



Voimaantuminen ja vertaistuki ryhmässä

Tulppa-kuntoutukseen osallistuneiden ryhmäläisten
kokemuksia kuntoutuksesta

Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Sairaanhoitaja ylempi AMK
Opinnäytetyö
18.11.2008

Anne Mäkinen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen		Sairaanhoitaja (ylempi AMK)	
Tekijä/Tekijät			
Anne Mäkinen			
Työn nimi			
Voimaantuminen ja vertaistuki ryhmässä - Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneiden ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Syksy/2008	75 + 13 liitettä
TIIVISTELMÄ			
<p>Tulppa-avokuntoutusohjelma on Suomen Sydänliiton kehittämä, terveyskeskuksissa toteutettava, ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma valtimotautipotilaille ja niille, joilla on valtimotautien vaaratekijöitä. Kevään ja syksyn 2008 aikana selvitettiin ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta. Tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät edistävät kuntoutujien voimaantumista ja onko voimaantuminen mahdollista ryhmässä. Lisäksi selvitettiin vertaistuen merkitystä kuntoutumisen onnistumisessa. Helmikuun ja kesäkuun välillä kyselylomakkeen saivat kaikki ne kuntoutujat, joilla kuntoutuskurssi päättyi kevään aikana. Lomakkeen palautti yhteensä 204 ryhmäläistä ja vastausprosentti oli 85. Kyselylomakkeen lisäksi syksyllä 2008 tehtiin kaksi fokusryhmähaastattelua.</p> <p>Ryhmäläisten esiin nostamia voimaantumista tukevia tekijöitä olivat tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki, välineellinen tuki ja arviointituki. Tiedollisessa tuessa esille nousivat etenkin ammattilaisilta saatu tieto, hyvä materiaali ja vertaisohjaajan kokemustieto. Emotionaalisessa tuessa esille nousivat mahdollisuus keskustella ja jakaa kokemuksia, myönteinen ilmapiiri ja muiden kannustus. Etenkin vertaistuki koettiin tärkeänä emotionaalisen tuen lähteenä. Välineellistä tukea ja arviointitukea saatiin toiminnallisista menetelmistä ja oman toiminnan vertaamisesta muihin ryhmäläisiin. Kuntoutujat voimaantuivat ryhmässä ja saivat aikaan muutoksia elintavoissaan, voinnissaan ja vaaratekijöissään. Voimaantumista ilmensi näkyvien muutosten lisäksi tietojen sisäistäminen, kuntoutuksessa opitut asiat, vastuunotto omasta kuntoutumisesta ja muutoksista sekä avaintekijän valinta.</p> <p>Kuntoutujat toivat esille myös kehittämiskohteita. Ryhmiin toivottiin etenkin liikuntaa lisää sekä lääkärin luentoja. Tiedon saannissa oli jonkin verran puutteita. Vertaisohjaajan rooli jäi myös monelle ryhmäläiselle epäselväksi ja avaintekijän valintaan liittyi ongelmia.</p> <p>Tutkimuksen tulosten perusteella pyritään kehittämään Tulppa-avokuntoutusohjelmaa yhä paremmin kuntoutujia ja heidän elintapamuutoksiaan vahvistavaksi. Tulppa-ohjaajien koulutuksessa pitää painottaa ja tuoda entistä selkeämmin esille vertaisohjaajan rooli ryhmässä ja sen tukeminen sekä avaintekijän valintaan liittyvät asiat. Lisäksi kuntoutujien toiveet, liittyen liikuntaan, lääkärin luentoihin ja tiedon saantiin, välitetään ohjaajille, jolloin jatkossa ryhmien sisältöä voidaan muokata enemmän kuntoutujia palveleviksi.</p>			
Avainsanat			
voimaantuminen, vertaistuki, kuntoutus, preventio, elintapamuutokset			

Degree Programme in		Degree
Social Services and Health Care Development and Management		Master of Health Care
Author/Authors		
Anne Mäkinen		
Title		
Empowerment and Peer Support in a Group -Experiences of the Participants in the Tulppa Outpatient Rehabilitation Program		
Type of Work	Date	Pages
Master's Thesis	Autum/2008	75 + 13 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>Tulppa (Thrombosis) is an out patient rehabilitation program for patients with artery diseases and for those who have risk factors for vascular diseases. The purpose of this study was to research what enhances the empowerment of the participants and whether empowerment is possible in a group setting. The purpose was also to find out how important part of the rehabilitation peer support is.</p> <p>This study included a questionnaire, which was sent to all the groups finishing their rehabilitation between February and June 2008. 204 participated (N= 204). The answer rate was 85 %. Two focus group interviews were also made.</p> <p>Participants felt that they got enough information and material during the rehabilitation. They also felt they could talk and change experiences in the group. The functional tests and tasks also gave feedback and helped to make changes.</p> <p>Participants were able to make changes in their lifestyle and risk factors. They also learnt new things, were able to take responsibility for their own rehabilitation, absorb information and make decisions.</p> <p>Social support seems to be the mechanism enhancing the empowerment process in the group. Participants in the Tulppa-program are able to empower themselves during the rehabilitation and peer support is an important part of this process.</p>		
Keywords		
empowerment, rehabilitation, prevention, peer support, social support		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	VALTIMOTAUTIEN PREVENTIO JA KUNTOUTUS	2
2.1	Preventio käsitteenä	2
2.1.1	Primaariprevention toteutuminen Suomessa	3
2.1.2	Sekundaariprevention toteutuminen Suomessa	4
2.2	Kuntoutus ja sen tavoitteet sekä toteutuminen	5
3	TULPPA- AVOKUNTOOUTUSOHJELMA	6
3.1	Tulppa-ohjelman taustaa	6
3.2	Tulppa-ohjelman sisältö, ominaispiirteet ja toteutustavat	6
3.3	Tulokset Tulppa-ohjelman pilottivaiheen seurantatutkimuksesta	8
4	VOIMAANTUMINEN JA VERTAISTUKI PREVENTION JA KUNTOUTUMISEN TUKENA	9
4.1	Voimaantuminen	9
4.1.1	Voimaantumisen määritelmiä	9
4.1.2	Voimaantumista tukevat tekijät	11
4.1.3	Voimaantumisprosessin käyttö kuntoutus- ja preventio-ohjelmissa	13
4.2	Vertaistuki	14
4.2.1	Vertaistuki käsitteenä	14
4.2.2	Vertaistuen merkitys elintapaohjauksessa ja kuntoutumisessa	15
4.3	Sosiaalinen tuki ja sen yhteys voimaantumiseen ja vertaistukeen	17
5	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	19
5.1	Tutkimuksen tausta ja aiemmat Tulppa-ohjelmaan liittyvät tutkimukset	19
5.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	20
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
6.1	Tutkimusasetelma ja valitut tutkimusmenetelmät	21
6.2	Tutkimusjoukko ja aineiston keruu	23
6.3	Tutkimusaineiston analyysi	24
6.4	Tutkimusaineisto	27
6.4.1	Kyselytutkimuksen aineisto	27
6.4.2	Haastatteluaineisto	30

7 TUTKIMUSTULOKSET	31
7.1 Voimaantumista tukevat tekijät Tulppa-ryhmässä	31
7.1.1 Tuen saanti eri sidosryhmiltä	31
7.1.2 Emotionaalinen tuki	33
7.1.3 Tiedollinen tuki	36
7.1.4 Välineellinen tuki ja arviointituki	41
7.2 Tulppa-kuntoutujien voimaantumisen onnistuminen ryhmässä	42
7.2.1 Kuntoutujien oppimisprosessi kuntoutuksen aikana	42
7.2.2 Kuntoutujien sitoutuminen kuntoutukseen	43
7.2.3 Kuntoutujien muutosprosessi kuntoutuksen aikana	45
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	48
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	48
8.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat	51
8.3 Tulppa-kuntoutus voimaantumisen tukijana ja vertaistuen lähteenä	52
8.3.1 Sosiaalinen tuki voimaantumista edistävänä tekijänä	52
8.3.2 Voimaantuminen onnistuu Tulppa-ryhmissä	56
8.3.3 Kuntoutujien taustatekijät ja niiden vaikutus voimaantumiseen ja kokemukseen vertaistuesta	59
8.4 Johtopäätökset ja suositukset	61
8.5 Tutkimusprosessin arviointia	65
LÄHTEET	68
LIITTEET	76

1 JOHDANTO

Valtimotaudeiksi kutsutaan valtimoita ahtauttavia sairauksia. Yleisimpiä valtimotauteja ovat sepelvaltimotauti, valtimoiden kovettumisesta johtuvat aivoverenkiertohäiriöt sekä alaraajojen valtimotauti, jonka oireena on katkokävely. Tyypin 2 diabetesta voidaan pitää myös valtimotautina, sillä samat taustatekijät vaikuttavat diabeteksen syntyyn ja diabetes vaikuttaa muiden valtimotautien tavoin valtimoihin haitallisesti. Valtimotaudit ja diabetes ovat yleisiä kansansairauksiamme. Vuosittain maassamme hoidetaan lähes 60 000 sepelvaltimotautipotilasta ja 20 000 iskeemista aivohalvauspotilasta (Kansanterveyslaitos, Sydän- ja verisuonirekisteri 2005). Vuonna 2006 lähes 180 000 diabeetikkoa ja yli 190 000 sepelvaltimotautipotilasta sai sairauteensa liittyvistä lääkkeistä erityiskorvauksia (Kelan sairausvaikutustilasto 2006: 194, 197).

Valtimotautien ja diabeteksen vaaratekijöitä ovat tupakointi, epäedulliset kolesteroliarvot (etenkin korkea LDL-kolesteroli ja matala HDL-kolesteroli), kohonnut verenpaine, ylipaino, vähäinen liikunta, ikä, sukupuoli ja perimä. Suurimpaan osaan vaaratekijöistä voidaan omalla toiminnalla vaikuttaa. Tutkimusten mukaan valtimotauteja voidaan ehkäistä elintapamuutosten avulla ja sairastuneilla taudin etenemistä voidaan hidastaa ja sen eteneminen jopa pysäyttää, jos sairastunut onnistuu pysyvästi muuttamaan elintapojaan terveellisempään suuntaan. (Tuomilehto ym. 2001; Diabetes Prevention Program Research Group 2002, Jolliffe ym. 2005; Clark ym. 2005; Rees ym. 2005; Blumenthal 2004; Blumenthal 2005.) Eräiden tutkimustulosten mukaan noin 80 % sepelvaltimotaudista ja 90 % tyypin 2 diabeteksestä voitaisiin välttää terveellisemmillä elintavoilla (Hu ym. 2001; Stampfer 2000).

Hoitomenetelmien ja –välineiden tehostumisen myötä hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet, eikä potilaiden ohjaukseen riitä aikaa. Vaikka osa potilaista selviytyy kotiutumisen jälkeen ilman kuntoutusta, moni valtimotautipotilas tarvitsee kuntoutusta selviytyäkseen sairautensa kanssa ja muuttaakseen elintapojaan niin, että uudet sairauskohtaukset estyvät ja taudin eteneminen hidastuu tai jopa pysähtyy.

Suomen Sydänliitto on kansanterveys-, potilas- ja edunvalvontajärjestö, jonka tehtävänä on edistää suomalaisten sydänterveyttä ja sydänpotilaiden hyvän hoidon ja kuntoutuksen toteutumista. Tätä tehtävää toteutetaan Sydänliitossa Suomalaisen Sydänohjelman avulla. (Suomen Sydänliiton toimintakertomus 2006: 2, 6 - 7.)

Sairauden pahenemisen ja uuden sairauskohtauksen ehkäisyn strategia on yksi Suomalaisen Sydänohjelman osa-alueista. Sen avulla pyritään turvaamaan riittävät voimavarat avokuntoutukseen. Suomen Sydänliitto kehitti Tulppa-avokuntoutusohjelman valtimotautipotilaille, jotta kuntoutuksen määrää näille potilaille saataisiin lisättyä terveyskeskuksissa. Alun perin ohjelma kattoi vain sepelvaltimotautipotilaat, mutta nykyään ohjelma on tarkoitettu kaikille valtimotautipotilaille ja niille, joilla on vasta valtimotautien hoidettavia vaaratekijöitä kuten kohonnut verenpaine tai epäedulliset kolesterolitasot.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää avokuntoutusohjelmaan osallistuneiden kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksesta. Tarkoituksena on kartoittaa etenkin voimaantumista tukevia tekijöitä kuntoutuksessa ja vertaistuen merkitystä kuntoutuksen tukena. Tulosten pohjalta Tulppa-avokuntoutusohjelman sisältöä kehitetään, jotta ohjelma tukisi entistä paremmin kuntoutujien elintapamuutosten onnistumista. Tutkimus tehdään yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Suomen Sydänliiton kanssa, ja se toteutetaan sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvänä opinnäytetyönä. Tutkimus on osa Suomalaisen Sydänohjelman virallista arviointia ja tutkimuksesta saatavaa aineistoa tullaan käyttämään myös Sosiaalikehitys Oy:n tekemässä Tulppa-avokuntoutusohjelman ulkoisessa arvioinnissa.

2 VALTIMOTAUTIEN PREVENTIO JA KUNTOUTUS

2.1 Preventio käsitteenä

Käsitettä preventio käytetään suomenkielessä vastaamaan sanaa ehkäisy. Usein termiä käytetään lääketieteellisessä kirjallisuudessa, kun puhutaan sairauden ehkäisystä ja jo todetun sairauden etenemisen ehkäisystä. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin (2007) mukaan preventio tarkoittaa sairauden ehkäisyä ja se voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: primaariseen ehkäisyyn, sekundaariseen ehkäisyyn sekä tertiäariseen ehkäisyyn.

Primaarisella ehkäisyllä tarkoitetaan ennen sairauden ilmaantumista tehtäviä toimia, joiden avulla sairaus voidaan ehkäistä. Sekundaarisella preventiolla tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla pyritään estämään varhaisessa, usein oireettomassa vaiheessa todettua tautia kehittymästä edelleen. (Duodecim, terveyskirjasto 2007.)

Tulppa-kuntoutukseen osallistuu kuntoutujia, joilla ei vielä ole valtimotautia, mutta heillä on hoidettavia valtimotautien vaaratekijöitä. Näiden ryhmäläisten kuntoutus on primaarista ehkäisyä, jossa tähdätään vaaratekijöiden vähentämiseen, jolloin riski sairastua valtimotautiin pienenee. Tulppa-ryhmissä on mukana myös kuntoutujia, jotka ovat jo sairastuneet yhteen tai useampaan valtimotautiin, jolloin kuntoutuksen yhtenä tavoitteena on sekundaaripreventio eli sairauden etenemisen ja oireiden pahenemisen estäminen.

Tertiaarisella preventiolla tarkoitetaan taudin varsinaisen hoidon yhteydessä suoritettuja toimia, joilla pyritään torjumaan taudin eteneminen tai taudista aiheutuvien haittojen ilmestyminen ja paheneminen (Duodecim, terveyskirjasto 2007). Tulppa-kuntoutuksessa ei anneta lääketieteellistä hoitoa tai suoriteta hoitotoimenpiteitä, joten edellä mainitun määritelmän mukaan tertiaarinen preventio ei kuulu Tulppa-kuntoutuksen piiriin ja näin ollen sitä ei tarkemmin käsitellä tässä tutkimuksessa.

2.1.1 Primaariprevention toteutuminen Suomessa

Vaikka suomalaisen väestön elintavoissa on tapahtunut muutosta parempaan, eivät asiat ole edelleenkään hyvin ja primaariprevention tehostamista tarvitaan, jotta valtimotauteja saataisiin ehkäistyä. Suolan ja ns. kovan rasvan eli tyydyttyneen rasvan käyttö on vähentynyt, mutta edelleenkään väestötasolla emme pääse tavoitelukemiin. Kasvisten käyttö on lisääntynyt, mutta sen suhteen ei saavuteta suositeltua 400 grammaa päivässä. Kuidun saanti on myös liian vähäistä. Arkiliikunta on vähentynyt ja näyttäisi olevan tärkein syy väestön liikapainoon. Suomalaisten naisten ja miesten painoindeksi on kasvanut tasaisesti vuodesta 1982 lähtien ja ylipainoisia tai lihavia naisista on 52 prosenttia ja miehistä 68 prosenttia. (Kansanterveyslaitos 2008: 20, 22, 24.)

Tupakointi, kohonnut verenpaine sekä epäedulliset veren rasva-arvot ovat merkittäviä valtimotautien vaaratekijöitä. Maassamme on yli miljoona säännöllisesti tupakoivaa henkilöä. Lisäksi kohonnut verenpaine on 62 prosentilla miehistä ja 36 prosentilla naisista ja kohonnut kokonaiskolesteroli 61 prosentilla miehistä ja 56 prosentilla naisista. (Kansanterveyslaitos 2008: 27-28.) Metabolinen oireyhtymä on valtimotautien riskitekijäkasautuma, jonka ominaispiirteisiin kuuluvat lihavuus (etenkin keskivartalolihavuus), kohonnut verenpaine sekä muutokset rasva- ja sokeriaineenvaihdunnassa. Metaboliseen oireyhtymään liittyy suuri valtimotautivaara. Suomalaisessa keski-ikäisessä väestössä metabolisen oireyhtymän esiintyvyys näyttäisi olevan 35 - 40 prosenttia. (Kansanterveyslaitos 2008: 25-26.)

2.1.2 Sekundaariprevention toteutuminen Suomessa

Sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla sekundaariprevention onnistumista on selvitetty Euroaspire tutkimuksilla. Suomesta on Pohjois-Savon alue ollut mukana tutkimuksissa. Tähän mennessä tutkimuksia on tehty kolme. Ensimmäinen Euroaspire -tutkimus tehtiin vuosina 1995-1996 ja viimeisin vuonna 2006.

Kahden ensimmäisen Euroaspire -tutkimuksen jälkeen suomalaisista sepelvaltimotautia sairastavista yli 20 prosenttia jatkoi tupakointia, yli 30 prosenttia oli lihavia ja yli puolella verenpainearvot ylittivät tavoitelukemat vielä puolen vuoden kuluttua sairastumisen jälkeen. Vaikka kolesteroliarvoissa oli tapahtunut muutosta parempaan, etenkin tehokkaampien lääkehoitojen ansiosta, eivät kolesteroliarvot yltäneet tavoitetasolle läheskään kaikilla potilailla. (Euroaspire I and II Group. 2001: 995-1001; Strandberg – Vanhanen 2006: 4689-94.) Tämän on katsottu selittyvän suurelta osin saumattoman hoitoketjun ja potilaanohjauksen puutteilla sekä resurssien vähäisyydellä (Pyörälä – Lehto - Koukkunen ym. 2001: 4035-4046).

Euroaspire III -tutkimuksen tulosten mukaan sepelvaltimotautipotilaiden elintapamuutoksissa on edelleen parantamisen varaa. Suomalaisista sepelvaltimotautipotilaista 17 prosenttia jatkoi tupakointia, 26 prosenttia oli lihavia ja noin 70 prosentilla verenpainelukemat ylittivät tavoitearvot. Positiivisia muutoksia oli oikeastaan tapahtunut selkeästi vain kolesteroliarvoihin liittyen, mutta siitä huolimatta lähes 30 prosenttia potilaista ei yltänyt tavoitetasolle kokonaiskolesteroliarvon suhteen. Lisäksi diabeteksen esiintyvyys oli edelleen sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla lisääntynyt ja tutkimuksen mukaan lähes viidenneksellä sepelvaltimotautipotilaista oli diabetes. (Wood 2007.)

Sekundaaripreventiossa on ongelmia myös diabeetikoiden kohdalla, sillä elintapamuutokset eivät toteudu toivotulla tavalla tyyppin 2 diabeetikoilla. Heistä peräti viidenneksellä verenokeritasapaino oli huonosti hoidossa. Lisäksi suurin osa tyyppin 2 diabeetikoista ei ole LDL-kolesterolin tai verenpaineen suhteen hoitotavoitteessa. (Kansanterveyslaitos 2008: 17.) Aivoinfarktin Käypä hoito –suosituksen (2006) mukaan sekundaaripreventio tulisi aloittaa kaikille aivoinfarktin sairastaneille. Kuitenkin vain harvalla aivoinfarktipotilaalla verenpaine- ja kolesteroliarvot ovat tavoitelukemissa (Kansanterveyslaitos 2008: 49).

2.2 Kuntoutus ja sen tavoitteet sekä toteutuminen

Kuntoutus on muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, hyvinvoinnin, itsenäisen selviytymisen ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002: 3.)

Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan monitieteellistä, suunniteltua toimintaa, jolla pyritään luomaan sydänpotilaille edellytyksiä palauttaa elämänsä sairastumisen jälkeen niin normaaliksi kuin mahdollista. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksen tavoitteena on uusien sairauskohtauksien ehkäisy ja jopa sairausprosessin pysäyttäminen, joten kuntoutuksen ja sekundaariprevention tulisi sisältyä sepelvaltimotautipotilaan jatkohoitoon. (WHO 1964: 4-6; Giannuzzi ym. 2003: 1274-1275; AHA 2005: 369-370.)

Kuntoutuksen tavoitteena on toiminta- ja työkyvyn palautuminen ja parempi elämänlaatu, mikä edellyttää sosiaalista ja psyykkistä sopeutumista elämiseen sairauden kanssa. Sydänkuntoutusohjelmat sisältävät tyypillisesti tietoa ja opastusta itsehoitoon, vaaratekijöiden hallintaan ja oireiden tarkkailuun, toiminta- ja työkyvyn arviointia, liikunnallista kuntoutusta, psykososiaalista tukea arjessa selviytymiseen, opetusta hätätilanteiden varalta sekä opastusta sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltojärjestelmässä toimimiseen. (WHO 1964: 4-6; Giannuzzi ym 2003: 1274-1275; AHA 2005: 369-370; Suomen Sydänliitto 1999: 5.)

Sydänpotilaiden kuntoutuksen on todettu parantavan hoitotuloksia, potilaan vointia, toimintakykyä, hoitomyöntyvyyttä ja elämänlaatua kustannustehokkaasti (Rantala – Virtanen 2008: 254). Siitä huolimatta valtimotautipotilaiden kuntoutus ei toteudu toivotulla tavalla maassamme. Suomessa vain 5-10 prosentille sydänpotilaista on tarjolla kuntoutusta (Mäkinen – Penttilä 2007: 39; Keskimäki 2004: 46) ja tyypin 2 diabeetikoista eivät läheskään kaikki pääse kuntoutukseen tai jos pääsevät, niin joutuvat usein odottamaan siihen pääsyä kauan (Kallioniemi 2006: 34; Kallioniemi 2005: 5, 7, 27-28).

Koska valtimotautien vaaratekijät ovat sairaudesta riippumatta samat, käy samanlainen elintapojen muuttamiseen tähtäävä ohjaus ja kuntoutus kaikille valtimotautipotilaille. Klassiset sydänkuntoutuksen aihealueet kuten opastus itsehoitoon, vaaratekijöiden hallintaan, sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltojärjestelmässä toimimiseen ovat tärkeitä aihealueita kaikille valtimotautipotilaille. Tulppa-avokuntoutuksen sisältö noudattelee pitkälti sepelvaltimotautikuntoutuksen sisältöä, mutta mukaan on otettu tietoa ja hoidon opastusta liittyen myös

muihin valtimotauteihin. Tavoitteena on sairastumisen ehkäisy tai sairauden etenemisen ja uuden sairauskohtauksen ehkäisy elintapaohjauksen avulla, mutta samalla myös mahdollisimman hyvä psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen selviytyminen sairauden kanssa.

3 TULPPA- AVOKUNTOUTUSOHJELMA

3.1 Tulppa-ohjelman taustaa

Tulppa on ryhmämuotoinen avokuntoutusohjelma valtimotautipotilaille ja niille, joilla on hoitoa vaativia valtimotaudin vaaratekijöitä. Pääkohderyhmä ovat sepelvaltimotautipotilaat, mutta ohjelma sopii myös tyypin 2 diabeetikoille ja aivoverenkiertohäiriöpotilaille. Ohjelmassa pyritään ensisijaisesti vähentämään valtimotaudin vaaratekijöitä elintapaohjauksella. Lisäksi pyritään lievittämään sairauden mukanaan tuomaa pelkoa ja ahdistusta sekä puuttumaan ajoissa masennukseen.

Suomen Sydänliitto kehitti ohjelman tukemaan potilaiden jatkohoitoa kunnissa. Ohjelman kokeiluvaihe toteutettiin Sydänliiton projektina vuosina 1999 - 2002 Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) tuella Itä-Suomen alueella. Vuoden 2006 alusta Tulppa-ohjelman toiminta-alue laajennettiin osana Suomalaista Sydänohjelmaa RAY:n rahoituksella. Ohjelma jatkui edelleen niillä alueilla, missä se oli jäänyt pysyväksi toiminnaksi pilottikokeilun jälkeen. Lisäksi ohjelma aloitettiin kokonaan uutena Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien alueilla, joten vuodesta 2006 lähtien Tulppa-ohjelma on ollut käynnissä seitsemän sairaanhoitopiirin alueella: Etelä-Karjala, Etelä- ja Itä-Savo, Kymenlaakso, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo ja Päijät-Häme. Lisäksi ohjelma on käynnissä Pieksämäen kaupungissa ja ohjelma on käynnistynyt Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuoden 2007 lopussa. Ohjelman tavoitteena on järjestää kuntoutusta 1000 - 1200 potilaalle vuosittain.

3.2 Tulppa-ohjelman sisältö, ominaispiirteet ja toteutustavat

Tulppa-avokuntoutusryhmät kokoontuvat 10 kertaa kerran viikossa 2-3 tuntia kerrallaan. Lisäksi järjestetään kaksi seurantakertaa 6 kk ja 12 kk kuluttua ryhmän alkamisesta. Ryhmissä on keskimäärin 10 kuntoutujaa.

Tulppa-avokuntoutusohjelma sisältää klassiset sydänkuntoutusaiheet kuten valtimotautien vaaratekijät ja itsehoidon, lääkehoidon, ravinnon, liikunnan, mielialatekijät, kivunhoidon, oireiden tarkkailun ja hätätilanteet. Ohjelman toteutustapa kuitenkin poikkeaa perinteisestä sydänkuntoutuksesta.

Kuntoutujakohtaiseen tavoitteiden asetteluun ja tulosten seurantaan kiinnitetään erityistä huomiota. Kuntoutuja valitsee alussa vaaratekijöistään niin sanotun avaintekijän, jonka muuttamiseen hän sitoutuu. Avaintekijän valinnalla on todettu olevan merkitystä elintapamuutosten onnistumisessa (Ikonen 2006; Penttilä - Renfors - Ikonen 2002). Avaintekijän valinta ja ryhmänohjaus pohjautuvat empowerment-lähestymistapaan ja transteoreettiseen muutosvaihemalliin, joiden katsotaan selittävän motivoitumista terveyskäyttäytymisen muutokseen (Prochaska - Di Clemente 1992.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli selittää ja kuvaa muutosprosessia ja jakaa sen eri vaiheisiin, joista osa on kokemusperäisiä ja osa käyttäytymisperäisiä. Mallin avulla voidaan suunnitella eri muutosvaiheissa oleville yksilöllistä ohjausta. Muutosprosessi ei välttämättä etene suoraan aiemmasta vaiheesta aina seuraavaan, vaan missä vaiheessa tahansa saatetaan palata mihin tahansa aiempaan vaiheeseen. (Prochaska - Di Clemente 1992.)

Esiharkintavaiheessa olevalla ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään lähimmän kuuden kuukauden aikana. Hän ei ole ajatellut tai harkinnut muutosta. Harkintavaiheessa oleva harkitsee muutosta kuuden kuukauden sisällä. Hän ymmärtää muutoksen tärkeyden, mutta ei ole vielä valmis tekoihin tai ei tiedä miten toimisi. Päätöksentekovaiheessa oleva kokee muutoksen tarpeelliseksi ja päättää toimia noin kuukauden sisällä. Toimintavaiheessa oleva toimii parhaillaan. Hän muuttaa käyttäytymistään, asenteitaan ja toimintatapojaan. Toiminnan ylläpitovaiheessa elämäntapamuutoksesta on kulunut yli kuusi kuukautta. Uusi elämäntapa on vakiintunut elämään, eikä muutoksen tekijä halua palata vanhaan malliin. Ylläpitovaihe voi viedä useita vuosia ennen kuin voidaan puhua pysyvästä muutoksesta. Repsahdus ja siirtyminen johonkin aikaisempaan vaiheeseen tarkoittaa sitä, että ajaudutaan entiseen käyttäytymismalliin, yleensä takaisin harkintavaiheeseen tai päätöksentekovaiheeseen. (Prochaska - Di Clemente 1992.)

Tulppa-ohjelmassa kuntoutujien vaaratekijöissä tapahtuvia muutoksia seurataan kuntoutuksen alussa sekä 6 kuukauden ja 12 kuukauden kuluttua kuntoutuksen alkamisesta. Seurattavat tekijät ovat verenpaine, veren rasva-arvot, verensokeri, painoindeksi, vyötärönympäryys, tupakointi ja kävely matka mitattuna 6 minuutin omavauhtisella kävelytestillä.

Luentojen sijasta käytetään toiminnallisia menetelmiä kuten kotitehtäviä ja kauppakierroksia. Keskeinen uudistus aiempiin kuntoutusohjelmiin verrattuna on myös ammattitiedon ja kokemustiedon yhdistäminen. Ryhmänvetäjinä toimivien terveyden- tai sairaanhoitajan ja fysioterapeutin rinnalla käytetään kokeneita valtimotautipotilaita vertaisohjaajina.

Tulppa-ohjelmaa toteutetaan pääosin kahdella tavalla:

1. Terveyskeskusten toimintana kunnissa, joissa toiminta on jo vakiintunutta, sekä terveyskeskuksissa, joissa toiminta pystytään käynnistämään omilla resursseilla.
2. Sydänpäihin toimintana yhteistyössä terveyskeskusten kanssa alueilla, missä terveyskeskusten resurssit eivät yksin riitä avokuntoutusryhmien ohjaamiseen.

3.3 Tulokset Tulppa-ohjelman pilottivaiheen seurantatutkimuksesta

Alkuperäisestä kuntoutusprojektista (1999-2002) tehtiin seurantatutkimus (57 ryhmää, 524 kuntoutujaa). Vuoden seurannan aikana vaaratekijöissä saatiin aikaan huomattavaa parannusta. Verenpaine- ja kolesteroliarvojen lasku, vyötärön ympäryksen pieneneminen sekä kävelytestimatkan piteneminen olivat tilastollisesti merkitseviä. Kuntoutuksen aikana kuntoutujien arviot nykyisestä terveydentilastaan ja kyvystään hoitaa sairauttaan paranivat. Ohjaajille tehdyn kyselyn mukaan ohjaajat kokivat osaamisensa ja työmotivaationsa lisääntyneen ja he kokivat saavansa käyttää järkevästi koko ammattitaitoaan. Sairaalan ja terveyskeskusten yhteistyön sydänpotilaiden hoidossa koettiin parantuneen. (Ikonen 2006: 30, 33; Penttilä ym. 2002: 23-28, 34.)

Systolisen verenpaineen lasku koko aineistossa oli keskimäärin 7 elohopeamillimetriä (mmHg) ja diastolisen 4 mmHg. Jos verenpaine oli valittu avaintekijäksi, systolisen paineen lasku oli 18 mmHg ja diastolisen 9 mmHg. 42:lla prosentilla verenpaine oli alussa yli tavoitetason 140/85 mmHg. Näistä 67 prosenttia onnistui laskemaan systolista painetta vähintään 5 mmHg. Keskimäärin alenema korkeapaineisten ryhmässä oli 14 mmHg. (Ikonen 2006:30, 33; Penttilä ym. 2002: 23-25.)

Suurimmalla osalla potilaista oli kolesterolilääkitys. Koko aineistossa kokonaiskolesterolin lähtöarvo oli 4,9 millimoolia litrassa (mmol/l), mutta 43:lla prosentilla kolesterolitaso ylitti alussa 5 mmol/l. Niillä, joilla kokonaiskolesteroli alussa oli ollut yli 5 mmol/l, alenema oli 0,7 mmol/l ja kolesterolin avaintekijäksi valinneilla 1,2 mmol/l. (Ikonen 2006: 30, 33; Penttilä ym. 2002: 25-26.)

Paino laski tilastollisesti merkitsevästi naisilla ja niillä, jotka olivat valinneet painon avaintekijäksi. Hoidollisesti riittävää 5 prosentin laskua ei kuitenkaan saavutettu. Vyötärönympäryys kuitenkin pieneni sekä miehillä että naisilla ja kävelytestimatka piteni kaikilla. (Ikonen 2006: 30; Penttilä ym. 2002: 22-23, 26-28.)

4 VOIMAANTUMINEN JA VERTAISTUKI PREVENTION JA KUNTOUTUMISEN TUKENA

4.1 Voimaantuminen

4.1.1 Voimaantumisen määritelmiä

Käsite voimaantuminen perustuu englanninkieliseen empowerment-käsitteeseen, jota tutkijat ovat käsitelleet eri näkökulmista tieteenalasta ja lähtökohdista riippuen. Empowerment-käsitteen suomenkieliset vastineet pohjautuvat Siitosen (1999: 83) mukaan vallan ja voiman käsitteisiin ja yleisesti käytössä olevia käsitteitä suomenkielisessä tutkimuskirjallisuudessa ovat voimaantuminen (Siitonen 1999; Heikkilä - Heikkilä 2005), voimaannuttaminen (Eronen 2007), voimistaminen (Ruohotie 1996; Ruohotie 1998), valtauttaminen ja valtautuminen (Antikainen 1998) sekä valtaistuminen (Kuokkanen 2003). Oeschin (2007: 15) mukaan voimaantumisella on monta kantasanaa kuten voimavaraistuminen, täysivaltaistaminen, vahvistaminen ja voimaistaminen.

Käsitteiden käytön kirjosta huolimatta, näyttäisi siltä, että käsitys voimaantumisesta ilmiönä on pitkälti sama. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että empowerment on ihmisestä itsestään lähtevä sisäinen prosessi (Rappaport 1984; Siitonen 1999; Heikkilä-Heikkilä 2005). Osa tutkijoista on taas sitä mieltä, että empowerment tarkoittaa prosessia, jossa ihmistä voidaan voimaannuttaa ja oletuksena on, että ihmisen voimaantumiseen voidaan ulkoisesti vaikuttaa (Ruohotie 1996; Ruohotie 1998; Räsänen 2006). Eri tutkijat siis painottavat erilailla sitä, kuinka paljon ulkoisilla seikoilla on voimaantumisprosessissa merkitystä.

Esimerkiksi Bell ja Gilbert (1996: 16, 32, 162; 1994: 492) käsittävät voimaantumisen sisäisenä voiman tunteena, jolloin lähtökohtana heilläkin on voimaantumisen sisäinen ulottuvuus. He pitävät kuitenkin voimaantumisen kannalta tärkeinä asioina muun muassa kannustavaa palautetta ja reflektoivaa ympäristöä, jolloin sisäisen prosessin lisäksi ulkoisilla asioilla on heidän mielestään merkitystä voimaantumisprosessissa.

Rappaportin mukaan (1984: 1-7) voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, joka lähtee ihmisestä itsestään ja auttaa häntä kehittymään niin, että hänellä on tarvittavat tiedot ja taidot tehdä itsenäisiä päätöksiä. Siitosen (1999) määritelmä voimaantumisen on lähellä Rappaportin näkemystä. Siitosen (1999: 93) mukaan voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä sosiaalinen ja henkilökohtainen prosessi, jota ei tuota tai aiheuta toinen ihminen, mutta jonka kannalta toimintaympäristön olosuhteet voivat olla merkityksellisiä. Heikkilän ja Heikkilän (2005: 4 - 5) mukaan voimaantuminen on päättymättömän prosessi, jota voidaan tietoisesti edistää luomalla sellaiset ulkoiset olosuhteet, jotka edistävät ihmisten muuttumista ja kasvua.

Osa tutkijoista sitoo voimaantumisen ilmiönä laajempaan kokonaisuuteen ja on sitä mieltä, että voimaantumista ei voi nähdä vain yksilöllisenä ilmiönä vaan laajemmin yhteisöllisenä ilmiönä, jossa on mukana sosiaalinen ja poliittinen ulottuvuus. (Zimmermann 1990, Wallerstein 1992; Rissel 1994, Räsänen 2006). Rissel (1994) esimerkiksi jakaa voimaantumisen käsitteenä psyykkiseen voimaantumiseen ja yhteisölliseen voimaantumiseen. Psyykkisellä voimaantumisella hän tarkoittaa yksilön kokemusta siitä, että hän kontrolloi omaa elämäänsä. Tämä kokemus saavutetaan Risselin mukaan siten, että yksilö on osa erilaisia ryhmiä ja organisaatioita, mutta ei vaadi poliittista toimintaa.

Yhteisöllinen voimaantuminen sisältää Risselin (1994) mukaan yhteisön jäsenten psyykkisen voimaantumisen, jonka seurauksena yhteisön jäsenet osallistuvat poliittiseen toimintaan ja toiminnan seurauksena yhteisön tilanne tai valmiudet paranevat. Räsänen (2006: 102) mukaan voimaantuminen on ihmisen ja ympäristön välisestä suhteesta nouseva sosiaalinen, persoonallinen ja henkinen prosessi, jossa ovat mukana vahvasti myös yhteiskunnalliset tekijät.

Empowerment-käsitteeseen liittyvä tutkimus hoitoalalla on pyrkinyt muun muassa selkeyttämään tämän käsitteen määrittelyä ja käyttöä hoitotieteessä. Voimaantumisen hoitotieteellisessä määritelmässä on nähtävissä samat sisällölliset asiat kuin muiden tieteenalojen empowerment-käsitteen tutkimisessa. Rodwellin (1996: 305) mukaan voimaantuminen voidaan nähdä auttavana prosessina, yhteisenä päätöksentekona, vapautena tehdä päätöksiä ja hyväksyä vastuuta. Kuokkasen ja Leino-Kilven (2000: 273) mukaan empowerment-käsitteellä tarkoitetaan prosessia, jota ohjaavat niin henkilön omat arvot kuin ympäristötekijätkin. Gibsonin (1991: 359) mukaan voimaantuminen on sosiaalinen prosessi, jossa tunnistetaan, edistetään ja lisätään ihmisen kykyjä kohdata omat tarpeensa, ratkaista omat ongelmansa ja saada liikkeelle tarvittavat resurssit hallita omaa elämäänsä.

4.1.2 Voimaantumista tukevat tekijät

Kuten edellä olevista voimaantumisen määritelmistä voidaan havaita, ulkoisilla olosuhteilla voidaan tutkijoiden mukaan tukea voimaantumisprosessia (Siitonen 1999; Heikkilä - Heikkilä 2005; Bell - Gilbert 1996). Rappaportin (1984: 1-7) mukaan voimaantuminen ei ole pysyvä tila, mutta sitä voidaan tukea hienovaraisesti esimerkiksi avoimuudella, rohkeuksella, toimintavapaudella ja pyrkimällä turvallisuuteen, luottamukseen ja tasa-arvoon. Siitosen (1999: 99) mukaan erityisesti vapaus, hyväksyntä, turvalliseksi koettu ympäristö, kannustava ilmapiiri, tasa-arvoisuus, luottamus ja arvostus ovat yhteydessä sisäisen voimaantumisen muodostumiseen ainakin opettajiksi opiskelevien keskuudessa.

Siitonen (1999: 62) löysi tutkimuksessaan seitsemän voimaantumiseen liittyvää kategoriata: vapaus, vastuu, arvostus, luottamus, toimintaympäristö, ilmapiiri ja myönteisyys. Voimaantumisprosessin onnistumisen kannalta nousivat vapauden kategoriassa esiin valinnanvapaus, vapaaehtoisuus, itsenäisyys, oma kontrolli ja toimintavapaus (Siitonen 1999: 63-65). Vastuun kategoriassa löytyi keskeisiksi voimaantumiseen liittyviksi tekijöiksi todellinen vastuunottaminen, pitkäjänteisyys, halu menestyä ja kehittyä, tuki, rohkeus kokeilla asioita, yhteisoppiminen, aktiivisuus, yrittäminen, kriittisyys ja tarpeellisuuden kokemus (Siitonen 1999: 65).

Arvostukseen liittyviä tekijöitä olivat kunnioitus, myönteiset kokemukset ja energia. Myönteisyyden kategoriaan kuuluivat muun muassa hyväksyntä, positiivinen lataus, luontevuus, onnistumisen kokemukset, eettisyys ja sopeutuminen. Luottamukseen liittyviä tekijöitä olivat puolestaan molemminpuolinen luottamus, omat kyvyt, minäkuva, itseluottamus, tyytyväisyys, innostuneisuus ja luovuus. Toimintaympäristöön liittyviä voimaantumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat muun muassa vuorovaikutus ja yhteistoiminta, tasa-arvoisuus, mahdollistaminen, joustavuus, aitous, autenttisuus ja sosiaalisuus. Ilmapiiriin liittyviin voimaantumisen kannalta oleellisiin tekijöihin löytyi muun muassa turvallisuus, avoimuus, tervetulleeksi kokeminen, keskustelukulttuuri, ennakkoluulottomuus ja kannustavuus. (Siitonen 1999: 67-71, 73, 76-78.)

Vaikka Siitosen tutkimus liittyi opettajiksi opiskelevien kokemuksiin, ovat monet hänen tutkimuksensa empiiriset havainnot löydettävissä muistakin voimaantumiseen liittyvistä tutkimuksista (muun muassa Rappaport 1984; Heikkilä - Heikkilä 2005; Bell - Gilbert 1996). Voimaantuminen edellyttää sosiaalisen verkoston tukemaa ennakkoluulotonta vuorovaikutusprosessia. Vuorovaikutusta edistäviä tekijöitä ovat yhteenkuuluvuuden tunne, kunnioi-

tus, hyväksyntä, yhteistyö, ymmärtävä ohjaus, keskinäinen luottamus, avoimuus, tiedon jako, rohkaisu, tuki ja välittäminen. (Heikkilä - Heikkilä 2005; 30, 60, 294-299.) Tämän lisäksi voimaantumiseen tarvitaan vaihtoehtoja ja palautteen saamista. Palautteen saamisella tarkoitetaan avointa kohtaamistilannetta, jossa käsitellään tietoa eri osapuolten käyttäytymisestä ja tekemisestä. (Heikkilä - Heikkilä 2005; 40, 103.)

Tulppa-avokuntoutus on ryhmämuotoista kuntoutusta, jossa pyritään kunnioittavaan, luottamukselliseen, avoimeen ja toinen toistaan tukevaan ilmapiiriin. Tavoitteena on saada ryhmästä väline kuntoutumisen tueksi. Ryhmä ja ohjaajat toimivat sosiaalisena verkostona, jossa ryhmäläiset ja ohjaajat toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Yhtenä tavoitteena on mahdollistaa kuntoutujan voimaantuminen, jolloin elintapamuutosten onnistuminen ja sairauden kanssa selviytyminen on mahdollista saavuttaa ryhmässä. Tästä syystä on tärkeää selvittää, tukeeko Tulppa-kuntoutus ryhmäläisen voimaantumista ja kuntoutumista edistävät seikat nousevat kuntoutujien itsensä mukaan esiin ryhmässä.

Tulppa-avokuntoutusryhmissä on tarkoituksena, että kuntoutuja valitsee itse avaintekijän, jonka avulla selkiinnytetään tavoitetta ja lisätään uskoa onnistumiseen. Kuntoutujalla tulisi olla vapaus tehdä valintoja ja päätöksiä itse. Kuntoutujan ei tulisi olla valintojensa kanssa kuitenkaan yksin, vaan tarkoitus on, että hän saa tukea muulta ryhmältä, ammattilaisohjaajilta ja yleensä ryhmässä mukana olevalta vertaisohjaajalta. Palautteen annon tulisi olla osa Tulppa-kuntoutusta. Kuntoutuksen lähtökohtana ovat toiminnalliset tehtävät ja keskusteleminen, ei luennoiva, ilmapiiri. Edellytyksiä avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen on, jolloin palautetta voidaan antaa ja saada ohjaajien ja ryhmäläisten kesken, mutta myös ryhmäläisten välillä. Aiemmin ei ole tutkittu kuntoutujien kokemuksia, joten ei tiedetä toteutuvatko nämä tekijät Tulppa-kuntoutusryhmissä.

Tässä tutkimuksessa voimaantumisella tarkoitetaan kuntoutujasta itsestään lähtevää prosessia, jota voidaan tukea kuntoutuksen aikana erilaisin keinoin. Tässä yhteydessä voimaantumista ei käsitellä Risselin (1994) yhteisöllisen voimaantumisen näkökulmasta, jossa yhteisö voimaantuu ja tämän seurauksena pystyy vaikuttamaan omaan asemaansa, vaan asiaa käsitellään yksilön eli yksittäisen kuntoutujan näkökulmasta. Suomenkieliseksi vastineeksi empowerment-käsitteelle on valittu voimaantuminen, sillä tutkijan mielestä se antaa laaja-alaisemman kuvan prosessista kuin esimerkiksi sana valtaistuminen, jossa nousee vallan käsite selvästi esille. Empowerment-käsite sisältää vallan lisäksi muita yhtä tärkeitä tekijöitä ja siksi sana voimaantuminen ei ehkä leimaa käsitettä niin helposti yhteen asiaan liittyväksi.

4.1.3 Voimaantumisprosessin käyttö kuntoutus- ja preventio-ohjelmissa

Grossbergin (1995: 23) mukaan voimaantuminen on asioiden mahdollistamista, voimavarojen löytämistä sekä toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamista, jolloin se on kaiken toiminnan ja osallistumisen välttämätön ehto. Kuntoutus ja preventio ovat toimintaa ja vaativat osallistumista ja näin ollen Grossbergin määritelmän mukaan voimaantuminen on välttämätöntä kuntoutumisen onnistumiseksi.

Turun (2007: 24) mukaan elämäntapaohjauksella tavoitellaan hoitomyöntyvyyden lisäksi voimaantumista. Voimaannuttavassa elämäntapaohjauksessa korostuu ohjattavan päätöksenteon tukeminen ja itsehoidon mahdollisimman yksilöllinen ohjaus. Voimaantumista tukevan ja asiakasta arvostavan ilmapiirin luominen on sen sijaan ammattilaisen vastuulla. (Turku 2007: 22-23.)

Kettunen (2001: 91) on tutkinut hoitajien antamaa ohjausta ja hahmottaa tutkimuksessaan voimavarakeskeistä neuvontaa. Kettusen (2001:90) mukaan voimavarakeskeisen ohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan voimaantumista ja ohjaustilanteessa hoitajan tehtävänä on suotuisan ilmapiirin rakentaminen yhteistyössä potilaan kanssa.

Voimaantumista on tutkittu terveydenhuollossa paljon. Tutkimusta on tehty runsaasti eri potilasryhmien ohjaukseen ja hoitoon liittyen (Anderson ym. 1995; Pipernic-Okanovic, Prasek, Poljicanin-Filipovic, Pavlic-Renar ja Metelko 2004; Keers ym. 2004; Chen – Pai - Li 2007). Erityisesti voimaantumiseen perustuvaa ohjausta ja kuntoutusta on tutkittu diabeetikoiden keskuudessa.

Pipernic-Okanovic ym. (2004) tutkivat voimaantumiseen pohjautuvan ryhmämuotoisen intervention vaikutusta tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden elämänlaatuun ja metaboliseen kontrolliin. Ohjelmassa oli paljon samaa kuin Tulppa-kuntoutuksessa. Tavoitteiden asettamiseen ja sairauden kanssa selviämiseen kiinnitettiin muun muassa erityisesti huomiota. Ohjelmalla oli positiivista vaikutusta sekä metaboliseen kontrolliin että elämänlaatuun, tosin verensokeriin interventiolla kyettiin vaikuttamaan vain vähän. (Pibernic-Okanovic ym. 2004: 193, 195-196.) Keers ym. (2004) tutkivat myös voimaantumiseen pohjautuvan kuntoutuksen vaikutusta diabeetikoiden hoitotasapainoon. Kuntoutus paransi potilaiden verensokeritasapainoa ja tietämystä diabetekseen liittyvistä asioista. Potilaat kokivat itsensä terveemmiksi ja vähemmän muista ihmisistä riippuvaisiksi kuin ennen kuntoutusta. (Keers ym. 2004: 152, 154.) Anderson ym. (1995) tulivat vastaavanlaisessa tutki-

muksessaan samaan tulokseen. Chen ym. (2007: 133) tutkivat voimaantumiseen perustuvan vertaistukiryhmän vaikutusta hemodialyysi-potilaiden kykyyn selviytyä sairaudestaan ja totesivat, että ryhmätoiminnasta oli apua. Potilaiden fyysiset oireet vähenivät ja heidän sosiaalisen tuen saantinsa sekä elämänlaatunsa lisääntyivät.

4.2 Vertaistuki

4.2.1 Vertaistuki käsitteenä

Vertaisuudella tarkoitetaan toimintaan osallistuvan henkilön osaamisen perustaa. Vertaisen osaaminen ja tieto perustuvat omakohtaiseen kokemukseen jostakin erityisestä asiasta tai elämäntilanteesta. Tällöin vertaisen asiantuntemus ei perustu koulutukseen, tutkimustietoon tai ammatilliseen osaamiseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus YTY ry 2004: 6.)

Vertaistuessa saadaan ja annetaan apua ja se perustuu arvostukseen, jaettuun vastuuseen ja yhteiseen näkemykseen siitä, mikä on tarpeellista. Vertaistuki on toisen tilanteen ymmärtämistä yhteisen kokemuksen pohjalta. (Mead – Hilton - Curtis 2001: 135.) Etenkin järjestötoiminnassa vertaistuki on keskeinen osa toimintaa ja useat järjestöt ovat määritelleet vertaistuen käsitettä.

Vertaistuki on ryhmä- tai muuta tukitoimintaa, jossa henkilöt, joita yhdistää yhteinen elämäntilanne, sosiaalisen tuen tarve, vamma tai sairaus, tukevat toisiaan tasavertaisesti ja luottamuksellisesti. Tuen antaminen ja saaminen perustuu kokemusten ja tuntemusten jakamiseen ja hyödyntämiseen. (Heisler 2006: 4; Nylund 1999: 117; Kuulonhuoltoliitto ry; Hengitysliitto Heli ry.) Dennis (2003: 323) määrittelee myös vertaistuen avun antamiseksi ja rohkaisuksi, joka saadaan itseensä nähden tasavertaiselta henkilöltä. Vertaistuki on tuen muoto, joka ylittää yksilön normaalin sosiaalisen verkoston, kuten ystävät tai läheiset (Colella – King 2004).

Tulppa-kuntoutusryhmissä on kahdenlaista vertaistukea: kuntoutujien itsensä muodostama ryhmä, jonka jäsenet toimivat vertaistukena toinen toisilleen ja vertaisohjaaja, joka on itse sairauden kokenut ammattilaisohjaajien apuna toimiva ohjaaja. Tällä hetkellä lähes kaikki vertaisohjaajat ovat paikallisten sydänyhdistysten aktiiveja jäseniä.

Heislerin mukaan (2006: 8) mitä homogeenisempi vertaisryhmä on, sitä todennäköisemmin tuki johtaa ymmärrykseen, empatiaan ja apuun. Perryn ja Rosenfeldin (2005) tutkimuksessa taas ryhmään osallistuneet kokivat vahvaa yhteenkuuluvuutta erilaisesta taustasta huolimatta. Tulppa-ryhmissä voi olla taustoiltaan erilaisia kuntoutujia, joten on tärkeää selvittää, onko tällä vaikutusta ryhmäläisten kokemukseen kuntoutuksesta ja sen onnistumisesta.

4.2.2 Vertaistuen merkitys elintapaohjauksessa ja kuntoutumisessa

Vertaisryhmiin osallistutaan usein elämäntilanteessa, jossa yksilö tarvitsee toisten tukea ja mahdollisuutta jakaa kokemuksia. Lähiverkoston ja ammattilaisten tuki ei aina tunnu riittävältä, sillä heillä ei ole välttämättä omakohtaista kokemusta kyseisestä tilanteesta. Tällöin vertaisryhmästä saattaa tulla ihmiselle sopiva tuen ja avun antaja. (Nylund 1999: 116.)

Mead ym. (2001: 136) korostavat, että vertaisryhmissä toisten samankaltaisten tarinoiden kuuleminen saa oivaltamaan, että ei ole yksin vaan muutkin jakavat samat huolet. Hyvin suunniteltu ja toteutettu vertaistukitoiminta voimaannuttaa potilaan parantamaan oman terveytensä hallintaa ja tuottaa potilaalle mahdollisuuksia auttaa muita samassa tilanteessa olevia. (Heisler 2006: 4.) Vertaistuen on osoitettu vähentävän ongelmallista terveyskäyttäytymistä ja auttavan potilaita noudattamaan lääkemääräyksiä sekä ruokavalio- ja liikuntaohjelmia (Malchodi ym. 2003: 506-507; Joseph – Griffin – Hall – Sullivan 2001: 703; Wilson – Pratt 1987: 634, 635).

Diabeetikoiden kohdalla vertaistuen merkitystä ohjaukseen ja elintapamuutoksiin liittyen on tutkittu runsaasti (Karlsen – Idsoe – Dirdal – Hanestad – Bru 2004; Trento ym. 2001; McPherson – Joseph – Sullivan 2004; Joseph ym. 2001) ja tulokset ovat olleet myönteisiä. Trento ym. (2001) tutkivat tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausta. Tutkimusryhmässä olleiden diabeetikoiden verensokeritasapaino ja muut muuttujat kuten veren rasva-arvot olivat paremmat verrattuna kontrolliryhmään. Osallistujien mukaan heidän tietämyksensä diabeteksestä parantui, samoin kuin elämänlaatu. Tutkijoiden mukaan ryhmämuotoinen ohjaus oli myös tehokasta, sillä lääkäri käytti vähemmän aikaa noin 10 ryhmäläisen ohjaukseen, kuin mitä hän olisi käyttänyt tavatessaan heidät yksilökäynneillä. Toisaalta myös potilaat saivat enemmän aikaa ammattilaisen seurassa. (Trento ym. 2001: 995, 997.)

Samansuuntaisiin tuloksiin pääsivät Karlsen ym. (2004) omassa tutkimuksessaan. Heidän mukaansa ryhmämuotoinen ohjaus vähensi diabetekseen liittyvää stressiä ja itsesyytöksiä sekä paransi selviytymistä diabeteksen kanssa. Lisäksi ryhmäohjaukseen osallistuneiden verensokeritasapaino parani. (Karlsen ym. 2004: 299, 304-305.) Wilson ja Pratt tutkivat jo vuonna 1987 vertaistuen ja diabetesohjauksen vaikutusta diabetesta sairastavien vanhus-ten painoon ja sokeritasapainoon. Tutkijoiden mukaan paino laski ja verensokeritasapaino parani vain niissä ryhmissä, joissa oli mukana vertaistukea (Wilson – Pratt 1987: 634).

Diabetesliitto selvitti sopeutumisvalmennuskurssilla olleiden kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksesta. Kuntoutuskurssille osallistuneet pitivät tärkeänä mahdollisuutta jakaa koke- muksia toisten diabeetikoiden kanssa (Kallioniemi 2006: 34). Perry ja Rosenfeld (2005) tutkivat sydäninfarktin sairastaneita naisia, jotka osallistuivat fokusryhmään. Tutkijoiden mukaan naiset jakoivat spontaanisti kokemuksiaan ja tunteitaan ja oppivat toistensa ko- kemuksista. Naisten välille syntyi vahva yhteys, joka perustui jaettuun kokemukseen. Tut- kijoiden mukaan oppimiseen paremmin soveltuva ympäristö voidaan saada aikaan, kun naiset voivat oppia toistensa kokemuksista sen lisäksi, että he saavat tiedollista tukea ter- veydenhuollon ammattilaisilta. (Perry – Rosenfeld 2005: 143-146.)

Hildingh ja Fridlund (2004: 315) tutkivat sydänpotilaiden vertaistukiryhmän vaikutusta ja heidän tutkimuksensa mukaan ryhmään osallistuneet potilaat muun muassa liikkuivat säännöllisemmin ja tupakoivat vähemmän kuin vertailuryhmäläiset. Lampi (2005) puoles- taan tutki sydäninfarktin sairastaneiden miesten kokemuksia sairastumisesta ja potilaana olosta. Yhtenä oleellisena tutkimuskohteena oli kohtalotoveruus, jolla Lampi tarkoitti sa- malla osastolla olevien sydäninfarktipotilaiden muodostamaa verkostoa. Lammen (2005: 158-163, 166-169) mukaan kohtalotoveruus rauhoitti, helpotti kuoleman pelkoa, lujitti us- koa paranemiseen, vähensi yksinäisyyttä, auttoi oman sisäisen maailman hahmottamises- sa, lisäsi saadun tiedon luotettavuutta ja auttoi arvioimaan omaa tilannetta ja sairauden hyväksymistä. Parent ja Fortin (2000) tutkivat puolestaan vertaistuen merkitystä sydänleik- kaukseen menevien miesten kohdalla. Heidän mukaansa vertaistuki muun muassa vähen- si ahdistuneisuutta ja lisäsi potilaiden aktiivisuutta (Parent – Fortin 2000).

Vertaistuella on osoitettu olevan vaikutusta sairastavuuteen. Vertaistuki myös sisältää monia voimaantumiseen vaikuttavia elementtejä, kuten ennakkoluulottoman vuorovaikutuksen, yhteenkuuluvuuden tunteen, yhteistyön, tuen ja välittämisen. Näin ollen vertaistuki saattaisi olla yksi voimaantumista lisäävä tekijä Tulppa-ryhmissä. Vertaistuen avulla kuntoutujan voimaantumista voitaisiin ehkä tukea kokemuksen näkökulmasta. Tällaista tukea ei voi ammattilainen oman ammattitietonsa ja -taitonsa kautta antaa.

4.3. Sosiaalinen tuki ja sen yhteys voimaantumiseen ja vertaistukeen

Sosiaalinen tuki on moniulotteinen käsite, jota on terveydenhuollon tutkimuksissa kartoitettu paljon eri näkökulmista. Esimerkiksi sosiaalisen tuen vaikutusta terveyteen, kuolleisuuteen, hyvinvointiin ja elämänlaatuun on tutkittu laajasti (Langford – Bowsheer – Maloney – Lillis 1997; Ahern – Hendryx 2005; Dalgard – Håheim 1998; Hämäläinen ym. 2000; Uchino – Uno – Holt-Lunstad 1999; Rutledge ym 2004; Brummet ym 2001; Hyypä – Mäki – Impivaara – Aromaa 2005; Göz – Karaoz – Goz - Ekiz – Cetin 2007; Boden-Albala – Litwak – Elkind – Rundek – Sacco 2005).

Sosiaalisen tuen puutteella näyttäisi olevan suora yhteys kuolleisuuteen ainakin sepelvaltimotautipotilailla (Rutledge ym 2004: 882; Brummet ym. 2001: 267). Boden-Albala ym. (2005) tutkivat puolestaan sosiaalisen tuen puutteen vaikutusta aivohalvauksipotilaiden selviytymiseen. Tulokset olivat pitkälti samansuuntaisia kuin sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla, sillä sosiaalinen eristäytyminen ja sosiaalisen tuen puute lisäsivät sydäninfarktin, uuden aivohalvauksen tai kuoleman riskiä (Boden-Albala ym. 2005: 1888).

Tulokset eivät ole kuitenkaan selkeitä, sillä Hämäläisen ym. (2000: 1403) mukaan sosiaalisella tuella oli vaikutusta selviytymiseen sydäninfarktin tai ohitusleikkauksen jälkeen, mutta merkitys oli melko pieni. Dalgard ja Håheim (1998: 476) päätyivät satunnaistetussa populaatiotutkimuksessaan samansuuntaiseen tulokseen ja totesivat, että muut tekijät kuten elämäntavat ja yksilölliset psyykkiset voimavarat ovat ainakin yhtä tärkeitä tekijöitä selviytymisen kannalta kuin muiden antama sosiaalinen tuki.

Riittävän sosiaalisen tuen on osoitettu edistävän elintapamuutoksia (Verheijden - van Weel – Koelen – van Staveren 2005; Langford ym. 1997), vähentävän mielenterveyden ongelmia ja lisäävän hyvinvointia (Langford ym. 1997; Fingeld-Connett 2005).

Moniulotteisuuden vuoksi sosiaalisen tuen käsitettä on vaikeaa määritellä tai mitata tarkasti (Keeling – Price – Jones – Harding 1996: 76; Hupcey 1998: 1231; Hutchison 1999: 1520). Lisäksi Finfgeld-Connetin (2005: 4) mukaan sosiaalinen tuki on tilannesidonnaista, jolloin on vaikeaa laatia kaikissa tilanteissa sopivaa sosiaalisen tuen määritelmää. Sosiaalinen tuki jaetaan yleensä kolmeen osa-alueeseen, joita ovat emotionaalinen tuki, informatiivinen eli tiedollinen tuki sekä välineellinen tuki (Heikkinen 2003, Koivula 2002; Kukkurainen 2006; Finfgeld-Connett 2005). Osa tutkijoista erittelee vielä neljänneksi sosiaalisen tuen alueeksi arviointituen (House - Kahn 1985; Langford ym. 1997). Emotionaalinen tuki sisältää luottamuksen, välittämisen, arvostuksen ja kuuntelun. Arviointitukeen taas liittyvät palautteen anto, vahvistus ja sosiaalinen vertailu. Tiedollinen tuki sisältää neuvot, ehdotukset, ohjeet sekä tiedon ja välineellisellä tuella tarkoitetaan konkreettista apua, kuten apuvälineitä tai rahaa. (House – Kahn 1985.)

Tulppa-avokuntoutusryhmissä pitäisi toteutua emotionaalisen, informatiivisen ja arviointituen muodot. Lisäksi voidaan ajatella, että konkreettiset kuntoutuksen apuvälineet eli toiminnalliset tehtävät ja testit ovat välineellistä tukea. Tarkoituksena on, että ryhmä sekä ammattilais- ja vertaisohjaajat antavat tietoa ja ohjeita, ilmapiiri on kannustava, avoin ja luottamuksellinen, ja ryhmässä saadaan palautetta, jolloin omaa kokemusta pystytään peilaamaan muiden kokemuksiin.

Sosiaalisen tuen käsitteeseen liittyy vahvasti sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen ilmapiiri (Finfgeld – Connett 2005: 4; Langford ym. 1997: 95). Sosiaalisen tuen perille meno on tehokkainta, kun sekä tuen antajat että tuen saajat jakavat saman asiayhteyden (Simich – Beiser - Mawani 2003: 872). Finfgeld-Connetin (2005:7) mukaan sosiaalista tukea antavan verkoston tulisi koostua ihmisistä, jotka jakavat saman kokemuksen. Tästä syystä vertaistukea voidaan pitää tärkeänä sosiaalisen tuen muotona, joka tehostaa tuen saantia.

Vertaistukea sosiaalisen tuen muotona on tutkittu runsaasti ja sillä on todettu olevan merkitystä (Kukkurainen 2006; Koivunen – Isola – Lukkarinen 2007; Perry – Rosenfeld 2005; Colella – King 2004; Hildingh – Fridlund 2004). Vertaistuen avulla voidaan yhdistää sosiaalisen tuen saannin ja antamisen hyödyt samalla kertaa. Tämä on tärkeää, sillä monet kroonisia sairauksia sairastavat eivät saa tarvitsemaansa sosiaalista tukea ja sosiaalisen tuen puute puolestaan altistaa huonolle omahoidolle ja lisää sairastumisen vaaraa ja kuolleisuutta (House 2001; Brummet ym. 2001; Rozanski – Blumenthal – Kaplan 1999; Kawachi – Kennedy – Lochner 1997; Rutledge ym 2004; Boden-Albala ym. 2005).

Keskeisiä voimaantumista edistäviä ja jopa sen mahdollistavia seikkoja ovat tutkijoiden mukaan muun muassa sosiaalinen verkosto, avoin ilmapiiri, rohkaisu, yhteistyö, luottamus, vuorovaikutus, ymmärtävä ohjaus ja tiedon jako (Rappaport 1984; Siitonen 1999; Heikkilä – Heikkilä 2005). Nämä kaikki tekijät ovat osa sosiaalista tukea ja sen eri muotoja, joten voimaantumisprosessia tukevat ulkoiset tekijät voidaan jaotella sosiaalisen tuen alle.

5 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

5.1 Tutkimuksen tausta ja aiemmat Tulppa-ohjelmaan liittyvät tutkimukset

Tulppa-avokuntoutusohjelma on osa Sydänliiton kokonaisstrategiaa, Suomalaista Sydänohjelmaa. Suurin osa Suomalaisen Sydänohjelman rahoituksesta tulee RAY:ltä, joka edellyttää, että ohjelmaa myös arvioidaan. Tämä tutkimus on osa virallista Suomalaisen Sydänohjelman arviointia ja kohdistuu ohjelman sairauden pahenemisen ehkäisyyn ja kuntoutuksen toiminta-alueeseen. Lisäksi tutkimuksesta saatua aineistoa käytetään RAY:n velvoittamassa ulkoisessa arvioinnissa. Ulkoisen arvioinnin tekee Sosiaalikehitys Oy vuoden 2008 aikana.

Tulppa-ohjelman tuloksellisuutta on tutkittu ja tutkimukset osoittavat, että ryhmissä saadaan aikaan elintapamuutoksia, jotka ovat näkyvissä ainakin vielä vuoden jälkeen kuntoutuksen aloituksesta. Ohjaajien kokemuksia on myös selvitetty ja ohjaajat olivat itse tyytyväisiä ryhmänohjaukseen. (Ikonen 2006; Penttilä ym. 2002.) Tulppa-ryhmiin osallistuvien kuntoutujien kokemuksia kuntoutuksesta ei ole systemaattisesti aiemmin selvitetty. Ikonen (2006: 20, 36-37) tutki pro gradu –työssään, muuttuivatko kuntoutujien arviot sairastumiseen johtaneista syistä kuntoutuksen aikana ja muuttuivatko kuntoutujien arviot terveydentilastaan ja kyvystään hoitaa sairauttaan kuntoutuksen aikana. Lisäksi kuntoutujat arvioivat terveydentilan muutosta seuraavan vuoden kuluessa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan kysytty itse kuntoutukseen liittyviä kokemuksia.

Lähihoitajaopintoihin liittyvä päättötyö on tehty koskien Tulppa-ohjelman aloitusta Etelä-Karjalan alueella ja tutkimuksessa pyydettiin kokemuksia Etelä-Karjalassa syksyllä 2006 alkaneilta ryhmiltä. Kysely koski kuitenkin vain yhden alueen ryhmiä ja tehtiin ennen kuin ryhmäläiset olivat käyneet koko kuntoutusjakson läpi. Työssä ei myöskään käsitelty taustamuuttujien vaikutuksia kuntoutuskokemuksiin. (Maijanen 2007.)

5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuntoutujien kokemuksia Tulppa-ryhmästä. Tutkimuksen avulla etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

1. Mitkä olivat voimaantumista tukevat tekijät Tulppa-kuntoutusryhmissä?
2. Miten voimaantuminen onnistui Tulppa-ryhmässä?
3. Millainen oli vertaistuen rooli kuntoutumisen onnistumisessa?
4. Miten kuntoutujien tausta vaikutti voimaantumiseen
5. Miten kuntoutujien tausta vaikutti kokemukseen vertaistuesta?

Tutkijoiden mukaan (Siitonen 1999; Heikkilä - Heikkilä 2005; Bell - Gilbert 1996; Turku 2007) voimaantumista voidaan tukea ulkoisten tekijöiden avulla. Siitosen (1999: 14) mukaan toimintaympäristön olosuhteet ovat merkityksellisiä ja voimaantuminen voi olla tietysti ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa, joten Tulppa-ryhmässä on oleellista luoda ulkoiset olosuhteet sellaisiksi, että ne tukevat yksittäisen kuntoutujan voimaantumista. Grossbergin (1995: 23) mukaan voimaantuminen on kaiken toiminnan ja osallistumisen ehto, joten kuntoutuminen, muutosten tekeminen ja oppiminen vaativat voimaantumista.

Siitosen (1999: 93) mukaan voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Hän ei määrittele tarkemmin näitä voimavaroja vaan toteaa, että voimaantuminen on aina tilanne- ja henkilösidonnaista, joten universaaliala määritelmää voimaantumisen onnistumisesta tai sen ominaisuuksista on mahdotonta laatia. Aujoulat, d'Hoore ja Deccache (2007) tulivat review-artikkelissaan samaan tulokseen. Heidän mukaansa potilaan voimaantumisen päämääriä ja tuloksia ei pitäisi määritellä etukäteen terveydenhuollon ammattilaisten taholta tai rajata sairauskohtaisesti, vaan niistä pitäisi keskustella potilaan kanssa henkilökohtaisesti (Aujoulat ym. 2007: 13). Turun (2007: 24) mukaan ohjauksessa on voimaantumisen näkökulmasta onnistuttu, jos asiakkaan itsensä asettama tavoite on saavutettu tai asiakkaan pystyvyyden ja voiman tunne on kasvanut.

Koska voimaantuminen on yksilöllinen prosessi, myös voimaantumisen onnistuminen on yksilöllinen kokemus. Siitosen (1999: 14, 16) mukaan on vaikeaa laatia voimaantumisen ominaisuuksista ja syy-seuraus -suhteista kattavaa määritelmää tai mallia, joka sopisi joka yksilöön ja tilanteeseen. Hänen mukaansa voimaantumisen osaprosesseja ja kategorioita voidaan kuitenkin löytää ja määritellä. Lisäksi Siitonen (1999: 15, 17) ehdottaa jatkotutkimuksia liittyen voimaantumisen tutkimiseen eri ihmisryhmissä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on löytää niitä tekijöitä, jotka kuntoutujien mukaan tukevat heidän voimaantumistaan ja selvittää onko voimaantumisprosessi mahdollinen Tulppa-ryhmissä. Tulppa-avokuntoutusryhmässä kuntoutujan voidaan ajatella voimaantuneen, jos hän kokee onnistuneensa elämäntapamuutoksissa ja pystyneensä vaikuttamaan vaa-
ratekijöihinsä ryhmän aikana. Lisäksi oman avaintekijän valinta, sitoutuminen sen muuttamiseen, oppiminen ja vastuunotto omasta kuntoutumisesta ovat merkkejä voimaantumisprosessin onnistumisesta.

Vertaistukea pidetään tärkeänä sosiaalisen tuen muotona (Heisler 2006; Lampi 2005). Lisäksi vertaistukeen ja voimaantumiseen perustuvan intervention avulla on ainakin hemodialyysipotilaita kyetty auttamaan ja selviytymään sairautensa kanssa (Chen ym. 2007). Vertaistuen merkitystä Tulppa-ryhmissä ei kuitenkaan ole aiemmin selvitetty. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuntoutujien käsityksiä vertaistuen merkityksestä kuntoutuksen tukimuotona.

Tutkimuksessa saatujen tulosten avulla kehitetään Tulppa-avokuntoutusohjelmaa kuntoutujien tuomien kokemusten ja kehittämisideoiden pohjalta. Tarkoituksena on saada ohjelmasta mahdollisimman hyvin voimaantumista tukeva, jolloin kuntoutujat pystyvät tekemään elämäntapamuutoksia. Lisäksi tarkoituksena on saada kuntoutusmallista mahdollisimman hyvin erilaisia kuntoutujia palveleva, jolloin pysyvät elintapamuutokset ovat mahdollisia myös eri lähtökohdista ryhmiin tuleville kuntoutujille.

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusasetelma ja valitut tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessa käytettiin triangulatiivista tutkimusasetelmaa, jonka avulla voidaan tarkastella tutkittavaa asiaa monipuolisesti ja saada syvennettyä tietoa tutkittavasta aiheesta. Triangulatiivisella tutkimusasetelmalla voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Viinamäki 2007: 175-176; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2008: 228.) Haasteena on varmistaa, että eri näkökulmilla tapahtuvassa tarkastelussa on kyse saman ilmiön eri puolien tarkastelusta eikä eri ilmiöiden tutkimisesta (Viinamäki 2007: 176).

Triangulaatiota on olemassa neljää päätyyppiä: aineisto-, metodologinen, tutkija- ja teoria-triangulaatio. Aineistotriangulaatiossa tutkimuksessa hyödynnetään useita erilaisia aineistoja. Aineistot voivat olla kvantitatiivisia, kvalitatiivisia tai molempia. Aineistotriangulaatio onkin yleisin triangulaation sovellus. Tutkijatriangulaatiolla tarkoitetaan sitä, kun kaksi tai useampi tutkija osallistuvat yhdessä tutkimuksen tekoon. Teoriatriangulaatiossa puolestaan tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan eri teorioiden näkökulmasta ja metodologisessa triangulaatiossa ilmiötä tutkitaan useiden eri menetelmien avulla yleensä niin, että käytössä on kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä. (Viinamäki 2007: 180-185; Hirsjärvi ym. 2008: 228.)

Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin kahdella eri tavalla: kyselylomakkeella ja kahdella fokusryhmähaastattelulla. Saatu aineisto oli sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista, jolloin voidaan ajatella, että kyseessä on sekä metodologinen että aineistotriangulaatio.

Kyselylomakkeita voidaan käyttää aineiston keruun menetelmänä, kun halutaan selvittää vastaajien tietoja, asenteita, mielipiteitä, uskomuksia, käyttäytymistä tai toimintaa. Lisäksi lomakkeiden avulla voidaan pyytää perusteluja mielipiteille tai toiminnoille. (Hirsjärvi ym. 2008: 192.) Fokusryhmähaastattelun avulla taas pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voidaan selvittää mitä on tapahtunut ja mitä mieltä asiasta ollaan, mutta myös miten ja miksi niin menetellään ja minkälaisia kokemuksia, näkemyksiä ja odotuksia ja aiheeseen liittyy. Fokusryhmän tavoitteena on jokaisen osallistujan näkökulman selville saaminen ja osallistujien rohkaisu erilaisten näkökulmien ilmaisemiseen. (Ahola 2002:21.)

Fokusryhmähaastattelua voidaan käyttää sekä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä että yhdistettynä johonkin toiseen menetelmään. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi yhdessä kvantitatiivisen aineiston kanssa, jolloin eri tutkimusotteilla kerätyllä aineistolla voidaan vahvistaa tulosten luotettavuutta ja saadaan tutkittavasta asiasta monipuolisempi kuva. Fokusryhmähaastattelut voivat seurata myös kvantitatiivista tiedonkeruumenetelmää, jolloin ne voivat olla apuna kvantitatiivisen aineiston tulosten tulkinnessa. (Mäntyranta – Kaila 2008: 1507; Ahola 2002: 22,27-28,30.)

Fokusryhmähaastatteluun osallistuu yleensä 4-12 henkeä ja sitä ohjaa yksi tai useampi haastattelija (Ahola 2002: 24; Mäntyranta – Kaila 2008: 1509; Robson 2001: 142). Usein käytetään kahta haastattelijaa, jolloin toinen voi keskittyä keskustelun ohjaamiseen ja toinen havaintojen ja muistiinpanojen tekemiseen sekä teknisiin asioihin, kuten nauhurin käyttöön (Mäntyranta – Kaila 2008:1509 -1510; Ahola 2002: 24-25). Ryhmän on oltava

riittävän pieni, jotta kaikki saavat äänensä kuuluviin ja toisaalta sopivan suuri, jolloin saadaan esille erilaisia näkökulmia (Ahola 2002: 24). Aineistoa pidetään riittävänä laadullisessa tutkimuksessa, kun niin sanottu saturaatiopiste on saavutettu eli uusi haastattelu ei enää tuo uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Aira 2005: 1074; Ahola 2002: 24).

Tässä tutkimuksessa fokusryhmähaastattelujen avulla oli tarkoitus lisätä tutkimustulosten luotettavuutta ja saada tutkittavasta asiasta mahdollisimman monipuolinen kuva, mutta ennen kaikkea tarkoituksena oli käyttää haastattelun tuloksia apuna lomakekyselyntulosten tulkinnassa. Tutkimuksessa päädyttiin kahteen fokusryhmähaastatteluun. Jos ryhmähaastattelut olisivat olleet ainoa tutkimusmenetelmä, olisi haastatteluja tarvittu enemmän. Tutkimuksen haastatteluissa oli mukana kaksi haastattelijaa. Toinen haastattelija teki muistiinpanoja ja havainnoi ryhmää, jolloin toinen haastattelija pystyi keskittymään itse haastatteluun. Tutkija ohjasi haastattelutilannetta ja alueellinen ohjelmakoordinaattori toimi muistiinpanojen tekijänä ja havainnoijana.

Fokusryhmähaastattelussa haastateltavien valinnassa ei ole tavoitteena tilastollinen edustavuus, vaan tarkoituksena on saada kokoon ryhmä haastateltavia, jotka pystyvät tuomaan tutkittavaan asiaan erilaisia näkökulmia. Fokusryhmien muodostamisessa on pidetty tärkeänä homogeenisuutta eli fokusoitumista. Yleensä fokusoitumisella tarkoitetaan ryhmän kokoamista jonkin tai joidenkin ennalta tiedettyjen asioiden suhteen samankaltaiseksi, jotta keskustelu helpottuisi. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi ammatti tai jokin yhteinen kokemus. (Mäntyranta – Kaila 2008:1509; Ahola 2002: 24.)

Haastatteluryhmien valintaan vaikutti tutkimuksen aikataulu, ryhmän dynamiikka sekä vertaisohjaajien mukana olo ryhmässä. Tärkeää oli, että tutkimukseen osallistuneilla fokusryhmillä oli ollut Tulppa-ryhmässään vertaisohjaaja, jolloin vertaistuen merkitystä voitiin kartoittaa myös haastattelujen avulla. Lisäksi haastateltavien ryhmien ryhmädynamiikan oli oltava kunnossa, jotta haastattelun voitiin olettaa onnistuvan.

6.2 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston keruu tapahtui kahdessa vaiheessa. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston keruu tapahtui kevään 2008 aikana. Kyselylomakkeet (liite 1.) jaettiin helmikuusta 2008 alkaen kaikkiin niihin Tulppa-ryhmiin, joissa kevään (helmikuu 2008 – kesäkuu 2008) aikana järjestettiin ryhmien viimeinen tapaaminen eli 12 kuukauden seurantakäynti. Ryhmäläiset täyttivät lomakkeen seurantakäynnin lopulla. Tutkija oli ohjeistanut etukäteen sähkö-

postitse tai puhelimitse kuntoutuskurssin ohjaajat ja sopinut heidän kanssaan tutkimukseen liittyvistä käytännön järjestelyistä. Ohjaajat saivat sähköisesti myös oman saatekirjeensä (liite 2.), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä enemmän. Ohjaajat jakoivat kyselylomakkeet ja tutkimukseen liittyvät saatekirjeet (liite 3.) sekä lupalomakkeet (liite 4.) kuntoutujille. Ryhmien ohjaajat keräsivät täytetyt kyselylomakkeet suljetuissa kuorissa takaisin ja postittivat kuoret heille toimitetussa palautuskuoressa tutkijalle.

Kyselytutkimuksesta saatujen tulosten perusteella valittiin aihepiirejä, joita haluttiin edelleen kartoittaa tarkemmin ja näistä aihepiireistä muodostui runko ryhmähaastattelulle (liite 5.). Syksyllä 2008 haastateltiin kaksi Tulppa-ryhmää, joiden viimeinen 12 kuukauden kontrollikäynti oli ollut alkusyksyn 2008 aikana. Toinen ryhmähaastattelu tehtiin Pohjois-Savon alueella ja toinen Etelä-Karjalan alueella.

Haastattelututkimukseen osallistuvien ryhmien ohjaajiin otettiin yhteyttä etukäteen sähköpostitse ja heidän kanssaan sovittiin järjestelyistä. Lisäksi ohjaajilta varmistettiin etukäteen, että ryhmässä ei ollut kuntoutuksen aikana ilmennyt mitään vakavia ryhmädynamiikkaan liittyviä ongelmia kuten esimerkiksi ristiiriitoja ryhmäläisten välillä. Ohjaajat kysivät ryhmäläisten halukkuutta osallistua ryhmähaastatteluun ja toimittivat ryhmäläisille tutkijan laatiman saatekirjeen (liite 6.) sekä sopivat haastattelupäivästä ja hoitivat haastatteluihin liittyvät käytännönjärjestelyt.

6.3. Tutkimusaineiston analysointi

Kyselylomakkeiden kvantitatiivinen aineisto käsiteltiin SPSS-ohjelmiston avulla. Aineistosta laskettiin suorat frekvenssi- ja prosenttijakaumat sekä selvitettiin ristiintaulukoinnin avulla muun muassa taustamuuttujien vaikutukset kuntoutuskokemuksiin. Sukupuolta lukuun ottamatta kaikki prosenttiluvut pyöristettiin niin, että ne ovat ilman desimaalia. Tästä syystä prosenttilukujen summa saattaa poiketa sadasta. Prosenttilukujen pyöristämisellä haluttiin selkeyttää tulosten luettavuutta. Kyselylomakkeen avoimet kvalitatiiviset vastaukset käytiin läpi lomakekohtaisesti ja kirjattiin ylös. Avoimet vastaukset ensin pelkistettiin ja sen jälkeen ryhmiteltiin samansisältöisiin kategorioihin. Joitakin avoimia vastauksia esitettiin tulosten yhteydessä suorina lainauksina.

Ryhmähaastattelujen aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysiä voidaan käyttää esimerkiksi päiväkirjojen, puheiden ja haastattelujen analysoimiseen. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli se mitä kategorioilla tarkoitetaan. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 3-4, 10.) Tutkimuksessa käytettiin sisällön analyysiä, koska se soveltuu haastattelujen analysointiin hyvin.

Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Sisällön analyysissa voidaan lähteä etenemään joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai deduktiivisesti käyttäen aineiston luokittelussa hyväksi jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5). Lisäksi osa tutkijoista erittelee kolmanneksi menettelytavaksi abduktiivisen päätelyn, jossa yhdistyy induktiivinen ja deduktiivinen menettely. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 97; Anttila 2000: 139-140). Abduktiivinen ajattelu lähtee liikkeelle aineistosta, mutta sen taustalla on ideana teoria tai aikaisempi kirjallisuus (Anttila 2000: 140).

Fokusryhmähaastattelu yleensä tallennetaan. Tallennettu aineisto kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Litteroinnin tarkkuus riippuu tutkimuskysymyksistä. Tutkittaessa ihmisten mielipiteitä ja näkemyksiä, riittää aineiston sanatarkka kirjaaminen. Jos tutkitaan esimerkiksi ryhmän vuorovaikutusta, tarkempi kirjaaminen on tarpeellista. Tällöin kirjataan myös sanatonta viestintää. (Mäntyranta – Kaila 2008: 1511.) Ennen analyysin aloittamista on ratkaistava, keskitytäänkö vain ilmiselvästi ilmaistuihin asioihin vai analysoidaanko myös piilossa olevia viestejä. Lisäksi tulee määritellä analyysiyksikkö, joka on yleensä yksi sana, sanayhdistelmä, lause tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5.)

Tutkimuksen tavoitteena oli mielipiteiden ja näkemysten tutkiminen, joten haastatteluaineisto kirjattiin sanatarkasti ja sanatonta viestintää ei merkitty, vaikka toinen haastattelija havainnoi tilannetta. Havainnoinnin ensisijainen tavoite oli huomioida mahdolliset tulosten luotettavuuteen vaikuttavat ryhmädynamiikkaan liittyvät asiat, ei analysoida ryhmän vuorovaikutusta tutkimustuloksena.

Vaikka ryhmähaastattelujen ensisijaisena tavoitteena oli kvantitatiivisen aineiston tulosten tulkinnassa auttaminen, tarkoituksena oli myös lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja tutkia aihealuetta mahdollisimman monipuolisesti. Tästä syystä haastatteluaineisto käsiteltiin aineistolähtöisesti, sillä muuten aineistosta olisi saattanut jokin oleellinen teema jäädä huomioimatta, jos olisi nojaututtu pelkästään kyselylomakkeen vastauksiin ja niistä nou-

seviin kategorioihin. Tausta-ajatuksena luokittelussa oli tutkijan aiemman kirjallisuuden ja kyselytutkimuksen perusteella ideoimat kategoriat. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuuksia, sillä pelkkä sana tai lause ei olisi aina tuonut esiin koko asiayhteyttä.

Aineistolähtöiseen analyysiprosessiin kuuluu pelkistämistä, ryhmittelyä ja abstrahointia. Pelkistäminen tarkoittaa, että aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään yhteenkuuluvuuden mukaan ja ryhmä nimetään kuvaavana käsitteenä. Näin muodostetaan alakategoriat tai kategoriat. Ryhmittelyn jälkeen seuraa abstrahointi, jolloin käsitteistä muodostetaan yleiskäsitteiden avulla uusia kategorioita, yläkategorioita, ja lopulta saadaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5-7.) Analyysiyksikön valinnan jälkeen haastatteluaineisto luettiin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen muodostettiin alustava analyysirunko. Apuna tässä ja aineiston pelkistyksessä käytettiin tutkimuskysymyksiä.

Pelkistämisen jälkeen ryhmiteltiin saadut pelkistetyt ilmaukset yhtäläisyyksien mukaan alakategorioihin, jonka jälkeen saman aihepiirin alaluokat yhdistettiin yläkategorioiksi. Niistä muodostui sisällön yhdenmukaisuuden ja merkityksen perusteella kolme teemaa. Nämä teemat kuvailevat voimaantumiseen ja sen onnistumiseen liittyviä tekijöitä Tulpparyhmässä sekä kuntoutujien esiin nostamia kuntoutuskurssiin liittyviä kehittämiskohteita. Liitteessä 7 on esitetty aineiston ryhmittely ja liitteessä 8 aineiston abstrahointi.

Tulososio rakennettiin pitkälti sisällön analyysin teemojen mukaan, mutta kehittämiskohteisiin liittyvän teeman sisältö on esitetty muiden osioiden sisällä, sillä se sopii sinne luontevasti. Koska vertaistuki oli selkeästi ryhmiteltävissä eri alakategorioihin riippuen asiakokonaisuuksista ja sitä kautta kaikkien teemojen alle jossain muodossa, niin tuloksissa vertaistuki on esitetty teemojen alla, eikä erillisenä itsenäisenä kokonaisuutena, vaikka se on erillisenä tutkimuskysymyksenä. Taustatekijöihin liittyvät tulokset on esitetty eri teemojen alla, vaikka taustatekijöihin liittyvät asiat ovat erillisinä tutkimuskysymyksinä.

6.4 Tutkimusaineisto

6.4.1 Kyselytutkimuksen aineisto

Kyselylomakkeen avulla aineistoa kerättiin kaikista ohjelmassa mukana olevista sairaanhoitopiireistä. Pirkanmaalla ei ollut tutkimusajankohtana vielä ryhmiä käynnissä, joten sitä ei voitu ottaa mukaan tutkimukseen. Vastauksia saatiin 31 ryhmältä, joissa oli yhteensä 240 kuntoutujaa. Lomakkeita palautettiin yhteensä 204 ja lomaketutkimuksen vastausprosentti oli 85 %. Vastauksia saatiin kaikista sairaanhoitopiireistä (taulukko 1.).

TAULUKKO 1. Vastaajien jakautuminen sairaanhoitopiireittäin (N= 204)

Sairaanhoitopiiri	Vastaajien määrä (f)	Vastaajien määrä (%)
Etelä-Karjala	53	26
Etelä-Savo	12	6
Itä-Savo	19	9
Kymenlaakso	24	12
Pohjois-Karjala	30	15
Pohjois-Savo	41	20
Päijät-Häme	25	12

Vastaajista naisia oli 47,5 % ja miehiä 52,5 %. Kuntoutujien keski-ikä oli 68 vuotta. Kuntoutukseen osallistuneet naiset olivat vanhempia kuin miehet, sillä naisten keski-ikä oli 70 vuotta ja miesten 67 vuotta. Kuntoutujien ikä vaihteli, sillä nuorin osallistuja oli 49-vuotias ja vanhin 86-vuotias. Enemmistö vastaajista oli avio- tai avoliitossa (73 %) ja eläkkeellä. Tulppa-kuntoutujista vain 6 % oli työelämässä vielä mukana.

Valtaosa vastaajista ilmoitti sairastavansa sepelvaltimotautia (69 %). Diabetesta sairasti 25 % kuntoutujista ja aivoverenkiertohäiriötä 12 % ryhmäläisistä. Näihin lukuihin on huomioitu nekin vastaajat (20 %), joilla oli useita diagnooseja (taulukko 2.).

TAULUKKO 2. Vastaajien diagnoosit (N= 197)

Diagnoosi	Määrä (f)	Määrä (%)
Sepelvaltimotauti	98	50
Ei valtimotautia	29	15
Sepelvaltimotauti ja diabetes	24	12
Diabetes	20	10
Sepelvaltimotauti ja aivoverenkiertohäiriö	10	5
Aivoverenkiertohäiriö	8	4
Sepelvaltimotauti, diabetes ja aivoverenkiertohäiriö	3	2
Diabetes ja aivoverenkiertohäiriö	3	2

Suurin osa vastaajista (67 %) ilmoitti, että heillä on useita vaaratekijöitä. 22 % kuntoutujista ilmoitti, että heillä on vain yksi valtimotautien vaaratekijä ja 11 % vastaajista ilmoitti, että heillä ei ole valtimotautien vaaratekijöitä (N= 203). Diagnoosilla ja vaaratekijöiden määrällä ei ollut yhteyttä toisiinsa. Noin puolet tai yli puolet vastaajista ilmoitti, että heillä on ylipainoa tai vyötärölihavuutta, kohonnut verenpaine tai korkeat kolesteroliarvot. Vain erittäin harva Tulppa-ryhmään osallistuneista kuntoutujista tupakoi. Taulukossa 3 on lueteltu vastaajien ilmoittamat vaaratekijät prosentteina suhteessa kaikkiin vastaajiin, jotta eri vaaratekijöiden prosentiosuuksien suhde olisi sama.

TAULUKKO 3. Vastaajien vaaratekijät (N=204)

Vaaratekijä	Määrä (%)
Ylipaino tai vyötärölihavuus	61
Kohonnut verenpaine	60
Korkeat kolesteroliarvot	48
Kohonneet verensokerit	31
Masennus	11
Perinnöllisyys	6
Tupakointi	4

Diagnoosin ja vaaratekijöiden välillä oli jonkin verran yhteyttä. Sepelvaltimotautipotilailla oli, muihin kuntoutujiin verrattuna, vähemmän kohonnutta verenpainetta, ylipainoa ja vyötärölihavuutta, korkeaa verensokeria ja masennusta (taulukko 4.).

TAULUKKO 4. Diagnoosin vaikutus vaaratekijöihin

Diagnoosi	Kohonnut verenpaine (%) (N= 178, p.= .029)	
	Kyllä	Ei
Sepelvaltimotauti	60 %	40%
Muu	75 %	25 %
	Ylipaino/Vyötärölihavuus (%) (N= 182, p.=.008)	
	Kyllä	Ei
Sepelvaltimotauti	59 %	41 %
Muu	77 %	23 %
	Kohonneet verensokeriarvot (%) (N= 155, p.= .000)	
	Kyllä	Ei
Sepelvaltimotauti	19 %	81 %
Muu	59 %	41 %
	Masennus (%) (N= 143, p.= .020)	
	Kyllä	Ei
Sepelvaltimotauti	9 %	91 %
Muu	23 %	77 %

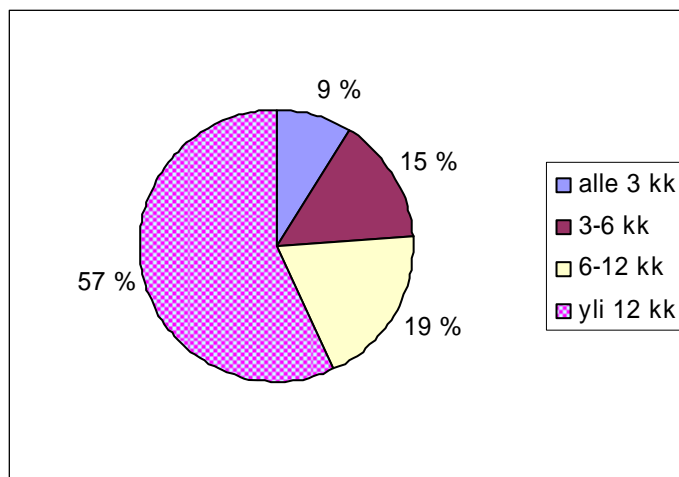
Kuntoutujat saivat tiedon kuntoutuksesta ensisijaisesti terveyskeskuksessa hoitajalta (34 %), sairaalassa hoitajalta tai sydänkuntoutusohjaajalta (24%) tai henkilökohtaisesta lähetteestä (17 %). 16 % vastaajista ilmoitti saaneensa tiedon ryhmästä usealta eri taholta (N= 203). Alueellisia eroja näytti olevan sen suhteen, mistä tieto saatiin. Etelä-Karjalassa ja Itä-Savossa eniten tietoa Tulppa-ryhmistä saatiin terveyskeskuksesta hoitajalta. Etelä-Savossa tieto ryhmistä tuli ensisijaisesti henkilökohtaisesta Tulppa-lähetteestä. Kymenlaaksossa tieto saatiin joko henkilökohtaisen lähetteen tai lehdessä olleen ilmoituksen kautta. Päijät-Hämeessä tieto saatiin ensisijaisesti lehti-ilmoitusten perusteella ja Pohjois-Karjalassa sekä Pohjois-Savossa kuntoutujat saivat tiedon ryhmistä suurimmaksi osaksi sairaalasta hoitajien tai kuntoutusohjaajien kautta (liite 9.).

Ryhmään tulon syynä oli joko läheisten tai terveydenhuollon ammattilaisten kehoitus tai kuntoutujien oma oivallus kuntoutuksen tarpeesta.

”Terveenhoitajan ehotuksesta minä ainakkii...” (Haastattelu 1, vastaaja 8)

”Mulla on sepelvaltimotauti ja on pallolaajennettu on tuo sokeri kohonna ja astmaaki on... sitä apua hakee mistä sitä vaan saa.” (Haastattelu 2, vastaaja 3)

Yli puolet kuntoutujista pääsi Tulppa-ryhmään vasta yli vuoden kuluttua diagnoosin saamisesta (kuvio 1.). Vaikka valtaosa (88 %) koki kurssin ajankohdan olleen sopiva omaan sairauteen tai tilanteeseen nähden, liian myöhään koki kurssille päässeensä 12 % kuntoutujista (N= 196). Näistä suurin osa oli odottanut kuntoutukseen pääsyä yli vuoden, sillä vuoden sisällä kuntoutukseen päässeistä huomattavasti pienempi osa koki päässeensä kuntoutukseen liian myöhään verrattuna niihin, jotka pääsivät ryhmään vasta yli vuoden kuluttua (3 % vs. 22%, N=166, p.= .001).



KUVIO 1. Ryhmään pääsy sairauden toteamisen jälkeen

Kuntoutujista valtaosa (84 %, N= 189) piti kuntoutusta merkittävänä omien elintapamuutosten kannalta. Kuntoutujien diagnoosilla oli vaikutusta siihen, miten merkittävänä kuntoutus koettiin. Sepelvaltimotautipotilaat kokivat selkeästi muita kuntoutujia useammin, että kuntoutuksella ei ollut merkitystä elintapamuutosten kannalta (14 % vs. 2 %, N= 189, p.= .022). Muilla taustamuuttujilla kuten iällä, sukupuolella, vaaratekijöiden määrällä, avaintekijän valinnalla, ryhmään pääsyn ajankohdalla, masennuksella, sairaanhoitopiirillä, työtilanteella tai siviilisäädyllä ei ollut vaikutusta siihen, miten kuntoutujat kokivat kuntoutuksen vaikuttavan elintapamuutoksiin.

6.4.2 Haastatteluaineisto

Haastatteluryhmissä oli mukana yhteensä 16 kuntoutujaa. Haastateltavista 37,5 % oli naisia ja 62,5 % miehiä. Haastatteluun osallistuneiden keski-ikä oli 72 vuotta. Naisten keski-ikä oli 71 vuotta ja miesten 72 vuotta. Nuorin haastatteluun osallistunut kuntoutuja oli 54-vuotias ja vanhin 81-vuotias. Haastateltavat olivat siis hieman vanhempia kuin kyselytutkimukseen osallistuneet, mutta vaihteluväli oli iän suhteen suuri, kuten kyselytutkimukseen vastanneilla. Kaikki haastateltavat olivat eläkkeellä ja yleisimmin kyselyaineistoon vastanneiden tapaan avio- tai avoliitossa. Valtaosa haastateltavista (11) oli päässyt ryhmään vasta yli vuoden kuluttua valtimotaudin toteamisesta.

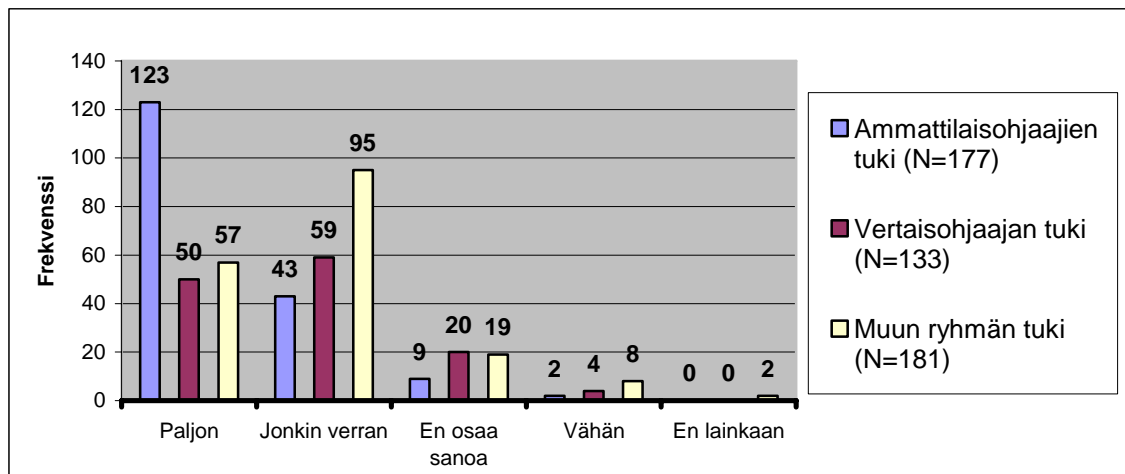
Suurimmalla osalla (10) oli sepelvaltimotauti, seitsemällä kuntoutujalla oli diabetes ja kolmella oli aivoverenkiertohäiriö. Viidellä kuntoutujalla oli useita diagnooseja ja yhdeksällä oli useita vaaratekijöitä. Yleisimmät haastateltavien vaaratekijät olivat ylipaino tai vyötärölihavuus sekä kohonnut verenpaine. Lomakekyselyn aineistosta poiketen haastateltavista noin puolella oli kohonneet verensokeriarvot. Yhdeltä osallistujalta ei saatu taustatietoja. Haastateltavien taustamuuttajat olivat pitkälti samanlaiset kuin kyselytutkimukseen osallistuneiden lukuun ottamatta hieman korkeampaa ikää ja naisten määrää sekä yleisempää kohonneen verensokerin esiintyvyyttä.

7. TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Voimaantumista tukevat tekijät Tulppa-ryhmässä

7.1.1 Tuen saanti eri sidosryhmiltä

Kuntoutujat kokivat saavansa tukea vertaisohjaajilta, muilta ryhmäläisiltä ja ammattilaisohjaajilta (kuvio 2). Eniten tukea antoivat ammattilaisohjaajat. Vertaisohjaajilta sai paljon tai jonkin verran tukea 82 % kuntoutujista (N= 133). Muilta ryhmäläisiltä koki paljon tai jonkin verran tukea saaneensa 85 % vastaajista (N= 181) ja ammattilaisohjaajilta sai paljon tai jonkin verran tukea 94 % kuntoutujista (N= 177).



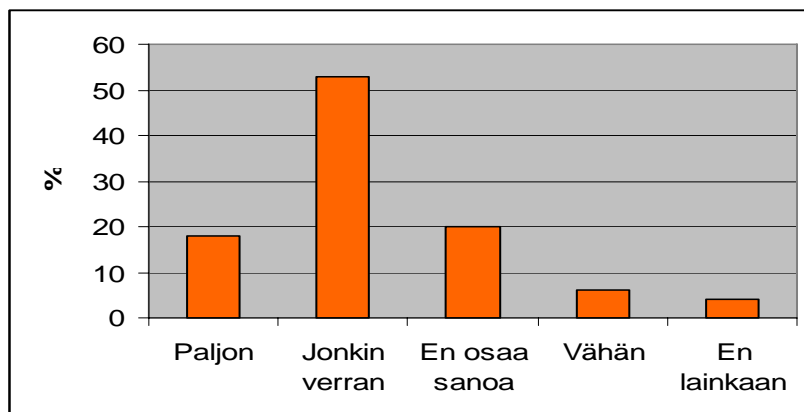
KUVIO 2. Tuen saanti eri sidosryhmiltä

Vastaajista (N= 164) 76 % ilmoitti, että heillä oli Tulppa-ryhmässä mukana vertaisohjaaja. Valtaosa kuntoutujista (79%, N= 127), joilla oli ryhmässään vertaisohjaaja, piti vertaisohjaajan mukana oloa ryhmässä erittäin tärkeänä tai melko tärkeänä. Kuntoutujista ne, joille vertaisohjaajan mukana olo ei ollut tärkeää, toivat esiin vertaisohjaajan passiivisuuden, vähäisen mukana olon ja vertaisohjaajan esiintymisen liian asiantuntevana. Osassa ryhmistä ei ollut selvää, oliko heillä vertaisohjaajaa mukana ryhmässä, sillä samassa ryhmässä olleista kuntoutujista osan mielestä ryhmässä oli ollut vertaisohjaaja, osan mielestä ei.

”... oli samassa asemassa samassa meidän kaikkien kanssa ei sieltä mitään erikoista tullu” (Haastattelu 2, vastaaja 2)

Kuntoutujien mukaan hyvä vertaisohjaaja olisi rohkea, empaattinen, puhelias, ymmärrettävä, helposti lähestyttävä, iloinen ja kaikkien kanssa toimeen tuleva. Vertaisohjaajan pitäisi osata kuunnella, hänen tulisi viihtyä ryhmässä ja pitää keskustelusta. Kuntoutujien mukaan vertaisohjaajan pitäisi tietää asioista ja hänellä tulisi olla omakohtaista kokemusta. Kuntoutajat toivoivat vertaisohjaajalta ennen kaikkea rohkaisua ja kannustusta.

Suurin osa kuntoutujista (71 %) oli sitä mieltä, että toisilla ryhmäläisillä ja heidän tuellaan oli vaikutusta kuntoutumiseen ja elintapamuutoksiin. Viidennes vastaajista ei kuitenkaan osannut arvioida, miten muut ryhmäläiset ja heiltä saatu tuki vaikutti kuntoutumisen onnistumiseen tai elintapamuutoksiin (kuvio 3.).



KUVIO 3. Ryhmäläisten tuen vaikutus kuntoutumiseen ja elintapamuutoksiin (N= 193)

Taustamuuttujilla kuten iällä, sukupuolella, siviilisäädellä, työtilanteella, diagnoosilla, vaaratekijöiden määrällä tai sillä mihin sairaanhoitopiiriin kuului, ei ollut vaikutusta siihen miten kuntoutajat kokivat vertaistuen. Tämä piti paikkansa niin vertaisohjaajalta kuin muilta ryhmäläisiltä saadun vertaistuen suhteen.

Suurin osa ammattilaisohjaajilta ja vertaisohjaajilta tukea saaneista kuntoutujista koki saaneensa tukea myös muulta ryhmältä (taulukko 5.). Lisäksi moni kuntoutuja toi esille halukkuuden jatkaa ryhmien toimintaa esimerkiksi tietyin väliajoin tapahtuvana keskustelu- tai liikuntaryhmänä.

TAULUKKO 5. Eri sidosryhmien antaman tuen suhde toisiinsa

		Ryhmältä saatu tuki	
		paljon/jonkin verran	en osaa sanoa/vähän/ ei lainkaan
Ammattilaisohjaajien tuki (N= 173, p.=.006)	paljon/jonkin verran	86 %	14 %
	en osaa sanoa/vähän/ ei lainkaan	55 %	46 %
Vertaisohjaajien tuki (N= 132, p.=.000)	paljon/jonkin verran	91 %	9 %
	en osaa sanoa/vähän/ ei lainkaan	58 %	42 %

7.1.2 Emotionaalinen tuki

Kuntoutujien mukaan heitä kuunneltiin kuntoutuksen aikana ja he saivat jakaa kokemuksiinsa ryhmässä. Suurin osa vastaajista koki, että heidän mielipiteilleen annettiin arvoa. Kuntoutujien mukaan ilmapiiri oli kannustava, turvallinen ja avoin. Vastaajat kokivat myös saaneensa kuntoutuksen aikana uusia ystäviä (taulukko 6.).

Alle puolet vastaajista (41 %, N= 191) uskoi pitävänsä yhteyttä muihin ryhmäläisiin vielä kuntoutuskurssin päätyttyä. Lähes puolet (47 %) vastaajista ei osannut sanoa pitääkö jatkossa yhteyttä muihin ryhmäläisiin. Vain 12 % kuntoutujista ei aikonut pitää jatkossa yhteyttä muihin ryhmäläisiin.

Yhteydenpito keinoina mainittiin puhelinsoitot, yhteiset tapaamiset esimerkiksi liikunnan tai muiden harrastusten merkeissä sekä sydänkerhossa. Lisäksi monet mainitsivat, että muita ryhmäläisiä näkee ainakin vastaan tullessa ”kylällä”, jolloin tavataan ja vaihdetaan kuulumisia. Osan kohdalla samassa ryhmässä oli mukana joku, joka kuului jo valmiiksi ystäväpiiriin.

TAULUKKO 6. Kuntoutujien kokemukset ryhmän ilmapiiristä ja sosiaalisesta verkostosta

	Täysin/ jokseenkin samaa mieltä	Ei merkitystä kohdallani	Jokseenkin/ täysin eri mieltä
Tuntuiko siltä, että kuunneltiin (N= 183)	98 %	2 %	-
Tuntuiko siltä, että sai jakaa kokemuksia sairastumisesta (N= 177)	91 %	8 %	1 %
Tuntuiko siltä, että sai jakaa kokemuksia peloista/ahdistuksesta (N= 165)	75 %	22 %	2 %
Tuntuiko siltä, että mielipiteillesi annettiin arvoa (N= 167)	92 %	7 %	1 %
Ilmapiiri ryhmässä oli kannustava (N= 183)	97 %	2 %	1 %
Ilmapiiri ryhmässä oli turvallinen (N= 176)	97 %	3 %	1 %
Ilmapiiri ryhmässä oli avoin (N= 181)	98 %	2 %	1 %
Sai uusia ystäviä (N= 179)	84 %	13 %	3 %

Suurin osa vertaisohjaajalta tukea saaneista kuntoutujista (80 %, N= 109) koki saaneensa jakaa kokemuksiaan peloista ja ahdistuksesta. Lisäksi vertaisohjaajilta tukea saaneista kuntoutujista lähes kaikki (97 %, N= 113) kokivat, että heidän mielipiteilleen annettiin ryhmässä arvoa. Sen sijaan lähes neljännes (24 %, N= 113) niistä, jotka eivät saaneet vertaisohjaajilta tukea tai olivat epävarmoja saamastaan tuesta, ei kokenut, että heidän mielipiteilleen annettiin arvoa tai pitivät mielipiteiden arvostusta epäoleellisena asiana.

Ryhmän tuki vaikutti vertaisohjaajalta saadun tuen tapaan siihen, miten kuntoutujat kokivat saaneensa jakaa kokemuksia ryhmässä (taulukko 7.). Lisäksi 94 % ryhmältä tukea saaneista kuntoutujista (N= 155) koki, että heidän mielipiteilleen annettiin kuntoutuksen aikana arvoa ja 88 % ryhmältä tukea saaneista (N= 155) koki saaneensa kuntoutuksen aikana uusia ystäviä.

TAULUKKO 7. Ryhmäläisten antaman tuen vaikutus mahdollisuuksiin jakaa kokemuksia ryhmässä

		Saiko jakaa kokemuksia peloista/ahdistuksesta	
		täysin/jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa/ vähän/ ei lainkaan
Ryhmältä saatu tuki (N= 152, p.= 002)	paljon/ jonkin verran	80 %	20 %
	ei merkitystä/jokseenkin tai täysin eri mieltä	50 %	50 %

Vertaistuesta nousi esiin kokemustieto ja kannustus sekä ryhmän että vertaisohjaajien kohdalla. Kuntoutujien mukaan toisten kokemukset kannustivat ja rohkaisivat eteenpäin.

”Kaikki kannustivat toisiaan jatkamaan.” (Kysely, lomake 49)

”Antavat pontta päästä toivomaan tavoitteeseen.” (Kysely, lomake 102)

”...mikä oli hyvä niin...näinä, jotka nyt olivat kokeneet tän leikkauksen...ja olivat olleet huonossa kunnossa niin näki että kyllä näistä selvittää näistä kaikista tämmöisistä se tavallaan helpottaa sitä et ei pelota hirveesti...” (Haastattelu 2, vastaaja 5)

”Vertaisohjaaja oli elävä todiste, että sairauden kanssa voi tulla toimeen ja elämä jatkuu” (Kysely, lomake 65)

Esiin nousi myös mahdollisuus keskustella muiden ryhmäläisten kanssa ja mahdollisuus tutustua muihin samassa tilanteessa oleviin.

”Minust on hyvä tämmöinen kaveriporukka.... kun puhuttiin ... kun useamman kerran tavattiin niin sitä tuli uusia ystäviä.” (Haastattelu 2, vastaaja 3)

”...ehkä tuo yhdessä olo sitten että tutustu täällä samanlaista sairautta poteviin ihmisiin että huomaa että ei olekaan yksin...” (Haastattelu 1, vastaaja 9)

”...ja nimenommaan on yks mikä suurin tekijä on niin tämä just että tätä hitto ihmisten kanssa täällä tarinoija ja tämä on muuten nitron vastaavaa.” (Haastattelu 1, vastaaja 6)

”Apu henkisellä puolella. Näki että muillakin samanlaisia vaikeuksia ja he jaksavat ja pärjäävät”. (Kysely, lomake 2)

Ryhmä laittoi miettimään asioita enemmän ja kuntoutujat pitivät tärkeänä yhdessä oloa. ”Ryhmähenkeä” pidettiin hyvänä ja ryhmään oli helppo tulla. Muutamat ryhmäläisistä nostivat esille omaisten tuen ja sen merkityksen etenkin elintapojen muutosten suhteen.

”...kyllähän siinä on niillä kotijoukoillakin jonkunlainen osuus sitten siihen...että se mennee niin ku yhdessä ...että ruokavaliota jos esimerkiksi yhen henkilön takia ruvetaan muuttamaan niin tuota on siinä oltava... toisen osapuolen mukana...” (Haastattelu 1, vastaaja 2)

7.1.3 Tiedollinen tuki

Valtaosa kuntoutujista (95 %, N= 199) koki saaneensa riittävästi tietoa kuntoutuksen sisällöstä ja periaatteista heti kuntoutuksen alussa. Haastateltavat ilmaisivat saaneensa tietoa jo ennen ryhmään tuloa. Osa oli saanut tiedon ryhmästä esimerkiksi tuttavalta, jolloin tietoa kurssin sisällöstä ei saatu etukäteen.

"...ohjaaja oli kertomassa tästä alkavasta Tulppa-ohjelmasta - hän siinä kyllä kertoi että mistä tässä on kysymys..." (Haastattelu 2, vastaaja 5)

"Naapuri ystäväni huomasi sen ilmoituksen ja sano et täs on sulle muista ilmoittautua kun aika tulee ja vein sen kotiin ei sitä mitään osannu odottaa kun ei tiennyt mistään mitään missä mennään mitä se sisältää..." (Haastattelu 2, vastaaja 4)

Ennen kuntoutusryhmään tuloa kuntoutujat odottivat ennen kaikkea saavansa tietoa ja osalle kuntoutukseen tulon syy oli juuri tiedon tarve.

"...että saisi neuvoja siihen että mihin miten missäkin sairaudessa kun mul on mä oon monisairas ni tietää että tuo tepsii tuohon ja tuo tuohon." (Haastattelu 2, vastaaja 1)

"...sitä ootti ennen kaikkea että jotakin elämänohjeita sieltä varmasti sua millä tuota pääsis niin ku etteenpäin..." (Haastattelu 1, vastaaja 3)

Kuntoutujista valtaosa (94 %, N= 203) koki saaneensa kuntoutuksen aikana jotain uutta tietoa valtimotauteihin tai niiden hoitoon liittyen. Kuitenkin lähes puolet kuntoutujista (48 %, N= 203) koki tarvitsevansa edelleen lisätietoa valtimotauteihin liittyen. Eniten uutta tietoa saatiin sepelvaltimotaudista, ylipainosta ja vyötärölihavuudesta, korkeista kolesteroliarvoista, valtimotautipotilaan ravitsemuksesta ja liikunnasta. Vähiten uutta tietoa saatiin työkyky ja eläkekysymyksistä, valtimotautipotilaan sosiaaliturvasta, psyykkisestä selviytymisestä sekä parisuhde ja seksuaalisuusasioista (liite 10.).

Kuntoutujat kokivat tarvitsevansa lisätietoa eniten oireiden seurannasta sekä hätätilanteista ja niissä toimimisesta. (liite 11.). Lisätietoja kartoittavaan kysymykseen jätti valtaosa vastaamatta, joten tulosten luotettavuuteen on syytä suhtautua kriittisesti.

Tietoa saatiin etenkin ammattilaisohjaajilta ja ammattilaisohjaajilta saatu tuki oli kuntoutujien mukaan valtaosin juuri tiedollista tukea.

"Pääohjaajalta. Lähinnä vastauksia kysymyksiin." (Kysely, lomake 20)

"Ammattilaisohjaajalta, ruokavaliosta, liikunnasta." (Kysely, lomake 102)

Kuntoutujat pitivät tiedon saantia kuntoutuksen aikana pääosin riittävänä ja elintapamuutosten kannalta tärkeänä. Kuntoutujat toivoivat kuitenkin lääkärin luentoja mukaan kuntoutuskurssin ohjelmaan.

”Sai riittävästi tarpeellista tietoa.” (Kysely, lomake 191)

”... ruoan terveellisyydestä suolapitoisuudesta ja kaikesta siitä että kannattaa todella kaupassa katsoa että mitä ostaa ja vaikka se nyt on tiedossa ollut mutta siitä huolimatta niin se että se kerrottiin täällä asiantuntijoitte taholta niin kyllä se pisti miettimään sen että mitä kaupasta ostaa...” (Haastattelu 2, vastaaja 5)

” Varmaan lääkärin luento olisi hyvä, vaikkakin ohjaajat olivat erittäin hyviä.” (Kysely, lomake 20)

Vastaajat kokivat saaneensa materiaalia kuntoutuksen aikana sopivasti (97 % N= 196) ja suurin osa (73 %, N= 198) ilmoitti tutustuneensa kurssin aikana saamaansa materiaaliin huolellisesti. Kuitenkin yli neljännes kuntoutujista (27 %) ilmoitti tutustuneensa materiaaliin vain pintapuolisesti. Suurimmaksi syyksi tähän ilmoitettiin se, että kuntoutujat kokivat saaneensa riittävästi tietoa ja materiaalia jo aiemmin, joten tarvetta huolelliseen tutustumiseen ei enää ollut. Muina syinä materiaalin pintapuoleiseen tarkasteluun mainittiin kiireet ja muiden asioiden tekeminen, laiskuus sekä fyysiset ongelmat kuten huono näkö tai sairauden tuoma väsymys. Diagnoosilla ei ollut vaikutusta materiaaliin tutustumiseen.

Tulppa-kuntoutusryhmissä käytettiin ennen vuonna 2008 alkaneita ryhmiä kuntoutujien materiaalina Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjaa, joka on Suomen Sydänliiton potilasoppaita. Varsinainen Tulppa-ohjelmaan tehty ryhmäläisen materiaali ei siis ollut vielä tutkimusryhmällä käytössä. Kuntoutujat kokivat Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjan olevan kuitenkin pääosin hyvä materiaali kuntoutuksessa käytettäväksi.

Suurimmaksi ongelmaksi koettiin käsikirjan hyödyllisyys läheisille. Vain puolet vastaajista piti käsikirjaa täysin tai jokseenkin hyödyllisenä läheisille ja melko suuri osa vastaajista (38 %) ei osannut arvioida asiaa (taulukko 8.). Verrattaessa sepelvaltimotautipotilaita muihin diagnoosiryhmiin ei suhtautumisessa käsikirjaan ollut eroja kuin taulukoiden ja tehtävien selkeyteen liittyen. Sepelvaltimokuntoutujat kokivat käsikirjan tehtävät ja taulukot selkeämmiksi kuin muut kuntoutujaryhmät (68 % vs. 46 %, N= 174, p=.013).

TAULUKKO 8. Kuntoutujien mielipiteet Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjasta (%)

	Täysin/jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin/täysin eri mieltä
Helppolukuinen (N= 185)	96 %	2 %	2 %
Hyvä ulkoasu (N= 179)	95 %	5 %	1 %
Hyödyllinen (N= 179)	95 %	5 %	1 %
Riittävä sisältö (N= 183)	93 %	6 %	1 %
Selkeät taulukot ja tehtävät (N= 174)	92 %	8 %	-
Omahoitoon kannustava (N= 177)	85 %	12 %	2 %
Rakenteeltaan looginen (N= 173)	85 %	15 %	-
Apuna kuntoutumisessa (N= 173)	83 %	15 %	2 %
Mielekkäät tehtävät (N= 173)	83 %	15 %	2 %
Auttoi elintapamuutoksissa (N= 184)	79 %	17 %	4 %
Hyötyä läheiselle (N= 165)	50 %	38 %	12 %

Käsikirjan käyttö kuntoutuksen intensiivijakson jälkeen (ensimmäisten 10 kerran jälkeen) jakoi vastaajat kahtia (N= 193). Kuntoutujista 48 % ilmoitti käyttäneensä käsikirjaa myös intensiivijakson jälkeen ja 52 % ilmoitti, että ei ollut käyttänyt käsikirjaa enää intensiivijakson jälkeen kuntoutumisen apuna. Käsikirjaa ei intensiivijakson jälkeen käytetty, koska ei koettu enää tarvetta tutustua käsikirjaan, vaan tietoa oli jo saatu riittävästi. Muina syinä mainittiin kiireet ja se, että käsikirjaa ei muistettu käyttää enää myöhemmässä vaiheessa. Kuntoutujat kertoivat käyttäneensä käsikirjaa asioiden kertaamiseen tai tietojen tarkistamiseen. Yleisimmin käsikirjaa käytettiin ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvissä asioissa. Kuntoutujat pitivät hyvänä sitä, että he saivat kirjallista materiaalia kotiin, jolloin asioihin pystyi palaamaan myöhemmin.

"...kirja mikä meille nyt jäi... joku rupee joskus askarruttamaan huono muisti kun on niin ei aina kaikkea muista niin se on hirmu helppo tarkistaa siitä kirjasta. Se on hyvä että jäi tämmönen dokumentti meille." (Haastattelu 2, vastaaja 5)

"Kyllä. Olen tarkistanut tietoja ja ohjeita." (Kysely, lomake 113)

Kuntoutujat, jotka ilmoittivat tutustuneensa kurssin aikana saamaansa materiaaliin huolellisesti, käyttivät käsikirjaa useammin intensiivijakson jälkeen verrattuna kuntoutujiin, jotka olivat tutustuneet materiaaliin vain pintapuolisesti (58 % vs. 18 %, N= 188, p.=.001). Sillä oliko kuntoutuja sepelvaltimotautipotilas, diabeetikko, aivoverenkiertohäiriöpotilas tai riskiryhmään kuuluva ei ollut vaikutusta käsikirjan käyttöön intensiivijakson jälkeen.

Kuntoutujien suhtautumisella käsikirjaan näytti olevan vaikutusta siihen, käytettiinkö sitä kuntoutumisen apuna intensiivijakson jälkeen. Vastaajat, jotka pitivät käsikirjaa loogisena, käyttivät sitä kuntoutumisen tukena intensiivijakson jälkeen enemmän kuin ne, jotka eivät osanneet arvioida käsikirjan loogisuutta (52 % vs. 31 %, N= 169, p.=.042). Samoin kuntoutajat, jotka pitivät käsikirjan tehtäviä ja taulukoita selkeinä, käyttivät sitä intensiivijakson jälkeen enemmän kuin ne, jotka eivät osanneet arvioida tehtävien ja taulukoiden selkeyttä (53 % vs. 23 %, N= 168, p.=.039). Tehtävien mielekkyys vaikutti myös käsikirjan käyttöön, sillä ne jotka pitivät käsikirjan tehtäviä mielekkäinä, käyttivät käsikirjaa enemmän intensiivijakson jälkeen verrattuna kuntoutujiin, jotka eivät osanneet arvioida tehtävien mielekkyyttä tai kokivat, että tehtävät eivät olleet mielekkäitä (53 % vs. 28 %, N= 168, p.=.015).

Jos kuntoutajat kokivat, että käsikirja kannusti heitä omahoitoon, auttoi heitä kuntoutumisessa tai elintapamuutoksissa, niin he todennäköisemmin käyttivät sitä kuntoutumisen tukena intensiivijakson jälkeen verrattuna niihin, jotka eivät osanneet arvioida asiaa tai eivät kokeneet, että käsikirja olisi ollut heille apuna (taulukko 9.).

TAULUKKO 9. Käsikirja kuntoutumisen, elintapamuutosten ja omahoidon tukena ja sen vaikutus käsikirjan käyttöön kuntoutuksen intensiivijakson jälkeen

	Kuntoutujien mielipide	Käsikirjan käyttö (%)	
		Kyllä	Ei
Käsikirja auttoi kuntoutumisessa (N= 169, p.= .001)	täysin/jokseenkin samaa mieltä	58 %	42 %
	en osaa sanoa/jokseenkin eri mieltä	17 %	83 %
Käsikirja auttoi elintapamuutoksissa (N= 179, p.= .004)	täysin/jokseenkin samaa mieltä	55 %	45 %
	en osaa sanoa/jokseenkin eri mieltä	29 %	71 %
Käsikirja kannusti omahoitoon (N= 171, p.= .001)	täysin/jokseenkin samaa mieltä	57 %	43 %
	en osaa sanoa/jokseenkin eri mieltä	19 %	81 %

Kuntoutuksen merkitys omien elintapamuutosten kannalta vaikutti myös siihen, miten Selpelvaltimokuntoutujan käsikirjaa käytettiin intensiivijakson jälkeen kuntoutumisen tukena. Mitä merkittävämpänä vastaajat pitivät kuntoutusta omien elintapamuutosten kannalta, sitä todennäköisemmin he myös käyttivät käsikirjaa intensiivijakson jälkeen ja mitä pienempi oli kuntoutuksen rooli elintapamuutosten kannalta, sitä vähemmän käsikirjaa käytettiin intensiivijakson jälkeen (taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Kuntoutuksen merkitys elintapamuutosten onnistumisessa ja sen vaikutus käsikirjan käyttöön intensiivijakson jälkeen (N= 178, p.= .019)

		Käsikirjan käyttö intensiivijakson jälkeen	
		Kyllä	Ei
Kuntoutuksen merkitys omien elintapamuutosten kannalta	Erittäin merkittävä	63 %	37 %
	Melko merkittävä	43 %	57 %
	Ei merkitystä kohdallani	29 %	71 %
	Vain hieman merkittävä	25 %	75 %

Suuri osa vastaajista (71 %, N= 187) ilmoitti saaneensa myös muuta materiaalia kuntoutuksen aikana. Kuntoutujien mukaan muu materiaali oli pääosin erilaisia ruokaohjeita tai liikuntaohjeita. Ruokaohjeista mainittiin mm. ohjeet rasvan, kuidun, suolan ja sokerin käytöstä sekä energiankulutukseen liittyvät taulukot. Liikuntaohjeista mainittiin venyttelyohjeet, henkilökohtaiset harjoitusohjelmat, liikuntapäiväkirja, Kunnossa kaiken ikää (KKI)-ohjelman kuntokalenteri sekä UKK-instituutin liikuntapiirakka. Eri järjestöjen kuten Sydänliiton ja Allergia- ja astmaliiton materiaalia oli saatu, mutta mitään tiettyä opasta ei mainittu.

Muun materiaalin käyttö intensiivijakson jälkeen jakoi kuntoutujat kahtia. 47 % vastaajista ilmoitti käyttäneensä muuta kuntoutuksen aikana saamaansa materiaalia intensiivijakson jälkeen kuntoutuksen tukena, kun taas 53 % kuntoutujista ei ollut käyttänyt muuta materiaalia enää intensiivijakson jälkeen.

Tiedollisena tukena nousi kuntoutujien mukaan esiin vertaisohjaajien kokemuksellinen tieto. Kuntoutujat toivat esille tärkeänä asiana vertaisohjaajan oman kokemuksen ja toimimisen sitä kautta esimerkkinä. Lisäksi vertaisohjaajan kokemustieto sairauteen liittyvistä asioista koettiin vahvuudeksi.

”Asian kokenut tietää parhaiten” (Kysely, lomake 19)

”Erittäin tärkeänä. Vertaisohjaajalla oli erittäin paljon sellaista tietoa mitä meillä ryhmässä ei olisi ollut ilman hänen mukana oloaan” (Kysely, lomake 63)

”Kyllähän hänellä oli kokemuksia tietysti oli enemmän kun meillä ja tuota ja tietooki asioista...” (Haastattelu 1, vastaaja 2)

”Kyllähän se tärkeä on hän ties tota jo kertoo omalta osaltaan meille ja osas kysellä näiltä ohjaajilta että sitte vielä tarkempia tietoja, että eihän me ois osattu kyselläkkään.” (Haastattelu 1, vastaaja 3)

7.1.4 Välineellinen tuki ja arviointituki

Kuntoutujat kokivat, että Tulppa-ryhmässä oli riittävä määrä käytännönläheisiä harjoituksia ja tehtäviä, jotka tukivat kuntoutumista (taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Kuntoutusta tukevien tehtävien ja harjoitusten määrä kurssilla (N= 197)

Tehtävien ja harjoitusten määrä kurssilla	%
liian vähän	10 %
sopivasti	90 %
liikaa	-

Vastaajien mukaan parhaimmat tehtävät kuntoutumiskurssilla olivat 6-minuutin kävelytesti (77 %), liikuntapäiväkirja (60 %) ja ruokapäiväkirja (51 %). Lähes puolet (44 %) kuntoutuji piti myös rasvanlaatutestiä hyvänä. Osa vastaajista koki, että harjoituksia oli liian vähän ja tällöin yleensä kaivattiin lisää liikuntaa ryhmiin. Haastateltavat kokivat myös toiminnalliset menetelmät hyviksi ja muun muassa liikuntapäiväkirja motivoi elintapamuutoksiin. Haastateltavat olisivat toivoneet lomakevastaajien tapaan liikuntaa lisää kurssiin.

*”Minusta oli tuo liikuntapäiväkirja hyvä idea sitä ei ollenkaan huomaakaan kuinka vähän sitä liikkuu jos ei sitä kirjaa päivittäin ylös ja se...kannusti sitten vaikkei ois aina niin huvit-
tanutkaan lähtee lenkille niin se niin ku käski lähtemään...” (Haastattelu 2, vastaaja 4)*

”Liikunta-aiheiset testit ne on nimenomaan hyviä hyviä tuota sitä vähän oppi tuntemaan sen oman kuntonsa sitä voi itse kuvitella olevansa paremmassa kunnossa kun onkaan...” (Haastattelu 1, vastaaja 9)

”Kyl sitä ois kaivannu siinä vähän tämmöstä ruumiillista - siis jumppaa - se ei niin ku mitä meillä oli että se oli semmosta pelkkää istumista... et joka ikiseen kokoontumiseen vois olla pieni hetki jumppaa, ” (Haastattelu 2, vastaaja 5)

Haastatteluaineistosta nousi esille voimaantumista tukevana tekijänä palautteen saanti ja sosiaalinen vertailu. Palautetta saatiin etenkin erilaisten testien ja muiden toiminnallisten tehtävien kautta. Henkilökohtaista palautetta toivottiin kuitenkin enemmän esimerkiksi koti-
tehtäviin liittyen.

”Ainaki siinä loppu puolella sitte ku tuota tehtiin se uus kävelytesti niin sillonhan me saatiin että mitenkä mejän kunto ol kohenna...” (Haastattelu 1, vastaaja 3)

”...niin se oli ryhmäkeskustelua oli siinä että se oli ihan tärkeä ja jokkainen sai sanoa ja mikä niistä (kotitehtävät) kukin oli oikein se oli minusta hyvä palaute kyllä.” (Haastattelu 2, vastaaja 1)

"Hiljaa mielessään voi verrata muiden ja omaa kuntoaan ja todeta, että mahdollista vielä nostaa omaa kuntoaan." (Kysely, lomake 125)

Kuntoutujat kokivat saaneensa myös "uskon vahvistusta" omalle toiminnalleen elintapojen suhteen, kun he saivat ammattilaisilta tietoa terveellisiin elintapoihin liittyen ja huomasivat toimineensa jo näin omassa arkielämässään.

"Minulla nyt ei varmaan niin suuresti muuttunu ne elintavat tosiaan mutta tuota koska niitä ol hyvin suurelta osalta nouatettu jo näitä tämmösiä ravintotottumuksia jo syämätapoja jo ennestäänki mutta tuota sitä semmosta uskoa se ainakin toi sitte siihe siihe että tääl ollaan oikeella tiellä..." (Haastattelu 1, vastaaja 2)

"No hyötyähän aina kaikesta tämmösestä on antaahan se aina uskon vahvistusta että se mitä on tehny on tehny oikein ja kun tulee asiantuntija sanoo että näin pitää tehdä niin sit siinä tulee että näinhän mä oon tehny että ihan hyvin olen osannut." (Haastattelu 2, vastaaja 5)

Ryhmässä tapahtui sosiaalista vertailua eli muiden ryhmäläisten kertomuksia ja toimintaa peilattiin omaan käyttäytymiseen ja muiden esimerkeistä otettiin oppia. Oma tilannetta verrattiin toisten tilanteeseen ja se antoi uskoa omaan selviytymiseen ja vähensi pelkoja.

"Onhan se panna ainaki yrittämmään että kun huomaa että toi kaveri on vähän kuntoillunna tuossa noi ja se on kehununna että mitenkä se on se porkkanaki maistunna hyvälle ni... se pitää ruveta uskomaan itekki että kyllä se näin on." (Haastattelu 1, vastaaja 3)

"...se just että ku ryhmäläisistä - ryhmäläisistä joku kertoo miten hän on tehnyt niin sit hok-saa et ajjaa näinhän minäkin voin tehdä..." (Haastattelu 2, vastaaja 5)

7.2 Tulppa-kuntoutujien voimaantumisen onnistuminen ryhmässä

7.2.1 Kuntoutujien oppimisprosessi kuntoutuksen aikana

Suurin osa (90 %) kuntoutujista oppi ryhmässä kuntoutumiseen liittyvää uutta asiaa. Valtaosa kuntoutujista oppi mitä valtimotaudeilla tarkoitetaan (92 %, N= 176), miten vaaratekijät vaikuttavat valtimotauteihin tai niiden syntyyn (91 %, N= 169), mitä hyötyä elintapamuutoksista on (89 %, N= 166), kuinka muuttaa elintapojaan (86 %, N= 160), liikunnan tärkeyden ja kuinka liikkua oikein (91 %, N= 174) sekä mitä terveellisellä ruokavaliolla tarkoitetaan (95 %, N= 165). Vähiten opittiin sosiaaliturvaan (38 %, N= 148), terveystalvelujen käyttöön (44 %, N= 143) ja seksuaalielämään liittyvistä asioista (48 %, N= 155). Stressiin, masennukseen, mielialaan sekä oireiden tunnistamiseen liittyen oli myös vielä opittavaa (liite 12.).

Kuntoutujat kokivat myös ajatusmaailmansa muuttuneen kuntoutuksen aikana. Vaikka tietoa olikin saatu jo aiemmin, niin vasta kuntoutuksen aikana tieto todella sisäistettiin.

”Aktivoi ainakin ajatusmaailmaa tavallisessa arjessa.” (Kysely, lomake 120)

”Laittoi ajattelemaan uudella tavalla terveempiä elämän tapoja.” (Kysely, lomake 18)

”...kyllä se pisti miettimään ...ihan tämmösiä pieniä asioita jotka tavallaan on tiedossa mut niitä ei tiedosta.” (Haastattelu 2, vastaaja 5)

”...nyt oon oppinut sitten täällä Tulppa-ryhmässä niin tuota uskomaan sitä...kyllähän se ruokavalio ja ne ne ajatukset on on tosiaan muuttunut täällä ja kyllä ruoka on on on se ykkösen ja sitte liikunta on kyllä kans että ...niin ku tavallaan kirkastu nyt täällä että tuota johan sen on tiennyt ennenkin että liikunta on ja ruoka on tärkeitä mutta tuota ne on tosiaan kirkastunut täällä ne tekijät.” (Haastattelu 1, vastaaja 2)

7.2.2 Kuntoutujien sitoutuminen kuntoutukseen

Ryhmähaastatteluun osallistuneet kuntoutujat toivat esiin kuntoutujan oman vastuun elintapamuutoksissa. Heidän mukaansa kuntoutuja on itse vastuussa muutoksistaan ja omasta kuntoutumisestaan.

” Ku sieltä peilistä kahtoo niin kyllä se taitaa sieltä näkyä.” (Haastattelu 1, vastaaja 3)

” Kyllä se omasta tahosta lähtee...” (Haastattelu 2, vastaaja 3)

Tulppa-kuntoutujista hieman yli puolet (57 %, N= 204) ilmoitti valinneensa avaintekijän. Yleisimmin avaintekijäksi valittiin painoon (ylipaino, painonpudotus) liittyvä tekijä (47 %) tai liikunta ja kunnon ylläpitäminen (30 %). Muita yleisiä avaintekijöitä olivat ruokavalio (14 %) ja rasva-arvot (14 %). Iällä näytti olevan merkitystä siihen valittiinko avaintekijää, muilla taustamuuttujilla ei. Nuoremmat kuntoutujat valitsivat todennäköisemmin avaintekijän kuin vanhemmat (taulukko 12.).

TAULUKKO 12. Iän vaikutus avaintekijän valintaan (N= 191, p.= .018)

Ikä	Avaintekijän valinta (%)	
	Valittu	Ei valittu/ilmoitettu
65 tai alle	68 %	32 %
66 - 75	54 %	46 %
yli 75	39 %	61 %

Osa kuntoutujista valitsi hyvin käsitteellisen avaintekijän kuten kokonaisuuden, tilanteen ennallaan pysymisen tai terveellisen elämän, kun tavoitteena on valita mahdollisimman konkreettinen avaintekijä, jota on helppo muuttaa. Lisäksi lähes kolmannes (28 %) valitsi usean avaintekijän, vaikka tarkoituksena on valita vain yksi avaintekijä.

Kuntoutuja valitsi yleensä avaintekijäksi joko vaaratekijän kuten ylipainon, jonka muuttamisen koki tarpeelliseksi tai elintapamuutoksen kuten liikunnan lisäämisen, jonka avulla halusi vaikuttaa vaaratekijöihinsä. Osa ryhmäläisistä valitsi avaintekijän muista syistä kuten toisen henkilön suosituksesta tai terveyden ja kunnon ylläpidon takia.

” Omasta mielestä muut kunnossa.” (Kysely, lomake 8)

” Koska se (painonhallinta) vaikuttaa verenpaineeseen.” (Kysely, lomake 2)

”Jos liikunta auttaisi pysymään paremmassa kunnossa.” (Kysely, lomake 151)

Haastatteluissa toiselle ryhmälle avaintekijä ja sen merkitys oli hyvin selvä ja avaintekijästä oli puhuttu heti kuntoutuksen alussa. Sen sijaan toiselle ryhmälle avaintekijä ei ollut terminä tuttu, eivätkä ryhmäläiset olleet valinneet itse omaa henkilökohtaista avaintekijää ryhmässä. Yksi haastateltavista koki olevansa pakotettu valitsemaan avaintekijän, vaikka ei itse kokenut tarpeelliseksi muuttaa mitään vaaratekijää.

Muiden ryhmäläisten tuella näytti olevan vaikutusta avaintekijän valintaan. Kuntoutujat, jotka kokivat saaneensa muilta ryhmäläisiltä tukea paljon tai edes jonkin verran, valitsivat todennäköisemmin avaintekijän kuin ne kuntoutujat, jotka eivät kokeneet saaneensa ryhmältä tukea tai eivät osanneet arvioida ryhmäläisiltä samaansa tukea (taulukko 13.).

TAULUKKO 13. Muiden ryhmäläisten tuen vaikutus avaintekijän valintaan

		Avaintekijän valinta	
		valittu	ei valittu
Ryhmältä saatu tuki (N=181, p.=.009)	paljon/ jonkin verran	64 %	36 %
	en osaa sanoa/ vähän/ ei lainkaan	38 %	62 %

Kuntoutujat, jotka kokivat saaneensa vertaisohjaajalta tukea, valitsivat avaintekijän huomattavasti useammin kuin ne, jotka eivät kokeneet saaneensa vertaisohjaajilta tukea (63 % vs. 42 %). Valitettavasti tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (p.=.051).

7.2.3 Kuntoutujien muutosprosessi kuntoutuksen aikana

Kuntoutujista noin puolet (52 %) koki saamansa uuden tiedon muuttaneen toimintaansa ja 5 % koki, että heidän toimintansa ei muuttunut kuntoutuksen aikana. 42 % vastaajista ei osannut arvioida muuttuiko heidän toimintansa. Kysymykseen oli vastattu puutteellisesti, joten tuloksiin on syytä suhtautua kriittisesti. Uuden tiedon tuomaa muutosta liittyen valtiomotauteihin ja elintapa-asioihin on selvitetty tarkemmin liitteessä 13.

Valtaosa kuntoutujista (90 %, N= 204) koki saaneensa aikaan muutoksia elintavoissa. Eniten muutoksia saatiin aikaan rasvojen käytössä sekä kasvisten ja hedelmien käytössä. Suurimmalla osalla ei ollut tarvetta tupakoinnin lopettamiseen tai alkoholin käytön muutokseen. Vähiten muutoksia saatiin aikaan stressin vähentämisessä (taulukko 14.).

TAULUKKO 14. Elintapamuutosten onnistuminen

Muutos	Muutoksen onnistuminen (%)		
	Kyllä	Ei	Ei tarvetta kohdallani
Kasvisten ja hedelmien käytön lisääminen (N= 179)	85 %	3 %	12 %
Kovan rasvan käytön vähentäminen (N= 178)	79 %	2 %	19 %
Pehmeän rasvan käytön lisääminen (N= 172)	79 %	6 %	15 %
Mielialan parantaminen (N= 160)	73 %	8 %	19 %
Kalan käytön lisääminen (N= 177)	68 %	15 %	16 %
Säännöllisen liikunnan aloitus/ lisääminen (N= 171)	64 %	15 %	21 %
Stressin vähentäminen (N= 148)	45 %	20 %	35 %
Alkoholin käytön vähentäminen (N= 153)	23 %	15 %	62 %
Tupakoinnin lopetus/vähentäminen (N= 143)	13 %	8 %	78 %

Samat elintapoihin liittyvät muutokset tulivat esille myös haastatteluvastauksissa.

”...kyl mäkin ennen tuota vihreetä kurkkua ni en mitenkään himoinnu että mieluummin vähän koitin vältellä mutta nyt sitä tulloo oikeestaan huolehittua että sitä on aina suatavilla...” (Haastattelu 1, vastaaja 3)

”...leikkeleet otan sellasina vähärasvasina liha sellanen palanen jossa on vähän rasvaa siinä päällä ja sitte kalaa syön niistä saa hyviä ja sitte kesällä nii sieniä pitää kerätä ja välillä sitte marjoja...” (Haastattelu 2, vastaaja 1)

”... vähän tuo liikunta on lisääntyny...” (Haastattelu 1, vastaaja 9)

Jos elintapamuutoksissa ei omasta mielestä onnistuttu omien tavoitteiden mukaisesti, kuntoutujat ilmaisivat syyksi sen, että motivaatiota ei riittänyt kaikkeen muutokseen tai että tarvittavat muutokset oli tehty jo aiemmin. Osa kuntoutujista mainitsi syyksi myös mm. väsymyksen ja mielialaongelmat ja joillekin muutokset terveydentilassa huonompaan suuntaan aiheuttivat sen, että elintapamuutoksista ja kuntoutumisesta jouduttiin tinkimään.

" minulla nyt ei varmaan niin suuresti muuttunu ne elintavat tosiaan mutta tuota koska niitä ol hyvin suurelta osalta nouatettu jo näitä tämmösiä ravintotottumuksia...jo ennestäänki..." (Haastattelu 1, vastaaja 2)

" no mitäs sitä muuttaa hyvät... niitä ei saa paremmaksi, ei millään pysty. " (Haastattelu 2, vastaaja 5)

"Minulla oli jo hyvin terveelliset elämäntavat stressiä lukuun ottamatta." (Kysely, lomake 114)

"...sain aivoverenkiertohäiriön. Se vei takapakkia paino/vyötärö nousivat ja masennus tuli..." (Kysely, lomake 175)

Ryhmältä tukea saaneet kokivat toisten ryhmäläisten ja heidän tukensa vaikuttaneen kuntoutumiseen ja elintapamuutoksiin enemmän verrattuna kuntoutujiin, jotka eivät kokeneet samassa määrin saaneensa tukea muulta ryhmältä (76% vs. 45 %, N= 176, p.=.001).

Mitattavissa vaaratekijöissä tapahtui elintapamuutosten tapaan suurimmalla osalla (83 %, N= 204) kuntoutujista muutoksia. Eniten muutoksia saatiin aikaan kävelymatkan ja kokonaiskolesterolin suhteen. Vaaratekijöistä laihduminen ja vyötärön ympäryksen kaventuminen olivat vaikeimmin muutettavissa. Yli kolmannes kuntoutujista ei kokenut korkean veren sokerin alentamista tarpeelliseksi (taulukko 15.).

TAULUKKO 15. Muutokset kuntoutuksen aikana mitattavissa vaaratekijöissä

Muutos	Muutoksen onnistuminen (%)		
	Kyllä	Ei	Ei tarvetta kohdallani
Kävelymatka pidentyi (N= 153)	71 %	14 %	15 %
Kokonaiskolesteroli aleni (N= 168)	70 %	11 %	20 %
LDL aleni (N= 158)	62 %	17 %	22 %
HDL nousi (N= 150)	55 %	21 %	24 %
Paino aleni (N= 169)	54 %	34 %	12 %
Triglyseridit aleni (N= 147)	53 %	20 %	27 %
Kohonnut verenpaine aleni (N= 162)	51 %	24 %	26 %
Vyötärön ympäryys kaventui (N= 170)	50 %	37 %	13 %
Korkea verensokeri aleni (N= 152)	39 %	26 %	35 %

Kuntoutujien mukaan muutoksen sai aikaan ennen kaikkea ammattilaisohjaajien tuki (50 %), ammattilaisten antama asiallinen tieto (48 %) sekä ryhmän tuki (47 %).

"...ryhmä on innostanu että liikkumaan ja sen myötä on sitten kuntokin noussu ja olotila korjaantunut." (Haastattelu 1, vastaaja 9)

"...tosiaan kuuluo toisten toisten kertomuksia siitä ni se vähän innostaa niin ku ihteensä aina liikkumaan ja varovammin syömään..." (Haastattelu 1, vastaaja 10)

"Heidän kertomuksensa ja esimerkkinsä toipumisesta ja tekemisistään antoi suuresti "puhtia" oman tilanteen hoitamiseen." (Kysely, lomake 148)

"Olemme patistaneet toisiamme liikkumaan." (Kysely, lomake 157)

Alueellisesti näytti olevan eroja siinä, miten tärkeänä muutokseen motivoivana asiana kuntoutujat pitivät ryhmän tukea tai ammattilaisten antamaa asiallista tietoa (taulukko 16.).

TAULUKKO 16. Muutokseen motivoiviin tekijöihin liittyvät alueelliset erot

Sairaanhoidopiiri	Muutokseen motivoiva asia (%)			
	Ryhmän tuki (N= 180, p.= .023)		Ammattilaisten antama asiallinen tieto (N= 179, p.= .050)	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Päijät-Häme	72 %	28 %	32 %	68 %
Etelä-Karjala	53 %	47 %	49 %	51 %
Pohjois-Karjala	48 %	52 %	38 %	62 %
Kymenlaakso	42 %	58 %	37 %	63 %
Pohjois-Savo	39 %	61 %	72 %	28 %
Itä-Savo	24 %	77 %	47 %	53 %
Etelä-Savo	20 %	80 %	60 %	40 %

Kuntoutujat toivat esille muutokseen motivoivina tekijöinä lisäksi taustalla olevat vaarateki-
jät kuten ylipainon ja terveenä pysymisen.

Kuntoutujat saivat aikaan muutoksia mielialaan liittyen kuntoutuksen aikana. Suurimmalla osalla (77 %) pelot ja/tai ahdistus väheni ryhmän aikana. Lisäksi valtaosa oli sitä mieltä, että kuntoutuksen aikana yleinen elämäntyytyväisyys lisääntyi (85 %) ja mieliala parani (89 %). Haastateltavat nostivat esille kuntoutuksen tuomat muutokset voinnissa.

"No ihan yleinen oleminen on parempi..." (Haastattelu 1, vastaaja 5)

"...tuntuu että tänä kesänä on tullu voimia paljon enempi kun vuos sitte ja että mä jaksan paljon enemmän..." (Haastattelu 1, vastaaja 2)

Vertaistuella saattaa olla vaikutusta kuntoutujien mielialaan. Suurin osa vertaisohjaajalta tukea saaneista kuntoutujista koki pelkojensa ja/tai ahdistuksensa vähentyneen (87 %), mielialansa parantuneen (95 %) ja yleisen elämäntyytyväisyytensä lisääntyneen (92 %) kuntoutuksen aikana. Sen sijaan kuntoutujat, jotka kokivat tuen saannin olleen vähäisempää tai eivät osanneet sitä arvioida, ilmoittivat harvemmin muutoksista mielialassaan. Heistä 35 % koki pelkojensa ja/tai ahdistuksensa vähentyneen, 67 % mielialansa parantuneen ja 62 % yleisen elämäntyytyväisyytensä lisääntyneen. Otokoko eri kuitenkin riittänyt todentamaan sitä, että tulokset olisivat tilastollisesti merkitseviä, vaikka p-arvo olikin riittävän pieni ($p = .000$).

Vertaisohjaajilta saadun tuen tavoin muun ryhmän tuki saattaisi vaikuttaa siihen parantuu-ko ryhmäläisen mieliala kuntoutuksen aikana. Vastajat, jotka kokivat saaneensa ryhmältä tukea, kokivat suurin osa (90 %) myös mielialansa parantuneen. Sen sijaan niistä, jotka eivät kokeneet saavansa tukea samassa määrin, neljännes koki, että mieliala ei parantunut tai mielialan muutoksella ei ollut merkitystä. Tässäkin tapauksessa otokoko oli riittävästä p-arvosta ($p = .043$) huolimatta liian pieni todentamaan asiaa.

Vertaistuen vaikutusta mielialaan tukee myös se, että vertaistukea saaneista huomattavasti suurempi osuus koki muutoksia tapahtuneen mielialaan liittyvissä asioissa verrattaessa heitä koko aineistoon. Tätä vertailua ei kuitenkaan voitu tilastollisesti varmentaa, johtuen kysymysten asettelusta ja otoskoosta.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Triangulatiivisen tutkimusasetelman haasteena on pidetty sen varmistamista, että eri näkökulmilla tapahtuvassa tarkastelussa on kyse saman ilmiön eri puolien tarkastelusta, ei eri ilmiöiden tutkimisesta (Viinamäki 2007: 176). Tässä tutkimuksessa molemmilla aineistoilla saatiin hyvin samanlaisia tuloksia, joten kyseessä oli tulosten perusteella saman ilmiön tutkiminen. Haastatteluaineiston tulokset tukivat kyselytutkimuksen tuloksia, joten ne autoivat kyselytutkimuksen tulosten tulkinnassa. Triangulatiivisen tutkimusotteen avulla pystyttiin lisäämään tutkimustulosten luotettavuutta.

Kyselytutkimusten etuna pidetään sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto melko helposti. Lisäksi on olemassa valmiita aineistonkäsittelyyn liittyviä tilastointiohjelmia, joiden avulla lomakkeista saadun tiedon käsittely ja analysointi on melko helppoa. Kyselytutkimukseen liittyy kuitenkin myös heikkouksia. Ei ole mahdollista varmistaa, että vastaajat suhtautuvat tutkimukseen vakavasti ja vastaavat kysymyksiin huolellisesti ja rehellisesti. Aina ei ole tietoa vastausvaihtoehtojen onnistuneisuudesta, jolloin vastaajat saattavat ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut. Lisäksi lomakekysymyksissä kato saattaa nousta suureksi. (Hirsjärvi ym 2008: 190.)

Ennen varsinaista tutkimusta kyselylomake esiteltiin yhdellä tammikuun 2008 Tulpparyhmällä. Esitutkimukseen osallistui seitsemän ryhmäläistä ja heidän vastaustensa sekä palautteensa perusteella kyselylomaketta muokattiin. Joitakin vastausvaihtoehtoja vähennettiin ja materiaalikysymykseen laitettiin mukaan kuva Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjasta, sillä esitutkimuksesta selvisi, että jos ryhmän aikana oli jaettu muutakin materiaalia ja kirjaa ei ollut käytetty intensiivijakson jälkeen, niin käsikirjan nimeä ei muistettu. Esitustuksen avulla pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja saamaan selville kyselylomakkeeseen liittyvät mahdolliset epäselvyydet. Vastausten perusteella vaikutti siltä, että kysymykset olivat ymmärrettäviä. Lisäksi tutkimuksessa tehtiin kaksi fokusryhmähaastattelua, joiden avulla pyrittiin lisäämään lomakeaineiston tutkimustulosten luotettavuutta. Haastattelujen tulokset tukivat lomakevastauksia, joten voidaan olettaa, että kysymykset oli ymmärretty oikein ja niihin oli vastattu huolellisesti.

Kuntoutujat täyttivät lomakkeet kuntoutusjakson viimeisen kontrollikäynnin päätteeksi. Näin pyrittiin lisäämään vastausten määrää, sillä jos kuntoutujat olisivat saaneet lomakkeet kotiin vastattaviksi ja sitten postittaneet ne tutkijalle, olisi vastauksia saatu ehkä vähemmän. Lomakkeista palautui 85 %, joten vastauksia saatiin kattavasti ja tutkimustuloksia voidaan pitää määrän suhteen luotettavana. Kyselylomake oli pitkä, joten ehkä tästä syystä, moni jätti avoimiin kysymyksiin vastaamatta ja osaan rastitettavistakin kysymyksistä oli vastattu puutteellisesti. Etenkin tiedon saantiin liittyvä kysymys (liite 1 kysymys 25) oli pitkä ja monimutkainen, joten ohjeesta huolimatta osa vastaajista saattoi kokea sen täyttämisen liian vaikeaksi ja vastasi siihen puutteellisesti. Näitä puutteita pystyttiin kuitenkin täydentämään haastattelututkimuksen avulla.

Haastattelijan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, taustalla ja kokemuksilla voi olla suuri vaikutus haastattelujen onnistumiseen ja aineiston laatuun. Haastattelijalla, joka haastattelee ryhmää, on oltava kokemusta ainakin jonkin verran ryhmien vetämisestä. Haastatelta-

vat eivät voi olla myöskään riippuvuussuhteessa haastattelijaan. (Mäntyranta – Kaila 2008: 1509.) Ahola (2002, 25) painottaa myös haastattelijan kokemusta. Hänen mukaansa ryhmähaastattelun vetäjän on oltava harjaantunut, sillä hänen tulee hallita sekä haastattelulle asetetut sisällölliset tavoitteet että ryhmäprosessi.

Haastattelijan tehtävänä on luoda turvallinen ja salliva ilmapiiri, joka mahdollistaa erilaisten käsitysten ja mielipiteiden esittämisen (Mäntyranta – Kaila 2008: 1510; Ahola 2002: 25). Haastattelija huolehtii mahdollisista ongelmista kuten hiljaisista tai hallitsevista osallistujista. Erilaiset mielipiteet eivät ole ongelma vaan tarkoitus, mutta esimerkiksi yhteenotot vaativat puuttumista asiaan. Haastattelija vaikuttaa haastattelutilanteissa kertyvään aineistoon. Fokusryhmähaastattelussa myös haastateltavat vaikuttavat toisiinsa. (Mäntyranta – Kaila 2008: 1510.)

Tämän tutkimuksen tekijällä on kokemusta ryhmien ohjaamisesta ja tutkimuksen aihe oli tutkijalle erittäin tuttu. Haastattelija sai keskittyä pelkästään haastatteluun, kun toinen henkilö teki muistiinpanoja ja havainnoi tilannetta. Nämä seikat tukivat haastattelun onnistumista ja luotettavuutta. Varsinaista fokusryhmähaastattelua tutkija ei ollut aiemmin tehnyt ja tällä saattoi olla vaikutusta haastattelun sisältöön. Kokeneempi haastattelija olisi ehkä saanut haastateltavat pohtimaan aihesisältöjä syvällisemmin ja aineistoa olisi saatu enemmän. Lisäksi kokemuksen avulla tutkija olisi ehkä pystynyt saamaan hiljaisemmat osallistujat aktiivisemmin mukaan haastatteluun. Molempiin ryhmiin tuli yksi kuntoutuja myöhässä, mikä hetkellisesti häiritsi haastattelun etenemistä, mutta ei vaikuttanut itse haastattelun kulkuun sen enempää.

Haastateltavat vastasivat hyvin kysymyksiin ja haastattelun ilmapiiri vaikutti avoimelta ja turvalliselta, sillä ryhmäläiset uskalsivat tuoda esiin myös kehitettäviä asioita. Haastatteluissa mukana olleet ohjelmakoordinaattorit (1 koordinaattori/haastattelu) eivät olleet toimineet haastateltavissa ryhmissä ohjaajina, tosin toinen oli ollut ryhmässä kerran luennoimassa. Tämä ei kuitenkaan näyttänyt vaikuttavan haastatteluun tai sen sisältöön. Haastattelutilat olivat ryhmäläisille Tulppa-kuntoutuksesta tuttuja, mikä lisäsi turvallisuuden tunnetta. Ammattilaisohjaajat kävivät ennen haastattelua tervehtimässä ryhmää, mutta poistuivat tämän jälkeen, joten heidän läsnäolonsa ei häirinnyt haastattelua. Haastattelujen ryhmädynamiikassa ei havainnoijien mukaan ilmennyt ongelmia.

Sisällön analyysin ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei pysty objektiiviseen tarkasteluun analyysiprosessissa, vaan tulos perustuu subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Haasteena sisällön analyysissa voidaankin pitää sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan kategoriat niin, että kuvaus on mahdollisimman luotettava. (Kyngäs -Vanhanen 1999: 10.) Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 10). Tutkimusraportissa on käytetty runsaasti suoria lainauksia ja liitteenä on esitetty muodostuneiden kategorioiden ja teemojen lisäksi myös aineiston ryhmittely pelkistyksistä. Tutkimuksessa on käytetty ryhmähaastatteluaineiston lisäksi kyselyaineistoa ja molempien tulokset ovat hyvin samansuuntaiset, joten eri tutkimusmenetelmät ja triangulatiivinen ote lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta (Viinamäki 2007: 175-176; Hirsjärvi ym. 2008: 228.)

Kyselylomakkeen ja haastattelurungon laadinnassa konsultoitiiin Sosiaalikehitys Oy:n tutkijoita, jotka ovat kokeneita arviointi- ja kehittämistutkimuksen tekijöitä. He ovat erilaisissa hankkeissa laatineet lukuisia tutkimuslomakkeita. Heidän näkemystensä pohjalta lomakkeen kysymyksiä muokattiin ja kysymysten järjestystä muutettiin ennen esitutkimuksen tekoa ja haastattelurunkoa muokattiin ennen haastattelujen tekoa. Suomen Sydänliiton terveystalvupalvellaikköä konsultoitiiin lomakkeen ja haastattelurungon tiimoilta. Hänellä on kokemusta kuntoutukseen liittyvistä asioista, joten hänen asiantuntemustaan pystyttiin käyttämään kysymysten sisältöön liittyvissä asioissa.

8.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Suomen Sydänliiton Suomalaisen Sydänohjelman koordinaatiokokouksessa vuoden 2008 alussa, ennen varsinaista kyselytutkimusta. Lomaketutkimukseen osallistuneilta Tulppa-ryhmäläisiltä pyydettiin kirjallinen lupa, jonka allekirjoittamalla he lupautuivat osallistumaan vapaaehtoisesti tutkimukseen. Varsinainen lupa jäi Tulppa-ryhmän ammattilaisohjaajalle, koska se sisälsi tutkimukseen osallistuneiden nimet ja allekirjoitukset, jolloin tutkijan olisi ollut mahdollista käsialan perusteella tunnistaa vastaajia. Ohjaajille painotettiin luvan tärkeyttä ohjeissa ja pyydettiin lähettämään vain ne lomakkeet, joista lupa saatiin. Lisäksi ohjaajia kehoitettiin mainitsemaan tutkimuksen vapaaehtoisuus myös suullisesti, vaikka se oli kuntoutujien saatekirjeessä mainittu.

Eettiseltä kannalta on oleellista, että tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä ei pysty tunnistamaan lainauksista ja niihin liittyvistä merkinnöistä (Mäntyranta – Kaila 2008:1511). Tästä syystä haastattelututkimuksen aineistosta poimituissa suorissa lainauksissa ei käyt-

tetty tunnistetietoja, kuten ikää tai sukupuolta, sillä haastateltavien ryhmä oli sen verran pieni, että näiden tietojen avulla, joku vastaajista olisi saattanut olla tunnistettavissa. Samasta syystä ryhmien tarkkoja paikkakuntia ei ole tutkimusraportissa ilmaistu. Litterointi tehtiin sanatarkasti, mutta jos siitä poimittiin tutkimusraporttiin suoria lainauksia, jotka sisälsivät tunnistamista mahdollistavia ilmaisuja, niin ne jätettiin pois tai korvattiin sopivalla neutraalilla sanalla. Useimmiten tällainen tilanne syntyi, kun haastateltavat puhuivat ohjaajista etunimillä.

Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat saivat ammattilaisohjaajilta ennen lomaketutkimusta ja haastattelua saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja mainittiin tutkimuksen vapaaehtoisuus sekä se, että tutkittavia ei pystytä vastauksien perusteella tunnistamaan vaan heidän anonymiteettinsä säilyy. Ryhmähaastatteluun osallistuneilta ei kirjallista lupaa pyydetty, sillä oletettiin, että jos he tulevat tilaisuuteen, he haluavat ja ovat valmiita osallistumaan tutkimukseen. Haastateltavilta kuitenkin pyydettiin suullinen lupa nauhurin käyttöön ja heille kerrattiin suullisesti anonymiteettisuoja ja osallistumisen vapaaehtoisuus ennen haastattelun alkua.

8.3 Tulppa-kuntoutus voimaantumisen tukijana ja vertaistuen lähteenä

8.3.1 Sosiaalinen tuki voimaantumista edistävänä tekijänä

Tutkijoiden mukaan voimaantumista voidaan edistää ulkoisilla tekijöillä, vaikka voimaantumisprosessi lähtee ihmisestä itsestään (Siitonen 1999, Heikkilä - Heikkilä 2005). Samasta oletuksesta lähdettiin tässä tutkimuksessa ja pyrittiin löytämään tekijöitä, jotka edistävät Tulppa-ryhmäläisten kuntoutumista ja elintapamuutoksia, ja samalla heidän voimaantumistaan. Grossbergin (1995: 23) mukaan kaikki toiminta vaatii onnistuakseen voimaantumista. Muutosten tekeminen on toimintaa, joka vaatii paljon voimavaroja. Tästä syystä muutos on tuskin mahdollista, jos ihminen ei ole voimaantunut.

Ryhmäläisten esiin nostamia voimaantumista tukevia tekijöitä olivat tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki, välineellinen tuki ja arviointituki. Tiedollisessa tuessa esille nousivat etenkin ammattilaisilta saatu tieto, hyvä materiaali ja vertaisohjaajan kokemustieto. Emotionaalisessa tuessa esille nousivat mahdollisuus keskustella ja jakaa kokemuksia, myönteinen ilmapiiri ja muiden kannustus. Etenkin vertaistuki koettiin tärkeänä emotionaalisen tuen lähteenä ja muun ryhmän tuella näytti olevan myönteinen vaikutus kuntoutusryhmän ilmapiiriin. Ryhmä innosti kuntoutujia elintapamuutoksiin ja sen seurauk-

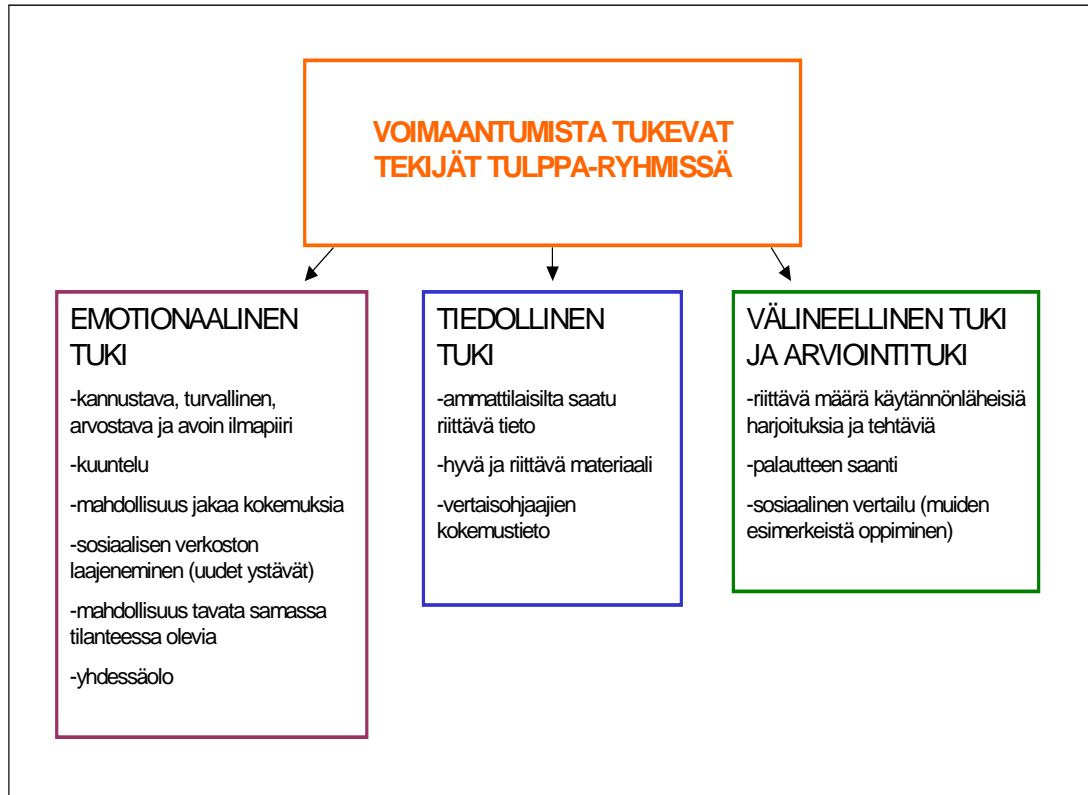
senä esimerkiksi liikunnan määrää oli lisätty. Kuntoutujat toivat esille yhdessä olon, keskustelun ja kokemusten vaihdon, joka helpotti oman tilanteen hyväksymistä, kun kuntoutujat huomasivat, että he eivät ole yksin tilanteensa kanssa.

Saman suuntaisia tuloksia on saatu aiemmissa vertaistukea selvittäneissä tutkimuksissa. Vertaistuen on todettu lisänneen potilaiden aktiivisuutta (Parent – Fortin 2000) ja auttaneen oivaltamaan, että ei ole yksin vaan muutkin jakavat samat huolet (Mead ym. 2001: 136). Diabetesliiton tekemän selvityksen mukaan kuntoutuskurssille osallistuneet pitivät erittäin tärkeänä mahdollisuutta jakaa kokemuksia toisten diabeetikoiden kanssa (Kallioniemi 2006: 34).

Viidennes kuntoutujista ei osannut arvioida, oliko muulla ryhmällä ja heidän tuellaan vaikutusta kuntoutumiseen ja elintapamuutoksiin. Voi olla, että kaikille ryhmämuotoinen kuntoutus ei ole sopivin kuntoutusmuoto tai ainakaan he eivät koe, että ryhmällä olisi suurta vaikutusta suuntaan tai toiseen kuntoutuksen suhteen. Näille kuntoutujille saattaisi esimerkiksi yksilöohjaus olla ihan yhtä tehokasta. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että nämä kuntoutujat eivät hyötyisi ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. Heille ei vain ryhmäntuki ole oleellinen asia kuntoutumisessa.

Toisaalta oli nähtävissä, että ei välttämättä ollut väliä, mistä tuki saatiin. Ne jotka kokivat saaneensa tukea yhdeltä sidosryhmältä, esimerkiksi muulta ryhmältä, saivat tukea myös muilta kuten ammattilaisohjaajilta. Tuen saanti näyttäisi siis kumuloituvan. Ne jotka kokivat saaneensa tukea, saivat sitä kaikilta eri tahoilta ja ne, jotka kokivat jääneensä vähemmälle tuelle, kokivat niin kaikkien eri sidosryhmien kohdalla, niin ammattilaisten kuin vertaistuen suhteen. Olisi tärkeää löytää ryhmistä ne kuntoutujat, jotka kokevat jääneensä ilman tukea kokonaan, jolloin heitä voitaisiin yrittää tukea mahdollisimman hyvin.

Välineellistä tukea ja arviointitukea saatiin toiminnallisista menetelmistä ja oman toiminnan vertaamisesta muihin ryhmäläisiin (sosiaalinen vertailu), jolloin muiden esimerkeistä opittiin ja ryhmäläiset oivalsivat asioita muiden tekemien muutosten kautta. Kuviossa 4 on esitetty tutkimuksessa esiin nousseet, Tulppa-avokuntoutukseen liittyvät, voimaantumista tukevat tekijät.



KUVIO 4. Voimaantumista tukevat tekijät Tulppa-ryhmissä

Samoja voimaantumista tukevia tekijöitä on noussut esille aiemmissä tutkimuksissa (muun muassa Siitonen 1999, Heikkilä – Heikkilä 2005). Heikkilä ja Heikkilä (2005: 30, 103) nostivat esiin muun muassa tiedollisen tuen ja palautteen saannin voimaantumisen onnistumiseen liittyvinä oleellisina asioina. Siitosen (1999: 62, 67, 73) tutkimuksessa nousi esiin emotionaaliseen tukeen liittyviä asioita kuten ilmapiiri, myönteiset kokemukset ja kannustus.

Voimaantumista edistäviin tekijöihin Tulppa-ryhmässä liittyy myös haasteita. Kuntoutujat toivoivat, että kuntoutusjaksoon sisältyisi lääkäriluento. Materiaaliin liittyvänä haasteena koettiin se, että Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjan ei uskottu tukevan omaisia riittävästi. Melko suuri osa vastaajista ei osannut arvioida asiaa ollenkaan. Läheiset eivät ehkä tutustuneet oppaaseen, jolloin asiaa oli hankala arvioida. Materiaalin käyttö intensiivijakson jälkeen jakoi kuntoutujat kahtia. Suurin syy tähän oli kuitenkin se, että kuntoutujat kokivat saaneensa riittävästi tietoa, eivätkä kokeneet tarvetta käyttää käsikirjaa enää myöhemmin kuntoutumisen tukena.

Sepelvaltimotautipotilaat pitivät ryhmäläisille jaetun käsikirjan tehtäviä ja taulukoita selkeämpinä kuin muut osallistujat. Ryhmissä jaettu Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja on alun perin tehty sepelvaltimotautipotilaita varten, joten sen sisältö on heille suunnattu. Tästä syystä muut ryhmässä olevat, esimerkiksi diabeetikot, eivät ehkä kokeneet tehtäviä ja taulukoita itselleen yhtä selkeinä. Materiaalia on tämän jälkeen muutettu ja muokattu enemmän kaikille eri kuntoutujaryhmille sopivammaksi.

Tietyistä aihealueista kuten työkyky ja eläkekysymyksistä, valtimotautipotilaan sosiaaliturvasta, psyykkisestä selviytymisestä sekä parisuhde ja seksuaalisuusasioista saatiin tietoa melko vähän. Pitkälti samoista asioista kuntoutujat kokivat myös oppineensa vähiten ja tarvitsevansa eniten lisätietoa. Mäkisen ja Penttilän (2007: 21, 24) tekemän selvityksen mukaan terveyskeskukset ja sairaalat antavat niukasti tietoa liittyen sosiaaliturvaan ja seksuaalisuuteen, joten syynä näiden aihealueiden niukkaan tiedon saantiin saattaa olla se, että näistä asioista ohjaajat puhuvat vähemmän kuntoutuksen aikana. Tulppa-ohjaajakoulutuksissa on noussut esille, että nämä aihealueet koetaan kaikkein haasteellisimmiksi ohjauksen suhteen. Ehkä terveydenhuollon peruskoulutuksessa ei kiinnitetä näihin asioihin riittävästi huomiota ja anneta valmistuville hoitajille ”eväitä” käsitellä näitä asioita asiakkaiden kanssa. Mäkisen ja Penttilän (2007: 23) selvityksen mukaan perusterveydenhuollossa ei ole mahdollisuutta moniammatilliseen kuntoutukseen, kun terveyskeskuksissa ei ole riittävästi esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä, joita voisi konsultoida tarvittaessa. Koulutuksessa kyllä käsitellään näitä aihealueita, mutta kynnys ottaa asiat esille ryhmässä on ehkä korkea.

Välineelliseen tukeen ja arviointitukeen liittyi myös haasteita. Henkilökohtaista palautetta toivottiin liittyen esimerkiksi kotitehtäviin ja testeihin. Tämän toteuttaminen ryhmässä saattaa olla hankalaa, sillä se veisi ohjaajalta aika paljon aikaa ja terveyskeskusten niukat resurssit eivät välttämättä riitä tähän. Tällöin yksilöohjaus voisi olla lisämahdollisuutena niille, jotka kokevat tarvitsevansa henkilökohtaisempaa palautetta ja tietoa.

Yksi eniten esille tulleista muutostarpeista oli liikunnan lisääminen kurssiin. Kuntoutusohjelman runkoon kuuluu, että joka kerralla ryhmässä on liikuntaa. Näyttää kuitenkin siltä, että liikunnan osuutta on vähennetty. Syynä saattaa olla se, että keskusteluun ja asiantietoon menee liian pitkä aika, jolloin liikuntaosuus, joka on yleensä ryhmän lopussa, jää väliin ajan puutteen vuoksi.

Emotionaaliseen tukeen liittyvänä suurena haasteena on vertaisohjaajan roolin selkeyttäminen. Osa samassa ryhmässä olleista kuntoutujista antoi ristiriitaista tietoa siitä, oliko ryhmässä mukana vertaisohjaaja. Osan mielestä heillä oli mukana vertaisohjaaja ja osan mielestä ei ollut. Eräs vastaajista ilmaisi avoimessa vastauksessa, että hän ei tiedä mikä on vertaisohjaaja. Osa kuntoutujista ilmaisi myös vertaisohjaajan olleen vain osa ryhmää, ei sen enempiä tai ottaneen jopa liiankin aktiivisen roolin.

Vertaisohjaaja ei ole ehkä terminä tuttu ja vertaisohjaaja on saattanut olla ryhmässä passiivinen, jolloin ryhmäläisille on jäänyt epäselväksi hänen roolinsa ryhmässä. Ehkä vertaisohjaajalle itselleenkin rooli ei ole selvä, jolloin hän saattaa olla mukana vain yhtenä ryhmäläisistä tai toisena ääripäänä ottaa sellaisen roolin, jossa tuo kaikki omat mielipiteensä esiin. Toisaalta vertaisohjaajan rooli ei ehkä ole ammattilaisohjaajillekaan selvä. Jos siis vertaisohjaaja ei itse tiedä rooliaan, eikä ryhmästä vastuussa oleva ammattilaisohjaajakaan sitä tiedä, niin on täysin ymmärrettävää, että vertaisohjaajan rooli jää ryhmälle epäselväksi. Kuntoutujat eivät toivoneet vertaisohjaajilta ihmeitä vaan ennen kaikkea rohkaisua ja kannustusta. Vertaisohjaajan ei siis odoteta olevan mikään ”supermies” vaan lähinnä tukija ja rohkaisija.

8.3.2 Voimaantuminen onnistuu Tulppa-ryhmissä

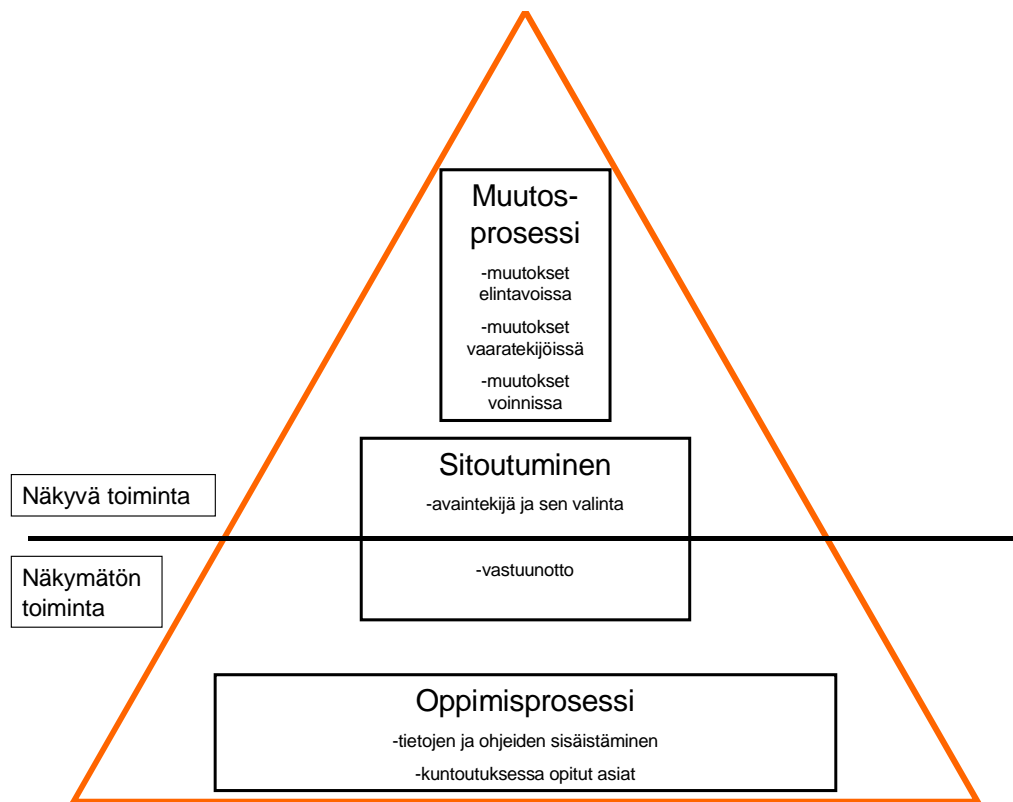
Grossbergin (1995: 23) mukaan voimaantuminen on toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamista, jolloin se on kaiken toiminnan ja osallistumisen välttämätön ehto. Jo tästä syystä voidaan ajatella, että Tulppa-avokuntoutuksessa olevat kuntoutujat ovat voimaantuneet, jos he pystyvät osallistumaan kuntoutukseen ja tekemään muutoksia ja valintoja sen aikana. Siitosen (1999) mukaan voimaantuminen on tilannekohtaista ja henkilöön sidonnaista, joten yleisiä voimaantumisen kriteereitä ei voida laatia. Turku (2007: 24) antaa voimaantumisen arvioinnille konkreettisemmän vertailukohdan. Hänen mukaansa ohjauksessa on voimaantumisen näkökulmasta onnistuttu, jos asiakkaan asettama tavoite on saavutettu tai hänen pystyvyyden ja voiman tunteensa on kasvanut.

Tässä tutkimuksessa lähdettiin siitä olettamuksesta, että kuntoutujat olivat voimaantuneet, jos he kokivat muuttuneensa ryhmän aikana. Taustalla oli Grossbergin (1995) ajatus voimaantumisesta toiminnan ehtona. Muutosta ajateltiin laajempaan kuin vain muutoksina mitattavissa vaaratekijöissä tai elintavoissa. Lisäksi tausta-ajatuksena oli Turun (2007: 24) ajatus siitä, että asiakkaan asettaman tavoitteen saavuttaminen kertoo voimaantumisesta. Tulppa-ryhmissä kuntoutuja valitsee itse avaintekijän ja avaintekijän muutosta seurataan.

Tulosten mukaan kuntoutujat kokivat saaneensa aikaan muutoksia vaaratekijöissä ja yleensä avaintekijäksi valittiin jokin vaaratekijä tai asia, jolla vaaratekijöihin voitiin vaikuttaa. Avaintekijäksi valittiin yleisimmin painonhallinta, liikunta ruokavalio tai rasva-arvot. Elintapamuutoksissa eniten saatiin aikaan ruokavalion suhteen ja rasvojen käytön suhteen ja vaaratekijöistä muuttuivat eniten kävelymatka ja kolesteroliarvot. Painoa lukuun ottamatta juuri avaintekijäksi valituissa asioissa tapahtui muutoksia. Painon voidaan ajatella olevan ongelmallinen avaintekijänä, sillä sen pudottaminen ei tapahdu hetkessä vaan muutokset näkyvät ensin yleensä muissa tekijöissä.

Monet kuntoutujat toivat esille sen, että heidän omasta näkökulmastaan kuntoutus oli onnistunut. Osa toi esille uskon vahvistumisen, kun ammattilaiselta saadun tiedon avulla huomasi tehneensä oikeita asioita. Tämä on varmasti lisännyt kuntoutujien pystyvyyden tunnetta.

Aineistosta nousi esille kolme voimaantumisen onnistumiseen liittyvää kategoriata: oppimisprosessi, sitoutuminen ja muutosprosessi (liite 8). Näiden kategorioiden keskinäistä suhdetta voidaan hahmotella jäävuori-esimerkin avulla (kuvio 5). Pohjalla on oppimisprosessi eli tietojen ja ohjeiden sisäistäminen sekä kuntoutuksessa opitut asiat. Nämä ovat voimaantumisprosessiin liittyviä asioita, jotka vaaditaan, jotta prosessissa päästään etenemään. Näitä muutoksia ei yleensä ulospäin näe. Seuraavana vaiheena on sitoutumisen kategoria, johon tässä aineistossa nousivat vastuunotto ja avaintekijä sekä sen valinta. Nämä muutokset saattavat olla jo osittain näkyviä. Vastuunottoa on hankala nähdä ulospäin, mutta avaintekijän valinta on näkyvä asia ryhmissä. Vasta näiden kahden vaiheen jälkeen päästään muutosprosessiin, joka on voimaantumiseen liittyvä näkyvä osa. Tulppa-kuntoutujien kohdalla tässä kategoriassa nousivat esille muutokset elintavoissa, vaaratekijöissä ja voinnissa. Vaaratekijämuutosten kohdalla yli kolmannes kuntoutujista ei kokenut korkean verensokerin alentamista tarpeellisena. Tätä selittää osaltaan diabeetikkojen vähäinen määrä ryhmissä.



KUVIO 5. Voimaantumisprosessi Tulppa-ryhmässä

Voimaantumisprosessiin liittyy haasteita. Avaintekijän valitsi vain noin puolet kuntoutujista ja sen valinnassa oli jonkin verran epäselvyyttä. Ammattilaisohjaajat eivät ehkä tuoneet avaintekijää esille tai eivät ainakaan riittävän tarkasti ohjanneet kuntoutujia sen valinnassa. Tätä puoltaisi muun muassa se, että osa kuntoutujista valitsi useamman avaintekijän. Monella avaintekijä ei ollut konkreettinen asia vaan hyvin epämääräinen ajatus, sillä osa kuntoutujista ilmoitti valinneensa avaintekijäksi esimerkiksi kokonaisuuden tai kuntoutuksen. Eräs haastateltavista koki joutuneensa valitsemaan avaintekijän, vaikka ei itse kokenut tarpeelliseksi muuttaa mitään vaaratekijää. Voi olla, että ryhmissä on mukana kuntoutujia, jotka eivät ole valmiita sitoutumaan muutoksiin ja kuntoutumiseen. He eivät ole ehkä vielä sisäistäneet omaa tilannettaan. Heillä saattaa olla vaaratekijät hoidossa lääkkeillä, jolloin ei ehkä ymmärretä elintapojen merkitystä lääkehoidon rinnalla.

Ikä vaikutti avaintekijän valintaan. Nuoremmat kuntoutujat valitsivat todennäköisemmin avaintekijän verrattuna vanhempiin kuntoutujiin. Osa ikääntyneistä kuntoutujista tuli ehkä ensisijaisesti hakemaan ryhmästä muuta kuin elintapamuutoksia ja ehkä kaikkein ikään-tyneimmät eivät pitäneet elintapamuutoksia omalla kohdallaan enää kovin tärkeitä.

Heille saattoi tärkeämpää olla esimerkiksi kokemusten jakaminen muiden ryhmäläisten kanssa. Lisäksi, jos ohjaaja ei selittänyt avaintekijän merkitystä ja sen konkreettisuutta selkeästi, niin saattoi olla, että iäkkäämmille ihmisille asian oivaltaminen ei onnistunut.

Vertaistuki näyttäisi vaikuttavan positiivisesti avaintekijän valintaan, sillä vertaistukea saaneet valitsivat todennäköisemmin avaintekijän kuin ne, jotka eivät kokeneet samassa määrin saaneensa vertaistukea. Muun ryhmän kohdalla tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Vertaisohjaajan kohdalla tilastollista merkitsevyyttä ei ihan saavutettu ($p=.051$). Ehkä vertaistukea saaneet kykenivät ryhmässä avoimemmin pohtimaan vaaratekijöitään ja mahdollista avaintekijää, jolloin sen valinta helpottui. Lisäksi muiden valinnat saattoivat toimia esimerkkeinä, jolloin avaintekijä oli helpompi valita.

Moni kuntoutujista ei osannut arvioida uuden tiedon tuomaa vaikutusta omaan toimintaan. Tähän saattoi olla osaltaan syynä se, että vastaajat kokivat vaikeana eritellä, että oliko muutoksen taustalla juuri tieto ja jos oli, niin mihin asiaan liittyvä tieto. Lisäksi tähän kysymykseen moni jätti kokonaan vastaamatta, joten syynä saattoi hyvin olla se, että kysymystä ei oltu esimerkistä huolimatta ymmärretty oikein tai sitä ei oltu jaksettu täyttää.

Ammattilaisohjaajien tuki, heiltä saatu tieto ja ryhmän tuki olivat keskeisiä muutokseen motivoivia tekijöitä. Alueellisesti näytti olevan jonkin verran eroja siinä, miten tärkeänä muutokseen motivoivana tekijänä kuntoutujat pitivät ryhmän tukea tai ammattilaisten antamaa asiallista tietoa. Näyttäisi siltä, että niillä alueilla missä, ryhmän tukea pidettiin erityisesti muutokseen motivoivana tekijänä, ammattilaisten antamaa tietoa ei pidetty niin tärkeänä ja päinvastoin. Selvästi siis joillakin alueilla kuntoutujien motivaation takana oli nimenomaan ryhmän tuki ja toisilla alueilla ammattilaisilta saatu tieto. Taustalla voisi olla se, että toisissa ryhmissä ammattilaisohjaajan rooli on ollut vahvempi ja ohjaus enemmän tietopainotteista, kun taas osassa alueita ryhmä on työskennellyt enemmän yhdessä ja kuntoutus on ollut toiminnallista ja ryhmän kesken tapahtuvaa.

8.3.3 Kuntoutujien taustatekijät ja niiden vaikutus voimaantumiseen ja kokemukseen vertaistuesta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää myös kuntoutujien taustamuuttujien vaikutuksia siihen, miten he kokivat kuntoutuksen, voimaantumista edistävät tekijät, vertaistuen ja voimaantumisessa onnistumisen. Taustamuuttujien vaikutuksen selvittämistä hankaloitti Tulppa-kuntoutujien samankaltaisuus. Suurin osa vastaajista kuului sukupuolta ja sairaan-

hoitopiiriä lukuun ottamatta aina yhteen kategoriaan. Tässä aineistossa tyypillinen Tulppa-kuntoutuja oli sepelvaltimotautia sairastava, avo- tai avioliitossa oleva eläkeläinen, jolloin taustamuuttujien ristiintaulukointi muiden muuttujien kanssa tuotti liian pieniä ryhmiä, jotta kahden muuttujan välistä riippuvuutta voisi tieteellisesti ainakaan tällä otoskoollla todentaa.

Näyttäisi siis siltä, että Tulppa-kuntoutajat ovat hyvin samantyyppisiä taustamuuttujiltaan ja tästä syystä myös kokemuksiltaan, vaikka toki yksilöllisiä eroja löytyi. Haasteena onkin saada ryhmiin myös muut valtimotautipotilaat kuin sepelvaltimotautipotilaat. Diabeteksen määrä on lisääntymässä ja nämä potilaat kuormittavat terveydenhuoltoa yhä enemmän. Lisäksi aivoverenkiertohäiriöt ovat vakava uhka ihmisen terveydelle ja aivohalvauksen hoito on yhteiskunnalle kallista. Tästä syystä lieviä aivoverenkiertohäiriöitä sairastaneiden elintapaohjaus olisi tärkeää.

Herää kysymys onko ryhmiin ohjautuneet ne, joilla on eniten tarvetta kuntoutukseen? Sepelvaltimotautipotilaat kokivat selkeästi muita kuntoutujia useammin, että kuntoutuksella ei ollut merkitystä elintapamuutosten kannalta. Heillä oli myös muita kuntoutujia vähemmän kohonnutta verenpainetta, ylipainoa, vyötärölihavuutta, korkeaa verensokeria ja masennusta. Näihin seikkoihin vaikutti varmasti se, että yli puolet kuntoutujista pääsi kuntoutukseen vasta vuoden kuluttua sairauden toteamisen jälkeen, joten he ovat joutuneet jo tätä ennen itsenäisesti kuntoutumaan. Ryhmiin ohjautumista onkin tehostettava, jotta kuntoutukseen päästäisiin ajoissa. Vuosi on pitkä aika odottaa, jos tuntuu siltä, että kuntoutuminen ei suju itsenäisesti. Lisäksi sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla vaaratekijät ovat ehkä muita valtimotautiryhmiä paremmin hoidossa, sillä näitä vaaratekijöitä on perinteisesti pidetty juuri sepelvaltimotautiin liittyvinä ja tästä syystä ehkä heidän kohdallaan niihin kiinnitetään terveydenhuollossa erityisesti huomiota.

Terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla on ohjata ryhmiin niitä kuntoutujia, joille kuntoutusryhmä on erityisen tarpeellinen. Tulppa-ryhmiin on ehkä hakeutunut etenkin alkuvaiheessa, mitä tämäkin aineisto edustaa, juuri aktiiviset kuntoutujat, jotka osaavat hakeutua erilaisten terveydenhuollon palveluiden piiriin. Syynä tähän on ollut se, että alkuvaiheessa ryhmiin ohjautuminen ei vielä sujunut terveydenhuollon kautta vaan ryhmiin tultiin hyvin usein tuttavien suositusten kautta, mikä näkyy myös siinä, että aika monella alueella tuttavat, omaiset tai aiemmin Tulppa-kurssin käyneet ovat olleet tärkeänä tiedonlähteenä ryhmäläisille.

Oman haasteensa tuo työikäisten kuntoutujien vähäinen määrä. Heidät pitäisi saada mukaan ryhmiin, mutta tämä vaatisi iltaryhmien järjestämistä. Tähän ei kaikissa terveyskeskuksissa ole valmiuksia tai halukkuutta. Suurin osa työikäisistä käyttää työterveyshuollon palveluja ja Tulppa-esitteitä on työterveyshuoltoihin jaettu. Yhteistyötä työterveyshuoltojen kanssa pitää kuitenkin edelleen kehittää.

8.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tulppa-avokuntoutus sisältää voimaantumista tukevia tekijöitä. Näitä olivat etenkin ammattilaisten antama asiallinen ja riittävä tieto ja ohjeet elintapamuutoksiin ja valtimotauteihin liittyen sekä vertaistuen tuomat muutoksia edistävät tekijät, kuten kokemusten vaihto ja niistä oppiminen sekä ryhmän kannustus muutoksiin. Vertaistuki oli oleellinen voimaantumista edistävä tekijä. Lisäksi erilaiset toiminnalliset menetelmät ja niistä saatu palaute, auttoivat kuntoutujia huomaamaan esimerkiksi oman liikkumisen määrän ja sen miten kunto on kohentunut ryhmän aikana.

Ryhmäläiset voimaantuivat kuntoutuksen aikana. He saivat aikaan muutoksia vaaratekijöissä, elintapamuutoksissa ja voinnissa. Näiden näkyvien muutosten lisäksi oli havaittavissa oppimiseen ja sitoutumiseen liittyviä muutoksia. Näitä olivat elintapoihin liittyvän tiedon ja ohjeiden sisäistäminen, uusien asioiden oppiminen, vastuunotto kuntoutuksesta ja elintapamuutoksista sekä avaintekijän valinta.

Kehitettäviksi asioiksi nousivat etenkin liikunnan lisääminen, lääkäriluento, osittainen tiedon puute sekä jaetun materiaalin soveltuvuus omaisten tueksi. Vertaisohjaajan roolin ja avaintekijän selkeyttäminen nousivat myös kehittämiskohteiksi. Lisäksi muiden kohderyhmien kuin sepelvaltimotautipotilaiden saaminen ryhmiin olisi tärkeää.

Tulppa-ohjaajille on koulutuksissa painotettava liikunnallisen kuntoutuksen tärkeyttä. Ohjausrungossa on joka kerralle merkitty liikuntaa ja yleensä joka kerran kohdalla on jopa ehdotus siitä, mitä liikunta sillä kerralla voisi olla. Ohjaajien peruskoulutukseen kuuluu asi-
antuntijaluento liikuntaan liittyen, jossa painotetaan ja tuodaan esiin liikunnan tärkeyttä osana kuntoutusta. Ohjaajien siis luulisi ymmärtävän liikunnan tärkeyden ja ongelma lie-
nee enemmän ajankäytössä. Liikunnalle ei riitä aikaa ryhmässä, kun itse asia eli ryhmä-
kerran teema vie suurimman osan ajasta. Ohjelmarungon mukaan ryhmäkerta kestää 2,5
– 3 tuntia, mutta usein resurssisyistä terveyskeskusten ryhmät ovat korkeintaan kahden
tunnin mittaisia, jolloin tulee kiire.

Koulutuspäivässä tulisi käydä läpi ajanhallintaan liittyviä asioita ja konkreettisia vinkkejä siitä, miten esimerkiksi pienryhmätyöskentelyn avulla voidaan tehostaa ryhmän työskentelyä. Tämä ehkä auttaisi ajanhallinnassa.

Omaisten ei uskottu hyötyvän Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjasta tai asiaan ei osattu ottaa kantaa. Osaksi tähän lienee syynä se, että omaiset eivät olleet tutustuneet materiaaliin. Ammattilaisohjaajien tulisi korostaa ryhmän alussa, että materiaali on tarkoitettu myös läheisille. Samalla he voisivat kannustaa ryhmäläisiä tutustumaan materiaaliin yhdessä läheistensä kanssa, sillä läheisten tuki on elintapamuutoksissa tärkeää.

Kuntoutusjaksoon toivottiin mukaan lääkärin luentoa. Koska Tulppa-ohjelman tavoitteena on toiminnallisuus, niin luentomaista toimintaa ei suositeta. Sen sijaan joissain ryhmissä on pidetty niin sanottuja lääkärin ”kyselytunteja”, jolloin kuntoutujilla on ollut mahdollisuus kysyä lääkäriltä mieltä askarruttavia asioita. Tämän tyyppistä toimintaa ryhmiin voisi lisätä, mahdollisuuksien mukaan, koska kuntoutujat selkeästi sitä toivovat.

Vaikka kuntoutujat kokivat saaneensa tietoa riittävästi, niin löytyi myös alueita, joista tietoa ei saatu. Etenkin mielialaan, sosiaaliturvaan ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista saatiin tietoa niukasti. Ohjaajien koulutuspäivissä tulee painottaa näiden asioiden tärkeyttä osana kuntoutusta. Ohjaajat ehkä kokevat näiden asioiden käsittelyn ryhmässä hankalana, joten asiaa tulisi harjoitella koulutuksen aikana. Ohjaajille tulisi järjestää käytännön harjoittelua pienryhmissä, jolloin jokainen pääsisi kokeilemaan keskustelun avausta ja saisi ehkä sitä kautta varmuutta.

Vertaisohjaajan roolia on tuotava ohjaajien koulutuspäivissä selkeämmin esille, jolloin koulutuksessa olevat vertaisohjaajat ja ammattilaisohjaajat ymmärtävät vertaisohjaajan tärkeyden ja hänen roolinsa ryhmässä. Vertaisohjaajan rooliin liittyen on olemassa esite, jota on koulutuspäivissä jaettu, mutta sen sisältöä täytyy tuoda selkeämmin suullisesti esiin koulutuspäivissä. Esite ei ole ollut kaikilla alkuvaiheen vertaisohjaajilla käytössä, joten sitä tulee jakaa aktiivisesti kaikille vertaisohjaajille ja ammattilaisohjaajille.

Vertaisohjaajilla tulisi järjestää oma koulutuspäivä, jossa käytäisiin heidän rooliaan tarkemmin lävitse. Ammattilaisohjaajien ja vertaisohjaajien tulisi löytää yhteistä aikaa ennen ryhmän alkua, jotta he voivat tutustua toisiinsa ja käydä työnjakoa läpi jo ennen ryhmää. Jos vertaisohjaaja ja ammattilaisohjaajat tapaavat ensimmäisen kerran vasta ryhmän alkaessa, on erittäin todennäköistä että työnjako ja kunkin rooli ryhmässä jää epäselväksi.

Vertaisohjaajat ovat pitkälti sydänyhdistysten kokeneita sydänpotilaita. Nyt, kun ryhmissä on muitakin kuntoutujia kuin sepelvaltimotautipotilaita, tulisi uusia vertaisohjaajia hankkia Tulppa-ryhmistä. Tämä saattaisi auttaa myös vertaisohjaajan rooliin liittyvissä ongelmissa, sillä ryhmistä tulevat vertaisohjaajat ovat jo tietoisia, mistä ryhmässä on kyse ja se saattaa helpottaa vertaisohjaajan roolin löytämistä. Lisäksi vertaisohjaaja ja ammattilaisohjaajat olisivat jo etukäteen toisilleen tuttuja, jolloin ohjaajien välinen työnjako saattaisi olla selkeämpää. Ryhmän pääohjaajan (ammattilaisen) tulisi selvittää ryhmälle vertaisohjaajan rooli heti ryhmän alussa.

Avaintekijää ja sen merkitystä tulee painottaa ohjaajien koulutuksissa. Avaintekijää ja siihen liittyviä asioita käydään koulutuksessa läpi, mutta sen merkitystä ei ehkä ole sisäistetty, vaikka tiedossa on avaintekijän merkitys vaaratekijöiden muutokselle (Ikonen 2006). Koulutuksissa avaintekijästä on keskusteltu ja ohjaajat on laitettu valitsemaan oma avaintekijä janaharjoituksen avulla. Avaintekijän konkreettisuutta on tuotava selkeämmin esille. Koulutuksen aikana voitaisiin käydä avaintekijän valintaa läpi case-tyyppisesti eli kouluttajat toisivat esiin erilaisia tapauksia avaintekijän valintaan liittyen ja ohjaajat kävisivät niitä pienryhmissä läpi ja yrittäisivät ratkaista, miten tilanteessa olisi parasta toimia.

Terveydenhuollon ammattilaisille on edelleen tiedotettava koulutuksissa ja terveyskeskuskäynneillä, että Tulppa-ryhmät on tarkoitettu muillekin kuin sepelvaltimotautipotilaille, jolloin muiden ryhmään sopivien potilaiden ja asiakkaiden ohjautuminen ryhmiin tehostuu. Osittain asia onkin jo edennyt ja nyt alkavissa ryhmissä on mukana enemmän esimerkiksi diabeetikoita, mutta tehostamisen varaa on edelleen. Taustamuuttujilla ei näyttänyt olevan merkitystä kuntoutumisen, elintapamuutosten, vertaistuen ja voimaantumisen suhteen, joten ainakin kuntoutujien itsensä mielestä Tulppa-ryhmä oli sopiva heille, vaikka taustalla olisi ollut esimerkiksi diabetes.

Työikäiset tulisi saada mukaan ryhmiin. Tämä vaatii iltaryhmien järjestämistä terveyskeskuksiin ja tiiviimpää yhteistyötä työterveyshuoltojen kanssa. Työterveyshuoltoja tulisi lähestyä henkilökohtaisesti ja sopia siellä yhteyshenkilö, joka pitää yllä tiedotusta Tulppaan liittyen ja ohjaa asiakkaita terveyskeskusten ryhmiin. Parasta olisi, jos työterveyshuollossa voitaisiin järjestää Tulppa-ryhmiä, mutta tällä hetkellä suurin osa työterveyshuolloista toimii yksityisinä yrityksinä, jolloin rahoituskysymykset nousevat esteeksi ryhmien järjestämiselle.

Tämän tutkimuksen tulokset koskevat Tulppa-kuntoutusta. Niitä ei voida yleistää muihin kuntoutusryhmiin. Aiempien tutkimustulosten valossa (muun muassa Siitonen 1999; Heikkilä – Heikkilä 2005; Keers ym. 2004) voidaan kuitenkin olettaa, että samantyyppisiä voimaantumista edistäviä tekijöitä saattaisi löytyä myös muista ryhmämuotoisista kuntoutusohjelmista. Lisäksi vertaistuen merkitys on tullut esille aiemmissä tutkimuksissa vahvasti (muun muassa Mead ym. 2001; Malchodi ym 2003), joten oletettavaa on, että sen rooli myös muissa kuntoutusohjelmissa ja elintapaohjaukseen keskittyvissä ryhmissä on tärkeä. Tutkimustulosten yleistettävyyden suhteen on jatkossa oltava varovainen myös Tulppa-ohjelmaan liittyen. Jos ryhmissä on tulevaisuudessa yhä enemmän muita kuntoutujia kuin sepelvaltimotautipotilaita, saattavat ryhmäläiset nostaa esiin eri asioita liittyen voimaantumiseen ja vertaistukeen. Lisäksi tutkimusten mukaan (Siitonen 1999; Aujoulat ym. 2007) voimaantuminen on tilanne- ja henkilösidonnaista, joten voimaantumisen kokemusta on mahdotonta jo siitä syystä yleistää edes kaikkiin Tulppa-kuntoutujiin. Tulokset antavat kuitenkin pohjaa sille, miten Tulppa-avokuntoutusohjelmaa tulisi kehittää yhä enemmän kuntoutujia palvelevaksi.

Tässä tutkimuksessa valtaosa kuntoutujista oli sepelvaltimotautipotilaita, joten taustamuutujien vaikutuksen selvittämiseksi olisi tarpeellista tehdä lisätutkimusta suuremmalla otoskoollla jatkossa, etenkin kun tällä hetkellä alkavissa ryhmissä on luultavasti enemmän myös muita kuntoutujia kuin sepelvaltimotautipotilaita. Jatkossa olisi hyvä selvittää myös kuntoutujien kokemuksia liittyen uuteen materiaaliin, sillä Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja ei ole enää ryhmäläisten materiaalina.

Muita jatkotutkimusehdotuksia ovat avaintekijän valintaa ja vertaisohjaajan roolia tarkemmin selvittävät tutkimukset, esimerkiksi useamman haastattelun avulla. Tässä tutkimuksessa oli mahdollista tehdä vain kaksi fokusryhmähaastattelua ja esimerkiksi avaintekijään liittyvät vastaukset erosivat toisistaan ryhmien välillä.

Näyttäisi siltä, että Tulppa-avokuntoutus tukee ryhmäläisten psykososiaalista toipumista ja elämänlaadun parantumista, sillä kuntoutujat kokivat muun muassa mielialansa parantuneen ja elämäntyytyväisyytensä lisääntyneen kuntoutuksen aikana. Psykososiaalista toipumista ja elämänlaadun parantumista olisi kuitenkin hyvä selvittää vielä tarkemmin omaa jatkotutkimuksenaan. Mahdollisia keinoja voisivat olla esimerkiksi elämänlaatua kartoittavien mittareiden tai masennukseen liittyvien mittareiden käyttö ennen ryhmää ja ryhmän jälkeen.

8.5 Tutkimusprosessin arviointia

Tutkimusprosessi käynnistyi syksyllä 2007. Tutkija keskusteli mahdollisesta aiheesta työyhteisössään ja aihe valittiin työyhteisön tarpeiden mukaan. Tästä kertoo jo se, että työ hyväksyttiin osaksi Suomen Sydänliiton Suomalaisen Sydänohjelman virallista arviointia. Tutkija on saanut työyhteisöltään tukea tutkimuksen tekoon. Tämä on näkynyt muun muassa mahdollisuutena tehdä tutkimusta työajalla.

Syksyn 2007 aikana laadittiin tutkimussuunnitelma sekä kyselylomake. Näiden laadinnassa oli vahvasti mukana sekä työyhteisö että Sosiaalikehitys Oy:n tutkijat. Kyselylomakkeesta tuli pitkä, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa siihen, että etenkin avoimiin kysymyksiin vastattiin puutteellisesti. Esitestauksessa nousi esille myös lomakkeen pituus.

Kyselyn avulla haluttiin selvittää laajasti ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta, jotta Tulppa-ohjelmaa voitaisiin kehittää monipuolisesti ja kaikki kehittämistoiveet tulisivat esille. Kyselystä ei haluttu vain palautelomaketta, josta ei olisi ollut mahdollista selvittää eri asioiden yhteyksiä toisiinsa. Pelkällä numerollisella arvioinnilla (esimerkiksi arvioi kuntoutusta asteikolla 1-10) ei olisi saatu selville taustalla olevia syitä, vaikka sellainen olisi helpompi täyttää. Lisäksi Sosiaalikehitys Oy käytti kyselylomakkeen tuloksia omassa arvioinnissaan, joten keskittyminen pelkästään voimaantumiseen ja vertaistukeen ei olisi antanut heille riittävän monipuolista materiaalia ulkoiseen arviointiin. Tästä syystä päädyttiin pitkään kyselylomakkeeseen siitäkkin huolimatta, että se ehkä vähentäisi vastaajien määrää.

Kyselytutkimuksen vastausprosentiksi saatiin lomakkeen pituudesta huolimatta 85 %. Avoimiin kysymyksiin ja muutamiin taulukko-tyyppisiin kysymyksiin oli vastattu melko puutteellisesti, joten oli hyvä tehdä lisäksi fokusryhmähaastattelut tukemaan kyselylomakkeen aineistoa. Vaikka ajatus haastattelujen tekemisestä oli ollut mielessä jo aiemmin, niin kyselylomakkeen tiettyjen vastausten puutteellisuudet vahvistivat ajatusta tehdä ryhmähaastattelut. Ilman haastattelututkimusta lomakevastausten tulkinta olisi ollut vaikeaa.

Fokusryhmähaastattelut tehtiin alkusyksyn 2008 aikana. Niitä tehtiin vain kaksi ja suurin syy tähän oli tutkijan rajalliset aikaresurssit ja muut resurssit, kuten matkustamiseen tarvittavat varat. Molemmista ryhmähaastatteluista saatiin hyvin samantyyppisiä vastauksia, mutta esimerkiksi avaintekijän valintaa ja vertaisohjaajan roolia olisi ollut hyvä selvittää useamman haastattelun avulla. Toisaalta haastatteluaineiston ensisijainen tavoite oli tukea kyselytutkimuksen tuloksia ja tämä tavoite toteutui hyvin.

Aineiston analyysi oli haasteellista. Kyselytutkimuksen kvantitatiivista analysointia vaikeutti se, että kuntoutujat olivat hyvin homogeenisiä vastauksissaan. Toisaalta tämä oli tärkeä tutkimustulos. Vastausten homogeenisyys vaikeutti etenkin taustamuuttujien vaikutusten arviointia. Vaikka usein riippuvuutta taustamuuttujan ja jonkin voimaantumista edistävän tekijän välillä olisi näyttänyt olevan, niin otoskoko ei ollut riittävän suuri sitä tilastollisesti todentamaan, kun suurin osa vastaajista oli vastannut kysymyksiin samalla tavalla.

Ryhmähaastattelujen sisällön analyysi tehtiin aineistolähtöisesti, vaikka taustalla ajatuksissa oli kyselytutkimuksen aineisto ja sen tulokset sekä aikaisemmat tutkimukset esimerkiksi liittyen voimaantumiseen ja sitä edistäviin tekijöihin. Aineistolähtöinen sisällön analyysi oli onnistunut ratkaisu, sillä sen avulla oli mahdollista teemoittaa koko tutkimusaineisto, myös kvantitatiivinen aineisto. Lisäksi vasta sisällön analyysi sai tutkijan oivaltamaan eri käsitteiden ja tutkimuskysymysten suhteet toisiinsa.

Koko tutkimusprosessin ajan kokoonnuttiin pienryhmässä, jossa opiskelutoverit sekä opinnäytetyönohjaaja olivat läsnä ja kommentoivat työtä ja sen edistymistä. Tästä oli suuri apu, sillä usein näiden keskustelujen kautta opinnäytetyöhön liittyvä ajatusprosessi liikahti eteenpäin.

Koska opinnäytetyö on osa Suomalaisen Sydänohjelman arviointia, niin tuloksia on syytä arvioida Tulppa-ohjelmalle asetettujen tavoitteiden kannalta, niiltä osin kuin se on mahdollista ja sopii tähän tutkimusaiheeseen. Tulppa-ohjelman yksilötason tavoitteita ovat muun muassa vaaratekijöiden vähentäminen elintapamuutosten avulla, psykososiaalisen toipumisen tukeminen, vertaistuen tarjoaminen sekä elämänlaadun parantaminen (Penttilä 2006).

Kuntoutujat saivat omasta mielestään aikaan muutoksia elintavoissaan ja vaaratekijöissään. Tässä tutkimuksessa kysyttiin kuntoutujien kokemuksia, joten vastaukset olivat subjektiivisia kokemuksia, eikä niitä varmistettu esimerkiksi vertaamalla kuntoutujien vastauksia todelliseen tilanteeseen. Varmuudella ei siis voida sanoa, että mitattavissa vaaratekijöissä tapahtui muutoksia. Aikaisemmat tutkimustulokset (Ikonen 2006; Penttilä ym. 2002) tukevat kuitenkin tätä, sillä niissä on todettu, että mitattavissa vaaratekijöissä saatiin aikaan muutoksia. Vaaratekijöiden muutosta olisi kuitenkin voitu varmentaa vertaamalla kuntoutujien vastauksia todellisiin mittaustuloksiin. Tämä ei kuitenkaan ollut alkuperäisen tutkimuksen tarkoitus ja siitä syystä sitä ei tehty.

Tulppa-avokuntoutusohjelman tavoitteena on psykososiaalisen toipumisen tukeminen ja elämänlaadun parantaminen. Näyttäisi siltä, että Tulppa-ryhmässä tämä toteutuu. Kuntoutajat kokivat mielialansa parantuneen ja elämäntyytyväisyytensä lisääntyneen kuntoutuksen aikana. He kokivat myös pelkojensa ja ahdistuksensa vähentyneen. Ryhmän ilmapiiri koettiin turvalliseksi ja avoimeksi ja ryhmäläiset kokivat, että heitä kuunneltiin ja he saivat jakaa kokemuksiaan ryhmässä. Tulppa-ryhmän ilmapiiri ja sosiaalinen verkosto ovat psykososiaalista toipumista tukevia.

Yhtenä Tulppa-ohjelman tavoitteena on vertaistuen tarjoaminen ja tämä näyttäisi toteutuvan melko hyvin. Etenkin muun ryhmän koettiin antavan tukea. Vertaisohjaajalta saatiin tukea ja vertaisohjaajan tuki oli tarpeellinen, mutta aina se ei toteutunut toivotulla tavalla ja tähän on kiinnitettävä huomiota jatkossa kuten johtopäätöksissä todettiin.

Tämä tutkimusprosessi on ollut samalla oppimisprosessi. Sen aikana tutkija on oppinut paljon liittyen tutkimusmenetelmiin ja niiden käyttöön, tutkimusaineiston analysointiin sekä tulosten tulkintaan. Nämä taidot ovat tarpeen myös jatkossa, kun tutkija tekee muita arviointitutkimuksia työssään. Samalla tutkija on lisännyt voimaantumiseen ja vertaistukeen liittyvää osaamistaan ja tietouttaan. Näitä taitoja voi jatkossa käyttää hyväksi Tulppa-ohjaajien koulutuksessa sekä Tulppa-ohjelmaan liittyvän materiaalin laadinnassa.

Tämän tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään Tulppa-ohjelman kehittämisessä. Tutkimustuloksia pyritään esittelemään Tulppa-ohjelmaan kuuluville sidosryhmille kuten Tulppa-ohjaajille ja Tulppa-ohjelmassa mukana olevien terveyskeskusten päättäjille, mutta myös laajemmin esimerkiksi lehti-artikkeleiden ja postereiden avulla. Koska Tulppa-ohjelmasta ei tällä hetkellä ole mahdollisuutta tehdä terveystaloustieteellistä vaikuttavuustutkimusta, sillä Tulppa-avokuntoutuksen pitkäaikaisvaikutuksia on vielä mahdotonta arvioida esimerkiksi liittyen terveystaloustieteellisten palveluiden käyttöön tai toimenpiteiden määrään, niin muut vaikuttavuuteen ja kuntoutuksen laatuun liittyvät seurantatutkimukset ovat tärkeitä, jotta ohjelman toimivuutta voidaan perustella. Ohjelma on perusterveydenhuollossa toteutettavaa toimintaa ja ryhmissä olevat kuntoutajat ovat terveydenhuollon asiakkaita. On siis tärkeää tietää, miten asiakkaat kokevat saamansa palvelun ja sen laadun. Tulosten esittelyn avulla pystytään toivottavasti tukemaan myös ohjaajien työtä ja lisäämään terveydenhuollon johdon sitoutumista asiaan.

LÄHTEET

- AHA Scientific Statement 2005: Cardiac Rehabilitation and Secondary prevention of Coronary Heart Disease. An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in Collaboration With the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Leon SA, Franklin BA, Costa F ym. *Circulation* 2005; 111: 369-76.
- Ahern, Melissa – Hendryx, Michael 2005: Social capital and risk for chronic illness. *Chronic Illness* 1. 183-190.
- Ahola, Anja – Godenhjelm, Petri – Lehtinen, Marjaana 2002: Kysymisen taito. *Surveylaboratorio lomaketutkimusten kehittämisessä. Tilastokeskus katsauksia 2002/2*. Helsinki. Hakapaino Oy.
- Aira, Marja 2005: Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim* 121 (10). 1073 – 1077.
- Aivoinfarktin Käypä hoito –suositus 2006. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Neurologinen yhdistys ry. *Duodecim* 122(22), 2770–2790.
- Anderson, Robert – Funnell, Martha – Butler, Patricia – Arnold, Marilyn – Fitzgerald, James - Feste, Catherine 1995: Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 18(7). 943-949.
- Antikainen, Ari 1998: Kasvatus, elämäntilanne ja yhteiskunta. Porvoo: WSOY.
- Anttila, Pirkko 2000: Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Hamina: Akatiimi Oy.
- Aujoulat, Isabelle – d'Hoore, William – Deccache, Alain 2007: Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 66. 13-20.
- Bell, Beverley – Gilbert, John 1996: Teacher development: A model from science education. Falmer Press: Washington, DC.
- Bell, Beverley – Gilbert, John 1994: Teacher development as professional, personal, and social development. *Teaching & Teacher Education* 10(5). 483 - 97.
- Blumenthal, J 2005: Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 293(13). 1626 -34
- Blumenthal, J 2004: Exercise, depression and mortality after myocardial infarction in the ENRICH trial. *Med Sci Sports Exerc*; 36:746-55.
- Boden-Albala, B – Litwak, E – Elkind, M – Rundek, T – Sacco, R 2005: Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology* 64. 1888-1892.

- Brummet, Beverly – Barefoot, John – Siegler, Ilene – Clapp-Channing, Nancy – Lytle, Barbara – Bosworth, Hayden – Williams jr, Redford, Mark, Daniel 2001: Characteristics of socially solated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine* 63. 267-272.
- Chen, Yu-Chi – Pai, Jui-Sheng – Li, I-Chuan 2007: Haemodialysis: the effect of using the empowerment concept during the development of a mutual-support group in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 17(5A). 133-142.
- Clark A – Hartling L – Vandermeer B – McAlister F 2005: Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine* 143(9), 659-72.
- Colella, Tracey – King, Kathryn 2004: Peer support. An under-recognized resource in cardiac recovery. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3(3), 211-217.
- Dalgard, Odd – Håheim, Lise 1998: Psychosocial risk factors and mortality. A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health* 52, 476-481.
- Dennis, Cindy-Lee 2003: Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 20, 321-332.
- Diabetes Prevention Program Research Group 2002: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention of Metformin. *The New England Journal of Medicine* 346(6). 393-403.
- Duodecim. Terveyskirjasto: lääketieteen sanasto. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Iitt03055>.
Luettu 26.11.2007.
- Eronen, Milla 2007: Tekniikan alan naisten voimaannuttaminen. Tapaustutkimus GETA-tutkijakoulusta. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto.
Yhteiskuntatieteiden ja fiolosofian laitos.
- Euroaspire I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357, 995-1001.
- Finfgeld-Connett, Deborah 2005: Clarification of Social Support. *Journal of Nursing Scholarship* 37(1), 4-9.
- Giannuzzi, P – Saner, H – Björnstad, H, Fioretti, P – Mendes, M – Cohen-Solal, A – Dugmore, L – Hambrecht, R – Hellemans, I – McGee, H – Perk, J – Vanhees, L – Veress G 2003: Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation. Position Paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 24. 1273-1278.
- Gibson CH 1991: A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16, 354-61.
- Grossberg, L 1995: Mielihyvän kytkennät. Risteilyä populaarikulttuurissa. Tampere: Vastapaino.

- Göz, Fugen – Karaoz, Sureyya – Goz, Mustafa – Ekiz, Secil – Cetin, Ibrahim 2007: Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing* 16(7). 1353-1360.
- Heisler, Michele 2006: Building peer support programs to manage chronic disease: seven models for success. California HealthCare Foundation.
- Heikkilä, Jorma – Heikkilä, Kristiina 2005: Voimaantumisen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, Martti 2003: Sosiaalisen tuen osa-alueet. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae61010&p_haku=sosiaalinen%20tuki>. Luettu 14.5.2008.
- Hengitysliitto Heli ry. Verkkodokumentti. <www.kaprakka.fi/fi/cfmldocs/index.cfm?ID=1376>. Luettu 25.1.2008.
- Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2008: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hildingh, Cathrine – Fridlund, Bengt 2004: A 3-year follow-up of participation in peer support groups after a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3. 315-320.
- House, James 2001: Social isolation kills, but how and why? *Psychosomatic Medicine* 63. 273-274.
- House, J – Kahn, R 1985: Measures and Concepts of social support. Teoksessa: Cohen Sheldon – Syme S (toim.) *Social support and Health*. New York: Academic Press. 83-105.
- Hu Frank, - Manson, JoAnn – Stampfer, Meir – Colditz, Graham – Liu, Simin – Solomon, Caren – Willet, Walter 2001: Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *The New England Journal of Medicine* 345(11). 790-797.
- Hupcey, Judith 1998: Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing* 27. 1231-1241.
- Hutchison, Catherine 1999: Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing* 29. 1520-1526.
- Hyyppä, Markku – Mäki, Juhani – Impivaara, Olli – Aromaa, Arpo 2005: Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion International* 21(1). 5-12.
- Hämäläinen, Helena – Smith, Richard – Puukka, Pauli – Lind, Jouko – Kallio, Veikko – Kuttila, Kari – Rönnemaa, Tapani 2000: Social support and physical and physiological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *Scand J Public Health* 28. 62-70.

- Ikonen, Tarja 2006: TULPPA-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Sepelvaltimotautia sairastavien ja sepelvaltimotaudin riskissä olevien potilaiden ryhmäkuntoutusohjelma. Pro gradu –tutkimus. Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos.
- Jolliffe, J - Rees, K – Taylor, R – Thompson, D – Oldridge, N – Ebrahim, S 2005: Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. The Cochrane Database of Systemic Reviews, Issue 4.
- Joseph, Dayle – Griffin, Martha – Hall, Rosemary – Sullivan, Doherty 2001: Peer coaching: an intervention for individuals struggling with diabetes. The Diabetes Educator 27(5). 703-710.
- Kallioniemi, Vuokko 2006: Kuntoutus- ja kuntoutustoiminta. Diabeetikoiden kuntoutuskysyntä kasvaa – entä tarjonta?. Teoksessa Diabetesliitto ry. Vuosikirja 2006. 29-36.
- Kallioniemi, Vuokko 2005: Selvitys diabeetikoiden kuntoutuksesta Suomessa 2005. Tampere: Diabetesliitto.
- Kansanterveyslaitos. Sydän- ja verisuonirekisteri, tilastotietokanta 2005. <<http://www3.ktl.fi/stat/>>. Luettu 15.11.2007
- Kansanterveyslaitos 2008: Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabetksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Kansanterveylaitoksen julkaisuja B: 2/2008, Helsinki.
- Karlsen, Bjorg – Idsoe, Thormod – Dirdal, Ingrid – Hanestad, Berit – Bru, Edvin 2004: Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. Patient Education and Counseling 53. 299-308.
- Kawachi, Ichiro – Kennedy, Bruce – Lochner, Kimberly – Prothrow-Stith, Deborah 1997: Social capital, income inequality, and mortality. The American Journal of Public Health 87(9). 1491-1498.
- Keeling, Debbie – Price, Patricia – Jones, Elen – Harding, Keith 1996: Social support: some pragmatic implications for health care professionals. Journal of Advanced Nursing 23. 76-81.
- Keers, Joost – Blaauwwekel, Eddy – Hania, Marjolein – Bouma, Jelte – Scholten-Jaegers, Sonja – Sanderma, Robbert – Links, Thera 2004: Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. Patient Education and Counseling 52. 151-157.
- Kelan sairausvakuutuslaitos 2006. Kansaneläkelaitos, Tilastotyöryhmä, Helsinki, 2007.
- Keskimäki, Ilmo – Aalto, Anna-Mari – Häkkinen, Unto – Klaukka, Timo – Manderbacka, Kristiina – Reunanen, Antti – Vehko, Tuulikki 2004: Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Raportteja 286/2004. Helsinki: Stakes.

- Kettunen, Tarja 2001: Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House: Jyväskylä.
- Koivula, Meeri 2002: Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. *Acta Universitatis Tamperensis* 875.
- Koivunen, Kirsi – Isola, Arja – Lukkarinen, Hannele 2007: Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16. 688-697.
- Kukkurainen, Marja Leena 2006: Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D* 899.
- Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kuokkanen, Liisa 2003: Nurse empowerment. A model of individual and environmental factors. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. *Annales universitatis Turkuensis D*. 558.
- Kuokkanen, Liisa – Leino-Kilpi, Helena 2000: The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of Nursing Management* 9. 273-280.
- Kuulonhuoltoliitto ry. Verkkodokumentti. <http://www.kuulonhuoltoliitto.fi/sivu.php?artikkeli_id=140>. Luettu 25.1.2008.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.
- Lampi, Hannu 2005: Miehen sydäninfarktitekijä: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. *Diakonia-ammattikorkeakoulu. A tutkimuksia* 12. Helsinki: Multiprint Oy.
- Langford, Catherine – Bowsher, Juanita – Maloney, Joseph – Lillis, Patricia 1997: Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing* 25(1). 95-100.
- MacPherson, Sandra – Joseph, Dayle – Sullivan, Elaine 2004: The benefits of peer support with diabetes. *Nursing Forum* 39(4). 5-12.
- Maijanen, Marjo 2007: Tulppa-valtimotautipotilaiden avokuntoutuksen aloitus Etelä-Karjalassa. *Opinnäytetyö*. Etelä-Karjalan aikuisopisto.
- Malchodi, Carolyn – Oncken, Cheryl – Dornelas, Ellen – Caramanica, Laura – Gregonis, Elizabeth – Curry, Stephen 2003: The effects of peer counseling on smoking cessation and reduction. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 101(3). 504-510.
- Mead, Shery – Hilton, David – Curtis, Laurie 2001: Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(2). 134-141.

- Mäkinen, Anne - Penttilä, Ulla-Riitta 2007: Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1/2007: Helsinki.
- Mäntyranta, Taina – Kaila, Minna 2008: Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124 (13). 1507 – 1513.
- Nylund, Marianne 1999: Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Hokkanen Liisa – Kinnunen, Petri – Siisiäinen Martti (toim.). Haastava kolmas sektori – Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudessa. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. 116-135..
- Oesch, Klaus 2007: Virtuaalinen voimaantumisen. Tapaustutkimus ammattikasvatuksen oppimisympäristön toimintaedellytysten ja tietokäytäntöjen kehitysmahdollisuuksista vuorovaikutteisen tieto- ja viestintäteknologian näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.
- Parent, Nicole – Fortin, Fabienne 2000: A randomized, controlled trial of vacarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart & Lung* 29(6). 389-400.
- Penttilä, Ulla-Riitta 2006: Tulppa-avokuntoutusohjelma. Luento. Tulppa-ohjaajien koulutuspäivä. Mikkeli.16.5.
- Penttilä, Ulla-Riitta – Renfors, Timo – Ikonen, Tarja 2002: TULPPA – Sepelvaltimotautipotilaiden ryhmäkuntoutusohjelma perusterveydenhuollossa. Loppuraportti. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2002:2.
- Perry, Cindy – Rosenfeld, Anne 2005: Learning through connections with others: women's cardiac symptoms. *Patient Education and Counseling* 57. 143-146.
- Pibernik-Okanovic, Mirjana – Prasek, Manja – Poljicanin-Filipovic, Tamara – Pavlic-Renar, Ivana – Metelko, Zeljko 2004: Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetes patients. *Patient Education and Counseling* 52. 193-199.
- Prochaska, JO, DiClemente, CC 1992: Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification* 28.183-218.
- Pyörälä, Kalevi – Lehto, Seppo - Koukkunen Heli – Luukkonen, Jaana – Puhakka, Mikko – Kärkkäinen, Katja 2001: Toteutuvatko sepelvaltimotaudin sekundaaripreventiota koskevat suositukset? *Suomen Lääkärilehti* 40. 4035-46.
- Rantala, Maire – Virtanen, Vesa 2008: Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? *Duodecim* 124 (3). 254-260.
- Rappaport, J 1984: Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services* 3 (2/3). 1-7.

- Rees, K – Bennett, P – West, R – Smith, D – Ebrahim S, 2005: Psychological interventions for coronary heart disease. The Cochrane Database of Systemic Reviews, Issue 5.
- Rissel, Christopher 1994: Empowerment: the holy grail of health promotion? Health Promotion International 9 (1). 39-47.
- Robson, Colin 2001: Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille Helsinki: Tammi.
- Rodwell, Christine 1996: An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing 23. 305-313.
- Rozanski, Alan – Blumenthal, James – Kaplan, Jay 1999: Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation 99. 2192-2217.
- Ruohotie, Pekka 1998: Motivaatio, tahto ja oppiminen. Helsinki: Edita.
- Ruohotie, Pekka 1996: Oppimalla osaamiseen ja menestykseen. Helsinki: Edita.
- Rutledge, Thomas – Reis, Steven – Olson, Marian – Owens, Jane – Kelsey, Sheryl – Pepine, Carl – Mankad, Sunil – Rogers, William – Bairey-Mertz, Noel – Sopko, George – Cornell, Carol - Sharaf, Barry – Matthews, Karen 2004: Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The national heart, lung, and blood institute-sponsored women's ischemia syndrome evaluation study. Psychosomatic Medicine 66, 882-888.
- Räsänen, Juhani 2006: Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut – Yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön valtaistaminen. Suomen Työvalmennusakatemia julkaisu. Järvenpää: Nupa Express.
- Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun opettajankoulutuslaitos, Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis, E 37.
- Simich, L – Beiser, M – Mawani F 2003: Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. Western Journal of Nursing Research 25. 872-891.
- Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry 2004: Vapaaehtoistoiminta, vertaistuki ja kilpailuttaminen. Verkkodokumentti.
<<http://www.sosteryty.fi/pdf/vapaaehtoistuki.fi>> Luettu 25.1.2008.
- Stampfer, Meir – Hu, Frank – Manson, JoAnn – Rimm, Erik – Willet, Walter 2000: Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. The New England Journal of Medicine 343(1). 16-22.
- Strandberg, Timo – Vanhanen, Hannu 2006: Dyslipidemian hoitotavoitteiden saavuttaminen 2000 ja 2005 – onko edistystä tapahtunut? Suomen Lääkärilehti 45. 4689-94.
- Suomen Sydänliiton toimintakertomus 2006. Suomen Sydänliitto ry.

- Suomen Sydänliitto - Suomen kardiologinen seura – Kunnallislääkärit 1999: Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksesta. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1:1999.
- Trento, Marina – Passera, Pietro – Tomalino, Marco – Bajardi, Marina – Pomerio, Fulvio – Allione, Attilio – Vaccari, Piero – Molinatti, Gain – Porta, Massimo 2001: Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 24(6). 995-1000.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullisen tutkimuksen ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Tuomilehto, Jaakko – Lindström, Jaana – Eriksson, Johan – Valle, Timo – Hämäläinen, Helena – Ilanne-Parikka, Pirjo – Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka – Laakso, Mauri – Louheranta, Anne – Rastas, Merja – Salminen, Virpi – Uusitupa, Matti 2001: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine* 344(18). 1343-1350.
- Turku, Riikka 2007: Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita.
- Uchino, Bert – Uno, Darcy – Holt-Lunstad, Julianne 1999: Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science* 8(5). 145-148.
- Wallerstein, N 1992: Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6. 197-205.
- Verheijden, M – Bakx, J – van Weel, C – Koelen, M – van Staveren, W 2005: Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition* 59. S179-S186).
- Viinamäki, Leena – Saari, Erkki (toim.) 2007: Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi.
- WHO 1964: Rehabilitation of patients with cardiovascular disease: Report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series 1964: 270.
- Wilson, Wiletta – Pratt, Clara 1987: The Impact of Diabetes Education and Peer Support upon Weight and Glycemic Control of Elderly Persons with Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus. *The American Journal of Public Health* 77(5). 634-635.
- Winell, Klas – Ståhl, Timo 1998: Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Raportteja 226, Helsinki: Stakes.
- Wood, David 2007: Clinical reality of coronary prevention in Europe: A comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys. ESC congress, Vienna. www.escardio.org.
- Zimmerman, Marc 1990: Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological concepts. *American Journal of Community Psychology* 18(1). 169-177.

LIITTEET

Kyselylomake

LIITE 1
1 (9)**TULPPA-kuntoutujien palaute kuntoutuksesta**

Vastaa kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksia paperin kääntöpuolelle.

TAUSTAMUUTTUJAT			
1. Syntymävuosi			
2. Sukupuoli 1 <input type="checkbox"/> nainen 2 <input type="checkbox"/> mies			
3. Siviilisäätty (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)			
1 <input type="checkbox"/> naimaton	2 <input type="checkbox"/> avio- tai avoliitossa	3 <input type="checkbox"/> eronnut tai asumuserossa	
4 <input type="checkbox"/> leski			
4. Työtilanne (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)			
1 <input type="checkbox"/> työssä	2 <input type="checkbox"/> työtön	3 <input type="checkbox"/> sairauslomalla	4 <input type="checkbox"/> eläkkeellä
5 muu, mikä? _____			
5. Sairaanhoidopiiri, johon kuulut (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)			
1 <input type="checkbox"/> Etelä-Karjala	2 <input type="checkbox"/> Etelä-Savo	3 <input type="checkbox"/> Itä-Savo	
4 <input type="checkbox"/> Kymenlaakso	5 <input type="checkbox"/> Pohjois-Karjala	6 <input type="checkbox"/> Pohjois-Savo	7 <input type="checkbox"/> Päijät-Häme
6. Onko sinulla todettu jokin seuraavista valtimotaudeista? (Voit ympyröi tai rastittaa useita vaihtoehtoja)			
1 <input type="checkbox"/> sepelvaltimotauti	2 <input type="checkbox"/> diabetes	3 <input type="checkbox"/> aivoverenkiertohäiriö	
4 <input type="checkbox"/> jokin muu valtimotauti, mikä? _____			
5 <input type="checkbox"/> ei mitään näistä			
7. Onko sinulla valtimotautien vaaratekijöitä? (Valitse yksi vaihtoehto joka riviltä)			
1 kohonnut verenpaine	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	
2 korkeat kolesteroliarvot	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	
3 ylipaino tai vyötärölihavuus	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	
4 tupakointi	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	
5 kohonneet verensokeriarvot	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	
6 masennus	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	
7 jokin muu vaaratekijä, mikä? _____			
8. Jos sinulla on todettu jokin kysymyksessä 6 mainituista valtimotaudeista, niin kuinka pian sairastumisen/sairauden toteamisen jälkeen pääsit Tulppa-ryhmään? (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)			
1 <input type="checkbox"/> alle 3 kk kuluttua	2 <input type="checkbox"/> 3 – 6 kk kuluttua	3 <input type="checkbox"/> 6 – 12 kk kuluttua	4 <input type="checkbox"/> yli 12 kk kuluttua
9. Minkä avaintekijän valitsit ryhmässä?			
10. Miksi valitsit juuri edellä mainitun avaintekijän?			

11. Mistä sait tiedon TULPPA-kuntoutuksesta? (Voit ympyröidä tai rastittaa useita vaihtoehtoja)

- 1 henkilökohtaisesta läheteestä (Tulppa-lähete)
 2 sairaalassa sairaanhoitajalta/sydänhoitajalta/sydänkuntoutusohjaajalta
 3 sairaalassa lääkäriltä
 4 terveyskeskuksessa terveydenhoitajalta/sairaanhoitajalta/sydänhoitajalta
 5 terveyskeskuksessa lääkäriltä
 6 aikaisemmin TULPPA-kurssin käyneeltä
 7 tuttavilta/omaisilta
 8 muualta, mistä? _____

YLEISET KOKEMUKSET KUNTOUTUSRYHMÄSTÄ**12. Saitko mielestäsi riittävät tiedot kuntoutuksen sisällöstä ja periaatteista heti kuntoutuksen alussa?**

(Ympyröi tai rastita jompikumpi vaihtoehto)

1 kyllä2 ei**13. Kurssin ajankohta oli mielestäsi omaan sairauteesi/tilanteeseesi nähden** (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)1 liian varhain2 sopivaan aikaan3 liian myöhään**14. Oliko ryhmässä riittävästi käytännönläheisiä tehtäviä ja harjoituksia, jotka tukivat kuntoutumistasi?**

(Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)

1 liian vähän; mitä toivoit lisää? _____2 sopivasti3 liikaa, millaisia tehtäviä/harjoituksia olisit toivonut vähemmän? _____**15. Mitkä tehtävät olivat mielestäsi kurssilla hyviä?** (Voit ympyröidä tai rastittaa useita vaihtoehtoja)1 liikuntapäiväkirja2 ruokapäiväkirja3 rasvanlaatutesti4 kuitutesti5 suolatesti6 sosiaalisen tuen kyselylomake7 kauppakäynti8 6-minuutin kävelytesti9 jokin muu tehtävä/harjoitus, mikä? _____**16. Mitä hyvää kuntoutuksessa oli?****17. Mitä kehitettävää kuntoutuksessa oli?**

KUNTOUTUKSEN AIKANA SAATU MATERIAALI**18. Saitko materiaalia ryhmän aikana** (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)1 liian vähän2 sopivasti3 liikaa**19. Kuinka hyvin tutustuit kurssin aikana saamaasi materiaaliin?** (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)1 huolellisesti2 pintapuolisesti3 en lainkaan**Jos vastasit edelliseen kohtaan pintapuolisesti tai en lainkaan, niin miksi et tutustunut materiaaliin huolellisesti?** _____

20. Arvioi saamaasi Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjaa (kts. kuva) seuraavien väittämien avulla. (Ympyröi tai rastita joka kohtaan yksi mielestäsi parhaiten soveltuva vaihtoehto)

(1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä)



	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä
1 Käsikirja oli helppolukuinen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Käsikirja oli rakenteeltaan looginen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 Käsikirjan taulukot ja tehtävät olivat selkeitä	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 Käsikirja oli ulkoasultaan hyvä	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 Käsikirja oli sisällöltään riittävä	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6 Käsikirja oli hyödyllinen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7 Käsikirja auttoi minua kuntoutumisessa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8 Käsikirja kannusti omahoitoon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9 Käsikirjan tehtävät olivat mielekkäitä	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10 Käsikirja auttoi minua muuttamaan elintapojani	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11 Läheiseni hyötyi käsikirjasta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

21. Miten muuttaisit Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjaan?

22. Oletko käyttänyt Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjaa apunasi myös intensiivijakson (ensimmäisen 10 tapaamiskerran) jälkeen kuntoutuksen tukena? (Ympyröi tai rastita jompikumpi vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei

Jos vastasit kyllä, niin kerro tarkemmin, miten olet käyttänyt käsikirjaa kuntoutumisesi tukena?

Jos vastasit ei, niin miksi et käyttänyt käsikirjaa apunasi? _____

23. Saitko kuntoutuskurssin aikana muuta materiaalia kuin Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjan ja sydänkortin? (Ympyröi tai rastita jompikumpi vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei

JOS VASTASIT EDELLISEEN KOHTAAN EI, NIIN SIIRRY KYSYMYKSEEN 25.

Jos vastasit kyllä, niin mitä muuta materiaalia sait? _____

24. Oletko käyttänyt muuta saamaasi materiaalia kuin Sepelvaltimokuntoutujan käsikirjaa apunasi intensiivijakson (ensimmäisen 10 tapaamiskerran) jälkeen kuntoutuksen tukena? (Ympyröi tai rastita jompikumpi vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei

Jos vastasit kyllä, niin kerro tarkemmin,

mitä materiaalia olet käyttänyt kuntoutumisesi tukena? _____

miten olet saamaasi materiaalia käyttänyt kuntoutumisesi tukena? _____

Jos vastasit ei, niin miksi et käyttänyt materiaalia apunasi? _____

TULPPA-KUNTOUTUSKURSSIN SISÄLTÖ

25. Kuntoutuksen aikana saatu tieto (Ympyröi tai rastita joka riviltä sopivat vaihtoehdot)

	Saitko uutta tietoa aiheesta?		Muuttiko uusi tieto toimintaasi? <small>(jos et saanut uutta tietoa niin hyppää tämän kohdan yli)</small>		Kaipaanko lisätietoa aiheesta?	
	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input checked="" type="checkbox"/> ei	1 <input checked="" type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
Esimerkki vastaus	1 <input checked="" type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input checked="" type="checkbox"/> ei	1 <input checked="" type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
1 sepelvaltimotaudista	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
2 diabeteksestä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
3 aivoverenkiertohäiriöistä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
4 lääkähoidosta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
5 oireiden seurannasta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
6 hätätilanteista ja niissä toimimisesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
7 kohonneesta verenpaineesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
8 korkeista kolesteroliarvoista	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
9 kohonneesta verensokerista	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
10 ylipainosta ja vyötärölihavuudesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
11 tupakoinnista ja sen lopettamisesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
12 masennuksesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
13 psyykkisestä selviytymisestä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
14 stressistä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
15 parisuhteesta ja seksuaalisuudesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
16 valtimotautipotilaan ravitsemuksesta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
17 valtimotautipotilaan liikunnasta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
18 valtimotautipotilaan sosiaaliturvasta	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
19 työkyvystä ja eläkekysymyksistä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei
20 muusta asiasta, mistä? _____						

26. Miten muuttaisit TULPPA-kuntoutuksen sisältöä (esim. lisää tietoja jostain asiasta, lääkärin tai muun ammattilaisen luentoja, tehtäviä)?

27. Kuntoutuksessa opin (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto joka riviltä)

- | | | | | |
|----|--|----------------------------------|-------------------------------|---|
| 1 | mitä valtimotaudeilla tarkoitetaan | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 2 | miten vaaratekijäni vaikuttavat valtimotaudin etenemiseen tai siihen sairastumiseen | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 3 | minulle mahdollisesti määrättyjen lääkkeiden tärkeyden ja miksi niitä käytetään | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 4 | mitä hyötyä elintapamuutoksista minulle on | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 5 | kuinka muuttaa elintapojani | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 6 | liikunnan tärkeyden osana jokapäiväistä elämääni ja kuinka liikkua oikein | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 7 | mitä tarkoitetaan terveellisellä ruokavaliolla ja kuinka tärkeää se minulle on | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 8 | kuinka toimia hätätilanteessa | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 9 | miten erottaa rintakipu muusta kivusta | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 10 | kuinka tunnistaa oireiden paheneminen | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 11 | miten tunnistaa stressin merkit omassa elämässä | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 12 | miten hallita stressiä | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 13 | miten mielialan ja sairauden välillä on yhteys | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 14 | miten tunnistaa mahdollinen masennus | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 15 | mitä sosiaaliturvaan liittyviä etuuksia minulle kuuluu | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 16 | kuinka toimia sosiaali- ja terveydenhuollossa | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 17 | miten valtimotaudit vaikuttavat seksuaalielämään ja kuinka hakea näihin ongelmiin apua | 1 <input type="checkbox"/> kyllä | 2 <input type="checkbox"/> ei | 3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani |
| 18 | muuta, mitä ? _____ | | | |
| | _____ | | | |
| | _____ | | | |

VERTAISTUKI

28. Missä määrin koit saavasi tukea seuraavilta henkilöiltä kuntoutuksen aikana? (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto joka riviltä)

(1= paljon, 2= jonkin verran, 3= en osaa sanoa, 4= vähän, 5= en lainkaan)

	paljon	jonkin verran	en osaa sanoa	vähän	en lain-
kaan					
1 muut ryhmäläiset	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 vertaisohjaaja(t)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 ammattilaisohjaaja/ohjaajat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Keneltä sait eniten tukea ja millaista saamasi tuki oli? _____

29. Missä määrin toisilla ryhmäläisillä ja heidän tuellaan oli vaikutusta omaan kuntoutumiseesi ja elintapamuutoksiin? (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)

(1= paljon, 2= jonkin verran, 3= en osaa sanoa, 4= vähän, 5= ei lainkaan)

paljon **jonkin verran** **en osaa sanoa** **vähän** **ei lainkaan**
1 2 3 4 5

Miten muut ryhmäläiset vaikuttivat kuntoutumiseesi ja elintapamuutoksiin? _____

30. Oliko ryhmässäsi mukana vertaisohjaaja? (Ympyröi tai rastita jompikumpi vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei

JOS RYHMÄSSÄSI EI OLLUT VERTAISOHJAAJAA, SIIRRY SUORAAN KYSYMYKSEEN 32.

31. Kuinka tärkeänä pidit vertaisohjaajan mukana oloa ryhmässä? (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)

(1= erittäin tärkeänä, 2= melko tärkeänä, 3= ei merkitystä kohdallani, 4= vain hieman tärkeänä, 5= en lainkaan tärkeänä)

erittäin **melko** **ei merkitystä** **vain hieman** **en lainkaan**
tärkeänä **tärkeänä** **kohdallani** **tärkeänä** **tärkeänä**
1 2 3 4 5

Kerro tarkemmin miksi pidit tai et pitänyt vertaisohjaajan mukana oloa tärkeänä? _____

MUU KUNTOUTUKSEN TUOMA TUKI

32. Tuntuiko sinusta siltä, että kuntoutuksen aikana (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto joka riviltä)

(1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = ei merkitystä kohdallani, 4 = jokseenkin eri mieltä, 5= täysin eri mieltä)

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei merkitystä kohdallani	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1 sinua kuunneltiin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 sait jakaa kokemuksiasi sairastumisestasi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 sait jakaa kokemuksia peloistasi/ahdistuksistasi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 mielipiteillesi annettiin arvoa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 sait uusia ystäviä	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 ilmapiiri ryhmässä oli kannustava	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7 ilmapiiri ryhmässä oli turvallinen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8 ilmapiiri ryhmässä oli avoin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9 pelkosi ja ahdistuksesi väheni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10 yleinen elämäntyytyväisyytesi lisääntyi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11 mielialasi parani	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

33. Pidätkö/uskotko pitäväsi yhteyttä muihin Tulppa-ryhmäläisiin vielä kuntoutumiskurssin päätyttyä?
(Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei 3 en osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, niin miten aiotte pitää jatkossa yhteyttä? _____

KUNTOUTUKSEN VAIKUTUS ELINTAPAMUUTOKSIIN

34. Kuinka suureksi arvioit Tulppa-kuntoutuksen merkityksen omien elintapamuutostesi kannalta?

(Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto)

(1= erittäin merkittäväksi, 2= melko merkittäväksi, 3= ei merkitystä kohdallani, 4= vain hieman merkittäväksi, 5= en lainkaan merkittäväksi)

erittäin merkittäväksi	melko merkittäväksi	ei merkitystä kohdallani	vain hieman merkittäväksi	en lainkaan merkittäväksi
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

35. Missä elintapoihin liittyvissä asioissa sait suotuisia muutoksia aikaiseksi? (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto joka riviltä)

1 vähensin kovan rasvan määrää ruokavaliossa	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
2 lisäsin pehmeän rasvan määrää ruokavaliossa	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
3 lisäsin kasvien ja hedelmien määrää ruokavaliossani	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
4 lisäsin kalan määrää ruokavaliossani	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
5 aloitin säännöllisen liikkumisen tai lisäsin säännöllisen liikunnan määrää	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
6 lopetin tupakoinnin tai vähensin sitä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
7 vähensin stressiä elämässäni	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
8 vähensin alkoholin käyttöä	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani
9 mielialani parani	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> muutokseen ei tarvetta kohdallani

10 muussa, missä? _____

Jos elintapasi eivät yrityksestäsi huolimatta muuttuneet kuntoutuksen aikana, niin arvioi miksi muutokset eivät onnistuneet? _____

36. Mitkä mitattavat vaaratekijäsi muuttuivat suotuisasti kuntoutuksen aikana? (Ympyröi tai rastita yksi vaihtoehto joka riviltä)

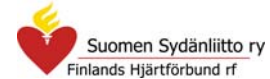
1 kokonaiskolesteroliarvo laski	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
2 LDL-kolesteroliarvo laski	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
3 HDL-kolesteroliarvo nousi	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
4 triglyseridi-arvo laski	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
5 kohonnut verenpaine laski	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
6 korkea verensokeriarvo laski	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
7 kävely matka piteni (6-minuutin kävelytestissä)	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
8 vyötärön ympärysmitta kapeni	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani
9 paino laski	1 <input type="checkbox"/> kyllä	2 <input type="checkbox"/> ei	3 <input type="checkbox"/> ei tarvetta kohdallani

37. Mikä oli mielestäsi liikkeelle paneva voima, joka sai muutoksesi aikaan? RASTITA 3 TÄRKEINTÄ

- 1 ryhmän tuki
- 2 avaintekijän valinta
- 3 kuntoutuksen aikana tehdyt tehtävät ja käytännön harjoitukset
- 4 muiden ryhmäläisten kokemukset
- 5 ammattilaisohjaajien tuki
- 6 vertaisohjaajan malliesimerkki
- 7 ammattilaisohjaajien antama asianmukainen tieto
- 8 vaaratekijöiden systemaattinen seuranta kuntoutuksen aikana
- 9 kuntoutusohjelman riittävän pitkä kesto
- 10 kuntoutusohjelman säännölliset tapaamiset
- 11 pelko sairastumisesta
- 12 pelko sairauden pahenemisesta
- 13 pelko työ/toimintakyvyn menettämisestä
- 14 omaisen huolestuminen
- 15 joku muu asia, mikä? _____

38. Muita terveisiä ja toiveita.

Kiitos vastauksistasi!



Hyvät Tulppa-ohjaajat

Olimme jo sähköpostitse tai puhelimitse yhteydessä koskien kevään arviointitutkimusta. Ohessa kertauksena arviointitutkimuksen taustaa ja tarkoitusta sekä ohjeet siitä, mitä teiltä edellytetään.

Tarkoituksena on kyselylomakkeen avulla saada kuntoutujilta palautetta kuntoutuskurssista, jolloin voimme kehittää Tulppa-kuntoutusmallia vastaamaan entistä paremmin kuntoutujien tarpeita. Kysely on osa Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen ja johtamisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvää opinnäytetyötäni. Opiskeluni tapahtuu Helsingin ammattikorkeakoulussa (Stadia). Lisäksi kyselyn avulla saatavaa aineistoa käytetään Raha-automaattiyhdistyksen velvoittamassa ulkoisessa arvioinnissa, jonka suorittaa Sosiaalikehitys Oy.

Tutkimus ei edellytä teiltä ylimääräistä työtä, sillä ryhmäläiset täyttävät tämän palautelomakkeen normaalisti käytettävän palautelomakkeen sijasta. Lisäksi normaalisti lähettäisitte minulle kopiot palautelomakkeesta, jolloin lomakkeiden keräämisestä ja postittamisesta minulle ei koidu sen enempää työtä kuin muidenkaan ryhmien kohdalla.

Tämän saateen ohessa on ryhmäläisille jaettava tutkimusta esittelevä saatekirje, lupalomake, kyselylomake, pieni kirjekuori sekä palautuskuori, johon on postimaksu jo valmiiksi maksettu. Ryhmäläiset laittavat täytetyt kyselylomakkeet pieniin kirjekuoriin ja sulkevat kuoret.

Muistuttakaa ryhmäläisiä, että he laittavat kirjekuoreen vain täyttämänsä palautelomakkeet eivät lupalappuja. Luvat jäävät teille. Liittäkää ne ryhmäläisten muiden Tulppa-papereiden joukkoon. Älkää siis lähettäkö lupalappuja minulle, sillä niissä on kuntoutujien nimet, enkä halua eettisistä syistä itse nähdä mitään kuntoutujien henkilötietoja, joiden perusteella voisin tunnistaa heidät.

Lomakkeen esitetauksessa palautelomakkeen täyttäminen vei noin 30 minuuttia aikaa. Ottakaa tämä huomioon ajankäytössänne. Kannattaa pyytää kuntoutujia täyttämään palautelomakkeet seurantakäynnin lopussa.

Jakakaa saatekirjeet, palautelomakkeet ja lupalomakkeet ryhmäläisille. Neuvokaa heitä laittamaan palautelomake kirjekuoreen ja palauttamaan suljettu kuori ja lupalappu teille. Tämän jälkeen arkistokaa lupalappu kuntoutujan papereihin ja laittakaa kerätyt kirjekuoret palautuskuoreen ja postittakaa kuori minulle. Voitte halutessanne liittää samaan kuoreen myös vaaratekijöiden mittaustulokset sisältävät lakanat, jos ne mahtuvat kuoreen.

Toivon, että motivoitte ryhmäläisiä täyttämään lomakkeet, mutta kertokaa myös, että vastaaminen on vapaaehtoista. Vapaaehtoisuus tulee esille saatekirjeessä, mutta se on hyvä mainita myös suullisesti.

Kyselyn tulokset raportoidaan opinnäytetyössäni. Raportoin tuloksista myös teille, jotta saatte kuntoutujien palautteen itsellenne tiedoksi, sillä nyt palautelomakkeet eivät jää teidän käyttöönnne. Luottamuksellisuussyistä en kuitenkaan erottele eri alueiden ryhmiä erikseen, vaan tulokset julkaistaan kokonaisuutena. Tulokset antavat teille tietoa kuntoutujien kokemuksista. Jatkossa saatte henkilökohtaisempaa palautetta tulevien ryhmien kohdalla, kun lomakkeet jäävät omaan käyttöönnne ja ainoastaan kopiot palautteista tulevat minulle.

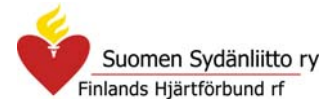
Kiitän lämpimästi avustanne. Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Yhteydenottoanne odottaen,

Tulppa-projektikoordinaattori Anne Mäkinen, Suomen Sydänliitto

anne.makinen@sydanliitto.fi

Puhelin 09 752 752 56



Hyvät Tulppa-ryhmäläiset

Kuntoutuskurssinne on nyt päättynyt. Meille on tärkeää saada palautetta teiltä ryhmäläisiltä, jotta voimme edelleen kehittää Tulppa-kuntoutusmallia vastaamaan entistä paremmin kuntoutujien tarpeita.

Kevään 2008 aikana on tarkoitus selvittää ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta. Oheinen palautelomake jaetaan helmikuusta 2008 alkaen kaikkiin kevään aikana pidettäviin vuoden seurantakäynteihin. Näin ollen myös teidän ryhmänne kuuluu mukaan tutkimukseen.

Kysely on osa Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvää opinnäytetyötäni. Opiskeluni tapahtuu Helsingin ammattikorkeakoulussa (Stadia). Lisäksi kyselyn avulla saatavaa aineistoa käytetään Raha-automaattiyhdistyksen velvoittamassa ulkoisessa arvioinnissa, jonka suorittaa Sosiaalikehitys Oy. Tutkimuksen tulosten perusteella pyrimme kehittämään Tulppa-ohjelmaa vielä enemmän ryhmäläisten kuntoutusta palvelevaksi.

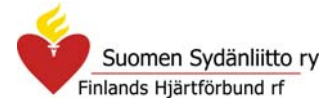
Teille jokaiselle on jaettu palautelomake koskien Tulppa-kuntoutuskurssia. Toivon, että täyttäisitte tämän lomakkeen mahdollisimman huolellisesti. Mukana on myös lupalomake, jonka toivon teidän täyttävän, jos osallistutte tutkimukseen.

Osallistuminen lomakkeen täyttämiseen on täysin vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen vaikuta mitenkään tulevaisuudessa saamaanne hoitoon tai kuntoutukseen. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimustulokset esitetään niin, ettei kenenkään henkilöllisyyttä pystytä vastausten perusteella tunnistamaan.

Laittakaa täytetty palautelomake saamaanne kirjekuoreen ja sulkekaa kirjekuori. Palauttakaa kirjekuori ja allekirjoitettu lupalomake Tulppa-ohjaajallenne. Hän toimittaa palautelomakkeet edelleen minulle ja arkistoi lupalomakkeen muiden Tulppa-papereidenne joukkoon.

Kiitän lämpimästi avustanne. Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Tulppa-projektikoordinaattori Anne Mäkinen
Suomen Sydänliitto
anne.makinen@sydanliitto.fi
Puhelin 09 752 752 56



Tutkimuslupa

Ymmärrän, että osallistuminen Tulppa-ohjelmaan liittyvään tutkimukseen, jolla selvitetään kuntoutujien kokemuksia, on vapaaehtoista. Tutkimustuloksista ei voida tunnistaa henkilöllisyyttä.

Tuloksia käytetään vain saatekirjeessä mainituissa Tulppa-ohjelmaan liittyvissä arviointitutkimuksissa, (projektikoordinaattori Anne Mäkisen opinnäytetyö ja Sosiaalikehitys Oy:n arviointitutkimus) eikä tietoja luovuteta muiden käyttöön.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen,

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Fokusryhmähaastattelun runko

LIITE 5.
1 (3)**Avauskysymykset**

1. Nyt kun kuntoutusjakso on takana, niin mitä jäi päällimmäisenä mieleen?
 - mitä hyvää kuntoutuksessa oli?
 - mitä olisitte halunneet muuttaa?
2. Miksi tulitte ryhmään?
 - motiivit
 - odotukset
3. Koitteko ryhmään/kuntoutukseen tulon vaikeaksi? Miksi?

Johdantokysymykset

4. Millaista tietoa saitte kuntoutuksen aikana?
 - Keneltä saitte tietoa? (ammattilaiset, vertaisohjaaja, muut ryhmäläiset)
 - Olisitteko kaivanneet lisää tietoa jostain aiheesta?
 - Millaisia toiminnallisia tehtäviä/testejä yms. teillä oli ryhmässä?
5. Millaista materiaalia saitte?
 - Olitteko tyytyväisiä saamaanne materiaaliin? (mihin tyytyväinen, mihin tyytymätön ja miksi)
 - Käytittekö saamaanne materiaalia myös kuntoutuksen intensiivijakson (ensimmäiset 10 kertaa) jälkeen?
 - o Mitä materiaalia käytitte ja miten tai
 - o Miksi ette käyttäneet
 - Millaista materiaalia kaipasit lisää?
6. Keneltä koitte saavanne eniten apua kuntoutuksen aikana? Millaista saamaanne apu oli?
 - ammattilaisohjaajat
 - vertaisohjaaja(t)
 - muut ryhmäläiset/ryhmä
7. Miten kuntoutus mielestänne onnistui kohdallanne? Miksi?
 - odotusten täyttyminen (yleensä tyytyväisyys)
 - vaikutus sairaudesta toipumiseen/vaaratekijöiden hallintaan
8. Mitä asioita jäi puuttumaan / mitä olisi voinut olla mukana / mitä jäit kaipaamaan?
 - mitkä omasta mielestänne olisivat kuntoutukseen vaikuttavia olennaisia asioita, joita olisi aiheellista käsitellä, mutta jotka eivät olleet esillä (omaisten rooli, tuen saanti kuntoutusjakson jälkeen, taloudelliset ja sosiaaliturvaan liittyvät asiat)?

Ydin/avainkysymykset**Voimaantumiseen vaikuttavat ulkoiset tekijät***Ilmapiiri ja sosiaalinen verkosto*

9. Millainen ilmapiiri ryhmässä oli?

- Pystyikö ryhmässä tuomaan esille myös vaikeita ja henkilökohtaisia asioita? jos ei, olisitko halunnut keskustella vaikeista henk.koht. asioista ja mikä esti?
- Miten teitä arvostettiin ryhmässä?
- Kohdeltiin kaikkia tasapuolisesti ryhmässä?
- Mikä esti tai jarrutti osallistumista keskusteluun? = Haitat / esteet?

- emotionaalinen tuki – luottamus, välittäminen, arvostus, kuuntelu, kannustus, avoimuus, hyväksyntä

10. Saitteko palautetta?

- Keneltä ja millaista palautetta? (arviointituki)

Voimaantumisen merkit kuntoutujassa*Päätöksen teko ja vastuunotto*

11. Keskusteltiin ryhmässä avaintekijästä ja sen merkityksestä?

12. Millainen oli avaintekijän merkitys kuntoutumisessa?

- Minkä avaintekijän valitsitte ryhmässä?
- Miksi valitsitte juuri tämän avaintekijän?
- Millaista apua saitte avaintekijää valitessanne?

13. Kenellä oli vastuu kuntoutuksesta ja elintapamuutoksista?

Muutosten onnistuminen

14. Mitä uutta opitte kuntoutuksen aikana?

15. Saitteko aikaan muutoksia elintavoissa?

- Mitä muutoksia saitte aikaan?
- Mikä motivoi muutokseen?
- Jos elintavat eivät muuttuneet, niin miksi?

16. Tunnistitteko omat vaaratekijänne?

- Muuttuivatko vaaratekijät?
- Mitkä vaaratekijät muuttuivat? Muuttuiko avaintekijä?
- Jos vaaratekijät eivät muuttuneet, niin miksi?

17. Kun nyt vertaatte itseänne siihen henkilöön, joka olitte ennen kuntoutusta, niin mikä on muuttunut?

- Mikä sai aikaan muutoksen?
- jos mikään ei muuttunut, mistä se johtui?

Vertaistuki*Vertaisohjaajalta saatu tuki*

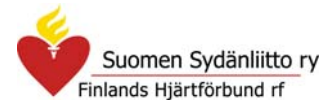
18. Millaista apua saitte vertaisohjaajalta?
19. Kuinka tärkeänä piditte vertaisohjaajan läsnäoloa ryhmässä? Miksi?
- mitä hyötyä, mitä mahdollista haittaa?
20. Millainen on mielestänne hyvä vertaisohjaaja?

Ryhmä/Muut ryhmäläiset ja heidän tuki

21. Miten muut ryhmäläiset vaikuttivat kuntoutumiseen?
22. Miten tärkeänä piditte muiden ryhmäläisten tukea elintapamuutosten/kuntoutuksen onnistumisessa? Miksi?
23. Tapaatteko toisianne (muuta ryhmäläisiä) myös kuntoutuksen jälkeen?
- keitä tapaatte?
- missä?
- missä yhteydessä? (jatkoryhmät?)
- millaisista sairauteen liittyvistä asioista keskustelette silloin? Ja poikkeavatko ne keskustelut sisällöltään ryhmissä käydyistä keskusteluista? Ja miten? Onko esille tullut asioita, joita ryhmässä ei keskusteltu? Mitä tuli esille ja mikä niiden asioiden merkitys on sinulle?
- kannustettiinko teitä tapaamisiin ryhmän jälkeen? (ohjaajat)

Lopetuskysymykset

24. Onko vielä jotain mitä haluaisitte sanoa kuntoutukseen tai ryhmään liittyen?



Hyvät Tulppa-ryhmäläiset

Kuntoutuskurssinne on nyt päättynyt. Meille on tärkeää saada palautetta teiltä ryhmäläisiltä, jotta voimme edelleen kehittää Tulppa-kuntoutusmallia vastaamaan entistä paremmin kuntoutujien tarpeita.

Syksyn 2008 aikana on tarkoitus selvittää ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta. Tarkoituksena on haastatella kahta ryhmää ja teidän ryhmänne on valittu mukaan tutkimukseen. Kyseessä on ryhmähaastattelu eli teitä haastateltaisiin ryhmänä. Tarkoituksena on koota teidän ajatuksianne, kokemuksianne ja mielipiteitänne Tulppa-kuntoutuksesta. Olemme kiinnostuneita kaikista ajatuksista, mielipiteistä ja ehdotuksista, mitä teillä jokaisella on kuntoutukseen liittyen.

Haastattelu on osa Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvää opinnäytetyötäni. Opiskeluni tapahtuu Metropolia ammattikorkeakoulussa. Lisäksi haastattelun avulla saatavaa aineistoa käytetään Raha-automaattiyhdistyksen velvoittamassa kuntoutusohjelmaan liittyvässä ulkoisessa arvioinnissa, jonka suorittaa Sosiaalikehitys Oy. Tutkimuksen tulosten perusteella pyrimme kehittämään Tulppa-ohjelmaa vielä enemmän ryhmäläisten kuntoutusta palvelevaksi.

Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista, eikä haastattelusta kieltäytyminen vaikuta mitenkään tulevaisuudessa saamaanne hoitoon tai kuntoutukseen. Haastattelut käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimustulokset esitetään niin, ettei kenenkään henkilöllisyyttä pystytä vastausten perusteella tunnistamaan. Haastatteluun kannattaa varata aikaa noin 2 – 3 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan. Nauhat tuhotaan heti tutkimusraporttien valmistumisen jälkeen.

Olisi erittäin tärkeää kuntoutusohjelman kehittämisen kannalta, että osallistutte tutkimukseen.

Kiitän lämpimästi avustanne. Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Tulppa-projektipäällikkö Anne Mäkinen
Suomen Sydänliitto
anne.makinen@sydanliitto.fi
Puhelin 09 752 752 56

PELKISTETTY ILMAUS (ajatuskokonaisuus)	ALALUOKKA
<p>ryhmään tulo terveydenhoitajan/omahoitajan ehdotuksesta ystävän kehotuksesta ryhmään tytär painosti ryhmään</p> <p>kaipas sitä semmosta tietoo tiedon puute ryhmään tulos syy mahdollisuus saada tietoa syynä ryhmään tuloon</p> <p>jatkaa niitä elinvuosia</p> <p>aivoverenkierto syynä ryhmään tuloon sepelvaltimotauti syynä ryhmään tuloon</p> <p>kohonnut verensokeri syynä ryhmään tuloon keskivartalon kaventaminen syynä ryhmään tuloon</p> <p>läksin mukaan hakemaan uskon vahvistusta kaikelle sille mitä mä olen itse tehny</p>	<p>Syy ryhmään tuloon</p>
<p>ootti elämänohjeita odotuksena neuvoja siihen että mikä tepsii mihinkin sairautteen ja mihin pyrkiä odotuksena lisätiedon saanti</p> <p>odotti että kuntoo saa kohennettua</p>	<p>Odotukset ryhmästä</p>
<p>pitäs kahtoa mitä tuonne suuhun työntää mitä sitä niin ku olis olis terveellistä tässä vaivassa syödä neuvottiin sitä että mitenkä katotaan ruokatarvikkeihin ostaminen tietoa siitä että kannattaa todella kaupassa katsoa että mitä ostaa saada ruoanlaittajille vähän antaa ohjeita Marevan ja ruokavalio tietämys vitamiineista mitä missäkin kasvissa on ja missä ruoka-aineissa tietoa suolan käytöstä tieto piilosuolasta tietoa ruoan suolapitoisuudesta tietämys rasvasta / rasvoja piti välttää tietoa ruoan terveellisyydestä tietoa ruokavaliosta</p> <p>se painonpudotus ol esillä aika reippaasti ohje tiputtaa painoa se painonpudotus ol esillä aika reippaasti liikunnasta puhuttiin paljon</p>	<p>Tieto terveellisistä elintavoista</p>

<p>mitä sitä saa tehdä ja minkä verran sitä saa tehdä vinkkiä että nyt näillä ja näillä konsteilla voi tulla koittaa elää paremmin ohjeiden saanti</p> <p>aina teema joka tunti mistä keskusteltiin aiheesta keskusteltiin</p>	
<p>riittävästi tuli sitä tietoa laaja-alaista ja monipuolista tiedon saanti että se oli tärkeää sai uutta tietoa tietoa on saanut lisää tietoa liikaa ei jaksaa kaikkea omaksua tietoa tulee jo liikaakin joka paikasta</p>	<p>Tiedon riittävyys</p>
<p>sai tietoa sydänsairauksista tietoa verenpaineesta</p>	<p>Tieto sairauksista ja vaaratekijöistä</p>
<p>tietoa harrastuksista tietoa ihan seksistä lähtien että miten sitä voi harrastaa kun on huonos kunnossa</p>	<p>Muu tiedon saanti</p>
<p>jaetussa materiaalissa hyvää tietoa monipuolinen materiaali ei lisämateriaalin tarvetta materiaalissa tietoa sairauden oireista ja hoidoista kirjassa tehtäviä kielasu siinä materiaalissa sitten että selvän sai</p>	<p>Kirjallisen materiaalin sisältö</p>
<p>välillä tulee materiaalia katsottua hirmu helppo tarkistaa siitä kirjasta se on hyvä että jäi tällainen dokumentti meille kirjallinen materiaali kotiin hyvä, voi kerrata materiaalin kertaaminen kun tulee joku asia mieleen muistipankkina se materiaali luettu jää paremmin mieleen</p> <p>pitäis ottaa tavaksi että lukee säännöllisesti kiireen takia ei ole ehtinyt materiaaliin palata</p>	<p>Kirjallisen materiaalin käyttö</p>
<p>verenpaine laskenut sokeriarvot parantuneet kolesteroliarvot parantuneet kävely matka parani/ kävelytestin lopputulos sama</p> <p>painon pudotus / kun on vähän paino puonnut vyötärö hoikentunu arvot ennallaan tavoitteet saavutettu</p>	<p>Muutokset vaaratekijöissä</p>

<p>liikunta lisääntynyt sauvakävely on siis tullu liikunta säännöllisesti ja oikein</p> <p>ruokavalio on muuttunut ruokiin kiinnittää enemmän huomiota muutoksia ruokavaliiossa oon minä vähän sitä ruokavaliota muuttana</p> <p>rasvat jätin voin pois leikkeleet ja lihat vähärasvasina välttää rasvasia ruokia lihan ja makkaran syöntiä vain vähän kalaa syön</p> <p>salaattia lisää/ salaattia enemmän vihannesten käyttöä lisää sieniä ja marjoja syön</p> <p>vähemmän makeeta/pullaa suolan vähentäminen ruisleipää se on paras tai jos ei oo sitä ni sitte näkkileipää tarkemmin seurannut elämänrytmiä</p>	<p>Muutokset elintavoissa</p>
<p>voimia tullut lisää hyvä olo kunto noussut yleiskunto varmaan on noussu olotila korjaantunu kevyempi /helpompi olo</p>	<p>Muutokset voinnissa</p>
<p>muutokseen motivoi ylipaino terveenä pysyminen motivoi kunnon ylläpitäminen taustalla</p> <p>liikuntapäiväkirja innosti liikkumaan</p> <p>hyvä porukka vaikutti kuntoutumisen onnistumiseen ryhmän innoittamana liikunta lisääntynyt ryhmä antaa intoa muutokseen</p> <p>kotijoukkojen tuki elintapamuutoksiin tarpeen läheisten kannustus aktiivinen vetäjä vaikutti kuntoutumisen onnistumiseen</p> <p>yrittäminen on onnistumisen tae minä aika tunnontarkasti nouattana näitä annettuja ohjeita muutokseen motivoi oma tuntemus et mikä on itelle hyväksi</p>	<p>Muutokseen motivoivat tekijät</p>
<p>kovapäisyys syynä ettei muutokset onnistuneet</p>	<p>Muutosta estävät tekijät</p>

elintavat terveelliset jo alun perin miksi muuttaa jo hyviä tapoja	Muutokseen ei koe tarvetta
oppinut miten toimia jos oireita tulee oppii tuota tuntemaan oman kehonsa oppii että niistä sairauksista pitää toipua oppi että aina pitää katkoa suolaprozentit mitä tahansa ostaa oppinut että, keskivartalolihavuus on vaarallista oppi tuntemaan sen oman kuntosaa opittu iitseoito	Kuntoutuksessa opitut asiat
vaikka on tiedossa ollut mutta se että se kerrottiin täällä asiantuntijojen taholta niin kyllä se pisti miettimään sen että mitä kaupasta ostaa oppi pieniä asioita jotka tavallaan on tiedossa mut niitä ei tiedosta tietojen sisäistäminen tapahtui kuntoutuksen aikana ties jo entuudestaankin niin nyt niin ku rupes uskomaan oon oppinut sitten täällä Tulppa-ryhmässä niin tuota uskomaan miksi terveellinen ruokavalio tärkeää ajatukset on tosiaan muuttunut elintapa asioiden suhteen kirkastunut täällä ne tekijät (ravinnon ja liikunnan tärkeys) ku vanhalle jää niin ku levy päälle ni muistaa kun johonkin asiaan tottuu, niin se jää takaraivoon siitä tulee luonteva käytös - luonteva tapa tehdä	Tietojen ja ohjeiden sisäistäminen
muutokset jokaisesta itsestään kiinni vastuu kuntoutuksesta ja elintapamuutoksista itsellä	Vastuunotto
avaintekijästä ei keskusteltu avaintekijä kaiken aikaa teemana avaintekijä tuli ensimmäisenä esille avaintekijä omassa mielessä koko ajan tuntui että pakko valita avaintekijä kerrottin et avaintekijä on jokaisen omasta tahosta et mikä on niin ku kenellekki tärkeä	Avaintekijä ja sen valinta
tietoa ammattilaisohjaajilta/ryhmän vetäjiltä fysioterapeutilta tietoa kuntoutuksesta sairaanhoitajalta tietoa ruoasta tietoa ulkopuolisilta luennoitsijoilta vähän asiantuntija sanoo että näin pitää tehdä	Ammattilaisilta saatu tiedollinen tuki
ammattilaisohjaajaan sai aina yhteyden tarvittaessa turva tiiossa aina että ammattilaisohjaajalle voi soittaa luo turvallisuutta ohjehen saanti	Ammattilaisohjaajalta saatu emotionaalinen tuki

<p>yhdessä olo tutustu täällä samanlaista sairautta poteviin ihmisiin huomas että ei olekaan yksin ryhmään samaistuu hyvä tämmönen kaveriporukka sai uusia ystäviä mukava ryhmähenki yhteishenki ryhmässä hyvä ryhmään oli helppo tulla ihmisten kanssa täällä tarinoija</p> <p>ryhmän mukana lähtee mukaan paremmin yksin ei tule lähettyä mutta ryhmän vuoksi on tultava ryhmä laittaa miettimään näitä asioita enemmän yhteistoimintaa ryhmä pitää toisiaan ruodussa</p>	<p>Ryhmän tuoma emotionaalinen tuki</p>
<p>ryhmässä sitte kun se henkilö ku kertoo omii nii tulee eri asiat se että keskustellaan siinä oppii myöskin jotakin uutta tai hoksaa jotakin uutta ryhmäkeskustelu tärkeää</p>	<p>Ryhmän tuoma tiedollinen tuki</p>
<p>mukava porukka hyvä ryhmä kivaa ollu</p> <p>avoimuus ryhmässä pystyis kaikesta puhumaan pitäähän siinä pystyä rehellisesti kertomaan</p> <p>ohjaajien ja ryhmän kesken välitön ilmapiiri ryhmän kesken välitön ilmapiiri ryhmässä sai olla oma itsensä jokkainen sai sanoa mielipiteensä</p> <p>hiljanen ja ujo niin jää kyllä vähän syrjään oltiin vähän liian tiukkapiposii lisää huumoria</p>	<p>Ilmapiiri ryhmässä</p>
<p>vertaisohjaajalta keskustelua</p> <p>vertaisohjaajalla tietoa enemmän ties tota jo kertoo omalta osaltaan meille ja osas kysellä ohjaajilta tarkempia tietoja, että eihän me ois osattu kyselläkkään</p>	<p>Vertaisohjaajalta saatu tiedollinen tuki</p>
<p>vertaisohjaajan kokemukset apuna leikkauksen läpi käyneiden esimerkki selviytymisestä vä- hentää pelkoa vertaisohjaajien selviytymisesimerkki antoi toivoa</p>	<p>Vertaisohjaajalta saatu emotionaalinen tuki</p>

<p>vertaisohjaajat samassa asemassa muun ryhmän kanssa, vertaisohjaajat eivät erottuneet</p> <p>ei saanut tukea</p>	<p>Vertaisohjaajalta saatuun tukeen liittyvät ongelmat</p>
<p>hyvä vertaisohjaaja on rohkea vertaisohjaaja ei voi olla hiljainen vertaisohjaajan pitäisi olla empaattinen vertaisohjaajan pitäisi olla helposti lähestyttävä vertaisohjaajan pitäisi tulla kaikkien kanssa juttuun vertaisohjaajan pitäisi olla iloinen vertaisohjaajan pitäisi tykkää ryhmässä olosta ja keskustelusta vertaisohjaajalle tärkeää kuuntelemisen taito</p> <p>vertaisohjaajan tulisi olla henkilö jolla on tietoutta asiasta ja on ymmärrettävä vertaisohjaajalla oltava omakohtaista kokemusta</p> <p>vertaisohjaajan pitäisi tsemppata todella ja kannustaa terveisiin elämäntapoihin vertaisohjaajan tulis rohkaista antaa toivoa vertaisohjaajien kanssa voisi liikkua yhdessä</p>	<p>Toiveet vertaisohjaajan suhteen</p>
<p>liikunta-aiheiset testit kävelytesti liikuntaa, salillakin käytiin, jumpattiin liikuntapäiväkirjan käyttö jatkuva</p> <p>ruokapäiväkirjan teko</p> <p>kirjallisia tehtäviä paljon/ Kotitehtäviä</p> <p>kaupallakin käytiin tuolla kahtomassa mitä meidän pitäis ostoo niitä sydänystävällisiä tuotteita tutustumisleikki</p>	<p>Toiminnalliset menetelmät</p>
<p>liikuntapäiväkirjan avulla huomasi että liikkuu riittävästi liikuntapäiväkirjan avulla huomasi oman liikkumisen määrän</p> <p>testit osoitti vähän vähäsen sen että miten kunto palautetta toisen kävelytestin jälkeen, että miten kunto kohentunut kävelytestistä sai palautetta</p> <p>palautetta vyötärön ympärystä Deps-seulaa voi myöhemminkin verrata tämän hetken tulokseen</p> <p>saatiin me päästötodistus kotitehtävät tarkastettiin ryhmässä keskustellen</p>	<p>Palautteen saanti</p>

<p>onnistunutta ryhmäläistä kehuttiin palautteen anto helppoa kun kaikki tuttuja keskenään</p> <p>antaahan se uskon vahvistusta että mitä on tehny on tehny oikein kun asiantuntija sanoo että näin pitää tehdä niin sit että näinhän mä oon tehny että olen osannut uskon vahvistusta tuli toi uskoa että toiminut oikein</p>	
<p>kuuloo toisten toisten kertomuksia ni se vähän innostaa ihteensä toisten ryhmäläisten esimerkki kannustaa yrittämään toisten esimerkki antaa uskoa</p> <p>ryhmässä tulee mielenkiinto miten toiset on pärjänny ja ottaa se opiksi näkee että joku toinen on tehny paremmin kun minä että otanpa tosta vielä vinkkiä saap seurata että miten sä onnistut toiset otti siitä oppia ottaa oppia muista ryhmäläisistä</p> <p>miten toisilla - kaverilla mennee ja voi sitte omia tunteuksia kertoo taas toisille se on hyvin tärkeetä ryhmäläinen anto meille esikuvan hyvä että on vanhempiakin joukossa mukana että näkee et kyllä ne viel porskuttaa</p>	<p>Sosiaalinen vertailu</p>
<p>henkilökohtaista palautetta kotitehtävistä olisi saanut olla ei semmosia asioita, jotka ei ole omalla kohdalla ajankoh- taisia eri materiaali leikatuille ja ei leikatuille</p>	<p>Henkilökohtaisempi ote</p>
<p>liikuntaa enemmän ois voinu enemmän tutustuu eri liikuntalajeihin joka kerralla liikuntaa vois lisätä muistin kehittämisohjelman</p>	<p>Toimintaan liittyvät toiveet</p>
<p>jatkaa liikuntaryhmänä yhdessä kaipaisi keskusteluryhmiä kerran vuodessa jatkossakin tämmönen niin ku kontrolli jatkotapaamisia ryhmän kesken keskustellen</p>	<p>Jatkotapaamisten tarve</p>
<p>kaipaisi lisätieto sosiaalipuolen asioista tietoa lisää miten käyttäydytään kun joudutaan sairaalaan tieto aikasemmin jo tarpeen</p>	<p>Tietoon liittyvät toiveet</p>
<p>toivoin sitä että miehiä ois tullu enemmän vois olla niin ku kahen ikästä ryhmää</p> <p>ohjaajat vois jollain tavalla puuttua jos ei hiljaiset saa mahdollisuutta osallistua</p> <p>toivois että tämmöseen pääsis kaikki ryhmään pääsy hankalaa</p>	<p>Ryhmään itseensä liittyvät toiveet</p>

ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGORIAT	TEEMAT
Tieto terveellisistä elintavoista Tieto sairauksista ja vaaratekijöistä Muu tiedon saanti Kirjallisen materiaalin sisältö Kirjallisen materiaalin käyttö Tiedon riittävyys Ammattilaisilta saatu tiedollinen tuki Ryhmän tuoma tiedollinen tuki Vertaisohjaajalta saatu tiedollinen tuki Ilmapiiri ryhmässä Ryhmän tuoma emotionaalinen tuki Vertaisohjaajalta saatu emotionaalinen tuki Ammattilaisohjaajalta saatu emotionaalinen tuki Palautteen saanti Sosiaalinen vertailu Toiminnalliset menetelmät	Tiedollinen tuki Emotionaalinen tuki Arviointituki Välineellinen tuki	Voimaantumista tukevat tekijät kuntoutusryhmässä
Henkilökohtaisempi ote Toimintaan liittyvät toiveet Jatkotapaamisten tarve Tietoon liittyvät toiveet Ryhmään itseensä liittyvät toiveet Vertaisohjaajalta saatuun tukeen liittyvät ongelmat Toiveet vertaisohjaajan suhteen	Kuntoutujien kehittämistoiveet Vertaistuen ongelmat	Kuntoutukseen liittyvät kehittämiskohteet

ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGORIAT	TEEMAT
<p>Kuntoutuksessa opitut asiat Tietojen ja ohjeiden sisäistäminen</p> <p>Vastuunotto Avaintekijä ja sen valinta</p> <p>Muutokset elintavoissa Muutokset vaaratekijöissä Muutokset voinnissa</p> <p>Muutokseen motivoivat tekijät Muutosta estävät tekijät Muutoksen ei koe tarvetta Syy ryhmään tuloon Odotukset ryhmästä</p>	<p>Oppimisprosessi</p> <p>Kuntoutukseen sitoutuminen</p> <p>Muutosprosessi</p> <p>Muutosprosessiin vaikuttavat taustatekijät</p>	<p>Voimaantumisen onnistuminen</p>

Tärkeimmät Tulppa-kuntoutuksesta tiedottavat lähteet alueittain

LIITE 9.

	1. tiedonlähde	2. tiedonlähde	3. tiedonlähde
Etelä-Karjala (N= 53)	Hoitajat terveyskeskuksessa (49 %)	Henkilökohtainen lähete (15 %)	Tuttavat/omaiset (11 %)
Etelä-Savo (N= 12)	Henkilökohtainen lähete (42 %)	Hoitajat/kuntoutusohjaajat sairaalassa (33 %)	Hoitajat terveyskeskuksessa (33 %)
Itä-Savo (N= 18)	Hoitajat terveyskeskuksessa (61 %)	Hoitajat/ kuntoutusohjaajat sairaalassa (28 %)	Aiemmin Tulppakurssin käynyt (22 %)
Kymenlaakso (N= 24)	Henkilökohtainen lähete (21 %)	Lehti-ilmoitus (21 %)	Aiemmin Tulppakurssin käynyt (13 %) tai Tuttavat/omaiset (13 %)
Pohjois-Karjala (N= 30)	Hoitajat/ kuntoutusohjaajat sairaalassa (43 %)	Hoitajat terveyskeskuksessa (27 %)	Henkilökohtainen lähete (23 %)
Pohjois-Savo (N= 41)	Hoitajat/kuntoutusohjaajat sairaalassa (41 %)	Hoitajat terveyskeskuksessa (34 %)	Henkilökohtainen lähete (17 %)
Päijät-Häme (N= 25)	Lehti-ilmoitus 44 %	Sydänpiiri/yhdistys (16 %)	Hoitajat terveyskeskuksessa (16 %)

Kuntoutuksen aikana saatu uusi tieto valtimotaudeista ja niiden hoidosta LIITE 10.

Tieto	Uutta tietoa saaneet (f)	Uutta tietoa saaneet (%)
Sepelvaltimotaudista (N= 180)	163	91 %
Ylipainosta ja vyötärölihavuudesta (N= 173)	159	92 %
Valtimotautipotilaan ravitsemuksesta (N= 164)	154	94 %
Korkeista kolesteroliarvoista (N= 172)	154	90 %
Valtimotautipotilaan liikunnasta (N= 166)	153	92 %
Kohonneesta verenpaineesta (N= 166)	137	83 %
Kohonneesta verensokerista (N= 161)	136	85 %
Hätätilanteista ja niissä toimimisesta (N= 166)	136	82 %
Lääkehoidosta (N= 164)	132	81 %
Diabeteksestä (N= 157)	129	82 %
Oireiden seurannasta (N= 155)	122	79 %
Aivoverenkiertohäiriöistä (N= 156)	117	75 %
Stressistä (N= 150)	106	71 %
Masennuksesta (N= 148)	97	66 %
Tupakoinnista ja sen lopettamisesta (N= 144)	96	67 %
Psyykkisestä selviytymisestä (N=153)	91	60 %
Parisuhteesta ja seksuaalisuudesta (N= 141)	86	61 %
Valtimotautipotilaan sosiaaliturvasta (N= 145)	79	55 %
Työkyvystä ja eläkekysymyksistä (N= 137)	64	47 %

Kuntoutujien lisätiedon tarve

LIITE 11.

Lisätiedon tarve	Lisätietoa tarvitsevat (f)	Lisätietoa tarvitsevat (%)
Oireiden seurannasta (N= 84)	55	66 %
Hätätilanteista ja niissä toimimisesta (N= 84)	55	66 %
Aivoverenkiertohäiriöistä (N= 81)	51	63 %
Sepelvaltimotaudista (N= 86)	51	59 %
Kohonneesta verensokerista (N= 82)	49	60 %
Lääkehoidosta (N= 83)	49	59 %
Ylipainosta ja vyötärölihavuudesta (N= 82)	44	54 %
Valtimotautipotilaan liikunnasta (N= 82)	42	51 %
Valtimotautipotilaan sosiaaliturvasta (N= 87)	42	48 %
Diabeteksestä (N= 85)	41	48 %
Kohonneesta verenpaineesta (N= 78)	37	47 %
Korkeista kolesteroliarvoista (N= 79)	37	47 %
Valtimotautipotilaan ravitsemuksesta (N= 80)	37	46 %
Stressistä (N= 79)	36	46 %
Psyykkisestä selviytymisestä (N=80)	35	44 %
Parisuhteesta ja seksuaalisuudesta (N= 84)	35	42 %
Masennuksesta (N= 82)	33	40 %
Työkyvystä ja eläkekysymyksistä (N= 84)	33	39 %
Tupakoinnista ja sen lopettamisesta (N= 79)	17	22 %

Ryhmäläisten kuntoutuksen aikana oppimat valtimotauteihin liittyvät asiat LIITE 12.

Opin	Oppiminen		
	Kyllä	Ei	Ei tarvetta
mitä tarkoitetaan terveellisellä ruokavaliolla (N= 165)	95 %	-	6 %
mitä valtimotaudeilla tarkoitetaan (N= 176)	92 %	2 %	7 %
liikunnan tärkeyden ja kuinka liikkua oikein (N= 174)	91 %	2 %	8 %
miten vaaratekijät vaikuttavat valtimotaudin etenemiseen/ siihen sairastumiseen (N= 169)	91 %	2 %	7 %
mitä hyötyä elintapamuutoksista on (N= 166)	89 %	2 %	10 %
kuinka muuttaa elintapoja (N= 160)	86 %	4 %	11 %
kuinka toimia hätätilanteessa (N= 170)	85 %	11 %	4 %
lääkkeiden tärkeyden ja niiden käyttötarkoituksena (N= 165)	78 %	9 %	13 %
kuinka tunnistaa oireiden paheneminen (N= 155)	74 %	23 %	3 %
miten erottaa rintakivun muusta kivusta (N= 166)	72 %	24 %	5 %
mielialan ja sairauden välillä olevan yhteyden (N= 155)	68 %	23 %	10 %
miten tunnistaa mahdollinen masennus (N=152)	61 %	29 %	11 %
miten hallita stressiä (N= 158)	58 %	30 %	12 %
miten tunnistaa stressinmerkit omassa elämässä (N= 163)	56 %	32 %	12 %
miten valtimotaudit vaikuttavat seksuaalielämään (N= 155)	48 %	30 %	21 %
kuinka toimia sosiaali- ja terveydenhuollossa (N= 143)	44 %	40 %	16 %
mitä sosiaaliturvaan liittyviä etuuksia minulle kuuluu (N= 148)	38 %	45 %	17 %

Uuden tiedon saanti ja sen vaikutus toimintaan

LIITE 13.

Uusi tieto (N= 204)	Toiminnan muutos (%)		
	Kyllä	Ei	Tyhjä
Sepelvaltimotaudista	37 %	11 %	52 %
Valtimotautipotilaan ravitsemuksesta	34 %	8 %	57 %
Korkeista kolesteroliarvoista	34 %	8 %	57 %
Valtimotautipotilaan liikunnasta	33 %	9 %	58 %
Ylipainosta ja vyötärölihavuudesta	33 %	11 %	56 %
Diabeteksestä	28 %	13 %	59 %
Oireiden seurannasta	27 %	11 %	62 %
Kohonneesta verenpaineesta	25 %	15 %	60 %
Hätätilanteista ja niissä toimimisesta	24 %	12 %	64 %
Kohonneesta verensokerista	23 %	14 %	64 %
Aivoverenkiertohäiriöistä	21 %	14 %	65 %
Lääkehoidosta	21 %	16 %	63 %
Stressistä	20 %	17 %	64 %
Masennuksesta	14 %	22 %	64 %
Psyykkisestä selviytymisestä	13 %	21 %	66 %
Tupakoinnista ja sen lopettamisesta	13 %	22 %	66 %
Valtimotautipotilaan sosiaaliturvasta	13 %	23 %	64 %
Työkyvystä ja eläkekysymyksistä	10 %	22 %	68 %
Parisuhteesta ja seksuaalisuudesta	10 %	25 %	65 %