

Mielenterveyskuntoutujan kokemuk- sia Ahaa!-kognitiivisesta harjoittelu- menetelmästä

Tapaustutkimus

Jatta Lappi

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Toimintaterapeutti (ylempi AMK), monialainen kuntoutus

Tekijä(t) Lappi, Jatta	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Huhtikuu 2019
	Sivumäärä 78	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia Ahaa!–kognitiivisesta harjoittelumenetelmästä Tapaustutkimus		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapeutti YAMK, monialainen kuntoutus		
Työn ohjaaja(t) Raitio Katja, Sihvonen Sanna		
Toimeksiantaja(t) Päijät-Hämeen Muistiyhdistys ry, "AIVOTREENIT–aivojen huoltamista kognitiivisen harjoittelun avulla" -hanke (2016-2018)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Vaikeista mielenterveyshäiriöistä psykoosien kokonaisesiintyvyys väestössä on noin 2,3%, joista skitsofrenia sairaus on yleisin. Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat kuntoutujalle inhimillistä kärsimystä ja haittaa sekä ovat yhteiskunnalle kalliita sairauksia. Mielenterveyskuntoutus on tärkeää ja pyrkimys on kehittää kuntoutujan arkea tukevia ja voimavaroja lisääviä menetelmiä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän käytöstä mielenterveyskuntoutuksessa. Tavoitteena oli kokeilla skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmää, tuoden esiin kuntoutujan kokemuksia menetelmän toimivuudesta. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa menetelmän toimivuudesta ohjaajan näkökulmasta. Laadullinen tapaustutkimus toteutettiin yhden skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa. Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän viisi osa-aluetta; keskittyminen, muisti, hahmottaminen, päättely ja kieli osiot tehtävineen käytiin läpi 10 tapaamiskerran aikana. Kuntoutujan palautteen sekä ohjaajan havainnoinnin perusteella koottiin aineisto, joka analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Analyysin perusteella keskeisiksi asioiksi nousi ohjauksen merkitys ja sen mukautuvuus sekä vuorovaikutus tehtäviä ja osa-alueita tehdessä. Kuntoutujan kokemusten mukaan ohjauksella oli vaikutusta tapaamisten ilmapiiriin ja tehtävien tekemiseen. Kuntoutuja sai tehtävien perusteella onnistumisen kokemuksia ja koki sen vaikuttavan mielialaan positiivisesti. Prosessi eteni suunnitellusti ja kuntoutuja oli hyvin motivoitunut tapaamisiin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä osoittautui tässä tutkimuksessa käyttökelpoiseksi menetelmäksi kognitiivisten taitojen harjoitteluun, skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Mielenterveyskuntoutus, skitsofrenia, kognitiivinen harjoittelu, laadullinen tutkimus, tapaustutkimus		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Lappi, Jatta	Type of publication Master's thesis	Date April 2019 Language of publication: Finnish
	Number of pages 78	Permission for web publication: X
Title of publication A mental health rehabilitee's experiences of the Ahaa!-cognitive training method A Case study		
Degree programme Master's Degree in Multidisciplinary Rehabilitation		
Supervisor(s) Raitio Katja, Sihvonen Sanna		
Assigned by The Päijät-Häme Memory Society, The "Brainstorming - brain care through cognitive training"-project (2016-2018)		
<p>Abstract</p> <p>When it comes to severe mental disorders, the prevalence of psychoses is about 2.3% among the whole of the population, and schizophrenia is the most prevalent form of such disorders. Mental disorders cause suffering and harm to the rehabilitees as well as excessive costs to society. Mental health rehabilitation is highly important, and its aim is to improve the methods that support the everyday life and resources of the rehabilitees.</p> <p>The purpose of this study was to generate information on using the "Ahaa!" cognitive training program as a means of mental health rehabilitation. The aim was to utilize the training program with a rehabilitee suffering from schizophrenia and uncover this rehabilitee's experiences related to the functionality of this program as a means of mental health rehabilitation. Another aim was to learn more about the method from the counsellors' point of view.</p> <p>A qualitative case study was conducted with one rehabilitee suffering from schizophrenia. The five sections of the "Ahaa!" training program, namely, concentration, memory, perception, deduction and language as well as the related tasks were all implemented during ten meetings with the rehabilitee. The data for the study came from interviews with the rehabilitee and from the counsellor's observations. The data was analysed by using content analysis.</p> <p>Based on the analysis, the key elements of the study were the importance of guidance and its adaptability as well as interaction during the tasks and the different sections. According to the rehabilitee, guidance had an impact on the atmosphere of the meetings and on carrying out the tasks. The tasks gave the rehabilitee experiences of success and a feeling of a positive impact on the mood. The process proceeded as planned, and the rehabilitee was highly motivated by the meetings. In conclusion, it can be stated that the "Ahaa!" cognitive training program proved to be a useful tool for training cognitive skills in this case study with a rehabilitee suffering from schizophrenia.</p>		
Keywords/tags (subjects) Mental rehabilitation, schizophrenia, cognitive training, qualitative research, case study		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Mielenterveyskuntoutus.....	6
2.1	Skitsofrenia sairautena	7
2.1.1	Skitsofrenia sairauden vaikutus toimintakykyyn.....	8
2.1.2	Skitsofrenia sairauden vaikutus kognitiivisiin kykyihin	9
2.1.3	Skitsofrenia sairauden hoito ja toipuminen	10
2.2	Kognitiivinen kuntoutus	12
2.3	Kognitiivisia menetelmiä skitsofrenia sairauden kuntoutuksessa	13
3	Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä	15
3.1	Kognitiivisen rakenteen muovautuvuuden teoria	17
3.2	Ohjattu oppimiskokemus	18
3.2.1	Ohjaajuus Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmään käytettäessä.	20
3.2.2	Vuorovaikutus ohjauksen ja oppimisen työkaluna.....	21
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät.....	24
5	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	24
5.1	Kokemuksen tutkiminen.....	25
5.2	Tapaustutkimus ja tapauksen valinta.....	26
5.3	Aineistonkeruu	27
5.4	Aineistonanalyysi.....	30
6	Tutkimuksen tulokset	32
6.1	Yhteenveto tuloksista.....	32
6.2	Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tapaamisprosessi	35
7	Pohdinta.....	45
7.1	Tulosten tarkastelu.....	46

	2
7.2 Eettisyys.....	50
7.3 Luotettavuus.....	52
8 Johtopäätökset.....	55
Lähteet	58
Liite 1. Opinnäytetyön tiedote 18.6.2018.....	67
Liite 2. Suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen	68
Liite 3. Esimerkkejä Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tehtävistä	69
Liite 4. Kuntoutujan palaute emojitarrat	72
Liite 5. Ohjaajan havaintoanalyysi 3. tapaamisesta.....	73
Liite 6. Ohjauksen analyysi yhteenveto	74
Liite 7. Esimerkkejä Pisteestä pisteeseen-tehtävistä.....	75
Kuviot	
Kuvio 1. Ohjaajan havainnot yhteenveto.....	33
Kuvio 2. Kuntoutujan kokemukset yhteenveto.....	34

1 Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan mielenterveys on osa ihmisen terveyttä ja tärkeä yksilön hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn kannalta (Mielenterveyden edistäminen 2014). Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, joka tukee hyvän mielenterveyden toteutumista ja jonka tavoitteena on vahvistavien ja suojaavien tekijöiden lisääminen. (Keinoja mielenterveyden edistämiseen 2017.) Väestön terveyttä koskevissa tutkimuksissa on keskitytty usein vain mielenterveyden oireisiin, häiriöihin ja sairauksiin, sen sijaan positiivinen ulottuvuus on jäänyt vähemmälle huomiolle (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling, Solin, 2016, 1759). Positiivinen mielenterveys on ihmisen voimavara ja sillä on todettu olevan yhteyksiä esimerkiksi parempaan fyysiseen terveyteen sekä elämänlaatuun, korkeampiin koulusaavutuksiin ja positiiviseen terveyskäyttäytymiseen (Positiivinen mielenterveys 2018).

Mielenterveyshäiriöön sairastuminen voi vaikuttaa yhteiskunnallisesti tuottavuuden laskuna ja näkyä heikompana koulutusasteena, työttömyytenä sekä toimeentulotukien varassa elämisenä (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine, Charlson, Norman, Falxman, Johns, Burstein, Murray & Vos 2013, 1575). Suomessa mielenterveyshäiriöistä aiheutuneet kustannukset ovat noin 5% kaikista terveydenhuollon kuluista (Reini 2016, 7). Vuonna 2017 mielenterveyshäiriöt olivat suurin työkyvyttömyyden aiheuttanut sairaus 42% (Tilastokeskus 2018) ja työkyvyttömyyseläke menot olivat lähes 670 miljoonaa euroa (Reini 2016, 7). Laajasalo ja Pirkola (2012, 5) ihmettelevätkin kuinka vähän on selvitetty mielenterveyden edistämisen taloudellisia vaikutuksia, ottaen huomioon mielenterveyshäiriöiden yleisyys ja niistä aiheutuneet kustannukset. Tarvitaan siis paljon lisää tutkimusta tehokkaista ja toimivista mielenterveyspalveluiden toimintamalleista (Whiteford ym. 2013, 1583).

Mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisen tavoitteena on sairauksien ja häiriöiden ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden vähentäminen sekä sairauksien oireiden minimoiminen (Keinoja mielenterveyden edistämiseen 2017). Rahassa ei voi kuitenkaan mitata miten paljon mielenterveyshäiriöistä aiheutuu haittaa ja inhimillistä kärsimystä sai-

rastuneille itselleen, heidän perheen jäsenilleen sekä muille läheisille ihmisille (T Taipale & Lavikainen 2006, 2933). Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ohjaustyöryhmän mukaan: asiakkaan asemaa on vahvistettava, mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä lisättävä, mielenterveys- ja päihdepalveluja järjestettävä sekä ohjaus keinoja kehitettävä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015). ”Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta oppaassa” määrittellään mielenterveyskuntoutuksella tähdättävän yleisesti sairauden parantumiseen tai psyykkisten oireiden lievittymiseen sekä yksilön parempaan hyvinvointiin (Mielenterveystalo).

Vaikeista mielenterveyshäiriöistä psykoosien kokonaisesiintyvyys väestössä on 2,3%. Skitsofrenia sairaus on keskeisin ja sen yleisyys väestössä on noin 1% luokkaa (Salmiinen 2002, 110.) Skitsofrenia sairautena aiheuttaa kognitiivisia häiriöitä ja havaittavat kognitiiviset toimintakyvyn puutokset ovat keskeinen osa sairauden oirekuvaa. Kognitiiviset oireet vaikuttavat myös sosiaaliseen toimintakykyyn, elämänlaatuun ja avohoidossa selviytymiseen, jopa enemmän kuin skitsofrenia sairauden positiiviset ja negatiiviset oireet. Viime vuosina on kuntoutuksen keskeisiksi tavoitteiksi noussut kognitiivisen toimintakyvyn parantaminen (Muzio, Oksanen, Luoma, Kimmelma-Paajanen & Ruohonen 2010, 910). Skitsofrenia sairauden kuntoutuksessa on Suomessa käytössä ainakin CRT (kognitiivinen remediaatioterapia) ja SCIT (sosiaalisen kognition harjoitusohjelma) (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016).

Opinnäytetyö tehtiin Päijät-Hämeen Muistiyhdistys ry:lle Ahaa!-Aivotreenit- aivojen huoltamista kognitiivisen harjoittelun avulla (2016–218) hankkeelle. Hankkeessa on kehitetty ja pilotoitu Ahaa! Aivotreeniä yhdessä menetelmä, joka on kognitiivisten taitojen harjoittamiseen kehitetty 10 tapaamiskerran ryhmätoimintamalli. Malli sisältää kynä-paperitehtäviä, joita tehdään aina ohjatusti. Tehtäviä on viiden eri kognitio osa-alueen harjoittamiseen; keskittyminen, muisti, hahmottaminen, päättely ja kieli. Tehtävät soveltuvat laajalle kohderyhmälle käytettäväksi; sairastuneille, vammautuneille tai aivojen huoltamisesta/aktivoinnista kiinnostuneille. Ahaa! Aivotreeniä yhdessä menetelmästä käytän tässä opinnäytetyössä nimeä Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä jatkossa. Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä perustuu IE (Instrumental Enrichment)-kuntoutusohjelmaan sekä Pääoma-hankkeessa (2012–2015)

kerättyyn kokemukseen. Menetelmän taustalla on tutkimustieto kognitiivisen rakenteen muovautuvuudesta sekä ohjatusta oppimiskokemuksesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän käytöstä mielenterveyskuntoutuksessa. Tavoitteena oli kokeilla skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmää tuoden esiin kuntoutujan kokemuksia menetelmän toimivuudesta. Lisäksi opinnäytetyöntekijän tavoitteena oli saada tietoa menetelmän toimivuudesta ohjaajan näkökulmasta.

2 Mielensterveyskuntoutus

Mielensterveyskuntoutuksessa toiminnan lähtökohtana on aina kuntoutujan kokonaisvaltainen kohtaaminen, huomioiden hänen toiveensa, voimavaransa ja tavoitteensa (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14). Myös toiminnan käytännöllisyys on, Järvikosken ja Härkäpään (2011, 235) mukaan tärkeää. Toivon herättäminen ja ylläpitäminen sekä kuntouttajan usko kuntoutujan kuntoutumiseen voi olla tärkeämpi kuin itse mitä apua kuntoutuja saa (Koskisuus 2004, 55). Kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden esiin saaminen (Koskisuus 2004, 30) ja vahvuuksien löytäminen tulisivat olla kuntoutuksen lähtökohtia. Kuntoutusta suunniteltaessa on aina arvioitava tilanne ja otettava huomioon kuntoutettavan ikä, motivaatio, sairautta edeltävä kognitiivinen taso ja toimintakyky, aivojen ja hermoston muovautuvuus sekä yksilön oppimiskyky (Viertiö ym. 2016, 633). Näin voidaan miettiä tarvittavien kuntoutuspalveluiden kohdentaminen oikein, tilanteeseen sopivalla tavalla sekä löydetään kuntoutujan vahvuudet ja valmiudet (Tuulio-Henriksson 2007, 52–53).

Kuntoutumisen tavoitteena on fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn paraneminen tai sen alentumisen estäminen, elämönhallinnan saavuttaminen sekä valtaistuminen. Valtaistuminen tarkoittaa sitä, että kuntoutuja näkee itsensä aktiivisena toimijana, jolla on mahdollisuuksia vaikuttaa omaan sekä muiden ihmisten elämään. (Järvikoski 2013, 39-40.) Kuntoutuminen ei ole kuitenkaan itseohjautuva prosessi ja kuntoutuja tarvitsee muutoksen tueksi hyvät mukautumis- ja vuorovaikutustaidot omaavat kuntoutuksen ammattilaiset (Koskisuus 2004, 206). Kuntoutustyöntekijöiden arvot pitäisi olla yhtenevät ja niiden täytyisi tähdätä toimintatapoihin, joissa tavoitellaan kuntoutujan osallisuutta, tarjotaan mahdollisuuksia, itsenäisyyttä, voimaantumista, kuntoutumista ja parempaa elämänlaatua. Jos kuntoutustoiminnan taustalla olevat arvot tunnetaan ja tunnistetaan, ne elävät käytännön työssä ja kuntoutuksen tulokset ovat tällöin paremmat. (Koskisuus 2004, 45.)

Mielensterveyskuntoutuksen voidaan ajatella olevan myös elämäntapakuntoutusta, keskiössä on usein erilaiset elin- ja elämäntapoihin liittyvät asiat, jotka luovat pohjaa elämäntapamuutokselle (Järvikoski 2013, 54-55). Mielensterveyskuntoutus sisältää kuntoutujan oppimista, kouluttamista ja ohjaamista sekä hoitoa ja toipumista. Hoito

ajoittuu yleensä sairauden akuuttivaiheeseen ja sairaalaan ja sen tehtävänä on luoda edellytyksiä ja pohjaa kuntoutumiselle ja toipumiselle, joka alkaa limittäin hoidon rinnalla. (Koskisuus 2004, 39, 54.)

2.1 Skitsofrenia sairautena

Skitsofrenia sairaus on monimuotoinen ja vaikea sekä eniten tutkittu psykoosisairaus (Penttilä, Huhtaniska, Jääskeläinen & Granö 2017, 2117). Se puhkeaa tavallisesti nuorella aikuisiällä, miehillä aiemmin kuin naisilla ja sitä sairastaa noin 1% väestöstä (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus 2013). Skitsofrenia sairaus on usein elinikäinen, jossa voi olla erilaisia vaiheita ja pahenemisvaiheet vaativat yleensä sairaalahoitoa. Skitsofrenia sairauteen kuuluu positiivisia sekä negatiivisia oireita. Positiiviset oireet näkyvät ulospäin eli ne voivat olla aistiharhoja, harhaluuloja tai hajanaisuutta puheessa ja käytöksessä. Negatiiviset oireet ovat sisäänpäin kääntymistä eli tunteiden latistuminen, puheen köyhyys, kyvyttömyyttä nauttia tai tuntea mielihyvää sekä päämäärättömyys. (Hietala & Tuulio-Henriksson 2011, 66-67.)

Skitsofrenia sairauteen voi liittyä myös mieliala- ja ahdistusoireita kuten itsetuhoisuutta ja toivottomuutta sekä kognitiivisia oireita. Kognitiiviset oireet jaetaan neurokognitiivisiin (keskittyminen ja tarkkaavaisuus, työmuisti, kielellinen muisti, toiminnanohjaus, prosessointinopeus) ongelmiin ja sosiaalisen kognition häiriöihin (tunteiden tunnistaminen ja sosiaalisten suhteiden ymmärtäminen). (Viertö ym. 2016, 632.) Tarkkaavaisuuden ongelmat näkyvät vireydessä, sen ylläpitämisessä tai huomion jakamisessa usean eri kohteen välillä. Kielellisen muistin ongelmat johtuvat usein muistin palauttamisen haasteista ja näkyvät kun sovitut asiat eivät toteudu. Toiminnanohjauksen haasteet näkyvät toiminnan joustavuuden ongelmina eli toimintaa on vaikea soveltaa tarkoituksenmukaisesti eri tilanteissa. (Lähteenlahti 2001; Koskisuus 2004, 204). Sosiaalisen kognition häiriö näkyy muun muassa tiedon käsittelyn haasteina sosiaalisissa tilanteissa, joissa pitäisi osata tulkita ja ymmärtää toisen ihmisen mielenliikkeitä (Hari 2003, 1465).

Skitsofrenia sairauden puhkeaminen ymmärretään tällä hetkellä stressi-haavoittuvuus-mallin kautta. Perimä on altistavin tekijä, mutta sikiöaikaisen kehityksen häiriöt, synnytyskomplikaatiot tai lapsuuden traumat voivat lisätä riskiä ja laskea alttiutta sairastua. Mallin ajatus on, että alttius on perinnöllistä ja/ tai varhaiskehityksen aikana syntyntä ja sairaus voi puhjeta stressitekijän laukaisemana. Psykoosia edeltävä stressi ja kuormitus siis ylittävät henkilön sen hetkisen sieto- ja kestokyvyn. (Tuominen & Salokangas 2017, 173.)

2.1.1 Skitsofrenia sairauden vaikutus toimintakykyyn

Ihmisen toimintakyky on kokonaisuus, jonka keho, mieli sekä sosiaalinen ympäristö muodostavat. Ne ovat riippuvaisia toisistaan ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa toisensa kanssa. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 9.) Ihminen on toimintakykyinen silloin kun hän selviytyy itselleen merkityksellisistä toiminnoista itseään ja ympäristöä tyydyttävällä tasolla, omista toimintaympäristöissään (Koskisu 2004, 19). Toimintakyky ja ihmisen toiminnallisuus ovat mielenterveyskuntoutuksessa perusarvoja, joita tulee vahvistaa ja löytää niistä voimavaroja. Kuntoutus ei saisi keskittyä pelkästään oireiden vähentämiseen tai niiden tuomien rajoitusten miettimiseen. (Koskisu 2004, 47.)

Skitsofrenia sairauteen liittyvät mieliala-, ahdistus- ja kognitiiviset oireet vaikuttavat toimintakykyyn, näkyen esimerkiksi haasteina työssä ja vapaa-ajalla, sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä sekä itsenäisesti arjessa selviytymisestä (Hietala & Tuulio-Henriksson 2011, 66–67). Skitsofreniaa sairastavien heikko suoriutuminen on tutkimuksien mukaan yhteydessä negatiivisiin oireisiin ja kognitiivisiin puutoksiin, muttei positiivisiin oireisiin (Nordling 2007, 29). Toimintakykyyn vaikuttavat sairauden oireiden lisäksi myös monet psykososiaaliset tekijät. Niitä ovat esimerkiksi univaikeudet, tunne-elämän epätasapaino, työhön ja ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet. (Pitkänen, Levola, Tourunen, Kaskela ja Holopainen 2016, 137.)

Skitsofrenia sairauden oireiden aiheuttamat toimintakykyvaikeudet heikentävät myös elämänlaatua, joten oireiden hoidon ja kompensoimisen tulisi olla kuntoutuksen keskiössä (Viertiö ym. 2016, 632). Skitsofreniaan sairastuneet hyötyvät toimintakykyä ylläpitävistä toiminnoista, heille tulisi tarjota monipuolisia mahdollisuuksia osallistua erilaisiin toimintoihin ja toisten ihmisten auttamiseen, joka voimaannuttaa erityisesti ja tuo merkityksen toimintaan (Penttilä, Juola, Seppälä, Kaivosoja, Raiskila, Niemelä & Jääskeläinen 2015, 880).

2.1.2 Skitsofrenia sairauden vaikutus kognitiivisiin kykyihin

Skitsofrenia sairautta on tutkittu neuropsykologian näkökulmasta viime vuosina paljon. Sen myötä on tullut lisätietoa kognitiivista häiriöistä, niiden luoteesta, laajuudesta sekä yhteydestä sairauden syytekijöihin, oirekuvaan, hoitoon ja kuntoutussuunnitelmiin. Tutkimuksien myötä voidaan todeta, että havaittavat kognitiiviset toimintakyvyn puutokset ovat keskeinen osa sairauden oirekuvaa. Skitsofrenia sairautteen liittyvät kognitiiviset oireet vaikuttavat myös sosiaaliseen toimintakykyyn, elämänlaatuun ja avohoidossa selviytymiseen, jopa enemmän kuin positiiviset ja negatiiviset oireet (Muzio ym. 2010, 910). Positiivisten oireiden kuten harhaluulojen ja aistiharhojen vaikutus kognitiiviseen toimintakykyyn on hyvin pieni verrattuna negatiivisten oireiden vaikutuksiin. Huonoon hoitomyöntyvyyteen, sairautentuntoon ja itseenäisen asumisen haasteisiin sekä erityisesti sitoutumiseen lääkehoidosta huolehtimiseen voi olla syynä heikko kognitiivinen suoriutumiskyky (Tuulio-Henriksson 2014, 233–234, 236).

Varhain puhjenneessa skitsofrenia sairaudessa usein negatiiviset oireet korostuvat ja se mahdollisesti ennustaa vakavampia kognitiivisia haasteita. Kognitiiviset oireet näkyvät muistin, tarkkaavuuden, psykomotorisen nopeuden tai toiminnanohjauksen haasteina. Skitsofrenia sairaudelle ei voi määritellä tyypillistä neuropsykologista profiilia, mutta tiedetään kuitenkin, että kognitiivisten häiriöiden vakavuus ja laaja-alaisuus on tyypillistä. (Hietala & Tuulio-Henriksson 2011, 68.) Torniaisen (2013, 10) väitöskirjassa tutkittiin skitsofrenia sairauden kognitiivisia häiriöitä sekä riskitekijöitä.

Esiin nousi, että haastavimmat kognitiiviset ongelmat olivat kuntoutujilla, joilla oli hankalia negatiivisia oireita, mutta myös korkea antipsykoottisten lääkkeiden annos. Koposen (2008, 151) mukaan 15–25 % skitsofreniaa sairastavista kuntoutujista ei kuitenkaan esiinny kognitiivisen prosessoinnin häiriöitä. Sairauden puhkeamis- ja alkuvaiheessa voidaan jo nähdä muistissa heikkoutta tai muutoksia eli selvää kognitiivisen tason alenemaa. Syy tähän ilmiöön on kognitiivisessa kyvyssä tapahtunut prosessoinneiden hidastuminen. Akuutin psykoosin jälkeen ja oireiden rauhoittuessa, ei yleensä enää tapahdu kognitiivisen tason laskua, mutta yksilöllisiä vaihteluita esiintyy paljon. On syytä kuitenkin muistaa, että skitsofrenia on sairautena hyvin monimuotoinen ja heterogeeninen, toisilla kognitiivinen suoriutuminen voi kohentua iän myötä, kun taas toisilla se voi laskea jopa muistuttamaan dementiapotilaiden sairauden kuvaa. Yleisesti voidaan ajatella, että sairauden puhkeamiseen liittyvä kognitiivisen tason lasku tai muutos voi olla suuri, verrattuna henkilön kognitiivisiin kykyihin ennen sairastumista. Iän mukanaan tuomat kognition haasteet voivat kuitenkin olla skitsofreniaa sairastavalla paljon suuremmat, kuin ilman sairautta ikääntyvillä. (Tuulio-Henriksson 2014, 233.)

2.1.3 Skitsofrenia sairauden hoito ja toipuminen

Skitsofrenia sairauden hoidon tavoitteena on oireiden poistaminen tai niiden lievittyminen sekä uusien psykoosi jaksojen ehkäisy, psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen (Tuominen & Salokangas 2017, 173). Lääkehoito on merkittävässä osassa sairauden oireiden ja psykoosin hoitoa (Lönnqvist, Henriksson & Marttunen 2011, 75–78.) Lääkehoidon lisäksi suositellaan psykososiaalisia hoitomuotoja: yksilöpsykoterapiaa (kognitiivis-behavioraalista) ja ryhmäpsykoterapiaa, psykoedukaatiota, perheinterventioita, luovia terapioiden menetelmiä, sosiaalisten- ja arkielämän taitojen harjoittelua, päivätoimintaa ja asumiskuntoutusta, kognitiivisia kuntoutusohjelmia, työ kuntoutusta ja työllisyyden edistämistä. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2013.)

Jokaisen henkilön sairaudenkuva on aina yksilöllinen, joten hoidon ja kuntoutuksen tulisi olla aina yksilöllisesti suunniteltua, pitkäjänteistä ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen perustuvaa (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2013; Morin & Frank 2017, 9). Sairauden ennuste sekä hoidon ja kuntoutuksen teho on todennäköisesti heikompaa, jos henkilöllä on paljon negatiivisia ja kognitiivisia oireita (Hietala & Tuulio-Henriksson 2011, 66-67). Sairauden ennustetta voidaan kuitenkin parantaa psykoosin varhaisella tunnistamisella ja aikaisin aloitetulla hoidolla sekä kuntoutuksella (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2013).

Skitsofrenia sairaudesta toipumiseen vaikuttaa paljon, kuka sen määrittelee ja miten asiaa tarkastellaan. Kuntoutuja itse voi määritellä sen hyvin eritavoin kuin palveluita tarjoava taho esimerkiksi. (Nordling 2018, 1446.) Sairaudesta toipumiseen voi liittyä myös taantumisen vaiheita, mutta on tärkeää, että kuntoutujalla on toivoa sekä elämällä tarkoitus ja suunta (Nordling 2018, 1447). Riippuen missä ja miten tutkimus on tehty, sekä miten toipuminen on määritelty tutkimuksessa, sairauden toipumisesta on saatu hiukan erilaisia tuloksia (ks. ja vrt. Laurosen 2007, 7; Jääskeläinen, Juola, Hirvonen, McGrath, Saha, Isohanni, Veijola & Miettunen 2013, 1304; Juola 2015, 5; Morin & Frank 2017, 1; Tuominen & Salokangas 2017, 176). Toipuminen ei ole kuitenkaan lisääntynyt viime vuosikymmeninä, vaikka kuntoutus kokonaisvaltaisesti sekä psykoosilääkkeet ovat kehittyneet (Juola 2015, 5; Penttilä ym. 2017, 2117).

Jääskeläisen ja kumppaneiden (2013, 1304) tutkimuksesta nousi erikoinen ilmiö esiin, kun skitsofrenia sairaudesta toipuneiden osuus oli isompi köyhissä maissa. Suomessa sairauden puhkeaminen nuorena ja naimattomuus sekä sairauden hidas alkuvaihe, johon liittyi itsetuhoisia ajatuksia ja paljon sairaalahoitoja, olivat selvästi toipumisenustetta heikentäviä tekijöitä. Kognitiivinen suorituskyky ja tiettyjen aivoalueiden aivoaineen määrän havaittiin olevan yhteydessä ennusteeseen. Miessukupuolen ja heillä mahdollisesti esiintyvän heikomman kokonaiskognitiivisen tason nähtiin vaikuttavan toipumisennusteeseen heikentävästi (Revell, Neill, Harte, Khan & Draken 2015, 219; vrt. Jääskeläinen ym. 2013, 1304). Lääkehoidolla on saatu tutkimuksien mukaan parhaiten vastetta skitsofrenia sairauden positiivisiin oireisiin sekä uusien psykoosien ehkäisyyn, kun taas negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin siitä ei ole havaittu olevan apua (Lönqvist ym. 2011, 75–78).

2.2 Kognitiivinen kuntoutus

Kognitiivinen kuntoutus tähtää aina ensisijaisesti kognitiivisten toimintojen palauttamiseen tai ylläpitämiseen. Korhonen (2008, 37) kuvaa että kognitiiviset toiminnot ovat aisti- ja liiketoimintojen vuorovaikutuksen tulosta. Kognitiiviset kuntoutusohjelmat rakentuvat huomioiden tämän ja ne sisältävät usein tarkkaavuutta, motorisia toimintoja sekä ongelmanratkaisutaitoja vaativia osa-alueita, joita tehdään joko kynäpaperi- tai tietokoneavusteisesti. Tavoitteena on myös ohjelmissa harjoitettujen taitojen soveltaminen käytännön tilanteisiin, usein keskustelun ja pohdintojen kautta. Huomioiden kuntoutujan omat mielenkiinnonkohteet, kohdentamalla tehtävät sopivan haastaviksi, niitä harjoitellaan riittävän usein sekä niistä saa välittömän onnistumisen kokemuksen ja palautteen, on kuntoutuksella hyvät lähtökohdat. (Tuulio-Henriksson, Ilonen, Pirkola & Lönnqvist 2000, 1456.)

Skitsofrenia sairauteen kehitettyjen kognitiivisten kuntoutusmallien kehitystyö on alkanut 1960-luvulta. Kehitystyö on lähtenyt oppimisterapeuttisten hoitoyritysten ja aivovammapotilaille kehitettyjen menetelmien pohjalta. Nordlingin (2007, 19) mukaan silloin on aktivoitunut myös skitsofrenia sairauden hoito- ja kuntoutustutkimuskin. Aluksi on etsitty lääketeollisuudesta apua kognitiivisiin häiriöihin, mutta mitään selvästi kognitioon vaikuttavaa lääkettä ei ole pystytty kehittämään. Uusien psykoosilääkkeiden käytön myötä lääkkeiden aiheuttamat sivuoireet ovat vähentyneet, mutteivat hävinneet kokonaan kuitenkaan. Sopiva psykoosilääke, josta on apua skitsofrenia sairauden oireisiin voi kuitenkin aiheuttaa myös lieviä haittoja. Tietysti myönteisiä vaikutuksia kognitiivisiin oireisiin on saatu, kun lääkeannos on optimaalisella tasolla ja sopiva potilaalle, jolloin yleensä kokonaistilanne sairauden kanssa helpottuu. (Vierhtiö ym. 2016, 632.) Tutkimuksien mukaan kognitiivinen kuntoutus parantaa skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo & Mueser 2007; Grynszpan, Perbal, Pelissolo, Fossati, Jouvent, Dubal & Perez-Diaz 2011; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk & Czobor 2011).

2.3 Kognitiivisia menetelmiä skitsofrenia sairauden kuntoutuksessa

Yleistä kognitiota harjoittavat kuntoutusmenetelmät on nimetty kognitiiviseksi remediaatioksi (cognitive remediation), joka on behavioraalista harjoittelua eli konkreettista käytännön harjoittelua, jonka kautta oppiminen ja kuntoutuminen tapahtuu. Kuntoutusohjelmissa tavoitellaan kognitiivisten prosessien eli tarkkaavaisuus, muisti, toiminnanohjaus, sosiaalinen kognitio ja metakognitio, pitkäaikaisesti kohenevia muutoksia. (Viertö ym. 2016, 633.) Tutkimusten mukaan kognitiivinen remediaatio terapia tuo merkittäviä ja kestäviä vaikutuksia kuntoutujan toimintakykyyn sekä helpottaa sairauden oireiden kanssa elämistä (Revell ym. 2015, 218-219.)

Tutkimuksien mukaan paras tulos saadaan, kun kognitiivinen remediaatio terapia yhdistetään muuhun psykiatriseen kuntoutukseen, kuten päivittäisten ja sosiaalisten taitojen harjoitteluun sekä ammatilliseen kuntoutukseen. (Revell ym. 2015, 218; Morin & Frank 2017, 9.) Erityisesti psykokoedukaation nähdään parantavan hoitomyönteisyyttä, heikentävän psykoosin uusiutumisriskiä (Skitsofrenia: Käypä hoito- suositus 2013; Morin & Franck 2017, 5) ja vähentävän sairaalahoidon tarvetta (Aho-Mustonen 2009). Kuntoutusmenetelmät, jotka sisälsivät enemmän harjoitustunteja (McGurkin ym. 2007, 1791), sekä toteutettiin pienryhmissä (Revell ym. 2015, 219), selkeillä tavoitteilla määritettynä (McGurk ym. 2007; Grynszpan ym. 2011) toi tutkimuksien mukaan parhaimpia tuloksia.

Kognitiivisella remediaatio terapialla on saatu vaikutuksia skitsofrenia sairauden negatiivisten oireiden vähentymiseen (Cella, Pretin, Edwardsin, Dowan & Wykesin 2017, 43) ja lisäämällä mukaan sosiaalisten taitojen harjoittelua on saatu vähennettyä negatiivisten oireiden lisääntymistä (Morin & Frank 2017, 9). Kognitiivisen remediaatio terapia on myös vähentänyt sairauden intensiivisyyttä ja ahdistusta sekä positiivisesta oireista johtuvaa uupumusta (Morin & Franck 2017, 5).

Skitsofrenia sairauden varhaisessa vaiheessa kognitiivista remediaatio terapiaa on vielä vähän kuntoutusmenetelmänä kokeiltu. Kuitenkin tutkimuksen mukaan tämän tyyppinen kuntoutus sairauden varhaisessa vaiheessa, yhdistettynä sosiaalisen kogni-

tion harjoituksilla, olisi parempia vaikutuksia kuin pidempään sairastaneilla vanhemmilla henkilöillä. (Revell ym. 2015, 218-219; Cella ym. 2017, 43). Kun taas Wykesin ja kumppaneiden (2011, 472) aiemmassa tutkimuksessa kognitiivisen kuntoutuksen kohdentaminen sairauden vakaassa vaiheessa toi parempia tuloksia.

Skitsofrenia sairauden kuntoutukseen on kehitetty erilaisia kohdennettuja menetelmiä kuten esimerkiksi CRT (cognitive remediation therapy/ kognitiivinen remediaatio terapia) tai SCIT (social cognition and interaction training/ sosiaalisen kognition kuntoutusohjelma). Menetelmät sisältävät useita kymmeniä tapaamisia (Viertiö ym. 2016, 633). Tutkimustulokset näiden menetelmien käytöstä ovat olleet positiivisia. Sosiaalisen kognition kuntoutusmenetelmillä pystytään tutkimuksien mukaan parantamaan kuntoutujien suoriutumista sekä sosiaalista toimintakykyä. Suurimmat muutokset näyttäisivät kohdistuvan toiminnanohjaukseen sekä muistiin. (Muzio ym. 2010, 909, 913.) Wykesin ja kumppaneiden (2011, 472) katsauksessa ei kuitenkaan mikään kognitiivinen kuntoutusmenetelmä noussut muita paremmaksi.

Sosiaalisen kuntoutuksen menetelmistä CET (cognitive enhancement therapy) ja IPT (integrated psychological therapy) ovat kokonaisvaltaisia ja hierarkkisia tietokoneavusteisia kuntoutusmenetelmiä. CET on 18 kuukautta kestävä, jota tehdään aluksi parityöskentelynä, mutta lopulta edetään ryhmämuotoiseen toimintaan. IPT sisältää samanlaisen rakenteen. (Viertiö ym. 2016, 634.) Grynszpanin ja muiden (2011, 163) tietokoneavusteisessa kuntoutusmenetelmä tutkimuksessa saatiin suurin vaikutus yleiseen kognitioon, mutta myös sosiaaliseen kognitioon, verbaaliseen- ja työmuistiin, tarkkaavaisuuteen ja prosessinopeuteen oli vaikutusta. Tutkimuksessa mukana olleiden kognition osa-alueet eivät parantuneet kuitenkaan enempää, kuin verrokki-ryhmällä.

MCT (metacognitive training) -menetelmä sisältää harjoituksia, joiden tavoitteena on vähentää metakognitiivista yli-itsevarmuutta ja skitsofrenia sairaudelle tyypillisiä ajattelun vääristymiä (Viertiö ym. 2016, 635). Skitsofreniaa sairastavilla kuntoutujilla on tutkittu myös kognitiivisen remediaatio terapian ja sosiaalisen kognition harjoitusmenetelmien vaikutuksia aggressiiviseen käyttäytymiseen. Tuloksien mukaan näillä ohjelmilla on positiivinen vaikutus kuntoutujan itsehillintään sekä kontrolliin ja ne vähensivät kokonaisvaltaista aggressiivista asennetta. Tämän hetkisen tutkimustiedon valossa nähdäänkin, että harjoitusmenetelmät voisivat vähentää väkivaltaisuutta ja

aggressiivista käyttäytymistä skitsofreniaa sairastavilla kuntoutujilla paremmin ja pitkäaikaisemmin kuin lääkkeellinen hoito, jossa lääketoleranssin muodostuminen heikentää pitkäaikaista tehoa. (Darmedru, Demily & Franck, 2017, 272-273.)

Skitsofrenia sairauden kognitiivisten oireiden kompensointiin on kehitetty myös CAT-malli (cognitive adaptation training). Mallin tavoitteena on elinympäristön muokkaamisella ja apuvälineillä, esimerkiksi ajastimilla saada apua kognitiivisiin puutteisiin. Tutkimuksien mukaan mallin avulla voidaan ainakin positiivisesti vaikuttaa avohoidossa olevien kuntoutujien sosiaaliseen toimintakykyyn. (Velligan, Diamond, Mintz, Maples, Zeber, Ereshefsky, Lam, Castillo & Miller 2008, 483.) Suomessa CAT on muuttunut MATTI-malliksi (mielenterveyskuntoutujan asumisen tukeminen- tavoitteena itsenäisyys) (Viertiö ym. 2016, 635).

3 Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään nimeä Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä, mutta Ahaa! Aivotreeniä yhdessä, on hankkeen luoma virallinen nimi tällä konseptille. Ahaa! on rekisteröity tavaramerkki, jolloin sen käyttöoikeus sekä materiaalien kopiointi oikeus on vain koulutuksen käyneillä henkilöillä. Hankkeen tarkoitus on ollut vapaaehtoisten aivotreeniohjaajien kouluttaminen ympäri Suomen. Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmää on kuitenkin koulutettu myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille vuodesta 2017 lähtien. Koulutuksen käyneiden ammattilaisten joukossa on ollut muun muassa toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja, psykologeja, erityisopettajia, luokanopettajia, lähihoitajia, muistihoitajia tai -koordinaattoreita, puheterapeutteja, sairaanhoitajia sekä kolmannen sektorin toimijoita. (Ahonen 2018.)

Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä pohjautuu IE (Instrumental Enrichment) -menetelmään, joka on kognitiivisen kuntoutuksen ja harjoittelun menetelmä. Ahaa!-

kognitiivinen harjoittelumenetelmä ei ole kuntoutusmenetelmä, vaan harjoittelumenetelmä. Sen voi helposti ja nopeasti käyttöönottaa eikä se ole niin strukturoitu ja laaja kuin IE. Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tehtävät koostuvat viidestä eri osa-alueesta, jotka ovat keskittyminen, muisti, hahmottaminen, päättely ja kieli (ks. liite 3, esimerkki tehtäviä). Vapaaehtoisten aivotreeniohjaajien käyttöön suunnitellussa valmiissa 10- kerran ryhmätoimintamallissa tehdään kahtena peräkkäisenä tapaamiskertana saman osa-alueen tehtäviä. Ammattilaiset voivat käyttää ja soveltaa tehtäviä ja osa-alueita parhaaksi katsomallaan tavalla. Tehtävät ovat pääasiassa kynä-paperitehtäviä ja ne on suunniteltu siten, että ne vaikeutuvat porrastetusti.

Ohjaus on menetelmässä tärkeässä roolissa ja sillä voi vaikuttaa tehtävien vaikeustason. Menetelmän ideaan kuuluu tehtävissä käytettävien taitojen soveltaminen ja yhdistäminen eli siltaaminen keskustelun kautta tekijän omaan arkeen. Tehtäviä tehdessä ajattelu- ja ratkaisumallien pohtiminen sekä muokkaaminen tulevat itsestään, mutta ohjaajan rooli on tuoda opitut taidot sekä onnistumisen kokemukset vielä osaksi tekijän tietoisuutta ja arjen toimintatapoja. Tästä syystä harjoittelumenetelmää ei käytetä itsenäisesti eikä tehdä itsenäisiä harjoitteita tapaamisten ulkopuolella. Menetelmän käytön rajoituksena voi olla heikko näkökyky tai hienomotoriikka, jos esimerkiksi kynä ei pysy kädessä tai sillä ei voi piirtää kohdennetusti. (Nilivaara 2018.)

Ammattilaisille tarkoitettu koulutus kestää neljä päivää. Koulutuksessa käydään läpi ohjauksen merkitystä, tehdään tehtäviä, jotta ohjaajalle tulisi ymmärrys miksi ja miten eri tehtävissä tekijän taidot harjaantuvat sekä avataan tehtävien taustalla olevia teorioita ja käsitteitä. Vapaaehtoisten aivotreeniohjaajien koulutus kestää yhden päivän ja pääpaino on tehtävien läpikäymisessä ja ryhmän ohjaamisessa. Menetelmän taustateorioihin ei syvennytä niin paljon vapaaehtoisten aivotreeniohjaajien koulutuksessa kuin ammattilaisten, eikä koulutukseen osallistuminen edellytä mitään aiempaa sosiaali- tai terveysalan koulutusta. Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän taustalla on kaksi teoriaa, kognitiivisen rakenteen muovautuvuus (Structural Cognitive Modifiability SCM) sekä ohjattu oppimiskokemus (Mediated Learning Experience MLE), jotka esitellään seuraavissa alaluvuissa.

3.1 Kognitiivisen rakenteen muovautuvuuden teoria

Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän toinen taustateoria perustuu kognitiivisen rakenteen muovautumiseen (Structural Cognitive Modifiability, SCM), jonka aivojen neuroplastisuus mahdollistaa. Teorian mukaan muovautumiseen tarvitaan ihmisen ajattelu- ja toimintatapojen muutoksia eli oppimista. (Halinen, Hotulainen, Kauppinen, Nilivaara, Raami & Vainikainen 2016, 207–209.) Oppiminen on biologisen evoluution lajikehityksen tulosta, kehittyneenä sopeutumiskykyä ympäristön muuttuviin olosuhteisiin. Oppiminen on prosessi ja muisti on tämän prosessin jättämä jälki hermoverkon toimintaan. (Korhonen 2008, 34-36, 39; Sajaniemi 2016, 28-31.) Hermoverkon sähköinen toiminta on hermojärjestelmän nopea viestintäväline eli hermosolut tarvitsevat ärsykeitä aktivoituaan (Müller 2008, 4). Ihmisellä on jo synnynnäisesti aivoissa perusominaisuudet hengissä säilymiselle, mutta hermoverkko kehittyy ja muovautuu koko eliniän aistien välittämien ärsykekokemusten seurauksena (Paavilainen 2016, 63). Aivotutkija Müllerin (2008, 4) mukaan aivot muovautuvat ja kehittyvät juuri siihen mihin niitä käytetään, läpi koko elämän.

Yksitoikkoisessa ympäristössä aivot passivoituvat ja oppiminen heikentyy. Oppiakseen aivot tarvitsevat sopivasti rauhaa ja valpastuttavia ärsykeitä. Ärsykkeiden määrän on oltava sopiva, jotta eri aistikanavista tulevan informaation yhteen nivominen ja jatkokäsittely otsalohkojen alueella onnistuu. Käytännössä se tarkoittaa ajatusten rauhoittumista, toiminnan jäsentymistä, pelkistymistä sekä tarkentumista. Jäsentynyt toiminta kuluttaa vähemmän energiaa kuin hallitsematon hermoverkkojen aktivoituminen. Liiallisen energian kulutuksen seurauksena etuotsalohkojen toiminta alueet vaimenevat ja ihmisen kyky jäsentää informaatiota, ajatuksia ja toimintaa heikkenee. (Sajaniemi 2016, 33.) Aivoja voi ja täytyy siis treenata, mutta kuormituksen on oltava sopivaa. Monen asian yhtäaikainen tekeminen on aivoille haitallista, ellei toinen toiminta ole automatisoitua (Sajaniemi 2016, 34). Älykkyys ei ole siis pysyvä ominaisuus. Tiedonkäsittelytaitoja ja oppimisvalmiuksia voidaan aktiivisesti kehittää ja muokata sekä muistin toimintoja vahvistaa läpi koko elämän (Müller 2008, 5).

Tutkimusten mukaan muistin tehokas harjoittaminen ja käsillä tekeminen tukevat sekä muokkaavat aivojen neuroplastisuutta (Huotilainen & Peltonen 2017, 174). Käsillä tekeminen on vaativaa kognitiivista toimintaa, joka auttaa ylläpitämään vireystilaa ja stimuloi aivojen tunto-, liike- ja näköalueita, jotka kattavat suuren osan aivo-kuoren pinta-alasta (Huotilainen & Peltonen 2017, 175-176). Neuroplastisuutta tukevaa harjoittelua ovat tutkineet Kleim ja Jones (2008, S227) sekä Feuerstein ja Falik (2010) ja ovat todenneet sen olevan tehokkainta silloin kun se on kohdennettua ja tekijä joutuu haastamaan itseään tavoiteltuun lopputulokseen pääsemiseksi. Harjoittelun tulee olla mielekästä ja kiinnostavaa sekä toistoja tarvitaan riittävän usein. Monikanavainen harjoittelu, eli saman taidon harjoittelu monen aistikanavan kautta, tukee vaikutuksien laaja-alaisuutta. Hannalo ja Kalakosken (2008) mukaan harjoittelua tukee myös tekijän omat uskomukset kyvyistään. Positiivinen ajattelu auttaa enemmän tehtäviä tehdessä kuin negatiivinen, jossa on mukana pelko epäonnistumisesta. Epäonnistumisen pelko voi johtaa tehtävissä ennakointiin ja heikentää suoritusta sekä periksi antamisen kynnyksiksi voi olla matalampi.

3.2 Ohjattu oppimiskokemus

Ihminen voi oppia kahdella tapaa, toinen on suorista ärsykkeistä ja toinen ohjatusti. Suorien ärsykkeiden kautta oppiminen vaatii enemmän kognitiivisia taitoja, mutta ohjatun oppisen mallissa ohjaajan tehtävänä on suodattaa ympäristön ärsykkeet ohjattavalle vuorovaikutuksellisessa tilanteessa ymmärrettäväksi oppimiskokemuksiksi. (Halinen ym. 2016, 207–209.) Oppimistilanteissa ohjaajan tehtävä on luoda tehtäville tarkoitus ja merkitys. Merkityksen luominen voi lisätä motivaatiota ja auttaa tekijää ymmärtämään mitä ja miksi teen. (Feuerstein, Klein & Tannerbaum 1999.)

Oppimistilanteen ei pidä olla vain tässä ja nyt tapahtuva ilmiö, vaan sen vaikutukset ja palautteen pitäisi yltää myös tulevaisuudessa tarvittaviin taitoihin ja ominaisuuksiin (Keski-Luopa 2011, 73). Oppiminen on jaksottaista ja siinä tarvitaan myös hetkittäistä epävarmuuden sietokykyä, josta toisaalta jälkikäteen seuraa palkitsevuuden

kokemus. Epävarmuuden sietokyky on usein jo lapsena opittu taito, mutta jos on jäänyt vaille aikuisen kannattelevaa ohjausta se ei ole ehkä kehittynyt parhaalla mahdollisella tavalla. (Sajaniemi 2016, 34.) Pätevyyden tunne on tärkeä, koska sen mukaan usein ihminen määrittelee itsensä tai toiset. Ohjaajan tehtävänä on tulkita ja näyttää tekijälle hänen oman osaamisensa ja kyvykkyytensä tasoa. (Feuerstein ym. 1999.) Ajattelutaitojen kehittyminen vaatii ohjattuja oppimiskokemuksia (Halinen ym. 2016, 209).

Toinen Ahaa!-kognitiivisen menetelmän taustalla olevista teorioista on ohjattua oppiminen, jota on alkujaan tutkinut Venäläinen oppimisen tutkija Vygotsky (1978). Vygotskyn mukaan oppiminen tapahtuu aina henkilön oman lähikehityksen vyöhykkeellä. Lähikehityksen vyöhyke eli henkilön oppimispotentiaali on oman osaamistason ja ohjatun suoritustason välimaastossa. Israelilainen professori Reuven Feuerstein on jatkanut Vygotskyn tutkimusta ja kehittänyt ohjatun oppimiskokemuksen mallin (Mediated Learning Experience MLE). (Halinen ym. 2016, 207–209.) Feuersteinin ohjatun oppimiskokemuksen mallissa keskitytään oppimisen prosessiin dynaamisen vuorovaikutuksen keinoin, tavoitellen kognitiivisten prosessien ja taitojen parantamista (Virta 1996; Halinen ym. 2016, 201).

Ohjaustilanteessa täytyy ottaa huomioon tekijän fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, kulttuurilliset, uskonnolliset ja eettiset taustatekijät, jotka vaikuttavat toimintaan ja ohjauksen vastaan ottamiseen. Feuerstein ja kumppanit (1999) painottavat ohjatussa oppimiskokemuksessa yksilöllisyyden huomioimista, joka tarkoittaa tulla havaituksi ja erotetuksi omaksi itsekseen. Oppimistilanteissa ohjauksen keinoin tehdään näkyväksi sekä opetetaan tekijää itse havainnoimaan omia ajattelu- ja toimintatapoja sekä oppimiskäsityksiä ja uskomuksia. Tavoitteena on, että tekijä ymmärtäisi miten toimii erilaisissa tilanteissa. (Halinen ym. 2016, 209). Jos ohjaaja on onnistunut toiminnassaan, tekijä ymmärtää toimintansa tai käyttäytymisensä merkityksen ja oppii muokkaamaan käytöstään eri tilanteissa (Keski-Luopa 2011, 74-75).

Ohjatun oppimisen malliin kuuluu myös asioiden siltaaminen, joka tarkoittaa harjoiteltujen taitojen kytkemistä tekijän omaan arkeen. Siltaaminen vie asian oppimistilanteesta ulospäin, jolloin voidaan puhua siirtovaikutuksesta. Siirtovaikutuksen myötä jonkin toisen asian oppiminen nopeutuu aiemmin opitun seurauksena. (Hali-

nen ym. 2016, 212.) Ohjatussa oppimisen mallissa on myös tärkeää, että ohjaaja ohjaa tekijää jakamaan asioita itsestä ulospäin. Tämä tarkoittaa sitä, että tekijä sanoittaa miksi, miten ja millä tavoin esimerkiksi tehtäviä ratkaisee, jolloin tekijä saa paremmin kiinni myös omista ajattelumalleistaan ja oppii sen käyttämistä. Jakamisen voidaan ajatella sisältyvän kaikkeen onnistuneeseen inhimilliseen kanssakäymiseen. (Feuerstein ym. 1999.)

3.2.1 Ohjaajuus Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmään käytettäessä

Ohjaajalta vaaditaan monenlaisia taitoja ja valmiuksia sekä täytyy osata huomioida myös käytettävissä olevat resurssit. Ohjauksen tulee olla tavoitteellisesta ja pitkäjänteistä. Ohjaajan tulee osata pilkkoa tehtäväkokonaisuuksia sekä asettaa pienempiä välitavoitteita. (Nilivaara 2018.) Ohjaamisen tavoitteena on luoda onnistuneita oppimiskokemuksia sekä vahvistaa kuntoutujan ongelmanratkaisutaitoja (Halinen ym. 2016, 210) mahdollisimman minimaalisella ohjaamisella, jotta tekijälle jää ilo onnistumisestaan (Nilivaara 2018). Ohjaus on myös sosiaalisen tuen antamista emotionaalisesti, käytännöllisesti tai tiedollisesti (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 158).

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat ohjattavan motivaatio, odotukset, tarpeet, uskomukset ja oppimistyyli sekä ohjaajan oma motivaatio ja valmiudet (Hämäläinen ym. 2017, 158). Ohjaustyössä vaaditaan oman toiminnan, äänenkäytön ja -sävyn, elekielen sekä tunneherkkyyden tunnistamista sekä huomioimista (Sajaniemi 2016, 35). Ohjattava tarvitsee ohjaajan aitoa kunnioitusta, joka voimaannuttaa. Kunnioituksen antaminen vaatii ohjaajan itsensä riittävän hyvää itsekunnioitusta ja arvostusta, sekä ihmisenä että ammattilaisena. (Lahikainen 2000, 277.)

Itsensä tunteminen ja kehittäminen ovat ohjaajan ammattitaidon kehittymisen kannalta tärkeitä asioita (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 12). Eri-laisten ihmisten kanssa erilaisissa tilanteissa työskennellessä voi ohjaajalle nousta tunteita tekijää tai hänen tilannettaan kohtaan. Ammatti- ja itsereflektiotaidon kautta niitä voi kuitenkin käsitellä ja oppia käyttämään tietoisesti ohjaustilanteissa,

jolloin välttää tunteiden johdattelun tai tiedostamattomat vaikutukset. (Hämäläinen ym. 2017, 165). Ohjaajan tilannetaju sekä havainnointitaito ovat avainasemassa, jotta tunnistaa ohjauksen tarpeen, oikean ohjaustavan sekä osaa suunnata ohjauksen tilanteeseen sopivaksi. Erilaisten toiminnallisten kokonaisuuksien suunnittelu ja toteutus sekä arviointi kuuluvat ohjaajan osaamisalaan. Yhteistyötaidot eri toimijoiden kanssa ovat myös ohjaajan työnkuvaa. (Kalliola ym. 2010, 13.)

Intuutiolla ja ihmissuhdekyvykkyydellä on ratkaiseva merkitys, kun arvioidaan ohjaustyön onnistumista ja laatua (Mäkitalo 2004, 236). Onnistuneiden ja aktiivisten ohjaustilanteiden saavuttaminen vaatii ohjaajalta hallinnan tunteen saavuttamista, jolla on merkittävä vaikutus ohjaustehtävistä selviytymiseen, priorisoimiseen sekä voimavarojen tietoiseen kohdentamiseen. Samalla vapautuu tilaa nähdä ohjauksen vuorovaikutuksellinen ulottuvuus, joka vaatii kykyä elää hetkessä ja kykyä mukautua yllättäviin sekä ennakoimattomiin tilanteisiin. (Mäkitalo 2004, 233.) Täydellistä ohjaajutta ei ole olemassakaan, hyväksi ohjaajaksi tulo on elinikäinen oppimis- ja kasvu-prosessi. (Lahikainen 2000, 277.)

3.2.2 Vuorovaikutus ohjauksen ja oppimisen työkaluna

Vuorovaikutus on tärkeä osa oppimisprosessia ja oppimisen peruseriaatteiden hahmottaminen ja ymmärtäminen auttavat käyttämään vuorovaikutusta oikein (Sajaniemi 2016, 34). Vuorovaikutus on tiedon välittämistä, sosiaalisen yhteenkuulumisen ilmauksia sekä tunteiden ja tunnetilojen jakamista. Vuorovaikutuksen perustehtävänä on liittää yksilö ympäristöönsä, kehittää älyllisiä toimintoja ja säädellä inhimillistä kanssakäymistä. Vuorovaikutus on prosessi, jossa ihmisillä on mahdollisuus oppia toisiltaan, koska vuorovaikutus perustuu inhimilliseen oppimiskykyyn. (Virta 1996.) Vuorovaikutus ohjaussuhteissa ei kuitenkaan ole aina keskustelua tai vuoropuhelua, joskus se voi olla myös ohjaajan yksinpuheluakin. Silloin voidaan ajatella, että puhumme toistemme kanssa, emme toisillemme, eivätkä silloin tarinat luo yhteyttä ihmisten välille. (Hyväri 2001, 245.)

Vuorovaikutuksen laatuun ohjaustilanteissa vaikuttavat kolme tärkeää osa-aluetta, jotka ovat vuorovaikutustilanteen tunnelma, toiminnan organisointi ja ohjauksen monipuolisuus tai sen muuntautumiskyky tilanteen ja kuntoutujan tarpeen mukaan. (Halinen ym. 2016, 215.) Filosofi Martin Buberin mukaan kohtaamisella on vuorovaikutuksen aloittamisessa suuri merkitys. Siinä vaikuttaa, kohdataanko Minä ja Sinä vai Minä ja Se. Minä ja Sinä kohtaaminen on läsnäolevampi, arvostavampi ja toiseuden tunnustamista, kun taas Minä ja Se- kohtaamisessa toinen on toiminnan tai havainnoinnin kohde. Joissain tilanteissa etäisempi kohtaaminen on tietyissä tilanteissa perusteltua ja jopa välttämätöntä. (Buber 1923/1999, 25, 33.) Vuorovaikutukseen, sen syntymiseen ja yhteistyöhön voi vaikuttaa myös henkilön kokema vastarinta omaa sairastumistaan ja tilannettaan kohtaan. (Hämäläinen ym. 2017, 163-164.) Vuorovaikutustaitoja tarvitaan tällöin esimerkiksi kuntoutujan motivaation löytymisessä ja tukemisessa (Mäkitalo 2004, 235).

Onnistuneelle vuorovaikutukselle edellytys on vilpitön kiinnostus toista ihmistä sekä hänen asiaansa kohtaan, asiallisuus ja taito ilmaista ajatuksensa selkeästi. Myös havainnointikyky ja kuuntelemisen taito edistävät hyvää vuorovaikutusta. Huomioimalla toisen ihmisen odotukset ja toiveet sekä reagoimalla niihin, vuorovaikutuksen on mahdollista onnistua ja täyttää sille asetetut tavoitteet. (Ojala & Uutela 1993, 85.) Hyvä vuorovaikutus on luottamusta, kuuntelemisen ja kysymisen taitoa, muutoksen tarpeen ja toiveen esiin nostamista sekä vastuullisuutta. Vuorovaikutuksessa on tärkeää varoa tulkitsemasta asioita, joita on kuullut. On parempi peilata esiin nostetut asiat takaisin, siten kuin on ne kuullut ja ymmärtänyt, kuin olettaa vain, että on ymmärtänyt. (Koskisu 2004, 155-156.)

Uusien tapojen ja ajattelumallien löytäminen vaatii suurta rohkeutta, se edellyttää vanhoista luopumista ja uuden löytäminen astumista tuntemattomaan (Isaacs 2001, 171). Rissanen (2007, 144-145) kuvaa väitöskirjassaan omaa kuntoutumistaan ja kokenut että täytyy olla valmis uhraamaan vanha ja turvallinen sisäinen maailmansa, jotta voi alkaa muodostamaan uutta minäkuvaa. Täytyy uskaltaa päästää irti ja tuohon irti päästöön tarvitaan tueksi hyvä vuorovaikutussuhde, jossa voi kokea turvallisuuden tunnetta sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tulemista. Blomstedt (1993, 18) kuvaa luottamuksen kasvua siten, että vuorovaikutuksessa jokaisella puheenvuorolla tai keskustelulla on seurauksensa ja luottamus syntyy pikkuhiljaa yhteistyön aikana.

Vuorovaikutuksen saavuttaminen ja yhteisenymmärryksen löytyminen kuntoutujan kanssa ei ole aina helppoa. Kuntoutujalla voi olla persoonansa tai psyykkisen sairau- den myötä vaikeuksia, jotka vaikuttavat vuorovaikutuksen syntymiseen tai yhteis- työsuhteen muodostumisen. Kuntoutuminen kuitenkin vaatii yleensä kykyä muodos- taa pysyvämpiä ihmissuhteita. (Rissanen 2015, 136.) Vuorovaikutukseen kuuluu myös ristiriitoja ja väärinymmärryksiä, yhtä lailla kuin niiden selvittämistä. Anteeksipyytä- minen ja toisen kunnioittaminen kuuluvat hyvään vuorovaikutukseen. (Blomstedt 1993, 218.) Koskisuun (2004, 156) mukaan kuntoutustyössä vuorovaikutuksen haas- teet liittyvät useimmiten työntekijän osaamattomuuteen tai kokemattomuuteen. Mahdollista on myös, ettei yhteistyö ja vuorovaikutus vaan toimi. Tällöin on parempi todeta, ettei yhteistyö yrityksistä huolimatta onnistu ja kokeilla toimisiko se jonkun toisen kanssa paremmin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita kummankaan epäonnistumista. (Rissanen 2015, 138-139.)

Inhimillisessä toiminnassa on aina kaksi tasoa, tiedostamaton ja tietoinen, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään (Mäkitalo 2004, 236). Vuorovaikutukseen tarvitaan kommunikaatiota ja kommunikaatio prosessin ensisijainen tehtävä on vies- tintä (Ojala & Uutela 1993, 76). Kommunikoinnissa täytyy kiinnittää huomiota itse vuorovaikutusprosessiin, eli mitä sanotaan ja miten se vaikuttaa käyttäytymiseen. Kommunikaatiossa käytetään useampaa eri aisti kanavaa ja aina viesti ei mene perille toivotulla tavalla. Viestintää voi häiritä meluisa ympäristö tai vastaanottaja ei ym- mällä, eikä ole kiinnostunut viestistä tai osaa tulkita sitä. (Virta 1996.)

Kuntoutujan ja työntekijän vuorovaikutukseen vaikuttaa minkälainen välimatka hei- dän välillä on, fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Sen tunnistaminen ja mukaut- taminen tilanteeseen sopivaksi vaatii ohjaajalta herkkyyttä. (Hämäläinen ym. 2017, 160-165.) Kognitiivista empatiakykyä tarvitaan, kun halutaan ymmärtää ja päästä sel- ville toisen ihmisen ajatuksenkulusta ja toiminnasta. Kognitiivisesti empaattiseen suhtautumiseen tarvitaan itsensä sekä toisen tarkkaa havainnointia. (Mäkitalo 2004, 236.) Mitä taitavampia olemme sosiaalisesti, sitä paremmin pystymme hallitsemaan viestejämme vuorovaikutuksessa. Tunteiden käsittely ja hallinta suhteessa itseän, on suhteessa kuntoutujan tunteiden tarkkailemiseen sekä siihen että omilla tarkoituk- senmukaisilla viesteillä ja käyttäytymisellä, voimme tietoisesti vaikuttaa tilanteisiin. (Mäkitalo 2004, 237.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän käytöstä mielenterveyskuntoutuksessa. Tavoitteena oli kokeilla skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmää tuoden esiin kuntoutujan kokemuksia menetelmän toimivuudesta. Lisäksi opinnäytetyöntekijän tavoitteena oli saada tietoa menetelmän toimivuudesta ohjaajan näkökulmasta.

Tutkimustehtävinä oli, kuvata miten skitsofreniaa sairastava kuntoutuja kokee Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän osa-alueet ja tehtävät sekä ohjauksen ja vuorovaikutuksen. Sekä minkälaisia havaintoja nousee esiin Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän kokeilussa sen osa-alueista ja tehtävistä sekä ohjauksesta ja vuorovaikutuksesta.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön viitekehys on laadullinen ja sen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänsä ja siihen liittyvät merkitykset ja kokemukset. Kun keskitytään kokemuksiin ja merkityksiin, ei saavuteta tilastollisesti yleistettävää tietoa samassa määrin kuin määrällisellä tutkimuksella. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Laadullisessa tutkimuksessa näkökulman ajatellaan olevan pehmeämpi ja ymmärtävämpi kuin määrällisessä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 29). Kuitenkin määrällisellä ja laadullisella tutkimuksella on aina sama tavoite. Molempien tavoitteena on selvittää tutkimuksen avulla totuutta ilmiöstä, jota tutkitaan ja jäsentää tämä tietoa paremmin ymmärrettävään muotoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 17.) Laadullisella tutkimuksella voidaan tuottaa tietoa, näkemyksiä ja kokemuksia ihmisten terveyteen liittyvästä todellisuudesta, joko yksilön, yhteisöjen tai kulttuurien näkökulmista (Kylmä & Juvakka 2007,

7). Tässä opinnäytetyössä keskitytään kuntoutujan eli yksilön kokemuksiin ja näkemysiin.

5.1 Kokemuksen tutkiminen

Mielenterveyskuntoutuksen osalta Suomessa on viime vuosina julkaistu tutkimuksia liittyen kokemuksellisuuteen (ks. Peltoniemi 2017; Rissasen 2015) sekä kokemustieto-opas (ks. Kärkkäinen 2009). Tässä opinnäytetyössä pääpaino on kuntoutujalta saadussa palautteessa, eli hänen kokemuksestaan Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän käytöstä ja soveltuvuudesta. Latomaa (2008, 78) varoittaa, että kokemuksellisessa tutkimuksessa täytyy pohtia tarkasti virheellisen tiedon syntymistä ja tulkitsemisen vaaraa. Kokemuksia tutkittaessa täytyy muistaa, että jokaisella on oma kokemuksensa, jota toinen ihminen ei voi samoin kokea. Toinen ihminen voi kuitenkin pyrkiä ymmärtämään toisen kokemusta ja vertailla sitä omaan kokemukseensa. Joskus on myös mahdollista ymmärtää paremmin toisen ihmisen kokemusta ulkopuolelta katsottuna kuin hän itse sitä siinä tilanteessa ymmärtää. (Koivisto, Kukkola, Latomaa & Sandelin 2014, 15-16, 18.)

Kokemustiedon tutkimisesta ja sen hyödyllisyydestä ollaan montaa mieltä. Totuutta tavoitellaan, mutta miten kokemuksesta saadaan absoluuttinen totuus ja miten se ymmärretään sekä kirjoitetaan raporttiin tuloksiksi, kun lukijallakin on vielä oma tulkintansa lukemastaan. (Latomaa 2008, 79.) Kokemuksen tutkimuksen tulee olla niin pitkälle kuin mahdollista, avoin kysymys, ei suljettu metodi (Koivisto ym. 2014, 18). Pohjola (1994, 190) on todennut, että tutkimus pystyy tuomaan esiin vain erilaisia kuvakulmia ihmisen elämästä ja kokemuksesta, jolloin lukijan on vain ymmärrettävä tutkimuksen rajoitteellisuus. Salon (2010, 21) mukaan yksilöllisiä kokemuksia tutkittaessa, tehtyjä tulkintoja laajennetaan jakamalla ja analysoidaan kokemuksia sekä mahdollisuuksien mukaan keskustellaan kuntoutujan tai muiden asiantuntijoiden kanssa ja verrataan kokemustietoa jo olemassa olevaan tietoon.

5.2 Tapaustutkimus ja tapauksen valinta

Opinnäytetyön menetelmä on tapaustutkimus. Tapaustutkimuksen kohteena voi olla tämän hetken ilmiö, ihminen tai tapahtuma. Tutkimus olisi paras tehdä luonnollisessa ympäristössä ja kerätä tietoa käyttäen monia eri tietolähteitä. (Eisenhardt & Graebner 2007.) Kohteena on yksi tapaus, josta halutaan syvällinen tieto ja ymmärrys (Metsämuuronen 2008, 16). Tapaustutkimukselle on tyypillistä ilmiön moninaisuus, säikeisyys ja sen avulla pyritään vastaamaan kysymyksiin, miten ja miksi. Näiden kysymysten vastaukset selittävät tapahtumia. (Yin 2009, 10.) Staken (2005, 443, 448) mukaan tapaustutkimus on aina kyseisestä tapauksesta oppimista ja yhteneväisyyksien sekä eroavaisuuksien etsimistä. Tapaustutkimus on tutkijalle haastava menetelmä, koska sen toteuttaminen ja aineistonkerääminen vaatii monen menetelmän hallitsemista ja yhdistämistä käytännössä (Eisenhardt & Graebner 2007).

Saarela-Kinnusen ja Eskolan (2015, 185) mukaan tapaustutkimuksessa on tyypillistä teorian vahva osuus, tässä opinnäytetyössä on teoriaa mielenterveyskuntoutuksesta, skitsofrenia sairaudesta ja sen vaikutuksista sekä kognitiivisesta kuntoutuksesta, menetelmistä ja itse Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän taustalla olevista teorioista. Käsitteet ja teoria voivat kuitenkin tarkentua koko tapaustutkimusprosessin ajan (Saarela-Kinnunen & Eskola 2015, 185). Teorian lisäksi opinnäytetyössä oli käytännön osuus, jossa kokeiltiin Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän soveltuvuutta mielenterveyskuntoutujan kanssa.

Tapaustutkimuksessa tutkimuksen kohde valitaan yleensä tietoisesti, joten valinnan yhteydessä ei voida puhua tilastollisesta tai satunnaisesta otannasta (Yin 2009, 15). Tapaus opinnäytetyöhön valikoitui yksityisen asumispalveluja tarjoavan yrityksen kautta. Opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä yksikön vastaavaan työntekijään ja hänen kauttaan sekä yksikön työntekijöiden toimesta löytyi kaksi kohderyhmään sopivaa henkilöä mukaan käytännön toteutukseen. Sovittuna esittelypäivänä (13.6.2018) opinnäytetyöntekijä tapasi henkilöt ja varmisti vielä esittelyn jälkeen heidän halukkuutensa osallistua mukaan opinnäytetyön käytännön toteutukseen. Tapauksen valinta voi perustua käytännöllisyyteen, mutta pääasia on, että tapauksen valinnassa

korostuu tapauksen ominaisuudet suhteessa tutkimuskohteeseen ja tavoiteltavaan tietoon (Eriksson & Koistinen 2014, 26).

Opinnäytetyön tekijänä on olennaista analysoida tutkimuskohdetta, jotta tietää miten voi kuvata, selittää tai ymmärtää kohdetapausta (Vilka, Saarela & Eskola 2018, 192-193) ja rajata tutkimuskohteen näkökulmaan (Eriksson & Koistinen, 2014, 5). Taustalla on oltava koko ajan tieto siitä, mitä tietoa tarvitaan ja miten sitä kerätään, jotta voidaan vastata tutkimustehtäviin. (Eriksson & Koistinen 2014, 26.) Valinnassa voidaan ottaa joko mahdollisimman tyypillinen tapaus, jotta tuloksia voidaan verrata muihin samankaltaisiin tapauksiin tai jonkinlainen rajatapaus, esimerkiksi teoriaa testattaessa. Myös ainutkertainen, poikkeuksellinen tai opettava tapaus, jolloin voidaan oppia tuntemaan ilmiön yleisiä piirteitä tai paljastava tapaus, jolloin on mahdollisuus päästä kiinni ennen tuntemattomaan ilmiöön. (Eriksson & Koistinen 2014, 27).

Alussa sovittiin kahden kiinnostuneen kuntoutujan kanssa, että toisen kanssa pilotoidaan menetelmää ja toinen on opinnäytetyön tutkimustapaus. Kuntoutujat tiesivät itse kumpanako he toimivat. Toinen kuntoutuja kertoi sairastavansa skitsofreniaa ja toinen skitsoaffektiivista häiriötä. Skitsofreniaa sairastava kuntoutuja on opinnäytetyön tutkimustapaus ja skitsoaffektiivista häiriötä sairastava kuntoutuja oli pilotoinnissa. Valintaa tuki heidän diagnoosinsa, sekä opinnäytetyöntekijän keräämä taustateoria.

5.3 Aineistonkeruu

Aineiston keruu tapahtui kymmenen tapaamiskerran pohjalta 18.6-17.8.2018 välisenä aikana. Tapaamiset menivät limittäin pilotoinnin kanssa, siten että ohjaaja sai hyödynnettyä siitä saatua palautetta ohjauksesta ja menetelmän tehtävistä, sekä havainnoinnin kautta tehtyjä huomioita, ennen kuin tapasi tutkimuksessa mukana olevan kuntoutujan kanssa.

Ensimmäisellä ja viimeisellä tapaamiskerralla kuntoutuja teki strukturoidun kognitiivisen testin. Testinä oli MoCA (Montreal Cognitive Assessment), joka on nopea tehdä ja

toimii seulatyyppisenä karkeana mittarina kuntoutujan kognitiivisten taitojen arviointiin. Testi antoi tietoa ohjaajalle kuntoutujan lähtötasosta, joka helpottaa valitessa sopivan tasoisia tehtäviä Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän materiaali-paketin joukosta.

MoCA-testi on suunniteltu lievien kognitiivisten vaikeuksien nopeaksi seulontamenetelmäksi. Sillä arvioidaan tiedonkäsittelyn eri osa-alueita: tarkkaavuutta ja keskittymistä, toiminnanohjausta, muistia, kielellisiä taitoja, visuokonstruktivisia taitoja, käsitteellistä ajattelua, laskemista ja orientaatiota. Testin teettäminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia. Testin maksimipistemäärä on 30 pistettä, tulos 26 pistettä tai enemmän tulkitaan normaaliksi. Testin avulla saadaan hiukan tietoa kognitiivisista haasteista. (Rosenvall & Hänninen 2016.) MoCA:n käyttöä arviointi- ja seulontatyökaluna on tutkittu skitsofreniapotilailla ja todettu sen olevan soveltuva sekä lievien että vaikeiden kognitiivisten häiriöiden kohdalla (ks. Marek 2016; Wu, Dagg & Molgat 2017; Yang, Abdul Rashid, Quek, Lam, See, Maniam, Dauwels, Tan & Lee 2018).

Yhtenä aineistonkeruumenetelmänä oli havainnointi, joka antaa yhdessä toisen keräysmenetelmän kanssa käytettynä paljon lisätietoa, mutta on runsaasti työtä vaativa ja aikaa vievä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95). Tapaustutkimuksen ideologiaan sopii hyvin opinnäytetyöntekijän osallistuminen toimintaan itse havainnoijana, ulkopuolisen sivusta havainnoinnin sijaan (Saarela-Kinnunen & Eskola 2015, 185). Havainnointi on Tuomen ja Sarajärven (2018, 94) mukaan toiseksi yleisin aineiston keräysmenetelmä, mutta ainoaksi menetelmäksi sitä ei suositella. Eskola ja Suoranta (2014, 100) tuovat esiin, että havainnointia aineiston keruumenetelmänä käytävällä on oltava sen käyttöön ja analysointiin hyvä ammattitaito. Toimintaterapeutin ammatissa työ perustuu hyvin paljon ihmisen toiminnan havainnointiin, analysointiin ja arviointiin (Lautamo 2017, 4), joten havainnoinnin valinta toiseksi menetelmäksi aineiston keräämiseen oli luontevaa.

Havainnoinnin avulla saatiin lisätietoa Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tehtävien ja osa-alueiden sekä vuorovaikutuksesta ja ohjauksen toimivuudesta, kuntoutujan kokemuksen lisäksi. Havainnointia voidaan toteuttaa neljällä eri tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95). Tässä käytettiin osallistuvaa havainnointia, koska se toteutettiin samalla kun ohjattiin Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tehtäviä

tapaamiskerroilla. Kuntoutujaa oli havainnoinnista informoitava aluksi ja sen toteuttamiseen tarvitaan aina lupa, joka varmistettiin kuntoutujalta heti ensimmäisellä tapaamisella.

Metsämuuronen (2008, 43) kuvaa, että osallistuvaa havainnointia käytettäessä täytyy tuntea kohdekenttää, sen kieltä ja kulttuuria, jossa tutkimusta suorittaa. Toimintaterapeutin työ psykiatrisessa sairaalassa psykoosien hoito-osastoilla on antanut valmiuksia kohdata ja työskennellä skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien kanssa. Grönfors (2015, 156) painottaa havainnointia tehdessä tai ennen sen aloittamista miettimään miten havainnoi ja mitä havainnoinnista raportoi sekä kuinka usein ja mihin sen tallentaa. Havainnointi ei saa kuitenkaan viedä liian paljon huomiota kuntoutujalta tai ohjaamiselta tapaamisen aikana. Osallistuva havainnointi sopi opinnäytetyöntekijän mielestä paremmin tilanteeseen kuin esimerkiksi videointi. Videointi olisi voinut olla kuntoutujalle ahdistavaa tai se veisi liikaa huomiota rennolta harjoittelulta, jota menetelmän käytön olisi tarkoitus olla.

Havainnointia kirjatessa tehdään jo esianalyysia, koska siinä jo valikoidaan mitä havaintoja laitetaan ylös, mitkä ovat oleellisia tutkimuksen aihepiirin kannalta (Grönfors 2015, 157). Havainnot kirjattiin aina heti tapaamisten jälkeen tietokoneelle, word-tiedostoon. Kirjaaminen oli vapaata päiväkirjatyypistä tallentaen kaikki asiat mitkä tapaamisesta oli jäänyt mieleen. Tässä opinnäytetyössä on havainnoinnista kirjattu ylös, minkälaisia tuntemuksia ohjaajalla heräsi, miten kuntoutuja onnistui tehtävien tekemisessä, miten vuorovaikutus ja ohjaaminen toimi sekä mikä ei toiminut, myös tapaamisen tunnelmia havainnoitiin sekä miten kuntoutuja itse kuvaa omia toimintojaan, vireystilaansa tai suoriutumista sekä mikä hänen mielestään noihin asioihin vaikutti (soveltaen Grönfors 2015, 158).

Kuntoutujalta saatu kirjallinen palaute jokaisen tapaamiskerran lopuksi oli toinen aineistonkeruumenelmä. Tässä keräystavassa oli huomioitava, että kuntoutujan on osattava ilmaista itseään kirjoittaen ja eikä koe sitä hankalana. Kuntoutuja koki kirjoittamisen hitaaksi ja vaivalloiseksi, joten hän saneli suullisesti palautteen ja ohjaaja kirjasi sen ylös paperille. Palautteen antamisen tukena oli muutamia apukysymyksiä paperilla. Lopuksi kuntoutuja luki ja tarkisti kirjoitetun palautteen ja valitsi vielä kertaan sopivan emoji-naamatarran (ks. liite 4) kuvaamaan tapaamiskerran tunnelmia.

Kuntoutuja halusi saada kotitehtäviä tapaamisten väliajoille. Ahaa!-kognitiivisia harjoittelumenetelmä tehtäviä ei tehdä ilman ohjausta itsekseen, joten ohjaaja antoi kotitehtäviksi pisteestä pisteeseen-tehtäviä (esimerkki ks. liite 7), värityskuvia sekä paperitaittelutehtäviä, joissa voi hyödyntää tapaamisissa harjoitettuja taitoja.

5.4 Aineistonanalyysi

Aineiston analysoinnin kolme tavoitetta ovat luokitella tai tyyppitellä kerätty aineisto ensin yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, sitten analysoida ja lopuksi analyysissa saadut havainnot ja löydökset tulkitaan lukijalle ymmärrettäväksi. Analyysimenetelmät ovat sidoksissa tiedonkeruumenetelmiin, joten ne on hyvä etukäteen jo miettiä niin hyvin kuin ennalta pystyy. Tässä opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysia sekä kuntoutujalta saatuun palautteeseen että havainnointiaineistoon. Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti, jolloin tutkimustehtävät ovat vielä muokattavissa aineiston keruun jälkeenkin. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 109) kuitenkin painottavat, että vaikka analyysi tehdään aineistolähtöisesti, niin tekijän täysi objektiivisuus on silti mahdotonta, koska kaikki aiempi työ tutkimuksen eteen vaikuttaa tuloksiin. Tämä haaste on tiedostettava ja pyrittävä käsittelemään omia ennakkoluuloja ja analyysia sekä sieltä nousevaa tietoa omanaan. Teorialähtöinen analyysi ei olisi sopinut saamaan kuntoutujan kokemuksia esiin. (soveltaen Eriksson & Koistinen 2014, 33.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan mieltää karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Alkuperäinen aineistosta pelkistämisen avulla nostetaan esiin olennainen tutkimustehtävien kannalta, jotta sitä voidaan lähteä käsittelemään eteenpäin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123.) Seuraava vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tässä vaiheessa tarkoitus on löytää aineistosta samankaltaisia käsitteitä tai asioita sekä eroavaisuuksia. Nämä samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi, joista muodostuu alaluokat. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Käsite voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokittelua jatketaan siten että alaluokkia yhdistämällä muodostetaan yläluokkia ja yläluokkia yhdistämällä

muodostuu pääluokat, jotka nimetään aineistosta nousevan ilmiön kuvaavan aiheen mukaan ja lopuksi yhdistävä luokka, joka on yhteydessä tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-125.)

Viimeinen vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi, jolloin saadaan vastaukset tutkimustehtäviin. Abstrahoinnissa jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta järkevää. Abstrahointia on kuvattu prosessina, jossa muodostetaan käsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Sisällönanalyysissa ei voi ennalta tietää miten ja montako sekä minkä tasoisia luokkia aineistosta löytyy ja voidaan muodostaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127). Aineistolähtöisessä analyysissa on muistettava myös raportoinnissa noudattaa aineistolähtöisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 112).

Tässä opinnäytetyössä jokaisen tapaamiskerran jälkeen ohjaajan havainnot ja kuntoutujan palaute kirjoitettiin tietokoneelle omaksi word- tiedostokseen. Kaikkien tapaamisten jälkeen aloitettiin analysointi. Analysoitavaa aineistoa kertyi 1,5 sivua kuntoutujan palautetta tiiviiksi kirjoitettuna ja ohjaajan havainnot 6,5 sivua (A4,Calibri fontti, koko 11, rivivälillä 1,5). Lisänä MoCa-testin tulokset alun ja lopun tapaamiskerroilta. Sekä kuntoutujan valitsemat emoji- naamatarrat kuvaamaan kertojen fiiliksiä, yhteensä 10 kpl. Vapaamuotoisesti kirjoitetusta word-tekstistä pelkistettiin oleelliset alkuperäisilmaukset excel- taulukkoon allekkain listatuiksi, tapaamispäiväkohtaisesti sekä yhdeksi isoksi taulukoksi (ohjaajan havainnot ja kuntoutujan palaute erikseen), samalla on karsittu pois kaikki päällekkäiset samaa tarkoittavat ilmaukset. Kaikkiaan yhteensä erilaisia tutkimustehtävien mukaisia ilmauksia kertyi 240 kpl ohjaajan havainnot ja 65 kpl kuntoutujan palautetta.

Ryhmittelyä tehtiin manuaalisesti tulostetuista listoista. Jokaisen ilmaus leikattiin erilleen ja sen jälkeen ryhmiteltiin samankaltaisiin kokonaisuuksiin. Aineistoa lähdettiin ensin analysoimaan kokonaisuutena. Ohjaajan havainnot ja kuntoutujan palaute käsiteltiin erillisinä analyyseina. Lopulta aineiston analyysi kuitenkin käsiteltiin ja analysoitiin tapaamispäiväkohtaisesti (ks. liite 5). Tästä syystä tuloksetkin on kirjoitettu tapaamisprosessin mukaisesti, jotta lukija saisi koko prosessista kuvan sekä mahdolliset tapaamispäiväkohtaiset yhteneväisyydet ja eroavaisuudet tehtävien ja osa-alueiden osalta näkyisivät selkeämmin.

6 Tutkimuksen tulokset

Opinnäytetyön tulokset esitellään seuraavassa alaluvussa yhteen koottuna sekä sen jälkeen prosessinomaisesti tapaamiskertojen analyysien mukaisesti. Tapaamiskohtaisessa prosessissa on esitelty tehtyjen tehtävien nimet sekä tapaamisen sisältöjä tarkemmin, jotta lukija saisi mahdollisimman hyvän kuvan menetelmän käytöstä ja ohjauksesta tässä tapauksessa. Tapaamiset toteutuivat suunnitellusti kesän 2018 aikana, 1-2 kertaa viikossa. Tapaamispaikkana oli asumisyksikön ryhmätyötila tai koughuone. Tapaamiskerroilla käytiin läpi Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän viisi osa-aluetta. Kahdella perättäisellä tapaamisella oli aina sama osa-alue, omine tehtävä aiheineen. Aihealueen tehtäviä teimme kuntoutujan kiinnostuksen, osaamisen sekä jaksamisen mukaan sen verran kuin se jokaisella tapaamiskerralla oli järkevää. Tapaamiskertojen kesto vaihteli 60- 80 min välillä, sisältäen alustuksen, tehtävien teon, keskustelun ja siltaamisen sekä palautteen annon ja seuraavan tapaamisajan sopimisen. Tuloksien osalta kuvataan erikseen ohjaajan havainnot ja kuntoutujan palaute.

6.1 Yhteenveto tuloksista

Ohjaajan havainnointi analyysin tuloksena oli, että ohjaus nousi keskeisenä ja tärkeänä elementtinä esille, sitä on myös käsitelty omana analyysinaan (ks. liite 6). Ohjaukseen liittyi myös vuorovaikutus vahvasti. Alla olevassa kuviossa 1. on näkyvillä yhteenvetona analyysistä saadut ohjaukseen ja vuorovaikutukseen liittyvät asiat sekä mitä nousi esiin liittyen menetelmän tehtäviin ja osa-alueisiin. Ohjauksessa ja vuorovaikutuksessa keskeistä oli sen mukautuvuus eri tilanteissa. Ohjauksessa täytyi osata hyödyntää ja soveltaa Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmää sekä reagoida kuntoutujan erilaisiin tuntemuksiin ja osaamistasoon erilaisia tehtäviä tehdessä. Tehtäviin ja osa-alueisiin liittyen kuntoutujan toiminnasta analyysin perusteella nousi esiin paljon erilaisia voimavaroja, vahvuuksia ja taitoja, kuten keskittymiskyky ja looginen

ajattelu. Toki haasteitakin, esimerkiksi muistin kanssa, mutta niihin pystyi vastaamaan ohjauksella hyvin, kokeillen erilaisia muistitekniikoita apuna. Tehtävä ohjeita pystyi soveltamaan ohjauksen avulla helpommaksi tai vaikeammaksi tarvittaessa.



Kuvio 1. Ohjaajan havainnot yhteenveto

Kuntoutuja teki MoCa-testin ja sai 27p ensimmäisellä kerralla ja viimeisellä kerralla uusittaessa 28p, jotka molemmat tulokset olivat yli normin (26->). Molemmilla kerralla s-kirjaimella alkavien sanojen nimeäminen 1min. aikana ja sanojen viivästetty mieleen palautus jäi alle normin. Muut osiot kuntoutuja suoritti ilman virheitä tai ohjeiden mukaan.

Kuntoutujan kokemus analyysistä nousi esiin myös ohjauksen ja vuorovaikutuksen merkitys sekä tehtäviin ja osa-alueisiin liittyvät asiat. Alla olevasta kuviosta 2. näkyy esiin nousseet asiat. Kuntoutuja oli kokenut ohjauksen ja vuorovaikutuksen hyvänä sekä tilanteeseen sopivana. Tehtävät ja osa-alueet olivat kuntoutujan kokemuksen mukaan mielenkiintoisia ja sopivan haastavia sekä harjoittivat monipuolisesti erilaisia taitoja.



Kuvio 2. Kuntoutujan kokemukset yhteenveto

Seuraavassa alaluvussa avataan päiväkohtaisesti tapaamisprosessi ja esiin nousseet asiat alkuperäisilmaus esimerkkeineen. Alussa on ohjaajan havaintoja ja lopussa kuntoutujan kokemuksia.

6.2 Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tapaamisprosessi

1. tapaaminen, aiheena keskittyminen

Ohjaajan havainnot

Ensimmäisellä tapaamisella alussa tehty sopimukset kuntoutujan osallistumisesta tutkimukseen ja käyty läpi tulevaa prosessia. Aloitettu MoCa-testillä, josta kuntoutuja sai 27p. Kuntoutuja hiukan jännitti tilannetta ja omaa osaamistaan, tarvitsi ohjauksessa tämän huomioimista. Kuntoutuja kertoi kokevansa, että ajatus ja aivot ovat ”tukossa”. Tehty tällä kerralla vain alkutehtävä ”Monta rautaa tulessa”.

”Jännitti tehtäviä oli sitä mieltä että ei osaa, mutta todellisuudessa osasi, tarvitsi rohkaisua ja itsevarmuuden tukemista.”

”Hitaasta meni toinen osio, mutta ohjauksella ja kysymyksillä onnistui itsenäisesti oikein.”

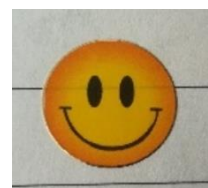
Siltaamista mietittäessä kuntoutuja osasi hyvin miettiä missä arjen asioissa tarvitsee keskittymiskykyä ja mikä sitä voi häiritä. Toiminnan ja tekemisen tempo on kuntoutujalla hiukan verkkainen, mutta hän ei ahdistu tai hätäännä kuitenkaan tehdessään. Kuntoutuja sai lopuksi sydänorigami-paperitaittelutehtävän kotitehtäväksi, jonka voi halutessaan tehdä.

”..leipoessa esimerkiksi tarvitsee keskittyä moneen asiaa, ja että keskittymistä häiritsee jos ajatukset alkaa rientää muualle.”

Ensimmäisellä kerralla aikaa meni paljon yleisten asioiden läpikäymiseen, tehtävien tekemiseen jäi vain vähän aikaa. Loppuun oli varattu aikaa palautteen antoon sekä seuraavan kerran sopimiseen.

Kuntoutujan kokemukset

Kuntoutuja koki palautteen antamisen kirjallisena hankalana, joten hän saneli palautteen ja ohjaaja kirjasi sen ylös. Palautteen antamista oli helpottamassa muutama apukysymys paperilla. Lopuksi kuntoutuja vielä luki ja hyväksyi palautteen sekä valitsi kertaa kuvaavan emoji-naamantarran. Kuntoutuja antoi kerrasta palautteeksi iloisen hymynaaman ja kertoi että onnistumisen kokemuksia oli tullut. Tehtäviä oli myös ollut kiva pähkäillä, vaikka ajatus ei oikein toiminut.



2. tapaaminen, aiheena keskittyminen

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli odottamassa ohjaajaa jo valmiina sovitussa paikassa ja hänellä oli mukanaan viime kerran paperit kansiossa. Tapaamisen alussa katsottu yhdessä sydänorigamin tekoa, joka oli kotitehtävänä. Kuntoutuja oli yrittänyt sitä tehdä, mutta valmiiksi saamiseen tarvitsi apua. Valitteli pään olevan hiukan ”jumissa”, samoin hartioiden. Jumpattu hartioita hetki, joka selvästi auttoi keskittymään tuleviin tehtäviin. Kuntoutuja tarvitsi paljon apua aluksi ”Tähtitehtäviä” tehdessä, lähinnä havainnoinnissa. Kädet ja hartiat tärisivät jonkin verran, joka vaikutti tähtikuvioiden piirtämiseen. Kuntoutuja osasi itse käyttää apupaperia apuna hahmottaessa tähtikuvioita sekä katsoa mallia viereisestä kuviosta, joka oli tehtävässä tarkoitus.

”Alussa haasteita selvästi päästä kiinni tehtävästä ja tarvitsi paljon apua havainnointiin.”

”..varmisteli paljon, paljon liikaakin, ei luottanut itseensä.”

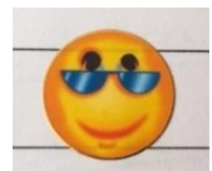
Kuntoutuja uupui selvästi, mutta sitkeästi jatkoi ja teki huolella tehtäviä loppuun. Alun jälkeen tehtävien tekeminenkin varmistui. Kuntoutuja alkoi ääneen miettiä viihejä hahmottamiseen, johon ohjattu. Varoo tekemästä virheitä, mutta ohjattu että nyt niitä saa tehdä, koska harjoitellaan asioita ja pohditaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja.

”Välillä selvästi hiukan uupui, vaikka halusi kuitenkin kysyttäessä jatkaa.”

Lopussa kuntoutuja kertoi, että selkään oli koskenut istuessa. Rohkaistu kertomaan heti jos koskee, jotta voi esimerkiksi jaloitella välillä. Annettu pisteestä pisteeseen tehtäviä loppuksi, kun kuntoutuja kertoi olevan kiva saada kotitehtäviä tapaamisten väliajalle. Painotettu että ne ovat vapaaehtoisia. Tällä kerralla ei keretty käsitellä siltaamista ollenkaan ja rentoutuminenkin jäi, kun aika loppui kesken.

Kuntoutujan palaute

Kuntoutuja kertoi olevansa huono antamaan palautetta ja oli huolissaan, saanko riittävästi palautetta häneltä. Kuntoutuja antoi hymynaaman ja kertoi että harjoitukset olivat auttaneet keskittymiskykyyn. Tehtävät olivat olleet mielenkiintoisia ja tuoneet vaihtelua päivään.



3. tapaaminen, aiheena muisti

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli odottamassa ohjaajaa valmiina ja oli hyvin orientoitunut tapaamiseen sekä vaikutti olevan hyväntuulinen ja virkeä. Oli tehnyt ohjaajalle syntymäpäiväkortin. Aloitettu ”Muistatko liikkeen”-tehtävillä, jossa väripalojen avulla opetellaan liikkeitä. Käyty siltaamista muistin osalta läpi, kysymysten avulla sai kerrottua esimerkkejä omasta arjestaan. Vastaaminen oli hiukan hidasta, mutta vastaukset ovat hyviä ja monipuolisia. Pitkän keskustelun aikana kuntoutuja vaipuu omiin ajatuksiin.

”..pitää olla malttia odottaa että vastaa ja vastaa yleensä oikein kuitenkin ja ajatukset tosi hyviä!”

Kuntoutuja valittelee pään ”pökkeröisyyttä” jälleen. Jatkettu ”Kim leikki” sekä ”Kuvasta katosi”-tehtävillä. Tehtäviä tehty kolme kappaletta, valikoiden helpoimpia, koska selvästi kuntoutujalla muistin kanssa haasteita. Sovellettu tehtävien tekoa siten, että kuntoutuja kertoi muistettavat asiat ensin ohjaajalle ja siten ne jäivät hänelle paremmin mieleen.

”Autettu kuvan kanssa ja kokeiltu tarinan kerrontaa muistitekniikkana, joka onnistui.”

Koko tapaamisen ajan kuntoutuja toi esiin huonoa muistia ja osaamattomuuttaan. Ajattelu ja puhe hiukan hidasta sekä epävarmaa. Ohjattu kannustaen ja antamalla positiivista palautetta osaamisesta. Lopuksi katsottu pisteestä pisteeseen kotitehtäviä, oli tehnyt yhden ja toista aloittanut. Seuraavan tapaamisajan sopiminen oli nopeaa ja annettu vielä värityskuva kotitehtäväksi.

Kuntoutujan palaute

Kuntoutuja koki, että mieleen painamisen kanssa oli saanut apuja ja vinkkejä, joiden avulla sai onnistumisen kokemuksia. Pään pökkeröisyyden hän koki vaikuttaneen viireystilaan, mutta tehtävien teon arveli helpottaneen sitä. Päällimmäisenä kuitenkin hiukan harmitti, kun muisti ei toiminut kovin hyvin. Tehtävien teon koki mielenkiintoisena ja tykkäsi, vaikkei tuntenut niissä kovin hyvin onnistuneensaakaan.



4. tapaaminen, aiheena muisti

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli pyytännyt tapaamishuoneen oven jo valmiiksi auki ja odotti ohjaajaa. Toinen tapaamiskerta tällä viikolla. Alussa kertoo taas pään tuntuvan pökkeröiseltä, mutta kysyttäessä sanoi tapaamisten ehkä helpottavan sitä. ”Muistiketju” tehtävistä kuntoutuja suoriutui hyvin ja oli siitä itsekin yllättynyt. Tehosti muistia kertomalla asiat ensin ääneen ja kirjoitti sitten ne ylös. Kirjoittaminen oli hidasta, mutta tekstijälki huolellista. ”Muistatko sanat”-tehtävässä, muisti sanalistasta 12/16 ja sen jälkeen vihjeiden avulla loputkin sanat. Käytti sanojen muistamiseen jaoittelua sekä teemoittelua apuna.

”Muisti hyvin, kun kirjoitti ja kertoi ääneen miten yhdistää kuvat ja mitä ne ovat.”

Kuntoutuja jaksoi tehdä tehtäviä hyvin, kun sai selkeät ohjeet. Suorittaminen oli ta-
saista ja varmaa, vaikka kokeekin pään pökkeröisyyttä tai liian pitkässä keskustelussa
vaipuu omiin ajatuksiinsa. Ohjauksessa huomioitava, että käydään siltaamista läpi
enemmän tehtävien kautta kuin keskustellen. Seuraavaa tapaamisaikaa sovittaessa
kuntoutuja empi paljon ja ohjaajalle tuli tunne, haluaako kuntoutuja jatkaa enää ta-
paamisia ollenkaan. Kysyttäessä jatkoista kuntoutuja kertoi, että oli sopinut jo hom-
mia seuraavalle viikolle joka päivälle, paitsi perjantaille, joka ei taas ohjaajalle sopi-
nut. Seuraava aika saatiin kuitenkin sovittua. Kuntoutuja osasi joustaa ja totesi että
eihän ohjaajallekaan aina voi käydä.

*”..sanoi että ymmärtää että minullakin on menoja ja ei aina voi mennä hänen mu-
kaansa.”*

*”..kun sovitaan seuraavaa aikaa, tulee tunne ettei kehtaa sanoa mitä oikeasti toi-
voo tai ajattelee.”*

Kuntoutujan palaute

Kokeiltu lopuksi vapaata palautteen antoa, mutta se ei oikein onnistunut. Käytetty
apuna tuttuja valmiita apukysymyksiä, joiden avulla kuntoutuja kertoi harjoitusten
olleen mukavia ja tuovan vaihtelua päiviin. Onnistumisen kokemuksiakin hän oli saa-
nut ja ne olivat piristäneet.

”..mukavia oli harjoitukset.”

”..vähän vaihtelua päiviin tulee näistä.”



5. tapaaminen, aiheena hahmottaminen

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli pyytännyt tapaamishuoneen oven valmiiksi auki ja oli odottamassa ohjaajaa. Viikko jäänyt tapaamisiin taukoa, kun ohjaajan sairastui. Kuntoutuja otti perumisen hyvin. Kuulumisia kysellessä kuntoutuja kertoi kännykkänsä menneen rikki. Sukulaisten kanssa oli käynyt katsomassa uutta, mutta se reissu oli mennyt hiukan mönkään. Kertoi käyttäytyneensä kummallisesti kännykkäliikkeessä ja nyt pohti, että se hävetti. ”Kulkeminen kartalla”-tehtävien teko sujui hyvin, ohjaaja luki reittiohjeet, kuntoutuja seurasi karttaa ja kertoi suullisesti ohjaajalle vastauksia, jotka ohjaaja kirjasi ylös. Kuntoutuja löysi ohjeistuksista epäselvyyksiä, joita yhdessä pohdittu. Ilmansuunnat olivat vaikeat hahmottaa. Kuntoutuja kertoi kansalaisopistossa englanninkielen kurssilla ohjeistaneen kartalla liikkumista viimeksi. Pohti pitäisikö aloittaa syksyllä uudelleen kansalaisopiston kieliopinnot, jotka olleet nyt tauolla. Vaikka kännykkäasia pyöri mielessä kuntoutuja toimi reippaasti.

”..löysi aika hyvin oikean, vas ja edessä ja takana, rintamasuunta selvä ja osasi miettiä peilikuvaa.”

Katsottu lopussa pisteestä pisteeseen kotitehtäviä, oli värittänyt yhden, tehnyt valmiiksi toisen ja kolmas kesken. Seuraavan kerran sopiminen oli sujuvaa. Pohti, lähteekö viikonlopuksi lomille, käynyt yleensä 1x kk viikonlopun. Arveli kuitenkin, että kännykkä asian takia ei ehkä lähtisi. Sovittu että ilmoittaa jos lähtee lomille, niin perutaan aika.

”Nyt kertoi että tottunut siihen että yksi asia toiminta/tapahtuma vain olisi, siksi hiukan arkaillen sopinut aikoja jos jo sovittu homma.”

Kuntoutujan palaute

Kuntoutujan mielestä karttatehtävät olivat mielenkiintoisia ja hyvää aivojumbppaa. Oli kokenut pieniä onnistumisen kokemuksia ja sen piristäneen. Ilmansuunnat olivat jääneet mietityttämään.

”..ilmansuuntajutut jäi mietityttämään, kun ne meinaa pyörähtää aina ympäri.”



6. tapaaminen, aiheena hahmottaminen

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli lähtenyt viikonloppu lomille, joten perjantain tapaaminen peruuntui. Kuntoutuja ilmoitti asiasta sovitusti. Tapaamisen aluksi kuntoutuja kertoi lomakuulumiset ja sanoi kävelleensä paljon. Koki nyt, että se ehkä rasittanut liikaa. Rasitus näkyi aiempaa kumarampana asentona, ryhti painui kasaan ja vireystila oli huono.

”Oli harmissaan vaikka sovittiin ettei peruminen loman takia haittaa.”

Tehtiin ”Pinopalat”-tehtäviä kolme tehtäväpaperia, joka oli hyvä huomioiden kuntoutujan tämän kertainen vointi. Välissä tehty niska-hartia jumppaa, jonka avulla kuntoutujan sai keskittymiskykyä ylläpidettyä. Sisukkaasti kuntoutuja teki tehtäviä, vaikka menttiin jaksamisen kanssa ääri rajoilla. Päätösten ja valintojen tekemiseen sekä niiden perustelemiseen vaikeampia tehtäviä tehdessä tarvitsee tukea. Kuntoutuja osaa ottaa hyvin positiivista palautetta vastaan. Välillä kuntoutuja osaa perustella miten hahmottaa muodot, mutta välillä ei saa kiinni ollenkaan, miten kuvio menee. Tässä voi vaikuttaako kuvioiden tuttuus, toiset kuviot geometrisiä muotoja ja toiset konkreettisia, esittäviä kuvia. Paljon kuntoutuja edelleen aliarvioi omaa osaamistaan ja taitojaan.

”Hyvin kuitenkin tsemppaa kerran läpi, vaikka huomaa että vireystila on huononpi.”

Siltaamis keskustelun aikana kuntoutuja vaipuu pois keskustelu kontaktista. Seuraavan kerran sopiminen onnistui tapaamisen loppuksi nopeasti.

Kuntoutujan palaute

Kuntoutuja antoi palautetta hyvin totuttuun tapaan apukysymysten avulla. Tehtävien teko oli piristänyt, vaikei kokonaan pään ”pökkeröisyys” mennyt ohitse. Tehtävät kuntoutuja koki mukavina, vaikka joidenkin tehtävien kohdalla ei ajatus kulkenut kovin hyvin. Onnistumisen kokemuksia kuitenkin tuli. Kuntoutuja koki myös, että tehtäviä tehtiin sopivasti tapaamisen aikana.

”Ihan hyvin jaksoi tehdä, vaikka osa kuvioista ei meinannut auetakaan.”



7. tapaaminen, aiheena päättely

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli pyytänyt tapaamishuoneen oven valmiiksi auki ja oli odottamassa ohjaajaa. Kuntoutuja oli katsonut eilen illalla elokuvaa myöhempään. Se näkyikin nyt ihan fyysisessä asennossa. Toimintakin oli hitaampaa kuten vastaaminen ja puhuminen sekä asioiden päättäminen oli vaikeaa.

"..painuikin enemmän kumaraan ja hävisi kontaktista ja toiminta oli vähän hitaampaa kuin joillakin kerralla.."

Pitkään jatkunut kesän kuumuus voi vaikuttaa kuntoutujan vireystilaan, asuinyksikkö oli aika lämmin sisätiloiltaan. Nyt tehty päättely tehtävistä "Jatkuva sarjaa". Tehtäviä tehty kaksi sivua, joka oli selvästi maksimi määrä tällä kertaa. Käsilakin oli kuntoutujalla normaalia tärisevämpi kirjoittaessa. Kuntoutuja on kuitenkin sisukas tehtävien tekijä aina, vaikka vointi vaihtelee tapaamiskerroilla. Yhtenäkkään tapaamiskertana ei ole tarvinnut lopettaa kesken suunnitellun 60 min tapaamisajan.

"Numerot olivat helpompia sarjoja kuin merkit."

"..se oli selvästi maksimi, niistäkin toisen sivun viimeisistä valittiin kolmesta viimeisestä kuvio tehtävästä yksi."

Tällä kerralla selvästi parhaiten kuntoutujalla toimi oma tyyli ja strategia tehdä sekä ratkoa tehtäviä. Ohjaajan neuvoessa vaihtoehtoista tapaa, se vain tuntui sotkevan tekemistä ja rytmiä ajatella.

"Hoksasi kuitenkin hyvin tehtävien idean ja osasia soveltaa sitä."

"Pystyi sinnittelemään, ei antanut periksi, vaikka selvästi oli viimeinen liikaa."

Kuntoutujan palaute

Kuntoutujan mielestä harjoitukset olivat hyödyllisiä ja mielenkiintoisia. Kuntoutuja oli saanut onnistumisen kokemuksia ja koki sen piristäneen. Tämän kerran päättelytehtävistä oli tullut kuntoutujalle mieleen joskus tehty älykkyystesti.

"Harjoitukset oli hyödyllisiä, varsinkin kun joutui todella keskittymään asiaan."

"Mietin vähän kun joskus tehty jotain älykkyystestiä, en ole ollut kovin hyvä."



8. tapaaminen, aiheena päättely

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli odottamassa ohjaajaa ja kävi tapansa mukaan ensin wc:ssä, jonka jälkeen kertoi, että normaali tapaamishuoneemme on nyt varattu, mutta voimme mennä kokoushuoneeseen. Vaihdettu kuulumisia aluksi, ohjaajalla oli viikon loma välissä. Kuntoutuja jutteli iloisesti ja avoimesti kuulumisia. Totesi kuitenkin hetken päästä, että pää taas jumissa ja sitä särki, oli ottanut lääkkeenkin ennen tapaamista.

”..ettei pää oikein toimi.”

Tehty ”Päättele vihjeestä”-tehtäviä, joista kuntoutuja suoriutui hyvin. Ei vaikeutettu tehtäviä peittämällä sivuvaihtoehtoja, vaan enemmän keskitytty pohtimaan avoimesti vaihtoehtoja ja ratkaisuja. Pieniä vihjeitä, tukea ja rohkaisua oikean valinnan tekemiseen tai päättämiseen kuntoutuja tarvitsi, mutta eteni tehtävissä hyvin. Tapaamispaikan vaihtuminen ei tuonut muutosta tekemiseen. Tehty välissä lyhyt niska-hartiajumppa, joka helpotti hiukan kuntoutujan keskittymistä ja päänsärkyä. Toimiminen oli aika virkeää kokonaisuudessaan kuitenkin.

”Riitti jo miettiä, perustella vaihtoehtoja ja sulkea pois.”

”..vaikka oli oikeilla jäljillä vastauksissa hyvin ja totesi itsekin ettei muuta vaihtoehtoa taida olla, mutta silti ei meinannut uskaltaa/osata olla varma.”

Kuntoutuja oli tehnyt ohjaajan loman aikana pisteestä pisteeseen kotitehtäviä ja merkannut niihin oma-aloitteisesti mitä osioita tehnyt milloinkin, josta oli helppo näyttää ohjaajalle, miten oli edennyt.

Kuntoutujan palaute

Kuntoutuja koki, että harjoitukset olivat olleet hyödyllisiä ja mielialan piristyneen. Kuntoutuja koki, että keskittymiskyky oli tehtävien teossa parantunut ja saanut onnistumisen kokemuksia.

”Mieliala piristyi vaikka lievä päänsärky hieman huononsikin viireystilaa.”



9. tapaaminen, aiheena kieli

Ohjaajan havainnot

Kuntoutuja oli odottamassa ohjaajaa ja kävi tapansa mukaan wc:ssä ensin. Kuntoutuja käy istumaan samalle paikalle kuin viimeksikin ja on olemukseltaan väsyneemmän oloinen kuin viimeksi. Kertoo päänsärkyä hiukan olevan. Kännykkä asiat taas kovasti pyörivät mielessä, selvästi miettii paljon, muttei oikein saa sanottua, mitä miettii. Kuntoutujaa kiitelty, kun on jaksanut kulkea tätä prosessia mukana, vaikka alussa hiukan empi jaksako sitoutua näin pitkäksi ajaksi. Kuntoutujaa harmitti ainoastaan tässä prosessissa se, ettei ollut kaikkia tehtäviä heti osannut tehdä. Kerrottu että se tässä on tarkoituskin, että harjoitellaan ja mietitään. Tehty yksi ”Piirrä ohjeen mukaan”-tehtävä. Jaksoi hyvin keskittyä työn ääressä puoli tuntia ja osasi miettiä oma toimintastrategiaansa tehtävän ohjeen mukaan. Välissä tehty lyhyt niska-hartiajumppa, kun näytti että kuntoutujan asento alkoi mennä hyvin kumaraksi. Tehtävää tehdessä oli epävarma omasta tulkinnastaan ja haki tukea.

”Hyvin itse lähti miettimään ja toimimaan, ensin piirsi lyijykynällä ja sitten seuraavalla kierroksella väritti.”

”Ajoittain epävarma, ja kysyi varmistusta, mutta pääsääntöisin oli aina itse oikeassa, ei vaan luottanut omaan päätelmään.”

Lopussa pitänyt hiukan hoputtaa kuntoutujaa, jotta saa tehtävän valmiiksi ja ehtii antaa palautetta sekä sopia seuraava kerta. Sovittu, että tavataan saman viikon perjantaina, jos lähtee lomille, ilmoittaa sitten vain ohjaajalle.

Kuntoutujan palaute

Kuntoutujan palautteen anto oli hidasta ja ei meinannut saada annettua sitä, tuntui että oli ihan ”jumissa”. Toteaa itsekin, että on hidas päättämään asioita. Lopulta sai sanottua, että tehtävät olivat olleet mielenkiintoisia ja mukavaa ajankulua. Tehtävän antoa oli joutunut hiukan pohtimaan, mutta saanut apua tarvittaessa ohjaajalta. Valitsi ja antoi kuitenkin hiukan ”mutrusuu” emojis-emojinaama-tarran tästä tapaamiskerrasta.

”Ymmärsin tehtävän ja aiheen, vaikka joissakin kohdissa joutui hieman pähkäilemään.”



10. tapaaminen, aiheena kieli

Ohjaajan havainnot

Toinen tapaaminen samalla viikolla, kuntoutuja ei ollut lähdössä lomille viikonlopuksi. Ohjaaja mennyt viimeiseen tapaamiseen 20 min. ennen sovittua aikaa, mutta kuntoutuja oli jo odottamassa. Kävi wc:ssä ja siirrytty kokoushuoneeseen. Kuntoutuja heti alkuun pohti, että nämä 10 tapaamiskertaa ovat menneet nopeasti ja helposti. Kysynyt myös viime kerran tehtävistä, oli niitä katsonut tapaamisen jälkeen ja huomannut kaksi tulkinnan varaista ohjetta. Korjannut itsenäisesti työtään ja näytti nyt ohjaajalle ne kohdat.

”..itse on pohtinut, esim. piirrä pienikokoinen lemmikkieläin, hän piirtänyt uuden pienemmän ja lipaston keskimmäiselle hyllylle vierekkäin kolme kirjaa, hän oli piirtänyt erilleen hyllylle, ei vierekkäin ja pohti ettei ne silloin pysy edes pystyssä => piirtänyt uudet vierekkäin!”

Sen jälkeen tehty MoCa-testi, josta sai 28p. Samat kohdat haastavia kuin viimeksikin, eli sanojen nimeäminen ja palauttaminen viiveellä muistista jäi alle normin, muuten suoritti hyvin. Kuntoutuja oli tehnyt ohjaajalle läksiäiskortin. Selvästi kuntoutuja nyt virkeämpi, vaikka tapaamisella paljon erilaisia asioita tehtävänä. Tehty vielä Ahaa!-tehtävistä ”Tarinakuva”-harjoitus. Kuntoutuja empi kovasti, ettei oikein osaa kirjoittaa tarinaa oikeaoppisesti. Ohjaaja rohkaisut, ettei nyt tarvitse miettiä kielioppiasioita vaan ideana on enemmän käyttää mielikuvitusta. Kuntoutujalla on selvästi vahva kielioppi osaaminen, varmisteli vielä saako sanoja taivuttaa, vai pitääkö käyttää perusmuodossa ja voiko sanojen järjestystä muuttaa.

”Edelleen kovasti epäilee kykyjään ja osaamistaan, vaikka sitä on.”

”Tuskaile ettei saa aikaan, mutta kirjoitti hyvän samassa muodossa olevan todella loogisen tarinan käyttäen kaikki kuvat ja sanat.”

Kuntoutujan palaute

Kuntoutuja aloitti palautteenannon heti palaamalla viime kerralla antamaansa ”mutrusuu” hymynaamaan. Sanoi ettei se ollut tarkoitettu ohjaajalle henkilökohtaiseksi palautteeksi, vaan kuvaamaan hänen tuntemuksiaan. Kertoi että silloin ollut mielenpäällä niin monta asiaa, jotka harmittivat. Tällä viimeisellä kerralla ohjaaja keräsi palautetta koko tapaamisprosessin ajalta. Kysymykset olivat sovellettu valmiista Ahaa!-ryhmä palautelomakkeesta.

Kuntoutuja koki Ahaa!-tehtävien tekemisen edistäneen hyvinvointia jonkin verran. Kuntoutuja koki ohjaajan kannustaneen aivojen treenaamiseen ja tapaamisiin osallistuminen sai myös aktivoimaan aivoja arjessa enemmän, esimerkiksi tekemällä pisteestä pisteeseen kotitehtäviä.

*”Muisti osion tehtävät jääneet mieleen koska muisti ei oikein pe-
laa.”*

*”Päätely osiosta miten sarja jatkuu jäi mieleen koska oli aika
mielenkiintoinen.”*

”Kaikki osa-alueet ja tehtävät omalla tavallaan mielenkiintoisia.”

*”Tehtävät antoivat sopivasta haastetta kyllä, oli niitä haasta-
vampiakin juttuja.”*



Kuntoutuja kokee, että voisi mahdollisesti osallistua Ahaa!-ryhmään jos semmoinen järjestettäisiin joskus, jos tilanne olisi sopiva. Mutta arvelee nyt syksyllä kuitenkin jatkavansa kansalaisopistossa englanninkielen opintoja. Kuntoutuja mielestä tapaamisrytmi 1-2x viikossa, oli ihan sopiva tähän hetkeen. Hän pohti tapaamisia omassa ympäristössään siten että ei tarvinnut stressata siirtymisestä muualla, mutta toisaalta se siirtyminen olisi voinut olla myös hyvästä, kun olisi pakottanut käymään talon ulkopuolella. Kuntoutuja tykkäsi yksilöllisistä tapaamisista, kun kokee ettei ole mikään ryhmäihminen, mutta toisaalta pohtii, että ryhmässäkin olisi voinut olla mielenkiintoista tehdä tehtäviä.

7 Pohdinta

Tässä kappaleessa tarkastellaan analyysin avulla saatuja tämän opinnäytetyön tuloksia verraten kerättyyn teoriataustaan ja aiempaan tutkimustietoon sekä käsitellään opinnäytetyön eettisyyttä sekä luotettavuutta.

7.1 Tulosten tarkastelu

Kognitiivinen kuntoutus ja menetelmään liittyvät asiat

Tuulio-Henrikssonin (2007, 52) mukaan skitsofrenia sairaus voi vaikuttaa kognitiotaan alentavasti, näkyen laajemmissa toimintakokonaisuuksissa. Erilaiset muistia ja tarkkaavuutta vaativat tehtävät ja harjoitteet voivat olla hyödyllisiä osalle skitsofreniaa sairastavista kognitiivisen toimintakyvyn paranemisessa. (Hietala & Tuulio-Henriksson 2011, 70.) Tutkimusten mukaan skitsofreniaa sairastavat kuntoutujat suorittavat heikommin arjesta ja elämiseen liittyvistä toiminnoista kuin masennusta sairastavat henkilöt, mutta paremmin kuin Alzheimeria sairastavat. Korkeampi koulutustausta ennen sairastumista, ennusti parempaa toimintakykyä sairastumisen jälkeen. (Klapow, Evans, Patterson, Heaton, Koch & Jeste 1997; Patterson, Klapow, Eastham, Heaton, Evans, Koch & Jeste 1998; Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson & Jeste 2001.) Tässä opinnäytetyössä mukana ollut kuntoutuja oli opiskellut nuoruusiällään paljon ennen sairastumistaan ja sairastumisen jälkeenkin kieliä kansalaisopistossa, joka on mahdollisesti vahvistanut hänen tämän hetkisistä kognitiivista tasoaan.

Kognitiivinen remediaatio terapia toimii parhaiten, jos sille asetetaan selkeät tavoitteet ja se yhdistetään muuhun kuntoutukseen. Tutkimuksien mukaan kognitiivinen kuntoutus paransi skitsofreniaa sairastavien toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota sekä toimintakykyä. (McGurk ym. 2007; Grynszpan ym. 2011; Wykes ym. 2011.) McGurkin ja muiden (2007, 1791) mukaan parhaimmat tulokset tulivat eniten harjoitustunteja sisältäneissä interventioissa. Tässä opinnäytetyössä mukana oleva kuntoutuja asuu tuetussa asumiskuntoutusyksikössä, jossa on tarjolla paljon yhteisöllisiä toimintoja, mutta vähän yksilöllistä kuntoutusta. Tapaamisten aikana kuntoutuja sai yksilöllistä huomiota sekä harjoitusta, joka innosti harjoittelemaan taitoja myös itsenäisesti tapaamisten välissä.

Toipumisorientaation mukainen kuntoutus vahvistaa kuntoutujan tietopohjaa omasta psyykkisestä sairaudestaan, opettaa strategioita tulla oireiden kanssa toimeen, tukee pystyvyyden tunnetta ja edistää sosiaalisen tuen saamista (Nordling

2018, 1479). Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän taustateoriat ja ohjaus sisältävät toipumisorientaation mukaisia asioita. Menetelmän avulla opitaan käyttämään ja kehittämään omia toiminta- ja ajattelustrategioita sekä ongelmanratkaisutaitoja. Jos menetelmää käytettäisiin ryhmämuotoisena, mihin se on alun perin kehitetty, toteutuisi myös sosiaalisen tuen ja jakamisen periaatekin. Revell ja kumppanit (2015, 218-219) suosittelivatkin toteuttamaan kognitiivisen remediaatio terapian pienryhmissä.

Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä ei ole kuntoutusmenetelmä, mutta kuntoutusalan ammattilainen voi käyttää sitä kognitiivisessa kuntoutuksessa. Tuulio-Henrikssonin ja kumppaneiden (2000, 1456) mukaan kuntoutukselle on hyvät lähtökohdat, kun kognitiiviset tehtävät kohdennetaan sopivan haastaviksi, huomioidaan kuntoutujan omat mielenkiinnonkohteet, tehtäviä harjoitellaan riittävän usein sekä niistä saa välittömän onnistumisen kokemuksen ja palautteen. Ahaa!-kognitiivisessa harjoittelumenetelmässä nämä edellä mainitut asiat täyttyvät ja niiden lisäksi vielä siltaamisen kautta harjoiteltuja taitoja viedään kuntoutujan omaan arkeen.

Kolbin kokemuksellisen oppimismallin mukaan, oppiminen etenee syklisenä prosessina, jossa ihminen rakentaa tietoa omakohtaisen kokemuksen pohjalta. Toiminnan kautta saatu kokemus ja sen reflektointi, on prosessissa keskeistä. Kokemusten reflektointi auttaa ymmärtämään ilmiötä paremmin ja sen käsitteellistäminen kehittyy, kun sitä vahvistetaan palautteella. (Järvikoski ja Härkäpää 2011, 177-178.) Tässä prosessissa kuntoutuja kehittyi tehtäviä tehdessä ajattelemaan ratkaisuvaihtoehtoja monipuolisesti, esimerkiksi ensimmäisillä kerroilla kuntoutuja tarvitsi apua vihjeiden etsimisessä tehtäviä tehdessä ja loppu kerroilla osasi ne etsiä jo itse.

Kuntoutuja pystyi sitoutumaan tapaamisiin ja koko prosessiin hyvin. Joka tapaamiskerralla oli erilaisia tehtäviä ja vaikka kuntoutujan vireystila vaihteli, aina hän yritti parhaansa. Wykesin ja muiden (2011, 472) mukaan kognitiivisen remediaation toteuttaminen sairauden vakaassa vaiheessa tuo parhaimpia tuloksia. Revellin ja muiden (2015, 218-219) sekä Cellan ja kumppaneiden (2017, 43) tutkimuksista löytyi viitteitä, että nuoret vasta sairastuneet hyötyivät kuntoutuksesta paremmin kuin pidempään sairastaneet.

Ohjaus

Kuntoutujan roolin korostaminen oli menetelmää ohjatessa olennaista ja kuntoutuja toikin esille, että oli kokenut ohjauksen olevan tilanteeseen sopivaa ja selkeää, mutta myös kuntoutujaa haastavaa. Mattilan (2002, 203, 216) mukaan ohjaavalla kuntoutuksella tarkoitetaan kokemusperäiseen ohjaukseen perustuvaa, kuntoutujaa tukevaa ja kuntoutusta edistävää, sosiaalista ja kommunikatiivista toimintaa. Siinä luotetaan kuntoutujan asiantuntemukseen ja kehittymiseen. Ohjauksessa hyödynnetään kuntoutujan voimavaroja sekä toimitaan spontaanisti ja tilannelähtöisesti. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa voimaantumaa ja vahvistumaan. Kokemusperäisen ohjaamisen myötä myös ohjaaja kasvaa ja kehittyy itse (Mattila 2009, 101). Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän kokeilussa hyödynnettiin ohjaavan kuntoutuksen elementtejä, jotka toimivat hyvin.

Aluksi kuntoutuja jännitti hiukan tapaamisia ja tehtäviä sekä palautteenantoa. Palautteenannossa kuntoutujaa eniten mietitytti, osaako hän antaa sitä riittävästi. Ohjaajan tehtävänä oli rauhoitella kuntoutujaa ja muistuttaa, että tässä opetellaan yhdessä asioita. Tämä on Koskisuun (2004, 162) mukaan kuntoutumista tukevan ohjauksen keskeinen elementti. Alun jännittämiseen saattoi olla syynä myös MoCa-testi, joka tehtiin ensimmäisellä tapaamisella. Ohjauksen avulla kuntoutuja siirtyi kuitenkin nopeasti rentoon harjoitteluun ja tehtävien tekemiseen, jota Ahaa!-harjoittelun kuuluu olla.

Feuerstein ja muut (1999) korostavat oppimisen olevan tehokkainta positiivisen ajattelun ja asenteen kautta. Kuntoutujalla oli näkemys itsestään epävarmana suorittajana ja itseluottamus vaikutti olevan heikko. Kuntoutuja toi usein esiin puheissaan, miten ei osaa, vaikka todellisuudessa suoriutui tehtävistä hyvin. Ohjaajan oli tärkeää tukea ja rohkaista luottamaan omiin päätelmiin, jotka olivat useimmiten aivan oikeat. Tämän vuoksi Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tehtäviä ei tehdä itsenäisesti, koska silloin voisi jäädä itsetunnon vahvistuminen saavuttamatta (Nilivaara 2018). Feuerstein ja muiden (1999) mukaan ohjatussa oppimiskokemuksen harjoituksissa täytyy olla mukana haasteellisuutta ja tavoitteena on pyrkiä koko ajan eteenpäin kohti uusia sekä monimutkaisempia ongelmia. Ohjaajan on oltava tarkkana, jotta tekijän motivaatio säilyy ja tehtävien vaatavuus taso kasvaa tasaisesti, jolloin saavutettu taso on pohjana siirryttäessä seuraavalle (Keski-Luopa 2011, 85). Tässä

prosessissa ohjaajan täytyi olla valpas ja lukea ohjaustilannetta koko ajan, jotta osasi tarjota sopivasti haasteita kuntoutujalla aina tapaamiskertaansa kohden. Kuntoutuja antoi palautetta joka kerralla, että ohjaus oli ollut hyvää ja hän oli saanut onnistumisen kokemuksia.

Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän ohjauksessa on tärkeää huomioida yksilöllisyys, joka näkyy esimerkiksi korostamalla henkilön vahvuuksia palautteen avulla. Yksilöllisten tarpeiden kuunteleminen ja huomioiminen on tärkeää. Ihmisen identiteetti muuttuu sairastuessa ja silloin voi helposti alkaa ajatella, että muut tietävät paljon paremmin, mikä minua vaivaa ja auttaa. Tämä on estävä tekijä kuntoutumiselle ja jos kuntoutuja kieltäytyy tarjotusta avusta, koska ei koe siitä hyötyvänsä, tehdään usein johtopäätös, ettei henkilö ole motivoitunut kuntoutumaan. (Rissanen 2015, 82.) Tässä opinnäytetyön käytännön osiossa kuntoutuja empi aluksi prosessiin mukaan lähtemistä, mutta yhteisen keskustelun jälkeen halusi kuitenkin kokeilla menetelmää. Ohjaaja korosti, että tapaamiset voi lopettaa koska vain haluaa. Lopulta kuntoutuja oli hyvin tyytyväinen lähdettyään mukaan eikä kokenut ainakaan menettäneensä mitään, vaan pikemminkin saaneensa asioita.

Ohjaajan tehtävä on myös helpottaa kuntoutujan kielellistä ilmaisua, toimien huonoina päivinä apuminänä ja parempina päivinä ohjaajana (Mattila 2009, 102). Kuntoutujalla oli useina tapaamiskertoina hankaluuksia ilmaista itseään suullisesti. Ohjaajan havaintojen mukaan, kuntoutuja kyllä yritti kovasti, muttei saanut tuotettua puhetta tai löytänyt oikeita sanoja. Useammalla kerralla tehtävien tekeminen sujui helposti, mutta ohjaamattomat hetket tai vapaa keskustelu toi kuntoutujan olemukseen jähmeyttä ja hän vaipui helposti omiin ajatuksiin pois vuorovaikutuksesta ja kontaktista.

Vuorovaikutus

Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmää ohjatessa vuorovaikutus on keskeistä ja tärkeässä roolissa. Seppänen (2010, 81) kuvaa omaelämäkerrassaan miten tärkeää on ja hyvältä tuntuu, kun ohjaaja puhuu kuin vertaiselleen, eikä siten kuin kuntoutuja ei itse ymmärtäisi tai tajuaisi mitään. Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän koikeilu prosessissa vuorovaikutus kuntoutujan kanssa oli helppoa ja tapaamisten jatkussa ohjaaja osasi tukea sekä auttaa paremmin kuntoutujaa huonompinaikin päivinä.

Kuntoutuja ei tuonut ainakaan missään vaiheessa esille, että olisi kokenut tapaamiset ja ohjaajan kanssa työskentelyn hankalana. Seppäsen (2010, 152-153) mukaan tärkein asia ohjauksuhteessa on, että ohjaaja uskoo ja näkee toivoa. Ajan antaminen, kii-reetön tunnelma, juttelu arkisista asioista, periksiantamattomuus ovat tunnelman ja kuntoutussuhteen luonnin kannalta tärkeiksi havaittuja asioita (Koskisuus 2004, 163). Vuorovaikutus kuntoutujan kanssa syveni prosessin aikana siten että, aluksi kuntoutuja pitäytyi vain keskusteluissa pelkästään tehtävään liittyvissä asioissa, kun loppu-ajoilla jutteli jo paljon itsestään ja elämästään sekä kyseli ohjaajan arjesta.

7.2 Eettisyys

Tämän opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita (ks. HTK- ohje 2012) sekä raportti on kirjoitettu kuntoutujaa kunnioittavasti ja arvostavasti, kuten Kuula (2011, 143) neuvoo tekemään. Opinnäytetyön eettiset lähtökohdat voidaan jakaa kahteen luokkaan, tiedon hankintaan ja tiedon antajan eli kuntoutujan suojaan liittyviin kysymyksiin sekä tuloksiin ja niiden soveltamiseen (Kuula 2011, 75). Opinnäytetyössä jo aiheen valinta on eettinen asia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 153). Tässä opinnäytetyössä aiheen valinta lähti tekijästä käsin, mutta ajatuksena oli saada lisää tietoa ja hyödynnettäviä työkaluja kuntoutustyöhön. Ajatuksena oli tuoda kuntoutujan kokemaa käyttötietoa myös muille Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän soveltuvuudesta mielenterveyskuntoutujan kanssa käytettynä. Eettiset asiat ovat opinnäytetyössä merkittävässä roolissa, jos niissä epäonnistutaan, ne voivat viedä pohjan koko opinnäytetyöltä. Opinnäytetyöhön täytyi voida osallistua vapaaehtoisesti ja tekijän oli huolehdittava aiheuttamasta tarpeetonta kärsimystä tai haittaa osallistujalle. (Kylmä & Juvakka 2007,137–138.)

Erillistä tutkimuslupaa ei tähän tapaustutkimukseen tarvinnut hakea, koska se ei ka- jonnut henkilön yksityisyyteen, eikä tarkempia henkilö- tai tunnistetietoja kerätty (ks. Opinnäytetyöprosessin eettiset suositukset 2018). Tässä opinnäytetyössä kaikki ai- neiston keruu pohjautui kuntoutujan kertomiin kokemuksiin ja opinnäytetyöntekijän

tekemiin havaintoihin tapaamissa. Tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea myöskään asumisyksiköltä, jossa kuntoutuja asui.

Tapaustutkimusta pidetään henkilöllisyyden paljastumisen kannalta haastavana menetelmänä (Yin 2009, 12). Tässä tapauksessa tehtiin tiivistä yhteistyötä kuntoutujan kanssa, tavaten kasvotusten kymmenen kertaa. Tapaamisissa kerättiin aineistoa ja testattiin menetelmän tehtäviä. Opinnäytetyön tekijän vastuulla on aina säilyttää kuntoutujan anonymiteetti. Kuntoutujaa informoitiin selkeästi tapaamisten alussa kirjallisesti, sekä suullisesti opinnäytetyön teko prosessista ja käytännöistä, näin Kuula (2011, 106-107) neuvookin tekemään. Opinnäytetyöhön osallistumisesta tehtiin kuntoutujan kanssa sopimus (liite 2), jossa ilmeni vielä vapaaehtoisuus ja mahdollisuus keskeyttää tapaamiset, milloin vain ilman perusteluja. Kuntoutuja sai vielä tiedotteen (liite 1) sopimuksen lisäksi, jossa selvisi yksityiskohdat tapaamiskäytännöistä sekä menetelmän tehtävistä tarkemmin.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että kerätty tutkimusaineisto säilytettiin asianmukaisesti, molempien hyväksymällä tavalla ja se on kirjattu sopimukseen ylös (Tuomi & Sarajärvi 2012, 133), paperiset sopimukset lukollisessa laatikossa opinnäytetyöntekijän kotona ja hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Sähköinen materiaali word-tiedostot, excel-tiedostot, joissa oli kirjattuna opinnäytetyön tekijän havainnot ja kuntoutujan palautteet, sekä analyysi, ovat kaikki nimettömänä ilman tunnistetietoja kirjoitettu ja tallennettu opinnäytetyöntekijän omalle tietokoneelle, jossa on salasana. Nämäkin tiedostot myös hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyössä, jossa on mukana mielenterveyskuntoutuja, on otettava huomioon, että psykiatrinen sairaus voi vaikuttaa yksilön ajatteluun, toimintaan sekä keskittymiskykyyn. Skitsofrenia sairauden oireisiin voi liittyä tahdottomuutta tai kykenemättömyyttä spontaaniin toimintaan, joka vaikuttaa erityisesti toimintakykyyn. Pahimmillaan tahdottomuus ja motivaation puute voi johtaa lähes täydelliseen liikkumattomuuteen tai puhumattomuuteen eli mutismiin. Pitkään sairastaneilla tunteiden ilmaisuus voi olla myös heikkoa ja tämä vaikuttaa haitallisesti vuorovaikutukseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. (Huttunen 2018.)

Selvittäessä psyykkisistä sairautta sairastavan kuntoutujan kokemuksia on oltava erityisen herkkä vuorovaikutuksessa esiin tuleville eettisille ja käytännöllisille tilanteille

(Välimäki & Holopainen 2000, 152). Lönnqvistin ja kumppaneiden (2009, 80) mukaan kuntoutujaa on kannustettava liikkumaan ja suorittamaan päivittäisiä toimintoja, koska spontaanin aktiivisuuden puute voi vaikeuttaa itsenäisesti motorisista toiminnoista suoriutumista. Osalla kuntoutujista motoriset toiminnot voivat olla estyneet, jopa jäykistyneet (Huttunen 2018). Kuntoutuja oli hyvin kiinnostunut osallistumaan Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän testaamiseen, mutta alussa hän kuitenkin jonkin verran empi jaksako olla mukana koko tapaamisprosessin ajan. Kuntoutujaa rohkaistiin ja kannustettiin kokeilemaan sekä osallistumaan mukaan, kuitenkin muistuttaen, että aina on mahdollisuus lopettaa tapaamiset kesken.

Opinnäytetyöntekijän on osattava suunnitella prosessinvaiheet mahdollisimman hyvin ja kyettävä toimimaan joustavasti yllättävissäkin tilanteissa. (Välimäki & Holopainen 2000, 153.) Tämä asia piti tekijän miettiä ja huomioida tarkkaan etukäteen sekä prosessin aikana, miten kaikki sujuu ja miten joustava täytyy olla, esimerkiksi tapaamisten sopimisen suhteen. Kuulan (2011, 143) mukaan tutkimuksessa, jossa aineisto kerätään prosessinomaisesti, on huomioitava erityisen tarkkaan koko prosessin ajan, että onko tutkittava mukana vapaaehtoisesti.

7.3 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tärkein tekijä luotettavuuden arvioimisessa on, miten opinnäytetyön tekijä on pystynyt kirjoittamaan auki kaikki tekemänsä työvaiheet yksityiskohtaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018) siten, että toinenkin tekijä voisi ne toistaa (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Sekä luomaan aineistosta selkeitä kuvauksia tapaamisten mukaisesti, alkuperäisiä ilmauksia hyödyntäen (Patton 2002, 554). Opinnäytetyöntekijä on pitänyt koko prosessin ajan päiväkirjaa, jotta asioita voi tarkistaa palaten aina muistiinpanoihin. Koko opinnäytetyöprosessi kesti 1,5 vuoden ajan, jolloin pelkkään muistiin ei voi luottaa.

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 164) korostavat miettimään luotettavuuden kannalta, miten aineiston keruu on tapahtunut menetelmänä ja tekniikkana sekä onko aineiston

keruuseen liittynyt jotain erityispiirteitä. Kuntoutujalle oli laadittu apukysymyslomake palautteen antoa varten. Lomake osoittautui toimivaksi, koska muuten palautetta kuntoutujalta ei olisi vapaasti tuottamalla kovin paljoa saanut. Toisaalta kysymykset ohjasivat palautteen antoa aina samaan tyyliin, jolloin vaarana oli, että jokin tärkeä kuntoutujan kokema asia jäi tuomatta esiin. Kuntoutuja antoi palautteen suullisesti, koska koki kirjoittamisen hitaana. Ohjaaja kirjasi palautteen ylös ja kuntoutuja lopuksi luki ja hyväksyi sen. Kuntoutuja pohti itsekkin, että on huono antamaan palautetta ja koki siitä hiukan huoltakin, että saako ohjaaja sitä kerättyä opinnäytetyötä varten riittävästi. Kirjallista palautetta kertyi ehkä niukasti, mutta riittävästi analyysia varten.

Ohjaaja kuitenkin havainnoi myös kuntoutujan nonverbaalista palautteenantoa, joka on tärkeä huomioida mukaan kokonaispalautteeseen ja arvioitiin kuntoutujan kokemuksista. Kuntoutuja oli hyvin sitoutunut tapaamisiin, oli aina odottamassa valmiina ja vaikka vointi ei ollut usein paras mahdollinen (päänsäryt, pään pökkeröisyys). Kuntoutuja yritti aina parhaansa ja jaksoi olla tapaamisessa koko suunnitellun ajan. Kuntoutuja oli kertonut tapaamisesta tuttavilleen, joten hän koki ne merkityksellisenä sekä huomioi ohjaajaa tehden syntymäpäiväkortin ja läksiäiskortin. Luotettavuuden kannalta voi tietysti pohtia myös sitä miten paljon kuntoutuja halusi miellyttää ohjaajaa eri tilanteissa ja toimi se mukaan (ks. Hänninen 2004, 288). Ohjaajalle tuli ainakin semmoinen tunne, että kuntoutuja oli luonteeltaan hyvin kiltti ja toiset huomioiva, joten vaara kuntoutujan oman toiminnan muuttamiseen, ohjaajaa miellyttääkseen oli olemassa.

Aina on huomioitava opinnäytetyöntekijän omat odotukset ja lähtökohdat, miten ne vaikuttavat opinnäytetyöprosessiin ja ne on kuvattava auki raportissa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyöntekijän työtausta psykiatrisessa sairaalassa vaikutti aiheen valintaan sekä työn odotuksiin, esimerkiksi siten että opinnäytetyöntekijä uskoi Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän soveltuvan käytettäväksi myös mielenterveyskuntoutujien kanssa. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 160) korostavat neutraalia ja puolueetonta lähestymiskulmaa tutkimuksen tekemiseen, mutta teoreettiseen taustaan tutustuminen ja sieltä nousseet ennakkokäsitykset aiheesta voivat jo omien ennakkokäsityksien lisäksi muokata ajattelua. Kylmä ja Juvakka (2007, 129) tuovat esiin, että uskottavuutta kuitenkin vahvistaa se, että opinnäytetyön tekijä tietää ja

tuntee tutkittavaa kohderyhmää opinnäytetyön näkökulmasta. Kun taas Tuomen ja Sarajärven (2018, 160) mukaan se voi olla nykyajatuksen mukaan jopa haitallista puolueettomuudelle.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan opinnäytetyön tekijän tietoisuutta omista taidoistaan (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyö prosessin ajan opinnäytetyöntekijä reflektoi omaa toimintaansa saamansa palautteen avulla, sekä työn käytännön toteutuksessa että raporttia kirjoittaessa. Luotettavuutta opinnäytetyöntekijä vahvisti myös olemalla tiiviisti yhteydessä toimeksiantajaan koko prosessin ajan sekä hakemalla tietoa käytettävistä menetelmistä, niin kuin Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan kuuluu toimiakin laadullisessa tutkimuksessa.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Opinnäytetyöhön osallistuvasta kuntoutujasta on annettava riittävän kattavasti tietoa, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä muihin ympäristöihin tai tilanteisiin, tietysti huomioiden aina kuntoutujan anonymiteetin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä mukana oleva kuntoutuja oli sairauden vakaassa vaiheessa ja omasta mielestään hän ainakin hyötyi menetelmän tehtävien tekemisestä ja aivojen treenaamisesta. Toki tässä ei ollut mitään verrokki asetelmaa, joten sen isompia päätelmiä ei voi tehdä.

Opinnäytetyössä täytyy saada myös mahdollisimman luotettava näkökulman aiheeseen (Kylmä ja Juvakka 2007, 133), käytännössä tämä toteutui yhdistämällä eri lähteistä kerätty teoretieto, kuntoutujan kokemukset sekä ohjaajan havainnot, sekä analyysin avulla saadut päätelmät. Luotettavuutta voi heikentää se, että tekijä itse ohjasi menetelmään ja samalla havainnoi kuntoutujaa. Toisaalta ohjaajan käymä Ahaa! kognitiivisen harjoittelumenetelmän koulutus antoi hyvän pohjan myös havainnointiin, koska sen avulla osasi miettiä mitä olisi oleellista havainnoida. Luotettavuutta havainnoinnin kohdalta ja menetelmän ohjaamisen kannalta lisäsi, kun ohjaajalla oli mahdollisuus pilotoida menetelmän käyttöä ensin. Molempien kuntoutujien kanssa tapaamiset sekä heidän erilaiset luonteensa ja temperamenttinsa antoivat ohjaajalle laajempaa näkemystä menetelmän ohjaamiseen ja asioiden huomioimiseen sekä havainnointiin.

Aineistolähtöinen sisällön analyysi oli monivaiheinen prosessi, jossa tekijä kokeili erilaisia rakentamismalleja, päätyen lopulta konkreettiseen ja manuaaliseen tekemiseen. Manuaalinen vaihe toteutui leikaten ja yhdistäen ilmauksia tulostetuista paperista ryhmiä ja vasta sitten siirtäen ne taas takaisin tietokoneelle jatko käsittelyä varten. Aineistolähtöistä analyysia ja sen tuloksia vahvisti se, että molemmista aineistoanalyysistä nousi samoja asioita ilmi. Luokkien muodostaminen oli kuitenkin haastavaa ja ne muuttuivat moneen kertaan. Alkuperäiseen aineistoon piti palata usein ja pohtia, kuten Patton (2002, 465-466) ohjeistaa, nousiko myös analyysista ja luokista kuntoutujan tunnelmat, vahvuudet ja haasteet esiin sekä tehtävien osa-alueet. Vaarana tietysti oli, että vaikka aineistoja analysoi erillään, useita kertoja, niin ne alkavat tekijän alitajunnassa muodostua vain aina samalla tavoin. Tässä auttoi se, että analyysin pystyi jättämään välillä syrjään ja palaamaan siihen uudelleen.

Ihmisen kokemuksia tutkiessa on opinnäytetyöntekijän osattava eläytyä sekä päästä lähelle toisen ihmisen kokemuksia, mutta myös osattava etäännyttää itsensä niistä. Tämä taito tulee esiin raporttia lukiessa, sisältääkö se elävää tekstiä, joka tuottaa lukijalle havahtumista ja oivalluksia, samaistumista, mutta myös eroavaisuuksien löytämistä. (Patton 2002, 547-548.)

8 Johtopäätökset

Suomessa on ilmestynyt useita teoksia, joissa kuvataan psyykkistä sairastumista ja siitä kuntoutumista. Teosten tausta-ajatuksena on auttaa ihmisiä näkemään, millaista on kokea psyykinen sairaus ja miten kanssaihmiset voisivat auttaa tai tukea sairastunutta. (ks. Kärkkäinen 2009; Seppänen 2010; Korvenniemi 2013.) Kokemusasiantuntijat tekevät paljon tätä työtä käymällä kertomassa erilaisissa tilaisuuksissa omasta sairastumisestaan. Toola (2009, 11-12) korostaa miten tieto hälventää ennakkoluuloja ja tavoitteena olisi saada mielenterveyden sairaudet samalle viivalle somaattisten sairauksien kanssa.

Tämän opinnäytetyön ja tapaustutkimuksen avulla tuodaan yhden skitsofreniaan sairastuneen kuntoutujan kokemuksia esiin. Täytyy kuitenkin muistaa, että tapaustutkimus tuo vain yhden henkilön kuvauksen ja kokemuksen käsitellystä ilmiöstä. Jokaisella kuntoutujalla on aina omanlainen ja yksilöllinen elämänkulkunsa sekä tarina taustallaan. On tärkeää kuunnella kuntoutujaa ja antaa hänelle tietoa erilaisista menetelmistä ja saatavilla olevista kuntoutusmahdollisuuksista. (Lemström 2009, 46-48.) Neuropsykologisia tutkimuksia myös suositellaan, jotta kuntoutus voidaan kohdentaa oikein ja kuntoutujan vahvuudet löytyvät (Tuulio-Henrikssonin 2007, 52–53). Kuntoutusmenetelmissä, joissa kuntoutujan itsetunnon kohottaminen on ollut keskiössä, on nähty sen vaikututtavan suotuisasti psykososiaalisen toimintakyvyn paraneamiseen (Hietala & Tuulio-Henriksson 2011, 70). Tutkimuksien mukaan kognitiivisen kuntoutuksen ajoittamisesta sekä tehokkuudesta on saatu erilaisia tuloksia ja kuntoutusta on tarjottu sairauden varhaisessa vaiheessa vähemmän (ks. Revell ym. 2015, 218-219; Cella ym. 2017, 43, vrt. Wykes ym. 2011, 472).

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että Ahaa!-kognitiivisessa harjoittelumenetelmässä hyödynnetään paljon samoja elementtejä ja keskeisiä asioita kuin kognitiivisissa kuntoutusmenetelmissä, joiden on todettu tutkimuksien mukaan olevan tehokkaita. Kun tehtäviä tehdään vain ohjatusti, varmistetaan tekijän oma aktiivisuus ja ajattelun kehittyminen, jonka on todettu olevan tehokkain tapa siirtää harjoiteltuja asioita tekijän arkeen käytettäväksi (Nilivaara 2018). Analyysistä nousseiden tulosten perusteella ja koko prosessin johtopäätöksenä voidaan todeta, että Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä vaatii ohjaajalta kokonaisvaltaista osaamista ohjauksen sekä vuorovaikutuksen keinoista sekä itse menetelmän hallintaa.

Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän käyttö vaatii koulutuksen käymisen, mutta soveltuu monenlaisien kuntoutujien kanssa käytettäväksi. Menetelmää voi käyttää joko strukturoidusti valmista 10 kerran mallia hyödyntäen tai soveltaen esimerkiksi vain harjoitellen yhden osa-alueen tehtäviä. Tapaamisien määrää sekä kestoa voi myös soveltaa tarpeen mukaan. Tehtäviä löytyy paljon materiaalipankista eri osa-alueiden alta tai sitten voi vaan käydä joitain tehtäviä läpi ja arvioida niiden avulla esimerkiksi kuntoutujan kognitiivisia vahvuuksia ja haasteita. Menetelmää voi käyttää yksilöllisesti tai ryhmässä, joka paljon lisää käyttömahdollisuuksia. Tässä tutkimuksessa Ahaa!-kognitiivista harjoittelumenetelmään testattiin yksilötasolla, jolloin

menetelmän kaikki ryhmäelementit jäivät pois käsittelyn ja arvioinnin osalta. Loppupäätelmänä voidaan todeta kuntoutujan kokemuksen sekä ohjaajan havaintojen perusteella, että Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä osoittautui tässä tutkimuksessa käyttökelpoiseksi menetelmäksi käyttää skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa. Ahaa!-kognitiivinen harjoittelumenetelmä toi kuntoutujalle onnistumisen kokemuksia, haasteita sekä arjessa aktivoitumista. Kuntoutuja oli sitoutunut menetelmän käyttöön ja koki sen olevan monipuolinen sekä mielenkiintoinen.

Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi voisi olla:

- ✓ Tutkia Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän toimivuutta mielenterveyskuntoutujien ryhmässä
- ✓ Tutkia mielenterveyskuntoutujien ja esimerkiksi muistisairaiden Ahaa!-ryhmien eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä esimerkiksi tehtävien tekoprosessin aikana
- ✓ Vertailla tietokoneavusteisten kognitiivisten kuntoutusmenetelmien ja kynä-paperi menetelmien eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä

Lähteet

Ahonen, E. 2018. Päijät-Hämeen Muistiyhdistyksen "AIVOTREENIT–aivojen huoltamista kognitiivisen harjoittelun avulla" -hanke (2016-2018). Projektivastaava. Tapaa-minen 10.4.2018.

Aho-Mustonen, K. 2009a. Ryhmäpsykoedukaation vaikuttavuus skitsofrenian hoidossa. Joensuun yliopisto. Viitattu 20.4.2018. http://www.niiva.fi/toiminta/ajankoh-taista/Skitsofreniaverkoston_symposium/Kati%20Aho-Mustonen%20-%20Ryhm%C3%A4psykoedukaation%20vaikuttavuus_yhteenvedo.pdf

Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen Lääkärilehti 24/2016 vsk 71. Viitattu 13.3.2019. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230006/SLL242016_1759.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Toim. Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. Teoksessa: Kuntoutuminen. Duodecim. Helsinki.

Blomstedt, J. 1993. Kenen siirto? Esseitä ajattelusta. WSOY. Porvoo.

Buber, M. 1923/1999. Minä ja Sinä. Suomentanut Pietilä, J. 1995. 2. painos. WSOY. Porvoo-Helsinki- Juva. Alkuperäisteos Ich und Du.

Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T. & Wykes, T. 2017. Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. Clinical Psychology Review 52 (2017) 43–51. Viitattu 6.6.2018. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1016/j.cpr.2016.11.009>

Darmedru, C., Demily, C. & Franck, N. 2017. Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: a systematic review. Psychiatry Research 251, 266–274. Viitattu 6.6.2018. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1016/j.psychres.2016.12.062>

Eisenhardt, K.M. & Graebner, M.E. 2007. Theory building from cases: opportunities and challenges. Academy of Management Journal 2007, Vol. 50, No. 1, 25–32. Viitattu 30.1.2018. <https://aom.org/uploadedFiles/Publications/AMJ/Eisenhart.Graebner.2007.pdf>

Eriksson, P. & Koistinen, K. 2014. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskus tutkimuksia ja selvityksiä 11/2014. Viitattu 7.6.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153032/Tutkimuksia%20ja%20selvityksi%C3%A4_11_2014_%20Monenlainen%20tapaustutkimus_Eriksson_Koistinen.pdf

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino. 10. painos.

Feuerstein, R. & Falik, L.H. 2010. Learning to Think, Thinking to Learn: A Comparative Analysis of Three Approaches to Instruction. Journal of Cognitive Education and Psychology Vol 9 Issue 1. Viitattu 20.10.2018. <http://dx.doi.org/10.1891/1945-8959.9.1.4>

- Feuerstein, R., Klein, P., S. & Tannerbaum, A.J. 1999. Mediated Learning Experience (MLE). Theoretical, psychosocial and learning implications. London: Freud Publishing House Ltd. New ed.
- Grynszpan, O., Perbal, S., Pelissolo, A., Fossati, P., Jouvent, R., Dubal, S. & Perez-Diaz, F. 2011. Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychol Med* 41:163-73. Viitattu 5.5.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20380784>
- Grönfors, M. 2015. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Toim. Valli, R. & Aaltola, J. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. 4., uudistettu ja täydennetty painos.
- Halinen, I., Hotulainen, R., Kauppinen, E., Nilivaara, P., Raami, A. & Vainikainen M-P. 2016. Ajattelun taidot ja oppiminen. PS-Kustannus. Jyväskylä. 207-209.
- Hannalo, M. & Kalakoski, V. 2008. Tunteet, tulkinnat ja kognitiivinen suoriutuminen. *Psykologia* 43:6. Viitattu 21.4.2018. <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/se/p/0355-1067/43/6/tunteett.pdf>
- Hari, R. 2003. Sosiaalisen kognition hermostollinen perusta. *Duodecim* 119:1465. Viitattu 3.5.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93720.pdf>
- Hietala, J. & Tuulio-Henriksson, A. 2011. Skitsofrenia. Neuropsykiatrinen näkökulma psykiatriin sairauksiin ja oireyhtymiin. Toim. Juva, Hublin, Kalska, Korkeila, Sainio, Tani & Vataja. Teoksessa: Kliininen neuropsykiatria. *Duodecim*.
- HTK- ohje. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 20.1.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Huttunen, M. 2018. Skitsofrenia. Lääkärikirja *Duodecim*. Viitattu 13.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Huotilainen, M. & Peltonen, L. 2017. Tunne aivosi. Otava. Helsinki.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert C. & Seuri T. 2017. Mielenterveys-hoitotyö. 5., uudistettu painos. Sanoma Pro oy. Helsinki. 157-158.
- Hänninen, V. 2004. Miten masennus muuttaa ihmistä? Toim. Hänninen, V & Ylijoki, O-H. Teoksessa: Muuttuuko ihminen? Tampere University Press. 275-306. Viitattu 2.2.2019. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/94627>
- Hyväri, S. 2001. Vallattomuudesta vastuuseen: Kokemuksen politiikan sankaritarnoita. Väitöskirja. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3. Tietosanoma oy. Helsinki.
- Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito: urauurtava lähestyminen liike-elämän viestintään. Suomentanut Tillman, M. Kauppakamari. Helsinki. Alkuperäisteos: Dialogue and the art on thinking together: a pioneering approach to communicating in business and in life. Currency, cop 1999. New York.

- Juola, P. 2015. Outcomes and their predictors in schizophrenia in the Northern Finland Birth Cohort 1966. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 3.5.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526207728.pdf>
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Viitattu 5.6.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5. uudistettu painos. WSOYpro. Helsinki.
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J. & Miettunen, J. 2013. A systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2013 Nov; 39(6): 1296–1306. Viitattu 3.5.2018 <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuu-teen. Helsinki: Tekijät ja kustannus Oy Kotimaa/Kirjapaja.
- Keinoja mielenterveyden edistämiseen. 2017. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivusto mielenterveyden edistäminen. Viitattu 8.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen>
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Keski-Luopa, L. 2011. Työnohjaus vai superviisaus: työnohjausprosessin filosofisten ja kehityspsykologisten perusteiden tarkastelua. Metanoia instituutti. 4. painos. Bookwell. Jyväskylä.
- Klapow, J., C., Evans, J., Patterson, T., L., Heaton, R., K., Koch, W., L. & Jeste, D., V. 1997. Direct assessment of functional status in older patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 1997 Jul;154(7):1022-4. Viitattu 2.6.2018. <https://doi.org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1176/ajp.154.7.1022>
- Kleim, A.J. & Jones, A.T. 2008. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. Journal of Speech, Language, and Hearing Research .Vol. 51. S225–S239. February 2008. Viitattu 20.10.2018. <https://www.jsmf.org/meetings/2008/may/Kleim%20&%20Jones%202008.pdf>
- Koivisto, K., Kukkola, J., Latomaa, T. & Sandelin, P. Toim. 2014. Kokemuksen tutkimus IV Annan kokemukselle mahdollisuuden. Rovaniemi. Hansaprint oy.
- Koponen, H. 2008. Psykoosit ja kognitiivinen prosessointi. Toim. Juntunen, J. Teoksessa: Aivot ja ajattelu: Kliininen kognitiivinen neurotiede. Recallmed Oy. Klaukkala.
- Korhonen, T. 2008 Oppimisen neurobiologia. Toim. Juntunen, J. Teoksessa: Aivot ja ajattelu:Kliininen kognitiivinen neurotiede. Recallmed Oy. Klaukkala.
- Korvenniemi, A. 2013. (toim.) Toisen maailman kartalla: kirjoituksia psykoosista. Ntamo. Helsinki.
- Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille : mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kärkkäinen, A. 2009. (toim.) Teoksessa: En valinnut tätä sairautta. Kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry. Tampere.
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä – ehkäisevän mielen-terveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 47/2012. Tampere 2012. Viitattu 9.2.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-%20686-1.pdf?sequence=1
- Lahikainen, S. 2000. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Toim. Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. Teoksessa: Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Porvoo. PS-kustannus.
- Lauronen, E. 2007. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia. The Northern Finland 1966 Birth Cohort study. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. D 910. Oulun yliopisto. Viitattu 6.6.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514283390.pdf>
- Lautamo, T. 2017. Luotettavuutta arjen havainnointiin - tutkimuksesta käytännön-työn välineeksi. Toimintaterapeutti. 2:4-7. Viitattu 7.5.2018.
- Latomaa, T. 2008. Ymmärtävä psykologia: Psykologia rekonstruktioisena tieteenä. Toim. Perttula, J. & Latomaa, T. Teoksessa Kokemuksen tutkimus: merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Lemström, U. 2009. Mielen järkkäminen- kohtaamisen kysymyksiä eri hoitoympäristöissä. Toim. Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. Teoksessa: Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki. Tammi.
- Lähteenlahti, Y. 2001. Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Toim. Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. Teoksessa: Kuntoutus. Duodecim. Helsinki.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M. & Marttunen, M. 2011. Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179. Viitattu 20.8.2018. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/vk/mattila/mitenohj.pdf>
- Mattila, E. 2009. Yleiset ohjausnäkökulmat. Toim. Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. Teoksessa: Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki. Tammi.
- Marek, M.G. 2016. Implementing the Use of a Brief Cognitive Assessment on Individuals Diagnosed With Schizophrenia in an Acute Psychiatric Facility. Arch Psychiatr Nurs. Apr;30(2):210-8. Viitattu 6.5.2018. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi/2443/10.1016/j.apnu.2015.08.016>

- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., McHugo, G.J. & Mueser, K.T. 2007. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164:1791-802. Viitattu 5.5.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056233>
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Mielenterveyden edistäminen. 2014. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivusto mielenterveyden edistäminen. Viitattu 8.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Viitattu 9.2.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>.
- Mielenterveystalo. Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta – opas. HUS & Terveystalo.fi. Viitattu 13.3.2019. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx
- Muzio, E., Oksanen, J., Luoma L., Kimmelma-Paajanen, T. & Ruuhonen, M. 2010. Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofrenia -potilaiden kuntoutukseen. *Suomen lääkärilehti* 10/2010. 909-914. Viitattu 3.3.2018. <https://www.hogrefe.fi/pdf/SLL-10-909-14.pdf>
- Morin, L. & Franck, N. 2017. Rehabilitation Interventions to Promote recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 8: 100, 1-12 RAISE Questions and Answers 2017. Viitattu 12.3.2018. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00100>
- Mäkitalo, M. 2004. Ohjaustyön jäsentäminen ja avainosaamisen käsitteet. Toim. Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. Teoksessa: Ohjaus ammattina ja tieteenalana 3. Ohjaustyön välineet. PS-kustannus. Juva.
- Müller, K. 2008. Aivokutinaa. 4. uudistettu painos. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy
- Nilivaara, P. 2018. Ahaa! Aivotreeniä yhdessä, kognitiivinen harjoittelu -koulutus 11.–12.4. ja 22.–23.5.2018. + Koulutus materiaali. Kouluttaja ja menetelmän kehittäjä. Lahti.
- Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 7.4.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67746/978-951-44-7024-0.pdf?sequence=1>
- Nordling, E. 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2018;134(15): 1476-83. Viitattu 20.1.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/15/duo14435>
- Ojala, T & Uutela, A. 1993. Rakentava vuorovaikutus. Helsinki. WSOY.
- Opinnäytetyöprosessin eettiset suositukset. 2018. Arene. Viitattu 13.3.2019. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6prosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilistat%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>

Paavilainen, P. 2016. Toimivat aivot: kognitiivisen neurotieteen perusteita. Personata Grata. Edita. Helsinki.

Patterson, T., L., Klapow, J., C., Eastham, J., H., Heaton, R., K., Evans, J., D., Koch, W., L. & Jeste, D., V. 1998. Correlates of functional status in older patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1998 Jul 27; 80(1): 41-52. Viitattu 2.6.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.uef.fi:2443/pubmed/9727962>

Patterson, T., L., Moscona, S., McKibbin, C., L., Davidson, K. & Jeste, D., V. 2001. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2001 Mar 30; 48(2-3): 351-60. Viitattu 2.6.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.uef.fi:2443/pubmed/11295387>

Patton, M. 2002. *Qualitative research & Evaluation methods*. 3. ed. Thousand oaks. Sage publications. London.

Pitkänen, T., Levola, J., Tourunen, J., Kaskela, T. & Holopainen, A. 2016. Aivotoiminnan häiriöiden yhteydessä yleisesti koetut psykososiaaliset vaikeudet. PARADISE24-kyselyn tutkimusperusta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. 143. Kela, Helsinki. Viitattu 16.4.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/167298/Tutkimuksia143.pdf?sequence=10>

Peltoniemi, M. 2017. Aivan kuin minua ei olisi: Autoetnografia emotionaalisesta traumasta ja toipumisesta. Sosiaalialan koulutusohjelma, Pääteet ja syrjäytyminen, ylempi AMK. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.11.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017112418037>

Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. *Suomen lääkirilehti* 13/2015 vsk 70. 875 – 880. Viitattu 3.5.2018. <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/skitsofrenian-ennustetta-voidaan-parantaa/>

Penttilä, M., Huhtaniska, S., Jääskeläinen, E. & Granö, N. 2017. Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 133(22):2117-23. Viitattu 22.4.2018. <http://duodecimlehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/lehti/2017/22/duo14025>

Pohjola, A. 1994. Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänkulku toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. *Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis* 5. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Positiivinen mielenterveys. 2018. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivusto mielenterveyden edistäminen. Viitattu 8.3.2019: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto. Kehitys oy. Pori.

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Unigrafia. Helsinki. Viitattu 3.3.2018. https://kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi_Rissanen.pdf

- Reini, K. 2016. Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston julkaisu ja selvityksiä ja raportteja 208. Viitattu 11.2.2018. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-678-4.pdf
- Revell, R., E., Neill, C., J., Harte, M., Khan, Z. & Drake, J., R. 2015. A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophrenia Research* 168 (2015) 213–222. Viitattu 6.6.2018. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1016/j.schres.2015.08.017>
- Rosenvall, A. & Hänninen, T. 2016. Muistipotilaan arviointi ja arvioinnin työkalut. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. nix02416. Viitattu 6.5.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02416#R22>
- Saarela- Kinnunen, M. & Eskola, J. 2015. Tapaus ja tutkimus=tapaustutkimus? Toim. Valli, R. & Aaltola, J. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. 4., uudistettu ja täydennetty painos.
- Sajaniemi, N. 2016. Vahnat aivot, uudet oppimisympäristöt – digitalisaatio evoluution haastajana. Toim. Ahtola, A. Teoksessa: Psykkinen hyvinvointi ja oppiminen. PS-kustannus. Juva.
- Salminen, J. 2002. Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Stakes: Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salo, M. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22/2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.3.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79975/eb7d170a-fe4a-4ab2-b096-21afc93a3f63.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Seppänen, E. 2010. Huppumies, skitsofreenikon tarina. Jyväskylä. Kopijyvä.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 6.4.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#K1>
- Stake, R. E. 2005. Qualitative Case Studies. Toim. Denzin N. K. & Lincoln Y.S. Teoksessa: The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Taipale, V. & Lavikainen, J. 2006. Euroopan unionin jäsenmaiden mielenterveysstrategia. Duodecim. 122(24):2933-4. Viitattu 21.4.2018. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2006/24/duo96138>
- Tilastokeskus. 2018. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Eläketurvakeskus. Viitattu 10.12.2018. <https://findikaattori.fi/fi/76>

- Tuulio-Henriksson, A. 2007. Neuropsykologian rooli skitsofrenian tutkimuksessa ja hoidossa: hyötyä ja haastetta. Toim. Lindeman M., Hokkanen L. & Punamäki R-L. Teoksessa: Hermoverkot, mielenterveys ja psykoterapia. Psykologien Kustannus Oy. Helsinki.
- Tuulio- Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Duodecim. 130(3):233-40. Viitattu 21.4.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/3/duo11478>
- Tuulio-Henriksson, A., Ilonen, T., Pirkola, T. & Lönnqvist, J. 2000. Neuropsykologia skitsofrenian tutkimuksessa ja hoidossa. Duodecim 116, 1453-8. Viitattu 20.4.2018. <http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/lehti/2000/14/duo91635>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Tammi.
- Tuominen, L. & Salokangas, R., K., R. 2017. Skitsofrenia. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 133(2):173-6. Viitattu 2.3.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/2/duo13511>
- Toola, P. 2009. Kuntoutumiseeni ovat vaikuttaneet monet asiat. Toim. Kärkkäinen, A. Teoksessa: En valinnut tätä sairautta. Kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry. Tampere.
- Torniainen, M. 2013. Cognitive Impairment in Schizophrenia: Related Risk Factors and Clinical Characteristics. Väitöskirja. Viitattu 9.4.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104492/URN_ISBN_978-952-245-900-8.pdf?sequence=1
- Velligan, D.I., Diamond, P.M., Maples, N.J., Mintz, J., Li, X., Glahn, D.C. & Miller A.L. 2008. Comparing the efficacy of interventions that use environmental supports to improve outcomes in patients with schizophrenia. Schizophr Res 102:312-9. Viitattu 5.5.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18374542>
- Viertiö, S., Mehtälä, T. & Sailas, E. 2016. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2016;132:632–8. Viitattu 6.4.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13063>
- Vilka, H., Saarela, M. & Eskola, J. 2018. Riittääkö yksi? Tapaustutkimus kuvaajana ja selittäjänä. Toim. Valli, R. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Virta, T. 1996. Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen parantamisesta- Feuersteinin ohjattu oppimiskokemus. Tiedonpuu- lehti 2/1996. (kopio artikkelista, saatu Päivi Nilivaaralta)
- Välimäki, M. & Holopainen, A. 2000. Tutkimus ja psykiatrinen hoitotyö. Toim. Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Teoksessa: Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY. Juva.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Falxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L. &

- Vos, T. 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 382 (9904), 1575, 1583. Viitattu 8.5.2018. [https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wu, C., Dagg, P. & Molgat C. 2017. Measuring stability of cognitive impairment in in-patients with schizophrenia with alternate forms of the Montreal Cognitive Assessment during acute hospitalization. *Psychiatry research*. Dec;258:299-304. Viitattu 6.5.2018. <https://doi-org.ezproxy.uef.fi:2443/10.1016/j.psychres.2017.08.065>
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R. & Czobor, P. 2011. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 168:472-85. Viitattu 5.5.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406461>
- Yang, Z., Abdul Rashid, N.A., Quek, Y.F., Lam, M., See, Y. M., Maniam, Y., Dauwels, J., Tan, B.L. & Lee, J. 2017. Montreal Cognitive Assessment as a screening instrument for cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophr Res*. Mar 14. pii: S0920-9964(18)30156-7. Viitattu 6.5.2018. <https://doi-org.ezproxy.jamk.fi:2443/10.1016/j.schres.2018.03.008>
- Yin, R. K. 2009. *Case study research: design and methods*. 4th ed. Los Angeles, California: SAGE Publications.

Liite 1. Opinnäytetyön tiedote 18.6.2018

Opiskelen Jyväskylässä Monialaista kuntoutusta, joka on ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto (YAMK) ja siihen kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Ahaa- kognitiivinen harjoitteluohjelma sisältää 10 tapaamiskertaa ja jokaisella tapaamiskerralla teemme kynä-paperitehtäviä. Tehtävät on jaettu viiden teeman alla, jotka ovat keskittymisen, muisti, hahmottaminen, päättely ja kieli. Kunkin teeman tehtäviä teemme kahdella tapaamisella.

Tehtäviä on eri tasoisia, valikoimme aina niistä sopivimman tasoisia, joissa on hieman haastetta. Ohjaaja auttaa kaikessa tekemisessä, jos on tarve. Nopeus ja oikeat vastaukset eivät ole tässä pääasia vaan se, miten tehtäviä ratkaistaan ja minkälaisia ajattelu keinoja käytetään. Pohdimme samalla myös, miten nämä ajattelu keinot auttavat arkisissa tilanteissa.

Tapaamme joko 1x tai 2x viikossa, miten vain haluat. Tarkoituksena on, että joka tapaamiskerran päätteeksi sinä joko kirjoitat tai sanelet ja minä kirjoitan palautteen, jossa kerrot miltä tehtävät tuntuivat, mikä oli hyvää, mikä huonoa. Minä ohjaajana havainnoin joka kerralla tehtävien toimivuutta ja menetelmän sopivuutta. Kirjaan havaintoni ylös, mutta kaikki aineisto kerätään nimettömänä ilman tunnistetietoja. Samoin sinun kirjoittamat palautteet tehdään nimettömänä, ainoastaan niissä näkyvät päivämäärät, milloin olemme tavanneet. Kirjaan palautteet tietokoneelle, mutta sinnekin tulee vain näkyviin päivämäärät ja tallennus nimeksi vain opinnäytetyö aineisto. Paperiset lomakkeet hävitän polttamalla kotini leivinuunissa heti kun olen siirtänyt tiedot koneelle. Ja opinnäytetyön valmistuttua, hävitän myös koneelta aineisto tiedoston.

Sinulla on aina mahdollisuus keskeyttää ja perua osallistuminen opinnäytetyöhön, jos siltä tuntuu, ilman perusteluja.

Tämän kirjallisen tiedotteen lisäksi kerron suullisesti kaikki samat asiat sekä vastaan kysymyksiin. Erikseen allekirjoitetaan vielä suostumuslomake, josta jää molemmille omat kappaleet.

Jatta Lappi

Monialainen kuntoutus yamk- opiskelija

(puh).

(sähköposti)

Liite 2. Suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen

”Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia Ahaa!-kognitiivisesta harjoittelumenetelmästä.”

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän hyödynnettävyydestä mielenterveyskuntoutujilla. Olen ymmärtänyt ja saanut kirjallisesti sekä suullisesti tietoa riittävästi tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä (havainnointi ja tutkittavan antama palaute), käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi Jatta Lappi __ / __ / 2018.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, opinnäytetyön tarkoituksesta ja sen toteutuksesta ja hyödyistä sekä riskeistä. Minua ei ole painostettu osallistumaan.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Kerätyt aineistot ovat nimettömiä ja ne hävitetään, paperiset polttamalla aineiston tietokoneelle siirron jälkeen ja tietokoneelta tiedostot tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyötyöhön ei tule mitään tunnistetietoja.

Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän osallistumiseni, minun jo antamaani palautetta keskeyttämiseen mennessä voidaan käyttää osana opinnäytetyönaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni vapaaehtoisesti tähän opinnäytetyöhön.

_____.2018

Osallistujan nimi	Päivämäärä	Allekirjoitus
-------------------	------------	---------------

Jatta Lappi _____ .2018

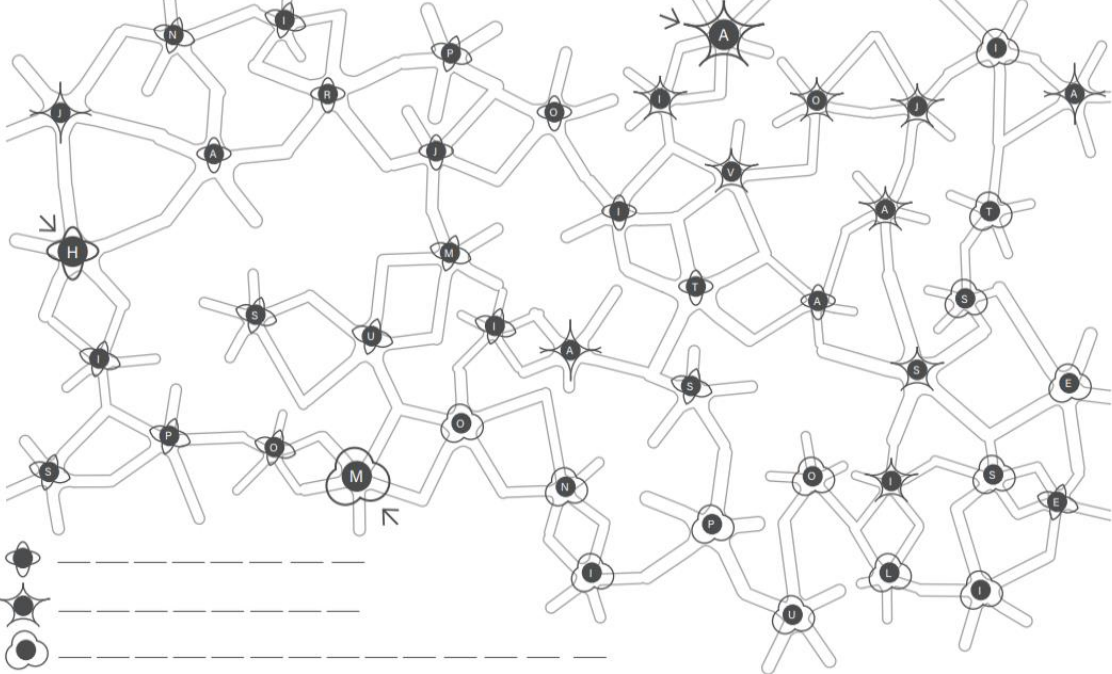
Opinnäytetyöntekijän nimi	Päivämäärä	Allekirjoitus
---------------------------	------------	---------------

Alkuperäinen allekirjoitettu suostumuslomake sijoitetaan opinnäytetyöntekijän kotiin, lukolliseen arkistolokeroon. Kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan osallistujalle.

Liite 3. Esimerkkejä Ahaa!-kognitiivisen harjoittelumenetelmän tehtävistä

Nämä Ahaa!-maistiaiset ovat vapaasti ladattavissa käyttöön aihe alustuksineen ja tehtävä ohjeineen <https://www.ahaa-aiivotreenit.fi/ahaa-maistiaiset>

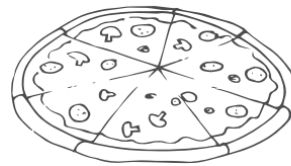
HERMOVERKKO. Etsi samanlaiset hermosolut ja poimi niiden kirjaimet riveille. Huomaa lähtöpaikka (→). Mitä hermoverkko sinulle viestittää?



ahaa!

KESKITTYMINEN 3

HIIVA
VEHNÄJAUHO
ÖLJY
KINKKU
ANANAS
SALAMI
LEIVINPAPERI
UUNI
PATAKINNAS

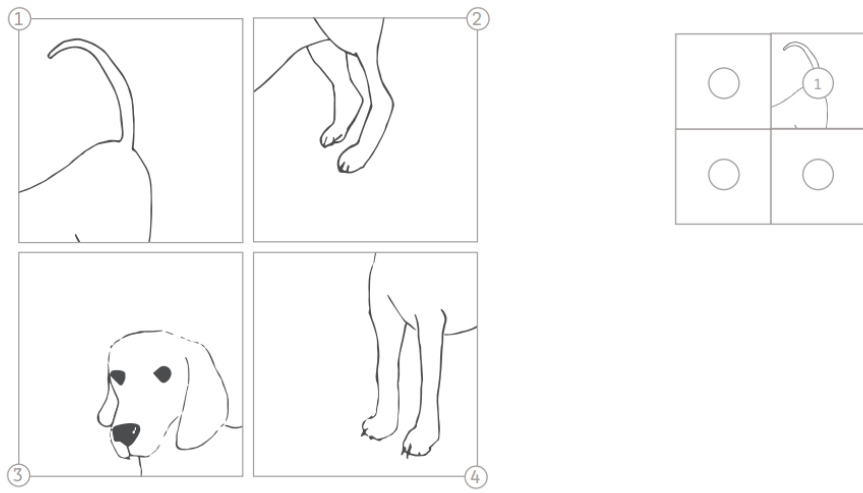


ahaa!

MUISTI

5

PALAKUVAT. Järjestä palat niin, että niistä muodostuu järjevä kuva. Merkitse osien numerot oikeille paikoilleen ruudukkoon tyhjiin ympyröihin.



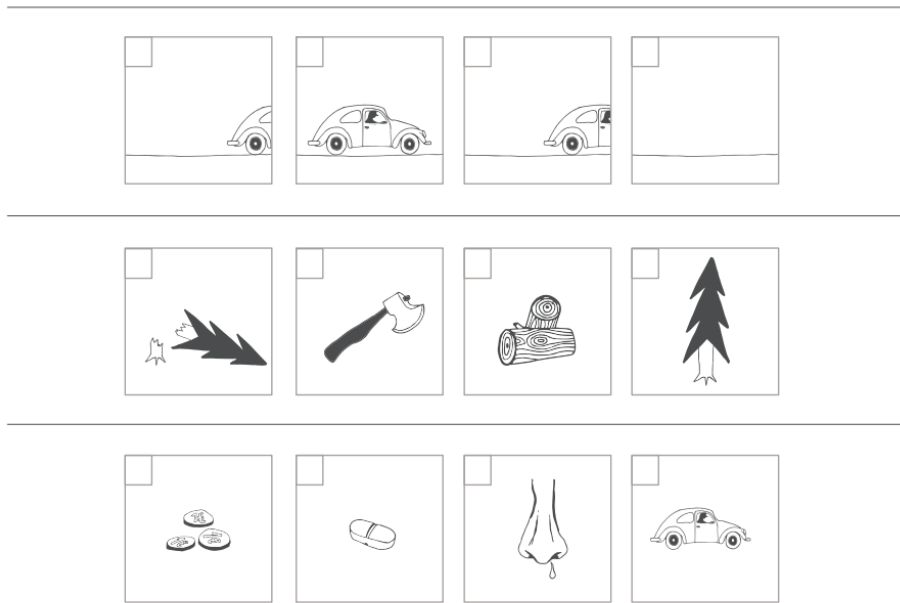
© Pöytä-Hämeen Muutijohdus Oy. Alueoikeudet. Hanki Versio 1.0. 9/2017

ahaa!

HAHMOTTAMINEN

3

RIVIIN JÄRJESTY! Päättele, mihin järjestykseen kuvat tulevat. Merkitse kuvien järjestykseen numeroilla 1-4.



© Pöytä-Hämeen Muutijohdus Oy. Alueoikeudet. Hanki Versio 1.0. 9/2017

ahaa!

PÄÄTTELY

3

YLIÄÄRÄISET SANAT. Mitkä ylimääräiset sanat tarinoihin on piilotettu? Lue, ylliviivaa ylimääräiset ja lue tarina vielä uudelleen.

VALOA PIRTTIIN

Hölmöläisten talo oli liian Ahaa! pimeä. Koska kukaan ei halunnut olla sininen pimeässä, piti pirttiin saada valoa. Mutta koska miten? Sitä mietittiin ja pohdittiin jakkara niin, että ohimoi-ta jyskytti. Lopulta joku keksi, että maailmahan on pyörä valoa täynnä ja heillä on säkkejä, joilla sitä kuljettaa. Jospa he jakaantuisivat karhu kahteen ryhmään, miehet ja naiset omiinsa. Miehet kaapaisivat valoa koloon omiin säkkeihinsä ja veisivät sitä mökkiin. Naiset toisivat sokeri säkeil-länsä pimeyttä ulos. Niin talo saataisiin oranssi valoisaksi.

Idea koettiin hyväksi ja raskas se päätettiin to-teuttaa: naiset hakemaan pimeyttä pois ja miehet viemään valoa tilalle. Säkit täyteen valoa, joka veikkonen oli yllättävän kevyttä, ja sisälle. Talon ovella kävi vilkse helinä, kun toiset toivat ja toi-set veivät.

Matti kävi joskus katselemassa Hölmölän auton kyl-län tapahtumia ja sattui paikalle, kun valoa kulje-tettiin. Yksi kylän väestä kertoi kateelliselle Ma-tille, mitä siinä oltiin tekemässä. Matti aprikoi ja teki ehdotuksen eduskuntaan asiaan. Sipistyyään ja supistuaan aikansa hölmöläiset huoli tulivat sii-hen tulokseen, että koska heidän tapansa ei ollut tuonut valoa pirttiin kovasta yrityksestä huoli-matta, Mattin ehdotusta voitaisiin kuunnella.

Matti otti kirveen kiveen, saapasteli talolle ja hak-kasi seinään pienen reiän, ikkunan. Hölmöläiset menivät sisälle musta taloon ja ihme, sinne todel-lakin tulvi valoa ikkunasta. Niin yksinkertainen, mutta kaunis hyvä idea! Matti keittiö lähti kylästä hölmöläisten tyytyväisyydestä huvittuneena.

Matin mentyä ikkunaa päätettiin laajentaa seinä-mä. Saataisiin lisää porsaita valoa. Ikkuna hakat-tiin suuremmaksi ja vielä suuremmaksi peili niin, että lopulta koko seinä oli poissa. Mökki oli jo iha-nan valoisa, mutta hevonen valoa haluttiin vielä lisää. Yksissä tuumin päätön tehtiin ikkunoita li-sää niin, että toinenkin seinä hävisi.

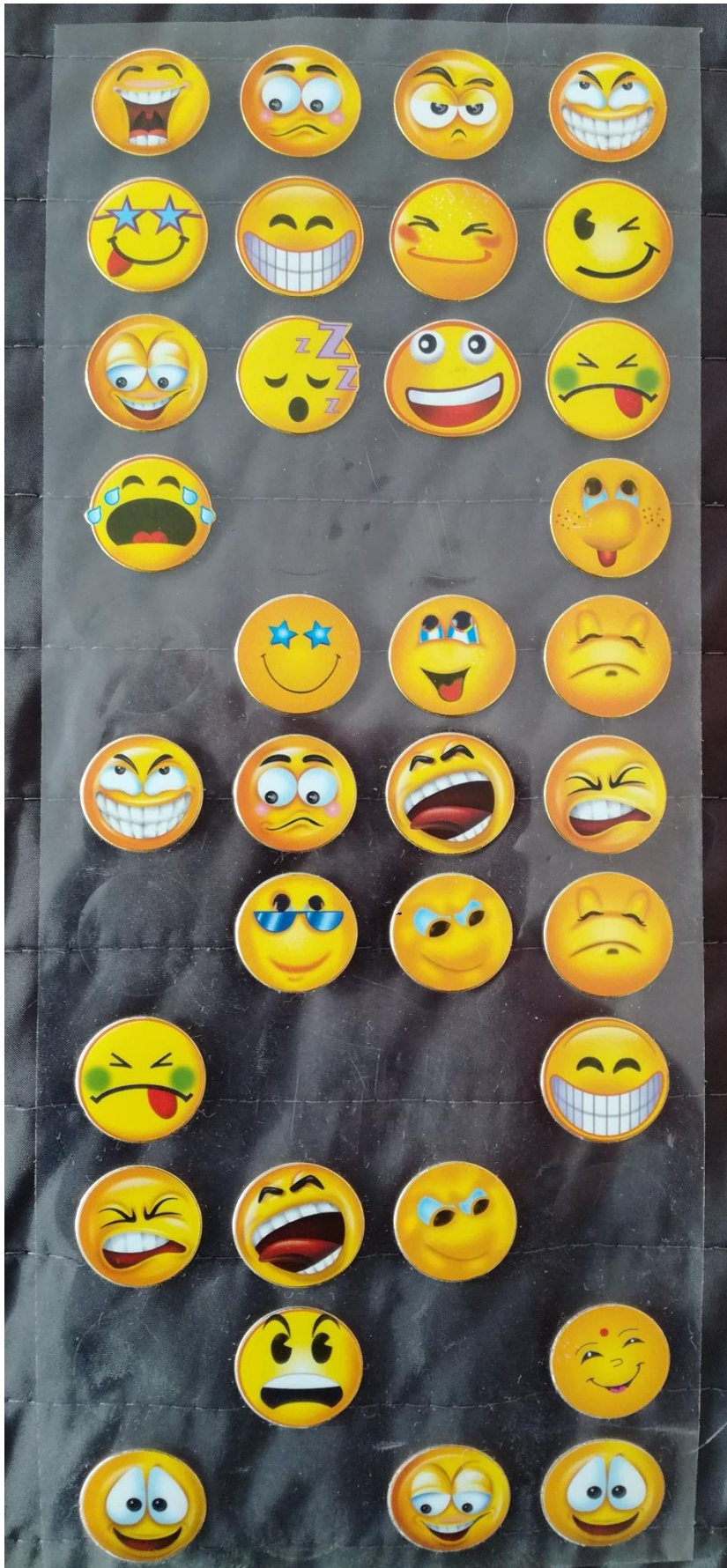
Vielä kamera olisi haluttu lisää valoa, mutta kun kolmatta seinää alettiin hakata, koko talo lyses-ti kasaan. Hölmöläiset oho olivat hieman suruis-saan, kun taloa ei enää ollut. Ei se oikeastaan hai-tannut vaaria, sillä valoa ainakin oli riittämiin.

Suomalainen kansantarina

Lähde: <http://www.vilvi.fi/hoimolaiset/hoimolaiset.htm>

Liite 4. Kuntoutujan palaute emojitarrat

Tästä kuntoutuja valinnut palaute tarrat.



Liite 5. Ohjaajan havaintoanalyysi 3. tapaamisesta

Aiheena muisti.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ/YHDISTÄVÄ LUOKKA
hyvä orientaatio ajatukset hyviä	kuntoutujan taitoja	tehtävät ja osa-alueet	Liittyvät kuntoutujan toimintaan muisti- osiota tehdessä
onnistuessaan yllättyi	onnistumisen kokemuksia		
pään pökkeröisyys	fysisiä oireita	vuorovaikutus	Liittyvät menetelmän ohjaukseen ja vuorovaikutukseen sekä havaintoihin minkäläistä ohjausta kuntoutuja tarvitsee
tehnyt kotitehtäviä tehnyt synttärkortin	aktivoitumista		
epävarmuutta osaamisesta	itsetunnon vahvistaminen	Ohjaus	
ajatusten esiin tuominen hidasta vaipuu ajoittaan kontaktista	kuntoutujan haasteita		
tarvitsi apua muistiteknikan kanssa	tuen/ keinojen löytäminen		
liian pitkä alustus	tilanteen lukutaito ohjauksessa		

Kuntoutujan palaute analyysi 3. tapaamisesta, aiheena muisti

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ/YHDISTÄVÄLUOKKA
"Harjoitukset oli ne ihan hyödyllisiä, silleen, oli niistä apua ehkä mielenpainamis jutuissa."	harjoitukset hyödyllisiä muistia harjoittelussa	harjoitukset treenasi muistia	tehtävät ja osa-alueet	Liittyvät kuntoutujan kokemukseen menetelmän tehtävistä ja osa-alueista
"Pää tuntui vähän pökkeröiseltä, se ehkä vähän hankaloitti vireystilaa, tehtävillä oli vähän apua vireystilaan."	vireystila parani, vaikka pään pökkeröisyys vaikutti	vireystila parani tehtäviä tehdessä		
"..ihan mielenkiintoisia tehtäviä oli, tykkäsin vaikei hirveän hyvin mennykkään."	tehtävät mielenkiintoisia	mielenkiintoisia tehtävät		
"Ohjaaja osasi ohjata harjoitukset hyvin ja kärsivällisesti, ymmärsin hyvin tapaamiskerran aiheen ja tehtävät."	ohjaus hyvää, ymmärrettävää ja kärsivällistä	ohjaus toimi	ohjaus	Liittyvät kuntoutujan kokemukseen menetelmän ohjauksesta ja vuorovaikutuksesta
"Onnistumisen kokemuksia tuli jonkin verran."	onnistumisen kokemuksia	itsetunnon vahvistuminen	vuorovaikutus	
"Harmitti että ettei kovin hyvin se muisti toiminut,.."	muistin toimimattomuus harmitti	harmitus, muistin toimimattomuudesta		

Liite 6. Ohjauksen analyysi yhteenveto

"Oma maltti. " "tuli jo tunne haluaako aikaa enää ollenkaan"	ohjaajan epävarmuus	ohjaajan haasteita ja iloja	ohjaus
"edelleen kiirehdin vastaamaan, vaihtoehtoja tarjoamaan liian nopeasti" "Varottava myös selittämästä liikaa, että tulee myös se oma ajatus ja tehtävien luku, oivallus."	tilan antaminen tapaamisessa		
Tuntui kivalta ohjata kun oli innokas "oppilas".	ohjaajan ilot		
"Kiiteltä paljon osallistumisesta /sanottu sitä arvokkaaksi kun ollut mukana" "Vaikeimmissa tehtävissä arpoo, päätöksen tekoon tarvitsee rohkaisua " "Tulee vaikutelma että tarvitsee erityisen paljon rohkaisua ja tykkää kehuista, kiltti ja ystävällinen ihminen. "	ohjatessa rohkaisua, positiivista palautetta, arvostamista, normalisoitua (helposti kunt. tavoittelee täydellisyyttä)	minkäläistä ohjausta ohjaajan kyvyt ja tilanteenlukutaito	
"Vapaa tila ja keskustelu siltaamis ajoissa vaikeaksi hiukan pois kontaktista" "Hyvin konkreettista, ja ei liaksi siltaamista, selittelyä aluksi, vaan tehtävien kautta"	konkreettista ohjaamista, selkeää tehtävän antoa		
"Sopivuus oli ihan helppo löytää." "ei menty vaikeisiin koska selvästi vaikea muistaa." "En peittänyt sivu vaihtoehtoja, koska minusta tuntui että se olisi ollut liian vaikea muuten. " "Riitti jo miettiä, perustella vaihtoehtoja ja sulkea pois"	sopivasti haastetta tehtävissä		
"Jaksaa tehdä tehtäviä hyvin, ei ahdistu ja kun saa selkeät ohjeet" "Itsekin oli yllättynyt miten sujui hyvin" "kuulemma aika mennyt nopeasti ja helposti"	selkeillä ohjeilla tehtävät sujuu		
"Alussa haasteita selvästi päästä kiinni tehtävästä ja tarvitsi paljon apua havainnointiin." "Tarvitsee hiukan vinkkejä, mutta yrittää hyvin itse ja miettii hyvin logiigoita sekä havaitsee itse strategioita kun näyttää niitä. " "Ei oikein muistanut, mutta vihjeillä muisti" "Autettu kuvan kanssa ja kokeiltu tarinan kerrontaa muistitekniikkana, joka onnistui."	tarvitsi hiukan apua/vinkkejä	ohjauksen keinot	
"Hiukan hidas tekijä, pitää hetkittäin hoptuttaa jossa vaara ettei hoputa liikaa. " "Tehty kolme paperia tehtäviä joka mielestäni aika hyvä, huomioon ottaen kokonaisuuden" "Alkoi mennä tekeminen jo ihan takkuavaksi"	sopivasti tehtäviä		
"Osataan pitää pieniä taukoja, hartia jumppaa välissä." " Juteltu aluksi siitä asiasta kun selvästi tarve puhua siitä."	tapaamisen sisällön soveltamista tilanteen mukaan		
"Kertoi kuvan asiat minulle, sovellettu koska tarkoitus harjoitella, ei testata!" "Nyt kun tutumpi niin alkaa soveltaa käyttöä."	menetelmän käytön soveltamista		

Liite 7. Esimerkkejä Pisteestä pisteeseen-tehtävistä

