



Marja Koukkari

# TAVOITTEENA KUNTOUTUMINEN

– Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta  
kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta

Akateeminen väitöskirja, joka Lapin yliopiston  
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella  
esitetään julkisesti tarkastettavaksi  
Lapin yliopiston Castrén-salissa  
perjantaina 14.5.2010 kello 12

Lapin yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Copyright: Marja Koukkari  
Jakelu: Lapin yliopistokustannus  
PL 8123  
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 (0)40 821 4242, fax + 358 16 362 932  
julkaisu@ulapland.fi  
www.ulapland.fi/lup

Painettu  
ISBN 978-952-484-365-2  
ISSN 0788-7604

pdf  
ISBN 978-952-484-417-8  
ISSN 1796-6310  
www.ulapland.fi/unipub/actanet

## Tiivistelmä

Koukkari Marja

TAVOITTEENA KUNTOUTUMINEN – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta

Rovaniemi: Lapin yliopisto 2010, 240 s., Acta Universitatis Lapponiensis 179

Väitöskirja: Lapin yliopisto

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-365-2

Tutkimukseni tavoitteena on kuvata kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Tutkimus ankkuroituu ajatukseen, että kuntoutus-työntekijöiden erilaiset tavat kuunnella ja tulkita kuntoutujien ääntä ovat tärkeä lähtökohta kuntoutumista edistävien tekijöiden ymmärtämiselle. Tutkimuskohdetta lähestytään kahden tutkimuskysymyksen avulla: Millaisia variaatioita esiintyy kuntoutujien tavoissa kokea kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen? Millaisia variaatioita esiintyy kuntoutujien tavoissa kokea kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyviä tekijöitä?

Tutkimus on toteutettu fenomenografisella tutkimusotteella, jossa tutkimuskohteena ovat ihmisten erilaisia arkipäivän ilmiöitä koskevat käsitykset ja niiden erilaiset ymmärtämisen tavat. Tutkimusaineisto muodostuu 22 kuntoutujan puolistrukturoidusta haastattelusta. Tutkimustuloksissa kuuluu kuntoutujan ääni, joka on muodostunut CP-vammaisten nuorten ja nuorten aikuisten sekä aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden työikäisten ja ikääntyvien kuntoutujien käsityksistä ja tavoista ymmärtää kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen sekä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyviä tekijöitä.

Tutkimustuloksina muodostui kolme kuvauskategoriaa kumpaankin tutkimuskysymykseen. Kokonaisvaltainen kuntoutus koettiin toimintakyvyn edistymisen, opiskelun ja työn tavoittelun sekä selviytymiskeinojen käyttämisen ulottuvuuksina. Toimintakykyä kuvataan ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien ulottuvuuksien kautta. Käsitystyypeissä korotuvat fyysisistä toimintakykyä kuvaavat sisällöt. Opiskelun kautta integroitumista työelämään kuvataan ongelmalliseksi. Vammaisten henkilöiden työelämään integroitumiselle ei ole selkeitä kuntouttavia tavoitteita ja yhteiskunnan vammaisiin kohdistama työllisyyspolitiikka edistää yhteiskunnasta syrjäytymistä. Selviytymiskeinojen käyttäminen kuvataan sellaisten tekijöiden kautta, joilla on ollut merkittävä vaikutus kuntoutujan elämänhallintaan ja elämänhallinnan uudelleen jäsentämiseen. Keskeinen kuntoutumista edistävä tekijä on kuntoutujan aktiivisuus ja autonomian kunnioittaminen. Kuntoutusinterventioissa korostuvat terapioiden merkitys sekä kuntoutumista edistävänä että estävänä tekijänä. Kuntoutumista edistävänä tekijänä kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa korostuu hierarkiaan ja valtaan liittyvät ilmiöt kuntoutuskäytänteissä. Kuntoutujan asioiden organisoimisessa nousi esiin kuntoutuksen koordinointiin liittyviä ongelmia.

Tutkimus ankkuroituu kuntoutustieteen teoriaperustaan tutkimuskohteen ja tutkimustehtävän kautta. Tutkimustulokset tuovat esille uusia tutkimuskohteita, jotka liittyvät kuntoutustyöntekijöiden ammatilliseen osaamiseen ja sen tarkoituksenmukaiseen vastaavuuteen kuntoutujan kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa.

Avainsanat: elämänhallinta, fenomenografia, kokonaisvaltainen, kuntoutuminen, kuntoutus, kuntoutustiede, selviytyminen, kuntoutusinterventio.

## Abstract

Koukkari Marja

Recovery as a goal. Conceptions of rehabilitees on holistic recovery and the factors related to them

Rovaniemi: University of Lapland, 2010, 240 pp., Acta Universitatis Lapponiensis 179

Dissertation: University of Lapland

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-365-2

The aim of this research is to describe the rehabilitees' conceptions of holistic rehabilitation and recovery as well as of the factors related to them. The research is anchored in the conceptions of the rehabilitation workers' capability to listen to and to interpret the speech of the rehabilitees, in which lies an important basis to understanding the factors promoting recovery.

The object of the present study is approached through two research questions: What kinds of variations appear in the rehabilitees' ways of experiencing holistic rehabilitation and recovery? What kinds of variations appear in the rehabilitees' ways of experiencing factors related to rehabilitation and recovery?

The study was carried out through the phenomenographic approach aiming to explore people's different conceptions of everyday phenomena and their various ways of giving meanings to them. The research material consists of 22 half-structured interviews of rehabilitees. The research results reveal the voice of the rehabilitees composed of young people and young adults with cerebral palsy as well as aged rehabilitees and those of working age after strokes and their conceptions and ways of understanding holistic rehabilitation and recovery and observing the factors related to them.

Three description categories were formed as answers for both of the research questions. Holistic rehabilitation was experienced to have the dimensions of promotion of functional capability, possibility for work and study as well as means of coping. Functional capability is described through the dimensions as a person's physical, psychological and social characteristics. The types of dimensions emphasize the contents describing physical capability. Integration in the work life through studies is described as problematic. There are no clear rehabilitation targets in integrating disabled people in work life, and society's employment policies among the disabled promote marginalization in society. Using the means of coping is described through the factors which have been significantly meaningful to the rehabilitee's control of life and its reorganization.

As factors related to rehabilitation and recovery both factors promoting and those hindering the process are described. A critical factor promoting recovery is the rehabilitee's own activity and the appreciation of his/her autonomy. Intervention in rehabilitation and the importance of therapies are stressed both in the promoting and preventing factors. As the promoting factors in the rehabilitation services, the phenomena connected to hierarchy and power are emphasized in rehabilitation practices. The problems arose in the coordination of rehabilitation while organizing the rehabilitee's affairs.

The present research is anchored in the theoretical basis of rehabilitation science through the research object and research questions. The results reveal new research objects connected to the professional skills of the rehabilitation staff as well as to the appropriate correspondence of their competence in holistic rehabilitation and the recovery of the rehabilitees.

Key words: control of life, phenomenography, holistic, recovery, rehabilitation, rehabilitation science, interventions in rehabilitation, coping.

## Sisälllys

Kuvioluettelo .....	7
Kiitos .....	9
1 JOHDANTO .....	11
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat .....	11
1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävät .....	15
1.3 Tutkimuksen rakenne .....	16
2 KOKONAISSVALTAISUUS KUNTOUTUKSESSA JA KUNTOUTUMISESSA. .18	
2.1 Kuntoutus käsitteenä ja tieteenä .....	18
2.2 Kuntoutuksesta kuntoutumiseen .....	27
2.3 Kokonaisvaltaisuuden käsite kuntoutuksen kontekstissa .....	35
3 TUTKIMUSOTE JA SEN SOVELTAMINEN TUTKIMUSKONTEKSTISSA. . .43	
3.1 Fenomenografinen tutkimusote .....	43
3.2 Fenomenografia tutkimuskontekstissa .....	48
3.2.1 Tutkimusotteen ja -aineiston valinta .....	48
3.2.2 Tutkimusaineiston hankinta .....	51
3.3 Fenomenografinen analyysi .....	54
3.4 Aineiston analyysiprosessi tutkimuskontekstissa .....	57
4 KUNTOUTUJIIEN KÄSITYKSET KOKONAISSVALTAISESTA KUNTOUTUKSESTA JA KUNTOUTUMISESTA .....	63
4.1 Katgoria A: Kuntoutus ja kuntoutuminen toimintakyvyn edistymisenä .....	65
4.1.1 Katgoria A1: Fyysinen toimintakyky .....	65
4.1.2 Katgoria A2: Fyysinen ja psykososiaalinen toimintakyky .....	70
4.1.3 Katgoria A3: Sosiaalinen toimintakyky .....	73
4.2 Katgoria B: Kuntoutus ja kuntoutuminen opiskelun ja työn tavoitteluna .....	85
4.2.1 Katgoria B1: Opiskelusta ja työstä syrjäytyminen .....	86
4.2.2 Katgoria B2: Opiskeluun ja työhön kannustaminen .....	92
4.3 Katgoria C: Kuntoutus ja kuntoutuminen selviytymiskeinojen käyttämisenä .....	104
4.3.1 Katgoria C1: Hallinnan tunteen vahvistuminen .....	105
4.3.2 Katgoria C2: Toimiminen ja tuen saaminen .....	112
4.3.3 Katgoria C3: Vaikeiden asioiden välttäminen .....	117
5 KUNTOUTUJIIEN KÄSITYKSET KUNTOUTUKSEEN JA KUNTOUTUMISEEN LIITTYVISTÄ TEKIJÖISTÄ. ....	124
5.1 Katgoria D: Kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminta kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa .....	125
5.1.1 Katgoria D1: Kuntoutuspalvelujärjestelmä tukee .....	126
5.1.2 Katgoria D2: Kuntoutuspalvelujärjestelmä ei tue .....	132

5.2	Kategoria E: Kuntoutusinterventiot kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa.....	148
5.2.1	Kategoria E1: Kuntoutumista edistävät interventiot .....	148
5.2.2	Kategoria E2: Kuntoutumista estävät interventiot .....	156
5.3	Kategoria F: Kuntoutujan toimintaan liittyvät tekijät kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa .....	168
5.3.1	Kategoria F1: Suotuisat olosuhteet .....	169
5.3.2	Kategoria F2: Epäsuotuisat olosuhteet .....	174
6	TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA .....	181
6.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	181
6.2	Tutkimuksen eettisyys.....	187
7	POHDINTA JA TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN .....	192
7.1	Kokonaisvaltaisuus kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa.....	192
7.2	Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvät tekijät .....	198
8	KEHITTÄMISHAASTEET.....	206
	Lähteet .....	210
	Liitteet .....	233

## Kuvioluettelo

Kuvio 1.	Kuntoutuskäsityksen historiallinen rakentuminen. ....	26
Kuvio 2.	Elämänhallinta elämänprosessin elementtinä. ....	30
Kuvio 3.	Elämänhallintaa ohjaavat tekijät. ....	31
Kuvio 4.	Malli toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden ulottuvuuksista ICF- viitekehyksessä. ....	39
Kuvio 5.	Muutoksen teoriat ICF-viitekehyksessä. ....	41
Kuvio 6.	Tutkijan suhde tutkittavaan ilmiöön toisen asteen näkökulmasta tarkasteltuna. ....	46
Kuvio 7.	Kuntoutuksen ja kuntoutumisen käsittämisen ulottuvuudet. ....	62
Kuvio 8.	Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen vaikuttaneiden tekijöiden ulottuvuudet. ....	62
Kuvio 9.	Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen kategoriat. ....	64
Kuvio 10.	Kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen toimintakyvyn edistymisenä. ....	79
Kuvio 11.	Kuntoutus ja kuntoutuminen opiskelun ja työn tavoitteluna. ....	99
Kuvio 12.	Kuntoutus ja kuntoutuminen selviytymiskeinojen käyttämisenä. ....	120
Kuvio 13.	Holistinen selviytymisen malli. ....	123
Kuvio 14.	Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvien tekijöiden ulottuvuudet. ....	124
Kuvio 15.	Suomalainen kuntoutuspalvelujärjestelmä. ....	126
Kuvio 16.	Kuntoutussuunnitelma dialogisena yhteistyönä. ....	136
Kuvio 17.	Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvät tekijät kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa. ....	142
Kuvio 18.	Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvät tekijät kuntoutus- interventioissa. ....	164
Kuvio 19.	Kuntoutujan toiminta kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä. ....	178

*Ja mä unhotan läksyni vaivan,  
ja kaikki niin kaunihiks saa.  
Mua jossain, kaukana aivan.  
elo ihana odottaa.*

*V. A. Koskenniemi*



## Kiitos!

Väitöstutkimuksen tekeminen on henkilökohtainen kasvu- ja oppimisprosessi. Päämääränä on väitöskirjan valmistuminen. Kasvuun ja oppimiseen liittyviä vaiheita ymmärtää usein vasta tarkastellessaan kokonaisuutta hiukan etäämpää. Olen saavuttanut päämääräni, ja on syytä olla kiitollinen. Väitöskirjassani piirtyy kuva kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta kokonaisvaltaisena ilmiönä, kuntoutujien näköisenä kompositiona. Kuntoutuminen on jokaisen kuntoutujan henkilökohtainen matka kohti tavoitteina hahmottuvaa päämäärää. Niiden saavuttamista edistää tieto suunnan ymmärtämisestä. Kuntoutuja on paras kuntoutumisensa tavoitteiden ja suunnan osoittaja. Kiitän lämpimästi jokaista kuntoutujaa siitä, että sain haastatella teitä tutkimustani varten. Olette merkittävällä tavalla tukeneet kuntoutustieteen tutkimusta ja edistäneet kuntoutuskäytäntöiden kehittämistä.

Väitöskirjaprosessi on monivaiheinen. Mukaan on mahtunut myötä- ja vastatuulta, onnistumisen kokemuksia ja pettymyksiä, ahdistusta ja epätietoisuutta, löytämisen iloa ja ylpeyttä saavutuksista. Päämäärän saavuttaminen on vaatinut runsaasti ulkopuolista tukea, sosiaalista osallisuutta ja lähiyhteisön ymmärtävää ja arvostavaa asennetta.

Kiitän lämpimästi väitöskirjani ohjaajaa kuntoutustieteen professori Aila Järvikoskea asiantuntevasta, huolellisesta ja kriittisestä paneutumisesta tutkimukseni ohjaukseen. Hänen tukensa on ollut kannustavaa ja myönteistä väitöskirjaprosessini kaikissa vaiheissa. Kiitän YTT lehtori Marjo-Riitta Mattusta rakentavasta palautteesta kuntoutuksen teoreettiseen viitekehykseen liittyvissä kysymyksissä. Kiitän professori Anna Raija Nummenmaata ja professori Leena Syrjälää väitöskirjani esitarkastukseen liittyvistä asiantuntevista ja rakentavista kommentteista.

Tutkimuksen tekemisessä vertaistuellalla on ollut suuri merkitys. Kiitän Lapin yliopiston kuntoutustieteen jatko-opiskelijoita kannustavasta ja kriittisestä palautteesta tutkimusprosessin eri vaiheissa. Kiitän professori Anneli Pohjolaa ja Lapin yliopiston sosiaalityön jatko-opiskelijoita erityisesti tutkimuksen alkuvaiheen aikana saamastani palautteesta tutkimusprosessin etenemisen kannalta merkittävässä sisällöllisissä ja metodologisissa kysymyksissä. Kiitän kollegaani TtT Seija Kokkoa arvokkaasta tuesta tutkimusaineiston analysointiin liittyvissä metodologisissa kysymyksissä. Kiitän KTT, dosentti Pirjo Koivukangasta ja KT Säde-Pirkko Nissilää he-

delmällisistä ja tutkimusta edistäivistä keskusteluista sekä ajan antamisesta tilanteissa, jolloin olen ollut yksin kysymysteni keskellä ja etsinyt vastauksia. Kiitän HuK Johanna Peteriä perusteellisesta työstä väitöskirjan suomen kielen tarkastamisessa. Kiitän esimiehiäni YTT, yksikönjohtaja Kari Virolaista sekä YTM, KM osastonjohtaja Hannu Pietiläistä myönteisestä suhtautumisesta väitöskirjatyön tekemiseen liittyviin virkavapauksiin. Taloudellisesti tutkimustani ovat tukeneet Lapin yliopisto sekä Suomen Fysioterapeutit. Lämmin kiitos tutkimusprosessiani nopeuttaneesta rahallisesta tuesta.

Olen kiitollinen lukuisille työkavereilleni ja ystävilleni kannustavasta asenteesta tutkimustani kohtaan. Olen saanut kokea välittämistä ja empatiaa. Kokemus on auttanut jaksamaan ja kääntämään vastoinkäymiset elämää kantaviksi myönteisiksi tavoitteiksi. Kiitän lämpimästi jokaista henkilökohtaisesti.

Väitöskirjan tekeminen on vaatinut kotoa pois olemista. Olen saanut viettää muistorikkaita aikoja syntymäkaupungissani Rovaniemellä. Kiitän lämpimästi äitiäni Eeva Trögiä henkisestä ja aineellisesta tuesta, jota olen saanut opiskeluni aikana. Merkityksen suuruutta en voi sanoin kuvata. Tiedän, että edesmennyt isäni olisi ylpeä saavutuksestani. Kiitän vanhempiani elämäni eri vaiheissa kohtaamastani kannustavasta asenteesta opiskeluani kohtaan.

Väitöskirjan tekeminen on vaatinut runsain mitoin ponnisteluja, sitoutumista ja pedanttia aikataulun noudattamista. Tavoite väitöskirjan valmistumisesta on vaatinut runsaasti ymmärrystä läheisiltäni. Kiitän sydämellisesti puolisoani Esaa rinnalla kulkemisesta ja taitavasta kuuntelemisesta. Kiitän tytärtäni Elisaa, vävyäni Vesaa sekä lapsenlapsiani Elleä, Weikkoja ja Lenniä runsaista voimavaroja antavista yhteisistä hetkistä. Nämä elämän rikkaudet ympärilläni ovat edistäneet tutkimusprosessin etenemistä myönteiseen suuntaan.

Oulussa Kalevalan päivänä 2010

Marja Koukkari

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Tämä tutkimus kuuluu kuntoutustieteen aihepiiriin. Kuntoutustiedettä määritellään yleensä tutkimuskohteen kautta. Kuntoutustiede, johon tutkimus kiinnittyy, on verraten nuori tieteenala ja edellyttää monialaisen ja monitieteisen tiedeyhteisön kriittistä vuoropuhelua oman kivijalan rakentamiseksi ja lujittamiseksi. Tutkimuksella on tarkoitus haastaa kuntoutustieteen tiedeyhteisö kehittämään omaa tiedettä kehittäviä teorioita ja malleja, jotka toimivat yhteisenä viitekehyksenä ja lähtökohtana kuntoutustieteen tutkimuksessa. Ajatuksia tällaisista teorioista ja malleista esittävät mm. Siegert ja Worrall (ks. luku 2.1). Tutkimusmenetelmällisenä ratkaisuna tutkimuksessani sovelsin Martonin alun perin kehittämää fenomenografista lähestymistapaa. Tässä tutkimuksessani kuntoutustiede valottuu kuntoutumiseen liittyvien teorioiden ja menetelmien kautta. Tutkimukseni perustana on filosofinen kysymys ihmisarvosta ja vammaisena omassa arkitodellisuudessaan elävän ihmisen arvostuksesta. Menetelmällisesti on kysymys näiden ihmisten äänen kuulemisesta fenomenografisen menetelmän avulla. Halusin myös tutkimuksellani osallistua kuntoutuskäytäntöjen ja kuntoutustyöntekijöiden koulutuksen kehittämiseen ja kuntoutukseen liittyvään yhteiskunnallisen keskustelun.

Kuntoutukseen yhdistyy kokonaisvaltaisuuden käsite monin eri tavoin. Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys on perusta, joka ohjaa kuntoutustoimintaa. Kuntoutusprosessin lähtökohtana pidetään kuntoutujan ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksellista ja tavoitteellista muutosta, jolloin puhutaan kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta. Kuntoutuksessa pyritään kuntoutujan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen edistämiseen. (Hämäläinen & Röberg 2007, 48, 134.)

Kuntoutumisen lähtökohtana nähdään kuntoutujan autonomia oman toimintakykyisyyden tunnistamisessa ja kuntoutustarpeen määrittämisessä. Tavoitteena on kokonaisvaltainen ymmärrys kuntoutumisesta fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. Kuntoutuksessa on lähtökohtana yksilö ja kuntoutujan tavoitteiden mukainen eteneminen. Kysymys on laaja-alaisesta kuntoutuksesta.

Herralan, Kahrolan ja Sandströmin (2008, 19) mukaan erityisesti terveydenhuollossa korostuu nykyään kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. He konkretisoivat käsitystään esimerkillä talosta, joka kauempaa katsottuna ei erotu toisista taloista muiden joukossa. Lähempää taloa tarkastellessa siitä voidaan erottaa yksityiskohtia ja talossa tapahtuvaa toimintaa. Talo paljastuu kokonaisuudeksi, jossa eletään ja jonka jokainen yksityiskohta muodostaa tärkeän osan olemassa olevasta kokonaisuudesta. Talon elämä edellyttää kaikkien osien toimintaa, sillä osat yhdessä muodostavat enemmän kuin osiansa summan. Voidaankin kysyä, onko esimerkki käyttökelpoinen myös kuntoutuksessa ja sen ymmärtämisessä.

Kuntoutuksen alkuvaiheessa kuntoutustoiminta keskittyi fyysisten sairauksien aiheuttamien vikojen ja vammojen korjaamiseen ja ennallistamiseen. Engelin (1977) kehittämä biopsykososiaalinen malli nosti kuntoutukseen fyysisten tekijöiden rinnalle psyykkiset ja sosiaaliset tekijät mutta jätti kuntoutuksen perusteeksi edelleen lääketieteellisen lähtökohdan. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee kuntoutuksen tavoitteeksi sosiaalisen integraation sekä ympäristön ja elinolojen muuttamisen yksilölle sopivaksi (WHO 1981). Kansainvälinen työjärjestö ILO korostaa ammatillisen kuntoutuksen merkitystä tukea vajaakuntoisten henkilöiden osallistumista yhteiskuntaelämän eri toimintasektoreilla (ILO 1981, 1983). YK nostaa kuntoutuksen viime käden tavoitteeksi kuntoutujan mahdollisimman itsenäisen elämän (United Nations 1993).

Kuntoutuksen ymmärtäminen yksilön ja ympäristön välisenä muutokseksi tulee esille niin vuoden 2002 valtioneuvoston kuntoutusselonteossa kuin WHO:n toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden käsitteellisessä mallissa (International Classification of Functioning, Disability and Health), josta käytetään nimitystä ICF-malli tai ICF-luokitus (ICF 2004). Topon (2006, 2) mukaan ICF-luokituksen suurin anti on siinä, että toimintakykyä ja toimintarajoitteita tarkastellaan kontekstuaalisesti perinteisen lääketieteellisen tarkastelun rinnalla myös yhteiskunnallisesti.

Kuntoutus yhdistetään yleensä osaksi terveydenhuoltojärjestelmää ja sen palveluita ja toimenpiteitä. Kuntoutus integroituu nykyisiin yleisiin palvelujärjestelmiin. Tämä tarkoittaa kuntoutuksen sektoroitumista eri hallinnonaloille. Tutkimustulosten perusteella olisi toivottavaa, että järjestelmä olisi kuntoutujalle selväpiirteinen ja helppokäyttöinen. Kuntoutus on ollut tiiviisti sidoksissa yhteiskunnassa vallitseviin tarpeisiin sekä

ajankohtaisiin haasteisiin että vaatimuksiin. Kuntoutus laajenee siten yhteiskunnan muutosten seurauksena. Se näkyy muun muassa kuntoutuksen vamma- tai sairauskäsityksen syventymisenä, oikeutena kuntoutukseen ilman todettua sairautta tai vammaa sekä kuntoutuksen ennaltaehkäisevän roolin korostumisena toimintakyvyn tukemisessa. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 53.) Kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena pidetään kuntoutujan valtaistumista, ja kuntoutuja ymmärretään tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään toteuttavana aktiivisena toimijana. Kuntoutujan roolissa korostuu hänen osallistumisensa oman elämänsä ja tulevaisuutensa päätöksentekoon. Kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet laajenevat näin hänen omaan kuntoutukseensa ja kuntoutumiseensa. Tällöin toteutuvat kuntoutuksen arvot: onnellisuus, vapaus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo.

Yhteiskunnalle koitua hyöty kuntoutuksesta nähdään yleensä taloudellisesta näkökulmasta. Kuntoutus on investointi inhimilliseen ja sosiaaliseen pääomaan, erityisesti silloin, kun väestön panosta tarvitaan yhteisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja edistämisessä. Tällainen tilanne voi tulla kysymykseen silloin, kun kuntoutuja voi esimerkiksi jatkaa pidempään työelämässä.

Kuntoutumista on kuvattu henkilökohtaisena oppimis- ja muutosprosessina, jossa nousevat esille kuntoutujan aktiivinen rooli ja vaikutusmahdollisuudet sekä kuntoutujan ja ympäristön välinen suhde kuntoutustoiminnan lähtökohtana. Kuntoutuminen merkitsee ihmisen työ- ja toimintakyvyn sekä elämäntilanteen paranemista tai parempaa sosiaalista selviytymistä eli aktiivisempaa osallisuutta yhteiskunnan ja lähiyhteisöjen toimintaan sekä työelämään. Kuntoutuksen tavoitteena on itsenäinen, itseään luovasti toteuttava, elämänsä hallitseva ja sosiaalisesti selviytyvä ihminen. (Rissanen 2008, 677.) Kuntoutuksen interventiot kohdistuvat niin yksilöön kuin hänen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä, eli työyhteisöön ja elinolosuhteisiin.

Lindhin ja Suikkasen (2008, 62) mukaan kuntoutustoiminnan tulee kytä vastaamaan seuraaviin yhteiskunnan tarpeista nouseisiin haasteisiin: a) kuntoutustarpeen riittävän varhainen tunnistaminen, b) mahdollisuus siirtyä standardoiduista kuntoutuspalveluista nykyistä yksilöllisempiin ja joustavampiin ratkaisuihin, c) uudentyyppisten ammatillisten kuntoutuspalvelujen luominen välityömarkkinoiden kehittämiseksi,

d) asiakkaan aseman vahvistaminen sekä e) työnteon sosiaalisten esteiden ja riskien sisällyttäminen työikäisen väestön kuntoutuksen käynnistymisen kriteereihin. Nämä haasteet ovat myös kuntoutuksen tutkimuksen kannalta oleellisia kehittämisalueita. Ne vastaavat tässä tutkimuksessa asettamiani haasteita, jotka koskevat kuntoutujien paremman elämänhallinnan edistämistä.

Kuntoutukselta odotetaan tehokasta toimintaa sekä kykyä vastata asiakkaiden ja muuttuvan toimintaympäristön vaatimuksiin. Tällaisia vaatimuksia ovat esimerkiksi väestölliset, yhteiskunnalliset ja työelämän kehityssuunnissa tapahtuvat muutokset sekä kuntoutuksen monialaisuuden ja monitieteisyyden aiheuttamat haasteet. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelmassa (2003) esitetään yhdeksi tutkimuksen painopistealueeksi muun muassa kuntoutuksen hyvien ja vaikuttavien toimintakäytäntöjen arviointi. On tärkeää analysoida, mikä saa toiset ihmiset kuntoutumaan ja toiset syrjäytymään samanlaisten kuntoutustoimenpiteiden ja -palvelujen käyttäjinä. Kysymys kuuluu: ”Mitkä tekijät yhdessä muodostavat sellaisen toimivan ja aktivoivan kuntoutumista edistävän ympäristön, jossa todentuu kuntoutuksen ja kuntoutumisen kokonaisvaltaisuutta edistävät elementit?”

Kokonaisvaltaisuus kuntoutuksessa tarkoittaa ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien yhteensulautumista niin, että yhteen osa-alueeseen kohdistunut muutos vaikuttaa kumulatiivisesti myös muihin osa-alueisiin. Ihmisen holistisuudella tarkoitetaan sitä, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Tämän vuoksi osatekijöiden vaikutuksen suuruutta toisiinsa ei voida ennustaa: pienikin liike voi aiheuttaa suuren muutoksen ja päinvastoin. On mahdotonta löytää samanlaista, kaikille sopivaa kuntoutuskäytäntöä, koska ihmisten taustat ovat erilaisia. Kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa merkityksellisiä ovat ne tiluatiot, joissa kuntoutujat elävät ja toimivat, sekä näiden erilaisten tiluatioiden yhteys kuntoutujan tapaan kokea osallisuutta, arvostamista, oikeudenmukaisuutta, vapautta ja onnellisuutta (ks. Rauhala 2005).

Kuntoutus ja kuntoutuminen voidaan kokea eri tavoin, mikä johtuu muun muassa erilaisista kuntoutustarvetta aiheuttavista tekijöistä, kuntoutukselle ja kuntoutumiselle asetettavista tavoitteista sekä kuntoutustoimenpiteiden tarkoituksenmukaisuudesta. Kuntoutustoiminnan perusajatuksena on inhimillisyys ja oikeudenmukaisuus – huolimatta

nykyaikana korostuneesta hyötynäkökulmasta, jossa on vaarana kuntoutujan unohtaminen yhteiskunnalliseen marginaaliin. Huolestuttavinta tällaisessa ajattelussa on ihmisarvon tasavertaisuuden unohtaminen.

Kiinnostukseni kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja sen tavoitteena olevaan kuntoutumiseen on muodostunut kokemuksesta, joka minulle on syntynyt kuntoutusalan ammattihenkilönä, fysioterapeuttina sekä lehtorina kuntoutusalan koulutuksen suunnittelu- ja kehittämistehtävissä. Olen tietoinen suomalaisen kuntoutuspalvelujärjestelmän monitahoisuudesta ja pirstaleisuudesta sekä kuntoutustoimintaa organisoivien järjestelmien strategisista periaatteista ja kuntoutuksen monialaisesta ammattihenkilöiden joukosta. Olen seurannut tieteellisten tutkimusten tuottamia tuloksia monivammaisten kuntoutujien sosiaalisesta integroitumisesta yhteiskuntaan ja muodostanut käsitykseni heidän elämänhallintaansa säätelevistä ilmiöistä, jotka ovat osa kuntoutujan arjessa selviytymistä. Olen pyrkinyt tiedostamaan omaa esiyymmärrystäni niin paljon kuin mahdollista, ja osoittaakseni, että minulla tutkijana on hallittua itsereflektiota, olen lähestynyt tutkittavaa ilmiötä teoreettisesti tämän tutkimuksen luvussa 2.

## 1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyneistä tekijöistä. Tutkimus ankkuroituu ajatukseen, että kuntoutustyöntekijöiden erilaiset tavat kuunnella ja tulkita kuntoutujien ääntä, ovat tärkeä lähtökohta kuntoutumista edistävien tekijöiden ymmärtämiselle kuntoutujien toiminta- ja työkyvyn edistämisessä, itsenäisessä selviytymisessä sekä elämänhallintaan liittyvissä kysymyksissä. Kuntoutujien käsitysten tutkimisella on merkitystä kuntoutuskäytäntöjen kehittämisen ja kuntoutustyöntekijöiden koulutuksen edistämisen sekä kuntoutuksen arvolähtökohtia käsittelevän yhteiskunnallisen keskustelun ja päätöksenteon kannalta. Tarkoituksena on myös käynnistää avoin tieteidenvälinen vuoropuhelu kuntoutustieteen teorian tuottamisesta.

Tutkimuksen kohteena ovat eri-ikäisten ja erilaisia kuntoutuspalveluita käyttävien kuntoutujien käsitykset kokonaisvaltaisesta kuntoutuk-

sesta ja kuntoutumisesta. Lähestyn tutkimuskohdetta kahden tutkimuskysymyksen avulla:

1. Millaisia variaatioita esiintyy kuntoutujien tavoissa käsittää kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen?
2. Millaisia variaatioita esiintyy kuntoutujien tavoissa käsittää kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyviä tekijöitä?

### 1.3 Tutkimuksen rakenne

Tutkimuksen lähtökohdat, tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät sekä teoreettiset taustat ovat luvuissa 1 ja 2. Etenen tässä keskeisten käsitteiden tarkastelun kautta kohti kuntoutukselle asetettujen haasteiden pohdintaa. Luku 2 sisältää tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen, jossa keskityn tutkimusilmion kannalta keskeisten käsitteiden teoreettiseen tarkasteluun. Ensiksi käsittelen kuntoutuksen, toiseksi kuntoutumisen ja kolmanneksi kokonaisvaltaisuuden käsitettä.

Luvussa 3 esittelen ensiksi fenomenografista metodologiaa, jonka teoriaa sovellan tässä tutkimuksessani. Seuraavaksi kuvaan tutkimuksen toteuttamisen vaiheita, joihin kuuluvat tutkimusotteen ja -aineiston valinnan perustelut sekä tutkimusaineiston hankinnan kuvaus. Viimeisenä esittelen tutkimuksen analyysiprosessin niin, että erotan toisistaan fenomenografiselle tutkimukselle tyypillisen analyysitavan sekä tälle tutkimukselle ominaisen analyysin sovelluksen.

Luvuissa 4 ja 5 vastaan tutkimuskysymyksiini. Yhdistän tutkimustuloksiin teoratietoa siinä määrin, kuin se on fenomenografisen analyysintutkimuksen lähtökohdista mahdollista. En pyri teoratiedon avulla selittämään kuntoutujien käsityksiä, vaan sitomaan käsiteltävää aihealuetta teoreettiseen viitekehykseen. Tällöin teoria voi toimia jossain tapauksissa merkitysten tunnistamisen perusteena sekä kriittisten aspektien lähtökohtana. Fenomenografisen tutkimuksen johtopäätökset esitetään kategorioina (Ahonen 1996, 154). Esitän tutkimukseni johtopäätökset kuvauskategorioina kunkin kategorian lopussa. Jokaisen kuvauskategorian yhteydessä tarkastelen teemaa myös aikaisemman teorian ja tutkimustiedon valossa.



Luvussa 6 arvioin fenomenografista tutkimusta. Pohdin tutkimukseni luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä kysymyksiä sekä teoreettisesti että tutkimusprosessin toteutuksen lähtökohdista. Luku 7 sisältää tutkimuksen diskussion, jossa pohdin tutkimuksen tuloksia tutkimuksen kysymyksenasettelun näkökulmasta sekä arvioin tutkimustulosten merkitystä laajempänä yhteiskunnallisena kysymyksenä kuntoutuksen kontekstissa. Esitän tässä luvussa tutkimuksen tuloksena syntyneitä jatkotutkimusaiheita. Luvussa 8 esitän tutkimustuloksina muodostuneiden kuvauskategorioiden perusteella kehittämishaasteita kuntoutuskäytäntöihin sekä kuntoutushenkilöiden koulutukseen ja yhteiskunnalliseen kuntoutusta koskevaan keskusteluun sekä kuntoutustieteen teorioihin ja malleihin yhdistyvään monitieteiseen vuoropuheluun.

## 2 KOKONAISSVALTAISUUS KUNTOUTUKSESSA JA KUNTOUTUMISESSA

### 2.1 Kuntoutus käsitteenä ja tieteenä

Kuntoutuksella on merkittävä rooli sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Sillä voidaan edistää ihmisten hyvinvointia, elämänhallintaa sekä osallisuutta yhteiskunnassa. Sillä voidaan myös ehkäistä syrjäytymistä sekä sellaisten tekijöiden vaikutuksia, jotka rajoittavat kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Sosiaali- ja terveyspolitiikan lisäksi kuntoutuksella on keskeinen rooli koulutus- ja työllisyyspolitiikassa. Kuntoutuksen näkökulmasta oleellista on muun muassa ihmisen mahdollisuus asumiseen, elämiseen, asioimiseen, työssä käymiseen, opiskeluun, oppimiseen, liikkumiseen ja toisten ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa olemiseen. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002; Välimäki 2008, 47–49; Musikka-Siirtola & Siirtola & Wikström 2008, 35–38; Kuuskoski & Kittilä 2008, 32–34; Järvikoski & Härkäpää & Mannila 2001, 1–9; Paatero & Lehmijoki & Kivekäs & Ståhl 2008, 31–34; Leino 2004, 93–94.)

Kuntoutukselle tyypillisiä piirteitä voidaan tunnistaa jo kaukaa ihmiskunnan historiasta. Antiikin ajalle olivat tyypillisiä erilaiset kylpylät, joihin ihmiset tulivat ylläpitämään niin tervettä ruumistaan (*corpus sanum*) kuin tervettä sieluaan (*mens sana*). Kylpylät toimivat eräänlaisina sosiaalisina kohtaamiskeskuksina, joissa eri yhteiskuntaluokista tulevat ihmiset tapasivat toisiaan statuksesta riippumatta ja keskittyivät hoitamaan kuntoaan sekä parantamaan sairauksiaan. (Heikura 2003, 18.) Kyse ei siis ole uudesta tai jonkin tapahtuman kautta syntyneestä tarpeesta toimia tietyllä tavalla. Kyse on ilmiöstä, joka esiintyy aina siellä, missä ihmisiä syntyy, elää ja toimii ympäristössään. Kysymys on ollut ja on yhteisöllisestä huolenpidosta.

Kuntoutuksen ymmärtämisessä eri aikakausina on erilaisia variaatioita, mutta se on aina ollut kiinteästi sidoksissa yhteiskuntaan. Yhteiskunnassa vallitseva tilanne, sen henkiset ja aineelliset voimavarat, arvot, asenteet ja erityistarpeet määräävät kuntoutustoiminnan kohteen, laadun ja laajuuden. Kuntoutustoiminnan arvioinnissa onkin tärkeää hahmottaa yleinen ajankuva yhteiskunnan senhetkisestä tilanteesta. Aikojen saatossa

kuntoutus on mielletty sisällöltään pääasiassa fyysisiksi toimenpiteiksi, mikä johtuu erityisesti sodanjälkeisen kuntoutuksen korjaavasta ja pallauttavasta tavoitteesta ja tehtävästä yhteiskunnassa. Wade (2006) kuitenkin kritisoi käsitteen ”fyysinen” käyttöä kuntoutuksen yhteydessä. Hän näkee kuntoutuksen kokonaisvaltaisena ilmiönä, jonka mukaan ihmistä ei voida tarkastella fyysisen ja ei-fyysisen näkökulman mukaisesti. Wade kokee, että lääketiede ja sen myötä terveydenhuolto pirstaloi ja erittelee ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden mukaisesti. Hän väittää tällaisen ihmiskäsityksen olevan vallalla kuntoutuksessa myös nykyaikana.

Myös Järvikosken, Härkäpään, Laisola-Nuotion, Paateron ja Rissasen (2003) sekä Siegertin, McPhersonin ja Deanin (2005) mukaan kuntoutustyön paradigma on kauan ollut medikalistinen ja vajavuuskeskeinen. Viime vuosikymmenen aikana uudet toiminta- ja ajattelutavat ovat kuitenkin nostaneet vammaisten ja vajaakuntoisten ihmisten tarpeita ja tavoitteita korostavan toimintamallin kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohdaksi. Siinä tavoitteena on kuntoutujan mahdollisuus ottaa itse kantaa omaan tulevaisuuteensa ja elämänhallintaansa liittyviin kysymyksiin.

Kuntoutuskäsitteen historiaa tarkastellessa voidaan todeta, että sen kehitys on kulkenut kunkin ajan yhteiskunnallisten tarpeiden mukaan passiivisen ja korjaavan toiminnan kautta aktiiviseen ja yksilön voimavaroja hyödyntävään, ennaltaehkäisevään toimintaan. Käsite on siis laajentunut horisontaalisesti ja vertikaalisesti eri aikakausina ja muuttunut sen mukaan, mikä on ollut ajalle tyypillistä ja yhteiskunnassa tarpeellista. Kuntoutuksen käsitteessä ilmenevät muutokset heijastavat niitä muutoksia, joita on tapahtunut väestön terveydentilassa ja yhteiskunnallisessa tilanteessa sekä asenteissa kuntoutusta kohtaan. Järvikoski ja Härkäpää (1995, 89) sekä Haimi ja Hurme (2007, 35–36) ovat esittäneet aikasarjan siitä, miten kuntoutuskäsite on määritelty eri vuosikymmenten aikana:

*Kuntoutuksella tarkoitetaan niiden toimenpiteiden kokonaisuutta, jotka ovat omiaan edistämään kuntoutettavan henkilön omintakeista toimeentuloa tai päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja joihin ryhdytään varsinaisen sairaanhoidon lisäksi sairausajan lyhentämiseksi taikka sairaudesta, viasta tai vammasta muutoin todennäköi-*

*sesti syntyvän pysyvän tai pitkäaikaisen haitan estämiseksi tai lieventämiseksi. (Komiteamietintö 1966, 8.)*

*Kuntoutus sisältää kaikki ne toimenpiteet, jotka tähtäävät vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutusten vähentämiseen ja vammaisen ja vajaakuntoisen henkilön saattamiseen kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää vain vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan integraation edistämiseksi pyritään vaikuttamaan myös heidän lähiympäristöönsä ja yhteiskuntaan. (WHO 1981.)*

*Kuntoutus tarkoittaa prosessia, jonka avulla vammaisia (tai vajaakuntoisia) henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvän fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso, jolloin heillä on mahdollisuus elää mahdollisimman itsenäistä elämää. Kuntoutus voi sisältää toimenpiteitä, joilla erilaiset toiminnot mahdollistetaan tai palautetaan, tai sen avulla voidaan korvata jonkin toiminnon menetys, puuttuminen tai rajoitus. Kuntoutus ei sisällä alkuvaiheen lääketieteellistä hoitoa. Se käsittää suuren joukon toimenpiteitä ja toimintaa perus- ja yleiskuntoutuksesta aina tavoitteelliseen toimintaan saakka, joista esimerkkinä on ammatillinen kuntoutus. (United Nations 1993.)*

Tämä aikasarja osoittaa, että jo 40 vuotta sitten ymmärrettiin kuntoutuksen perustehtävät ja kuntoutujan ihmisarvo.

Suomalaisen kuntoutuksen kehitystä kuvataan toisaalta laajentumisen näkökulmasta, toisaalta kuntoutuksen paradigman eli kuntoutukseen liittyvien ajattelu- ja toimintamallien kehittymisen näkökulmasta (Niemi 1987; Järvikoski & Härkäpää 2004; Puumalainen & Vilkkumaa 2001; Haimi & Hurme 2007). Keskeisimpinä kuntoutuksen paradigman muuttumiseen liittyvinä tekijöinä voidaan pitää vajavuuskeskeisen toimintamallin murtumista ja kuntoutujan autonomiaa korostavan periaatteen vahvistumista. Uudessa toimintamallissa on keskeistä vammaisten ja vajaakuntoisten ihmisten todellisista tarpeista ja tavoitteista lähtevä toiminta sekä mahdollisuus vaikuttaa omaa kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon ja tulevaisuuteen. Lisäksi siinä otetaan huomioon sosiaaliset ja kontekstuaaliset tekijät kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen toteutuk-

sen sekä arvioinnin lähtökohtana. Tähän muutosprosessiin liittyy kuntoutujien määrän kasvaminen, mikä johtuu sairaus- ja vammakäsityksen laajentumisesta sekä muutoksista kuntoutukseen oikeuttamisessa ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisessa ajoituksessa eli oikea-aikaisuudessa. (Kuhn 1970; Lincoln 1985; Holton III 2007; Järvikoski & Karjalainen 2008, 85; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2003; Clapton & Kendall 2002, 990; Cheryl & Teare & McGilton & Lineker 2006, 1387–1388.)

Kuntoutuksen paradigman kehityksen myötä kuntoutuksen perinteisen vajavuuskeskeisen toimintamallin tilalle on noussut valtaistava (empowerment) sekä ekologinen toimintamalli, joiden lähtökohtana nähdään kuntoutujan aktiivinen osallisuus sekä yksilön ja ympäristön välisen suhteen merkitys kuntoutustoimintaa ohjaavana tekijänä. (Siegert ym. 2005, 1497; Whyte 2006, 100; Johnson & Dow & Lynch & Hermann 2006, 35; Wade 2002, 347–349; 2003, 1–4; 2005, 349–353; Levac & Dean & Siegert & Mcpherson 2006, 744.) Viime aikoina kuntoutujan autonomia on nostettu erääksi kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi, ja sen edellytyksenä on pidetty osallistumisen mahdollisuutta (Cardol & De Jong & Ward 2002, 970–973; Smith 2002, 999; Kersten 2002; Catz & Itzkovich 2002, 996–998; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002; Wiman 2004, 81–84). Autonomiaa korostetaan yhtenä asiakaslähtöisen kuntoutuksen avainkäsitteenä. Sitä tulisi tarkastella jatkuvana ja henkilökohtaisena muuttujana, joka on riippuvainen yksilön ympäristöstä ja muuttuu tilanteen mukaan. Autonomiaa saattaa siis rajoittaa fyysinen tai sosiaalinen ympäristö tai esimerkiksi vamman aiheuttama sairaus. Cardolin ym. (2002) sekä Komradin (1983) mukaan täydellisen autonomian tilaa ei voidakaan rakentaa, vaan kuntoutujalle tulee antaa mahdollisuus itse valita, milloin hän haluaa jättää asiansa toisten päätettäväksi. Ammattihenkilöiden tulee kuitenkin kunnioittaa kuntoutujan mahdollista halua itsenäiseen päätöksentekoon koko kuntoutuksen ajan.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa eduskunnalle (2002) kuntoutus määritellään seuraavasti:

*Kuntoutus on ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista*

*ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3.)*

Kuntoutujan osallistumista omaan kuntoutukseensa pidetään tavoitteellisen ja onnistuneen kuntoutuksen lähtökohtana. ILO:n suosituksen (1981; 1983) mukaan jokaiselle toimintarajoitteiselle henkilölle tulee taata ja säilyttää hänelle sopiva työ ja siihen liittyvä tulevaisuus, mikä tekee yhteiskuntaan integroitumisen mahdolliseksi. WHO:n suunnitelmassa (Action plan 2006–2011) asetetaan tavoitteeksi turvata kaikille toimintarajoitteisille ihmisille samanlaiset oikeudet elää arvokasta elämää ja mahdollisuudet osallistua kykyjensä mukaisesti yhteiskunnan toimintaan. Yhteiskunnan tehtävänä on muun muassa tukea, edistää ja vahvistaa toimintarajoitteisten henkilöiden kuntoutus- ja terveyspalveluiden saatavuutta sekä osallistumismahdollisuuksia.

Ihmisoikeussopimuksen keskeinen periaate on vammaisten henkilöiden syrjinnän kieltäminen (United Nations 2007). Sopimuksen tavoitteena on edistää ja suojella kaikkien vammaisten henkilöiden mahdollisuuksia nauttia yhdenvertaisesti kaikista ihmisoikeuksista ja perusvapauksista sekä synnynnäisen arvon kunnioittamisesta. Tämä lauselmä paaluttaa ihmisarvon tasavertaisuuden kaikkien ihmisten kesken. Yleissopimuksen artiklassa 1 määritellään kuntoutuksen keskeinen käsite vammaisuus seuraavasti:

*Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. (Artikla 1, United Nations 2007.)*

Suomalaista vammaispolitiikkaa ohjaamaan on myös laadittu erillinen ohjelma (Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006). Se sitouttaa Suomen YK:n ja Euroopan jäsenvaltiona edistämään kaikille avointa yhteiskuntaa, jossa syrjinnän kieltäminen kuuluu perustuslakiin. Suomalainen vammaispoliittinen ohjelma perustuu kolmeen keskeiseen periaatteeseen: vammaisten henkilöiden oikeudet yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen sekä tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin. Sopimukset

vammaisten ihmisten oikeuksista liittyvät kansainväliseen keskusteluun, jossa pohditaan kuntoutukselle asetettavia tavoitteita sekä kuntoutuksen asemaa ja merkitystä monialaisena ja -tieteisenä kokonaisuutena. Sopimukset velvoittavat myös kuntoutuksen sisällölliseen, toiminnalliseen ja teoreettiseen kehittämiseen.

Kuntoutuksen käsitteellä on muuttuva sisältö. Kuntoutus voidaan ymmärtää eri näkökulmista muun muassa toimenpiteinä, palveluiden tarjoajana, järjestelmänä, toimintaprosessina, tieteenä, teoriana, mallina tai henkilökohtaisena muutoksena, jonka tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutus ymmärretään myös kuntoutusympäristöjen ja kuntoutumisen välisenä vuorovaikutuksena. (Suikkanen & Lindh 2001, 11–12; Järvikoski & Härkäpää 2004, 17–15; Paatero ym. 2008, 31–50; Vilkkumaa 2008, 3–11; Whyte 2006, 99–100). Suikkasen ja Lindhin (2008a, 76–77; 2008b, 69–73) mukaan kuntoutuksessa tarvitaan osallistavia ja dialogisia asiantuntijuuden ja osaamisen muotoja, joissa arvioidaan kuntoutusympäristöjen ja eri toimijoiden välisiä prosesseja ja edistetään kuntoutuksen vaikuttavuutta. Niin kansallisessa kuin kansainvälisessä argumentoinnissa pohditaan kuntoutusmuotojen ja toimenpiteiden vaikuttavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta sekä haastetaan kuntoutuksen sisällöllisiä tekijöitä integroitumaan osaksi kehittyvän yhteiskunnan palveluverkostoa. Integroimisella yleisiin palvelujärjestelmiin tarkoitetaan Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelman (2003, 22) mukaan niin kutsuttujen kuntoutusta sivuavien toimintamuotojen, kuten terveyden edistämisen, sairauksien hoidon, työkykyä ylläpitävän toiminnan, kuntouttavan sosiaalityön ja työllistämiseen liittyvien toimenpiteiden välistä yhteistyötä ja verkostoitumista osaksi yhteiskuntajärjestelmän kuntoutumista tukevaa toimintaa.

Kuntoutuksen monialaisuus ja -tieteisyys on käynnistänyt kansallisen ja kansainvälisen keskustelun kuntoutustieteen yhteisen teorian tarpeellisuudesta ja merkityksestä kuntoutuksen tutkimuksessa ja profiloitumisessa suhteessa muihin tieteisiin. Kansallisesti ja kansainvälisesti kuntoutusta lähestytään ensisijaisesti soveltavana tieteenalana. Keskeisenä tavoitteena on tuottaa tieteellisin menetelmin sellaista tietoa, joka mahdollistaa kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvien ilmiöiden ymmärtämisen. Siegert ym. (2005), Chatterjee (2005), Worrall (2005), Brumfitt (2005), Whyte (2008), Smith (2005) sekä Stam (2005) ovat

käyneet tieteellistä keskustelua kuntoutuksen paradigman kehityksestä ja teoreettisista lähtökohdista sekä kuntoutuksen asemasta tieteenä ja tietei-  
tä yhdistävänä monialaisena ilmiönä.

Kuntoutustieteen teoreettiset lähtökohdat ovat monitieteisiä ja siksi kuntoutusta ilmiönä voidaan lähestyä erilaisista viitekehyksistä ja käyttää hyväksi erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkijoiden mukaan ongelmana pidetään sitä, että kuntoutuksen tutkimuksesta puuttuu yhteinen teoria, joka olisi yleispätevä kaikkialla. Monialaisuus ja -tieteisyys edellyttävät yhteisen tietoperustan luomista kuntoutustoiminnan kehittämiseksi. Edelleen tutkijat näkevät tarpeen myös sellaisille teorioille, jotka olisivat ikään kuin siltoja eri tieteiden välillä. (Siegert ym. 2005; Chatterjee 2005; Worrall 2005; Järvikoski ym. 2003; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003.)

Näiden pohjalta voidaan ajatella, että kuntoutustiede on kiinnostunut ilmiöistä, jotka liittyvät kuntoutumisen muodostumiseen, kuntoutuksen yhteiskunnalliseen toimintaverkostoon sekä arvokeskusteluun, joka koskee ihmisen oikeutta olla olemassa itsenäisenä kansalaisena. Toiset tutkijat taas korostavat kuntoutuksen teorioiden muodostumisessa ulkoisia ja sisäisiä elementtejä, jotka sisältyvät kuntoutuksen teorioihin ja kuntoutuksen sisältä muodostuneisiin teorioihin. (Esim. Chatterjee 2005.)

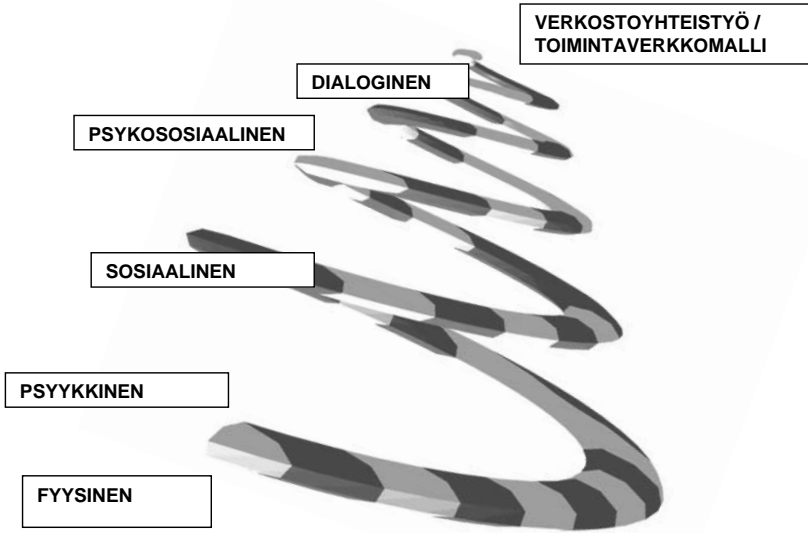
Worrall (2005, 1615–1516) puhuu yhteisten tekijöiden tunnistamisesta kuntoutuksessa. Näiden tekijöiden tunnistaminen auttaa yhteisten teorioiden ja mallien kehittämistä ja soveltamista itse kuntoutusinterventioon. Lisäksi kuntoutusympäristöön liittyvien yhteisten tekijöiden tunnistaminen ja teoretisoiminen voisi kehittää ja edistää kuntoutujan osallistumisen mahdollisuuksia erilaisissa kuntoutusinterventioissa. Whyte (2006) puolestaan korostaa kuntoutumisessa käytettävien menetelmien teoretisoimista ja nostaa esille interventioteorioiden tarpeellisuuden kuntoutuksen kehittämisen ja edistymisen lähtökohtana. Interventioteorioiden oletetaan liittyvän kuntoutuksen sisäisiin teorioihin. Whyte kritisoi Siegertin esittämää kuntoutuksen yleisen ja yhteisen teorian tarpeellisuutta. Hänen mielestään kuntoutus on sellaiseen liian laaja ja monialainen ilmiö. Hänen mukaansa olisi käytännöllisempää koota pienempiä mikro-teorioita eri osa-alueilta, kuten neuropsykologiasta, sosiaalipsykologiasta ja biomekaniikasta. Näitä mikroteorioita yhdistävänä viitekehyksenä voi-



si olla WHO:n ICF-malli (2004), jonka avulla voisi tutkia ja kehittää kuntoutuksessa käytettäviä toimenpiteitä.

Kuviossa 1 kuntoutuksen teorian muodostusta kuvataan alhaalta ylöspäin suuntautuvana spiraalina, jonka kierteen muodostavat samalla näkymän kuntoutuksessa vaikuttavien tiedonmuodostusten historiallisiin vaiheisiin eli kuntoutuskäsityksen kehitykseen. Fyysisen ja psyykkisen eli lääketieteellisen ja psykologisen tiedonmuodostuksen vaihetta kuvataan spiraalin alimmissa kerroksissa. Tähän vaiheeseen liittyy kuntoutuksen fyysisten elementtien korostuminen, mikä oli tyypillistä kuntoutuksen historian alkuvaiheissa, kun kuntoutus kohdistui sairauksien hoitoon ja syntyneiden vammojen korjaamiseen. Yhteiskunnan yksilöitymiskehitys on vahvistanut sosiaalisen ulottuvuuden merkitystä, ja sen erilaiset muodot liittyvät saumattomasti fyysis-psyykkisen kuntoutuskäsityksen täydennykseksi. (Karjalainen 2004, 22–23.)

Ylhäällä kuntoutuksen historiallisen kehityksen spiraalissa näkyy dialogisuus, jolla kuvataan kuntoutuksessa vuoropuhelua, moniäänisyyttä ja vastavuoroista vaikuttamista. Sen voidaan ymmärtää tarkoittavan myös reflektiota eli pohdintaa sekä toimintaa, jolla on toivon ja muutoksen ulottuvuus. (Kokko 2007,10; Freire 2005, 95–97). Dialogisuuden tarkoituksena on kuvata kuntoutuksen rakentumista yhteistyöverkostossa, jossa on keskeisellä sijalla kuntoutujan autonomian kunnioittaminen ja sen varmistaminen. Verkostoitumista pidetään tärkeänä kuntoutuksen laadun ja tehokkuuden edistämiseksi. Verkostolla tarkoitetaan kuntoutuksessa yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutussuhdetta ja dynamiikkaa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 86; Suikkanen & Lindh 2008a, 71; Cardol ym. 2002; 970–974.)



Mukaillen Karjalainen 2004, 23.

Kuvio 1. Kuntoutuskäsityksen historiallinen rakentuminen.

Kuntoutuksen monialaisuus ja -tieteisyys ovat haasteita kuntoutuksen arvopäämäärien asettamisessa, sillä kuntoutuksen alueella on edustettuina useiden eri ammattien kirjo, joiden filosofiset ja eettiset lähtökohdat poikkeavat toisistaan. Airaksisen (2008, 111–113) mukaan klassisten ammattien tunnuspiirteitä ovat tieteeseen ja tieteelliseen koulutukseen liittyvä erityisosaaminen sekä eettinen palvelutehtävä. Kuntoutustiedettä edustavat ammattihenkilöt ovat kuntoutuksen asiantuntijoita. Palvelutehtävä liittyy kysymykseen kuntoutuksen arvopäämäärästä, jonka tulisi olla kuntoutusammateissa tehtävän työn yhteinen intressi. Arvopäämäärän määrittäminen liittyy kuntoutuksen tunnistamiseen aitona, eri ammatteja sisältävänä tieteenä. Puhutaan arvon uusintamisesta, joka kuntoutuksessa epäilemättä liittyy toimintakykyyn ja sen edistämiseen mutta myös elämänhallintaan ja koheesion lisääntymiseen.

Kuntoutuksen tavoitteiden toteutuminen on riippuvainen kuntoutustoimintaa ohjaavista arvoista, asenteista ja ihmiskäsityksistä, jotka ohjaavat kuntoutukseen liittyvien toimenpiteiden suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Voidaan puhua myös kuntoutuksen eettisistä periaatteista,

jotka ohjaavat kuntoutustoimintaa kuntoutujälähtöisesti. Hyvä ja toimiva kuntoutuskäytäntö on laadukkaan ja vaikuttavan kuntoutuksen tavoite. (Airaksinen 2008, 111–114.)

Kuntoutuksen perimmäisinä arvoina on pidetty onnellisuutta, vapautta, oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa. (Järvikoski & Härkäpää 2004; Dougherty 1991; Curtis 1998.) Pyrkimys onnellisuuteen liittyy kuntoutujan terveyden, hyvinvoinnin ja toimintamahdollisuuksien edistämiseen. Curtis (1998) kuvaa onnellisuutta arvona, joka sisältää kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja tyytyväisyyden tilan ja tunteen. Vapaudella tarkoitetaan kuntoutujan itsemääräämisoikeuden, autonomian, subjektiivisuuden ja valinnan mahdollisuuksien toteutumista sekä elämänhallinnan arvopäämäärän korostamista kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo kuntoutuksessa haastavat yhteiskunnan huolehtimaan kaikista kansalaisista tasapuolisesti ja samojen periaatteiden mukaisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 30; Dougherty 1991, 8–9; Curtis, 45–46.)

Airaksisen (2008, 116) mukaan kyseessä on velvollisuusetiikan periaate kohdella kaikkia ihmisiä samalla tavalla satunnaisiin piirteisiin puuttumatta sekä ihmisen itseisarvoa kunnioittaen. Velvollisuusetiikan yleistettyvyysvaatimus edellyttää myös kuntoutujan vastuun ottamista itsestään: vaatimus itseä koskevasta oikeasta kohtelusta edellyttää kohtelemaan myös itseä oikein. Tämän lisäksi jokaisen kuntoutujan tulee kunnioittaa omaa ihmisarvoaan eikä suostua olemaan kuntoutettava väline. Airaksinen korostaa arvojen vastavuoroisuutta ja kuntoutujan aktiivisuutta sekä sitoutuneisuutta omaan kuntoutukseensa toteamalla, että kuntoutus on kuntoutujan avustamista kuntoutumisessa.

## 2.2 Kuntoutuksesta kuntoutumiseen

Kuntoutuksessa kohdataan ihmisiä eri elämäntilanteissa, joissa korostuvat ihmisen moninaisuus ja kuntoutustarpeiden vaihtelevuus sekä monimuotoisuus ja arvonäkökantojen erot. Moninaisuudella tarkoitetaan ihmisten erilaisuutta muun muassa sukupuolen, iän, etnisen alkuperän, kulttuuritaustan, yksityiselämän, uskonnon, koulutustaustan, fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn tai seksuaalisen suuntautuneisuuden perusteella. (Soni 2000; Visti & Ayim & Heiskanen & Härkönen & Ruoppila

2006, 427; Milliken & Martins 1996; Saikku & Karjalainen 2007, 15; Järvikoski & Karjalainen 2008, 90–91.)

Kuntoutujan asema nousi korostetusti esille vuoden 1991 kuntoutuslakiuudistuksessa. Tällöin säädettyä asiakaspalveluyhteistyölakia uudistettiin vuonna 2003 lailla kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003). Kuntoutumisen määrittelyissä ja sitä kuvaavissa malleissa voidaan tunnistaa paradigman kehitykselle tyypilliset sisällölliset painotukset sekä kuntoutustoiminnassa vallitsevat arvot, asenteet ja ihmiskäsitykset. Kuntoutumiselle parhaat edellytykset luodaan silloin, kun kuntoutujan elämänhallinta ja valtaistuminen ovat kuntoutuksen lähtökohtana ja toiminnan tavoitteena niin kuntoutujan, kuntoutustyöntekijöiden kuin kuntoutusjärjestelmän toiminnassa (Järvikoski & Härkäpää 2008; Järvikoski 1994a, 124–126, Järvikoski 1995b).

Kuntoutumisen ytimessä on kuntoutuja asiakkaana eli tahtovana ja toimivana subjektina omassa kuntoutusprosessissaan sekä suhteessa kuntoutustyöntekijöihin. Järvikoski ja Karjalainen (2008) toteavat, että kuntoutuminen on yksilön uudenvuorovaikutustapa palautua entiseen asemaansa tai tulla toimeen muuttuneessa elämäntilanteessaan. Kuntoutuminen on oppimista, oman elämän uudelleen rakentamista sekä uusien merkitysten muodostumista muuttuneessa elämäntilanteessa. Onken, Craig, Ridgway, Raplh ja Cook (2007) korostavat dynaamista vuorovaikutussuhdetta yksilön ja ympäristön välillä kuntoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Vuorovaikutuksen dynaamisuus sisältää niin yksilöön kuin ympäristöön liittyviä piirteitä, jotka joko edistävät tai estävät kuntoutumista. Tällaisia piirteitä ovat esimerkiksi kuntoutujan halu ja motivaatio, ympäristön tarjoamat mahdollisuudet sekä ympäristön valintaan liittyvät tekijät.

Rauste von Wrightin, von Wrightin ja Soinin (2003, 57) mukaan motivaatio ilmenee ihmisen toiminnan tietoisissa tai tiedostamattomissa tavoitteissa, jotka säätelevät hänen aktiviteettejaan, joihin ihminen pyrkii kohdistamaan mielenkiintonsa. Keskeistä ovat teot ja niistä saatu palaute, jotka säätelevät oppimista. Kun oppimisprosessin katsotaan edellyttävän oppijan aktiivista osallistumista ja toimintaa erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä, tulee tarkastelunäkökulmaan sosiaalinen aspekti. (Greeno & Collins & Resnic 1996, 25–26.) Yksilön motivaatio muodostuu silloin, kun hän osallistuu johonkin toimintaan yhteisössä, jossa oppimista arvostetaan. Kuntoutuksessa tämä tarkoittaisi oppimista edistävien kuntoutus-

ympäristöjen luomista, joissa kuntoutujilla olisi mahdollisuus kehittää aktiivisen oppijan identiteettejä ja joissa he olisivat itse vastuussa oppimisestaan. Tämä tarkoittaa myös sitä, että kuntoutusympäristö, jossa kuntoutuja ei koe arvostusta eikä hänen tavoitteitaan kuunnella, aiheuttaa turhautumista ja identiteetin sekä pystyvyyden tunteen heikkenemistä.

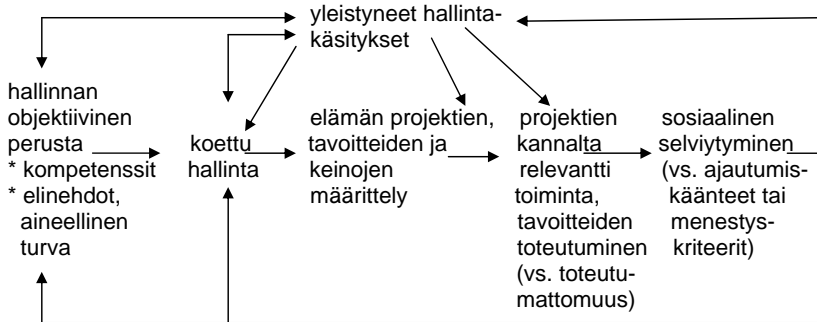
Vilkkumaa (2008) kuvaa kuntoutumista toimijan sisäiseksi ilmiöksi, samanaikaisesti kuntoutujan päässä tai kehossa sekä siinä sosiaalisessa kokonaisuudessa, jossa kuntoutuja elää ja toimii. Faull ja Hills (2006) nostavat kuntoutumisen osaksi terveyttä ja hyvinvointia, jossa tavoitteena on kokonaisvaltainen, laaja-alainen sekä kuntoutujalähtöinen kuntoutus. Kuntoutumisen avainkäsitteenä pidetään kokonaisvaltaista toimintakykyä, jolla tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja tai edellytyksiä, arjessa selviytymistä ja osallistumisen mahdollisuuksia sekä vuorovaikutuksellista toimintaa (Talo & Wikström & Metteri 2001, 56–60; Halonen & Aaltonen & Hämäläinen & Karppi & Kaukinen & Kervilä & Lehtinen & Pere & Puukka & Siitonen & Silvennoinen & Talo 2007).

Patricia Deegan (1988), jota on kutsuttu myös kuntoutumisen visionääriksi (Onken ym. 2007, 19), kuvaa kuntoutumista seuraavasti:

*Recovery is a process, a way of life, an attitude, and a way of approaching the day's challenges. It is not a perfectly linear process. At times our course is erratic and we falter, slide back, regroup and start again... The need is to meet the challenge of the disability and to re-establish a new and valued sense of integrity and purpose within and beyond the limits of the disability; the aspiration is to live, work and love in a community in which one makes a significant contribution. (Deegan 1988, 15.)*

Deeganin kuvaus sijoittuu aikaan, jolloin kuntoutuksen paradigman kehitysvaiheessa alettiin kiinnittää huomiota kuntoutujan asemaan ja kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen kuntoutusinterventioiden lähtökohtana. Samoihin aikoihin Aila Järvikoski (1994a, 152) esitti väitöskirjassaan eri kuntoutumista selittäviä malleja, joista yhdessä kuntoutumista kuvataan elämänhallinnan lisääntymiseen tai selviytymismahdollisuuksien paranemiseen tähtävänä prosessina. Mallissa, joka esitetään kuviossa 2, merkityksellistä ovat kuntoutujan omat tavoitteet, niiden tarpeen määrit-

tely sekä päämäärätietoinen toiminta. Elämänhallintaa kuvataan ihmisen elämänprosessina, johon sisältyy yksilön ja yhteiskunnan tasapainoisen suhteen tavoittelu. Siinä yleisillä hallintakäsityksillä ja kompetensseilla ymmärretään sellaisia psyykkisiä voimavaroja, jotka toimivat resursseina kuntoutumisen yhteydessä.

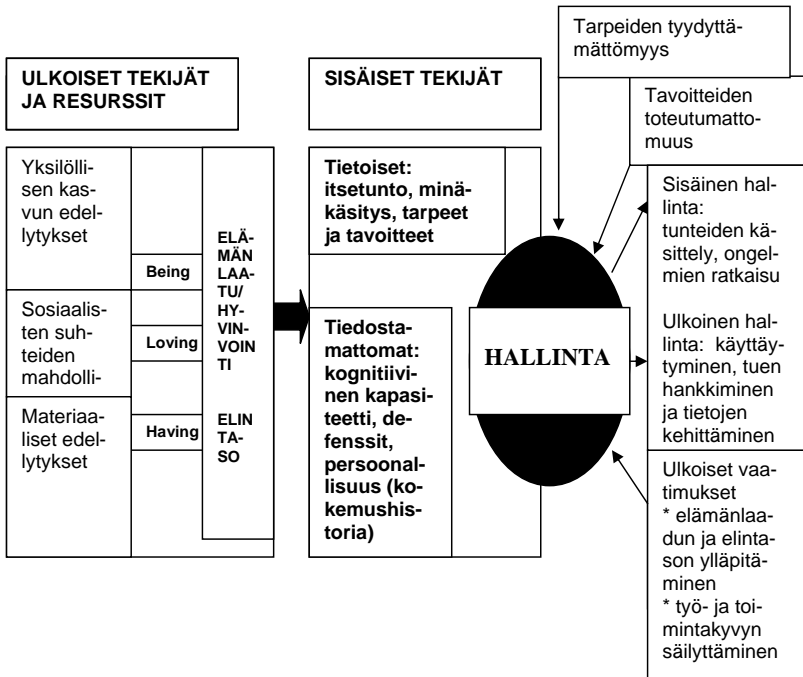


Järvikoski 1994a, 124.

Kuvio 2. Elämänhallinta elämänprosessin elementtinä.

Elämänhallinnan käsite on laajentunut kuntoutumisen keskeiseksi tavoitteeksi ja peruskäsitteeksi, ja kuntoutusparadigman kehittymisen myötä se on muodostunut lähtökohdaksi niin kansallisissa kuin kansainvälisissä kuntoutusta käsittelevissä julkaisuissa. Elämänhallinnan käsitettä käytetään kuntoutustieteen ohella muun muassa psykologian, sosiaali-tieteiden sekä psykiatrisen lääketieteen teorioissa ja tavoitteissa. (Esim. Järvikoski 1994b, 54–56; Onken ym. 2007, 14; Ward & Maruna 2007, 1–26; Spaniol 2008, 57; Hergenrather & Rhodes & Turner & Barlow 2008, 34–35; Deegan 1988.) Järvikosken ja Härkäpään (2004, 133) mukaan elämänhallinta tarkoittaa seuraavaa: a) nähdä ja ymmärtää oman elämän tai toiminnan merkityksellisyys, mielekkäisyys, b) itsetunto, luottamus omiin vaikutusmahdollisuuksiin, c) itsenäisyys, itsemäärääminen, toimintakyvyn lisääntyminen, d) mahdollisuus saada äänensä kuuluviin, saada aikaan haluttuja muutoksia, vaikuttaa omaan tulevaisuuteensa, olla ”oman elämänsä subjekti” sekä e) toiminnan ulkoisen perustan vakiintuminen: taloudellinen turva, hyvinvoinnin mahdollistavat olosuhteet, tasa-arvoinen osallisuus yhteisön elämään.

Raitasalo (1995, 12) tarkastelee elämänhallintaa ihmisen sopeutumiskäyttäytymisenä sisäisten ja ulkoisten ohjaavien tekijöiden kautta (kuvio 3). Ulkoisessa elämänhallinnassa on kyse materiaalisista tarpeista, joita Allardt (1989) kuvaa jo klassisiksi tulleissa käsitteissä *having*, *loving* ja *being*. Niiden avulla ihminen pyrkii vaikuttamaan ulkoisiin olosuhteisiinsa, kuten esimerkiksi elintasoonsa ja yhteiskunnalliseen asemaansa (*having*), harrastuksiinsa ja erilaisiin yhteiskunnallisiin toimintoihinsa (*being*) sekä sosiaalisiin suhteisiinsa (*loving*). Ihmisellä on tarve integroitua yhteiskuntaan, eikä hän halua vieraantua sosiaalisista verkostoista. Sisäinen elämänhallinta taas tapahtuu ihmisen sisällä emotionaalisenä ja kognitiivisena prosessina, joka käynnistyy, kun ihminen kohtaa uhkia, epävarmuutta ja turvattomuutta tai haastavia elämäntilanteita.



Raitasalo 1995, 61.

Kuvio 3. Elämänhallintaa ohjaavat tekijät.

Davis (2006, 171–172) korostaa kuntoutujan autonomian merkitystä kuntoutumista edistäväenä tekijänä. Kuntoutuksen tulisi hänen mukaansa sisältää seuraavanlaisia periaatteita, joihin voidaan rinnastaa kuntoutuksen tavoite valtaistaa, voimaannuttaa tai lisätä kuntoutujan elämänhallintaa:

1. *Kuntoutuksen tulisi kohdistua yksilön elämän laatuun.*
2. *Kuntoutusta tulisi lähestyä moniammatillisesta tai tieteidenvälisestä näkökulmasta.*
3. *Kuntoutukseen tulisi sisältyä kuntoutujalähtöinen tavoitteiden suunnittelu.*
4. *Kuntoutuksen lähtökohdana tulisi olla yksilön aikaisemmat kokemukset.*
5. *Kuntoutuksen tulisi liittyä yksilön kontekstiin, joka pitää sisällään kulttuurisen ja ympäristöön liittyvän kokonaisuuden.*
6. *Kuntoutuksen tulee toteutua riittävän aikaisessa vaiheessa.*

Kuntoutujan elämänhallinnan saavuttaminen, tasa-arvoinen osallisuus yhteisössä sekä itsenäisyys ja mahdollisuus osallistua kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon ovat kuntoutusinterventiossa kuntoutujan autonomian tunnuspiirteitä. Kuntoutujan aktiivinen rooli omaan kuntoutukseensa osallistuvana toimijana siirtää vastuuta kuntoutumisesta kuntoutujalle, jolloin korostuvat ihmisen erilaiset selviytymisstrategiat elämänhallinnan kysymyksinä. Kuntoutumisen näkökulmasta tärkeää on olla tietoinen kuntoutujan selviytymisstrategioiden olemassaolosta. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 133; Saadah 2002, 977–978; Aaltonen 2004, 176–177.)

Ihmisen selviytymisessä on kyse ihmisen voimavaroista silloin, kun kohdataan elämäntilanteisiin liittyviä vaikeita ja kuormittavia asioita sekä ennalta-arvaamattomia ja suuria muutoksia edellyttäviä tilanteita. Sosiaalis-kognitiivinen teoria selittää yksilöllisiä eroja ihmisen kyvyissä kohdata muutoksia eli niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat valmiuksiin arvioida ja tehdä valintoja muutosta edellyttävissä elämäntilanteissa. Teorian mukaan ihmisen käyttäytyminen, kognitio sekä muut ihmiseen liittyvät tekijät ja ympäristövaikutteet ovat syy-seuraussuhteessa ja toimivat



vuorovaikutuksessa keskenään kaksisuuntaisesti. Nämä tekijät aktivoivat toisiaan ja kehittävät ja muovaavat ihmisen ominaisuuksia muun muassa selviytymään erilaisista muutosta edellyttävistä elämäntilanteista. Selvitäkseen elämänsä aikana kohtaamistaan haasteista, stressitilanteista ja vaikeuksista ihminen tarvitsee sosiaalista tukea antamaan arvoa, kannustusta ja merkitystä sille, miten eri tilanteissa toimitaan. (Bandura 1986; 1997, 13–15.)

Hallinnan tunnetta pidetään yhtenä ihmisen käyttäytymisen peruspiirteistä, joka liittyy tarpeeseen ja haluun kuulua omaan ympäristöönsä sekä vaikuttaa sen toimintaan (Kirjonen 2002, 49–51). Kyseessä on ihmisen toiminnalle tyypillinen itseohjautuvuus, jolla Israelin (1972) mukaan tarkoitetaan reflektiivistä vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Siinä ihmisen tarpeiden katsotaan syntyvän ympäristön vaatimuksista ja sen asettamista rajoituksista sekä ympäristöä koskevista tulkinnoista ja havainnoista, joihin ihmisen henkilökohtaisilla tavoitteilla on ratkaiseva merkitys. Ihmisen henkilökohtaiset reflektiot ja tulkinnat elämäntilanteesta muuttavat jatkuvasti tarpeiden muotoa ja näistä aiheutuvaa vireyttä, jolla ihminen pyrkii hallitsemaan ympäristöään. Itseohjautuva käyttäytyminen on yhdistettävissä hallinnan tunteeseen, joka näkyy esimerkiksi ihmisen omana hallittuna käyttäytymisenä, kykyinä tehdä päätöksiä tai vapautena ajatella itselle tyypillisellä tavalla. Hallinta yhdistetään ihmisen toiminnassa myös itse-sääteelyyn, valinnanvapauteen, autonomiaan, pätevyiden tunteeseen sekä itsemääräämiseen. (Kirjonen 2002, 50.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa elämänhallintaa kuvaavia lähikäsitteitä ovat pystyvyysodotukset (Bandura 1977; 1986; 1995; Ajzen 1985), koherenssi (Antonovsky 1993) ja valtaistuminen (Rapport 1987; Spreitzer 1996; Zimmerman 2000; Catana & Donohue 2003). Lisäksi terveystieteissä yleisesti käytettyjä käsitteitä ovat well-being (esim. Costa & McCrae 1980; Diener & Oishi & Lucas 2003; Keyes 2006) ja health promotion (esim. Nutbeam 2000). Niillä kuvataan kokonaisuutena tekijöitä, jotka liittyvät ihmisen elämänhallinnan muodostumiseen. Antonovskyn (1979) käyttämällä koherenssin käsitteellä tarkoitetaan tapaa, jolla yksilö havainnoi itseään ja ympäröivää maailmaa. Siinä on kolme osatekijää: tunne ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Ymmärrettävyys tarkoittaa järjestystä ja johdonmukaisuutta etsivää asennoitumistapaa sekä kykyä löytää loogisia yhteyksiä ympäristön tapahtumista. Hallittavuudella kuvataan asioiden ja tapahtumien sääteelyyn

ja vaikuttamiseen liittyvää uskoa ja luottamusta. Mielekkyyys puolestaan liittyy käsitykseen siitä, että asioilla ja tapahtumilla on merkitys yhteisön arvojärjestelmässä ja tätä kautta vaikutus tilanteiden yleiseen asennoitumiseen ja niiden mielekkyyden etsimiseen ja löytämiseen. (Feldt 2000, 222–223.)

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (2002) kuntoutuminen nähdään ihmisen ja ympäristön muutosprosessina, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, hyvinvoinnin, itsenäisen selviytymisen ja työllisyyden edistäminen. Tällaista muutosprosessia voidaan kuvata useiden eri taustateorioiden avulla. Niistä voidaan mainita esimerkiksi oppimisteoriat (learning theories), sosio-kognitiivinen teoria (social cognitive theory), sosiaalisen oppimisen teoria (social learning theory) ja käyttäytymisen muutosteoriat (behavior theories, planned behavior theories, theories of reasoned action). Kuntoutuksessa itseohjautuvuutta voidaan pitää edellytyksenä muutoksen syntymiselle, ja lähtökohtana on kuntoutujan rooli ja henkilökohtainen vastuu omassa kuntoutumisessaan. Itseohjautuvan kuntoutujan piirteinä voidaan tunnistaa muun muassa sisäinen motivaatio kuntoutua ja toimia aktiivisesti tavoitteiden saavuttamiseksi, oma-aloitteisuus ja halu oppia ilman ulkoista kontrollia, itseluottamus ja itsensä hyväksyminen, epävarmuuden sietäminen, joustavuus ja uusiin tilanteisiin sopeutuminen sekä kriittisyys ja kyky oman oppimisen arviointiin. (Lehtinen & Jokinen 1996.) Itsearviointitaidoilla tarkoitetaan sellaisia taitoja, joiden avulla ihminen voi tarkkailla ja säädellä omaa toimintaansa, tunteitaan ja kognitioitaan reflektion, itsearvioinnin ja meta-kognition avulla. (Patrikainen & Myller 1998, 183.)

Kuntoutuminen ymmärretään myös sosiaalisena investointina. Investoinnilla on aina positiivinen lataus. Se palautuu yhteiskuntaan moninkertaisesti takaisin. Investointi ei ole silloin resurssi – uhraus, vaan muun muassa ihmisen oman aktiivisuuden lisäämistä. Keyes (1998; 2006) analysoi sosiaalisen hyvinvoinnin käsitettä, jonka avulla voidaan määritellä myös kuntoutumisen tulosta. Hänen mukaansa sosiaalinen hyvinvointi koostuu viidestä ulottuvuudesta: a) sosiaalisen elämän havaitseminen merkityksellisenä ja ymmärrettävänä (sosiaalinen yhtenäisyys) b) yhteiskunnan näkeminen kasvun mahdollisuuksia sisältävänä kokonaisuutena (sosiaalinen toteuttaminen) c) kokemus yhteiskunnan hyväksymisestä sekä yhteiskuntaa kuulumisesta (sosiaalinen integraatio) d) muiden ih-

misten hyväksyminen (sosiaalinen hyväksyminen) e) itsensä hyödylliseksi kokeminen yhteiskunnalle (sosiaalinen myötävaikutus). Näiden ulottuvuuksien kautta ihminen kiinnittyy yhteiskunnassa oleviin sosiaalisiin tehtäviin ja kykenee niiden kautta lisäämään hyvinvoinnin tunnettaan. (Ks. myös Korkalainen & Kokko 2008, 262–263.)

Kuntoutumisella nähdään perustellusti olevan yhtymäkohtia ja rajapintoja elämänlaadun kautta myös terveyden edistämiseen, vaikka suomalainen kuntoutuspalvelujärjestelmä ei sisällytä terveyden edistämistä osaksi lakisääteistä kuntoutusta (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3–4). Kuntoutuksen merkityksestä laajana ilmiönä ei mainita myöskään Tulevaisuusvaliokunnan kannanotossa vuoden 2015 terveydenhuollon ohjelmassa. (Kuusi & Ryynänen & Kinnunen & Myllykangas & Lamintakanen 2006.)

ICF-mallissa terveys fokusoituu toimintakyvyn muodostumisen lähtökohdaksi, minkä vuoksi on mahdollista tarkastella kuntoutusta ja siihen läheisesti suhteessa olevia tieteitä yhdessä tavoitteellisenä toimintamallina. Kuntoutumisen tarvetta arvioitaessa voidaan joutua tilanteeseen, jossa kuntoutuksen jatkaminen ei ole enää perusteltua. Tällöin tavoitteet suunnataan elämänhallinnan säilyttämiseen: muun muassa terveyden edistämisen, hyvinvoinnin lisäämisen ja henkilökohtaisten mahdollisuuksien kasvamisen kautta kuntoutuja voi siirtyä kohti elämää, joka ei riipu enää yhteiskunnan järjestämisestä palveluista. (Esim. Rajavaara 2008, 46–47.) Terveyden edistäminen voidaan näin nähdä yhtenä kuntoutumiseen liittyvänä tavoitteena muiden käyttäytymisen muutokseen johtavien tekijöiden joukossa. (Gottwald 2006, 134). Nieuwenhuijsen & Zember & Miner & Epstein 2006 (2006, 248–252) kuvaavat tyypillisimpien terveyskäyttäytymistä koskevien mallien teoreettisia lähtökohtia ja soveltavat niiden käyttömahdollisuutta kuntoutukseen.

## 2.3 Kokonaisvaltaisuuden käsite kuntoutuksen kontekstissa

Kuntoutus merkitsee ihmisen elämänhallintaan liittyviin tekijöihin vaikuttamista siten, että ihmisellä olisi mahdollisuus kokea riippumattomuutta ja itsenäisyyttä tasa-arvoisena vaikuttajana omiin elämänprojekteihin.

hin liittyvissä kysymyksissä. Kuntoutuminen perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Sitä perustellaan monitieteisyytenä, laaja-alaisuutena, biopsykososiaalisuutena ja näiden yhdistelmänä. (Levac ym. 2006, 746–748; Järvikoski & Härkäpää 2008, 57; Saadah 2002, 980; Nieuwenhuijzen ym. 2006, 248–250; Faull & Hills 2006, 729–739; Talo ym. 2001, 56–59; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002.) Kokonaisvaltainen toimintakyky ja sen edistäminen nähdään kuntoutumisen avainkäsitteenä elämänhallintaan suuntaavan tavoitteellisen toiminnan rinnalla.

Kokonaisvaltaisuudessa on Rauhalan (2005, 32) mukaan kyse ihmisen ymmärtämisestä kehollisena, tajunnallisena ja elämäntilanteeseensa suhteessa olevana yksilönä. Kuntoutuksessa holistinen lähestymistapa yhdistetään filosofisena ja ontologisena ilmiönä ihmiskäsitykseen, joka kuvaa kuntoutustoiminnan taustalla olevia arvoja ja periaatteita. Epistemologisena ilmiönä taas kuntoutus sisältää ja hyödyntää monitieteistä, -alaista ja -ammattillista tietoperustaa kuntoutustoiminnan toteutuksessa ja tutkimuksessa.

Kuntoutuksen konteksti muodostuu kuntoutujan ja hänen elinympäristönsä välisestä vuorovaikutussuhteesta, ja se sisältää muun muassa erilaisia ohjaavia, valmentavia, hoidollisia, sopeuttavia ja opettavia toimenpiteitä sekä sosiaaliseen yhteisöön ja toimintaympäristöön vaikuttamista. Kuntoutus on tavoitteellista, kuntoutumiseen suuntaavaa ja kuntoutujan kokonaistilanteen huomioonottavaa toimintaa, jossa korostuu holistiselle lähestymistavalle ominainen piirre: ymmärtää ihminen kokonaisuutena kaikkine ulottuvuuksineen ja suhteineen. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 36; Järvikoski & Karjalainen 2008, 87.) Kuntoutujan ja elinympäristön välisessä vuorovaikutuksessa voidaan erottaa tiede-, teoria- ja ideologia-perustaltaan erilaisia tulkintamalleja ja ajattelu- ja toimintatapoja, jotka omalla tavallaan vaikuttavat kuntoutuksen sisällön kehittämiseen. Vallitsevina kuntoutustoimintaa ohjaavina malleina ovat olleet perinteinen biolääketieteellinen malli ja sen nykyään syrjäyttänyt biopsykososiaalinen malli. Näiden tulkintamallien kautta voidaan siis ymmärtää vallitsevaa käsitystä kuntoutustoiminnasta ja kuntoutusintervention luonteesta.

Järvikoski ja Härkäpää (1995, 52) toteavat, että kuntoutuksessa ei voida keskittyä vain sairauden hoitamiseen tai fyysisen toimintakyvyn edistämiseen, vaan huomio on kiinnitettävä myös kuntoutujan fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Kuntoutuksen yksilömalli korostaa sairauskes-

keistä eli vikaan, vammaan tai sairauteen perustuvaa kuntoutustarpeen muodostumista ja toteamista. Tämä malli sulkee ulkopuolelleen psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkityksen kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutuksen toteutuksessa. Kuntoutuksen yhteiskunnallinen malli ei kiellä toiminnan vajavuuden merkityksiä ihmisen elämässä, mutta se korostaa yhteiskunnallisissa rakenteissa ja käytännöissä vallitsevia epäkohtia ja niiden aiheuttamia sosiaalisia rajoituksia ihmisen toiminnalle. (Suikkanen & Lindh 2008a, 63–66; Dunstain & Covic 2006, 67–68.)

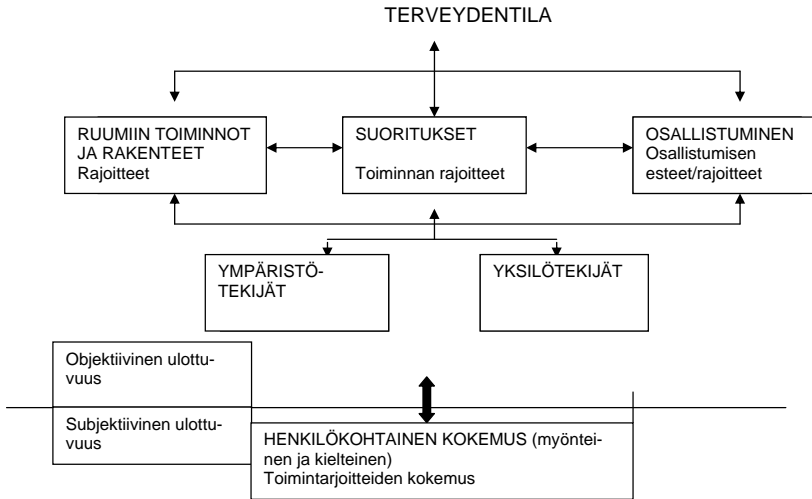
Engel (1977) kritisoi jo vuosikymmeniä aikaisemmin yksilömallia siitä, että sen teoreettisesta viitekehyksestä puuttuvat sosiaaliset, psykologiset ja oppimiseen liittyvät näkökulmat. Engel kehitti moniulotteisen biopsykososiaalisen mallin, jonka perustana on biopsykososiaalinen käsitys ihmisestä. Biopsykososiaalista mallia voidaan pitää merkityksellisenä kuntoutuksen paradigman kehitykselle, koska se johdatti ymmärtämään ihmisen kokonaisvaltaisuutta kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa. Lari-vaaran, Taanilan, Huttusen, Väisäsen, Moilasen ja Kiutun (2000, 375) mukaan Engelin mallin myötä lääketiede on kehittänyt koulutuksen ja työkäytänteiden sisältöjä biopsykososiaalisen orientaation lähtökohdistaan käsin, mikä näkyy muun muassa moniammatillisen yhteistyön sekä perhelähtöisten toimintakäytänteiden toteutumisena. Engelin mallia voidaankin pitää askeleena kohti kuntoutuksen yhteiskunnallisen mallin muodostumista.

Kuntoutuksen yhteiskunnallisessa mallissa korostetaan kuntoutumisen kannalta esteitä ja sosiaalisia rajoituksia, joita yhteiskunnassa olevat rakenteet ja käytännöt aiheuttavat (Suikkanen & Piirainen 1995b, 308–309). Oliverin (1996, 30–42) mukaan vammaisuutta pidetään yhteiskunnallisesti tuotettuna ja yhteiskunnan ongelmana, eikä vammaisuudella näin ole mitään tekemistä ihmisen kehon kanssa. Hän näkee vammaisuuden seurauksena sosiaalisesta syrjäytymisestä, jonka yhteiskunta rakenteidensa ja toimintamalliensa kautta aiheuttaa ihmiselle. Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen näkökulmasta kuntoutumista edistävien tekijöiden tulisi siis kohdistua ihmiseen hänen toimintaympäristössään sekä siinä oleviin kuntoutumista edistäviin ja ehkäiseviin tekijöihin.

WHO:n ICF-luokitus (2004) tarjoaa käsitteellisen viitekehyksen ja mallin ymmärtää kuntoutusta ihmisen kokonaisvaltaisena tapahtumana. Siinä kuntoutumista selittävinä tekijöinä nostetaan esille kontekstuaaliset

eli ympäristöön ja yksilöön liittyvät tekijät. ICF-luokitus on kansainvälinen, kuntoutukseen sovellettavissa oleva kokonaisvaltainen käsitteellinen malli. Sen lähestymistapana pidetään terveyden ja siihen liittyvien tilojen jäsentämistä niin, että ihmisen toimintakykyisyys on mallin yläkäsite. ICF-mallin tavoitteena on tarkastella ihmisen toimintaa ja toimintakykyä lääketieteellisistä ja sosiaalisista näkökulmista sekä laajentaa tätä kautta ihmisen kokonaisvaltaista huomioonottamista jäsenettäessä toimintakyvyn kannalta merkittäviä osa-alueita interaktiivisena toimintamallina. Interaktiivisuuteen liittyy sekä objektiivinen että subjektiivinen ulottuvuus, kun ICF-mallin osatekijöiden keskinäisiä suhteita tarkastellaan kuntoutuksen kontekstissa. (ICF 2004, 5–6; Worrall 2005, 1516; Üstün & Chatterji & Bickenbach & Kostanjset & Schneider 2003; Schneidert & Hurst & Miller & Üstün 2003, 592–594.)

Üeda ja Okawa (2003, 599–601) tuovat subjektiivisen ulottuvuuden näkyvästi esille ICF-mallin viitekehukseen (kuvio 4). He kuvaavat toimintakyvyn ja -rajoitteiden subjektiivisia kokemuksia kuntoutujan kognitiivisten, emotionaalisten ja motivaatiotekijöiden sekä terveyden ja toimintarajoitteiden näkökulmasta. He kutsuvat niitä tilanteesta riippuen joko negatiivisiksi tai positiivisiksi subjektiivisiksi kokemuksiksi. Tämän näkökulman tarkoituksena on laajentaa mallin kokonaisvaltaista viitekehystä ja subjektiivista ulottuvuutta. Se tuo kuntoutujan persoonana mukaan mallin viitekehukseen ja mahdollistaa kuntoutumiseen vaikuttavien tekijöiden paremman ottamisen huomioon sekä toisaalta kuntoutujan paremman ymmärtämisen hänen elämäntilanteessaan. Subjektiivisen ulottuvuuden yhdistyminen ICF-mallin viitekehukseen auttaa kaikkia kuntoutuksessa mukana olevia henkilöitä ja ammattilaisia ymmärtämään kuntoutujan tarpeita paremmin ja laajemmin. Tällainen lähestymistapa edistää kuntoutujaa voimaantumaa ja itsenäistymään sekä itsemääräämisen kautta saavuttamaan terve itsekunnioitus ja motivaatio oman elämän hallintaan.



Mukaiillen Üeda & Okava 2003, 599.

Kuvio 4. Malli toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden ulottuvuuksista ICF-viitekehyksessä.

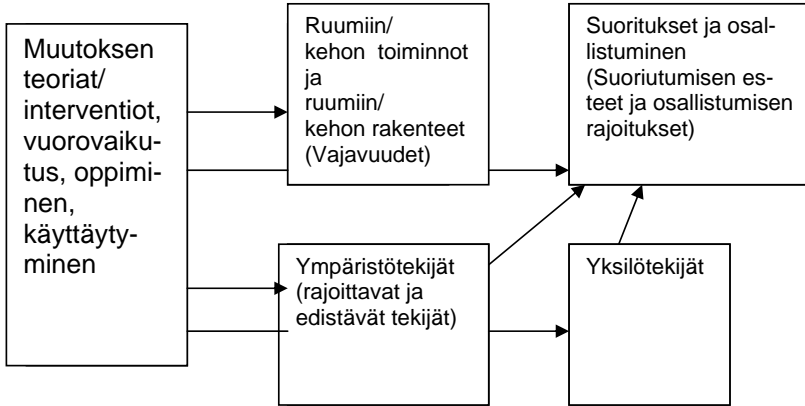
ICF-malli tarjoaa tieteellisen välineen ymmärtää laaja-alaisesti ihmisen toimintakykyä ja -rajoitteita. Mallin tavoitteena on muun muassa löytää yhteinen kieli ihmisen toimintakyvyn ja -rajoitteiden kuvaamiseen eri ammattihenkilöiden välille. Lisäksi sen avulla halutaan luoda tieteellinen perusta ymmärtää ja tutkia toimintakykyä sekä siihen liittyviä vaikutuksia ja sitä määrittäviä tekijöitä. Myös tietojen vertaaminen eri maiden välillä on yksi keskeinen ICF-luokituksen tavoite. (Üstün ym. 2003, 565, 569; ICF 2004, 5–6.) ICF-malli on synnyttänyt tarpeen keskustella kuntoutuksen teorian ja mallien olemassaolosta sekä siitä, olisiko yhteisen viitekehyksen muodostaminen tarpeellista kuntoutuksen monialaisessa ja -tieteisessä kokonaisuudessa. Tähän keskusteluun liittyvät myös kysymykset kuntoutujaan ja kuntoutumiseen vaikuttavien tekijöiden laaja-alaisesta huomioonottamisesta sekä näihin liittyvien teoreettisten perusteiden pohtimisesta.

Kuntoutuksen teoreettiset lähtökohdat ovat herättäneet kriittistä keskustelua. Keskiössä ovat kuntoutuksen tutkimuksen fokus sekä siihen liittyvien ilmiöiden ymmärtäminen (Brumfitt 2005; Siegert 2005; Chat-

terjee 2005; Whyte 2006; Worrall 2005; Wade 2006; Siegert & Ward & Levac & Mcpherson 2007; Smith 2005; Stam 2005.) Kuten useat muutkin tutkijat, Worrall (2005) toteaa, että kuntoutuksen tulisi yksilön lisäksi kohdistua ympäristöön, missä ihminen elää ja toimii. Hän näkee, että ICF-mallilla olisi edellytyksiä toimia kuntoutuksen yleisenä teoreettisena mallina, jonka avulla voidaan selittää kuntoutumiseen johtaneita tekijöitä ja kuvata kuntoutumiseen johtaneita kuntoutuspolkuja. ICF-malli muodostaisi itsessään ydinrakenteen monitieteisen ja -alaisen kuntoutuksen teoreettiseksi lähtökohdaksi.

Kuviossa 5 Worrall (2005) kuvaa kuntoutumista ICF-mallin avulla muutoksena, jonka syntymisessä ovat oleellisia yksilölliset polut. Hänen mukaansa malli vaatii muutoksen edellytyksiä kuvaavien teoreettisten mallien kehittämistä jokaiselle viitekehysten osa-alueelle. Esimerkiksi osa-alueille ”ruumiin ja kehon rakenteet” sekä ”ruumiin ja kehon toiminnot” tulee muodostaa omat teoriansa, jotta voidaan selittää, kuinka saadaan aikaan muutosta kehon toiminnoissa ja rakenteissa tarkastelemalla toimintarajoitteen sijaintia keholla. Worrall toteaa teorian muodostamisen haastavuuden muun muassa siinä, että ruumiin/kehon rakenteet sisältävät paljon eri toimintoja. Hänen mielestään neurologisen kuntoutumisen mallin tulisi olla yksi kuntoutuksen siltateorian ydinkomponentti. Worrall peräänkuuluttaa teoreettista perustaa myös yksilötekijöiden sekä suoritusten ja osallistumisen tasoilla tapahtuvien muutosten kuvaamiseen. Hän perustelee näkemystään käyttäytymiseen ja oppimiseen liittyvillä sisällöillä, joiden voidaan katsoa olevan yhteisiä kuntoutustieteen ilmiöitä ja sisältyvän näihin osa-alueisiin. Muita muutokseen johtavia malleja tai teorioita ovat hänen mielestään sopeutumiseen liittyvät strategiset teorit ja mallit, jotka liittyvät muutokseen ympäröivässä yhteiskunnassa. (Worrall 2005, 1515–1516.)





Worrall 2005, 1515.

Kuvio 5. Muutoksen teorit ICF-viitekehyksessä.

Talo ym. (2001) ovat kehittäneet ICF-luokitusjärjestelmää ja sen moniulotteisuuden näkökulmaa kuntoutuksen käytännön soveltamiseen. Heidän biopsykososiaalisen mallinsa (BPS) soveltaa moniulotteista luokitusjärjestelmää kliiniseen käytäntöön. BPS-mallissa kuvataan sektoreittain ihmisen toimintakyvyn eri osa-alueiden edellytykset, niiden arviointi ja edistäminen ICF-viitekehyksessä. (Talo & Rytökoski & Niitsuo & Vaara & Tuomaala 1992, 1237; Talo ym. 2001, 60.) Kuntoutujan subjektiivista osa-aluetta mallista ei kuitenkaan ole suoraan havaittavissa, ja voidaankin kysyä: ”Missä on kuntoutuja omine kokemuksineen?” Samaan ongelmaan viittaavat Üeda ja Okawa (kuviokuva 4).

Kuntoutuksessa asiakkaasta käytetään nimitystä kuntoutuja. Tarkoituksena on kuvata toisaalta kuntoutuksen kohteena olevan ihmisen subjektiivista suhteesta kuntoutukseen sekä toisaalta vastata kuntoutujan toimintaympäristön muuttuviin vaatimuksiin. Kuntoutujan subjektiivisuuden korostumisella toivotaan olevan yhteys kuntoutuksen vaikuttavuuteen. Hyvien kuntoutustulosten eli onnistuneen kuntoutumisen lähtökohtana korostetaan kuntoutujan mahdollisuutta vaikuttaa omaan kuntoutukseensa ja osallistua kaikkeen siihen liittyvään toimintaan aktiivisesti ja kuntoutujan subjektiivisuuden näkökulmaa kunnioittaen. Rajavaara (2008) on kuvannut kuntoutujan ja kuntoutusintervention suhdetta kuntoutujan näkökulmasta kolmen mallin avulla Hirschmania (1970) mukaillen

seuraavasti: a) loyalty-malli, jossa kuntoutuja on autettavana ja kuntoutettavana, yhteiskunnan alamaisten ja palvelujen nöyränä vastaanottajana eli ”klienttinä”, b) voice-malli, jossa kuntoutujan sosiaaliset oikeudet vahvistuvat ja vaikutusmahdollisuudet paranevat, kun hän tulee kuuluksi ja saa osallistua omaa kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon, sekä kolmantena c) exit-malli, joka kuvaa kuntoutujan vetäytymistä pois kuntoutusinterventiosta. Tähän exit-malliin liitetään Rajavaaran mukaan neljäs suhtautumistapa, joka korostaa kuntoutujan aseman muuttumista kuluttajaksi. Siinä kuntoutuja valitsee itse kuntoutumisensa ajankohdan, paikan ja kuntoutustoimenpiteet. Puhutaan wellness-kulttuurista, joka tuo kuntoutuksen alueelle uudenlaisen lähestymistavan sekä tarkastelukulman kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen. (Rajavaara 2008, 43–44; Hirschman 1970.)

Rissasen (2008, 671) mukaan kuntoutuminen merkitsee kuntoutujalle aina sisäistä muutosta. Sen vuoksi se on tapahtumana lähinnä psykologinen tai psyykinen silloinkin, kun kuntoutuminen edellyttää fyysisen suorituskyvyn paranemista tai uusiin sosiaalisiin rooleihin kasvamista ja oppimista. Rissasen mukaan yksilön kasvua ja kuntoutumista määräävät enemmän erilaiset hallinnan keinot ja sisäiset ajattelutavat kuin mitkään hoitokeinot.

## 3 TUTKIMUSOTE JA SEN SOVELTAMINEN TUTKIMUSKONTEKSTISSA

### 3.1 Fenomenografinen tutkimusote

Fenomenografialla tarkoitetaan ilmiön kuvaamista. Sen historialliset juuret ulottuvat vuodelle 1954, jolloin sanaa käytettiin ensimmäisen kerran tarkoittamaan subjektiivisen kokemuksen välitöntä raportointia ja kuvailevaa muistiinmerkitsemistä. (Dall’Alba 1996, 8.) Fenomenografisen lähestymistavan kehittäjänä pidetään professori Ference Martonia. Hän tutki 1970-luvulla Göteborgin yliopistossa eri tieteenalojen tiedonmuodostusta ja opiskelijoiden käsityksiä oppimisesta. Lähestymistavan keskeiset periaatteet ja teoreettiset lähtökohdat julkaistiin vuonna 1981 artikkelissa *Phenomenography – Describing of the world around us*. Menetelmän painopiste on ollut pedagogisessa oppimistutkimuksessa, mutta myöhemmin menetelmää on käytetty laajasti eri tieteenalojen tutkimuksissa. Tutkimussuuntaus on saanut vuosikymmenten aikana uusia piirteitä, mikä näkyy muun muassa sen teoreettisen luonteen korostumisena, kuten oppimisen ja tietoisuuden perusteiden ymmärtämisenä. (Linder & Marshall 2003, 272; Marton & Pong 2005, 336; Åkerlind 2005, 329; Hella 2003, 310–312.)

Krokmarkin (1987) mukaan fenomenografia myös sanana viittaa ilmiöiden kuvaamiseen. Sana *phenomenon* tulee kreikan näyttäytymistä tarkoittavasta verbistä *faínesthai* ja merkitsee sitä, kuinka jokin asia ilmenee tai näyttäytyy. Sanalla, *phenomen* eli ilmiö, puolestaan tarkoitetaan ilmeistä ja itsestään selvää. Tutkittava ilmiö voi näin näyttäytyä erilaisena eri ihmisille riippuen siitä, miten ihmiset ovat ymmärtäneet sen. Sana *grafia* pohjautuu myös kreikan kieleen ja tarkoittaa aktiivista toimintaa, jossa tutkittavaa todellisuutta kuvataan joko sellaisenaan tai ihmisten käsitysten kautta. (Krokmark 1987, 226–227.)

Fenomenografisella lähestymistavalla on teoreettisia liittymäkohtia muun muassa hahmopsykologiaan, Piaget’n lapsen ajattelun kehitystä kuvaavaan teoriaan sekä erityisesti fenomenologiaan. Fenomenologisen tutkimustradition suhteesta fenomenografiaan on keskusteltu ja esitetty kritiikkiä tieteenfilosofiaan liittyvissä julkaisuissa (esim. Uljens 1993; Marton 1981). Marton (1981; 1988, 145, 152–154) itse tekee selkeän

eron fenomenologisen ja fenomenografisen lähestymistavan välillä. Hänen mukaansa fenomenologia pyrkii ymmärtämään ja kuvaamaan ihmisten kokemuksia. Fenomenografia taas on metodinen tutkimussuuntaus ja lähestymistapa, jossa keskitytään käsitysten erojen tutkimiseen. Kannanotto fenomenografian tieteenfilosofiin perusteisiin kuvataan myös Uljensin (1992) teoksessa, jossa hän toteaa fenomenologian muodostavan fenomenografian käsitteellisen taustan. Fenomenografia käyttää fenomenologiselle filosofialle tyypillisiä käsitteitä kuten intentionaalisuus, elämismaailma, noema ja noesis sekä essence ja existenssi. (Uljens 1993, 135–139.)

Fenomenografia ymmärretään laadulliseksi tutkimusta ohjaavaksi suuntaukseksi, jossa tutkimuskohteena ovat ihmisten erilaisia arkipäivän ilmiöitä koskevat käsitykset ja niiden erilaiset ymmärtämisen tavat. Tutkimuksen keskeinen intressi kohdistuu Svenssonin (1984, 17) mukaan käsityksiin ja niiden muodostamaan suhteeseen yksilön ja häntä ympäröivän maailman välillä. Käsitysten ja käsittämisen suhdetta Svensson kuvaa seuraavasti:

*Olemme käyttäneet käsitteitä käsittäminen ja käsitys ilmentämään sen merkityksenhakuprosessin luonnetta, joka muodostaa perustan tiedonmuodostukselle. Tässä merkityksessä käsityksille on luonteenomaista se, että ne ovat käsityksiä ympäröivän maailman osasista. Ne ovat merkityskonstruktioita, joilla on yhteinen ulkoinen eksistenssi. Käsitys koskee objektin sisältöä kokonaisuudessaan. Tässä merkityksessä käsityksellä ei viitata tietyn objektin ominaisuuksiin vaan käsittämisellä tarkoitetaan tietoisuutta objektin luonteesta kokonaisuutena tarkasteltuna. Käsitys on yksilön suhde tiettyyn osaan ympäröivää maailmaa ja sen luo yksilö itse aktiivisella toiminnallaan. Tällainen toiminta sisältää kokemusmaailman tietyn osan merkitysisällön rajaamisen, erottelun ja valinnan. (Svensson 1984, 12.)*

Fenomenografinen tutkimus korostaa ajattelun sisällöllistä näkökulmaa ja tiettyjen sisältöjen laadullisia eroja. Kyseessä on siis laadullinen tutkimus, jossa tutkimuksen kohteena ovat erilaiset ilmiöt ja niiden kokeminen ja käsittäminen. (Marton 1988, 144; Häkkinen 1996, 41.) Uljensin (1993, 19) mukaan käsittäminen tarkoittaa merkityksen antamista jollekin ilmiölle ja käsitykset ovat keskeisiä asioita yksilön ja ympäristön

välillä. Nummenmaan ja Nummenmaan (2002, 67–69) mukaan fenomenografiassa käsitykset ymmärretään merkityksenantoprosesseina, eli ne viittaavat eri käsitteeseen kuin mielipiteet. He kuvaavat fenomenografiaa laadullisesti suuntautuneeksi lähestymistavaksi, jonka tavoitteena on kuvailla, analysoida ja ymmärtää ihmisten käsityksiä eri ilmiöistä ja niiden keskinäisistä suhteista. Fenomenografia on kiinnostunut kulttuurin mukana opitusta ja yksilöllisesti kehittyneistä tavoista ymmärtää maailmaa, ja tutkimuksen kohteena on ihmisten arki ajattelu.

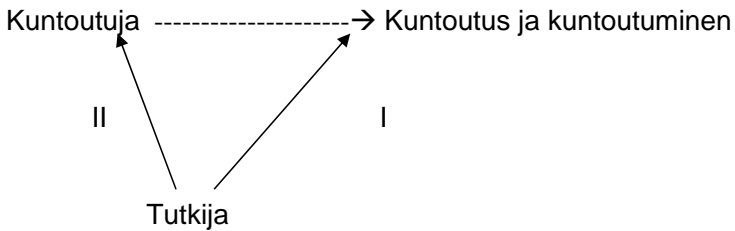
Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta (Eskola & Suoranta 1998, 15). Todellisuus näyttäytyy ihmisille merkitysvälitteisesti. Merkityksiä tutkittaessa on tärkeää erottaa kokemuksiin ja käsityksiin liittyvät merkitykset. Kokemukset ovat aina omakohtaisia. Käsitykset puolestaan kertovat usein yhteisön perinteisistä ja tyyppillisistä tavoista ajatella ilmiötä. Tästä syystä käsityksen ja vastaavan kokemuksen välillä ei ole välttämättä yhteyttä, kuten edellä Nummenmaa ja Nummenmaa toteavat. (Laine 2001, 36–37.) Silverman (2001, 25–35) tarkastelee laadullista tutkimusta eri kriteerien näkökulmasta, joiden voidaan todeta sopivan hyvin myös fenomenografiseen tutkimukseen. Hänen mukaansa sosiaalisia ilmiöitä tulisi tutkia enemmän toimintatapoina kuin niiden syiden etsimisenä, koska ihmiset käyttävät arkipäiväisessä elämässään sosiaalisia ilmiöitä koskevia teorioita jäsentäessään omaa todellisuuttaan. Hänen mukaansa tutkimuksen sosiaalisen kentän tulisi määräytyä arkipäivän ymmärryksen perusteella. Fenomenografiassa ei ole tarkoitus selvittää, miksi ihmisillä on tiettytyyppisiä käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä, vaan tarkoituksena on pyrkiä kuvaamaan ihmisten erilaisia näkemyksiä heidän omista lähtökohdistaan. (Häkkinen 1996, 13.)

Puhtaimmillaan laadullisen tutkimusmenetelmän kiinnostus kohdistuu merkitysten maailmaan, joka ilmenee niin ihmisten välisinä kuin sosiaalisten suhteiden merkityskokonaisuuksina. Merkityskokonaisuudet ovat ihmisistä lähtöisin olevia ja ihmisiin päättyviä tapahtumia, kuten erilaisia aktiviteetteja, vireystasoja, ajatuksia, tavoitteiden asettamisia sekä yhteiskunnan rakenteita. (Vilkkä 2005, 97; Varto 1992, 23–24, 58–59.) Todellisuutta pidetään sosiaalisesti konstruoituneena, eli se on rakentunut niistä merkitystulkinnoina ja tulkintasäännöistä, joiden nojalla ihmiset orientoituvat arkielämäänsä. Todellisuus ilmenee ihmisille

merkitysvälitteisesti eli sen suhteen kautta, joka ihmisillä on maailmaan. (Alasuutari 2007, 60.)

Fenomenografiassa todellisuus saa merkityksensä vain yksilön oman tulkinnan kautta, minkä vuoksi kaikille yhteinen ja havainnoitavissa oleva todellisuus ei ole mahdollista. Käsitukset ovat yksilön abstrakteja tapoja liittää itsensä ympäröivään maailmaan, minkä takia fenomenografiassa korostetaan käsitysten relationaalista luonnetta. (Kroksman 1987, 230; Uljens 1996, 106–110.) Ihmisen todellisuuskäsityksen relationaalisuuden vuoksi mistä tahansa ilmiöstä on mahdollista käsittää vain osa. Ilmiötä tarkastellaan aina tiettyä kontekstia vasten ja ilmiön sisältö muodostuu siihen kuuluvan kontekstin mukaisesti. Fenomenografiassa käsitteitä ei pyritä liittämään tutkittaviin henkilöihin itseensä, vaan käsitysten avulla on tarkoitus kuvata yleisemmin henkilöiden tapoja hahmottaa maailmaa. (Marton 1984, 62; Uljens 1992, 132.)

Fenomenografisessa tutkimuksessa on keskeistä toisen asteen näkökulman korostaminen. Tutkijat ovat kiinnostuneita siitä, miltä maailma näyttää eri ihmisten perspektiivistä. Uljens (1989, 13) kuvaa ensimmäisen ja toisen asteen näkökulmien eroa tutkijan ja ilmiön välisen suhteen kautta (kuvio 6), jossa toisen asteen ilmiötä koskevat käsitykset muodostuvat yksilöllisten kokemusten ja tulkintojen perusteella. Sovellan edellä olevaa mallia tutkimukseni empiirisessä osassa.



Mukaillen Uljens 1991, 83.

Kuvio 6. Tutkijan suhde tutkittavaan ilmiöön toisen asteen näkökulmasta tarkasteltuna.

Ero ensimmäisen ja toisen asteen näkökulmien välillä on siinä, miten jotakin ilmiötä kuvataan. Ensimmäisen asteen näkökulmasta ilmiötä kuvataan ilman, että otetaan huomioon henkilön tapaa kokea se, kun taas

toisen asteen näkökulmassa painotetaan henkilön tapaa kokea jotakin. Toisen asteen näkökulman tutkimisen tekee merkitykselliseksi se, että tieto ihmisen erilaisista käsitys-, ymmärtämis- ja hahmottamistavoista on itsessään arvokasta ja merkityksellistä. Käsitysten tutkiminen nousee erityisen tärkeäksi, kun halutaan ymmärtää, miten ihmiset tulkitsevat todellisuutta. (Marton 1981, 177–200; Uljens 1991, 82–83; Niikko 2003, 24; Gröhn 1992, 7.)

Hyvältä tutkimukselta edellytetään teoreettisten lähtökohtien, ongelmanasettelun ja tutkimuksen toteutustapaan liittyvää kiinteää kokonaisuutta. Fenomenografia kehittyi käytännön empiirisenä kasvatuksen ja oppimisen tutkimuksena ilman, että sen kehittäjät olivat tietoisesti pohtineet ratkaisujensa tieteenfilosofisia perusteita. (Kokko 2003, 64.) Tieteenfilosofisia lähtökohtia kuvataan ontologisilla sekä epistemologisilla kysymyksillä ja sitoumuksilla.

Ontologisilla kysymyksillä tarkoitetaan pohdintoja siitä, minkälainen todellisuuden olemus on ja miten todellisuutta voidaan tutkia. Epistemologisilla kysymyksillä puolestaan viitataan siihen, millainen suhde tutkijalla ja tukittavalla on ja mitä ylipäänsä voidaan tietää. Fenomenografiassa tämä tarkoittaa sitä, että todellisuutta ei pyritä löytämään sellaisena kuin se on, koska maailma ei esiinny ihmisille sellaisenaan vaan sen suhteen kautta, mikä ihmisellä on maailmaan. (Guba & Lincoln 1994, 107–108; Heikkinen & Huttunen & Niglas & Tynjälä 2005, 342; Nummenmaa & Nummenmaa 2002, 68–71; Huusko & Paloniemi 2006, 165.) Niikko (2003, 12) katsoo, että fenomenografia on kiinnittynyt käyttämiensä käsitteiden kautta ontologisesti ja epistemologisesti fenomenologiaan, sillä molemmissa ollaan kiinnostuneita ilmiöiden tutkimisesta. Heikkinen ym. (2005, 348) taas toteavat fenomenografian tieteenfilosofisten taustaoletusten muistuttavan paitsi fenomenologiaa myös konstruktivismia.

Fenomenografiassa ihmisen ja ympäröivän maailman yhteys ymmärretään niin, että ihminen ja maailma ovat sisäisesti suhteessa toisiinsa. Epistemologisten sitoumusten näkökulmasta puhutaan non-dualistisesta suhteesta, jonka mukaan maailma nähdään yhtenä – sekä koettuna että todellisena samanaikaisesti – jolloin koettu on osa maailmaa. Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen on koko ajan tietoinen kaikesta mutta eri tavoin eri aikaan, mutta vain kokemuksen kautta. Tietoisuuden sano-

taan olevan kerroksellinen eli monidimensionaalinen. Tajunnan rakenteensa vuoksi ihminen voi kullakin hetkellä havaita ilmiön vain tietyistä näkökulmista, ja ilmiön olemus paljastuu vasta sitten, kun kootaan yhteen kaikki mahdolliset tavat ilmiön kokemisesta. Tähän perustuen fenomenografisessa tutkimuksessa tutkimustulokset esitetään kuvauskategorioina. Fenomenografian ontologiset sitoumukset sijoittuvat realismiin ja konstruktivismiin rajapintaan. Ihmisen käsitykset muodostuvat tietoisuudessa todellisuutta koskevien kokemusten kautta, joissa on tunnistettavissa sekä yksilölle että yhteisölle ominaisia piirteitä. (Ahonen 1996, 116; Marton 1995, 173; Heikkinen ym. 2005, 342.)

Marton (1988, 145–146) perustelee toisen asteen näkökulmaa tutkimuksen lähtökohtana siten, että ihmisten erilaiset tavat havaita, ymmärtää, tulkita ja käsitteellistää todellisuutta eivät ole vertailtavissa todellisuuteen itseensä. Kuntoutujien todellisuus rakentuu heidän käsityksissään todellisuudesta, eli oikea todellisuus on sitä, miten he sen kokevat ja käsittävät.

## 3.2 Fenomenografia tutkimuskontekstissa

### 3.2.1 Tutkimusotteen ja -aineiston valinta

Sovellan fenomenografista lähetymistapaa tutkimuksessani, joka kohdistuu kuntoutujien käsityksiin kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Käsitusten tutkiminen on keskeinen intressi fenomenografisessa tutkimussuuntauksessa. Niiden tutkiminen viittaa laadulliseen tutkimusperinteeseen, joka onkin tyyppilistä fenomenografiselle tutkimussuuntaukselle. Fenomenografisen lähestymistavan valintaan vaikutti ensiksikin tutkimustuloksilla saadun tiedon luonne, jossa korostuu kuntoutujien käsitysten kuvaaminen sellaisena, kuin he sen näkevät eli suhteessa arkielämäänsä. Toiseksi valintaan vaikutti se, että fenomenografiassa kiinnostus on tutkimustulosten kuvaamisessa ilmiötasolla, jolloin henkilökohtaisiin käsityksiin liittyvien syiden tutkiminen ei ole oleellista. Kolmantena lähestymistavan valintaan vaikutti tutkittavien käsitysten variaatioiden merkitys ilmiön tutkimisessa. Variaatiot sisältävät erilaisia, mutta myös samanlaisia käsityksiä niiden



omista lähtökohdista käsin. On kuitenkin syytä tarkastella, miksi nämä seikat ovat niin painavia, että valitsin fenomenografisen tutkimusotteen tutkimukseni lähestymistavaksi.

Tässä tutkimuksessa mukana olevilla kuntoutujilla on tietynlaisia käsitteitä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta suhteessa siihen elämismaailmaan, missä he elävät. Olen kiinnostunut kuntoutujien arkiajattelusta ja mahdollisimman erilaisista tavoista käsittää kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen. En ole kiinnostunut käsitysten määrästä vaan niiden laadullisista piirteistä, jolloin yksikin käsityksen variaatio voi olla tutkittavan ilmiön näkökulmasta merkityksellinen. Kuntoutuksen laaja-alaisuuden ja monia ulottuvuuksia sisältävän luonteen vuoksi koen, että on tärkeää tuottaa sellaista tutkimustietoa, jonka avulla voimme paremmin ymmärtää sitä todellisuutta, jossa kuntoutujat elävät. Fenomenografinen tutkimusote tuottaa tutkittavasta ilmiöstä kollektiivisen käsityksen, joka on arvokas näkökulma tutkittaessa kuntoutukseen ja sen tavoitteena olevan kuntoutumisen ulottuvuuksia.

Tässä tutkimuksessa käytän tutkimushenkilöistäni nimitystä kuntoutuja. Tutkimuksessani on mukana kuntoutujia, jotka ovat käyttäneet erilaisia kuntoutustoimenpiteitä eri palvelujärjestelmissä. Kuntoutujat ovat 17–82-vuotiaita naisia ja miehiä, joiden kuntoutuksen tarve liittyy useille eri elämän ja toimintojen alueille. Tutkimushenkilöiden valintaan vaikutti fenomenografisen tutkimussuuntauksen mukainen oletamus siitä, että tutkittavan ilmiön olemuksen paljastuminen edellyttää sellaisten tutkimushenkilöiden valintaa, jotka pystyvät ilmaisemaan käsityksensä erilaisista ilmiöistä. Olettamusta perustellaan sillä, että ihmisellä on rajoittunut mahdollisuus havaita tiettyä ilmiötä vain yhdestä näkökulmasta kerrallaan. Ilmiö on olemassa vasta sitten, kun kootaan yhteen kaikki mahdolliset tavat ymmärtää sitä. Tässä yhteydessä puhutaan tutkittavien kollektiivisesta tavasta kokea tutkittava ilmiö. (Vrt. Marton & Booth 1997, 124–128.) Tutkimusaineistossani kuntoutujat edustavat kollektiivista kuntoutujien ryhmää, joilla on kokemuksia ja käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä toisaalta kuntoutuspalvelujen käyttäjänä, toisaalta kuntoutujina henkilökohtaisessa kuntoutumisprosessissaan.

Tutkimukseni kuntoutujien kuntoutuksen tarve aiheutuu vammautumisen perusteella. Tämän vuoksi on tarkoituksenmukaista määritellä lyhyesti käsitettä vammaisuus. Vammaisuudella voidaan tarkoittaa joko yksilön elimellisestä vauriosta, yhteisön käytänteistä tai näiden kum-

mankin yhteisvaikutuksesta syntyvää tilaa, joka saattaa jättää vammaisen henkilön hyvinvoinnin ulottuvuuksien ulkopuolelle ja paitsi sellaisesta, mihin heillä olisi oikeus tasavertaisina kansalaisina (Vehmas 2003, 103.) Lampinen (2007, 29) kutsuu vammaisuutta yksilön ja ympäristön suhteessa ilmeneväksi ristiriitaiseksi tilaksi, minkä takia vammaisuuden ilmaisu sekä vaikutukset ihmisen elämään muuttuvat olosuhteiden muuttuessa. Hänen mukaansa tietyn vamman aiheuttama haitta ihmiselle riippuu sekä lääketieteellisistä ja olemassa olevista ulkoisista tekijöistä että yhteiskunnassa ilmenevistä vallitsevista asenteista erilaisuutta kohtaan. Monivammaisuudella tarkoitetaan Mattuksen (1993, 36) mukaan ihmistä, jolla on vaikeuksia ja tukemisen tarvetta useilla eri elämän ja toimintojen alueilla.

Useat tutkittavista ovat monivammaisia. Korostan tutkijana kuitenkin, että tutkimuksessani ei tutkita vammaisten henkilöiden käsityksiä, vaan sellaisten kuntoutujien, joilla on vammautumisensa vuoksi erilaisia toimintakyvyn rajoitteita. Tämän vuoksi he ovat myös useiden eri kuntoutuspalvelujärjestelmien asiakkaita ja heillä on kokemusta erilaisista kuntoutusinterventioista. Tutkittavien taustalla saattaa olla merkitystä käsitysten rajautumiselle tietynlaiseen kontekstiin, mikä tulee esille tutkimustuloksissa.

Fenomenografisessa tutkimuksessa tutkimustulokset esitetään kuvauskategorioiden, jotka muodostavat myös tutkimuksen johtopäätökset. Ne eivät viittaa yksittäiseen henkilöön vaan ovat mahdollisimman alku-peräinen ilmaus käsitysten merkityssisällöistä. (Ahonen 1996, 154.) Martonin (1984, 145–148) mukaan fenomenografiselle lähestymistavalle on tyypillistä henkilö- ja kontekstineutraalius, joka tarkoittaa muun muassa tutkimushenkilöiden taustatietojen neutraaliutta. Tutkimuksen tulokset ovat kuvausta käsitysten variaatioista kollektiivisella tasolla, jossa tutkittavien yksilölliset äänet jäävät tietyssä mielessä taka-alalle (Niikko 2003, 49). En korosta tutkimuksessani kuntoutujien taustoja, kuten vammaisuuden syitä, diagnooseja tai henkilöiden taustatietoja.

Tässä tutkimuksessa aineiston muodostaa 22 kuntoutujan haastattelut, joiden litteroitu teksti on 272 sivua. Mukana olevien tutkimushenkilöiden valintaa luonnehtii termi harkinnanvarainen näyte. Sen mukaisesti kuntoutujilla tuli olla kokemuksia erilaisista kuntoutustoimenpiteistä sekä valmius itsenäisesti kertoa käsityksiään ja kokemuksiaan kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. En ottanut tutkimuk-

seeni henkilöitä, jotka tarvitsivat toisen henkilön apua käsitystensä kuvaamiseen. Päädyin tähän ratkaisuun, koska pidin tärkeänä käsityksen henkilökohtaista tuottamista. Kommunikointimuodolla ei sen sijaan ollut haastattelutilanteessa merkitystä. Nämä tekijät antavat harkinnanvaraiselle näytteelleni ne kriteerit, joiden perusteella aineisto muodostui. Halusin varmistaa, että tutkimukseen osallistuisi mahdollisimman erilaisissa elämäntilanteissa olevia, eri-ikäisiä ja eri sukupuolta olevia kuntoutujia käsityksineen ja kokemuksineen. Päätin valita eri-ikäisiä, nuoria, nuoria aikuisia, aikuisia ja ikääntyviä kuntoutujia, joilla on lääketieteellisenä syynä vammautumiseen joko CP-vamma tai aivoverenkiertohäiriö (AVH). Peruste tutkimushenkilöiden lääketieteelliselle taustalle ovat nykyiset kuntoutustilastot. Halusin varmistaa, että tutkimushenkilöni saavat kuntoutuspalveluita monipuolisesti, ja tilastojen mukaan CP- ja AVH-kuntoutujat on suuri kuntoutuspalveluiden käyttäjäryhmä (Kelan kuntoutustilasto 2007).

### 3.2.2 Tutkimusaineiston hankinta

Lähetin tutkimuslupa-anomuksen neljään kuntoutuspalveluita tuottavaan organisaatioon, joista osa on julkisia ja osa yksityisiä palveluntuottajia. Sain luvan tutkimuksen suorittamiseen kaikista organisaatioista (liite 1). Tämän jälkeen lähestyin organisaation kuntoutuspalveluista vastaavaa henkilöä (yhdyshenkilö), selostin hänelle tutkimukseni tarkoituksen ja esitin pyynnön saada haastatella kuntoutujia. Kerroin myös tutkimukseen valittaville asettamani kriteerit. Haastattelun edellytyksenä oli kuntoutujan kirjallinen suostuminen haastateltavaksi. Sain yhdyshenkilöiltä listan haastatteluun suostuneista kuntoutujista, joihin otin henkilökohtaisesti yhteyttä haastatteluajan sopimisesta joko puhelimitse tai käymällä heidän luonaan. Haastateltavaksi lupautui kaikkiaan 24 kuntoutujaa, joista kahden haastattelu hylättiin. Näistä toisessa haastateltava ei täyttänyt tutkimusaineistolle asetettuja kriteerejä ja toisessa haastattelu oli talentunut äänitysvaiheessa vain osittain, minkä vuoksi kokonaiskäsityksen saaminen kuntoutujan käsityksien merkityksistä jäi epäselväksi.

Laadullisessa tutkimuksessa otannan riittävyyden kriteerinä pidetään aineiston saturaatiota. Tällä tarkoitetaan aineiston kylläntymistä siten,

ettei aineiston lisääminen tuota tutkimusongelman kannalta lisää uutta tietoa (Mäkelä 1990, 42). Eskolan ja Suorannan (1996, 39) mukaan keskeinen kriteeri laadulliselle tutkimukselle ei olekaan aineiston koko vaan aineistosta tehtyjen tulkintojen kestävyys ja syvyys. Haastattelussa korostuu Ahosen (1996) mukaan fenomenografian tiedonkäsitelyyn kuuluva intersubjektiivisyys. Sillä tarkoitetaan tutkijan oman tietoisuuden läsnäolon vaikutusta tutkittavien ilmaisujen tulkittamisessa. Hänen puhuu intersubjektiivisestä luottamuksesta, joka edellyttää tutkijan omien lähtökohtien tunnistamista. Olen kuvannut omat lähtökohtani tutkimuksen tekemiselle ja hallitun subjektiviteetin säilymiselle kappaleessa 3.4.

Tutkimusaineistoni muodostuu 22 kuntoutujan puolistrukturoidusta teemahaastattelusta (liite 2). Fenomenografisen lähestymistavan mukaan ensisijaisena aineiston hankintamuotona on mahdollisimman avoin haastattelu, jotta tutkittavien yksilölliset käsitykset voivat tulla esille (Marton 1988, 154). Haastattelukysymysten muoto mainitaan tutkimusmetodologian kirjoissa puolistrukturoidun haastattelun oleellisena piirteenä. Fielding (1993, 136) toteaa muodon olevan kaikille haastateltaville sama, mutta haastattelijat voi vaihdella kysymysten järjestystä. Myös Robsonin (2001, 137) mukaan kysymykset on määritelty etukäteen, mutta haastattelijat voi vapaasti vaihdella kysymysten sanamuotoja ja järjestystä. Eskolan ja Suorannan (1998, 87) mukaan kaikille samoja kysymyksiä ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat voivat vastata kysymyksiin omin sanoin.

Valmistauduin haastatteluun huolellisesti etukäteen työstämällä haastattelun sisältöön liittyvät pääkohdat teemoiksi, jotka annoin myös haastateltaville etukäteen tutustuttavaksi. Teemat olivat niin väljiä, että ne mahdollistivat kysymysten ja vastausten spiraalinomaisen etenemisen käsiteltävään teema-alueeseen. Haastattelut sisälsivät siis elementtejä, joita Ahonen (1996, 137) edellyttää fenomenografiselta haastattelulta. Haastattelu eteni puolistrukturoitujen teemojen mukaisesti. Haastatteluprosessi eteni haastateltavien vastausten mukaan. Pyrin muotoilemaan kysymyksiä niin, että minulle muodostuisi käsitys haastateltavan ilmiölle antamasta merkityksestä. Jos en ymmärtänyt sitä, tarkensin asiaa lisäkysymyksillä, kuten ”Mitä tarkoitat sanoessasi ’näin?’” tai ”Mitä ymmärrät ’sen’ tarkoittavan tässä tapauksessa?”

Kuvaan seuraavassa haastatteluiden toteuttamisen pääpiirteet:

1. *Otin yhteyttä joko puhelimitse tai tapasin henkilökohtaisesti kaikki haastateltavat, jotka olivat antaneet suostumuksensa haastatteluun, ja sovimme haastatteluajan. Haastattelut toteutettiin joko haastateltavan kotona tai kuntoutuspalveluita tarjoavassa organisaatiossa. Annoin haastateltavan itse valita hänelle sopivan paikan tilanteeseen, koska ajattelin sillä olevan turvallisuutta ja avointa ilmapiiriä edistävä vaikutus haastattelun etenemiselle.*
2. *Kerroin alussa haastateltaville tutkimukseni tarkoituksesta sekä haastattelun sisältöön ja sen julkaisemiseen liittyvistä eettisistä periaatteista. Korostin sitä, että tutkittavien henkilöllisyys pysyy vain minun tiedossani ja että kaikki tutkimushaastatteluun liittyvä materiaali hävitetään tutkimusraportin valmistumisen jälkeen. Kerroin tutkittaville lyhyesti omasta taustastani sellaista tietoa, jolla katsoin olevan vaikutusta ainoastaan luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntymiseen. En kertonut taustaani kuntoutusalan ammattilaisena, koska oletin sen vaikuttavan vastausten sisältöön haastateltavien ehkä suhtautuessa minuun sen jälkeen enemmän tietyn ammatin edustajana kuin riippumattomana tutkijana. Halusin myös itse sulkeistaa itseni tietoisesti pois ammatihenkilön roolista. Kuntoutujat allekirjoittivat suostumuksensa haastatteluun haastattelutilanteen alussa.*
3. *Nauhoitin kaikki haastattelut. Kunkin haastattelun pituus oli 45–60 minuuttia. Aloitin uuden teeman aina mahdollisuuksien mukaan kaikille samanlaisella kysymyksellä, esimerkiksi: ”Tänä päivänä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta puhutaan kokonaisvaltaisena ilmiönä. Mitä sinä ymmärrät tämän tarkoittavan omalla kohdallasi?”*
4. *Haastattelut etenivät avoimien teemojen mukaisesti. Muutaman kerran katkaisin nauhurin haastateltavan alkaessa kertoa asioita, jotka eivät mitenkään liittyneet tutkimusaiheeseen. Joissakin samanlaisissa yhteyksissä annoin puheen mennä nauhalle, mutta en litterointivaiheessa kirjoittanut sitä tekstiksi. Haastattelutilanteet olivat avoimia ja välittömiä, ja niissä vallitsi keskusteleva ilmapiiri.*

5. *Haastattelumateriaalia kertyi 272 sivua (kirjainkoko 12, riviväli 1,5) eli keskimäärin 12 sivua yhtä haastattelua kohden.*

### 3.3 Fenomenografinen analyysi

Fenomenografisessa tutkimuksessa analyysin ja tutkimuksen kohteena ovat käsitykset. Ne ymmärretään yksilön ja ympäröivän maailman välisenä suhteena, jonka yksilö itse luo aktiivisella toiminnallaan. Käsitykset ovat konteksti- ja sisältösidonnaisia ja tässä mielessä koko ajan uudelleen muotoutuvia. (Svensson 1984, 12; Uljens 1989, 20–21.) Analyysiprosessissa tavoitteena on pyrkiä toisaalta tunnistamaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden keskustelun sisältämiä merkityksiä ja toisaalta etsimään keskustelussa esiintyvien ilmausten yhteyttä siihen maailmaan, jossa he elävät. Analyysiprosessissa fenomenografinen tutkija on oppija, joka etsii ilmiöiden merkityksiä sekä niissä esiintyviä rakenteita niiden omista lähtökohdista käsin. (Niikko 2003, 31.) Fenomenografisen tutkimussuuntauksen empiiristä luonnetta kuvaa empiirisen aineiston hankkiminen analysointia, tulkintaa ja kuvaamista varten. Tutkimussuuntaukselle on tyypillistä myös induktiivisuus, jolla tarkoitetaan yksityiskohtien tarkastelun ensisijaisuutta. Näihin yksityiskohtiin liittyvistä ilmauksista muodostetaan yleisiä ilmiöitä koskevia päätelmiä.

Fenomenografista tutkimusta tehdään empiirisen aineiston pohjalta, ja tutkimustehtävää lähestytään aineistolähtöisesti. Näin teoria ei toimi kategorioiden luokittelurunkona eikä teoriasta johdettujen olettamusten arvioinnin perustana. (Marton 1988, 154–155; Häkkinen 1996, Uljens 1989, 59; Niikko 2003, 23–33.) Tämä ei tarkoita sitä, että teorialla ei olisi merkittävä osa tutkimusprosessissa. Ahonen (1994, 123–124) käyttää teorian merkityksestä ilmausta ”tutkijan teoreettinen perehtyneisyys tutkittavaan ilmiöön”, joka näkyy tutkijan haastattelukysymysten ja vastausten luokitteluiden muodostamisessa. Hänen mukaansa teoriaa ei kuitenkaan käytetä fenomenografisessa analyysissä käsitysten ennalta luokitteluun eikä teoriasta johdettujen valmiiden olettamusten testaamiseen.

Aineiston analyysi etenee tutkimuskysymysten kannalta tärkeiden ilmausten valitsemisesta käsitysten erojen kokoamiseen kategorioiksi,

joista käytetään toisinaan myös nimitystä käsitystyyppi. Omassa tutkimuksessani tarkoitan käsitystyyppillä niiden käsitysten joukkoa, jotka ilmentävät sisällöllisesti samanlaisia tapoja kokea tutkittava ilmiö. Yksittäiset käsitykset sen sijaan ovat keskenään joko erilaisia tai samanlaisia. Erilaisista käsityksistä muodostuvat käsitystyyppit, jotka eroavat toisistaan kriittisten aspektien perusteella. Käsitystyypeistä puolestaan muodostuvat alakategoriat.

Uljensin (1991, 87–88) mukaan fenomenografisen tutkimuksen analyysiprosessilla on yhteisiä piirteitä muiden laadullisten tutkimussuuntausten kanssa. Hän korostaa, että tästä huolimatta tietyt piirteet ovat ominaisia vain tietyille metodeille tai tutkimussuuntauksille ja johtuvat niille tyypillisistä taustaoletuksista.

Kokon (2004,74) mukaan fenomenografinen analyttinen keskustelu kulminoituu pohdiskeluun aineiston analyysin syvimmästä olemuksesta ja liittyy sitoumuksiin realistisesta ja idealistisesta todellisuuskäsityksestä. Realistisen todellisuuskäsityksen mukaan tutkimusaineisto sellaisenaan kuvaa todellisuutta, ja tutkijan tehtävänä on löytää tekstissä olemassa olevat kategoriat. Toisaalta aineiston syvintä olemusta on kuvattu konstruoinnin käsitellä, joka nojautuu idealistiseen todellisuuskäsitykseen. Siinä analyysi nähdään prosessina, jossa tutkija tulkitsee, valitsee ja uudelleen järjestee aineistoa eli konstruoi käsitteellisen kuvauksen tutkittavaa ilmiötä koskevista käsityksistä. (Marton 1994, 4425–4426; 1995, 173; Marton & Booth 1997, 111–112.) Säljö (1996, 24–26) kritisoi Martonin ja Boothin aineiston analyysiin liittyvää käsitystä ja korostaa analyysiprosessin tulkinnallista luonnetta sekä tutkijoiden mahdollisuutta laatia erilainen kategoriointi samasta aineistosta. Kokon (2003, 74) mukaan keskustelu analyysiprosessin syvimmästä luonteesta liittyy mahdollisesti fenomenografisen tutkimuksen kehitysvaiheeseen laadullisena tutkimussuuntauksena. Hänen mukaansa laadullisen aineiston analyysi ymmärretään yleisesti tulkinnallisena rekonstruktioprosessina.

Fenomenografiseen analyysiin liittyvää kritiikkiä esittävät myös Hasselgren sekä Uljens. Uljens (1993, 134–146) kritisoi fenomenografiaa siitä, että se ei ota riittävästi huomioon henkilöä, jonka käsityksiä tutkitaan ja niitä yhteyksiä, joissa käsitykset ovat muodostuneet. Hasselgrenin (1993, 148–155) kritiikki puolestaan kohdistuu siihen, että fenomenografian tulokset ovat artefakteja eli mihinkään pohjautumattomia, tutkijan vapaasti mielessään luomia luokituksia. Hänen mukaansa tutkimusme-

netelmä on kolmivaiheinen sisältäen aineiston keruun, litteroinnin eli puhtaaksi kirjoittamisen ja kvantitatiivisen analyysin. Hänen mielestään analyysilta puuttuu teoreettinen pohja, minkä takia tulosten arviointi ja niiden merkityksen ymmärtäminen on vaikeaa. Koskinen (1993, 180–181) puolestaan ei näe aitoon fenomenografiaan sisältyvän edellä mainittuja puutteita.

Fenomenografisen tutkimuksen teoreettisten oletusten mukaisesti tietyssä kulttuurissa on olemassa rajallinen määrä yhtä ilmiötä koskevia laadullisesti selkeästi erotettavia käsityksiä. Tutkijan epistemologisena oletuksena on paljastaa tutkittavien erilaisia käsityksiä ja kuvata niiden kriittiset aspektit tutkittavan ja elämismaailman välisessä suhteessa. Tutkijan tehtävänä on redusoida aineistosta laadullisesti selkeät erot käsitysten sisältöjen mukaan ja muodostaa niistä käsitystyyppejä tai tulosavaruuksia. Tämä edellyttää tutkijalta reduktiota, sulkeistamista, abstraktiota ja merkitysten vertailua. Näin muodostuu rajallinen määrä käsityksiä ilmiöstä sen mukaisesti kuin haastateltavat ovat ymmärtäneet ilmiön. (Mäkitalo 2008, 32–33; Marton & Ming Fai 2003, 147.)

Aineiston analyysissä tutkijan tulee tarkastella omia esioletuksiaan voidakseen astua tutkittavien maailmaan. Esioletuksilla tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista käsityksistään sekä avoimuutta tutkittavan käsityksille. Tutkijan oma subjektiivisuus aikaisempine kokemuksineen, odotuksineen ja tietoineen ei voi olla vaikuttamatta aineiston hankintaan ja tutkimustulosten muodostamiseen eli koko tutkimusprosessin kulkuun. On tärkeää, että tutkija tiedostaa omat lähtökohtansa ja kykenee tietoisesti käsittelemään niitä suhteessa analyysiprosessiin. Tästä ilmiöstä käytetään nimitystä tutkijan hallittu subjektiiviteetti tai kriittinen itse-reflektio (Marton 1988, 148; Ahonen 1996, 122).

Tutkijan subjektiiviteetin ja tutkittavaan ilmiöön liittyvän teoreettisen perehtyneisyyden välillä on yhteys. Mitä parempi perehtyneisyys tutkijalla on tutkimusilmiöön, sitä objektiivisemmin hän kykenee havaitsemaan tutkimushenkilön tarkoittaman merkityksen (Ahonen 1996, 124). Uljensin (1993, 141–142) mukaan tutkijan on kuitenkin analyysissään mahdoton lähestyä empiiristä aineistoa ilman ennako-oletuksia, koska tutkimuksessa itsessään on aina mukana tiedonintressi. Tiedostettuna subjektiivisen elementin läsnäolo ei ole analyysia haittaava tekijä, sillä oma kokemustausta myös auttaa toisen elämismaailman ymmärtämistä.



(Uljens 1991, 141–142; Ahonen 1996, 124; Koro-Ljungberg 2005, 281.)

Yleisesti fenomenografisen tutkimuksen analyysiprosessin etenemistä kuvataan joko vaiheina (Marton 1988, 155; 1994, 4428) tai askeleina (Uljens 1991, 90–91; Niikko 2003, 33–41; Bowden 1996, 56). Analyysissä ovat yleensä seuraavat pääkohdat:

1. *Etsitään koko aineistosta tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaisia ilmaisuja erottaen ilmaisut yksilöiden kontekstista eli dekontekstualisoiden aineistoa.*
2. *Analysoidaan löydetyt ilmaisut siinä kontekstissa, josta ne ovat peräisin.*
3. *Verrataan näitä kontekstuaalisten ilmaisujen merkityksiä toisiinsa, jotta pystytään näkemään, mikä on tyypillistä aineistosta syntyneille käsityksille. Tämä vaihe johtaa kategorioiden ja niiden ominaisuuksien syntymiseen. Analyysin kontekstisidonnaisen luonteen vuoksi tutkimuksen analyysikehikkoa ei voida sopia etukäteen. (Uljens 1991, 89.)*

### 3.4 Aineiston analyysiprosessi tutkimuskontekstissa

Tutkimuksessani mukana olevat kuntoutujat kertovat oman käsityksensä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Tällaisen tutkimuksen analyysiprosessin luotettavuutta lisää tutkijan omien lähtökohtien ja ennakko-oletusten tiedostaminen ja niiden huomioon ottaminen tutkimusprosessin aikana. Olen edellä käyttänyt tästä tiedostamisesta nimityksiä hallittu subjektiviteetti ja kriittinen itsereflektio. Seuraavassa kuvaan reflektioitani sekä analyysiprosessini lähtökohtia, jotka ovat vaikuttaneet empiirisen tutkimukseni tiedonintressin ohjautumiseen ja tätä kautta tutkimukseni tavoitteisiin, joista tärkein oli saada esille tutkittavien oma ääni, joka kuuluisi päätöksenteon tasolla.

Tutkimukseni eri vaiheissa olen tuonut esiin esioletuksiini liittyviä tekijöitä, kuten pitkäaikaisen kokemukseni kuntoutusalan ammattihenkilönä, uskomukseni ja olettamukseni tutkimuskysymyksiin liit-

tyivistä uusista käsityksistä sekä tutkimusilmiöön liittyvät aikaisemmat tutkimustulokset. Olen luonteelleni tyypillisellä empaattisella asenteella asettunut haastateltavien asemaan ja kuunnellut herkästi, mitä tutkittavat haluavat kertoa ja sanoa tutkittavaan ilmiöön liittyvistä asioista. Olen pyrkinyt olemaan aito itseni ja konfrontoimaan eli asettamaan vastakkain omaa tietämystäni asiasta suhteessa haastateltavien kerrontaan. En ole kuitenkaan kahlinnut itseäni omaan tietooni, vaan olen uteliaasti halunnut kuulla tutkittavien ihmisten omia käsityksiä.

Laaja teoreettinen perehtyneisyys tutkimusilmiön kannalta keskeisiin käsitteisiin on tärkeää ilmiön luonteen hahmottamiseksi. Tällaisen tiedon avulla olen pyrkinyt saamaan esille haastattelussa tutkimusilmiön kannalta merkityksellisiä elementtejä sekä reflektoimaan aineiston tulkintaa empiriasta nousevan teorian kautta. Tämä on tärkeää, koska tutkimuksen lopullinen teoria muodostuu aineiston analyysiprosessin tuloksena kuvauskategorioissa. Martonin (1988, 148) mukaan tutkijan esioletusten täydellinen sulkeistaminen ei ole fenomenografisessa analyysiprosessissa mahdollista, eikä kukaan voi vaatia eri tutkijoiden saavan samanlaisia tutkimustuloksia toisistaan riippumatta. Tutkimustuloksina muodostuvat kategoriat sisältävät siis tulkintaa, joka perustuu viime kädessä tutkijan henkilökohtaiseen valintaan. Keskeistä analyysiprosessissa on koko ajan pitää mielessä tutkimuskysymykset. Kategoriat ja niiden muodostumisen perusteet ovat henkilökohtaisia valintojani, minkä fenomenografinen tutkimussuuntaus tekee mahdolliseksi.

Perusasenoitumiseni ihmiseen pohjaa Rauhalan ontologiseen ihmiskäsitykseen, jonka mukaan ihminen todellistuu ainakin kolmessa olomuodossa: kehollisena eli orgaanisena, tajunnallisena eli psyykkishenkisenä ja situationaalisena eli todellisuuteen suhteellisena olevana olentona. Kehollisuus tarkoittaa elämän säilymiseen liittyviä toimintoja, jotka muodostavat orgaanisen olemassaolon perustan. Orgaanisten toimintojen arvottaminen itsessään ei muodosta kehollisuuden olemusta. Tässä tutkimuksessa voidaan kuntoutujien kehollisuudella ymmärtää olevan puhdas orgaaninen eli elämää säilyttävä merkitys. Tajunnallisuudella tarkoitetaan kokemusten ja niihin liittyvien merkityssuhteiden muodostumista ymmärtämisen kautta, kuten tietoa, tunnetta, uskoa, intuitioita, unta tai harhaa. (Rauhala 2005, 32–37.) Ihminen situationalistuu eli todellistuu elämismaailmassaan, joka tarkoittaa sitä kontekstia, missä ihminen muodostaa merkityssuhteitaan. Tässä tutkimuksessa ajattelen

kuntoutujien olevan suhteessa ympäristöönsä ja todellistuvan yhteiskuntaan kansalaisina sekä vammaisina henkilöinä. Olen kiinnostunut niistä merkityssuhteista, joita kuntoutujilla on muodostunut kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Aineistoni analyysiprosessi eteni fenomenografisen aineiston analyysille tyypillisten vaiheiden kautta, joita kuvaan seuraavassa:

### *1. Haastatteluaineiston litterointi*

*Purin haastattelut kirjalliseksi tekstiksi sanasta sanaan. Jätin kirjaimatta aiheeseen kuulumattomia ilmaisuja, kuten samanaikaista keskustelua ulkopuolisten ihmisten kanssa tai asian siirtymistä pois tutkittavasta ilmiöstä.*

### *2. Aineistoon tutustuminen*

*Luin aineiston läpi useita kertoja pitäen mielessä koko ajan tutkitavan ilmiön ja siihen liittyvät tutkimuskysymykset. Etsin aineistosta tähän liittyviä merkityksellisiä ilmaisuja, kirjasin niitä ja pyrin hahmottamaan aineiston tuottamaa kokonaiskäsitystä tutkittavasta ilmiöstä. Minulle hahmottui alustava käsitys siitä, että kuntoutujien käsittelemät aihepiirit liittyivät selkeästi yleisiin käsityksiin kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä tekijöistä, jotka vaikuttivat kuntoutumiseen yleensä.*

### *3. Alustavien merkitysyksiköiden luominen henkilöittäin*

*Luin jokaisen haastattelun erikseen ja esitin itselleni seuraavia kysymyksiä: Mistä eri asioista haastattelussa puhutaan? Mitä haastattelussa sanotaan kustakin asiasta? Mitä kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvää henkilö kertoo? Mistä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvistä tekijöistä henkilö kertoo?*

*Kirjasin ylös kaikki merkitysyksiköt henkilöittäin. Alustavia merkitysyksikköjä olivat ilmaukset a) Minä olen tämän tilanteen hyväksynyt, että minä en enää mene töihin, b) Koin suorastaan vastenmieliseksi, että sinne erityiskouluun olisi pitänyt mennä, c) Kuntoutuksessa olen aina osannut vaatia sekä d) Pelko kuntoutuksen toteutumisesta.*

#### 4. Merkitysyksiköiden teemoittaminen

*Aineiston laajuuden vuoksi teemoittelin kaikkien tutkimuksessa mukana olleiden henkilöiden yksilölliset merkitysyksiköt. Muodostin yhdeksän teemaa, ja niistä ne asiakokonaisuudet, jotka olivat lähtökohdiana kuntoutujien käsityksille kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Esimerkiksi: ”Koin suorastaan vastenmieliseksi, että sinne erityiskouluun olisi pitänyt mennä”, sijoittui opiskeluun liittyvien käsitysten teemaan, ja ”Kuntoutuksessa olen aina osannut vaatia”, sijoittui kuntoutumista edistävien ja estävien tekijöiden teemaan.*

#### 5. Merkitysyksiköiden vertailu toisiinsa teemoittain

*Vertasin muodostamiani merkitysyksikköjä teemoittain toisiinsa etsien erilaisuuksia ja samanlaisuuksia siten, että otin lähtökohdaksi yhden henkilön merkitysyksikön ja kävin läpi kaikkien muiden haastattelut. Etsin niistä samaa tai eri käsitystä tarkoittavat tiettyyn asiaan liittyvät merkitysyksiköt. Esimerkiksi kuntoutuja, joka kuvasi pelkoa kuntoutuksen toteutumisen tulevaisuudesta, johdatti minut kokoomaan yhteen kaikki sellaiset käsitykset, jotka liittyivät kuntoutuksen järjestämiseen. Tämän vaiheen tuloksena rakensin alustavat alkeelliset kategoriat, joita ryhmittelin suhteessa toisiinsa horisontaalisesti ja vertikaalisesti. Analyysiprosessi siirtyi tässä vaiheessa henkilötasolta ilmiötasolle.*

#### 6. Alustavien kategorioiden yhdistäminen

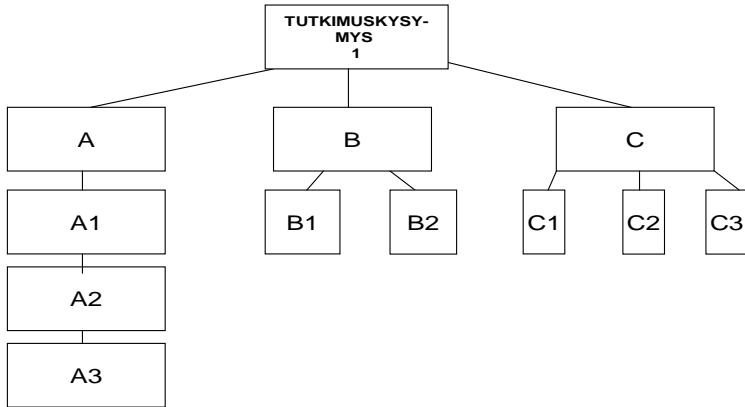
*Alustavien kategorioiden suuren määrän vuoksi yhdistin kategorioita ja muodostin alakategoriat sekä niihin sisältyvien käsitystyyppien kriteerit. Käsitystyyppi kuvaa laadullisesti tutkittavien samanlaista käsitystä tutkittavasta ilmiöstä. Esimerkiksi käsitykset: ”Olen aina ymmärtänyt, että kuntoutus tarkoittaa samaa kuin fysioterapia” ja ”Kuntoutus on minulle merkinnyt aina fysioterapiaa”, luokittelin samaan käsitystyyppiin. Käsitystyyppin nimeksi muodostui ”Kuntoutus on fysioterapia”. Pidin koko ajan mielessä tutkimuskysymykset ja vertailin alustavissa kategorioissa esiintyviä merkitysyksikköjä toisiinsa etsien samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Muodostin joukon alakategorioita, joista A, B ja C kuvaavat kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta ja D, E ja F kuntoutujien käsityksiä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvistä*

tekijöistä. Laadin kategorioita toisistaan erottavat kriteerit aikaisemman teoreettisen tietämykseni perusteella sen jälkeen, kun olin käynyt läpi kaikkien kuntoutujien haastattelut.

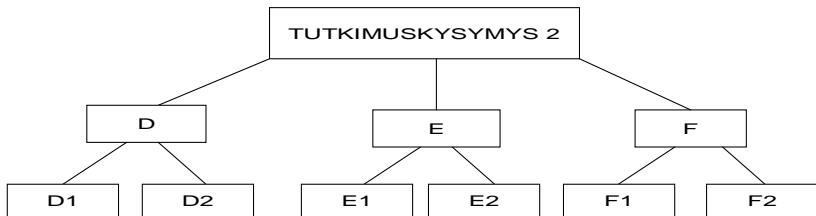
Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvien tekijöiden alakategorioiden (D, E ja F) muodostamisessa käytin fenomenografiaa eri tavalla kuin ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastaamisessa. Tarkastelin käsityksiä lähinnä alakategorioiden tasolla ja muodostin alakategoriat aineistosta esiin nousseiden merkitysyksiköiden kautta, jotka liittyivät kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta suotuisiin ja epäsuotuisiin tekijöihin. Kategorioiden luokittelun perusteena oli kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvien tekijöiden suhde kuntoutumiseen. Tämä luokittelunperuste poikkeaa tyyppillisestä fenomenografisesta periaatteesta, jossa teoriaa ei käytetä luokittelurunkona vaan tulkinta muodostuu aineiston perusteella. Sen sijaan aineisto on toiminut kategorisointini pohjana.

#### 7. Kuvauskategorioiden muodostaminen.

Kuvauskategorioiden (kuviot 7 ja 8) muodostaminen antaa vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni liittyvien kuvauskategorioiden muodostamisessa yhdistin alakategorioita toisiinsa. Pyrin löytämään sellaisen näkökulman, joka kuvaa tutkittavaa ilmiötä yleisemmällä tasolla yksilön ja yhteiskunnan välisen suhteen kautta. Toiseen tutkimuskysymykseen liittyvien kuvauskategorioiden muodostamisessa käytin teoreettista perustelua kuntoutuksen yhteiskunnallisesta orientaatiosta, jossa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan palvelujärjestelmän, kuntoutustoimenpiteiden sekä yksilön näkökulmasta. Kuvauskategoriat kuvasin suhteessa toisiinsa horisontaalisesti. Kategoriat A1, A2, ja A3 muodostuivat toisiinsa nähden vertikaalisesti.



Kuvio 7. Kuntoutuksen ja kuntoutumisen käsittämisen ulottuvuudet.



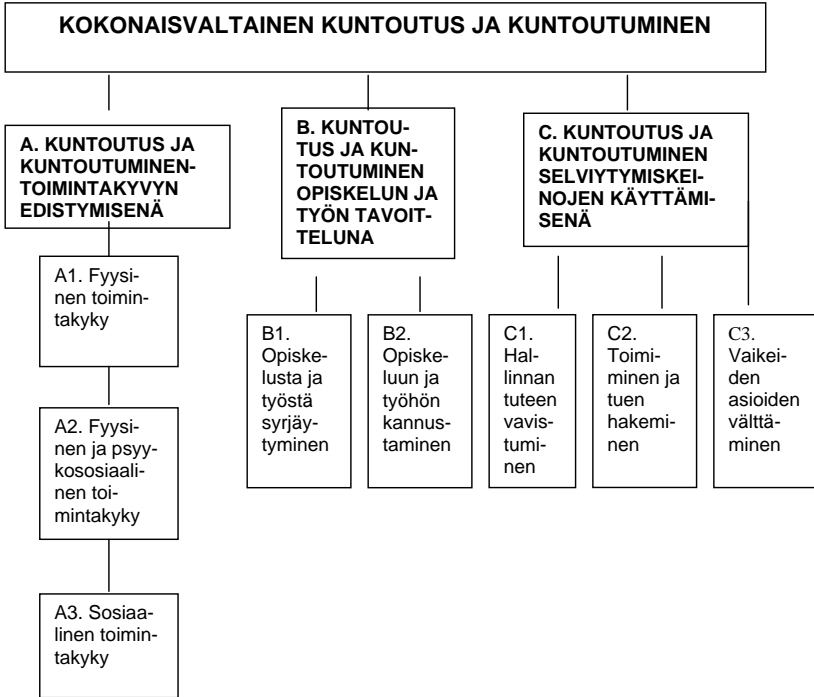
Kuvio 8. Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen vaikuttaneiden tekijöiden ulottuvuudet.

## 4 KUNTOUTUJIEN KÄSITYKSET KOKONAISSVALTAISESTA KUNTOUTUKSESTA JA KUNTOUTUMISESTA

Tässä luvussa syvennän tutkittavien ihmisten sanomisen kautta käsitettä kokonaisuvaltaisuus kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla vastaan siihen, miten eri tavoin kuntoutujat käsittävät kokonaisuvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen. Kuntoutujien käsitykset sisältävät sekä kuntoutukseen että kuntoutumiseen liittyviä merkityksiä. Tutkimustulosten käsittelyssä käytän molempia termejä (kuntoutus ja kuntoutuminen) kuvaamaan todellisuutta kokonaisuvaltaisesta kuntoutuksesta sellaisena, kuin kuntoutujat sen käsittävät. Tutkimustulosten ja johtopäätösten yhteydessä käytän käsittämistä rinnakkain termejä kokea, käsittää ja ymmärtää.

Olen jakanut kuntoutujien käsitykset kahdeksaan alakategoriaan, joiden pohjalta olen muodostanut kolme toisiinsa horisontaalisessa suhteessa olevaa yläkategoriaa, eli kuvauskategoriat A, B ja C (kuvio 9). Kuvauskategorioissa kiteytyy kuntoutuksen ja kuntoutumisen ydinsisältö, joka muodostuu kuntoutujien tavoista käsittää tutkittava ilmiö. Kategorian A muodostavat käsitystyytit kuvaavat kuntoutusta ja kuntoutumista toimintakyvyn edistymisenä. Kategorian B käsitystyytit puolestaan liittyvät opiskelun ja työn tavoitteluun. Kategoriaan C kuuluvat sellaiset käsitystyytit, joissa ydinsisältönä ovat selviytymiskeinojen käyttäminen.

Kuntoutujien käsityksiä kuvaavat yläkategoriat kuvaavat kuntoutumiselle asetettujen tavoitteiden eri ulottuvuuksia. Kuvauskategorioiden tarkoituksena on Martonin (1981, 196–198) mukaan kuvata ihmisen ajattelua suhteessa yleisesti vallitseviin ajattelutapoihin. Näin muodostuneita käsityksiä ei pidetä yksilöllisinä ominaisuuksina, vaan ne ovat kiinnostavia vain suhteessa muihin käsityksiin. Tutkimuksessa muodostuneet kuvauskategoriat on siis muodostettu kuntoutujien laadullisesti erilaisista tavoista käsittää tutkittava ilmiö. Kuviossa 10 ylätasoon kategoriat A, B ja C ovat horisontaalisessa suhteessa toisiinsa. Ne ovat keskenään tasavertaisia eikä niitä siis voi asettaa paremmuusjärjestykseen. Kategoriat ovat laadullisesti erilaisia, mutta ne eivät ilmaise vastakkaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Kunkin kuvauskategorian kuvaan yksityiskohtaisesti omissa alaluvuissaan 4.1–4.3.



Kuvio 9. Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen kategoriat.

Alakategoriat (A1, A2 jne.) on järjestetty vertikaalisesti. Kukin niistä sisältää käsitystyyppien variaatioita. Ne kuvaavat tutkittavan ilmiön olemusta eri näkökulmista ja tuovat esille tutkittavien henkilöiden kollektiivisen tavan ilmaista käsityksensä ilmiöstä. Näitä käsitystyyppettä kuvaan analyysissäni näytteillä. Niikon (2003, 38) mukaan luokat voidaan asettaa keskinäiseen järjestykseen jonkin aineistosta nousevan kriteerin avulla, kuten tärkeyden tai yleisyyden perusteella. Tässä tutkimuksessa kategorioiden vertikaalisuus perustuu kuntoutujien käsitysten luonteeseen, josta ilmiön kokonaisuus muodostuu.

Tutkimukseni analyysissä kuvattavat näytteet ovat siis käsitystyyppinä edustajia. Näytteet on numeroitu juoksevilla numeroinnilla kussakin kategoriassa erikseen. Litteroidessani tekstejä olen yleiskielistänyt haastateltavien puhetta, mutta säilyttänyt niissä puhekielen luonteen. Välimerk-



kien käyttö ei ole kieliopillista, vaan sen tarkoituksena on osoittaa puheen rytmiä. Kolme pistettä puheen keskellä tarkoittaa taukoa tai poisjätettyä katkelmaa. Haastateltavat on numeroitu haastattelujärjestyksessä, ja heihin viitataan nimillä H1, H2 jne. Itsestäni käytän nimitystä MK.

## 4.1 Katgoria A: Kuntoutus ja kuntoutuminen toimintakyvyn edistymisenä

Kategoriassa A alakategoriat on järjestetty vertikaalisesti aineistosta nousevien ajatusten perusteella. Taustalla on edellä mainitsemani ihmisen ontologisuuden ymmärtäminen kolmijakoisena: fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena. Kukin osa sisältää rajatun osuuden ihmisestä (Lehtonen 1987, 34–50; Karppi 1983, 60–70; Ropponen 1983, 112; Lahtela 1983, 81–83). Fyysisen toimintakyvyn sisältämät käsitystyyppit korostavat kehon rakenteisiin ja toimintoihin liittyviä tekijöitä, minkä vuoksi olen luokitellut sen omaksi kategoriakseen A1. Kuntoutujien käsityksissä fyysisyyden rinnalla kuvataan myös psykososiaalisia tekijöitä toimintakyvyn edistymisessä. Nämä käsitystyyppit muodostavat kategorian A2. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvissä käsityksissä puolestaan korostuvat osallisuus, sosiaaliset verkostot sekä sosiaalinen tuki. Nämä käsitystyyppit muodostavat alakategorian A3.

### 4.1.1 Katgoria A1: Fyysinen toimintakyky

Kategorian A1 käsityksissä kuntoutus nähdään fyysisenä toimintakykyinä. Käsityksissä korostuvat merkitykset, jotka liittyvät liikkumiseen, kuntoutuksen fyysisiin aspekteihin, fyysistä toimintakykyä korostavaan kuntoutukseen sekä fyysisen kunnan edistymiseen. Rissasen (1999, 31–32) mukaan toimintakyvyn osa-alueista on tutkittu eniten fyysistä toimintakykyä, mutta tarkastelu on laajentunut myöhemmin myös muille osa-alueille. Hän kuvaa väitöskirjassaan fyysisen toimintakyvyn määrittelyä eri tutkimustulosten mukaisesti kuudesta eri näkökulmasta: a) yksittäisenä elimen tai elinjärjestelmän toimintana, b) elimistön toiminnallisena kykyinä selviytyä fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä, c) kykyinä

selviytyä perustarpeiden tyydytyksestä, d) itsehoitotoimintana perustarpeiden tyydyttämiseksi, e) hengitys- ja verenkierto- sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakykyä ja f) kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista ja asioiden hoitamisesta.

Toimintakyvyn biopsykososiaalisia edellytyksiä kuvaavassa BPS-mallissa (Talo 2001, 58) fyysisen toimintakykyyn liittyvät elementit sijoitetaan ICF-luokituksen mukaisesti bio-sektorille, jossa korostuvat ruumiin ja kehon rakenteet, fyysiset suoritukset sekä fyysinen suoriutuminen osallistumisessa työelämään, kotielämään ja vapaa-ajan rooleihin. Vastaavasti fyysisen toimintakyvyn edistäminen nähdään kehon kuvaan, fyysisen kunnan, liikkumisen, päivittäisten toimintojen sekä työ- ja kotielämään sekä vapaa-ajan rooleihin liittyvissä fyysisissä toteutuksissa.

Aineistoni kuntoutujien käsitykset fyysisestä toimintakyvystä ovat samansuuntaisia kuin Rissasen (1999, 32) eri tutkimuksiin pohjautuvassa fyysisen toimintakyvyn määrittelyssä. Liikkuminen ja sen harjoittaminen joko terapeuttien avustuksella tai itsenäisesti koetaan merkittäväksi osaksi kuntoutumista. Käsityksissä korostuu fysioterapian rooli: fysioterapia koetaan hallitsevana elementtinä toimintarajoitteiden ehkäisemisessä ja elämän mielekkyyden kokemisessa. Fysioterapian rinnalla myös puhe- ja toimintaterapia sisältävät fyysistä toimintakykyä edistäviä tekijöitä. Muihin ammattialakohtaisiin toimintoihin fyysistä toimintakykyä kuvaavia kuntoutustoimenpiteitä ei yhdistetä. Käsitystyyppien kriittiset aspektit eli tekijät, jotka erottavat käsitystyytit toisistaan, ovat seuraavat:

1. *kuntoutuksen kokeminen fysioterapiana*
2. *kuntoutuksen kokeminen kunnan kohotuksena*
3. *kuntoutuksen kokeminen fyysisinä terapioina*
4. *kuntoutuksen kokeminen motorisena oppimisena.*

Näyte 1 kuvaa käsitystyyppiä, jonka kriittisenä aspektina eli erona muihin saman kategorian käsitystyyppeihin on kuntoutuksen ja fysioterapian vastaavuus. Kuntoutus koetaan siis samana kuin fysioterapia. Tässä käsitystyyppissä korostuu myös fyysisen toimintakyvyn edistyminen ulkopuolelta, kuntoutuspalvelujärjestelmästä tulevan tuen turvin tapahtuvana ilmiönä.

Näyte 1. Kuntoutus on fysioterapiaa.

*MK: Mitä sinä ymmärrät omalla kohdallasi kokonaisvaltaisella kuntoutuksella?*

*H16: Se on niin laaja käsite kokonaisvaltainen kuntoutus. Olen jotenkin tottunut, että kuntoutus tarkoittaa samaa kuin fysioterapia. Sitä ei ole hoksannut laajentaa sitä käsitettä sen enemmälti. Jotenkin sillä tavalla nyt ajattelen, että minä tarvitsen kuntoutusta tai fysioterapiaa, jotta pystyn säilyttämään sen toimintakyvyn mikä minulla on. Ja tavallaan niin kauan kun sitä ei multa oteta pois, niin minä olen ihan tyytyväinen. Tavallaan se on niin jännä, että se vaikuttaa niin moneen. Tai tavallaan nyt jos joku sanois mulle, että me ei sulle makseta mitään enää tammikuussa, niin jo yksistään että se fysioterapiassa käyminen puuttuu, se vaikuttaa että lihasjäykkyys lisääntyy. Tulee selkäkipuja ja tulee lisää jäykkyyksiä. Mutta sitten siinä tulee toinen puoli vielä, eli se että mihin kaikkeen se kaikki mitä äsken kerroin, mihin taas se vaikuttaa, että se fyysinen toimintakyky heikkenee. Se vaikuttaa kaikkeen.*

Tämän käsitystyyppin tulkinnassa on merkityksellistä se, että kuntoutuja on tottunut pitämään fysioterapiaa ensisijaisena toimenpiteenä kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa. Tällä tarkoitan fysioterapian korostunutta osuutta kuntoutuksessa, sen hallitsevuutta suhteessa muihin kuntoutustoimenpiteisiin. Fysioterapialla koetaan olevan sellainen rooli, että se on edellytys elämässä selviämiselle. Historiallisesti tarkasteltuna fysioterapeuttien tehtävänä on ollut liikunnallisella kuntoutuksella ”säilyttää kaikkien tärkeiden nivelten liikkuminen, lihasvoima ja hermotus sekä kohottaa potilaan yleiskuntoa, paranemishalua ja omatoimisuutta” (Noronen 2008, 54–55; Hautamäki & Seppälä 1998, 8; Tawast-Ranken 1966).

Näyte 2 kuvaa fyysisistä toimintakykyä fyysisinä harjoituksina, joiden tavoitteena on itsenäinen liikkuminen sekä kotona selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ja arkiaskareista. Käsitystyyppissä korostuu itsenäinen harjoittelu ja päämäärätietoinen toiminta, jossa toimijana on kuntoutuja itse. Käsitystyyppissä on nähtävissä lihasvoiman ja liikkumisen harjoittaminen sekä tavoitteiden asettaminen niitä koskevan tiedon pohjalta. Kriittisenä aspektina on kuntoutuksen kokeminen fyysisinä harjoituksina, joiden tavoitteena on fyysinen kunnan kohentuminen.

## Näyte 2. Kuntoutus on kunnan kohotusta.

*H6: Mulla ois tarkoitus päästä tästä nyt kun opin nuo portaat menemään, niin sitten pyytää kainalokeppiä, jonka kanssa pääsis joskus kotia, ettei tarvi niinku poika sanoi, että mää en pääse sen takia kun en pääse kiipeämään. Mä kiipeän ite sinne ja poika voi kantaa mun rullatuolin ylös ja alas. ... Mä koen että edistystä on tapahtunut, se on hyvä asia.*

*MK: Missä on tapahtunut edistystä?*

*H6: Määrätyissä, esimerkiksi pystyyn nousuissa kun sitä on treenattu. Sitä pitäisi tehdä kevyinä toistoina useasti eikä raskaalla muutaman kerran päivässä. Ne on joskus rankkoja tässä alkuvaiheessa nuo harjoitteet, että tuntuu että ei jaksa.*

*MK: Minkälaisia harjoitteita sun kanssa on tehty?*

*H6: Se on niinkö plinttiä vasten noustaan ylös ja laskeudutaan hitaasti istumaan. Sitten painon siirto, että päästäis sitä plintin reunaa myöten menemään edestakaisin ja kaikkea semmoista, että ne on ihan hyviä kyllä.*

*MK: Onko sulle selvillä oman kuntoutumisesi tavoitteet?*

*H6: No onhan se, mutta mulla on tavoite kepeillä täältä kävellä ulos eikä pyörätuolilla.*

*MK: Oletteko te siitä keskustellut miten se on mahdollista?*

*H6: No, joku piti sitä mahottomana. Esimerkiksi mä lääkärille ilmaisoin tämän, niin se sanoi että se on aika korkealla, niin mä sanoin että mä pistän rimaa korkealle ja sitten jos mä en saavuta, niin mää lasken välillä ja taas noston ja lasken ja noston jos on tarve. Että mulle kuitenkin se ylin tavoite on siellä ja se pysyy siellä, vaikka välillä lasken rimaa, kuitenkin saavutan sen päämäärän. Se on kovan työn takana mutta mä en pelkää sitä yhtään.*

Näytteessä 3 kuntoutus sisältyy koulupäivien arkeen. Erityiskoulussa tapahtuvaa kuntoutusta luonnehditaan fyysistä toimintakykyä edistävillä terapioilla, kuten fysio-, puhe- ja toimintaterapialla. Kuntoutujat kokevat, että erityiskoulun kuntoutus muodostuu terapioista ja kuntoutuksen viitekehys painottuu fysioterapiaan. Kriittisenä aspektina käsitystyypissä on kuntoutuksen kokeminen erilaisiin fyysisiin elementteihin painottuvina terapioina.

### Näyte 3. Kuntoutus on fyysisiä terapioita.

*H18: No, kokonaisvaltainen kuntoutus. Ehkä se parhaiten kiteytyy, kun minähän nyt vasta ihan viime vuosina olen siirtynyt tuonne sairaalan kuntoutustutkimusyksikköön, kun ikää on tullut enemmän. Mutta sitä ennen olen ollut siellä, jo mainitsin aikaisemmin sen ensimmäisen opinahjon, tuolla erityiskoulussa, niin siellähän oli vahvat tämmöiset niinku terapiasävytteiset puitteet, että koulun lomassa oli terapiaa. Mutta tavallaan itselle alkoi se homma avautua sitten vähän vanhempana vasta, että senhän tarkoituksena oli, että päätettiin niistä kokonaisvaltaisen kuntoutuksen puitteista. Ja siellä oli kuitenkin selkeesti se linja, että fysioterapia oli aina se pysyvä elementti, mutta sehän sitten saatettiin liittää tämmöisiin niinku projektiluonteisimpiin, jotka kestää aina sen pienen tovin. Ja tähän nyt liittyi se kasvolihasten stimulointi, kuten puheterapeutin harjoitukset. Sitten toimintaterapia oli jossakin vaiheessa. Se oli muistaakseni silloin kun minä olin, olisko ollut peruskoulun ala-asteen vuosien loppua.*

Fyysiseen toimintakykyyn liitetään kuntoutuksessa merkityksellisenä asiana käveleminen ja siihen liittyvä harjoitus. Näyte 4a kuvaa motoristen valmiuksien harjoittamista lapsuudessa. Tavoitteena on ollut kävelytaidon oppiminen. Näyte 4b kuvaa menetettyä kävelytaitoa: oikea kävelytaito puuttuu ja taito on harjoiteltava uudelleen. Näiden käsitystyyppien kriittisenä aspektina on kuntoutuksen kokeminen ensi sijassa motoristen taitojen oppimisena.

### Näyte 4a. Kuntoutus on motoristen taitojen opettelua.

*H19: No, se on lähtenyt siitä, että lapsena harjoiteltiin kävelemistä ja kun en pystynyt ensin kävelemään juuri ollenkaan, että se oli aina sitä konttaamista ja ryömimistä ja näin. Niin nytten pystyn kävelemään ihan hyvin ja olen kehittynyt siinä. Ja mitä tulee hahmottamishäiriöihin, niin niissäkin oon edennyt ja mennyt eteenpäin. Ja kaikkia vaiheitahan niihin kuuluu mitä oikeestikin pitäis lapsena harjoitella, niin niitä on harjoiteltu, mutta oikeestaan se on painottunut mun koko elämäni kävelemiseen ja sen vahvistamiseen.*

Näyte 4b. Kuntoutus on motoristen taitojen uudelleen opettelua.

*H13: Kävelyä harjoitettiin ulkona, ja sitten tultiin tänne sisälle, niin minä kävelin 4–5 metriä oikeaa kävelyä. Mutta ko ne loppu ne käynnit, niin se jäi se oikea kävely siihen. Ei voinut sitä jatkaa niin kuin ois pitänyt, että me ois ruvettu treenaamaan sitä oikeaa kävelyä. Oon minä oikeastaan kesälläkin kahteen otteeseen kävelly oikeaa kävelyä, mutta ne oli niin vaan lyhyitä pätkiä ettei päässyt oikein treenaamaan niinku kuulus päästä, että se rupeais voimaa tuleman siihen oikeaan puoleen. Semmoistahan se pitäis olla, mutta jos se yhden kerran niin ei sitä tohi lähteä kävelemään ilman avustajaa.*

#### 4.1.2 Kategoria A2: Fyysinen ja psykososiaalinen toimintakyky

Kategorian A2 käsityksissä kuntoutus nähdään fyysisenä ja psykososiaalisena toimintakykynä. Aineistossani esiintyvien käsitystyyppien variaatioita kuvaan seuraavien kriittisten aspektien perusteella:

1. *Kuntoutuminen on fyysistä ja psyykkistä toimintakyvyn edistymistä.*
2. *Kuntoutus on fyysistä ja psyykkistä asiantuntijuutta.*
3. *Kuntoutuminen on biopsykososiaalista toimintakykyä.*
4. *Kuntoutus on itsensä ja vammansa tuntemaan oppimista.*

Näytteessä 1 kuntoutuja näkee kuntoutuksen sekä fyysisenä että henkisenä tapahtumana. Tässä käsitystyyppissä korostuu fysioterapeutin tuki, joka auttaa selviytymään elämän siirtymävaiheen yli kohti itsenäistä elämänhallintaa. Käsitystyyppin konteksti, jonka suhteen kokonaisvaltaista kuntoutusta tulkitaan, liittyy kuntoutujan autonomian kehittymiseen ja saavuttamiseen aikuistumisen kynnyksellä. Kriittisenä aspektina tässä käsitystyyppissä korostuu kuntoutuksen kokeminen sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä edistävänä tapahtumana. Kuntoutus sisältää siis psykososiaalisen tuen, joka yhdistyy fyysisen toimintakyvyn edistämiseen.

Näyte 1. Kuntoutuminen on fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä.

*H15: No, minulle kokonaisvaltainen kuntoutus tuo mieleen semmoisen fyysisen ja henkisenki kuntoutuksen.*

*MK: No onko sun kuntoutus ollu kokonaisvaltaista.*

*H15: Kyllä on ollu.*

*MK: Kuvailepa ihan esimerkkien avulla, miten se on näkynyt sinun elämässä, että kuntoutuksesi on ollut kokonaisvaltaista. Mitä se tarkoittaa?*

*H15: No esimerkiksi silloin nuorempana, milloin muutin pois kotipaikkakunnalta ja olin vähän epävarma ja arka, niin mulla oli fysioterapeutti semmonen, että hänen kanssaan opeteltiin maksamaan laskut ja käytiin kaupassa ja silleen ja haettiin semmoset helpot kuluyhteydet. Ja silleen, se oli semmosta apua. Fysioterapeutti on ollu minulle semmonen henkireikä silloin. Se oli hirveän vaikea vanhempien luota muuttaa pois. Minäkin olin 16-vuotias silloin. Muutin yksin asumaan semmoiseen soluasuntoon, mutta olihan sekin semmonen haaste.*

Tutkimukseni kuntoutujat kokevat asiantuntijan tuen merkitykselliseksi kuntoutumisessa ja erottavat eri asiantuntijuuksiin liittyvät osaamisalueet. He siis kokevat psyykkiseen toimintakykyyn liittyvän asiantuntijuuden kuuluvan psykologille ja fyysisen fysio- sekä toimintaterapeutille. Näytteen 2 käsitystyyppistä käy ilmi psyykkisen toimintakyvyn edistämisen yhteydessä viittaus ”vikaan päässä”, jolla voidaan olettaa tarkoitettavan psyykkistä sairautta tai mielenterveyteen liittyviä kysymyksiä. Kriittisenä aspektina korostuu kuntoutuksen kokeminen fyysisenä ja psyykkisenä asiantuntijuutena.

Näyte 2. Kuntoutus on fyysistä ja psyykkistä asiantuntijuutta.

*H21: No, ainakin nämä fysioterapia ja mitkä ovat vuosittaisia ja joka viikkoisia, niin pyritään siihen fyysisyyteen. Mutta sitten mulla on ollut kerran vuodessa laituskuntoutusjakso, niin siellä on sitten ollut myöskin henkinen puoli, joka mun mielestä on aika tärkeitä. Niin se on ollut myöskin mukana siinä fysioterapian sivussa. Nykyään ei aina pyritä fyysisyyteen vaikuttamaan, kun se on jokapäiväisessä mukana. Ja sitten koitetaan mulla myöskin hoitaa tätä henkistä puolta kuntoutusmielessä, joka on musta tosi hyvä juttu. Ehkä itsekin olen herännyt siihen vasta viime vuosina, siihen että siinä osa onkin sitä henkistä puolta.*

*MK: Ajatteletko siinä fysioterapiassa?*

*H21: Kyllä myöskin siinä ja myöskin psykologin keskusteluja on ollut.*

*MK: Sulla nimenomaan on psykologin keskusteluja lisänä?*

*H21: Kyllä, joo. Vaikka tuntuis, että ei mun päässä oo mitään vikaa, mutta kyllä se auttaa hahmottamaan tätä elämäntilannetta paremmin, kun se on muu kuin se fysioterapeutti.*

*MK: Kun kysyin fysioterapian yhteyttä henkiseen puoleen, onko sitä mielestäsi siinä?*

*H21: Ei siinä ole oikeestaan muuta, kuin että asioista kyllä keskustellaan laidasta laitaan, mutta en ajattele sitä silleen. Että kylä se painottuu siihen fyysiseen hyvinvointiin pääsääntöisesti. ... Toimintaterapiassa muun muassa kengännauhojen sitomista on ollut aika paljon. Se on jäänyt mieleen, kun oli tämän motoriikan kanssa sen verran ongelmia, että pidin tarralennkkareita. Mutta kun tarralennkkareita ei saa kunnolla kiinni, niin sitten piti jotain keksiä, niin toimintaterapeutin kautta hommattiin se kengännauhojen sidonta vähän myöhemmin kuin muilla. Sain sen onnistumaan kuitenkin, että pärjään siinä.*

Näyte 3 kuvaa käsitystyyppejä, jossa kuntoutumiseen liitetään arkielämässä selviytyminen, elämän mielekkyyden kokeminen sekä psyykkiset ja fyysiset voimavarat. Kriittisenä aspektina voidaan tunnistaa kuntoutuksen kokeminen biopsykososiaalisena tapahtumana, jonka tulokset ilmevät kokonaisvaltaisena selviytymisenä arkielämässä.

Näyte 3. Kuntoutuminen on biopsykososiaalista toimintakykyä.

*H1: Mää ymmärrän omalla kohdallani kokonaisvaltaisella kuntoutumisella, että minä oon oppinut käveleen jollakin tavalla ja käsi on tuossa. Ja semmoinen tärkeä asia, että se mielenlaatu, mikä tulee kun jollakin tavalla pystyy näin normaalissa elämässä olemaan matkassa. Eli se psyykinen tilanne muuttuu paremmaksi, ja niin ei oo äkänen ja katkera joka asiasta, ja kotiasiat pelaa ja kaikki asiat työkaverien kanssa. Ja sitten että myös pystyy esittämään ne omat asiat ja olemaan änkyrkin oman mielipitteen kannalta jos se tilanne sitä vaatii. Eli se mahdollisimman lähelle sitä, mitä oli ennen tätä tapahtumaa, että siihen niinko pyritään semmoisena kokonaisval-*



*taisena asiana. Joitakin asioita on saavutettu ja joittenki osalta on menty ylittekki, esimerkiksi niinko fyysinen kunto on parempi kuin se on ollut koskaan aiemmin. Vaikea käsite tuo kokonaisvaltainen. Fysioterapiassa ensiksikin ne on alussa ollut, että mut saatiin sieltä pyörätuolista nousemaan ja harjoiteltiin se kävely ja kävelytekniikka ja käden toiminnot siihen matkaan. Ja siitä se on sitten kasvanut se toiminnan varmuus, että on pystynyt omaehtoisesti lähtemään myös näihin liikkeisiin matkaan. Ja vaativuus, että on ruvettu ajamaan kaksirenkaisella pyörällä ja muuta. Että saahaan semmoinen, että itekin rupeaa uskomaan, että kyllä minä pystyn tähän hommaan.*

King, Hicks, Krull ja Del Gaiso (2006, 176–196) ovat tutkineet positii-visen mielialan ja elämän merkityksellisyuden yhteyksiä. Heidän mukaansa yksi elämän merkityksen tunnuspiirre on se, kun elämällä koetaan olevan merkitystä senhetkisen tilanteen tai päämäärän jälkeenkin. Näytteen 3 käsitystyyppissä keskeinen tekijä on usko omiin mahdollisuuksiin, eli toiminnan varmuus, joka merkitsee samalla elämän kokemista arvokkaana ja merkityksellisenä.

Näytteessä 4 koetaan ulkopuolisen ohjauksen tarve tärkeäksi kuntoutujan minäkuvan muodostumisessa ja vammaisuuteen sopeutumisessa. Kriittinen aspekti, jolla käsitystyyppi eroaa edellisistä, on itsensä ja vammansa tuntemaan oppiminen. Näytteessä voidaan havaita fyysisen ja psykososiaalisen kokonaisuuden merkitys kuntoutuksessa ja kuntoutumisen edellytyksenä.

Näyte 4. Kuntoutus on itsensä ja vammansa tuntemaan oppimista.

*H17: Yleensäkin vammaisella ihmisellä kaikista tärkein, mihin sitä pitäis ohjata, on se oman vamman kanssa toimeen tuleminen ja siihen liittyvien kysymysten ratkominen. Ja sitten vasta niinku cp-vammaisella mä pitäisin kyllä fysioterapiaa yhtä tärkeänä.*

#### 4.1.3 Katgoria A3: Sosiaalinen toimintakyky

Kategorian A3 käsityksissä kuntoutus nähdään sosiaalisena toimintakykynä. Aineistossani esiintyvien käsitystyyppien variaatioita kuvaan seuraavien kriittisten aspektien perusteella:

1. *Kuntoutus on normaalielämään osallistumista.*
2. *Kuntoutuminen on asiantuntijan tukea arjessa selviytymiseen.*
3. *Kuntoutumiseen kuuluu kaveripiiri.*
4. *Kuntoutukseen kuuluu läheisten tuki.*
5. *Kuntoutus on vertaisryhmän tukea.*

Näyte 1 kuvaa käsitystä, jossa kuntoutujan asenne kuntoutumiseen on vahva ja sitoutunut. Kuntoutukseen liittyvää sosiaalista ympäristöä ja ammattihenkilön tukea kuvataan kuntoutumisen näkökulmasta motivoivana mutta vertaistuen näkökulmasta kuntoutumista estävänä tekijänä. Tämän käsitystyyppin kriittisenä aspektina korostuu kuntoutujan halu selviytyä ja päästä pois yksinolosta takaisin normaaliin elämään.

Näyte 1. Kuntoutus on normaalielämään osallistumista.

*H4: Ensin olin keskussairaalassa ja sieltä siirrettiin kuntoutussairaalaan. Se oli todella ankea paikka. Mä olin silloin, mitähän minä olin, 45-vuotias, niin siellä seuraavaksi nuorin oli lähellä 70 vuotta. Että sitä oli aika yksinäinen, että sieltä kyllä rupes haluamaan pois ja liikkeelle. Toisaalta se oli hyvä, vaikka olikin ankea paikka, niin se pani kuntoutumaan.*

*MK: Mikä siellä pani kuntoutumaan?*

*H4: No, siellä oli aika yksinään. Ei ollut semmoista vertaista siellä. Tietenkin omaiset kävivät kattomassa ja sillai, mutta kun ei ketään samanikäistä ollut läheskään muuta kuin sitä henkilökuntaa.*

*MK: Mutta se pani kuntoutumaan, mutta ei masentanut?*

*H4: Ei. Se pani, että täältäähän on päästävä hiiteen. Se oli toisaalta motivoiva tekijä, että et sinä ukko tänne jää. Että kyllä täältä on lähettävä ja yritettävä, että pääsee liikkeelle ja pois sieltä. Siitä se oli kyllä hyvä se, että sillä fysioterapeutilla oli aikaa ja mielenkiintoa, että se jaksoi toistaa ja toistaa niitä samoja asioita niin kauan että ne meni perille. Oli ammattilainen. Se oli melkoinen psykologikin se fysioterapeutti.*

Piercen, Sarasonin ja Sarasonin (1996, 435–444) mukaan ihmisen käyttämiin selviytymistapoihin vaikuttavat sosiaalisen tuen vastaanottaminen ja saatavuus. Tieto tuen saatavuudesta vahvistaa selviytymistaitoja kuor-

mittavissakin tilanteissa. Sosiaalinen tuki voi olla luonteeltaan arvostamista, välittämistä, kuuntelemista ja luottamista mutta myös rohkaisemista, neuvomista ja tiedon jakamista.

Näyte 2 kuvaa sitä, kuinka ammattihenkilöiden ohjaus ja neuvonta ovat ensisijaisesti tukeneet ja edistäneet toimintakykyä. Toimintakyky näkyy sosiaalisten suhteiden vahvuutena, esimerkiksi sosiaalisina sidoksina ystäviin, arkielämän toimintoihin ja lähiomaisiin. Käsitystyypissä on merkityksellistä vuorovaikutus, johon liittyy tuen vastaanottamista sekä osallistumista. Käsitystyypistä käy ilmi, että saatu tuki on edistänyt arkielämää ja vammautumiseen sopeutumista sekä suojoannut stressiltä, johon kuntoutujan kuvaus vaikeasta ajasta viittaa.

Näyte 2. Kuntoutuminen on asiantuntijan tukea arjessa selviytymiseen.

*H4: On sillä tavalla, että kun on saanut toimintaterapiaa ja fysioterapiaa, niin pystyy paljon enempi osallistumaan tavalliseen arkielämään ja kaikkeen muuhunkin. Ja ihmistenkin kanssa pystyy enempi ja ystävienkin kanssa pystyy olemaan enempi kuin mitä silloin alkuaikoina, kun ei ollut vielä näitä, niin se oli aika vaikeaa. Mutta kyllä se on pikkuhiljaa tullut sieltä. Nyt ei oo enää mittään vaikeuksia semmoisissa asioissa. Ne on ollut kyllä hyviä. Että ne on semmosta arkielämää jeesannu huomattavasti. Pihatöitä tehhään, mulla on semmoinen sukulainen joka auttaa. Kaupunki pukkaa traktorilla lumityöt ja vaimon kanssa tehhään ja minä laitan päivittäin ruuat, käyn kauppoissa ja teen kaikkia tämmöisiä töitä. Se on pikkuhiljaa urautunut, että siinä on tietyt päivärutiinit, millä sitä pyöritetään sitä systeemiä eteenpäin. Kaikki tapahtuu, aikaa se kyllä vie, mutta kaikki tapahtuu. Ruuanlaittokin, kun mulla on semmoisia vehkeitä joilla mää pärjään. Oon saanu kaupungilta semmoiset vehkeet ruuanlaittoon, että niillä on hyvä laittaa ruokaa.*

Näytteessä voidaan tunnistaa piirteitä emotionaalisen ja instrumentaalisen tuen merkityksestä kuntoutumisessa ja vaikeista elämäntilanteista selviämisessä. Tuki näkyy toisen ihmisen ilmaisemana välittämisenä, kannustamisena ja arvostamisena sekä konkreettisen auttamisen muotoina, kuten kotiympäristöön liittyvinä toimintoina. (Thoits 1985, 51–72; House & Kahn 1985, 83–108.)

Näytteessä 3 on kontekstina vammaisen nuoren arkielämä, jota kuvataan sosiaalisten suhteiden muodostumisen kautta. Tässä käsitystyyppissä on merkityksellistä nuoren arkielämän jäsentyminen. Tilanteiden ennakoinnilla ja varmistamisella on keskeinen rooli selviytymisessä ja tasa-painon löytymisessä sekä sosiaalisten valmiuksien kehittämisessä.

Näyte 3. Kuntoutumiseen kuuluu kaveripiiri.

*H18: Vaikka senhän vois ajatella, että nuorella pojalla, jolla olis kii-re aina johonkin mennä, mutta tämän sanon havainnollistavaksi esimerkiksi. Meillä oli naapuristossa muita nuoria alle kouluikäisiä ja koulussakin olevia poikia, niin en minä juussut tuolla konkkasissa ja kuuruupiiloo ja näitä perinteisiä leikkejä. Mulla oli yksinkertaisesti sitten vähän niin kuin se kaveripiiri mua itseäni jonkin verran van-hempaa. Koska mä olin jo hyvin varhaisvaiheessa havainnollistanut sen, että mää tarvin semmoisia kavereita, jotka pystyvät katsomaan vähän omaa nenävarttaan pitemmälle sillä tavalla, että mun itseni perään. ... Se varmasti on niin kuin tuossa alussa sanoin, että aina on kokenu, että näitten fyysisten ja näkemiseen liittyvien ongelmien takia sitten se ystäväpiiri on ollut muutaman vuoden sitä omaa vallitsevaa ikätilannetta vanhempaa. Ja tuota, sen takia en ollut sitten kovinkaan yleinen vieras tuolla ala-asteella, siis integroiduttuani. Siellähän pojat pelasivat jalkapalloa ja vuorenvallotusta, ja olinko valvovalle opetta-jalle häiriöksi ja vanhemmille oppilaille, kun tuli tämmöinen puhelias henkilö heitä kuuntelemaan ja sanoi jonkun kommentin aina väliin. Mutta sitten myöhempinä vuosina olen oivaltanut seuraelämässä, että vaikka minulla onkin fyysisiä rajoitteita, niin harrastan myös ryhmäs-sä. Ja sanotaan näin, että peruskoulun ajalla varsinainen liikunnan harrastaminen ei ollut minulle niinkään semmoista sosiaalista toimin-taa, kävin nyt siellä kuntosalilla itsekseni.*

Tulkitsen edellä olevaa käsitystyyppiä kuntoutujan näkökulmasta siten, että osallistuminen saattaa edellyttää tilanteiden ennakointia ja aiheuttaa syrjäytymistä ikätovereista ja jopa yksinäisyyttä. Ahposen (2008, 77) mukaan vammaisen henkilö hyväksytään luokkakaveriksi, mutta ei tyttö-tai poikakaveriksi. Käsitystyyppissä korostuuakin vammaisen nuoren halu kuulua lähiyhteisöön ja osallistua sen toimintoihin.

Näyte 4 kuvaa käsitystä, jossa läheisten arvostus ja välittäminen ei kaikilta osin tyydytä kuntoutujaa. Sosiaalinen tuki omaisilta ja läheisiltä koetaan tärkeäksi, ja sen määrää vertaillaan suhteessa tuen antajiin. Tämän käsitystyyppin merkitys liittyy välittämiseen ja sen sisältämään arvostuksen tuntemiseen.

Näyte 4. Kuntoutukseen kuuluu läheisten tuki.

*MK: Jos ajattelet tätä omaa kuntoutumistasi, niin ketkä sun elämässä on kuntoutumisesi näkökulmasta semmoisia tärkeitä ihmisiä?*

*H6: Mulla on tärkeitä henkilöitä, ei oikein paljon, mutta kuitenkin on. Ja sairauden myötä mä olen huomannu, t kuka on tärkein ja kuka ei ole tärkeä. Eliikkä mä olen ajatellutkin lemput antaa niille, jotka ei oo tärkeitä, että mä en välttämättä koe tarpeelliseksi pitää yhteyttä heidän kanssa enää. Eliikkä mulla on melkein kaikkein mukavimpia, jos lähetään ensiksi, niin entinen anoppi. Se käy mua kattomassa ja nyt tänäänkin tulee tänne. Sitten mun vanhin poika käy päivittäin ja nuorimmainen käy myös. He käyvät vuoron perään, ja sitten molemmat tyttäret on vähän niin kuin unohtaneet mut tänne. Sitten ex-vaimo käy kattomassa aina ja huolehtii mun asioista aika pitkälle. Sitten muutamia vanhoja tuttuja, jotka joskus käyvät. Mutta mä oikein hämmästyin, että ne on sentään vanhoja tuttuja, että ne käy mua moikkaamassa, vakkei nyt kerran viikossa mutta kuitenkin silloin tällöin muistavat. Mutta mä omista lapsista ihmettelen. Silloin alkusairaudesta kävi mun toiseksi vanhin poika heti kahen viikon päästä, se on kaukana täältä. Että en mä sitä vaadikaan että pitäis käydä täällä jatkuvasti, kun se on niin kallis kyyti. Mutta sitten mun vanhin tyttö ei oo mua edes monesti käynyt kattomassa. Että toiseksi vanhin lapsi ja kolmanneksi vanhin lapsi ei paljoa oo käynyt kattomassakaan. Ja nuorimmainen tytär ei ehi, ja nyt se opiskelee niin se ei varmaan töitten takia ehi, enkä minä sitä vaadikaan. Mutta vanhin poika, vaikka on töissä ja menee illaksi töihin, niin se käy ennen töihin menoa täällä mua kattomassa, että kaikki on hyvin ja huolehtimassa. Sitten menee töihin täältä vielä.*

Näyte 5 kuvaa käsitystyyppiä, jossa kuntoutuja kokee vertaistuen sosiaalisen toimintakyvyn edistymisessä merkitykselliseksi. Kontekstina on

kuntoutujan arki, johon sisältyy kokemuksia vertaistuesta ja siihen liittyvästä turvallisuuden tunteesta ja ryhmään kuulumisesta.

Näyte 5. Kuntoutus on vertaisryhmän tukea.

*H11: Kyllä määhän katson, että kun tulee tämmöiselle kahden viikon kuntoutusjaksolle. Kun mäkin oon jo varmaan kymmenettä kertaa peräkkäin täällä, elikkä mä tunnen noi kuntoutujat, niin kyllä osa toipumista on se tuttu porukka, jonka kanssa kahvilla käydään ja nyt taas mennään porukalla konserttiin. Kyllä se on aika iso osa sitä kuntoutumista ihan fysioterapian lisäksi.*

Metterin ja Haukka-Waclinin (2004, 60) mukaan ryhmään kuulumisen kautta vertaistuki tulee mahdolliseksi. Vertaistuki on ihmisen elämänhallinnan kannalta merkityksellinen me-henkisyyden ja yhteisen kokemusmaailman kontekstissa. Vertaisuus muodostuu aina siitä olemuksesta, jonka suhteen ollaan vertaisia. Hokkasen (2003, 267) mukaan vertaistuellalla on erittäin suuri voima ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, minäkä vuoksi siihen tulisikin suhtautua vastuullisesti ja arvostaen.

Kuvio 10 kuvaa kategoriaan A kuuluvien käsitystyyppien jäsentymistä. Käsitystyyppien kriittiset aspektit muodostavat käsityksen kuntoutujien erilaisista tavoista kokea kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen toimintakyvyn edistymisenä.

**KATEGORIA A: KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMINEN TOIMINTAKYVYN EDISTYMISENÄ**

	<b>KATEGORIA A1</b>
<b>Näyte</b>	<b>Fyysinen toimintakyky</b>
1	Kuntoutus on fysioterapiaa.
2	Kuntoutus on kunnan kohotusta.
3	Kuntoutus on fyysisiä terapeutoita.
4a	Kuntoutus on motoristen taitojen opettelua.
4b	Kuntoutus on motoristen taitojen uudelleen opettelua.
	<b>KATEGORIA A2</b>
	<b>Fyysinen ja psykososiaalinen toimintakyky</b>
1	Kuntoutuminen on fyysistä ja psyykkistä toimintakyvyn edistymistä.
2	Kuntoutus on fyysistä ja psyykkistä asiantuntijuutta.
3	Kuntoutuminen on biopsykososiaalista toimintakykyä.
4	Kuntoutus on itsensä ja vammansa tuntemaan oppimista.
	<b>KATEGORIA A3</b>
	<b>Sosiaalinen toimintakyky</b>
1	Kuntoutus on normaalielämään osallistumista.
2	Kuntoutuminen on asiantuntijan tukea arjessa selviytymiseen.
3	Kuntoutumiseen kuuluu kaveripiiri.
4	Kuntoutukseen kuuluu läheisten tuki.
5	Kuntoutus on vertaisryhmän tukea.

Kuvio 10. Kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen toimintakyvyn edistymisenä.

Toimintakyvyn käsite eri tieteiden näkökulmasta vaihtelee sen mukaisesti, mikä määrittää kullekin tieteelle tyypillistä tutkimusilmiötä. Lääketiede, terveystieteet ja liikuntatieteet ovat kiinnostuneita enemmän biologisista tekijöistä ihmisen toimintakyvyssä. Psykologia ja kasvatustiede puolestaan ovat kiinnostuneita kognitiivisista ja psykososiaalisista tekijöistä. Sosiaalitieteissä toimintakykyä lähetetään ihmisen toimijuuden (agency) kautta. Käsite toimijuus tarkoittaa sitä, että ihmiset rakentavat

omaa elämänkulkuaan ja elämänsä tulevaisuutta voimavarojensa, sosiaalili-kulttuuristen olosuhteiden sekä ympäristön rakenteiden ja rajoitusten puitteissa. Eri tieteiden orientaatioiden voidaankin nähdä olevan yksi syy vallalla oleviin ilmaisuihin, joissa lähestytään toimintakykyä ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien ulottuvuuksien kautta. (Hautamäki & Seppälä 1998, 33–38; Jyrkämä 2007, 203–204; Nevala-Puranen 2001, 46–48; Talvitie & Mansikkamäki 2006, 38–43; Järvikoski & Härkäpää 2004, 95.)

Kategoriassa A1 kuvataan kuntoutujien erilaisia tapoja kokea fyysinen toimintakyky suhteessa kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja kuntoutumiseen. Fysioterapian ja kuntoutuksen rinnastettavuutta toisiinsa voidaan tarkastella toisaalta fysioterapian historian, toisaalta kuntoutuksen historian näkökulmasta. Niin kuntoutus kuin fysioterapiakin kehittyivät voimakkaasti maailmansodan jälkeisten tilanteiden seurauksena, jolloin kuntoutuksen tarve kohdistui sodassa tai muuten äkillisesti vammautuneisiin ihmisiin. Pääpaino oli fyysisen sairauden tai vamman aiheuttamisessa vioissa tai haitoissa, kuten liikuntaan ja aistitoimintoihin liittyvissä toimintarajoitteissa. Vallalla oli biolääketieteellinen käsitys ihmisestä, jonka mukaan ihmisen henkinen ja ruumiillinen eli keho ja psyyke erotettiin toisistaan. (Järvikoski 1984, 9–16; Talvitie & Mansikkamäki 2006, 15; Gzil & Lefevre & Camelli & Pachoud & Ravaud & Leplege 2007, 1617–1618.)

Fysioterapeuttikoulutus aloitettiin huonokuntoisten ihmisten liikuntakyvyn ja sodassa vammautuneiden liikuntarajoitteiden kuntouttamiseksi. Fysioterapeuttien tehtävänä oli liikunnallisen kuntoutuksen avulla pyrkiä säilyttämään tärkeiden nivelten liikkuvuus, lihasvoima ja hermotus sekä tukea kuntoutujien yleiskunnon kohoamista, paranemishalua ja omatoimisuuden ylläpitämistä (Hautamäki & Seppälä 1998, 8). Biolääketieteellisen viitekehyksen mukaan on olemassa normaalia kävelyä, normaaleja liikemalleja ja normaalia liikkuvuutta. Silloin kun toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, niitä verrataan normaaliin toimintaan ja lähtökohtana on se, että fyysinen ongelma täytyy korjata. (Talvitie & Mansikkamäki 2006, 15–16.) Vastaava lähtökohta käy ilmi tarkasteltaessa kuntoutuksen historiallista kehitystä (ks. luku 2.1). Kuntoutusta kuvataan nykyään yksilön voimavaroja, toimintakykyisyyttä ja hallinnan tunnetta lisäävänä kokonaisuutena, jossa kuntoutuja ymmärretään tavoitteellisena ja omia



elämänprojektejaan toteuttavana aktiivisena toimijana (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3; Järvikoski & Härkäpää 1995b, 21).

Toimintakyvyn ylläpitäminen sisältää tutkimusaineistossani elementtejä, jotka liittyvät biolääketieteellisen ihmiskäsityksen viitekehykseen, ja fysioterapian osuus tulee esille läpi kaikkien alakategorioiden. Tämä näkyy myös Kelan kuntoutustilastossa (2007), jossa vertailukohtana on käytetty vuoden 2007 aikana vaikeavammaisille myönnettyjä kuntoutustoimenpiteitä. Tilastosta voidaan todeta, että fysioterapia on hallitseva terapiamuoto puhe- ja toimintaterapian ohella. Kuntoutustilaston mukaan vaikeavammaisten kuntoutuspalveluja sai vuoden 2007 aikana 21 077 henkilöä, joista 14 514 sai fysioterapiaa, 4 766 puheterapiaa ja 4 488 toimintaterapiaa.

Newellin (ks. Schumway-Cook & Woollacott 2001) tutkivan oppimisen teorian mukaan taidon oppiminen syntyy dynaamisen tutkivan toiminnan seurauksena vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Oppimisen lähtökohtana on havaintotoimintojen antama informaatio, joka heijastuu palautteena ja auttaa ihmistä ymmärtämään opitun tehtävän tavoitteet ja suorituksen edellyttämät liikkeet (Larin 2006, 134; Talvitie ym. 2006, 71–73, 86–87; Talvitie 2002, 11–13; Virsu 2002, 7; Sandström 1995, 10–15).

Fyysisen toimintakyvyn kriittisenä aspektina aineistossani korostuu motorinen oppiminen. Sillä tarkoitetaan sellaisen motorisen taidon tai suorituksen hallitsemista, jonka ratkaisemiseen tarvitaan kuntoutujan, opittavan tehtävän ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Oppimisella tarkoitetaan harjoittelun seurauksena syntynyttä pysyvää muutosta kuntoutujan käyttäytymisessä. Motorista oppimista kuvataan ja selitetään eri teorioissa sen perusteella, onko kyseessä uuden taidon oppiminen vai aiemman motorisen taidon edistäminen. Tällainen teoria on esimerkiksi Adamsin (1971) suljetun systeemin teoria (closed-loop theory of motor learning). Sen mukaan monimutkaiset liikkeet voidaan suorittaa oikein ilman ulkopuolista palautetta, koska palautteen antajana on sensorinen järjestelmä (sensory feedback), joka toimii aikaisempien harjoittelukokemuksien havaintojälkien ohjaamana. Schmidtin (1975) skeemateoria puolestaan perustuu liikemallin muistiin varastoitumiseen ja muistijälkien ja keskushermoston väliseen yhteistyöhön uusien liikemallien muuttamisessa.

Fitts ja Posner (1967) jakavat motorisen oppimisen kolmeen vaiheeseen. Kognitiivisessa vaiheessa pyritään ymmärtämään opittava tehtävä. Assosiativisessa vaiheessa tehtävän suoritus hahmottuu, ja sen hallinta edellyttää harjoittelua. Autonomisessa vaiheessa tehtävä hallitaan jo täydellisesti. He toteavat, että motorisen oppimisen lähtökohtana on aktiivinen harjoittelu, muistin riittävä toimintakyky, oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen palaute sekä kuntoutujan motivaatio. Fyysisen toimintakykyyn liittyvissä käsityksissä aineistossani korostuvat kuntoutujien aktiivinen harjoittelu sekä kunnan kohottaminen, jotka liittyvät myös motoriseen oppimiseen.

Kategorian A2 käsitystyyppit kuvaavat kuntoutujien erilaisia tapoja ymmärtää kuntoutuminen fyysisessä ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuvina muutoksina. Kuntoutumisen kokeminen fyysisenä ja psykososiaalisena tapahtumana sisältää fysioterapeutin tuen, jota voidaan tarkastella teoreettisesti kumppanuuden näkökulmasta. Kumppanuus kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välillä kuvaa kuntoutuksen arvolähtökohtana vapautta ja liittyy tavoitteeseen kunnioittaa kuntoutujan autonomiaa, itsemääräämisoikeutta, valinnan mahdollisuuksien olemassaoloa, subjektiutta ja elämänhallintaa. Kumppanuus voidaan nähdä aitona kuntoutujalähtöisenä toimintana, jossa keskeistä on kuntoutujan äänen kuuleminen. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 30; Gzil ym. 2007, 1622–1623) Gzil ym. (2007) argumentoivat kuntoutujalähtöisen toiminnan merkitystä kuntoutuksessa ja toteavat, että kuntoutuksen monialaisuus ja -tietisyys omine lähtökohtineen vaikeuttavat kuntoutuksen yhteisten toimintamallien kehittymistä. Heidän tutkimuksessaan todetaan, että kuntoutuksessa on edelleen vahvana viitekehystenä biolääketieteellinen tausta, jossa korostuu potilaan asema ja hoitoon liittyvät mallit. Suomalaisessa lainsäädännössä potilaiden ja asiakkaiden oikeudet ovat olleet keskeisiä painopistealueita myös kuntoutuksen näkökulmasta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011).

Käsitystyyppissä, jossa kuntoutus koetaan sekä fyysisenä että psykososiaalisena asiantuntijuutena, korostuu psykologin asiantuntijuus psyykkisten asioiden käsittelyssä. Fysioterapian todetaan olevan pysyväluonteinen kuntoutusmuoto, johon sisältyy keskustelua, kuuntelua ja kumppanuutta, mutta se ei korvaa psykologin osaamista psyykkisen tuen

antajana. Psykologi on ihmisen käyttäytymisen sekä ajattelun ja tunne-elämän asiantuntija. Psykologin keskeisiä työmenetelmiä ovat keskustelu, ohjaus, neuvonta, tukeminen ja auttaminen elämän erilaisissa kriisi- ja ongelmatilanteissa. Tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään jokapäiväisessä elämässä, kuten työelämään palaamisessa tai itsenäiseen elämään tukemisessa erilaisissa siirtymävaiheissa. Aineistoni kuntoutujat kokevat arkielämässä selviytymisen ja itsensä tuntemaan oppimisen, eli elämäntilanteisiin sopeutumisen, kokonaisvaltaista kuntoutusta kuvaaviksi tekijöiksi. Niiden merkitys yhdistetään positiiviseen mielialaan elämäntilanteissa.

Kategorian A3 käsitystyytit liittyvät sosiaalisen toimintakyvyn edistymiseen. Niillä kuvataan kuntoutujien tapoja kokea sosiaalinen toimintakyky suhteessa kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja kuntoutumiseen. Kriittisinä aspekteina ovat a) kuntoutuksen kokeminen kuntoutujan asenteena kuntoutumiseen, b) kuntoutuksen kokeminen emotionaalisenä tukena, c) kuntoutuksen kokeminen asiantuntijan tukena, d) kuntoutuksen kokeminen kaveripiirinä ja e) kuntoutuksen kokeminen vertaisryhmän tukena.

Sosiaalisen toimintakyvyn määrittelyssä korostuvat ihmisten sosiaaliset kontaktit, ajankäyttö, harrastukset, psykofyysinen toimintakyky, yksilön ja ympäristön väliset sosiaaliset suhteet ja psykososiaalinen hyvinvointi. Lisäksi siinä korostuvat suhteet toisiin ihmisiin perheessä, työssä ja muissa yhteisöissä sekä koko yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky on rinnakkaiskäsite fyysiselle ja psyykkiselle toimintakyvylle. Järvikoski (1994a, 201) korostaa, että sosiaalinen toimintakyky on osallistumista, ja ihmisen fyysiset sekä psyykkiset kyvyt ovat puolestaan osallistumisen edellytyksiä. Hänen mukaansa edellä kuvatut sosiaalista toimintakykyä selittävät tavoitteet voidaan nähdä koko kuntoutusta koskeviksi tavoitteiksi.

Tutkimusaineistossani käsitykset kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sosiaalisena toimintakykynä vaihtelevat sosiaalisen tuen eri ulottuvuuksilla. Käsitystyypeissä tulevat esille sosiaalisen tuen eri piirteet ja muodot, kuten konkreettinen, henkinen, tiedollinen ja arviointituki. Tietotuen toimijoina ovat yleensä fysio- ja toimintaterapeutit, joiden merkitystä korostetaan myös henkisen ja arviointituenantajina. Sosiaalista toimintakykyä kuvataan myös osallistumisen mahdollisuuksina, jonka onnistunut sosiaalinen tuki tekee mahdolliseksi. Sosiaalinen

toimintakyky liittyy sosiaalisiin taitoihin ja valmiuksiin selviytyä erilaisista vuorovaikutustilanteista. Ihmisen on tärkeää osata lukea sosiaalisia tilanteita ja mukautua niihin, jotta hän pysyy sopusoinnussa itsensä ja ympäristönsä kanssa.

Sosiaaliset valmiudet vaikuttavat ihmisen selviytymiseen ja uusien, vaikeidenkin tilanteiden voittamiseen. (Lahikainen & Pirttilä-Backman 2007, 78–81.) Sosiaalinen tuki nähdään tärkeänä sosiaalista toimintakykyä edistävänä tekijänä (ks. Metteri & Haukka-Waclin 2004, 55). Tämä tulee korostetusti esille myös tutkimukseni kuntoutujien taivoissa kokea sosiaalinen toimintakyky osana kokonaisvaltaista kuntoutusta ja kuntoutumista. Sosiaalisessa tuessa on kyse ihmisen identiteetin muodostumiseen, kriisitilanteista selviytymiseen sekä muutokseen mukautumiseen liittyvien ilmiöiden tunnistamisesta kuntoutujan erilaisissa elämänvaiheissa. Chronister, Johnson ja Berven (2006, 75, 81) ovat tutkineet sosiaalisen tuen yhteyttä elämänlaatuun, terveyteen ja selviytymiseen kuntoutuksessa. He toteavat tuella olevan myönteistä vaikutusta sairaudesta tai vammautumisesta selviytymiseen, vammaisena toimimiseen sekä niiden kuntoutujien henkilökohtaiseen hyvinvointiin, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita. Sosiaalinen tuki toimii myös stressiä, masennusta sekä kuolleisuutta vähentävänä tekijänä. Näistä syistä se on todettu kuntoutumista edistäväksi tekijäksi. Metterin ja Haukka-Waclinin (2004, 55) mukaan sosiaalista tukea voidaan kuvata sosiaalisiin suhteisiin liittyvänä positiivisena, stressiä ehkäisevänä ja terveyttä edistävänä tekijänä.

Frommin (1968/1969, 87) mukaan ihmisellä on tarve ja halu saavuttaa orientoitumiskehykset, joiden puitteissa hän näkee ympäröivän maailman mielekkäänä ja saa sen jäsentymään itselleen tarkoituksenmukaisella tavalla. Ihmiset käyttävät sosiaaliseen tukeen liittyviä verkostoja eri tavoin. Kinnusen (1998, 77) mukaan lähiyhteisön tukeen turvautuvissa ihmisissä on kaksi erilaista ryhmää, joista toinen on laaja-alaisesti perheen, läheisten ja sukulaisten sekä järjestöjen tukeen vetoava ryhmä. Toinen ryhmä taas tukeutuu suppeasti lähiyhteisöönsä, koska oma motivaatio kuntoutua on voimakas ja ammattihenkilön sekä omaisten tuki ovat riittäviä ylläpitämään kuntoutujan elämänhallinnan edellytyksiä.

Lapsuuden ja nuoruuden sosiaaliselle kehitykselle on tunnusomaista olla yhdessä toisten kanssa, tehdä vertailuja samanikäisiin sekä solmia suhteita ikätovereihin. Vammaisuus saattaa olla esteenä tällaisille vuoro-

vaikutussuhteille ja nuori eristäytyy sosiaalisesta ympäristöstään sekä ikätovereistaan. Sosiaalinen ympäristö voi oudoksumalla ja syrjimällä olla myös esteenä luonnollisten kontaktien syntymiselle. Jos luonnolliset kohtaamiset puuttuvat, ei luontevaa kanssakäymistä pääse rakentumaan. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 184–185; Määttä 1981, 57–64; Oliver 1996, 13–18.)

## 4.2 Katgoria B: Kuntoutus ja kuntoutuminen opiskelun ja työn tavoitteluna

Kuntoutuksen erityisenä haasteena työkyvyn näkökulmasta pidetään työssä olevien työkyvyn ylläpitämistä sekä vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä, jossa erityisenä painopistealueena ovat nuoret ja syrjäytymisvaarassa olevat henkilöt (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 19). Vammaispoliittisen selonteon (2006, 3) mukaan vammaispolitiikalla taataan kaikille ihmisille tasavertaiset ihmisoikeudet ja syrjimättömyys. Lähtökohtana vammaispolitiikassa on se, että yhteiskunta on tarkoitettu kaikille, ja siinä edistetään vammaisten kansalaisten työn saantia ja toimeentulon turvaamista. Työhön osallistumista pidetään merkittävänä keinona ehkäistä syrjäytymistä sekä lisätä osallisuutta ja parempaa mahdollisuutta hallita elämää ja siihen liittyviä haasteita. Opiskelu ja ammattiin kouluttautuminen ovat jokaisen kansalaisen perusoikeuksia. Vammaisia henkilöitä koskevat samat koulutusmahdollisuudet kuin muitakin, mukaan luettuna tavoite elinikäisestä koulutuksesta.

Kuntoutuksen yhteydessä on totuttu puhumaan kasvatuksellisesta ja ammatillisesta kuntoutuksesta silloin, kun opetus tai koulutus sisältää kuntouttavia tavoitteita ja edellyttää kuntoutustoimenpiteitä. Kuntoutustoiminnan lähtökohtana on henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma (Paatero ym. 2008, 35; ks. myös Perusopetuslaki 628/1998 477/2003; Lukiolaki 629/ 1998; Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998; Ammattikorkeakoululaki 351/2003; Yliopistolaki 1052/1986).

Tutkimusaineiston kategoriat B1 ja B2 sisältävät käsitystyyppejä, joiden perusteella olen muodostanut kuvauskategorian B kuvamaan kuntoutujien erilaisia tapoja kokea kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen opiskelun ja työn tavoitteluna. Kategorian B1 käsityksissä kuntoutus

nähdään opiskelusta ja työstä syrjäytymisenä, kun taas kategorian B2 käsityksissä kuntoutus nähdään opiskeluun ja työhön kannustamisena.

#### 4.2.1 Katgoria B1: Opiskelusta ja työstä syrjäytyminen

Kategorian B1 käsityksissä kuntoutus nähdään opiskelusta ja työstä syrjäytymisenä. Tässä kategoriassa käsitystyyppien variaatioita kuvaavat kriittiset aspektit muodostuvat siitä, millaisia kuntoutujien kokemukset opiskelusta ja työstä ovat olleet. Kokemustensa perusteella he näkevät kuntoutukseen liittyvinä asioina seuraavaa:

1. *työtavoitteista luopumisena*
2. *autonomian väheksyntänä*
3. *työkyyttömyyseläkkeellä olevan toimintana*
4. *koulutuksesta syrjäytymisenä*
5. *työelämästä syrjäytymisen uhkana.*

Näyte 1 kuvaa käsitystä, jossa kuntoutuja kokee ansiotyön olennaisena osana kuntoutumistaan, mutta omien kykyjensä heikkouden takia mahdollomana toteuttaa. Kuntoutuja vertaa entisiä työtehtäviään nykyiseen toimintakykykyynsä vammaisena henkilönä ja muodostaa käsityksen työstä suhteessa omaan terveydentilaansa. Käsitystyyppistä käy kuitenkin ilmi kuntoutujan toimintakykyisyys lähiyhteisössä eli mikrotasossa, joka estää syrjäytymiskiirteen etenemisen ja toimii kuntoutujan elämäntilanteen voimavarana. Kuntoutuja kuvaa työnantajan roolia hyljeksivänä, tosin käsitystyyppistä ei käy ilmi työhön paluun kokeilu tai arviointi. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on työtavoitteista luopuminen.

Näyte 1. Työtavoitteista luopumisena.

*H4: No töihin tietenki olis pitänyt päästä. Mutta kyllä se pikkubiljaa se tottuus siinä selvisi, että ei sitä töihin enää mennä, eikä ne ois ottanutkaan. Eikä mulla mittään oiskaan töissä ollut käyttöä, mutta kyllä sitä vielä silloin haaveili vielä semmoisistakin. Ja että pallautus täysin liikuntakykyiseksi.*

*MK: Minkälaista sinun työ oli?*

H4: No määhän olin postimies. Se oli lähinnä semmoista kirjeen lajittelamista ja pakettien lajittelua, erilaista kaiken näköistä postiin liittyvää työtä.

MK: Mitä ajattelet tänä päivänä, olisiko siellä jossain löytynyt semmoista työtä, mitä olisit pystynyt tekemään?

H4: Määhän olisin tiellä, haittona vaan. Ei sitä ois varmana ollut, ei sitä ole mitään semmoista työtä olemassakaan mitä vois tehdä. Se on niin hidasta, että määhän en pysty enää tekemään.

MK: Tarvitsetko missään apua?

H4: En. Kaikki tapahtuu, aikaa se kyllä vie, mutta kaikki tapahtuu. Ruuanlaittokin, kun mulla on semmoisia vehkeitä, joilla määhän pärjään. Olen saanut kaupungilta semmoiset vehkeet ruuanlaittoon, että niillä on hyvä laittaa ruokaa.

MK: Onko ne apuvälineitä, pienapuvälineitä?

H4: Niin on, apuvälineitä. On veitsi, missä on sahakahva, juustohöylät, sitte on semmosia kattiloita, missä ei tarvi kuumien vesien kanssa vaan voi nostaa perunat siihen kautta. Ja semmoisia kaikkia olen saanut, ja ne on ollut kyllä tarpeellisia. On kiva tehdä, kun pystyy jotakin tekemäänkin.

MK: Miten oikea käsi nyt toimii, pystytkö toimimaan oikealla kädellä?

H4: Pystyn minä sillä toimimaan. Käyn aamulla, kun jäi silloin työaikana semmoinen tapa, että nousen aamulla aikaisin ylös, niin minä käyn monesti kävelemässä kun koululaiset nousee. Sitten minä keitän puurot niille ja aamuteet ja toimitan lapset kouluun, lähden kauppaan, siivoan siinä ja sitten rupean laittamaan ruokaa. Iltaruokaa taikka päivällistä, miksi sitä sanotaan. Ja sitten penskat tulee koulusta ja perhe kokoontuu. Siinä syödään ja usseimmiten minä siinä huilaan ja lähden käymään iltalenkillä. Kävelen semmoisen kilometrin lenkin suurin piirtein. Sittenpä se jo alkaa tulla ilta, alkaa rauhoittuun ja vähän voimistella illalla ennen nukkumaan menoa, että pääsee aamulla punkasta ylös.

MK: Aktiivista elämää.

H4: Joo on, mutta paljon paremmin se aika mennee, kun hommaapi jotakin.

MK: Oletko sinä tyytyväinen tähän tilanteeseen?

*H4: Olen tyytyväinen muuten. En tietenkään tähän sairauteen ole tyytyväinen, mutta muuten ajattelen, että nyt eletään näillä eväillä. Eikä siinä auta purnata enää. Ne ajat on ohitte. Muuten olen siltai tyytyväinen elämäni, näinkin hyvin asiat kuitenkin on. Monella on paljon huonommin.*

Näytteessä 2 kuntoutuja kokee kuntoutuksen ja kuntoutumisen työnä, jossa hänen autonomiaansa ei kunnioiteta työtehtävien valintaan liittyvissä kysymyksissä. Autonomia ja itsemäärääminen ovat suoneet hänelle mielipiteen ilmaisun vapauden. Kuntoutuja voi siis tuoda esille vaihtoehtoisia ratkaisuja, jotka liittyvät työtehtävien tavoitteisiin ja sisällöllisiin ratkaisuihin. Näiden ratkaisujen oletetaan lisäävän kuntoutujan parempaa elämänhallintaa ja kuntoutumiselle edullista sosiaalista ympäristöä, koska kuntoutujalla on tarve käyttää itsemääräämisvaltaansa valintojen tekemisessä. Kuntoutujalla on tavoitteena kiinnostavamman ja motivoivamman työn saaminen. Kuntoutuja kuvaa autonomian arvostamista toiminnan vaikutuksen kautta. Kriittisenä aspektina käsitystyypissä kuntoutus on työn näkökulmasta autonomian väheksymistä.

Näyte 2. Autonomian väheksyntä.

*H22: Ainakin ois toiveissa, että sais vähän erilaista työtä kun vain paperinarun aukaisua.*

*MK: Oletko keskustellut siitä?*

*H22: On siitä yritetty keskustella. Minä oon sanonut siitäkin, että minua kiehtoisi itteä kovasti semmoinen, että kun tykkään ihmisistä, niin mua kiehtoisi hirmuisesti lukea vanhuksille lehtiä ja tämmöistä. Mutta kun mää en tiedä, se johtaja kyllä yritti selvittää sitä, mutta ei se vissiin ottanut oikein tuulta siipiensä alle.*

Kuntoutujan autonomiassa ja itsemääräämisessä on kysymys ihmisen valintojen suhteesta häneen itseensä sekä ympäristön suhteesta näihin valintoihin. Autonomia ja itsemäärääminen mahdollistavat ihmiselle omien tunteiden, kokemusten, arvojen ja ihanteiden ilmaisun. Lisäksi ihminen voi tuoda esille käsityksiä elämästään sekä tehdä valintoja itselle tärkeiden vaihtoehtojen välillä. Kuntoutujan autonomian kunnioittaminen on



lähtökohtana tasavertaiselle kohtaamiselle ja kuntoutujan elämänhallinnan tukemiselle. (Järvikoski 1994a, 112–113.)

Ammatillisen kuntoutuksen strategiset tavoitteet kohdentuvat toisaalta kuntoutujan osaamiseen ja kykyihin, eli työmarkkinallisiin valmiuksiin ja niihin vaikuttamiseen, sekä toisaalta työmarkkinoiden valmiuksiin vastaanottaa ja työllistää kuntoutuja hänen autonomiaansa ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Ammatillisen kuntoutuksen keskeinen pyrkimys on erilaisin kuntoutustoimenpitein estää työelämästä syrjäytyminen ja syrjäytymisprosessin eteneminen sekä kaikin mahdollisin keinoin varmistaa kuntoutujan mahdollisuus osallistua työelämäänsä omien taitojensa ja kykyjensä lähtökohdista. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 95–96.)

Työmarkkinoilla pärjääminen edellyttää ammatillista tai työtehtävien edellyttämää koulutusta, joka esimerkiksi Gouldin ja Polvisen (2006a, 162–168) mukaan yhdessä haastavan ja palkitsevan työn kanssa edistää ihmisen työkykyä ja toimii myös kuntoutujan työkyvyn arvioinnin lähtökohtana. Työpaikkojen asenteet ja rekrytointikäytäntöihin vaikuttaminen sekä sopivien töiden etsiminen ja työtehtävien räätälöinti ovat eräitä ammatillisen kuntoutuksen strategisia tavoitteita ja työntekijän osaamisen ja ammatillisten valmiuksien arvioinnissa huomioon otettavia asioita.

Näyte 3 kuvaa käsitystä työn kokemisesta kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa toimintana, jonka tavoitteena ei ole integroida kuntoutujaa taloudellisen toimeentulon näkökulmasta työelämään vaan sopeuttaa henkilö tietyn organisaation päivätoimintaan. Käsitystyyppin kriittisenä aspektina on työtoiminta työkyvyttömyyseläkkeellä. Käsitystyyppistä käy ilmi, että työtehtävien ja työolosuhteiden suunnittelu ja soveltaminen kuntoutujan lähtökohdista eivät ole toteutuneet kuntoutujan kohdalla.

Näyte 3. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevan työtoimintana.

*H21: ATK-merkonomi on koulutus, ja työtehtäviä ei ole varsinaisesti ollenkaan, vaan työtoiminnassa olen mukana ja sen kautta olen täällä ja mikrotukena olen toiminut puolipäiväisenä. Eläkkeellä olen pääsääntöisesti.*

*MK: Kuinka kauan olet ollut siinä tehtävässä?*

*H21: Neljäs vuosi on menossa.*

*MK: Minkälainen se työsuhde on?*

*H21: No se on semmoinen, että pyritään järjestämään päivälle toimintaa. Sitten mää voim antaa jotakin osaamistani heidän käyttöön. Pyritään siihen, että mulla ei menis nuo muut etuudet sitten.*

*MK: Sanoit tuossa että olet eläkkeellä?*

*H21: Joo.*

*MK: Onko se sun mielestä sun kohdalla oikea ratkaisu?*

*H21: No siinä mielessä on, että jos on huonojakin päiviäkin niin voi olla pois. Ettei tarvi pelätä sen puolesta, että mitä se työnantaja ajattelee kun ei ole töissä, kun nykyään pyritään siihen tehokkuuteen. Niin sitten ei saisi niitä sairaslomia tulla, ja tämän vuoksi voisi niitä tulla, ja sen vuoksi mun mielestä on parempi näin. Ainakin toistaiseksi, tulevaisuudessa voi muuttua.*

Murron (1992, 8) mukaan ihmisen arkielämää voi rajoittaa jokin vamma tai sairaus, joka mikrotasolla (ks. Bronfenbrenner 1979, 22–25) rajoittaa hänen toimintakykyään, kuten liikkumista, kommunikointia tai suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Kyseessä on vuorovaikutus- ja yhteistoimintasuhde ihmisen ja ympäristön välillä, jossa toimintarajoitteiden kokeminen konkretisoituu ympäristön ja yksilön välisen suhteen toimuudessa. Siinä merkittävä osuus on ympäristön psykososiaalisten asenteiden näkyvällä tai piilevällä olemassaololla. Järvikosken (1994a, 44) mukaan sairautta voidaan sosiaalisen leimautumisteorian mukaan kuvata poikkeavuuden muotona, jonka yhteiskunta on leimannut poikkeavaksi normaalista. Yhteisö määrittää poikkeavuuden ja toimii vallitsevan käsityksen mukaisesti. Kyseessä ei ole yksilön sairaus tai käyttäytyminen, jonka perusteella ratkaisut tehdään. Goffmanin (1963) mukaan sosiaalisesta leimautumisesta eli stigmatisoitumisesta sosiaalisena ilmiönä on kyse silloin, kun erilaisuudesta tehdään arka ja hämmäntävä sekä piilossa pidettävä ilmiö, jota vahvistetaan yhteiskunnallisilla ratkaisulla (Helkama & Myllyniemi & Liebkind 2001, 73).

Näytteessä 4 kuntoutuja kuvaa käsitystään opiskelusta ja työstä kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta. Siitä näkyy kuntoutusjärjestelmän asenne sairauteen sekä poikkeavuuden vaikutukset kuntoutujan opiskeluun ja työelämään osallistumiseen. Käsitystyypistä käy ilmi koulutusmahdollisuuksien poissulkeminen. Kriittisenä aspektina käsitystyypissä on koulutuksesta syrjäytyminen.

Näyte 4. Koulutuksesta syrjäytymisenä.

*H12: Olen laitoshuoltaja, lähihoitajakoulussa olin silloin kun sairastuin.*

*MK: Keskusteltiin sinun kohdalla siitä, että olisi jatkettu tai uudelleen koulutettu?*

*H12: Ei mitään. Minä hain itse Kelalta johonkin koulutukseen, ammatillista kuntoutusta hain, mutta ei siitä koskaan tullut myönteistä päätöstä ei sieltä tainnut tulla kyllä kielteistäkään. Hautasin öömappiin kaikki. Hain sitten tuonne ammattikorkeaan opiskelemaan vanhustyötä, geronomiksi, minä kävin pääsykokeessakin, mutta eihän ne ota sairaita.*

Kuntoutuksessa makrotaso eli yhteiskunnan ideologinen systeemi sisältää politiikan tason, jolla tehdään kuntoutuksen sujuvuuden kannalta merkittäviä valintoja (ks. Bronfenbrenner 1979, 26–27; Mannila 2001, 73). Mannila (2001, 79–87) kuvaa makrotason toiminnan näkökulmasta työllisyyspolitiikan aktiivista ja passiivista näkyvyyttä suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä ja sen toiminnassa. Hän toteaa, että passiivisen toimintapolitiikan korostuminen on tyypillistä vajaakuntoisten työllistymiseen liittyvissä kysymyksissä suomalaisessa järjestelmässä. Vajaakuntoisten toimeentuloturvaan passiivisessa työllisyyspolitiikassa kuuluu muun muassa kuntoutustuki, työttömyysturva, työttömyyseläke ja työkyvyttömyyseläke sekä eri varhaiseläkemuodot. Työkyvyttömyyseläkkeen edellytyksenä on sellainen vajaakuntoisuus, joka on esteenä työn tekemiselle. Aktiivisessa työllisyyspolitiikassa vajaakuntoisten toimeentuloturva puolestaan sisältää muun muassa palkkatuen työnantajalle, starttirahan ja elinkeinotuen, tuen työnantajalle, vammaistuen ja kuntoutusrahan. Työllisyyspolitiikan sektorina ammatillista kuntoutusta ja koulutusta pidetään tärkeänä vajaakuntoisten työllistymistä edistävänä tekijänä.

Näytteessä 5 tulee esille kokemus, jossa kuntoutuja ei ole työllistynyt työmarkkinoille vaan on työkyvyttömyyseläkkeellä ilman makrotason ohjausjärjestelmän aktivoimaa toimintaa. Kuntoutuja kuvaa haluavansa tehdä työtä, jossa otettaisiin huomioon henkilökohtaiset tarpeet ja mahdollisuudet. Kriittisenä aspektina näytteessä on uhka syrjäytyä työelämästä. Syrjäytymisen riskin syyt eivät yksinomaan liity yksilön elinolosuhteisiin ja elämäntilanteeseen. Syyt liittyvät lisäksi koko kulttuuriseen

systemiin ja niiden riskejä aiheuttaviin tekijöihin. Tästä käsitystyyppistä käy ilmi kuntoutujan kyvyttömyys hallita tilannetta eli käsitys siitä, ettei itse kykene vaikuttamaan hänelle tärkeiden tapahtumien kulkuun. Käsitystyyppissä esiintyy sellainen riski, jota kuntoutuja kuvaa epä tietoisella tilanteella, johon hänellä itsellään ei ole vastausta.

Näyte 5. Työelämästä syrjäytymisen uhkana.

*MK: Oliko sulla kouluaikana ammatinvalinnan ohjausta?*

*H17: Oli yläasteella, mutta ei se mitenkään niinku nivoutunut yhteen tämän vamman kans. Mä oon ammatiltani merkonomi. Sen jälkeen oon tehnyt vähän freelancer-toimittajan töitä, mutta kuitenkin pikkusen katellu, että mille sitä oikeasti alakas. Työkyvyttömyyseläke on päätulonlähde.*

*MK: Tuntuuko sinusta, että sinä pystyisit tekemään töitä, ettei tarvitsi olla työkyvyttömyyseläkkeellä?*

*H17: No tuota, riippuu vähän päivästä. Sekin tunnetila vaihtelee.*

*MK: Sinulla on kuitenkin ammatti.*

*H17: On. Mutta kuin työtehtävät pitäisi olla sillä tavalla räätälöityjä.*

*MK: Tuntuuko, että pystyisit jos ne olisivat räätälöityjä?*

*H17: Mikä ettei.*

#### 4.2.2 Katgoria B2: Opiskeluun ja työhön kannustaminen

Kuntoutujan kannustaminen edistää motivaatiota ja ilmenee koherenssin eli hallinnan tunteen vahvistumisena (Antonovsky 1993, 725–726). Se näkyy muun muassa kuntoutujan tavoitteellisena oman kuntoutumishalun ja aktiivisuuden viriämisenä (vrt. katgoria A, näyte 1). Kannustamisen liittyessä yhteiskunnan ja sen väestön asenteisiin voidaan puhua käyttäytymisvalmiuksista, eli käsityksistä asioihin suhtautumisesta. Kannustamisesta mainitaan myös kansainvälisen työjärjestön (ILO 2004, 20, 30) sopimuksessa, jonka mukaan valtion tulee toteuttaa kannustavia toimia vajaakuntoisten henkilöiden yhdenvertaiselle mahdollisuudelle osallistua työmarkkinoille. Lisäksi kannustamisesta on kyse opetukseen

ja kasvatukseen liittyvissä yhteiskunnallisissa ratkaisuihin, joiden lähtökohtana on yksilön tasa-arvoinen kohtelu ja subjektiivisuuden arvostaminen ja kunnioittaminen.

Kategorian B2 käsitystyyppit sisältävät kaikki opiskeluun ja työhön kannustamiseen liittyviä näkökulmia. Kriittiset aspektit muodostuvat käsityksistä kuntoutumisesta:

1. *palkkatyöhön tukemisena*
2. *yksilöllisten ratkaisujen etsimisenä*
3. *koulutuksen erityisjärjestelyinä*
4. *koulutuksen integraationa tai*
5. *henkilökohtaisten ratkaisujen löytymisenä.*

Näyte 1 kuvaa kuntoutujan käsitystä työstä kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta. Käsitystyyppistä käy ilmi kuntoutujan osallistuminen työmarkkinoille työntekijän kannustamistuen avulla, mutta hänen käsitykseensä sisältyy toive ja odotus työsuhteen muuttamisesta. Käsitystyyppistä käy ilmi kuntoutujan asema ilmaisena työvoimana työnantajalle. Käsitystyyppiä kuvataan kriittisen aspektin kautta palkkatyöhön tukemisena ja työnantajan myönteisenä asenteena palkata kuntoutuja.

Näyte 1. Palkkatyöhön tukemisena.

*MK: Oletko käynyt ammattiin liittyvää koulutusta?*

*H15: Rakennuspiirtäjäksi oon opiskellu. Sitten oon semmoisia alkeiskursseja käynyt lisää. Olen nyt sairaalassa semmoisena lähettinä. Vuoden verran olen ollut siellä.*

*MK: Tuntuuko sinusta että se työ vastaa sinun koulutusta?*

*H17: Ei. Mutta rakennuspiirtäjän töitä on hirveän vaikea saada nykyään.*

*MK: Oletko ollenkaan tehnyt sitä työtä?*

*H17: No en silleen, harjoittelujaksolla oon, muuten en.*

*MK: Onko sulla vakituinen työsuhde?*

*H17: Ei se oo, se on vähän vielä semmoinen, auki oleva asia. Vammaisuuspalvelu maksaa sitä mun työsuhde. Niin sanottua palkkaa mä en siellä saa, mutta kovasti oon kyselly sitä. Ja hekin ovat sitä*

*mieltä, että minut vois ihan hyvin palkata. Se vaan on, että rahoitus on vielä vähän epäselvä.*

Näytteessä 2 opiskelun kokeminen kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta koetaan integroitumisena yhteiskuntaan ja sen tarjoamiin palveluihin. Kuntoutujan elämäntilannetta määrittää oman elämäntilanteen hallinta ja autonominen osallisuus, johon liittyy kyky asettaa tavoitteita ja tehdä elämäänsä liittyviä valintoja ja ratkaisuja. Käsitystyyppistä käy ilmi kuntoutujan kyky ohjata omaa elämäänsä, johon hän on saanut tukea lähiyhteisöltä sekä yhteiskunnan palvelujärjestelmältä. Käsitystyyppissä yhdistyvät integraation periaate koulutuksessa ja työssä. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on yksilöllisten ratkaisujen etsiminen opiskelu- ja työelämässä.

Näyte 2. Yksilöllisten ratkaisujen etsimisenä.

*MK: Mikä sulla on pohjakoulutus?*

*H16: Olen ylioppilas. Opiskelen yliopistossa.*

*H16: Silloin kun menin kouluun aikoinaan minä jostain syystä koin hyvin vahvasti suorastaan vastenmieliseksi, että sinne olisi pitänyt mennä sinne erityiskouluun, ja itse asiassa minun perhekin oli sitä mieltä, hekin halusivat että minä menen tavalliseen kouluun. Ja minä menin ja mulla oli sitten varmaan juuri siellä kouluavustaja, joka oli sitten varmaan eka ja tokaluokalla. Mutta ehkä, en tiedä, varmaan erityiskoulujen ero on muuttunut siitä ajasta mitä se silloin oli, ja varmaan nykyään mennään kohti integraatiota. Ja on mentykin, mutta olen siitä kyllä tyytyväinen yhä vieläkin, että olen käynyt tavallisen peruskoulun.*

*MK: Millaisia suunnitelmia sinulla on kun valmistut yliopistosta?*

*H16: Minä aina sanon tähän että, sitä kun opiskelee, niin jotenkin tietää mitä pitää tehdä. Sitten kun valmistu niin sun pitää pikkuhiljaa miettiä kaikki uudestaan, että mitähän nyt sitten seuraavaksi. Se on toisaalta hirveen kivaa, että kaikki on niin kuin mahdollista, Mutta se vähän tuottaa päänvaivaa, kun pitää miettiä, että mitähän minä nyt sitten haluan tehdä. Minä en tiedä, minä olen ollut siellä ulkomailla ja mua kiinnostaa tuommoinen kansainvälinen asia aika*

*paljon, ja minä voisin ehkä lähteä joksikin aikaa ulkomaille tekemään töitä jos mukava paikka löytyisi.*

*MK: Sanoit, että olet ollut kolme kuukautta kansainvälisessä työssä, onko se liittynyt sinun opiskeluun?*

*H16: Minä en ole ollut niinko vaihto-oppilaana. Yksi oli semmoinen harjoittelu, jonka osittain kustansi yliopisto tai antoi stipendin siihen. Mutta pari muuta kertaa on ollut ihan vaan sitä kautta, kun olen ollut europarlamentissa, minua kiinnostaa EU. Olen hakeutunut sinne, oikeastaan ihan oma-aloitteisesti.*

*MK: Minkälainen kielitaito sinulla on?*

*H16: Puhun sujuvaa englantia, ranskasta osaan perusteet. Pitäisi sitä kyllä lukea enemmän jos meinaa työllistyä.*

Integraation käsitteellä viitataan yleisesti sosiaalisiin siteisiin, joiden kautta ihmiset kiinnittyvät yhteiskuntaan ja muodostuvat osaksi sitä (Lämsä 2009, 136). Käsitettä on käytetty syrjäytymisen vastakohtana erityisesti Euroopan unionin syrjäytymiseen liittyvissä keskusteluissa. Integraation käsite liitetään vammaisten kohteluun, opiskeluun ja työhön liittyvissä kysymyksissä normalisaatioperiaatteeseen, jonka mukaan vammaisten ihmisten elämän tulisi olla niin pitkälle normaalia, kuin se suinkin on mahdollista. Harvat opettajat pitävät kaikkien oppilaiden integroimista mahdollisena. Käsitteeseen liittyy erityisesti vaikeimmin vammaisiin oppilaisiin. Tutkimuksen mukaan opettajien usko integraatioon on heikko ja integraatioon sitoutuvien opettajien määrä pieni. Mobergin tutkimuksessa korostuu integraation yhteys opettajien asenteisiin, osaamiseen ja sitoutumiseen, joita hän pitää ensiarvoisen tärkeänä integraation täydelliselle toteutumiseksi ja onnistumiselle. (Moberg 2003, 137–138, 155–156; Jylhä 1998, 11.)

Näytteessä 3 kuntoutuja kokee opiskelun erityiskoulussa luontevana ja oppimista edistävänä ympäristönä. Käsitystyypistä käy ilmi, että kuntoutujan yleisopetus on tapahtunut segregaatina ja ammatillisen kuntoutuksen valmentava koulutus on integroitu osaksi työelämää oppisopimuskoulutuksena. Kuntoutuja kokee erityiskoulun yleisopetuksen omia valmiuksiaan tukevana ja elämää helpottavana ratkaisuna, jossa on huomioitu henkilökohtaiset lähtökohdat ja oppimiseen liittyvät erityis-

tarpeet. Käsitystyyppistä käy ilmi, että kuntoutujalla on motivaatio saada ammatti ja sijoittua työmarkkinoille. Kuntoutuja kokee, että erityiskoulu on antanut hänelle valmiudet ammatilliseen koulutukseen ja integroitua osaksi yhteiskuntaa. Kuntoutujan tavoitteena on saada oikea ammatti, jonka saavuttamista erityisopetus on tukenut. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on koulutuksen erityisjärjestelyt.

### Näyte 3. Koulutuksen erityisjärjestelyinä.

*MK: Minkälainen pohjakoulutus sulla on?*

*H19: Olen käynyt erityiskoulun. Sitten ysiltä kun pääsin, niin lähdin jatkamaan Sotevaan. Se on semmoinen lastenhoitajan valmentava koulutus, että siinä jatkan ja pyrin aloittamaan oppisopimuksella lasten ja nuorten iltapäivä- ja aamupäiväkerhon ohjaajaksi. Ainoa vaihtoehto on ollut erityiskoulu. Että ei olis pystynyt, vaikka olis ollu avustajat ja kaikki, ei se olis ollu helppoa olla tavallisessa koulussa. On se helpottanut kun on saanut käydä erityiskoulut. Kouluhan se tekee sen, että kun on erityiskoulussa niin siellä saa mennä omaa tahtia.*

*MK: No miten nyt tällä hetkellä kun olet tuolla koulussa?*

*H19: No toisaalta tuntuu nyt kun on tuolla koulussa, että se on alempi tasoista kuin mitä erityiskoulussa. Täytyy yrittää sillai, että nyt kun alan jatkamaan ja menen oppisopimuksella, niin se tuo ehkä enemmän mielenkiintoa ja haastavuutta siihen opiskeluun, kun saa kuitenkin yrittää enemmän ja tietää, että siitä sitten saavuttaakin jotakin. Olen koulussa vartin yli kahdeksasta kahteen tällä hetkellä joka päivä..*

*MK: Entä sitten ko siirryt tuohon jatkoon?*

*H19: Siitä en vielä tiedä. Nehän tulee aika rankaksi kun joutuu tekkeen itsenäisiä tehtäviä ja joutuu olleen koulussa. Ja sitten on vielä se työpaikalla oleminen ja siellä tavallaan olla työntekijänä siellä. Niin kyllähän se rankkaa tulee olemaan, mutta siihenkin pitää asennoitua, kun minähän itse valitsin sen oppisopimuskoulutuksen ja sen muodon opiskella, niin kyllä siihen pitää sitten silleen valmistautuakin. Toivon, että pääsisin lasten kanssa olemaan, että saisin ihan oikean ammatin siitä, että pääsisin lapsia kattoon ja hoitamaan ja saisin niitten kanssa touhuta. Ja työllistyisin hyvin ja ei olis siinä mitään ongelmaa. Että sen sais kunnialla loppuun ja olis niinku sillä*



*mielellä, että se sitten auttais tosi paljon eteenpäin. Että mää en oo valmis jäämään kotiin niinku tekemättä mitään. Mulla pitää olla aina jotakin mitä tehdä.*

Ahposen (2008, 19) mukaan syntymästään saakka vammaainen tai lapsena vammautunut elää lapsuuttaan ja nuoruuttaan muita kauemmin. Vammaiset nuoret ovat hyvin heterogeeninen ryhmä. Aikuistumisen prosessit vaihtelevat huomattavasti, ja toisilla ne jäävät kokonaan toteutumatta. Toisaalta taas vammaisten nuorten itsenäistyminen ja kotoa irtautuminen ei kaikilla vammaisilla poikkea ei vammaisten ihmisten vastaavista prosesseista. (Haarni 2006, 19; Urponen 1989.)

Näytteessä 4 kuntoutuja kokee opiskelun erityiskoulussa persoonallisuuden kehitystä tukevana tekijänä, joka on vaikuttanut itsenäisyyden muotoutumiseen ja oman elämän hallintaan. Käsitystyyppin merkitys korostuu itsenäistymisen tunteen kasvamisessa. Erityiskoulu on tukenut kuntoutujan autonomiaa, jota kuntoutuja kuvaa itsenäistymisen kehittymisenä, vastakohtana toisista riippuvuudelle. Käsitystyyppistä käy ilmi, että koulun valintaan ei ole ollut vaihtoehtoja, ja koulumuodon uudelleen valitseminen nykytilanteessa jää epäselväksi. Kriittisenä aspektina on koulutuksen integraatio.

Näyte 4. Koulutuksen integraationa.

*H21: Peruskoulun kävin erityiskoulussa ja sitten ammatillisen koulun tuossa ammatillisessa koulutuskeskuksessa. Siinä ovat tähänastiset koulut.*

*MK: Oliko sinun mielestäsi tämä erityiskoulu oikea ratkaisu kohdallasi?*

*H21: Kyllä on ollut. Siihen aikaan kun minä oon ollut pieni ei ole ollut muuta, nyt vois olla asiat toisin. Suurin asia, mitä mulla on jäänyt mieleen siitä erityiskoulusta, on se itsenäistyminen. Se on ollut monta askelta edellä muita. Että siinä mielessä hyvä puoli asiaa. Se silloin tuntui inhottavalta lähteä kotoa pois, mutta nyt oon kiittänyt sitä.*

Näytteessä 5 kuntoutuja kuvaa käsitystään kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta työstä, jossa hänellä on mahdollisuus tehdä sellaisia työtehtäviä, jotka ovat ennestään tuttuja ja hän hallitsee ja osaa.

Työorganisaatio muodostuu tutusta sosiaalisesta verkostosta, joka on turvallinen, kannustava ja yksilöllisiä ratkaisuja tukeva. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on työn kokeminen henkilökohtaisten ratkaisuiden löytymisenä.

Näyte 5. Henkilökohtaisten ratkaisujen löytymisenä.

*H1: Meitä on veljeksiä siinä firmassa, jossa olen tälläkin haavaa osakkaana. Elikkä olen silloin aikanaan kuukausipalkalla siinä ollut, ja tietenkin onko se yrittäjyyttä kun siinä on, sitä kai se vissiin kuitenkin lähinnä on.*

*MK: Mitä teet tällä hetkellä?*

*H1: Tällä hetkellä olen työkyvyttömyyseläkkeellä, mutta käyn satunnaisesti tilapäisesti siellä firmassa, elikkä hoidan tällä haavaa vielä laskennan tietyiltä osin. Urakalaskennan ja budjetoinnin ja kustannuseurannan, elikkä tämmösen työn, jota pystyy atk-avusteisena tekemään. Se työ nyt on niin vaihtelevaa ja siinä saa oman aikataulun mukaan suorittaa. Kun olen töissä tänä päivänä ja käyn siellä, ja tällä tavalla, niin se sopii mulle parhaiten. Kun 52 vuotta on kasvanut siinä työn ohessa se jää niin syväälle, että siitä ei kannata puhuaakaan enää, mutta se on tosi tärkeä asia. Elikkä se työyhteisö siinä, siinä on minun veljeksiä ja työntekijöitä. Se on tosi tärkeä asia kuntoutumisessa ja myös kun katsotaan asioita eteenpäin.*

Työtehtävien osaaminen ja hallitseminen ovat työkyvyn tärkeä osatekijä ja työkykyisyyden mittari. Hyvää terveyttä pidetään hyvän työkyvyn keskeisenä lähtökohtana, mutta ihmisen itsensä huonoksi kokemana terveys ei välttämättä merkitse huonoa työkykyä (Koskinen & Martelin & Sainio & Gould 2006, 114). Terveiden heikkenemisellä on yhteys toimintakykyyn. Heikentynyt terveys saattaa aiheuttaa työssä suoriutumisen haasteita, jotka määräytyvät työolosuhteiden, toimintarajoitteiden tai muiden työhön vaikuttavien voimavarojen mukaan, ja näin heikentää henkilön työkykyä ja työssä selviytymistä. Ratkaisevaa työssä selviytymisen kannalta on kuitenkin työympäristö ja -organisaatio sekä kaikki muut henkilön voimavaroihin vaikuttavat tekijät. (Ilmarinen 2006, 391–400.)

Kategoriaan B liittyvien käsitystyyppien kriittiset aspektit muodostavat käsityksen kuntoutujien tavoista kokea kokonaisvaltainen kuntoutus

ja kuntoutuminen opiskelun ja työn tavoitteluna. Näiden käsitystyyppien jäsentymistä havainnollistaa kuvio 11.



Kuvio 11. Kuntoutus ja kuntoutuminen opiskelun ja työn tavoitteluna.

Kuntoutujien käsitykset opiskelun ja työn ymmärtämisestä kuntoutuksen ja kuntoutumisen viitekehyksessä vaihtelevat syrjäytymisestä kannustamisen ulottuvuuksiin. Opiskeluun liittyvien käsitysten variaatiot muodostuvat toisaalta kokemuksista erityiskoulun oppimisympäristöstä, toisaalta normaalikouluun integroitumisesta. Kuntoutujat ovat kokeneet molemmissa oppimisympäristöissä oppimiselle myönteisiä elementtejä ja elämänhallinnan kannalta merkittäviä vaikutuksia. Käsityksistä muodostuu kuva, että opiskeleminen niin normaalikoulussa kuin erityiskoulussa on koettu kuntouttavana. Kuntoutujat ovat kuitenkin kokeneet vammautumisen jälkeen uuden opiskelupaikan löytämisen ja koulutukseen kiinnittymisen hankalaksi. Kuntoutuja nähdään sairaan roolissa, mikä ilmenee muun muassa kuntoutujan hakiessa opiskelupaikka itselleen.

Tässä käsitysvariaatiossa kuntoutukselle asetetut tavoitteet toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistämisestä eivät siis ole toteutuneet.

Eniten variaatioita esiintyy työhön liittyvissä käsityksissä. Kaikki haastellut työikäiset kuntoutujat ovat työkyvyttömyyseläkkeellä. Kenelläkään ei ole kokemusta vapaille työmarkkinoille hakeutumisesta nykyisessä elämäntilanteessa. Kuntoutujien käsityksistä muodostuu käsitystyyppi, jossa kuntoutujat kaikesta huolimatta kokevat työn tärkeänä ja elämän sisältöä jäsentävänä tekijänä. Työnantajan aktiivisuus työtehtävien tarjoajana, osaamisen arvioijana ja työn yksilöllisiä ratkaisuja mahdollistavana osapuolena koetaan puutteelliseksi tai kokonaan puuttuvaksi. Yksilölliset ratkaisut työtehtävissä sekä työhön liittyvä osaaminen ja arvostaminen korostuvat silloin, kun kuntoutuja on oman ja läheisten yrityksen työntekijänä. Tällaisista käsityksistä muodostuu kuva, jossa vammaisten työllistäminen on riippuvainen yhteiskunnan vastuusta eli työllistymistä tukevista järjestelmistä tai ohjelmista. Sairastuminen tai vajaakuntoisuus johtaa usein työkyvyttömyyseläkkeelle. Tämä näyttää olevan yhteiskunnan käytäntönä itsestäänselvyys, sillä se on kaikkien tutkimuksen kuntoutujien kohdalla käytössä oleva menettelytapa.

Kuntoutuksen tavoitteena on ihmisen toiminta- ja työkyvyn edistäminen ja mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteista ja haasteista. Kuntoutujien kollektiivinen käsitys opiskelu- ja työelämään osallistumisesta kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta heijastaa yhteiskunnan asennetta vajaakuntoisiin ihmisiin ja heidän arvostamiseen täysivaltaisina kansalaisina. Opiskeluun osallistumisessa on koettu sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä. Pääsääntöisesti opiskelua on tuettu, ja ammattiin kouluttautumisesta kuvataan joko koulutuksessa olemisella tai ammatin saavuttamisella. Kuntoutujat ovat kokeneet opiskelun pääsääntöisesti yhteiskuntaan integroitumisen mahdollisuutena. Ongelmat integroitumisessa ovat syntyneet työelämään siirtymisen yhteydessä. Tutkimustuloksina esitettävissä kuvauskategorioissa kuntoutujien käsitykset rajautuvat vammaisuuden kontekstiin. Tarkasteltaessa työtä kuntoutuksen ja kuntoutumisen näkökulmasta vammaisten kuntoutujien kontekstissa voidaan tehdä tulkinta, että yhteiskunnan ensisijainen lähtökohta on turvata vammaiselle henkilölle perustoimeentulo, josta kuntoutujat käyttävät nimitystä työkyvyttömyyseläke. Työhön

integroitumiselle ei ole selkeitä kuntouttavia tavoitteita, eikä työkykyä arvioida uudelleen eläkkeen myöntämisen jälkeen. Yhteiskunnan vammaisiin kohdistama työllisyyspolitiikka edistää syrjäytymistä ja eriarvoisuutta sekä valtaa käyttävien alistavaa asennoitumista ja syrjintää vammaisia kohtaan.

Käsitystyypeissä ei kuvata työnantajan maksamaa palkkaa työn tekemisestä vaan ainoastaan työnantajan myönteistä asennetta palkanmaksua kohtaan. Tällaisista käsitystyypeistä muodostuu kuva kuntoutujien käyttämisestä ilmaisena työvoimana työnantajalle. Mannilan (2001, 84) mukaan kannustamispolitiikalla opiskeluun ja työhön liittyvissä kysymyksissä tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on vaikuttaa työllistymisen kannalta yhteiskunnassa vallitseviin asenteisiin ja käyttäytymismalleihin. Konkreettisina toimenpiteinä kannustaminen liittyy työnantajille suunnattuihin rahallisiin tukiin, jotka kannustavat työnantajaa joko palkkaamaan tai työllistämään vajaakuntoisia työnhakijoita. Sillä tarkoitetaan myös tukia, jotka kannustavat työnhakijaa työllistämään itsensä tai osallistumaan kuntoutukseen tai opiskeluun tavoitteena integroituminen yhteiskuntaan.

Kuntoutujat kokivat saavansa osakseen myös kannustusta, joka tuli esille opiskeluun liittyvien käsitysten yhteydessä. Kannustamisella on myönteinen merkitys kuntoutumiselle. Kuntoutujan kannustaminen edistää motivaatiota ja ilmenee koherenssin eli hallinnan tunteen vahvistumisena (Antonovsky 1993, 725–726). Se näkyy muun muassa kuntoutujan tavoitteellisena oman kuntoutumishalun ja aktiivisuuden viriämisenä. Kannustamisen liittyessä yhteiskunnan ja sen väestön asenteisiin voidaan puhua käyttäytymisvalmiuksista, eli käsityksistä asioihin suhtautumisesta. Kannustamisesta mainitaan myös kansainvälisen työjärjestön (ILO 2004, 20, 30) sopimuksessa, jonka mukaan valtion tulee toteuttaa kannustavia toimia vajaakuntoisten henkilöiden yhdenvertaiselle mahdollisuudelle osallistua työmarkkinoille. Lisäksi kannustamisesta on kyse opetukseen ja kasvatukseen liittyvissä yhteiskunnallisissa ratkaisuisissa, joiden lähtökohtana on yksilön tasa-arvoinen kohtelu ja subjektiivuden arvostaminen ja kunnioittaminen.

Moision (2004, 67) mukaan tulevaisuuden työmarkkinat vaativat työnantajilta joustavuutta sekä työkuultuureissa olevaa asenteiden muutosta. Työaika ja työtehtäviä on räätälöitävä ja yksilöllisiä ratkaisuja työn sisäl-

öllisiin toteutustapoihin mahdollistettava. Työmarkkinoilta edellytetään kaiken mahdollisen työvoimareservin hyödyntämistä. Linnakankaan ym. (2006) tutkimuksesta käy ilmi, että kaikista 25–64-vuotiaista vammaisista henkilöistä (221 500) työkyvyttömyyseläkkeellä on 73 % (161 000), joista kuitenkin suuri osa (55 000–60 000) haluaisi tehdä työtä ja kokee työkykynsä joko erinomaiseksi tai hyväksi. Tutkimuksessa todetaan, että käyttämätöntä vammaisten henkilöiden työvoimareserviiä on runsaasti.

Kuntoutuksen näkökulmasta työkyvyttömyys ymmärretään usein lääketieteellisenä kysymyksenä huolimatta kuntoutuksen tavoitteesta pyrkiä kohti sosiaalisen syrjäytymisen uhkaa tai työkyvyn heikkenemistä muista kuin lääketieteellisestä syystä. Mannilan (2001, 73) mukaan kuntoutustoiminnan arvioinnissa kiinnitetään liian vähän huomiota yhteiskunnan tason ilmiöihin, joilla on merkittävä vaikutus niin yksilö- kuin ympäristötason toimintoihin. Eräänä syynä tähän voidaan pitää yksilötason sairauslähtöistä työkyvyn arviointia, joka muodostaa ihmisen profiilin työkyvystä ja työssä selviytymisestä. Virran ja Jarvisalon (2008, 58–59) mukaan vajaatyökykyisyyden asioita organisoitaessa tulisi korostaa entistä enemmän asiakasnäkökulmaa, jonka keskeisenä lähtökohtana ovat yksilön henkilökohtaiset prosessit ja niiden kokonaisvaltainen huomioiminen sen sijaan, että toimeenpannaan irrallisia ja toisistaan koordinoimattomia asioita.

Lojjas (1994, 142) on tutkinut vaikeavammaisten henkilöiden elämäntilannetta ja elämäntilannetta sosiaalisen ympäristön kontekstissa. Hän toteaa, että vammaisten pääomana tietty koulutuksen taso ei ole samanarvoinen verrattuna ei-vammaisiin henkilöihin. Vammaiset kokevat työnantajien asenteet pahimmaksi esteeksi työelämään sijoittumisessa, ja verukkeet vammaisen työhön ottamista vastaan ovat usein perusteettomia. Virran (2006) mukaan yhdenvertaisuus käsitteenä on tulkintakysymys, ja sen sisältö on vaihdellut eri aikakausina ja eri tilanteissa liittyen muun muassa vammaisten työllistymismahdollisuuksiin. Vammaisten henkilöiden keskinäistä yhdenvertaisuutta on tutkittu vähän. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden saavuttamiseksi vammaisten henkilöiden erityiskohtelua pidetään oikeutettuna eikä syrjintää aiheuttavana silloin, kun kohtelulle voidaan esittää tapauskohtaiset perusteet, ja palvelut pyritään järjestämään yksilön tarpeita kunnioittaen. (Virta 2006, 39–40.) Suomalaisessa kuntoutuslainsäädännössä perustuslain edellyttämä yhdenvertaisuus ei toteudu kuntoutusetuuksien saamisessa. Erityisiä haasteita asetetaan

suomalaisen kuntoutusjärjestelmän monitulkintaisten säädösten soveltamiselle käytäntöön. (Purhonen & Ashorn & Viitanen & Rissanen & Lehto 2006b, 291–292.)

Eräänä vammaisten työllistymistä edistävänä kuntoutusmuotona on tuettu työllistyminen, jossa kuntoutujalle pyritään etsimään mahdollisuudet kehittää ja vahvistaa taitojaan ja valmiuksiaan työssä ollessaan. Kyseessä on työhön kuntoutumisen toimintamuoto, jossa kuntoutuja työllistyy normaaliin palkkatyöhön avoimille työmarkkinoille tukihenkilön tuella. Ensisijaisesti tuettu työllistyminen on tarkoitettu niille vammaisille ja vajaakuntoisiksi arvioiduille henkilöille, jotka tarvitsevat henkilökohtaista jatkuvaa tukea työpaikan säilyttämisessä tai sijoittumisessa tavallisille työmarkkinoille. Tuetun työn keskeinen lähtökohta on yhteistyö. (Pirttimaa 2003, 4–6; Härkäpää 2000, 19–20.) Tuettu työllistyminen kuntoutusmuotona on suomalaisessa työllisyyspolitiikassa edennyt erityisen hitaasti vaikeavammaisten työhön sijoittumisessa. Muun muassa CP-vammaiset ovat olleet aliedustettuja, koska työnantajat ovat epäilleet heidän kykyjään työllistyä eikä heihin luoteta työntekijöinä. Viranomaiset eivät ole halukkaita tukemaan vaikeavammaisten työllistymistä. (Pirttimaa 2003, 15.) Vammaisten henkilöiden työllistymis- ja kouluttautumisedellytysten parantamiseksi viranomaisen tai koulutuksen järjestäjän on lain mukaan ryhdyttävä kohtuullisiin toimiin vammaisen henkilön työhön tai koulutukseen pääsemiseksi, työssä selviämiseksi ja työuralla etenemiseksi. Kohtuullisuutta arvioitaessa on otettava erityisesti huomioon toimista aiheutuvat kustannukset, työn teettäjän tai koulutuksen järjestäjän taloudellinen asema sekä mahdollisuudet saada toimien toteuttamiseen tukea julkisista varoista tai muualta. (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21, 5.§.)

Käsitystyypeistä piirtyy tilanne, jossa kuntoutujat kokevat tulewansa syrjityiksi ja olevansa yhteiskunnan osallisuuden ulkopuolella. Syrjintää on ihmisen poissulkeminen arkielämästä, ja siihen liittyy viesti syrjityn erilaisuudesta ja huonompiarvoisuudesta. Kansainvälinen työjärjestö ILO kuvaa työmarkkinoilla ja ammatin harjoittamisen yhteydessä tapahtuvaa syrjintää, jolla tarkoitetaan kaikkea erottelua, hyljeksintää tai suosintaa muun muassa vammaisuuden, rodun, ihonvärin tai sukupuolen perusteella. ILO:n jäsenvaltioiden on sitouduttava kehittämään ja noudattamaan sellaista kansallista politiikkaa, joka pyrkii edistämään ihmisten yhtäläistä kohtelua esimerkiksi työehdoissa ja -oloissa, ammattikoulutuk-

sessä sekä työhön ja tiettyyn ammattiin pääsemisessä. Syrjinnän kieltö ja tasa-arvon periaatteet on kirjattu kaikkiin kansainvälisiin ihmisoikeusasiakirjoihin, myös Suomen perustuslain perusoikeusluetteloon. Tasa-arvon ja syrjintäkiellon periaatteet velvoittavat, että ihmis- ja perusoikeudet on taattava kaikille ihmisille tasa-arvoisesti ilman henkilökohtaisiin ominaisuuksiin perustuvaa syrjintää. (ILO 2004.)

Syrjinnässä on kyse ihmisten välisiin eroihin perustuvasta, ei-hyväksyttävästä erottelusta. Syrjintäkiellon yhteydessä termillä tarkoitetaan ihmisten perusteetonta eri asemaan asettamista, eli sitä, että kaikkia ihmisiä tulee kohdella samoin perustein samanlaisissa tilanteissa tai tapauksissa. (Suomen Perustuslaki 731/1999; ILO 2004.) Yhdenvertaisuuslain (2004/21, 6.§) mukaan ketään ei saa syrjiä vammaisuuden, iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän synn perusteella. Noin puolet suomalaisista, kuten muidenkin EU-maiden kansalaisista, pitää syrjintää vammaisuuden, etnisen alkuperän, seksuaalisen suuntautuneisuuden tai iän perusteella varsin yleisenä. (Discrimination in the European Union 2008.)

### 4.3 Kategoria C: Kuntoutus ja kuntoutuminen selviytymiskeinojen käyttämisenä

Selviytymisen käsitteellä (coping) tarkoitetaan lähinnä stressin käsittely-, hallinta- ja selviytymiskeinoja. Sillä voidaan laajemmassa mielessä ymmärtää myös ihmisen sosiaaliseen toimintaan suuntautuvia aktiivisia ja passiivisia yrityksiä käsitellä omia ja sosiaalisen ympäristön asettamia vaatimuksia sekä näiden välisiä ristiriitoja. Esimerkiksi vammautumisen yhteydessä selviytymisellä viitataan tapaan, jolla henkilö kokee vammautumisen tai siihen liittyvät tekijät omassa elämäntilanteessaan ja toimintaympäristössään, mutta myös niihin keinoihin joilla elämäntilanteeseen sopeudutaan. (Urponen 1989, 39; Purola 2000, 14; Ranki 2000, 67; Lazarus & Folkman 1984, 141.)

Matteson ja Ivancevichin (1987, 154) mukaan coping on: a) yritys hallita, kestää tai vähentää sellaisten toimintaympäristön vaatimuksia ja ristiriitoja, jotka kuluttavat henkilön voimavaroja, b) käyttäytymistä, jo-



hon ihmiset turvautuvat suojellakseen itseään psykologisesti vahingoitavilta kokemuksilta, c) käyttäytymisjärjestelmä, jonka avulla ihmiset voivat estää tai lieventää stressiä aiheuttavia olosuhteita tai vastata niihin tai d) analysointi ja arviointiprosessi, jonka avulla päätetään keinoista suojautua stressitekijöiltä tai niihin liittyvien seurausten epäsuotuisilta vaikutuksilta. (Pearlin & Schooler 1978, 6; Matteson ym. 1987, 154.)

Tutkimukseni kuntoutujien tavat kokea elämässään selviytyminen, olen luokitellut kolmeen kategoriaan C1, C2 ja C3, jotka erottelin käsitystyyppien asiasisältöjen mukaisesti. Kategorioissa kuntoutuminen nähdään hallinnan tunteen vahvistumisena, tuen hakemisena sekä vaikeiden asioiden välttämisenä.

#### 4.3.1 Katgoria C1: Hallinnan tunteen vahvistuminen

Kategorian C1 käsityksissä kuntoutus ja kuntoutuminen nähdään hallinnan tunteen vahvistumisena. Aineistossani hallinnan tunteen vahvistumista kuvaavat käsitykset eroavat toisistaan siten, että kriittisinä aspekteina ovat käsitykset kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta:

1. *voimavarojen tunnistamisena ja realiteetteihin sopeutumisenä*
2. *sosiaalisten pelkojen voittamisena*
3. *luottamuksena omaan tulevaisuuteen*
4. *vastuun ottamisena itsestä*
5. *vastuun ottamisena muista*
6. *itsenäisyyteen oppimisena.*

Näytteestä 1 käy ilmi, kuinka kuntoutujan elämänhallintaa ohjaavana tekijänä on sopeutuminen omaan elämäntilanteeseen. Käsitystyyppin kriittisenä aspektina selviytymisessä on omien voimavarojen tunnistaminen sekä realiteetteihin sopeutuminen.

Näyte 1. Voimavarojen tunnistamisena ja realiteetteihin sopeutumisenä.

*H17: No mullahan on synnynnäinen triplexia spastica, elikkä spastinen triplexia, joka tarkoittaa että se on kolmessa raajassa, jaloissa ja vasemmassa kädessä. Tämä olomuoto on mulle niin tavallinen, että kun kysyit että miten osaisin toiminnallisia rajoitteitani kuvata, niin*

*oikeestaan niitä on hirveen vaikeeta kuvata, kun se on niin luonnollista että melkein kaikenlaiseen fyysiseen asiaan tarvii apua. Kyllä kai nää vaiheet voidaan jakaa selvästi mun cp-vammasuuden kohdalla niin kuin sekä vanhempien että itteni osalta neljään eri vaiheeseen. Vammaisen lapsi syntyy, niin aluksi on epätietoisuus. Sitten siihen tulee, voisi sanoa ehkä kahdesta kymmeneen vuoteen on älyttömästi toiveita. Sitten 10 ehkä 16 vuoteen on niin, että ne realiteetit selviää. Sitten 16 vuodesta eteenpäin on niitten realiteetteihin sopeutuminen.*

*MK: Miten kuvaisit aikaa 16 vuodesta eteenpäin?*

*H17: Siinäpä se onkin, että minä en siinäkään vaiheessa kokenut sitä kovin vaikeena asiana.*

*MK: Oliko sulle selvä, että haluat merkonomiksi?*

*H17: Oli siinä tietynlaista näyttämisen haluakin, kun kaikki suosittelee lukiota. Niin vähän semmosta kapinamieltä, että mä oon ollu aika huono sopeutumaan koskaan siihen, mitä mulle sanotaan. Oon aina halunnut tehdä oman pääni mukaan ja joskus toki saanut kärsiäkin siitä.*

*MK: Minkälaisia tulevaisuuden suunnitelmia sinulla on?*

*H17: Siinäpä onkin hyvä kysymys. Mä voisin sanoa, että oisko se vaikka semmonen, että pysyä sopusoinnussa itsensä kanssa ja ottaa sopivasti haasteita vastaan.*

Kuntoutuja kuvaa oman tilanteensa hallintaa käsitteillä luonnollinen ja tavallinen, mistä voidaan tulkita, että kuntoutuja on tottunut elämäntilanteeseensa. Hän ei koe itseään avuttomaksi, vaan pyrkii sopeuttamaan omat tunteensa ja ajatuksensa, koska ei kykene muuttamaan vallitsevaa tilannetta. Tässä käsitystyypissä korostuu tunnesuuntautunut selviytymiskeino, jossa selviytyminen kohdistuu kuntoutujan tahtoon säilyttää tasapaino omien voimavarojen ja ulkoisten vaatimusten välillä. Kuntoutuja kuvaa sisäistä hallintakykyään opiskelun ja ammatinvalinnan ristiriitatilanteessa rohkealla asenteella osallistua itse omaa tulevaisuuttaan koskevaan päätöksentekoon. Kyseessä on henkilökohtaisten voimavarojen tunnistaminen stressiä lievittävänä tai poistavana tekijänä. Kuntoutuja asettaa tavoitteekseen sopusoinnun itsensä kanssa ja uusien haasteiden suhteuttamisen omiin voimavaroihin.

Kalimo (1987, 73) määrittelee voimavarat ihmisen kyyvyksi tunnistaa haasteensa ja eritellä niiden syitä sekä löytää stressiä lievittäviä tai stressin aiheuttajia minimoivia tekijöitä. Läheskään aina yksilön voimavarat eivät riitä, eikä hän voi täysin hallita elämässään eteen tulevia haasteita. Tämän vuoksi kyseessä ei ole pelkästään tilanteiden voittaminen vaan selviytymistilannetta aiheuttavien tekijöiden hyväksyminen. (Lazarus & Folkman 1984, 139.)

Näytteen 2 kriittisenä aspektina selviytymisessä on pelkojen voittaminen. Kuntoutuja kokee oman tilanteensa menetyksenä suhteessa entiseen. Kuntoutujalle on muodostunut selviytymisen haasteeksi eli omassa elämäntilanteessaan stressiä aiheuttavaksi tekijäksi sosiaalisten tilanteiden pelko ja siitä aiheutuva vieraantumisen sosiaalisista suhteista sekä yhteiskunnasta. Hän kuvaa vieraantumista ja siihen liittyvää pelkoa mökkiin jäämisellä, joka luo häneen negatiivista stressiä aiheuttavia tekijöitä (kuvio 13).

## Näyte 2. Sosiaalisten pelkojen voittamisena.

*H11: Sitä mä oon aina sanonut, että on niinko tavallaan kolme pelkoa mitkä pitää voittaa. Se kotiin meneminen tai pääseminen on ensimmäinen, toinen on sitten tavata ystävät ja kolmas on pelko lähteä kylille ensimmäisen kerran. Niistä kun pääsee yli on jo selvästi voiton puolella.*

*MK: Miten omalla kohdallasi arvioit nuita?*

*H11: Mulla on niin hyvä tuo harrastusporukka, se on niin tiivis yhteisö että se pitää huolta omistaan joka suhteessa. Hyvä esimerkki on se kun mä menin vieraalle paikkakunnalle sopeutumisvalmennuskursille, niin siellä oli kaks tähän harrastukseen liittyvää kaveria autolla vastassa asemalla, enkä mä tiennyt koko asiasta yhtään mitään. Ja sitten siitä viimeisestä vaiheesta, kun pelokkaana menin paikalliseen kahvilaan, missä mä käyn kahvilla koska siellä kuuluu kylän jutut, niin ensimmäinen reaktio oli suurella äänellä että et sä onneksi kuollukkaan. Sitten mä totesin, että olen tervetullut takaisin. Eikä sen jälkeen ole ollut mitään ongelmia.*

*MK: Se on iso asia, sosiaalinen verkosto.*

*H11: On, että sen jos saa pysymään kasassa, niin se on kuntoutuksen kannalta ainakin puoli voittoa.*

*MK: Mitä sää ajattelet, mikä siihen on auttanut, että voittaa nämä kolme asiaa?*

*H11: No kyllä se oikeestaan itsestä on kiinni. Oli hyvä kun seuraavana vuonna sairastumisesta menin harrastusporukan yhteiseen tapahtumaan, niin yks vanha tuttava kysyi multa, mikä sulla on, kerro nyt. Mutta sitten sillä välähti, että tuu tänne mikrofonin ääreen ja kerro kaikille ettei tarte kertoa monelle. Mä kerroin sitten, ja se oli sillä selvä. Koko tuttavapiirille, ystäväpiirille kerralla.*

*MK: Sillä varmasti on myös iso merkitys tällaisilla persoonallisilla tekijöillä, sulla on ulospäin suuntautunut luonne ja avoin.*

*H11: Niin, mulla on monta huonoa esimerkkiä semmoisista mökkiin jäämisistä. Vaikka on yritetty väkisin hakea sieltä eri tilaisuuksiin, sitä ollaan vaan. Kyllä sen tietää mikä sen tien päässä on, alkoholi tai muuta.*

Kuntoutuja kokee, että vammautuminen edellyttää rohkeutta kohdata muutos, jonka uusi elämäntilanne on aiheuttanut. Kuntoutuja kuvaa erilaisuuden kokemista positiivisena stressinä (kuvio 13). Nämä yhdessä ovat tehneet hänelle mahdolliseksi kohdata muutos ja selviytyä siitä. Selviytyminen on edellyttänyt kuntoutujalta voimavaroja, joita hän kuvaa henkilökohtaisesti tärkeiden sosiaalisten suhteiden sekä omaan persoonaansa liittyvien tekijöiden, kuten avoimuus, optimismi ja sosiaalinen kompetenssi. Tässä on tärkeänä sosiaalinen tuki. Kuntoutuja kuvaa pelkojen voittamista kuntoutumisen näkökulmasta henkilökohtaisena voimaantumisenä, joka on yhteydessä omaan haluun, omien tavoitteiden asettamiseen ja luottamukseen omiin mahdollisuuksiin. Voimaantunut ihminen on aktiivinen, luova ja vapaa toimija, joka asettaa itselleen tavoitteita ja rohkenee kohdata elämäntilanteisiinsa liittyviä haasteita (Siitonen 1999, 118–119). Kuntoutujan käsityksestä käy ilmi, että ystävien arvostus lisää hänen sisäistä hallintaansa ja edistää muutokseen sopeutumista ja menetyksestä selviytymistä.

Utelan (1995, 358–359) mukaan hallinnan tunteen ei tarvitse välttämättä olla todellista ollakseen tehokasta. Tunne oman tilanteen ymmärtämisestä ja senhetkisestä hyväksymisestä riittää selviytymisyrittysten käynnistämiseksi. Hänen mukaansa selviytymisyrittykset ovat välttämättömiä, koska ne vähentävät negatiivista stressiä aiheuttavien tekijöiden vaikutusta. Koherenssin tunne on yhteydessä asioiden hallitta-

vuuteen, jolla tarkoitetaan yleistä luottamusta tilanteiden jäsentämiseen ja mielekkääksi kokemiseen. (Ks. luku 2.2.)

Näytteessä 3 kuntoutuja kuvaa elämäntilannettaan ikään kuin ulkoapäin ohjautuvana, ja tulevaisuuden näkökulmasta selviytymisessä korostuu luottamus ja usko. Kuntoutuja hyväksyy vammautumisen kohtalona. Hän selittää sitä aikaisemmillä myönteisillä elämänvaiheillaan, kuten tyytyväisyytenä hyviin aikoihin. Emotionaalisesti tämä näkyy kuntoutu-  
jan toiveena parantua ja päästä marjankeruuseen.

### Näyte 3. Luottamuksena tulevaisuuteen.

*H7: Mä kamalasti ootin sitä, että en aina vaan taantuis. Mutta mieliala minulla on pysynyt koko ajan, ihmettelen itsekin kun minä sen halvauksen tavallaan hyväksyin. Että se ei minun mielialaan vaikuttanut. Musta tuntuu, että mä olin melkein samanlainen. Että minä en silläviisiin surrut sitä ja hyväksyin tavallaan. Ja sielläkin sairaalassakin mulle tuli aivan ystäviä, että ne halus tulla juttelemaan ja nytkin on soittanut.*

*MK: Niin että siellä tuli aivan tämmöisiä sosiaalisia suhteita.*

*H7: Naapurit ei ois lähtenyt pois siitä mun naapurista ollenkaan, kun siirsivät muualle. Kyllä se on tärkeää siellä, että potilas itse on kovasti mukana. Ei neuvomassa niinkään, mutta ottaa sen silleen että lähtee ja menee. Siellä oli paljon semmoisia, että eivät jaksaneet lähteä. Mutta kyllä minä aika kivuliaana läksin sinne aina ja näytin iloista naamaa, se ei ollut tehtyä se tuli kun mää oon sen luontonen. Kyllä sen huomioi potilas paljon miten kohdellaan ja miten kuunnellaan tätä potilasta ja tämmöiset asiat, ne tekee aika paljon ja se pysyy mieli virkeänä. Vaikka en minä ole matalalla paineella ollutkaan. Olen tavallaan hyväksynyt tämän sairauden, onhan niitä ollut hyviäkin päiviä. Kun minulla on semmoiset unet, että mä oon polkenut pyörällä ja juossut ja tehnyt kaikkee. Niin varmasti se vaan johtuu siitä, minkälainen ihmisellä on mieliala niin se kummittelee sitten minulla unessakin esille, että voimistuis ja pääsis vielä vaikka marjan keruuseen.*

Lazaruksen ja Fokmanin (1984, 119) mukaan tunnesuuntautuneissa selviytymiskeinoissa ihminen ei tunne itseään välttämättä avuttomaksi, kos-

ka hän pyrkii muuttamaan omia tunteitaan uuteen elämäntilanteeseensa sopivaksi. Näytteessä 3 korostuvat kuntoutujan myönteiset tunteet, jotka helpottavat sisäisen hallinnan kehittymistä ja aktiivisten selviytymiskeinojen valintaa. Kuntoutujan käsityksessä näkyy elämäntilanteen muutoksen uutuus ja toisaalta epätietoisuus tulevaisuudesta suhteessa tavoitteeseen saavuttaa entinen toimintakyky. Kriittisenä aspektina selviytymisessä on kuntoutujan usko ja luottamus tulevaisuuteen.

Ongelmasuuntautuneissa selviytymiskeinoissa ihminen itse pyrkii hallitsemaan tai muuttamaan stressiä aiheuttavaa tilannetta ja siihen liittyviä tekijöitä. Näytteessä 4 kuntoutujan toiminnassa korostuu vastuunotto ja aktiivinen osallistuminen omaan kuntoutukseensa. Kriittisenä tekijänä selviytymisessä on vastuunottaminen omasta elämästään.

Näyte 4. Vastuun ottamisena itsestä ja omasta tulevaisuudesta.

*H11: No, tässä on semmoinen tausta, että mulla on kotoa matkaa 300 kilometriä sinne sairaalaan. Elikkä mun vaimo ja tytär ei päässeet heti sinne tulemaan, että mä jouduin olemaan muutamän päivän yksin siellä ja käymään nää asiat läpi mitkä kuuluu. Sitten mä vaan yksinkertaisesti päätin, että en mä tänne sänkyyn jää. Mä sinä aikana opin kyllä, että on äärettömän helppo laitostua. Nätit tytöt syöttää ja kantaa pesulle ja käy illalla peittelemässä. Sitä hyvin helposti heittäytyy siihen mukaan. Sitten on otettava itseään niskasta kiinni ja päätettävä.*

*MK: Ajatteletko, että se oli merkityksellistä että päätit itse?*

*H11: Nyt mä on osallistunut avb-kerhojen toimintaan ja invalidiliiton toimintaan, niin musta se on ratkaisevinta, että se on itsestä lähdeittä se kuntoutus, muuten ei onnistu kunnolla. Jos vaan apaattisesti seuraa fysioterapeuttia, niin tulokset on varmaan aika heikot.*

Keskeisenä hallintaa osoittavana piirteenä on oman tahdon ilmaiseminen ja sen mukaisesti toimiminen. Selviytymisen hallintaa vahvistaa kuntoutujan läheiset ihmissuhteet. ne ovat myönteistä stressiä. Edellä olevasta käsitystyyppistä käy ilmi, että kuntoutujalla on henkilökohtaista pystyvyyttä ottaa haltuun oma elämä (ks. Bandura 1987). Koettu pystyvyys tarkoittaa Banduran (1987) mukaan ihmisen uskoa kykyihinsä ja mah-

dollisuutta suunnitella ja toteuttaa toimintoja haluttujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Näytteessä 5 kuntoutuja kuvaa käsitystään kuntoutumisesta selviytymisen näkökulmasta, jossa korostuu kuntoutuksen arviointi ja merkitys hallinnan tunteen vahvistumisena ja elämäntilantilanteen mielekkyyden kokemisena. Kuntoutuja on oppinut omassa kuntoutusprosessissaan asioita, joita hän voi hyödyntää omaistensa sosiaalisen tuen antamisena. Kuntoutuksesta saadut positiiviset kokemukset lisäävät kuntoutujan tunnetta oman elämänsä hallinnasta, vahvistavat hänen pystyvyysodotuksiaan ja vähentävät pelon ja epävarmuuden tuntemuksia. Näitä kuvaa kuntoutujan toiminnan suuntaaminen omaisten auttamiseen ja tukemiseen. Käsityksestä käy ilmi kuntoutujan sisäistä hallintaa edistävät tekijät, kuten itsensä kokeminen arvostettuna ja tarpeellisena sekä kuntoutuksen tavoitteiden yhdistymisenä arkielämän toimintoihin. Kriittisenä aspektina selviytymisessä on itsensä tarpeelliseksi kokeminen ja vastuun ottaminen muista.

Näyte 5. Vastuun ottamisena muista.

*H1: Kuntoutumisen kannalta on tärkeää kun mulla on neljä sisarusta, jotka kaikki ovat työelämässä ja mulle nyt on jäänyt 81-vuotiaan isän ja 80-vuotiaan äidin niin kuin seuraaminen ja juoksupoikana oleminen ja se on tullut minulle semmoisena lisätehtävänä, jonka koen arvokkaana. Se on tämän kuntoutuksen myötä tullut minulle se tehtävä, koska olen ollut tämmöisissä tehtävissä ja voin sitä omaa kuntoutumisjuttua nyt siirtää myös isän kuntoutumiseen. Sillä nimitäin on vähän samanlaisia vaivoja kuin mullakin. Se niin kuin ohjaa myös minun tavoitteita sinne 65 ikävuoteen ja myös siitä eteenpäin, koska nyt minä nään minkälaista 80-vuotiaan elämä on. Kuulo menee, näkö huononee, muisti huononee ja muuta sitten. Se ohjaa myös kuntoutumista, sitä fyysistä kuntoutumista, mutta myös sitä psyykkistä puolta ja kommunikointia muiden ihmisten kanssa.*

Näytteessä 6 on tunnistettavissa Seligmanin (1975, 47) teoriaan opitusta avuttomuudesta liittyviä piirteitä, jonka mukaan ihminen ei kykene vaikuttamaan itseään koskevien tapahtumien kulkuun. Asioiden hallinta on teorian mukaan ulkopuolisten tahojen ohjaamaa, jota näytteessä 6 kuvataan ”perhe sitoo sen lapsen tai nuoren, kun se on vammaainen, niin

*että se särkyy. Se pannaan semmosen pumpulin sisälle, ei se elämä oikeesti semmoista ole”.* Vastakohtana opitulle avuttomuudelle käsitystyypissä kuvataan toimintaa, jossa kuntoutuja kokee elämässä selviytymisen kotona opittuna itsenäisyyttä korostavana toimintatapana, joka on vahvistanut hänen hallinnan tunnettaan ja itseluottamustaan. Kuntoutuja kokee, että vanhempien rohkaisevalla ja kannustavalla tukemisella on ollut merkitystä itsenäisyyden kehittämisessä, itsensä hyväksymisessä ja elämän realiteettien tunnistamisessa. Kriittisenä aspektina selviytymisessä on kuntoutujan oppiminen itsenäisyyteen.

Näyte 6. Itsenäisyyteen oppimisenä.

*H21: Olen elänyt äidin kanssa ja ajattelen sitä, että kyllä perheen merkitys on tärkeä ja voimavarahan se on tietenkin. Mun kohalla se ei ole mennyt näin, mutta mun perheessä se on mennyt sillai, että isä on sanonut, että säähän teet niinko muutkin. Että pyritään tekemään se niin kuin mä pystyn ja se ei koskaan sanonut, että minä olen etuasemassa, että en koskaan tee mitään. Meillä pyrittiin siihen normaaliin elämään siinä määrin kun se oli mahdollista. Vaikka se ei silloin tuntunut mukavalta yhtään.*

*MK: Koetko että se on ollut merkityksellistä kuntoutusta sulle?*

*H21: Kyllä se on opettanut, että elämä ei ole ollut ruusuilla tanssimista. Että omat siivet kantaa.*

#### 4.3.2 Katgoria C2: Toimiminen ja tuen saaminen

Kategoriassa C2 kuntoutus ja kuntoutuminen koetaan toimimisena ja tuen saamisena. Kriittisinä aspekteina erottuvat kuntoutumisen kokemisen:

1. *toimimisena rajoitteesta välittämättä*
2. *läheisten apuun turvautumisena*
3. *tasavertaisena toimimisen tavoitteluna.*

Näytteessä 1 kriittisenä aspektina selviytymisessä on sosiaalisen tuen hakeminen asiantuntijalta ja toimiminen rajoitteesta välittämättä. Kuntoutuja kertoo, ettei perheenjäsenten tuella ole merkitystä. Käsitystyypistä käy



ilmi nuoren kasvuvaiheeseen liittyvä selviytymisprosessi, jossa nuoren identiteetin kehittyminen ja sen muodostuminen koetaan haasteena ja negatiivisia stressitekijöitä aiheuttavana. Kuntoutuja kokee ristiriitaa ja tulevaa uhkaa henkilökohtaisen olemuksensa ja ympäristön asettamien vaatimusten kanssa. Tämän hän tuo esille kuvaamalla toimintarajoitteitaan ja niiden aiheuttamia tuntemuksia. Käsitystyypistä käy ilmi omista vanhemmista irtaantuminen, joka liittyy itsenäistymisprosessiin ja minäkuvan eli identiteetin kehittymiseen. Murrosiälle tyypilliset fysiologiset muutokset kehossa horjuttavat jo kehittynyttä minäkäsitystä, mikä aiheuttaa ahdistuneisuutta, jota kuntoutuja kuvaa ”*aivan hirveellä käsityksellä*” itsestä. Ahdistuneisuutta kuvaa myös kuntoutujan kokemus murrosiästä vaikeana vaiheena. Kuntoutuja hakee sosiaalista tukea asiantuntijalta ahdistuksen lievittämiseen, koska omat voimavarat eivät riitä tilanteesta selviämiseen ja vertaistuen hakemiseen.

Näyte 1. Toimimisena rajoitteesta välittämättä.

*H22: Sittenhän mulla oli murrosiässä tällainen, että minä en voi tehdä näin enkä näin, ko mulla on tämä rajoite. Siis mulla oli aivan hirvee käsitys, että ei voi tehdä näin kun on se rajoite. Mutta sitten minun oma hoitaja sai sen minulta onneksi pois.*

*MK: Millä tavalla?*

*H22: Yksinkertaisesti vain sanomalla, että ei se estä se pyörätuoli mitään.*

*MK: Että se oli tällaista keskustelemaa?*

*H22: Niin, se on enimmäkseen keskustelemalla menty läpi. Minä en tiedä, että mikä siinä oli, että mulla oli niin hirvittävän vaikea se murrosiän vaihe. Joskus olen miettinyt sitä, että onko se meikälaisillä voimakkaampi se vaihe kun niin sanotuilla tavallisilla ihmisillä. Mutta en ole tullut kysyneeksi keltään sitä, että onko siinä peräti semmoinen sitten takana. Että se vois olla voimakkampaa.*

*MK: Oletko keskustellut toisten CP-vammaisten nuorten kanssa?*

*H22: No en ole sillä tavalla toisten nuorten kanssa keskustellut siitä, että onko heillä samankaltaisia kokemuksia.*

*MK: Tuossa varmaan tuo oma hoitajalla on iso merkitys mitä kerroit?*

*H22: Niin.*

*MK: Miten sulla perheen tuki, vanhempien, sisarusten?*

*H22: Perheen, hmmm. Kyllähän perhekin tuki minua omalla tavallaan, mutta murrosiässä on hirveen vaikeeta hyväksyä se perheen tuki. On helpompi ottaa vieraalta se tuki, mulle ainakin oli helpompi ottaa se omalta hoitajalta.*

Näytteessä 2 sosiaalisen tuen hakeminen perheenjäseniltä koetaan voimavarana, jonka avulla kuntoutuja voi hallita paremmin elämäntilannettaan ja sen mukanaan tuomia muutoksen edellytyksiä. Kuntoutuja kokee, että lähiomaisten osuus kuntoutumisessa on ollut merkittävin resurssi, jonka avulla hän on sopeutunut vallitsevaan tilanteeseen. Kuntoutujan elämäntilanteeseen vaikuttavina tekijöinä käsitystyyppistä käy ilmi perheenjäsenten huolehtiva asennoituminen sekä kuntoutuja halu selviytyä myös itse. Kuntoutuja kokee omaisten tuen välttämättömänä arjen toimintojen helpottamisessa ja pitää tukea itsestäänselvyytenä. Asiantuntijoilta saatavalle tuelle ei koeta tarvetta, sillä se korvautuu lähiomaisten kiinteällä suhteella kuntoutujan elämän tilanteisiin. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on läheisten apuun turvautuminen.

Näyte 2. Läheisten apuun turvautumisena.

*H14: Minulla on tämä vasen puoli, joka toimii ja minä sillä teen ihan leivon, ruuat, täällä kotona ihan kaiken. Paitsi puolisoni, hän on aina siivonnut meillä. Että se ei ole yhtään paitsi kaupan käynti, minä kyllä käyn kaupoissa, mutta hän käy yleensä, koska minä en kantamuksia viitsi kantaa. En minä koe itseäni mitenkään, että se minua hirveästi rajoittaa. Minä voin toimia ja mennä samalla tavalla kuin ennenkin, vielä paremmin kun ei ole työtä.*

*MK: Tarvitsetko missään apua, tuossa jo sanoitkin että kantamisissa ja kaupassa käynneissä?*

*H14: No niitä minä en ollenkaan tee, kun minähän joudun ottamaan pyörätuolin aina mukaani sen takia, kun minä en niin jaksa kävellä tuolla. Mutta lyhyitä matkoja ja kotona minä voin olla, minä teen minkä pystyn ja mitä en pysty niin en tee. Minulla on aivan ihana perhe. Mieheni ja lapseni kävivät sairaalassa joka päivä, ja kun minullahan meni puhe alussa, niin sillä tavalla opettivat lukemaan, että kulettiin pitkin sairaalan käytäviä ja kaikki taulut luettiin läpi moneen kertaan.*

*MK: Oliko sinulla psykologin palveluita?*

*H14: Ei. Minä en kokenut että tarvitsen, kun minulla on muita ihmisiä niin paljon. Minulla kävi vieraita työpaikaltakin ja en minä tiedä. Kun minä en oikeastaan sillä tavalla tarvinnut, kun minulla kotijoukot on, että voi puhua asian kuin asian.*

*MK: No, entä kaikki tämmöiset eläkeasiat, missä nämä asiat tuli esille – etuudet, korvaukset ja kaikki tuet mitä on mahdollisuus saada kun vammautuu?*

*H14: En minä tiedä, minulla mieshän otti kaikki selville. En minä tiedä, nyt on tämä tilanne ja minä sen olen hyväksynyt ja minä en enää mene töihin ja sekin oli selvä. En minä kokenut sitä mitenkään, että tämä nyt on kauhea kun minä en mene töihin. Jos näinkin saan olla, niin on kiva. Minä voin harrastaa mitä minä haluan. Minulle on kyllä luvattu, että minä saan eläkeikäni asti tuota fysioterapiaa Kelan kautta, mutta eihän täällä koskaan tiedä, ainahan se pitää uudestaan anoa. Ja tuota, se on ainakin yksi ehdoton, mitä minä tarvitsen. Ja kun minä olen sen verran omatoiminen, niin kaikkea mitä minä tarvitsen, jotakin apuvälineitä niin minä itse käyn tuolla sanomassa mitä minä tartten.*

*MK: Sää kuvasit omaa perhettä.*

*H14: Niin he olivat ykkösiä. Tietysti kun he olivat joka päivä, mutta se on niin jokapäiväistä, että he ovat tässä, mutta kyllä he vieläkin tekevät ihan mitä minä tahon. Minä usein, kun minä olen semmoisen itsepäinen ihminen, niin minä teen sen itse. Ja opetin jo siihen kun tulin kotiin, että minua ei joka asiassa voi auttaa. Minun täytyy itse oppia.*

Näytteessä 3 kuntoutuja kuvaa selviytymisprosessiaan, jonka tavoitteena on halu integroitua opiskelun kautta sosiaaliseen ympäristöön ja yhteiskuntaan. Kriittisenä aspektina selviytymisessä on tavoite toimia muiden mukana tasavertaisesti.

Näyte 3. Tasavertaisena toimimisen tavoitteluna.

*H18: Se on varmaan osoittautunut parhaaksi mahdolliseksi ratkaisuksi se lähikouluun siirtyminen, kun erityiskoulussahan oli paljon myös tämmöisiä oppilaita, jotka oli ihan pyörätuolissa. Ja olihan siellä sitten muutakin, sopeutumistahan se vaati. Muistan, kun alku-*

*vaiheessa käytiin tämän erityiskoulun jonkun avustajan kanssa siellä lähikoulussa tutustumassa. Ja sitten ne lähti rattaat pikkujalkaa pyörimään, vaikka eihän se mikään ihan heti tapahtunut sillä tavalla. Muistan, että siellä oli vähän niin kuin opettajienkin kanssa tämmöisiä käytännön ongelmia aluksi. Kun minustahan ei sillä tavalla päällepäin näy mitään suoranaista vammaa. Sehän se ongelma usein onkin, että tutussa ympäristössä sitä ei huomaa juuri ollenkaan, mutta kyllä se niinku motoriikka ja silmien toiminta näön kanssa on vaikeaa. Ja nämä ongelmat tuli sitten siellä kutakuinkin esille, mutta siitä selvittiin ihan kun oppi niistä eri tavalla kertomaan ja puhumaan koulun henkilökunnan kanssa. Kyllä kaikki käytiin perusteellisesti läpi, että integraatio ei tapahtunut sillä tavalla yhtäkkiä. Että hyvin oli suunniteltu tämä siirtyminen, mutta pieni poika nyt, osaako hän nyt kauheasti kertoa niistä kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Mutta se on ollut hyvinkin värikästä tämä peruskoulun integraatio. Varmasti suurin muutos oli se, että tilathan siellä koulussa oli paljon pienemmät kun erityiskoulussa. Ja sitten se, että saatto olla, että kun kaikki oli käveleviä ja piti sopeutua, niin muistan sen, että silloin esitin fysioterapeutille sellaisen toivomuksen, että saisin sitä tasapainoa ruveta harjoittamaan. Kun siellä käytävillä saattaa ihmiset ihan arkipäiväisesti vahingossa töniä niin ei sitten tulisi semmoisia kaatumisia. Sitä harjoiteltiinkin kovasti fysioterapiassa. Ja sitten liikunnanopettaja kävi fysioterapeutini kanssa keskenään konsultaatiota siitä, että miten niitä voisi soveltaa. Mutta tämäkäänhan ei tapahtunut hetkessä. Mä aika monet liikuntatunnit muistan sillä tavalla, että hampaista kiristellen yritin sitten tehdä sillä tavalla niin kuin muutkin. Mutta sitäpä kautta se on oikeastaan tullut tehtyä terveemmällä mahdollisella tavalla, ja kasvanut sitten niin kuin sinuksi tämän oman tilanteenkin kanssa. Muistan sen integraation jälkeen, se tuntui jopa, sanotaanko että se liikunta oli vastenmielisin oppiaine siihen aikaan. Nuoruudessani vammaisuus kuului semmoiseen kategoriaan josta ei niin kuin puhunut, kun itsekään ei silloin oikein tiennyt mistä tässä on kysymys.*

Edellä olevassa näytteessä koetaan ristiriitaa omien mahdollisuuksien ja sosiaalisen ympäristön asettamien vaatimusten välillä. Selviytymiskeinoina näkyvät halu varmistaa ja ennakoida onnistuminen uusissa tilanteissa esi-

merkiksi toimintakyvyn aktiivisella edistämisellä, sosiaalisen tuen hakemisella tai omista valmiuksista tiedottamisella. Kuntoutujan selviytymisessä korostuvat keinot, joiden tavoitteena on pyrkiä täyttämään ympäristön odotukset ja vaatimukset. Käsitystyypistä käy ilmi vammaisen nuoren taistelu paikataan sosiaalisessa yhteisössä. Siinä selviytyminen edellyttää useiden stressiä aiheuttavien tekijöiden minimoimista ja ennakointia, jotta nuori voisi tuntea itsensä hyväksyttäväksi ja hänen itsetuntonsa vahvistuisi. Vammaisuuden käsittely osana identiteetin muodostumista on kuntoutujalla kehitysvaiheessa, jota kuvaa toisaalta vammaisuudesta vaikeneminen ja itsensä vertaaminen eivammaisiin nuoriin.

Urposen (1989, 35) mukaan vammaisuuden vaikeusasteella ja siitä aiheutuvilla toimintarajoitteilla sekä kompensoivalla toiminnalla on todettu olevan merkitystä henkilön sosiaaliseen ennustettavuuteen ja elämäntoimintojen jäsentymiseen. Hän toteaa, että vammaisuuteen liittyvien selkeiden ulkoisten tunnusmerkkien puuttuminen aiheuttaa henkilölle huomattavasti enemmän vaikeuksia sosiaalisessa selviytymisessä, koska ympäristön odotukset ja vaatimukset ovat erilaiset suhteessa henkilöihin, joiden vammaisuus on selkeästi havaittavissa.

### 4.3.3 Kategoria C3: Vaikeiden asioiden välttäminen

Kategoriassa C3 kuntoutus ja kuntoutuminen koetaan vaikeiden asioiden välttämisenä. Kriittisinä aspekteina erottuvat kuntoutumisen kokeminen:

1. rajoitusten hyväksymisenä ja vetäytymisenä
2. huomion suuntaamisena muualle.

Näytteessä 1 kokemukset kuntoutuksesta ja selviytymisyrittämisestä ovat negatiivisia, ja niitä kuvataan epäonnistumisina ja henkilökohtaisesti hyödyttöminä. Käsitystyypistä käy ilmi väsymys vallitsevaan tilanteeseen. Kriittisenä aspektina selviytymisessä on rajoitusten hyväksyminen ja tilanteesta vetäytyminen.

Näyte 1. Rajoitusten hyväksymisenä ja vetäytymisenä.

*H12: Mullehan aluksi määrättiin heti sairauden alussa masennuslääkkeet ja mä en ymmärtänyt miksi mun pitää niitä syyä, kun en kokenut itseäni masentuneeksi millään tavalla. Mä vaan oon tähän-*

*kin asiaan suhtautunut niin, että tämä on elämää. Katkeroitumalla ja sopeutumattomuudella mä en voita muuta koi te pahan olon. Mä survoin suohon ne masennuslääkkeet.*

*MK: Kysyttiin sulta silloin että tarvitsetko tällaisia?*

*H12: Ei kysytty mitään, niitä vaan syötettiin. Mä yritin väittää vastaan, että mä en halua syyä ja että mulle tulee fyysisesti ja henkisesti paha olo kun mä syön masennuslääkkeitä. Mä en kokenut itteäni masentuneeksi. Oonhan mä saanu moniammatilliselta työryhmältä jossakin vaiheessa tuolta sopeutumisvalmennuskurssilta lausunnon, että sopeutumaton, puheeltaan kontrolloimaton ja tarkkaavaisuus-häiriöinen. Se oli se ryhmä ensimmäistä kertaa järjestämässä tällaisista sopeutumisvalmennuskursseista siellä. En hyötynyt ollenkaan siitä kurssista.*

*MK: Miten koet oman elämänhallinnan säilymisen?*

*H12: Kaikkeahan ei pysty tekemään ite, vaikka kuinka yrittäis niin sitä ei jaks, yksinkertaisesti ei jaks. Sitten jos huutaa apua, niin sitten tullaan ja sanotaan, että sun pitäisi ite yrittää. Mutta miten sitä yrittää, jos ei kerta kaikkiaan pysty. Minusta se itse yrittäminen on ihan tuulesta temmattua, yrittää tyrkyttää semmoista mentaliteettia ja sanoa toiselle, että yritä nyt ite, jos se toinen ei kerta kaikkiaan pysty enää. Minäkin huudan apua vasta sitten kun olen viimisisä hädässä, niin kotiväki yleensä tietää, että nyt sillä on tosiaan joku hätä ko se pyytää apua.*

*MK: Minkälaisia suunnitelmia sulla on nyt tulevaisuuden suhteen?*

*H12: Ei mitään erikoisempaa, että kunhan päivät toiseksi vaihtuis jotenki. Hamaan hautaan asti.*

Edellä olevassa näytteessä epäonnistumisen kokemukset heijastuvat tavassa ilmaista kuntoutuksen toteutumista ja sen hyödyllisyyttä sekä käsitystä elämästä ja sen mielekkyydestä. Asiantuntijoiden tuki koetaan tarpeettomana, jopa ihmisarvoa loukkaavana. Voimavarat itsenäiseen selviytymiseen ovat heikot, mikä näkyy niin fyysisten ja psyykkisten voimavarojen vähytenä kuin sosiaalisen tuen vastaanottamisen rajallisuutena. Käsitykset uskosta ja luottamuksesta elämässä selviämiseen käyvät ilmi toisaalta siitä, että elämäntilanne nähdään itsestänselvyytenä, toisaalta siitä, että asennoituminen elämän sisältöä ja haastavien tekijöiden kohtaamista kohtaan on välinpitämätöntä. Käsitystyyppistä käy ilmi piittaamattomuus ongelmista

sekä niiden hyväksyminen. Usko tulevaisuuteen horjuu, mikä näkyy tavoitteiden ja elämän hallinnan puuttumisena.

Seuraavassa näytteessä selviytyminen koetaan toisen asian kautta muodostuvana tapahtumana. Kriittisenä aspektina selviytymisessä on huomion kohdistaminen muihin asioihin.

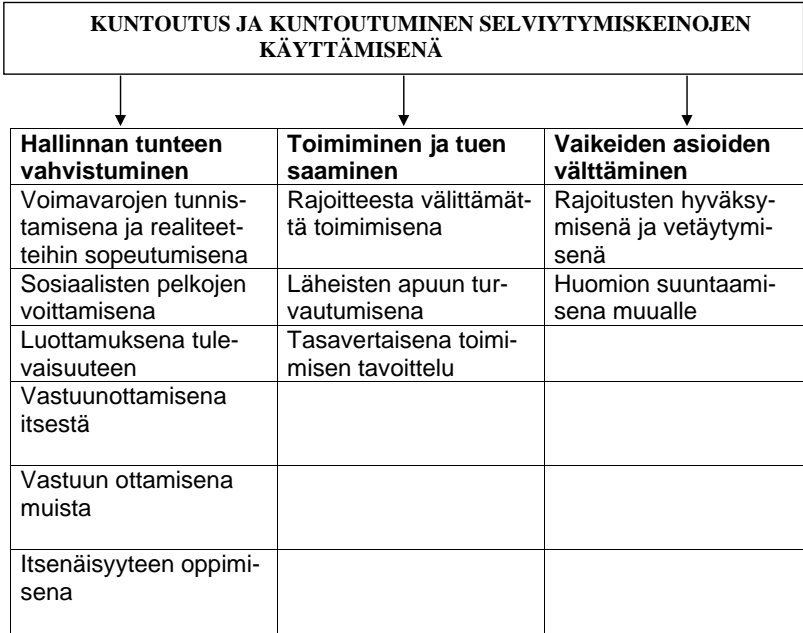
Näyte 2. Huomion suuntaamisena muualle.

*H9: Ensiksikin minulle itselle oli suuri asia se, että minulla oli tämä pikku vauva. Se oli semmoinen asia, että mun on pakko, ja minä haluan tämän vauvani hoitaa. Että se oli niin, ja en minä tiedä. Se oli niin että minusta kait tuntu melkein, että minä en edes ymmärtänyt oikein, että mitä mulle oli tapahtunut. Että minä olin vaan niin onnellinen äiti ja minä vaan ajattelin sitä lastani hirveen paljon. Musta tuntuu, että minä en edes ymmärtänyt tämän sairauteni (halvaus) vakavuutta siinä vaiheessa. Että minä vaan tein kaikkea niitä ja aina innossaan oltiin lähdössä mihin lähettiin, ja minä tein kaikki ne mitä tehtiin.*

Käsitystyyppissä korostuu uuden tilanteen kieltäminen tunteiden muuttamisen avulla. Kyky kohdata uuden elämäntilanteen hallintaan liittyviä stressinhallintakeinoja on puutteellinen, mutta motivaatio ja halu selviytyä tilanteesta eteenpäin ovat käsitystyyppissä ratkaisevia piirteitä. Näytteessä oleva esimerkki kuvaa selviytymiskeinojen käyttämisessä huomion siirtämistä muualle, merkityksellisempään kohteeseen, joka suuntaa myös motivaation ja toiminnan kohteen pois vammautumisen aiheuttamasta elämäntilanteen muutoksesta.

Kategoriaan C liittyvien käsitystyyppien kriittiset aspektit muodostavat merkityksen kuntoutujien tavoista kokea kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen selviytymiskeinoina (kuvio 12). Kuntoutujien käsitykset selviytymiskeinoista vaihtelevat hallinnan tunteen vahvistumisesta, toimimisesta ja tuen saamisesta vaikeiden asioiden välttämiseen. Selviytymiskeinojen käyttäminen kuvataan sellaisten tekijöiden kautta, joilla on ollut merkittävä vaikutus kuntoutujan elämän hallittavuuteen ja sen uudelleen jäsentämiseen. Selviytymisessä hallinnan tunteen vahvuus ilmenee kuntoutujien kyvyissä käsitellä ja kohdata stressiä aiheuttavia tekijöitä, valita itselle sopivia selviytymiskeinoja, muuttaa käyttäytymistä tai sopeutua vallitsevaan tilanteeseen ja hyväksyä tilanteen edellyttämä

muutos. Stressi on avainkäsite niin positiivisena kuin negatiivisena kokemuksena (ks. kuvio 13).



Kuvio 12. Kuntoutus ja kuntoutuminen selviytymiskeinojen käyttämisenä.

Stressiä aiheuttavia asioina koetaan sairastumisen ja vammautumisen aiheuttama fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen menetys sekä pelko tulevaisuudesta. Lisäksi stressiä aiheuttavat ympäristön asettamat paineet selviytyä suhteessa omiin kykyihin, pelko kohdata ystävät ja arjen toiminnot, avuttomuus itsenäisessä selviytymisessä sekä minäkuva ja identiteettiä uhkaavat tekijät suhteessa kavereihin ja sosiaaliseen ympäristöön. Kuntoutujien tavoissa arvioida stressiä aiheuttavia tekijöitä ja etsiä niihin ratkaisuja on eroja heidän voimavaroinaan tulkita tilanteen haastavuus ja tarpeellisuus selviytyä. Mitä parempi sisäinen hallinta eli pystyvyyden tunne kuntoutujalla on ollut, sitä aikaisemmin ja aktiivisemmin sekä ilman ulkopuolisen apua hän on ryhtynyt jäsentämään elämäänsä uudelleen. Tämä näkyy kuntoutujan sitoutumisessa ja vastuunottamisessa omasta kuntoutumisestaan sekä kykyä erottaa asiantuntijan tuki ja oma aktiivisuus kuntoutumisen edellytyksenä.



Kuntoutujan sisäisellä hallinnalla on yhteys sosiaalisen tuen hakemiseen. Hallinnan puute heijastuu riippuvuutena omaisiin tai ammattihenkilöiden tukeen, ja kuntoutujan passiivinen rooli korostuu. Sisäisen hallinnan yhteys identiteetin muodostumiseen tulee esille sekä syntymästään saakka vammaisina olleiden nuorten että myöhemmin vammautuneiden kohdalla, kun stressiä aiheuttavana tekijänä ovat ympäristön asettamat vaatimukset suhteessa omaan toimintakykyyn ja osallistumismahdollisuuksiin.

Selviytymisessä korostuvat tunnesuuntautuneet selviytymiskeinot, joita kuvaavat pelkojen voittaminen, usko ja luottamus tulevaisuuteen. Selviytymisen esteenä ovat muun muassa sosiaalisen leimautumisen pelko, vetäytyminen, voimavarojen tunnistaminen sekä opitun avuttomuuden vaara. Ongelmasuuntutuneina selviytymiskeinoina korostuvat vastuunottaminen itsestä, tarpeellisuuden kokeminen ja itsenäisyyteen oppiminen. Kuntoutujat kokevat sosiaalisen tuen merkityksellisenä selviytymisessä. Perheenjäsenten tuki koetaan tärkeänä, mutta ystävien ja vertaistuen merkitys nousee myös esille kuntoutumista edistävänä tekijänä.

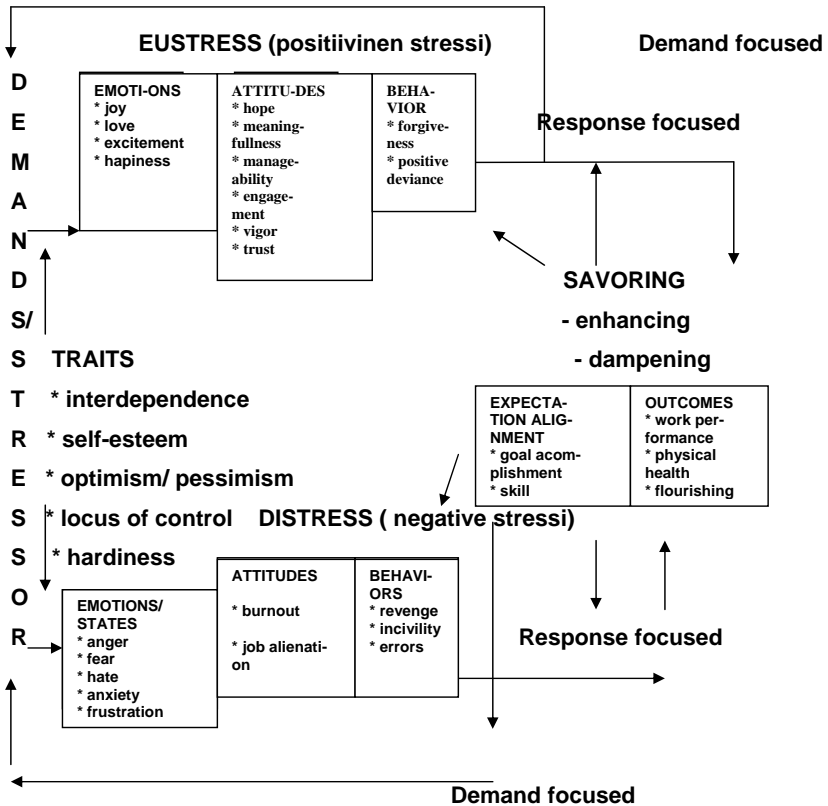
Selviytyminen vaikeasta elämäntilanteesta voidaan korvata toiminnan keskittämällä täysin eri asiaan ja tätä kautta unohtaa stressiä aiheuttava elämäntilanne. Tämä tulee esille yhdessä käsitystyypissä, jossa kuntoutujalle on muodostunut samanaikaisesti kaksi selviytymistä edellyttävää prosessia, vammautuminen ja oman lapsen syntymä. Olosuhteiden pakosta kuntoutuja on selviytynyt molemmista vaatimuksista unohtaen ja siirtäen etäämmäksi vammautumisen aiheuttamat stressitekijät. Folkman (1986 ym. 1986a) kuvaa tällaista käyttäytymistä ihmisen passiivisina selviytymiskeinoina, joina pidetään muun muassa pakoa ja etäisyydenottoa. Tilanteesta etäännyttämisellä tarkoitetaan pyrkimystä irrottautua tapahtumasta jatkamalla kuin mitään ei olisi tapahtunutkaan tai yrittämällä unohtaa tilanteeseen liittyvät tekijät. Siihen liitetään myös positiivisten tulevaisuuden näkymien luominen ja pyrkimys nähdä asiat myönteisesti tilanteen haasteellisuudesta huolimatta. Pakenemisessa on kysymys epämiellyttäväksi koetun tilanteen tai ajatusten välttämisestä. (Latac & Havlovic 1992, 492–493; Folkman & Lazarus & Duncel-Schetter & DeLongish & Gruen 1986a, 995.)

Selviytymiskeinot voidaan jakaa ongelmanratkaisuun tähtääviin selviytymiskeinoihin ja tunteiden säätelyyn tähtääviin selviytymiskeinoi-

hin. Ongelmasuuntautuneina keinoina mainitaan esimerkiksi tiedon etsiminen, kognitiivinen ongelmanratkaisu ja päätöksenteko, neuvojen hakeminen, tavoitteiden asettaminen, tilanteen uudelleen arviointi ja tiedostaminen, ohjeiden noudattaminen, aktiivisuus, sosiaalisen tuen hakeminen sekä vastuunotto. Näitä keinoja käytetään lähinnä silloin, kun arvioidaan, että tilanteeseen voidaan vaikuttaa ja tavoitteena on palauttaa ja suojella yksilön hyvinvointia elämäntilanteissa eri keinoin. Tunne-suuntautuneissa selviytymiskeinoissa taas pyritään tasapainoon tilanteen aiheuttamien tunteiden käsittelemisen avulla. Tavoitteena on hallita ja säädellä stressitilanteen aiheuttamia tunteita. Keinoina ovat muun muassa tunteiden tiedostaminen, ilmaiseminen ja säätely, pyrkimys hallita esimerkiksi vammautumisen aiheuttamia emotionaalisia seurauksia sekä asioiden tarkasteleminen uudesta näkökulmasta. Tilanteissa, joihin ei voida aktiivisesti vaikuttaa, tunteiden säätelyyn tähtäävät selviytymiskeinot auttavat selviytymään tilanteen synnyttämistä negatiivisista tunteista. Selviytymiskeinojen valinta ja käyttö vaihtelevat siis tilanteiden mukaan ja on vaikea ennustaa, mikä keino missäkin tilanteessa on paras. (Lazarus & Folkman 1984, 150; Folkman & Moskowitz 2004, 752–753, Järnefelt 1999, 368–369.) Järnefelt (1999) toteaa, että useat tutkijat korostavat aktiivisten ja ongelmanratkaisuun suuntautuneiden selviytymiskeinojen paremmuutta. Hänen mukaansa on näyttöä myös siitä, että joustavien ja useiden erilaisten selviytymiskeinojen käyttäminen on johtanut onnistuneisiin selviytymistuloksiin.

Selviytymiskeinojen luokittelussa käytetään selviytymiselle tyypillisten piirteiden kriteerejä. Onko menetelmä luonteeltaan kognitiivinen, perustuuko se käyttäytymiseen tai pyritäänkö menetelmän avulla kontrolloimaan tilannetta vai pakenemaan sen kohtaamista? Lisäksi näihin kuuluu kriteeri, joka liittyy menetelmän sosiaaliseen tai yksilölliseen luonteeseen, kuten tavoitteeseen hyödyntää tilanteessa muita ihmisiä tai selviytymiseen tilanteesta omin voimin. Kognitiivisina menetelminä mainitaan muun muassa suunnittelu, tilanteiden pohdinta sekä pyrkimykset olla ajattelematta stressiä aiheuttavia tekijöitä. Käyttäytymiseen perustuvat menetelmät puolestaan viittaavat toimintaan ja tekemiseen, kuten liikuntaan, lepoon ja harrastuksiin. Kontrolloimaan pyrkiviä keinoja ovat esimerkiksi organisointi ja suunnittelu sekä yritykset ratkaista stressiä aiheuttava ongelmatilanne. (Latac & Havlovic 1992, 492–493; Folkman & Lazarus & Gruen & DeLongish 1986b.)

Simmons & Nelson (2007, 41) ovat kehittäneet stressin positiiviseen lähestymiseen holistisen mallin, jota voidaan soveltaa eri tilanteisiin selviytymiskeinojen etsimisessä ja selviytymisprosessin eri vaiheiden ja ratkaisuvaihtoehtojen tunnistamisessa ja arvioimisessa. Mallissa korostetaan positiivisten ja negatiivisten stressitekijöiden yhteisvaikutusta sekä positiivisen stressin myönteistä vaikutusta selviytymiseen. Malli on kehitetty työhön liittyvien stressitekijöiden tunnistamiseen ja työorganisaatioiden kehittämiseen, mutta siinä on yhteneviä piirteitä tässä tutkimuksessa esitettyjen elämänhallintaa kuvaavien mallien kanssa. (Kuvio 13.)

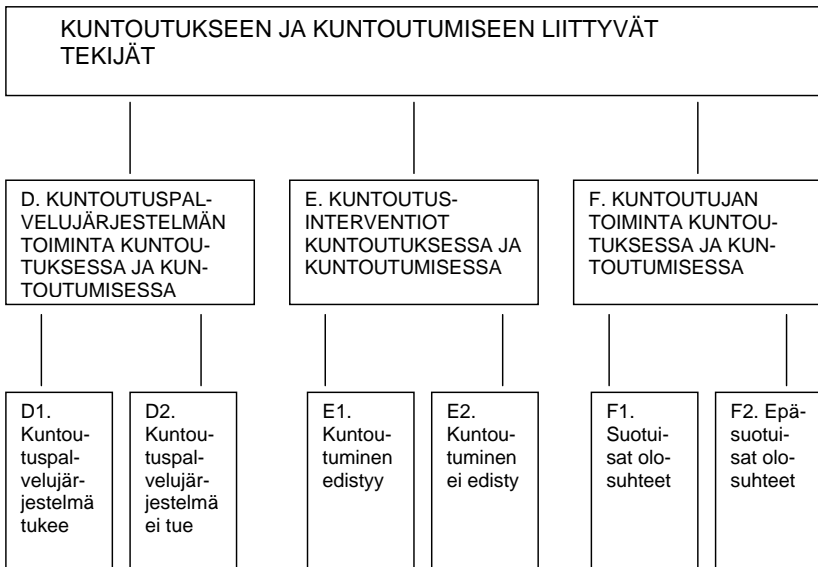


Mukaillen Simmons & Nelson 2007, 41.

Kuvio 13. Holistinen selviytymisen malli.

## 5 KUNTOUTUJIIEN KÄSITYKSET KUNTOUTUKSEEN JA KUNTOUTUMISEEN LIITTYVISTÄ TEKIJÖISTÄ

Toisen tutkimuskysymyksen avulla tarkastelen kuntoutujien käsityksiä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Käsityksiä kuvataan kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnan (kategoria D), kuntoutusinterventioiden toiminnan (kategoria E) ja kuntoutujan toiminnan (kategoria F) näkökulmista. Olen luokitellut käsitykset kuuteen alakategoriaan (D1, D2, E1, E2, F1 ja F2), jotka ovat horisontaalisesti suhteessa toisiinsa. ( Kuvio 14.) Kukin alakategoria sisältää variaatioita käsitystyypeistä, jotka kuvaavat tutkittavan ilmiön olemusta eri näkökulmista ja edustavat tutkittavien kollektiivista tapaa ilmaista käsitys ilmiöstä. Näitä käsitystyyppiä kuvataan tekstissä näytteillä, joissa tekstityperiaatteet ovat samat kuin luvussa 4. Kukin kuvauskategoria kuvataan yksityiskohteisesti omissa pääluvuissaan 5.1–5.3.



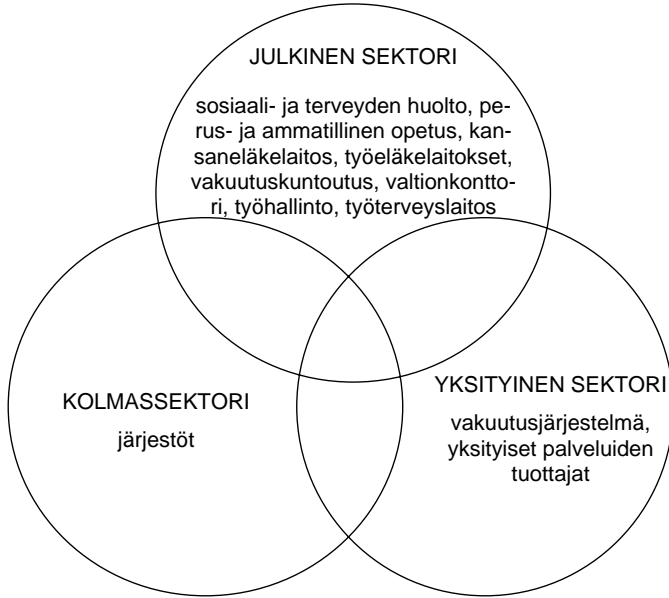
Kuvio 14. Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvien tekijöiden oluttuudet.

## 5.1 Kattegoria D: Kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminta kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on julkisten ja yksityisten palvelujen sekajärjestelmä (kuvio 15). Palvelujärjestelmä on muotoutunut yli 60 vuoden aikana monen hallinnonalan kokonaisuudeksi. Järjestelmää kuvataan monitahoisena ja monimutkaisena, sektoroituneena ja eri hallinnonaloille suuntautuvana palvelukokonaisuutena. Tämän vuoksi kuntoutustoimintaa hallinnoi useat eri vastuutahot, jotka päättävät toiminnan lainsäädännöstä, rahoituksesta sekä palvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä. Kuntoutus ei ole minkään tahon pääasiallinen tehtävä, mikä johtuu suomalaisen kuntoutusjärjestelmän periaatteesta järjestää kuntoutusta yleisten palvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän osana.

Kuntoutuksen hahmottaminen koetaan usein vaikeaksi sekä kuntoutujan aseman ja vaikutusmahdollisuuksien toteutumisen näkökulmasta vaikeaksi, jopa eri osajärjestelmien väliin putoamiseksi. Suureksi ongelmaksi kansalaisille onkin tullut tiedon saaminen palveluista ja niiden edellytyksistä. Kuntoutusasioiden hoitaminen käytännössä edellyttää tietämystä, jota ei ole kenelläkään toimihenkilöllä yksinään riittävästi – asiakkaista puhumattakaan. Kuntoutukselta on tullut hyvin monen toimijan yhteistyötä. Hajautetun järjestelmän toimintaa on pyritty parantamaan muun muassa eri kuntoutustahojen yhteistyöllä ja jämäköittämään lainsäädännöllä, josta esimerkkinä laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003). (Karjalainen 1996, 17–19; Purhonen & Ashorn & Viitanen & Lehto 2006a, 21; Suoranta & Viitanen & Ashorn & Rissanen 2006, 31; Lahtela & Grönlund & Roberg & Virta 2002, 14–15; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 8; Paatero ym. 2008, 31.)

Kuntoutuspalveluiden tuottaja voi olla julkisen sektorin ja yksityisen sektorin lisäksi kolmannen sektorin toimija. (Kuvio 15.) Heidän toimintansa kuntoutuksen toteutuksessa on kiinteä osa kuntoutuspalvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveysjärjestön tekemän selvityksen mukaan sen 117 jäsenjärjestöstä 50 tuottaa kuntoutuspalveluita (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut 2006). Lahtelan ym. (2002) mukaan kuntoutuslaitokset ovat eräs merkittävä kuntoutuspalveluja tuottava tahok. Kolmannen sektorin kuntoutustoiminnassa laituskuntoutus sisältyy osaksi lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustoimenpiteitä.



Mukaillen Lahtela ym. 2002, 15.

Kuvio 15. Suomalainen kuntoutuspalvelujärjestelmä.

### 5.1.1 Katgoria D1: Kuntoutuspalvelujärjestelmä tukee

Kategoriassa D1 kuvataan kuntoutuspalvelujärjestelmän tukevia tekijöitä kuntoutukselle ja kuntoutumiselle seuraavien kriittisten aspektien kautta:

1. *Mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun.*
2. *Laitoskuntoutuksen säännöllisyys edistää kuntoutumista.*
3. *Kolmannen sektorin ja kunnan yhteistyö avomuotoisessa kuntoutuksessa.*
4. *Yleisopetukseen integroiminen tukee sosiaalisuutta.*
5. *Erityiskoulu oppimisen ja kuntoutumisen edistymisenä.*

Kuntoutujan rooli oman kuntoutuksensa suunnittelijana, valitsijana ja päätöksentekijänä on onnistuneen kuntoutustoiminnan lähtökohta

(ks. luku 2.2). Kuntoutuksen asiakaslähtöisyys sekä kuntoutujan oikeus osallistua oman kuntoutusprosessinsa toiminnan arviointiin ja päätöksentekoon on kirjattu useisiin asiakirjoihin niin kansallisesti kuin kansainvälisesti (Esim. Euroopan komissio 1996; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 6.)

Ensimmäinen käsitystyyppi kuvaa kuntoutujan käsitystä, jonka mukaan kuntoutuspalvelujärjestelmä antaa kuntoutujalle erinomaiset mahdollisuudet vaikuttaa oman kuntoutuksensa toteutukseen ja päätöksentekoon. Käsitystyyppistä käy samalla ilmi kuntoutujan määrätietoisuus ja halu ohjata kuntoutustoimenpiteiden valintaa sekä hallinnollista päätöksentekoa omien tavoitteiden mukaisesti. Tämä tulee esille kuntoutujan äänenä: ”*Ja Kela on tähän saakka totellut.*” Käsitystyyppissä ilmenee tyytyväisyys palvelujärjestelmien antamaan mahdollisuuteen valita kuntoutuksen toteutumistavat. Tämän käsitystyyppin näyte 1 edustaa sellaista kuntoutujan toimintaa suhteessa kuntoutuspalvelujärjestelmään, jossa kuntoutuja esittää selvät vaihtoehdot kuntoutukselleen. Kriittisenä aspektina kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa koetaan omasta kuntoutuksesta päättäminen.

Näyte 1. Mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun.

*MK: Miten itse olet kokenut nämä kuntoutuksen järjestelyt?*

*H5: Se justiin on tehty niin kuin olen tahtonut.*

*MK: Elikkä sinä olet saanut osallistua omaan kuntoutuksen suunnitteluun?*

*H5: Joo. Kun mä oon alun perin tehnyt sen toivomuksen, että kun se tehdään lääkäriillä, niin mä oon pannut siihen, että mä haluan, että se just on ollut sillai kun olen toivonut ja hän on vienyt sen Kelalle.*

Kuntoutuslaitoksissa toteutetaan muun muassa sopeutumisvalmennuskursseja ja eri kohderyhmille räätälöityjä kuntoutuskursseja, joiden tavoitteena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen työ- ja toimintakyvyn parantaminen tai säilyttäminen. Kurssien lähtökohtana on muun muassa ohjata kuntoutujia omatoimiseen kunnon ylläpitämiseen sekä parantaa valmiuksia toimia omassa elinympäristössään mahdollisimman täysipainoisesti sairaudesta tai vammasta huolimatta. Tähän pyritään muun muassa antamalla tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista ja tuke-  
malla selviytymistä sairauden kanssa.

Näytteessä 2 korostuu laitospalvelun välttämättömyys toisaalta oman fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilymisen ja toisaalta omaisten voimavarojen säilymisen kannalta. Laitospalvelulla koetaan olevan positiivisia vaikutuksia kuntoutumiselle. Näytteessä käy ilmi kuntoutujan sopeutuminen omaan tilanteeseensa. Kriittisenä aspektina käsityksissä on usko siihen, että säännöllinen laitospalvelu edistää kuntoutumista.

Näyte 2. Laitospalvelun säännöllisyys edistää kuntoutumista.

*MK: Jos ajattelet näitä laitospalvelujaksoja, niin miten ajattelet näiden merkitystä sun kokonaiskuntoutumiselle?*

*H11: Voisko käyttää sanaa välttämätön. Kotona ei pysty samaan jumppaan eikä vaimo uskalla vääntää niinko tytöt täällä. Että kyllä se kunto laskis aika äkkiä jos ei olis tätä.*

*MK: Miten koet sen vaikutuksen, onko se ylläpitävää vai tapahtuuko edistymistä?*

*H11: Kyllä, kun on kahdeksan vuotta halvauksesta, niin se on ylläpitävää. Toisaalta jotain uutta aina pientä löytyy, nytkin. Huomaan, että oikeata kättä voi pitää ylhäällä, tähän mennessä se ei ole pysynyt siellä. Että jotain tuommoisia pieniä asioita, vaikka kaikki puhuu, että se kolme ensimmäistä vuotta olis se ratkaiseva eikä sen jälkeen tapahdu mitään, niin ei se pidä paikkaansa.*

*MK: Mikä sinusta on ollut siinä laitospalveluksessa nyt ja aikaisemmillä kerroilla oikein merkityksellinen asia konkreettisesti sulle?*

*H11: Siinä on oikeestaan kolme asiaa: Tietysti tärkeätä on tääkin fyysinen kunto, sitten toinen on tuttava- ja ystäväpiiri. Ja kolmas asia, mitä monestikaan ei huomata, on että kotona olijat ovat ikään kuin kesälomalla kun mä oon pois sieltä. Koska kyllä sekin täytyy ottaa huomioon, vaikka tää ei nyt niin hirveesti työtä kotona aiheuta, mutta aiheuttaa kuitenkin.*

Kuntoutuspalvelujärjestelmässä kolmannen sektorin eli järjestöjen osuus kuntoutuksen tarjoajana on ollut kasvussa, ja osalla järjestöistä rooli on muuttunut enenevässä määrin palveluntuottajaksi. Useat järjestöt ovat samanaikaisesti oman asiakaskuntansa etujärjestöjä sekä palvelun tarjoajia, jolloin niillä on samanaikaisesti palveluntuottajan ja edunvalvo-



jan rooli. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen selvityksen (2006) mukaan osa kuntoutujista hakeutuu tietoisesti järjestöjen palvelujen piiriin, koska sitä kautta heillä on mahdollisuus tutustua laajemmin järjestötoimintaan. Näin he voivat aktivoitua mukaan esimerkiksi järjestöjen päätöksentekoon, vaikuttamiseen, joka liittyy yleensä omien etujen ja oman kuntoutuksen viiteryhmän etujen ajamiseen, sekä erityisesti toimivien kuntoutuspalvelujen organisoimiseen yhdessä rahoittajien ja kunnan yhteistyökumppaneiden kanssa. Järjestöjen kuntoutuspalvelut eivät ole pelkästään palvelutuotteita, vaan niihin sisältyy tavoite oman jäsenen ja asiakaskunnan hyvinvoinnin edistämisestä, johon kuuluu myös perheenjäsenten hyvinvoinnin huomioiminen.

Näytteen 3 käsitystyypissä on kyse hyvästä avomuotoisesta kuntoutuksesta, jossa kolmannen sektorin järjestö osallistuu kuntouttavan toiminnan järjestämiseen yhdessä kunnan kanssa. Avomuotoinen kuntoutus tukee kuntoutumista ja lisää tyytyväisyyttä asuinkunnan toimintaan. Kriittisenä aspektina kuntoutusta ja kuntoutumista edistävästä tekijänä on kolmannen sektorin ja kunnan välisen yhteistyön kuntoutusmyönteisyys.

Näyte 3. Kolmannen sektorin ja kunnan yhteistyö avomuotoisessa kuntoutuksessa.

*MK: Sää mainitsit tuolla, että osallistut tämmöiseen järjestötoimintaan, kolmannen sektorin toimintaan?*

*H11: Kyllä osallistun aktiivisesti sekä alueelliseen että valtakunnalliseen järjestötoimintaan.*

*MK: Keskustelletteko siellä koskaan näistä merkityksellisyyksistä kuntoutuksessa?*

*H11: Kyllä, joo.*

*MK: Nouseeko siellä esille minkäänlaisia esimerkkejä siitä, mitä avokuntoutajat toivovat tai mikä on merkityksellistä?*

*H11: Joskus. Yleensä mun täytyy sanoa, että kotikuntani on hoitanut hyvin hommat. Ei nyt kiitettävästi, mutta hyvin. Esimerkiksi meillä on kunnan järjestämä vesivoimistelu joka toinen viikko. Vesikin on lämmitetty, ja uimahalli on lähtenyt mukaan siihen toimintaan ja lämmittää veden 30-asteiseksi. Kuljetus on joko invataksilla, tai sitten mennään kimppekyydeillä. Siinä on pieni omavastuu, siellä on ohjaaja paikalla.*

*Tulijoita on niin paljon kuin mukaan mahtuu, avh-kerhohan sen hommasi.*

*MK: Kyllä, se on hienosti hoidettu.*

*H11: On mun mielestäni melko pieneksi kunnaksi yllättävän hyvä.*

Seuraavissa käsitystyypeissä on kyse koulutuksellisesta integraatiosta. Näytteissä 4 ja 5 on kaksi horisontaalisesti toisiinsa suhteessa olevaa käsitystyyppiä, jotka kuvaavat kasvatuksellisen kuntoutuksen järjestämistapaa yhteiskuntaan integroitumisen näkökulmasta. Näytteessä 4 kuvataan integroitumista lähikouluun ja päiväkotiin lapsen kokonaiskehityksen näkökulmasta. Merkityksellisenä asiana tulee ilmi sosiaalistumista ja sen myötä ryhmäytymistä edistävä vaikutus kotiympäristöön integroitumisen tavoitteellisenä toimintana. Kyseessä on ihmissuhteiden muodostumiseen liittyvien valmiuksien kehittyminen. Kriittisenä aspektina on lähikouluun integroitumisen merkitys sosiaalisten suhteiden luomisessa.

Näyte 4. Yleisopetukseen integroiminen tukee sosiaalisuutta.

*MK: Mikä on ollut mielestäsi kaikkein merkityksellisintä ja tuloksellisinta sun kuntoutuksessa elämän aikana?*

*H17: Kyllä vaikei se periaatteessa kuntoutukseen liity, niin kuitenkin ollut se omaan kouluun integrointi, yleisopetukseen integrointi kaikkein merkittävin yksittäinen tapahtuma.*

*MK: Sanoisitko miksi?*

*H17: No, siellä alkoi vasta niin kuin normaalissa koulussa tämmöiset sosiaaliset suhteet oman kotikunnan omaan ikäluokkaan. Jos mä sen verran meen taaksepäin, että vielä ennen sitä normaalikouluun integrointia, niin yksi jolla oli varmaan paljon merkitystä omassa kotikunnassa oli päiväkotiin pääseminen silloin kolmevuotiaana. Sillä oli varmasti kans merkitystä sen sosiaalisuuden ja sosiaalisten suhteitten kehittymisen kannalta pelkkään kotona olemiseen verrattuna. Kyllä niin kuin oma koulu on aina kaikissa tapauksissa alle 10-vuotiaalle lapselle se paras paikka, jos vain kognitiiviset kyvyt riittää yleisopetukseen. Jos muuten ne kuntoutukselliset asiat siellä kotikunnassa jäisivätkin vähän heikommalle, niin siitä on kuitenkin lähettävä, että 6–8-vuotiaan lapsen paikka on kotona vanhempien kans, eikä jossain erityiskoulussa satojen kilometrien päässä.*

Miettisen (2006, 323–326) mukaan erityisopiskelijoita ei tulisi eristää pois omiin ympäristöihinsä, eikä viedä heiltä pois mahdollisuutta identiteetin muodostamiseen lähiympäristössä. Hänen mukaansa hyvä oppimisympäristö, henkilökunnan osaaminen ja tarvittavien tukipalvelujen saatavuus ovat kuitenkin ensiarvoisen tärkeitä vammaisen lapsen ja nuoren kouluun tai opiskeluun liittyviä valintojen tehtäessä, ja ne tulee huomioida koulumuotojen valinnassa ja yhteiskuntaan integroimisessa. Edellisessä näytteessä kuntoutujan käsityksestä käy ilmi, että pienen lapsen kuntouttava ympäristö muodostuu perusturvallisuutta edistävästä ihmissuhteista ja lähiyhteisön palveluista.

Seuraavassa näytteessä kuntoutuja pitää kuntoutumisensa kannalta tärkeänä tekijänä sitä, että hän on voinut osallistua erityisopetukseen erityiskoulussa. Hän kokee, että erityiskoulu itsessään ei puitteina riitä, vaan opettajan rooli opiskelun onnistumisessa ja voimavarojen vahvistumisessa on tärkein osatekijä. Hän korostaa, että oppilaan ja opettajan vastavuoroinen yhteistyö edistää elämänhallintaa ja itsetunnon kehittymistä. Tässä käsitystyyppissä korostuu opettajaan kohdistuvat vaatimukset erityisopetuksessa. Käsitystyyppissä kriittinen aspekti liittyy segregatioon oppimisen ja kuntoutumisen edistymisessä.

Näyte 5. Erityiskoulu oppimisen ja kuntoutumisen edistymisenä.

*H19: On se helpottanut, kun on saanut käydä erityiskoulun. Opettajalla on ollut se merkitys, että miten minä koen ja ymmärrän asiat. Että opettajalla on aika suuri rooli niin kuin elämässä yleensäkin. Että jos opettaja on huono tai ei ole motivoitunut tai ei ota jotakin asiaa silleen, miten minä sen selitän, niin sitten menee kaikki ihan penkin alle. Että opettajalla pitää olla tietty tietämys asioista, osata käsitellä niitä. Kun käy koulua, niin opettajalla on todella suuri rooli siinä miten koulu lähtee käyntiin ja miten minä jaksan käydä koulua. Että ei se ole pelkästään itsestä kiinni. Kyllä se opettajastakin riippuu.*

*MK: Koetko sinä, että tämä koulu on myös sinun kuntoutumista?*

*H19: Kyllähän se tavallaan. Jos ei olisi mitään koulua, niin kyllähän se olisi ihan tyhjän päällä olemista. Että kyllä koulu on eräänlaista kuntoutusta sekä mielelle että keholle.*

Erityiskoulussa opiskelleilla nuorilla on integroitua opetukseen osallistuneita ikätovereita enemmän luokka- ja koulukavereita, joita he kutsu-

vat ystävikseen. Ystävyys-suhteiden muodostuminen edellyttää mahdollisuuksia viettää aikaa yhdessä myös vapaa-aikana. Pelkkä koulukaveruus ei varmista vammaiselle lapselle tai nuorelle ystäviä eikä sosiaalista integraatiota. Opettajan ja vammaisen oppilaan välistä suhdetta kuvataan seuraavasti: ”Jos oppilas haluaa oppia, on aktiivisesti tunnilla mukana, on opettaja myös tottunut vaatimaan häneltä osaamista ja opetuksessa mukana oloa. Mutta jos koulunkäynti ei oikein kiinnosta, jättää opettajakin tällaisen oppilaan helpommin vähemmälle huomiolle. Vammaisuudesta muodostuu kilpi, jonka turviin sekä opettaja että oppilas voivat tarvittaessa vetäytyä.” (Loijas 1994, 58.)

Yhteiskunnallisen integraation toteutuminen kuntoutuksessa liittyy tavoitteeseen edistää kuntoutujan sosiaalista kasvua ja kehittymistä sekä vahvistaa hänen mahdollisuuksiaan osallistua ja selviytyä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Vammaiselle integraatio merkitsee muun muassa sosiaalista hyväksymistä, tasavertaista kohtelua, mahdollisuutta käydä koulua tai päiväkotia muiden kansalaisten joukossa sekä kasvatuksellista tukemista vanhempien ja asiantuntijoiden taholta ympäristössä, joka ei edellytä eristäytymistä muiden toimintojen parista. Yhteiskunnallisen integraation toteutumisen kannalta kasvatuksellisten toimenpiteiden ja päätösten yksilöllisellä huomioimisella ja tarkoituksenmukaisuudella on todettu olevan merkitystä myöhemmissä elämän vaiheissa. (Loijas, 1994, 63–71; Murto 1992, 17; Mattus 1993, 75–76.)

### 5.1.2 Katgoria D2: Kuntoutuspalvelujärjestelmä ei tue

Kategoriassa D2 kuvataan kuntoutuspalvelujärjestelmän ei tukevia tekijöitä kuntoutukselle ja kuntoutumiselle seuraavien kriittisten aspektien kautta:

1. *Koordinaatio ja vastuu puuttuvat kuntoutuksesta.*
2. *Ohjauksessa ja tiedonkulussa on ongelmia.*
3. *Kuntoutustarpeen arviointi puuttuu.*
4. *Kuntoutus on suunniteltu ilman kuntoutujan vaikutusmahdollisuutta.*
5. *Laitoskuntoutus ei ole yksilöllisten tarpeiden mukaista.*
6. *Laitoskuntoutus on liian passiivista.*

7. *Kuntoutuja pelkää kuntoutuspalvelujen päättymistä.*
8. *Palvelujärjestelmän byrokratia uuvuttaa.*

Näytteissä 1 ja 2 ovat kyseessä käsitystyytit, joiden sisällöistä käy ilmi kuntoutuksen järjestämiseen, toteutukseen sekä arviointiin liittyvän koordinoinnin puuttuminen. Tämä tulee ilmi kuntoutujan kritiikissä palvelujärjestelmää kohtaan kuntoutuksen asianmukaisen toteutumisen epäkohtina. Näytteessä 1 kuntoutuksesta vastuussa olevaa tahoa ei ole tunnistettavissa ja kuntoutuja on ikään kuin heitteillä ilman asiantuntijoiden suunnitelmallista ja turvallista sosiaalista tukea. Tässä käsitystyyppissä korostuu toisaalta Kansaneläkelaitoksen vastuu kuntoutuksen maksajana ja päätöksentekijänä ja toisaalta kuntoutuksesta vastuussa olevan organisaation koordinaatio kuntoutuksen toteutumisesta ja täytäntöönpanosta. Vastuu kuntoutuksen täytäntöönpanosta puuttuu, mikä ilmenee kuntoutussuunnitelman katoamisena ja kuntoutuksen toteutumisen puutteena. Kuntoutuja kuvaa tilannetta vaikeaksi, jolla hän ilmaisee tunnetta tilanteen aiheuttamasta epä tietoisuudesta. Käsitustyyppin kriittinen aspekti on kuntoutuksen koordinaation ja vastuun puuttumisessa kuntoutusjärjestelmän toiminnassa.

Näyte 1. Koordinaatio ja vastuu puuttuvat kuntoutuksesta.

*H4: Sitten kotiuduvin sairaalasta ja Kelalle pantiin sitten paperit vetämään jatkokuntoutusta varten. Puoliso ja sosiaalityöntekijä hoiti niitä asioita, vaan sitten ne Kelalla hukkuivat johonkin ne paperit. Ja minä olin semmoisen puoli vuotta kotona, ettei ollut minkäänlaista kuntoutusta.*

*MK: Sen takia, että oli paperit hukunnu?*

*H4: Niin. Vaimo aina soitti ja kyseli ja kyseli, mutta niitä ei sitten koskaan tullut. Sitten mentiin sairaalaan kontrolloitiin niin ne siellä sano, että ne pitää tehdä uudet paperit ja ne teki ja ne pantiin sinne Kelalle ja sitten tuli ne päätökset. Ne tuli sitten kyllä ihan kuukauden–kahden sisään.*

*MK: Eli mikä oliko sulla periaatteessa semmoinen 7–8 kuukautta, melkein vuosi, että olit ilman kuntoutusta?*

*H4: Joo. Niin oli. Se oli semmoinen vaikea pätkä. Kerta kaikkiaan vaikea pätkä.*

*MK: Kuinka kauan siinä oli, jos ajattelet kun tulit sairaalasta kotiin, niin oliko siinä periaatteessa kolme kuukautta sairastumisesta?*

*H4: Joo.*

*MK: Ja siitä lähes vuoden pätkä ilman kuntoutusta?*

*H4: Niin oli. Hermostutti itteäkin se. Ja sitä hommattiin ja soiteltiin.*

*Mä kävin siellä sairaalassa 2 tai 3 kertaa sinä aikana, ja se rupes se lääkäri ottamaan selvää. Sieltä se lähti kuitenkin se homma pyörimään, että Kelalta tuli ne päätökset.*

Seuraavassa näytteessä kriittisenä aspektina on ohjauksen ja tiedonkulun ongelmat kuntoutuksessa. Kuntoutus edellyttää omaisten aktiivisuutta ja vastuullista toimintaa kuntoutuspalvelujärjestelmän palveluiden rinnalla. Palvelujärjestelmän välinpitämättömyyttä kuntoutujasta kuvataan ”*ihan tuuliajoilla olisin, jos minulla ei olisi omaista, joka minun asioitani hoitaisi*”. Palvelujärjestelmän toiminnassa keskeinen puute on ohjauksessa ja tiedon saamisessa silloin, kun kuntoutuja kotiutuu palveluorganisaatiosta. Tilanteessa on vaarana, että kuntoutujalle kuuluva sosiaaliturva sekä kuntoutuspalveluiden seuranta ja arviointi voivat jäädä saamatta. Asiat, joita kuntoutuja kuvaa omaisten aktiivisuuden ja sattumienkin kautta esille tulleiksi, ovat kuntoutujan osallistumista ja arkielämää sekä siinä selviytymistä edistäviä ja hänelle vammaisena henkilönä kuuluvia oikeuksia. Kuntoutuja kokee tärkeänä asiantuntijalähtöisen ohjauksen ja neuvonnan vanhusten asioiden järjestämisessä.

Näyte 2. Ohjauksessa ja tiedonkulussa on ongelmia.

*MK: Miten koette, onko teillä tietoa keneen otatte yhteyttä, jos jotakin kuntoutukseen liittyviä asioita haluaisitte kysyä?*

*H7: Minun tyttäreni on hoitanut paljon niitä asioita.*

*MK: Onko ollut tämmöistä kuntoutusasioista huolehtivaa yhdyshenkilöä ollut, joita yleensä ovat kuntoutusohjaajat tai sosiaalityöntekijät, jotka huolehtivat tällaisista asioista?*

*H7: Minä en ole semmoista tavannut. Kyllä tyttären on täytynyt soittaa hirvittävä määrä puheluita, että tietäis kenen kanssa mistäkin asioista voi keskustella ja kuka voi päättää jostakin asioista. Ja minä vanhuksena koen, että olisin ihan tuuliajoilla jos minulla ei olisi omaista, joka minun asioitani hoitaisi. Ei minulla ollut sairaal-*

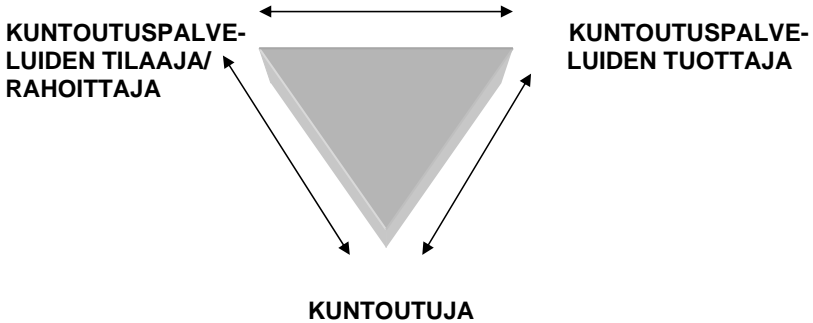
*lasta tullessani voimia selvittää mitään asioita, täyttää papereita ja muuta.*

*MK: Ajattelen juuri esimerkiksi sosiaalityöntekijää, joka on kuitenkin sairaalassa.*

*H7: Tytär kävi sosiaalityöntekijän luona ja hän kertoi, että on olemassa eläkkeensaajan hoitotuki, jota pitää anoa erikseen ja niin edelleen. Olisi kyllä hyvä, jos olisi joku vanhusten asioita hoitava ihminen, joka ottaisi asiat potilaan kannalta. Eikä silläviisiin, että siellä on niin kiire. Meille selvisi kaksi kuukautta sitten sellainen asia, että minulla on mahdollisuus saada vammaispalvelun kautta ilmaisia taksilippuja. Se tieto tuli meille kun taksikuski kysyi, että onko teillä sitä kaupunkikorttia. Tyttäreni soitti jonnekin virastoon ja sieltä asiat alkoivat järjestyä.*

Edelliseen näytteeseen liittyen Sosiaali- ja terveysjärjestöt ry:n tekemän tutkimuksen mukaan suurella osalla kuntoutujista kuntoutus on jäänyt kuntoutussuunnitelmasta huolimatta kokonaan toteutumatta (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut 2006). Tutkimuksessa asiakkaan aito kuuleminen on koettu vähäiseksi. Omia asioitaan ajava, aktiivinen kuntoutuja koetaan hankalana asiakkaana eikä häntä mielletä yhteistyökumppaniksi. Kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuus ja kuntoutuspalveluiden koordinoimattomuus koetaan tilanteena, joka uuvuttaa kuntoutujan omien asioidensa ajajana, eikä kuntoutujalle pääse muodostumaan kokonaiskäsitystä omasta kuntoutuksestaan. Sairastuminen tai vammautuminen on aina jonkinasteinen kriisi ja stressiä aiheuttava tekijä niin kuntoutujalle itselleen kuin hänen lähiomaisilleen. Selviämiseen haetaan apua kaikilta mahdollisilta tahoilta, tai osa ei kykene eikä jaksakaan hakea apua ollenkaan. Asiakkaan ja hänen läheistensä vuorovaikutus asettaa suuria haasteita palvelujärjestelmälle.

Kuntoutussuunnitelma on keskeinen keino yhdistää ja hallita kuntoutuspalvelujen tilaajan, tuottajan ja käyttäjän välistä tavoitteellista vuorovaikutusta. Tässä vuorovaikutuksessa on kyse kuntoutujan fyysisistä, psyykkistä, sosiaalista tai taloudellista selviytymistä edellyttävästä elämäntilanteesta ja siitä selviytymisestä. (Kuvio 16.)



Mukaiillen Lindh 2007, 5.

Kuvio 16. Kuntoutussuunnitelma dialogisena yhteistyönä.

Näytteissä 3 ja 4 tulee ilmi kuntoutustarpeen arvioimiseen ja kuntoutussuunnitelman toteutumiseen liittyviä epäkohtia. Näyte 3 kuvaa käsitystyyppiä, jossa kuntoutuja kokee tarvitsevansa ulkopuolista tukea ja aitoa kiinnostusta terveydentilastaan. Kuntoutuja kokee, että yhteiskunta ei ole puuttanut hänen toimintakykynsä ylläpitämiseen ja edistämiseen sekä tähän liittyvään elämänhallintaan ja arjessa selviytymiseen, huolimatta säännöllisestä terveydentilan seurannasta ja siihen liittyvästä hoidosta. Hänellä itsellä ei ole ollut omia voimavaroja eikä tietoa ottaa oma elämänsä jäsentyneesti haltuun ilman ulkopuolisen tukea. Kuntoutustarvetta ei ole arvioitu säännöllisesti. Käsitystyyppistä käy ilmi kritiikki, joka kohdistuu palvelujärjestelmän toimivuudessa henkilökohtaisen suunnitelman puuttumiseen, mutta toisaalta myös itsensä syyllistäminen tapahtumien kulusta. Puutteen johdosta kuntoutuja kokee jääneensä ilman hänelle kuuluvia palveluita. Kriittisenä aspektina on palvelujärjestelmän välinpitämätön asenne kuntoutujan elämäntilanteeseen sekä kuntoutustarpeen arvioinnin puuttuminen kuntoutujalle kuuluvana oikeutena ja palvelujärjestelmän vastuulla olevana toimintana. Tuki kuntoutuksen käynnistämässä puuttuu.

Näyte 3. Kuntoutustarpeen arviointi puuttuu.

*MK: Oletko saanut itse vaikuttaa omaan kuntoutukseen?*

*H9: Kyllä. Lähin nyt hakemaan kuntoutusta 22 vuoden jälkeen vammautumisesta. Tiedän, että olen ollut itse semmoinen huono arvioi-*



*maan omaa jaksamista, ja minua tavallaan harmittaa, että minä olisin voinut saada paljon aikaisemmin paljon tehokkaampaa kuntoutusta. Mutta minä itse en ole oikein, en tiedä, motivoitumisesta se ei ole ollut kiinni. Vaan mulla oli pieni lapsi ja sitten mulla on sairas puoliso, eliikkä meillä on ollut niin rankka elämänvaihe sanotaan se 26 vuotta. Eliikkä tuntuu, että ei ole ollut aikaa huolehtia itsestä. Tottahan sitä aikaa olisi jostain saanut jos olisi lähtenyt hakemaan.*

*MK: Mutta sitä ei kukaan sinulle tarjonnut?*

*H9: No ei ole kukaan tarjonnut.*

*MK: Kaipaisitko, että olisi tarjottu?*

*H9: Kyllä, enempi olisin toivonut, että minulta olisi kysytty. Kun ajatellaan, että minähän käyn säännöllisesti lääkärissä. Että minulta olisi ruvettu kysymään, että miten minun tämä vammaisuusasia on, että onko se hoidossa. Mutta sitä ei ole kysytty. Että semmoista tukea oisin tarvinnu. Ja sitten mua harmittaa, että mä en ite ottanu näihin liittoihin yhteyttä. Että mä oisin saanu keskustella toisten kanssa, joilla oli tämä halvaus ja että oisin saanut tietää, mitä on tarjolla. Että se mua itteäni nyt jälestä päin harmittaa.*

Kuntoutuksen hyvällä ja tarkoituksenmukaisella suunnittelulla ja säännöllisellä arvioinnilla luodaan pohja tulokselliselle kuntoutukselle. Kuntoutussuunnitelma sisältää tiedon kaikista niistä palveluista, joita kuntoutuja tarvitsee kuntoutuksen saumattoman palveluketjun toimimisen varmistamiseksi sekä oikein ja asianmukaisesti ajoitetuksi kokonaisuudeksi.

Näytteessä 4 kuntoutuja kokee, että ei ole saanut vaikuttaa oman kuntoutuksensa suunnitteluun eikä osallistua suunnitelman tekemiseen. Hän ei myöskään tiedä kuntoutuksesta vastuussa olevasta tahosta, eikä häntä ole huomioitu omiin asioihinsa liittyvien päätösten tekemisessä. Käsitystyyppistä käy ilmi asiantuntijalähtöinen toimintamalli, jossa korostuu yksipuolinen autoritaarinen vallankäyttö ja kuntoutujaa alistava asenne. Kuntoutuja ilmaisee huolensa kuntoutuksen jatkumisesta, johon hän ei ole tyytyväinen mutta johon veloitetaan alistumaan. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on asiakaslähtöisyyden puuttuminen kuntoutuksen suunnittelussa.

Näyte 4. Kuntoutus on suunniteltu ilman kuntoutujan vaikutusmahdollisuutta.

*MK: No kuka nyt vastaa sinun kuntoutusasioista kun siirryit sairaalasta kotiin? Tiedätkö sitä?*

*H13: En minä tiedä.*

*MK: Oletko sinä ollut mukana oman kuntoutussuunnitelma laatimisessa?*

*H13: En ole ollut.*

*MK: Et ole saanut sanoa kenellekään, että mitä sää haluat?*

*H13: Ei, kukaan ei ole kysynyt.*

*MK: Oliko ketään tämmöistä koordinaattoria tänne kotiin siirtymisessä, joka olisi siitä kuntoutuksesta huolehtinut?*

*H13: Ei ollut ketään. Sitten tuli vain kirjelmä siitä fysioterapiasta, että minä saan sen kotiin. Se oli 30 kertaa käyntejä ensiksi, ja sitten anottiin lissää 20 kertaa. Ja sitten ne loppu siihen. Ja nyt on ens vuodellekin määrätty tai hyväksytty, mutta vain 10 kertaa kotikäyntinä. Minusta se ei ole kyllä mistään kotoisin.*

Näytteissä 5 ja 6 kuvataan kuntoutujien käsityksiä kuntoutuspalvelujärjestelmästä henkilökohtaisen laituskuntoutuksen toteutumisesta. Käsitystyypeistä käy ilmi, että laituskuntoutus on avokuntoutuksen rinnalla toteutettava kuntoutusmuoto, joka ikään kuin kuuluu itsestäänselvyytenä kaikille vaikeavammaisille vuosittain. Molemmissa käsitystyypeissä kritisoidaan yksilöllisen fysioterapian puuttumista ja ryhmämuotoisten toimintojen hallitsevuutta kurssien sisällöissä. Näytteestä 5 käy ilmi, että kuntoutus ei ole ollut kuntoutujan kohdalla yksilöllistä, eikä hänellä ole ollut mahdollisuutta osallistua sisällön suunnitteluun tai vaikuttaa sen toteutumiseen. Kuntoutujaa motivoi laitosjaksolle kaunis ympäristö, hyvä ruoka ja rentoutumisen mahdollisuus, mutta hän kuvaa fyysisen toimintakykynsä heikentyneen, sosiaalisten kontaktien puuttuneen ja motivaation sekä mielialan laskeneen jakson aikana. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on yksilöllisten tarpeiden unohtaminen laituskuntoutuksesta.

Näyte 5: Laituskuntoutus ei ole yksilöllisten tarpeiden mukaista.

*H15: Joka toinen vuosi haen sitä yksilöllistä laitosjaksoa. Ja nytten olin tänä syksynä semmoisella. Mää haluan sinne, kun siellä on niin mahtavat maisemat ja hyvät ruuat.*

*MK: Kauanko se kesti?*

*H15: Tämä jakso kesti kolme viikkoa. Vaan se oli kyllä niin naurettava jakso. Että pari kertaa oli niinku henkilökohtaista fysioterapiaa. Sinä aikana minä menin huonompaan suuntaan.*

*MK: Millä tavalla huonompaan?*

*H15: Jäykistyin ja silleen.*

*MK: Vaikuttiko se sinun itsenäiseen selviytymiseen?*

*H15: Vaikutti, meni monta viikkoa sen jälkeen että saatiin rentoutumaan.*

*MK: Elikkä varmaan se rentoutuminen on sulle tärkeä asia.*

*H15: Joo kyllä se on.*

*MK: Sää oot ollut joka toinen vuosi tämmöisellä kolmen viikon kuntoutusjaksolla.*

*H15: Joo. Vaan siellä viime kerralla oli vähän semmosta vanhojen mummojen ja pappojen kanssa venyttelyä. Yleensä olen kokenut nämä jaksot vähän silleen, ettei niistä ole mitään hyötyä. Lähinnä mää lähin syömään sinne.*

*MK: Mutta kolmeksi viikoksi syömään?*

*H15: Niin...*

*MK: Onko se automaatio tämmöiset jaksot, että ne on aina automaattisesti kolme viikkoa joka toinen vuosi?*

*H15: Niitä pitää hakea. Lääkärin pitää suositella semmoista.*

Näytteessä 6 kuntoutuja kokee laituskuntoutuksen passivoivana ja kuntoutumistavoitteen kannalta hyödyttömänä. Kuntoutuja on tyytyväinen palvelujärjestelmän tapaan muuttaa käytäntöä, mutta esittää kritiikkiä kuntoutuksen sisällön ja siitä saadun hyödyn suhteeseen niin kuntoutujalle kuin kuntoutuksesta maksajalle. Kriittisenä aspektina on kuntoutujan kokemus laituskuntoutuksesta sisällöllisesti passivoivaksi.

Näyte 6. Laituskuntoutus on liian passiivista.

*H11: Mulle myönnettiin melko heti vammautumisen jälkeen yksi kolmen viikon jakso laituskuntoutusta. Ja mä olin sen kolme viikkoa, mutta viimeisellä viikolla motivaatio laski ihan selvästi. Mä kävelin Kelaan, että voiskos mitenkään vaihtaa sen kahteen kahden viikon jaksoon. Ja sanottiin, että ei ole mikään ongelma.*

*MK: Koit, että se viimeinen viikko oli liikaa?*

*H11: Se oli liikaa se viimeinen viikko. Ja sitten muutenkin se touhu muuttui semmoiseksi, että se meni enempi makoiluksi. Että se henkilökohtainen fysioterapia loppui jossakin vaiheessa ihan kokonaan. Yks tai kaks ryhmää oli päivässä ja loput makoiltiin. Kuitenkin Kela maksaa meistä per vuorokausi, niin täytyy saada kuntoutustakin.*

*MK: Elikkä sää koit, että se ei ollut merkityksellistä se kuntoutus.*

*H11: Ei, koska se meni liian makoiluksi.*

Käsitystyypeissä 7 ja 8 kuvataan kuntoutuspalvelujen rahoittajan valtaa suhteessa kuntoutujaan, mikä tulee ilmi toisaalta pelkona kuntoutuksen jatkuvuudesta, toisaalta uupumuksena ja turhautumisena kuntoutuksen toteutumiseen liittyvää byrokratiaa eli virkavaltaisuutta kohtaan. Näytteessä 7 kuntoutuja pelkää oman kuntoutuksensa toteutumisesta tulevaisuudessa, koska hän kuuluu Kelan järjestämän kuntoutuksen piiriin. Kuntoutuksen järjestämisvastuu vaikeavammaisten kuntoutuksessa on jaettu terveydenhuollon ja Kelan kesken niin, että Kela ei vastaa 65 vuotta täyttäneiden kuntoutuksesta, vaan järjestämisvastuu on terveydenhuollolla. (Ståhl & Rissanen 2008a, 735.) Tätä kytköstä on esitetty poistettavaksi niin, että Kelan kuntoutukseen oikeutettavia olisivat myös yli 65-vuotiaat vaikeavammaiset kuntoutujat (Konsensuslausuma 2008, 24). Kuntoutujan pelko syntyy epätietoisuudesta terveydenhuollon järjestämää kuntoutuksen laatua kohtaan. Käsitystyyppin ytimenä on pelko kuntoutuksen laadun heikkenemisestä 65 ikävuoden jälkeen. Kriittisenä aspektina on pelko kuntoutuspalvelujen päättymisestä.

Näyte 7. Kuntoutuja pelkää kuntoutuspalvelujen päättymistä.

*H11: Lähinnä se kun minun kuntoutussuunnitelma loppuu vuoden vaihteessa, niin sen uusiminen on tärkein asia. Tietysti tulevaisuutta ajatellen pelottaa se kun viiden vuoden päästä täytän 65 vuotta. Loppuu Kelan kuntoutus, ja kun tietää kuntien määrärahat niin se tietää kotiin jäämistä. ...Kyllä valtion pitäisi hoitaa tällaiset hommat.*

Näytteessä 8 kuntoutuja kuvaa kuntoutuspalvelujärjestelmässä vallitsevaa byrokratiaa uuvuttavana sekä kuntoutujan kannalta katsottuna tarpeettomana ja kuntoutustoimintaa vaikeuttavana ja hidastavana asioiden käsittelyinä. Kuntoutuja kritisoi kuntoutuspalvelujärjestelmän edellyttämää

työmäärää suhteessa kuntoutujan voimavaroihin sellaisen kuntoutuksen toteutuksessa, joka kuuluu vaikeavammaisten lainsäädännön vastuu-alueeseen. Tässä käsitystyyppissä kuvataan kuntoutujan ja päätöksentekijän välistä suhdetta autoritaarisena, mihin viittaa uskalluksen puute omaan kuntoutukseen liittyvien asioiden puheeksi ottamisessa. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on palvelujärjestelmän byrokratian uuvuttavuus.

Näyte 8. Palvelujärjestelmän byrokratia uuvuttaa.

*MK: Kun puhuit kuntoutussuunnitelmista, niin mikä on siinä tämänhetkinen tilanne?*

*H12: Kuntoutussuunnitelma on voimassa vuoden loppuun. Kelalta olen hakenut kuntoutusrahaa. Nämä on kyllä kiinalaisia systeemejä, että pitää hakea. Se oli kanssa ihme, että minulle oli edellisessä kaupungissa jo myönnetty Kelalta kuntoutukset, niin kuntoutussuunnitelma ja kuntoutukset piti hakea uudelleen kun muutin uudelle paikkakunnalle. Tuntui, että Suomessa kaikki Kelat on samaa, mutta ei ne oo. Piti uusiksi hakea kaikki. Ne perusteli, että heidän pitää tehdä omat päätökset, että he on eri kuntia. Tyhmää.*

*MK: Eivät konsultoineet keskenään?*

*H12: Silleen tuntuu, että jos ihminen on sairas ja väsynyt ja vammainen, niin sitten vielä juoksetetaan. Heikommat ei kestäis tämmöistä sairautta ja juoksemista. Monikaan ihminen ei tiedä ja ei uskalla puhua sitten mitään, vaan ne tyytyy että pitääpä tehdä uusi hakemus.*

Kategoriaan D liittyvien käsitystyyppien kriittiset aspektit muodostavat kuvauksen kuntoutujien tavoista kokea kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminta kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä. Kuviossa 17 on yhteenvedo alakategorioiden D1 ja D2 kriittisistä aspekteista, joiden perusteella kategoria D muodostuu.

KUNTOUTUKSEEN JA KUNTOUTUMISEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT		
↓	↓	↓

**Kuvauskategoria D: KUNTOUTUSPALVELUJÄRJESTELMÄN TOIMINTA KUNTOUTUKSESSA JA KUNTOUTUMISESSA**

Käsitystyyppi	Kategoria D1: Kuntoutuspalvelujärjestelmä tukee	Käsitystyyppi	Kategoria D2: Kuntoutuspalvelujärjestelmä ei tue
1	Mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun	1	Koordinaation ja vastuu puuttuu kuntoutuksesta
2	Laitoskuntoutuksen säännöllisyys edistää kuntoutumista	2	Ohjauksessa ja tiedonkulussa on ongelmia
3	Kolmannen sektorin ja kunnan yhteistyö avoimuotoisessa kuntoutuksessa	3	Kuntoutustarpeen arviointi puuttuu
4	Yleisopetukseen integroituminen tukee sosiaalisuutta	4	Kuntoutuksen on suunnittelu ilman kuntoutujan vaikutusmahdollisuutta
5	Eryityskoulu oppimisen ja kuntoutumisen edistymisenä	5	Laitoskuntoutus ei ole yksilöllisten tarpeiden mukaista
		6	Laitoskuntoutus on liian passiivista
		7	Kuntoutuja pelkää kuntoutuspalveluiden päättymistä
		8	Palvelujärjestelmän byrokraatia uuvuttaa

Kuvio 17. Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvät tekijät kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa.

Käsitystyyppien kriittisten aspektien perusteella muodostuu kuntoutujien kollektiivinen käsitys kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnasta. Toimintaa kuvataan kuntoutuspalvelujärjestelmään liittyvillä tukevilla ja ei-tukevilla tekijöillä. Kuntoutujat ovat kokeneet kuntoutusjärjestelmän toimivuudessa sekä myönteisiä että kielteisiä piirteitä. Kuvaan näitä tekijöitä yhteistyöhön, koordinointiin, tiedonkulkuun sekä valtaan liittyvistä näkökulmista. Leinon (2006) mukaan terveydenhuoltoon liittyy mielikuva, että se on yhteiskunnan palveluista ihmisläheisimpiä. Sen palveluihin liittyy odotuksia, vaatimuksia, luottamusta ja haavoittuvuuttakin.

Suurelta osin julkisen terveydenhuollon vastuulla olevat hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät prosessit ovat sisällöltään hyvin haastavia ja monisäikeisiä, kuten vammaisena syntyneen lapsen kuntoutus varhaislapsuudesta kouluikään ja ammatinvalintaan tai aivoverenkiertohäiriön jälkeinen kuntoutus, jonka tavoitteena on kuntoutujan arkielämässä selviytyminen ja toimintakyvyn edistäminen. Näiden kysymysten äärellä on tärkeä pohtia, miten kuntoutuva ihminen persoonana jaksaa, pärjää, kehittyy ja itsenäistyy, ja miltä ihmisestä tuntuu, kun henkilökohtaisten kysymysten arviointia ja päätöksiä tekee ulkopuolinen asiantuntija. (Leino 2006, 56–66.)

Lahtelan ym. (2002) mukaan kuntoutukseen liittyvän yhteistyön puutteellisuus ja toiminnassa ilmenevät epäkohdat on tiedostettu hajanaisen kuntoutuspalveluverkoston yhteistyössä. Kuntoutuksen toteuttaminen ja hallitseminen nykyisessä pirstaleisessa palvelujärjestelmässä on herättänyt myös epäilyjä toteutuksen mahdollisuuksista niin kuntoutuksen toteuttajien kuin käyttäjien eli kuntoutujien keskuudessa. Lahtela toteaa, että suomalaisessa kuntoutuspalvelujärjestelmässä esiintyy yhteistyöongelmia kaikilla hallinnon tasoilla. Kuitenkin mitä lähempänä käytännön asiakastyötä yhteistyö toteutuu, sitä paremmin sen arvioidaan sujuvan. Kuntoutuksen käynnistämävaiheeseen liittyvän yhteistyön arvioidaan sujuvan kohtalaisesti, mutta ongelmia esiintyy kuntoutuksen jatkuvuuden varmistamiseen liittyvässä yhteistyössä. (Lahtela ym. 2002, 48–50.)

Kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnasta muodostuu kuva, että kuntoutujat ovat olleet tyytyväisiä erilaisiin yksilöllisiin koulutusjärjestelmän mahdollistamiin ratkaisuihin. Kuntoutujilla on ollut mahdollisuus opiskella itselleen tarkoituksenmukaisessa oppimisympäristössä. Tämä näkyy kuntoutujien tyytyväisyytenä yksilöllisiä tarpeita kunnioittavaan asennoitumiseen kouluvaihtoehdon valinnassa sekä opetuksen ja oppimisen tukemisessa. Myönteiseen asennoitumiseen liittyy myös julkisen sekä kolmannen sektorin yhteistyön tulos, kuntoutumista tukeva avokuntoutusmuoto, jossa lähtökohtana on kuntoutujien tarpeisiin vastaaminen, aktiivisuuden tukeminen ja yhteiskuntaan integroitumisen helpottaminen. Käsityksissä korostuvat asiakaslähtöisyyden kunnioittaminen sekä yhteistyön toimivuus asiakkaan ja kuntoutuspalvelujärjestelmän välillä.

Laitoskuntoutukseen kuntoutusmuotona on oltu toisaalta tyytyväisiä ja toisaalta tyytymättömiä. Laitoskuntoutuksen hyötyä kuvataan mah-

dollisuutena irtaantua kotiympäristöstä ja ylläpitää kuntoutumista edistäviä sosiaalisia suhteita vertaistukena. Hyötynäkökulmassa korostuvat fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen liittyvät tekijät. Toisin kuin tällaisessa käsitystyyppissä, ei laitospääntoutukselle asetettujen tavoitteiden toteutumiseen aina ole oltu tyytyväisiä. Laitospääntoutukseen kuitenkin hakeudutaan säännöllisesti, vaikka sen hyötyä ei kuntoutumisen näkökulmasta arvosteta. Hakeutumista motivoivana tekijänä on koettu ympäristöön ja aineellisiin tekijöihin liittyvät seikat, kuten hyvä ruoka ja mahdollisuus tutustua ympäristön tarjoamiin tapahtumiin ja kulttuuri-toimintoihin. Tutkittavat näkivät laitospääntoutuksen puutteina muun muassa yksilöllisen fysioterapian riittämättömyyden, ryhmämuotoisten toimintojen lisääntymisen sekä passivoivan toimintamallin korostumisen.

Purhonen ym. (2006a) ovat tutkineet suomalaista kuntoutusjärjestelmää lainsäädännössä ja keskeisissä valtakunnallisissa kuntoutuksen asiakirjoissa. Kuntoutusjärjestelmän ongelmina mainitaan muun muassa vastuunjakoon ja hajanaisuuteen liittyvät kysymykset asiakirjoissa. Asiakirjoissa asiakkaan asema korostuu entistä enemmän. Puutteita löytyy edelleen eri väestöryhmien yhdenvertaisuudesta. Tämä näkyy muun muassa eriarvoisena kohteluna haettaessa kuntoutusetuuksia ja arvioitaessa kuntoutusetuuksien perusteluja. (Purhonen ym. 2006a, 21–23.)

Kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa on tunnistettavissa piirteitä, jotka liittyvät valtaan ja sen eri muotojen käyttämiseen kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvissä vaiheissa. Weberin (1989, 212) mukaan valta tarkoittaa kaikkia mahdollisuuksia saada oma tahto läpi sosiaalisen suhteen sisällä myös vastarinnasta huolimatta. Wrong (1979) luokittelee vallan kahdeksaan eri muotoon, jotka ovat voimankäyttö, manipulointi, pakottaminen, palkitseminen, legitiimi auktoriteetti, kompetentti auktoriteetti, henkilökohtainen auktoriteetti ja rationaalinen argumentaatio tai vakuuttaminen. Hänen mukaansa valta on joidenkin henkilöiden kykyä saada aikaan tarkoituksellisia ja enustettavia vaikutuksia, jotka mahdollistuvat vallan käyttämisen avulla. Palokangas (2008, 5–6) on tutkinut vallan käsitettä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hän toteaa tämän sektorin koostuvan ihmissuhteista asiakastyössä ja palveluiden tuottamisesta mukana olevien toimijoiden välillä. Valta on koko ajan läsnä sosiaali- ja terveydenhuollon arjessa.



Tutkimusaineistossani valta on ollut läsnä myös kuntoutustoimintaa organisoivassa palvelujärjestelmässä. Vallan käytön muotona korostuu legitiimi auktoriteetti, joka näkyy palvelujärjestelmän oikeutena suunnitella kuntoutukseen liittyviä toimenpiteitä ilman, että kuntoutujalla on ollut mahdollisuus osallistua kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon. Kyseessä on instituutio, joka käyttää legitiimiä valtaa suhteessa kuntoutujaan. Tällaiseen vallankäytön muotoon liittyy instituution katsoma oikeus tehdä muita sitovia päätöksiä tiettyjen asioiden suhteen. (Ks. Wrong 1979, 49–52; Lagerspetz 1993, 43–44.) Tällainen vallankäytön muoto on aiheuttanut pelkoa ja epätietoisuutta kuntoutuksen toteutuksesta. Wrong (1979) luokittelee yhdeksi vallan muodoksi kompetentin auktoriteetin. Siinä kohde tottelee auktoriteetin määräyksiä tai ohjeita, koska uskoo tällä olevan sellaisia kykyjä ja tietoa, jotka parhaiten edistävät kyseisen asian parasta mahdollista edistymistä. Aineistossani kuntoutujat ovat tyytyneet siihen, että kuntoutustarvetta ei ole arvioitu säännöllisesti eivätkä kuntoutujat ole olleet tietoisia kuntoutuksen jatkuvuudesta.

Vallankäytön ohella vastuu kuntoutuksen tarkoituksenmukaisesta koordinoinnista on tekijä, joka ei ole tukenut kuntoutumista. Sairaala- ja kotiin siirtyminen on koettu tilanteena, jossa tarvitaan asiantuntijan tukea useissa kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä, jotka konkretisoituvat vasta arjen toiminnoissa ja joita ei pysty etukäteen ennakoimaan. Kuntoutujien käsityksissä tähän liittyy useita epäkohtia kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa. Kuntoutuspalvelujärjestelmästä muodostuu sellainen kuva, että se ei huolehdi vastuullisesti kuntoutujan jatkokuntoutukseen ja kotona selviytymiseen liittyviä asioita. Kuntoutujat eivät tiedä kuntoutukseensa liittyviä yhdyshenkilöitä, joihin he voivat ottaa yhteyttä tarpeen vaatiessa. Kuntoutujat odottavat ohjausta ja neuvontaa sekä tukea uudessa elämäntilanteessaan. Muodostuu käsitys, että palvelujärjestelmässä pärjääminen edellyttää kuntoutujalta rohkeutta ja vahvaa luonnetta sekä aktiivisuutta toimia asioissa, jotka kuuluvat asiantuntijoiden vastuulle. Kuntoutustoimintaa säätelevien lakien yhteinen lähtökohta korostaa kuntoutujan ja hänen lähiomaistensa mukaan ottamista kuntoutuksen suunnitteluun. Tällä halutaan painottaa kuntoutujan tasavertaista osallistumista ja oikeutta vaikuttaa kuntoutussuunnitelman sisältöön. (Kari & Puukka 2001, 16, 20–21.) Kuntoutussuunnitelmaa tulee säännöllisin väliajoin arvioida, jolloin voidaan puuttua ajoissa kun-

toutukselle asetettujen tavoitteiden ja toteutuksen tarkoituksenmukaisuuteen.

Karin ja Puukan (2001, 66) mukaan vaikeavammaisen kuntoutujan ja/tai hänen lähiomaisensa osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun sekä tiedon saaminen kuntoutussuunnitelmasta on kuitenkin sattumanvaraista. Hyvinkin laadittu kuntoutussuunnitelma menee hukkaan, jos kuntoutujalla ei ole ollut mahdollisuuksia sitoutua sen toteuttamiseen, suunnitelmassa ei ole otettu huomioon kuntoutujan mahdollisuuksia soveltaa sitä tai kuntoutujalla ei ole ylipäätään tietoa suunnitelmasta (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut 2006, 14).

Välittömään asiakastyöhön liittyvässä kuntoutuksessa koordinoimattomuus yhdistyy kuntoutussuunnitelman puuttumiseen, mikä taas näkyy kuntoutujalle kuuluvien oikeuksien toteutumattomuutena. Kuntoutussuunnitelmaan liittyvissä käsityksissä korostuu kuntoutujien tietämättömyys omasta kuntoutuksesta, kuntoutuksen vastuuhenkilöistä, kuntoutussuunnitelman sisällöstä, jatkokuntoutuksesta ja kuntoutuksen tulevaisuudesta.

Kallanranta (2003, 99–102) on todennut, että kuntoutuksen jatkuvuus, johdonmukainen toteutus ja pitkäaikaisuus ovat yhteydessä kuntoutujan selviytymiseen. Kuten edellä olen todennut, monimuotoinen kuntoutuksen palvelujärjestelmä edellyttää kuntoutujalta aktiivisuutta sekä aloite- ja ongelmanratkaisutaitoja tilanteissa, joihin hänellä ei ole voimavaroja ja joihin liittyvistä ratkaisuista hänellä ei ole käsitystä. Toistuvia ja säännöllisiä palveluja tarvitsevien kuntoutujien selviytymisen edistämiseen tuo ratkaisun asianmukaisesti laadittu ja säännöllisesti arvioitava palvelu- tai kuntoutussuunnitelma, jonka tavoitteena on luoda kuntoutujalle saumaton, joustava ja yksilöllinen palvelukokonaisuus, jossa huomioidaan kuntoutujan voimavarat. (Mäkilä & Sjögren 2008, 144–145.)

Tutkimustuloksissa kuvattiin kuntoutujien pelkoa jäädä ilman kuntoutuspalveluita. Lääkinnällisen kuntoutuksen epäkohtina pidetään kuntoutustoiminnan alueellista sekä vamma- ja sairauskohtaista eriarvoisuutta, joiden syiksi esitetään kuntien välisiä voimavaroja, arvostuksia, työntekijöiden osaamista ja asenteita sekä henkilöstön puutetta. Terveystieteiden vastuulla olevat yli 65-vuotiaat lievemmin vammautuneet henkilöt ovat vaarassa jäädä kuntoutustoiminnan väliinputoajiksi,

jos lääkinnällisen kuntoutuksen lainsäädäntöön ei saada kansalaisia yhdenmukaisesti kohtelevia uudistuksia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuspalvelut 2006, 15.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelmassa (Kaste 2008-2011) on tavoitteena ihmisten terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaalisen osallisuuden lisääminen. Kuntoutujan näkökulmasta on tärkeää, että ohjelmassa on tavoitteena selkiyttää eri hallintotasojen välinen vastuunjako ja epämääräisyys, mikä varmistaisi palveluiden saumattoman toiminnan muun muassa kuntoutuksen eri organisaatioiden välillä. Uudistuksella toivotaan olevan merkitystä tutkimuksissa ilmenneisiin epäkohtiin kuntoutuksen koordinoinnissa ja tiedonkulussa.

Asiakaslähtöisyys on laajasti omaksuttu kuntoutuksen keskeiseksi periaatteeksi niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Tämä näkyy kuntoutustoimintaa ohjaavissa asiakirjoissa sekä kuntoutuksen toimintaa ja tavoitteita kuvaavissa arvolähtökohdissa. Kuntoutuksen paradigman kehityksen myötä (ks. tarkemmin luku 2.2) tutkimuksessa on korostettu entistä enemmän palvelujärjestelmän näkökulmaa kuntoutuksen käytäntöjen toteutumisessa sekä kuntoutujien mahdollisuuksia palveluiden käyttäjänä (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, 26). Kuntoutuksen asiakasyhteistyön lainsäädännön uudistuksen (497/2003) myötä asiakkaan aseman parantaminen on ollut kuntoutustoiminnan lähtökohtana, minkä tulisi näkyä suunnitelmallisuuden, asiakkaan osallistumisen mahdollisuuksien ja asioiden käsittelyyn osallistuvien yhteistyön lisääntymisenä. Tutkimuksessa kuntoutuksen asiakastyölain vaikutuksista asiakkaan asemaan ja paikallisten viranomaisten yhteistyöhön todetaan, että asiakkaat ovat entistä enemmän mukana ryhmissä, joissa käsitellään heidän kuntoutukseensa liittyviä asioita. Heikoimmin ovat toteutuneet asiakkaiden yksilöllinen huomioiminen sekä ryhmien kyky olla aidossa vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Kehittämishaasteena todetaan toisaalta aito asiakastyön jäntevöittäminen, toisaalta kuntoutuksen strategisen työskentelyn keskittäminen. (Saikku 2006, 3–4.)

## 5.2 Kategoria E: Kuntoutusinterventiot kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa

Kategorian E alakategorioissa E1 ja E2 kuvataan kuntoutustoimenpiteisiin liittyvien käsitystyyppien variaatioita niistä tekijöistä, jotka ovat liittyneet kuntoutukseen ja kuntoutumiseen kuntoutujien kontekstin näkökulmasta.

Kuntoutujien käsityksissä korostuvat selkeästi tekijät, joita kuntoutujat kuvaavat joko edistävinä tai estävinä, ja tämän perusteella olen nimennyt kategoriat toimintaa kuvaavilla ilmaisuilla ”kuntoutuminen edistyy” ja ”kuntoutuminen ei edisty”. Käsitystyyppien kriittisten aspektien perusteella muodostuu kuntoutujien kollektiivinen kuvaus kuntoutustoimenpiteiden interventioista kuntoutuksessa ja kuntoutumiseen vaikuttavina tekijöinä.

Kuntoutusinterventioilla tarkoitetaan kaikkia niitä virallisia ja epävirallisia kuntoutustoimenpiteitä, jotka mahdollistavat kuntoutujan integroitumisen yhteiskuntaan hänen voimavarojensa edellyttämällä tavoilla. Mattus (2001, 27) kuvaa intervention käsitettä auttamisen näkökulmasta väitöskirjassaan, jossa interventiona toimii haastattelumenetelmä ja tavoitteena on puuttua perheen asioiden kulkuun auttamismielessä. Hänen mukaansa interventio saa erilaisia merkityksiä tilanteesta riippuen. Kuntoutus on yksi interventio eli väliintulo tilanteessa, joka horjuttaa ihmisen perusturvallisuutta, arkielämän toimintoja sekä niihin liittyvää elämänhallintaa. Tilanteesta selviytyminen edellyttää ylimääräisiä voimavaroja.

### 5.2.1 Kategoria E1: Kuntoutumista edistävät interventiot

Kategoriassa E1 käsitystyyppien eri variaatioissa korostuvat kuntoutusinterventiot, jotka kuntoutuksen paradigman kehityksessä ja kuntoutuslainsäädännössä on liitetty lääkinnällistä kuntoutusta käsittelevän sisällön yhteyteen. Kategorian kriittiset aspektit ovat seuraavat:

1. *Toimintaterapeutti integroi kuntoutujan yhteiskuntaan.*
- 2a. *Fysioterapeutti perustelee kuntoutuksen merkityksen.*
- 2b. *Fysioterapeutti selittää, näyttää ja ohjaa.*
- 2c. *Fysioterapeutti edistää puheen hallintaa.*

3. Puheterapeutti vahvistaa pystyvyyden tunnetta.
4. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti yhdistävät toimintojaan.
5. Ammattihenkilöstö arvostaa ja kohtelee hyvin.

Näyte 1 kuvaa käsitystä, josta käy ilmi, että kuntoutuja on tyytyväinen toimintaterapeutin interventioon, koska siinä käytettävät menetelmät ovat mahdollistaneet hänen itsenäisen osallistumisen kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Kriittisenä aspektina tässä käsitystyyppissä on toimintaterapeutin tuki yhteiskuntaan integroitumisessa.

Näyte 1. Toimintaterapeutti integroi kuntoutujan yhteiskuntaan.

*H4: Minä ymmärrän että minut otetaan niin, että mää selviän päivän rutiineista ja myöskin tuolla kotona ja kaikista asioista ja tämmöisistä. Pystyn niinkö itsenäisesti niitä hoitamaan. Niin semmoinen on se pyrkimys, ja kyllä me on ainakin kovasti yritetty ja pyritty siihen. On sitä ainakin huomioinet nämä terapeutit ja muut, niin kyllä ne on huomioineet sen.*

*MK: Osaatko jotain konkreettisia esimerkkejä sanoa tähän?*

*H4: No semmoinen ko minä tulin sairaalasta kotiin, niin minä en aluksi osannut mihinkään. Sieltä se paikkatietoisuus hävisi, mutta sitä sitten ruvettiin toimintaterapeutin kanssa harjoittelemaan. Tätä kaupunkia ja kaikkia tämmöisiä käytiin ja etittiin niitä suuntia ja tämmöisiä, ja nehan tuli viimein sitten. Nyt löytää mihin vaan, että ei ole enää sillä lailla eksyksissä. Sitten semmoinen tuli, että minä en aluksi uskaltanut autolla ajaa ollenkaan ja sitten tämä toimintaterapeutti sanoi, että se vois olla ihan hyvä, että se helpottais sun liikumista, ja ruvettiin hommaamaan sitä ajokorttia. Ja minähän sain sen, ja se on ollut hyvä. Kerta kaikkiaan hyvä, se ei sido paikalleen, pääsee mihin vaan ja milloin vaan. Että se on ollu semmoinen erinomainen asia. Ja se toimintaterapia, kun sitä harjoiteltiin ja opeteltiin vaikutti siihen, että rupes löytymään ne suunnat ja sitä oppi itsekin niinko kuntouttaan itteä, että sitä kävi aina etempänä ja etempänä ja etempänä, että viimein tuli, että enää ei tarvi miettiä yhtään, että eksyykö tässä vai ei. Ja ossaa mihin vain.*

Kuntoutujan käsityksestä käy ilmi, että hänellä on ollut kuntoutuksen tarvetta oppimiseen ja hahmottamiseen liittyvissä toiminnoissa, jotka ovat olleet esteenä kodin ulkopuolelle lähtemisessä. Kuntoutuja on kokenut myös epävarmuutta henkilökohtaisten kykyjen ja ympäristön vaatimusten välisessä suhteessa mikä on näkynyt muun muassa arkuutena kokeilla entisiä taitoja oma-aloitteisesti. Toimintaterapeutin tuki ja ammatillinen asiantuntijuus on mahdollistanut asteittaisen siirtymisen takaisin yhteiskunnan toimintoihin ja vähitellen itsenäisen vastuun ottamisen omasta kuntoutuksesta arjen toimintojen muodossa. Käsitystyyppistä käy ilmi toimintaterapian sisällöllinen painottuminen kuntoutujan kognitiivisten taitojen edistämisen kautta sosiaalisen integraation saavuttaminen.

Näytteet 2a, 2b ja 2c kuvaavat fysioterapeutin interventioita kuntoutumista tukevana toimenpiteenä. Kaikissa kolmessa käsitystyyppissä korostuu kuntoutujan tyytyväisyys fysioterapeutin taitoihin opettaa ja ohjata kuntoutujaa tavalla, jonka kuntoutuja kokee vahvistavan omaa sisäistä hallintaa.

Näytteessä 2a kuntoutuja kokee, että ammattihenkilöllä on suuri merkitys kuntoutumisen kokonaistilannetta arvioidessa. Hänelle merkitys on ollut niin suuri, että kuntoutus kokonaisuudessaan on saanut myönteisen merkityksen hänen elämässään. Kuntoutujan käsityksestä käy ilmi, että ratkaisevaa merkitystä kuntoutuksessa ei ole ollut menetelmillä vaan ammattihenkilön toimintatavalla. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on fysioterapeutin perustelu kuntoutuksen merkityksestä.

Näyte 2a. Fysioterapeutti perustelee kuntoutuksen merkityksen.

*MK: Mikä sinulle on ollut kuntoutuksessasi merkityksellistä?*

*H20: Mulla vaihtui siinä vaiheessa jumppari.*

*MK: Elikkä fysioterapeutti vaihtui.*

*H20: Joo. Ja se oli niinku semmonen nuorempi ihminen.*

*MK: Koetko, että sillä fysioterapeutin vaihtumisella oli suuri merkitys?*

*H20: Joo, se fysioterapeutti kävi ne asiat perin pohjin läpi, mitä hyötyä siitä on.*

*MK: Elikkä se perusteltiin se terapian merkitys.*

*H20: Joo se muutti kokonaan sen käsityksen, mikä minulla oli ollut siihen asti kuntoutuksesta.*

*MK: Tapabtuiko siinä mitään muuta niissä fysioterapian menetelmissä?*

*H20: No menetelmät muuttui jonkun verran, mutta enimmäkseen ne on ollut samoja. Mutta kuitenkin ne muuttui jonkun verran.*

*MK: Että sää koit että kuitenkin se ihminen oli se merkityksellinen?*

*H20: Niin, joo.*

Näytteessä 2b korostuu kuntoutujan kokemus henkilökohtaisen opettamisen ja ohjaamisen merkityksestä oppimiselle. Fysioterapeutin asiantuntijuuteen yhdistetään taito opettaa ja ohjata motorista suoritusta. Kuntoutuja kokee, että fysioterapeutin käsin ohjaus eli fasilitointi on ollut oman oppimisen kannalta merkityksellistä. Käsitystyyppissä on tunnistettavissa motoriselle oppimiselle tyypillinen teoreettinen selitys, jonka mukaan kokemus yhdistettynä liikkeen toistamiseen edistää aivoihin kulkevan viestin tunnistamista. Oppimiselle on merkityksellistä myös verbaalinen ohjaus, johon liittyy selitys toiminnan luonteesta.

Näyte 2b. Fysioterapeutti selittää, näyttää ja ohjaa.

*H9: Sellaiset fysioterapeutit ovat olleet merkityksellisiä, jotka ovat kertoneet minulle, miten joku asia tehdään. Ne ovat ottaneet vaikka jalasta kiinni ja sanoneet, että se kulkee näin. Ne on olleet minulle sellaisia ahaa-elämyksiä, ja minä olen itse laittanut niitä ehkä sillä tavalla koville, kun olen kysynyt sitä, että miten se ihmisen ruumis toimii. Elikkä fysioterapeuttien on pitänyt selittää minulle, mikä on se kulkusuunta. Ne on ollut minulle sellaisia hetkiä, kun olen tehnyt niitä harjoituksia ja olen yrittänyt ajatella että tämä lähtee täältä. Sen olen kokenut, että kun liike on tehty jalallekin, niin se löytyy minulle tuonne aivoihin ja minä sitten rupean matkimaan sitä. Että tällaiset asiat on minulle hirveen tärkeitä. Tällaisia olisin toivonut heti alusta asti, että joku olisi tullut minun ihoon kiinni ja sanonut että se pitää olla näin ja se tuntuu näin.*

Näytteessä 2c kuntoutuja kuvaa kokemusta, joka hänelle on jäänyt hyvin merkityksellisenä mieleen fysioterapeutin ammattitaidosta, jota hän vertaa puheterapeutin valmiuksiin vastaavassa tilanteessa. Käsitystyyppistä käy ilmi, että kuntoutuja pitää kyseistä toimenpidettä puheterapeutin

osaamiseen kuuluvana, minkä vuoksi hän ihmettelee sitä fysioterapeutin toimintana. Kuntoutuja kokee, että fysioterapeutin osaaminen hänen puheen tuottamisen edistymisessä on ollut erittäin merkittävää ja ainutlaatuista, koska tämän jälkeen hän ei ole enää tarvinnut puheen tuottamiseen liittyviä kuntoutustoimenpiteitä. Hänen käsityksestään voi havaita puutetta puhterapiaan kohdistuvan kuntoutustarpeen huomioimisessa. Käsitystyyppistä näkyy fysioterapeutin toiminnassa korostuva erityisosaaminen. Taustalla voidaan tunnistaa biologinen ihmiskäsitys. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on fysioterapeutin toimenpiteet puheen hallinnan edistämisessä.

Näyte 2c. Fysioterapeutti edistää puheen hallintaa.

*H5: En ole koskaan saanut puheterapiaa, kun silloin heti alkujaan neuroklinikalla sanottiin, että ei se auta yhtään mitään. Niin mä en ole osannut sitä toivoakaan. Kyllähän mä sen tiedän, että mä olen huono puhumaan, mutta kun ei se siitä parane muuta kun puhumalla. Ja kun lähtökohta on ollut se että alkujaan en pystynyt puhumaan ollenkaan. Mutta yksi semmoinen harvinaisuus, mikä on vaikuttanut tuohon puhumiseen. En ole missään muualla tavannut sitä kuin siellä neuroklinikalla, kun minä sain kielijumppaa ja se fysioterapeutti lähetti siitä, että se otti mun kieleni ja venytti sitä. Se vaikutti, mä luulen niin. Se ei ollut puheterapeutti vaan nimenomaan fysioterapeutti.*

*MK: Sinä koit että se oli merkityksellinen?*

*H5: Joo, oli varmasti.*

*MK: Onko sitä ollut sen jälkeen?*

*H5: Ei. Ja minusta tuntuu että en mä nyt enää tarttekaan sitä.*

*MK: Eli se oli silloin merkityksellinen sen puheen tuottamisen kannalta?*

*H5: Joo, se silloin oli. Ja ei se ollut pelkästään neuroklinikan puheterapeutti joka sanoi, että puheterapia ei auta, vaan kun mä olin kuntoutuksessa toisella paikkakunnalla niin siellä puheterapeutti sanoi ihan samoin. Se vaan jäi siihen, että harjoita vaan puhumista niin siitä sitä harjoitusta tulee.*

Näytteessä 3 kuntoutuja kuvaa puheterapian merkitystä omassa kuntoutumisessaan. Käsitystyyppistä käy ilmi, että varsinainen puheterapiaan liit-



tyvä tavoite ja hyöty on saavutettu jo aikaisemmin, mutta kuntoutujalla on muodostunut riippuvuussuhde terapeuttiin, jota hän ilmaisee ”halulla pitää hänet” ja lausumalla ”*hän minua potilaana hoiti*”, joka viittaa vammautumiseen liittyvään sairaalavaiheeseen. Hän kokee, että puheterapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet ovat olleet merkittäviä kuntoutumisen edistymisen näkökulmasta ja ne ovat tukeneet hänen ulkoista hallinnantunnettaan. Kuntoutujan odotuksissa ulkopuolisen henkilön toiminta on ratkaisevaa tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Vammautumisen aiheuttama elämäntilanteen muutos edellyttää kuntoutujalta keinoja ja voimavaroja sopeutumiseen sekä selviytymiseen. Kuntoutuja kokee tarvitsevansa asiantuntijan tukea selviytymisensä, minkä vuoksi hän haluaa säilyttää terapiassa syntyneen turvallisen vuorovaikutussuhteen. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on puheterapeutin tuki kuntoutujan pystyvyyden tunteen vahvistamisessa.

Näyte 3. Puheterapeutti vahvistaa pystyvyyden tunnetta.

*H14: Minä olisin aivan mielelläni pitänyt sen puheterapeutinkin, meillä oli niin mukavaa. Mutta ne loppui sitten. Minä kävin vuoden verran siinä puheterapiassa.*

*MK: Minkälaisia harjoituksia ne oli?*

*H14: Meillä oli sanallisia tehtäviä ja pelattiin korteilla kaikkea. Meillä alkoi olla jo, että me ei keksitty mitään, mutta minä aina sanoin, että keksitään nyt jotain, että minä saan vielä käydä. Minusta oli kiva käydä. Minä pidin siitä ja hänestäkin. Oli kauheen hyvä puheterapeutti. Minä sain jatkaa vielä vuoden, vaikka olin kotona. Vaikka ne sitä pompotti, että se on vähän kysymysmerkillä. Mutta minä sain käydä samalla terapeutilla ja minusta oli kauhean kiva.*

*MK: Mitä sinä ajattelet, mikä siinä oli kiva?*

*H14: Se, että me jo tunnettiin. Hän minua potilaana siellä hoiti, niin minusta oli kauheen mukava, että oli tuttu ihminen.*

*MK: Jos ajattelet sitä puheterapiaa, niin mikä siinä on merkityksellisen asia sinulle?*

*H14: Jos ajatellaan, että oppi lukemaan oikein, kun minä olin jo kova lukemaan ennenkin sitä, niin minä halusin oppia sen samalla tavalla. Niin, minä sain paljon siitä.*

Näytteen 4 kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on toimintojen yhdistäminen fysio- ja toimintaterapiassa. Kuntoutuja kuvaa tyytyväisyyttään kuntoutustoimenpiteisiin, joissa on ollut läsnä samanaikaisesti sekä fysio- että toimintaterapeutti. Hän kokee, että terapiamuodoissa on toisiaan lähellä olevia elementtejä, minkä vuoksi vuorovaikutus ja yhdessä toimiminen on ollut sujuvaa ja vaikuttavaa. Käsitystyyppistä käy ilmi, että kuntoutuja kokee terapeuttien työn toisiaan tukevinä, mihin hän viittaa puhuessaan toisen apuna olemisesta ja toimintojen yhdistämisestä.

Näyte 4. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti yhdistävät toimintojaan.

*H5: Minun mielestäni on hyvä, jos joskus sanotaan, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ovat yhdessä ja yhdistävät toimintojaan. Muistan kun tykkäsin viimeksi kun olin laitospääntötyössä ja fysioterapia ja toimintaterapia olivat fyysisesti niin lähellä toisiaan. Kun on vaikeavammainen, niin on monenlaisia vammoja. Niin siinä yksi tekee yhtä ja toinen toista, ja nytkin joskus on ollut fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ja me on harjoiteltu kävelyä, niin tavallaan siinä on toinen kanssa apuna.*

Näyte 5 kuvaa kuntoutujan käsitystä ammattihenkilöiltä saamastaan kohtelusta, jonka hän kokee olleen hyvää ja asianmukaista. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on ammattihenkilöstön asiallinen kohtelu kuntoutumista edistävänä tekijänä, mikä näkyy kuntoutujan arvostamisena.

Näyte 5. Ammattihenkilöstö arvostaa ja kohtelee hyvin.

*MK: Kuntoutuksesta puhutaan, että sen tulisi olla kokonaisvaltaista ja huomioida kuntoutuja kokonaisvaltaisesti. Mitä ajattelet omalla kohdalla, miten sinua on huomioitu kuntoutujana?*

*H14: Minusta ihan hyvin. En minä tiedä, kai minä olen niin itsenäisen ihmisen, että minulle ainakin niin kuin keskussairaalassakin oli kauheen hyvä hoito, ja minä kyllä sain kaikkea mitä tarvitsin. Sanon vaan sen tässä, että kun monella on niin paljon katkeria muistoja sairaala-ajasta, kun kuuntelee tuolla, niin minulla ei ole. Minä voin sanoa ihan rebellisesti, että minulla oli ihan hyvä hoito ja ihan hyvä olla.*

*MK: Mikä siihen vaikutti, että koit näin?*

*H14: En minä tiedä. Minusta ne kaikki tekevät suuren työn. Ainakin minua kohtaan oltiin erittäin ystävällisiä, ja kaikin puolin ei mul-  
la ole ollut mitään valittamista. Mutta minusta tuntuu, että monta  
kertaa meissä ihmisissä on itsessämme vika, kun me syytämme, että  
siellä ollaan niin tylyjä. Minä en voi sanoa niin. Minun kokemus on  
ihan hyvä.*

Kuntoutuja kuvaa saamaansa kohtelua *hyväksi*, minkä perusteella ammattihenkilöstön oletetaan toimineen eettisesti ja kuntoutujan ihmisarvoa kunnioittaen. Kuntoutuja vertaa saamaansa kohtelua yleisesti kuulemaansa keskusteluun kohtelun laadusta ja kokee tullessa ymmärretyksi sekä saaneensa palvelut joihin hän on oikeutettu. Käsitystyyppiin sisältyy kuntoutujan inhimillinen asenne ammattihenkilöiden toimintaan, mitä hän tuo esiin puhuessaan henkilöstön suuresta työmäärästä sekä negatiivisesta asennoitumisesta hoitoon ja kuntoutukseen.

Asiakaslähtöisyys on tänä päivänä kuntoutuksen yksi keskeisimmistä periaatteista. Sillä tarkoitetaan filosofiaa tai lähestymistapaa, jossa perustana on kuntoutuspalveluiden toteuttaminen yksilöiden tai ryhmien tarpeiden mukaan. Cottin (2008, 89–90) tutkimuksen mukaan kuntoutujien mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin, heidän henkilökohtaisten tarpeiden huomioiminen ja niihin vastaamaan pyrkiminen sekä kuntoutujien oikean tiedon saaminen yhteiskunnassa selviytymisestä vaikuttavat kokemukseen kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja laadusta. Lisäksi perheen osallistuminen ja emotionaalinen tuki kuntoutumisessa koetaan tärkeäksi.

Kaikkein tärkeimpänä kuntoutujat pitävät sitä, että heitä kohdellaan kunnioittavasti ja arvostavasti niin, että he voivat kokea itsensä omana persoonanaan eikä pelkästään tapauksena toisten joukossa. Kuntoutujalähtöisyys asettaa organisaatiossa haasteita, jotka liittyvät kuntoutujan mahdollisuuteen osallistua palveluiden suunnitteluun ja arviointiin, kuntoutuksen arviointituloksiin reagoimiseen, kuntoutuspalvelujen saatavuuteen, kunnallisten kuntoutuspalveluiden jatkuvuuteen ja ammattihenkilöiden väliseen yhteistyöhön sekä organisaation tukeen kuntoutujalähtöisessä palvelussa.

## 5.2.2 Kategoria E2: Kuntoutumista estävät interventiot

Kategoriassa E2 käsitystyyppien eri variaatioissa korostuvat kuntoutus-interventiot, jotka ovat estäneet kuntoutumista. Kategorian kriittiset aspektit ovat seuraavat:

- 1a. *Toimintaterapia ei perustu kuntoutujan tarpeisiin.*
- 1b. *Toimintaterapian tavoitteet jäävät kuntoutujalle epäselviksi.*
2. *Fysioterapia ei vastaa kuntoutujan tavoitteisiin.*
3. *Yksilöllisyyttä ei huomioida kuntoutuksessa.*
4. *Ihmisoikeudet viedään.*

Näyte 1a kuvaa käsitystyyppiä, jonka käsitykset liittyvät toimintaterapian kokemiseen hyödyttömänä kuntoutumisessa. Näytteessä kuntoutuja kuvaa käsitystä toimintaterapiasta kuntoutumiselle merkityksettömänä. Kuntoutuja kokee, että toimintaterapian tavoitteet ja menetelmät eivät ole olleet hänelle hyödyllisiä nykyisessä elämäntilanteessa. Käsitystyyppistä käy ilmi, että toimintaterapian tarvetta ja siitä koituvaa hyötyä ei ole ollut arvioitu kuntoutujalähtöisesti eikä siihen liittyviä tavoitteita suunniteltu yhdessä kuntoutujan kanssa. Käsitystyyppistä voidaan tulkita, että kuntoutuspäätös ei ole ollut tarkoituksenmukainen. Kuntoutujan tapa kokea toimintaterapian merkitys kuntoutumiselleen muodostuu hänen odotustensa sekä terapian toteutuksen välisestä suhteesta, jossa osapuolet eivät ole kohdanneet toisiaan. Vuorovaikutussuhde terapeutin ja kuntoutujan välillä ei ole ollut aito terapiasuhte, mikä käy ilmi kuntoutujan sitoutumisen sekä tarkoituksenmukaisten tavoitteiden puuttumisena kuntoutuksesta. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on se, että toimintaterapia ei ole perustunut kuntoutujan tarpeisiin.

Näyte 1a. Toimintaterapia ei perustu kuntoutujan tarpeisiin.

*MK: Minkälaista sinun toimintaterapia on ollut?*

*H15: Sitä perinteistä, saksia katseltiin että minkälaiset on hyvät ja kaiken maailman leikkuuautoja käytiin läpi.*

*MK: Mikä niitten tarkoitus oli?*

*H15: No, semmoinen niin kuin apuvälineenä oleminen. Että tuota en minä varmaan olisi edes silloin tarvinnut semmoista toimintaterapiaa, että mää olin niin itsenäinen jo silloin.*

*MK: Oliko sitä kauan?*

*H15: Ei sitä ollut, mahtoi olla vuoden.*

*MK: Säännöllisesti?*

*H15: Joo, mutta käytännössä mää siivoutin sillä toimintaterapeutilla minun kämpän aina.*

*MK: Hänkö suostui siihen?*

*H15: Joo.*

*MK: Elikkä te harjoittelitte tällöisiä kodin toimintoja.*

*H15: Joo.*

*MK: Miten sinä koit, mikä sen toimintaterapian merkitys oli sulle?*

*H15: Ei mikään merkitys ollut.*

*MK: Keskusteltiin siitä, se vuoden kesti kuitenkin. Kysyttiin sinulta sen merkityksestä, kun se jatkui niin kauan kuitenkin?*

*H15: Ei kysytty mitään siitä, se vaan oli.*

*MK: Kuka sitä suositteli?*

*H15: Kukahan mulle sen määräsi. Se mahtoi olla semmoisena kuntoutusjaksolla, niin siellä suositeltiin.*

Näytteen 1b käsitys kuvaa kuntoutujan kokemusta toisaalta toimintaterapian merkityksen epäselvyydestä omassa kuntoutuksessaan sekä toisaalta toimintaterapian ja fysioterapian keskinäisestä suhteesta. Kriittisenä aspektina käsitystyypissä on toimintaterapian tavoitteiden epäselvyys kuntoutuksessa.

Kuntoutustoimenpiteet, jotka tyypillisesti sisältyvät toimintaterapiaan, ovat ihmisen vapaa-aikaan, työhön, leikkiin ja lepoon yhdistettyjä toimintoja, joista muodostuu kuntoutuksen tavoitteellinen kokonaisuus. Kun kuntoutuja on tietoinen omista tavoitteistaan, hän pystyy vaikuttamaan kuntoutuksensa sisältöön. Käsitystyypistä käy ilmi, että kuntoutuja ei tiedä toimintaterapian tavoitteita. Siksi hän ei ymmärrä toimintaterapian merkitystä kuntoutuksessaan eikä osaa sanoa sen hyötyä kuntoutumiselleen. Käsitystyypistä välittyy informaatio, että toimintaterapeutti ei ole itsekään tietoinen terapian tavoitteista, koska kuntoutuja kokee, että ei ole saanut vastausta kysymyksilleen. Kuntoutuja kokee, että toimintaterapiaan ja fysioterapiaan sisältyvät menetelmät ikään kuin sekoittuvat toisiinsa niin, että fysioterapiassa on toteutunut sellaisia tavoitteita, jotka liittyvät myös toimintaterapiaan.

Näyte 1b. Toimintaterapian tavoitteet jäävät kuntoutujalle epäselviksi.

*H1: No ei mulla ole koskaan ollut tämänlaatuista harrastuksia, kuten biljardin peluu ja ratsastaminen, en tiedä miten ne toimintaterapiaan liittyy. Se toimintaterapia-ajatus on minulle vielä avoin, mitä se oikein tarkoittaa. Mutta se sitä mielenlaatua korottaa, että kuinka monta minun kavereista on ratsastanut hevosella esimerkiksi.*

*MK: Miten ajattelet sen merkityksen, onko se satunnaista vai tavoittel-laanko sillä pysyvyyttä esimerkiksi ottamalla joku harrastusmuoto?*

*H1: Ei sillä ole oikein semmoista pysyvää, koska kyllä se on semmoista, että käydään tuolla ja tehdään tätä eikä siinä ole semmoista pää-määrää. Että vähän niinko kaikissa on jotain osaa niistä.*

*MK: Mitä ajattelet, mikä sinulla on se tavoite siinä?*

*H1: Minä en ole vielä oikein ymmärtänyt mitä se toimintaterapia tarkoittaa. Olen jollakin tavalla ymmärtänyt, että se on semmoista päivittäistä selviytymistä jostakin perunan kuorimisesta ja tämmöisestä. Mutta kun ei ne onnistu minulta tämän käden takia, niin se on paremminkin painottunut tuommoiseen harrastuspohjaiseen juttuun. Kun sitä toimintaterapia-sanaa ei ole kukaan vielä minulla selvittänyt. Ja jos joltakin on kysynyt, niin siihen ei ole semmoista luotettavaa vastausta tullut. Ehkä se on siksi semmoinen epäselvä, koska asun vaimon kanssa kotona, ja hän on minun oikea käsi mutta myös vasen käsi, eli korvaa sen mitä minä en pysty tekemään. Niin semmoinen normaali kotiasioista selviäminen ei ole aiheuttanut vaikeuksia, niin sitä toimintaterapian merkitystä ei ole voinut ymmärtää. Tietenkin tämmöisiin uusiin harrastuksiin vienti on tullut siinä matkassa. Että se toimintaterapia ja fysioterapia varmaan jollakin tavalla kulkee käsi kädessä, eli minun mielestäni toimintaterapia on tullut tässä fysioterapia matkassa.*

Edellä kuvatussa näytteessä kuntoutujan on vaikea hahmottaa toimintaterapiaa tavoitteellisena toimintana, koska hän yhdistää sen toimintoihin, joihin hänellä ei ole mielestään edellytyksiä eikä henkilökohtaista tarvetta, kuten keittiötoimintoihin. Kuntoutuja pyörittelee avoimesti käsitteistöä: ”Tietenkin minä voin tietämättäni johdatella sitä fysioterapiaa, että siinä tulee toimintaterapia matkassa.”

Toimintaterapian perusoletuksen mukaan sen vaikuttava elementti on kuntoutujalle merkityksellinen terapeutinen toiminta, joka tapahtuu vuorovaikutussuhteessa kuntoutujalle mahdollisimman luonnollisessa toimintaympäristössä. Toimintaterapian myönteinen lopputulos edellyttää sellaista toimintaympäristöä, jossa kuntoutuja itse osallistuu mielekkään toimintaympäristön rakentamiseen yhdessä toimintaterapeutin kanssa. (Mm. McKinnonin 2000, 105–106; Hebert & Thibeault & Landry & Boisvenu 2000.)

Seuraavassa näytteessä kriittisenä aspektina on fysioterapian ja kuntoutujan tavoitteiden kohtaamattomuus. Näytteessä kuvataan fysioterapian toteutusta asiantuntijalähtöisenä toimintana, jossa kuntoutujan henkilökohtaisia tarpeita ja tavoitteita ei kunnioiteta. Fysioterapeutin toiminnassa korostuu ihmiskäsitys, jossa ihminen ymmärretään biologisista lähtökohdista. Kuntoutujan odotuksia ja toiveita sekä psykososiaalisia tarpeita ei kunnioiteta fysioterapian tavoitteiden lähtökohdana, vaan primaaritavoitteena on fysioterapeutin näkemys menetetyn liikkeen korjaamisesta ja palauttamisesta normaalimmaksi.

Näyte 2. Fysioterapia ei vastaa kuntoutujan tavoitteisiin.

*MK: Miten koet omalla kohdallasi, onko sinun kuntoutus kokonaisvaltaista ja miten se on näkynyt kuntoutustyöntekijöiden työssä?*

*H10: Juuri toimintaterapeutin puute on ollut käden kannalta tuomitsevaa. Kyllä fysioterapeutti yritti, mutta kun ei ole toimintaterapeutti, niin hän ei hallitse asiaa. Mun henkilökohtainen fysioterapeutti on hyvin kävelyorientoitunut. Eli sitä kävelyä ollaan harjoiteltu ihan siis pilkulla ja pisteellä kun vaan voi. Kukaan ei varmaan kävele niin täydellisesti kuin minä, kantaiskut ja varvastyönnot ja kaikki. Sitä on harjoiteltu kun mun fysioterapeutti haluaa mun pääsevän kyynärsauvoista eroon.*

*MK: Haluatko itse?*

*H10: Kyllä ... Että kyllä mä joka päivä kävelen.*

*MK: Se on yhteinen tavoite?*

*H10: Niin ja semmoinen, että se ei tunnu mahdottomalta ja on saatavissa oleva asia. Mun kuntouttaja on erikoistunut siihen kävellyyn, vaikka minä toivoisin, että kättä voisi enemmän kuntouttaa.*

*MK: Oletteko keskustelleet siitä?*

*H10: Ollaan hyvinkin paljon. Käsi on jäänyt huonolle hoidolle. Että se mua kismittää, kun ensimmäisenä vuotena halvaantumisesta piti polkea ja vääntää motomedilla ja sanoin, että miksi pitää tehdä kun siitä ei ole mulle mitään hyötyä. Kyllähän se piti jalan tavallaan vetreänä, mutta käsi piti aina sitoa ja se oli krampissa sen jälkeen. ... Kyllä minä vielä syötän sen asian vielä sille fysioterapeutille pieninä palasina, että mitenkäs tämä nyt menikään.*

*MK: Jos ajattelet omaa toimintakykyäsi ja omaa motivaatiotasi kuntoutumiseen, niin onko sulle tärkeämpää kävellä ilman keppiä vai saada käteen enemmän toimintaa?*

*H10: Se, että käteen saisin enemmän toimintaa. Koska kävely kyynärsauvan kanssa onnistuu, vaikka se ei ole kaunista, ei ole kuuleman lasten katseltavaa.*

*MK: Kuka niin on sanonut?*

*H10: Mun nykyinen fysioterapeutti. Että ei sitä kukaan tajua nankaanka minä lonkkaa, kun vain minun oma fysioterapeutti. Se on niin kunnia-asia, että hänen potilaansa kävelevät hyvin. Mutta minulle itselleni on tärkeämpää käsillä toimiminen. ... Tavallaan minulle riittää tällä hetkellä se, miten pystyn nyt kävelemään. ... Tähän asti on tuntunut, että fysioterapeutti opettaa pelkästään kävelemistä ja portaissa liikkumista ja semmoista tuppaaamista. Pikkuisen semmoista näpräämistä pitäisi olla enemmän.*

*MK: Mitä ajattelet, mistä tämmöinen mahtaa johtua, että asioihin suhtaudutaan niin yksipuolisesti?*

*H10: Se on varmaan sitä, että ne jotka hakeutuu fysioterapeutiksi on semmoisia kilpaurheilijoita, entisiä piirimestaruustason urheilijoita. Ja ne on orientoitunut sille ajatusmaailmalle, että se on semmoista urheiluliikuntaa. Kun ihmettelin omalle fysioterapeutilleni, että miten saan oven auki kun toisessa kädessä on keppi, niin hän sanoi, että kävely pitäisi varmentaa niin hyväksi ettei keppiä tarvita. Mutta kun ei se ole niin yksinkertaista.*

Edellä olevalle käsitystyypille on ominaista käden toimintojen liittäminen toimintaterapeutin ja jalan toimintojen liittäminen fysioterapeutin ammatillisen osaamisen alueeseen. Kuntoutuja siis kokee, että fysioterapeutilla ei ole osaamista käden kuntoutukseen, vaan se on toimintaterapeutin pätevyyyteen kuuluva asia. Kuntoutuksesta puuttuu yksilön ja



ympäristön suhteen huomioon ottaminen. Kuntoutustoimenpiteissä painotus on yksittäisten kehon eri osien toiminnan edistämisessä.

Piiraisen (2006, 9) mukaan fysioterapeutin toiminnan lähtökohta parantamiseen pyrkivässä terapiasuhteessa on ihmisen yleisissä toimintoissa, kuten yksittäisten liikkeiden tai liikuntaan liittyvien toimintojen ohjaamisessa, sekä terapiatoiminnoissa, jotka kohdistuvat muun muassa yksittäisiin niveliin tai lihasten käsittelyyn. Hänen mukaansa terapiassa ei tällöin ole keskeistä kuntoutujan tietoperusta tai tietäminen.

Skjaerven, Kristoffersen ja Gard (2008, 13–27) ovat tutkineet fysioterapeuttien tapaa ymmärtää, mitä liikkumisen laadulla fysioterapiassa tarkoitetaan. Tutkijoiden mukaan laadukas liikkuminen on samanaikaisesti toiminnallista, käytännöllistä, taloudellista, esteettistä sekä harmonista, ja liikkumisen laatu kuvastaa ihmisen sisäistä tilaa sekä koettua hyvinvointia ja terveyttä. Tutkimustulokset korostavat sitä, että liikkumisen laadun havainnointi, harjoittaminen ja arviointi ovat fysioterapiassa ydinasioita. Tutkijat jakavat käsityksen, että liikkumista on fysioterapiassa harvemmin totuttu tarkastelemaan psykososiaalisesta, kulttuurisesta tai olemassa olevan tilanteen näkökulmasta, mikä näkyy päähuomion kiinnittymisenä ennen kaikkea nivelten ja raajojen liikkeisiin.

Näyte 3 sisältää käsityksiä, joissa yksilöllisyyden ottaminen huomioon kuntoutuksessa on koettu puutteellisena. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on yksilöllisyyden häviäminen kuntoutuksesta.

Näyte 3. Yksilöllisyyttä ei huomioida kuntoutuksessa.

*MK: Oletko sinä ollut tyytyväinen omaan kuntoutukseesi, mitä olet saanut 25 vuoden aikana?*

*H15: Sen huomaa silleen kun voipi verrata, niin siinä on huima lasku ollut. Että huonompaan suuntaan on menty.*

*MK: Kerrotko vielä mitä tarkoitat tällä?*

*H15: No, silleen justiinnsa niinku yksilöllisyys häviää, ja sillä ei perehdytä nimeenomaan sillai kokonaisvaltaisesti. Että se on semmosta ryhmässä tekemistä, ja ajatellaan vaan että miten me hoidetaan tämä ryhmä vaan pois alta. Silleen mä ainakin koen itse.*

*MK: Niin justiin. Kerrotko vielä, että miten sää oot ne kuntoutustyöntekijöiden menetelmät kokenut?*

*H15: No palakan etteenhän ne sitä tekee. Että semmoset tietyt standardit olen huomannut niissä asioissa. Ei ne sillai yksilöllisesti ajattele.*

*MK: Tuo olikin mielenkiintoinen, kun sanoit nuista standardeista. Voitko vähän tarkentaa, mitä se tarkoittaa?*

*H15: No hyvin moni vertaa minunlaisia ja vammaani siihen miten mä sanon...*

*MK: Ajatteletko että yleistää?*

*H15: Niin, yleistää.*

*MK: Minkälaista yksilöllistä juuri sinua kohtaan kohdistuvaa terapiaa tai menetelmiä olisit toivonut?*

*H15: No, nää kuntoutusjaksot on semmosiksi menny, että siellä on vaan ne tietyt kaavat ja sen mukaan pitää tehdä.*

*MK: Kun sää oot ollut kuntoutusjaksolla, sanoit että kaksi kertaa oli fysioterapiaa. Oliko siellä mitään muuta?*

*H15: No, semmoisia ryhmiä oli, että ryhmässä venyteltiin. Ja sitten hyvin vähän oli minkään näköistä. En ollut ainut henkilö, joka koki saman ongelman.*

Näytteessä kuntoutuja kuvaa asiaa kokonaisvaltaisen tilanteen huomiotta jättämiseksi. Kuntoutuja kaipaa enemmän henkilökohtaisia vuorovaikutussuhteita, joiden vastakohtana ovat ryhmämuotoiset toiminnot, jotka hän kokee itselleen toimintakykyä heikentäviksi. Käsitystyyppistä käy ilmi kuntoutuksen vaikuttavuuden yhteys yksilö- ja ryhmäkuntoutuksen välisessä suhteessa. Kuntoutuja kokee, että ryhmäkuntoutuksessa näkyy kuntoutustyöntekijöiden välinpitämättömyys kuntoutujia kohtaan ja kuntoutujalle välittyvä kokemus ryhmäkuntoutuksen tehottomuudesta.

Kuntoutujalla on oikeus ihmisarvoiseen kohteluun ja tunteeseen siitä, että häntä arvostetaan juuri sellaisena kuin hän on, esimerkiksi sairaudesta ja sen seurauksena syntyneistä muutoksista huolimatta. Käsitystyypeissä koetaan ammattihenkilöstön arvostaminen eri tavalla: sillä on joko kuntoutumista edistävä (esim. E1, näyte 5) tai estävä vaikutus. Estävänä tekijänä se koetaan silloin, kun kuntoutuja kokee, että hänen yksilöllisiä tarpeitaan ei ole havaittu ja henkilökunta suhtautuu ylihuolehtivasti kuntoutujaan, kuten näytteessä 4.

Kuntoutuja kokee, että hänen autonomiaansa ja aktiivisuuttaan rajoitetaan ulkopuolisilla toimenpiteillä. Tässä käsitystyyppissä tulee kuntoutumista estävänä tekijänä esille myös sairaalaympäristön palveluiden suunnittelu organisaation näkökulmasta. Kuntoutuja kokee organisaation toimintamallin kuntoutumista estävänä, mikä tulee ilmi turhautumisena sekä toimintaympäristön ja ilmapiirin passiivisena kokemisena. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on ihmisoikeuksiin puuttuminen.

#### Näyte 4. Ihmisoikeudet viedään.

*MK: Oletko sinä saanut vaikuttaa tähän omaan kuntoutukseen, onko sulta kysytty?*

*H6: Oon mä jonkun verran, mutta ihan niinkö täällä vietäis ihmisoikeudet kun joutui sairaalaan aivohalvauksen takia. Ethän sää oo mikään, sulle puhutaankin kovaa ihan niinko sä oisit kuuro ja äänetön olento. Hyi kauheeta kun höösätään, mä en siitä tykkää ollenkaan. Mä oon kiertänyt maailmaa ja mua ei oo kukaan höösännyt, että mä kyllä pärjään ite. Tietenkin tuommainen asiantunteva neuvo kun jumpat, ne on ihan ok. Mutta pitkältä tuntuu tää kuntoutushomma. Mä oon nyt neljä kuuakutta ollut täällä ja aika tulee varsinkin viikon lopulla hirveän pitkäksi kun ei ole mitään tekemistä. Että se rupeaa, niinko sanotaan, hihat savuamaan. Hyvin helposti.*

*MK: Viikonloppuna ei ole kuntoutusta?*

*H6: Ei ole. Sais kyllä olla, että lauantaina ja sunnuntaina ei ole yhtään mitään. Täällä olis kyllä terapeuttien lukumäärän mukaan varaa heittää aina yksi yhteen päivään.*

Kategoriaan E liittyvien käsitystyyppien kriittiset aspektit muodostavat käsityksen kuntoutujien tavoista kokea kuntoutustoimenpiteiden interventiot kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä. Kuviossa 18 esitän yhteenvedon alakategorioiden kriittisistä aspekteista, joiden perusteella kategoria E muodostuu.



pioihin, joista korostetuimmin tulee esille fysioterapia. Fysioterapia interventiona tulee esille kaikissa käsitystyypeissä. Tämä kertoo sen olevan hallitseva terapiamuotoinen kuntoutustoimenpide huolimatta siitä, että sen tavoitteet ovat painottuneet fyysisen toimintakyvyn edistämiseen. Toimintaterapian osuus korostuu silloin, kun kuntoutujalla on ollut ongelmia yläraajan toimintakyvyssä tai arkielämän toimintoihin liittyvissä suorituksissa. Puheterapeutin ja psykologin merkitys kuntoutusinterventioina jää hyvin suppeaksi, vaikka useissa käsitystyypeissä tulee ilmi niihin liittyvä kuntoutuksen tarve.

Usein näytteissä tulee ilmi fysioterapian teknisluonteisuus, jonka taustalla on sekeästi havaittavissa biologinen ihmiskäsitys ja kuntoutustoimenpiteiden painottuminen ihmisen kehon osaan tai fyysiseen toimintaan, kuten kävelyyn. Fysioterapiassa kuntoutumista edistävänä tekijänä korostuu opettamisen ja ohjaamisen sanallisen ja manuaalisen ohjauksen merkitys. Estävänä tekijänä nousee esille muun muassa kuntoutujan ja terapian tavoitteiden kohtaamattomuus, mikä näkyy sekä fysioterapiaa että toimintaterapiaa koskevissa käsitystyypeissä. Fysioterapian yhteydessä korostuu fysioterapeutin asettamien tavoitteiden kapea-alaisuus suhteessa kuntoutujan omalle kuntoutukselleen asettamiin laajempiin tavoitteisiin. Kuntoutuja on pitänyt muita tavoitteita fysioterapeutin asettamia tavoitteita tärkeämpänä. Kiinnostavaa on myös kuntoutujan kokemus siitä, että fysioterapeutilla ei ole asiantuntijuutta käden kuntoutukseen, vaan se kuuluu toimintaterapeutin osaamisen alueeseen. Terapeuttien toiminnasta muodostuu kuntoutujien kokemusten kautta käsitys, että ammatillinen osaaminen on hyvin rajattua ja pirstaleista suhteessa ihmisen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen.

Kuntoutujan mahdollisuus integroitua yhteiskuntaan ja saada valmiuksia selviytyä arjen toiminnoista tulee esiin selvimmin toimintaterapiaan liittyvissä kuvauksissa. Kuntoutumista edistävänä tekijänä toimintaterapiassa korostuu nimenomaan kuntoutujan kokonaisvaltainen huomioiminen, mikä näkyy toiminnan viemisenä kuntoutujan lähiympäristöön ja yhteiskuntaan. Toimintaterapian tavoitteena yleensä on antaa ihmiselle välineitä määrittellä itsensä uudelleen niin, että ihminen voi rakentaa aktiivisen, omia valintoja tekevän, tarkoituksenmukaisesti toimivan selviytyjän identiteetin. Ihmistä autetaan analysoimaan toiminnallisia kykyjään, haasteitaan, voimavarojaan ja kiinnostuksen kohteitaan

sekä määrittelemään tavoitteitaan yhdessä toimintaterapeutin kanssa. (Falardeau & Durand 2002; Rebeiro 2000, 7–14). Kuntoutujat kokevat, että mielekäs toiminta sekä mahdollisuus itse valita toiminta ja tuntea tullessa kuulluksi toimintaterapiasuhteessa ovat merkittäviä tekijöitä kuntoutumisen edistymisessä. Kuntoutuksessa tämä tarkoittaa kuntoutumisen kannalta suotuisaa toimintaympäristöä, jossa vuorovaikutus ja suhteet eri tasoilla toimivien henkilöiden ja instituutioiden kanssa tekevät mahdolliseksi kuntoutumiselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen.

Onken (2007, 10) kuvaa kuntoutusprosessia dynaamisena tapahtumana. Hän korostaa yksilöllistä näkökulmaa muun muassa toivon näköalalla. Ympäristöä hän luonnehtii käsitteellä mahdollisuudet ja muutosta yksilön ja ympäristön välillä vastaavasti vapaana valintana, joka joko edistää tai estää kuntoutumista.

Livneh (1989, 24) tyypittelee kuntoutustoimenpiteitä kolmella tavalla, joiden tarkoituksena on korostaa ympäristöön kohdistuvien toimenpiteiden tasa-vertaista asemaa kuntoutusinterventioiden kokonaisuudessa. Luokitusperusteet ovat a) kuntoutusympäristö, joka sisältää asuinyhteisön ja työympäristön, b) selviytymisalue, joka sisältää fyysisen ja psykososiaalisen osa-alueen ja c) intervention kohde, joka sisältää yksilöön ja ympäristöön suuntaavat interventiot. Kuntoutusinterventiot suuntaavat yksilön voimavarojen parantamiseen ensinnäkin fyysisen selviytymisen alueella, jossa tuetaan kuntoutujaa selviytymään fyysisen ympäristön vaatimuksista kotona ja työympäristössä. Ympäristön muutokseen tähtäävät toimenpiteet ovat muun muassa sellaisia, jotka helpottavat vammaisen henkilön päivittäistä selviytymistä yhteiskunnassa. Toiseksi interventiot suuntaavat voimavarojen parantamiseen psykososiaalisen selviytymisen alueella kotona ja työympäristössä, johon vaikutetaan ympäristön muutosten kautta. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset tavoitteelliset toimenpiteet laajentaa kuntoutujan sosiaalisten verkostojen muodostumista ja työhön kuntoutumista sekä pyrkimykset tukea vammaisten ihmisten oikeuksia ja vaikuttaa vammaisiin kohdistuviin asenteisiin eri toimintaympäristöissä.

Kuntoutumista edistävänä toimintamallina tunnustettu ekologinen viitekehys auttaa kuntoutustyöntekijöitä sekä koko kuntoutusverkostoa organisoimaan ja tulkitsemaan ihmisen kuntoutumisen tarvetta, koska toimintamalli sisältää niin yksilön kuin ympäristön välisen

vuorovaikutuksellisen ja toiminnallisen suhteen sekä niissä ilmenevät painopistealueet. Ympäristö ymmärretään viitekehyksessä laajana kokonaisuutena, joka sisältää perheen, lähiyhteisön, työn, koulutuksen ja niihin liittyvät organisaatiot sekä yhteiskunnan sääntöineen, lakeineen, arvoineen ja toimintoineen. (Bronfenbrenner 1997, 222; Veijola 2004, 26–27; Holahan 1980, 672; Onken 2007, 10.)

Eri kuntoutustoimenpiteissä ammattihenkilöiden arvostuksella koetaan olevan tärkeä merkitys sairauden tai vammaisuuden hyväksymisessä ja motivaation ylläpitämisessä sekä kuntoutumiselle asetettuihin tavoitteisiin pyrkimisessä. Keskeisenä on käsitys, jonka mukaan vuorovaikutuksen ja viestinnän laadulla voidaan joko edistää tai estää kuntoutumisen tavoitteellinen eteneminen. Kuntoutujat kokevat tarvitsevansa hyväksyntää ja asiantuntijan tukea, jota he myös odottavat ammattihenkilöstöltä. Huono kohtelu masentaa ja hyvä kohtelu aktivoi toimimaan.

Ammattihenkilöstön eettinen toimintatapa edellyttää yhteisten pelisääntöjen etsimistä, kuntoutujan kokemuksen arvostamista ja huomioonottamista sekä kuntoutujan tukemista, kannustamista ja avustamista kuntoutumisessa. Tämän tulee tapahtua ilman vuorovaikutussuhteessa esiintyvää painostusta tai johdattelua tekemään sellaisia ratkaisuja, jotka eivät tue kuntoutujan omia kuntoutuspyrkimyksiä. (Potilaan oikeudet 2005, 3; Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001; Airaksinen 2008, 116.)

Asiakaslähtöisyydessä on kyse kuntoutujan kunnioittamista, mikä näkyy yksilöllisten tekijöiden huomioimisena kuntoutus- ja kuntoutumisprosessissa. Barronin Klabin ja Potterin (2007) mukaan kuntoutuksessa on tärkeää tunnistaa ja osata käsitellä psykososiaalisia tekijöitä, kuten kuntoutujan odotuksia, sillä niillä on todettu olevan merkitystä kuntoutujan tyytyväisyydelle ja sitoutumiselle kuntoutukseen. Heidän mukaansa kuntoutujien odotuksilla on myös selkeä yhteys yksilön terveystottumuksiin, pystyvyyden tunteeseen, hallinnan tunteeseen sekä asenteisiin ja tätä kautta kuntoutujan käyttäytymiseen. Tutkimuksen mukaan fysioterapeutin ja kuntoutujan välinen vuorovaikutus voi joko estää tai edistää kuntoutumisen vaikuttavuutta (Barron ym. 2007, 45–46).

Käsitystyypeissä nousee esille yksilöllisyyden puute kuntoutusinterventioissa. Se koetaan myös kokonaisvaltaisen huomion puutteena. Käsitkset liittyvät laitospotoutukseen, jossa korostuvat erilaiset sosiaali-

set tavoitteet muun muassa ryhmätoimintoina. Laitoskuntoutukseen yhdistetään rutiininomaiset toiminnot, jolloin yksilölliset tarpeet jäävät vähäisiksi. Kuntoutujien odotukset ja kuntoutuksen järjestäjän tavoitteet eivät kohtaa. Kuntoutujat kokevat, että yksilöllisyys on aina tärkeää. Sen huomiotta jättäminen on ihmisarvoa loukkaavaa ja kuntoutujan autonomiaa estävää. Kuntoutumisen lähtökohtana on kuntoutujan subjektiviteetin ymmärtäminen. Tasavertaiseen kommunikaatioon perustuva dialoginen vuorovaikutus kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välillä edistää kuntoutujan valtaistumista, mikä näkyy kuntoutujan aktiivisena osallistumisena ja uteliaisuutena omaa terapiaansa kohtaan. Kuntoutustyöntekijän ja kuntoutujan välinen suhde muotoutuu kulttuurisista, yhteiskunnallisista ja yksilöllisistä yhteyksistä.

### 5.3 Kategoria F: Kuntoutujan toimintaan liittyvät tekijät kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa

Kuntoutuminen ymmärretään kuntoutujan oppimis-, kasvu- ja muutosprosessina, jonka kuluessa kuntoutuja pyrkii jäsentämään ja rakentamaan omaa elämäänsä mielekkäällä tavalla. Kuntoutujan toiminnassa keskeisellä sijalla ovat hänen henkilökohtaiset tavoitteensa sekä kuntoutujan tukeminen tavoitteiden saavuttamisessa keinoilla, jotka vahvistavat kuntoutujan tunnetta asioiden hallittavuudesta ja pystyvyysodotuksista sekä vähentävät epävarmuuden tai pelon tuntemuksia. Järvikosken ja Karjalaisen (2008, 91) mukaan kyse on ”itsestensä luopumisen prosessista”, jossa kuntoutuja tunnustelee voimavarojaan ja ennakoii toimintaansa suhteessa omaan toimintaympäristöönsä. Kuntoutumisen aikana on mahdollisuus löytää itsestä uusia voimavaroja ja oppia vaihtoehtoisia tapoja toimia erilaisissa arkielämän tehtävissä ja tilanteissa. Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa kuntoutuja on kuntoutuspalveluiden käyttäjänä aktiivinen toimija. Tavoitteena on pyrkiä elämään omaa elämäänsä ja tehdä siitä mielekäs (Wiman 2004, 85).



### 5.3.1 Katgoria F1: Suotuisat olosuhteet

Kategorian F1 käsitystyyppien eri variaatioissa korostuvat kuntoutujan toimintaan liittyvät suotuisat tekijät kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa. Kategorian kriittiset aspektit ovat seuraavat:

1. *valmiudet selviytyä omaehtoisesti*
- 2a. *omien tavoitteiden mukainen toiminta*
- 2b. *oma halu ja myönteinen suhtautuminen kuntoutumiseen*
3. *itse määritellyt tavoitteet motivoijana*
4. *onnistumisen kokemukset*
5. *lähiympäristön odotukset innostajina.*

Näytteessä 1 keskeistä on kuntoutujan käsitys kuntoutumisessa tapahtuneesta oppimisesta ja valmiuksista käyttää uusia taitoja omaehtoisesti. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on kuntoutujan tietoisuus omista valmiuksistaan selviytyä omaehtoisesti.

Kuntoutuja kokee, että hän on saanut kuntoutuksessaan fyysisiä valmiuksia itsenäiseen selviytymiseen arjen toiminnoista. Hän kokee, että palvelujärjestelmän tarjoamien kuntoutustoimenpiteiden puuttuminen pakottaa hänet eri tavalla vastuuseen kuntoutumisestaan. Kuntoutuksen priorisoiminen edellyttää häneltä ja lähiomaisilta lisääntyvää aktiivisuutta sekä taloudellisia sitoumuksia toimintakyvyn säilymiseksi ja arkielämästä selviytymiseksi. Kuntoutuja kokee, että hänellä on valmiuksia kohdata tuleva muutos, joka edellyttää häneltä aktiivisempaa roolia niin toimintakyvyn ylläpitämisessä kuin oman elämän haltuun ottamisessa kansalaisena.

Näyte 1. Valmiudet selviytyä omaehtoisesti.

*MK: Miten ajattelet sen merkitystä, jos kuntoutusta ei enää myönnettäisikään?*

*H1: Olen tuota asiaa miettinyt, koska se kolmivuotisjakso päättyy lähiaikoina ja julkisuudessaakin on ollut esillä, että Kela on alkanut suurennuslasilla niitä katsomaan. Niin jos se nyt kokonaan lakkais, niin kyllä itteä pitäis niskasta ottaa kiinni ja varmaan sijoittaa omiakin olemassa olevia rahoja siihen, että pystyy jollakin tavalla fysioterapiapaa esimerkiksi jatkamaan. Tai sitten vaimo ja perhe siinä matkassa, että sieltä päin tulee myös se kannustus, että pystyis jatkamaan samal-*

*la tavalla. Elikkä nythän on tullu hyvät lähtökohdat. Uimahallissa ruvettu käymään ja kuntosalilla ja kaikin puolin. Että ne varmasti tulis omaehtoisesti tehtyä, mutta sehän riippuu paljon tuo kuntoutuksen jatko siitä, minkälainen suunnitelma niille terapioille tehdään ja kuinka ne terveyskeskuslääkärit tilanteen haarukoi. Asiaa oon miettinyt tosi paljon, koska määrärahoja on supistettu.*

Edellä olevan käsitystyyppin merkitys liittyy kuntoutujan havahtumiseen huomaamaan omat valmiutensa arvioidessaan kuntoutuksen jatkuvuutta. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioiminen aiheuttaa tilanteen, jossa kuntoutuja joutuu omakohtaisesti miettimään kuntoutustoiminnan merkitystä suhteessa omiin tavoitteisiinsa ja tiedostamaan vastuunsa yhteiskunnan palvelujen käyttäjänä.

Näytteet 2a ja 2b kuvaavat kuntoutujan persoonallisia ominaisuuksia, jotka näkyvät kuntoutujan omaehtoisena aktiivisuutena ja tavoitteellisena toimintana sekä myönteisenä asteena kuntoutumiseen. Näytteessä 2a kuntoutuja osallistuu aktiivisesti ja oma-aloitteisesti oman kuntoutuksensa toteutukseen ongelmanratkaisun periaatteella. Kriittisenä aspektina on omien tavoitteiden tiedostaminen ja toimiminen niiden mukaisesti.

Näyte 2a. Omien tavoitteiden mukainen toiminta.

*H3: En ole saanut puheterapiaa. Keskussairaalassa beti vammauduttuani purin purukumia. Oliskohan sitä saanut sanookaan. Niin minä tein kun mulla oli kieli semmonen tönkkö, niin tuntui, että puhe oli semmoista puuroa. Kun puoliso kävi siellä sairaalassa ja piti koittaa selvittää tärkeitä asioita, niin piti koittaa selvittää jotenki niitä asioita. Niin minä sitten otin semmosen asenteen, että kyllä mun täytyy saaha tuo puhe takaisin. Oikein paneuduin siihen ja ostin pikkusen purukumia, ja tiheään purin ja kielellä liikutin niin se kielikin rupes löysäytyyn siinä.*

*MK: Sää oot niinko ite kuntouttanu sitä puhetta.*

*H3: Niin. Minä oon lähteny siitä, että minä oon pannu ite sen asian liikkeelle. Ja kun minä en oo koskaan ollu semmonen hiljasempi puhumaan, että minä puhun kyllä. Että minä tykkään, että jos asiaa on niin se asia pitää viiä perille. Eihän se toinen voi auttaa toista! Onko näin?*

*MK: Täytyy sanoa varmasti just kuin sanoit, että itse pitää haluta.*

*H3: Niin. Että jokainen saa painaa pisteen milloin haluaa siinä asiassa. Minä oon tykänny näin.*

Edellä olevassa näytteessä kuntoutujan motivaation aktivoitumiseen vaikuttavat arkielämässä selviytymisen haasteet ja sisäisen hallinnantunteen vahvuus, jota kuntoutuja ilmaisee toisen avun tarpeettomuudella. Tässä käsitystyypissä on tyyppillistä tilanteen hyväksyminen ja realiteettien kohtaaminen sekä vaikeiden tilanteiden käsittely myönteisellä asenteella. Käsitystyypissä voidaan tunnistaa kuntoutujan persoonalle tyyppillinen strategia selviytyä vammautumisen aiheuttamasta kokemuksesta, mikä näkyy sitkeänä taisteluna ja sisukkuutena sekä periksiantamattomuutena. Käsitystyyppi kuvaa kuntoutujan tietoisuutta omista tavoitteistaan ja omaehtoinen toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi.

Näytteessä 2b kuntoutujan oma halu ja myönteinen asenne toiminnassa ovat kuntoutumiselle suotuisia tekijöitä.

Näyte 2b. Oma halu ja myönteinen suhtautuminen kuntoutumiseen.

*MK: Jos ajattelet alkuvaihetta kun halvaus tuli ja nykytilannetta, niin mikä kuntoutuksessa on ollut merkityksellistä?*

*H10: Oma luonne ja positiivisuus. Siitä se lähtee, että itse haluaa. Vaikka olisi kuinka ihana fysioterapeutti, niin ei merkkää mitään. Ei kannettu vesi kaivossa pysy. Se pitäisi ihmisestä kaivaa esille se halu. ... Ja että on paikkoja mihin mennä ja halu lähteä jonnekin. Kaverit on hirveän tärkeitä. Ja fysioterapeutilla asiallinen kannustus, ei lässytystä ja ylipuhuvaa. Semmoinen on ainakin mulle ollut enemmänkin jarru.*

Dixonin ym. (2007) mukaan kuntoutujien toive paluusta ennen sairastumista vallinneeseen tilanteeseen saattaa olla yleisempää kuntoutumisen alkuvaiheessa, mutta hänen tutkimuksensa mukaan samasta tavoitteesta saattavat pitää kiinni myös kuntoutujat, joille paluu entiseen ei ole enää mahdollista riippumatta sairauden tai vamman kestosta tai kuntoutumisen edistymisestä.

Näytteen 3 käsitystyypissä keskeisenä motivoivana tekijänä kuntoutumisessa on vahva henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamisen tarve. Tässä käsitystyypissä voidaan tunnistaa osittain samanlaisia piirteitä

kuin näytteissä 2a ja 2b. Kuntoutujalla on vahva usko onnistumiseensa ja selkeä suunnitelma tavoitteeseensa pääsemiseksi. Hänellä on voimakas luottamus mahdollisuuksiinsa selviytyä muutosta edellyttävästä elämäntilanteesta.

Näyte 3. Itse määritellyt tavoitteet motivoijana.

*H6: Mä oon nyt yhteensä ollut neljä kuukautta sairaalassa. En ole päässyt kotia koska mulla ei ole semmoista asuntoa minne voi pyörätuolilla mennä.*

*MK: Minkälainen asunto on, onko portaita?*

*H6: Se on siinä suhteessa hankala, kun siinä ei ole hissiä, kolmannessa kerroksessa. Pitää nousta kolme kerrosta. Sen mää treenaan itse, että mää pystyn sen toteuttamaan.*

*MK: Koetko sinä, että se on semmoinen motivoiva tekijä?*

*H6: Se on motivoiva siinä suhteessa, että nyt terapeutit pyysi ne askelmat, että montako siinä on niitä ja päivitän, että montako täytyy nousta. Mä onnistun, että mulla on tarkoitus täältä alakerrasta lähteä harjoittelemaan, seuraavalle astolalle on sama matka suurin piirtein. Ne ei uskoneet että ei se multa onnistuu, mutta mä sanoin että onnistuu multa. Mä oon ite päättänyt ja motivoitunut siihen, niin mä varman teen sen. Mä laskin, että puoli kerrosta on 8 porrasta, elikkä yksi kerros on 16 porrasta. Elikkä se on 3 kertaa 16, sehän on... 58 ko se on? Niin monta askelta pittää pystyä jaksaa ottaa, niin sitten pääsee kotiin. Sitten siellä on pyörätuoli valmiina, ja mä pääsen vessanpytylle niitten kans paljon helpommin jos kaupunki laittaa, koska asuntoyhtiö ei oo pyynnöstä huolimatta laittanut sinne mitään apuvälineitä. Kaiteita vessaan ja semmoisia. Niin pittää itse selvittää tämä asia.*

*MK: Mitä ajattelet, mitkä ovat ne tekijät, jotka siellä kotona olemisen mahdollistaa?*

*H6: No se on se ympäristö jo, se on tuttu ympäristö ja kukaan ei ole mua höösäämässä Että mitä sä teet ja miksi sä teet. Ja mä saan tehdä just niinko ite haluan.*

Edellä kuvatussa käsitystyyppissä kuntoutuja kokee, että omatoimisella harjoittelulla hän löytää uusia tapoja selviytyä kotona ja pääsee pois sairaalasta, jonka ympäristön hän kokee motivaatiota heikentävänä. Ympäristön

merkitys kuntoutumisessa on motivaation kannalta merkityksellinen, mitä kuntoutuja ilmaisee riippumattomuudella ja autonomian kokemisella. Käsitystyyppin variaatioissa on olennaista se, että kuntoutujalla on tavoite ja keinot sen saavuttamiseen. Tätä kautta muodostuu motivaatio yrittää saavuttaa päämäärä. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on itse määritelty tavoite, joka motivoi kuntoutumaan.

Kuntoutujien erilaiset elämäntilanteet ja tarpeet edellyttävät yksilöllisiä ratkaisuja niin valittavien toimenpiteiden kuin niiden sisältämien menetelmien ja sopivuuden suhteen. Tämä ylläpitää kuntoutujien motivaatiota. (Konsensuslausuma 2008, 15.)

Näytteen 4 kriittisenä aspektina kuntoutujan toiminnassa ovat onnistumisen kokemukset, jotka ovat motivoineet ja lisänneet kuntoutujan aktiivisuutta omassa kuntoutumisessaan. Kuntoutuja on saavuttanut kuntoutumisessaan tavoitteita, jotka motivoivat ylläpitämään ja edistämään itsenäistä ja omaehtoista toimintakykyisyyttä sekä tavoittelemaan uusia haasteita elämässä selviytymiseen.

#### Näyte 4. Onnistumisen kokemukset.

*H19: Kun käy fysioterapiassa niin tietää, että sitten voi päästä eteenmään asioissa mikä on ollu joskus vaikeaa. Se edistää kokonaan elämään eteenpäin, jos sä pystyt yhden asian tekemään. Jos et ole joskus pystynyt tuota tekemään, niin vuoden tai puolenkin vuoden päästä saatat huomata, että se saattaa onnistuakin nyt. Että se onnistumisen, yrittämisen halu ja kaikki tämmönen on positiivista.*

*MK: Sanoisitko jonkun esimerkin tästä.*

*H19: No vaikka silloin erityiskoulun aikoihin mulla oli vaikeutta uimisen kanssa, että silloin mä tarvin apuvälineitä siihen uimiseen. Nyttien kun lähdin sieltä pois ja oon harrastanut uintia, niin nytten mä pystyn ilman mitään uimaan ja oon vahvistunut siinä uintitaidossa. Ja pystyn uimaan pitempää matkaa ja ilman mitään tukia.*

Näytteessä 5 kuntoutuja lähestyy omaa kuntoutumistaan lähiympäristön odotusten näkökulmasta, jossa korostuvat perheen tarpeet ja kuntoutujan vastuu kodin arjen toimintojen sujumisesta. Kriittisen aspektina käsitystyyppissä on lähiympäristön odotukset kuntoutujan toiminnan aktivoijana.

Näyte 5. Lähiympäristön odotukset innostajina.

*H4: Tukiverkostona perhe oli tärkeä ja on vieläkin. Vaimo on nyt töissä ja minä hoidan paljon perheen asioita, toimitan lapset kouluun ja niin edespäin. Silloin vammautumisen alkuaikoina perhe oli semmoinen, että jotenkin oli päästävä eteenpäin niin se pani liikkeelle. Ei passannut jäädä sinne punkan pohjalle makaamaan vaan oli päästävä ylös ja ruvettava hommaamaan. Se on ollut loppujen lopuksi hyvä, vaikka silloin oli raskasta ja kovaa hommaa se kuntoutus. Jälkeenpäin ajateltuna se on ollut kuntoutusta minulle kun minun on ollut pakko tehdä niitä hommia. Että sikäli oli hyvä tuuri kun oli perhe ja olin sen verran kunnossa, että pystyin niitä asioita hoitamaan.*

Kuntoutuja kokee, että hänellä on vastuu kodin toiminnoista, koska ei kykene osallistumaan enää työelämään. Kuntoutujan motivaatio toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä arjen toimintoihin osallistumiseen kuvaa sitkeyttä selviytyä ja saada palaute selviytymisestä. Kuntoutuja ei koe olevansa riippuvainen ulkoisesta tuesta vaan pyrkii itse olemaan tuen antaja. Käsitystyyppistä käy ilmi kuntoutujan vastuullinen rooli rooli perheessä, jossa hän on aikaisemmin ollut työssä käyvä osapuoli.

### 5.3.2 Kategoria F2: Epäsuotuisat olosuhteet

Kategoriassa F2 käsitystyyppien eri variaatioissa korostuvat kuntoutujan toimintaan liittyvät epäsuotuisat tekijät kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa. Kategorian kriittiset aspektit ovat seuraavat:

1. *ristiriita selviytymisestä*
2. *autonomian mitätöinti*
3. *kuntoutuksen puuttuminen.*

Vammaisuuden aiheuttama kokemus kahden identiteetin välissä olemisesta tulee esille Sandströmin (2007, 432–441) tutkimuksessa, joka käsittelee vammaisten aikuisten päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä vammaisuuden kokemista. Hänen mukaansa vammaiset kokevat elävänsä toisaalta samanlaisina ja toisaalta erilaisina kuin muut ihmiset. Tähän kokemukseen liittyy kokemus elämisestä ikään kuin kahden iden-

titeetin omaavana persoonana. Toinen identiteetti vahvistaa kuulumista vammaisista muodostuvaan ryhmään ja tunnetta siitä, että on samanlainen kuin muut eikä ole vammansa kanssa yksin. Toinen identiteetti puolestaan vahvistaa itsevarmuutta ja hyvinvoinnin tunnetta sekä pyrkimystä olemaan niin normaali kuin mahdollista ja pysymään pois muiden vammaisten seurasta. Sandströmin mukaan kahdessa eri maailmassa eläminen näkyy myös yhteiskunnan suhtautumisessa vammaisiin, kun heidän todetaan olevan liian hyvässä kunnossa avun tai tuen saamiseen mutta ei riittävän hyviä selviytyäkseen yksin elämässä. Tällainen ilmiö on kyseessä näytteessä 1, jonka kriittinen aspekti on selviytymistä koskeva ristiriita.

Näyte 1. Ristiriita selviytymisestä.

*H16: Siksi niin paljon pelottaakin se, että nyt se loppuu se kuntoutus kokonaan. Tai fysioterapia. Ja plus vielä se, että se rassaa henkisesti, että miksi minä en muka saa sitä mikä mulle kuuluu. Tiedän monia tuttavvia, jotka on joutunut näitten kanssa viime aikoina taistelemaan. Minä vaan heitä seurattessani tiedän, että varmasti itsellekin käy niin jos se evätään. Se vaan rassaa ihan hirveästi.*

*MK: Miten sinä olet valmistautunut siihen?*

*H16: Käytännössähän sitä täytyy ruveta kompensoimaan sillä, että siellä kuntosalilla käy useammin. Tai jotenkin tekemään itse enemmän. Mutta kun se vointi on kuitenkin niin, että se ei ikinä korvaa sitä kuitenkaan.*

*MK: Kun puhuit siitä, että sinua pelottaa jos fysioterapia loppuu. Mitä ajattelet, miksi fysioterapia voisi loppua?*

*H16: Totta kai sillä on minun mielestäni hyvinkin pätevät perustelut. ...Mutta ehkä minä koen silläkin lailla, että minä olen monen ja ainakin maksajan mielestä liian hyväkuntoinen siinä mielessä, että ”sinähän voit tehdä itse tätä ja tuota etkä tarvitse apua eikä sulla ole tätä ja tuota”. No ei olekaan, mutta miksi ei voida harrastaa tämmöistä ennaltaehkäisevää kuntoutusta, etten minä tarvitse avustajaa? Aina lähdetään siitä, että jos menee oikein hirveän huonosti, niin sinä saat niin kuin kompensoitiotia siitä, mutta jos pärjät yksin, niin sinä olet yksin.*

Epäsuotuisana lähtökohtana kuntoutujan toiminnalle ovat myös sosiaalisen ympäristön motivaatiota heikentävät tekijät, kuten itsearvostuksen ja henkilökohtaisten tavoitteiden väheksyminen ja kannustamisen puuttuminen.

Näyte 2 kuvaa kuntoutujan vahvaa uskomusta omaan selviytymiseensä, mitä kuntoutuja ilmaisee konkreettisesti kotiin pääsemisellä. Kuntoutuja kokee, että ammattihenkilöt eivät ymmärrä hänen odotuksiaan, mikä vaikuttaa kuntoutujan motivaatioon ja vallitsevaa tilannetta koskevaan tyytyväisyyteen. Kuntoutujan käsityksestä käy ilmi, että vallitsevat olosuhteet ovat sellaiset, että hänen pystyvyyteen liittyvät voimavarat eivät mahdollista tavoitteellista, käyttäytymisen muutosta edellyttävää toimintaa. Oppimisen näkökulmasta tarkasteltuna kuntoutuja kokee, että sosiaalinen ympäristö estää aktiivisuuden ja ongelmanratkaisutaitojen kehittymisen liiallisella huolehtimisella. Muut tekevät asiat hänen puolestaan ja hallitsevat häntä käyttäytymisellään. Käsitystyyppin kriittinen aspekti liittyy kuntoutujan odotusten ja hänen autonomiansa mitätöimiseen, jolla on yhteys kuntoutujan hyvinvointiin, tyytyväisyyteen ja pystyvyyden tunteeseen.

## Näyte 2. Autonomian mitätöinti.

*MK: Puhutkin, että olet kotiin siirtymässä, niin onko ajankohdasta ollut henkilökunnan kanssa puhetta?*

*H6: Ei oo ollut mitään sen kummempaa puhetta, mutta mut on torjuttu, että ei mulla oo mitään. Ja se niinkö rusentaa mut maan rakoon, kun aina jotain möläytetään. Sanotaan, että sä oot pitkään täällä, ja tuota sähköhanskaakin pidetään vielä pitkään. Sillon ko mä tulin tälle osastolle, niin ne jotka pääsi kotiin, niin ne ihmiset sano, että ne on 5–6 kuukautta olleet täällä. Niin mä sanoin, että ei onnistu, että mä vaikka karkaan ennen täältä. Että mä en tämmöiseen holhoukseen ala. Musta tää on liian holhoavaa, toiset määrää mikä sulle passaa ja mikä ei. Tietenkin sen lääkinnällisesti ymmärtää, mutta sitten kun esimerkiksi eilen illallakin täällä oli vuoro, niin mä halusin vaihtaa yöasun. Kun ensin hoputettiin seitsemän aikaan, että laitetaan mulle yöasu, ja sitten ko mulle passaa kahdeksan aikaan, niin sitten ei kettään näy eikä kuulu. Kaikkihan täältä sairaalasta haluaa kotiin.*



Kuntoutujan aktiivisuus ei aina ole kuntoutumisen kannalta vaikuttavaa eikä kuntoutujalle myönteistä. Näytteen 3 käsitystyyppistä käy ilmi, että kuntoutuja odottaa entisen toimintakyvyn palautumista, mihin hän viittaa ”oikealla kävelyllä”, jonka hän odottaa tulevan takaisin. Kuntoutujan motivaatio toimintakyvyn palautumiseen on korkealla. Hän on sitoutunut itsenäisesti osallistumaan kuntoutukseen voimavarojensa mukaan mutta odottaa asiantuntijan tukea, jotta itselle asetetut tavoitteet olisi mahdollista saavuttaa. Kriittisenä aspektina käsitystyyppissä on kuntoutuksen puuttuminen.

Näyte 3. Kuntoutuksen puuttuminen.

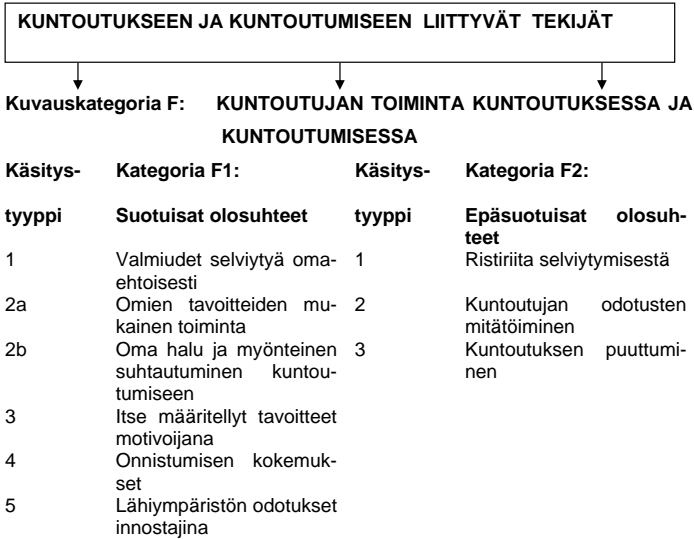
*H13: Kyllä minä vessassa käyn. Tässä syön ja liikun tällä pyörätuolilla, mitä tässä nyt tarvitsee. Mutta uloshan minä en pääse muuta ko auttamalla. Ko ei oo vielä kävelyä tullut. ...Se aamulla käy se aamuavustaja, nyt joka aamu toistaiseksi niin kauan kun minä saan sen kävelyn, niin sitenhän ruvetaan ite pukemaan. Olen pyörätuolipotilas. En potilas, kun kuntoilija.*

*MK: Miten sinä itse koet, että mikä sinun kuntoutumisessa, jos vertaat alkutilannetta tähän päivään, niin mitä tässä on tapahtunut edistystä tai ei edistystä?*

*H13: On sitä edistystä siinä mielessä, että minä kepin kanssa pystyn. Ja eikä se kovin kaukana vois olla tuo oikeakaan kävely, kun vaan nyt kunnolla sais siihen avustusta ja treenausta. Mutta ei se yksin oikein, ei sitä tohi yksin lähteä.*

Kategorian F käsitystyypeistä olen muodostanut kaksi kategoriaa kuvaamaan kuntoutumisen kannalta suotuisia ja epäsuotuisia olosuhteita kuntoutujan toiminnalle. Kategoriat F1 ja F2 sisältävät käsitystyyppisiä, jotka kuvaavat kuntoutujien erilaisia tapoja kokea kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyviä tekijöitä kuntoutujan henkilökohtaisten tekijöiden näkökulmasta.

Kuntoutujan toimintaan liittyvät erilaiset käsitystyyppit olen luokitellut kuntoutumisen olosuhteiden kannalta suotuisiin ja epäsuotuisiin tekijöihin. Niiden kriittiset aspektit kuvaavat niitä merkityksiä, joiden kautta kuntoutujan toimintaa tulkitaan ja kategorian kuvaus muodostuu. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Kuntoutujan toiminta kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä

Kaikissa kategorian F käsitystyypeissä on hallitsevana piirteenä kuntoutujien halu ja motivaatio kuntoutua. Sen sijaan olosuhteet osallistua kuntoutuksen toteutukseen vaihtelevat eri käsitystyypeissä. Kuntoutujat ovat muutosprosessissaan eri vaiheessa, mikä tulee ilmi käsitystyypeissä, jotka liittyvät kuntoutuspalvelujen loppumisen pelkoon. Kuntoutujat kokevat kuntoutuspalvelujen loppumisen toisaalta mahdollisuutena kehittyä ja selviytyä saavutetuilla valmiuksilla ilman ulkopuolista kontrollia, mutta toisaalta uuden tilanteen tuomana epävarmuutena ja haluttomuutena ottaa vastuu omasta kuntoutuksestaan. Jälkimmäisessä käsitystyyppissä on tunnistettavissa suuttumusta kuntoutuspalvelujärjestelmää kohtaan.

Kuntoutujan aktiivisuus on yhteydessä henkilökohtaisiin luonteenpiirteisiin, mikä näkyy muun muassa oma-aloitteisuutena ja ongelmanratkaisutaitojen hallintana sekä positiivisuutena ja itsensä hyväksymisenä. Näihin luonteenpiirteisiin yhdistyy ympäristön myönteinen asennoituminen, joka tekee olosuhteista suotuisat. Vastaavasti epäsuotuisissa olosuhteissa motivoitunut kuntoutuja turhautuu ja muuttuu persoonaltaan välinpitämättömäksi ja vihamieliseksi, koska kokee että hänen pyrkimyksiään ei kunnioiteta. Ratkaisevana tekijänä motivaation edistämässä ja

ylläpitämisessä on ympäristön ja yksilön välinen vuorovaikutus sekä kuntoutumista tukeva ympäristö.

Kuntoutujat eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan jokainen on yksilö omine tavoitteineen ja tarpeineen. Lepage, Gzil, Camelli, Lefevre, Pachoud ja Ville (2007, 1555–1565) korostavat, että vammaisuuden ei saa antaa heikentää kuntoutujan päätösvaltaa eikä estää elämästä mielekästä, hyvää elämää. Tällaiseen elämään kuuluvat turvattu taloudellinen perusta, sosiaaliset suhteet ja osallistuminen omalle elämäntilanteelle kuuluviin toimintoihin ihmisenä, jolla on samat tarpeet ja oikeudet kuin muillakin.

Kuntoutuksen tavoitteena oleva kuntoutujan itsenäisyyden tukeminen voi muodostua erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa kuntoutumista estäväksi tekijäksi kuntoutujilla, joilla ei ole riittävästi saatavilla asiantuntijan tukea eikä tietoa tilanteestaan ja sen tulevaisuudesta. Tämä tulee esille muun muassa kuntoutujan liiallisena aktiivisuutena, joka muodostuu lopulta hänen kuntoutumiselleen epäsuotuisaksi. Tällaiseen käsitystyyppiin sisältyvissä käsitysten variaatioissa tulee esille iäkkäiden kuntoutujien jääminen vaille kuntoutuspalveluita sekä se, että motivaatio kuntoutua voi johtaa toimintaan, josta kuntoutujalla ei ole edellytyksiä selviytyä. Kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa asiantuntijan tuen muuttuminen auttamiseksi ja puolesta tekemiseksi koetaan kuntoutumista estävänä tekijänä. Kuntoutujan liiallinen auttaminen ja hoivaaminen aiheuttavat kuntoutujalle tunteen, että häntä ei kunnioiteta eikä arvosteta vaan häneen suhtaudutaan diagnoosilähtöisesti.

Kuntoutukselle asetetut tavoitteet ja selkeä suunnitelma niiden toteuttamiseksi lisää kuntoutujan motivaatiota ja sitoutumista kuntoutumiseensa. Tämän lisäksi kuntoutujia auttaa selviytymään ja edistymään muutosprosessissaan kuntoutushenkilöstön ja kuntoutujan välinen yhteistyö. Sen tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa arvioimaan omia tavoitteitaan ja etsimään keinoja niihin pääsemiseksi sekä muokkaamaan tavoitteita uudelleen ja luopumaan sellaisista, jotka eivät osoittautuneet tarkoituksenmukaisiksi. Keskeinen tekijä kuntoutushenkilöstön ja kuntoutujan välisessä vuorovaikutuksessa on tunne arvostuksesta ja ulkopuolisen tuen saatavuudesta. Elämän jatkuvuuden tukeminen koetaan merkitykselliseksi tekijäksi Wohlinin Wottrichin, von Kochin ja Thamin (2007, 778–788) tutkimuksessa, jossa kuvataan ammattihenkilöi-

den kokemuksia aivohalvauspotilaiden kotikuntoutuksen merkityksestä. Heidän tutkimuksensa kuntoutujille on ominaista halu palata kotiin mahdollisimman pian sairastumisesta, ja tätä tuetaan omaisten, työntekijöiden ja kuntoutujan yhteissuunnittelulla ja kotiympäristön toimintoihin osallistumisella. Kuntoutuksen lähtökohtana tutkimuksessa on kuntoutujan selviytyminen, mielihyvän kokeminen, aikaisempien sosiaalisten roolien tunnistaminen ja perhe-elämään osallistuminen. Kuntoutujan päätöksentekoa tuetaan muun muassa valmiiden ratkaisumallien unohtamisella ja uusien ratkaisumallien käyttämiseen rohkaisemisella. Kotiympäristö tarjoaa kuntoutujille runsaasti mahdollisuuksia luovuuteen ja rohkaisee heitä ongelmanratkaisuun ja tyytyväisyyteen toimia tutussa ja turvallisessa ympäristössä itsenäisesti kokeillen.

Sosiaalisen ympäristön ja siinä muodostuvien suhteiden merkitys koetaan tärkeäksi motivoivaksi sekä itsetuntoa vahvistavaksi tekijäksi kuntoutumisessa. Ihmisen tapa suhtautua positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin toimii itsetunnon suojana. Henkilöt, joilla on hyvä tai huono itsetunto, suhtautuvat positiivisiin kokemuksiin samalla tavalla, eli kokemukset saavat molemmissa tapauksissa aikaan positiivisia reaktioita ja positiivista mielialaa. Suhteutumisessa negatiivisiin kokemuksiin voidaan havaita eroja ihmisten välillä. Hyvän itsetunnon omaavat ihmiset torjuvat negatiiviset kokemukset kokonaan, unohtavat ne, työntävät ne pois mielestään tai vähättelevät niiden merkitystä. He hyötyvät positiivisista kokemuksista, eivätkä he koe negatiivisiakaan kokemuksia vakavina. Itsetunnon heikot ihmiset kokevat negatiiviset kokemukset raskaasti, koska heiltä puuttuu keino käsitellä negatiivisten kokemusten aiheuttamia tunteita. (Keltikangas-Järvinen 1998, 44–49.)

Ympäristön odotukset kuten osallistuminen kodin toimintoihin sekä harrastus- ja järjestötoimintaan lisäävät kuntoutujan autonomian sekä sisäisen hallinnan tunnetta, johon liittyy riippumattomuuden tunne ulkopuolisen avun tarpeesta elämässä selviytymisessä.

## 6 TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa arvioinnilla tarkoitetaan kysymystä tutkimusprosessin luotettavuudesta. Luotettavuutta on perinteisesti kuvattu valiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Eskolan ja Suorannan (1998, 211–213) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja henkilökohtaisen roolin merkityksen tunnistaminen koko tutkimusprosessin ajan. Tutkija on tutkimusinstrumentti, joka muodostaa laadullisen tutkimuksen pääasiallisen luotettavuuden kriteerin. (Ahonen 1996, 123; Eskola & Suoranta 1998, 211.) Tynjälän (1991, 388) mukaan laadullinen tutkimus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusperinne, vaan siihen kuuluu useita erilaisia lähestymistapoja ja tekniikoita. Tämän vuoksi sille ei ole myöskään olemassa yhteneväisiä luotettavuuden arviointikriteereitä.

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen arviointiperusteiden katsotaan poikkeavan toisistaan. Varton (1992, 105–107) mukaan tutkimusmenetelmä ei sinällään ole koskaan luotettava tai epäluotettava, vaan luotettavuus määräytyy suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Epistemologisessa keskustelussa voidaan erottaa kolme erilaista totuusteoriaa: korrespondenssiteoria, koherenssiteoria ja pragmaattinen teoria. Korrespondenssilla eli vastaavuudella tarkoitetaan sitä, vastaako väite tai teoria objektiivista maailmaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen piirissä on esitetty näkemyksiä, joissa selkeästi sanoudutaan irti totuuden korrespondenssiteoriasta ja objektiivisesta yhden totuuden oletuksesta. Koherenssilla tarkoitetaan puolestaan väitteen tai teorian sisäistä logiikkaa ja johdonmukaisuutta, jolloin tosi ei voi olla ristiriidassa itsensä kanssa. Totuuden pragmaattinen kriteeri taas liitetään tiedon käytännöllisiin seurauksiin, jolloin totta on sellainen väite, joka käytännössä osoittaa itse totuudellisuutensa. (Tynjälä 1991, 387–388.) Kvalen (1989, 31–38) mukaan objektiivisen tiedon saavuttamisessa voidaan erottaa kaksi peruslinjaa, objektivismi ja relativismi, joista objektivismi sitoutuu totuuden korrespondenssiteoriaan. Sen mukaan tosi tieto on objektiivisen maailman heijastumaa eli tosi tieto vastaa maailmaa. Relativismin mukaan taas ei ole olemassa yhtä totuutta, vaan eri yksilöillä on omat kokemuksensa ja näin ollen myös

omat totuutensa. Tällöin tutkimuksella tavoitellaan tiettyä näkökulmaa ilmiöstä eikä niinkään objektiivista totuutta.

Uljens (1991, 97) toteaa fenomenografisen tutkimussuuntauksen sitoutuvan sekä korrespondenssi- että koherenssiteoriaan. Tutkimustuloksina syntyneiden kuvauskategorioiden vastaavuutta arvioitaessa sitoudutaan korrespondenssiteoriaan. Tutkimuksessa esitettyjen väitteiden todenmukaisuutta puolestaan arvioidaan koherenssiteorian avulla.

Pohdin tutkimukseni luotettavuutta käyttäen perustana Uljensin (1991, 97–98) esittämää kolmitasoista luokitusta, jonka mukaan arvioitiin kohdistuu aineiston hankintaan, aineiston analyysiin ja tutkimuksen teoreettiseen validiteettiin. Uljens korostaa, ettei fenomenografiassa, kuten hermeneutiikassakaan, ole olemassa absoluuttista totuutta eikä sitä siis ole mahdollista saavuttaa. Fenomenografinen tutkimus korostaa laadullista, tutkittavien henkilöiden käsityksistä tulkittua tietoa, jossa ilmaistut tulkitaan niiden ajatusyhteyksiä vasten. Aineiston hankinnassa on tyypillistä keskittyä enemmän syvälliseen aineiston hankintaan kuin määrällisesti laajaan tutkimusaineistoon. Tutkimustuloksilla ei tavoitella yleistettävyyttä vaan yleisyyttä. Yleisyyttä voidaan perustella haastatteluvien käsityksistä muodostetuilla kollektiivisilla käsityksillä tutkittavasta ilmiöstä, jolloin niiden merkitys näyttäytyy johtopäätösten teoreettisena yleisyytenä, eli ne liittyvät yleisiin teoreettisiin ongelmiin eivätkä kuvaa vain pelkkiä käsityksiä. Fenomenografisen tutkimuksen luotettavuus perustuu aineiston ja johtopäätösten validiteettiin. Niiden tulee vastata tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin eli relevanssiin. (Ahonen 1996, 152; Uljens 1991, 97; Häkkinen 1996, 44–45; Järvinen & Järvinen 2000, 87.)

Aineiston hankinnan luotettavuuden arvioinnissa sitoudutaan korrespondenssiteoriaan, jolla viitataan tutkimuksessa mukana olevien käsityksien ja aineiston väliseen vastaavuuteen. On tärkeää, että aineisto vastaa tutkimuksessa mukana olevien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun luotettavuuteen yhteydessä olevia seikkoja ovat aineiston aitous ja relevanssi. Olen hankkinut tutkimusaineistoni haastattelujen avulla. Tutkimusilmioni liittyy kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja kuntoutumiseen, minkä vuoksi valitsin tutkimukseen henkilöitä, joilla on monipuolisesti kokemuksia erilaisten kuntoutuspalvelujärjestelmien toiminnasta ja kuntoutusinterventioista. Pystyäkseen varmistamaan tutkimusilmion

kannalta tarkoituksenmukaisen aineiston valinnan tutustuin kuntoutuspalveluiden käyttäjistä laadittuihin tilastotietoihin. Tämän perusteella valitsin tutkimusaineistoksi eri-ikäisiä CP-vammaisia nuoria ja nuoria aikuisia sekä aivoverenkiertohäiriön sairastaneita työikäisiä ja ikääntyviä kuntoutujia. Kutsun heitä tutkimuksessani nimellä kuntoutujat. Fenomenografisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä selityksiä kuntoutujien käsityksille, enkä korostakaan tutkimuksessani kuntoutujien taustatietoja. Vammaisuuden konteksti tulee esille käsityksissä, joita kuntoutujat ilmaisevat. On syytä todeta, että tutkimusaineiston koostumus muodostaa rajat tutkimuksen tuloksille. Aineiston taustalla vaikuttavat yhteisinä piirteinä vammaisuus sekä työkyvyttömyys. Ne ovat asioita, jotka ovat vahvasti esillä tässä tutkimuksessa.

Kiinnitin huomiota haastattelun laatuun valmistautumalla huolellisesti jokaista haastattelutilannetta varten. Valmistin haastattelutilannetta varten haastattelurungon ja pohdin etukäteen mahdollisia lisäkysymysten muotoja. Koen, että kysymysten muotoiluun haastattelutilanteessa olisin saanut kiinnittää vielä enemmän huomiota, jotta käsitysten syvyys ja monipuolisuus olisi tullut entistä paremmin esille. Osassa teemoista onnistuin kysymysten asettamisessa mielestäni erittäin hyvin. Huolehdin etukäteen, että haastattelussa käytettävä tekninen välineistö oli kunnossa ja varmistin jokaisen haastattelun aikana, että haastattelu tallentuu nauhalle. Siitä huolimatta yhden haastattelun nauhoitus epäonnistui ja osa puheesta jäi tallentumatta. Tämän haastattelun jätin analysoimatta.

Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 185) mukaan haastattelun laatua voidaan parantaa haastattelun jälkeisellä välittömällä litteroinnilla varsinkin silloin, kun tutkija itse haastattelee ja litteroi aineiston. Pyrinkin litteroimaan aineiston välittömästi haastattelun jälkeen, jotta pystyin eläytymään haastattelutilanteeseen uudelleen.

Haastatteleamalla hankitussa aineistossa toteutuu fenomenografiseen tiedonkäsitykseen kuuluva intersubjektiivisuus. Kokko (2003, 130–131) puhuu yleisesti laadulliseen tutkimukseen kuuluvasta tutkijavaikutuksen arvioinnista, jota kuvataan kirjallisuudessa eri käsitteiden avulla. Fenomenografiassa puhutaan käsitteestä perspektiivitetietoisuus, jolla tarkoitetaan kaikkien sellaisten tutkimukseen vaikuttavien seikkojen tunnistamista, joilla voi olla yhteyttä tutkimustulosten muotoutumiseen (Larsson 1993). Tällaisia ovat muun muassa tutkijan ennakkokäsitykset tutkitta-

vasta ilmiöstä, käytetty tulkintateoria sekä tutkijan kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Puhutaan tutkijan ennakkokäsitysten tietoisesta sulkeistamisesta.

Niikon (2003, 40–41) mukaan täydellistä oman näkemyksen sulkeistamista ei voida saavuttaa, koska maailma on subjektiivinen ja toisen kokemuksen ymmärtäminen edellyttää aktiivista intersubjektiivisuutta. Olen tuonut oman esiymmärrykseni ja tutkimusilmiöön liittyvät kokemukseni lukijalle avoimesti esiin. Aikaisemmat kokemukseni monivammaisten henkilöiden vuorovaikutuksesta lisäsivät haastattelutilanteessa vallitsevaa luottamuksellista ilmapiiriä. Tämä näkyi muun muassa tilanteessa esiintyvänä varmuutena sekä luontevana suhtautumisena esimerkiksi puheen tuottamisessa ilmenevään lievään artikulaation epäselvyyteen, kuntoutujan apuvälineisiin tai vammaisuuden aiheuttamiin sekundaarioireisiin. Pysin lisäämään aineiston hankinnan luotettavuutta kertomalla haastattelun alussa kaikille samalla tavalla tutkimukseni tarkoituksen ja tutkimustehtäväni sekä antamalla tutkittaville etukäteen tutustuttavaksi haastattelun teema-alueet.

Tutkittavilla oli ennen varsinaisen haastattelun alkamista mahdollisuus kysyä jotain teema-alueisiin liittyviä epäselviä asioita, jos siihen olisi ollut tarvetta. Kukaan ei kysynyt etukäteen mitään. En kertonut tutkittaville omasta työhistoriastani fysioterapeuttina ja kuntoutusalan lehtorina, koska ajattelin kertomisen voivan vaikuttaa haastateltavien asennoitumiseen minuun tutkijana. Aineiston aitouden arvioinnissa kiinnitin huomiota käsitteisiin kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen sekä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvät tekijät. Kokonaisvaltaisuus-käsite oli joillekin kuntoutujille vaikea ymmärtää. Koin kuitenkin, että käsiteltävät teemat olivat kaikille kuntoutujille tuttuja ja he pystyivät kuvaamaan omia senhetkisiä käsityksiään tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun lopuksi kuntoutujat saivat halutessaan esittää lisäyksiä tai täsmennyksiä haastattelussa esiin tulleisiin asioihin. Näin halusin varmistaa, että haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda esille sellaisia käsityksiä, jotka saattaisivat olla tutkimusilmiön kannalta merkityksellisiä.

Uljensin (1991, 98) mukaan fenomenografisen tutkimuksen luotettavuuden toinen taso liittyy aineiston analyysiin. Olen esittänyt tutkimustulokseni kategorioina. Niiden muodostamiseen ei ole olemassa mitään tiettyä menettelytapaa, vaan se noudattaa yleensä kvalitatiiviselle ihmistieteelle yleisiä piirteitä. Kategorioiden muodostaminen perustuu



minun subjektiiviseen tulkintaan, jolloin luotettavuuden kysymys kohdentuu siihen, kuinka uskollinen tulkinta on aineistolle. Palosen (1988, 15–16; Kiviniemi 2007, 79–83) mukaan tulkinta on aina ehdollinen, vajavainen ja yksipuolinen käsitys ilmiöstä. Hänen mukaansa jokainen tulkinta on aina kiistettävissä ja jokaiselle tulkinnalle voidaan esittää vaihtoehtoja. Minun tehtävänä on kuvata mahdollisimman tarkasti omat perusteluni tulkintoihini päätymiseen. Tutkimuksessa tehtyjen tulkintojen todenperäisyyttä minun saattaa olla mahdoton osoittaa, mutta esitän tutkimuksessani lukijalle välineet arvioida sitä, onko muodostunut käsitys tutkittavasta ilmiöstä lukijan kannalta uskottava.

Fenomenografista tutkimusta on kritisoitu siitä, että analyysiprosessia ei yleensä raportoida riittävän läpinäkyvästi, jolloin lukija ei kykene seuraamaan kategorioiden muodostumista raportoinnin perusteella. Asworth ym. (1998, 426) kritisoivat Martonin (1988, 147–148) oletusta siitä, että on löydettävissä rajallinen määrä erilaisia käsityksiä. Marton perustelee käsitystään sillä, että tietyssä yhteisössä tai kulttuurissa on tiettyä ajankohtana voimassa rajallinen määrä erilaisia tapoja käsittää jokin ilmiö. Tutkittavien käsityksistä muodostetut kategoriat ovat tutkijan rakentamia kokonaisuuksia, jolloin niiden määrä on viime kädessä aina tutkijan itse päätettävissä.

Kategorijärjestelmän muodostamisessa on fenomenografian edustajien kesken käyty argumentointia kommunikatiivisesta validoinnista, jolla tarkoitetaan tutkimuksen onnistuneisuuden tarkastelua sen perusteella, millaista tietoa kohteesta ja tutkittavasta ilmiöstä tuotetaan (Kvale 1989, 83–86). Tähän liittyy rinnakkaisluokittelijan käyttö kategorioiden muodostamisessa, mistä tutkijoilla on erilaisia mielipiteitä. (Bowden 1996, 130–136; Marton 1988, 147; Sandberg 1996, 130–136; Säljö 1996, 24–26; Uljens 1991, 97–98.)

Käytin tutkimukseni analyysin ensimmäisten kategorioiden hahmottamisvaiheessa rinnakkaisluokittelijaa, ja koin sen tutkimusprosessin oppimisen näkökulmasta merkitykselliseksi vaiheeksi. Varsinaisesti analyysiprosessin myöhempisiin vaiheisiin ja itse kategorioiden muodostumiseen rinnakkaisluokittelijaa en käyttänyt. Kiviniemen (2007, 70) mukaan laadullista tutkimusta voidaan kutsua oppimisprosessiksi, jossa tutkimuksen etenemisen vaiheet ja tutkimustuloksiin vaikuttavat ratkaisut syntyvät vähitellen, ja tutkimusmenetelmälliset

ratkaisut täsmentyvät tutkimuksen edetessä. Tutkimuksessani rinnakkaisluokittelijan tehtävä oli toimia analyysiprosessissa oppimista edistävänä tekijänä ja lisätä varmuuttani tutkijana analyysiprosessin haltuun ottamisessa. Rinnakkaisluokittelija oli itse omassa väitöskirjatutkimuksessaan käyttänyt fenomenografista tutkimusotetta aineiston analysoinnissa.

Olen kuvannut analyysiprosessin etenemisen, jotta lukijalla on edellytykset seurata kategorioiden muodostumisen eri vaiheita. Olen käyttänyt laajoja lainauksia haastatteluaineistosta, millä pyrin lisäämään luotettavuutta kategorioiden lähtökohtien tulkintoja kohtaan. Haastatteluissa esitettiin runsaasti käsityksiä, jotka liittyvät fyysiseen toimintakykyyn sekä fysioterapiaan ja fysioterapeutteihin. Näiden käsitysten tulkinnassa oli vaikeuksia löytää haastateltavan kuvaama merkitys ja sen yhteys tutkittavaan ilmiöön. Olen kirjannut raportin liitteeseen henkilöittäin kaikkiin kategorioihin liittyvät laadullisesti samansisältöiset ilmaisut. Tällä pyrin lisäämään kategorioiden muodostamiseen liittyvää sisällöllistä aitoutta sekä relevanssia.

Kolmantena Uljensin (1991, 98) nimeämänä fenomenografisen tutkimussuuntauksen luotettavuuskriteerinä mainitaan teoreettinen validiteetti. Ahosen (1996, 154) mukaan kyse on tutkimuskategorioiden relevanttiudesta eli niiden liittymisestä tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin. Tutkijan ei tule ylitulkita aineistoaan eikä etsiä siitä sellaisia merkityksiä, jotka eivät kuulu tutkittavan ongelman ja sen taustana olevien teoreettisten lähtökohtien yhteyteen. Larssonin (1993) mukaan fenomenografisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tuottaa teoriaa, koska tutkimus on luonteeltaan kuvailevaa. (Kokko 2003, 134).

Varmistin tutkimukseni teoreettista validiteettia tukeutumalla teoria-tietoon tutkimusraportin eri vaiheissa. Teoreettinen perehtyneisyys näkyy myös tutkimustuloksia käsittelevien kappaleiden (4 ja 5) sisällöissä teoria-tiedon ja muodostettujen kategorioiden sekä kriittisten aspektien välisenä suhteena. Kategorioiden muodostamisessa olen pyrkinyt aineistolähtöisyyteen ja välttänyt tietoisesti luokittelemasta kategorioita valmiiden teoreettisten perusteiden avulla. Olen perehtynyt laaja-alaisesti kuntoutusta ja sen tavoitteena olevaa kuntoutumista käsittelevään teoria- ja tutkimus-aineistoon. Näin tutkimukseni teoreettista validiteettia varmistamalla olen kunnioittanut kuntoutuksen monitieteisyyttä ja -alaisuutta.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikka tarkastelee asioita moraalisesta näkökulmasta. Kiinnostus kohdistuu siihen, mikä on hyvää tai pahaa, hyväksyttävää tai tuomittavaa, sallittua tai kiellettyä, oikein tai väärin. Käsitteinä eettinen ja moraalinen eivät aina erotu toisistaan, ja usein ne ymmärretäänkin samoina asioina. Kun puhutaan tutkijan etiikasta, ilmiöllä tarkoitetaan tutkijoiden moraalialia. (Pietarinen & Launis 2002, 42–43.) Tutkimuseettiset normit eivät Kuulan (2006, 58–59) mukaan sido tutkijaa laillisesti, mutta ne velvoittavat häntä ammatillisesti. Tutkijan uskotaan ja toivotaan sitoutuvan tutkimusta tehdessään noudattamaan yleisesti hyväksyttäviä normeja, joilla ohjataan tutkimuksen tekoa sekä ilmaistaan arvoja tutkimuseettisten ongelmien ratkaisemiseksi.

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimus noudattaa hyvälle tieteelliselle toiminnalle asetettuja vaatimuksia. Pohdin tutkimukseni eettisyyttä Hyvän tieteellisen käytännön (2002) kuvauksen mukaisesti, josta alla olevat kohdat on lainattu. Haluan osoittaa sitoutuneeni hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen tutkimusprosessin eri vaiheissa. Perustelen tutkimuseettisiä kysymyksiä tutkimukseni näkökulmasta seuraavasti:

1. ”Tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, se on rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa.”

Olen toiminut rehellisesti ja huolellisesti kaikissa tutkimustyöhöni liittyvissä vaiheissa pitäen tarkkaa kirjanpitoa tutkimusprosessin etenemisestä ja tutkimusdokumenttien tallentamisesta asianmukaisesti. Vehviläinen-Julkusen (1998, 32) mukaan tutkimuksen eettisyyttä on tutkijan itsensä kehittäminen sekä ohjaukseen hakeutuminen sekä neuvojen kysyminen ja kritiikille alttiiksi asettuminen. Olen tuonut tutkimukseni eri vaiheita niin kansallisen kuin kansainvälisen tiedeyhteisön argumentoitavaksi sekä huomioinut tiedeyhteisöltäni saaman palautteen tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä kunnioittaen.

2. ”Tutkija soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.”

Tieteenalojen moninaisuus, tieteellisen tutkimuksen kohteiden laajuus ja metodologinen hajanaisuus herättävät kysymyksiä tieteen merkityksestä sekä eri tieteenaloja yhdistävistä tekijöistä. Vastauksia näihin kysymyksiin löytyy tieteelliselle tiedolle asetetuista kriteereistä sekä tieteelliselle tutkimukselle asetetusta tavoitteesta systemaattisena tiedonhankintana. Tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset nähdään tieteen voimana, koska ne varjelevat tieteen integriteettiä ja oikeuttavat tieteen aseman autonomisena yhteiskunnallisena instituutiona. Hyvän tieteellisen käytännön varaan rakentuva tutkimusetiikka takaa tieteen integriteetin ja luotettavuuden. (Hallamaa & Lötjönen 2002, 376–377.) Olen sitoutunut tutkimuksessani noudattamaan laadulliselle tutkimukselle asetettuja kriteerejä sekä fenomenografiselle lähestymistavalle ominaisia tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmiä. Olen perehtynyt ennen tutkimuksen käynnistymistä monipuolisesti ja perusteellisesti tieteellisen tutkimuksen tekemiseen sekä tutkijalta vaadittaviin eettisiin periaatteisiin.

Pelkosen ja Louhialan (2002, 129) mukaan ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkijalta hyvän tutkimuskäytännön noudattamista, jossa on keskeistä tutkittavan ihmisarvon ja autonomian kunnioittaminen. Tutkimusprosessissa voidaan erottaa kolme eettisesti merkittävää näkökulmaa. Ensimmäinen on tutkimusaiheen eettinen oikeutus eli se, miksi kyseisen ilmiön tutkiminen on perusteltua. Toinen näkökulma kohdistuu tutkimusmenetelmiin eli tavoiteltavan tiedon hankkimiseen valituilla aineistonkeruumenetelmillä. Kolmas eettinen näkökulma liittyy tutkimusaineiston analyysiin ja raportointiin. Tutkijan tulee huolehtia muun muassa siitä, että litteroiduissa haastatteluisissa ei ole nähtävissä tutkittavien oikeita nimiä. Tutkijan eettinen velvollisuus on raportoida tutkimustulokset mahdollisimman rehellisesti ja tarkasti muistaen samalla suojella tutkittavia. (Mäkelä 2006, 368–369; Pelkonen & Louhiala 2002, 126–127.) Laadullisessa tutkimuksessa tulee tuoda esiin analyysiprosessin eteneminen ja kuvaus siitä, miten esitetyt tulokset

on saatu. Tutkimustulosten julkaisemisen periaatteena pidetään tutkijan avoimuutta ja rehellisyyttä, joka edellyttää tutkijalta pyrkimystä suureen objektiivisuuteen. Aivan kuten litteroiduissa teksteissä ei tutkimusraporttissakaan saa paljastua sellaista, josta tutkittavat voidaan tunnistaa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 31.)

Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta, minkä vuoksi jouduin tutkijana pohtimaan tutkittavan ilmiön olemusta sekä rajaamista. Tutkimuskohde rajautuu tutkimusongelmien tai tutkimustehtävän selkiytyessä. Tutkijan rajatessa tutkimuskohteen hän tekee samalla arvovalinnan sitoutuessaan tutkimaan valitsemaansa ilmiötä (Vehviläinen-Julkunen 1998, 28). Tutkimusaiheeni eettinen oikeutus perustuu valtiovallan kuntoutuksen tutkimukselle asetettuun haasteeseen selvittää kuntoutuksen hyviä ja vaikuttavia toimintakäytäntöjä sekä etsiä ratkaisuja, jotka edistävät kuntoutujien mahdollisuuksia selviytyä yhteiskunnassa. Keskeisenä periaatteena haasteessa korostetaan palvelunkäyttäjän näkökulman huomioimista, minkä vuoksi tutkimusaineistoni muodostui erilaisia kuntoutuspalveluita käyttävistä kuntoutujista.

Tutkijan asemassa keskeistä on luottamus. Tutkimusaineistosta puhuttaessa luottamus tarkoittaa kaikkia niitä sopimuksia ja lupauksia, joita aineiston käyttämisestä sovitaan. Tutkittavien on pystyttävä luottamaan siihen, että heidän anonymiteettinsa säilyy ja heille kerrotaan rehellisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja mahdollisista vaikutuksista. Myös tietojen julkaisemisessa tulee huolehtia anonymiteetin säilymisestä. (Kuula 2006, 88.) Informoin tutkittavia siitä, että heidän henkilöllisyytensä ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa ja litteroitu haastatteluaineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Olen muuttanut litterointivaiheessa haastateltavien murteellisen kielen yleiskielisemmäksi huolehtien siitä, että ilmaisun merkitys ei muutu. Näin estän tutkittavien henkilöllisyyden paljastumista ja kunnioitan heidän yksityisyyttään.

3. ”Tutkija ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että hän kunnioittaa näiden työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan.”

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksena pidetään vilppiä tieteellisessä toiminnassa, jota on muun muassa toisen julkituoman tekstin

esittäminen omana. Tällöin puhutaan luvattomasta lainaamisesta (plagiarism). Anastamisesta (misappropriation) on kyse silloin, kun perusteettomasti esitetään toiselle tutkijalle oikeutettua tutkimusomaisuutta omissa nimissä. Toisen tutkijan työn turmeleminen, viivyttäminen tai tahallinen vaikeuttaminen katsotaan myös eettisesti tuomittavaksi toiminnaksi. (Karjalainen & Saxen 2002, 221–222.) Olen omassa tutkimuksessani kunnioittanut toisten tutkijoiden työtä ja osoittanut sen käyttämällä asianmukaisia lähdeviitteitä kaikissa sellaisissa ilmauksissa, jotka eivät ole henkilökohtaista tuotostani.

Kuitusen (1995, 29) mukaan tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus, jonka tarkoituksena on estää ihmisten manipulointi tutkimushankkeissa. Tutkimushenkilöille tulee kertoa kaikki tutkimuksen kulkuun liittyvät tärkeät näkökohdat ja henkilöllä tulee olla kykyä ymmärtää kyseinen informaatio. Suostumuksella tarkoitetaan henkilön kykyä tehdä rationaalisia päätöksiä sekä osallistua vapaaehtoisesti tutkimustilanteeseen. (Kuula 2006, 99–101; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 27.) Asetin tutkittaville henkilöille kriteeriksi kyvyn itsenäiseen kokemusten ja käsitysten ilmaisemiseen, jolla viitataan kognitiiviseen kypsyyteen ajatella ja prosessoida tietoa henkilökohtaisten valintojen avulla.

Tutkimukseni tutkittavat olivat eri kuntoutuspalvelujärjestelmien asiakkaita, ja sen vuoksi jouduin perehtymään useiden organisaatioiden lupakäytäntöihin. Pyysin tutkimuslupaa, ja hakemuksen liitteenä esitin tutkimussuunnitelman. Suunnitelmasta kävi ilmi tutkimuksen tekijä ja ohjaajat, tutkimuksesta vastaava organisaatio, tutkimuksen nimi, tausta ja tarkoitus, tutkimuskysymykset, tutkimusaineiston kuvaus, aineistonkeruumenetelmä sekä tutkimuksen aikataulu. Tutkimuslupan antaja kysyi alustavat suostumukset valitsemiltaan kuntoutujilta. Niiden lisäksi pyysin kirjallisen suostumuksen haastatteluun jokaiselta tutkittavalta ja myös alle 18-vuotiaiden haastateltavien vanhemmilta. Korostin tutkittavien informoinnissa heidän itsemääräämisoikeuttaan antamalla heille mahdollisuuden päättää halustaan osallistua tutkimukseen. Lähetin tutkimuslupa-anomuksen liitteenä tutkimusaineiston säilyttämiseen ja henkilötietojen salassapitoon liittyvän lupauksen, jonka annoin myös haastateltaville ennen haastattelua. Kävin asiat läpi vielä suullisesti haastattelutilanteessa. En liitä tutkimuslupia raportin liitteeksi, koska

sovimme tutkimusorganisaatioiden kanssa salassa pidettäviksi tiedoiksi kaikki tutkittavien henkilöllisyyden paljastumista vaarantavat tekijät.

4. ”Rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkistaessa.”

Informoin tutkittavia tutkimuksen tarkoituksesta ja sen taustaorganisaatiosta sekä tutkimuksen luonteesta väitöskirjatutkimuksena. Tutkimukseeni ei liity mitään taloudellisia tai muita sidoksia, joilla voisi katsoa olevan merkitystä tutkimukseen osallistumiselle.

## 7 POHDINTA JA TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN

Tutkimukseni tavoitteena oli kuvata kuntoutujien erilaisia käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Tutkimustuloksilla on merkitystä kuntoutuskäytäntöjen ja kuntoutustyöntekijöiden koulutuksen kehittämisessä sekä kuntoutuksen arvolähtökohtiin liittyvässä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja päätöksenteossa. Tarkoituksena on myös käynnistää avoin tieteidenvälinen vuoropuhelu kuntoutustieteen teorian tuottamisesta.

Valitsin tutkimukseni nimeksi *Tavoitteena kuntoutuminen: kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta*. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa asioiden katsomista useasta eri näkökulmasta. Kokonaisella ymmärretään jakamatonta, täyttä ja yhtenäistä muodostelmaa. Sen vastakohtana on käsite osittainen eli osiin jaettu, osin, osaksi tai osittain oleva. Millaisia käsityksiä kuntoutuja liittävät kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen ja kuntoutumiseen? Pohdin tätä kysymystä tutkimustulosten näkökulmasta luvussa 7.1. Tavoite kuntoutua on sekä yhteiskunnan hyöty että yksilön hyvä. Millaisia tekijöitä liittyy suotuisaan ja epäsuotuisaan kuntoutukseen ja kuntoutumiseen? Tätä kysymystä pohdin tutkimustulosten näkökulmasta luvussa 7.2.

### 7.1 Kokonaisvaltaisuus kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa

Kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen tuotiin tutkimustuloksissa esiin ulottuvuuksina, jotka liittyvät toimintakyvyn edistymiseen, opiskelu- ja työelämän tavoitteluun sekä selviytymiskeinojen käyttämiseen. Aineistoni kuntoutujat kokivat yhtenä kokonaisvaltaisuutta kuvaavana ilmiönä kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa toimintakyvyn edistymisen. Heidän kuvaamansa käsitystyyppit rajautuivat sisällöllisesti toimintakyvyn fyysisten, psykososiaalisten sekä sosiaalisten merkitysten paljastumiseen.

Toisena ulottuvuutena tuli ilmi opiskeluun ja työelämään liittyvät ilmiöt, joita kuvaavat käsitystyyppit sisälsivät syrjäytymiseen ja kannus-



tamiseen yhdistyviä käsityksiä. Kolmantena ulottuvuutena oli kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen kokeminen selviytymiskeinojen käyttämisenä. Tätä ulottuvuutta kuvattiin sisällöllisesti hallinnan tunteeseen, tuen hakemiseen ja asioiden välttämiseen yhteydessä olevilla käsitystyypeillä.

Toimintakyvyn edistymistä fyysisellä osa-alueella kuvaavassa kategoriassa olivat kriittisinä aspekteina eli käsityksien variaatioita erottavina tekijöinä kuntoutuksen kokeminen a) fysioterapiana, b) kunnon kohotuksena, c) fyysisinä terapioina sekä d) motorisena oppimisena. Huolimatta siitä, että fenomenografiselle tutkimussuuntaukselle ei ole tyyppilistä ottaa huomioon tiettyä merkitystä kuvaavien käsitysten määrää, en voinut analyysin alkuvaiheessa olla kiinnittämättä huomiota fyysisistä toimintakykyä kuvaavien ilmaisujen suureen joukkoon. Tämä käy ilmi liitteessä 3 olevassa taulukossa, johon on kirjattu henkilöittäin tätä käsitystyyppiä edustavat käsitykset. Minulle tämä kertoi sen, että fyysisen toimintakyvyn osuus kuntoutujien käsityksissä on hallitsevassa asemassa suhteessa muihin osa-alueisiin. Tähän huomioon liittyy myös käsitys kuntoutuksen ja fysioterapian ymmärtämisestä samana asiana. Myös Wade (2006, 189) epäilee sitä, että kuntoutus olisi muuta kuin fyysistä, on oikea. Hänen mukaansa on edelleen vallalla käsitys kuntoutuksen mieltämisestä fyysiseksi ilmiöksi, mikä näkyy sanan fyysinen yhdistämisellä niin kuntoutuksen, vammaisuuden ja lääketieteenkin käsitteisiin.

Fyysisen elementin korostuminen voidaan ymmärtää toisaalta sen kautta, että kuntoutustarpeen primaariset lähtökohdat ilmenivät aineiston vammaisilla kuntoutujilla fyysisen toimintakyvyn rajoittumisena. Perinteisenä lähtökohtana on tällöin lääketieteellinen näkemys ihmisen toimintakykyisyydestä, jossa korostuu vamman aiheuttamat toiminnalliset rajoitukset. Vertailukohteena on ihmisen normaali toiminta eli niin kutsuttu terve ruumis. (Linnakangas ym. 2006, 13.) Tähän liittyvät muun muassa aineistossa esiintyneet kuntoutujan käsitykset *oikean kävelyn odottamisesta ja normaalin toiminnan palautumisesta*. Käsitustyypeissä oli yhteisenä piirteenä ihmisen ymmärtäminen osittaisena, osiin jaettuna ilmiönä. Tämä ei näin ollen tue aikaisempaa käsitystä osien summasta.

Psykososiaalinen ulottuvuus koettiin toimintakyvyn edistymisessä merkitykselliseksi fyysisen näkökulman rinnalla. Käsitustyyppien kriittisinä aspekteina erottuivat kuntoutumisen kokeminen a) psyykkisenä ja fyysisenä toimintakyvyn edistymisenä, b) psyykkisenä ja fyysisenä

asiantuntijuutena, c) biopsykosiaalisena toimintakykynä ja d) itsensä ja vammansa tuntemaan oppimisena.

Mielenkiintoisia olivat kuntoutujien kokemuksissa esiintyvät variaatiot, joissa ammattihenkilön specialiteetti vaihteli silloin, kun puhuttiin psyykkisen toimintakyvyn edistämisestä. Psykologin asiantuntijuutta pidettiin tälle osa-alueelle yleensä tyypillisenä kvalifikaationa, mutta myös fysioterapeutin rooliin koettiin liittyvän psyykkistä tukea ja psyykkistä hyvinvointia edistävää osaamista. Psyykkistä toimintakykyä edistävänä tekijänä koettiin myös henkilökohtainen kasvuprosessi, joka liittyy sopeutumiseen ja persoonallisuuden kasvun ja kehityksen vaiheisiin. Kuntoutajat kuvasivat toimintakyvyn edistymistä eri asiantuntijoiden toimenpiteinä, joissa korostuivat toimenpidekeskeisyys ja dualistinen ihmiskäsitys kehon eri osiin kohdistuvina kuntoutusmenetelminä.

Edellä kuvattuun tutkimustulokseen liittyy myös Lindin (2007, 32–33) näkemys kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen puuttumisesta kuntoutuksesta. Hänen mukaansa kuntoutuksessa on edelleen vallalla lääketieteellisesti orientoitunut näkökulma, joka ohjaa kuntoutuskäytänteitä. Toimintakyvyn edistyminen ja itsenäisen selviytymisen tukeminen sekä elämänhallinnan edistäminen ei ole sairauden hoitoa, jossa diagnoosilla on keskeinen merkitys. Kuntoutumisen tukeminen arjessa muodostuu toimintakyvyn ymmärtämisen kautta, jolloin keskeistä on kuntoutujan psykosiaalinen toimintaympäristö ja sen yhteys kuntoutujan elämäntilanteeseen.

Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueetta pidettiin yleisesti psykologien asiantuntijuuteen liittyvänä kompetenssina. Kuntoutujien käsityksistä kävi ilmi, että psykologin asiantuntijuutta ei ollut hyödynnetty vaikka siihen olisi ollut mahdollisuus. Kuntoutujille oli luontevampaa puhua asioistaan fysioterapeutin tai omaisten kanssa, koska psykologi yhdistettiin mielenterveyden kysymyksiin. Tämä ilmiö tuli esille myös tutkimuskysymyksen 2 yhteydessä kuntoutujien kuvatessa kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tämä oli mielestäni yllättävä tutkimustulos, koska kuntoutajat kuitenkin korostivat vammautumiseen sopeutumiseen ja arkielämässä selviytymiseen liittyviä merkityksiä. Toisaalta psykologin asiantuntijuutta arvostettiin ja sen merkitys koettiin tärkeänä silloin, kun kuntoutujalla oli ollut mahdollisuus käyttää psykologin palveluita. Mikä tekee ihmiselle helpommaksi tunnustaa fyysinen rajoittuneisuus ja hakea

siihen liittyvää tukea? Miksi psyykkisen tuen tarve on vaikeampi hyväksyä tai tunnustaa?

Sosiaalinen toimintakykyisyys koettiin fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä yhdistävänä tekijänä. Siihen yhdistyivät fyysisten ja psyykkisten voimavarojen mahdollistama osallistuminen sekä sosiaalisten suhteiden mukanaan tuoma tuki ja kuntoutujan henkilökohtainen asenne kuntoutumiseen. Kuntoutujat kokivat sosiaalisen toimintakyvyn a) normaalielämään osallistumisena, b) asiantuntijan tukea arjessa selviytymisessä, c) kaveripiirinä, d) läheisten tukena ja e) vertaisryhmän tukena. Käsitystyyppejä erottivat erilaiset tuen muodot, joissa korostuivat sisällöllisesti erilaiset merkitykset suhteessa kuntoutukseen ja kuntoutumiseen. Omaisten merkitys koettiin kantavana voimana, jota kuntoutujat kuvasivat suhteessa omaan elämäntilanteeseensa vammaisena henkilönä. Omaisten tuen puute tai vastaavasti tuen saaminen heijastui sisäiseen hallinnantunteeseen, jolla on merkitystä niin psyykkiseen, fyysiseen kuin sosiaaliseen toimintakykyyn.

Sosiaalinen toimintakyky on rinnakkaiskäsite fyysiselle ja psyykkiselle toimintakyvyille (Niemi 1983, 1–2; Rissanen 1999, 40). Kuntoutuksen ymmärtämien elämänhallinnan, elämisen laadun, sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tai sosiaalisen integraation tavoitteluksi tarkoittaa samalla huomion kiinnittämistä yksilön toimintaan osana sosiaalista ja fyysistä ympäristöä. Sosiaalinen osa-alue on vahvasti läsnä kuntoutuksen ja kuntoutumisen tavoitteissa. Tapahtuuko kuntoutumista ilman sosiaalista elementtiä? Tapahtuuko kuntoutuminen osina, joista muodostuu kokonaisuus vai kokonaisuutena, jossa osat yhdistyvät? Muodostuuko siis osista kokonaisuus vai sisältääkö kokonaisuus osia?

Tutkimuksessa mukana olleet kuntoutujat ilmaisivat opiskeluun ja työhön liittyviä käsityksiä, jotka paljastivat toisaalta syrjintään ja toisaalta kannustamiseen liittyviä elementtejä. Opiskelun ja työn kokemista kannustamisena kuvattiin a) palkkatyöhön tukemisena, b) yksilöllisten ratkaisujen etsimisenä, c) koulutuksen erityisjärjestelyinä, d) koulutuksen integraationa ja d) henkilökohtaisten ratkaisujen löytymisenä. Kannustaminen heijastui myönteisinä kokemuksina opiskelusta ja sen mielekkäänä kokemisesta sekä mahdollisuutena osallistua työelämään omien edellytysten mukaisesti. Käsitystyypeissä korostui kuntoutujien tyytyväisyys elämään silloin, kun heillä oli mahdollisuus jollakin tavalla kokea osallisuutta ja tarpeellisuutta suhteessa ympäristöön ja yhteiskuntaan.

Käsityksistä kävi ilmi, että kuntoutujat olivat olleet jossain elämän vaiheessa halukkaita osallistumaan joko opiskeluun tai työelämään, mutta heille ei ollut mahdollistettu tämän tavoitteen saavuttamista. Käsityksistä välittyi kuva yhteiskunnasta, joka ei välitä kaikista kansalaisistaan tasapuolisesti eikä ole kiinnostunut ihmisen pyrkimyksistä yhteiskuntaan integroitumisessa. Linnakangas ym. (2006, 11) toteavat, että vammaiset henkilöt eivät ole osa yhteiskunnan taloudellista toimintaa eivätkä näkyvissä julkisuudessa siten, kuin heidän osuutensa väestöstä edellyttää. Myös nykyisin voidaan todeta, että yhteiskunnan tulisi edellyttää niin julkisen kuin yksityisen sektorin työnantajia tarjoamaan kaikille työntekijöille sopivia ratkaisuja työtehtävistä selviytymiseen. Kuntoutujat kokivat, että sairaus ja vammaisuus olivat syynä joko opiskelusta tai työelämästä poisjäämiseen. Vaikka kuntoutujalla oli ammatti ja halu sekä kyky tehdä työtä, työkyvyttömyyseläke oli automaattoratkaisu lääketieteellisistä syistä toimintarajoitteisten kuntoutujien kohdalla. Käsityksistä kävi ilmi, että toiminta- ja työkykyä ei ollut arvioitu eläkkeellä ollessa eikä työelämässä selviytymiseen etsitty yksilöllisiä ratkaisuja. Kukkosen (2009) mukaan työn yskilöllinen räätälöinti työntekijän työkykyä vastavaksi on merkittävä haaste työnantajille.

Kuntoutujien käsityksistä välittyi kuva työnantajien sekä koulutusta järjestävien organisaatioiden negatiivisesta asenteesta erityistä tukea tarvitseviin työntekijöihin. Tällaisessa toimintatavassa välittyy ulkopuolisten tahojen vallankäyttö ja asema, joilla määrittää ihmisen elämään liittyviä mahdollisuuksia. Ala-Kauhaluoma ja Härkäpää (2006) ovat tutkineet yksityisen palvelusektorin asenteita vajaakuntoisten työllistämässä. He toteavat niin kansainvälisten kuin kansallisten tutkimusten perusteella, että työnantajien asenteet ovat selvästi yleisiä asenteita kielteisempiä tiettyihin vajaakuntoisiin työntekijäryhmiin kuuluvien henkilöiden työllistämässä. Tämä näkyy muun muassa siinä, että mielenterveyskuntoutujien ja kehitysvammaisten työllistyminen on vaikeaa, kun taas fyysisesti vajaakuntoiset ovat tutkimusten mukaan vajaakuntoisista kaikkein mieluisimpia työllistää. Asenteet mielenterveyskuntoutujia ja kehitysvammaisia kohtaan ovat kuitenkin myönteisempiä silloin, kun työnantajalla on tarjolla sopivia tukimuotoja. Yritysten halukkuuteen työllistää vajaakuntoinen tai vammainen työntekijä vaikuttivat lisäksi työnantajien aikaisemmat kokemukset työllistämisestä, käsitykset henkilön työssä suoriutumisesta, yrityksen koko, alueen työllisyysaste ja yrityksen kulttuuri.

Vammaisten henkilöiden sijoittumista työelämään ovat tutkineet esimerkiksi Holm ja Hopponen (2007) sekä Linnakangas ym. (2006). Tutkimuksien mukaan on runsaasti vammaisia ja osatyökykyisiä (vajaakuntoisia), jotka haluaisivat palata työelämään. Tänä päivänä he joutuvat vastoin omaa tahtoaan elämään työmarkkinoiden ulkopuolella sosiaaliturvaetuksien varassa. He toteavat, että vammaisten osallistuminen ansiotyöhön on vähäistä, vaikka vammaisten selviytymistä ja työllistymisen edellytyksiä kehittävää tukitoimintaa on kehitetty ja asiasta on käyty julkista debattia useilla eri foorumeilla. Suhtautumisen vammaisiin on katsottu vaihtelevan taloudellisten suhdanteiden mukaan, ja työvoimapolun uhan on oletettu lisäävän vammaisten mahdollisuuksia siirtyä helpommin osaksi avoimia työmarkkinoita. Tutkimuksessa pohditaan syitä tavalle, millä vammaisuus luokitellaan työkyvyn arvioinnin näkökulmasta. On olemassa kaksi lääkärin luokittelemaa kategoriaa, joista toinen on puhtaasti lääketieteen näkökulmasta suoritettava arvio. Siinä lähtökohtana on käsitys täydellisestä terveydestä eikä ammattia ja ympäristötekijöitä oteta mitenkään huomioon. Toinen arviointikategoria on arvio vamman vaikutuksesta ihmisen työkykyyn. Edellinen näkökulma tuli tutkimuksessani esille kuntoutujien käsityksissä, joissa työelämään osallistuminen koettiin syrjäytymisenä yhteiskunnasta, vaikka kuntoutujilla oli ammatti ja omasta mielestään edellytykset osallistua työmarkkinoille räätälöityjen työaikajärjestelyjen ja työtehtävien mukaisesti. Vammaisuus katsottiin automaattisesti työkyvyttömyyseläkkeeseen oikeuttavaksi tilanteeksi, eikä työkykyä arvioitu tämän päätöksen jälkeen missään vaiheessa.

Mielenkiintoista oli havaita se, että kuntoutujat etsivät erilaisia tapoja elämänhallintansa rakentamiseen. Voimakas sisäisen hallinnan tunne liittyi itsenäiseen toimintaan ja selviytymiseen omin avuin. Toimimiseen ja tuen hakemiseen liittyvät kriittiset aspektit olivat a) toimiminen rajoitteista välittämättä b) turvautuminen läheisten apuun ja c) tasavertaisena toimimisen tavoittelu.

Folkman ym. (1986a, 992) kuvaavat ihmisille ominaisia tapoja selviytyä tilanteista henkilön luonteenomaisten käyttäytymismallien mukaan. Tutkimuksessani tuen hakeminen yhdistyi yleensä selviytymiseen, jossa oli sosiaaliseen osallisuuteen sisältyviä elementtejä. Sosiaalinen tuki eri muotoineen erotti kuntoutujien käsityksiä selviytymismahdollisuuksien edistymisessä. Sosiaalinen tuki saattoi muodostua myös riippuvuudeksi ja estää henkilökohtaista selviytymistä. Omaisten ylihuolehtivuus ja suora-

nainen holhoaminen olivat yhteydessä läheisten apuun turvautumiseen. Halu toimia tasavertaisena kaveripiirissä kuvaa pyrkimystä integroitua yhteiskuntaan ilman erityisyyden leimaa.

Purolan (2000, 22) mukaan persoonallisuudella on merkitystä siihen, millaisen aseman elämäntilanteen muutos, kuten sairaus tai vammutuminen, ihmisen elämässä muodostaa ja millaisia voimavaroja ihmisellä on kohdata näiden aiheuttamia muutosvaatimuksia. Joissakin tapauksissa tilannetta vältetään pakenemisella ja tosiasioiden kieltämisellä. Tällöin mahdollisuudet selviytyä ovat uhattuna, ja ihminen tarvitsee ulkopuolista tukea negatiivisten stressiä aiheuttavien tekijöiden poistamiseksi. Toisinaan vaikeiden tilanteiden hallinta koetaan helpommaksi ratkaista kohdistamalla voimavarat itselle merkitykselliseen toimintaan, jolloin primaari selviytymistä edellyttävä tekijä muuttuu sekundaariseksi. Epämiellyttävät kokemukset siirretään muualle. Kyse on selviytymiseen liittyvästä defenssimekanismista, joka voi toimia myös myönteisenä elämänhallintaa edistävänä selviytymiskeinona.

Kuntoutujien käsitykset kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta muodostivat kuvan kuntoutumisesta, jonka tavoitteena on edistää toimintakykyisyyttä ihmisen eri osa-alueilla, joissa yhdistyivät fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen elementti sekä näiden yhteen sulautuminen. Toimintakyvyn rinnalla osallistuminen yhteiskunnan toimintoihin sekä selviytymiskeinojen käyttäminen muodostivat kuvan ihmisen perimmäisestä halusta elää ja toimia yhdessä toisten kanssa ja tuntee olevansa hyödyllinen osa yhteiskunnan toimintaverkostoa. Kuntoutuksen keinot vastata kuntoutujien ääneen ovat enemmän osia painottavia kuin kokonaisuutta tukevia. Kuntoutuksessa tulisi tuottaa sellaisia toimintamuotoja ja toimenpiteitä, jotka edistävät kuntoutujan selviytymistä ja tasa-arvoista kohtelua yhteiskunnassa. Silloin voidaan aidosti puhua kuntoutuksen yhteiskunnallisesta hyödystä ja yksilölle aiheutetusta hyvästä.

## 7.2 Kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvät tekijät

Kuntoutusta voidaan lähestyä eri näkökulmista. Eräänä tarkastelukulmana on sen toiminta kuntoutuspalvelujärjestelmänä. Toisaalta sitä voidaan lähestyä kuntoutustoimenpiteiden kautta, jolloin puhutaan kun-

toutusinterventioista. Kuntoutuksen tavoitteena on aina kuntoutuminen, minkä vuoksi kuntoutujan henkilökohtainen toiminta ja osallisuus muodostavat tärkeän tarkastelunäkökulman.

Kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminta julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin järjestämänä ja vastuuna on sellaista, jonka kuntoutujat kokivat joko kuntoutukselle ja kuntoutumiselle suotuisana toimintana tai sellaisena toimintana, joka ei tukenut kuntoutusta eikä kuntoutumista. Vaikeavammaisten kuntoutuksessa korostui Kelan rooli niin kuntoutuksen rahoittajana kuin sen organisoijana. Kelalla on merkittävä lainsäädännöllinen valta ja vastuu kuntoutuspalveluiden järjestämisessä. Tämä tuli esille tutkimuksen kuntoutujien kuntoutuksen toteutukseen liittyvissä näkemyksissä.

Haarni (2006) on tutkinut vammaisten henkilöiden hyvinvointia ja elinoloja Suomessa tutkimuksessaan, jossa lähtökohtana oli ihmisten yhdenvertainen osallisuus kansalaisena. Hän toteaa, että tieto vammaisten henkilöiden olosuhteista on pirstaleista, minkä vuoksi vammaisten henkilöiden aseman arvioiminen on vaikeaa. Tutkimuksessa tarkastellaan vammaisten henkilöiden palveluiden käyttöä, elinoloja ja elämäntahtia. Sen mukaan vammaiset henkilöt eivät ole tasavertaisessa asemassa muiden henkilöiden kanssa, mikä näkyy muun muassa kuntoutuksen järjestämisessä ja toteutumisessa. Vammaisten henkilöiden asemasta muodostuu käsitys, että yhteiskunnan esteettömyydessä on tapahtunut edistymistä mutta vammaisen henkilö kohtaa edelleen elämässään useanlaisia esteitä, jotka aiheuttavat syrjäytymistä ja kapeuttavat elämänpiiriä. Vammaiset henkilöt kohtaavat yhä ennakkoluuloja ja kielteistä asennoitumista yhteiskunnan eri tahoilta.

Tämä tuli esille myös tutkimuksessani mukana olevien kuntoutujien käsityksissä, esimerkiksi mahdollisuuksistaan osallistua oman kuntoutuksensa suunnitteluun sekä päätöksentekoon omaa elämää koskevissa ratkaisuisissa. Kuntoutujat kokivat holhoavaa ja autonomiaa loukkaavaa asennoitumista muun muassa hoitohenkilökunnan taholta silloin, kun olisi ollut tärkeää opetella uuden elämäntilanteen mukanaan tuomia selviytymisstrategioita ja itsenäisen toimintakyvyn edellytyksiä elämännäköhallinnassa. Kuntoutuminen on eräänlaisen kumppanuuden etsimistä ja löytämistä kuntoutusjärjestelmän ja kuntoutujan välillä. Kumppanuu-

nessa yhdistyvät kuntoutukselle asetetut arvot, onnellisuus, vapaus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus.

Kumppanuuden tarkastelu kuntoutuksen eettisten kysymysten kautta asettaa kuntoutujalle sekä oikeuksia että vastuuta. Kyse ei siis ole kuntoutujan määräämisestä eikä vallan ottamisesta suhteessa kuntoutuspalvelujärjestelmään. (Airaksinen 2008, 115–116.) Haukilahti, Virjo, Halila, Hyppölä, Isokoski, Kujala, Kumpusalo, Vänskä ja Mattila (2008) ovat tutkineet potilaiden muuttumista vuosina 1977–1991 lääkäreiltä saamansa tiedon perusteella. Tutkijat toteavat, että huomion kiinnittämien potilaiden asemaan sekä yleinen asenteiden vapautuminen ja potilaiden ottaminen mukaan heitä koskevaan päätöksentekoon on todettu hyödylliseksi myös kansainvälisesti (ks. Coulter 2002). Lääkärit kokevat, että potilas-lääkärisuhteessa sekä potilaiden tietotasossa on tapahtunut myönteisiä muutoksia, jotka heijastuvat vuorovaikutussuhteeseen ja sen laatuun. Sen sijaan autonomian käsittäminen potilaiden ylivalentana ja vaatimusten kasvamisena on lääkäreiden mielestä ollut ei-myönteinen vaikutus. (Haukilahti ym. 2008, 187–196.) Suomalaisessa lainsäädännössä potilaiden ja asiakkaiden oikeudet ovat olleet keskeisiä painopiste-alueita myös kuntoutuksen näkökulmasta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008–2011).

Mahdollisuudet vaikuttaa ja osallistua oman kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä tietoisuus kuntoutuksen organisoinnista ja siihen kuuluvien ammattihenkilöiden vastuusta koettiin merkitykselliseksi tekijäksi kuntoutumisessa. Tähän liittyen käsityksissä tuli esille kuntoutussuunnitelman yhteys kuntoutustoiminnan laatuun, mitä kuntoutujat kuvasivat onnistuneen tai puutteellisen koordinoinnin ja vuorovaikutuksen avulla. Käsityksissä nousi esille variaatioita, jotka liittyvät kuntoutuksen taustaorganisaatioon. Kelan valtaan kuntoutuksen jatkuvuuteen liittyvissä kysymyksissä pelättiin, ja henkilökohtaisen vastuun ottamista omasta kuntoutumisesta pidettiin ikään kuin Kelan toiminnan vastakohtana. Tämä tuli ilmi käsityksissä, joissa Kelan organisoima kuntoutus oli kuulunut kuntoutujan elämään säännöllisinä interventioina koko elämän ajan.

Toinen pelkojen syntymisen aiheuttaja oli kuntoutujan jääminen Kelan palveluiden ulkopuolelle ikääntymisen myötä eli kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta. Käsityksissä tuli esille pelot, joita rinnastettiin yhteiskunnasta syr-



jäytymiseen ja osallistumismahdollisuuksien kapeutumiseen. Näiden käsitystyyppien kautta on tärkeä pohtia kuntoutuksen tavoitetta kuntoutujan itsenäisen elämänhallinnan ja toimintakyvyn edistymisen näkökulmasta, jossa tulisi korostua kuntoutujan aktiivisuus ja autonomia.

Kuntoutussuunnitelmalla ja sen laatimisella on tärkeä merkitys onnistuneen ja vaikuttavan kuntoutumisen toteutumisessa. Tämä tuli ilmi käsityksissä, joissa kuntoutussuunnitelmaa ei ollut laadittu ollenkaan tai se oli laadittu asiantuntijalähtöisesti ilman, että kuntoutuja oli tietoinen sen tavoitteista ja toteutussuunnitelmasta. Tähän liittyvissä käsitystyypeissä korostui koordinaation puuttuminen sekä kuntoutujan epätietoisuus kaikesta, mikä liittyi henkilökohtaiseen kuntoutusprosessiin. Tällainen toiminta tuli esille käsityksissä, joissa kuvattiin yli 65-vuotiaan kuntoutujan jopa heitteille jättämistä omaa kuntoutustaan koskevilla sisällöllisillä kysymyksillä. Kuntoutuja kokivat, että ilman omaisia heidän mahdollisuutensa selviytyä uudessa elämäntilanteessa ei olisi ollut mahdollista. Kyse oli tiedonvälittymiseen liittyvästä ilmiöstä. Asiakkaan hoitoa, kuntoutusta ja palveluita koskevat tiedonkulun puutteet näkyivät ongelmina hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuden onnistumisessa.

Kuntoutus toimintana perustuu korostetusti eri tahojen väliseen yhteistyöhön, jossa on keskeistä saumaton tiedonkulku. Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) korostetaan kuntoutusyhteistyötä, jonka lähtökohtana on kuntoutujan asioiden hoitaminen kuntoutujalähtöisesti. Tiedonkulun esteettömyys ja sujuvuus ovat kuntoutuksessa ja palveluiden järjestämisessä erityisen tärkeitä. (Salmelainen 2008, 13–15.) Kuntoutuksen luonne sosiaalista osallisuutta tukevana, toimintakyvyn ylläpitämistä edistävänä ja itsenäistä selviytymistä vahvistavana toimintana edellyttää sellaisia toimintaympäristöjä, jotka pystyvät vastaamaan näihin haasteisiin. Kuntoutusjärjestelmän muodostuminen erillisistä osajärjestelmistä omine tavoitteineen ja vastuineen kuntoutuksen alueella saattaa aiheuttaa ongelmia kuntoutuksen toteutuksessa ja jatkuvuuden suunnittelussa. Kuntoutussuunnitelmilla pyritään juuri näiden epäkohtien poistamiseen varmistamalla kuntoutujalle hänelle kuuluvat oikeudet. Järvikosken (2000) mukaan kuntoutujan kannalta on tärkeää, että eri järjestelmien ja organisaatioiden laatimat suunnitelmat muodostavat toisiinsa liittyvän kokonaisuuden, joista kuntoutuja on tietoinen, ja että kuntoutujalla on mahdollisuus olla mukana suunnitelman laatimisessa.

Kuntoutujat kokivat, että koordinaation ja ohjauksen puuttuminen on tekijä, joka ei ollut tukenut kuntoutumista. Kuntoutusprosessin vastuuhenkilön eli niin kutsutun kuntoutusohjaajan nimeäminen on eräs ratkaisu tällaisten epäkohtien poistamiseksi. Tällöin omaisten rooli olisi toimia kuntoutujan selviytymistä ja tavoitteita tukevan sosiaalisen verkoston jäsenenä sekä olla yhteistyökumppanina kuntoutujan kuntoutusprosessissa. (Järvikoski 2000, 5.) Tutkimukseni kuntoutujat kokivat, että yhteyshenkilöiden puuttuminen oli aiheuttanut tilanteita, joissa kuntoutus oli puuttunut kokonaan kenenkään kantamatta vastuuta sen järjestämisestä.

Kuntoutuspalveluiksi koettiin myös opetuksen järjestämiseen liittyvät järjestelyt. Kuntoutujat olivat tyytyväisiä niihin ratkaisuihin, joita heidän kohdallaan oli tehty oppimisympäristön valintaan liittyvissä kysymyksissä. Tämä kävi ilmi käsityksissä yksilöllisiä tarpeita kunnioittavana lähtökohtana kouluvalinnassa. Käsityksissä esiintyi variaatioita erityiskoulun ja lähikoulun kuntoutumista tukevissa järjestelyissä, jotka molemmat oppimisympäristöinä koettiin tarkoituksenmukaisina. Naukkarinen (2001, 201) esittää inklusiota käsittelevässä teoksessaan erääksi haasteeksi vammaisten näkökulman tutkimista, jossa on lähtökohtana vammaisten oppijoiden motiivit opetussuunnitelman tarkoituksenmukaisessa toteutumisessa. Tähän haasteeseen liittyy myös kuntoutuksellinen aspekti yksilön selviytymistä, elämänhallintaa ja sosiaalista integraatioita sisältävinä kysymyksinä.

Kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa tuli esille käsityksiä laitoskuntoutuksen hyödyllisyyteen liittyvistä tekijöistä, joita koettiin kuntoutumisen näkökulmasta sekä myönteisenä että kielteisenä. Kuntoutumiselle myönteisenä elementtinä koettiin sen tuoma vertaistuki, jolla koettiin olevan sosiaalista osallistumista edistävä vaikutus kuntoutumiselle. Käsityksistä välittyi näkemys, että laitoskuntoutus on hallitsevassa asemassa kuntoutusinterventioiden joukossa. Sen merkitys kuntoutumiselle jäi mietittävään suhteessa kuntoutujan kuntoutukselta kuvaamiin odotuksiin. Laitoskuntoutusta kuvattiin interventioiden näkökulmasta rutiinitoimenpiteinä, joissa kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita ei huomioida riittävästi. Tähän liittyi myös käsitys passivoivasta ilmapiiristä, joka koettiin laitospaiselle luonteelle tyypillisenä toimintamallina. Suikkanen ja Lindh (2007, 4) nostavat esille kysymyksen laitoskuntoutuksen nykyisestä toteutusmallista. Perusteet kysymykselle liittyvät ammatillisen kun-

toutuksen kykyyn tunnistaa muuttuvat työelämän muutokset ja vastata niihin liittyviin tarpeisiin. Laitoskuntoutuksen aitoa tavoitetta kuntoutujan itsenäisen elämän ja toimintakyvyn edistämisen onnistumista voidaan mielestäni kyseenalaistaa tutkimuksessani mukana olevien kuntoutujien käsitysten perusteella. Pidän tärkeänä kolmannen sektorin merkitystä sosiaalisen osallisuuden ja vertaistuen edistämisessä, joka koettiin laitoskuntoutuksessa kuntoutumiselle myönteisenä.

Kuntoutusinterventioihin liittyvät käsitykset sisälsivät enimmäkseen terapioihin ja kuntoutustyöntekijöiden toimintaan liittyviä käsityksiä. Käsitysten sisällöissä oli keskeisellä sijalla lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteet ja kuntoutujan asema terveydenhuollon palvelujärjestelmän asiakkaana. Fysioterapeutti oli henkilö, jonka asiantuntijuutta kuntoutujat arvostivat laaja-alaisena osaajana. Toisaalta myös kuntoutumista estävänä tekijänä koettiin fysioterapeutin toimenpiteiden kapea-alainen asiantuntijalähtöinen toimintamalli, jossa korostuivat urheiluvalmennukseen liittyvät elementit.

Tärkeänä yksittäisenä käsityksenä nousi esille lääketieteellinen lähtökohta fysioterapeutin toimintaa ohjaavana mallina, jossa kehon fysiologisuus ja anatominen rakenne muodostavat terapian suunnittelun ja toteutuksen lähtökohdat. Tähän tulokseen on tullut myös Jorgensen (2000, 105–115), joka toteaa tutkimuksessaan fysioterapeuttien ymmärtävän kuntoutujan sosiokulttuurisen näkökulman tärkeyden terapiassa, mutta tämä kokonaisvaltainen näkemys kehosta ja terveydestä ei näy fysioterapeuttien kliinissä työssä. Tutkijan mukaan fysioterapeuttien käytännön työstä puuttuu sellaisia valmiuksia, joiden avulla kuntoutujien mielipiteet, arvot ja asenteet voisi huomioida terapiassa. Tutkija jatkaa, että fysioterapeuttien tulisi kyetä tarkastelemaan kuntoutujan kokonaistilannetta sosiokulttuurisesta näkökulmasta. Tämä edistää kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden sekä elämäntilanteen ymmärtämistä kuntoutustoiminnan lähtökohtana.

Toimintaterapian merkitys koettiin niin ikään kuntoutumista tukevana mutta myös tekijänä, jonka merkitystä ei ymmärretty eikä osattu yhdistää kuntoutukseen kuuluvaksi toiminnaksi. Myönteisenä tekijänä toimintaterapiassa ilmeni sosiaaliseen osallisuuteen ja yhteiskuntaan integroituminen. Käsitysten perusteella toimintaterapiassa oli tunnistettavissa sosiaalinen malli kuntoutustoimintaa ohjaavana periaatteena. Tavoitteissa painottui kuntoutujan selviytyminen omassa ympäristössään ja yhteiskun-

nan jäsenenä, jossa toimintaa ohjaavat kuntoutujan tarpeet ja tavoitteet. Kuntoutujat kokivat toimintaterapian merkityksen tärkeänä silloin, kun he ymmärsivät sen yhteyden henkilökohtaiseen elämäänsä. Menetelmät koettiin kuitenkin usein liian arkipäiväisinä, mistä johtuen niiden kuntouttavaa merkitystä ei ymmärretty.

Useissa käsityksissä tuli esille myös fysio- ja toimintaterapian sisällöllinen vastaavuus sekä keinotekoiselta vaikuttava ero kuntoutustoimenpiteissä, esimerkiksi toimintaterapian painottuessa yläraajan harjoittamiseen ja fysioterapian vastaavasti alaraajan toimintoihin. Kehon osiin spesialisoituminen korostui käsityksissä silloin, kun kuntoutuja sai sekä fysio- että toimintaterapiaa. Potts (1996, 150) pohtii artikkelissaan terveydenhuollon ammattien pirstaleisuutta ja suurta lukumäärää. Tähän liittyy myös lähes 10 vuotta sitten käynnistynyt keskustelu fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien osaamiseen ja työtehtäviin liittyvistä samankaltaisuuksista, jota käsittelevät Smith & Robert & Balmer (2000, 397–399). He nostavat keskusteluun fysioterapeutin ja toimintaterapeutin osaamiseen ja rooleihin liittyvät samankaltaisuudet. Heidän mukaansa ammattien erot on tunnistettavissa selvimmän sellaisessa osaamisessa, joka liittyy valmiuksiin toimia pienryhmien ohjaajana, pätevydessä kohdata mielenterveyskuntoutujia sekä asiantuntijuudessa, joka liittyy kognitiiviseen arviointiin liittyvien menetelmien käyttöön. Edellä kuvattu osaaminen on keskeistä toimintaterapian ammatilliselle pätevyydelle. Tämän lisäksi toimintaterapeutilla katsotaan olevan merkittävä rooli ja vastuu huolehtia kuntoutujan toimintakyvystä kotona selviytymisessä.

Smithin ym. (2000) mukaan fysioterapeuteilla puolestaan on laajempaa osaamista kuntoutujan akuuttivaiheen hoitoon liittyvässä kuntoutuksessa sekä kykyä aktivoida kuntoutujaa erilaisissa toimintarajoitteita aiheuttavissa tilanteissa eri elämänvaiheissa. Yhteiset osaamisen alueet eli limittäin menevät pätevyudet kuntoutuksen asiantuntijuudessa näkyvät muun muassa apuvälineiden arvioimisessa, hankkimisessa ja käytön ohjaamisessa sekä perusliikkumiseen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvässä ohjauksessa ja opettamisessa. Molemmissa ammateissa korostuvat toimintakyvyn ymmärtäminen osana kuntoutujan arkielämän toimintoja sekä tavoite suunnitella ja toteuttaa sekä arvioida terapiaa näistä lähtökohdista. He ovat muun muassa esittäneet näiden kahden koulutuksen yhdistämistä ja niiden pohjalta uudenlaista kuntoutuksen ammatiosajan tutkinnon perustamista. Tutkinto voisi pitää sisällään keskeisiä

kvalifikaatioita molemmista ammateista mutta myös uusia tulevaisuuden tarpeista nousevia kehityshaasteita. Tällaisia ovat esimerkiksi vaikeavammaisten ja vanhusten parempi selviytyminen ja toimintakyvyn edistäminen muuttuvissa sosiaalisissa ja kulttuurisissa ympäristöissä. (Smith ym. 2000, 397–400.)

Kuntoutumista edistävät tekijät kuntoutujan toiminnassa tulivat esille käsitystyypeissä, jotka olivat a) valmiudet selviytyä omaehtoisesti, b) omien tavoitteiden mukainen toiminta, c) oma halu ja myönteinen suhtautuminen kuntoutumiseen, d) itse määritellyt tavoitteet motivoivat, e) onnistumisen kokemukset ja f) lähiympäristön odotukset innostivat liikkeelle. Tavoitteellinen kuntoutuminen ei onnistu ilman kuntoutujan aktiivisuutta ja motivaatiota. Tätä kuvaavat kuntoutujan käsitykset *jos ei itse yritä, niin muuten ei tule mitään* sekä *itsestä on lähdettävä se halu kuntoutua, turha on toisten pakottaa*. Kuntoutuksen tehtävänä on mahdollistaa tavoitteellisen kuntoutumisen puitteet. Tällaiset puitteet muodostuvat Järvikosken (1994a, 202) mukaan sellaisesta elämänhallinnan konstruktiosta, johon sisältyvät kuntoutujan kokemuksellinen komponentti, tavoite-toiminta-komponentti sekä yleisempi elämäntapaa ja sosiaalista selviytymistä kuvaava komponentti. Kuntoutuksen tehtävänä on edistää kuntoutujan autonomiaa niin, että hän kykenee arvioimaan tavoitteitaan, muuttamaan niitä ja etsimään keinoja niiden saavuttamiseksi. Tavoitteena on kuntoutujan kokemuksiin perustuva kuntoutuminen.

Lind (2007, 32–33) toteaa kuntoutumisen jatkuvuuden olevan suuri haaste yhteiskunnalle. Eriytynyt asiantuntemus viipaloi moniammatillisesti kuntoutujan niin, että kokonaisuuden hallinta kuntoutujan tilanteesta on vaarassa hajota kaikkien ulottumattomiin. Hänen mukaansa kuntoutuksen ammattihenkilöillä on profession mukanaan tuoma ”pallo jalassa”, joka ei mahdollista liikkumatilaa toisten reviirillä. Kuntoutus edellyttää moniammatillista yhteistyötä yli ammattirajojen. Lindin mukaan yhteistä työtä on liian vähän, mutta sen sijaan päällekkäin liimattua yhteistyötä liikaa. Tällä hän viittaa ammattien välisiin kvalifikaatioihin ja niissä ilmeneviin päällekkäisyyksiin. Tämä näkemys tuli esille myös tutkimukseni kuntoutujien käsityksissä fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin sekä psykologin osaamisalueisiin liittyvässä asiantuntijuudessa.

## 8 KEHITTÄMISHAASTEET

Tutkimustulokset muodostavat käsityksen kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta ilmiönä, joka näyttäytyy sellaisena kuin eri tavalla vammaiset kuntoutujat sen käsittävät. Marton (1981) on todennut, että ”Fenomenografia pyrkii tavoittamaan maailman kokemisesamme ja maailman kokemisen oppimisessamme olevat kriittiset erot. Ei mitään sen enempää, eikä sen vähempää.” Tutkimustuloksina muodostuneiden kuvakategorioiden perusteella esitän kehittämishaasteita kuntoutuskäytäntöjen sekä kuntoutushenkilöiden koulutukseen ja yhteiskunnalliseen kuntoutusta koskevaan keskusteluun sekä kuntoutustieteen teorioihin ja malleihin yhdistyvään monitieteiseen vuoropuheluun.

1. *Kuntoutukseen yhdistetään vahvasti fyysisyys ja fyysiseen toimintakykyyn liittyvät elementit. Kuvauskategoriassa kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta toimintakyvyn edistymisenä muodostunut käsitys luo ymmärryksen ilmiöstä, jossa fysioterapian ja fysioterapeutin merkitys ovat keskeisessä asemassa suhteessa muihin kategorioihin. Kategorioiden variaatioina psykofyysinen ja sosiaalinen toimintakyvyn edistäminen sisälsivät myös käsityksiä, joissa painottui fysioterapeutin rooli ja merkitys psykososiaalisen tuen ja osallisuuden edistäjänä. Kategorian perusteella esitän kuntoutustyöntekijöiden moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvää keskustelua ja toimintamalleja. Kategorian perusteella haasteita integroituu myös fysioterapeuttikoulutuksen kehittämiseen.*
2. *Kuvauskategoriassa kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen kokeminen opiskelun ja työn tavoitteluna muodostui käsitys ilmiöstä, jossa kaikki työikäiset kuntoutujat olivat työkyvyttömyyseläkkeellä huolimatta halustaan ja kyvystään osallistua työelämäään. Yhteiskunta ei ollut valmis tukemaan työelämäään siirtymistä kuntoutujalähtöisin keinoin. Selkeä ero oli työmahdollisuuksien ja opiskelumahdollisuuksien kohdalla, opiskelua tuettiin ja siihen kannustettiin vaihtoehtoisin koulutusmuodoin. Opiskelumahdollisuuksiin oltiin tyytyväisiä, mutta epävarmuus työllistymisestä oli läsnä myös opiskelun lomassa. Ilmiön kuvauksessa oli mukana myös käsityksiä, joissa ilmaistiin tyytyväisyys työmarkkinoiden ulkopuolella olemisesta, vaikka edellytykset työn tekemiseen*

olivat olemassa. Tällaisissa käsityksissä taustalla oli tottuminen eläkkeellä olemiseen ja elämän urautuminen toimiaan aktiivisesti omien tavoitteiden mukaisesti mielekkäällä tavalla. Ilmiön kuvauselle oli tyypillistä se, kuntoutuja toiveita työtehtäviin liittyvissä asioissa ei kuunneltu eikä työtä oltu valmiita räätälöimään kuntoutujan tarpeiden mukaisesti. Esitän yhdeksi yhteiskunnalliseksi keskustelun aiheeksi vammaisiin henkilöihin kohdistuvat asenteet työnhakijana. Tärkeää on keskustella ja tutkia myös kuntoutumisesta ilmiönä suhteessa elämänhallinnan edistämiseen. Kyseessä on kuntoutumisen ymmärtäminen sosiaalisena investointina.

3. Kuvauskategoriassa kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen kokeminen selviytymiskeinojen käyttämisenä muodostui käsitys ilmiöstä, jossa puhuttiin ihmisen pystyvyyteen ja hallinnan tunteeseen liittyvistä tekijöistä elämänhallinnan kokonaisuudessa. Kuntoutukseen vaikuttaminen, tunne arvostuksesta ja läheisten tuen saannista heijastui pystyvyyden tunteen vahvuutena sekä hallinnan tunteen lisääntymisenä. Keskeisenä tekijänä kuntoutumiselle oli kuntoutujan motivaatio ja henkilökohtainen toive kuntoutua, vaikka kykyä ei vielä ollut riittävästi. Ammattihenkilöiltä odotettiin arvostusta ja kannustusta. Selviytymisessä korostui sosiaalisuus ja osallistumisen mahdollisuus. Monipuoliset kuntoutustoimenpiteet eivät korvanneet omaa halua ja motivaatiota kuntoutumiseen. Kuntoutuminen lisäsi hallinnan tunnetta ja sosiaalinen osallisuus ja toimijuus lissäntyivät kuntoutumisen rinnalla. Itsensä merkitykselliseksi tunteminen oli merkitävä kuntoutumista edistävä tekijä. Kuntoutuskäytäntöjen kehittämisessä ihmisen autonomian kunnioittaminen ja tuen tarjoaminen sekä osallistumiseen kannustaminen ovat merkittäviä kuntoutumista edistäviä tekijöitä. Välittäminen ja sen osoittaminen jo itsesään motivoivat kuntoutujaa. Selviytyminen on jokaiselle kuntoutujalle yksilöllinen tapahtuma, jota kuvaa havainnollisesti kuvio 13. Jokainen kuntoutujan lähellä oleva ihminen, ammattihenkilö, omainen, vertainen tai ystävä, voi toiminnallaan edistää tai estää kuntoutujan selviytymistä. Kuntoutujan oma persoona, henkilökohtainen tapa ajatella ja toimia, voi myös edistää tai estää selviytymistä. Käsitystyypeissä korostui ammattihenkilöiden osuus

selviytymisessä. Haasteena ammattihenkilöiden koulutukselle on kuntoutumisen ymmärtäminen teoreettisena ilmiönä, jossa painottuu monitieteisyys ja ratkaisulähtöisten toimintamenetelmien ja toimintaympäristöjen hallinnan kehittämisen.

4. Kuvauskategoriassa kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnassa tuli esille valtan käyttöön liittyviä elementtejä. Ilmiöstä välittyi käsitys, jossa valta-asemaa tavoitteli niin kuntoutuja omien asioiden ajajana kuin kuntoutuspalvelujärjestelmä kuntoutuksen vastuutahona. Kuntoutuspalvelujärjestelmää kohtaa heijastui pelko ja toiminnan jäsentymättömyys. Läpi kaikkien käsitystyyppien oli leimallista kuntoutuksen vaatiminen, pelko kuntoutuksen jatkumisesta ja kuntoutujan autonomian väheksyminen. Kehittämishaasteena kuntoutuspalvelujärjestelmän toiminnalle on avoimuuden lisääminen sekä byrokratan poistaminen. Kuntoutuspalvelujärjestelmän tarkoituksenmukainen toiminta kuntoutujan ja yhteiskunnan hyödyn lähtökohdista on yksi yhteiskunnallisen keskustelun aihe.
5. Kuvauskategoriassa kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä kuntoutusinterventoiden toteutumisessa oli keskeisenä tutkimustuloksena kuntoutuksen koordinoinnin puuttuminen. Kuntoutuksesta puuttui ohjaukselliset ja kuntoutussuunnitteluun liittyvä toteutus ja arviointi. Merkityksellinen variaatio kuvasi koordinoinnin puuttumista tilanteessa, joka ilmeni kuntoutuksen totaalisenä laiminlyöntinä vaiheessa, jolloin tutkimusten mukaan kuntoutuksella saavutettu hyöty on korkeimmillaan. Koordinoinnin puute ilmeni myös kuntoutuksen määrällisenä vähytenä, kuntoutuksesta tiedottamisen puuttumisena, kuntoutussuunnitelman toteutumisen puuttumisena ja jopa kuntoutujan heitteille jättönä. Ilmiötä kuvattiin käsittein, joiden variaatioissa esiintyi epätietoisuutta kuntoutujan asioiden järjestämisessä ja henkilökohtaisen kuntoutuksen tiedonkulkuun liittyvissä puutteissa. Kuntoutujat eivät tienneet kuka heidän asioitaan ajaa kuntoutuksen palvelujärjestelmässä ja keneen tulee ottaa yhteyttä tarpeen vaatiessa. Koordinaoimattomuus ilmeni kuntoutujien pelkona tulevaisuuteen. Epävarmuus ja epätietoisuus lisäsivät ahdistusta ja esti tulevaisuuden suunnitelmien tekemistä. Tutkimustuloksissa



esiintyi myös käsityksiä, joista kävi ilmi, että fysioterapeutti ja toimintaterapeutti olivat kuntoutujan asioiden ajajia terapiasuhteen aikana. Omaisten merkitys koordinoinnissa oli merkittävä, niin välttämätön, että ilman sitä kuntoutuminen ei olisi ollut mahdollista. Kuntoutuksen koordinoinnin järjestäminen sekä kuntoutuksen suunnitteluun ja ohjaukseen liittyvien ilmiöiden esiin nostaminen ja kuntoutuspolkujen konkretisoiminen on selkeä haaste kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi ja kuntoutustyöntekijöiden osaamisen tunnistamiselle.

6. *Kuvauskategoriassa kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvänä tekijänä kuntoutusinterventioiden toteutumisessa tuli ilmi kuntoutustyöntekijöiden osaamiseen liittyvät tekijät. Fysioterapeutin ja toimintaterapeutin osaamiseen liittyviä tehtävien eroja ei ymmärretty tai niitä pidettiin samoina tai lähes samoina. Toimintaterapian osaaminen yhdistettiin poikkeuksetta käden toimintoihin ja fysioterapeutin osaaminen kävelyttämiseen ja jalkojen toimintojen edistämiseen. Merkittävää käsitystä edusti näkemys fysioterapeutin osaamisen perustuvan pelkästään jalkojen toimintakyvyn edistämiseen, jossa keskeisin elementti on kuntoutujan käveltaidon opettaminen ja ohjaaminen. Kuntoutusinterventioiden käsittäminen kuntoutumista edistävänä tekijänä ilmeni silloin, kun osaamiseen yhdistettiin monipuolisesti erilaisia itsenäistä toimintakykyä ja elämänhallintaa edistäviä elementtejä. Kuntoutumista ei edistänyt toiminta, jossa kuntoutus kohdistui rajattuun kehon toimintaan liittyvään osa-alueeseen. Pirstaleinen ihmiskäsitys johtaa sektoroituneisiin osaajiin, jossa kuntoutuksen tavoite sosiaalisesta osallisuudesta ja subjektilähtöisestä toimijuudesta on vaarana jäädä periferiaan. Kuntoutuksen koulutuksen kehittämishaasteena on kuntoutuksen yhteisen viitekehyksen löytäminen kuntoutustieteen teorioiden ja mallien kautta. Tätä kautta löydetään ratkaisuja kuntoutujan kokonaisvaltaisen elämänhallinnan edistämiseen ja moniammatillisen yhteistyön tekemiseen.*

Kuntoutujien äänen kuuluminen edistää kuntoutujien parempia mahdollisuuksia selviytyä yhteiskunnassa. Kokonaisvaltaisen kuntoutus on lähtökohta kuntoutumisen tavoitteelliselle onnistumiselle. Blaise Pascalin esittämä ajatus ”kuinka osa voisi löytää kokonaisuuden”, sopii myös tavoitteellisen kuntoutuksen ja kuntoutumisen ydinkysymykseksi.

## Lähteet

- Aaltonen, Tarja 2004: Autonomiamia ja osallistumista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41 (3), 176–184.
- Action plan 2006–2011: WHO. [www.ilo.fi](http://www.ilo.fi) (luettu 28.1.2009)
- Adams, Jack 1971: A closed-loop theory of motor learning. *Journal of Motor Behavior* 3, 111–150.
- Ahonen, Sirkka 1996: Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa Syrjälä, Leena & Ahonen, Sirkka & Syrjäläinen Eija & Saari, Seppo (toim.): *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki, 113–160.
- Ahponen, Helena 2008: Vaikeavammaisen nuoren aikuistuminen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 94. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Airaksinen, Timo 2008: Kuntoutuksen etiikka. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus*. Duodecim. Keuruu, 111–119.
- Ajzen, Icek 1985: From intentions to actions: A theory of planned behavior. Teoksessa Kuhl, Julius & Beckmann, Jürgen (toim.): *Action control from cognition to behavior*. Springer-Verlag, 11–39.
- Ala-Kauhaluoma, Mika & Härkäpää, Kristiina 2006: Yksityinen palvelusektori heikossa työmarkkina-asetmassa olevien työllistäjänä. *Työpoliittinen tutkimus* 312. Työministeriö. Helsinki.
- Alasuutari, Pertti 2007: *Laadullinen tutkimus*. Vastapaino. Tampere.
- Allardt, Erik 1989: An updated indicator system: having, loving, being. *Helsingin Yliopiston sosiologian laitoksen työselostuksia* 48.
- Ammattikorkeakoululaki 351/2003.
- Antonovsky, Aron A. 1979: *Health, stress and coping*. Jossey-Bass. San Francisco.
- Antonovsky, Anton A. 1993: The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine* 36 (6), 725–733.
- Asworth, Peter & Lucas, Ursula 1998: What is the "world" of phenomenography? *Scandinavian Journal of Educational Research* 42 (4), 415–431.
- Bandura, Alberta 1977: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84 (2), 191–215.
- Bandura, Alberta 1986: *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs. New Jersey.
- Bandura, Alberta 1987: *Social cognitive theory*. Teoksessa Vasta, Ross (toim.): *Annals of child development*. Vol. 6. Six theories of child development. CT: JAI Press. Greenwich, 1–60.
- Bandura, Albert 1995: Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Teoksessa Bandura, Albert (toim.): *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press, 1–45.

- Bandura, Alberta 1997: Sosiaalis-kognitiivinen teoria. Teoksessa Vasta, Ross (toim.): Kuusi teoriaa lapsen kehityksestä. Kustannusosakeyhtiö Puijo. Kuopio, 13–82.
- Barron, Caroline J. & Klaber Moffet, Jennifer & Potter, Margaret 2007: Patient expectation of physiotherapy: definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 23 (1), 37–46.
- Bowden, John A. 1996: Phenomenographic research – some methodological issues. Teoksessa Dall’Alba, Gloria & Hasselgren, Björn (toim.): Reflections on phenomenography. Toward a methodology? Göteborg studies in educational sciences 109. *Acta Universitatis Gothoburgensis*, 49–66.
- Bronfenbrenner, Urie 1979: The etiology of human development. Experiments by nature and design. Harvard University Press. USA.
- Brumfitt, Shelagh 2005: Response to: theory development and a science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27 (24), 1511–1512.
- Cardol, Mieke & De Jong, Bareld A. & Ward, Chris D 2002: On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 970–974.
- Catana, Brown & Donohue, Mary V. 2003: Recovery and wellness: models of hope and empowerment for people with mental illness. Haworth Press.
- Catz, Amiram & Itzkovich, Malka 2002: An autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 996–998.
- Chatterjee, Nilesh 2005: Theory for all and rehabilitation for the few (with money): Who does our theory serve? *Disability and Rehabilitation* 27 (24), 1503–1508.
- Cheryl, A. Cott & Teare, Gary & McGilton, Katherine S. & Lineker, Sydney 2006: Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disability and Rehabilitation* 28 (22), 1387–1397.
- Chronister, Julie A. & Johnson, Erica K. & Berven, Norman L. 2006: Measuring social support in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 28 (2), 7–84.
- Clapton, Jayne & Kendall, Elizabeth 2002: Autonomy and participation in rehabilitation: time for a new paradigm? *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 987–991.
- Costa, Paul T. & McCrae, Robert R. 1980: Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology* 38, 668–678.
- Cott, Cheryl A. 2008: Client-centred rehabilitation: What is it and how do we measure it? *Physiotherapy* 94 (2), 89–90.
- Coulter, Angela 2002: After bristol: putting patients at the centre. *Quality and Safety in Health Care* 11, 186–188.
- Curtis, Rebecca S. 1998: Values and valuing in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. February/March, 42–47.

- Dall'Alba, Gloria 1996: Reflections on phenomenography. Toward a methodology? Teoksessa Dall'Alba, Gloria & Hasselgren, Björn (toim.): Reflections on phenomenography. Toward a methodology? Göteborg Studies in Educational Sciences 109. Acta Universitatis Gothoburgensis, 7–17.
- Davis, Shally 2006: The way forward. Teoksessa Davis, Shally (toim.): Rehabilitation. The use of theories and models in practice. Elsevier. China, 169–173.
- Davis, Shally & Madden, Sue 2006: Rehabilitation at the macro and micro level. Teoksessa Davis, Shally (toim.): Rehabilitation. The use of theories and models in practice. Elsevier. China, 3–22.
- Deegan, Patricia 1988: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (4), 11–19.
- Diener, Ed & Oishi, Shigehiro & Lucas, Richard 2003: Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology* 54, 403–425.
- Discrimination in the European Union 2008: Perceptions, experiences and attitudes. Special Eurobarometer 296. Report. European Commission.
- Dixon, Guy & Thornton, Everard W. & Young, Carolyn A. 2007: Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults. *Clinical Rehabilitation* 21 (3), 230–240.
- Dougherty, Charles J. 1991: Values in rehabilitation: happiness, freedom and fairness. *Journal of Rehabilitation*. January/February/March, 7–12.
- Dubin, Robert 1978: Theory building. Free Press. New York.
- Dunstain, Debra A. & Covic, Tanya 2006: Compensable work disability management: A literature review of biopsychosocial perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal* 53, 67–77.
- Engel, Georg 1977: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196 (8), 129–136.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Euroopan komissio 1996: Helios II. Eurooppalainen hyvän käytännön opas. Kohti vammaisten yhdenvertaisia mahdollisuuksia. Euroopan komissio.
- Falardeau, Marlene & Durand, Marie Jose 2002: Negotiation-centered versus client-centered: Which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy* 69 (3), 135–142.
- Faull, Kieren & Hills, Mike D. 2006: The role of the spiritual dimension of the self as the prime determinant of health. *Disability and Rehabilitation* 28 (11), 729–740.
- Feldt, Taru 2000: Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education psychology and Social Research 158. Jyväskylän yliopisto.

- Fielding, Nigel 1996: Qualitative interviewing. Teoksessa Gilbert, Nigel (toim.): *Researching social life*. Sage. London, 135–153.
- Fitts, Paul M. & Posner, Michael I. 1967: *Learning and skilled performance in human performance*. Brock-Cole. Belmont CA.
- Folkman, Susan & Lazarus, Richard & Duncel-Schetter, C. & DeLongish, A. & Gruen, R. J. 1986a: Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (5), 992–1003.
- Folkman, Susan & Lazarus, Richard & Gruen, R. J. & DeLongish, A. 1986b: Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (3), 571–579.
- Folkman, Susan & Moskowitz, Judith Tedlie 2004: Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology* 55 (1), 745–774.
- Freire, Paolo 2005: *Sorrettujen pedagogiikka*. Vastapaino. Tampere.
- Fromm, Erich 1969/1968: *Toivon vallankumous*. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Gellman, William 1973: *Fundamentals of rehabilitation*. Teoksessa Garret, James F. & Levine, Edna S. (toim.): *Rehabilitation practices with the physically disabled*. Columbia University Press. New York & London.
- Goffman, Erving 1963: *Stigma*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs NC.
- Gottwald, Mary 2006: *Health promotion models*. Teoksessa Davis, Shelly (toim.): *Rehabilitation. The use of theories and models in practice*. Elsevier. China, 131–146.
- Gzil, Fabrice & Lefevre, Celine & Camelli, Michele & Pachoud, Bernard & Ravaud, Jean Francois & Lepage, Alain 2007: Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability and Rehabilitation* 29 (20–21), 1616–1624.
- Gould, Raija & Polvinen, Anu 2006a: Osaaminen. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus. Helsinki, 162–168.
- Gould, Raija & Polvinen, Anu 2006b: Työasenteet. Teoksessa Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus. Helsinki, 169–175.
- Greeno, James G. & Collins, Allan M. & Resnic, Lauren, B. 1996: Cognition and learning. Teoksessa Berliner, David C. & Calfee, Robert C. (toim.): *Handbook of Educational Psychology*. McMillan, 15–46.
- Gröhn, Terttu 1992: *Fenomenografinen tukimusote*. Teoksessa Gröhn, Terttu & Jussila, Juhani (toim.): *Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa*. Yliopistopaino. Helsinki, 1–32.

- Guba, Egon G. & Lincoln Yvonne S. 1994: Competing paradigms in qualitative research. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Yvonne S. (toim.): *Handbook of qualitative research*. Sage Publications. Thousand Oaks, 106–117.
- Haarni, Ilkka 2006: Keskenäistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Stakes. Raportteja 6. Helsinki.
- Haimi, Tea & Hurme, Jaana 2007: Sosiaalisen kuntoutuksen käsite 1950-luvulta nykypäivään. Käsitehistoriallinen tarkastelu sosiaalisen kuntoutuksen käsitteistä. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Hallamaa, Jaana & Lötjönen, Salla 2002: Suomalainen tiedeyhteisö ja tutkimusetiikka. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): *Tutkijan eettiset valinnat*. Gaudeamus. Tampere, 372–383.
- Halonen, Jukka-Pekka & Aaltonen, Tuula & Hämäläinen, Aulikki & Karppi, Sirkka-Liisa & Kaukinen, Jukka & Kervilä, Anja & Lehtinen, Marjatta & Pere, Erkki & Puukka, Pauli & Siitonen, Ville & Silvennoinen, Sirpa & Talo, Seija 2007: Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutustarpeen arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 73. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Hasselgren, Björn 1993: Tytti Soila och den fenomenografiska ansatsen. *Nordisk Pedagogik* 3, 148–157.
- Haukilahhti, Riitta-Liisa & Virjo, Irma & Halila, Hannu & Hyppölä, Harri & Isokoski, Mauri & Kujala, Santero & Kumpusalo, Esko & Vänskä, Jukka & Mattila, Kari 2008: Potilaat ovat muuttuneet. Vuosina 1977–1991 valmistuneiden lääkäreiden arvio muutoksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45 (3), 187–196.
- Hautamäki, Liisa & Seppälä, Eeva 1998: Toimintakyvyn käsite fysioterapiassa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Hebert, Marie-Josée & Thibeault, Rachel & Landry, Anic & Boisvenu, Michele 2000: Introducing an evaluation of community based occupational therapy services: A client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 67 (3), 146–154.
- Heikkinen, Hannu & Huttunen, Rauno & Niglas, Katrin & Tynjälä, Päivi 2005: Kartta kasvatustieteen maastosta. *Kasvatus* 36 (5), 340–354.
- Heikura, Pekka 2003: Rooman kylpylöiden nousu ja tuho. *Tieteessä tapahtuu* 3, 18–26.
- Helkama, Klaus & Myllyniemi, Rauni & Liebkind, Karmela 2001: Johdatus sosiaalipsykologiaan. Edita. Helsinki.

- Hella, Elina 2003: Fenomenografia uskontopedagogisessa tutkimuksessa. *Teologinen aikakauskirja* 108 (4), 310–322.
- Hergenrather, Kenneth C. & Rhodes, Scott D. & Turner, Anrew P. & Barlow, Julie 2008: Persons with disabilities and employment: applications of the self-efficacy of job-seeking skills scale. *Journal of Rehabilitation* 74 (3), 34–44.
- Herrala, Helinä & Kahrola, Tytti & Sandström, Marita 2008: Psykofyysinen ihminen. Wsoy Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Hirschman, Albert O. 1970: Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states. Harvard University Press. Cambridge, MA.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2009: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki.
- Hokkanen, Liisa 2003: Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.): Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus. Juva, 254–274.
- Holahan, Charles J. & Spearly, James L. 1980: Coping and ecology: an integrative model for community psychology. *American Journal of Community Psychology* 8 (6), 671–685.
- Holm, Pasi & Hopponen, Anneli 2007: Vammaisten työkyky vuonna 2007. Vertailua työttömiin. Pellervon taloudellinen tutkimuslaitos. Raportteja 202. Helsinki.
- Holton III, Elwood F. & Lowe, Janis S. 2007: Toward a general research process for using dubin's theory building model. *Human Resource Development Review* 6 (3), 297–320.
- House, James & Kahn, Robert L. 1985: Measures and concepts of social support. Teoksessa Cohen, Sheldon & Syme, Leonard (toim.): Social support and health. Academic Press. Orlando, 83–108.
- Huusko, Mira & Paloniemi, Susanna 2006: Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 37 (2), 162–173.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Vammalan kirjapaino Oy.
- Häkkinen, Kirsti 1996: Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä. Teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 21. Jyväskylän yliopisto.
- Hämäläinen, Helena & Röberg, Monica 2007: Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Härkäpää, Kristiina 2000: Tuettu työllistyminen – avoimille työmarkkinoille. *Kuntoutus* 3, 18–24.

- ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. WHO. Stakes.
- Ilmarinen, Juhani 2006: Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health. Ministry of Social Affairs and Health. Gummerus. Jyväskylä.
- Ilmarinen, Juhani & Gould, Raija & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma 2006: Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus. Helsinki, 17–57.
- ILO 1981: Vocational rehabilitation of the disabled. Full participation and equality. International Labour Office. Geneva.
- ILO 1983: Vocational rehabilitation. Report IV (2). International Labour Office. Geneva.
- ILO 2004: Achieving equal employment opportunities for people with disabilities through legislation. Guidelines. International Labour Office. Geneva.
- Invalidiliiton kotisivut. <http://www.invalidiliitto.fi/lapinkuntoutuskeskus> (luettu 25.2.2009)
- Israel, Joachim 1972: Stipulation and construction in the social sciences. Teoksessa Israel, Joachim & Tajfel, Henri (toim.): The context of social psychology. A critical assessment. Academic Press. New York, 123–211.
- Johnson, Erica K. & Dow, Christian & Lynch, Ruth T. & Hermann, Bruce P. 2006: Measuring clinical significance in rehabilitation research. Rehabilitation Counselling Bulletin 50 (1), 35–45.
- Jorgensen, Pia 2000: Concepts of body and health in physiotherapy: the meanings of the socio/cultural aspects of life. Physiotherapy Theory and Practice 16 (2), 105–115.
- Jyrkämä, Jyrki 2007: Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppeo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-Kustannus. Juva, 195–217.
- Järnefelt, Heli 1999: Kokemuksen arvioiminen, selviytymiskeinot ja traumaperäiset oireet. Psykologia 5–6, 367–377.
- Järvikoski, Aila 1984: Kuntoutuksen kehityssuuntaukset. Kuntoutustoiminnan ja sen kehitykseen vaikuttavien tekijöiden analyysi. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 16. Helsinki.
- Järvikoski, Aila 1994a: Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Väitöskirja. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Järvikoski, Aila 1994b: Kuntoutumisen ulottuvuuksista ja kuntoutuksen vaikuttavuuden kriteereistä kolmen seuranta-aineiston pohjalta. Lapin yliopiston



- yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 19. Lapin yliopiston monistuskeskus. Rovaniemi.
- Järvikoski, Aila 1995a: Kuntoutus ja elämänhallinta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3. Sosiaalilääketieteen yhdistys, 282–284.
- Järvikoski, Aila 1995b: Työssä käyvän väestön työkyvyn edistäminen kuntoutuksen keinoin. Teoksessa Ilmarinen, Juhani & Järvikoski, Aila (toim.): Työkyky ja kuntoutus – nykytila ja tulevaisuus. Kuntoutussäätiö & Työterveyslaitos. Helsinki, 68–76.
- Järvikoski, Aila 2000: Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismaa, Jussi & Pasanen, Heikki & Spangar, Timo (toim.): Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. PS-kustannus. Porvoo.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995: Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): Kuntoutuksen ulottuvuudet. Wsoy. Juva, 49–92.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2001: Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Jyväskylä, 30–41.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004: Kuntoutuksen perusteet. Wsoy. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2008: Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 51–62.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Laisola-Nuotio, Annika & Paatero, Heidi & Rissanen, Pekka 2003: Kuntoutuksen tutkimus: tehtävät ja mahdollisuudet. Kuntoutus 4, 20–32.
- Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu 2008: Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prossina. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 80–93.
- Järvinen, Pertti & Järvinen, Annikki 2000: Tutkimustyön metodeista. Opinpaikan kirja. Tampere.
- Jylhä, Irja 1998: Yhdessä ja erikseen. Harjaantumisoppilaiden ja ala-asteen oppilaiden yhteistoiminnallisten ryhmien muotoutuminen sekä sosiaalisen integraation toteuttaminen kuvaamataidon opetuskokeilussa. Väitöskirja. Valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön julkaisuja 72. Kehitysvammaliitto ry. Helsinki.
- Kalimo, Raija 1987. Stressi ja sen voittaminen. Wsoy. Juva.

- Kallanranta, Tapani 2003: Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Raportteja 267. Stakes. Saarijärvi, 99–107.
- Kari, Anneli & Puukka, Pauli 2001: Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? *Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia* 44. Kela. Turku.
- Karjalainen, Sakari & Saxen, Lauri 2002: Vilppi tieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): *Tutkijan eettiset valinnat*. Gaudeamus. Tampere, 221–245.
- Karjalainen, Vappu 1996: Verkoston lupaus. *Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta*. Tutkimuksia 68. Stakes. Jyväskylä.
- Karjalainen, Vappu 2004: Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes. Saarijärvi, 10–25.
- Karppi, Sirkka-Liisa 1983: Fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja ylläpito – osa onnistunutta kuntoutumista. Teoksessa Hyyppä, Markku T. & Kallio, Veikko & Karppi, Sirkka-Liisa & Lahtela, Kari & Ruponen, Sirkka-Liisa (toim.): *Kuntoutuminen*. Kirjayhtymä. Helsinki, 60–80.
- Kelan kuntoutustilasto 2007. Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä. Helsinki 2008.
- Keltinkangas-Järvinen, Liisa 1998: Hyvä itsetunto. Wsoy. Juva.
- Kersten, Paula 2002: Autonomie: the be all and end all in. *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 993–995.
- Kettunen, Reetta & Kähäri-Wiik, Kaija & Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2002: Kuntoutumisen mahdollisuudet. Wsoy. Porvoo.
- Keyes, Corey L. M. 1998: Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 61, 121–140.
- Keyes, Corey L. M. 2006: Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators* 77, 1–10.
- King, Laura & Hicks, Joshua & Krull, Jenifer & Del Gaiso, Amber 2006: Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology* 90, 179–196.
- Kinnunen, Petri 1998: Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. *Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto*. Helsinki.
- Kirjonen, Juhani 2002: Asiantuntijan itseohjautuvuuden rajat. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Tynjälä, Päivi 2002: *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Wsoy. Helsinki, 48–63.
- Kiviniemi, Kari 2007: Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia*

- aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Juva.
- Kokko, Riitta-Liisa 2007: Toiveikkuutta ja voimavaroja dialogisesta verkostotyöstä. *Kuntoutus* 3, 5–23.
- Kokko, Seija 2003: Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvoteoreettinen näkökulma mielen-terveystyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Komiteamietintö 1966: Kuntoutuskomitean mietintö A:8. Helsinki.
- Komrad, Mark S. 1983: A defence of medical paternalism: maximising patient's autonomy. *Journal of Medical Ethics* 9, 38–44.
- Konsensuslausuma 2008: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Duodecim ja Suomen Akatemia. Helsinki.
- Korkalainen, Anni & Kokko, Katja 2008: Psykologinen näkökulma aikuisiän hyvinvointiin ja siihen kytkeytyviin tekijöihin. *Psykologia* 4: 246–324, 261–276.
- Koro-Ljungberg, Mirka 2005: Teoreettinen validiteettitarkastelu laadullisessa tutkimuksessa. *Kasvatus* 36 (4), 278–284.
- Koskinen, Irina 1993: Keskustelkaamme, onko fenomenografia sittenkin vain mielen leikkiä. *Nordisk. Pedagogik*, 180–181.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Gould, Raija 2006: Työkyky ja terveys. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. *Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus. Helsinki, 114–134.
- Kroksmark, Tomas 1987: Fenomenografisk didaktik. Göteborgs studies in educational science 63. Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Kronqvist, Eeva-Liisa & Pulkkinen, Minna-Leena 2007: Kehityopsykologia. Matkalla muutokseen. Wsoy. Helsinki.
- Kuhn, Thomas S 1970. *The Structure of scientific revolution*. Chicago. University of Chicago Press.
- Kuitunen, Jorma 1995: Tieteen policy-orientaatio ja sosiaalieettisen vastuun edellytykset. Acta Universitatis Tampereensis A:421. Tampereen yliopisto.
- Kukkonen, Tuula 2009: Vastuun uusjako. Vajaakuntoisten työkyky ja työllistyminen yritysten näkökulmasta. Väitöskirja. Joensuun yliopisto.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. *Vastapaino*. Jyväskylä.
- Kuusi, Osmo & Rynnänen, Olli-Pekka & Kinnunen, Juha & Myllykangas, Markku & Lammintakanen, Johanna 2006: *Terveydenhuollon tulevaisuus*.

- Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin perusraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 3. Eduskunta.
- Kuuskoski, Eeva & Kittilä, Riitta 2008: Sosiaali- ja terveysjärjestöt – kuntoutusta lähellä ihmisten arkea. *Kuntoutus* 4, 32–34.
- Kvale, Steinar 1989: To Validate is to Question. Teoksessa Kvale, Steinar (toim.): *Issues of Validity in Qualitative Research*. Studentlitteratur. Lund.
- Lagerspetz, Erik 1993: Itsemääräminen ja valta. Teoksessa Launis, Veikko & Rääkkä, Juha (toim.): *Itsemääräämisoikeus. Käytännöllisen filosofian julkaisuja* 7. Turun yliopisto.
- Lahikainen, Anja & Pirttilä-Backman, Anna-Maija 2007: *Sosiaalipsykologian perusteet*. Otava. Helsinki.
- Lahtela, Kari 1983: Kuntoutuminen yksilöllisenä sopeutumistapahtumana. Teoksessa Hyyppä, Markku T & Kallio, Veikko & Karppi, Sirkka-Liisa & Lahtela, Kari & Ruponen, Sirkka-Liisa (toim.): *Kuntoutuminen*. Kirjayhtymä. Helsinki, 81–111.
- Lahtela, Kari & Grönlund, Rainer & Röberg, Monica & Virta, Lauri 2002: Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen varhaisen vaiheen havainnot. Kela. Helsinki.
- Laine, Kaarina 2005: Minä, me ja muut sosiaalisissa verkostoissa. Otava. Keuruu.
- Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998.
- Laki asiakaspalveluyhteistyöstä 1991.
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lampinen, Reija 2007: *Omat polut! Vammaisesta lapsesta täysvaltaiseksi*. Edita. Helsinki.
- Larin, Helena M. 2006: *Motor learning: Theories and strategies for the practitioner*. Teoksessa Cambell, Suzann K. & Linden, Darl W. Vander & Palisano, Robert J. (toim.): *Physical Therapy for Children*. Saunders Elsevier. USA, 131–160.
- Larivaara, Pekka & Taanila, Anja & Huttunen, Irma & Väisänen, Erkki & Moilanen, Irma & Kiuttu, Jorma 2000: From biomedical teaching to biopsychosocial education: a process of change in a Finnish medical school. *Journal of Interprofessional Care* 14 (4), 375–385.
- Larsson, Staffan 1986: *Kvalitativ analys – exempel fenomenografi*. Lund. Studentlitteratur.
- Latac, Janina C. & Havlovic, Stephen J. 1992: Coping with job stress. A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behaviour* 13, 479–508.

- Lazarus, Richard & Folkman, Susan 1984: *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company. New York.
- Lehtinen, Esko & Jokinen, Tuija 1996: *Tutor – itsenäistyvän oppijan ohjaaja*. Atena kunsannus. Juva.
- Lehtonen, Kimmo & Vismanen, Anita & Lempinen, Kristiina 1987: *Fysioterapia – vastaus nykyajan stressiin ja kiireeseen? Tutkimus lääkintävoimistelijoiden ja kuntohoitajien ammasteista, työstä ja kvaifikaatioista*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja A:119. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. Turku.
- Leino, Eeva 2004: *Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinällisessä kuntoutuksessa*. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes. Saarijärvi, 93–101.
- Leino, Eeva 2006: *Julksen terveydenhuollon muutos aika kuntoutuksen haasteena*. Teoksessa Niemelä, Pauli & Pursiainen, Terho (toim.): *Hyvinvointi yhteiskuntapolitiittisena tavoitteena. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 62*. Kuopion yliopisto, 56–66.
- Leplege, Alain & Gzil, Fabrice & Camelli, Michele & Lefevre, Celine & Pachoud, Bernard & Ville, Isabelle 2007: *Person centredness: Conceptual and historical perspectives*. *Disability and Rehabilitation* 29 (20–21), 1555–1565.
- Levac, William M. M. & Dean, Sarah G. & Siegert, Richard J. & McPherson, Kath M. 2006: *Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: The need for a critical distinction*. *Disability and Rehabilitation* 28 (12), 741–749.
- Lincoln, Yvonne S. 1985: *Organizational theory and injury: The paradigm revolution*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Lind, Seppo 2007: *Rehabsauruksen rehabilitointi*. *Kuntoutus* 4, 32–33.
- Lindh, Jari 2007: *Ammatillisen kuntoutuksuunnittelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet*. *Kuntoutus* 4, 3–26.
- Lindh, Jari & Suikkanen, Asko 2008: *Ammatillinen kuntoutus pysyvässä muutoksessa*. *Kuntoutus* 1, 59–63.
- Linder, Cedrik & Mashall, Delia 2003: *Reflection and phenomenography: towards theoretical and educational development possibilities*. *Learning and Instruction* 13, 271–284.
- Linnakangas, Ritva & Suikkanen, Asko & Savtschenko, Victor & Virta, Lauri 2006: *Uuden alussa vai umpikujassa? Vammaiset matkalla yhdenvertaiseen kansaläiuuteen*. Stakes. Raportteja 15. Helsinki.
- Livineh, Hanoch 1989: *Rehabilitation intervention strategies: their integration and classification*. *Journal of Rehabilitation* 55 (2), 21–30.

- Loijas, Sari 1994: Rakas, rämä elämä. Vammaisten nuorten elämänhallinta ja elämänkulku. Raportteja 155. Stakes. Jyväskylä.
- Lukiolaki 629/ 1998.
- Lämsä, Anna-Liisa 2009: Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Scientiae Rerum Socialium E 102. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden opettajakoulutuksen yksikkö. Oulun yliopisto.
- Mannila, Simo 2001: Vajaakuntoiset ja työllisyys- ja työvoimapolitiikka. Esi-merkki politiikkatason arvioinnista. Teoksessa Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim.): Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 69, 73–96.
- Marion, Ference 1981: Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10, 177–200.
- Marion, Ference 1984: Towards a psychology beyond the individual. Teoksessa Lagerpez, Kirsti M. J. & Niemi, Pekka (toim.): *Psychology in the 1990's*. Elsevier Science Publishers. Holland, 45–72.
- Marion, Ference 1988: Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. Teoksessa Sherman R.R. & Webb R.B. (toim.): *Qualitative research in education: focus and methods*. Falmer. London, 141–161.
- Marion, Ference 1994: Phenomenography. Teoksessa Husen, Thorsten & Neville Postlethwaite, T. (toim.): *The international encyclopedia of education*. BPC Weatons. Exeter, 4424–4429.
- Marion, Ference 1995: Cognosco ergo sum – reflection on reflections. Teoksessa Dall’Alba, Gloria & Hasselgren, Björn (toim.): *Reflections on phenomenography. toward a methodology?* Göteborg studies in educational sciences 109. Acta Universitatis Gothoburgensis, 163–202.
- Marion, Ference & Booth, Shirley 1997: *Learning and awareness*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- Marion, Ference & Ming Fai, Pang 2003: Two faces of variation: on continuity in the phenomenographic movement. *Scandinavian Journal of Educational Research* 47 (2), 145–156.
- Marion, Ference & Pong, Wing Yan 2005: On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research & Development* 24 (4), 35–348.
- Matteson, Michael T. & Ivancevich, John M. 1985: *Controlling work stress, effective human resource and managestrategies*. Jossey-Bass. San Fransisco. California.
- Mattus, Marjo-Riitta 1993: ”Kotikuntoutus on kovaa työtä.” Varhaisvuosien erityiskasvatuksen käsitteitä ja käytäntöjä I. Research Reports 43. Erityispedagogiikan laitos. Jyväskylän yliopisto.

- Mattus, Marjo-Riitta 2001: Valtaistava ja yhteistyötä avaava haastattelumenetelmä perhelähtöisessä interventiossa. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 44. Lapin yliopisto.
- McKinnon, Allicon L. 2000: Client values and satisfaction with occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 7 (3), 99–106.
- Metteri, Anna & Haukka-Waclin, Tuula 2004: Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Saarijärvi, 52–68.
- Miettinen, Kaija 2006: Erityisryhmien koulutus ammatillisen erityisopetuksen näkökulmasta. Teoksessa Niemelä, Pauli & Pursiainen, Terho (toim.): Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopion yliopisto, 323–333.
- Milliken, Frances J. & Martins, Luis L. 1996: Searching for common threads: understanding the multiple effects of diversity in organisational groups. *Academy of Management Review* 21, 402–433.
- Moberg, Sakari 2003: Erityisopetuksen ja yleisopetuksen integraatio opettajien silmin. Teoksessa Ladonlahti, Tarja & Naukkarinen, Aimo & Vehmas, Sulo (toim.): Poikkeava vai erityinen? Erityispedagogiikan monet ulottuvuudet. Atena. Juva, 136–161.
- Moisio, Elina 2004: Työn ja elämän uusi henki. Työpoliittinen aikakauskirja 4, 64–69.
- Murto, Pentti 1992: Saako vammainen tulla kouluun? Integraation ehdot. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Oppimateriaaleja 10. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Jyväskylä.
- Musikka-Siirtola, Marjatta & Siirtola, Taisto & Wikström, Juhani 2008: Lääkinnällisen kuntoutuksen kehitys ja haasteet tulevaisuudelle. *Kuntoutus* 4, 35–46.
- Mäkelä, Klaus 1990: Kvalitatiivisen arvioinnin analyysiperusteet. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki, 42–61.
- Mäkelä, Kalus 2006: Sosiaalitutkimuksen eettinen sääntely. Teoksessa Hallamaa, Jaana & Launis, Veikko & Lötjönen, Salla & Sorvali, Irma (toim.): Etiikkaa ihmistieteille. Tietolipas 211. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki, 360–378.
- Mäkilä, Riitta & Sjögren, Riitta 2008: Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja aivoammapotilaan kuntoutusohjaus ja sosiaalityö. Teoksessa Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuskokous 27.–29.10 2008. Duodecim ja Suomen Akatemia. Vammala, 142–157.
- Mäkitalo, Outi 2008: Huumevalistus ja sen muunnelmat. Opettajien käsityksiä ehkäisevään huumetyöhön suuntautuneesta koulukasvatuksesta ja opetukses-

- ta. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis E 101. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden ja opettajankoulutuksen yksikkö. Oulun yliopisto.
- Määttä, Paula 1981: Vammaiset. Suuri vähemmistö. Mitä on hyvä tietää vammaisuudesta. Gummerus. Jyväskylä.
- Naukkarinen, Aimo & Saloviita, Timo & Murto, Pentti 2001: Jälkisanat. Teoksessa Murto, Pentti & Naukkarinen, Aimo & Saloviita, Timo (toim.): Inklusion haaste koululle. Oikeus yhdessä oppimiseen. PS-Kustannus, 199–203.
- Nevala-Puranen, Nina 2001: Toimintakyvyn käsite. Teoksessa Kukkonen, Ritva & Henhinen, Helena & Ketola, Ritva & Luopajarvi, Tuulikki & Noronen, Leena & Helminen, Päivi (toim.): Työfysioterapia. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Työterveyslaitos. Helsinki, 46–48.
- Niemi, Veikko 1983: Sosiaalinen toimintakyky ja sosiaalinen kuntoutus. Kuntoutus 2, 1–2.
- Nieuwenhuijsen Els R. & Zember, Eric & Miner, Katheleen R. & Epstein, Marcy 2006: Health behaviour change models and theories: Contributions to rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 28 (5), 245–256.
- Niikko, Anneli 2003: Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 85. Joensuun yliopisto.
- Niiniluoto, Ilkka 1984: Tiede, filosofia ja maailmankatsomus. Otava. Helsinki.
- Noro, Leo & Niemi, Veikko 1962: Johdanto. Teoksessa Noro, Leo & Niemi, Veikko & Rinne, Henrik & Tamminen, Antti (toim.): Kuntouttaminen. Terveydenhuollon kolmas tehtävä. Wsoy. Helsinki.
- Noronen, Leena 2008: Sata vuotta fysioterapeuttikoulutusta. *Fysioterapia* 6, 54–56.
- Nummenmaa, Anna Raija & Nummenmaa, Tapio 2002: Toisen asteen näkökulma. Teoksessa Julkunen, Marja-Liisa (toim.): Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. Wsoy. Vantaa, 66–76.
- Nutbeam, Don 2000: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International* 15 (3), 259–267.
- Oliver, Michael 1996: Understanding disability. From theory to practice. Macmillan. Malaysia.
- Onken, Steven J. & Craig, Katherine M. & Ridgway, Priscilla & Ralph, Ruth O. & Cook, Judith A. 2007: An analysis of the definition and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31 (1), 9–22.
- Paatero, Heidi & Lehmijoki, Pentti & Kivekäs, Jukka & Ståhl, Tomi 2008: Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 31–50.



- Palokangas, Anne 2008: Valta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Käsitteen määrittely ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Palonen, Kari 1988: Tekstistä politiikkaan. Johdatus tulkintataitoon. Vastapaino. Tampere.
- Patrikainen, Risto & Myller, Laila 1998: Opettajan pedagogisen ajattelun peruspilareita. Teoksessa Julkunen, Maija-Liisa (toim.): Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. Wsoy. Juva, 182–201.
- Pearlin, Leonard J. & Schooler C. 1978: The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19 (1), 2–21.
- Pelkonen, Risto & Louhiala, Pekka 2002: Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus. Tampere, 126–136.
- Perusopetuslaki 628/1998.
- Pierce, Georgy & Sarason, Irvin & Sarason, Barbara R. 1996: Coping and social support. Teoksessa Zeidner, Mosha & Endler, Norman (toim.): *Handbook of coping: theory, research, applications*. New York. Wiley, 435–444.
- Pietarinen, Juhani & Launis, Veikko 2002: Etiikan luonne ja alueet. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus. Tampere, 42–57.
- Piirainen, Arja 2006: Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja asiantuntijoiden kokemana. Väitöskirja. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 207. Helsingin yliopisto.
- Pirttimaa, Raija 2003: Tuetun työllistymisen alkuvaiheet ja kehittyminen Suomessa. Väitöskirja. Opettajankoulutuslaitos. Erityispedagogiikan yksikkö. Helsingin yliopisto.
- Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön esitteitä 2005:5. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.
- Potts, Jean 1996: Physiotherapy in the next century: Opportunities and challenges. *Physiotherapy* 82 (3), 150–155.
- Purhonen, Sari & Ashorn, Ulla & Viitanen, Elina & Lehto, Juhani 2006a: Suomen kuntoutuksjärjestelmä asiakirjoissa ja lainsäädännössä. Teoksessa Hiltunen, Eija (toim.): *Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006*. Yksilö vai rakenteet. Stakes. Työpapereita 26, 21–23.
- Purhonen, Sari & Ashorn, Ulla & Viitanen, Elina & Rissanen, Pekka & Lehto, Juhani 2006b: Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuksien saajana kuntoutuksen lakiviidakossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43 (4), 283–294.

- Purola, Helena 2000: Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Puumalainen, Jouni & Vilkkumaa, Ilpo 2001: Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 16–29.
- Raitasalo, Raimo 1995: Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kelan omatarvepaino. Helsinki.
- Rajavaara, Marketta 2008: Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. Kuntoutus 2, 43–47.
- Ranki, Anneli 2000: Henkilöstön selviytyminen kriisiytyneessä organisaatiossa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 775. Tampereen yliopisto.
- Rappoport, Julian 1987: Terms of empowerment / exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology 15 (2), 121–148.
- Rauhala, Lauri 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauste-von Wright Majjalaia & von Wright, John & Soini, Tiina 2003: Oppiminen ja koulutus. Wsoy. Juva.
- Rebeiro, K. L 2000: Client perspectives on occupational therapy practice: Are we truly client-centred? Canadian Journal of Occupational therapy 67 (1), 7–14.
- Rissanen, Lea 1999: Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Väitöskirja Acta Universitatis Ouluensis D 560. Oulun yliopisto.
- Rissanen, Paavo 2008: Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 671–682.
- Roponen, Sirkka-Liisa 1983: Kuntoutuva yhteiskunta. Teoksessa Hyyppä, Markku T. & Kallio, Veikko & Karppi, Sirkka-Liisa & Lahtela, Kari & Roponen, Sirkka-Liisa (toim.): Kuntoutuminen. Kirjayhtymä. Helsinki, 112–146.
- Robson, Colin 2001: Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammi. Helsinki.
- Saadah, Mohammed Akhri 2002: On autonomy and participation in rehabilitation. Disability and Rehabilitation 24 (18), 977–982.
- Saikka, Peppi 2006: Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 47. Helsinki.
- Saikka, Peppi & Karjalainen, Vappu 2007: Kohtaamisen muuttuva haaste. Kuntoutus 2, 15–26.
- Salmelainen, Ulla 2008: Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kun-

- toutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Sandberg, Jörgen 1996: Are phenomenographic results reliable? Teoksessa Dall'Alba, Gloria & Hasselgren, Björn (toim.): *Reflections on Phenomenography. Toward a Methodology?* Göteborg Studies in educational sciences 109. Acta Universitatis Gothoburgensis, 129–140.
- Sandström, Karin 2007: The lived body – experiences from adults with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation* 21 (4), 432–441.
- Sandström, Maritta 1995: Neurofysiologia on motorisen oppimisen perusta. *Fysioterapia* 4, 10–15.
- Schneider, Marguerite & Hurst, Rachiel & Miller, Janice & Üstün, Bedirhan 2003: The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disability and Rehabilitation* 25 (11–12), 588–595.
- Shumway-Cook, Anne & Woollacott, Marjorie H. 2001: *Motor control theory and practical applications*. Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Seligman, Martin 1975: *Helplessness: on depression, development and death*. Freeman. San Fransisco.
- Siegert, Richard J. & McPherson, Kathryn M. & Dean, Sarah G. 2005: Theory development and a science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27 (24), 1493–1501.
- Siegert, Richard & Ward, Tony & Levack, William M.M. & Mcpherson, Kathryn M. 2007: A good lives model of clinical and community rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2007, 29 (20/21), 1604–1615.
- Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis 37. Oulun opettajankoulutuslaitos. Oulun yliopisto.
- Silverman, David 2001: *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction*. Sage Publications. London.
- Simmons, Bret L. & Nelson, Debra L. 2007: Eustress at work: extending the holistic model of stress. Teoksessa Nelson, Debra L. & Cooper, Cary L. (toim.): *Positive organizational behavior: accentuating the positive at work*. Sage Publishing, 40–53.
- Skjaerven, Liv H. & Kristoffersen, Kjell & Gard, Gunvor 2008: An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists understanding of the phenomenon. *Physiotherapy Theory and Practice* 24 (1), 13–27.
- Smith, Dennis S. 2002: Autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 24 (18), 999–1000.

- Smith, Dennis S. 2005: Theory development and science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27 (24), 1509.
- Smith, Susan & Robert, Pennie & Balmer, Simon 2000: Role overlap and professional boundaries: future implications for physiotherapy and occupational therapy in NHS. *Physiotherapy* 86 (8), 397–400.
- Soni, Vidu 2000: A twenty-first century reception for diversity on the public sector: A case study. *Public Administration Review* 60, 395–408.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissphjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2008:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut 2006. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki.
- Spaniol, LeRoy 2008: What would a recovery-oriented programme look like? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 13 (1), 57–66.
- Spreizer, G. 1996: Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal* 39, 2.
- Stam, Heink J. 2005: Theory development and a science of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27 (24), 1513.
- Ståhl, Tomi & Rissanen, Paavo 2008a: Keskeinen kuntoutuslainsäädäntö. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Asko & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. *Duodecim. Keuruu*, 729–751.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2001: Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävää arviointia. Teoksessa Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Nouko-Juvonen, Susanna (toim.): *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia* 69. Yliopistopaino. Helsinki, 11–27.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2007: Rehabsaurus – lajinsa viimeinen? Keskustelun avauksia kuntoutuksen tulevaisuuden haasteisiin. *Kuntoutus* 2, 4–8.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2008a: Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. *Duodecim. Keuruu*, 61–79.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2008b: Kommunikatiivisen arviointikulttuurin jäljillä. *Kuntoutus* 3, 68–74.
- Suikkanen, Asko & Piirainen, Keijo 1995a: Kuntoutus hallinnollisena ja yksilöllisenä prosessina. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): Kuntoutuksen ulottuvuudet. *Wsoy. Juva*, 210–227.
- Suikkanen, Asko & Piirainen, Keijo 1995b: Kuntoutus modernista jälkimoderniin. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): Kuntoutuksen ulottuvuudet. *Wsoy. Juva*, 301–315.

- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Suoranta, Jutta & Viitanen, Elina & Ashorn, Ulla & Rissanen, Pekka 2006: Alueellinen kuntoutusjärjestelmä yhteistyötoimikunnan jäsenten näkökulmasta. *Kuntoutus* 4, 30–41.
- Svensson, Lennart 1984: Människobilden i INOM-grubbens forskning: Den lärande människan. Göteborgs universitetet. Rapporter från Pedagogiska institutionen 3.
- Säljö, Roger 1996: Minding action – conceiving of the world versus participating in cultural practices. Teoksessa Dall’Alba, Gloria & Hasselgren, Björn (toim.): *Reflections on phenomenography. Toward a methodology?* Göteborg studies in educational sciences 109. Acta Universitatis Gothoburgensis, 19.34,
- Talo, Seija 2001: Toimintakyky, viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. *Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia* 49. Kela.
- Talo, Seija & Rytökoski, Ulla & Niitsuo, Lea & Vaara, Maritta & Tuomaala, Markku 1992: Moniulotteinen biopsykososiaalinen malli kuntoutusarvioinnissa. *Suomen lääkirlehti* 47 (13), 1237–1241.
- Talo, Seija & Wikström, Juhani & Metteri, Anna 2001: Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): *Kuntoutus. Duodecim*. Jyväskylä, 55–71.
- Talvitie, Ulla 2002: Motorinen oppiminen – tie aktiiviseen kuntoutukseen. *Fysioterapia* 3, 11–13.
- Talvitie, Ulla & Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006: *Fysioterapia*. Edita. Helsinki.
- Tawast-Ranken, Selma 1966: *Fysikaalisen hoidon opas*. Wsoy. Porvoo.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2001: *Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001*. Etene-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Thoits, Peggy A. 1985: Social support and psychological well-being: theoretical possibilities. Teoksessa Sarason, Irwin & Sarason, Barbara (toim.): *Social support: theory, research and applications*. Martinus Nijhoff Publishers. Boston, 51–72.
- Topo, Päivi 2006: Toimintakyky on biopsykososiaalinen kysymys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 1, 1–2.
- Tynjälä, Päivi 1991: Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 21 (5–6), 387–398.
- Tynjälä, Päivi 1999: Oppiminen tiedon rakentamisena. *Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita*. Kirjayhtymä. Tampere.
- Uljens, Michael 1989: *Fenomenografi – forskning on uppfattningar*. Studentlitteratur. Lund.
- Uljens, Michael 1991: *Phenomenography – a qualitative approach in educational research*. Teoksessa Syrjälä, Leena & Merenheimo, Juhani (toim.):

- Kasvatustutkimuksen laadullisia lähestymistapoja. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien seminaari Oulussa 11.–13.10.1990. Esitelmiä. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan opetusmonisteita ja selosteita 39. Oulun yliopisto, 80–107.
- Uljens, Michael 1992: Phenomenological features of phenomenography. University of Göteborg. Department of Education. Report number 3. Mölndal, Sweden.
- Uljens, Michael 1993: The essence and existence of phenomenography. *Nordisk Pedagogik*, 134–146.
- Uljens, Michael 1996: On the philosophical foundations of phenomenography. Teoksessa Dall'Alba, Gloria & Hasselgren, Björn 1996: Reflections on phenomenography. Toward a methodology? Göteborg studies in educational sciences 109. *Acta Universitatis Gothoburgensis*, 103–128.
- United Nations. The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. United Nations 48th session on 20 December 1993. New York.
- United Nations 2007: Convention on the Rights of Person with Disabilities 2007.
- Urponen, Helka 1989: Varhain sairastuneen ja vammaisen sosiaalinen selviytyminen. Sosiologinen seurantatutkimus pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten sosiaalisesta selviytymisestä varhaisaikuisuudessa. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C 78. UKK-instituutti & Turun yliopisto.
- Uutela, Antti 1995: Terveyden psykososiaaliset resurssit ja terveyserot. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32 (4), 357–362.
- Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki.
- Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Julkaisuja 2006:9. Helsinki.
- Vammaispoliittinen selonteko 2006: Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 9. Helsinki.
- Varto, Juha 1992: Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Vehmas, Sulo 2003: Vammaisuuteen liittyvien rajoitteiden vähentäminen – Yksilöön ja yhteisöön kohdistettavien toimenpiteiden moraalinen oikeutus. Teoksessa Ladonlahti, Tarja & Naukkarinen, Aimo & Vehmas, Sulo (toim.): Poikkeava vai erityinen? Erityispedagogiikan monet ulottuvuudet. Atena. Juva, 103–122.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998: Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Wsoy. Juva, 26–34.

- Veijola, Arja: Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 794. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Vilkka Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.
- Vilkkumaa, Ilpo 2008: Kuntoutuksen kolme vuosikymmentä. Kuntoutus 4, 3–11.
- Virsu, Veijo 2002: Motorinen oppiminen kuntoutuksessa. Fysioterapia 3, 7–10.
- Virta, Lauri 2006: Kelan korotettujen vammaisuuksien ja vaikeavammaisuuden määrittelyn kytkös epätarkoituksenmukainen. Kuntoutus 3, 32–41.
- Virta, Lauri & Jarvisalo, Jorma 2008: Kelan järjestämien kuntoutus- ja työkykyarviointien ajoitus ja yhteydet sairauspäivärahaan ja eläkkeeseen. Kuntoutus 3, 49–60.
- Visti, Annaliisa & Ayim, Seth Gyekye & Heiskanen, Heli & Härkönen, Leena-Kaisa & Ruoppila, Isto 2006: Moninaisuus työelämässä. Psykologia 6: 405–484, 427–439.
- Välimäki, Kari 2008: Väestön kuntoutustarpeet tulevaisuudessa. Kuntoutus 4, 47–49.
- Wade, Deric 2002: Diagnosis in rehabilitation: woolly thinking and resource inequity. Clinical Rehabilitation 16, 347–349.
- Wade, Deric 2003: Barriers to rehabilitation research, and overcoming them. Clinical Rehabilitation 17, 1–4.
- Wade, Deric 2005: But is the difference clinically significant? Clinical Rehabilitation 19, 349–353.
- Wade, Deric 2006: Why physical medicine, physical disability and physical rehabilitation? We should abandon cartesian dualism. Clinical Rehabilitation 20, 185–190.
- Ward, Tony & Maruna, Shad 2007: Rehabilitation. Beyond the risk paradigm. Routledge. London.
- Weber, Max 1989: Maailmanuskonnot ja moderni länsimainen rationaalisuus. Vastapaino. Tampere.
- WHO 1981: Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Geneva. World Health Organization 1980.
- Whyte, John 2006: Using treatment theories to refine the designs of brain injury rehabilitation treatment effectiveness studies. Journal Head Rehabilitation 21 (2), 99–106.
- Whyte, John 2008: A grand unified theory of rehabilitation (we wish!): The 57<sup>th</sup> John Stanley Coulter Memorial Lecture. Arc Phys Med Rehabil 89, 203–209.

- Wiman, Ronald 2004: Kumpaa pitäisi kuntouttaa – ihmistä vai yhteiskuntaa? Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Saarijärvi, 81–90.
- Wohlin Wottrich, Annika & von Koch, Lena & Tham, Kerstin 2007: The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Physical Therapy* 87 (6), 778–788.
- Worrall, Linda 2005: Unifying rehabilitation through theory development. *Disability and Rehabilitation* 27 (24), 1515–1516.
- Wrong, Dennis 1979: *Power. Its forms, bases and uses*. Basil Blackwell. London.
- Üeda, Satoshi & Okawa, Yayoi 2003: The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation* 25 (11–12), 596–601.
- Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21.
- Yliopistolaki 1052/1986.
- Üstün, T. Bedirhan & Chatterji, Somnath & Bickenbach, Jerome & Kostanjsek, Nenad & Schneider, Margie 2003: The international classification of functioning, disability and health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation* 25 (11–12), 565–571.
- Zimmerman, Marc A. 2000: *Empowerment theory: psychological, organizational and community levels analysis*. Teoksessa Rapport, J. & Seldman, E. (toim.): *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic. New York.
- Åkerlind, Gerlese S. 2005: Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development* 24 (4), 321–334.



# Liitteet

## Liite 1

### Hyvä kuntoutuja

Kuntoutus on monialaista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on erilaisin menetelmin ja keinoin tukea kuntoutujan osallistumista oman elämänsä hallintaan erilaisissa elämäntilanteissa. Kuntoutuksen lisääntynyt tarve ja siihen kohdistettavat varat ja resurssit asettavat haasteita kuntoutusmenetelmien, keinojen ja kuntoutumiseen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi.

Tutkin kuntoutuksen väitöskirjatutkimuksessani kuntoutujien erilaisia käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä kuntoutukseen ja kuntoutumiseen vaikuttaneista tekijöistä.

Hyvä kuntoutuja, pyydän sinua osallistumaan tutkimukseeni ja allekirjoittamaan suostumuksesi tutkimukseen osallistumisesta. Tämän saatekirjeen liitteenä ovat keskustelun pohjana käytettävät teemat, joihin pyydän sinua etukäteen tutustumaan. Haastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan analysoitavana muotoon. Haastattelu kestää noin tunnin. Haastateltavan tietoja käsitellään luottamuksellisesti niin, että henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen haastattelunauhut tuhotaan. Jokaisen haastattelun osalta selvitetään tutkimuslupa ja varmistetaan, että tutkimus noudattaa sille kuuluvia eettisiä periaatteita.

Yhteistyöstä kiitän  
 Marja Koukkari  
 Lapin yliopisto  
 Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
 Kuntoutuksen jatko-opinnot  
 puhelinnumero  
 sähköpostiosoite

Suostun tutkimukseen haastateltavaksi

---

Päiväys      Kuntoutujan allekirjoitus

## HAASTATTELUTEEMAT

1. Käsitteitä käsitteestä kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen – mitä ymmärrät sen tarkoittavan omassa elämässäsi.
2. Käsitteitä kuntoutuksen ja kuntoutumisen tavoitteista.
3. Käsitteitä kuntoutuksen sisällöstä elämän eri vaiheissa.
4. Käsitteitä kuntoutuksen merkityksestä. Millaisia käsitteitä sen yhteydestä kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen?
5. Käsitteitä henkilökohtaisesta kuntoutumisesta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä.
6. Käsitteitä kuntoutuksen tulevaisuudesta.

Taulukko 1. Kategorian A käsitystyytit henkilöittäin.

<b>KATEGORIA A: KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMINEN TOIMINTAKYVYN EDISTYMISENÄ</b>		
	↓	
<b>Näyte</b>	<b>KATEGORIA A1 Fyysisenä toimintakyynä</b>	<b>HENKILÖT</b>
1	Kuntoutus on fysioterapiaa.	16,2,18,21
2	Kuntoutus on kunnon kohotusta.	19,13,15,21,6
3	Kuntoutus on fyysisiä terapioidia.	2,4,1,18
4a	Kuntoutus on motoristen taitojen opettelua.	21,6,8,19
4b	Kuntoutus on motoristen taitojen uudelleen opettelua.	13,8,21,1
<b>Näyte</b>	<b>KATEGORIA A2 Fyysisenä ja psykososiaalisena toimintakyynä</b>	<b>HENKILÖT</b>
1	Kuntoutuminen on fyysisistä ja psyykkistä toimintakyvyn edistymistä.	15,4
2	Kuntoutus on fyysisistä ja psyykkistä asiantuntijuutta.	21,17,15,20
3	Kuntoutuminen on biopsykososiaalista toimintakykyä.	1,4,14
4	Kuntoutus on itsensä ja vammansa tuntemaan oppimista.	17, 21, 22
<b>Näyte</b>	<b>KATEGORIA A3 Sosiaalisena toimintakyynä</b>	<b>HENKILÖT</b>
1	Kuntoutus on normaalielämään osallistumista.	4,11
2	Kuntoutuminen on asiantuntijan tukea arjessa selviytymiseen.	4,5
3	Kuntoutumiseen kuuluu kaveripiiri.	18,13,1
4	Kuntoutukseen kuuluu läheisten tuki.	6,10
5	Kuntoutus on vertaisryhmän tukea.	4, 5, 11

Taulukko 2. Kategorian B käsitystyyppit henkilöittäin.

<b>KATEGORIA B: KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMINEN OPISKELUN JA TYÖN TAVOITTELUNA</b>					
Näyte	<b>KATEGORIA B1</b>		Näyte	<b>KATEGORIA B2</b>	
	<b>Opiskelusta ja työstä syrjäytymisenä</b>	<b>HENKILÖT</b>		<b>Opiskeluun ja työhön kannustamisena</b>	<b>HENKILÖT</b>
1	Työtavoitteista luopumisenä	4, 12, 22	1	Palkkatyöhön tukemisena	15
2	Autonomian väheksyntänä	12, 15, 22	2	Yksilöllisten ratkaisujen etsimisellä	16, 17, 20
3	Työkyvyttömyyseläkkeellä olevan työtoimintana	1, 12, 15, 21	3	Koulutuksen erityisjärjestelyinä	19, 21
4	Koulutuksesta syrjäytymisenä	1, 21	4	Koulutuksen integraationa	19, 21
5	Työelämästä syrjäytymisen uhkana	17, 20	5	Henkilökohtaisten ratkaisujen löytymisenä	1, 2, 17, 21

Taulukko 3. Kategorian C käsitystyytit henkilöittäin.

KATEGORIA C: KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMINEN SELVIITYMISKEINOJEN KÄYTTÄMISENÄ								
Näyte	Kategoria C1: Hallinnan tunteen vahvistamisena	Henkilö	Näyte	Kategoria C2: Toimimisenä ja tuen hakemisena	Henkilö	Näyte	Kategoria C2: Vaikeiden asioiden välttämisenä	Henkilö
	1	Voimavarojen tunnistamisena ja realiteetteihin sopeutumisenä	12, 17, 21	1	Rajoitteesta välittämättä toimimisenä	11, 22	1	Rajoitusten hyväksymisenä ja vetäytymisenä
2	Sosiaalisten pelkojen voittamisena	4, 11, 18	2	Läheisten apuun turvautumisena	2, 11, 14	2	Huomion suuntaamisena muualle	6, 9, 14
3	Luottamuksena tulevaisuuteen	7, 17, 19	3	Tasavertaisena toimimisen tavoitteluna	6, 18			
4	Vastuun ottamisena itsestä	1, 11, 15						
5	Vastuun ottamisena muista	1, 4						
6	Itsenäisyyteen oppimisena	3, 9, 11, 21						

Taulukko 4. Kategorian D käsitystyyppit henkilöittäin.

<b>KATEGORIA D: KUNTOUTUSPALVELUJÄRJESTELMÄN TOIMINTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT KUNTUTUKSESSA JA KUNTOUTUMISESSA</b>					
<b>Näyte</b>	<b>KATEGORIA D1: Kuntoutuspalvelu- järjestelmä tukee</b>	<b>Henkilö</b>	<b>Näyte</b>	<b>KATEGORIA D2: Kuntoutuspalvelu- järjestelmä ei tue</b>	<b>Henkilö</b>
1	Mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun	1, 5, 8, 19	1	Koordinaation ja vastuun puuttuminen kuntoutuksesta	4, 13
2	Laitoskuntoutuksen säännöllisyys edistää kuntoutumista	1, 7, 11	2	Ohjauksessa ja tiedonkulussa on ongelmia	4,7,8
3	Kolmannen sektorin ja kunnan yhteistyö avomuotoisessa kuntoutuksessa	11, 12	3	Kuntoutustarpeen arviointi puuttuu	6, 9, 13,
4	Yleisopetukseen integroituminen tukee sosiaalisuutta	16, 17, 18	4	Kuntoutus on suunniteltu ilman kuntoutujan vaikutusmahdollisuutta	13, 19
5	Erityiskoulu oppimisen ja kuntoutumisen edistymisenä	19, 20, 21	5	Laitoskuntoutus ei ole yksilöllisten tarpeiden mukaista	12, 15
			6	Laitoskuntoutus on liian passiivista	1, 2, 11
			7	Kuntoutuja pelkää kuntoutuspalveluiden päättymistä	1, 7, 11, 13, 18
			8	Palvelujärjestelmän byrokratia uuvuttaa	11, 12, 17

Taulukko 5. Kategorian E käsitystyyppit henkilöittäin.

<b>KATEGORIA E: KUNTOUTUS INTERVENTIOIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT KUNTOUTUKSESSA JA KUNTOUTUMISESSA</b>					
Näyte	<b>KATEGORIA E1: Kuntoutumista edistävät interventiot</b>	Henkilö	Näyte	<b>KATEGORIA E2: Kuntoutumista estävät interventiot</b>	Henkilö
1	Toimintaterapeutti integroi yhteiskuntaan	2, 4, 9, 13, 17	1a	Toimintaterapia ei perustunut kuntoutujan tarpeisiin	6, 7, 8, 15
2a	Fysioterapeutti perustelee kuntoutuksen merkityksen	6, 15, 16, 20	1b	Toimintaterapian tavoitteet jäävät kuntoutujalle epäselviksi	1, 4, 6
2b	Fysioterapeutti näyttää, selittää ja ohjaa	4, 6, 9	2	Fysioterapia ei vastannut kuntoutujan tavoitteisiin	10, 16, 21
2c	Fysioterapeutti edistää puheen hallintaa	4, 5, 20	3	Yksilöllisyyttä ei huomioida kuntoutuksessa	2, 15
3	Puheterapeutti vahvistaa pystyvyyden tunnetta	2, 14	4	Ihmisoikeudet viedään	2, 6, 12, 22
4	Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti yhdistävät toimintojaan	3, 4, 5			
5	Ammattihenkilöstö arvostaa ja kohtelee hyvin	6, 14			

Taulukko 6. Kategorian F käsitystyyppit henkilöittäin.

<b>KATEGORIA F: KUNTOUTUJAN TOIMINTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT KUNTOUTUKSESSA JA KUNTOUTUMISESSA</b>					
Näyte	<b>KATEGORIA F1: Suotuisat olosuhteet</b>	Henkilö	Näyte	<b>KATEGORIA F2: Epäsuotuisat olosuhteet</b>	Henkilö
1	Valmiudet selviytyä omaehtoisesti	1, 4	1	Ristiriita selviytymisestä	12, 16
2a	Omien tavoitteiden mukainen toiminta	3, 6, 13, 14, 15, 21	2	Kuntoutujan odotusten mittäminen	6
2b	Oma halu ja myönteinen suhtautuminen kuntoutumiseen	7, 10, 11	3	Kuntoutuksen puuttuminen	7, 8, 13
3	Itse määritellyt tavoitteet motivoijina	6, 18, 20			
4	Onnistumisen kokemukset	4, 15, 16, 17, 18, 19			
5	Lähiympäristön odotukset innostajina	1, 4, 9, 11, 12			



