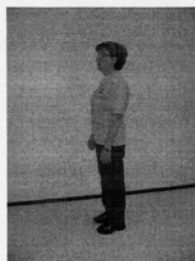


SUORITUS

Istu kädet ristissä rinnalla. Nouse ylös. Laskeudu rauhallisesti alas.
Toista liike 10-15 kertaa. Tee 2-3 sarjaa.

VAIHTOEHTO

Ota kevyt tuki.

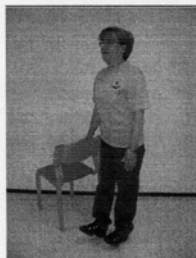


SUORITUS

Nouse varpaille ja laskeudu rauhallisesti alas.
Toista liike 10-15 kertaa. Tee 2-3 sarjaa.

VAIHTOEHTO

Ota kevyt tuki.



SUORITUS

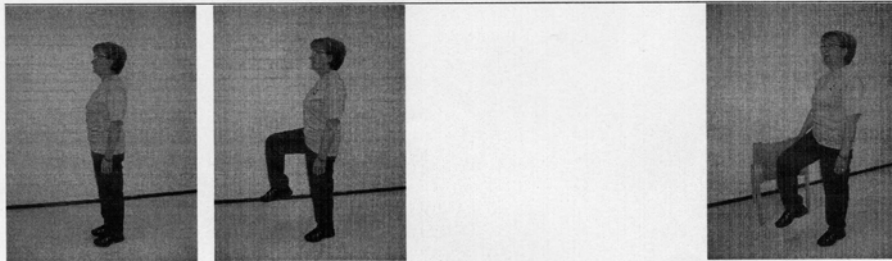
Askella kantapäällä rauhallisesti kymmeneen laskien. Ota kevyt tuki.
Toista 2-3 kertaa.

KOTIHARJOITUSOHJELMA



SUORITUS

Seiso ryhdikkäästi. Ota kevyt tuki. Vie jalka rauhallisesti sivulle niin, että varpaat osoittavat koko ajan eteen. Tuo jalka takaisin toisen viereen ja tee sama toisella jalalla. Toista 10-15 kertaa. Tee sarja 2-3 kertaa.



SUORITUS

Nosta polvia vuorotellen rauhallisesti. Tee liike 10-15 kertaa. Toista 2-3 kertaa.

VAIHTOEHTO

Ota kevyt tuki.