

Päivi Saari  
Kuntoutukseen sitoutumiseen liittyviä tekijöitä  
monitasokirurgisilla potilailla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyö

Opinnäytetyö

Ohjaaja: Marjatta Kelo

10.10.2014

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Päivi Saari Kuntoutukseen sitoutumiseen liittyviä tekijöitä monitasokirurgisilla potilailla 36 sivua + 4 liitettä 10.10.2014
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Lehtori Marjatta Kelo
<p>Tämä opinnäytetyö on tehty osana TuLe -hanketta eli Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa, joka on toteutettu yhteistyössä Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan Naisten- ja lastentautien tulosyksikön sekä Metropolian Ammattikorkeakoulun kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää hoitoon sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä kuntoutuksessa. Tavoitteena on koota tietoa monitasokirurgisen potilaan hoitoon sitoutumisen edistämiseen.</p> <p>Monitasokirurginen leikkaus on CP-vammaisille tehtävä, yleensä alaraajojen kävelyä parantava leikkaus, jossa leikataan useita eri alueita samalla kerralla. Monitasokirurginen leikkausprosessi on pitkä ja siihen sisältyy lukuisia eri vaiheita sekä osallistuu lukuisia eri terveydenhuollon ammattilaisia. Prosessi on rankka kokemus lapselle ja perheelle. Hyvä hoitoon sitoutuminen onkin tärkeää.</p> <p>Hoitoon sitoutuminen on prosessi, jonka päämääränä on omaehtoinen sitoutuminen hoitoon ja sitä kautta sairauden hoitoon tai kuntoutumiseen. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa potilaasta johtuviin ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin, joita tukemalla voidaan parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. Ihmisen psyykkisillä tekijöillä kuten motivaatiolla, voimaantumisen ja uskomuksilla katsotaan olevan suuri vaikutus hoitoon sitoutumiseen.</p> <p>Lapsen ja nuoren hoitoon sitoutumisen lähtökohtana on perhe. Lasten ja nuorten kohdalla on otettava huomioon myös lapsen kehitysvaihe ja myös siihen liittyvät fysiologiset, psykologiset ja sosiaaliset kehityshaasteet ja muutokset. Kognitiivisten ja psykologiset valmiuksien selvittäminen on oleellista.</p> <p>Potilaan hoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa hoitotyöllä tukemalla potilaan yksilöllisyyttä ja luomalla hyvä vuorovaikutus suhde hoitajan ja potilaan välille. Hoitoon sitoutumisen kannalta on myös tärkeää potilaan motivoiminen, voimaantuminen ja pystyvyyden tukeminen.</p>	
Avainsanat	Kuntoutus, hoitoon sitoutuminen, monitasokirurginen leikkaus

Author Title Number of Pages Date	Päivi Saari Rehabilitation of the adherence factors related to multi-level surgical patients 36 pages + 4 appendices 10 Oct 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Health Care & Nursing
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marjatta Kelo, Lecturer
<p>This thesis has been written as part of the project in The Future of Specialized Health Care for Children, which is implemented in cooperation with the Helsinki University Central Hospital Gynecology and Pediatrics business unit, as well as the Metropolia University of Applied Sciences.</p> <p>Purpose of this study is to determine the adherence-promoting and inhibiting factors in rehabilitation. The aim is to gather information about the multi-level surgical treatment of the patient's commitment to the promotion of.</p> <p>Multi-level surgical surgery is made for people with CP disabilities, usually in the lower limbs for walking curative surgery, which operate into a number of different areas at the same time. Multi-Level surgery process is long and involves a number of different steps, as well as participates in a number of different health care professionals. The process is a tough experience for child and family. They are required by an absolute commitment to the treatment.</p> <p>Adherence to treatment is a process whose goal is self-motivated commitment to treatment and thus treatment for illness or rehabilitation. Adherence factors can be divided into the patient and the environment are caused by factors that can be improved by supporting commitment to patient care. Human psychic factors such as motivation, empowerment and beliefs are considered to be a major impact on adherence.</p> <p>Child and adolescent adherence is based on the family. Children and young people must also take account of development and associated physiological, psychological, and social development challenges and changes. Cognitive and psychological capacity to find out is essential.</p> <p>Patient adherence can be influenced by nursing support to the patient's individuality and creating a good interactive relationship between the caregiver and the patient. For patient adherence, it is also important for the patient to motivate, empowerment and self-efficacy support.</p>	
Keywords	Rehabilitation, patient compliance, adherence, multilevel surgery

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tietoperusta ja keskeiset käsitteet	2
2.1	Lasten ja nuorten kuntoutus ja kuntouttava hoitotyö	2
2.2	CP-vamma	4
2.3	Monitasokirurginen leikkausprosessi ja kuntoutus	7
2.4	Hoitoon sitoutuminen	11
3	Työn tarkoitus ja tavoitteet	15
4	Opinnäytetyön toteutus	15
4.1	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä	16
4.2	Aineiston keruu	16
4.3	Aineiston analyysi	18
5	Tulokset	18
5.1	Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät	19
5.2	Hoitoon sitoutumista estävät tekijät	21
6	Pohdinta	22
6.1	Tulosten tarkastelu	22
6.2	Tulosten luotettavuus ja eettisyys	25
6.3	Tulosten hyödynnettävyys ja johtopäätökset	27
6.4	Oma prosessi	27
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Taulukko tiedonhauista	
	Liite 2. Tutkimusaineiston analyysikehys	
	Liite 3. Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät	
	Liite 4. Hoitoon sitoutumista estävät tekijät	

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on tehty osana TuLe -hanketta eli Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa, joka on toteutettu yhteistyössä työelämän kanssa Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan Naisten- ja lastentautien tulosyksikön sekä Metropolian Ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeen tarkoituksena on kehittää lasten ja nuorten hoitotyön toimintakäytäntöjä, hoitopolkuja, sekä vahvistaa verkostomaista työskentelyä ja alalla työskentelevien asiantuntijuutta ja yhteistyötä. (Salmela 2013.)

Lasten- ja nuorten hoitotyön kehittäminen on tärkeää, sillä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme käy läpi suuria rakenteellisia ja organisaatio muutoksia: Hoitoajat lyhenevät ja resurssit pienenevät minkä vuoksi hoitajan tulee tehdä tehtävänsä yhä lyhyemmässä ajassa. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyön on vastattava haasteeseen kehittämällä hoitotyötä, sekä kehittämällä tehokkaita hoitomenetelmiä ja käytäntöjä.

Opinnäytetyön aihe on työelämästä lähtöisin oleva toive. Lasten- ja nuortensairaalaan kuuluva Lastenlinnan kuntoutusosasto toivoi opinnäytetyötä lasten ja nuorten monitasokirurgisen potilaan kuntoutukseen sitoutumisesta. Monitasokirurgista leikkausta tehdään Suomessa vain yhdessä sairaalassa, Lastenlinikalla, josta leikatut siirtyvät Lastenlinnan kuntoutusosastolle.

Monitasokirurginen leikkaus on CP-vammaisille tehtävä, yleensä alaraajojen kävelyä parantava leikkaus, jossa leikataan useita eri alueita samalla kerralla. Monitasokirurginen leikkausprosessi on pitkä ja siihen sisältyy lukuisia eri vaiheita sekä osallistuu lukuisia eri terveydenhuollon ammattilaisia, joten moniammatillinen yhteistyö ja tiedon jatkuvuus ovat tärkeitä. Prosessi on rankka kokemus lapselle ja perheelle. Heiltä vaaditaan ehdottomasti sitoutumista hoitoon. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Hyvä hoitoon sitoutuminen lisää potilaan terveyttä ja toimintakykyä, ja tätä kautta myös potilaan elämänlaatua. Yhteiskunnan kannalta potilaan hyvä hoitoon sitoutuminen tuo merkittäviä säästöjä yhteiskunnalle ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Potilaan hoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa hoitotyöllä, parantamalla hoitohenkilöstön tietoutta hoitoon sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä. (Kyngäs – Henttinen 2008: 23–25.)

## 2 Opinnäytetyön tietoperusta ja keskeiset käsitteet

### 2.1 Lasten ja nuorten kuntoutus ja kuntouttava hoitotyö

Käsitettä kuntoutus käytetään monipuolisesti ja käsite on tulkinnanvarainen ja näkökulmasta riippuva. Käsitteelle voidaan antaa hyvin suppea tai laaja merkitys: onko kuntoutus fyysisen vamman korjaamista vai elämäntilanteen muutos. (Suvikas – Laurell – Nordman 2013: 8–9.) Yleisesti kuntoutus on monimuotoinen ja moninainen toimintakokonaisuus. Se on usein myös suunnitelmallista ja pitkäjänteistä toimintaa, mikä pohjautuu tieteelliseen näyttöön ja jonka tavoitteena on, että ihminen hallitsee omaa elämäntilannetta. Auttaja ja kuntoutuja tekevät yhdessä suunnitelman ja tavoitteet, joihin kuntoutujalla on mahdollisuus ja joihin hän sitoutuu. (Autti-Rämö – Komulainen 2013.) Kuntoutus on näin oppimis- ja sopeutumisprosessi, jossa psykososiaalisten voimavarojen ja selviytymiskeinojen tukeminen voi olla tärkeämpää, kuin toimintakyvyn rajoitusten yksityiskohtainen kartoitus. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 135).

Kuntoutus on prosessi, jossa pyritään parantamaan ihmisen toimintakykyä ja mahdollisuuksia selviytyä arkielämässä paremmin (Järvikoski – Härkäpää 2011: 8). Kuntoutuksella ei pyritä pelkästään parantamaan fyysistä hyvinvointia, vaan tarkoitus on parantaa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, mikä pitää sisällään myös psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 10–11.)

Kuntoutuksen tavoitteena ei välttämättä ole täydellinen kuntoutuminen, vaan sopeutuminen elämään muutoksen kanssa, tavoitteena elämänhallinnan vahvistuminen ja hyvinvoinnin lisääminen (Järvikoski – Härkäpää 2011: 14). Elämänhallinta perustuu fyysisten ja psyykkisten rajojen tunnistamiseen ja hyväksymiseen. Kuntoutuksessa on yleensä määritelty tarkoin tarpeet, suunnitelma, tavoitteellisuus sekä prosessin jatkuvaa arviointia (Voutilainen ym. 2005:43–44).

Lasten ja nuorten kuntoutus tarpeen arviointi, ja sen sisällön suunnittelu, edellyttää sairauksien ja vammojen sekä kehityksen ja sen variaatioiden tuntemista. Lapsen kehitystä määrää sairaudesta, vammasta tai muusta poikkeavuudesta aiheutuvat tekijät sekä normaalin kehityksen viitekehys, mitkä vaikuttavat kehityksen suuntaan sekä toiminnan laatuun ja tasoon. Tässä lasten kehityksen seuranta on tärkeää. Jokainen perhe ja lapsi ovat ainutlaatuisia, jokaisella niin ongelmat, tarpeet kuin tavoitteetkin ovat

erilaisia. Kun suunnitellaan kuntoutusta, pitää suunnitella sopiva haasteellisuus. Kuntoutuksen tulee olla haasteellista ja tavoitteellista, missä oppimisen ilo ja edistyminen motivoivat lasta. Liian korkeat tavoitteet turhauttavat, mikä voi johtaa motivaation puutteeseen. (Autti-Rämö 2009.) Lasten ja nuorten kuntoutus olisi hyvä järjestää lapsen ja perheen muuhun arkeen liitettynä ja kuntoutus sovitetaan liittyväksi kotiin, kouluun ja päiväkotiin. Pyrkimyksenä luoda kokonaisuus, joka sopii perheelle ja on kustannuksiltaan kohtuullinen (Koivikko – Sipari 2006: 55–56)

Lasten ja nuorten kuntoutuksessa viitekehukseksi on omaksuttu WHO:n toimintakykyluokitus ICF (International Classification of Function), joka korostaa henkilön edellytyksiä ja kykyä toimia, ei hänen puutteitaan (Autti-Rämö 2009; Koivikko – Sipari 2006: 20–21). ICF luokitus antaa linjaukset kuntoutuksen ja tukitoimien järjestämiseen, linjaukset kuntoutuksen yleisiin käsitteisiin ja ympäristötekijöihin (Koivikko – Sipari 2006: 21, 98). ICF luokitus painottaa lasta hyväksyvää, aktiivista osallistumista. Tärkeänä pidetään toimintaympäristön muuttaminen lapsen ja nuoren toiminnan mahdollistamiseksi, missä korostuu yhteistyötahojen tiedon jako ja yhteistyö. Näin kuntoutus, opetus ja kasvatus toimivat joustavasti yhteen, kokonaisekehitystä tukien. Kaikkien yhteistyötahojen kanssa määritetään sillä hetkellä olevat kehityksen esteet, ottaen huomioon lapsen, nuoren ja perheen yksilöllisyys, resurssit ja muutostarpeet sekä ympäristö. Lapsen ja nuoren vahvuuksien kautta asetetaan tavoitteita, jotka helpottavat arkea, elämänlaatua ja psyykkistä hyvinvointia. (Autti-Rämö 2009.)

Lasten ja nuorten toimintakyky arvioidaan aina suhteessa ikätason odotuksiin, mikä joudutaan aina oletamaan, ja joka voi joskus olla ongelmallista (Autti-Rämö 2009; Koivikko – Sipari 2006: 20). Usein toimintakyvyn arviointiin tarvitaan useampi testi tai mittari, jotta saadaan luotettava arvio toimintakyvystä. Ongelmana voi olla erottaa normaalin kasvun tuoma edistys kuntoutuksella saadusta edistymisestä. CP-oireyhtymässä (Cerebral Palsy) käytetyt mittarit on todettu melko luotettaviksi. Mittareina käytetään esimerkiksi GMFCS (Gross Motor Function Classification Scale) ja MACS (Manual Ability Classification Scale). Mittarit ennustavat luotettavasti kehityksen tulevaisuuden suunnan, mikä auttaa selvittämään tavoitteiden painopisteet. Arviointia voi vaikeuttaa se, että eri sairaaloilla on käytössä erilaiset tavat ja mittarit arviointiin. (Autti-Rämö 2009.)

Kun lapsi on syntyessään vammaisen tai sairas, se vaikuttaa monella tapaa koko perheeseen, jolloin alkaa koko perheen kokonaisvaltainen tukeminen. Perhe, ja erityisesti

lapsi tarvitsevat tukea eri elämänvaiheissa opetellessaan hyväksymään vammansa eri elämänvaiheissa esimerkiksi koulussa, itsenäistymisvaiheessa ja ammatin valinnassa, sillä vamma tai sairaus voi vaikuttaa lapsen elämänkulkuun, tulevaisuuden suunnitelmiin ja uravalintoihin. (Kähäri-Wiik – Niemi – Rantanen 2006: 16–17; Tossavainen 1995: 44.) Kun lapsi tai nuori saa kuntoutusta, katsotaan, että asiakkaana on koko perhe, sillä lapsen ja nuoren elämä määrittyy perheen välityksellä. Lasta kuntoutetaan aina kaikilla osa-alueilla: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, sekä kasvun ja kehityksen tukeminen. Kun puhutaan lasten kuntoutuksesta, käsitteellä tarkoitetaan uusien selviytymistaitojen opettamista ja oppimista eli habilitaatiota. Aikuisista puhuttaessa käytetään käsitettä rehabilitaatio eli menetettyjen tai puutteellisen toimintakyvyn palauttamista. (Suvikas – Laurell – Nordman 2013:164–165.)

## 2.2 CP-vamma

Suomessa noin kahdella tuhannesta vastasyntyneestä todetaan Cerebral Palsy eli CP-oireyhtymä. CP-oireyhtymää sairastavia lapsia syntyy suomessa siis noin 100–120 vuodessa, ja se on yleisin pitkäaikaista ja säännöllistä kuntoutusta vaativa oireyhtymä. CP-oireyhtymä on aivoperäinen liikuntavamma, mikä johtuu vaurioista aivojen liikkeitä säätelevällä alueella. Vaurio johtaa pysyvään liikuntavammaan liittyen liikkumisen, asennon ylläpitämisen ja toiminnan vaikeuksiin. (Sillanpää – Herrgård – Iivanainen – Koivikko – Rantala 2004: 161; Suomen CP-liitto Ry.) CP-vammaan ei kuulu automaattisesti kehitysvammaisuus, sillä lapsi voi olla kognitiivisesti normaali (Sillanpää ym. 2004: 170). CP-vamma ei ole etenevä, mutta ei myöskään paraneva. Oireisto CP-vammassa on usein kuitenkin vaihteleva, johon vaikuttaa muun muassa kuntoutus, kasvu ja kehitys. (Autti-Rämö 2006.)

CP-vammaa aiheuttavat syyt jaotellaan prenataalisiin, perinataalisiin ja postnataalisiin. Prenataalisia syitä voivat olla esimerkiksi alkuraskauden aikana äidin vaikea sairaus, infektio tai myrkyt, jotka voivat johtaa sikiön hermosolujen jakautumisen häiriöön ja keskushermoston epämuodostumaan. Vaurio voi kuitenkin tulla missä raskauden vaiheessa tahansa, sillä aivot kehittyvät koko raskauden ajan ja ovat näin alttiita epämuodostumille. Sen hetkinen kehitysaste vaikuttaa siihen minne vaurio tulee ja minkälaiset vaikutukset sillä on. Perinataalisia syitä voi olla esimerkiksi hapenpuute synnytyksen aikana joka voi aiheuttaa aivovaurioita. Postnataalisia syitä CP-vamman syntymiseen voi olla esimerkiksi trauma, kasvain tai aivoverenkierronhäiriö. (Sillanpää ym. 2004: 161–162.) CP-oireyhtymään voi liittyä liittänsongelmia, riippuen aivovaurion laajuus-



desta ja sijainnista. Ongelmia voi olla aisteissa, kommunikaatiossa, syömisessä, älyssä tai näönkäytössä. Yleistä on myös epilepsia, käyttäytymisongelmat ja sekundaariset ongelmat tukielimissä. (Suomen CP-liitto Ry.)

CP-oireisto riippuu siis siitä missä vaurio on ja kuinka laaja se on (Suomen CP-liitto Ry). Diagnostisesti CP-oireyhtymä jaotellaan eri lähteiden mukaan oireiden sijainnin, vaikeusasteen mukaan, sekä lihasjänteiden ja toiminnan mukaan. Duodecim jaottelee kirjassa Lastenneurologia (2004) CP-vamman liikehäiriöiden mukaan spastiseen, dyskinesiaan, ataksiaan, hypotoniseen ja sekamuotoiseen, sekä sijainnin perusteella hemiplegiaan, diplegiaan ja tetraplegiaan.

CP-vammaisilla spastisuus eli lihasjäykkyys on yleisin liikehäiriö. Siinä lihaksen venytysheijaste on yliärtynyt, minkä takia lihas supistuu poikkeavasti. Spastisuus johtaa lihasmassan pienenemiseen, koska lihas on kokoajan lyhentyneenä, mikä taas johtaa virheasentoihin ja sidekudoksen lisääntymiseen. (Sillanpää ym. 2004: 162–163.)

Oireiden sijainnin perusteella CP-vamma ja spastisuus voidaan jakaa kolmeen erilaiseen hemiplegia, diplegia ja tetraplegia (Sillanpää ym. 2004: 162–165). Hemiplegia tarkoittaa, että poikkeava lihasjänteys ja liikemallit esiintyvät vain toisella puolen kehoa. Toinen puoli kehosta voi toimia normaalisti. Hemiplegia on yleensä spastinen, mutta siihen voi liittyä myös pakkoliikkeitä. Diplegiä tarkoittaa, että oireita on joko molemmissa alaraajoissa tai yläraajoissa. Diplegiäkin on yleensä spastinen ja yleensä alaraajoissa. Tetraplegiassa sekä molemmissa yläraajoissa, että alaraajoissa on oireita, ja siihen liittyy usein myös liitännäisoireita. Yleisimmät liitännäisoireet ovat kommunikaatiovaikeudet, syömisongelmat, oppimisvaikeudet ja epilepsia. (Suomen CP-liitto Ry.)

Dyskinesiaan kuuluu erilaisia tahdosta riippumattomia liikkeitä. Jos ongelmia on asennon pitämisessä, sitä kutsutaan atetoosiksi. Siinä potilaalla on jatkuvaa matomaista lihasliikettä kasvoissa ja käsissä eniten, ja niiden hallinta on usein vaikeinta. Yleistä ovat myös ongelmat puheessa, kuulossa ja hengityksessä. Koreoatenoosissa esiintyy tanssia muistuttavia tahattomia liikkeitä. Dystoniassa on äkillisiä ja hitaita jänteysvaihteluita, jotka voivat olla kivuliaita. Näille potilaille on usein jäänyt asymmetrinen tooninen heijaste eli kun pää kääntyy sivulle, sen puolen raajat ojentuvat. Tämä vaikeuttaa liikkuntakykyä huomattavasti, lisäksi ongelmia on hengityksessä ja puheessa. (Sillanpää ym. 2004: 163–164.)

Ataksia on sitä, että lihasryhmien yhteistoiminta on häiriintynyt, mistä johtuen liikkeet ovat äkkinäisiä ja kulmikkaita. Tämä johtaa asennon hallinnan vaikeuteen ja liikkeen kohdistamisen vaikeuteen. Vaikeuksia tulee liikkeiden sujuvuudessa, hienomotoriikassa ja esimerkiksi kyvyttömyys seisoa paikallaan. Vaikka CP- vamma voidaan diagnostisesti jakaa useaan erilaiseen diagnoosiin, usein on kuitenkin niin, että oireistot eivät mikään ilmene yksinään vaan niitä on erilaisia kombinaatioita. Lisäksi CP-lapsilla voi esiintyä normaalista oireistosta poikkeavaa hypotoniaa eli velttoutta, joka ilmenee asennon muovautumisesta painovoiman mukaan, asennot menevät niin matalaksi kuin lapsen nivelsiteet antavat periksi. (Sillanpää ym. 2004: 164–165.)

Vaikeusasteeltaan erilaiset CP-oireistot voivat erota huomattavasti toisistaan. Esimerkiksi jotkut pystyvät kävelemään lähes normaalisti, kun taas toiset eivät kävele ollenkaan. Oireet voivat myös muuttua kehitystason muuttuessa ja kuntoutuksen tuloksena. CP-potilaat voidaan jakaa neljään ryhmään yleisen toimintavaikeuden ja avuntarpeen mukaan. Minimaalinen CP-vamma ei haittaa normaalia arjen toimintaa, vaan tulee esille lähinnä urheilussa. Lievässä muodossa lapsi selviää enimmäkseen itsenäisesti arjessa ja pystyy liikkumaan, mutta nopeudessa ja tarkkuudessa ongelmia. Keskivaikeassa CP-vammassa opitaan liikkumaan apuvälineiden avulla, ja ehkä pieniä matkoja ilman. Lapsuudessa tarvitaan paljon apua ja lisäksi voi olla kognitiivisten taitojen heikkoutta. Vaikeimmassa muodossa lapsi ei opi käyttämään kehoaan tavoitteellisesti, jos kognitiiviset taidot riittävät voi kuitenkin olla, että hän kykenee käyttämään sähköistä tai normaalia pyörätuolia. Tarvitsee apua kaikissa arjen toiminnoissa. (Sillanpää ym. 2004: 165–166.)

CP-lapsen kuntoutus on yleensä koko eliniän kestävä prosessi ja se vaatii toimiakseen moniammatillisen työryhmän. Kuntoutuksessa arvioidaan kehityksen kannalta keskeisimmät ja realistiset kuntoutuksen tavoitteet, huomioiden myös muut kuin liikunnalliset ongelmat. Vanhempien sitoutuminen kuntoutukseen on tärkeää, sillä kuntoutusta harjoitetaan koko ajan arjen elämässä. Kuntoutus suunnitellaan jokaiselle yksilöllisesti, ottaen huomioon kehityksen erityispiirteet, mutta joskus joutuu tekemään kompromisseja mihin asiaan keskitytään kuntoutuksessa, sillä lapsen voimavarat eivät välttämättä aina riitä. Esimerkiksi imeväisikäisen, leikki-ikäisen ja kouluikäisen kuntoutuksessa korostuu kulloinkin eri asiat. Imeväisikäisellä pyritään tukemaan normaalia kehitystä, leikki-ikäisenä keskitytään leikin kautta tapahtuvaan kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen ja kouluikäisenä ja nuorena koulunkäyntiä, vapaa-aikaan ja itsenäistymiseen liittyvät kuntoutus tavoitteet korostuvat. (Sillanpää ym. 2004: 173–175)

### 2.3 Monitasokirurginen leikkausprosessi ja kuntoutus

Monitasokirurginen leikkaus tarkoittaa sitä, että samassa leikkauksessa suoritetaan useita epämuodostumien ja virheasentojen korjauksia. Leikkauksessa yhdistyy usein sekä pehmyt, että luukudoksia korjaavia toimenpiteitä. Leikkausten tavoitteena on korjata virheasentoja, parantaa kävelyä ja vähentää riskiä myöhempisiin operaatioihin. (Hallanaro – Rovamo – Salmela 2011.) Lapsen kannalta tärkeintä ovat muutokset jotka lisäävät omatoimisuutta, helpottavat osallistumista iän mukaisiin menoihin ja harrastuksiin. Nykyisessä muodossa leikkauksia on tehty Suomessa vuodesta 2000 lähtien. Leikkauksia tehdään Suomessa noin 4–6 vuodessa. Ennen CP-vammaisille jouduttiin tekemään useita leikkauksia toisensa perään, johtuen ongelmien monimuotoisuudesta. Monitasokirurgisessa leikkauksessa toimenpiteet on pyritty tekemään samassa leikkauksessa. Monitasokirurgiseen leikkaukseen liittyy pitkä kuntoutus, joka toteutetaan ensin kuntoutusosastolla noin kuuden tai kahdeksan viikon aikana, jonka jälkeen sitä jatketaan kotona useita vuosia. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Leikkauksessa spastisia eli kiristyneitä lihaksia pidennetään ja luisia virheasentoja korjataan. Yleisimpiä leikattavia lihaksia ovat takareiden-, sisäreiden-, ja pohjelihakset. Etureisien lihaksia saatetaan myös siirtää. Yleisempiä luihin tehtäviä operaatioita ovat reisiluun ja sääriluun kiertäminen. Jalkaterän asentoa voidaan muuttaa siirtämällä lantiosta luuta kantaluuhun. Joskus polvilumpiota voidaan siirtää tai vapauttaa oikealle paikalle. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Ennen leikkausta, selvitetään tarkoin onko leikkauksesta hyötyä potilaalle ja onko hän ja hänen perhe valmis prosessiin. Jos perhe on vähänkin epäilevällä kannalla, suositellaan leikkauksen ajoittamista myöhempään ajankohtaan. Leikkauksen jälkeen kuntoutus jatkuu intensiivisenä 1–2 vuotta, jonka jälkeen tavoitettu toimintakykymuutos on saavutettu. Kuntoutumiseen liittyy useita sairaalajaksoja ja käyntejä, jotka voivat haitata koulunkäyntiä ja koska kuntoutuminen on intensiivistä pitää koulupäivänaikanakin suorittaa harjoituksia. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Ennen leikkausjonoon pääsemistä potilaalle tehdään perusteelliset tutkimukset ja mittaukset, joilla varmistetaan leikkauksen hyöty ja pystytään tekemään alustavia leikkaussuunnitelmia. Mittauksiin kuuluu nivelten liikerata-, lihaskireys- ja lihasvoimamittauksia. Mittaamiseen käytetään erityisiä laitteita kuten kulmamittaria eli goniometriä, joka

mittaa nivelten liikeratoja ja lihaskireyttä. Lihaskireyttä mitataan Good Strength- voima- tuolilla, joka mittaa isometristä maksimivoimaa eli sellaista, joissa lihas ei veny. Vicon 3D – kävelyanalyysi on yksi keskeisimmistä tehtävistä tutkimuksista. Siinä lapseen kiinnitetään 15 markkeria, joiden avulla kuusi kameraa rekisteröi liikkeet, jotka ohjelma muuntaa kolmiulotteiseen malliin. Tuloksesta nähdään lantion, lonkkien, polvien ja nilk- kujen liikkeitä kävelysyklin eri vaiheissa. (Lindström – Siltanen – Ikonen – Noutere.) Näitä tuloksia verrataan normaaliin kävelyyn, jonka avulla saadaan parempi käsitys siitä, minkälainen leikkaus olisi mahdollisimman hyödyllinen. Lapsen liikkumista kuva- taan myös videokameralla, joka tukee muita mittauksia. (Mitä monitasokirurgia on Las- ten ja nuorten sairaalassa.)

Leikkaus suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu lastenneurologi, ortopedi, fysioterapeutti, neurofysiologi, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä tai kuntou- tusohjaaja. Leikkauksella voidaan vaikuttaa liikuntakykyyn, jos vaikeudet johtuvat ylemmän motoneuronin vauriosta. (Lindström ym.) Suunnittelussa käydään läpi mitta- usten tulokset, ja jos ne näyttävät siltä, että leikkauksesta olisi hyötyä lapselle tai nuo- ralle, tehdään alustava leikkauspäätös. Leikkauksen tavoitteena voi olla esimerkiksi kävelykyvyn parantaminen tai sen säilyminen. Ja jos perhe on valmis sitoutumaan pro- sessiin, lapsi pääsee leikkausjonoon. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sai- raalassa.)

2–4 viikkoa ennen monitasokirurgista leikkausta lapsi menee Lastenlinnan L14 osastol- le preoperatiiviselle kuntoutusjaksolle 2–5 päiväksi, riippuen tutkimuksista ja muista käytännön asioista. Jakson aikana päivitetään tarvittavat mittaukset, jonka pohjalta ortopedi tekee kuntoutusryhmän kanssa lopullisen leikkaussuunnitelman. Jaksolla per- he orientoituu pitkäkestoiseen ja intensiiviseen kuntoutukseen, heidän kanssaan kes- kustellaan leikkauksesta, sen jälkeisistä kivuista ja asetetaan kuntoutustavoitteet. Per- heelle kerrotaan myös leikkauksen vaikutus toimintakykyyn, ja tähdennetään sitä, että CP-vamma ei katoa minnekään ja töitä pitää tehdä esimerkiksi spastisuuden estämi- seksi. Fysioterapeuttien ja hoitajien kanssa käydään läpi leikkauksen jälkeen käytettä- vät apuvälineet. Sosiaalityöntekijän tai kuntoutusohjaajan kanssa voi keskustella miten lapsen koulunkäynti järjestetään sairaalajaksojen aikana tai vanhempien poissaoloista töissä. Lapsi myös tutustuu omaan ohjaajaansa ja he voivat käydä yhdessä tutustu- massa leikkausosastoon Lastenlinnan puolella. Jos kuntoutus osastolla on sillä het- kellä lapsi, jolle on tehty samainen leikkaus, häneltä voi kysellä kysymyksiä, jos vain potilas antaa siihen luvan. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Itse leikkaus tapahtuu Lastenklinikan tiloissa ja lapsi on leikkausosastolla K8 yleensä noin viikon ajan. Tuona aikana kuntoutuksesta huolehtii leikkausosaston fysioterapeutti. Mobilisointi aloitetaan siellä heti leikkausta seuraavana päivänä, ortopedin ohjeiden mukaan. Kuntoutukseen kuuluu liikehoitojen ja venytyksien tekeminen vuoteessa. Lapsella on käytössä asentohoitoon tarkoitettut lastat polvissa ja/tai nilkoissa, lapsella voi olla myös kipsejä. Leikkausosastolta lapsi menee yleensä kotiin, joissakin tapauksissa välissä on lyhyt kuntoutusosastojakso. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Koska kudosten pitää ensin parantua ja varaaminen, voimakkaat venytykset ja liikkeet ovat yleensä kiellettyjä, lapsi menee 3–6 viikoksi kotiin toipumaan ennen kuntoutusosastolle menoa. Henkilökohtaiset rajoitukset tekee ortopedi ennen kotiutusta leikkausosastolta. Koko kotijakson ajaksi lapsi tarvitsee jatkuvan avustajan, joka on yleensä toinen vanhempi, apua tarvitaan esimerkiksi siirtymisissä ja WC-käynneissä. Jos on mahdollista eikä se rasita lasta liikaa lapsi käy koulua kotijakson aikana. Kotona kuntoutus sisältää normaalien arjen toimintojen lisäksi muun muassa alaraajojen passiivista liikuttelua ja seisomista seisomatelineessä. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Postoperatiivinen kuntoutus aloitetaan Lastenlinnan kuntoutusosastolla kun lapsi saa luvan varata jaloilla. Kuntoutusjakso osastolla kestää keskimäärin 6–8 viikkoa ja lapsi on yleensä sen ajan ilman vanhempia osastolla. Vanhemmat voivat tulla iltaisin osastolle vierailemaan ja olla näin mukana iltakuntoutuksessa. Iltaisin kuntoutus toteutetaan kuntoklubilla, jossa suoritetaan omahoitajan kanssa henkilökohtainen harjoitusohjelma. (Lindström ym.; Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.) Omahoitaja tekee yhdessä lapsen kanssa viikko-ohjelman, johon merkitään kuntoutus, koulu ja vapaa-ajan virikkeet. Osastolla on oma opettaja joka vastaa siitä, ettei lapsi jää jälkeen tärkeimmissä kouluaineissa, matematiikassa ja kielissä. Koulua käydään tunnin tai kaksi päivässä, sillä edellytyksenä ettei se häiritse lapsen kuntoutumista. Vastapainoksi harjoituksille osastolla järjestetään vapaa-ajan toimintaa, kuten elokuvissa käyntiä. Kuntoutus on osastolla kokopäiväistä, myös iltaisin tapahtuvaa, viikonlopuksi lapset menevät kuitenkin kotiin. Jokaisella lapsella on kaksi fysioterapeuttia, jotka vastaavat lapsen kuntoutuksesta ja joiden kanssa lapsi harjoittelee kaksi kertaa päivässä. Fysioterapia tilanteissa harjoitellut ja opitut hallinta ja taidot ohjataan omalle hoitajalle, joka liittää ne osaksi päivittäisten toimintojen harjoittelua. (Lindström ym.) Muina aikoi-

na hoitajat kuntouttavat lapsia esimerkiksi kuntouttavan työotteen avulla. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.) Koko kuntoutuksen ajan on huolehdittava, että lapsi ei kärsi kivuista. Kipulääkettä annetaankin säännöllisesti, ettei kipua haittaa kuntoutusta. (Lindström ym.)

Alkuvaiheessa harjoitellaan siirtymisiä esimerkiksi sängystä pyörätuoliin ja takaisin, lapsi tarvitsee tässä rohkaisua ja kannustusta. Lisäksi seisomista harjoitellaan seisomatelineessä kaksi kertaa päivässä, ja seisomisaikaa pidennetään pikkuhiljaa, ja siirytään sitten seisomaan ilman tukea. Samalla pelataan lapsen kanssa pelejä tai hän katsoo mieluisia tv-ohjelmia. (Lindström ym.) Seisomateline tukee oikean seisomisasennon löytymistä ja hahmottamista sekä lihasvoimien kehittymistä. Leikkauksen jälkeen lapsi opettelee kävelyn kokonaan uudelleen, mikä vaatii lapselta kovaa harjoittelua. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.) Vanhoista kävely ja liikemalleista poisoppiminen vaatii tuhansia toistoja, ja kestää kuukausia. (Lindström ym.) Kävelyä harjoitellaan muun muassa nojapuiden, rollaattorin ja dallarin avulla. Passiiviset ja aktiiviset venytykset kuuluvat myös olennaisena osana kuntoutukseen. Lapsella on usein avokipsit jotka auttavat venytyksissä, harjoituksissa ja asentohoidossa. Päivittäin tehdään myös lihasharjoitteluja esimerkiksi Motomed-kuntopyörällä. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Kun lapsi pystyy seisomaan itsenäisesti ja hallitsee samalla lonkan ja polven ojennuksen, kuntoutusta voidaan jatkaa kotona. Lisäksi hänen pitäisi kyetä harjoittelemaan kotona kävelyä vanhempien avun turvin. Kotiin katsotaan lapselle sopivat apuvälineet ja perehdytetään perhe niiden toimintaa. Omalla paikkakunnalla lapsi jatkaa fysioterapiaa 3–4 kertaa viikossa puolen vuoden ajan. Fysioterapiassa keskitytään tällöin lihasvoiman ja kestävyuden lisäämiseen ja uuden kävelymallin vahvistumiseen. Lisäksi lapsen koulupäivään pitää sisällyttää kuntoutusta ohjaajan avulla. Koulupäivän aikana pitää seistä seisomatelineessä ainakin kerran ja vähintään kerran kävellä pidempi matka. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

Leikkauksen jälkeen kuntoutumista jatketaan noin kahden vuoden ajan, ja sitä seurataan säännöllisesti. Kahden vuoden kuntoutumisen jälkeen voidaan arvioida leikkauksesta saatu hyöty, sillä silloin leikkauksella ja kuntoutumisella saatu liikkumistapa on vakiintunut. Leikkaustulosta arvioidaan myös vielä viiden vuoden kuluttua leikkauksesta. (Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuorten sairaalassa.)

## 2.4 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen tarkoittaa ”asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa”. Toiminta määräytyy yksilöittäin, riippuen esimerkiksi sairaudesta ja olosuhteista. Käsitteen määritelmä on ajan kuluessa muuttunut paternalistisesta yhä enemmän kuvaamaan yhteistyötä ja vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa, korostaen potilaan omaa osuutta hoitoon sitoutumisessa. Hoitoon sitoutuminen on prosessi, jonka päämääränä on omaehtoinen sitoutuminen hoitoon ja sitä kautta sairauden hoitoon tai kuntoutumiseen. (Kyngäs – Hentinen 2008: 17–18.) Vaikka korostetaankin potilaan aktiivista roolia omasta elämästään ja terveydestään, tämä ei kuitenkaan tarkoita, että hänen tulee selviytyä yksin, sillä meillä on vastuu myös toisista. (Kyngäs – Hentinen 2008: 20–21.) Suomessa hoitoon sitoutumista on myös kuvattu käsitteillä hoitomyöntyvyys ja ohjeiden noudattaminen, mutta ne kuvaavat aikaisempaa paternalistista käsitystä hoitajan ja potilaan välisestä roolista. (Kyngäs – Hentinen 2008: 19–20.)

Hoitoon sitoutumisen merkitystä voidaan tarkastella potilaan, terveydenhuollon ja koko yhteiskunnan kannalta. Potilaan näkökulmasta hoitoon sitoutumisen onnistuminen tuo hänelle parempaa terveyttä ja toimintakykyä, ja täten parantaa hänen elämänlaatua. Yhteiskunnan ja terveydenhuollon näkökannalta katsottuna hoitoon sitoutumisen parantaminen toisi huomattavat säästöt yhteiskunnalle. (Kyngäs – Hentinen 2008: 22–24.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa potilaasta johtuviin ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Iällä, sukupuolella tai koulutuksella ei ole merkittävää vaikutusta hoitoon sitoutumiseen, jos tarkastellaan pelkästään työikäisten hoitoon sitoutumista. On kuitenkin selvää, että jos tarkastellaan lapsia, nuoria tai ikääntyneitä, ikä voi olla merkittävä sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Enemmän vaikutusta katsotaan olevan ihmisen ominaisuuksilla kuten uskomuksilla, itsearvostuksella ja elämänarvoilla. (Kyngäs – Hentinen 2008: 26–27.)

Jokaisella on yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat joita tukemalla voidaan parantaa potilaan hoitoon sitoutumista merkittävästi. Ilmiöstä puhutaankin potilaan voimaantumisen edistämisenä, jossa ohjauksella on suuri merkitys. Merkittävänä tekijänä hoitoon sitoutumisessa on motivaatio, jonka tulisi olla potilaasta itsestään lähtöisin oleva voimavara. (Kyngäs – Hentinen 2008: 26–28.) Motivaatio tarkoittaa käyttö-

voimaa, joka on ihmisten toiminnan syynä ja aktivoi ihmistä toimimaan (Mönkkönen 2007: 196). Motivaatio on muuttuva tila, joka on seurausta toimintaympäristöstä, tavoitteista ja ihmisen kyvystä säädellä tavoittelemiseen liittyviä tunteita ja ajatuksia (Järviskoski – Härkäpää 2011: 165). Motivaatio vaatii, että potilaalla on riittävät tiedot ja sitä kautta ymmärrys omasta tilanteestaan. Lisäksi potilaan tulee omata tiettyjä käytännön taitoja ja osaamista, jotta hän pystyy käyttämään saatua tietoa hyväkseen hoidossaan. Esimerkiksi se, että potilaalla on tieto terveellisestä ruokavaliosta ja hän ymmärtää terveellisen ruokavalion, hän tarvitsee osaamista ja kykyjä ruuan valmistukseen. Oleellisena osana hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat myös itse sairaus ja etenkin, miten se vaikuttaa ihmisen elämään. Sairaus voi tuoda mukanaan oireita, jotka vaikuttavat hoidon toteuttamiseen ja elämäntilanteen muuttumiseen. Tunteet kuten pelko voivat vaikuttaa sekä myönteisesti, että negatiivisesti hoitoon sitoutumiseen. Pelko voi motivoida, mutta voimakas pelko myös lamauttaa. Olennaisesti sitoutumiseen vaikuttavat myös millainen hoito, kauanko se kestää ja mitä potilaalta vaaditaan. Pitkäaikainen, suuria muutoksia sisältävä ja paljon voimavaroja kuluttava hoito vaatii potilaalta suurta sitoutumista hoitoon. Kaikkein vaikeinta on yleensä sitoutuminen muutoksiin, jotka vaikuttavat ihmisen elämäntapaan. Sitoutumista parantaa jos hoidon tavoitteet ovat yhteneväiset potilaan elämän tavoitteiden kanssa, sekä se, että hän tuntee pystyvänsä toteuttamaan muutokset. Se, että potilas on tyytyväinen saamaansa hoitoon, ja että hän tuntee pystyvänsä vaikuttamaan hoidon kulkuun edistää merkittävästi hoitoon sitoutumista. Taloudellisilla tekijöillä voi olla myös vaikutusta hoitoon sitoutumisella: esimerkiksi jos potilaalla ei ole varaa tarvittavaan lääkitykseen. (Kyngäs – Hentinen 2008: 28–32.)

Ympäristöön liittyviä hoitoon vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi terveystalouden järjestelmä, sen tarjoama hoito sekä läheiset ja vertaistuki. Varsinkin pitkäaikaissairaiden hoidossa, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde, jossa korostuu tasavertaisuus, on merkittävässä roolissa hoitoon sitoutumisessa. Myös se miten hoito ja seuranta on järjestelty vaikuttaa. Esimerkiksi potilaalle mieleinen aikataulu edistää hoitoon sitoutumista. Läheisillä voi olla valtava, varsinkin positiivinen vaikutus potilaan hoitoon sitoutumisessa. Läheisten antama tuki voi olla henkistä, mutta myös jotain konkreettista kuten yhteinen ruokavalio tai harrastus. Hoitoon sitoutumista edistää myös vertaistuki, joka on ollut samassa tilanteessa ja ymmärtää potilaan tilannetta. (Kyngäs – Hentinen 2008: 32–34.)

Pitkäaikaisesti sairaan nuoren hoitoon sitoutumisen arvioinnissa tulisi lähtökohtana olla nuoren ja perheen lähtökohtien selvitys, joiden avulla voidaan tunnistaa hoitoon sitou-



tumiseen liittyviä tekijöitä. Nuoren kohdalla on otettava huomioon nuoruusiän kehitysvaihe ja siihen liittyvät fysiologiset, psykologiset ja sosiaaliset kehityshaasteet ja muutokset. Ja kuitenkin on muistettava, että nuori kehittyy kokoajan. Kognitiivisten valmiuksien selvittäminen on oleellista, mutta tärkeää on myös selvittää psykologiset tekijät, kuten miten nuori suhtautuu sairauteensa ja itseensä. Nuorilla hoitoon sitoutumista edistävät myönteiset käsitykset itsestään ja sairaudestaan, motivaatio ja emotionaalinen hyvinvointi. Lisäksi sitoutumista edistää hyvä itsetunto, itsenäisyyden tunne sekä jos nuori uskoo, että hoito auttaa häntä saavuttamaan elämäntavoitteen. Ja esimerkiksi pelko ja ahdistus vaikeuttaa nuoren hoitoon sitoutumista. Pitkäaikaissairaiden nuorten hoidossa tulisikin tehdä yhteistyötä myös psykiatrisen hoitohenkilöstön kanssa. (Kyngäs – Hentinen 2008: 126–129.)

Nuoren hoitoon sitoutumisen kannalta on myös tärkeää perheen toimivuus ja kyky toimia tiiminä. Negatiivisesti nuoreen vaikuttaa perheen välinen huono vuorovaikutus, vanhempien liika tai liian vähäinen osallistuminen hoitoon, sekä perheenjäsenten hyvinvointi. Tärkeää on myös, että nuorella on kaverisuhteita, jotka antavat nuorelle emotionaalista tukea. (Kyngäs – Hentinen 2008: 129–130.)

Nuorelle on tärkeää, että hän saa osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. Hoitohenkilökunnalta nuoret odottavat, että heitä kohdellaan ihmisinä, ei kohdella erilaisilla ja heitä yritetään ymmärtää. Nuoret toivovat myös, että heitä rohkaistaan, mutta ei painosteta sekä tarjottaisiin vaihtoehtoja. Hoitohenkilökunnalta nuoret odottavat huumoria, empaattisuutta, kiinnostusta ja luottamusta. Olisikin tärkeää luoda nuoren ja hoitohenkilökunnan välille avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jossa nuori saa tilaisuuden keskustella mieltä painavista asioista, ilman että tuntee tulevansa arvostelun kohteeksi. (Kyngäs – Hentinen 2008: 131–132.)

Pitkäaikaisesti sairaan nuoren hoitoon sitoutumisessa päämääränä on tavoitteellinen itsensä hoitaminen, jossa tavoitteet ja toimintatavat sopeutetaan nuoren kehitysmuutosten mukaisesti. Tavoitteet on tärkeää laatia yhdessä nuoren ja perheen kanssa. Tavoitteita on hyvä laatia sekä lyhyelle, että pitkälle aikavälille. Saavutetut lyhyen ajan tavoitteet lisäävät hoitomotivaatioita ja näin parantavat hoitoon sitoutumista. Tavoitteiden asettelussa tulisi huomioida, että nuoren vastuu omasta hoidostaan kasvaisi hänen kehitystasonsa mukaisesti, ja että nuoren elämäntavoitteet, kuten ammatinvalinta otetaan myös huomioon. Hoitoa on myös tärkeää arvioida ja antaa siitä palautetta nuorelle. Arviointi lisää nuoren itsetuntemusta ja positiivinen palaute on tärkeä motivoimiseen.

(Kyngäs – Hentinen 2008: 133–134.) Tärkeää on myös, että nuori uskoo, että hän pystyy suoriutumaan itselleen antamasta tehtävästä, tätä toimintaa vaikuttavaa tekijää kutsutaan pystyvyydeksi. Jotta ihminen jaksaisi toimia aktiivisesti tavoitteiden pääsemiseksi, on hänen uskottava omiin mahdollisuuksiinsa. Usko onnistumiseen vaikuttaa sekä toiminnan aloittamiseen, että sen ylläpitämiseen. Pystyvyyden tunne lisää ihmisen motivaatiota. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 133–134.)

Huono hoitoon sitoutuminen voi olla tietoisista tai tiedostamatonta. Tietoista eli tarkoitukSELLISTA on jos potilas pitää muita asioita tärkeämpinä, haluaa itse tehdä toisin tai jos esimerkiksi eettiset syyt ovat hoitamatta jättämisen taustalla. Tiedostamatonta eli tarkoituksetonta huonoa hoitoon sitoutumista aiheuttaa esimerkiksi unohtaminen, ymmärtämättömyys tai osaamattomuus. (Kyngäs – Hentinen 2008: 43–44.)

Erityisesti kuntoutuksessa hoitoon sitoutumiseen liittyy käsitteet hallinta, pystyvyys ja valtaistuminen. Hallinta, liittyy Julia Rotterin sosiaalisen oppimisen teoriaan. Teorian mukaan alttius toimintaan riippuu toiminnan tulosten odotuksista ja tulosten arvokkuudesta. Jos ihminen uskoo, että voi saada aikaan tuloksia, hän on alttiimpi toimimaan ja käyttämään voimavarojaan näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Sosiaalisen oppimisteorian keskeisin käsite on hallintaodotukset, jolla tarkoitetaan ihmisen käsitystä voiko hän saada omalla toiminnallaan aikaan tavoittelemiaan tuloksia, vai riippuuko tulokset hänen hallintansa ulkopuolisista asioista. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 131–132.)

Albert Banduran sosiaalis-kognitiivisessa oppimisteoriassa kaikki oppiminen perustuu ihmisen ja hänen lähiympäristön vuorovaikutukseen ja ihmisen toimintaan. Tässä teoriassa keskeisin toimintaan vaikuttava tekijä on pystyvyys eli ihmisen usko siihen, että pystyy tekemään tehtävän, jonka on itselleen asettanut. Ihmisen toiminta riippuu teorian mukaan tulosodotuksista ja pystyvyysodotuksista. Tulosodotuksilla tarkoitetaan, että tietyllä toiminnalla voidaan vaikuttaa tilanteeseen. Pystyvyysodotuksilla tarkoitetaan sitä, että ihminen uskoo, että pystyy halutessaan toteuttamaan toiminnot, joilla tavoitteet saavutetaan. Ihmisen on siis uskottava mahdollisuuksiinsa, jotta jaksaisi toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Omaan pystyvyyteen uskomisen auttaa asettamaan tavoitteita ja tekemään työtä niiden saavuttamiseksi. Ihmisen pystyvyyksäesityksiin voidaan vaikuttaa, luomalla ihmiselle positiivisia kokemuksia tavoittelemastaan asiasta. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 133–134.)

Kuten aikaisemmin on jo mainittu, kuntoutuminen voidaan ymmärtää oppimis- ja sopeutumisprosessiksi, jossa psykososiaalisten voimavarojen ja selviytymiskeinojen tekeminen on tärkeää. Selviytymis- ja hallintakeinoilla tarkoitetaan erilaisia toiminnallisia ja psyykkisiä keinoja, joilla ihminen pyrkii hallitsemaan ja kestämään rasittavia tapahtumia ja vähentämään niiden vaikutusta omaan hyvinvointiin. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 135–136.)

### **3 Työn tarkoitus ja tavoitteet**

Koska monitasokirurginen leikkaus vaatii pitkää, tiivistä ja laadukasta kuntoutusta myös kuntoutusjakson jälkeen kotona, on perheen sitoutuminen hoitoon välttämätöntä koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää hoitoon sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä kuntoutuksessa. Mitä erityisiä piirteitä juuri pitkäaikaisesti sairaan hoitoon sitoutumiseen liittyy ja voiko asioita yhdistää monitasokirurgisen potilaan kuntoutukseen kotona?

Opinnäytetyön tavoitteena on koota tietoa monitasokirurgisen potilaan hoitoon sitoutumisen edistämiseen. Jos tämän opinnäytetyön avulla esiin nostettuja hoitoon sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä voidaan hyödyntää perheen hoitoon sitoutumisessa kuntoutukseen, opinnäytetyön tavoite saavutetaan.

Henkilökohtaisena tarkoituksena on oman osaamisen kehittäminen. Tavoitteena on kehittyä tunnistamaan oman alan keskeisiä kehittämiskohteita tai ongelmakokonaisuuksia ja niiden ratkaisuvaihtoehtoja sekä, soveltamaan oman alan tutkimustietoa ja työtapoja uusiin, muuttuviin tilanteisiin. Tarkoituksena on myös kehittää valmiuksia soveltaa tietoa ja taitoja käytännötyöhön, sekä kehittää suullista ja kirjallista osaamista.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä edistäviä tekijöitä liittyy hoitoon sitoutumiseen?
2. Mitä estäviä tekijöitä liittyy hoitoon sitoutumiseen?

### **4 Opinnäytetyön toteutus**

#### 4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Tämä opinnäytetyö on toteutettu soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, koska varsinaisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen vaaditaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta tulokset olisivat pitävät (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 6) Kirjallisuuskatsauksen ideana on kartoittaa tietystä aiheesta tutkimuksia ja tiivistää tutkimustulosten keskeisimmät tulokset (Salminen 2011.). Kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan siis kokonaiskuva siitä miten paljon aiheesta on tutkimuksia ja millä menetelmillä niitä on tutkittu (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 3). Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitetaan asettamalla tutkimuskysymykset, joiden perusteella haetaan tietoja eri tietokannoista määritetyillä hakusanoilla. Tiedonhaun ja sen seulonnan jälkeen valituista tutkimuksista kerätään oleellinen tieto, jotakin analyysimenetelmää käyttämällä. Viimeisenä vaiheena on synteetin tekeminen tuloksista. (Salminen 2011.)

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin olemassa olevan tiedon kartoittamisella. Teoria tiedon kartuttamiseen käytin tietokantoja Medic, EBSCO ja Ovid, sekä PubMed. Liitteistä löytyy taulukko tekemistäni tiedonhauista (Liite 1). Lisäksi käytin materiaalina kirjallisuutta, jota tuli esille prosessin aikana, sekä Googlen avulla saatuja tietoja. Lisäksi käytin opinnäytetyössä kuntoutusosaston omaa kirjallista materiaalia. Kaikki analyysissa käyttämäni tieto on kuitenkin peräisin tietokannoista.

#### 4.2 Aineiston keruu

Medic-hakukoneessa hain ensin sanoilla ”kuntouttava hoitotyö” joka ei antanut yhtään osumaa, jonka jälkeen käytin hakusanoina sanoja ”hoitomyyöntyyvyys OR hoitoon sitoutuminen” ja ”sitoutuminen” ja rajasin haun vuosiin 2004–2014. Koko tekstin tarkastelun jälkeen jäljelle ei jäänyt yhtään osumaa, joten Medic hakukoneesta ei tullut lopulliseen aineistoon yhtään osumaa. Tarkemmat tiedot tiedonhauista löytyvät liitteistä. (Liite 1)

EBSCO-hakukoneessa käytin ensimmäisessä haussa hakusanoina sanoja ”rehabilitation” AND ”patient compliance”. Rajasin hakua käyttäen rajauksia: ”full text, 2004–2014, publication: disability and rehabilitation, physical therapy ja clinical rehabilitation”. Toisessa haussa käytin hakusanoina ”patient compliance OR adherence AND nursing NOT medication” ja rajauksia ”full text, 2004–2014, English language ja adolescent”.

PubMed-hakukoneessa käytin hakusanoina sanoja "patient compliance OR adherence AND nursing" ja rajauksina "free full text, 10 years ja humans". Toisessa haussa käytin hakusanoina "patient compliance OR adherence AND child\* OR adolescent AND nursing" ja rajauksina "free full text, 10 years, humans ja English". Kolmannessa haussa käytin hakusanoina "patient compliance (Title) OR adherence (Title) AND child\* (Title) OR adolescent (Title) AND rehabilitation" ja rajauksina "free full text, 10 years, humans ja English". Näissäkin hauissa karsin pois tutkimukset jotka eivät täyttäneet opinnäytetyön tarkoitusta. Karsin esimerkiksi pois tutkimukset jotka koskivat vastasyntyneitä sekä lääkkeiden ottamiseen, ruokavalioon ja psykiatriaan liittyvät tutkimukset. Jätin myös pois tutkimukset, joissa vertailtiin iän vaikutusta hoitoon sitoutumiseen.

Ovid-hakukoneessa käytin hakusanoina "patient compliance OR adherence AND rehabilitation OR post-operative AND long-term illness OR chronic disease" rajauksina "year range from 2004 to 2014, humans, English language, Ovid full text available ja full text". Toisessa haussa käytin hakusanoina "patient compliance OR adherence AND rehabilitation OR post-operative AND long-term illness AND chronic disease". Kolmannessa haussa käytin hakusanoina "patient compliance OR adherence AND Nursing" ja rajauksina "year range from 2004 to 2014, humans, English language, Ovid full text available ja full text". Neljännessä haussa käytin hakusanoina "patient compliance (Title) OR adherence (Title) AND child\* (Title) OR adolescent (Title)" ja rajauksina "year range from 2004 to 2014, humans, English language, Ovid full text available ja full text"..Ovid-hakukoneella tekemistä hauissa rajasin pois myös tutkimukset jotka eivät täyttäneet opinnäytetyön tarkoitusta. Jätin pois esimerkiksi tutkimukset joissa käsiteltiin hoitoon sitoutumista hoitohenkilökunnan tai organisaation tasolla, sillä halusin työhön nimenomaan potilaan näkökulman.

Kun rajasin tutkimuksia tiivistelmän ja koko tekstin tarkastelussa rajasin pois tutkimukset, jotka eivät täyttäneet opinnäytetyön tavoitteita. Kaikkien hakutulosten tulisi olla hyödynnettävissä monitasokirurgisen potilaan kuntouttavaan hoitotyöhön, ja nimenomaan kuntoutukseen sitoutumisen parantamiseen. Täten jätin pois tutkimukset jotka koskivat psykiatria, vertailtiin naisten ja miesten eroja kuntoutuksessa ja tutkimukset joissa vertailtiin iän vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Samoin rajasin pois myös lääke ja HIV hoitoon sitoutumiseen liittyvät tutkimukset. Yhden lähteen rajasin pois myös, koska se ei täyttänyt tutkimuksen kriteerejä: lähteessä oli esitelty vain tutkimuksen tiivistelmä, jonka perusteella ei voitu arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Samoin rajasin

pois tutkimukset joissa käsiteltiin astma tai diabetes potilaiden hoitoon sitoutumista, sillä niiden hoito eroaa fyysisestä kuntoutuksesta paljon.

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tarkoituksena on kerätä vastauksia tutkimuskysymyksiin, erottaa aineistosta kaikista olennaisin ja aineistoon tarkempi tutustuminen (Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta 2014). Aineiston analyysiä ohjaavat tutkimuskysymykset eli mitä hoitoon sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä on olemassa. Koska useimmissa tutkimuksissa tekijät oli jaoteltu psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin, lähdin analysoimaan aineistoa niiden pohjalta. Loin kaksi taulukkoa, toinen edistäville tekijöille, toinen estäville tekijöille. Kumpaankin taulukkoon lisäsin psyykkisille, fyysisille, sosiaalisille ja ympäristöön liittyville tekijöille sarakkeet, joiden alle keräsin tutkimuksista niihin liittyviä tekijöitä. Osa tekijöistä olisi voinut sijoittaa kahteen tai useampaan eri sarakkeeseen, päädyin kuitenkin sijoittamaan käsitteet vain yhteen, mahdollisimman osuvaan sarakkeeseen. Analyysi taulukot ovat esitettyinä tulososiossa (Taulukko 1 ja 2). Valitsin analyysimenetelmän sen vuoksi, että aineisto oli jo valmiiksi kategorisoitu pienempiin osiin, jonka vuoksi en tarvinnut esimerkiksi induktiivista sisällön analyysia.

## 5 Tulokset

Tiedon haku tuotti yhteensä 29 tutkimusta. Tutkimuksissa oli mukana tutkittavia henkilöitä yhteensä 2264. Suurin osa tutkimuksista oli tehty Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa ja Australiassa. Kaikissa tutkimuksissa tutkittiin hoitoon sitoutumista, kuitenkin mukana oli useita eri näkökulmia. Monessa tutkimuksessa oli käsitelty sydänsairaiden hoitoon sitoutumista, mutta tutkimuksissa käsiteltiin myös muun muassa aivovamman saaneiden kuntoutukseen sitoutumista, kroonista niska- ja selkäkipua ja niveltulehdus kuntoutukseen sitoutumista. Vain yksi tutkimus käsiteli CP-vammaisten kuntoutukseen sitoutumista ja yksi tutkimus tetraplegia potilaiden hoitoon sitoutumista. Suurin osa tutkimuksista käsiteli aikuisten hoitoon sitoutumista, ja vain seitsemässä tutkimuksessa oli mukana lapsia ja nuoria, joista viisi tutkimusta koski ainoastaan lapsia ja nuoria. Kaikki tutkimukset olivat tehty aikavälillä 2004–2014. Tarkemmat yksityiskohdat tutkimuksista on esitetty liitteissä. (Liite 2)

Tutkimuksissa oli käytetty erilaisia tutkimusmenetelmiä, useimmin kuitenkin aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla ja analysoitiin tilastollisella analyysillä. Mukana oli kuitenkin myös laadullisia tutkimuksia, tutkimusasetelmia ja havainnointia käyttäviä tutkimuksia.

Tutkimuksissa käsiteltiin hoitoon sitoutumista laajasti, monista eri näkökulmista, kaikissa tutkimuksissa oli kuitenkin mukana potilaan näkökulma. Tutkimuksissa tunnistettiin monia erilaisia hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Osassa tutkimuksista käytiin läpi vain hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä, osassa sekä estäviä, että edistäviä tekijöitä. Monessa tutkimuksessa hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät oli jaettu henkilökohtaisiin eli psyykkisiin ja ympäristöön liittyviin eli sosiaalisiin tekijöihin, lisäksi joissakin tutkimuksissa oli mukana myös fyysiset tekijät. Tutkimuksissa on mukana myös tutkimusasetelmatutkimuksia, joissa interventio ryhmä sai esimerkiksi jonkinlaista motiivointia, kuten motivoivaa keskustelua.

Tutkimuksissa tutkittiin myös perheenjäsenten, kotiharjoitusten ja intervention, sekä asenteiden ja sosiaalisen tuen vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi tutkimuksissa pyrittiin tunnistamaan potilaiden ominaisuuksia, joilla olisi vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Tutkimuksissa tutkittiin myös yhteistyösuhteen ja depression yhteyttä hoitoon sitoutumiseen. Muutamassa tutkimuksessa tutkittiin onko tavoitteiden asettamisella vaikutusta hoitoon sitoutumiseen, ja yhdessä tutkimuksessa tutkittiin miten kuntoutuksen keskeyttäjät eroavat niistä jotka jatkavat kuntoutusta.

## 5.1 Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät

Aineiston perusteella hoitoon sitoutumista edistävät tekijät voidaan jakaa psyykkisiin tekijöihin, fyysisiin tekijöihin, sosiaalisiin tekijöihin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin. Kaikki hoitoon sitoutumista edistävät tekijät on esitetty liitteissä (Liite 3).

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia edistäviä psyykkisiä tekijöitä tutkittiin useassa eri tutkimuksessa. Tutkimuksissa tuli esille käsitteitä kuten pystyvyys, voimaantuminen ja motivaatio. Potilaan tyytyväisyys hoitoon ja positiivinen kuva itsestä parantavat hoitoon sitoutumista. Tutkimusten mukaan myös tavoitteiden asettaminen parantaa hoitoon sitoutumista, vaikkakin osa tutkimuksista sai tuloksia, joiden mukaan tavoitteiden asettaminen ei parantaisi merkittävästi hoitoon sitoutumista. Myös potilaat jotka saivat riit-

tävästi tietoa sairaudestaan ja kuntoutuksen tarkoituksista ja päämääristä, sitoutuivat paremmin hoitoonsa. Kahden tutkimuksen mukaan myös motivoiva ja tietoa antava kirje, joka lähetettiin potilaille ennen kuntoutuksen alkua, paransi potilaiden sitoutumista kuntoutusohjelmaan. Yhden tutkimuksen mukaan myös se, että potilas sai itse päättää osallistuuko ohjelmaan, vaikutti hoitoon sitoutumiseen. Psykologisia muita kuntoutukseen sitoutumiseen mahdollistavia tekijöitä olivat esimerkiksi itsetunto, onnistuneisuuden tunne ja nautinto. Lapsen ja nuoren motivaatiota korostettiin lapsia ja nuoria koskevissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa lapsille oli tärkeää nähdä ja tuntea fysioterapian hyödyt, jolloin hoitoon sitoutuminen oli parempaa.

Fyysisiä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat kuntoutuksella saadut fyysiset hyödyt, kuten oireiden helpottaminen, lisääntynyt virkeys ja painon lasku. Hyvä fyysinen kunto ja tarvittavat kyvyt kuntoutukseen olivat myös hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä. Hoitoon sitoutumista edisti myös jos potilaalla oli ennen kuntoutuksen alkamista vakiintuneet liikunta tottumukset ja fyysinen hyvä kunto.

Sosiaalisia hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä, mainittiin useita, kuten perheenjäsenten sekä ystävien apu ja tuki. Positiivisen palautteen antaminen, kannustaminen ja potilaan kanssa yhdessä tekeminen mainittiin myös, niin lapsia kuin aikuisia koskevissa tutkimuksissa. Tuen saaminen ja hyvä yhteistyösuhde hoitohenkilökunnan kanssa oli myös hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä. Hoitohenkilökunnan tuen lisäksi muistutusten antaminen koettiin tutkimusten mukaan hoitoon sitoutumista parantavaksi tekijäksi. Muita sosiaalisia hoitoon sitoutumista mahdollistavia tekijöitä olivat nautinto liikkua muiden kanssa ja työn joustavuus.

Ympäristöön liittyviä hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä olivat kuntoutuksen tai harjoitusten laatu ja määrä. Esimerkiksi useita tutkimuksia oli tehty siitä vaikuttaako kotiharjoitusohjelmat hoitoon sitoutumiseen, ja nämä tutkimukset viittaavat siihen suuntaan, että harjoitusten tekeminen koti-oloissa lisää hoitoon sitoutumista. Myös jos harjoitukset olivat yksinkertaisia ja niitä oli sopiva määrä, auttoi se sitoutumaan harjoitusten tekemiseen. Tutkimusten mukaan myös sellaiset harjoitukset jotka olivat helppo aloittaa, auttoivat sitoutumaan hoitoon. Osassa tutkimuksissa taas tutkittiin miten joku apuväline, kuten DVD:n käyttö vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. DVD:n käyttö koettiin tutkimusten mukaan hyödylliseksi, sillä se auttoi visuaalisesti ja sanallisesti harjoitusten tekemisessä, sekä auttoi heitä aloittamaan harjoitukset. Yhdessä tutkimuksessa taas kuntoutusohjelmaan osallistujat tekivät kirjallisen sopimuksen, joka auttoi heitä sitou-



tumaan hoitoon paremmin. Monessa tutkimuksessa mainittiin myös hoitohenkilöstön soittamat puhelut potilaille, auttavan hoitoon sitoutumisessa. Ja yhdessä tutkimuksessa kokeiltiin jopa psykoterapian vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Kyseisen tutkimuksen mukaan psykoterapialla voidaan parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista. Ympäristöön liittyviä muita mahdollistavia tekijöitä olivat alhainen hinta, kuljetus mahdollisuudet ja mahdollisuus kuntoiluvälineisiin.

Nuoria koskevista tutkimuksista yhdessä hyödynnettiin psykologin asiantuntemusta nuorten hoitoon sitoutumisen parantamisessa. Tutkimuksessa nuoret tapasivat 3-5 kertaa viikossa psykologia, lisäksi psykologi antoi hoitohenkilökunnalle kirjalliset ohjeet kuinka tukea nuoria hoidossa. Psykologi auttoi nuoria löytämään selviytymiskeinoja, kuten rajaamaan negatiivisia ajatuksia ja opettelemaan sopivia reagoititapoja. Nuoret oppivat psykologin avustuksella tunteiden hallintaa ja saivat viikoittaisen palautteen hoitoon sitoutumisestaan. Hyvästä hoitoon sitoutumisesta nuoret palkittiin. Psykologin ohjeita hoitohenkilökunnalle olivat nuoren kannustaminen, johdonmukaisen aikataulun pitäminen ja varoittaminen aikataulun muutoksista. Hoitohenkilökunnalle annettiin ohjeeksi myös olla välittämättä epäsovivista kommentteista, ilmoittamaan vaatimukset selkeästi ja tekemällä ympäristö ennustettavaksi. Hoitohenkilökuntaa ohjattiin käyttämään johdonmukaisia rajoja ja psykologi antoi työvälineitä potilaiden tunteiden käsitte-lyyn. Tutkimuksen nuorilla hoitoon sitoutuminen parani jopa 60 %.

## 5.2 Hoitoon sitoutumista estävät tekijät

Myös hoitoon sitoutumista estävät tekijät voidaan tutkimusten perusteella jakaa psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja ympäristö tekijöihin. Kaikki hoitoon sitoutumista estävät tekijät on esitetty liitteissä (Liite 4).

Psyykkisiä hoitoon sitoutumista estävistä tekijöistä masennus, ja sen oireet kuten ahdistus olivat merkittävimpiä hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä. Muita psykologisia estäviä tekijöitä olivat muun muassa asenteet, uskomukset, epävarmuus, omat toiveet kuntoutumisesta ja lopputuloksesta sekä motivaatio. Jos potilas ei saa päättää omasta hoidostaan tai tavoitteistaan, huonontaa myös se hoitoon sitoutumista. Tiedon puute, ja sitä kautta ymmärtämättömyys omasta hoidostaan, mainittiin useassa eri tutkimuksessa hoitoon sitoutumista estäväksi tekijäksi.

Fyysisiä hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä olivat fyysiset oireet kuten kipu, turvotus ja vammat tai muut sairaudet. Tutkimuksista tuli myös esille, että jos potilas ei tuntenut mitään fyysisiä terveysvaikutuksia kuntoutuksessa, oli hänen vaikeampi sitoutua hoitoonsa. Joillakin väsymys, unohtelu tai harjoitusten fyysiset vaatimukset saattoivat heikentää hoitoon sitoutumista.

Sosiaalisista esteistä mainittiin tuen puute, sosiaaliset vaatimukset ja vastuut kilpailevista rooleista. Tutkimuksista tuli esille myös, että kuntoutuksen, harjoittelun tai fysioterapian ajankulutus oli estäviä tekijöitä hoitoon sitoutumisessa. Huoltajien stressin ja ongelmien määrä oli myös yhteydessä huonompaan hoitoon sitoutumiseen. Myös hoidon pituus vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen, pitkään kuntoutumiseen oli vaikeampi sitoutua. Myös vaikeudet sisällyttää ohjelma päivittäisiin toimintoihin mainittiin.

Ympäristöön liittyviä esteitä olivat sopivien tilojen puute, hinta ja ympäristön olosuhteet, kuten sää. Muita ympäristöön liittyviä hoitoon sitoutumisen esteitä olivat esimerkiksi huonot välineet tai niiden huono saatavuus, harjoitusten monimutkaisuus tai liiallinen rutiinimaisuus.

Pelkästään lapsia ja nuoria koskevissa tutkimuksissa tuli esille se, että fysioterapia vei aikaa muulta toiminnalta, kuten kavereilta ja vapaa-ajalta ja se, että fysioterapia rajoitti lasten ja nuorten mielestä heidän elämäänsä liikaa. Lapset kokivat myös, että oli liian hankalaa mennä kavereille yökylään, sillä tarvittavien laitteiden määrä oli suuri kuljetettavaksi mukana, ja oli heidän mielestään noloa tehdä harjoituksia kavereiden edessä. Lapset ja nuoret olivat yhdessä tutkimuksessa myös sitä mieltä, että harjoitusten teko oli tylsää. Lapsia ja nuoria koskevissa tutkimuksissa mainittiin hoitoon sitoutumista estäviksi tekijöiksi myös väsymys, hoidon kipu ja epämukavuus. Lasten ja nuorten kohdalla hoitoon sitoutumiseen vaikutti myös perheen sisäiset tekijät kuten perheen ongelmat ja stressi.

## **6 Pohdinta**

### **6.1 Tulosten tarkastelu**

Hoitoon sitoutumista on tutkittu paljon. Paljon tutkimuksia oli tehty sydän-verisuonipotilaiden kuntoutukseen, diabetes potilaiden ja kroonisten niska-selkä sairaiden hoitoon sitoutumisesta. Lääkehoitoon sitoutumisesta oli tehty myös runsaasti tutkimuksia. Suurin osa tutkimuksista koski aikuisten potilaiden hoitoon sitoutumista ja lapsia ja nuoria koskevia hoitoon sitoutumiseen liittyviä tutkimuksia oli tehty koskien lähinnä diabetes ja astma potilaita. Joitakin yksittäisiä tutkimuksia löytyi koskien muitakin sairauksia, joista muutama on mukana opinnäytetyössä. Opinnäytetyöstä jätin kuitenkin pois tutkimukset jotka koskivat lääkehoitoon, astmaan tai diabeteksen hoitoon sitoutumista, sillä ne poikkeavat suuresti monitasokirurgisen potilaan fyysiseen kuntoutukseen painottuvasta hoitoon sitoutumisesta.

Valitsin tutkimukset siis sen perusteella miten ne voidaan yhdistää monitasokirurgisen potilaan kuntoutukseen sitoutumiseen. Siksi siis tutkimuksissa painotetaan potilaiden fyysiseen kuntoutukseen sitoutumiseen liittyviä tekijöitä. Vaikkakin suurin osa tutkimuksista koskee aikuisten hoitoon sitoutumista, voidaan tutkimuksia kuitenkin hyödyntää lasten ja etenkin nuorten kohdalla. Huomioiden kuitenkin lasten ja nuorten kohdalla, että perheellä on suurempi merkitys, kuin jos puhutaan aikuisten hoitoon sitoutumisesta.

Kirjallisuudessa ja opinnäytetyön tutkimuksissa tuli esille hyvin samankaltaista tietoa hoitoon sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Molemmissa tuli esille, että ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat niin ihmisen sisäiset kuin ulkoisetkin tekijät. Ei siis ole olemassa yhtä tiettyä asiaa joka vaikuttaisi hoitoon sitoutumiseen ylitse muiden, vaan hoitoon sitoutuminen on aina yksilöllinen kokonaisuus. Niin kirjallisuudessa kuin tutkimuksissa tuli esille runsaasti erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen. Myös Kyngäs ja Hentinen (2008: 26–28) jakoivat hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin, ja niiden voimavaroihin, joita tukemalla voidaan parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. Kyngäs ja Hentinen (2008: 26–28.) kutsuvat sitä voimaantumiseksi, mikä tuli käsitteenä esille myös tutkimuksissa.

Useassa tutkimuksessa mainittiin, että perheen ja läheisten tuki vaikuttavat edistävästi potilaan hoitoon sitoutumiseen. Perheen olisi hyvä olla jollain tavalla mukana potilaan hoidossa, vaikka vain kannustamassa. Myös kirjallisuudessa perheen merkitystä hoitoon sitoutumisessa korostettiin (Kyngäs – Hentinen 2008: 129–130). Toinen tekijä joka mainittiin useassa tutkimuksessa, oli ajan merkitys. Koska ihmiset katsoivat tutkimus-

ten mukaan, että heillä ei ollut tarpeeksi aikaa kuntoutukseen, oli kuntoutuksen liittäminen osaksi päivittäisiä toimintoja tärkeää. Kolmas asia joka mainittiin tutkimuksissa useasti, oli että potilaalla tulisi olla mahdollisimman paljon vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoon liittyen, jotta hoitoon sitoutuminen olisi mahdollisimman hyvää. Tämänkin asian tärkeyden tuovat esille myös Kyngäs ja Hentinen (2008: 131–132). Neljäs asia joka mainittiin tutkimuksissa, oli seurannan, valvonnan ja ohjauksen merkitys hoitoon sitoutumiseen. Olisi hyvä jos terveydenhuoltohenkilöstö seuraisi ja valvoisi potilaan kuntoutusprosessia säännöllisesti, sekä antaisi ohjausta ja palautetta prosessista. Tämä siksi, että tutkimusten mukaan potilas haluaa varmistusta siitä, että tekee asiat oikein ja haluaa palautetta ja ohjausta prosessin kuluessa, mikä parantaa hoitoon sitoutumista.

Potilaan hoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa hoitotyöllä tukemalla potilaan yksilöllisyyttä ja luomalla hyvä vuorovaikutus suhde hoitajan ja potilaan välille. Hyvä luottamussuhde hoitohenkilökunnan kanssa luo potilaalle turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitoon. Potilaan sitoutumista hoitoon voidaan lisätä vastaamalla potilaan kysymyksiin, antamalla selkeitä ohjeita ja selvittämällä potilaalle hoidon tarkoitus ja hyödyt. Tietoisuus hoidosta auttaa potilasta ymmärtämään oman roolin hoidossa tai kuntoutuksessa, mikä lisää potilaan sitoutumista hoitoon. Potilaan tietoutta voidaan lisätä lähettämällä materiaalia etukäteen potilaalle, mikä auttaa häntä tiedon prosessoinnissa ja kysymysten miettimisessä jo etukäteen. Potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta on myös tärkeää, että osastolla on riittävästi koulutettua henkilökuntaa. Hoitoon sitoutumisen kannalta on myös tärkeää potilaan motivoiminen, voimaantuminen ja pystyvyyden tukeminen.

Potilaan tulisi itse saada osallistua harjoitusohjelman tekemiseen ja esimerkiksi valita harjoitukset tietyistä vaihtoehdoista. Harjoitusten tulisi olla mahdollisimman kiinnostavia, sopivasti haastavia ja yhteydessä tavoitteisiin ja päämääriin. Potilaan tulisi itse saada osallistua tavoitteiden asettamiseen. Jos potilas tuntee hoidon vaikuttavuuden, on hänen helpompi sitoutua hoitoon, täten potilasta tulisi muistuttaa edistymisestään ja, että hän edistyy kuntoutumisessaan. Positiivinen palaute, arviointi ja valvonta edistävät myös potilaan hoitoon sitoutumista. Harjoitusten yhdistäminen päivittäisiin toimintoihin auttaa sitoutumaan hoitoon, mutta on muistettava, että liiallinen rutiinomaisuus voi olla myös hoitoon sitoutumista estävä tekijä.

Potilaalle on tärkeää antaa runsaasti positiivista palautetta kuntoutumisestaan, mutta potilaalle on myös annettava palautteen antamisen mahdollisuus. Palautteen antamisen mahdollisuus lisää potilaan tunnetta siitä, että voi itse vaikuttaa omaan hoitoonsa. Tutkimusten mukaan myös tarkoituksen mukainen motivointi, käyttämällä esimerkiksi psykologin osaamista kasvattaa potilaan hoitoon sitoutumista hoitoon huomattavasti.

Lasten ja nuorten hoitoon sitoutumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että perhe sitoutuu myös hoitoon. Tutkimuksissa ei tullut suoranaisesti esille tekijöitä, joilla perheen sitoutumista hoitoon voidaan tukea. Kuitenkin perheen sisäisillä tekijöillä on suuri merkitys lasten ja nuorten hoitoon sitoutumisella. Tutkimuksien perusteella voidaan kuitenkin päätellä joitakin tekijöitä, joilla perheen sitoutumista hoitoon voidaan parantaa. Perheen sisäisillä tekijöillä kuten suhteiden laadulla on merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Esimerkiksi perheen sisäiset ristiriidat ja perheenjäsenten stressi huonontavat hoitoon sitoutumista. Näin ollen perheen hoitoon sitoutumista voidaan parantaa selvittämällä perheenjäsenten välisiä ristiriitoja ja parantamalla perheen sisäisiä suhteita. Minimoimalla myös kaikkia stressiä aiheuttavia tekijöitä voidaan parantaa perheen sitoutumista hoitoon. Perheen tasapainoa painottivat myös Kyngäs ja Hentinen (2008: 129–130). Niin kuin potilas, myös perhe tarvitsee tietoa potilaan hoidosta. Tieto lisää ymmärrystä hoitoon ja näin ollen myös motivaatiota potilaan tukemiseen. Perheen tietoutta ja tukemista voidaan lisätä esimerkiksi vertaistuen avulla, jos sitä on saatavilla. Vertaistuen avulla perhe saa tietoa ja vinkkejä muilta, jotka ovat olleet vastaavassa tilanteessa.

Vaikka tutkimustietoa hoitoon sitoutumisesta on paljon lasten ja nuorten näkökulma fyysisestä kuntoutukseen sitoutumisesta puuttuu lähes kokonaan, ja kokonaan puuttuu näkökulma monitasokirurgisen potilaan kuntoutukseen sitoutumisesta. Näistä pitäisi tehdä lisää tutkimusta, jolloin saataisiin kohdennettua tietoa juuri fyysiseen ja monitasokirurgisen potilaan kuntoutukseen liittyvistä tekijöistä.

## 6.2 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön on toteutettu käyttäen hyviä ja eettisesti hyväksyttäviä tieteellisiä toimintatapoja ja menetelmiä. Eettisyys ja hyvä tieteellinen käytäntö kuuluvat yhteen (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132). Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että työtä tehdessä on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten esimerkiksi rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Hyvään tieteelliseen käyt-

täntöön kuuluu myös, että tutkimusta tehdessä on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, sekä että julkaisussa on huomioitu avoimuus. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että kaikille tutkimukseen osallistujille annetaan asiaan kuuluva arvo ja merkitys. Edelleen hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti, sekä, että tutkimuksen tekijöiden asema, oikeudet, osuus, vastuut ja velvollisuudet, sekä tutkimustulosten omistajuus on ennalta määritelty ja kirjattu. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tutkimuksen rahoittaja ja sidonnaisuudet kerrotaan tuloksia raportoitaessa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132–133.)

Tässä työssä hyvän tieteellisen käytäntö on toteutunut. Kaikki vaiheet on tehty ja merkitty huolellisesti ja rehellisesti sekä lähteet on merkitty asiaan kuuluvalla tavalla. Opinnäytetyöllä ei ole ollut rahoittajia eikä sidonnaisuuksia, jotka ovat yksi työn eettisyyttä ja luotettavuutta lisääviä tekijöitä. Opinnäytetyön raportti tuloksista tullaan toimittamaan yhteistyöosastolle sekä hankkeelle. Lisäksi opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään toimittamalla Lasten ja nuorten sairaalalle A3-kokoinen posterit opinnäytetyön keskeisistä tuloksista. Lisäksi valmis ja hyväksytty opinnäytetyö tullaan tallentamaan Theseus-tietokantaan, kaikkien saataville.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena, vaikkakin on olemassa erilaisia tutkimuksen arviointimenetelmiä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida käsitteiden reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa on mitattu sitä mitä on luvattu. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tutkimus on toistettavissa. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös arvioida onko tutkija pystynyt tekemään tutkimuksen puolueettomasti, eli onko hän pystynyt esimerkiksi omista mielipiteistään, asenteistaan ja asemastaan riippumatta tekemään tutkimuksen objektiivisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134–140.)

Suurin osa tutkimuksista käsitteli aikuisten hoitoon sitoutumista, ja vaikka mielestäni tuloksia voidaan hyödyntää myös lasten ja nuorten hoitoon sitoutumisessa, voidaan kuitenkin todeta, että tulosten luotettavuus ei ole sama kuin jos tutkimukset olisivat käsitelleet pelkästään lapsia ja nuoria. Toiseksi vain yhdessä tutkimuksessa käsiteltiin CP-vammaisten hoitoon sitoutumista ja yhtäkään tutkimusta ei löytynyt nimenomaan monitasokirurgisen potilaan hoitoon sitoutumisesta, opinnäytetyön luotettavuus kärsii luonnollisesti myös siitä.

Toisaalta vaikka tutkimuksissa löytyikin osittain ristiriitaisia tuloksia, kuitenkin tulokset olivat suurimmaksi osaksi yhteneväisiä tutkittavien sairauksista huolimatta, katson, että niitä voidaan myös hyödyntää mietittäessä lasten ja nuorten hoitoon sitoutumista monitasokirurgisen leikkauksen jälkeen. Vaikka voidaan todeta, että lasten ja nuorten hoitoon sitoutumisessa perheellä on voimakkaampi vaikutus hoitoon sitoutumisessa. Toisena perusteena tutkimusvalinnalle oli, että kaikki mukana olevat tutkimukset käsittelevät fyysiseen hoitoon sitoutumista, mitä monitasokirurgisen potilaan kuntoutus suurimmaksi osaksi on.

### 6.3 Tulosten hyödynnettävyys ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kaikkien fyysiseen kuntoutukseen sitoutumiseen, vaikka opinnäytetyö onkin tehty lasten ja nuorten osastolle. Erityisesti opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää lasten ja nuorten hoitoon sitoutumisessa.

Tutkimus jossa hyödynnettiin psykologin ammattitaitoa nuorten kuntoutuksessa, oli merkittävin tutkimuslöydös, suurin osa tutkimuksista tuki aiempaa teoretietoa. Vaikka-kin osastoilla on yleensä mahdollisuus psykologin käyttöön, sitä ei kuitenkaan hyödynnetä systemaattisesti. Varsinkin pitkässä ja raskaassa kuntoutuksessa psykologin mukaan ottaminen koko prosessiin voisi merkittävästi parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista ja samalla tehostaa resurssien käyttöä. Kyngäs ja Hentinen (2008: 126–129) suosittelivat myös psykiatrisenhenkilökunnan käyttöä hoitoon sitoutumisen edistämiseksi.

### 6.4 Oma prosessi

Hoitoon sitoutumisesta löytyi paljon aineistoa ja sen läpi käyminen oli pitkä prosessi. Prosessia vaikeutti se, että monitasokirurgisen potilaan hoitoon sitoutumisesta ei löytynyt yhtään tutkimusta, joten piti päättää mitkä tutkimukset voidaan yleistää monitasokirurgisen potilaan kuntoutukseen sitoutumiseen. Lisäksi piti tehdä päätös ottaako opinnäytetyöhön mukaan ollenkaan aikuisia koskevia hoitoon sitoutumista koskevia tutkimuksia.

Lopulta päädyin ottamaan opinnäytetyöhön mukaan myös aikuisia koskevat tutkimukset, sillä niitä voidaan yleistää tietyllä varauksella myös nuorten hoitoon sitoutumiseen.

liittyviin asioihin. Päätin rajata tutkimukset koskemaan fyysistä kuntotutumista, sillä monitasokirurgisen potilaan kuntoutus painottuu paljon juuri fyysiseen kuntoutumiseen. Sen vuoksi jätin opinnäytetyöstä pois tutkimukset jotka koskivat esimerkiksi lääkehoitoa, diabetesta ja astmaa, joista olisi löytynyt tutkimuksia myös lasten ja nuorten hoitoon sitoutumisesta.



## Lähteet

Angelis, Carla – Bunker, Steve – Adrian, Schoo 2008. Exploring the barriers and enablers to attendance at rural cardiac rehabilitation programs. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1d97f631-0e4e-4729-aa52-06e5fbaf01b9%40sessionmgr4005&vid=4&hid=4104>>. Luettu 1.8.2014.

Alavi, Mousa – Irajpour, Alireza – Giles, Tracey – Rabiei, Katayoun – Sarrafzadegan, Nizal 2013. Barriers to education in cardiac rehabilitation within an Iranian society: A qualitative descriptive study. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=68975dbd-8ceb-4eda-a506-e3823c7e8a6f%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 1.8.2014.

Autti-Rämö, Ilona 2006. CP vamma. Vernerinet: Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Verkkodokumentti. <<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/diagnoosit/cp-vamma.html>>. Luettu 28.10.2013.

Autti-Rämö, Ilona 2009. Lapsen ja nuoren kuntoutus. Duodecim Oppikirjat: Fysiatria. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04498&p\\_selaus=16599](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04498&p_selaus=16599)>. Luettu 22.10.2013.

Autti-Rämö, Ilona – Komulainen, Jorma 2013. Kuntoutus perustuu tietoon – kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=85900559935B8CCAF8D99E5CAF388697?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10857](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=85900559935B8CCAF8D99E5CAF388697?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10857)>. Luettu 11.10.2013.

Bassett, Sandra – Prapavessis, Harry 2007. Home-based physical therapy intervention with adherence-enhancing strategies versus clinic-based management for patients with ankle sprains. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&si>

d=1d97f631-0e4e-4729-aa52-06e5fbaf01b9%40sessionmgr4005&hid=4104>. Luettu 2.8.2014.

Coppack, Russell – Kristensen, Jakob – Karageorghis, Costas 2012. Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=a66871f6-8c78-438d-8b7a-284be255cc17%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 4.8.2014.

Escolar-Reina, Pilar – Medina-Mirapeix, Francesc – Gascon-canovas, Juan – Montilla-Herrador, Joaquina – Jimeno-Serrano, Francisco – Oliveira Sousa, Silvana – Bano-Aledo, Elena – Lomas-Vega, Rafael 2010. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847560/>>. Luettu 1.8.2014.

George, Maureen – Rand-Giovannetti, Devin – Eakin, Michelle – Borrelli, Belinda – Zettler, Meslissa – Riekert, Kristin 2010. Perceptions of barriers and facilitators: self management decisions by older adolescents and adult with CF. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S156919931000130X>>. Luettu 2.8.2014.

Gorski, Jo Anne – Slifer, Keith – Townsend, Vanessa – Kelly-Suttka, Jennifer – Amari, Adrianna 2005. Behavioural treatment of non-compliance in adolescents with newly acquired spinal cord injuries. Verkkodokumentti. <<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3833f75a-1737-4bac-9e4b-7f4f2efedc7d%40sessionmgr114&hid=122>>. Luettu 4.8.2014.

Grindley, Emma – Zizzi, Samuel – Nasypany, Alan 2008. Use of protection motivation theory, affect, and barriers to understand and predict adherence to outpatient rehabilitation. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=a66871f6-8c78-438d-8b7a-284be255cc17%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 2.8.2014.

Hallanaro, Lotta – Rovamo, Emilia – Salmela, Tiina 2011. CP-vammaisten nuorten toimintakyvyn muutos monitasokirurgisen toimenpiteen jälkeen. Otaniemi: Laurean ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Verkkodokumentti. <<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35566/Hallanaro%20Lotta%20Rovamo%20Emilia%20Salmela%20Tiina.pdf?sequence=1>>. Luettu 28.10.2013.

Hasset, Leanne – Tate, Robyn – Moseley, Anne – Gillett, Lauren 2011. Injury severity, age and pre-injury exercise history predict adherence to a home-based exercise programme in adults with traumatic brain injury. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0d38d5e5-58e8-414e-a3a2-43eab9f295c4%40sessionmgr4002&hid=4104>>. Luettu 2.8.2014.

Heimonen, Sirkkaliisa – Voutilainen, Päivi (toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Kirjayhtymä.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Kang, Hyun Sook – Ferrans, Carol Estwing, Kim, Mi Ja – Kim, Jong Im – Lee, Eun-Ok 2007. Aquatic exercise in older Korean women with arthritis: identifying barriers to and facilitators of long-term adherence. Verkkodokumentti. <<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mesz,ovrn,jbi,iifp,iitp,lopi,bfmp,trfa,idft,yrovft,ovft&AN=00004827-200707000-00008&PDF=y>>. Luettu 3.8.2014.

Khalil, Hanan – Quinn, Lori – Van Deursen, Robert – Martin, Richard – Rosser, Anne – Busse, Monica 2012. Adherence to Use of a Home-Based Exercise DVD in People With Huntington Disease: Participants' Perspectives. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=68975dbd-8ceb-4eda-a506-e3823c7e8a6f%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 1.8.2014.

Koivikko, Matti – Sipari, Salla 2006. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Valkeakoski: Vajaaliikkeisten Kunto ry.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen Ky 2010. Kuntouttava hoitotyö. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01138](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138)>. Luettu 11.10.2013.

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kåringen, Ingunn – Dysvik, Elin – Furnes, Bodil 2011. The elderly stroke patient ' s long-term adherence to physiotherapy home exercises. Verkkodokumentti.  
<<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=a66871f6-8c78-438d-8b7a-284be255cc17%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 3.8.2014.

Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta 2014. Kajaanin ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyöpakki. Verkkodokumentti.  
<<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLaadAnalyysi.aspx>>. Luettu 5.10.2014.

L14 Kuntoutusosasto. HUS. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti.  
<<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lastenlinna/yksikot/L14/Sivut/default.aspx>>. Luettu 24.9.2013.

Lindström, Marita – Siltanen, Kirsi – Ikonen, Päivi – Noutere, Sarianne. Monitasokirurgisen leikkauksen jälkeinen kuntoutus. Osaston tekemä kirjallinen materiaali. Helsinki Lastenlinna. Kuntoutusosasto L14.

Little, Anne – Lewis, Kiara 2006. Influences on long-term exercise adherence in older patients with cardiac disease. Verkkodokumentti.  
<<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=1d97f631-0e4e-4729-aa52-06e5fbaf01b9%40sessionmgr4005&hid=4104>>. Luettu 2.8.2014.

Mannion, Anne – Helbling, Daniel – Pulkovski, Natascha – Sprott, Haiko 2009. Spinal segmental stabilisation exercises for chronic low back pain: programme adherence and its influence on clinical outcome. Verkkodokumentti. <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00586-009-1093-7#page-1>>. Luettu 1.8.2014.

Medina-Mirapeix, Francesc – Escolar-Reina, Pilar – Gascón- Cánovas, Juan – Montilla-Herrador, Joaquina – Jimeno-Serrano, Francisco – Collins, Sean 2009. Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study. Verkkodokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/155>>. Luettu 18.2014.

Mitä monitasokirurgia on Lasten ja nuortensairaalassa. Osaston tekemä kirjallinen materiaali: Helsinki: Lastenlinna. Kuntoutusosasto L14.

Millen, Jennifer – Bray, Steven 2009. Promoting self-efficacy and outcome expectations to enable adherence to resistance training after cardiac rehabilitation. Verkkodokumentti. <<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mesz,ovrn,jbi,iifp,iitp,lopi,bfmp,trfa,idft,yrovft,ovft&AN=00005082-200907000-00010&PDF=y>>. Luettu.3.8.2014.

Modi, Avani – Crosby, Lori – Guilfoyle, Shanna – Lemanek, Kathleen – Witherspoon, Dawn – Mitchell, Monica 2009. Barriers to treatment adherence for pediatric patients with sickle cell disease and their families. Verkkodokumentti. <<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=3833f75a-1737-4bac-9e4b-7f4f2efedc7d%40sessionmgr114&hid=122>>. Luettu 4.8.2014.

Mudge, Alison – Adsett, Julie 2013. Factors predicting successful transition to community-based maintenance exercise programs following exercise rehabilitation. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=1d97f631-0e4e-4729-aa52-06e5fbaf01b9%40sessionmgr4005&hid=4104>>. Luettu 2.8.2014.

Mönkkönen; Kaarina 2007. Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Olaleye, Omowumni – Suddick, Kitty 2012. A study of perceived factors affecting patients' participation in outpatient stroke physiotherapy exercise in Nigeria. Verkkodokumentti.

<<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=68975dbd-8ceb-4eda-a506-e3823c7e8a6f%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 1.8.2014.

Rimmer, James – Wang, Edward – Smith, Donald 2008. Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=68975dbd-8ceb-4eda-a506-e3823c7e8a6f%40sessionmgr4004&vid=14&hid=4104>>. Luettu 1.8.2014.

Rone-Adams, Shari – Stern, Debra – Walker, Vicki 2004. Stress and compliance with a home exercise program among caregivers of children with disabilities. Verkkodokumentti.

<[http://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2004/01630/Stress\\_and\\_Compliance\\_with\\_a\\_Home\\_Exercise\\_Program.2.aspx](http://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2004/01630/Stress_and_Compliance_with_a_Home_Exercise_Program.2.aspx)>. Luettu 1.8.2014.

Rosland, Ann-Marie – Heisler, Michele – Choi, HwaJung – Silveira, Maria – Piette, John 2010. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: Do family members hinder as much as they help? Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712767/>>. Luettu 1.8.2014

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Verkkodokumentti. <[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)>. Luettu 23.9.2014.

Salmela, Marja 2013. Tulevaisuus Lasten Erikoissairaanhoidossa – TuLe –hanke. Dia-sarja. Metropolia: Tuubi.

Schönberger, Michael – Humle, Frank – Teasdale, Thomas 2006. Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=a66871f6-8c78-438d-8b7a-284be255cc17%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 3.8.2014.

Shang, Jingjing – Wenzel, Jennifer – Krumm, Sharon – Griffith, Kathleen – Stewart, Kerry 2012. Who will drop out and who will drop in, exercise adherence in a RCT among patients receiving active cancer treatment. Verkkodokumentti. <<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.metropolia.fi/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mesz,ovrn,jbi,iifp,iitp,lopi,bfmp,trfa,idft,yrovft,ovft&AN=00002820-201207000-00009&PDF=y>>. Luettu 4.8.2014.

Sillanpää, Matti – Herrgård, Eila – Iivanainen, Matti – Koivikko, Matti – Rantala, Heikki (toim.) 2004. Lastenneurologia. Helsinki: Duodecim.

Spernak, Stephanie – Moore, Philip – Hamm, Larry 2007. Depression, constructive thinking and patient satisfaction in cardiac treatment adherence. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=68975dbd-8ceb-4eda-a506-e3823c7e8a6f%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 1.8.2014.

Suomen CP-liitto Ry: CP-VAMMA. Verkkodokumentti. <<http://www.cp-liitto.fi/>>. Luettu 26.10.2013.

Suvikas, Annukka – Laurell, Leena – Nordman, Pia 2013. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Taylor, Nicholas – Dodd, Helen – McBurney, Helen – Grahamb, Kerr 2004. Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy. Verkkodokumentti. <[http://ac.els-cdn.com/S0031940604000434/1-s2.0-S0031940604000434-main.pdf?\\_tid=478ab36c-40c4-11e4-9735-00000aacb35e&acdnat=1411217428\\_1f41eca0e32ab9914bd75976c5b0c840](http://ac.els-cdn.com/S0031940604000434/1-s2.0-S0031940604000434-main.pdf?_tid=478ab36c-40c4-11e4-9735-00000aacb35e&acdnat=1411217428_1f41eca0e32ab9914bd75976c5b0c840)>. Luettu 1.8.2014.

Tossavainen, Aini 1995. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus: Tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Sulka-va-Eloniemi, Ulla – Finne-Soveri, Harriet (toim.) 2005. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: Opas laatuun. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Wilcox, Sara – Der Ananian, Cheryl – Abbott, Jill – Vrazel, JoEllen – Ramsey, Cornelia – Sharpe, Patricia – Brady, Teresa 2006. Perceived exercise barriers, enablers, and benefits among exercising and nonexercising adults with arthritis: Results from a qualitative study. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16874785>>. Luettu 1.8.2014.

Williams, Brian – Mukhopadhyay, Somnath – Cowell, Jon – Coyle, Joanne 2007. Problems and solutions: Accounts by parents and children of adhering to chest physiotherapy for cystic fibrosis. Verkkodokumentti. <<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3833f75a-1737-4bac-9e4b-7f4f2efedc7d%40sessionmgr114&hid=122>>. Luettu 2.8.2014.

Yohannes, Abebaw Mengistu – Yalfani, A – Doherty, P – Bundy, C 2007. Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. Verkkodokumentti. <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a66871f6-8c78-438d-8b7a-284be255cc17%40sessionmgr4004&hid=4104>>. Luettu 4.8.2014.



## Taulukko tiedonhauista

Hakukone	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut (tai tiivistelmää ei ollut)	Kokotekstin tarkastelun jälkeen valitut
Medic	Hoitomyöntyvyys OR Hoitoon sitoutuminen	2004–2014	533	19	1	0
Medic	Sitoutuminen	2004–2014	71	12	4	0
EBSCO: CINAHL	Rehabilitation AND Patient compliance	Full Text, 2004–2014, Publication: disability and rehabilitation, physical therapy, clinical rehabilitation	184	48	34	17
EBSCO	Patient compliance OR adherence AND nursing NOT medication	Full Text, 2004–2014, English Language, adolescent	307	27	10	4
PubMed	Patient compliance OR Adherence AND Nursing	Free full text, 10 years, Humans	835	69	21	2
PubMed	patient compliance OR adherence AND child* OR adolescent AND nursing	Free full text, 10 years, Humans; English	138	0	0	0
PubMed	patient compliance (Title) OR adherence (Title) AND child* (Title) OR adolescent (Title) AND rehabilitation	Free full text, 10 years, Humans; English	149	1	0	0
OVID	patient compliance OR adherence AND rehabilitation OR post-operative AND long-term illness OR chronic disease	Year range from 2004 to 2014, Humans, English Language, Ovid full Text Available, Full Text	208	31	16	3
OVID	patient compli-	–	26	4	3	0

	ance OR adherence AND rehabilitation OR post-operative AND long-term illness AND chronic disease					
OVID	patient compliance OR adherence AND Nursing	Year range from 2004 to 2014, Humans, English Language, Ovid full Text Available, Full Text	493	34	15	3
OVID	Patient compliance (Title) OR Adherence (Title) AND child* (Title) OR adolescent (Title)	Year range from 2004 to 2014, Humans, English Language, Ovid full Text Available, Full Text	16	0	0	0

## Tutkimusaineiston analyysikehys

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty, tutkimuksen nimi	Tarkoitus	Kohde-ryhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
<p>1. Taylor, Nicholas – Dodd Karen – McBurney, Helen – Graham, Kerr. 2004. Australia</p> <p>Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy.</p>	<p>Tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat sitoutumiseen kotona tapahtuvaan voimaharjoitteluhjelmaan</p>	<p>Yksitoista nuorta, joilla on CP-vamma ja heidän vanhempansa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin käyttäen syvähaastatteluja. Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmien mukaan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ympäristö: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Emotionaalinen ja fyysinen perheenjäsenten apu.</li> <li>○ Sopivien kuntoilutarvikkeiden saatavuus.</li> <li>○ Harjoittelun päiväkirjan tarjoaminen.</li> <li>○ Kolme yksinkertaista harjoitusta teki helpommaksi.</li> <li>○ Fysioterapeutin tuki.</li> <li>○ Kotona käyvä fysioterapeutti.</li> </ul> </li> <li>• Persoonalliset tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Osallistujan mahdollisuus päättää osallistuuko ohjelmaan.</li> <li>○ Nuoren motivaatio.</li> <li>○ Usko, että ohjelma johtaa merkittäviin muutoksiin.</li> <li>○ Motivoivaa oli yrittää lisätä ponnisteluja jokaiseen harjoitteluun.</li> <li>○ Osallistujien ymmärtäminen, että voimaharjoitteluun sisältyy paljon vaivaa: jotkut katsoivat, että vaivan määrä oli negatiivinen tekijä.</li> <li>○ Terveys tekijät kuten väsymys ja sairaus jaksot, vaikuttivat ajanhallintaan.</li> <li>○ Itsenäisyys.</li> </ul> </li> </ul>
<p>2. Rosland, Ann-Marie – Heisler, Michele – Choi, HwaJung – Silveira, Maria – Piette, John 2010. Yhdysvallat.</p> <p>Family Infl-</p>	<p>Tutkia perheenjäsenten tukea ja perheeseen liittyviä esteitä oma-hoitoon, potilaissa jotka ovat täysin toiminnallisesti itsenäisiä joilla</p>	<p>Poikkileikkaus kysely 439 yli 18-vuotiaalta potilaalta, joilla on joko diabetes tai sydän</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus toteutettiin kyselyllä. Analysointi tilastollisella analyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 77 % miehistä ja 64 % naisista sai tukea perheeltään, ainakin joskus, yhdessä tai useammassa viidestä omahoidon osa-alueella.</li> <li>• 74 % sydänpotilaista ja 68 % diabeetikoista ilmoitti jotakin perheen tukevaa osallistumista.</li> <li>• 21 % miehistä ja 30 % naisista ilmoitti ajoittaisia lipsahduksia omahoitoon sitoutumisessa johtuen perheeseen liittyvistä tekijöistä.</li> <li>• Naiset saivat vähemmän tukea perheeltään, ja enemmän perheestä johtuvia negatiivisia esteitä.</li> <li>• Perheenjäsen, joka yleisemmin osallistui hoitoon, oli aviopuoliso (65 %), 24 %:lla</li> </ul>

ences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help?	on joko diabetes tai sydänvika.	vika.		<p>aikuinen lapsi, muilla sisar tai joku muu perheenjäsen tai ystävä. Ja 78 % ilmoitti tämän nalkuttavan ja kritisovan heitä sairautensa hoidossa. Miehet ilmoittivat enemmän sairauteen liittyvää nalkuttamista, kritisointia ja riitelyä.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alhainen ikä, naissukupuoli, alhainen koulutustaso ja masennusoireet olivat yhteydessä perheen aiheuttamiin esteisiin.</li> <li>Perheeseen liittyvät esteet olivat yhteydessä huonompaan sairauden hallintakykyihin, kun taas perheen tuki ei ollut yhteydessä sairauden hallintaan.</li> </ul>
<p>3. Escolar-Reina, Pilar – Medina-Mirapeix, Francesc – Gascón-Cánovas, Juan – Montilla-Herrador, Joaquina – Jimeno-Serrano, Francisco – de Oliveira Sousa, Silvana – del Baño-Aledo, Elena – Lomas-Vega, Rafael. 2010. Espanja.</p> <p>How do care-provider and home exercise</p>	Tutkia ihmisten käsityksiä, joilla on krooninen niskatai alaselkäkipu, miten kodin harjoitusohjelman ominaisuudet ja hoitajan ominaisuudet vaikuttavat kliinisissä kohtaamisissa vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen.	34 osallistujaa joilla on krooninen niskatai selkäkipu ja jotka saavat fysioterapiaa sekä kotona tapahtuvaa harjoittelua.	Laadullinen tutkimus, jossa lähestymistapana Grounded Theory Aineisto kerättiin puhe- linhaastattelun ja ryhmähaastattelun avulla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koti-oloissa tapahtuvan harjoitusohjelman olosuhteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajankulutus, useat harjoittelutyylit ja monimutkaisuus.</li> <li>Tapahtumat harjoittelun aikana tai sen jälkeen.</li> </ul> </li> <li>Ajankulutus kotona tapahtuvaan ohjelmaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ohjelman sisällyttäminen päivittäisiin rutiineihin, ajan kulutus muusta toiminnasta ja ohjelma oli liian aikaa vievä.</li> </ul> </li> <li>Ohjelman monimutkaisuus: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ohjelman korkea monimutkaisuus, vaikeudet aloittaa harjoituksia, mahdollinen epä mukavuus harjoittelun aikana tai sen jälkeen.</li> <li>Sitoutuminen liikuntasarjaan oli vaikeampaa, kun vaadittiin tiettyjä asentoja tai laitteiden valmisteluja.</li> <li>Harjoitukset jotka olivat helppoja aloittaa, auttoivat sitoutumista.</li> <li>Joidenkin mielestä kotona oli epä mukavampaa tehdä harjoituksia.</li> </ul> </li> <li>Harjoitusten vaikutukset: <ul style="list-style-type: none"> <li>7 osallistujaa kertoi negatiivisista vaikutuksista, kuten kipu ja turvotus.</li> <li>17 osallistujaa kertoi positiivisista vaikutuksista kuten oireiden parantuminen ja elämänlaatu.</li> <li>Hyödyt kotiharjoittelusta vaikuttivat positiivisesti ohjelmaan sitoutumiseen. Kuitenkin sitoutuminen harjoituksiin kasvaa kun osallistuja saa hyötyjä, ja vähenee kun kipu on poissa.</li> </ul> </li> <li>Hoitajan tyyli:</li> </ul>

<p>program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitajan ominaisuuksilla oli positiivinen tai negatiivinen vaikutus.</li> <li>● Kliininen osaaminen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kliinisen tiedon puute sairaudesta tai tavoitteista olivat esteitä sitoutumiselle.</li> </ul> </li> <li>● Kannustava palaute: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sitoutuminen hoitoon oli vaikeaa jos hoitaja epäonnistui tarkkailemaan suorituksia.</li> <li>○ Palautteen puute ja seuranta oikaisujen kanssa harjoittelun aikana katsottiin olevan negatiivisia tekijöitä sitoutumiseen.</li> <li>○ Riittämätön ohjaus johti huonoon sitoutumiseen.</li> </ul> </li> <li>● Muistutusten antaminen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 12 osallistujaa koki, että muistutukset olivat hyödyllisiä sitoutumiseen.</li> <li>○ 7 osallistujaa kertoi, että ohjeet kuinka suorittaa harjoitukset osana arkea, olivat hyödyllisiä.</li> </ul> </li> </ul>
<p>4. Wilcox, Sara – Ananian, Cheryl Der – Abbott, Jill – Vrazel, JoEllen – Ramsey, Cornelia – Sharpe, Patricia – Brady, Teresa 2006. Yhdysvallat.</p> <p>Perceived Exercise Barriers, Enablers, and Benefits Among Exercising and Nonexercising Adults With</p>	<p>Tutkia koetun liikunnan esteitä, hyötyjä ja toimintaedellytyksiä liikuntaa harrastavilla ja ei harrastavilla aikuisilla.</p>	<p>68 aikuista niveltulehdistusta sairastavaa.</p>	<p>Aineisto kerättiin ryhmähaastattelujen avulla. Haastattelun aiheet valittiin N Vivo ohjelmiston avulla. Deduktiivinen aineiston analyysi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Esteitä: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fyysiset esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kipu</li> <li>▪ väsymys</li> <li>▪ liikuntaesteisyys: este harrastaa.</li> <li>▪ samanaikaiset sairaudet/vointi.</li> </ul> </li> <li>○ Psykologiset esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asenteet ja uskomukset: ajanpuute, ei nauti, ei ole etusijalla.</li> <li>▪ Pelko: Kivun ja veden.</li> <li>▪ Ei positiivisia vaikutuksia, negatiivisia vaikutuksia.</li> </ul> </li> <li>○ Sosiaaliset esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tuen puute: Perheen, ystävien, hoitohenkilökunnan.</li> <li>▪ Tiedon puute.</li> <li>▪ Ei ole ketään jonka kanssa liikkua.</li> <li>▪ Vastuu kilpailevista rooleista: Perhe.</li> </ul> </li> <li>○ Ympäristön esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ohjelmien tai tilojen puute: Liian kaukana. Ei päteviä ohjaajia.</li> <li>▪ Ympäristöolosuhteet: Sää, ruuhkainen pysäköinti, betoni pinnat, koirien läsnäolo, jalkakäytävien puute.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

Arthritis: Results From a Qualitative Study				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinta.</li> <li>▪ Kuljetus.</li> <li>• Kohderyhmän havainnot: liikunnan hyödyt ja mahdollistajat. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fyysiset: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oireiden hallinta: Vähentynyt kipu/jäykkyys</li> <li>▪ lisääntynyt virkeys</li> <li>▪ liikkuvuus ja toiminnallisuus</li> <li>▪ aktiivisuus päivittäisissä toiminnoissa</li> <li>▪ voima ja notkeus</li> <li>▪ painon lasku</li> <li>▪ muut sairaudet.</li> </ul> </li> <li>○ Psykologiset: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ itsenäisyys</li> <li>▪ asenteet ja uskomukset: Itsetunto, onnistuneisuus.</li> <li>▪ tunteet: Tuntuu hyvältä</li> <li>▪ nautinto</li> <li>▪ käyttäytymisen mahdollistajat.</li> </ul> </li> <li>○ Sosiaaliset: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nautinto liikkua muiden kanssa</li> <li>▪ tukeminen</li> <li>▪ joku jonka kanssa liikkua.</li> </ul> </li> <li>○ Ympäristö: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vesi liikunta</li> <li>▪ alhainen hinta</li> <li>▪ mahdollisuus välineisiin.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
5. Medina-Mirapeix, Francesc – Escolar-Reina, Pilar – Gascón- Cánovas, Juan – Montilla-Herrador,	Selvittää onko potilailla, joilla on niska tai selkäkipuja erilainen hoitoon sitoutuminen liikunnan kom-	184 potilasta, joilla on krooninen niska tai selkäkipu.	Strukturoitu haastattelu ja itse raportointi. Havainnointitutkimus. Aineisto analysoitiin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sitoutuminen harjoitusten keston (70,9 %) oli todennäköisempää kuin sitoutuminen harjoituskertojen määrään (60,7 %).</li> <li>• Pystyvyys oli merkittävä tekijä molempiin liikunnan komponentteihin.</li> <li>• Määrättyjen harjoitusten kokonaismäärä oli ennustava tekijä toistuvuuden sitoutumiseen.</li> <li>• Jos potilas sai selvennettyä hänen epävarmuuttaan ja sitoutuminen keston oli todennäköisempää jos heitä valvottiin harjoitusten opetteluun aikana.</li> <li>• Toistuvuuteen vaikuttavia merkittäviä tekijöitä oli:</li> </ul>

<p>Joaquina – Jimeno-Serrano, Francisco – Collins, Sean 2009. Espanja.</p> <p>Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study</p>	<p>ponentteihin (määrä viikossa ja session kesto), kun on määrätty kotiharjoitusohjelma ja tunnistaa onko hoitoon sitoutuminen molemmissa komponenteissa eri ennustavia tekijöitä.</p>		<p>tilastollisella analyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ fysioterapeutin käyttö aikaisemmin</li> <li>○ osallistuminen ja sitoutuminen aiemmin kotiharjoitusohjelmaan</li> <li>○ jos annettiin enemmän kuin kuusi harjoitusta</li> <li>○ ympäristö tekijät (riittävästi aikaa, päivittäisiin rutiineihin yhdistäminen, emotionaalinen tuki)</li> <li>○ minäpystyvyys</li> <li>○ epävarmuuden selventäminen</li> <li>○ tyytyväisyys ja hyvä sitoutuminen keston komponentteihin.</li> <li>● Kestoon vaikuttavia merkittäviä tekijöitä: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ osallistuminen ja huono sitoutuminen aikaisempaan kotiharjoitusohjelmaan</li> <li>○ päivittäisiin rutiineihin yhdistäminen</li> <li>○ emotionaalinen tuki</li> <li>○ minäpystyvyys</li> <li>○ terveyskeskuksen liikunnan seuranta.</li> </ul> </li> <li>● Pystyvyys oli ainoa yhteinen ennustava tekijä sekä toistuvuuteen, että keston sitoutumiseen.</li> </ul>
<p>6. Mannion, Anne – Helbling, Daniel – Pulkovski, Natasha – Sprott, Haiko 2009. Sveitsi.</p> <p>Spinal segmental stabilisation exercises for chronic low back pain: programme adherence and its influence on</p>	<p>Tutkia tekijöitä jotka liittyvät hoitoon sitoutumiseen ja hoitoon sitoutumisen ja lopputuloksen väliseen suhteeseen fysioterapeuttisen ohjelman jälkeen, jossa on selkärangan stabilointi harjoituksia.</p>	<p>37 potilasta, joilla oli krooninen alaselkäkipu.</p>	<p>Liikuntapäiväkirja, havainnointi, kyselylomake. Aineisto analysoitiin tilastollisella analyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Osallistuminen istuntoihin oli 94 %, mikä nousi 96 % tarkoituksellisella motivoinnilla.</li> <li>● Kotiharjoituksiin sitoutuminen oli 68 %.</li> <li>● Minäpystyvyys oli ainut psykologinen/uskomuksellinen tekijä joka vaikutti hoitoon sitoutumiseen</li> <li>● Kivun voimakkuus ja itse arvioitu kyvyttömyys vähenivät merkittävästi hoidon jälkeen.</li> <li>● Sitoutuminen osoitti merkittävää yhteyttä keskimääräisen kivun ja kyvyttömyyden vähenemiseen hoidon jälkeen.</li> </ul>

clinical outcome				
7. Rone-Adams, Shari – Stern, Debra – Walker, Vicki 2004. Yhdysvallat.  Stress and compliance with a home exercise program among caregivers of children with disabilities	Selvittää huoltajien stressin ja sitoutumisen välistä yhteyttä vammaisten lasten huoltajiin.	66 vammaisen lapsen huoltajaa.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Survey-tutkimus. Määrällinen analysointi. (Regressio-analyysi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 66 % huoltajista ilmoitti jonkinlaisesta hoitoon sitoutumisen vaikeuksista heidän kotiharjoitusohjelmassa.</li> <li>• Analyysi paljasti merkittävän suhteen huoltajien hoitoon sitoutumisen vaikeuksien kotiharjoitukseen ja ilmoitetun stressin välillä.</li> <li>• Kun huoltajien ja perheen ongelmat lisääntyvät niin hoitoon sitoutuminen kotiohjelmiin vähenee.</li> <li>• Hoitoon sitoutuminen oli myös yhteydessä lapsen fyysiseen toimintakykyyn. Perheen stressi oli suurempi kun lapselta puuttui jokin merkittävä toiminnallinen kyky, kuten kävelykyky.</li> </ul>
8. Olaleye, Omowumni – Suddick, Kitty 2012. Iso-Britannia.  A study of perceived factors affecting patients' participation in outpatient stroke physiotherapy exercise in Nigeria	Tutkia tekijöitä, jotka koettiin vaikuttavan osallistumiseen avohoidon fysioterapeuttiseen liikuntaan, Nigerianlaisilla ihmisillä, jotka olivat saaneet aivohalvauksen.	Kahdeksan mies henkilöä, jotka olivat saaneet aivohalvauksen ja osallistuivat avohoidon fysioterapiaan Nigeriassa 2009.	Aineisto kerättiin käyttäen puolistrukturua kysymyksiä haastattelussa. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sisäiset ja henkilökohtaiset tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Osallistujien henkilökohtaiseen terveyteen liittyvät uskomukset.</li> <li>○ Osallistujien uskomukset ja toiveet toipumisesta.</li> <li>○ Harjoittelun lopputuloksen rooli.</li> <li>○ Omatahtoisuus ja päättäväisyys.</li> <li>○ Motivaatio, toivo ja odotukset.</li> <li>○ Mieliala ja mielentila ja heidän fyysinen olemus/ominaisuudet.</li> </ul> </li> <li>• Tulokset liikunta parannuksista, uskomuksista, toiveista ja odotuksista: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yhteydessä koettuun harjoittelun lopputulokseen: Fyysisen kunnon paraneminen, uskomuksien, toiveiden ja odotuksien paraneminen liikunnan hyödyistä motivoi ja kannusti.</li> </ul> </li> <li>• Henkilökohtaiset tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yhteydessä mielialaan tai omatahtoon.</li> </ul> </li> <li>• Ihmissuhde ja kokemukselliset tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suhteet toisiin ihmisiin ja heidän antama tuki ja osallistujien kokemukset ja vuorovaikutus ja kokemukset terapiaan.</li> </ul> </li> <li>• Potilas-terapeutti vuorovaikutus: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terapeutin antama apu ja positiivinen huomio.</li> </ul> </li> <li>• Tuki:</li> </ul>



				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perheen ja ystävien antama taloudellinen tuki.</li> <li>○ Emotionaalinen ja rohkaiseva tuki.</li> <li>● Ulkoiset tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Harjoitusohjelman ominaisuudet, sisällön rakenteet, välineet, tiedon tarjoaminen sekä taloudelliset ja kuljetukseen liittyvät asiat.</li> <li>○ Harjoitusohjelman sisältö, rakenne ja laitteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Onko se kiinnostavaa, haastavaa, yhteydessä tavoitteisiin ja päämääriin, ja oliko se valvottua, arvioitua ja etenevää.</li> <li>▪ Laitteiden saatavuus.</li> <li>▪ Arviointi ja muutokset koettiin kannustavana ja edistävänä.</li> <li>▪ Liiallinen rutiinimaisuus.</li> </ul> </li> <li>○ Taloudellisuus ja kuljetus: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suurin osa osallistujista sai taloudellista tukea.</li> <li>▪ Hoidon hinta ja kuljetus.</li> </ul> </li> <li>○ Usko Jumalaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lohtua, ohjausta, toivoa ja kärsivällisyyttä.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p>9. Khalil, Hanan – Quinn, Lori – Van Deursen, Robert – Martin, Richard – Rosser, Anne – Busse, Monica 2012. Yhdysvallat.</p> <p>Adherence to Use of a Home-Based Exercise DVD in People With Huntington Disease: Partici-</p>	<p>Tutkia kuinka Huntingtonin tautia sairastavat ihmiset käyttivät kotipohjaista harjoitus DVD:tä ja kuinka osallistujat ja heidän läheisensä mielsivät.</p>	<p>15 Huntingtonin tautia sairastavaa ihmistä.</p>	<p>Aineisto kerättiin osallistujien pitämästä päiväkirjasta sekä puolistrukturoidusta haastattelusta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Läheisen sitoutuminen oli avain ohjelman onnistumiseen. Syyt ohjelmaan sitoutumattomuuteen johtuivat läheisen huonosta hoitoon sitoutumisesta tai huonoista läheisen ja osallistujien välisistä huonoista ihmissuhde väleistä.</li> <li>● Esteet sisältyivät pääosin kolmeen kategoriaan: fyysiset tekijät, kognitiiviset tekijät ja motivaation puute. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esteiden hallintastrategiat olivat: läheisten tuki ja rohkaisu, vihjeet, kehoitteet, suorituksen palautteet ja harjoitusten liittämistä päivärutiineihin.</li> </ul> </li> <li>● Edistävät tekijät sisältyivät kahteen alaluokkaan: DVD:n tarjoamaan tukeen ja henkilön kykyihin ja hänen omiin odotuksiin lopputuloksesta. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edistävien tekijöiden hallintastrategiat olivat: hyötyjen esittäminen, DVD käytön opastus, puhelinsoitot, läheisten antama tuki, sekä visuaalinen ja sanallinen harjoitusten näyttäminen.</li> </ul> </li> <li>● Harjoitus DVD:n käyttöä estävät tekijät ja hallintastrategiat: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fyysiset tekijät.</li> <li>○ Kognitiiviset tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivaation puute: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Strategioiden käyttö auttoivat säilyttämään motivaatiota ja</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<p>pants' Perspectives</p>				<p>vaikutti hoitoon sitoutumiseen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harjoitus DVD:n käyttöä edistävät tekijät ja hallintastrategiat: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DVD:n tarjoamat vihjeet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auttoi aloittamaan ja sitoutumaan kotiharjoitusohjelmaan.</li> <li>▪ Antoi visuaalista lisätietoa ja sanallisia vihjeitä.</li> </ul> </li> <li>○ Minäpystyvyyden ja lopputulosten odotukset: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lopputulosten odotukset: suurin osa uskoi, että osallistuminen ohjelmaan auttoi hallitsemaan heidän sairauttaan.</li> <li>▪ Minäpystyvyyden kannalta jotkut uskoivat, että luottavainen tunne siihen kuinka DVD:tä käyttää, ja kuinka tehdä harjoitukset turvallisesti, auttoivat heitä harjoituksiin sitoutumisessa.</li> <li>▪ Viikoittainen puhelinsoitto ylläpiti sitoutumista ja vaikutti positiivisesti uskoon omiin kykyihin saada aikaan merkittäviä muutoksia.</li> <li>▪ Ohjelman alussa oleva koulutus/istunto auttoi aloittamaan harjoitusohjelmaa ja edisti minäpystyvyyttä.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p>10. Rimmer, James – Wang, Edward – Smith, Donald 2008. Yhdysvallat.</p> <p>Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke.</p>	<p>Määrittää koetut liikunnan esteet sydänkohtauksen saaneilla potilailla.</p>	<p>83 aikuisia, jotka olivat saaneet sydänkohtauksen.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselyn avulla, joka analysoitiin tilastollisella analyysillä, käyttäen SAS 9.1 ohjelmaa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ympäristöön/laitokseen liittyvät esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 61 % osallistujista kertoi, että hinta kun liittyy kuntosaliin.</li> <li>○ 57 % eivät tieneet sopivia kuntosalipaikkoja lähiseudulla.</li> <li>○ 57 % osallistujista ei ollut kuljetusta kuntosalille.</li> <li>○ 36 % uskoi, ettei liikunnanohjaaja kuntosalilla olisi voinut auttaa heitä.</li> <li>○ 26 % tunsu, että kuntosalilla käyminen olisi epämukavaa.</li> </ul> </li> <li>• Henkilökohtaiset esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 46 % ilmoitti esteeksi ettei tiennyt kuinka tehdä liikuntaharjoituksia.</li> <li>○ 44 % ilmoitti, ettei tiedä missä voisi harrastaa liikuntaa.</li> <li>○ 39 % ilmoitti, ettei heillä ole energiaa harrastaa.</li> <li>○ 37 % ilmoitti motivaation puutteesta.</li> <li>○ 36 % uskoi, ettei liikunnalla voida edistää heidän tilaansa.</li> <li>○ 33 % oli sitä mieltä, että he olivat liian laiskoja harrastaakseen.</li> <li>○ 28 % terveysongelmat.</li> <li>○ 20 % liikunta on liian vaikeaa.</li> <li>○ 18 % liikunta on tylsää tai yksitoikkoista.</li> <li>○ 16 % ei kiinnosta.</li> <li>○ 11 % ilmoitti esteeksi ajanpuutteen.</li> </ul> </li> </ul>

<p>11. Alavi, Mousa – Irajpour, Alireza – Giles, Tracey – Rabiei, Katayoun – Sarrafzadegan, Nizal 2013. Iran.</p> <p>Barriers to education in cardiac rehabilitation within an Iranian society: A qualitative descriptive study.</p>	<p>Tutkia potilaiden/perheenjäsentien ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia esteistä sydänkuntoutusohjelmassa Iranissa.</p>	<p>10 terveydenhuollon ammattilaista ja 15 potilasta/perheenjäsentä, joilla oli kokemusta sydänkuntoutusohjelmasta.</p>	<p>Aineisto kerättiin puolistrukturoidun syvähaastattelujen avulla. Aineisto analysoitiin teemaanalyysiä käyttäen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 % liikunta pahentaa sairautta.</li> <li>• Inhimillisten resurssien esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ riittämätön henkilökunta</li> <li>○ riittämätön koulutussydänkuntoutuksen alueelta.</li> </ul> </li> <li>• Palveluihin liittyvät esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ koulutuspalvelujen riittämätön saatavuus</li> <li>○ riittämättömät mahdollisuudet vertaisryhmiin.</li> </ul> </li> <li>• Saatavilla oleviin koulutuksiin liittyvät esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soveltuvien palvelujen toimitustavat.</li> <li>○ Yksilölliset palvelut potilaille.</li> </ul> </li> <li>• Epäsuotuisat asenteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Osallistujien odotukset ja näkemykset tarjolla olevien koulutusten olennaisuudesta ja merkityksellisen tieto voivat vaikuttaa osallistumiseen.</li> <li>○ Tarjoamalla tarvittavaa tietoa voidaan parantaa sitoutumista ohjelmaan.</li> <li>○ Terveydenhuollonammattilaisilla on suuri rooli potilaan sitoutumisessa ohjelmiin.</li> </ul> </li> <li>• Puutteet yhteistyössä <ul style="list-style-type: none"> <li>○ puutteet moniammatillisessa yhteistyössä</li> <li>○ potilaan-perheen välinen yhteistyö.</li> </ul> </li> </ul>
<p>12. Spernak, Stephanie – Moore, Philip – Hamm, Larry 2007. Yhdysvallat.</p> <p>Depression, constructive thinking and patient satisfaction in cardiac treatment adherence.</p>	<p>Tutkia depression ja hoitoon sitoutumisen yhteyttä potilailla joilla menossa postoperatiivinen sydänkuntoutus.</p>	<p>92 potilasta, joilla menossa postoperatiivinen sydänkuntoutus.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden ja potilaan sairauskerptomuksen avulla. Aineisto analysoitiin tilastollisen analyysin ja riippuvuus-suhteiden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masentuneisuus oli yhteydessä yleiseen sitoutumiseen. Potilaan sitoutumista voidaan parantaa puuttamalla potilaan kognitiivisiin selviytymiskeinoihin ja parantamalla potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta.</li> <li>• Sosiaalinen halukkuus oli yhteydessä käyttäytymiseen ja emotionaaliseen ajatteluun.</li> <li>• Korkeampi masennus tulos olivat yhteydessä vähempään tunne-elämän ajatteluun ja rakentavaan käyttäytymiseen, kuin myös pienempään potilas tyytyväisyyteen ja yleiseen hoitoon sitoutumiseen.</li> <li>• Löytyi suhde masennukseen, rakentavaan käyttäytymisen ajatteluun, korkeampaan potilas tyytyväisyyteen ja sekä yleiseen, että tiettyyn hoitoon sitoutumiseen.</li> <li>• Tyytyväisyys oli vahvin ennustaja yleiseen ja spesifiseen hoitoon sitoutumiseen.</li> <li>• Rakentava ajattelu välittyi masennuksen vaikutukseen tyytyväisyydessä, mikä vuorostaan välitti vaikutusta rakentavasta ajattelusta yleiseen sitoutumiseen.</li> </ul>

			analyysi, regressio-analyysin avulla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimuksessa huomattiin merkittävä yhteys rakentavan ajattelun ja spesifisen sitoutumisen välillä. Kun analyysiin liitettiin mukaan tyytyväisyys, rakentavalla ajattelulla ei ollut enää yhteyttä spesifiseen sitoutumiseen, kun taas tyytyväisyys oli merkittävästi yhteydessä sekä rakentavaan ajatteluun, että sitoutumiseen. Yleinen sitoutuminen, tyytyväisyys heidän lääkäreihin välittyi vaikutuksena rakentavaan ajatteluun sitoutumisesta ja tiettyyn käyttäytymiseen heidän hoidossaan.</li> </ul>
13. Angelis, Carla – Bunker, Steve – Adrian, Schoo 2008. Australia.  Exploring the barriers and enablers to attendance at rural cardiac rehabilitation programs.	Tunnistaa sairaalalähtöisen sydänkuntoutuksen esteitä ja mahdollistajia ja tunnistaa vaihtoehtoisia vaihtoehtoja sydänkuntoutukseen.	97 potilasta ja hoitajaansa jotka olivat oikeutettuja ja paikalliseen sydänkuntoutusohjelmaan	Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Aineisto analysoitiin tilastollista analysointia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ainoa tilastollinen merkitys sairaalansydänkuntoutukseen osallistumiseen oli matketautisuus kotoa sairaalaan. Osallistumiseen vaikuttivat myös: <ul style="list-style-type: none"> <li>helpot kulkuyhteydet (68 %)</li> <li>perheen tuki (49 %)</li> <li>helppo pääsy laitokseen ja työn joustavuus (43 %)</li> <li>ohjelmien aikataulu (35 %).</li> </ul> </li> <li>Esteitä osallistumiseen olivat: <ul style="list-style-type: none"> <li>kuljetus (16 %)</li> <li>työ ja perhe siteet (14 %)</li> <li>etäisyys (10 %).</li> </ul> </li> <li>Ei-osallistujien tärkeimmät syyt olla osallistumatta olivat bensan kustannukset, etäisyys, tuntui liian hyvältä tai ei tuntunut hyvältä, sekä kiinnostuksen puute.</li> </ul>
14. Mudge, Alison – Adsett, Julie 2013. Australia.  Factors predicting successful transition to community-based maintenance exercise programs following exercise rehabilitation.	Tutkia hoitoon sitoutumisen vaikuttavia esteitä.	140 sydämen vajaatoimintaa, sydän sairautta tai keuhkosairautta sairastavaa ja kuntoutukseen osallistuvaa.	Havainnointitutkimus. Tilastollinen analysointi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Merkittäviä osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä oli: paikan opastus, yhteisön mallin tuttuus, koetut kustannukset ja sosiaaliset esteet.</li> <li>Esteitä oli: <ul style="list-style-type: none"> <li>huolet henkilökunnasta tai välineistä</li> <li>ohjelman kyky ottaa huomioon krooniset sairaudet</li> <li>huolet turvallisuudesta ja liikunnan intensiteetti</li> <li>siirtyminen uuteen sosiaaliseen ryhmään</li> <li>kuljetukseen liittyvä logistiikka</li> <li>hintaa</li> <li>(Tunnit eivät olleet ajallisesti sopivia työssäkäyvälle, ohjelma ei tarjonnut sairaalan asiantuntemusta).</li> </ul> </li> <li>Jatkuva osallistuminen oli merkittävästi korkeampi joilla oli vakiintuneet liikuntatottumukset, sekä niillä jotka asuivat puolison tai muun perheenjäsenen kanssa. Myös ne jotka liikkuvat viisi kertaa tai enemmän viikossa osallistuivat jatkuvasti todennäköisemmin. Matalampi niillä joilla oli kuljetukseen tai turvallisuuteen liittyviä esteitä.</li> </ul>

<p>15. Bassett, Sandra – Prapa- vessis, Harry 2007. Yhdysval- lat.</p> <p>Home-Based Physical Thera- py Intervention With Adherence- Enhancing Stra- tegies Versus Clinic-Based Management for Patients With Ankle Sprains.</p>	<p>Tutkia perus fysioterapian interventio- ohjelman vai- kutuksia, jotka suoritettu klini- kalla tai koto- na. Mitataan nilkan toimin- taa, kuntou- tukseen sitou- tumista ja mo- tivaatiota poti- lailla joilla on nilkan nyrjäh- dys</p>	<p>47 ihmistä joilla on akuutti nilkan nyrjähdys ja jotka olivat aloit- tamassa fysiotera- pia inter- vention.</p>	<p>Aineisto kerättiin kysely lo- makkeiden ja havain- noinnin avulla. Ai- neisto ana- lysointiin tilastollisesti (SPSS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekä koti, että klinikka ryhmällä oli samanlaiset pistemäärät nilkan toiminnoissa, hoitoon sitoutumisessa ja motivaatiossa. Koti interventio ryhmällä oli merkittävästi korkeampi osallistumisprosentti klinikan tapaamisiin ja parempi fysioterapian suori- tus todennäköisyys.</li> </ul>
<p>16. Little, Anne – Lewis, Kiara 2006. Iso- Britannia.</p> <p>Influences on long-term exercise adher- ence in older patients with cardiac disease.</p>	<p>Tutkia asen- teiden, sosiaa- lisen tuen ja esteiden vaiku- tusta pitkäai- kaiseen liikun- taan sitoutumi- seen.</p>	<p>Viisi poti- lasta, joilla on sydän- sairaus.</p>	<p>Aineisto kerättiin puoli- strukturoitu- jen haastat- telujen avul- la. Aineisto analysoitiin tilastollisen analyysin avulla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tietoisuus ja tarpeellisuus liikunnan hyödyistä: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Potilaat olivat sitä, mieltä, että oli tärkeää tuntea liikunnan hyödyt, mikä oli tärkeä tekijä motivaatiossa jatkaa liikuntaa.</li> </ul> </li> <li>• Sosiaalinen tuki: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Useimpien potilaiden ystävät tai perhe tukivat liikunnan harrastamista.</li> <li>○ Lääkärin kannustus.</li> </ul> </li> <li>• Liikunnan esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yleisimpiä olivat: ongelmat selkärangassa, polven vammat ja rasisuskipu.</li> <li>○ Saatavilla oleva järjestetty liikunta ei ollut sopivaa.</li> <li>○ Esteen eivät estäneet liikuntaa kokonaan, vähensivät vain viikoittaisia har- joituskertoja.</li> </ul> </li> </ul>
<p>17. Hasset, Leanne – Tate, Robyn – Mose- ley, Anne – Gil- lett, Lauren</p>	<p>Tutkia tekijöitä jotka voivat vaikuttaa lii- kuntaan sitou- tumiseen ai-</p>	<p>30 potilas- ta, joilla ollut trau- maattinen aivovam-</p>	<p>Aineisto kerättiin osallistujien pitäminen päiväkirjo-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimuksen keskeisin havainto oli, että erityisesti vammoihin liittyvä ja persoonalli- set tekijät vaikuttivat myös kotipohjaisen liikunta-ohjelmaan sitoutumiseen ihmisillä joilla on traumaattinen aivovamma.</li> <li>• Suurempi vammojen vakavuus, vanhempi ikä ja aikaisempi vammoihin liittyvä lii- kunta historia, kävely tai lenkkeily vaikutti positiivisesti liikuntaan sitoutumiseen.</li> </ul>

<p>2011. Australia.</p> <p>Injury severity, age and pre-injury exercise history predict adherence to a home-based exercise programme in adults with traumatic brain injury.</p>	<p>kuisilla traumaattisen aivovamman jälkeen.</p>	<p>ma.</p>	<p>jen avulla, havainnoidulla, kyselylomakkeiden avulla. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minäpystyvyys ja valitun urheilulajin mielekkyys kuvattiin keskeisimmiksi tekijöiksi, jotka vaikuttivat positiivisesti liikuntaan sitoutumiseen.</li> <li>• Tässä tutkimuksessa ympäristö tekijöiden ei katsottu vaikuttavan liikuntaan sitoutumiseen.</li> <li>• Valvonnan puutteet on katsottu olevan yhteydessä huonoon hoitoon sitoutumiseen.</li> </ul>
<p>18. Yohannes, Abebaw Mengistu – Yalfani, A – Doherty, P – Bundy, C 2007. Iso-Britannia.</p> <p>Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme.</p>	<p>Tutkia sydänkuntoutuksen varhaiseen lopettamisen yleisyyttä ja sen ennustajia ja eroaako keskeyttäjien ja ei-keskeyttäjien suhteet heidän sairauteensa, sukupuoleen ja psyykkisiin ongelmiin, sekä elämänlaatuun.</p>	<p>189 potilasta jotka aloittivat sydänkuntoutusohjelman.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja aineisto analysoitiin tilastollisella analyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskeyttäneet olivat enemmän ahdistuneempia ja masentuneempia kuin ne jotka eivät keskeyttäneet kuntoutusohjelmaa.</li> <li>• Ne jotka ajattelivat, että heidän sairaudentila ei ole niin vakava, keskeyttivät todennäköisemmin.</li> <li>• Ne joilla oli parempi koettu henkilökohtainen kontrolli ja huono koettu hoito kontrolli, keskeyttivät todennäköisemmin.</li> </ul>
<p>19. Schönberger, Michael – Humle, Frank</p>	<p>Tutkia työskentely suhteen, hoitoon</p>	<p>86 potilasta, jotka olivat neu-</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylo-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaiden kokema hyvä emotionaalinen suhde terapeutin kanssa terapian puolivälissä, oli ennustavana tekijänä asiakkaiden vähempinä masennusoireina.</li> <li>• Terapeutin kokemus hyvästä työsuhteesta vaikutti asiakkaan onnistumisen koke-</li> </ul>

<p>– Teasdale, Thomas 2006. Tanska.</p> <p>Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness.</p>	<p>sitoutumisen, tietoisuuden ja subjektiivisen lopputuloksen välisiä suhteita aivovamma kuntoutuksessa.</p>	<p>ropsykologisen kuntoutuksen asiakkaita.</p>	<p>makkeiden avulla ja analysoitiin tilastollisella analysoinnilla.</p>	<p>mukseen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaan tietoisuus ohjelmasta oli yhteydessä vähentyneisiin kognitiivisiin ongelmiin ja sitä kautta parempiin tuloksiin.</li> <li>• Saavuttaakseen hyvän lopputuloksen on tärkeää, että asiakas sitoutuu kuntoutukseen ja ottaa vastuun omasta hoidostaan.</li> <li>• Hoitoon sitoutuminen oli enimmäkseen yhteydessä kognitiiviseen kehittymiseen ja muutoksiin sosiaalisissa suhteissa ja henkilökohtaisessa riippumattomuudessa.</li> <li>• On tärkeää asettaa pitkänajan tavoitteita, jotka motivoivat asiakkaita ja siten edistävät heidän sitoutumista.</li> </ul>
<p>20. Kåringen, Ingunn – Dysvik, Elin – Furnes, Bodil 2011. Norja.</p> <p>The elderly stroke patient 's long-term adherence to physiotherapy home exercises.</p>	<p>Kuvata iäkkäiden aivohalvauspotilaiden kokemuksia, keskittyen kuinka fysioterapeutit voivat helpottaa kuntotutusta voimaantumisen kautta saavuttaakseen pitkäaikaisen sitoutumisen fysioterapian kotiharjoitukseen.</p>	<p>Kahdeksan aivohalvauspotilasta.</p>	<p>Aineisto kerättiin puoli-strukturoiduilla haastattelulla ja analysoitiin laadullisella analysoinnilla, fenomenologista näkökulmaa hyödyntäen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voimaantuminen: Organisaatio, potilaiden ja fysioterapeuttien ominaisuudet vaikuttivat kuntoutusprosessiin ja voimaantumisen ja sitoutumisen saavuttamiseen. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voimaantuminen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potilas osallistui tavoitteiden asetteluun</li> <li>▪ kuntoutus tapaamiset.</li> </ul> </li> <li>○ Voimaantumisen puute: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fysioterapeutti teki tavoitteet</li> <li>▪ potilaalla ei ollut palautteen mahdollisuutta</li> <li>▪ ei kuntoutus tapaamisia</li> <li>▪ potilaan kiinnostuksen puute osallistumiseen</li> <li>▪ informaation puute</li> <li>▪ potilaan ei annettu osallistua.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä oli potilaan ottama vastuu, perheen tuki, suruprosessi, motivaation puute, ei osallistunut ja liioiteltu kuntoilu. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitoon sitoutuminen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potilas oli tehnyt oman harjoitteluohjelman</li> <li>▪ potilas ottaa vastuun kuntoutusprosessista</li> <li>▪ potilas on tietoinen omasta roolistaan kuntoutusprosessissa</li> <li>▪ perheen merkitys potilaan motivaatiossa.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>



				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Olematon hoitoon sitoutuminen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potilas ei ole tietoinen omasta roolistaan kuntoutusprosessissa</li> <li>▪ potilas on passiivinen.</li> </ul> </li> </ul>
<p>21. Coppack, Russell – Kristensen, Jakob – Karageorghis, Costas 2012. Iso-Britannia.</p> <p>Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial.</p>	<p>Tutkia tavoitteiden asettamisen vaikutusta minäpystyvyyteen, hoitoon sitoutumiseen ja hoidon tuloksiin potilailla jotka ovat alaselkikipu kuntoutuksessa.</p>	<p>48 epäspesifisistä alaselkävusta kärsiviä.</p>	<p>Satunnaisesti, kontrolloitu tutkimus. Aineisto kerättiin kyseilyn ja testin avulla, ja analysoitiin tilastollisella analyysillä (SPSS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitoon sitoutumisen tulokset olivat merkittävästi korkeampia testiryhmällä (ne jotka olivat asettaneet tavoitteet) kuin kontrolliryhmä C2:lla. Kontrolliryhmä C2:lla ei ollut fysioterapeuttien valvontaa kuntoutuksen aikana.</li> <li>• Hoitoon sitoutuminen oli parempaa ryhmällä jolla oli fysioterapeutin seuranta kuntoutuksen aikana.</li> <li>• Kontrolliryhmä sai merkittävästi korkeammat tulokset kuin molemmat kontrolliryhmät, kun mitattiin tavoitteiden asettamisen merkitystä minäpystyvyyteen.</li> <li>• Tavoitteiden asettamisella oli positiivinen vaikutus minäpystyvyyteen, hoidontehokkuuteen ja hoitoon sitoutumiseen.</li> <li>• Jatkuva kannustus, valvonta ja selvitys hoidon hyödyistä näyttävät lisäävän hoitoon sitoutumista.</li> </ul>
<p>22. Grindley, Emma – Zizzi, Samuel – Naspary, Alan 2008. Yhdysvallat.</p> <p>Use of protection motivation theory, affect, and barriers to understand and predict adher-</p>	<p>Tutkia ”Protection motivation” teoriaa seulontavälineenä yleisessä otoksessa ortopedisissä tiloissa.</p>	<p>229 potilasta joille oli määrätty neljästä kahdeksaan viikkoon fysioterapiaa.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla ja analysoitiin tilastollisesti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaikista yleisin este oli aikatauluttamisen ongelmat, ajan puute ja kivun ja epämuokavuuden pelko. Esteen korreloivat negatiivisesti minäpystyvyyttä ja hoidon tehokkuutta.</li> <li>• Parempi minäpystyvyys oli yhteydessä parempaan hoidon tehokkuuteen, sekä lisäksi usko omiin kykyihin vastata kuntoutuksen vaatimuksiin.</li> <li>• Huono minäpystyvyys oli yhteydessä enempiin esteisiin.</li> <li>• Parantaakseen minäpystyvyyttä on suositeltavaa asettaa tavoitteita, seurata potilaiden fyysistä ja psyykkistä edistymistä, sekä antaa palautetta.</li> <li>• Tutkimuksessa masentuneisuus enemmän kuin ahdistus vaikutti hoidon keskeyttämiseen.</li> <li>• Yksittäiset käsityksen vammasta ja henkilökohtaisella tilanteella (työelämä, perhe, talous ja tunteet) oli vaikutusta koettuihin esteisiin ja hoitoon sitoutumiseen.</li> </ul>



ence to outpatient rehabilitation.				
<p>23. George, Maureen – Rand-Giovanetti, Devin – Eakin, Michelle – Borrelli, Belinda – Zettler, Meslissa – Riekert, Kristin 2010. Yhdysvallat.</p> <p>Perceptions of barriers and facilitators: self-management decisions by older adolescents and adult with CF.</p>	<p>Tutkia estäviä ja edistäviä tekijöitä sairauden hallinnassa vanhemmilla nuorilla ja aikuisilla, joilla on kystinen fibroosi.</p>	<p>25 potilasta joilla on kystinen fibroosi.</p>	<p>Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla ja analysoitiin käyttäen laadullista analyysiä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteet kystisen fibroosin itsehoitoon: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 64 % Hoito taakka: Hoidon pituus, frekvenssi ja monimutkaisuus.</li> <li>○ 60 % Sosiaaliset vaatimukset: Tasapainotus hoitoon liittyvien asioiden jotka pitää tehdä ja vievät paljon aikaa, vastaan sosiaaliset vaatimukset.</li> <li>○ 60 % Unohtaminen: Tahallinen tai tahaton unohtaminen.</li> <li>○ 56 % Koettujen terveysvaikutusten puuttuminen.</li> <li>○ 56 % Väsymys: Hoitojen aiheuttama väsymys.</li> <li>○ 36 % Stigma/Nolous.</li> </ul> </li> <li>• Mahdollistajat kystisen fibroosin itsehoitoon: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 76 % CF-klinikka: Osallistuminen klinikan itsehoitoon.</li> <li>○ 68 % Tuki ja muistutukset: Läheiset ja muistutukset.</li> <li>○ 68 % Koetut terveyshyödyt.</li> <li>○ 48 % Loppuunsaattamisen helppous.</li> <li>○ 48 % Tapa/rutiini: Rutiini helpottaa itsehoidossa.</li> <li>○ 44 % Häiriötekijät ja palkinnot.</li> <li>○ 44 % Syyllisyys.</li> </ul> </li> <li>• 36 % Vaihtoehtojen korvaaminen: Harjoitusten korvaaminen miellyttävämmällä vaihtoehdolla.</li> <li>• Suunniteltu hoitoon sitoutumattomuus: (32 %) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kapinointi: Suunniteltu hoitoon sitoutumattomuus kapinointina vanhempia vastaan.</li> <li>○ Palkinto: Suunniteltu hoitoon sitoutumattomuus palkintona tai taukona.</li> </ul> </li> </ul>
<p>24. Shang, Jingjing – Wenzel, Jennifer – Krumm, Sharon – Griffith, Kathleen – Stewart, Kerry 2012. Yhdysvallat.</p>	<p>Analysoida harjoitteluun liittyviä hoitoon sitoutumisen malleja potilaille jotka saavat aktiivista syöpähoitoa ja</p>	<p>126 potilasta.</p>	<p>Aineisto kerättiin pitämällä päiväkirjaa ja haastatteluilla. Aineisto analysoitiin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventio ryhmän hoitoon sitoutumisprosentti oli 32,35 %, kun kontrolliryhmän sitoutumisprosentti oli 12,07 %. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontrolliryhmä harrasti liikuntaa entiseen tapaan.</li> <li>○ Interventioyhmä sai yksilölliset liikuntaohjeet.</li> </ul> </li> <li>• Hoitoon sitoutumiseen vaikuttivat muun muassa oireet, fyysinen kunto, väsymys, mieliala, syöpä tyyppi, siviilisäätty (liikkuminen seurassa lisäsi sitoutumista liikunta harjoitukseen) ja aiempi liikunnallinen aktiivisuus (tapa).</li> </ul>

Who will drop out and who will drop in, exercise adherence in a RCT among patients receiving active cancer treatment.	tunnistaa tekijöitä jotka liittyvät harjoitukseen sitoutumiseen.		tilastollisella analyysillä.	
25. Millen, Jennifer – Bray, Steven 2009. Kanada.  Promoting self-efficacy and outcome expectations to enable adherence to resistance training after cardiac rehabilitation.	Tutkia intervention vaikutusta minäpystyvyyteen, lopputulosten odotuksiin ja hoitoon sitoutumiseen ylävartaloharjoitukseen sydänkuntoutuksen jälkeen.	40 sydänpotilasta.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla ja aineisto analysoitiin tilastollisesti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koeryhmällä raportoitiin korkeammat tulokset pystyvyydessä, lopputulosten odotuksissa ja harjoitusten rasittavuudessa neljän viikon seurannassa.</li> <li>• Hoitoon sitoutumisen erot säilyivät kolmen kuukauden seurannassa, joka tukee jonkin verran pystyvyyttä vastarinnan vastustamiseen.</li> <li>• Tulokset tukevat teorialähtöisen motivoivan oppaan ja Thera-Band vastusnauhan käyttöä lisää pystyvyyttä, lopputulosten odotuksia ja lisää liikuntaan sitoutumista sydänkuntoutuksen jälkeen.</li> </ul>
26. Kang, Hyun Sook – Ferrans, Carol Estwing, Kim, Mi Ja – Kim, Jong Im – Lee, Eun-Ok 2007. Korea.  Aquatic exercise	Tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat pitkäaikaiseen vesijumpaan sitoutumiseen vanhemmilla naisilla, joilla niveltulehdus.	72 naista joilla on niveltulehdus.	Kuvaileva poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin strukturoitujen haastattelujen avulla ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harjoittelun esteet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ei ole sopivaa harjoittelupaikkaa.</li> <li>○ Harjoitusaika ei ole tarkoituksenmukainen.</li> <li>○ Kuljetus uima-altaalle on ongelma.</li> <li>○ Vaikeus tehdä liikuntasuorituksia huonossa säässä.</li> <li>○ Ei ole aikaa harjoitella.</li> <li>○ Liiallinen työmäärä töissä, kotityöt ja sosiaalinen toiminta.</li> <li>○ Huolet mahdollisesta loukkaantumisesta.</li> <li>○ On epämiellyttävää pukeutua uimapukuun.</li> </ul> </li> </ul>

<p>in older Korean women with arthritis: identifying barriers to and facilitators of long-term adherence.</p>			<p>analysoitiin tilastollisella analyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vesiharjoittelun kustannukset ovat liian suuret.</li> <li>○ Vaikeudet tehdä vesiharjoituksia.</li> <li>• Pitkäaikaiseen harjoitteluun sitoutumiseen vaikuttivat enemmän sosiaaliset tekijät ryhmän koheesiossa kuin kiinnostus itse liikuntaan.</li> <li>• Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että pystyvyys ja sosiaaliset siteet joita syntyi osallistujien välille harjoittelun aikana, voi edistää pitkän aikavälin sitoutumista harjoitteluun.</li> </ul>
<p>27. Williams, Brian – Mukhopadhyay, Somnath – Cowell, Jon – Coyle, Joanne 2007. Iso-Britannia.</p> <p>Problems and solutions: Accounts by parents and children of adhering to chest physiotherapy for cystic fibrosis.</p>	<p>Tutkia vanhempiin ja lapsiin liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat hengitysfyysioterapiaan sitoutumiseen ja tunnistaa strategioita, joita perheet käyttävät ratkaistakseen ongelmat.</p>	<p>32 7-17-vuotiasta kystista fibroosia sairastavaa lasta ja 31 heidän vanhempaa.</p>	<p>Aineisto kerättiin syvähaastattelujen avulla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koettuja ongelmia fysioterapiassa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rajoittaa elämää, muihin ikäisiin verrattuna.</li> <li>▪ Eivät voi mennä yökylään tai kouluretkille.</li> <li>▪ Eivät voi olla myöhään kavereiden kanssa ulkona.</li> <li>▪ Lääkityksen ja laitteiden määrä suuri. (Vaikea kuljettaa)</li> <li>▪ Heitä hävetti.</li> </ul> </li> <li>○ Identiteetin uhka: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Huoli, että heidät suljetaan pois tai he näyttävät erilaisilta kuin muut.</li> <li>▪ Fysioterapia harjoitukset kuvattiin noloksi ja inhottavaksi.</li> <li>▪ Sosiaalinen stigma.</li> </ul> </li> <li>○ Tylyisyys: Arvo ja koettu ajankulku <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Harjoitukset useimmiten tylsiä ja liian rutiinin omaisia.</li> </ul> </li> <li>○ Koettu vaikuttavuus ja hyödyt fysioterapiasta: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Johtuivat voimaantumisesta tai luottamuksesta terveydenhuollon ammattilaisiin.</li> </ul> </li> <li>○ Vaikuttavuus ja hyödyt ilmenevät ulkoisista merkeistä: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jotkut tunsivat fysioterapian hyödyn heti fysioterapian jälkeen.</li> <li>▪ Jos hyödyllisyyttä ei tuntenut, epäiltiin fysioterapian tarpeellisuutta.</li> </ul> </li> <li>○ Luottamukseen perustuva vaikuttavuus ja hyödyt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ne joilla ei tuntunut fysioterapian hyötyjä, luottivat terveydenhuoltohenkilöstön suositukseen, fysioterapian tarpeellisuudesta ja hyödyistä.</li> <li>▪ Perheet tunsivat, että fysioterapian pois jättämisellä on vakavat seuraukset.</li> </ul> </li> <li>○ Ratkaisut ja strategiat joita vanhemmat ja lapset kehittivät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tarinat</li> <li>▪ laulu</li> </ul> </li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ televisio</li> <li>▪ harjoitusten muuttaminen peliksi, joihin muutkin voivat osallistua</li> <li>▪ muiden vanhempien tuki.</li> </ul>
<p>28. Modi, Avani – Crosby, Lori – Guilfoyle, Shanna – Lemanek, Kathleen – Witherspoon, Dawn – Mitchell, Monica 2009. Yhdysvallat.</p> <p>Barriers to treatment adherence for pediatric patients with sickle cell disease and their families.</p>	<p>Tunnistaa hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä sirpissolua sairastavilla nuorilla.</p>	<p>31 sirpissoluanemiaa sairastavaa lasta ja nuorta sekä 71 heidän vanhempansa.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla ja analysoitiin tilastollisesti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estävät tekijät: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liikunta: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ väsymys</li> <li>▪ hoidon kipu tai epämukavuus</li> <li>▪ ajankäytön hallinta.</li> </ul> </li> <li>○ Muu hoito: (esimerkiksi lääke, nesteytys, kivunhoito ja verensiirto) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unohtaminen ja kadottaminen</li> <li>▪ vaikeus niellä</li> <li>▪ moni lääkitys</li> <li>▪ pahamaku ja sivuvaikutukset</li> <li>▪ ajanhallinta</li> <li>▪ tarvikkeet rikki tai hävinneet</li> <li>▪ ei sovi elämään</li> <li>▪ huolet ja pelot</li> <li>▪ nolous.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Strategiat: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liikunta: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vertaistuki</li> <li>▪ nauttiminen</li> <li>▪ vanhempien muistutus.</li> </ul> </li> <li>○ Muu hoito: (esimerkiksi lääke, nesteytys, kivunhoito ja verensiirto) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vanhempien muistutus</li> <li>▪ motivaatio</li> <li>▪ koettu hoidon vaikutus</li> <li>▪ sopivuus motivaationa kivun lievitys</li> <li>▪ lääkärin painotus</li> <li>▪ tablettien korvaaminen liuoksilla</li> <li>▪ rutiinin luominen</li> <li>▪ maun täydentäminen</li> <li>▪ muistilaput.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<p>29. Gorski, Jo Anne – Slifer, Keith – Townsend, Vanessa – Kelly-Suttka, Jennifer – Amari, Adrianna 2005. Yhdysvallat.</p> <p>Behavioural treatment of non-compliance in adolescents with newly acquired spinal cord injuries.</p>	<p>Osoittaa eri menetelmien tehokkuutta parantaa hoitoon sitoutumista nuorilla joilla selkäranganvamma.</p>	<p>Kolme nuorta, joilla tetraplegia.</p>	<p>Tapaustutkimus. Aineisto kerättiin havainnoimalla ja analysoitiin tilastollisesti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimuksen aikana sitoutuminen parani 20–65 %:sta 80 % tai parempaan. Potilaat tapasivat sairaalajakson aikana psykologin 3–5 kertaa viikossa 30–60 minuutin ajan. Potilaat olivat vähemmän vihaisia, surullisia ja turhautuneita.</li> <li>• Istuntojen sisällöissä keskityttiin etsimään ratkaisuja parempaan sitoutumiseen tarjoamalla uusia välineitä ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa kivun hallintaan. Istunnoissa keskityttiin myös opettamaan selviytymiskeinoja. He oppivat kognitiivisia keinoja, kuten rajaamaan negatiivisia ajatuksia ja opettelemaan sopivia verbaalisia reagoititapoja.</li> <li>• Psykologi laati kirjalliset suositukset, jonka antoi hoitohenkilökunnalle edesauttaakseen johdonmukaista hoitoa, parantaakseen sitoutumista ja vähentääkseen epäsopivaa käyttäytymistä. Ohjeita olivat: kannustaminen sitoutumiseen, säilyttämään johdonmukainen aikataulu, varoittamaan aikataulun muutoksista, olla välittämättä epäsopivista kommentteista ja ilmoittaa vaatimukset selvästi. Tekemällä ympäristö enemmän ennustetavaksi, parannettiin potilaan kontrollin puutetta.</li> <li>• Psykologi tarjosi verbaalista ohjausta tunteiden hallintaan ja käyttäytymiseen pitämällä hoitohenkilökunnan kanssa yhteisiä konsultointi kertoja. Erityisesti koulutuksessa keskityttiin tarjoamaan johdonmukaisia rajoja, olla osallistumatta epäsopivaan puheeseen, käyttämään sopivia ratkaisuja sitoutumattomuuteen ja ahdistukseen/vihaan/toivottomuuteen ja ristiriitaisten konfliktien ratkaisuja.</li> <li>• Psykologi antoi päivittäin palautetta potilaiden sitoutumisesta. Loppuviikosta kuluvan viikon sitoutuminen käytiin läpi. Jos potilaiden sitoutuminen oli ollut viikolla yli 80 % ja he eivät olleet käyttäneet negatiivista kieltä tai sylkeneet he saivat henkilökohtaisen palkinnon.</li> </ul>
--	---	--	---	--

**Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät**

Psyykkiset	Fyysiset	Sosiaaliset	Ympäristö
Päätös valta koskien omaa hoitoa	Oireiden hallinta (oireet vähenevät kuntoutuksen myötä)	Perheen/ystävien tuki	Kotiharjoittelu
Motivaatio	Lisääntynyt virkeys	Psykoterapia	Kuntoutuksen ennustettavuus
Usko	Painon lasku	Päiväkirjan pitäminen	Kuntoutuksen johdonmukaisuus
Ymmärrys omaan hoitoon	Tuloksen saavuttaminen	Terveystuella	Kuntoutuksen alhainen hinta
Mieliala (esimerkiksi masentuneisuus, toivottomuus ja alakuloisuus)	Kykyjen lisääntyminen	Kotona käyvä fysioterapeutti	Harjoitusohjelman ominaisuudet: kiinnostavuus, tuttuus, haastavuus, yhteys tavoitteisiin, etenevä, arviointi.
Itsenäisyys	Hyvä fyysinen kunto	Muiden kanssa harjoittelu	Riittävästi aikaa kuntoutumiseen
Harjoitusten sisällyttäminen päivittäisiin rutiineihin	Vakiintuneet liikunta tottumukset	Potilaan/perheen välinen hyvä yhteistyösuhde	Vesiliikunta
Harjoitusten helppo aloitus	Aiempi fyysinen aktiivisuus	Hyvä suhde hoitohenkilökuntaan	Harjoitusten helppo aloitus/osallistuminen
Elämän laadun parannus		Kannustus muilta	Palkinnot harjoittelusta
Tieto omasta hoidosta		Vertaistuki	Yksilölliset palvelut (otetaan huomioon yksilöllisyys)
Tavoitteet omaan hoitoon		Terapeutin/psykologin tuki	Terveystuella henkilöstön yhteydenotot
Palaute harjoituksista		Työn joustavuus	DVD:n käyttö
Ohjaus hoidossa ja kuntoutuksessa		Perheen/läheisten sitoutuminen	Harjoitusten näyttäminen visuaalisesti ja kirjallisesti

Oman roolin ymmärtäminen kuntoutuksessa		Muistutukset harjoitusten tekemisestä	Taloudellinen tuki kuntoutukseen
Itsenäisyys			Lyhyt etäisyys harjoittelu paikkaan
Tunteet/nautinto			Kuljetus harjoittelu paikkaan
Pystyvyys			Kirjallinen sopimus kuntoutuksesta
Tyytyväisyys hoitoon			Välineiden hyvä saatavuus
Tarkoituksellinen motivointi			Häiriötekijät (esimerkiksi television katsominen harjoitusten aikana)
Uskomukset hoidosta/sairaudesta			
Päätäväisyys/tahto			
Toivo			
Odotukset hoidosta/harjoituksista			
Terveyden parannus			
Uskonto			
Kognitiivisten selviytymiskeinojen tukeminen			
Syällisyyden tunne			
Henkilökohtainen kontrolli			
Vastuun ottaminen omasta hoidosta			
Voimaantuminen			
Positiivinen minäkuva, itsetunto			
Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen			

**Hoitoon sitoutumista estävät tekijät**

Psyykkiset	Fyysiset tekijät	Sosiaaliset	Ympäristö
Kuntoutuksen tavoitteiden ymmärtämättömyys	Koettujen terveysvaikutusten puute	Perheeseen liittyvät: tuen puute, kritisointi, riitely, ongelmat	Harjoitusten monimutkaisuus/vaikeus
Tiedon puute kuntoutuksesta/sairaudesta	Kipu, turvotus, vammat	Ajan puute	Harjoitteluun tarkoitettujen tilojen puute
Masennus	Väsymys	Huonot ihmissuhteet	Ei kuljetusta harjoittelu paikalla
Asenteet	Harjoitusten fyysiset vaatimukset	Terveydenhuoltohenkilöstön ominaisuudet (esimerkiksi epäystävällisyys)	Kuntoutuksen hinta
Uskomukset	Energian puute	Hoidon puutteellinen seuranta	Harjoitus välineiden huono saatavuus ja laatu
Pelko	Harjoitusten epämukavuus	Palautteen puute	Epäsopivat kuntoutusohjelmat
Epävarmuus	Harjoitusten unohtaminen	Riittämätön ohjaus kuntoutuksessa	Harjoitusten liiallinen tiheys
Stressi	Sairaudet	Tuen puute	Huono sää
Kognitiiviset ongelmat		Yksinäisyys	Liiallinen rutiinimaisuus
Motivaation puute		Kilpailevat roolit (Esimerkiksi työ ja vanhemmuus)	Hoidon pitkä pituus
Kuntoutuksen tylsyys		Sosiaaliset vaatimukset	
Kiinnostuksen puute kuntoutumista kohtaan		Huonot koulutus mahdollisuudet	
Antisosiaalisuus		Työ	
Toiveet/odotukset lopputuloksista		Puutteet moniammatillisessa yhteistyössä	



Ulkopuolelta annetut tavoitteet		Läheisten huono hoitoon sitoutuminen	
Ahdistus		Valvonnan puute hoidos- sa/kuntoutuksessa	
Itsemääräämisen puute		Resurssien/koulutuksen puute	
Stigma sairaudesta/kuntoutuksesta		Vertaistuen puute	
Huono henkilökohtainen kontrolli			
Vanhempi ikä			
Passiivisuus kuntoutuksessa/hoidossa			
Hoidon taakka			
Väärät käsitykset			
Identiteetin uhka			
Elämän rajoitus			
Huolet			