

AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin tukeminen toimintaterapeuttisessa vertaistukiryhmässä
Integroiva kirjallisuuskatsaus

Annukka Pautola

Opinnäytetyö
Joulukuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Toimintaterapeutti (AMK)

Tekijä Pautola, Annukka	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä joulukuu 2020
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin tukeminen toimintaterapeuttisessa vertaistukiryhmässä- Integroiva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapian tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kantanen Mari & Juntunen Kristiina		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Aivoverenkiertohäiriö on yleinen kansantauti ja maassamme elää arviolta vähintään 100 000 aivoverenkiertohäiriön sairastanutta. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntouttaminen keskittyy pitkälti toiminnallisen kapasiteetin palauttamiseen, jolloin osallisuuden tukemiseen liittyvien elementtien kuntouttaminen jää taka-alalle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden henkilöiden vertaistuellisen ryhmän merkitystä kuntoutujalle itselleen sekä sitä, millaisia terapeuttisia strategioita toimintaterapeutit voivat hyödyntää AVH-kuntoutujien vertaistuellista ryhmää ohjattaessaan. Tavoitteena oli selvittää, miten AVH-kuntoutujan kuntoutumista on tuettu erityisesti toiminnallisen identiteetin uusiksi rakentumisen osalta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Artikkelihaku suoritettiin PubMed, - CINAHL- ja Taylor & Francis Online-tietokantoja hyödyntäen. Aineiston analyysivaiheeseen valikoitui yhteensä neljä tutkimusartikkelia, joiden julkaisuvuodet ovat 2012–2020. Aineiston sisällönanalyysi toteutettiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla perustuen teoreettisessa viitekehyksessä esiteltyyn aivohalvauksen jälkeiseen toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista käsittelevään tutkimusartikkeliin sekä Inhimillisen toiminnan mallin terapeuttisiin strategioihin.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan sanoa vertaistukiryhmien ehkäisevän AVH-kuntoutujan sosiaalista eristäytymistä ympäröivästä yhteisöstä. Ne lisäävät kuntoutujan sosiaalista sitoutumista sekä kehittävät itseluottamusta ja kognitiivista joustavuutta. Näin ollen vertaistukiryhmään osallistuminen tukee AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) aivoverenvuotohäiriö, toimintaterapia, toiminnallinen identiteetti, vertaistuki, Inhimillisen toiminnan malli (MOHO), terapeuttiset strategiat		
Muut tiedot		

Author(s) Pautola, Annukka	Type of publication Bachelor's thesis	Date December 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 52	Permission for web publication: x
Title of publication Supporting the occupational identity of a stroke rehabilitator in an occupational therapy peer support group - An integrative literature review		
Degree programme Degree programme in Occupational Therapy		
Supervisor(s) Kantanen, Mari & Juntunen, Kristiina		
Assigned by		
<p>Stroke is a common national public health problem and at least 100 000 people with stroke live in our country. Rehabilitating a patient with stroke focuses largely on restoring functional capacity and elements related to participation are often left in the background.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe the significance of a peer-supported group (PSG) to the rehabilitator himself and describe therapeutic strategies occupational therapists can use when guiding a PSG of stroke rehabilitators. The aim was to find out how the rehabilitation of the stroke rehabilitator has been supported with particular interest to re-establishment of occupational identity.</p> <p>The thesis was implemented as an integrative literature review. The search for the articles was conducted using the PubMed, CINAHL and Taylor & Francis Online databases. A total of four research articles with published years 2012-2020 were chosen for final analysis of the data. The content analysis of the data was carried out using theory-based internal analysis. It was based on a post-stroke occupational identity re-establishing research article presented in the theoretical reference framework and therapeutic strategies of the Model of Human Occupation.</p> <p>In conclusion, PSGs aid in prevention of the social isolation of the stroke rehabilitator from the surrounding community. They increase the social commitment of the rehabilitator and develop self-confidence and cognitive flexibility. PSGs support the re-establishment of occupational identity.</p>		
Keywords/tags (subjects) stroke, occupational therapy, occupational identity, peer support, Model of Human Occupation (MOHO), therapeutic strategies		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Toiminnallinen identiteetti muotoutuu toimiessa	4
2.1	Inhimillisen toiminnan malli- pääkäsitteet.....	5
2.2	Toiminnallisen identiteetin muovautuminen.....	8
2.3	Toiminnallisen identiteetin tukeminen toimintaterapiassa AVH:n jälkeen	9
2.4	Terapeuttiset strategiat muutoksen tukena	11
3	Aivoverenkiertohäiriö muuttaa toiminnallista identiteettiä	13
4	Terapeuttisen ryhmän merkitys kuntoutuksessa	14
4.1	Vertaistuki kuntoutumisen tukena.....	15
4.2	Vertaistuki interventiokeinona.....	16
5	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	18
6	Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	19
6.1	Tutkimuskysymyksen asettaminen	20
6.2	Tiedonhaku ja tietokannat	20
6.3	Aineiston esittely ja laadun arviointi	24
6.4	Teorialähtöinen sisällönanalyysi aineiston analysoinnin mallina	25
7	Integroivan kirjallisuuskatsauksen tulokset	27
8	Pohdinta.....	35
8.1	Tulosten tarkastelua.....	36
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	41
	Lähteet	44
	Liitteet	49
	Liite 1. Aineistoon kuuluvien artikkelien teorialähtöinen sisällönanalyysi	49

Kuviot

Kuvio 1. Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentaminen AVH:n jälkeen. (Mukaillen Walder & Molineux 2017b)	10
Kuvio 2. Aineiston hakuprosessi	23

Taulukot

Taulukko 1. MOHO:n pääkäsitteet	6
Taulukko 2. MOHO:n päätermit jaoteltuina pääkäsitteiden alle.	6
Taulukko 3. MOHO:n terapeutitiset strategiat.....	11
Taulukko 4. Tutkimuskysymys PICO-kysymyksenasettelun mukaisesti	20
Taulukko 5. Hakulausekkeet ja rajaukset	21
Taulukko 6. Poissulku- ja sisäänottokriteerit.....	22
Taulukko 7. Mukaan otetut artikkelit ja niiden laadun arviointi	24
Taulukko 8. Analyysirunko	26
Taulukko 9. Ryhmäkertojen sisällöt.....	29
Taulukko 10. Vertaistukiryhmissä käytetyt terapeutitiset strategiat.....	31
Taulukko 11. Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista tukevat teemat	33

1 Johdanto

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuu Suomessa vuosittain lähes 25 000 henkeä ja maassamme elää arviolta vähintään 100 000 AVH:n sairastanutta (Koskinen 2016, 5). Se on suomalaisten kolmanneksi yleisin kuolinsyy, ja vuositasolla noin 4500 suomalaista menehtyy sairastettuaan AVH:n. Kaikista AVH-potilaista noin puolelle jää pysyvä haitta, joka toiselle vaikea-asteinen. Neljännes potilaista toipuu täysin oireettomiksi ja yli puolet omatoimisiksi. Joka seitsemäs kuitenkin tarvitsee pysyvästi laitostenmuotoista asumista. (Mikä on aivoverenkiertohäiriö (AVH), 2020.) Sairastuneet hyötyvät moniammatillisen AVH-yksikön hoidosta ja kuntoutuksesta iästä ja sairauden vaikeusasteesta riippumatta ja kuntoutus on nopeinta ja tehokkainta sairauden ensimmäisten kuuden kuukauden aikana. (Koskinen 2016, 5).

AVH-kuntoutusjakson tulosta arvioidaan perinteisesti lähinnä erilaisten toimintakyky-mittareiden avulla, joiden kautta kuntoutuksen tehokkuutta voidaan tuoda esille numeraalisesti (Koskinen 2016, 9). Sairastuneen kokemus itsestään toimijana sekä hänen muuttunut toiminnallinen identiteettinsä eivät saa tarpeeksi huomiota kuntoutuksen suunnittelussa. Toiminnallisessa identiteetissä korostuu yksilön, ympäristön ja toiminnan välinen dynaaminen vuorovaikutus. Yleensä aivotapahtuman jälkeen terveydenhuollon ammattilaisten ensisijainen huolenaihe on toiminnallisen kapasiteetin palauttaminen, samaan aikaan kun itse potilas on huolissaan lisäksi myös sopeutumisestaan muuttuneisiin rooleihin ja elämäntyyliin (Satink, Cup, Illott, Prins, de Swart & Nijhuis-van der Sanden 2013, 1179). AVH-kuntoutujalla masennuksen on todettu olevan yleinen, mutta alidiagnosoitu oire (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2020). Sairauden aiheuttamien rajoitusten ja muutosten takia sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen voivat olla haasteellisia.

Aivoverenkiertohäiriö ja sen kuntouttamisen valinta opinnäytetyön aiheeksi pohjautuu henkilökohtaiseen kiinnostukseeni, mikä lisääntyi harjoittelujaksolla neurologisella kuntoutusosastolla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata AVH:n sairastaneiden henkilöiden vertaistuellisen ryhmän merkitystä kuntoutujalle itselleen sekä sitä, millaisia terapeuttisia strategioita toimintaterapeutit voivat hyödyntää

AVH-kuntoutujien vertaistuellista ryhmää ohjattaessa. Tavoitteena on koota integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin tutkimustietoa AVH-kuntoutujan vertaistuellisessa ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa käytetyistä ratkaisuksista ja siitä, miten niiden avulla on pystytty tukemaan AVH-kuntoutujan kuntoutumista erityisesti toiminnallisen identiteetin uusiksi rakentumisen osalta.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan asiakaslähtöisyyden ja osallistumisen toteutumista AVH-kuntoutujan kannalta. Kelan kuntoutuskäytäntöjä tarkastelevassa julkaisussa (Paltamaa ym.2011, 60) todettiin, että suomalaisen aikuisneurologisen kuntoutuksen kehittämiskohteita ovat muun muassa palveluiden suunnittelu asiakaslähtöisesti, hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuden sekä alueellisen saatavuuden kehittäminen. Nämä ovat Konsensuslausuman (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 19) mukaan edelleen keskeisiä kehityskohteita AVH-kuntoutuksessa ja siten tämän opinnäytetyön aihe AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin tukemisesta toimintaterapiassa on erittäin ajankohtainen aihe.

2 Toiminnallinen identiteetti muotoutuu toimiessa

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä käytetään vuonna 1980 julkaistua Inhimillisen toiminnan mallia (*Model Of Human Occupation, MOHO*). Malli on toimintakeskeinen, eli siinä keskitytään asiakkaan toiminnanvajeen korjaamisen sijasta sitouttamaan ja osallistamaan tätä heikentyneestä toimintakyvystään huolimatta asiakkaalle itselleen uudenlaisiin, merkityksellisiin toimintoihin. (Taylor & Kielhofner 2017, 5.) Tämä uudenlaisiin osallistumisen ulottuvuuksiin osallistuminen johtaa **toiminnalliseen mukautumiseen** (*occupational adaptation*) (de las Heras de Pablo, Fan & Kielhofner 2017, 116). Tarkemmin määriteltynä toiminnallinen mukautuminen tapahtuu **kolmen** toisistaan riippuvaisen **elementin, toiminnallisen identiteetin** (*occupational identity*), **toiminnallisen pätevyyden** (*occupational competence*) ja **ympäristönvaikutuksen** (*environmental impact*) yhteistyönä. Toiminnallinen identiteetti kuvastaa kerittyneen elämäkokemuksen kautta muodostunutta henkilön käsitystä omasta toimijuudestaan sekä antaa suuntaviivoja sille, millaiseksi toimijaksi henkilö haluaisi tulla.

Toiminnallinen pätevyys tarkoittaa sitä, missä määrin henkilö voi toteuttaa toiminnallisen identiteettinsä ohjaamaa toiminnallista osallistumista. Se sisältää muun muassa pyrkimyksen toimia henkilön omien rooliodotusten ja arvojen mukaisesti, jolloin henkilön on mahdollista saavuttaa itseään tyydyttävä elämäntapa. Tämän mahdollistumiseen vaikuttavat henkilön suorituskyky, eli fyysiset ja psyykkiset tekijät. Ympäristönvaikutus puolestaan painottaa sosiaalisen, fyysisen, kulttuurisen, ekonomisen sekä poliittisten tekijöiden vaikutuksen merkitystä ihmisen toiminnallisuuteen; ne voivat sekä mahdollistaa, että rajoittaa ihmisen toimintaan osallistumista. Osa ihmisistä on rajoittuneesta suosituskyvystään ja vähentyneestä tahdostaan johtuen riippuvaisia ympäristön tarjoamasta tuesta. (de las Heras de Pablo ym. 2017, 116–118.) Toiminnallinen identiteetti esitellään laajemmin myöhemmin tässä samassa luvussa.

2.1 Inhimillisen toiminnan malli- pääkäsitteet

MOHO-mallin käyttöönotto antoi toimintaterapialle uuden, ennennäkemättömän suunnan nostamalla teoriamallin keskiöön inhimillisen toiminnan ja asiakaslähtöisyyden vamman tai sairauden sijaan (Taylor & Kielhofner 2017, 7). Toimintaterapian paradigma on muuttunut 2010-luvulla kohti toimintakeskeisempää terapiaa, mitä MOHO-malli tukee. MOHOa käytettäessä painottuvat seuraavat näkökulmat: käytännönläheisyys (*practice oriented*), toimintakeskeisyys (*occupation focused*), asiakaslähtöisyys (*client centered*) sekä holistisuus (*holistic*). Holistinen näkökulma korostuu erityisesti puhuttaessa MOHOn neljästä peruselementistä; 1. **tahdosta**, 2. **tottumuksesta**, 3. **suorituskyvystä** ja 4. **ympäristöstä**, joiden kautta pyritään näkemään ihminen kokonaisuutena, **elettynä kehona**, erottelematta mieltä ja kehoa toisistaan erillisiksi osasiksi. Näiden neljän eri elementin ja niiden muodostaman yhteisvaikutuksen kautta voidaan selittää ihmisen **toimintaan osallistumista** ja sitoutumista. (Hautala ym. 2016, 235–244; Taylor & Kielhofner 2017, 4–7.) Nämä neljä pääkäsitettä esitellään taulukossa 1 ja niiden alaiset päätermit taulukossa 2.

Taulukko 1. MOHO:n pääkäsitteet

Tahto (<i>volition</i>)	Tahto käsittää ne ihmisen ajatukset ja tunteet, mitkä vaikuttavat muun muassa henkilön kykyihin, tyytyväisyyteen sekä siihen, mitkä asiat hän kokee itselleen tärkeiksi ja merkityksellisiksi. Näin ollen se on tärkeä motivaattori ihmisen toiminnalle. Tahdon elementtejä ovat arvot, mielenkiinnon kohteet ja henkilökohtainen vaikuttaminen
Tottumus (<i>habituation</i>)	Tottumukset ovat sisäistettyjä, johdonmukaisia käyttäytymismalleja, eli rutiineja. Ne ovat sidoksissa ympäristön ajallisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin ominaisuuksiin. Tottumuksen elementit ovat tavat ja sisäistetyt roolit.
Suorituskyky (<i>performance capacity</i>)	Suorituskyky on kyky tehdä asioita, ja se jakautuu objektiivisiin ja subjektiivisiin tekijöihin. Objektiivinen suorituskyky sisältää ulkoapäin arvioitavissa olevat fyysiset ja psyykkiset tekijät ja niistä muodostuvat elimistön järjestelmät. Subjektiivisella suorituskyvyllä tarkoitetaan ihmisen kokemusta omasta suoriutumisestaan eri toimintoihin liittyen, eli eletyn kehon kokemusta.
Ympäristö (<i>environment</i>)	Fyysinen, sosiaalinen, kulttuurinen, ekonominen ja poliittinen ympäristö muodostavat toiminnalle kontekstin, mikä vaikuttaa yksilön motivoitumiseen, organisoitumiseen ja toiminnoistaan suoriutumiseen. MOHO:ssa ympäristö jaetaan kolmeen kategoriaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fyysinen ympäristö 2. Toiminnallinen ympäristö 3. Sosiaalinen ympäristö Ympäristö voi toisaalta tukea, mutta toisaalta myös asettaa vaatimuksia ihmistoiminnalle ja on näin ollen oleellinen ihmisen toiminnasta suoriutumiseen vaikuttava tekijä. MOHO:ssa ympäristö jaetaan kolmeen eri kontekstiin; lähi-, paikallinen- ja globaalikonteksti.

(Hautala ym. 2016, 235–243; Wook Lee & Kielhofner 2017, 39–53; Tham, Erikson, Fal-laphour, Taylor & Kielhofner 2017, 60–69; Fisher, Parkinson & Haglund 2017, 75–81)

Taulukko 2. MOHO:n päätermit jaoteltuina pääkäsitteiden alle.

Tahto (<i>volition</i>)	Arvot sisältävät henkilökohtaisen vakaumuksen ja velvollisuuden tunteen. Henkilökohtainen vakaumus sisältää vahvoja näkemyksiä elämästä määritellen sen, mikä siinä koetaan tärkeäksi ja sitoutumisen arvoiseksi. Velvollisuudentunto puolestaan on voimakas emotionaalinen taipumus seurata sitä, mikä koetaan oikeaksi tavaksi toimia ja siten se ohjaa ihmistä noudattamaan omia arvojaan. Mielenkiinnon kohteet sisältävät kaksi elementtiä. Toinen niistä on ihminen taipumus nauttia tiettytyyppisestä tekemisestä (esimerkiksi esteettiset kokemukset). Toinen liittyy sellaisiin mieltymyksiin, joiden toteuttamisen kautta kuvastuu se, miten ja millainen toiminta ihmistä miellyttää (esimerkiksi päivittäin toistuva
-------------------------------------	---

	<p>aamukahvin juominen). Mielenkiinnon kohteet tuovat elämään sisältöä.</p> <p>Henkilökohtaisella vaikuttamisella kuvataan henkilön uskoa oman toimintansa tehokkuudesta, eli sitä kykeneekö hän toiminnallaan saavuttamaan haluamiaan asioita. Se koostuu oman toimintakapasiteettinsa tuntemisesta ja minäpystyvyydestä. Ensimmäisellä tarkoitetaan ihmisen käsitystä omista fyysisistä, älyllisistä ja sosiaalisista kyvyistä ja jälkimmäisellä viitataan tunteeseen oman toimintansa tehokkuudesta.</p>
Tottumus (<i>habition</i>)	<p>Tavat määritellään hankituiksi taipumuksiksi reagoida ja toimia automaattisesti tietyillä, johdonmukaisilla tavoilla tutuissa ympäristöissä tai tilanteissa. Niiden tekemiseen ei tarvitse kiinnittää juurikaan huomiota, joten ne säästävät energiaa. Tavat voidaan jakaa toiminnallisen suoriutumisen tapoihin, rutiinitapoihin ja tyyliin liittyviin tapoihin. Ihmisellä voi olla myös haitallisia tapoja.</p> <p>Sisäistetyllä roolilla tarkoitetaan ihmistä ympäröivän sosiaalisen kulttuurin tai ihmisen itse henkilökohtaisesti määrittelemän roolin omaksumista. Roolin omaksumisen myötä henkilö alkaa toteuttaa roolille ominaista ajattelutapaa liittäen siihen kuuluvat toiminnot osaksi identiteettiään.</p>
Suorituskyky (<i>Performance capacity</i>)	<p>Eletyllä keholla viitataan kokemukseen olla ja tuntea maailma tietyn kehon kautta. Keho ja mieli nähdään yhtenä kokonaisuutena korostaen tekemisen kautta kokemista. Eläneen kehon käsite koskee sekä ihmisen ruumiillistumista yleensä, että vammaisuuteen liittyviä ruumiillistumisen muotoja. Tästä esimerkkinä toimii aivotapahtuman seurauksena tulleen neglectin aiheuttama toisen kehonpuoliskon tiedostamattomuus ja sen vaikutus toimintaan eletyn kehon kokemuksen kautta.</p>
Ympäristö (<i>Environment</i>)	<p>Ympäristö jakautuu kolmeen kategoriaan, jotka määritellään kolmen eri kontekstin kautta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lähikonteksti (koti, koulu, työ, hoitolaitos- tai ohjelma): Fyysinen ympäristö: luonnolliset ja ihmisen tekemät tilat ja esineet Toiminnallinen ympäristö: toiminnot ja niiden ominaisuudet Sosiaalinen ympäristö: suhteet ja vuorovaikutus 2. Paikallinen konteksti (yhteisö, naapurusto, koulukampus) Fyysinen ympäristö: yhteisön tilat Toiminnallinen ympäristö: vapaa-ajan toiminnot Sosiaalinen ympäristö: verkosto 3. Gloaalinen konteksti Fyysinen ympäristö: ilmasto, maantiede, ekologia Toiminnallinen ympäristö: asumisen ja toimeentulon vaihtoehdot Sosiaalinen ympäristö: taloudelliset näkökulmat, asenteet, laki ja politiikka

(Wook Lee & Kielhofner 2017, 39–53; Tham, Erikson, Fallaphour, Taylor & Kielhofner 2017, 60–69; Fisher, Parkinson & Haglund 2017, 75-81)

MOHO- malli erottelee tekemisen (*doing*) kolmeksi eri tasoksi:

1. Toiminnallinen osallistuminen (*occupational participation*) määrittelee tekemämme laajinta merkitystä, eli sitoutumistamme eri toimintakokonaisuuksiin omien valintojemme ja sosiokulttuurisen ympäristömme ohjaamana.
2. Toiminnallinen suoriutuminen (*occupational performance*) sisältää kullekin toimintakokonaisuudelle ominaisten toiminnallisten tehtävien tekemistä.
3. Taidot (*occupational skills*) ovat havaittavissa olevia, tavoitteellisia tekoja, joita tarvitaan toiminnallisen tehtävän vaatimien konkreettisten asioiden toteuttamisessa. MOHOssa taidot jaotellaan motorisiin taitoihin, prosessuaalisiin taitoihin sekä viestintä- ja vuorovaikutustaitoihin.

Toimintaan osallistumisesta seuraa ajan myötä toiminnallisen identiteetin rakentuminen. (Hautala ym. 2016, 244–246; de las Heras de Pablo ym. 2017, 107–108.)

2.2 Toiminnallisen identiteetin muovautuminen

Inhimillisen toiminnan mallissa toiminnallisen identiteetin käsite määritellään ihmisen käsitykseksi itsestään toimijana ja millaiseksi toimijaksi tämä haluaa tulevaisuudessa tulla. Tuo käsitys muotoutuu ihmisen aikaisemman toiminnallisen osallistumisen ja siihen liittyvien kokemusten pohjalta. Toiminnallisen identiteetin rakentuminen alkaa jo lapsuudessa itsetietoisuuden kehittymisen myötä ja jatkuu läpi elämän. (de Las Heras de Pablo ym. 2017, 116–117.)

Toiminnallinen identiteetti on yhdistelmä seuraavista asioista:

- käsitys omasta suorituskyvystä sekä toiminnan tehokkuudesta
- tyydyttäviksi ja mielenkiintoisiksi koetut toiminnot
- kokemus omasta itsestä (syntyy roolien ja ihmissuhteiden kautta)
- tärkeät ja siten tekemisen arvoisiksi nähtävät toiminnot
- käsitys tutuista elämän rutiineista
- käsitys ympäristöstä ja sen tuesta, sekä odotuksista toiminnalle

(Hautala ym. 2016, 247; de las Heras de Pablo ym. 2017, 117)

Toisin sanoen, aiemmin tässä luvussa esitellyt MOHO:n elementit tahto, tottumus ja suoriutumiskyky eri alajärjestelmineen, ympäristö eri konteksteineen sekä ihmisen kokemus eletystä kehosta mahdollistavat ihmisen osallistumisen ja sitoutumisen toi-

mintaan. Toiminnan kautta ihmiselle kehittyy ja muodostuu käsitys itsestään toimijana, eli toiminnallinen identiteetti. Kun yksikin näistä edellä mainituista elementeistä muuttuu esimerkiksi sairauden vuoksi, vaikuttaa se siihen, miten ihminen voi osallistua ja sitoutua toimintaan. Näin ollen muutoksen vaikutus ulottuu myös toiminnalliseen identiteettiin. Toimintaterapiassa pyritään saamaan aikaan tätä muutosta vaikuttamalla näihin elementteihin, ja sitä kautta tukemaan asiakasta tavoittelemansa toiminnallisen identiteetin muotoutumisessa. (O'Brien & Kielhofner 2017, 32–33.)

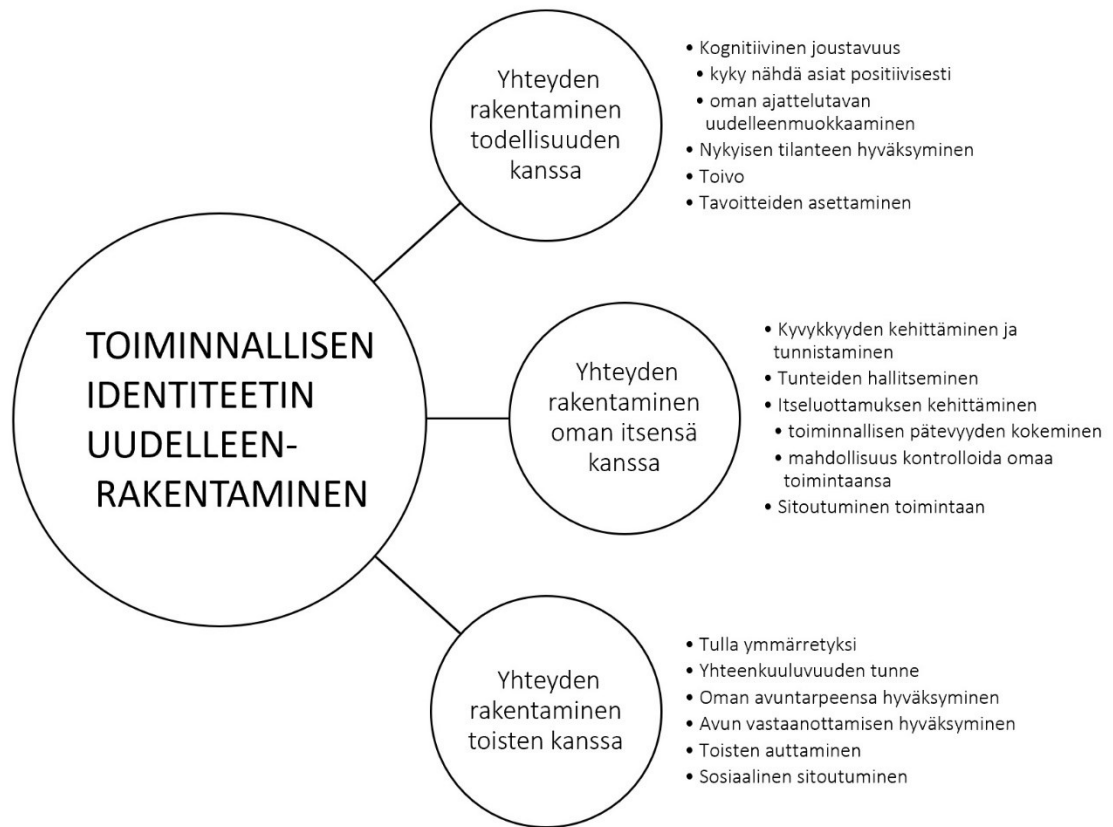
2.3 Toiminnallisen identiteetin tukeminen toimintaterapiassa AVH:n jälkeen

Toiminnallisen identiteetin aivoverenkiertohäiriön jälkeistä uudelleen rakentamista toimintaterapian keinoin on lähiaikoina tutkittu paljon (Walder & Molineux 2017a; Walder & Molineux 2017b; Martin-Saez & James 2019). Artikkeleissa mainitaan AVH:n vaikuttavan voimakkaasti yksilön toiminnalliseen identiteettiin, vahingoittaen tämän kokemusta itsetuntonsa jatkuvuudesta. Mielestäni tällä jatkuvuudella viitataan kykyyn nähdä oma elämänsä tärkeänä ja ainutkertaisena. Artikkeleissa esitetään, että tutkimuksien kautta on kuitenkin tehty johtopäätös, jonka mukaan toiminnallinen identiteetti on mukautuvainen (*fluid*) ja näin ollen yksilön on mahdollista uudelleen määrittää oma toiminnallinen itsensä myös AVH:n jälkeenkin (Mt.).

Walder ja Molineux (2017b) esittävät, että AVH-kuntoutujan toimintaterapiaa suunniteltaessa olisi tärkeää pohjata interventiot asiakaslähtöisesti tukien kuntoutujan uusiksi muotoutuvaa toiminnallista identiteettiä, mihin vaikuttavat

1. SELF= Kuntoutujan käsitys itsestään (*motivaatio, itseluottamus, tunteet*)
2. REALITY= Todellisuus (*tulevaisuuden todellisuus, aivohalvauksen kokemisen todellisuus sekä menneen ajan todellisuus*)
3. OTHERS = Muut tahot (*perhe, ystävät, palvelut, selviytyjät, yhteisö*)

Näiden kaikkien kolmen osion yhteistyötä tarvitaan uutta toiminnallista identiteettiä rakennettaessa (kts. kuvio 1), mitä hankaloittaa se tosiasia, että aivohalvauksen on todettu vaikuttavan heikentävästi osioiden muodostamaan kokonaisuuteen (Mt.).



Kuvio 1. Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentaminen AVH:n jälkeen.
(Mukaillen Walder & Molineux 2017b)

Walderin ja Molineuxin (2017a) toisessa artikkelissa käsiteltiin kroonisen taudin, merkittävän sairauden tai vamman vaikutuksia suhteessa henkilön toiminnalliseen muutumiseen ja toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamiseen. Aineistosta nousi esille se, kuinka äkillinen muutos ja toiminnallinen menetys johtivat useimpien kohdalla muuttuneeseen kehon kuvaan ja identiteettiin aiheuttaen ahdistusta. Moni näki muuttuneen itsensä käyttökelttomana verraten usein tilaansa suhteessa aiempaan itseensä, minkä lisäksi useat yrittivät pitää kiinni entisestä identiteetistään. Analyysin tuloksissa mainitaan toiminnallisen identiteetin jälleenrakentamisen osalta merkityksellisiksi tekijöiksi pätevyyden kehittäminen, motivaation löytäminen sekä itseluottamuksen vahvistaminen.

Martin-Saez ja Neil (2019) puolestaan ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toiminnallisen identiteetin häiriintymisen kokemisesta AVH:n jälkeen ja luo-

neet sen perusteella ensimmäisen käsitteellisen mallin liittyen AVH:n jälkeiseen toiminnallisen identiteetin häiriöön (*conceptual model of occupational identity disruption post stroke*). Martin- Saez ja James (2019) esittävät, että toimintakeskeisen kuntoutuksen avulla tuotetaan kuntoutujalle mahdollisuuksia tavoitella heidän halua- maansa toiminnallista identiteettiä. Katsauksen keskeisimpänä tuloksena mainitaan vahva kaksisuuntainen yhteys **sosiaalisen eristäytymisen ja toiminnallisen identiteetin häiriintymisen** välillä (Mt. 9). Myös Walder ja Molineux (2017b) määrittivät **yhteydenpidon muiden kanssa** olevan avaintekijä AVH:n jälkeisessä toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamisessa.

2.4 Terapeuttiset strategiat muutoksen tukena

Terapeuttinen strategia on yksi MOHO:n sisältämästä kolmesta metodista, joiden avulla toimintaterapeutti voi oman toimintansa kautta vaikuttaa positiivisesti asiakkaansa toimintaan, ajattelutapaan ja tämän kokemuksiin tunteisiin. Eri strategioiden hyödyntämisen kautta pyritään helpottamaan asiakkaan toiminnallista osallistumista ja tukemaan halutun muutoksen saavuttamista. Strategioita tulisi käyttää aidosti ja luonnollisesti sopivien tilanteiden ilmetessä, joten toimintaterapeutin on tärkeää reflektoida omaa tapaansa käyttää niitä. Tämä merkitsee sitä, että toimintaterapeutin on mahdollisuuksiensa mukaan ennakoitava sellaisia strategioita, joista hänen asiakkaansa voisivat hyötyä intervention aikana ja siirtyvä sujuvasti strategiasta toiseen intervention edetessä. (de las Heras de Pablo, Parkinson, Pèpin & Kielhofner 2017, 197.) MOHO sisältää yhdeksän eri strategiaa, jotka esitellään tarkemmin alla olevassa taulukossa 3.

Taulukko 3. MOHO:n terapeuttiset strategiat.

<p>Vahvistaminen (<i>validating</i>)</p>	<p>Toiminnallisen muutoksen prosessissa korostuu asiakkaan omaan tekemiseensä liittämien ajatusten ja tunteiden vahvistaminen. Toimintaterapeutin on välitettävä kunnioitusta asiakkaan kokemusta tai näkökulmaa kohtaan riippumatta terapeutin henkilökohtaisista näkemyksistä. Vahvistamista tapahtuu erilaisissa toiminnallisissa ympäristöissä ja esimerkiksi huomioimalla asiakkaan antamat ideat ongelman ratkaisemiseen voidaan nähdä yhtenä tapana tuoda vahvistaminen asiakkaalle näkyväksi. Myös aktiivisen kuuntelemisen osoittaminen kuuluu tämän strategian alaisuuteen.</p>
---	---

<p>Tunnistaminen (<i>identifying</i>)</p>	<p>Toimintaterapeutti tunnistaa ja antaa asiakkaalle tietoa hänen toiminnallisuuteensa vaikuttavista tekijöistä. Nämä voivat olla joko asiakkaan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyviä haasteita tai ympäristön muodostamia toimintaa tukevia tai rajoittavia seikkoja. Lisäksi kerrotaan vaihtoehtoista, joilla voidaan parantaa asiakkaan osallistumista omaan päivittäiseen elämäänsä. Näitä voivat olla esimerkiksi vinkit erilaisten strategioiden tai apuvälineiden käytöstä.</p>
<p>Palautteen antaminen (<i>giving feedback</i>)</p>	<p>Toimintaterapeutti havainnoi asiakkaansa toiminnallisuutta ja jakaa siihen liittyvät tietonsa asiakkaan kanssa tämän toiminnallisen osallistumisen tehostamiseksi. Tätä voi olla esimerkiksi asiakkaan edistymisen ääneen sanoittaminen terapiatilanteessa. Palautteen saaminen voi auttaa asiakasta muovamaan omaa käsitystään itsestään toimijana.</p>
<p>Neuvominen ja tiedon antaminen (<i>advising</i>)</p>	<p>Neuvomisella ja tiedon antamisella tarkoitetaan asiakkaalle sopivien interventiotavoitteiden ja -strategioiden suosittelemista jakamalla tietoja ja ehdotuksia tavoitteista, jotka vaikuttavat toteuttamiskelpoisilta. Jotta neuvonta olisi tarkoituksenmukaista ja tehokasta, on toimintaterapeutin tunnettava erityisesti asiakkaan tahtoon, kuten motivaatioon, arvoihin ja mielenkiinnon kohteisiin liittyviä asioita.</p>
<p>Neuvottelemisen (<i>negotiating</i>)</p>	<p>Neuvottelemista tarvitaan erityisesti silloin, kun asiakas ja toimintaterapeutti ovat eri mieltä esimerkiksi asiakkaan toiminnallisesta suoriutumuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tärkeää on kuitenkin ymmärtää ja kunnioittaa myös asiakkaan omaa näkemystä.</p>
<p>Strukturoiminen (<i>structuring</i>)</p>	<p>Strukturoinnin kautta toimintaterapeutti tarjoaa asiakkaalle tämän toiminnallisuuden tueksi erilaisia vaihtoehtoja, asettaa rajoja tai laatii toimintaa ohjaavia sääntöjä. Niiden avulla ja puitteissa asiakas voi tehdä valintoja ja osallistua haluamiinsa toimintoihin. Strukturointi antaa asiakkaalle tunteen kontrollista ja turvallisuudesta, sillä se selkeyttää hänelle tilanteessa asetettuja vaatimuksia.</p>
<p>Valmentaminen (<i>coaching</i>)</p>	<p>Valmentaminen tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden turvallisesti harjoitella uusia tapoja ja vahvistaa taitojaan. Toimintaterapeutin tehtävänä on tukea ja ohjata asiakasta sanallisesti, manuaalisesti tai demonstroimalla.</p>
<p>Rohkaiseminen (<i>encouraging</i>)</p>	<p>Rohkaiseminen on emotionaalisen tuen tarjoamista ja rauhoittamista silloin, kun asiakas kohtaa uusia ja joskus pelottavia tilanteita tai haasteita. Rohkaiseminen vaikuttaa asiakkaan tahtoon ja auttaa luomaan myönteisiä tunteita itseään ja toimintaa kohtaan. Erittäin tärkeää on se, että toimintaterapeutin tulee huomioida rohkaisemisessa asiakkaansa yksilöllisyys.</p>
<p>Fyysisen tuen antaminen (<i>providing physical support</i>)</p>	<p>Toimintaterapeutti tukee asiakasta motorisessa suoriutumisessa fyysisellä läsnäolollaan, jotta asiakas saa suoritettu toiminnon tai jonkin osan toiminnosta. Fyysinen tukeminen voi</p>

	olla myös henkilön viemistä jonnekin. Näin ollen fyysisen tukemisen strategiaa voidaan käyttää moneen eri tarkoitukseen riippuen asiakkaan toiminnallisista tarpeista.
--	--

(de las Heras de Pablo ym. 2017, 197-199)

3 Aivoverenkiertohäiriö muuttaa toiminnallista identiteettiä

Ihminen toteuttaa toiminnallista identiteettiään toimiessaan. Ihmisen toiminta ja toiminnallinen identiteetti voivat muuttua sairastumisen, esimerkiksi AVH:n takia (O'Brien & Kielhofner 2017, 33). Aivoverenkiertohäiriöt jaetaan iskeemisiin (*infarkti*), hemorragisiin (*aivoverenvuoto*) sekä lukinkalvonalaisiin aivoverenkiertohäiriöihin. Iskeemisiä kaikista AVH-tapauksista on 70–80 %, hemorragisia 9–15 % ja lukinkalvonalaisia 10 %. (Kauhanen 2015, 231.) Infarktilla tarkoitetaan hapenpuutteen aiheuttamaa vauriota aivokudoksessa, eli iskemiaa. Aivoverenvuodossa kudoksen vaurioituminen johtuu verenvuodon aiheuttamasta verenpurkaumasta, hematoomasta. Aivoinfarktista ja aivoverenvuodoista käytetään yhteisnimitystä aivohalvaus (*stroke*). AVH:iden vaikeusaste ja oirekuva vaihtelevat huomattavasti kudonvaurion laajuudesta ja sijainnista riippuen. **Yleisimpiä oireita** ovat toispuoleinen raajahalvaus, toispuoleinen tunnon heikkeneminen, fatiikki ja afasia (häiriöt puheentuottamisessa ja -ymmärtämisessä). (Aivoinfarkti ja TIA 2020.) AVH:ksi ei luokitella ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä (*transient ischemic attack, TIA*), jossa oireet kestävät yleensä alle tunnin ja korjaantuvat täysin. Toistuvat TIA-kohtaukset voivat kuitenkin olla merkki tulevasta aivoinfarktista. (Tunnista aivoinfarkti – hoitoon ja heti! (aivoinfarkti ja TIA) 2020.)

AVH- kuntoutujan toimintaterapia

Aivovaurion jälkeisen kuntoutuksen perustana on aivojen kyky muovautua uudelleen. Muovautumiskyky pohjautuu sekä hermosolujen mahdollisuuteen muodostaa kokonaan uusia hermosoluyhteyksiä, että niiden kykyyn muovata jo olemassa olevia hermosoluja kompensoimaan sitä puutosta, minkä aivovaurio on aiheuttanut. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 6.) Uusimmat neurotieteelliset tutkimukset tuovat esille näkemyksen, jossa toimintaperusteiset (*occupation based*) interventiot

tukevat keskushermostoperäistä tautia sairastavan asiakkaan toiminnallisuuden eheytymistä paremmin, mitä aiemmin laajalti käytössä olleet neurokognitiivisen viitekehysten alle sijoittuvat sensomotoriikkaa painottavat menetelmät, kuten NTD/Bobath-lähestymistapa. (Gillen 2018, 817.)

Tähän perustuen voidaan esittää, että aivovaurion jälkeisessä kuntoutuksessa tulisi suunnitella käytettävät harjoitteet siten, että ne aktivoivat jo olemassa olevia hermo- soluja tukien siten niiden uudelleenmuovautumista. Täysin uusien hermoyhteyksien muodostamiseen perustuva kuntoutus vaatii runsaasti toistoja ja aktiivisuutta. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 6). Jos kuntoutuja ei koe näitä runsaita toistoja vaativia harjoitteita itseään motivoiviksi, on mahdollista, ettei hän sitoudu kuntoutukseensa riittävällä tasolla. Onkin todettu, että rutiininomaiset kuntoutustoimenpiteet eivät aina vastaa kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin. Kuntoutuksen suunnittelun lähtökohtana tulisikin pitää sitä, että terapiassa opittuja asioita on voitava soveltaa arjessa (Mts., 13).

Nämä tutkimustulokset tukevat jo aiemmin mainittua toimintaterapian paradigman muutosta, mikä näkyy aivohalvauskuntoutujien toimintaterapiassa erityisesti tehtäväsuuntautuneen (*task-oriented*) harjoittelun lisääntymisenä. Tämän tyyppisten interventioiden käyttäminen aivohalvauskuntoutujan kanssa nähdään johtavan parempiin tuloksiin niin kuntoutujan toiminnallisuuden kuin ylipäätään hänen fyysisen sekä psyykkisen elämänlaatunsa osalta. (Kovic & Schultz-Krohn 2018, 436; Gillen 2018, 817; Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 12–13.)

4 Terapeuttisen ryhmän merkitys kuntoutuksessa

Ryhmät ovat keskeinen osa ihmisen elämää antaen mahdollisuuden kokea, jakaa ja opetella asioita yhdessä toisten kanssa. Terapeuttisten ryhmien käyttäminen osana kuntoutusta tarjoaa ryhmäläiselle tilaisuuden tuntea kuuluvansa yhteisöön, sekä mahdollisuuden oppia uusia taitoja yhdessä muiden samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa. Nämä tukevat uudenlaisen itseluottamuksen rakentamista tilan-

teessa, jossa kuntoutujan fyysinen ja psyykinen olemus ovat sairauden myötä muuttuneet. Ryhmä tarjoaa alustan, jossa kuntoutuja voi kehittää ja kokeilla itselleen uusia rooleja siirtäen niitä vähitellen myös muihin elämänsä osa-alueisiin. (Craig 2017, 432–434.)

Ryhmämuotoisia interventioita kohtaan on viime aikoina kohdistunut laajaa mielenkiintoa ja Graig (2017, 434–435) mainitsee useiden eri tutkimuksien tukevan näkemystä siitä, kuinka suuri arvo ryhmän tuella on erityisesti kuntoutujan psyykkisessä sopeutumisessa elämään niiden muutoksien kanssa, jotka fyysinen vamma tai krooninen sairaus elämään tuovat. Erityisesti aivovammakuntoutujien ja neurologista kroonista sairautta sairastavien henkilöiden osalta on vahvaa tutkimusnäyttöä ryhmäperusteisten interventioiden käyttämisen puolesta (Flanagan, Cantor & Ashman 2008; Silver, McAllister & Arciniegas 2009).

4.1 Vertaistuki kuntoutumisen tukena

Aivoliiton mukaan vertaistuella pystytään tukemaan sairastunutta ihmistä ja hänen lähipiiriään heidän muodostaessaan käsitystä äkillisesti syntyneestä tilanteesta, mikä on muuttanut heidän elämänsä täysin uudenlaiseksi. Tiivistettynä sillä tarkoitetaan ahdistavaksi koetun tilanteen helpottamista luomalla toivoa tulevaisuutta kohtaan muiden, saman tapahtuman kokeneiden henkilöiden läsnäolon ja tuen kautta. (Vertaistuki AVH:n sairastaneille ja läheisille 2020.)

Voimakas elämäntilanteen muutos voi olla osalle kuntoutujista erittäin raskas kokemus. Akuuttivaiheen jälkeen noin 30–50 prosenttia AVH-kuntoutujista kärsii masennuksesta jossakin muodossa. Ennustetekijöitä ovat muun muassa jo aiemmin olle massalla ollut toimintarajoitteisuus, heikko kognition taso sekä ylipäätään koetun aivoinfarktin vakavuus. Akuuttivaiheen masennuksen yhtenä syynä voi olla aivojen kemian häiriintyminen niissä tapahtuneen vaurion seurauksena. Näissä tapauksissa kuntoutujan mieliala paranee ensimmäisten viikkojen aikana ilman hoitoakin sitä mukaa, kun aivojen tilanne normalisoituu. Huomionarvoista on se, että puolisoiden masennusoireet ovat jopa yleisempiä kuin AVH-potilaiden. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2020.)

Aivoinfarktin jälkeinen masennus jää monesti ilman diagnoosia ja näin ollen laiminlyödyksi huolimatta siitä, että sillä on todettu olevan yhteys AVH-kuntoutujan huonoon toiminnalliseen ennusteeseen ja suurentuneeseen riskiin joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon (Kauhanen 2003, 214; Muuronen 1999, 82). Tilannetta huonontaa yleensä se, jos kuntoutuja ei ole pystynyt henkisesti käsittelemään sairastumistaan ja siihen liittyviä menetyksiä eikä hän ole saanut psyykkistä ja psykososiaalista ohjausta ja tukea sisältävää hoitoa. Uuden elämäntilanteen ja siihen liittyvien muutosten hyväksymisessä on vertaistukiryhmä koettu hyvänä apuna. (Muuronen 1999, 82–83). Myös Äkillisten aivovaurioiden jälkeisen kuntoutuksen konsensuslausumassa (2008, 12–13) tuodaan esille vertaistukitoiminnan pyrkimys edistää kuntoutusprosessia saman kokemuksen omaavien henkilöiden kokemusten vaihdolla.

Edelliseen viitaten voidaan nähdä perusteltuna toteuttaa AVH-kuntoutujalle ryhmämuotoista kuntoutumista tarjoten vertaistukea muuttuneen toiminnallisuuden kohtaamiseen. Pro Gradu- tutkimuksessa ”Aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja kuntoutuksen vaikuttavuus” tuotiin esille tutkimustuloksia, missä teknologisia innovaatioita käyttävällä pienryhmäkuntoutuksella on saatu yksilökuntoutukseen verrattuna suurempia ja kestävämpiä toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksia. Tämä tulos kosketti erityisesti lievä- tai kohtalaisasteiseen aivohalvaukseen sairastunutta AVH-kuntoutujaa. Kuntoutujien toisiltaan saaman vertaistuen esitettiin mahdollisesti olevan yksi tulokseen vaikuttanut tekijä, mitä pitäisi tutkia tarkemmin. (Leppikangas 2012, 58.) Martin-Saez ja James (2019) mainitsevat, että toiminnallisen osallisuuden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tulisi olla aivohalvauskuntoutuksen keskeisinä näkökohtina.

4.2 Vertaistuki interventiokeinona

MOHO sisältää kymmenen erityistä interventiotyyppiä, joista yksi on **vertaistuellinen opetuksellinen ryhmä** (*peer support educational group*). MOHO:n mukaan vertaistukitoiminnalla tarkoitetaan tapaamisia, joissa käsitellään monipuolisesti erilaisia toiminnallisuuteen liittyviä asioita. Tavoitteena on lisätä osallistujien päivittäistä osallistumista toimintoihin. Ihannetapauksessa osallistujat valitsevat itse ryhmässä käsiteltävät aiheet, sekä suunnittelevat tapaamisen toteutuksen. Näin toimien ryhmäkerran

sisällöt vastaavat parhaiten osallistujien tarpeeseen. Keskeistä on ryhmäläisten aktiivinen osallistuminen, sillä omien kokemusten jakaminen sairastumisen jälkeisestä elämästä on tärkeä osa ryhmän opetuksellista resurssia. (de las Heras de Pablo ym. 2017, 203.)

American Stroke Association on julkaissut oppaan "Successful Stroke Support Groups- Our guide to organizing successful stroke support groups" (n.d.), minkä tavoitteena on antaa tukea ja ohjeistusta AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmän aloittamiseen ja toteutukseen liittyvissä asioissa. Oppaan keskeisimmäksi sanomaksi nousee ryhmätoiminnan mahdollistama voimaantumisen tunne, ryhmän ydin. Se voi motivoida passiivisen "potilaan" muuntumaan aktiiviseksi "selviytyjäksi", joka uudelleen sitoutuu itselleen merkityksellisiin toimintoihin. Myös tässä oppaassa tuodaan ilmi, että osallistujat tulee ottaa mukaan toiminnan luomiseen alusta alkaen- on tärkeää muokata vertaistukiryhmä vastaamaan osallistujien tarpeita (Successful Stroke Support Groups n.d, 15). Oppaassa myös mainitaan koulutuksellisen osuuden olevan tärkeä osa ryhmän toimintaa. Sairaalakuntoutuksessa vietetään yhä vähemmän aikaa, jolloin tiedon tarve kotiutumisen jälkeen voi olla suuri. Ulkopuolisen puhujan pitämistä infotilaisuuksista esimerkkeinä mainitaan **terveyteen liittyvät aiheet** (mm. miten oikean ja vasemman toispuolihalvauksen käyttäytymiseen liittyvät oireet eroavat toisistaan, apuvälineiden esittely), **psykologiset aiheet** (mm. muuttunut käsitys itsestään, masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen), **oikeudelliset ja taloudelliset aiheet** (mm. vammaisten ihmisten oikeudet, työllisyyteen liittyvät aiheet) sekä **yleiset aiheet** (mm. paikallisen terveysaseman henkilökunnan esittelyt). Liiallinen ulkopuolisten puhujien käyttäminen voi kuitenkin vahingoittaa vertaistukiryhmän intiimiä luonnetta ja siten tasapainottelu ulkopuolisten henkilöiden opetuksellisten esitelmien ja oman ryhmän kesken järjestettävien keskustelujen, jakamisen ja tuen mahdollistavien tilaisuuksien välillä on tärkeää (Mts. 18–19).

5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata AVH:n sairastaneiden vertaistuellisen ryhmän merkitystä kuntoutujalle itselleen sekä sitä, millaisia terapeuttisia strategioita toimintaterapeutit voivat hyödyntää AVH-kuntoutujien vertaistuellista ryhmää ohjatessaan.

Tavoitteena on koota integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin tutkimustietoa AVH-kuntoutujan vertaistuellisessa ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa käytetyistä ratkaisuista ja siitä, miten niiden avulla on pystytty tukemaan AVH-kuntoutujan kuntoutumista erityisesti toiminnallisen identiteetin uusiksi rakentumisen osalta.

Tätä tietoa voivat hyödyntää sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset työssään ja kehittäessään AVH-kuntoutujien toimintaterapiaa sekä siihen liittyvää moniammatillista yhteistyötä. Kappaleessa 2.3 Toiminnallisen identiteetin tukeminen toimintaterapiassa aivoverenkiertohäiriön jälkeen esiteltyjen tutkimusten perusteella toimintaterapian avulla voidaan etsiä ratkaisuja AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin tukemiseen vertaistuen avulla. Tässä opinnäytetyössä käydään läpi näitä löydettyjä ratkaisuja ja tuodaan esille se, millä tavoin toimintaterapeuttisessa AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmässä käytetyt interventiot saadaan kohdistettua tukemaan toiminnallisen identiteetin uudelleen muotoutumista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia terapeuttisia strategioita vertaistuellisessa ryhmämuotoisessa toimintaterapiassa on käytetty AVH-kuntoutujan muuttuneen toiminnallisen identiteetin tukemiseksi?
2. Kuinka nämä interventiot ovat tukeneet AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista?

Tiedon jäsentämistä tukevat tarkentavat kysymykset:

- missä vaiheessa kuntoutumisprosessia vertaistukiryhmiä on käytetty?
- miten vertaistukitoiminnalla on voitu vahvistaa toiminnallista identiteettiä?

6 Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksessa selvitetään, mitä aiheesta on kirjoitettu ja millaisia tuloksia tutkimuksista on saatu. Tarkoituksena on arvioida aikaisempaa olemassa olevaa aiheeseen liittyvää tutkimusta ja tehdä niistä synteesi, jonka avulla tutkittavasta aiheesta voidaan kuvata identiteetin vahvistumiseen liittyviä interventiokeinoja ja tuoda esille millaista hyötyä AVH-kuntoutujat ovat kokeneet näistä saavansa toiminnallisen identiteettinsä muutoksen tueksi.

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa eri tyyppeihin niiden ensisijaisten tavoitteiden ja käytännön toteutuksen mukaan. Tämän työn menetelmäksi valikoitui integroiva kirjallisuuskatsaus, sillä sen on todettu soveltuvan hyvin uuden tiedon tuottamiseen jo olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 13). Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ovat laajoja, mikä mahdollistaa sekä määrällisten, että laadullisten tutkimusten tuottamien tulosten synteessin ja analyysin. Tämä on integroivan katsauksen vahvuuksia, ja siten menetelmällä saadaan yleensä melko laaja ja kattava kuva tarkasteltavasta ilmiöstä. (Suhonen ym. 2016, 13; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 107–108.)

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii hyvän etukäteissuunnittelun, minkä avulla se etenee loogisesti. Tämä opinnäytetyö toteutettiin Sulosaaren ym. (2016) esittämien viiden eri vaiheen kautta: 1. tutkimuskysymyksen/tutkimusongelman asettaminen (taulukko 4), 2. aineiston keruu, 3. tutkimusaineiston laadun arviointi, 4. aineiston analysointi (sis. aineiston luokittelu ja analyysirungon muodostus) ja 5. tulkinta ja tulosten esittäminen. Aineiston keruuta varten asetetaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 5). Tutkimusaineiston laatua arvioitaessa olennaista on raportoida se, miten ja millaisia lähteitä katsauksessa on käytetty. Saatujen tulosten esittämistä

ja niistä tehtyjen tulkintojen selkeyttämistä tukee erilaisten taulukkojen ja kuvioiden hyödyntäminen. (Sulosaari ym. 2016, 110–114.) Tutkimusongelma kuvattiin luvussa 5. Vaiheiden 2–4 toteutus kuvataan tässä luvussa, ja tulokset ja päätelmät luvuissa 7 ja 8.

6.1 Tutkimuskysymyksen asettaminen

Terveysalan aineistosta kliinisesti relevantin tiedon etsintään suositellaan PICO-kysymyksenasettelua, missä tutkimuskysymys koostetaan neljän kliinisen kysymyksen pohjalta (Lääketiede: Tutkimuskysymyksen jäsenys ja PICO, N.d.). Tämän opin näytetyön tutkimuskysymyksen muodostavat kliiniset kysymykset on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Tutkimuskysymys PICO-kysymyksenasettelun mukaisesti

<i>P= population/patient (kohdejoukko/potilas)</i>	AVH-kuntoutujat
<i>I=intervention/indicator (interventio/indikaattori)</i>	Vertaistuellinen ryhmämuotoisesti toteutettu terapia (ensisijaisesti toimintaterapia; muut huomioidaan, mikäli tarvitaan lisää aineistoa)
<i>C=Comparator/control (verrokki/kontrolli)</i>	Ei vertaistuellista ryhmämuotoisesti toteutettua terapiaa
<i>O=outcome(lopputulos)</i>	Toiminnallisessa identiteetissä tapahtuvat muutokset

6.2 Tiedonhaku ja tietokannat

Aineistonkeruu alkoi tietokantojen valinnasta ja hakutermin asettamisesta. Alustavaa tiedonhakua tehtiin PubMed-, CINAHL-, UpToDate-, Cochrane- ja Taylor & Francis Online- tietokantojen kautta sekä Google Scholar:n avulla.

Hakusanojen muodostamisessa huomioitiin se, että MeSH:n englanninkielinen termi aivoverenkiertohäiriölle on *cerebrovascular disorders*, minkä lisäksi käytettiin myös muita aivoveritulppaa ja -verenvuotoa kuvaavia termejä yksikkö- ja monikkomuotoineen. Koehakujen jälkeen hakusanoina käytettiin edellisen lisäksi ainoastaan vertais-

tukeen (*peer support/peer support group*) liittyviä termejä. Toimintaterapia (*occupational therapy*) -termin käyttäminen hakulausekkeessa rajasi haun tulokset erittäin vähäisiksi, joten ko. termi päädyttiin jättämään pois hakulausekkeista. Myös toiminnalliseen identiteettiin (*occupational identity*) liittyvät hakusanat jätettiin pois lopullisesti hausta, sillä tämän tutkimuksen fokuksena haluttiin pitää nimenomaan vertaistukiryhmissä tapahtuva toiminta. Pääpiirteissään samaa hakulauseketta käytettiin kaikissa tietokannoissa hyödyntäen Boolean operaattoreita "AND" ja "OR", joilla eri hakutermit yhdistettiin toisiinsa. Lisäksi jokaisen tietokannan omat tiedonhakuohjeet on tarkistettu ennen hakua, jotta hakulauseke on tietokantaan soveltuva ja tuottaa luotettavan hakutuloksen.

Lopullisiksi tietokannoiksi valikoituivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Itä-Suomen yliopiston kautta saatavilla olevat tietokannat PubMed, Cinahl ja Taylor & Francis Online, mitkä koehakujen perusteella tuottivat tutkimuskysymyksiin vastaavia tutkimuksia. Lisäksi tehtiin manuaalista tiedonhakua Google Scholar -hakukoneella sekä Stoltin (2016, 111) kehotuksen mukaisesti läpikäytiin valittujen tutkimusten lähde-luetteloita mahdollisen lisäaineiston saamiseksi.

Taulukko 5. Hakulausekkeet ja rajaukset

Tietokanta	Hakupäivämäärä	Hakusanat	Haussa käytetyt rajaukset
Pubmed	4.9.2020	("stroke" OR "hemorrhagic stroke" OR "ischemic stroke" OR "cerebrovascular accident" OR "cva" OR "cerebrovascular insult" OR "cvi" OR "cerebrovascular disorder" OR "Stroke"[Mesh]) AND (peer support group)	10 v adult (19+ years)
CINAHL	4.9.2020	(MH "Stroke+") OR (MH "Cerebrovascular Disorders+") OR "stroke" OR "hemorrhagic stroke" OR "ischemic stroke" OR "cerebrovascular accident" OR "cva" OR "cerebrovascular insult" OR "cvi" OR "cerebrovascular disorder") AND ((MH "Peer Group") OR "peer support group")	10 v All adult

Taylor & Francis Online	5.9.2020	("stroke" OR "hemorrhagic stroke" OR "ischemic stroke" OR "cerebrovascular accident" OR "cva" OR "cerebrovascular insult" OR "cvi" OR "cerebrovascular disorder") AND (peer support group)	10 v
------------------------------------	----------	---	------

Varsinainen systemaattinen kirjallisuushaku toteutettiin 4.9.- 5.9.2020. Tehdyillä hauilla ilman tarkentavia rajauksia löytyi yhteensä 245 tutkimusta ja liitteessä 1 esitettyjen rajausten sekä duplikaattien poiston jälkeen 86 kappaletta. Löydetyt artikkelit on tarkasteltu otsikko- ja abstraktitasolla taulukon 6 esittelemien mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Haku on rajattu vuoteen 2010, jotta pystyttiin takaamaan tuloksien ajankohtaisuus. Hakuvaiheessa kokotekstin saatavuutta ei myöskään rajattu pois, koska oli mahdollista, että teksti olisi saatavissa jotakin toista kautta.

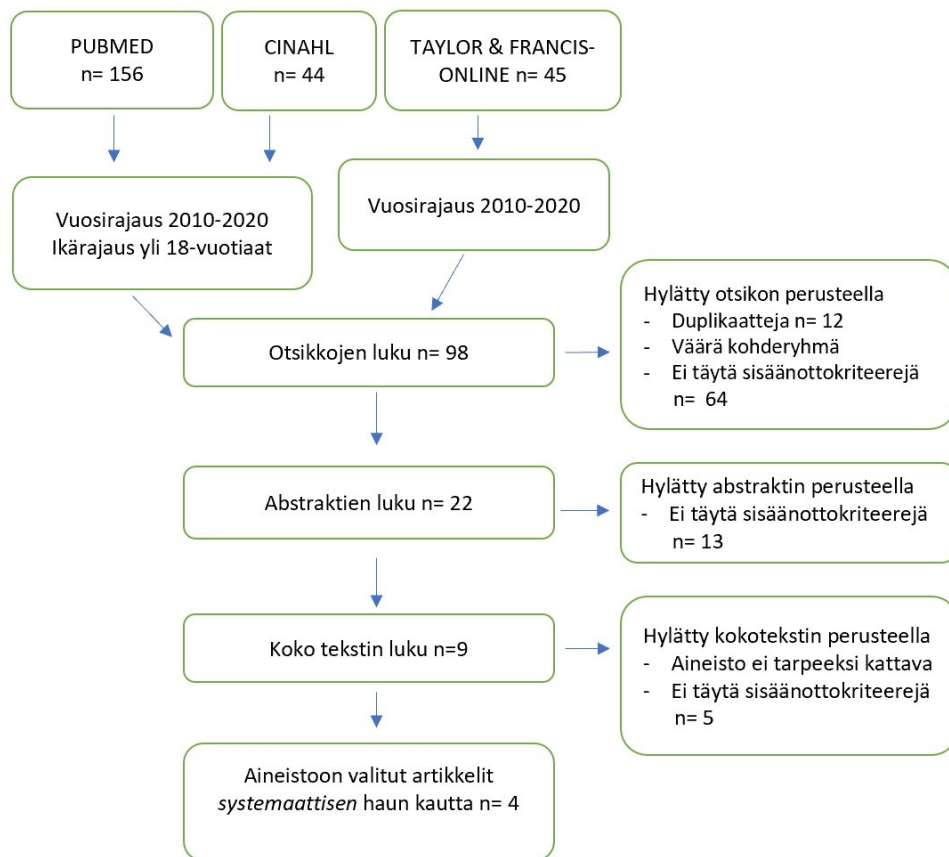
Taulukko 6. Poissulku- ja sisäänottokriteerit

	Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kohderyhmä: Diagnoosi	Käsittelee aivotapahtumia (stroke: aivoinfarkti, aivoverenvuoto)	Käsittelee eteneviä neurologisia sairauksia (esim. MS, Parkinson), traumaattisia aivovaurioita tai muita vammoja/sairauksia
Kohderyhmä: Ikä	Käsittelee yli 18-vuotiaita	Käsittelee alle 18-vuotiaita
Interventio	Käsittelee vertaistuellista ryhmäterapiaa osana avh-kuntoutusta	Vertaistuellista ryhmäterapiaa ei ole käytetty osana kuntoutusta
Kieli	Kieli englanti tai suomi	Kieli jokin muu, mitä englanti tai suomi
Julkaisuajan- kohta	Julkaistu vuonna 2010–2020	Julkaistu ennen vuotta 2010
Saatavuus	Koko teksti saatavilla	Koko tekstiä ei saatavilla
Sisältö	Käsittelee AVH-kuntoutujan sosiaalisen eristytymisen vähentämistä.	Ei käsittele AVH-kuntoutujan sosiaalisen eristytymisen vähentämistä.

Tiedonhakuprosessin eteneminen on kuvattu kuviossa 2. Tarkempi kuvaus tiedonhausta on taulukossa 5, missä kuvataan tietokannat, hakupäivämäärät ja haussa käyt-

tetyt rajaukset. Näin tiedonhaku on tarvittaessa mahdollista toistaa. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on esitelty liitteessä 1, missä kuvataan tutkimukset, sekä niiden keskeiset tulokset.

Ennen lopullista artikkelien valintaa luettiin yhdeksän artikkelia kokonaan läpi varmistaen, että valitut artikkelit täyttävät asetetut sisäänottokriteerit (taulukko 6). Näin olen pelkästään se, että tutkimuksessa oli käytetty vertaistukeen perustuvaa ryhmämuotoista interventiota ei ollut riittävä peruste valita ko. tutkimusta mukaan tämän kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysiin.



Kuvio 2. Aineiston hakuprosessi

Systemaattinen tiedonhaku tuotti neljä tutkimusartikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Manuaalisen tiedonhaun kautta ei löytynyt yhtään tähän kirjallisuuskatsaukseen sopivaa tutkimusartikkelia. Opinnäytetyön tutkimuskysymys on hyvin rajaava, joten niukasta aineiston lukumäärästä huolimatta oltiin tyytyväisiä jäljelle jääneisiin tutkimuksiin.

6.3 Aineiston esittely ja laadun arviointi

Lopulliseksi aineistoksi kirjallisuuskatsaukseen valikoitui neljä artikkelia, mitkä kaikki ovat alkuperäistutkimuksia. Artikkeleista kaksi on julkaistu toimintaterapia-alan lehdissä (*Occupational Therapy in Health Care* ja *Canadian Journal of Occupational Therapy*), yksi *Disability and Rehabilitation*-lehdessä sekä yksi *Topics in Stroke Rehabilitation*-lehdessä vuosina 2012–2020. Valitun aineiston laatua arvioitiin Joanna Briggs- instituutin laatiman, suomeksi käännetyn tarkistuslistan avulla (Tutkimusten arviointikriteeristöt 2020) (kts. taulukko 7).

Taulukko 7. Mukaan otetut artikkelit ja niiden laadun arviointi

	Artikkeli	Artikkelin tyyppi	Otos	Laadun arviointi
1.	Lee, D., Fischer, H., Zera, S., Robertson, R. & Hammel, J. 2017. Examining a participation-focused stroke self-management intervention in a day rehabilitation setting: a quasi-experimental pilot study. <i>Topics in stroke rehabilitation.</i>	Ei-satunnaisesti kvasiko-keellinen tutkimus	Interventio-ryhmä n=9, verrokki-ryhmä n=8	8/9
2.	Morris, R. & Morris, P. 2012. Participant's experiences of hospital-based peer support groups for stroke patients and carers. <i>Disability and Rehabilitation.</i>	Semi-strukturoitu haastattelu (AVH-kuntoutuja) ja kyselykaavake (vertaistukija/omainen)	AVH-kuntoutuja n=7, omainen n=3 ja vertaistukija n=8	7/10
3.	Muller, M., Toth-Cohen, S. & Mulcahey, MJ. 2014.	Tapaustutkimus	n=13	7/8

	<p>Development and Evaluation of a Hospital-Based Peer Support Group for Younger Individuals with Stroke.</p> <p><i>Occupational Therapy in Health Care.</i></p>			
4.	<p>Wijekoon, S., Wilson, W., Govan, N. Ferreira, L., Phadke, C., Udler, E. & Bontempo, T. 2020.</p> <p>Experiences of occupational performance in survivors of stroke attending peer support groups.</p> <p><i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i></p>	Semi-strukturoitu haastattelu	n= 7	9/10

6.4 Teorialähtöinen sisällönanalyysi aineiston analysoinnin mallina

Opinnäytetyön aineiston muodostaville artikkeleille tehdään laadullinen sisällönanalyysi, jonka kautta tutkittava ilmiö kuvataan selkeästi ja jäsennetysti jakamalla aineisto pienempiin kokonaisuuksiin, käsitteellistämällä se ja lopuksi kokoamalla osista uusi, selkeä kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87; 102). Tämä opinnäytetyö toteutettiin teorialähtöisellä aineistoanalyysillä, missä ensimmäisen vaihe on analyysirungon muodostaminen (Tuomi & Sarajärvi 2012, 113). Analyysirungon sisältöluokien valinta ja määrittely perustuvat asetettuun tutkimusongelmaan ja teoreettiseen viitekehykseen (Seitamaa-Hakkarainen 2000,1). Analyysirunkoon valitulla luokituksella pyritään jäsentämään sitä tietoa, mitä tutkimukseen valittu aineisto sisältää vertaistuellisten interventioiden käytöstä AVH-kuntoutujien toiminnallisen identiteetin tukemisessa.

Tässä opinnäytetyössä analyysirungon muodostavat seuraavat luokat: 1) aineiston esittely, 2) artikkelien sisältö ja tema, 3) intervention toteutus, 4) toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentamiseen liittyvät teemat, 5) terapeuttiset strategiat ja 6) aineistosta nousevat käytännön ehdotukset. Analyysirunko on esitelty taulukossa 8.

Taulukko 8. Analyysirunko

	Luokka	Sisältö	Tarkoitus
1.	Esittely	- tekijä(t) - artikkelin nimi - julkaisutiedot	Aineiston esittely
2.	Sisältö ja teema	- toimintamuoto - artikkelin tarkoitus/tavoite - käytetyt metodit - kohdejoukko	Aineiston esittely
3.	Interventio	konkreettisen toteutuksen kuvaus	Intervention esittely
4.	Toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamiseen liittyvät teemat	- yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa - yhteyden rakentaminen oman itsensä kanssa - yhteyden rakentaminen toisten kanssa	Toiminnallisen identiteetin tukemiseen liittyvien teemojen poimiminen ja luokittelu Walder & Molineuxin (2017b) mukaisesti
5.	Terapeuttiset strategiat	- vahvistaminen - tunnistaminen - palautteen antaminen - neuvominen ja tiedon antaminen - neuvottelemine - strukturoiminen - valmentaminen - rohkaiseminen - fyysisen tuen antaminen	Intervention aikana toimintaterapeutin käyttämien terapeuttisten strategioiden poimiminen ja esittely.
6.	Päätelmät ja ehdotukset	- keskeisimmät päätelmät - käytännön ehdotukset	Artikkeleissa esitettyjen päätelmien ja käytännön ehdotusten poimiminen ja esittely

Analyysissa käytetyn luokittelun ymmärtämiseksi on tärkeää hahmottaa teoreettisesta viitekehystä nousevien käsitteiden merkitykset. Aineistoa lukiessani kiinnitin huomiota opinnäytetyöni teoreettisessa osuudessa Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentaminen AVH:n jälkeen (mukaillen Walder & Molineux 2017b) esittelemiini tekijöihin, joiden nähdään tukevan toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentamista AVH:n jälkeen. Näitä tekijöitä olivat esimerkiksi nykyisen tilanteen hyväksyminen, tunteiden hallitseminen ja ymmärretyksi tuleminen. Käytyäni aineiston läpi

paimien kyseenomaisia tekijöitä ylös, ja jaottelin ne vielä edelleen kolmen eri käsitteen alle. Terapeuttisten strategioiden osalta toimittiin samoin (kts. taulukko 8).

Luokittelun toteuttamisvaihetta kutsutaan koodaamiseksi, eli tehdään vertailua ja etsitään yhtymäkohtia aineistosta luokkien avulla. Sisällönanalyysin tavoitteena on kerätyn aineiston hajottaminen käsitteellisiksi osiksi, mitkä kootaan synteysin avulla tiedellisiksi johtopäätöksiksi. (Seitamaa-Hakkarainen 2000, 5–7.) Nämä syntyneet johtopäätökset raportoidaan seuraavassa luvussa 7 Integroivan kirjallisuuskatsauksen tulokset.

7 Integroivan kirjallisuuskatsauksen tulokset

Aineistossa kuvatut interventiot ja niistä löydetty terapeuttiset strategiat

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä pyydettiin kuvailemaan sitä, millaisia terapeuttisia strategioita vertaistuellisessa ryhmämuotoisessa toimintaterapiassa on käytetty AVH-kuntoutujan muuttuneen toiminnallisen identiteetin tukemiseksi. Tarkentavat alakysymykset liittyivät aineistossa esiteltyjen interventioiden kuvaamiseen ja siihen, missä vaiheessa kuntoutumisprosessia vertaistukiryhmiä on käytetty. Aineistossa mukana olleissa tutkimuksissa esiteltiin

1. Päiväkuntoutuksessa toteutettava AVH-kuntoutujien self-management-pohjaiseen IPASS-R-ohjelmaan perustuva vertaistukiryhmä (Lee ym. 2017).
2. Sairaalakuntoutuksen aikana toteutettava AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmä, missä oli mukana vertaistukihenkilöitä. Myös kuntoutujan lähiomaiset saivat osallistua ryhmään (Morris ym. 2012).
3. Alle 65-vuotiaiden ja avohoidossa olevien AVH-kuntoutujien sairaalaympäristössä toteutettava YESS-ohjelman (The Young Empowerment Program) mukainen vertaistukiryhmä (Muller ym. 2014).
4. Avohoidossa olevien AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmä (Wijekoon ym. 2020).

Mukaan valitut tutkimusartikkelit on esitelty analyysirungon avulla liitteessä 1. Tutkimusartikkeleissa 2 ja 4 raportoitii interventioiden ajoituksesta suhteessa kuntoutu-

misprosessiin seuraavasti: aivohalvauksesta on kulunut aikaa korkeintaan 10 kuukautta ja osallistujat olivat edelleen sairaalan kuntoutusosaston potilaina (Morris ym. 2012); aivohalvauksesta on kulunut aikaa 29–54 kuukautta ja osallistujat ovat avohoidossa (Wijekoon ym. 2020). Morris & Morrisin (2012) tutkimuksessa varhaisessa vaiheessa kuntoutumisprosessia annettu vertaistukeen perustuva ryhmäinterventio koettiin kaikkien osallistujien mielestä hyödylliseksi. Tärkeäksi koettiin se, että mukana olevilla vertaistukihenkilöillä on samanlainen kokemustausta, mitä ryhmään osallistuvilla kuntoutujilla. Mullerin ym. (2014) tutkimus oli suunnattu alle 65-vuotiaille AVH-kuntoutujille ja tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että vertaistukiryhmän sisältö tulisi suunnitella vastaamaan sen osallistujien elämänvaiheeseen sisältyviä tarpeita- mitkä luonnollisesti ovat erilaisia riippuen siitä, onko kuntoutuja vielä esimerkiksi pienten lasten huoltaja vai jo eläkkeellä oleva isovanhempi.

Interventioiden ajankäytöstä oli raportoitu tarkoin jokaisessa neljässä tutkimusartikkelissa: toimintaterapeutin ja vertaisohjaajan toteuttamana kuusi 90 minuutin tapaamista 2–3 kertaa viikossa (Lee ym. 2017); kaksi sairaalaosaston (tarkemmin määrittelämätöntä) työntekijää järjestivät yhteensä viisi kertaa puolentoistatunnin mittaisia tapaamisia joka toinen viikko (Morris ym. 2012); toimintaterapeutti organisoi yhdeksän 90 minuuttia kestävästä tapaamisesta noin joka toinen viikko (Muller ym. 2014); toimintaterapeutti ja fysioterapeutti järjestivät 60-90 minuutin mittaisia tapaamisia kerran kuussa- tarkemmasta ajanjaksosta ei löytynyt mainintaa (Wijekoon ym. 2020).

Ryhmään otettavien AVH-kuntoutujien toimintakykyä oli määritelty poissulkukriteerien avulla seuraavasti: vaikea afasia ja/tai vaikea kognitiivinen oirekuva (Lee ym. 2017); täysin vuodepotilas ja/tai erittäin vakava kielellinen/kognitiivinen vaikeus (Morris ja Morris 2012); afasia, vaikea kognitiivinen vaje ja/tai sairaalahoidossa olominen (Wijekoon ym. 2020). Yhdessä tutkimuksessa (Muller ym. 2014) oli vastaavasti määritelty sisäänottokriteerit: osallistujan tuli olla kykenevä seuraamaan ja ylläpitämään tarkkaavuutta/kognitiotaan 60–90 minuutin ajan, sekä kommunikoidaan joko puhumalla tai käyttämällä kommunikaatiovälinettä. Jos kuntoutuja tarvitsi fyysistä avustamista/wc-avustamista, tuli hänellä olla perheenjäsen mukanaan. Jokaisessa neljässä tutkimuksessa ryhmätapaamisten sisältö oli tarkoin strukturoitu. Taulukossa 9 on listattuna konkreettisia aineistossa kuvattuja ryhmäkertojen sisältöjä.

Taulukko 9. Ryhmäkertojen sisällöt

<p><i>Coping-strategioiden ja ongelman ratkaisun opetteleminen</i></p> <p>-kodissa tapahtuvissa toiminnoissa vastaantulevien haasteiden ratkaisemista uusien strategioiden ja apuvälineiden avulla (Lee ym. 2017)</p> <p>- muiden ryhmäläisten kertomukset omista coping-keinoistaan (Morris ja Morris 2012)</p> <p>- storytelling: muiden ryhmäläisten toimistarinoiden kautta oppii uusia coping-strategioita tai parempia tekniikoita, joiden avulla voi tehostaa omaa suoriutumistaan samasta toiminnosta (Wijekoon ym. 2020)</p>	<p><i>Mieliala</i></p> <p>- keskustelua aivohalvauksen jälkeisistä peloista, huolista ja saavutuksista sekä tunteiden säätelykeinoista (Muller ym. 2014)</p> <p><i>Yhteisön resurssit ja tuki</i></p> <p>-Americans with Disabilities-järjestön esittely</p> <p>-keskustelua potentiaalisista esteistä liittyen yhteisön toimintaan osallistumiseen (Lee ym. 2017)</p> <p>- vammaisedut (Wijekoon ym. 2020)</p>
<p><i>Tavoitteen asettaminen</i></p> <p>-Activity-Barrier-Changes-Doing-viitekehys ohjaa harjoittelemaan pienin askelin tapahtuvaa ongelmanratkaisemista ja tavoitteen asettelua (Lee ym. 2017)</p>	<p><i>Yhteinen tekeminen</i></p> <p>-ryhmän yhteinen retki paikkaan, joka oli ryhmän jäsenten yhdessä päättämä (Lee ym.2017)</p>
<p><i>Asiantuntijoiden esitykset</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - työskentely ja vapaaehtoistyö - autolla ajaminen - aivohalvaukseen liittyvän tietoisuuden lisääminen/aivohalvauksen ehkäiseminen - nukkuminen - jooga - ravitsemus (Muller ym. 2014) 	

Ryhmäkertojen sisällöissä korostuivat asiantuntijoiden esitykset liittyen AVH:n mukaan tuoman oirekuvan vaikutuksiin yhteisön jäsenenä toimimiseen, eli luennon aiheena saattoi olla esimerkiksi vapaaehtoistyön tekemiseen liittyvien asioiden käsittely. Mukana olevien tutkimusten tulosten perusteella ryhmään osallistujat kokivat näiden luentojen sisältöjen helpottavan heidän paluutaan yhteisöön.

Toinen esiin nouseva sisältökokonaisuus on erilaisten coping-strategioiden jakaminen ja haltuun ottaminen, millä on kaksiosainen positiivinen vaikutus; tiedon jakaja saa mahdollisuuden tuntee itsensä hyödylliseksi auttamalla toisia ja vastaavasti tiedon vastaanottaja pystyy uuden coping-strategian kautta kehittämään omaa kyvykkyyden tuntemustaan parantamalla toiminnallista suoriutumistaan (Wijekoon ym. 2020, 6).

Leen ym. (2017) tutkimuksessa hyödynnettiin I-PASS-R -ohjelmaa (*Improving Participation After Stroke Self-management program- Rehab-version*), joka on toimintaterapeutin ja vertaisohjaajan (eli itsekin AVH:n kokeneen) ohjaama kuuden istunnon ryhmäpohjainen interventio. Ohjelman tavoitteena on tukea aivohalvauksen kokeneita ikääntyviä aikuisia ylläpitämään aktiivista osallistumista koti- ja yhteisötoimintaan. Se perustuu **self-management**-ajatukseen, itsensä johtamiseen, jonka keskeinen piirre on minäpystyvyyden rakentaminen. Minäpystyvyyden rakentumista tuetaan ohjelmassa siten, että osallistujille mahdollistetaan tilaisuuksia, joissa he opettelevat hyödyntämään ongelmanratkaisua, tavoitteiden asettamista ja erilaisia käyttöstrategioita omaan elämäänsä liittyen.

Terapeuttisia strategioita aineistosta nousi esille yhteensä kuusi kappaletta. Palautteen antamiseen, neuvottelemiseen tai neuvomiseen ja tiedon antamiseen liittyviä terapeuttisia strategioita ei suoraan aineistossa esiintynyt. Alla olevassa taulukossa 9 on esitelty vertaistukiryhmissä käytetyt terapeuttiset strategiat. Leen ym. (2017) tutkimuksessa puhuttiin vertaisohjaajista, jotka oli koulutettu tukemaan osallistujien interventioon osallistumista. Tutkimuksessa ei erikseen mainittu toimintaterapeuttien käyttämistä keinoista, joten vertaisohjaajien saaman koulutukset perusteella interventiosta poimitut strategiat on otettu mukaan tähän analyysiin.

Taulukko 10. Vertaistukiryhmissä käytetyt terapeuttiset strategiat

Vahvistaminen	on kiinnostunut asiakkaan omasta käsityksestään liittyen omaan toimijuuteensa (Wijekoon ym. 2020)
Tunnistaminen	sallii kommunikoinnille lisääaikaa (Lee ym. 2017) tuottaa ryhmän tarpeisiin sopivia mielekkäitä toimintoja (Muller ym. 2014) toimintaterapeutin erityisosaamisen, toiminnan analyysin tekemisen ja ympäristön muokkaamisen kautta tapahtuva jokaisen asiakkaan ryhmään osallistumisen tukeminen (Wijekoon ym. 2020)
Strukturoiminen	Ryhmätapaamisten organisoiminen (Morris ja Morris 2012) Ryhmätapaamisten organisoiminen (Muller ym. 2014) toimintaterapeutin erityisosaamisen, tehtäväanalyysin tekemisen ja ympäristön muokkaamisen kautta tapahtuva jokaisen asiakkaan ryhmään osallistumisen tukeminen (Wijekoon ym. 2020)
Valmentaminen	yksinkertaistaa käytettyjä lauseita, avustaa kirjoittamisessa sekä varmistaa käytetyn materiaalin ohjeiden ymmärtämisen (Lee ym. 2017) ohjaa ryhmäläisiä aktiiviseen osallistumiseen mahdollistaen ryhmän tarpeisiin sopivien toimintojen turvallisen kokeilemisen (Muller ym. 2014)
Rohkaiseminen	potilaiden käytettävissä tarpeen mukaan auttaen käsittelemään yllättäviä tilanteita (Morris ja Morris 2012) on kiinnostunut asiakkaan omasta käsityksestään liittyen omaan toimijuuteensa (Wijekoon ym. 2020)
Fyysisen tuen antaminen	potilaiden yllättävistä hoidollisista tarpeista huolehtiminen, esimerkiksi wc-asiointi (Morris ja Morris 2012) tarvittaessa ryhmäläisten avustaminen (Muller ym. 2014)

Tunnistamiseen, strukturoimiseen ja valmentamiseen liittyviä strategioita hyödynnettiin interventioissa eniten. Toimintaterapeutin ammattiosaamisen erityispiirteet huomioitiin kahdessa tutkimuksessa. Wijekoon ym. (2020, 6) tuovat esille kaksi toimintaterapeuttien erityisosaamista, tehtäväanalyysin tekemisen ja ympäristön muokkaamisen, joiden kautta pystytään löytämään keino sille, kuinka tukea jokaista osallistujaa osallistumaan ryhmässä toteutettaviin toimintoihin huolimatta heidän yksilöllisistä haasteistaan. Muller ym. (2014, 280) mainitsevat toimintaterapeutin olevan holistisesti ajatteleva ammattilainen, jonka tulee huomioida AVH-kuntoutujan kanssa työskennellessään kaikki ne psykososiaaliset tekijät, kuten muutokset minäkuvas- ja tyytymättömyys koettuihin elämänrooleihin, mitkä voivat vaikeuttaa AVH:n jälkeistä toimintaan sitoutumista.

Kuinka interventiot tukevat AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista?

Toisen tutkimuskysymyksen kautta halutaan selvittää sitä, miten vertaistukitoiminnalla on voitu vahvistaa AVH-kuntoutujan toiminnallista identiteettiä. Lisäksi halutaan selvittää, onko aineistossa esitellyillä interventioilla pystytty vähentämään AVH-kuntoutujan sosiaalista eristäytymistä ympäröivästä yhteisöstä, minkä on aiempien tutkimusten perusteella nähty ehkäisevän toiminnallisen identiteetin häiriintymistä aivohalvauksen jälkeen (Martin-Saez & Neil 2019).

Mullerin ym. (2014) tutkimuksessa alle 65-vuotiaista AVH-kuntoutujista koostuneessa ryhmässä yli puolet osallistujista ilmoitti alkaneensa ryhmän jälkeen osallistumaan erilaisiin vapaa-ajan ja ADL-toimintojen toimintakokonaisuuksien alaisuuteen sijoittuviin toimintoihin. Samoin yli puolet ilmoitti kokeneensa sosialisoitumisen vertaisryhmäinterventio mielekkäimmäksi osa-alueeksi; uudet ystävyysuhteet ja sosiaalinen verkostoituminen olivat ryhmän hyödyllisin anti. Leen ym. (2017) tutkimuksessa hyödynnetyllä I-PASS-R- ohjelmalla todettiin olleen positiivinen vaikutus liittyen osallistujien omiin kokemuksiin kuntoutumisestaan (kommunikaatio, liikkuvuus ja voimakkuus), sekä yhteisöön integroitumisesta. Morris & Morrisin (2012) tutkimuksessa ryhmässä koettuja terapeuttisia etuja olivat: voimaantuminen ja inspiroituminen, yhteenkuuluvuuden tunne, uusien coping-strategioiden oppiminen, toisten auttamisen mahdollistuminen, turvallisuuden tuntu, mahdollisuus ilmaista tunteitaan, tunne lisääntyneestä oman itsen kontrollista ja ylipäätään itsenäisyydestä. Wijekoon ym. (2020) tutkimuksen tuloksena todettiin vertaistuen voivan luoda tietoa, toivoa, yhteenkuuluvuuden tunnetta ja oman arvontuntoa, minkä kautta mahdollistetaan AVH-kuntoutujan uudelleen osallistumista hänelle mielekkäisiin toimintoihin.

Kahdessa tutkimuksessa (Wijekoon ym. 2020 ja Morris & Morris 2012) nousi esille mielenkiintoinen näkökulma liittyen siihen, että vertaistukiryhmä antaa osallistujilleen mahdollisuuden nähdä itsensä vertaistensa joukossa uudessa valossa. AVH:iden vaikeusaste ja oirekuva vaihtelevat huomattavasti kudosvaurion laajuudesta ja sijainnista riippuen, mistä johtuen myös näissä tutkimuksissa mukana olleissa vertaistukiryhmässä on ollut mukana toimintakyvyltään erikuntoisia osallistujia. Wijekoo ym.

(2020) ja Morris & Morris (2012) tuovat esille, että vertaisten joukossa tapahtuu kahdensuuntaista vertailua; ylöspäin suuntautuvaa vertailemistä ja alaspäin suuntautuvaa vertailemistä. Molemmat suunnat vaikuttavat mielialaan niin positiivisesti, kuin negatiivisestikin. Alaspäin vertaileminen liittyy tilanteisiin, missä vertailija kokee itse olevansa muita paremmassa kunnossa. He tietävät olevansa muita onnekkaampia, mutta tiedostavat kuitenkin samalla, että heidän tilanteensa voi pahentua. Ylöspäin vertailemistä tapahtuu silloin, kun vertailija on muita huonommassa kunnossa. Tällöin vertailija saa toivoa oman toipumisensa suhteen nähdessään muiden edistymisen- toisaalta tämä voi myös lannistaa, mikäli oma kuntoutuminen ei edisty. (Wijekoo ym. 2020, 4.)

Taulukkoon 11 on koottu aineistossa mainittuja interventioiden aikana tehtyjä huomioita liittyen toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumisen tukemiseen. Morris & Morrisin (2012) tutkimusartikkelissa oli kerätty myös mukana olleiden lähiomaisien ja vertaistukihenkilöiden näkemyksiä vertaisryhmän hyödyistä, mutta tässä integroivassa kirjallisuuskatsauksessa keskityttiin tutkimuskysymyksen mukaisesti ainoastaan AVH-kuntoutujan kokemuksiin.

Taulukko 11. Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista tukevat teemat

Teemat	Havainnot
Yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa	<p><u>Tavoitteiden asettaminen</u></p> <p>- ”Opin asettamaan tavoitteita.” (Lee ym. 2017)</p> <p>- ”Olen enemmän perillä keinoista saavuttaa toipumista koskevat tavoitteeni.” (Muller ym. 2014)</p> <p><u>Nykyisen tilanteen hyväksyminen</u></p> <p>- ”Ryhmä auttoi minua tulemaan pois ”sairaana roolista” ja hyväksymään tilanteeni. Olen yksilö ja voin tehdä asioita.” (Lee ym. 2012) - ”Muiden saman kokeneiden kanssa ryhmässä oleminen teki minulle turvalliseksi hyväksyä sen, mitä minulle tapahtui.” (Lee ym. 2017)</p> <p>- ”Olen oppinut, että aivohalvauksen kokenut ihminen ei luultavasti enää kykene multitaskaamaan.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Kognitiivinen joustavuus: oman ajattelutavan uudelleenmuokkaus</u></p> <p>- ”Et tunne itseäsi niin hauraaksi, kun kuulet muiden käyneen läpi samat asiat, mitä sinäkin”. (Morris & Morris 2012)</p> <p>- ”Ryhmässä sain tunteen siitä, että en olekaan niin sairas, mitä ajattelin. Huomasin monien muiden tilanteen olevan huonompi, mitä minulla.” (Morris & Morris 2012)</p> <p>- ”On mukavaa nähdä muiden ryhmäläisten edistymistä.” (Wijekoon ym. 2020)</p>

	<p>-”Jos minulla on huono päivä oman tilanteeni suhteen, on hyvä muistaa ryhmässä olevan paljon haastavammassakin tilassa olevia kuntoutujia, jotka silti näyttävät selviytyvän tilanteensa kanssa hyvin. (Wijekoon ym. 2020)</p> <p>- ”Oleminen muiden samassa tilassa olevien kanssa antoi rohkaisua omalle kuntoutumiselleni.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p>- ”Muut ryhmäläiset neuvoivat minua ajattelemaan työhön paluuseen liittyvästä asiasta eri tavalla; hyödyntämään toisia taitojani menetettyjen tilalla.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Toivo</u></p> <p>- ” Olen oppinut näkemään tulevaisuuden positiivisempänä.” (Morris & Morris 2012)</p> <p>-”Tunnen oloni toiveikkaammaksi tulevaisuuden suhteen.” (Muller ym. 2014).</p>
<p><i>Yhteyden rakentaminen oman itsensä kanssa</i></p>	<p><u>Kyvykkyyden kehittäminen ja tunnistaminen</u></p> <p>-liikkuvuuden, voiman ja kommunikoinnin kehittyminen (Lee ym. 2017)</p> <p>-”Muiden ryhmäläisten keuharjoitteiden näkeminen inspiroi omaa harjoitteluani.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Itseluottamuksen kehittäminen</u></p> <p>-itseluottamuksen lisääntyminen ongelman ratkaisemisen, suunnittelun ja tavoitteen asettamisen harjoittamisen kautta (Lee ym. 2017)</p> <p>- ”Opin mitä apuja voit saada kotiin, ja mistä niitä voi saada. ” (Morris & Morris 2012)</p> <p>- ”Pystyin kysymään muilta, jo pidemmällä kuntoutumisessa olevilta, osallistujilta neuvoja siihen, kuinka toimia erilaisissa tilanteissa.” (Morris & Morris 2012)</p> <p>- ” Opin uusia tapoja selviytyä aivohalvaukseen liittyvistä asioista.” (Muller ym. 2014)</p> <p>-”Olen hankkinut tietoa puolustaakseni itseäni.” (Muller ym. 2014)</p> <p>- ”Samassa tilassa olevien kanssa jaetaan kokemuksia ja opitaan sitä kautta paljon uusia keinoja selviytyä muuttuneen arjen kanssa.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Tunteiden hallitseminen</u></p> <p>-”Käytän ryhmässä opittua selviytymisstrategiaa turhauttavien tai stressaavien tilanteiden kanssa.” (Muller ym. 2014)</p> <p><u>Sitoutuminen toimintaan</u></p> <p>-”Tiedän enemmän yhteisöön ja aivohalvaukseen liittyvistä resursseista.” (Muller ym. 2014)</p>
<p><i>Yhteyden rakentaminen toisten kanssa</i></p>	<p><u>Ymmärretyksi tuleminen</u></p> <p>- emotionaalisen tuen kokeminen vertaisten kautta (Lee ym. 2012)</p> <p>-”Muut ryhmäläiset tietävät, mitä sinä käyt läpi, toisin kuin omat perheenjäseneni.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Sosiaalinen sitoutuminen</u></p> <p>- sosiaalisen osallistumisen lisääntyminen (Lee ym. 2012)</p> <p>- ”Ryhmä on muuttanut elämäni antaen minulle uusia ystäviä, joilla myös on ollut aivohalvaus.” (Morris & Morris 2012)</p> <p>- ”Olen saanut uusia ystäviä.” (Muller ym. 2014)</p>

	<p>-”Tiedän enemmän aivohalvauksen jälkeisistä mahdollisuuksista liittyen mm. vapaa-ajan harrastuksiin ja vapaaehtoistoimintaan. (Muller ym. 2014)</p> <p>-”Saat informaatiota liittyen sosiaalisen elämäsi laajentamiseen.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Toisten auttaminen</u></p> <p>- ”Opimme auttamaan toisiamme.” (Lee ym. 2012)</p> <p>-”Tarjosin tukea muille ryhmän jäsenille.” (Muller ym. 2014)</p> <p>-”Koen voivani auttaa ja rohkaista uusia ryhmäläisiä.” (Wijekoon ym. 2020)</p> <p>-”Rohkaisin toista ryhmäläistä jatkamaan ruokailuvälineiden käyttöä. (Wijekoon ym. 2020)</p> <p><u>Oman avuntarpeen hyväksyminen</u></p> <p>- ”Opin puhumaan itseni puolesta, esimerkiksi varmistamaan esteettömyyteen liittyviä asioita etukäteen.” (Lee ym. 2012)</p> <p>- ”Ryhmässä toiset neuvovat minua liittyen siihen, kuinka minun tulisi toimia hankalissa tilanteissa ja ylipäätään elämäntilanteissa.” (Morris & Morris 2012)</p> <p><u>Yhteenkuuluvuuden tunne</u></p> <p>- ”Ryhmässä ymmärsin, että minulla on paljon enemmän yhteistä muiden aivohalvauksen kokeiden kanssa, mitä olisin uskonut.” (Morris & Morris 2012)</p> <p>-”Ryhmäläiset näkevät ja tukevat edistymistäsi.” (Wijekoon ym. 2020)</p>
--	--

Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista tukevista teemoista painottuivat **kognitiivinen joustavuus** (yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa), **itseluottamuksen kehittäminen** (yhteyden rakentaminen oman itsensä kanssa) ja **sosiaalinen sitoutuminen** (yhteyden rakentaminen toisten kanssa).

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata AVH:n sairastaneiden henkilöiden vertaistuellisen ryhmän merkitystä kuntoutujalle itselleen sekä sitä, millaisia terapeuttisia strategioita toimintaterapeutit voivat hyödyntää AVH-kuntoutujien vertaistuellista ryhmää ohjattaessaan. Tavoitteena oli koota integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin tutkimustietoa AVH-kuntoutujan vertaistuellisesta ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa käytetyistä ratkaisuista ja miten niiden avulla on pystytty tukemaan

AVH-kuntoutujan kuntoutumista erityisesti toiminnallisen identiteetin uusiksi rakentamisen osalta.

8.1 Tulosten tarkastelua

Aineistoissa raportoidut tulokset ovat keskenään samansuuntaisia, eli vertaistukiryhmään osallistumisen koettiin antavan AVH-kuntoutujalle itseluottamusta, keinoja ja tietoa, joiden myötä yhteisön toimintaan osallistumiseen liittyvä kynnyks madaltuu. Walderin ja Molineuxin (2017b) mukaan AVH-kuntoutujan toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamisessa tarvitaan kolmen eri osion yhteistyötä. Nämä osiot ovat **yhteyden rakentaminen todellisuuden, oman itsensä ja toisten kanssa**. Saatujen tulosten perusteella voidaan vertaisryhmässä tukea toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista jokaisen kolmen yhteyden kautta.

Toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumiseen liittyvistä teemoista yksi aineiston analyysissä eniten esille noussut oli sosiaaliseen sitoutumiseen (*yhteyden rakentaminen toisten kanssa*) liittyvät maininnat, kuten tiedon lisääntyminen erilaisista AVH-kuntoutujalle mahdollisista vapaa-ajan toiminnoista. Lisääntyvät sosiaaliset verkostot puolestaan voivat vähentää AVH-kuntoutujan riippuvaisuutta oma perheen tarjoamasta emotionaalista tuesta. Tämä on merkittävä asia, sillä AVH:n jälkeinen masennus on edelleen alidiagnosoitua ja alihoidettua, minkä lisäksi masennuksen on todettu olevan jopa yleisempää AVH-potilaiden puolisoitten parissa (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus 2020).

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysin perusteella toinen kolmesta esille nousseista toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumista tukevista teemoista oli kognitiivinen joustavuus (*yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa*), eli kyky nähdä asiat positiivisesti ja uudelleen muokata omaa ajattelutapaansa omasta tilanteestaan. Myös nykyisen tilanteen hyväksyminen painottui. Vertaistukiryhmässä on mahdollisuus verrata omaa tilaansa ja kuntoutumistaan muihin, jakaa kokemuksia ja sitä kautta opetella hyväksymään oma, nykyinen itsensä. On kuitenkin tärkeää huomioida sekin mahdollisuus, että ryhmän jäsenten kuntoutuminen voi edetä hyvinkin epätahdistisesti huolimatta samantyyppisestä lähtötilanteesta. Tuolloin vertaistukiryhmään

osallistumisen mielekkyyden ylläpitäminen voi olla haastavaa. (Wijekoon ym. 2020, 4.)

Ryhmissä oli keskusteltu erilaisista coping-strategioista ja käyty läpi asioita, kuten vapaaehtoistoiminnan mahdollisuudet, joiden kautta osallistujat ovat saaneet kannustusta ja rohkaisua lähteä toteuttamaan itselleen merkityksellisiä toimintoja (Lee ym. 2017, Morris ym. 2012, Muller ym. 2014 ja Wijekoon ym. 2020). AVH-kuntoutujan toimintaterapiassa on lähiaikoina alettu painottamaan yhä enemmän, toimintaterapian paradigman muutoksen mukaisesti, tehtäväsuuntautunutta (*task-oriented*) harjoittelua (Kovic & Schultz-Krohn 2018, 436; Gillen 2018, 817; Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 12–13). Mukaan valikoituneissa tutkimusartikkeleissa painottuivat kuitenkin eniten ryhmän jäsenten väliset keskustelut sekä asiantuntijavieraiden luennot, eikä artikkeleista selkeästi noussut esille sellaista tietoa, minkä perusteella ryhmätapaamisissa olisi toteutettu tehtäväsuuntautunutta harjoittelua. Lähinnä mainittiin, että tapaamisissa sai ideoita erilaisista tavoista tehdä arjen toimintoja, joita sitten pystyi kokeilemaan itse kotonaan (Morris & Morris 2012, 352). Ainoa poikkeus oli Leen ym. (2017) artikkeli, missä hyödynnettiin self-manage-menttiin pohjautuvaa I-PASS-R-ohjelmaa. Ohjelman yhtenä tapaamisaiheena oli kodissa tapahtuvissa toiminnoissa olevien haasteiden ratkaisemista uusien strategioiden ja apuvälineiden avulla.

Kolmantena teemana aineiston analyysissä liittyen toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentamiseen nousikin esille itseluottamuksen kehittäminen (*yhteyden rakentaminen oman itsensä kanssa*), eli mahdollisuus kokea toiminnallista pätevyyttä ja kontrolloida omaa toimintaansa. Erilaisiin coping-strategioiden tutustuminen ja mahdollisesti myös niiden harjoittelu lisäsivät erityisesti kokemuksen tunnetta oman toiminnan kontrolloinnista. Itse näen, että tällä kontrollin tunteella voidaan ajatella olevan yhteys muiden avun varassa olemiseen. Mitä vähemmän AVH-kuntoutuja on riippuvainen muiden avusta, sitä luottavammin hänen voidaan ajatella suhtautuvan oman ympäristökontekstinsa laajentamiseen vertaistukiryhmän ulkopuolelle.

Sekä MOHO:n vertaistuellisen opetuksellisen ryhmän määrittelyssä ja American Stroke Associationin vertaisryhmäoppaassa painotetaan tapaamisia, joissa käsitellään monipuolisesti erilaisia toiminnallisuuteen liittyviä asioita tukien osallistujien päivittäistä osallistumista toimintoihin. Ideaalisin vertaistukiryhmä on sellainen, missä osallistujat valitsevat itse ryhmässä käsiteltävät aiheet ja heille mahdollistetaan myös pelkästään ryhmän kesken tapahtuvien keskusteluhetkien toteutuminen. (de las Heras de Pablo ym. 2017, 203; Successful Stroke Support Groups- Our guide to organizing successful stroke support groups. N.d). Leen ym. (2017) ja Morris & Morrisin (2012) tutkimuksissa osallistujat saivat itse valita käsiteltäviä aiheita. Mullerin ym. (2014) ja Wijekoon ym. (2020) tutkimuksissa tapaamisen sisällön organisoivat ryhmän ohjaaja. On tärkeää huomioida se, että jokainen tässä aineistossa mukana ollut ryhmäinterventio toteutettiin tarkan struktuurin avulla. Struktuurissa on kuitenkin huomioitu ainakin kahden intervention (Wijekoon 2020, 3; Morris ja Morris 2012, 348) osalta huolellisesti se, ettei vertaisryhmän tapaaminen ole pelkästään asiantuntija-luennon kuuntelemista, vaan tapaamisessa on järjestetty tilaa myös tärkeille ryhmäkeskusteluille ja pienryhmäkeskusteluille, joiden aikana on mahdollisuus vaihtaa omia kokemuksia sairastumisen jälkeisestä elämästä. Myös artikkeleissa mainitut käsiteltävät aihealueet, kuten terveelliseen elämään ja vammaisten oikeuksiin liittyvät luennot, noudattelivat American Stroke Associationin julkaiseman oppaan suosituksia.

Aineiston analyysin perusteella tutkimusartikkeleissa painottuivat eniten tunnistamiseen, strukturoimiseen ja valmentamiseen liittyvät strategiat. Näkemykseni mukaan juuri nämä kolme strategiaa korostavat kaikista voimakkaimmin toimintaterapeuttien erityisosaamista- toiminnan analyysin tekemistä ja ympäristön muokkaamista:

1. Sellaisten vaihtoehtojen ja ratkaisujen etsimistä, joiden avulla voimme tukea asiakasta osallistumaan tälle merkitykselliseen toimintaan.
2. Asioiden rajaaminen ja pilkkominen selkeämpiin kokonaisuuksiin, mikä luo asiakkaan osallistumista tukevan turvallisen ilmapiirin.
3. Asiakkaan turvallisen osallistumisen mahdollistaminen sanallisen/manuaalisen ohjauksen tai demonstroinnin kautta.

Näiden kolmen terapeuttisen strategian esiin nouseminen on näin ollen täysin ymmärrettävää, mutta toisaalta olisi voinut odottaa neuvomiseen ja tiedon jakamiseen liittyvän strategian nousevan myös esille. MOHO:n terapeuttisissa strategioissa neuvomiseen ja tiedon jakamiseen liittyvällä strategialla tarkoitetaan kuitenkin lähinnä sellaisia tilanteita, missä terapeutti jakaa asiakkaalle tietoa ja esittelee ehdotuksia asiakkaan kannalta toteuttamiskelpoisiksi ja suositeltaviksi näkemistään terapian tavoitteista. Jotta tämä terapeutin toteuttama neuvonta olisi tarkoituksenmukaista ja tehokasta, olisi hänen tunnettava erityisesti asiakkaansa tahtoon, kuten motivaatioon, arvoihin ja mielenkiinnon kohteisiin liittyviä asioita. (de las Heras de Pablo ym. 2017, 198.) Näin kattavaa asiakkaaseen perehtymistä ei luultavastikaan ole mahdollista toteuttaa riittävässä määrin ryhmämuotoisen toimintaterapian puitteissa. Artikkeleissa ei mainittu mitään siitä, kuinka laajasti ryhmiä ohjanneet henkilöt olivat tutustuneet ryhmän jäseniin ja heidän taustoihinsa ennen vertaisryhmätoiminnan aloittamista. Lisäksi esimerkiksi Morrisin ja Morrisin (2012) artikkelissa esitelty kuntoutusosastolla toteutettu vertaistukiryhmä toimi avoimen ryhmän idealla, eli osallistujat vaihtuivat sen mukaan, keitä kuntoutujia osastolla oli. Luonnollisesti tämän kaltaisen ryhmän osalta sen ohjaajien on mahdotonta tehdä kattavaa etukäteen tapahtuvaa tutustumista asiakkaaseen. Edellä esitetyn perusteella voidaan näin ollen todeta, ettei vertaistukiryhmän ohjaamiseen sisältyvää yleisluontoista neuvomista ja tiedon jakamista, kuten tietoiskua henkilökohtaisen avustajan hakemiseen liittyvistä seikoista, voida käsittää terapeuttiseksi strategiaksi.

Itse kritisoin sitä, että fyysisen tuen antamiseen liittyvä strategia mainittiin selvästi ainoastaan Morris & Morrisin (2012) sairaalan kuntoutusosastolla järjestettyyn vertaistukiryhmään liittyen. Toisaalta voidaan ajatella, että vielä osastokuntoutuksessa olevien AVH-kuntoutujien fyysinen toimintakyky on niin alhainen, että ryhmää ei olisi edes ollut mahdollista järjestää ilman ohjaajien tarjoamaa fyysistä apua. Mullerin ym. (2014) tutkimusartikkelissa mainittiin erityiskriteerinä se, että mikäli kuntoutuja tarvitsi fyysistä avustamista/wc-avustusta, tuli hänellä olla perheenjäsen mukanaan. Jos vertaistukiryhmän ohjaajat eivät tarjoa fyysistä tukeaan osallistujille, rajaa tämä oman näkemykseni mukaan fyysiseltä toimintakyvyltään liian huonokuntoisia osallis-

tujia pois. Tämä vie samalla heiltä mahdollisuuden hyötyä vertaistukiryhmän tarjoamista mahdollisuuksia löytää esimerkiksi uutta motivaatiota kuntoutumisprosessiinsa.

Kahdessa tutkimuksessa (Morris & Morris 2012 ja Wijekoon 2020) esille nostettu vertaisryhmässä tapahtunut kahdensuuntainen vertailu (ylöspäin suuntautuva ja alaspäin suuntautuva) voi vaikuttaa ryhmän jäsenen toiminnalliseen suoriutumiseen joko vahvistamalla tai vaimentamalla kuntoutujan tahtoa. Tahto määritellään MOHO:ssa ihmisen ajatuksina ja tunteina itsestään toimijana hänen ennakoissaan, valitessaan, kokiessaan ja tulkitessaan toimiaan omassa ympäristössään (Wook Lee & Kielhofner 2017, 39–53). Tahdon vaimentumisella on siten suuri vaikutus kuntoutujan toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumisen kannalta. Näin ollen vertaistukiryhmän tuottamaa hyötyä arvioidessa tulee huomioida sen mukanaan tuomat mahdollisesti kielteisetkin seuraukset. Kuitenkin useat tutkimukset ovat tuoneet esiin sen, että pelkän toimintakyvyn kuntoutukseen keskittyvän kuntoutuksen rinnalle tarvittaisiin myös niin sanottua toimijuuden kuntouttamista tukemaan kuntoutujien osallisuutta omassa elämässään (Satink ym. 2013; Sabari 2001; Pikkarainen 2020). Tähän perustuen toivon, että myös suomalaisessa yhteiskunnassa lähdetäisiin toteuttamaan AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmiä tässä opinnäytetyössä esille tuotujen periaatteiden mukaisesti.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä kirjallisuuskatsaus tulee laatia hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tämän opinnäytetyö on toteutettu Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjetta noudattaen. Käytetyt tietokannat, hakusanat ja aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit on pyritty raportoimaan riittävän tarkasti, jotta tutkimus olisi toistettavissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–24; 231–233.). Käytettävät tietokannat valittiin luotettavista terveysalojen tietokannoista. Hakusanojen muotoilu toteutettiin mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti, ei liian suppeasti eikä liian laajasti. Tämä vaati useamman koehaun tekemisen. Mukaan valitut aineistot luettiin mahdollisimman tarkasti, jotta tärkeää tietoa ei jäisi huomaamatta. Toisaalta

tutkimusartikkelien valitsemisessa painottui voimakkaasti teoreettisessa viitekehyyksessä esiteltyjen tutkimusten tulokset, joten on mahdollista, että toinen henkilö ei päätyisi valitsemaan juuri näitä samoja artikkeleita, tai valitsisi niiden lisäksi vielä useamman artikkelin mukaan sisällönanalyysiin. Työssä tehdyt ratkaisut on kuitenkin pyritty perustelemaan luotettavuuden lisäämiseksi. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan nähdä myös se, että aineiston analyysiin valittujen tutkimusartikkelien sisältö on pyritty avaamaan aineiston analyysissa (liite 1) (Stolt ym. 2016, 33).

Aineisto, joka valikoitui tähän tutkimukseen mukaan, antoi melko saman suuntaisia vastauksia tutkimusongelmaan. Analysoidun aineiston määrä ($n=4$) on kuitenkin pieni, joten on todennäköistä, että asetettujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella aineistosta karsiutui pois tutkimusartikkeleita, jotka olisivat sisältönsä puolesta mahdollistaneet kattavamman tutkimustuloksen saavuttamisen. Myös aineistojen sisältämät otosmäärät olivat pieniä, mikä laskee tutkimukseni luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön osalta eettisyyttä lisää tarkan raportoinnin lisäksi sen avoin julkaiseminen Theseus-tietokannassa. Vastaavasti luotettavuutta heikentää se, että tämä kirjallisuuskatsaus toteutetaan yksin ilman toisen tutkijan yhteistyötä (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91).

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Kirjallisuuskatsaukseen koottujen tutkimusten perusteella AVH-kuntoutujien kohdalla pitäisi huomioida aiempaa enemmän toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumisen tukemista vertaisryhmän avulla ja sen merkitystä kuntoutujan sosiaalisen toimijuuden lisääntymisessä. Teoreettisessa osuudessa esiteltyjen tutkimusten perusteella yhteydenpito muiden kanssa on yksi avaintekijä AVH:n jälkeisessä toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamisessa.

Neurologisen kuntoutuksen toimintakäytäntöjen tutkimusta tarvitaan, jotta esteitä sairastuneiden ihmisten osallisuuden tieltä voidaan tunnistaa ja purkaa. Esimerkiksi sairaaloiden neurologisilla kuntoutusosastoilla voitaisiin lisätä vertaisryhmäidealla ta-

pahtuvaa kuntouttamista. Osastoilla tapahtuva kuntoutus on monesti yksilökuntoutusta, minkä myötä muiden kuntoutujien kohtaamisen mahdollistavat tilanteet voivat olla hyvinkin harvassa. AVH-kuntoutujan yksilöllisiä kokemuksia ja tavallisesta arjesta nousevat tavoitteet tulee huomioida, jos haluamme aidosti työskennellä asiakslähtöisesti. Jotta tämä toteutuisi vertaistukiryhmässä, tulisi osallistujien olla melko homogeenisiä ikänsä ja elämäntilanteensa suhteen. Vertaistukiryhmässä tulee myös tarjota osallistujille mahdollisuus vaikuttaa itse ryhmäkertojen sisältöön.

Huomionarvoista on, että jokaisessa neljässä mukana olleessa tutkimusartikkelissa vertaisryhmiä oli ohjaamassa ammattihenkilö, eivätkä ryhmätapaamiset järjestyneet ainoastaan vertaisohjaajien toteuttamana. Tutkimusartikkeleissa esitellyt ryhmätapaamiset sisälsivät myös tietyn struktuurin. Mielestäni nämä molemmat tekijät, ”ulkopuolinen” ammattihenkilö ja tapaamisstruktuuri, pitäisi sisällyttää myös Suomessa tapahtuvaan vertaisryhmätoimintaan riippumatta kohderyhmästä. On mahdollista, että ilman näiden elementtien läsnäoloa vertaistukiryhmissä keskitytään liikaa sairastumisen mukanaan tuomiin negatiivisiin asioihin.

Tutkimuksessa mukana olleiden artikkeleiden analyysin perusteella AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmän kautta pystytään tukemaan toiminnallisen identiteetin uudelleenrakentumisen osalta erityisesti kognitiiviseen joustavuuteen, itseluottamuksen kehittämiseen ja sosiaaliseen sitoutumiseen liittyviä tekijöitä. Tämän mahdollistamisessa on hyödynnetty toimintaterapeuttien erityisosaamista terapeuttisten strategioiden käytön muodossa. Jotta toimintaterapeutti voisi käyttää eri strategioita aidosti ja luonnollisesti niille sopivien tilanteiden ilmetessä, on tärkeää toteuttaa säännöllistä itsereflektiota aiheeseen liittyen. Lisäksi useammassa MOHO:n mukaisessa terapeuttisessa strategiassa edellytetään sitä, että toimintaterapeutilla on laaja käsitys asiakkaansa toiminnallisuuteen vaikuttavista ulottuvuuksista. Ryhmämuotoisessa terapiassa tämä vaatimus voi muodostua haasteelliseksi toteuttaa, mikä luonnollisesti rajoittaa toimintaterapeutin mahdollisuuksia käyttää kaikkia MOHO:n yhdeksää terapeuttista strategiaa vertaistukiryhmiä ohjatessaan.

Jatkotutkimusaiheeksi tästä kirjallisuuskatsauksesta nousee suomalaisessa yhteiskunnassa toteutettava AVH-kuntoutujien vertaistukiryhmä, missä painotettaisiin tämän

oman opinnäytetyöni esille nostamia, toiminnallisen identiteetin tukemiseen tähtääviä menetelmiä ja terapeuttisia strategioita. Terveystieteiden ammattilaisten ensisijainen huolenaihe on AVH-kuntoutujan kohdalla toiminnallisen kapasiteetin palauttaminen, kun kuntoutuja itse on huolissaan myös sopeutumisestaan muuttuneisiin rooleihin ja elämäntyyliin. Sairauden aiheuttamien rajoitusten ja muutosten takia sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpitäminen voivat olla haasteellisia ja AVH-kuntoutujia tulee tukea siinä, ettei heidän yhteydenpitonsa ympäristönsä kanssa lakkaa kokonaan. Sosiaalisen eristämisen vähentämisellä on merkittävä rooli AVH:n jälkeisessä toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamisessa.

Lähteet

- Aivoinfarkti ja TIA. 2020. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.2.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypa-hoito.fi
- Axelin, R., Stolt, M. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Korj. p. Turun yliopisto.
- de las Heras de Pablo, C-G., Fan, C-W. & Kielhofner, G. (posthumous). 2017. Dimension of Doing. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 107-122.
- de las Heras de Pablo, C-G., Parkinson, S., Pépin, G. & Kielhofner, G. (posthumous). 2017. Intervention Process: Enabling Occupational Change. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 195-216.
- Fisher, G., Parkinson, S. & Haglund, L. 2017. The Environment and Human Occupation. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 91-106.
- Flanagan, S.R., Cantor, J.B. & Ashman, T.A. 2008. Traumatic brain injury: Future assessment tools and treatment prospects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4, 877-892. Viitattu 20.8.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626927/>
- Gillen, G. 2018. Cerebrovascular Accident (Stroke). Teoksessa Pendleton, H. & Schultz-Krohn, W. (toim.) Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. 8th edition. Elsevier. 809–840.
- Craig, C. 2017. Working with groups. Teoksessa Curtin, Michael, Adams, Jo, Egan, Mary & Townsend, Elisabeth (toim.): Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment. Promoting occupation and participation. 7th edition. Elsevier. 432-442.
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2016. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. 3.–4. p. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 80–93. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Kauhanen, M-L. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 231–242.

Konsensuslausuma: Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. WWW-dokumentti. Viitattu 18.8.2020. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

Kovic, K. & Schultz-Krohn, W. 2018. Performance Skills: Definitions and Evaluation in the Context of the Occupational Therapy Practice Framework. Teoksessa Pendleton, H. & Schultz-Krohn, W. (toim.) Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. 8th edition. Elsevier. 435-443.

Lee, D., Fischer, H., Zera, S., Robertson, R. & Hammel, J. 2017. Examining a participation-focused stroke self-management intervention in a day rehabilitation setting: a quasi-experimental study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24, 8, 601–607.

Leppikangas, M. 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden terveyteen liittyvä elämälaatu ja kuntoutuksen vaikuttavuus. Pro gradututkielma, Kansanterveystiede, Itä-Suomen yliopisto, Kansanterveystieteiden yksikkö ja Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron. Viitattu 17.2.2020. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120692/urn_nbn_fi_uef-20120692.pdf

Lääketiede: Tutkimuskysymyksen jäsenitys ja PICO, N.d. Tampereen yliopiston kirjaston www-sivustolla. Viitattu 17.8.2020. <https://libguides.tuni.fi/Laaketiede/PICO>

Martin-Saez, M. M. & James, N. 2019. The experience of occupational identity disruption post stroke: a systematic review and meta-ethnography. *Disability and Rehabilitation*, 2, 1-12. Viitattu 2.10.2020. <https://janet.finna.fi>, Pubmed.

McKenna, J. 2017. Psychosocial support. Teoksessa Curtin, Michael, Adams, Jo, Egan, Mary & Townsend, Elisabeth (toim): Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment. Promoting occupation and participation. 7th edition. Elsevier. 416–431.

Mikä on aivoverenkiertohäiriö? (AVH). 2020. Julkaisu Aivoliiton www-sivustolla. Viitattu 14.2.2020. <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/faktat/>

Morris, R. & Morris, P. 2012. Participants' experiences of hospital-based peer support groups for stroke patients and carers. *Disability and Rehabilitation*, 34, 4, 347-354.

Muller, M., Toth-Cohen, S. & Mulcahey, MJ. 2014. Development and Evaluation of Hospital-Based Peer Support Group for Younger Individuals with Stroke. *Occupational Therapy in Health Care*, 28, 3, 277–295.

Muuronen, A. 1999. Mitä minulle on tapahtunut? ja Alkuvaiheen kuntoutus. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) Elämän uusi painos. Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 43–55, 79–83.

O'Brien, J. C. & Kielhofner, G. (posthumous). 2017. The Interaction between the Person and the Environment. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 24–37.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, M. ja Autti-Rämö, I. (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta: Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela.

Pikkarainen, A. 2020. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 25.10.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8250-8>

Sabari, J. S. 2001. Quality of life after stroke: Developing meaningful life roles through occupational therapy. *Loss, Grief & Care*, 9, 1-2, 155-169.

Satink, T., Cup, E.H., Ilott, I., Prins, J., de Swart, B. J. & Nijhuis-van der Sanden, M. W. 2013. Patients' Views on the Impact of Stroke on Their Roles and Self: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1171-8. Viitattu 20.8.2020. [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)00032-4/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)00032-4/pdf)

Silver, J. M., McAllister, T. W. & Arciniegas, D. B. 2009. Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 166, 653-661. Viitattu 20.8.2020. https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2009.08111676?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&

Stolt, M. & Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Juvenes Print.

Successful Stroke Support Groups- Our guide to organizing successful stroke support groups. N.d. Opasjulkaisu American Stroke Associationin www-sivustolla. Pdf-tiedosto. Viitattu 5.10.2020. https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/help-and-support/support-group-leaders-guide-ucm_309688.pdf?la=en&hash=377FB09728E82960537187D11F40326AAA2519FF

Taylor, R.R. 2017. Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Applicatily. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Tham, K., Erikson, A., Fallaphour, M., Taylor, R. R. & Kielhofner, G. (posthumous) 2017. Performance Capacity and the Lived Body. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 74–90.

Tunnista aivoinfarkti – hoitoon ja heti! (aivoinfarkti ja TIA). 2020. Artikkelin Duodecim-lehden www-sivustolla. Viitattu 16.2.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=khp00062.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Tutkimusten arviointikriteeristö. 2020. Materiaali Hotus Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivuilla. Viitattu 2.10.2020. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2000. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Viitattu 18.10.2020. https://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sis%C3%A4ll%C3%B6n_analyysi

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 7–22. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 107–117. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Walder, K. & Molineux, M. 2017a. Occupational adaptation and identity reconstruction- a grounded theory synthesis of qualitative studies exploring adult's experiences of adjustment to chronic disease, major illness or injury. *Journal of Occupational Science*. 24,2, 225-243. Viitattu 2.10.2020. <https://core.ac.uk/download/pdf/143897732.pdf>

Walder, K. & Molineux, M. 2017b. Re-establishing an occupational identity after stroke – a theoretical model based on survivor experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 80, 10, 620–630.

Wijekoon, S., Wilson, W., Gowan, N., Ferreira, L., Phadke, C., Udler, E. & Bontempo, T. 2020. Experience of occupational performance in survivors of stroke attending peer support groups. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87, 3, 173-181.

Wook Lee, S. & Kielhofner, G. (posthumous) 2017a. Volition. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 38-56.

Wook Lee, S. & Kielhofner, G. (posthumous) 2017b. Habituation: Patterns of Daily Occupation. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 57-73.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 56-66. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Vertaistuki AVH:n sairastaneille ja läheisille. 2020. Artikkelit Aivoliiton www-sivustolla. Viitattu 18.8.2020. <https://www.aivoliitto.fi/tule-mukaan/vertaistuki/vertaistuki-avh-n-sairastaneille-ja-omaisille/>

Yamada, T., Taylor, R. R. & Kielhofner, G. (posthumous) 2017. The Person-Specific Concepts of Human Occupation. Teoksessa Taylor, R. R. (toim.) Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 11-23.

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. 2008. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin konsensuslausuma. Pdf-tiedosto. Viitattu 1.4.2020. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

Liitteet

Liite 1. Aineistoon kuuluvien artikkelien teorialähtöinen sisällönanalyysi

	Tekijä(t), artikkelin nimi ja julkaisutiedot	Sisältö ja teema Artikkelin tarkoitus/tavoite, käytetyt metodit, kohdejoukko	Interventio Konkreettinen toteutus	Toiminnallisen identiteetin uudelleen rakentamiseen liittyvät teemat yhteyden rakentaminen todellisuuden, oman itsensä ja toisten kanssa	Terapeuttiset strategiat Toimintaterapeutin interventiossa käyttämät strategiat	Päätelmät ja ehdotukset Keskeisimmät päätelmät ja käytännön ehdotukset
1.	<p>Lee, D., Fischer, H., Zera, S., Robertson, R. & Hammel, J. 2017.</p> <p>Examining a participation-focused stroke self-management intervention in a day rehabilitation setting: a quasi-experimental pilot study.</p> <p><i>Topics in stroke rehabilitation.</i></p>	<p>Self-management program</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida IPASS-R-ohjelman (Improving Participation After Stroke Self-Management Program- Rehab-version) soveltuvuutta sekä tehokkuutta päivä kuntoutuksessa. Tavoitteena oli tutkia sitä, voitaisiinko tämän ohjelman kautta tukea aiempaa paremmin aivohalvauksipotilaiden siirtymistä kuntoutuksesta takaisin yhteisöön.</p> <p>17 AVH-kuntoutujaa; interventoryhmä n=9, kontrolliryhmä n=8</p> <p>Interventoryhmässä 8 naista ja 1 mies, keski-ikä 62 (vaihteluväli 52–75) vuotta. Kontrolliryhmässä 5 miestä ja 3 naista, keski-ikä 55 (vaihteluväli 47–67) vuotta.</p> <p>Poissulkukriteerit: vaikea afasia tai vaikea kognitiivinen oirekuva.</p>	<p>IPASS-R-ohjelma sisälsi kuusi 90 minuutin mittaista tapaamista. Osallistujat jaettiin useampaan 3–4 hengen ryhmään ja tapaamisia pidettiin 2–3 kertaa viikossa. Tapaamiset toteutti toimintaterapeutti ja aivohalvauksen kokenut vertaisohjaaja.</p> <p>Activity-Barrier-Changes-Doing (ABCD)- viitekehys ohjasi osallistujia harjoittelemaan pienin askelin tapahtuvaa ongelmanratkaisemista ja tavoitteen asettelua. Osallistujien tuli A. määrittellä toiminto, mitä halusivat kehittää/sitoutua uudelleen B. listata esteet, mitkä estivät valittuun toimintoon sitoutumisen, C. määrittää PEOP-mallin avulla muutokset, mitä he voisivat tehdä kehittääkseen toimintoon sitoutumistaan ja D. valita mihin muutokseen pyrkii, tehdä toimintasuunnitelma ja toimia.</p> <p>Tapaamisten sisältö:</p>	<p>Yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa: nykyisen tilanteen hyväksyminen, tavoitteiden asettaminen</p> <p>Yhteyden rakentaminen oman itsensä kanssa: kyvykkyyden kehittäminen ja tunnistaminen, itseluottamuksen kehittäminen</p> <p>Yhteyden rakentaminen toisten kanssa: ymmärretyksi tuleminen, yhteenkuuluvuuden tunne, oman avuntarpeen hyväksyminen, toisten auttaminen</p>	<p>Vertaisohjaajat oli koulutettu tukemaan osallistujien interventioon osallistumista seuraavasti:</p> <p>sallii kommunikoinnille lisää aikaa, käytettyjen lauseiden yksinkertaistaminen, kirjoittamisessa avustaminen sekä käytettyjen materiaalien ohjeiden ymmärtämisen varmistaminen.</p>	<p>Osallistujat kokivat saavansa lisää itseluottamusta IPASS-R-ohjelman ongelmanratkaisua, suunnittelamista ja tavoitteen asettamista sisältävän prosessin ansiosta. monet osallistujat viittasivat ohjelman kautta saatuihin tietoihin ja taitoihin ja siihen, miten ne auttoivat heitä saamaan itseluottamusta jatkaa sitä, mitä he haluavat tehdä yhteisössään.</p> <p>Lisäksi mainittiin vertaistuen mahdollistama voimaantumisen ja emotionaalisen tuen kokemukset. Suurin osa osallistujista ilmaisi ryhmässä tapahtuneen vertaisuorovaikutuksen auttaneen heitä avautumaan omien tunteiden viestimisen suhteen ja rakentamaan itseluottamustaan.</p>

		Ei-satunnaistettu kvasi-kokeellinen tutkimus (kontrolliryhmä, ja ennen- jälkeen testaus)	1.Ohjelmaan tutustuminen ja ABCD-viitekehukseen liittyvä ongelman ratkaisu-askelmien esittely. 2. Kodissa tapahtuvien toimintojen haasteiden ratkaisemista uusien strategioiden ja apuvälineiden avulla. Americans with Disabilities-yhdistyksen esittely. 3. Tietoa yhteisöjen resursseista ja palveluista. Kuinka pyytää majoitusta. 4. Keskustelua potentiaalisista esteistä liittyen yhteisön toimintaan osallistumiseen. Yhdessä tehtävän yhteisöön suuntautuvan retken suunnittelua. 5. Yhteinen retki yhteisöpaikkaan, mikä on osallistujien itse valitsema. 6. Perheen tai ystävien kanssa kommunikointi. Pitkän aikavälin suunnittelua.			Saadut tulokset osoittavat, että päivä kuntoutusohjelmaan integroidulla IPASS-R-ohjelmalla on myönteinen vaikutus yhteisön yhdyntymiseen ja havaittuihin toipumistuloksiin. IPASS-R:n selvittämiseksi tarvitaan tulevaisuudessa tutkimus, jossa tutkitaan suurempaa otoskokoja ja noudatetaan tiukempaa tutkimussuunnittelua.
2.	Morris, R. & Morris, P. 2012. Participant's experiences of hospital-based peer support groups for stroke patients and carers. <i>Disability and Rehabilitation.</i>	Tutkia AVH-potilaiden, lähiomaisten sekä vapaaehtoisten vertaistukiryhmistä sairaalakuntoutuksen aikana. Ryhmään osallistujien määrä vaihteli osastolla olevien potilaiden mukaisesti, mutta tutkimusanalyysi koostuu: 7 AVH-kuntoutujaa (iältään 44–95-vuotiaita) 3 AVH-kuntoutujan lähiomaista, 8 AVH-vertaistukihenkilöä. Aivohalvauksesta kulunut aikaa korkeintaan 10 kuukautta. Eriasteista afasiaa oli viidellä ja kognitiivista oirekuvaa (lähinnä muistin osalta) neljällä. Semi-strukturoitu haastattelu	1,5 tuntia kestävä ryhmätapaamiset järjestettiin keskimäärin kaksi kertaa kuussa. Aiheet muodostuivat "rolling set"-periaatteella ja olivat osallistujien asettamia. Aiheita olivat: kognitiiviset häiriöt, mieliala, paraneminen, puhe ja kommunikointi sekä ajaminen ja yhteisön tuki. Tapaamisformaatti: esittelyt, koko ryhmän keskustelu, virvokkeet, pienryhmäkeskustelu (potilaat ja lähiomaiset erillään) ja lopuksi vielä koko ryhmän keskustelu.	Yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa: kognitiivinen joustavuus (kyky nähdä asiat positiivisesti ja muokata omaa ajattelutapaansa), nykyisen tilanteen hyväksyminen Yhteyden rakentaminen oman it-sensä kanssa: itseluottamuksen kehittämisen (toiminnallisen pätevyyden kokeminen ja mahdollisuus kontrolloida omaa toimintaansa) Yhteyden rakentaminen toisten kanssa: yhteenkuuluvuuden tunne, oman avuntarpeen hyväksyminen ja sosiaalinen sitoutuminen	Jokaiseen ryhmätapaamiseen osallistui kaksi henkilökunnan jäsentä. Yksi henkilöstön jäsen osallistui esityslistan organisointiin ja toinen osallistui myös keskusteluun ja oli käytettävissä potilaiden auttamiseen tarpeen mukaan ja käsittelemään yllättäviä keskeytyksiä, kuten potilaiden odottamattomia hoitotarpeita.	Koettiin etuihin kuuluivat hyödyllisen tiedon saaminen, uusien yhteyksien luominen ja aivohalvaukseen liittyvän tietoisuuden lisääntyminen. Osallistujat tunnistivat tärkeitä ryhmäprosessiin liittyviä seikkoja, kuten muihin osallistujiin suuntautuvaa ylös- ja alaspäin vertailua. Tämä varhaisessa vaiheessa kuntoutusta annettu vertaistukiryhmäinterventio koettiin kaikkien osallistujien mielestä hyödyllisenä. Vertaistukihenkilöillä tulee olla samanlainen kokemustausta, mitä ryhmään osallistuvilla potilailla. Henkilöstön ottamista mukaan ryhmiin pidettiin tärkeänä ja hyödyllisenä. Ryhmässä koettuja terapeuttisia etuja olivat:

							voimaantuminen ja inspiroituminen; yhteenkuuluvuuden tunne; uusien coping-strategioiden oppiminen; toisten auttamisen mahdollistuminen; turvallisuuden tunnetaan; tunne lisääntyneestä oman itsen kontrollista ja itsenäisyydestä.
3.	<p>Muller, M., Toth-Cohen, S. & Mulcahey, MJ. 2014.</p> <p>Development and Evaluation of a Hospital-Based Peer Support Group for Younger Individuals with Stroke.</p> <p><i>Occupational Therapy in Health Care.</i></p>	<p>Tutkia sairaalaympäristössä toteutettavan, toimintaterapeuttisiin lähtökohtiin pohjautuvan YESS-ohjelman (The Young Empowerment Stroke Support) vaikutavuutta alle 65-vuotiaiden avohoidossa olevien aivohalvauksesta selviytyneiden kuntoutujien elämään.</p> <p>13 AVH-kuntoutujaa (iältään 18–65-vuotiaita)</p> <p>AVH-kuntoutujan tuli olla kykenevä seuraamaan ja ylläpitämään tarkkaavuutta/kognitiotaan 60–90 minuutin ajan, sekä kommunikoida joko puhumalla tai käyttämällä kommunikaatiovälinettä. Jos kuntoutuja tarvitsi fyysistä avustamista/wc-avustusta, tuli hänellä olla perheenjäsen mukana.</p> <p>Tapaustutkimus: SIS (Stroke Impact Scale) ja CIQ (Community Integration Questionnaire) ensimmäisen ja viimeisen ryhmäkerran yhteydessä sekä mielipidekysely viimeisen ryhmäkerran jälkeen.</p>	<p>YESS-ryhmä kokoontui yhdeksän kertaa 18 viikon aikana. Yksi tapaaminen kesti 90 minuuttia ja keskittyi aina tiettyyn aiheeseen, kuten aktiiviset coping-strategiat ja nukkuminen aivohalvauksen jälkeen (kts. liite 2). Yhdeksästä tapaamisesta kuudessa oli mukana ryhmän ulkopuolinen asiantuntijapuhuja, kuten neuropsykologi.</p> <p>Osallistujia kannustettiin osallistumaan mahdollisimman moneen ryhmätapaamiseen. Jos ensimmäinen tapaaminen meni ”ohi”, annettiin uudelle osallistujalle kahdenkeskinen ohjaustuokio, missä keskusteltiin asiakkaan tavoitteista ja ryhmän normeista.</p> <p>Kaikki ryhmätapaamiset järjestettiin aluesairaalan avohoidossa. Osallistujia vaadittiin järjestämään oma kuljetus.</p>	<p>Yhteyden rakentaminen todellisuuden kanssa: toivo ja tavoitteiden asettaminen</p> <p>Yhteyden rakentaminen oman itsensä kanssa: tunteiden hallitseminen, itseluottamuksen kehittäminen (toiminnallisen pätevyyden kokeminen ja mahdollisuus kontrolloida omaa toimintaansa) ja sitoutuminen toimintaan</p> <p>Yhteyden rakentaminen toisten kanssa: toisten auttaminen ja sosiaalinen sitoutuminen</p>	<p>Toimintaterapeutti koordinoi ja fasilisoi ryhmätapaamisia hankkimalla asiantuntijavieraita puhumaan tietyistä erityisaiheista.</p> <p>Toimintaterapeutin rooli vertaistukiympäristössä on vetäjän rooli, jossa hän toimii ohjaten ryhmäläisiä aktiiviseen osallistumiseen kehittäen ja tuottaen ryhmän tarpeisiin sopivia mielekkäitä toimintoja.</p> <p>Tämän lisäksi toimintaterapeutti (kuten kaikki muutkin ryhmän järjestämiseen osallistuvat ammattihenkilöt) osallistuivat ryhmään mukaan ja tarvittaessa avustivat ryhmäläisiä.</p>	<p>Aivohalvauksen jälkeinen vertaistukiryhmä edistää yhteisöön integroitumista, coping-strategioiden hallintaa ja roolimahdollisuuksia.</p> <p>Huolimatta yhtäläisyyksistä neurologisissa seurauksissa aivohalvauksesta, nuoremmilla ja vanhemmilla aivohalvauspotilailla on erilaiset tarpeet iän tai roolit ja elämänvaiheet, erityisesti perheeseen, työhön ja autolla liikkumiseen liittyen. Nuoremmat avh-kuntoutujat tarvitsevat kuntoutusta, mikä on suunniteltu vastaamaan näihin tarpeisiin.</p> <p>Vaikka yhteisöön integroituminen ja roolien saavuttaminen ovat ensisijaisia tavoitteita monille henkilöille aivohalvauksen jälkeen, ovat resurssien puutteet ja rajoitettu pääsy kuljetukseen olleet esteinä. Tämän ohjelman onnistumisesta riippumatta on tarpeellista tarkistaa poliittisten toimien tarve liittyen niiden ympäristöesteiden poistamiseen, mitkä edelleen syrjäyttävät aivohalvauksen tai muun vammautumisen kokeneen henkilön yhteisön ulkopuolelle.</p>	

4.	<p>Wijekoon, S., Wilson, W., Govan, N. Ferreira, L., Phadke, C., Udler, E. & Bon-tempo, T. 2020.</p> <p>Experiences of occupational performance in survivors of stroke attending peer support groups.</p> <p><i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i></p>	<p>Tutkia avohoidossa olevien AVH-kuntoutujien kokemuksia vertais- tukiryhmään osallistumisen vai- kutuksesta heidän toiminnalli- seen suoriutumiseensa.</p> <p>7 AVH-kuntoutujaa (kaikki mie- hiä, 49–66-vuotiaita)</p> <p>Aivohalvauksesta kulunut aikaa 29–54 kk.</p> <p>Poissulkukriteerit: afasia, vaikea kognitiivinen vaje, tällä hetkellä sairaalahoitossa oleminen.</p> <p>Semi-strukturoitu haastattelu</p>	<p>Ryhmätapaamiset järjestettiin kerran kuussa terveyskeskuksen tiloissa. Ryhmää johtivat toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Keskimäärin ryh- mässä oli mukana 30 kuntoutujaa ja omaishoitajaa. Tapaaminen kesti 60– 90 minuuttia ja sisälsi strukturoidun luentokokonaisuuden, missä yhteisön palvelujen edustajat ja ammattilaiset keskustelevat eri aiheista, kuten hen- kilökohtaisesta turvallisuudesta ja vammaisetuisuuksista. Luennon jäl- keen ryhmäläisillä oli mahdollisuus keskustella luennon aiheesta tois- tensa kanssa nauttien samalla virvok- keista.</p>	<p>Yhteyden rakentaminen todellisuus- den kanssa: kognitiivinen jousta- vuus (oman ajattelutavan uudel- leenmuovaaminen), toivo ja nykyi- sen tilanteen hyväksyminen</p> <p>Yhteyden rakentaminen oman it- sensä kanssa: itseluottamuksen ke- hittäminen (toiminnallisen pätevyy- den kokeminen ja mahdollisuus kontrolloida omaa toimintaansa)</p> <p>Yhteyden rakentaminen toisten kanssa: ymmärretyksi tuleminen, yhteenkuuluvuuden tunne, toisten auttaminen ja sosiaalinen sitoutu- minen</p>	<p>Toimintaterapeutit voivat varmistaa, että osallistujat luovat positiivisia käsityk- siä omasta todellisuudes- taan erityisesti silloin, kun he ovat alttiina vertaisten menestyksille.</p> <p>Lisäksi toimintaterapeutin erityisosaaminen tehtävä- analyysin tekemiseen ja ympäristön muokkaami- seen liittyen ovat keino tu- kea jokaisen osallistujan osallistumista vertaisryh- män toimintaan huoli- matta osallistujien yksilölli- sistä haasteista.</p>	<p>Haastattelujen perusteella vertais- ryhmään osallistuminen vaikutti osallistujien kokemaan toiminnalli- seen suoriutumiseensa neljällä ta- paa. 1. Vertaisryhmä koettiin pai- kaksi, jonne voi tuntea kuuluvansa. 2. Osallistujat kokivat löytäneensä toivoa liittyen kohti paluuta itsel- leen merkitykselliseen toimintaan. 3. Oppivat uusia coping-strategi- oita liittyen omiin toiminnallisiin haasteisiinsa ja 4. Löysivät itsensä ulkopuolisen tarkoituksen toimin- nalle (muiden auttaminen).</p> <p>Tämä tutkimus lisää olemassa ole- vaa tutkimusnäyttöä siitä, että ver- taistukiryhmät auttavat aivohalvauskuntoutujia takaisin mielekkäisiin toimintoihin, hallitse- vat aivohalvauskokemustaan ja yli- päättään kuntoutuksen aikana suuntaamaan ajatuksiaan positiivi- sesti eteenpäin kohti tulevaisuutta.</p>
----	---	--	---	--	--	--