

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysalan koulutusohjelma

Kliininen asiantuntija/ Mielenterveys- ja päihdehoitotyö

2015

Tuula Reini

ARKEEN VOIMAA–RYHMÄTOI- MINNAN VAIKUTUS PITKÄAI- KAISSAIRAUTTA SAIRASTA- VIEN ITSEHOITOTAITOIHIN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma | Mielensterveys- ja päihdehoitotyö

Toukokuu 2015 | 66 sivua + 2 liitettä

Heikki Ellilä

Tuula Reini

ARKEEN VOIMAA-RYHMÄTOIMINNAN VAIKUTUS PITKÄAIKAISSAIRAUTTA SAIRASTAVIEN ITSEHOITOTAITOIHIN

Pitkäaikaissairaudet ovat yleisin kuolinsyy sekä merkittävä köyhyden aiheuttaja maailmassa. Terveellisiä elintapoja edistämällä voidaan estää ennenaikaisia kuolemia ja välttää sairauksien aiheuttamaa haittaa. CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program), Suomessa nimellä ArVo (Arkeen Voimaa), on maailman laajuisesti levinnyt ryhmätoimintamalli, jonka tarkoituksena on tukea henkilöitä, joilla on pitkäaikaissairaus.

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin tilaustyönä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Terveyden edistämisen yksikölle. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina haastatteleamalla viittä (n=5) Arvo-pilottiryhmään osallistunutta ryhmäläistä. Kehittämisprojektin tavoitteena oli antaa tietoa ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten koettuun terveyteen, hyvinvointiin, itsehoitotaitoihin, terveyskäyttäytymisen muuttumiseen sekä yksinäisyyden kokemuksiin. Kehittämisprojektin tavoitteena oli myös tuottaa kokemuksellista tietoa ArVo-ryhmästä ja sen merkityksestä ryhmään osallistuneille sekä kehittämis ehdotuksia Arvo-ryhmätoiminnalle. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää osallistujien kokemuksia terveyskäyttäytymisensä muuttumisesta, itse arvioidun terveydentilan ja hyvinvoinnin kokemuksen sekä itsehoitotaitojen kohentumisesta ryhmän jälkeen. Tarkoituksena oli myös selvittää ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen sekä ryhmäläisten kehittämis ehdotuksia Arkeen Voimaa-ryhmätoiminnalle.

ArVo-ryhmätoiminnan merkittävimpänä antina koettiin toisilta ryhmäläisiltä ja vertaisohjaajilta saatu vertaistuki. Ryhmässä oivallettiin eri sairauksien tuomien ongelmien olevan samanlaisia. Ryhmätoiminta vahvisti osallistujien tietoutta ja siten myös toimintaa. Se toi osallistujille lisää itseluottamusta ja vahvistusta arjen päätöksissä. Ryhmä rohkaisi osallistujia ja antoi toivoa tulevaisuuteen. Ryhmätoiminnalla on ollut positiivinen vaikutus osallistujien yksinäisyyden kokemuksiin. Yhteisiä tapaamisia on ollut myös ryhmän jälkeen. Tämän kehittämisprojektin mahdollisuutena on tietoisuuden lisääminen vertaistukitoiminnasta ja ArVo-ryhmätoiminnasta yhteiskunnassamme. Sitä myös osallistajat kehittämis ehdotuksissaan toivoivat.

ASIASANAT:

Terveyden edistäminen, pitkäaikaissairaus, vertaistuki, CDSMP, yksinäisyys

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-Being | Advanced Nursing Practice

May 2015 | 66 pages + 2 appendices

Heikki Ellilä

Tuula Reini

EFFECTS ON CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT PROGRAM TO CHRONIC PATIENTS' SELF CARE SKILLS

Chronic diseases are the most common cause of death and a significant factor of poverty in the world. Promotion of healthy lifestyles can prevent premature deaths and inconvenience caused by diseases. Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP), is a lay-led participant education program offered to people with long-term illness, Arkeen Voimaa (ArVo) in Finnish.

This development project was ordered by Turku Health promotion unit. The project included an applied study which aimed to collect experiences from participants in the CDSMP pilot group in Turku. The study was conducted as theme interviews of five (n=5) participants. Purpose of project was to clarify CDSMP: self-perceived health, well-being, self-care skills, health behaviors, as well as a contributing to the experience of loneliness. Aim of this development project was to provide knowledge on participants. Another objective was to produce experiential knowledge of CDSMP and its importance to the participants, as well as proposals for development CDSMP group activities.

The most significant issue provided by CDSMP was a peer support. In the program, participants realized a similarity in the problems caused by the variety of disorders. The participants described the change of their own thinking through their self-perceived health and well-being. Program activities strengthened awareness, and thus the activity to the participants. It gave the participants more self-confidence and confirmation of the everyday decisions. The participants reported being able better to identify, understand and face their own awkward feelings, mood fluctuations and melancholy. CDSMP encouraged the participants and gave hope for the future. CDSMP has had a positive impact on participants' experiences of loneliness. Joint meetings have also been organized after the CDSMP have been finished. Development suggestions rose more information about CDSMP in our society and the desire to participate for a longer time in the program. This development project has an opportunity to increase awareness about peer support and CDSMP in our society. It also promotes knowledge of CDSMP among the different actors.

KEYWORDS:

Health promotion, chronic disease, peer support, CDSMP, loneliness

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Lainsäädäntö ja ohjelmat	8
2.2 Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)	9
2.3 Arkeen Voimaa-projektiorganisaatio	10
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	12
3.1 Projektin etenemisen vaiheet	12
3.2 Projektiorganisaatio	13
4 NÄKÖKULMIA TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN	15
4.1 Hyvinvointi ja sairauden merkitys yksilötasolla	16
4.2 Yksinäisyys sairastuneen hyvinvoinnin uhkana	18
5 VUOROVAIKUTUSSUHTEET JA VERTAISTUKI	23
5.1 Vuorovaikutussuhteet ja sosiaalinen verkosto	23
5.2 Vertaistuki	24
5.3 Vertaistukiryhmä	25
5.4 Vertaistuki sosiaali- ja terveyspalveluiden tukena	28
5.5 Kokemuksia vertaistuesta	29
5.6 Tutkimustuloksia CDSMP-ohjelmasta	30
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVA TUTKIMUS	33
6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat	33
6.2 Teemahaastattelu tutkimuksen menetelmänä	34
6.3 Tutkimuksen toteutus	35
7 AINEISTON ANALYYSI JA TULOKSET	37
7.1 Taustatiedot	37
7.2 ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun terveyteen ja hyvinvointiin	37
7.3 ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten itsehoitotaitoihin	40
7.4 ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen	44
7.5 Kehittämisehdotukset	46

7.6 Johtopäätökset ja pohdinta	48
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	54
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	58
LÄHTEET	61

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin vaiheet	14
Kuvio 2. Arkeen Voimaa-ohjelman organisaatiokaavio	12

LIITTEET

Liite 1. Suostumus haastatteluun osallistumisesta	
Liite 2. Teemahaastattelun runko	

KÄYTETYT LYHENTEET

Lyhenne	Lyhenteen selitys
ArVo	Arkeen Voimaa
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program
Eksote	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto
MTKL	Mielenterveyden keskusliitto
SOSTE	Sosiaali- ja terveys ry
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
UN	United Nations
WHO	World Health Organization
YK	Yhdistyneet Kansakunnat

1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairaudet ovat yleisin kuolinsyy sekä merkittävä köyhyyden aiheuttaja maailmassa. Onkin tärkeää edistää terveellisiä elintapoja ja näin estää ennenaikaisia kuolemia sekä välttää sairauksien aiheuttamaa tarpeetonta haittaa. (UN 2012; WHO 2015; Euroopan Komissio 2015.) Tutkimusten mukaan jopa 80 prosenttia pitkäaikaissairaiden kokemista oireista on sairaudesta riippumatta samoja. Näitä oireita ovat univaikeudet, fyysiset rajoitukset, kipu, stressi, ahdistus, hankalat tunteet, mielialan lasku, hengenahdistus ja uupumus. (Stanford School of Medicine 2014.)

CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program), Suomessa nimellä ArVo (Arkeen Voimaa) on Yhdysvalloissa kehitetty ryhmätoimintamalli, jonka tarkoituksena on tukea henkilöitä, joilla on pitkäaikaissairaus. Se on käytössä jo yli 20 maassa ja sen vaikutuksista on olemassa laajasti näyttöön perustuvaa tutkimusta. (Kuntaliitto 2014.)

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin tilaustyönä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Terveyden edistämisen yksikölle. Kehittämisprojektin kiinnostuksen kohteena olivat Suomen ensimmäisen, Turussa järjestetyn, ArVo-pilottiryhmään osallistuneiden ryhmäläisten kokemukset ryhmästä. Kehittämisprojektin tavoitteena oli antaa tietoa ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten koettuun terveyteen, hyvinvointiin, itsehoitotaitoihin, terveyskäyttäytymisen muuttumiseen sekä yksinäisyyden kokemuksiin. Kehittämisprojektin tavoitteena oli myös tuottaa kokemuksellista tietoa ArVo-ryhmästä ja sen merkityksestä ryhmään osallistuneille sekä kehittämis ehdotuksia Arvo-ryhmätoiminnalle. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää osallistujien kokemuksia terveyskäyttäytymisensä muuttumisesta, itse arvioidun terveydentilan ja hyvinvoinnin kokemuksen sekä itsehoitotaitojen kohentumisesta ryhmän jälkeen. Tarkoituksena oli myös selvittää ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen sekä ryhmäläisten kehittämis ehdotuksia Arkeen Voimaa-ryhmätoiminnalle. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Lainsäädäntö ja ohjelmat

Lainsäädäntö velvoittaa kunnat terveyden edistämiseen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66). Terveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöstä yhteisöön ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen. Terveyden edistämällä pyritään myös sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäisemiseen, mielenterveyden vahvistamiseen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen. Voimavarat tulee kohdentaa suunnitelmallisesti terveyttä edistävällä tavalla. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Maailman terveysjärjestö WHO on asettanut jäsenmaiden tavoitteeksi vähentää vuoteen 2025 mennessä 25 prosentilla alle 70-vuotiaiden kuolleisuutta sydäntauteihin, aivohalvauksiin, syöpiin, keuhkohtaumatautiin ja diabetekseen (WHO 2013). Myös maailmanjärjestö Yhdistyneet Kansakunnat tähdentää julkilausumassaan terveyden edistämistä erityishuomiossa pitkäaikaissairautta sairastavat henkilöt (UN 2012). Terveys 2015-kansanterveysohjelman taustalla on WHO:n Terveyttä kaikille-ohjelma. Terveys 2015 on pitkän aikavälin terveyspoliittinen ohjelma, jonka tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Ohjelman toteutuksen lähtökohtana on pyrkimys hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla. (STM 2015.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asiakaslähtöisesti. Painopisteenä ongelmien hoitamisen sijaan on väestön fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiivinen edistäminen ja ongelmien ehkäiseminen. (STM 2014.)

2.2 Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)

Maailmanlaajuisesti levinnyt CDSMP-ohjelma on kehitetty yhdessä asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa 1990-luvulla Stanfordin yliopistossa. CDSMP-lisenssi on käytössä jo yli 20 maassa ja sen vaikutuksista on olemassa laajasti näyttöön perustuvaa tutkimusta. (Kuntaliitto 2014.) CDSMP on ryhmätoimintamalli, jonka tarkoituksena on tukea henkilöitä, joilla on pitkäaikaissairaus. Ryhmän tavoitteena on auttaa osallistujia tekemään elämässään myönteisiä muutoksia sekä pitämään niitä arjessa yllä ryhmän keskinäisen kannustuksen ja uusien ideoiden avulla. Ryhmän toiminta perustuu vertaistukeen, minä-pystyvyyden vahvistamiseen sekä ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen. Ryhmiä ohjaavat koulutuksen saaneet vapaaehtoiset vertaisohjaajat. (Stanford School of Medicine 2014.)

Ryhmissä keskitytään yleisen hyvinvoinnin lisäämiseen ja oireiden hallintaan, ei sairauden hoitoon, joten diagnoosilla ei ole merkitystä. Ryhmiin voivat osallistua eri-ikäiset ja eri sukupuolta olevat pitkäaikaissairautta sairastavat henkilöt tai heidän omaisensa. Ryhmäkoko on 10–16 henkilöä. Ryhmät ovat määräaikaista ja suljettuja. Ryhmä kokoontuu kuusi kertaa, viikon välein ja 2,5 tuntia kerrallaan. (Stanford School of Medicine 2014.)

Ryhmätoiminta poikkeaa perinteisestä vertaisryhmätoiminnasta siten, että ryhmässä ei pureuduta yksittäisen ryhmäläisen tilanteeseen, ongelmiin tai tunteisiin vaan kootaan yhteisiä kokemuksia ja ideoitaan niihin ratkaisuja. Käsiteltäviä aihealueita ovat muun muassa oireiden hallintataidot, kroonisen sairauden luonne, kivun ja uupumisen hallinta, viikoittainen toimintasuunnitelma, masennuksen hallinta, positiivinen ajattelu, liikunta, ravinto, lääkkeiden käyttö, vuorovaikutus- ja ongelmaratkaisutaidot, yhteistyö terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa sekä hankalat tunteet. (Stanford School of Medicine 2014.)

Ryhmiin osallistujat tulevat mukaan lähinnä perusterveydenhuollon, mutta myös sosiaalitoimen, työvoimapalvelujen tai järjestöjen kautta. Ryhmätoimintamalli on

yksi vaihtoehto asiakkaille tarjottavissa itsehoidon työkaluista. Ryhmät eivät poista muiden ryhmien tarpeellisuutta. CDSMP-ryhmät voivat olla osallistujille portti muuhun ryhmätoimintaan. Ryhmäkokoonantumisten yhteydessä tarjotaan tietoa alueen muista toimijoista ja ryhmistä. Vähintään neljä kertaa ryhmässä käyneet pääsevät mukaan seurantakyselyyn, joka tehdään ryhmän päättyessä sekä puoli vuotta ryhmän päättymisen jälkeen. (Stanford School of Medicine 2014.)

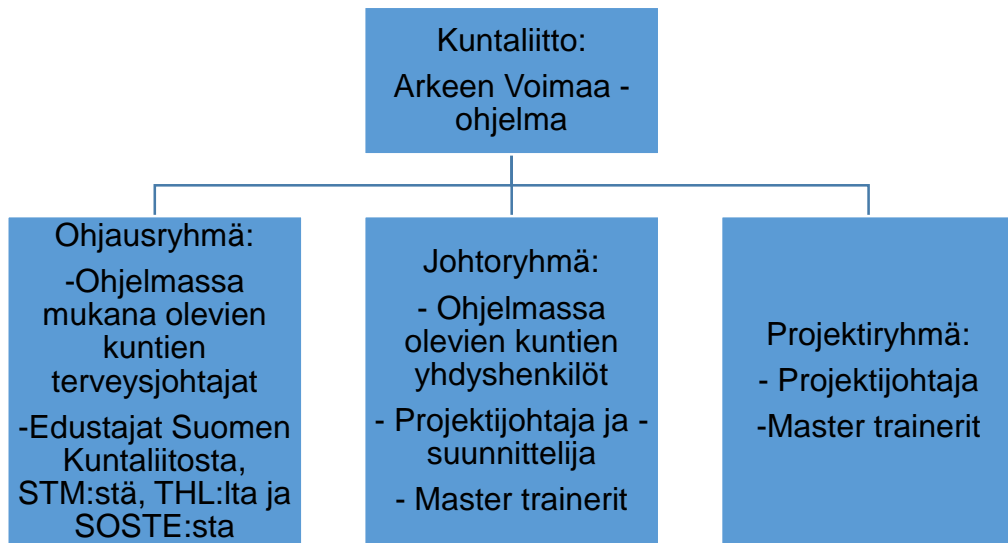
CDSMP-lisenssi sisältää vertaisohjaajien kouluttamisen. Vertaisohjaajaksi voi kouluttautua täysi-ikäinen henkilö, jolla itsellään on joku pitkäaikaissairaus. Vertaisohjaajalla tulee olla hyvä suullinen ilmaisutaito sekä kykyä ja uskallusta toimia ryhmän kanssa. Ohjaajia kouluttavat Stanfordissa koulutuksen saaneet niin sanonut ”Master trainerit”. Vertaisohjaajien materiaali, asiakkaan kirja sekä seurantakyselylomakkeisto koodausohjeineen kuuluvat lisenssiin. Lisenssissä on määriteltä tarkkaan ryhmissä käsiteltävät asiat. Materiaalia ei saa muuttaa mitenkään, ainoastaan materiaalien käännösvaiheessa voidaan tehdä muutoksia takamaan, että materiaalin sisältö soveltuu ko. yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmään. (Stanford School of Medicine 2014.)

2.3 Arkeen Voimaa-projektiorganisaatio

Kuntaliitto vastasi ArVo-hankkeen johtamisesta, hallinnoinnista sekä valtakunnallisesta organisoinnista. Projektinjohtaja oli Kuntaliitosta ja projektin koordinaattori Jyväskylän kaupungista. Projektivaiheessa vuosina 2012–2014 mukana olivat Espoo, Helsinki, Kuopio, Jyväskylä, Oulu, Turku ja Vantaa sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi Eksote. Projektin päätyttyä vuoden 2014 lopussa ArVo-ohjelma jatkuu toimintana, jonka on tarkoitus laajentua myös muille paikkakunnille.

Projektin ohjausryhmään kuuluivat suurten kaupunkien terveysjohtajat sekä edustajat Kuntaliitosta, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta, Sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä Suomen Sosiaali- ja terveys ry:stä. Projektin johtoryhmän

muodostivat nimetyt yhdyshenkilöt kaikista projektissa mukana olevista kaupungeista sekä Eksotesta. Projektiryhmä vastasi projektin kehittämisestä. Siihen kuuluivat Stanfordissa koulutuksen saaneet Master trainerit Kuopiosta, Jyväskylästä, Turusta ja pääkaupunkiseudulta sekä Kuntaliitosta projektijohtaja. (Kuntaliitto 2014.) Kuviossa 1 on esitetty Arkeen Voimaa–ohjelman organisaatiokaavio.



Kuvio 1. Arkeen Voimaa–ohjelman organisaatiokaavio

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää Arkeen Voimaa-pilottiryhmän osallistujien kokemuksia terveystyöskäytymisensä muuttamisesta, itse arvioidun terveydentilan ja hyvinvoinnin kokemuksen sekä itsehoitotaitojen kohentumisesta ryhmän jälkeen.

Projektipäällikkö työskenteli psykiatrisessa hoitotyössä ja tässä koulutuksessaan suuntautui mielenterveys- ja päihdetyöhön, mistä lähti tekijän idea ja kiinnostus selvittää ryhmätoiminnan vaikutuksia myös ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen. Tätä puolta ei ollut aikaisemmin tutkittu CDSMP-ohjelman yhteydessä. Tarkoituksena oli myös selvittää ryhmäläisten kehittämis ehdotuksia ArVo-ryhmätoiminnalle.

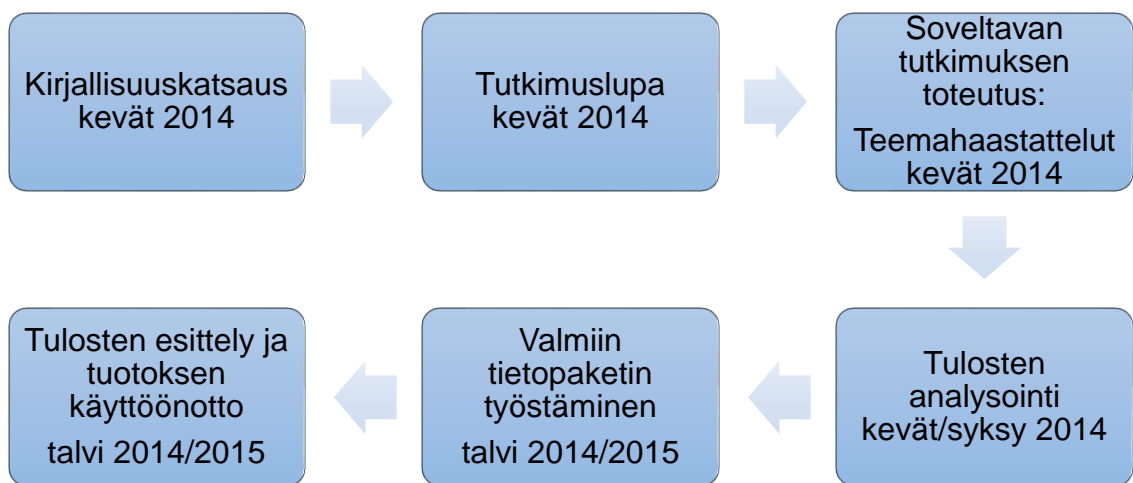
Kehittämisprojektin tavoitteena oli antaa tietoa ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten koettuun terveyteen, hyvinvointiin, itsehoitotaitoihin, terveystyöskäytymisen muuttumiseen sekä yksinäisyyden kokemuksiin. Kehittämisprojektin tavoitteena oli myös tuottaa kokemuksellista tietoa ArVo-ryhmästä ja sen merkityksestä ryhmään osallistuneille sekä kehittämis ehdotuksia Arvo-ryhmätoiminnalle.

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin tilaustyönä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Terveyden edistämisen yksikölle. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluinä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Suomen ensimmäiseen, Turussa järjestettyyn, ArVo-ryhmään osallistuneet ryhmäläiset.

3.1 Projektin etenemisen vaiheet

Projekti on väline asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja ajassa etevä prosessi, jonka kuluessa käydään läpi tietyt vaiheet (Viirkorpi 2000, 8–11). Tämän

kehittämiprojektin ensimmäinen vaihe oli kirjallisuuskatsauksen tekeminen. Kirjallisuuskatsauksessa etsittiin aiheeseen liittyvää aiempaa tietoa ja tutkimuksia. Toisessa vaiheessa tehtiin soveltava tutkimus, johon oli haettu lupaa ehkäisevän terveydenhuollon tulosyksikköjohtajalta. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluiluina. Kolmannessa vaiheessa aineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Kirjallisuuskatsauksen ja haastattelujen pohjalta luotiin valmis tietopaketti ryhmätoiminnan tuloksista ArVo–hankkeelle. Projektin etenemisvaiheet on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Kehittämiprojektin vaiheet

3.2 Projektioorganisaatio

Projektipäällikkö johtaa projektin toimintaa ja vastaa sen suunnittelusta ja etenemisestä. Projektipäällikön tehtäviin kuuluu projekti- ja ohjausryhmien ajan tasalla pitäminen ja kokousten koolle kutsuminen. Lisäksi hän valmistelee kokousten sisällöt ja vastaa sovittujen asioiden toteuttamisesta. (Viirkorpi 2000, 29–48; Silverberg 2005, 50.) Projektiryhmä toimii yhteistyössä projektipäällikön kanssa projektin hyväksi. Ohjausryhmä seuraa ja valvoo projektin toteutumista, tukee projektipäällikön työtä, käsittelee ja hyväksyy suunnitelmat, muutokset, aikataulun, rahoituksen ja toteutuksen sekä hoitaa yhteydet ja tiedotuksen omiin taustatahoihin. (Viirkorpi 2000, 29–31.)

Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkönä toimi yamk-opiskelija. Projektiryhmään kuului Turun kaupungin projektikoordinaattori ja projektipäällikkö. Projektikoordinaattori toimi yhteyshenkilönä projektin eri vaiheissa ArVo-ohjelmalle ja Turun kaupungille. Tämän kehittämisprojektin ohjausryhmään kuului Turun AMK:n yliopettaja (tutor-opettaja), Turun kaupungin projektikoordinaattori (työelämämentori), terveyden edistämisen suunnittelija ArVo-hankkeesta sekä projektipäällikkö.

Kehittämisprojektin ohjausryhmä kokoontui kerran ja projektiryhmä kaksi kertaa kevään 2014 aikana. Lisäksi työn edetessä projektipäällikkö tapasi erikseen sekä opettajatutoria että työelämämentoria projektin sisällöllisten ja ulkoasullisten seikkojen vuoksi. Projektipäällikkö tiedotti kehittämisprojektin etenemisen eri vaiheista projekti- ja ohjausryhmää. Tiedottaminen tapahtui pääasiassa sähköpostitse välimatkojen ja aikataulujen yhteensovittamisen vaikeuksien vuoksi. Kehittämisprojektin aineiston analysoinnin jälkeen syksyllä 2014 projektipäällikkö tiedotti alustavista tuloksista ArVo-johtoryhmää mentorin välityksellä. Lopulliset tulokset raportoitiin opinnäytetyönä.

ArVo-ohjelman puitteissa oli myös yhteisiä tapaamisia, joihin projektipäällikkö osallistui kerran syksyllä 2013 ja kerran keväällä 2014. Syksyn 2014 tapaamiset peruuntuivat projektipäällikön osalta ulkomailta suoritettavien opintojen vuoksi.

4 NÄKÖKULMIA TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN

Suomalaisten terveydentila on parantunut ja odotettavissa oleva elinikä on kasvanut, mutta väestöryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat jopa kasvanut. Erot näkyvät alueiden, sosioekonomisten ryhmien ja sukupuolten välillä koetussa terveydessä, toimintakyvyssä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. (STM 2013a, 8-9; STM 2015; THL 2015.) Monet kansantauteihin liittyvät elintavat kuten tupakointi ja ruokailutottumukset ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan. Kuitenkin erot koulutusryhmien välillä ovat suuret, esimerkiksi tupakointi ja ylipainoisuus ovat yleisempiä alemmissa koulutusryhmissä. (Helldan ym. 2013, 27.) Huomattavaa on, että yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja raittiiden eläkeläisten osuus pienentynyt viimeisten vuosikymmenien aikana (Helldan & Helakorpi 2014, 23).

Suomen väestörakenteessa suurin muutos on ikääntyminen. Elintapasairaudet ovat lisääntyneet. Ylipainoisuus on lisääntynyt ja diabeteksestä on tullut yleisin kansantautimme. Tavallisimpia tuki- ja liikuntaelinsairauksia ovat selkäsairaudet, nivelrikko, nivelreuma ja osteoporoosi. Syöpään sairastuneiden määrä on hie-man kasvanut, mutta sairauden ennuste on parantunut uusien hoitojen ansiosta. Tapaturmat kotona ja vapaalla ovat lisääntyneet. Allergiat ja dementia ovat yleistyviä terveysongelmia. Mielen terveyden häiriöt ovat yleisimpiä työkyvyttömyyttä aiheuttavia sairauksia. Alkoholin riskikäyttäjää on arviolta 300 000-500 000. (STM 2013a, 8-9.)

Modernissa ajassa ihmiset ovat saavuttaneet lähes kaiken vapauden, josta on haaveiltu. Samalla siteet muihin ihmisiin ovat löystyneet. Vapauden kääntöpuolella on yksinäisyys - ihminen kantaa itse vastuun onnistumisistaan ja epäonnistumisistaan. Yksilötasolla vaikeiden elämäntapahtumien kohtaaminen vie suunnattomasti energiaa ja voimia, sillä yksin selviytymisen paineet ovat suuret (Heiskanen & Saaristo 2011, 16–17.) Viime kädessä on kysymys vastuusta ja suunta näyttää olevan, että vastuu on yhä enemmän kansalaisella itsellään (Lund 2006, 14). Avun pyytäminen, tarjoaminen ja vastaanottaminen ovat monille vaikeaa,

sillä aiemmin omin voimin selviytynyt ei halua myöntää pärjäämättömyyttään ja pyytää apua (Somerkivi 2000, 70).

Terveiden ja sairauden kysymyksissä turvallisuutta luovat usko ja luottamus omiin mahdollisuuksiin selviytyä, luottamus toisiin ja palvelujärjestelmiin, hyvään hoitoon ja huolenpitoon. Voidaan puhua itsenäisyyden, omatoimisuuden ja turvautumisen tasapainosta. Kokemus selviytymisestä ja toivosta rakentuu monista henkilökohtaisista ja erilaisista muista käytettävissä olevista voimavaroista. Selviytymistä voi olla myös suostuminen elämän riskiluonteeseen, rikkinäisyyteen ja epävarmuuteen. (Ryynänen 2000, 55.)

Turvattomuuden kokeminen eläkeikäisten keskuudessa on vähentynyt 2000-luvun aikana. Turvattomuuden aiheuttajia ovat muun muassa eläketulojen niukkuus, toisten avusta riippuvaiseksi joutuminen, muistin heikkeneminen sekä laitoshoitoon joutuminen. (Helldan & Helakorpi 2014, 23). Sairautta ja terveyttä koskevia puhetapoja muuttamalla ja laajentamalla keskustelua vaikeista ja vaietuista asioista voidaan vaikuttaa sekä sairaiden että terveiden ihmisten elämään ja turvallisuuden tunteeseen (Ryynänen 2000, 41–45).

4.1 Hyvinvointi ja sairauden merkitys yksilötasolla

Hyvinvointi on käsite, jonka avulla tarkastellaan yksilön elinoloja ja kokemuksia tai koko yhteiskunnan tilaa (Koskinen 1997, 9). Erik Allardt (1976, 32, 38) määritteli hyvinvoinnin asteen määräytyvän tarpeentyydytyksen asteesta. Ihminen voi olla epätietoinen tai erehtyä tarpeistaan, mutta ihminen on oman onnensa paras arvioija. Allardt jaotteli tarpeet kolmeen alueeseen: *Having*, mikä kuvaa elintasoa, aineellisia resursseja, *Loving*, mikä kuvaa yhteisyyssuhteita, hyväksytyksi tulemistä ja liittymistä sekä *Being*, mikä on itsensä toteuttamista. Ojanen (2001, 373–376) puolestaan jakaa ihmiselämän viiteen peruspilariin, joita ovat positiivisina terveys, vastuullisuus, rakkaus, oikeus sekä tehokkuus ja hallinta. Kun joku noista peruspilareista pettää, merkityspenasta säröilee ja murtuu. Niin kauan kun niin ei tapahdu, kaikki on hyvin.

Allardtın määrittelemät eri alueet ovat myös keskenään vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi hyvä terveys luo edellytyksiä muiden tekijöiden edistämiseksi ja toisaalta muiden tekijöiden vähäisyys on omiaan huonontamaan terveyttä. (Koskinen 1997, 10.) Sairaus vähentää hyvinvointia (Kantola 2009, 17). Hyvinvointierojen syissä korostuvat ihmisten elämänkaaren eri vaiheissa kertyneiden kokemusten merkitykset (Koskinen 1997, 52). Ihmisillä on erilaiset edellytykset selviytyä elämänmuutoksista. Näitä selviytymiskeinoja ovat sosiaaliset resurssit (sosioekonominen asema, koulutus, ammatti, tulot, sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki), selviytymiskeinot ja strategiat (toiminta, ongelmaratkaisutaidot) sekä persoonallisuustekijät eli psykologiset resurssit. (Talvitie-Ryhänen 2000, 279.)

Terveys vaikuttaa ihmisen fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen tilanteeseen. Terveudessa painottuu sen subjektiivinen, kokemuksellinen luonne, sillä sama biologinen asiantila voi merkitä eri henkilöille erilaista terveydentasoa. (Koskinen 1997, 9.) Elämänvaihe ja ikä vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee terveytensä. Mitä yleisempää pitkäaikainen sairastuvuus on ikäryhmässä, sitä vähemmän se koetaan poikkeavaksi. Vaikka ihminen on sidoksissa olosuhteisiin, kuten vakavaan sairauteen, hän on vapaa valitsemaan suhtautumistapansa siihen. (Ryynänen 2000, 49–54.)

Etenkin sairauden alussa esiin nousee pelon, stigman eli häpeän, yksinäisyyden ja arvottomuuden tunteita, mitkä vaikuttavat sosiaaliseen kanssakäymiseen (Kantola 2009, 17–23; Mikkonen 2009, 155). Sairaus voidaan kokea häpeälliseksi, koska sen voidaan ajatella johtuvan epämoraalisesta käyttäytymisestä, henkilökohtaisista ongelmista tai muusta heikkoudesta. Häpeä voi liittyä sairauden näkyvyyteen tai siihen, että se tarttuu. Osa sairauksista yhdistetään alhaiseen sosiaaliseen asemaan tai heikkoihin olosuhteisiin, mikä voi aiheuttaa häpeää. (Ryynänen 2000, 51.)

Sairauden laadulla ja etenemisellä on merkitystä yksilön tarpeiden laatuun ja määrään (Somerkivi 2000, 83–86). Sairaus vaikeuttaa tarpeiden tyydytystä ja sairauden yhteydessä esiintyy usein halua ja tarvetta turvautua toisen ihmisen

apuun. Kaikilla on tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Kun diagnoosi on saatu, koetaan henkisen tuen tarvetta ja toivotaan muiden ihmisten läsnäoloa ja että henkilöä sairastuneenakin kohdellaan ihmisarvoisesti, häntä pidetään tasa-arvoisena muiden kanssa ja samana ihmisenä kuin ennen sairastumista. (Mikkonen 2009, 155.)

Sairaus muuttaa yleensä koko perheen elämän sairauden laadusta ja vaiheesta riippuen. Vaikean parantumattoman sairauden alkuoireet ja diagnoosi on järkytys, se aiheuttaa masennusta ja elämänhaluttomuutta. Henkinen jaksaminen joutuu koetukselle ja moni pelkää yksinjäämistä. (Mikkonen 2009, 184.)

Tutkimusten mukaan sairastavat ihmiset toivovat enemmän tukea ja keskustelua sairastumisvaiheessaan (Kantola 2009, 190). Sairauden syiden ja merkitysten ymmärtäminen, sosiaalinen tuki ja apu sekä itsehoito ovat tärkeitä sairaudesta selviytymisessä ja turvallisuuden kokemisessa. Näin sairaus tulee hallittavammaksi. Sairauksilla, oireilla, kivuilla ja kärsimyksillä on ihmisen elämässä useita ja muuttuvia merkityksiä. Ihmisen selviytyminen koostuu kokemisesta, olosuhteista, resursseista sekä merkityksen annosta. (Ryynänen 2000, 48–55.)

4.2 Yksinäisyys sairastuneen hyvinvoinnin uhkana

Yksinäisyys on vahvasti kokemuksellista ja liittyy usein elämäntilanteen muutokseen (Heiskanen 2011, 78). Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rentouttavaa ja usein luovuuden edellytys. Sen sijaan kielteinen yksinäisyys on pakottavaa, ahdistavaa ja pelottavaa, eikä siitä pääse aina ulos omin voimin. (Routasalo 2010, 411.) Yksinäisyyteen vaikuttavat sekä luonteenpiirteet että tilannetekijät (Tiikkainen 2006, 11).

Kroonista ja pitkäkestoista yksinäisyys on silloin, kun ei vuosienkaan päästä kykene solmimaan kestäviä ihmissuhteita. Yksinäisyys voi järjestyttää olemista vah-

vasti, itsensä tuntee arvottomaksi, poikkeavaksi ja erilaiseksi kuin muut. (Heiskanen 2011, 78–84.) Jatkuessaan yksinäisyys johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, sairasteluun ja sosiaaliseen eristäytyneisyyteen (Routasalo 2010, 415).

Yksinäisyyden syitä on monia. Yksinäisyys voi periytyä sukupolvelta toiselle. Siirtymä tapahtuu kodin opittujen ja koettujen sosiaalisten tapojen ja käyttäytymissääntöjen lisäksi myös perityillä ominaisuuksilla, kuten ujoudella ja alttiudella sosiaaliseen ahdistuneisuuteen. (Junttila 2010, 56–58.)

Yksinäisyyttä aiheuttavat myös muun muassa sairaudet, vuorovaikutukselliset esteet, elämänkriisit ja –kokemukset, suru, erilaisuus, eriarvoisuus, tarpeettomuuden tunne, pessimistinen elämänasenne, läheisten ihmisten puute, läheisten tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus, yksin asuminen, itsetuntokysymykset, liikuntarajoitteet ja henkilökohtaisten voimavarojen puute. (Routasalo 2010, 414; Aartsen & Jylhä 2011, 36; Heiskanen 2011, 78–84.)

Sairaudet sulkevat ihmisiä yhteisön ulkopuolelle ja estävät osallistumisen itselle tärkeisiin asioihin ja tapahtumiin. Sairauden aiheuttamat tuntemukset ja oireet voivat olla niin voimakkaita, ettei liikkeelle pääse. Vielä suurempi este voivat olla ihmisten asenteet. Normista poikkeava saa helposti stigman, joka tekee ihmisen yksinäiseksi. (Heiskanen 2011, 78–84.) Yksinäisyys voi johtua masennuksesta ja toisaalta yksinäisyyden tunne voi aiheuttaa masennusta. Se myös lisää demensiaa, itsemurhariskiä ja ennenaikaisen kuoleman todennäköisyyttä. (Routasalo 2010, 414–415.)

Yksinäisyys on suurin onnellisuuden vähentäjä. Aika ajoin puhuttaessa turhista terveystieteiden käynneistä, tarkoitetaan sitä, että käynnin syynä ei ole todettavissa oleva tauti, vaan sosiaalinen ongelma. (Heikkilä & Larivaara 2009, 189.) Leskeytyminen ja eläkkeelle jäänti voivat pienentää sosiaalista verkostoa (Tiikkainen & Lyyra 2007, 149–151, 153). Eläkeikäiset ja lesket kokevatkin olevansa muuta väestöä useammin yksinäisiä. Läheisten ystävien ja sukulaisten menetykset aiheut-

tavat surua, yksinäisyyttä ja masennusta sekä omien fyysisten ja henkisten voimien heikkeneminen epävarmuutta ja tunnetta taakkana olemisesta. (Saramies & Lindroos 2009, 217; Routasalo 2010, 413; Aartsen & Jylhä 2011, 36.) Yksinäiset ja leskeytyneet ovat riskiryhmässä sairastua mielenterveysongelmiin. Leskeytyneillä on puolison kuoleman jälkeen ensimmäisen vuoden aikana kohonnut kuolemanriski. (Heikkinen 2007, 135, 139, 142.)

Yksinäisyyden kokemus on iästä riippumatta naisilla hieman yleisempää kuin miehillä, vaikka sosiaalisten suhteiden määrässä ei ole juurikaan eroja. (Koskinen 1997, 14–21; Routasalo 2010, 413.) Ihminen voi kokea itsensä yksinäiseksi, vaikka hänellä olisi jatkuvasti muita ihmisiä ympärillään (Routasalo 2010, 412). Myös parisuhteessa voi kokea yksinäisyyttä (MTKL 2015). On todettu, että alhaisella koulutus- ja tulotasolla on myös yhteyttä yksinäisyyteen (Routasalo 2010, 413).

Yksinäisyys voi vaihdella eri aikoina ja ihmisen elinkaaren eri osissa yksinäisyys koetaan eri tavalla. Siihen, millaiseksi oma sosiaalinen elämä koetaan, miten yksinäisyys koetaan ja millaisia selviytymiskeinoja käytetään, vaikuttaa myös ympäröivän yhteiskunnan ja yhteisön kulttuuriset normit ja vaatimukset. (Savikko 2008, 16; Tiikkainen 2011, 65.) Yksinolo ei ole toivottavaa yhteiskunnassamme ja ihmiset asettavat määrällisiä vaatimuksia omille ihmissuhteilleen. Yksinäisyyden stigma voi ylläpitää yksinäisyyttä. (Routasalo 2010, 412; Tiikkainen 2011, 65–66.)

Yksinäisyysteorioissa (taulukko 1) painotetaan persoonallisuuteen liittyviä tekijöitä, luonteenpiirteitä tai tilannetekijöitä. Todennäköisesti ne kaikki ovat läsnä joko samanaikaisesti tai vaikuttamassa toisiinsa jossakin vaiheessa. (Savikko 2008, 16; Tiikkainen 2011, 72–73.)

TAULUKKO 1. Keskeiset yksinäisyysteoriat. (Ryynänen 2000, 48; Tiikkainen 2006, 11; Tiikkainen 2007, 146–149; Savikko 2008, 15–16; Routasalo 2010, 411; Tiikkainen 2011, 60–72; MTKL 2015.)

<i>Yksinäisyysteoria</i>	<i>Yksinäisyyden lähtökohta</i>
Psykodynaaminen teoria (Fromm-Reichmann 1959)	Yksinäisyys on sisäinen tila, jonka taustalla ovat lapsuuden kielteiset kokemukset varhaisessa vuorovaikutuksessa ja kiintymyssuhteen muodostamisessa.
Eksistentiaalinen teoria (Moustakas 1961)	Yksinäisyys on ihmisen olemassaoloon kuuluva ilmiö. Syntymässä ja kuolemassa ihminen on yksin. Minäkuva ja sen eheys ovat uhattuna sairauden tai kuoleman uhatessa. Yksinäisyys on erottamaton osa sairautta, koska ihminen kokee silloin ainakin tilapäisesti menettävänsä eheyden, vapauden ja varmuuden sekä kontrollin omaan elämäänsä.
Kognitiivinen teoria (Perlman & Peplau 1982)	Yksinäisyydessä on ratkaisevaa ihmisen tapaa kokea yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä voidaan lievittää tukemalla itsetuntoa ja sosiaalisia taitoja.
Interaktionistinen eli vuorovaikutusteoria (Weiss 1973)	Yksinäisyys on tunneperäistä tai sosiaalista. Tunneperäinen yksinäisyys on sisäistä tyhjyyden tunnetta, jossa ihminen tarvitsee läheisyyttä ja kiintymyssuhdetta. Sosiaalinen yksinäisyys tarkoittaa puutteellisia vuorovaikutussuhteita ja uupuvia sosiaalisia yhteisöjä.
Gerotranssendenssiteoria (Tornstam 1994)	Ihminen ikääntyessään määrittelee uudelleen tärkeät asiat, elämän ja kuoleman, oma itsen ja ihmissuhteet. Kiinnostus sosiaaliseen elämään vähenee ja ihminen voi tulla yhä valikoivammaksi suhteissaan pyrkiessään säilyttämään fyysistä ja psyykkistä energiaa ja rajoittamaan kielteisiä tunteita.

Positiivinen yksinäisyys on keino selvitä yksinäisyyden pelosta. Se perustuu aina omaan valintaan. Yksinolo voi olla vapauttavaa, toimia parantavana ja olla mahdollisuus kasvuun. Positiivinen yksinolo auttaa selviytymään yksinäisyydestä siten, että lopettaa yksinäisyyden kieltämisen elämään oleellisesti kuuluvana asiana. (Tiikkainen 2011, 62-64.) Pakkososiaalistaminen eli ikääntyneen ihmisen pakottaminen kanssakäymiseen muiden kanssa voi aiheuttaa ulkopuolisuuden ja vierauden kokemusta ja siten johtaa yksinäisyyteen (Tiikkainen 2011, 71-72).

Tutkimustulokset yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä poikkeavat toisistaan ja ovat osittain ristiriitaisia keskenään. Toisaalta yksinäisyyteen liittyy paljon tekijöitä, jotka voivat olla syitä tai seurauksia. (Tiikkainen 2006, 21). Vastoin yleisiä uskomuksia, yksinäisyys ei ole lisääntynyt Euroopassa viime vuosikymmeninä (Dykstra 2009, 91).

Keskeinen tekijä yksinäisyyttä tarkasteltaessa onkin, millaisena yksinäisyys näytetään tai ilmenee yksinäisyyttä kokevan näkökulmasta. Pohtimalla, millaisia tunteita yksinäisyys aiheuttaa ja mitä se merkitsee yksilölle, voidaan löytää kullekin tarvittaessa sopivia auttamiskeinoja. Tilanteisiin liittyvään yksinäisyyteen käytetään aktiivisia sopeutumismenetelmiä. Tilanteet voivat muuttaa persoonallisuuden piirteitä. Yksinäisyyttä saattaa esiintyä liittyen terveyden ja toimintakyvyn muutoksiin ja ihmissuhteiden menetyksiin. (Tiikkainen, 2011, 73.) Tärkeää on selvittää, onko kyseessä luonteenpiirteeseen liittyvä krooninen yksinäisyys vai tilanetekijöihin liittyvä yksinäisyys (Tiikkainen, 2006, 53).

5 VUOROVAIKUTUSSUHTEET JA VERTAISTUKI

5.1 Vuorovaikutussuhteet ja sosiaalinen verkosto

Ihminen tarvitsee erilaisia vuorovaikutussuhteita, joiden merkitys muuttuu ja vaihtelee elämän aikana. *Kiintymys* liittyy puolisoon, kumppaniin tai läheiseen ystävään ja on tärkeä tekijä emotionaalisen yksinäisyyden torjumisessa. *Liittyminen* mahdollistuu vuorovaikutussuhteissa ystävien ja vertaisten kanssa. Tällaisten ihmisten kanssa voi jakaa yhteisiä mielenkiinnon kohteita, kokea yhteenkuuluvuutta ja samankaltaisuutta ja se toimii sosiaalisen yksinäisyyden torjumisessa. *Arvostusta* tuottavat sellaiset vuorovaikutussuhteet, joissa henkilön taitoja ja kykyjä arvostetaan. *Avun saannin mahdollisuus* liittyy läheisen henkilön olemassaoloon ja luottamukseen. Erityisesti ikääntyneillä korostuu eloonjäämiseen ja turvallisuuteen liittyvät tarpeet. *Neuvojen saanti* tarpeeseen vastataan usein virallisen tahon kautta, jos kiintymys- tai vertaissuhde eivät pysty tyydyttämään tätä tarvetta. *Hoivaamisen* tarve liittyy vuorovaikutussuhteisiin, joissa mahdollistuu hoivaaminen ja toisen hyvinvoinnista huolehtiminen. (Tiikkainen 2011, 69-71.)

Sosiaalisten suhteiden laatu ja määrä vaikuttavat yksilön hyvinvointiin (Antonucci & Akiyama 1991, 39). Vuorovaikutussuhteiden puuttuminen ei ole välttämättä negatiivinen tila, sillä sosiaaliset suhteet ovat monimutkaisia ja niillä voi olla myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia. Ihmisen oma subjektiivinen arvio vuorovaikutussuhteista kuvaa paremmin yksinäisyyden kokemusta kuin sosiaalisen verkoston määrälliset tekijät. On myös otettava huomioon erilaiset elämäntilanteet ja tarpeet sekä muut yksilölliset ja henkilökohtaiset tekijät, kuten sukupuoli, ikä, taloudellinen tilanne, sosiaaliluokka, terveydentila, sosiaaliset taidot ja ympäristö. (Tiikkainen 2011, 69-71.)

Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan kaikkia niitä tukitoimia, mitkä auttavat tuen tarpeessa olevaa ihmistä selviytymään. Sosiaalisen tuen verkosto on suppeampi kuin sosiaalinen verkosto, sillä kaikki suhteet

eivät ole tukisuhteita. (Seikkula 1994, 22.) Sosiaalisen tuen määrää ja laatua on vaikea mitata tai vertailla, sillä kyse on tuen merkityksestä sen kohteena olevalle ihmiselle. Tutkimusten mukaan perhettä, ja erityisesti puolisoa, pidetään ensisijaisena tuen lähteenä. Sairastuneisiin henkilöihin sosiaalisella tuella on todettu olevan usein suotuista vaikutus, sillä se edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toipumista ja tuo elämään laatua, terveyttä ja pitkää ikää. Tärkeää on tuen oikea annostus. Liiallinen, heikkolaatuinen tai väärään aikaan annettu tuki voi lisätä avuttomuutta, riippuvuutta, toimintakyvyttömyyttä - ja joskus myös ärtymystä. (Somerkivi 2000, 58–75.) Ystäviltä ja muilta saatavan avun merkitys on oletettavasti suurin niille, jotka asuvat yksin (Hiilamo 2011, 97).

5.2 Vertaistuki

Kansainvälisesti vertaistuki tunnetaan käsitteillä self help (oma-apu), peer support (vertaistuki, tukiryhmä, kannattaja), mutual aid (keskinäinen tuki) ja self-help support (toiminnan tukijat). Vertaistuki kytkeytyy käsitteenä myös sosiaaliseen tukeen (social support). (Mikkonen 2009, 28.) Nylund (2005, 203) määrittelee vertaistuen samankaltaisessa tilanteessa olevien ihmisten haluksi jakaa kokemuksiinsa ja tietoaan toisia kunnioittavassa ilmapiirissä. Vertaissuhteessa toisen kokemusmaailma avautuu oman kokemuksen kautta. Oma kokemus annetaan toisen käyttöön ja tukea jaetaan vastavuoroisesti. (Hyväri 2005, 214–219.) Mikkosen (2009, 183) mukaan vertaisina pidetään samaa sairautta sairastavia ja niitä, joilla on yhteisen sairauden lisäksi jokin muu yhdistävä tekijä. Vertaisiksi koetaan myös henkilöt, jotka ylipäätään sairastavat jotain ja jollain edellytyksin myös terveet voivat olla sairastuneiden vertaisia. Hyvärin (2005, 223) mukaan vertaistuen piirissä häpeästä irtautuminen tarkoittaa sitä, että pääsee vähitellen eroon itseä alistavasta ja leimaavasta roolista.

Vertaisten tuki voi olla korvaamattoman tärkeää. Kohtaamisen kannalta tärkeät myötäelämisen, jakamisen ja välittämisen kokemukset eivät ole sidoksissa koulutukseen. Ammatillinen osaaminen on parantumisen kannalta välttämätöntä, mutta eläytyvä ymmärtäminen on vertaiselle helpompaa kuin muille. Heikolle

heikko voi olla uskomattoman vahva tuki. Toivonkipinän löytänyt ymmärtää toivotonta ja voi auttaa ratkaisevan askeleen ottamisessa. (Lund 2006, 78.) Vertaistuki antaa vertaiselle mahdollisuuden olla merkittävä toiselle ihmiselle henkilökohtaisen kokemuksen kautta ja näin työstää samalla myös oman elämän muutoksen parissa (Sorri 2005, 138). Näin kutsuttu kokemustieto syntyy elettyjen tapahtumien käsittelystä. Vertaistukeen perustuvien suhteiden luominen edellyttää kokemusten jakamista ja vuorovaikutteista kohtaamista. Tarvitaan yhteinen jaettu sosiaalinen tila, jossa vastaanottajat ovat kertomuksen aktiivisia osallistujia eläytymällä toisen läpikäymiin tilanteisiin ja tunteisiin kuin ne olisivat tapahtuneet itselle. (Hyväri 2005, 224–225.) Hyvinvointitutkimuksissa nähdään vertaistuen tuottavan sosiaalista pääomaa, jota toisten ja omasta hyvinvoinnista huolta kantavat yksilöt ja yhteisöt kartuttavat (Mikkonen 2009, 20).

5.3 Vertaistukiryhmä

Wilska-Semer (2005, 256) esittää, että vertaisryhmä on joukko samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä, jotka haluavat jakaa ryhmässä elämäkokemuksiaan ja tuntea yhteenkuuluvuutta sekä saada toisiltaan vertaistukea ja tietoa. Hyvärin (2005, 214–219) mukaan vertaistukiryhmä on vertaisryhmää laajempi käsite, koska vertaisryhmässä ei välttämättä anneta keskinäistä tukea, esimerkiksi samaa työtä tekevät tai samaan ikäryhmään kuuluvat henkilöt. Hyväri määrittelee vertaistukiryhmän toisten auttamiseen ja tukemiseen tähtääviä vastavuoroisia suhteita, joissa kriittisiä ja kriisiin johtaneita elämäntilanteita käsitellään yhdessä.

Vertaistukitoiminta perustuu luotettavuuteen, turvalliseen ilmapiiriin, tasa-arvoisuuteen, yhteenkuuluvuuteen ja vapaa-ehtoisuuteen. Vertaistukitoiminnan lähtökohtana on toivo, tulevaisuuden uskon lisääminen. Sen taustalla on ajatus ihmisen omien voimavarojen vahvistamisesta, jolloin piilossa olevat, tiedostamattomat voimavarat voidaan saada ryhmässä esiin ja käyttöön. (Heino & Kaivolainen 2011, 6-10.)

Vertaistukiryhmissä mahdollistuvat vastavuoroiset ihmissuhteet, jotka ovat tärkeitä erityisesti silloin, kun arkea tukevat rakenteet murtuvat. Sosiaalinen osallisuus tuottaa ihmisille hyvinvointia ja terveyttä, koska se luo elämään mielekkyyttä. Osallisuuden kokemus tulee ihmiselle tunteesta, että hänen kuulumisellaan ryhmään tai yhteisöön on merkitystä ja hänen ajatuksensa ovat arvokkaita. Tätä kutsutaan myös voimaantumiseksi ja valtaistumiseksi. (Mehtola 2012, 7.)

Arvostavan vuorovaikutuksen ydin on erilaisuuden hyväksyminen. Toista voi ymmärtää vain kuulemalla hänen tarinansa ilman tulkitsemista tai leimaamista. Jokainen ryhmäläinen on oman kokemuksensa asiantuntija. Asiantuntijuus on tietoa ja kokemusta siitä, mikä on ollut avuksi. Tieto on ryhmän kannalta voimaa antava ja eteenpäin vievä tuki. Ryhmäläiset voivat näin tuottaa tietoa, antaa ideoita ja sitä kautta auttaa toisiaan ja näin olla hyödyksi toinen toisilleen. Oman kokemuksen jakaminen onnistuu vain turvallisessa ja luottamuksellisessa ilmapiiressä. (Natunen 2012, 20.)

Ryhmänvetäjät ovat vertaistuen tuottajina ryhmän toivomusten täyttäjiä ja yhdistyksen tavoitteiden toteuttajia. Ryhmänvetäjä koetaan myötäeläjänä, innoittajana, palvelijana, tukijana, tiedonjakajana, vaikuttajana, keskustelijana ja itsehoiton ohjaajana. Ryhmänvetäjäksi ryhdytään yleensä auttamisen halusta ja myös tarpeesta saada muilta tukea. Ryhmänvetäjäksi voidaan ryhtyä myös velvollisuudesta, jos muuta vaihtoehtoa ei ole ja ryhmä halutaan aloittaa. (Mikkonen 2009, 184.)

Ryhmänohjaaja voi olla myös vertaisohjaaja, jolla on erityinen merkitys ryhmäläisille, sillä hän edustaa selviytymistä ja toivoa ja siten kannustaa muita. Vertaisohjaajalla on usein paljon osaamista ja tietoa selviytymistä tukevista palveluista ja menetelmistä. (Mehtola & Natunen 2012, 24.) Vertaistuen vaikuttavuus on aina yhtä suuri ihme ryhmien ohjaajille. Kokenut ohjaaja on yksinkertaisimmillaan vain läsnä, tuo esille asioita ja kysymyksiä, jakaa puheenvuoroja ja huolehtii aikatauluista. (Suomen Mielenterveysseura 2010, 12.)

Vertaistukiryhmässä vertaistuki toteutuu ryhmätoiminnan raamien sisällä. Ryhmällä on oma rakenne, aikataulu ja kohderyhmä. Toiminnalle on määritelty tavoitteita ja toimintatapoja, joita seurataan, arvioidaan ja kehitetään. Vertaistuki-toimintaan sitoudutaan määrätiksi ajanjaksoksi. (Kaivolainen & Heino 2011, 12.) Ryhmän loppuminen merkitsee prosessin loppumista ja eroa, joten siihen liittyviä tunteita on hyvä käsitellä ryhmässä hyvissä ajoin ennen ryhmän loppumista. Tällöin sovitaan myös ryhmän lopettamisen jälkeisestä mahdollisesta yhteydenpidosta. (Natunen 2012, 32–33.)

Vertaistuella on ilmiötasolla myös kielteinen puolensa. Epätarkka informaatio verkon kautta välittyvässä tukitoiminnassa, ei toivottujen suhteiden syntyminen ja testaamattomien hoitojen antaminen on antanut aihetta huoleen. Joissakin ryhmissä luottamuksen säilyminen ja henkilökohtaisten asioiden salassapito on kyseenalaista. Ryhmä voi olla passiivinen ja vain omassa lähipiirissä toimiva, jolloin ryhmä voi olla kokemuksena vapauttava ja rakentava, mutta toisaalta yksinäisyyden tunnetta lisäävä ja painostava. Ryhmä voi vaatia sairastunutta pysymään omaksumassaan uhrin roolissa eri syistä. (Nylund 2005, 205.)

Henkilökohtaisilla seikoilla on myös merkitystä, sillä asiakkaalla ei ole aina halua ja kykyä sitoutua muutokseen. Joskus asiakkaan elämäntilanne on sellainen, että muutoksen toteuttaminen ei ole mahdollista, vaikka halua olisi. Voimavarat kuluvat jonkin toisen asian työstämiseen. Onkin tärkeää välittää tunne, että asiaan voidaan palata heti, kun tilanne muuttuu paremmaksi. Muutos merkitsee myös aina luopumista jostakin, usein tutusta ja turvallisesta. Harkinta-aika ja pienet realistiset välitavoitteet auttavat löytämään uusia toimintatapoja ratkaista käytännön ongelmia. (Saramies & Lindroos 2009, 211-212.)

5.4 Vertaistuki sosiaali- ja terveystalveluiden tukena

Vertaistuki perustuu omakohtaiseen kokemukseen ja ulottuu sellaisille alueille, mihin julkiset palvelut eivät luonteensa tai resurssiensa mukaan pysty ulottumaan. Hoidon järjestämisen päävastuu on ammattilaisella, mutta vapaaehtoiset toimivat toiminnan rikastuttajina. Ammatillinen tuki ja vertaistuki eivät korvaa toisiaan, molempia tarvitaan. (Hartikainen 2005, 163; Mikkonen 2009, 16.) Jos vertaistukea ei olisi, sairastuneet joutuisivat tukeutumaan enemmän sosiaali- ja terveystalveluihin (Mikkonen 2009, 187-188).

Vertaistuki on yksi hyvinvointipoliittinen resurssi muiden resurssien joukossa, koska se vastaa ihmisen hyvinvointitarpeisiin (Mikkonen 2009, 187-188). Sosiaaliset verkostot ja keskinäinen vertaistuki ovat tärkeitä selviytymisen voimavaroja ja vaikuttajia - ne tarvitsevat ammatilliselta avulta parhaan mahdollisen tuen. Parhaimmillaan monitoimijuus voi toimia monisuuntaisena palautejärjestelmänä. Käsitteitä tulee laajentaa terveystalveluiden kokemisesta, merkityksistä ja selviytymismahdollisuuksista laajemmalle kuin vain yksittäiseen ihmiseen ja hänen sosiaaliseen verkostoonsa. (Ryynänen 2000, 55.)

Maallikko- ja ammattitoimijoiden välisen vuorovaikutuksen ehtojen selkeyttäminen tuo niiden erot parhaiten esille. Asiakassuhteessa annettu tuki toteutuu palveluiden, materiaalsen, sosiaalsen tai terapeuttisen tuen muodossa. Ammatillisen tuen kautta voidaan ohjata vertaisryhmiin. Vertaistuki puolestaan rakentuu vastavuoroisuudelle, jossa tuki- ja auttamissuhteiden roolit voivat muuttua koko ajan. Vuorovaikutuksen pelisäännöt on annettuja, mutta myös muutettavissa. Vertaistukea ei voi tilata, mutta sille voi luoda otolliset olosuhteet. Vertaisryhmässä on sallittua myös ystävystyminen ja rakastuminen. (Hyväri 2005, 219.)

Vertaistoiminta vakiintuu sille kulttuurisesti ja sosiaalisesti myönteisissä ympäristöissä, eikä aina synny sinne, minne sitä kaivattaisiin. Vertaistoiminta kohtaa ja joutuu vuorovaikutukseen julkisten virallisten hyvinvointipalvelujen kanssa. Ammatillaisten herkyys ja kyky havainnoida kulttuuria, sosiaalsuuden muotoja ja

paikallisperinteitä ratkaisevat, millaisiksi suhteet muodostuvat. Tärkeää on yhteistyö ja tuki toiminnan aloittamiseen. Tietoa ja osaamista tarvitaan ennen kaikkea hyvän elämän paikallisten edellytysten luomiseen. (Hyväri 2005, 228–231.)

5.5 Kokemuksia vertaistuesta

Mikkosen (2009, 148–154) mukaan vertaistuen koettiin auttavan jokapäiväisissä toiminnoissa selviytymisessä. Vertaistuki koettiin elämänlaatuun vaikuttajana, laadullisena tukena ja neuvojana sosiaalietuuksia koskevissa asioissa. Moni koki tulleensa rohkeammaksi, itsevarmemmaksi ja oppineensa pitämään puoliaan sekä päässeensä häpeän tunteesta. Vertaistuki toi ystäviä ja se nähtiin apuna yksinäisyyteen, mutta moni pohti, miten kauan jaksaa jatkaa ryhmässä. Osallistujat saivat tietoa sairaudesta, tukimuodoista, apuvälineistä, ruokailusta, kuntoulostusta ja yleensä selviytymisestä. Vertaistuki auttoi sopeutumaan sairauteen. Tärkeitä käsiteltyjä asioita olivat liikunta, ruokailu, tieto, ystävät, taloudellisuus, vaikuttaminen ja ilo. Pitkälän ym. (2009, 792, 799) tutkimuksen mukaan yksinäisten ikäihmisten psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella oli suotuisa vaikutus ryhmäläisten kokemaan terveyteen ja se näkyi terveystalouden käytön ja kuolleisuuden vähenemisenä.

Kantolan (2009, 107) tutkimuksen mukaan vertaistuesta voimia saavat pitivät muita sairastavia kohtalotovereinaan ja kokivat saavansa aidointa ymmärtämystä sairauden vaikutusten jakamisessa. He saivat tukea ja neuvoja sekä pystyivät purkamaan tuntemuksiaan. Vertaistuesta kieltäytyvät kertoivat toisen vakavan tilanteen ahdistavan heitä, joten he eivät halunneet olla tekemisissä muiden sairastavien kanssa.

Vertaistukiryhmä merkitsi eri ihmisille eri asioita. Jotkut olivat olleet muissa ryhmissä aiemmin ja miettivät uusiin ryhmiin siirtymistä. Joku koki ryhmän harrastuksena tai piti sitä itsestäänselvytyksenä eikä tiedostanut olevansa vertaistukiryhmässä tai että mitä vertaistuella tarkoitetaan. Keskeisiä syitä jäädä vertaistuki-

ryhmien ulkopuolelle oli vammaiseksi leimautuminen, epätietoisuus ryhmien olemassa olosta ja toiminnasta, taloudelliset syyt ja pitkät välimatkat. Toiset ihmiset eivät vain sairastuttuaan halunneet tutustua uusiin ihmisiin. (Mikkonen 2009, 154, 185.)

5.6 Tutkimustuloksia CDSMP-ohjelmasta

CDSMP-lisenssi on käytössä yli 20 maassa ja sen vaikuttavuudesta on saatavilla runsaasti näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Koska toiminta on vasta aloitettu Suomessa, siitä ei ole vielä saatavilla tutkimustietoa suomalaisten keskuudesta. Kansainvälisten tutkimustietojen perusteella voidaan kuitenkin olettaa CDSMP-ohjelman sopivan myös suomalaiseen kulttuuriin. Ohjelmasta on kehitetty versioita eri kielille ja tulosten mukaan CDSMP-ohjelmaa voidaan toteuttaa onnistuneesti kulttuurisesti ja kielellisesti eri väestöryhmissä. (Farell ym. 2004, 308; Lorig ym. 2005, 409; Swerissen ym. 2006, 367; Siu ym. 2007, 49; Rose ym. 2008, 202; Yukawa ym. 2010, 463.)

Tutkimustulosten mukaan hyviä tuloksia CDSMP-ohjelman vaikuttavuudesta on todettu osallistujilla, joilla oli todettu jokin sydänsairaus ja diabetes, reumasairaus, keuhkosairaus, aivohalvaus tai niveltulehdus (Lorig ym. 2001, 1217; Dongbo ym. 2003, 174; Yukawa ym. 2010, 456; Wu ym. 2012, 345; Adepoju ym. 2014, 111). CDSMP-ohjelma sopii henkilöille, joilla on monia diagnooseja. Erityisesti potilaat, joilla oli masennuksen lisäksi muita sairauksia, hyötyivät CDSMP-ryhmätoiminnasta, sillä masennus yhdistyneenä muihin sairauksiin lisää asiakkaan sairauden taakkaa huomattavasti. (Harrison ym. 2012, 73; Goldberg ym. 2013, 57). Detaillen ym. (2013, 198) tutkimuksen mukaan alhaisesti koulutetut, ikääntyneet ja naiset hyötyivät enemmän CDSMP-ohjelmasta kuin korkeammin koulutetut, nuoret ja miehet.

CDSMP-ohjelman vaikuttavuudesta ryhmäläisten koettuun terveyteen ja hyvinvointiin sekä itsehoitotaitojen kohentumiseen ja terveyskäyttäytymiseen on ole-

massa paljon positiivisia tuloksia. Useissa tutkimuksissa ryhmätoiminnan on tutkittu tuoneen parannuksia osallistujien minä-pystyvyyteen ja terveyskäyttäytymiseen (Lorig ym. 2001, 1220; Dongbo ym. 2003, 174; Farrel ym. 2004, 290; Lorig ym. 2005, 402; Swerissen 2006, 361; Chan ym. 2011, 209; Wu ym. 2012, 346). Ohjelman on todettu parantavan tietämystä, itsehoitotaitoja, elämäntapoja, itseluottamusta, terveydentilaa ja elämänlaatua (Dongbo ym. 2006, 174). Johnsonin ym. (2012, 72) mukaan CDSMP-ohjelmaan osallistuneet ryhmäläiset kokivat, että ryhmätoiminnan muuttaessa yhtä elämän aluetta, muutos vaikuttaa myös toisiin elämänalueisiin.

Joidenkin tutkimusten mukaan myös osallistujien avohoidonpalveluiden käyttö ja sairaalajaksot ovat vähentyneet CDSMP-ohjelman myötä (Lorig 2001, 1220; Dongbo ym. 2003, 174) ja ohjelmaan osallistuneet ovat kokeneet kommunikoinnin lääkärin kanssa parantuneen ryhmätoiminnan myötä (Rose ym. 2008, 200; Yukawa ym. 2010, 457; Lorig ym. 2014, 102). CDSMP - ohjelmaan osallistuneet käyttivät enemmän kognitiivisia menetelmiä kipujen ja oireiden hallinnassa sekä tunsivat olonsa energisemmäksi kuin henkilöt vertailuryhmässä. Ohjelmaan osallistuneet osoittivat muutoksia selviytymisstrategioissaan. Ohjelman lisäsi ensisijaisesti minä-pystyvyyttä, liikuntakäyttäytymistä ja kognitiivisten selviytymismenetelmien käyttöä. (Siu ym. 2007, 49.) Osallistujat lisäsivät liikuntaa ja venyttelyä (Rose ym. 2008, 200; Yukawa ym. 2010, 457).

CDSMP-ohjelman vaikuttavuudesta mielenterveyden häiriöistä kärsivien keskuudessa on saatu lupaavia tuloksia. Goldberg ym. (2013, 56) tutkivat CDSMP-ohjelmasta muokatun version Living Well-ohjelman vaikuttavuutta vakavasta mielenterveyden häiriöstä ja ainakin yhdestä kroonisesta sairaudesta kärsivien asiakkaiden keskuudessa. Ryhmäläiset osoittivat merkittäviä parannuksia pystyvyydessä, aktiivisuudessa, terveystietoisuudessa, sairauden hallintakeinoissa, fyysisessä ja henkisessä hyvinvoinnissa sekä yleisessä terveydentilassa. Seurantatutkimuksessa saatiin näyttöä jatkuvasta parantamisesta itsehoidossa, toiminnan suunnittelussa ja ongelmanratkaisussa. Lorig ym. (2014, 102) totesivat tutkimuksessaan CDSMP-ohjelman olevan tehokas keino ihmisille, jotka kärsivät

vakavista mielenterveyshäiriöistä. Osallistujat osoittivat parannuksia terveyden indikaattoreilla: väsymys, elämänlaatu, nukkuminen, masentuneisuus, terveydentila ja huonot päivät. Myös terveyskäyttäytyminen kohentui, mikä näkyi lääkeshoidon noudattamisena ja parantuneena kommunikointina lääkärin kanssa. Myös Harrison ym. (2012, 72) mukaan osallistuvat kokivat saaneensa ryhmästä elinvoimaa, elämänlaatua ja henkistä hyvinvointia. Vaikuttavuuden mekanismit ovat kuitenkin epäselviä eivätkä näytä tulevan itsehallinnan ja pystyvyyden kautta.

Jonker ym. (2009, 312–313) analysoivat tutkimuksessaan yhdeksän tehdyn CDSMP-tutkimuksen tuloksia ohjelman vaikuttavuudesta. Tavoitteena oli selvittää ohjelman toimivuutta ikäihmisten keskuudessa ja erityishuomiossa olivat tutkittavien minä-pystyvyyden vahvistaminen sekä muutokset koetussa terveydentilassa, terveyskäyttäytymisessä ja palveluiden käyttöasteessa. Kaikki tutkimustulokset osoittivat ohjelman lisänneen ryhmäläisten liikkumista, vähentäneen kärsimystä, parantaneen itsehoitotaitoja ja olleen hyödyllinen vaikutus minä-pystyvyyteen. Kuitenkin odotettu suhde minä-pystyvyyden ja hyvinvoinnin välillä ei ollut parantunut, ei myöskään terveyspalveluiden käyttöasteessa ollut tapahtunut muutoksia. Tutkijat totesivat CDSMP-ohjelman olevan kannatettava interventio vanhemmille ihmisille kohdata ikääntymiseen liittyvät terveydelliset haasteet.

Toisaalta on hyvä muistaa, että vertaisryhmät eivät sovi kaikille ja myös CDSMP-ohjelman vaikuttavuudesta on olemassa erilaisia tuloksia eri ryhmillä. Elzen ym. (2007, 1841) arvioivat tutkimuksessaan CDSMP-ohjelman lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutuksia kroonisesti sairaiden ikääntyneiden hollantilaisten keskuudessa. Osallistujat olivat tyytyväisiä ohjelmaan ja pitivät sitä hyödyllisenä. Kuitenkaan minä-pystyvyydessä ja itsehoitokäyttäytymisessä tai terveydentilassa ei koettu merkittäviä parannuksia verrattuna vertailuryhmään. Sitoutuneisuus ja innostuneisuus kuvaavat kuitenkin CDSMP-ryhmätoiminnan hyödyllisyyttä. Rosen ym. (2008, 202) tutkimuksen mukaan ei havaittu muutoksia ikääntyneiden terveydentilassa CDSMP-ohjelman jälkeen. Swerissenin ym. (2006, 368) tutkimuksen mukaan ei havaittu merkittäviä vaikutuksia CDSMP-ohjelmaan osallistujien terveyspalveluiden käytön suhteen.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVA TUTKIMUS

6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tämän kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Arkeen Voimaa-pilottiryhmän osallistujien kokemuksia terveyskäyttäytymisensä muuttumisesta sekä itse arvioidun terveydentilan ja hyvinvoinnin kokemuksen että itsehoitotaitojen kohentumisesta ryhmän jälkeen. Tarkoituksena oli myös selvittää ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen sekä ryhmäläisten kehittämis ehdotuksia ArVo-ryhmätoiminnalle.

Tavoitteena oli kerätä tietoa ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten koettuun terveyteen, hyvinvointiin, itsehoitotaitoihin, terveyskäyttäytymisen muuttamiseen sekä yksinäisyyden kokemuksiin. Tavoitteena oli myös tuottaa kokemuksellista tietoa ArVo-ryhmästä ja sen merkityksestä ryhmään osallistuneille sekä kehittämis ehdotuksia ArVo-ryhmätoiminnalle.

Tutkimusongelmat

1. Millainen merkitys Arkeen Voimaa-ryhmätoiminnalla on ollut ryhmäläisten koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?
2. Millainen merkitys Arkeen Voimaa-ryhmätoiminnalla on ollut ryhmäläisten koettuun itsehoitotaitojen kohentumiseen ja terveyskäyttäytymiseen?
3. Millainen vaikutus Arkeen Voimaa-ryhmätoiminnalla on ollut ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen?
4. Miten Arkeen Voimaa-ryhmätoimintaa tulisi kehittää?

6.2 Teemahaastattelu tutkimuksen menetelmänä

Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää, asioiden sisältöä ja niille annettuja sisällöllisiä merkityksiä. Ilmiötä tutkitaan osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta keskittyen ilmiön laatuun, ei sen määrään. Haastattelu on ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa, joka tähtää informaation keräämiseen. Haastattelututkimuksen tarkoituksena on hankkia tutkittavasta aiheesta kuvaavia esimerkkejä, tulkita tai täsmentää vastauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Metsämuuronen 2008, 14; Hirsjärvi & Hurme 2011, 42; Hirsjärvi ym. 2013, 161.) Teemahaastattelussa haastattelu etenee suunniteltujen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä ja samoin, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48.)

Haastattelun kysymykset tulee suunnitella niin, että ne virittävät samanlaisia merkityssuhteita haastateltavien tajunnassa (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66). Haastateltavien valinta perustuu heidän kokemuksiinsa tutkittavasta aiheesta sekä halukuuteensa keskustella ja jakaa kokemuksiaan asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, josta se on hankittu ja tähän ympäristöön vaikuttaviin kulttuurillisiin tekijöihin. Se ei ole tilastollisesti yleistettävissä vaan tiedon merkitys muodostuu tulkinnallisten tekijöiden summana. (Kylmä & Juvakka 2007, 78–80; Hirsjärvi & Hurme 2011, 85; Hirsjärvi ym. 2013, 208.)

Vaikka haastateltavia on pienehkö määrä, teemahaastattelun avulla kerätty aineisto on yleensä runsas (Hirsjärvi & Hurme 2011, 135). Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on rikkaan ja syvällisen aineiston kerääminen (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta sekä johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Tallennettu aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi sanasanaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 221–222.)

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Kerätty aineisto tiivistetään siten, että tutkittavia ilmiöitä ja niiden suhteita voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21 -26; Hirsjärvi & Hurme 2011, 136, 145.) Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymystenasettelu ohjaavat. Analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Analyysin avulla kuvataan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. Analyysi tarkoittaa aineiston purkamista osioihin ja tulkinta uuden synteessin tekemistä näistä osioista. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

6.3 Tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluilla. Tutkimukseen tavoiteltiin osallistujiksi kaikkia Turussa ArVo–pilottiryhmään osallistuneita ryhmäläisiä (n=9). ArVo–ohjelman projektikoordinaattori auttoi opinnäytetyöntekijää olemalla yhteydessä ryhmäläisiin ja tiedustelemalla heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen sekä, suullisen suostumuksen saatuaan, kutsumalla heidät haastatteluun ja sopimalla haastattelupaikat. Tiedustelun pohjalta kuusi (n=6) ryhmäläistä suostui haastatteluun. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Haastattelupaikat sovittiin osallistujien toiveiden mukaisesti siten, että yksi haastattelu tehtiin osallistujan kotona, yksi terveysasemalla ja loput kolme terveyden edistämisen yksikön toimistolla. Haastattelutilanne oli rauhallinen ja häiriötön kaikissa haastattelutilanteissa, ainoa keskeytys tuli kotihaastattelussa, sen loppuvaiheessa. Yksi ryhmäläinen oli estynyt eikä tullut sovittuna aikana haastatteluun. Näin lopullinen näyte oli viisi (n=5) osallistujaa. Kirjallinen suostumus haastatteluun kysyttiin vielä ennen haastattelua (liite 1) sekä lupa nauhoitukseen. Teemahaastattelun runko liitteenä (liite 2).

Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin kaksi koehaastattelua, jotka myös haastattavien luvalla nauhoitettiin. Koehaastattelujen pohjalta todettiin teemahaastattelun kysymykset toimiviksi eikä tarvetta muutoksiin ollut. Koehaastatteluissa myös nauhuri todettiin toimivaksi ja opinnäytetyön tekijä sai lisää varmuutta varsinaisten haastattelujen toteuttamiseen.

Haastattelut ja niiden auki kirjoittaminen tapahtuivat toukokuussa 2014 viikon sisällä. Haastatteluja oli 1-2 päivässä ja ne kestivät 34 minuutista yhteen tuntiin ja 44 minuuttiin. Haastattelut etenivät teemoittain esitettävien kysymysten pohjalta. Joissakin kohdissa kysymysten sisältöä tarkennettiin palauttamalla yhdessä mieleen ArVo-ryhmän toimintaa. Aineisto litteroitiin sanasta sanaan puhtaaksi heti haastattelujen jälkeen. Tavoitteena oli säilyttää mahdollisimman pitkälle se, mitä on sanottu ja miten on sanottu. Auki kirjoitettua tekstiä syntyi 30 sivua, 1 rivinvälillä. Aineisto luettiin moneen kertaan. Aineistoa tarkasteltiin teemahaastattelurungon kautta.

Tutkimusongelmat muodostivat myös teemat. Ensimmäinen teema tarkasteli ArVo-ryhmätoiminnan vaikutusta ryhmäläisten koettuun terveyteen ja hyvinvointiin sekä itsehoitotaitojen kohentumiseen ja terveyskäyttäytymiseen. Toisessa teemassa perehdyttiin ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksiin suhteessa ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen. Kolmannessa teemassa haettiin kehittämissuhteita ArVo-ryhmätoiminnalle. Haastattelujen yhteydessä ei noussut uusia teemoja.

7 AINEISTON ANALYYSI JA TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Osallistujat olivat iältään 48–70-vuotiaita. Kaikki yhtä lukuun ottamatta asuivat yksin. Osallistujat olivat toimineet tai toimivat edelleen erilaisissa palvelualan ammateissa. Kaikilla osallistujilla oli useita eri sairauksia ollut jo pitkään, esimerkiksi diabetes, syöpä, uniapnea, sepelvaltimotauti, verenpainetauti sekä erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Tiedon ArVo-ryhmästä he olivat saaneet terveysasemalta, diabeteshoitajalta tai läheiseltä. Aikaisempia kokemuksia vertaistukiryhmistä oli ryhmäläisillä vain vähän ja lähinnä ne olivat olleet diabeteksen hoitoon liittyviä.

7.2 ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun terveyteen ja hyvinvointiin

Haastattelujen tuloksista ilmeni, että kaikki tutkimukseen osallistujat kokivat ArVo-ryhmätoimintaan osallistumisen hyväksi kokemukseksi. Ryhmää kuvailtiin positiiviseksi, mielenkiintoiseksi ja miellyttäväksi. Siellä kuvailtiin olleen iloinen ilmapiiri huolimatta vaikeiden asioiden käsittelemisestä. Ryhmän parhaana antina nimettiin toiset ihmiset ja heidän tarinansa, yhteenkuuluvaisuuden tunne. Vertaistuen merkitys korostui kaikkien osallistujien vastauksissa ja useassa kohdassa haastattelujen kuluessa. Koettiin myös tärkeänä, kun oli jotakin, mihin lähteä.

..”kaikki ne ihmiset ja kuulla niitä tarinoita, että en mä ole yksin näitten asioiden kans, meitä on monen näköisiä ja jokainen taistelee omalla laillaan.”

”Siellä näki niitä ihmisiä. Meillä oli hyvät vetäjät. Jollakin tavalla se vaan anto sen hyvän fiiliksen, kun kuunteli muita ja sai sanoa itekin.”

”Ettei ole yksin maailmassa, että on muitakin, joilla on erilaisia sairauksia ja ne sairaudet tuovat mukanaan erilaisia vaikeuksia...selviytymisvaikeuksia ja tulee jopa mielenterveysvaikeuksia.. kaikkea tämmöistä.”

”Oli joku mihin niinku lähteä ja tapas uusia ystäviä, sitä ajatteli, että noista voi saada jotakin uusia kavereita tai jotain.”

Joku kuvaili omien ennakkokäsitysten muuttuneen ryhmään menon myötä.

”Minä myönnän sen, että ajattelin, että mikähän tuo nyt mahtaa olla. Heti kun mä tulin siihen mukaan niin ennakkokäsitykset muuttuivat täysin. Se oli kyllä erinomaisen hyvä ryhmä.”

Kuvaukset omasta tämän hetkisestä terveydestä vaihtelivat. Vastauksista tuli esille, että sairaudet ovat ja pysyvät, mutta niiden kanssa on opittava elämään. Ne asettavat omat rajoituksensa. Erilaisia vaiheita tulee ja menee ja arki vaihtelee sen mukaan.

”Ei se kyllä hyvä oo, issiasvaiva kiusaa, mut sehän antautuu jossakin vaiheessa. Pitää kotona vahvistaa liikkeillä syviä vatsa- ja selkälihaksia. Menen pienillä askelilla, lempeästi, nyt jo kävely ei ole niin toivotonta, vaikka on toivotonta.”

”Eihän mun terveyteni ole mikskään siitä muuttunut, et nää sairaudet on ja pysyy.”

Arjen osallistujat vastasivat sujuvan kohtalaisesti. Arkeen tuovat merkitystä läheiset, lapset ja lapsenlapset, ystävät, työ ja harrastukset. Myös sairauksien hoitaminen toi arkeen säännöllisiä hoitoja ja terapiota. Osallistujat kuvasivat, miten tärkeää on hyväksyä sairauden asettamat rajoitukset ja toimia niiden puitteissa.

”Kohtalaisesti. Tietyt asiat, en tee, toiset pystyn tekemään ajan kanssa.”

”Ihan hyvin nyt kun on saanut töissä käydä.”

”On pieniä lapsenlapsia vielä niin vipinää riittää ja varsinkin kun on hidastunut tämä meno niin kaikki kestää kauemmin.”

Osallistujat kertoivat saaneensa paljon tietoa ja tukea ArVo-ryhmästä ja myös muualta. Useampi osallistuja kuvaili ArVo-ryhmän antaneen sykäyksen elämänmuutokseen. Osallistujat kuvasivat omaa tärkeää ja aktiivista rooliaan sairauden ja sen oireiden hallinnassa.

”..mut mä aloitin vasta viime vuonna sen lääkityksen. Nyt mulla on olotila hyvä, mut kyllä se Arkeen Voimaa antoi omaa motivaatiota ja pontta siihen et sai niinku ylöspäin nousemista siitä..”

”Nimenomaan Arkeen Voimaa ryhmä on toiminut käynnistäjänä tälle prosessille. Kun tutustui näihin ihmisiin ja näki miten muillakin oli vaikeuksia näiden asioiden kanssa. Totesin, etten halua samaan jamaan, kun näin että itse pystyy vaikuttamaan.”

”Kuuntelin mieluummin, mut mielelläni ja oli paljon hyvää kaikkea, että kyllä mä sieltä paljon tietoa sain. Ajattelin, että ai, en mä tiennyt totakaan.”

Kaikki osallistujat kuvasivat ArVo-ryhmän vaikutusta omaan ajatteluun ja sitä kautta omaan koettuun terveyteen ja hyvinvointiin.

”Ajatusmaailma, siis nimenomaan ajatus sairauksista alkoi parantua tai en tiedä parantua, mutta muuttua toisenlaiseksi ja paremmaksi.”

”On sitä muillakin sairauksia ja kuinka paljon niitä onkaan.”

”Eihän sairaudet olleet samanlaisia, mutta ne ongelmat, mitkä sairauksista tulee, ne oli samanlaisia.”

Myös tehtävät ja toimintasuunnitelmat sopivat osalle ryhmäläisistä ja laittoivat heidät yrittämään ja tekemään elämänmuutoksia.

”Kyllä, tietyllä tavalla, yrittää sitä liikuntaa tai jotakin, annettiin niitä tehtäviä, se tietyllä tavalla pisti yrittämään.”

”Kaikennäköistä aina oli ja yritin aina pitää, jotkut on pitäneet ja jotku jääneet pois. Itselleni on tärkeää tää ateriarytmi ja silloin mä sen pakotin.”

”Ei, sitä tapaa ei jäänyt, et en oo tehnyt lupauksia jatkossakaan.”

Osallistujat kertoivat tapaavansa myös ryhmän jälkeen. ArVo-ryhmä toi mukanaan uusia ystäviä.

”Ja meit jäi tiiviimpi porukka siitä.”

”Ne ihmiset on jäänyt tietyllä tavalla läheisiksi.”

”Sit sai hyviä ystäviä ja tuttuja.”

”Tykkäsin siellä olla ja mä olen pari kolme kertaa käynyt siellä jälkitapaamisissa.”

7.3 ArVo-ryhmätöiminnan vaikutuksia ryhmäläisten itsehoitotaitoihin

Kaikki osallistujat kuvasivat tienneensä paljon jo etukäteen monista varsinkin liikuntaan, painonhallintaan, terveelliseen syömiseen sekä tasapainoon ja kaatumisiin liittyvistä asioista. Kuitenkin moni sai ryhmässä tekemiseensä kannustusta, tukea ja uusia näkökulmia sekä totesi asioiden olleen hyvää kertausta. Erityisesti näin oli terveellisen syömiseen kohdalla. Joku totesi asioiden käytäntöön ottamisen olleen hankalaa ja sen harmittavan nyt. Toisaalta myös oma elämäntilanne ja taloudelliset seikat asettivat toisille omat rajoitteensa. Osallistujat kuvailivat heillä olevan paljon tietoa, mutta käytännön toteuttaminen on vaikeampaa.

”Se tavallaan kannusti siihen mitä mä tiesin ja mitä tarvii tehdä.”

”Tietty siitä sai niinku tukea siihen, että nyt teet oikein.”

”Oppis niinko ymmärtämään kuitenkin missä se vika on, että mihin suuntaan tarvii ruveta kehittämään tätä hommaa.”

”Hädin tuskin sai sitten tehtyä sen mikä siinä asetettiin. Harmittaa, että se jäi.”

”Tiedos on, mut ei niin toteutuksessa.”

Ne osallistujat, joilla oli ollut univaikeuksia, kertoivat saaneensa apua ArVo-ryhmästä ja myös muualta.

”Koko ajan tässä matkan varrella on saanut enemmän tietoa, miten tärkeää nukkuminen on ja just unirytmit ja tämmöset, sitä tietoa on tullut paljon ja uutta tietoa.”

”Yöuni on palautunut takaisin sen masennuksen jälkeen.”

Myös lääkkeiden käyttöön liittyvissä asioissa oli saatu hyviä vinkkejä ArVo-ryhmästä.

”Sitähän sitä myös siellä painotettiin, että löytää ne lääkkeet, jotka auttaa.”

”Joo lääkelista on ainakin ollut siitä asti, se on tullut sieltä. Melkein poikkeuksetta on mukana.”

”Siit puhuttiin paljon, hirveesti saatiin kaikennäköistä tietoa. Ryhmässä oli niitä, joilla oli enemmän kokemusta niinku just tästä kanta.fi sivuilla seilaamisesta ja kaikista näistä, niin nyt minäkin osaan mennä sinne ja hakea tietoa.”

Lähes kaikki osallistujat kokivat ArVo-ryhmää tuoneen heille lisää itseluottamusta ja vahvistusta arjen päätöksissä.

”Vahvisti sitä, että pystyt ja sulla on oikeus ja sä saat. Ei sun tarvi kuunnella ja kysellä vaan sä saat tehdä myös omia päätöksiä.”

”Kyllä olen saanut, olen aiemmin pyrkinyt olemaan enemmän toisten mieliksi. Olen ymmärtänyt nyt sen, että jos en pidä ittestäni huolta niin en mä voi pitää mistään muustakaan mitään huolta.”

Osallistujat toivat esille, että koska ryhmästä on jo aikaa, jotkut asiat ovat unohduneet. Haastattelun yhteydessä ArVo-ryhmän sisältöä mieleen palauttaessa, osallistujat kuitenkin muistivat, miten yhdessä ryhmänä pohdittiin arjen ongelmiin ratkaisuja.

”..vahvisti sitä, että saan ja yritän mieltä keinoja ja ratkaisuja.”

”Varmaan oli hyötyä, kun toisten kanssa setvi asioita ja kuunnella toisten ajatuksia.”

”Siitä on niin kauan aikaa, mutta muistan, miten tärkeää on ruokailut ja elämän säännöllisyys ja että jos ei nuku tarpeeksi niin kivut pahenee.”

Osallistujat pystyivät nimeämään, ymmärtämään ja kohtaamaan omia hankalia tunteitaan, myös mielialojen vaihtelua ja alakuloa. Toisaalta moni kuvasi myös ryhmän myötä sitä, että oli alkanut tutkiskella omia tunteitaan ja vointiaan tarkemmin.

”Joo oli hyvää keskustelua ja Arvo ryhmän kokoontumisten jälkeen pysähdyin miettimään, että minulta ei noita pahoja tunteita enää kovin tulekaan.”

”Sain paljon sieltä ja myöhemminkin, esimerkiksi että ymmärsin ruveta hakemaan apua. Aikaisemmin olin ajatellut, että kaikki on minun oma vikani ja syyllistin itseäni kaikesta.”

”Mieliala kyl vaihtelee, mut ei niin tihäään ja alakuloisuuskin on jollain tavalla haihtunut, kun se johtui kaikki siit sairaudesta.”

Osallistujien mukaan kipu ja uupumus hallitsevat ajoittain elämää hyvinkin paljon. Kaikki muistivat, että asia oli paljon esillä myös ryhmässä ja hallintakeinot olivat hyvin muistissa.

”Myös ryhmästä tuli vinkkiä, että et sä voi koko ajan vaatii kropal-tas, että nyt meet ja teet jotain, joskus tulee se piste, että kroppa sanoo, ei kiitos ja se on siinä.”

”Se on aina yhtä vaikea asia, ei hyväksytä että ihminen väsyä eikä jaksaa. Sairaus mielletään, että sairastutaan ja sitten parannutaan, mutta kaikesta vaan ei parannuta.”

Mielikuvien ja ajatusten käyttäminen oireiden hallinnassa olivat hyvin muistissa, mutta niiden toteuttaminen arjessa olikin paljon vaikeampaa juuri kivun vuoksi. Joku vastasi kääntyvänsä mieluummin kipuasioissa suoraan lääkärin puheille tai hakevansa apua rukouksista.

”Niitä en ole osannut käyttää, en ole päässyt siihen sisälle. Välillä tulee mieleen, että pitää yrittää, mutta en jaksaa keskittyä, että ehkä jos saan nämä kipuasiat kondikseen, ettei ne vie mua.”

”Kyl sekin jonkun verran, mut kyl se kipu viel vie ylitte, vaikka kyllä mä yritän sivuuttaa sen.”

”Mä otan kirjan tai lehden ja mä uppoudun siihen niin täysin, et se kipu unohtuu.”

Hengityksen käyttäminen rentoutumiseen oli myös kaikille tuttua ja harjoitukset muistettiin ryhmästä, mutta käytännön toteutus oli jo vaikeampaa.

”Me harjoiteltiin siellä hengittämistä. Olen huomannut, että hengitän nopeasti ja en osaa hengittää kunnolla niinku sitä siellä harjoiteltiin, mutta olen harjoitellut, se on vaiheessa.”

”Kyl mä opettelin ja mää makkaan ja yleensä mä nukahdan viiden minuutin päästä siihen.”

”Kovasti olen harjoitellut, mutta edistymistä vaikeuttaa omat sairaudet.”

Keskustelu- ja yhteistyötaidot olivat kaikilla hallussa jo oman työhistorian kautta, eikä ryhmä tuonut siihen mitään uutta tullessaan. Toisaalta joku tunnisti olevansa huono keskustelija, koska on huono kuuntelija. Näin siksi, että puhuu itse liikaa ja on saanut siitä palautetta, minkä on ottanut ihan myönteisesti vastaan. Yhteistyöstä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sen sijaan oli ryhmässä keskusteltu paljon ja ryhmässä kokemukset olivat olleet hyvin erilaisia. Kuvailtiin palveluiden pirstaleisuutta ja vaihtuvia, kiireisiä lääkäreitä. Asioiden listaaminen oli jäänyt monelle mieleen. Moni toi haastattelussa ilmi ymmärtäneensä ryhmän myötä olla kiitollinen siitä, jos omat lääkäriasiat ovat sujuneet hyvin.

”Heillä ei ole ollut aikaa tai en ole osannut esittää asiaa.”

”Se niinku vahvistus tietty, että se on hyvä asia, mut on sujunut ennenkin eikä vaikeuksia ole ollut.”

”Näistä puhuttiin paljon ja olen yrittänyt näitä ajatuksia itselleni muistuttaa aina lääkäriillä käydessäni, joskus kirjoitan asioita paperille valmiiksi.”

Osallistujat kertoivat oman tiedon lisääntyneen koko ajan ja myös ryhmän myötä. Osallistujat kuvailivat olevansa aktiivisia ja hakevansa paljon tietoa itse. Vastauksista tuli esille kriittisyys tiedon suhteen sekä eteen tulleet vaikeudet,

kun ottaa omaa asiantuntijuuttaan käyttöön omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa.

”Olen pyrkinyt saamaan tietoa, informaatiota tulee, mitä siitä nyt pystyy omaksumaan. Pyrin kriittisesti arvioimaan.”

”Tietoa tulee, en tiedä, tuntuu joskus siltä, että olenko liian innokas lukemaan. Kun minä nään jotakin terveydenhuollosta, heti vaan pitää lukea tiukasti ja yrittää painaa mieleen, että suunnitteleeko sitä itteään liikaa jollakin tavalla?”

”Kyllä olen saanut tietoa. Kuitenkin törmään siihen, että kun pitää omista asioistaan huolta, henkilökunta voi kokea, että hypin silmille.”

ArVo-ryhmä rohkaisi ja antoi toivoa tulevaisuuteen kaikille osallistujille.

”Elämä jatkuu kivuista huolimatta, että kun vaan pystyy laittamaan ne sinne omaan lokeroonsa. Tavallaan sitähan se vahvisti. Jos vaan mahdollista, niin ei saa antaa valtaa niille.”

”Kyl mä sillai sain, että kattoo eteenpäin eikä taaksepäin.”

”Se on hyvä asia, että sitä pönkitettiin. Koska helposti, kun on vakavia sairauksia ja sit kun tulee ikää lisää, niin sitä kaikissa asioissa alkaa hidastumaan, niin sitä vois tulla helposti semmonen, että ei mulla olekaan sitä tulevaisuutta enää.”

7.4 ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen

Kysyttäessä oletko kokenut itsesi yksinäiseksi sairastumisen tai muun seikan vuoksi, osallistujat toivat esille yksinäisyyden eri muotoja. Monet osallistujista kuvasivat positiivista yksinäisyyttä.

”En tunne olevani yksin ja yksinäinen, vaan mä pidän siitä että mä saan olla yksin. Minusta se on positiivinen asia, koska mulla kuitenkin on näitä kavereita ja nään ihmisiä.”

Kun asuu yksin, eikä ole kotona sitä asuinkumppania, yksinäisyys vaivaa ajoittain.

”En pahemmin, et kyl mulla on kavereita minkä tykönä mä käyn, mut kotona sen tuntee sen yksinäisyyden ja mä tunnen sen vieläkin välillä aika ajoittain.”

”Olen ajatellut, että jos jonkun kumppanin löytäisin, minä selvästi ennemmin haluaisin hyvän keskustelijan ja hyvän lähellä olijan.”

Toisaalta, kun on kipuja ja huonovointisuutta, on helpompi olla yksin. Omien fyysisten ja henkisten voimien heikkeneminen tuo epävarmuutta ja tunnetta taakkana olemisesta.

”Yksinäisyys helpottaa minua, kun on ympärillä hurlumheitä, joudun kontrolloimaan kipuja, mutta kun olen yksin, saan niinku vetää henkeä.”

”Mut mä en saanut sanotuksi sitä kavereille, koska ajattelin, että ne luulee, että mikä sillä nyt sit on. Et ei ne olis sitä tajunneet välttämättä, että mä halusin sen yksinäisyyden.”

Toisaalta sairaudet sulkevat ihmisiä yhteisön ulkopuolelle ja estävät osallistumisen itselle tärkeisiin asioihin ja tapahtumiin.

”Ihan on totta, tämä rajoittaa niin paljon, etten pärjää monessa paikassa. Helposti sä jäät vähän syrjään.”

Yksinäisyyden kuvaillaan tuntuvan epämiellyttävältä. Vastauksissa todetaan, ettei kenenkään ole terveellistä olla aina yksin.

”Kurjalta, mä en toivo kenellekään sitä. Jos ei kukkaan käy ja sul ei ketään kenen kans sä juttelet ja vaihdat mielipiteitä.”

Harmittaa ja olen kateellinen, mä olen aina se, jota ei pyydetä mukaan. Silloin he pyytää, kun tietävät varmasti, että mä pärjään.

Myös itsekin joudun kieltäytymään, kun olen väsynyt.

Yksinäisyydessä lievittää osallistujien mukaan musiikki, television katselu, lukeminen, lemmikit, luonnossa liikkuminen ja hakeutuminen toisten ihmisten pariin. Yksin ei kannata ajatuksien kanssa jäädä.

”Lähden tai soitan jollekin kaverille.”

”Jos ei olisi mitään, ei musiikkia ei edes tv:tä, eikä olisi kirjoja eikä lehtiä. Siinä vain istuisi ja tuijottaisi. Se olis sitten selvä, mihin sitä joutuisi.”

ArVo-ryhmällä on ollut positiivinen vaikutus osallistujien yksinäisyyden kokemukseen, koska yhteisiä tapaamisia on ollut ryhmän jälkeen, vaikka ajan myötä porukasta osa on tippunut pois. Ryhmässä on kuitenkin korostettu sitä, että ryhmään voi tulla aina silloin, kun se itselle sopii ja omat voimat ja terveys antavat myöten.

”Me ollaan jatkettu sen jälkeen tapaamisia, meitä olis isompikin ryhmä, mut niitä tippus sitten pois.”

”Eräskin naisihminen jäi nyt vähän aikaa pois, mut ihan sairauden takia. Sanoin että saat sitten tulla takaisin sit kun sulla on semmonen olo.”

”Meillä jäi tämä ydinporukka ja pidetään jatkuvasti yhteyttä, kokoonnutaan jonkun luokse ja soitellaan. Miesten puolelta se on kuivunut, miehiä on tippunut koko ajan pois.”

7.5 Kehittämisehdotukset

Osallistujat toivat esille, että ryhmä olisi voinut kestää hieman pitempään, jotta asioista oltaisi voitu keskustella syvällisemmin. Myös sisällöllistä antia kaivattiin enemmän ainakin lääkitykseen liittyvistä asioista.

”Useampia tapaamisia, että eri asioista pystyttäis puhumaan niinku enempi. Että se oli tietyllä tavalla pinnan raapasemista.”

”Olis vähän pitempi, muttei liiankaan pitkä, hieman lisää, viikko pari olis voinut riittää.”

”Joku asia olis ehkä vaatinut enempikin ja näistä lääkkeistä ja lääkityksistä, mikä vaikuttaa mihinkin, semmosta ihan konkreettista tietoa.”

Myös säännöissä pysyminen ja lähinnä koskien puheenvuoroja, tuotiin esille kehittämisehdotuksissa. Sekä se, että jokainen voi luottaa, että ryhmässä puhutut asiat jäävät ryhmän seinien sisälle.

”Tietenkin sillai, että nää ihmiset kun alussa muistas ne säännöt, että ei liian pitkiä vuoropuheluita. Ei ole ajatusta miten se onnistuisi, ei ainakaan vielä.”

”Siellä ei ole pakko avautua ittestä eikä kertoa. Ihmisen, joka tulee sinne, pitäisi voida luottaa siihen, että ne ihmiset, jotka on siellä, ei kertoisi siitä ulkopuolelle. Ei sais puhua ulkopuolella, mitä ryhmän keskellä puhutaan.”

Kehittämistä vaatisi myös tiedottaminen, jota saisi olla enemmän. Tiedotuskanavina ehdotettiin Turku-lehteä, ilmoitustauluja ja sosiaalista mediaa terveydenhuollon viranomaisten lisäksi.

”Ei tiedoteta, pitäisi puhua enempi mitä se on, kun ei ihmiset tiedä.”

”Pitäisi puhua enempi, mitä se sisältää ja mitä se antaa.”

”En tiedä yhtään tiedotetaanko siitä, mutten ainakaan ole törmännyt siihen.”

Ryhmä sai paljon kiitosta ryhmävetäjien osaamisesta, sisällöstä ja toteutuksesta.

”He eivät olleet vetäjiä silla lailla, vaan he olivat niinku yksi meistä, vertaistukea, he olivat samalla viivalla.”

”Asiat tuli tosi hyvin käsiteltyä.”

”Aikataulu oli hyvä, ei tullut aika pitkäksi, olisin voinut jatkaa kauemmin.”

Kaikki osallistujat suosittelivat ryhmää toisille pitkäaikaissairautta sairastaville. Tärkeänä koettiin erityisesti vertaistuki, itsehoitotaitojen kehittyminen ja se, että kukin sai tulla ryhmään sellaisena kuin on, ei ollut pakko puhua ja ryhmä oli paremminkin iloinen ja positiivinen ryhmä.

”Kyllä suosittelen, minusta se oli hyvä. Mä taas näin ja tapasin eri ihmisiä, ja totesin, että me ollaan kaikki kuitenkin tietyllä tavalla samanlaisia.”

”Just pitkäaikaissairaille, meille, pitäis olla, että meitä vedettäis sieltä pois, ihmisten ilmoille, toistemme keskelle, tosiaankin näin, että ei jäätäis sinne yksin murehtimaan kotiin, kuka mitenkään murehtii.”

”Minusta se oli oikein hyvä ryhmä. En yhtäkkiä keksi mitään, mitä muuttaisin. Sitä pidän positiivisena, että se ei ole mikään synkkyyteen vaipuva ryhmä. Vaan iloinen. Kyllä hyvin meni ja kyllä suosittelisin.”

Lopuksi tuotiin vielä esille suomalaisten ja amerikkalaisten erilaisuus.

”Vois antaa sille oman puumerkinsä, että tämä sopii niinku tänne ja että se sabluuna on loistava ja hyvä, mutta tarvitaan tällöinen suomalainen tatsi siihen. Amerikassa on se erilainen kulttuuri, me ollaan erilaisia kaikesta huolimatta.”

7.6 Johtopäätökset ja pohdinta

Kantolan (2009, 107) mukaan vertaistuesta voimia saavat pitivät muita sairastavia kohtalotovereinaan ja kokivat saavansa aidointa ymmärtämystä sairauden vaikutusten jakamisessa. Tämän soveltavan tutkimuksen mukaan kaikki osallistujat kokivat ArVo-ryhmätoiminnan merkittävimpana antina juuri vertaistuen, ne toiset ihmiset. Vertaistuen tärkeä merkitys tuli esille toistuvasti haastattelujen kuussa ja kaikilla haastateltavilla.

Vertaisohjaajalla on erityinen merkitys ryhmäläisille, sillä hän edustaa selviytymistä ja toivoa ja siten kannustaa muita (Mehtola & Natunen 2012, 24). Tässäkin

tutkimuksessa ryhmän vetäjät saivat paljon kiitosta, koska ryhmäläiset kokivat heidän olevan yksi porukasta, ei ulkopuolisia.

Hyviä tuloksia CDSMP-ohjelman vaikuttavuudesta on todettu osallistujilla, joilla oli todettu jokin sydänsairaus ja diabetes, reumasairaus, keuhkosairaus, aivohalvaus tai niveltulehdus (Lorig ym. 2001, 1217; Dongbo ym. 2003, 174; Yukawa ym. 2010, 456; Wu ym. 2012, 345; Adepoju ym. 2014, 111). Myös tämä tutkimus vahvisti ArVo-ohjelman sopivan hyvin em. pitkäaikaissairauksia sairastaville. Ryhmässä oli hyvin oivallettu se, että vaikka sairaudet olivat erilaiset, niin niiden mukanaan ongelmat olivat samanlaisia.

Osallistujat kuvasivat ArVo-ryhmän vaikutusta lähinnä omaan ajatteluun ja sitä kautta omaan koettuun terveyteen ja hyvinvointiin. Osallistujien kuvaukset omasta tämän hetkisestä terveydestä vaihtelivat. Vastauksista tuli esille, että sairaudet ovat ja pysyvät, mutta niiden kanssa on opittava elämään. Ne asettavat omat rajoituksensa. Erilaisia vaihteita tulee ja menee ja arki vaihtelee sen mukaan.

Kaikilla tähän tutkimukseen osallistuvilla oli useita sairauksia. CDSMP-ohjelma sopiikin henkilöille, joilla on monia diagnooseja (Harrison ym. 2012, 73; Goldberg ym. 2013, 57). Haastateltavat toivat vastauksissaan esille, että yksi sairaus tuo mukanaan muita sairauksia, myös mielenterveyden häiriöitä. Useampi osallistuja kuvaili juuri ArVo-ryhmän antaneen sykäyksen elämänmuutokseen ja avun hakemiseen. Tutkimukseen osallistujat kertoivat pystyvänsä nimeämään, ymmärtämään ja kohtaamaan omia hankalia tunteitaan, myös mielialojen vaihtelua ja alakuloa. Toisaalta moni kuvasi myös ryhmän myötä sitä, että oli alkanut tutkiskella omia tunteitaan ja vointiaan tarkemmin.

Lähes kaikki osallistujat kokivat ArVo-ryhmän tuoneen heille lisää itseluottamusta ja vahvistusta arjen päätöksissä. Myös Mikkosen (2009, 148–154) mu-

kaan moni koki tulleet rohkeammaksi, itsevarmemmaksi ja oppineensa pitämään puoliaan vertaistuen myötä. ArVo-ryhmä rohkaisi ja antoi toivoa tulevaisuuteen kaikille osallistujille.

Tässä tutkimuksessa osallistujat kuvasivat omaa tärkeää ja aktiivista rooliaan sairauden ja sen oireiden hallinnassa. Ryhmätoiminnan kautta nähtiin, että toisillakin on sairauksia, ja vaihdettiin kokemuksia ja vinkkejä, miten niiden kanssa pystyy elämään. Vertaistuen merkitys oli suuri. Useissa tutkimuksissa ryhmätoiminnan on tutkittu tuoneen parannuksia osallistujien minä-pystyvyyteen ja terveystyöskäytymiseen (Lorig ym. 2001, 1220; Dongbo ym. 2003, 174; Farrel ym. 2004, 290; Lorig ym. 2005, 402; Swerissen 2006, 361; Chan ym. 2011, 209; Wu ym. 2012, 346).

Kaikki tähän tutkimukseen osallistujat kuvasivat tienneensä paljon jo etukäteen monista varsinkin liikuntaan, painonhallintaan, terveelliseen syömiseen sekä tasapainoon ja kaatumisiin liittyvistä asioista. Kuitenkin moni sai ryhmässä tekemiensä kannustusta, tukea ja uusia näkökulmia sekä totesi asioiden olleen hyvää kertausta. Osallistujat kuvailivatkin heillä olevan paljon tietoa, mutta käytännön toteuttaminen on vaikeampaa. Uutta tietoa ja apua ryhmäläiset saivat muun muassa univaikeuksiin ja lääkkeiden käyttöön. Oireiden hallintakeinoihin kuten hengitykseen, rentoutumiseen ja mielikuvien käyttämiseen tuli ryhmässä myös keinoja, mutta yleisesti vastattiin niiden käytännön toteuttamisen olevan vaikeaa, vaikka asiat tiedostettiin tärkeiksi.

Keskustelu- ja yhteistyötaidot olivat kaikilla haastateltavilla hallussa jo oman työhistorian kautta, eikä ArVo-ryhmä tuonut siihen mitään uutta tullessaan, ei myöskään yhteistyöhön terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Sen sijaan ryhmässä oli keskusteltu paljon yhteistyöstä ja ryhmäläisten kokemukset olivat olleet hyvin erilaisia. Asioiden listaaminen oli jäänyt monelle mieleen. Moni toi haastattelussa ilmi ymmärtäneensä ryhmän myötä olla kiitollinen siitä, jos omat lääkäriasiat ovat sujuneet hyvin.

Yksinäisyys on kokemuksellista ja liittyy usein elämäntilanteen muutoksiin (Heiskanen 2011, 78). Positiivinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rentouttavaa ja usein luovuuden edellytys (Routasalo 2010, 411). Eksistentiaalisen teorian mukaan yksinäisyys on erottamaton osa sairautta, koska ihminen kokee silloin ainakin tilapäisesti menettävänsä eheyden, vapauden ja varmuuden sekä kontrollin omaan elämäänsä (Tiikkainen 2011, 60–72). Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivat esille sairauteen liittyen eksistentiaalista yksinäisyyttä ja toisaalta positiivista yksinäisyyttä - sitä, että haluaa olla yksin. Toisaalta, kun on kipuja ja huonovointisuutta, on helpompi olla yksin. Omien fyysisten ja henkisten voimien heikkeneminen tuo myös epävarmuutta ja tunnetta taakkana olemisesta.

Yksinäisyyttä aiheuttavat myös muun muassa sairaudet, vuorovaikutukselliset esteet, elämänkriisit ja –kokemukset, suru, erilaisuus, eriarvoisuus, tarpeettomuuden tunne, pessimistinen elämänasenne, läheisten ihmisten puute, läheisten tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus, yksin asuminen, itsetuntokysymykset, liikuntarajoitteet ja henkilökohtaisten voimavarojen puute (Routasalo 2010, 414; Aartsen & Jylhä 2011, 36; Heiskanen 2011, 78–84). Myös tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvailivat sairauden tuoneen mukanaan yksinäisyyden kokemuksia, koska sairauden myötä voi jäädä yhteisön ulkopuolelle ja sairaus rajoittaa osallistumista itselle tärkeisiin asioihin ja tapahtumiin. Myös yksin asuminen tuo mukanaan yksinäisyyden kokemuksia. Ystäviltä ja muilta saatavan avun merkitys on oletettavasti suurin niille, jotka asuvat yksin (Hiilamo 2011, 97).

ArVo-ryhmällä on ollut positiivinen vaikutus osallistujien yksinäisyyden kokemukseen, koska yhteisiä tapaamisia on ollut ryhmän jälkeen, vaikka ajan myötä porukasta osa on tippunut pois. Ryhmässä on kuitenkin korostettu sitä, että ryhmään voi tulla aina silloin, kun se itselle sopii ja omat voimat ja terveys antavat myöten. Myös Mikkosen (2009, 148–154) mukaan vertaistuki toi ystäviä ja se nähtiin apuna yksinäisyyteen, mutta moni pohti, miten kauan jaksaa jatkaa ryhmässä.

Mikkosen (2009, 154) mukaan vertaistukiryhmä merkitsi eri ihmisille eri asioita eivätkä kaikki tiedä, mitä vertaistuella tarkoitetaan. Tässä tutkimuksessa yksi vastaajista kuvailikin olleensa ennakkoluuloinen ryhmään osallistumisen suhteen, koska ei halunnut osallistua synkkyyteen vaipuvaan ryhmään. Ryhmän ratkaisukeskeinen ja positiivinen ilmapiiri olikin ollut iloinen yllätys. Haastatteluissa tuotiin myös esille, miten hyvä oli, että ryhmässä sai olla myös hiljaa, jos niin halusi. Itsestään sai kertoa vain juuri sen verran kun halusi. Toiveena ja kehittämisideana olikin, että tämä asia välittyisi myös toisille pitkäaikaissairautta sairastaville, jotta myös ne hiljaisemmat rohkaistuisivat osallistumaan.

Keskeisiä syitä jäädä vertaistukiryhmien ulkopuolelle on vammaiseksi leimautuminen, epätietoisuus ryhmien olemassa olosta ja toiminnasta, taloudelliset syyt ja pitkät välimatkat. Toiset ihmiset eivät vain sairastuttuaan halua tutustua uusiin ihmisiin. (Mikkonen 2009, 154, 185.) Yllättävää oli, miten vähän osallistujat olivat aikaisemmin osallistuneet ryhmätoimintaan. Sellaisia ei vain ole ollut tarjolla, vaikka osallistujat olivat olleet jo pitkään palveluiden käyttäjinä sairauksien myötä. Vastauksissa tuotiin esille vain diabetekseen liittyvät ryhmät. Kehittämis ehdotuksena mainittiinkin ryhmästä tiedottaminen. Tässä kohtaa ammattilaisilla on keskeinen merkitys. ArVo-ryhmätoiminta on yksi tärkeä lisä palvelutarjottimella.

Vertaistukitoiminta perustuu luotettavuuteen, turvalliseen ilmapiiriin, tasa-arvoisuuteen, yhteenkuuluvuuteen ja vapaa-ehtoisuuteen (Kaivolainen & Heino 2011, 6). Myös tässä tutkimuksessa tuotiin esille se, että jokaisen tulee voida luottaa, että ryhmässä puhutut asiat jäävät ryhmän seinien sisälle. Vaitiolovelvollisuutta, ja toisaalta myös yksittäisen osallistujan liiallisen puhumisen rajoittamista, haluttiin painottaa kehittämis ehdotuksissa.

Kehittämis ehdotuksena osallistujat toivat myös esille, että ryhmä olisi voinut kestää hieman pitempään, jotta asioista oltaisi voitu keskustella syvällisemmin. Myös sisällöllistä antia kaivattiin enemmän ainakin lääkitykseen liittyvistä asioista.

Haastattelutilanteissa osallistujista välittyi avoimuus ja hyvät vuorovaikutustaidot, mikä osaltaan helpotti haastattelijan roolia. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta pohdintaa herättääkin, miten paljon Arkeen Voimaa-ryhmätoimintaan haakeutuu juuri sosiaalisia ihmisiä ja toisaalta teemahaastatteluun ovat valmiita juuri ne henkilöt, jotka kokivat ryhmän hyvänä. Onkin hyvä, että ryhmän vaikuttavuutta seurataan tekemällä systemaattisesti seurantakyselyt kaikille ryhmään sitoutuneille osallistujille.

ArVo-ryhmätoiminta on vertaistukiryhmätoimintaa, jolla on varmasti tilausta myös Suomessa. On tärkeää, että tutkimustuloksia myös Suomesta julkistetaan, jotta ihmiset saavat tietoa ryhmästä, mikä osaltaan toivottavasti madaltaa kynnystä osallistua ryhmiin sekä tiedottaa ryhmistä. ArVo-ryhmään on matala kynnys tulla eikä itsestään tai sairauksistaan tarvitse kertoa kuin sen verran, kun se itsestä tuntuu hyvältä. On hyvä myös huomioida, että tietoisuus vertaistuesta ja sen hyvistä vaikutuksista on puutteellista ja sitä tulee lisätä yhteiskunnassamme. Pitkäaikaissairauksia sairastavat henkilöt tarvitsevat paljon tukea ja erilaisia vaihtoehtoja lievittämään sairauksien aiheuttamia haittoja.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava vain, kun se on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja vastuullisuutta. (TENK 2015.) Tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla haastateltavalle mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. On selvitettävä, miten suostumus hankitaan, millaista tietoa haastateltaville annetaan ja millaisia mahdollisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Tiedon antamisen periaatteena on se, että haastateltava antaa suostumuksensa asianmukaisen informaation pohjalta. Lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimustietoja ei tule kerätä siten, että tutkittavien yksityisyyttä tai identiteettiä loukataan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 20; Hirsjärvi ym. 2013, 23–25, 186.)

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa reliaabelius eli toistettavuus ja validius eli pätevyys saavat erilaisia tulkintoja. Laadullisissa tutkimuksissa keskeisiä ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ja validius merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Tutkijan käsitteet tulee olla mahdollisimman lähellä tutkittavien käsitteitä. Laadukkuutta voidaan tavoitella hyvällä haastattelurungolla ja teknisellä välineistöllä sekä haastattelupäiväkirjan pitämällä. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että haastattelussa ihmisillä on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 186; Hirsjärvi ym. 2013, 206-207.)

Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan myös tulosten siirrettävyydestä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa osallistujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin. Luotettavuutta tulee tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheissa, lähtökohdista raportointiin. (Kylmä ym. 2003, 613.) Luotettavuutta lisääkin tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa vaiheissa. Tähän kuuluu olosuhteiden selostaminen, haastatteluihin kuulunut aika, häiriötekijät, virhetulkinnat ja tutkijan oma itsearviointi. Haastattelut tulee litteroida niin pian kuin

mahdollista haastattelun jälkeen. Tulkintavaiheessa tutkijan tulee kertoa, mihin päätelmänsä perustaa. Tutkija ilmaisee avoimesti kantansa ja sanoo, miten vaihtoehtoiset tulkinnat on suljettu pois. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184-188; Hirsjärvi ym. 2013, 231–233.) Todellisuuksia on monia, ja se hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. Erilaiset tulkinnat tutkimuksen kohteesta eivät välttämättä merkitse tutkimuksen luotettavuusongelmaa. Ne lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta. (Kylmä ym. 2003, 613.)

Laadullisen tutkimuksen yleisissä luotettavuuskriteereissä korostetaan myös tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista. Uskottavuutta lisää se, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa sekä keskustelut tutkimukseen osallistuvien kanssa. Luotettavuutta tulee mitata myös refleksiivisyydellä. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana, arvioitava, kuinka hän tutkijana vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä ilmoitettava tutkimusraportissa lähtökohtansa ja edellä mainitun arvionsa. (Kylmä ym. 2003, 613.)

Tämä kehittämisprojekti ja siihen liittyvä soveltavan tutkimuksen osio liittyy valtakunnalliseen ArVo–hankkeeseen ja se toteutettiin tilaustyönä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Terveysten edistämisen yksikölle. Kehittämisprojektista oli tiedotettu etukäteen Turun kaupungille ja Kuntaliitolle. Aineiston keruulle haettiin kirjallinen lupa Turun ehkäisevän terveydenhuollon tulosityksiköjohtajalta. Ryhmäläisiin oltiin yhteydessä ja informoitiin tutkimuksesta sekä kysyttiin suullisesti heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Haastattelupaikat sovittiin osallistujien toiveiden mukaisesti. Kirjallinen suostumus haastatteluun sekä lupa nauhoitukseen kysyttiin vielä ennen haastattelua. Aineisto tallennettiin ilman henkilötietoja ja sitä käsiteltiin luottamuksellisesti. Opinnäytetyöntekijä litteroi aineiston itse eikä kukaan muu käsitellyt aineistoa missään vaiheessa. Valmiit tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti osallistujien yksityisyyttä suojellen. Haastateltavien taustatiedoista selvitettiin vain tutkimustulosten kannalta oleelliset asiat. Opinnäytetyön tekijä hävitti aineiston projektin päätyttyä.

Tässä tutkimuksessa opinnäytetyön tekijä oli perehtynyt ArVo–ryhmätoimintaan siihen osallistuen sekä ryhmissä käytettävään manuaaliin lähemmin tutustuen. Tutkittavan aiheen tunteminen helpotti osaltaan teemahaastattelun rungon suunnittelua. Haastattelussa käytettyjä käsitteitä pohdittiin paljon projektiryhmässä. Tavoitteena oli löytää käsitteet, jotka ymmärrettäisiin samalla tavalla. Ennen varsinaisia haastatteluja opinnäytetyön tekijä teki koehaastattelut kahdelle toiseen Arkeen Voimaa-ryhmään osallistuneelle henkilölle. Teemahaastattelun kysymykset vastasivat asetettuihin tutkimusongelmiin, eikä muutoksiin ollut tarvetta.

Varsinaiset haastattelut sujuivat rauhallisissa, häiriöttömissä olosuhteissa ja koh- tuullisessa ajassa, eivätkä siten uuvuttaneet osapuolia ja heikentäneet tutkimuk- sen luotettavuutta ja eettisyyttä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli hyvä, että haastattelija tuli organisaation ulkopuolelta, jolloin haastateltavien on hel- pompi olla rehellinen vastauksissaan. Haastattelija piti tutkimuspäiväkirjaa ja tar- kasti aina haastattelujen lopuksi haastateltavilta, tuleeko vielä mieleen jotakin tär- keää.

Haastattelut nauhoitettiin ja opinnäytetyöntekijä litteroi ne itse sanasta sanaan 1- 2 päivän sisällä haastatteluista, jolloin haastattelut olivat vielä tuoreessa muis- tissa. Opinnäytetyön tekijä kuunteli kirjoitetun tekstin samalla tarkastaen sen ole- van yhtenäinen puhutun tekstin kanssa sekä luki tekstejä useita kertoja läpi. Ai- kaa aineiston analyysiin oli riittävästi ja aineiston syrjään jättäminen ajoittain antoi uusia näkökulmia. Teemahaastattelun selkeä runko ja kysymykset helpottivat ai- neiston analysointia. Luokittelut tehtiin pitkälti teemahaastattelujen teemojen alle. Tutkimuksen luotettavuutta voivat heikentää opinnäytetyön tekijän tulkinnalliset näkemykset, koska aineistoa ei käyty läpi tutkimukseen osallistujien kanssa enää analysointivaiheessa. Haastattelujen kirjoittaminen auki sanasta sanaan vähen- tää kuitenkin tulkinnan mahdollisuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimustulokset ovat yhteneväisiä muiden tutkimustulosten kanssa, vaikkakin osallistujiksi oli valikoitunut vain osa ensimmäiseen pilottiryhmään osallistuneista. Teemahaastatteluun lupautuminen voi olla haastateltavalle helpompaa silloin, kun on tyytyväinen tutkittavaan asiaan ja voi siten antaa suotavia vastauksia. Tämä seikka voi heikentää tulosten luotettavuutta. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään se, että todellisuuksia on monia ja ne lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta.

Opinnäytetyöntekijä on tutkijana vasta aloittelija ja tässä tutkimuksessa teki ensimmäiset teemahaastattelunsa. Oli hyvä, että tekijä tiesi tutkimuksen kohteesta riittävästi, mutta ei liikaa. Näin tutkimuskysymysten suunnittelu ja haastattelujen tekeminen oli helpompaa. Vaikka opinnäytetyön tekijä oli omien kokemustensa kautta vakuuttunut ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta, hän pyrki tietoisesti pitämään omat mielipiteensä sekä haastattelutilanteessa että analysointivaiheessa neutraaleina.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Tämä kehittämisprojekti liittyi valtakunnalliseen ArVo-hankkeeseen ja perustui työelämän tarpeesta lähtevään, tavoitteelliseen toimintaan. Kehittämisprojekti toteutettiin tilaustyönä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Terveysten edistämisen yksikölle.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli antaa tietoa ArVo-ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten koettuun terveyteen, hyvinvointiin, itsehoitotaitoihin, terveyskäyttäytymisen muuttumiseen sekä yksinäisyyden kokemuksiin. Kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa ArVo-ryhmästä ja sen merkityksestä ryhmään osallistuneille sekä kehittämisohjeita Arvo-ryhmätoiminnalle. Kehittämisprojektin soveltuvan tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää osallistujien kokemuksia terveyskäyttäytymisensä muuttumisesta, itse arvioidun terveydentilan ja hyvinvoinnin kokemuksen sekä itsehoitotaitojen kohentumisesta ryhmän jälkeen. Tarkoituksena oli selvittää ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten koettuun yksinäisyyteen sekä ryhmäläisten kehittämisohjeita Arkeen Voimaa-ryhmätoiminnalle.

Kehittämisprojektin vahvuutena olivat kehittämisprojektin selkeys, realistisuus, tavoitteellisuus sekä myönteinen toimintailmapiiri, joka kantoi läpi koko projektin. Vahvuutena olivat myös ArVo-hankkeen tuki sekä asiantunteva ohjausryhmä, jolla oli yhteinen päämäärä projektin tavoitteiden saavuttamiseksi. Projektin eri vaiheiden suunnittelu etukäteen sekä projektipäällikön eteneminen suunnitelman mukaan mahdollistivat projektin valmistumisen suunnitellussa aikataulussa. Kehittämisprojektille tehtiin suunnitteluvaiheessa myös riskien kartoitus. Keskeytys projektin etenemiseen tuli projektipäällikön ulkomaan opintojen myötä. Ne eivät kuitenkaan muuttaneet suunniteltuja aikatauluja. Oli hyvä, että tulosten pohdintaan ja lopputuotoksen tekemiseen oli riittävästi aikaa ja aikataulu salli myös ai-neiston syrjään jättämisen, mikä helpotti uusien näkökulmien löytämistä. Toisaalta kehittämisprojektin loppuvaiheen työstäminen vaati projektipäälliköltä uudelleen orientoitumista aiheeseen. Toisena haasteena kehittämisprojektissa oli

aikataulujen ja välimatkojen yhteensovittaminen. Sen vuoksi harvakseltaan tapahtuneiden tapaamisten lisäksi yhteydenpito ja tiedottaminen sujuivat kuitenkin hyvin opettajatutorin ja työelämämentorin kanssa sähköpostitse.

Asetettuihin tavoitteisiin nähden kehittämisprojekti on onnistunut ja sen tuloksena on kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelujen pohjalta luotu valmis tietopaketti ryhmätoiminnan tuloksista ArVo-hankkeelle, joka päättyi projektina vuoden 2014 lopussa ja jatkuu toimintana laajentuen muihin yhteistyökaupunkeihin. Vaikka aihealue tuli projektipäällikölle tilaustyönä, oli projektipäällikön oma kiinnostus aiheeseen yksi projektin kantavista voimista. Projektipäällikkö perehtyi ryhmätoimintaan myös itse osallistumalla kuusi kertaa kokoontuvaan ryhmään. Tämä helpotti projektipäällikön haastattelututkimuksen suorittamista sekä lisäsi ymmärrystä ryhmätoiminnan ideasta. Arvo-ryhmätoimintaan perehtyminen ja pitkä työkokemus hoitoalalla vakuuttivat ArVo-toiminnan tarpeellisuudesta sosiaali- ja terveyssektorilla myös Suomessa. Tämän kaltaisella ryhmätoiminnalla on tilausta, myös mielen sairauksia sairastavien keskuudessa.

Vertaistukitoiminta on tehokas ja edullinen lisä sosiaali- ja terveysalalle, joten sen osuus tulee lisääntymään tulevaisuudessa myös Suomessa. Oikeaa tietoisuutta vertaistukitoiminnasta lisäämällä voidaan voittaa ennakkoluuloja ja vääriä uskomuksia. Yhteistyötä ammattilaisten ja vertaistukitoimijoiden kesken tulee lisätä ja nähdä se voimavarana, sillä sosiaali- ja terveyssektori tulee tarvitsemaan lisää resursseja tulevaisuudessa. Myös yksinäisyyden kokemuksen näkökulman lisääminen toi projektiin oman antinsa. Kun kehitetään vertaistukitoimintaa, on tärkeää muistaa, että se ei sovi kaikille, vaan voi pahimmillaan jopa lisätä yksinäisyyden kokemusta.

Kehittämisprojektin mahdollisuus onkin juuri tietoisuuden lisääminen vertaistukitoiminnasta ja ArVo-ryhmätoiminnasta eri toimijoiden keskuudessa. Siitä on hyötyä työn tilaajan lisäksi ammattilaisille, vertaisohjaajille, asiakkaille ja omaisille. Jotta saadaan lisää tuloksia ArVo-ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta Suomessa,

on hyvä, että ryhmän vaikuttavuutta seurataan tekemällä systemaattisesti seurantakyselyt kaikille ryhmään sitoutuneille osallistujille.

LÄHTEET

Aartsen, M. & Jylhä, M. 2011. Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing* 8(1): 31-8.

Adepoju, O. E., Bolin, J. N., Phillips, C. D, Zhao, H., Ohsfeldt, RL., McMaughan, DK., Helduser, JW. & Forjuoh, SN. 2014. Effects of diabetes self-management programs on time-to-hospitalization among patients with type 2 diabetes: A survival analysis model. *Patient Education & Counselling* 95(1): 111-7.

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Antonucci, T. & Akiyama, H. 1991. Social relationships and aging well. *Generations* 15(1): 39.

Chan, W., Hui, E., Chan, C., Cheung, D., Wong, S., Li, S. & Woo, J. 2011. Evaluation of chronic disease self-management programme (CDSMP) for older adults in Hong Kong. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 15(3): 209-14.

Dykstra, P. 2009. Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing* 6(2): 91-100.

Detaille, S., Heerkens, Y., Engels, J., Gulden, J. & Dijk, F. 2013. Effect Evaluation of a Self-Management Program for Dutch Workers with a Chronic Somatic Disease: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 23(2): 189-99.

Dongbo, F., Hua F., McGowan, P., Yi-e, S., Lizhen, Z., Huiqin, Y., Jianguo, M., Shitai, Z., Yongming, D. & Zhihua, W. 2003. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization* 81(3): 174.

Dongbo, F., Yongming, D., McGowan, P. & Hua, F. 2006. Qualitative evaluation of chronic disease self-management program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education & Counselling* 61(3): 389-96.

Elzen, H., Slaets, J., Snijders, T. & Steverink, N. 2007. Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 64(9): 1832-41.

Euroopan Komissio 2015. Viitattu 6.3.2015 http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy/index_fi.htm

Farrel, K., Wicks, M. & Martin, J. 2004. Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy. *Clinical Nursing Research* 13(4): 289-308.

Goldberg, RW., Dickerson, F., Lucksted, A., Brown, CH., Weber, E., Tenhula WN., Kreyenbuhl, J. & Dixon, LB. 2013. Living well: an intervention to improve self-management of medical illness for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Services* 64(1): 51-7.

Harrison, M., Reeves, D., Harkness, E., Valderas, J., Kennedy, A., Rogers, A., Hann, M. & Bower, P. 2012. A secondary analysis of the moderating effects of depression and multimorbidity on the effectiveness of a chronic disease self-management programme. *Patient Education & Counseling* 87(1): 67–73.

Hartikainen, A. 2005. Löytää se jokin mikä koskettaa. Teoksessa: Nylynd, M. & Yeung, A.B. (toim.) *Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus*. Tampere: Vastapaino.

Heikkilä, T. & Larivaara, P. 2009. Perhekeskeinen moniammatillinen vanhusten hoito. Teoksessa: Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa: Lyyra, T-M. & Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita.

Heino, M. & Kaivolainen, M. 2011. Toimivat vertaiset – Kirjanen omaishoitoyhdistysten vertaistukitoimintaan. *Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry:n julkaisuja 2/2010*. Pori: Kehitys Oy.

Heiskanen, T. 2011. 150 puhelinumeroa, mutta ei ketään, kenelle soittaa. Teoksessa: Heiskanen, T. & Saaristo, L. (toim.) *Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot*. Juva: Bookwell Oy.

Heiskanen, T. & Saaristo, L. 2011. Modernin ajan yksinäisyys. Teoksessa: Heiskanen, T. & Saaristo L. (toim.) *Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot*. Juva: Bookwell Oy.

Helldan, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveys ja terveystietoisuus, kevät 2013. Raportti 21/2013. THL. Tampere: JuvenesPrint – Suomen yliopistopaino Oy.

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystietoisuus ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Raportti 15/2014. THL. Tampere: JuvenesPrint – Suomen yliopistopaino Oy.

Hiilamo, H. 2011. Yksin asuvien kokemuksia masennuksesta toipumisesta. Teoksessa: Heiskanen, T. & Saaristo L. (toim.) *Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot*. Juva: Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hyväri, S. 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa: Nylynd, M. & Yeung, A.B (toim.) *Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus*. Tampere: Vastapaino.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Johnson, S., Irving, H., Mill, K., Rowan, MS. & Liddy, C. 2012. The patient's voice: an exploratory study of the impact of a group self-management support program. *BMC Family Practice* 13(1): 65-72.

Jonker, AAG., Comijs, HC., Knipsceer, KCP. & Deeg, DJH. 2009. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *European Journal of Ageing* 6(4): 303-14.

Junttila, N. 2010. Social Competence and Loneliness during the school years. Issues in assessment interrelations and inter-generational transmission. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku: Pallosalama Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972. Viitattu 14.2.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kantola, H. 2009. Vakavan sairastamisen merkitys elämäkulussa – Esimerkkinä SLE. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteen laitos. Kuopio.

Koskinen, S. 1997. Väestöryhmien väliset terveys- ja muut hyvinvointierot. Helsinki: Suomen Akatemia 3/97.

Kuntaliitto 2014. Arkeen Voimaa – Ryhmästä tukea pitkäaikaissairausten oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen. Viitattu 11.2.2014 <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sote-kehittamistyo/arkeenvoimaa/Sivut/default.aspx>

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119: 609–15.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

Lorig, KR., Ritter, P., Stewart, AL., Sobel, DS., Brown, BW., Bandura, A., Gonzalez, VM., Laurent, DD. & Holman, HR. 2001. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care* 39(11): 1217-23.

Lorig, KR., Ritter, PL. & Jacquez, A. 2005. Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs. *Diabetes Educator* 31(3): 401-9.

Lorig, K., Ritter, P., Pifer, C. & Werner, P. 2014. Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study. *Community Mental Health Journal* 50(1): 96-103.

Lund, P. 2006. Torjuttu toivottomuus. Juva: WS Bookwell Oy.

Mehtola, S. 2012. Vertaisuus & osallisuus. Teoksessa: Ojuri, A. (toim.) Vertaisryhmä. Käsikirja. Väkivaltaa kokeneiden naisten osallisuuden ja voimaantumisen tukeminen. Ensi- ja turvakotien liitto.

Mehtola, S. & Natunen L. 2012. Ryhmän kokoaminen. Teoksessa: Ojuri, A. (toim.) Vertaisryhmä. Käsikirja. Väkivaltaa kokeneiden naisten osallisuuden ja voimaantumisen tukeminen. Ensi- ja turvakotien liitto.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadulliset tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: International Methelp Oy.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen laitos. Kuopio: Kopijyvä.

MTKL. 2015. Viitattu 6.3.2015 mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/aikuisille/yksinaisyys/

Natunen, L. 2012. Vertaisryhmän rakentuminen. Ojuri, A. (toim.) Vertaisryhmä. Käsi- kirja. Väkivaltaa kokeneiden naisten osallisuuden ja voimaantumisen tukeminen. Ensi- ja turvakotien liitto.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa: Nylund, M. & Yeung, A.B. (toim.) Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

Ojanen, M. 2001. Ilo, onni, hyvinvointi. Helsinki: Kirjapaja.

Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, RE. 2009. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 64A(7): 792-800.

Rose, M., Arenson, C., Harrod, P., Salkey, R., Santana, A. & Diamond, J. 2008. Evaluation of the chronic disease self-management program with low-income, Urban, African American Older Adults. *Journal of Community Health Nursing* 25(4): 193–202.

Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Ryynänen, U. 2000. Terveys ja turvallisuus. Teoksessa; Niemelä, P. & Lahikainen, A-R. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tallinna: Vastapaino.

Saramies, S. & Lindroos, S. 2009. Elintapojen muutos potilaan, perheen ja työntekijöiden yhteisenä tavoitteena. Teoksessa: Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Savikko, N. 2008. Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku: Pallosalama Oy.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot ammattiauttajan voimavarana kriisissä. Tampere: Tammerpaino Oy.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö. Viitattu 16.4.2014 <http://.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Siu, A., Chan, C., Poon, P., Chui, D. & Chan, S. 2007. Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education & Counseling* 65(1): 42-50.

Somerkivi, P. 2000. Olen verkonsilmässä kala. Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Helsinki.

Sorri, H. 2005. Elämän käänneet. Teoksessa: Nylund, M. & Yeung, A.B. (toim.) Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

Stanford School of Medicine. 2014. Stanford Patient Education Research Center. Licensing Policies for Stanford Self-Management Programs. Implementation Manual Stanford Self-Management Programs 2008. Viitattu 11.2.2014. http://patienteducation.stanford.edu/licensing/Implementation_Manual2008.pdf

STM. 2013a. Terveysthuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2 (2013). Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

STM. 2013b. Viitattu 11.2.2014 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015

STM. 2014. Viitattu 15.1.2015 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

STM. 2015. Viitattu 6.3.2015 <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/terveyserot>

Suomen Mielenterveysseura 2010. Varhaiskuntoutus. Kyllä me yhdessä selvitään – Voimauttavaa vertaistukea kriisitilanteissa. Helsinki: Star-Offset Oy.

Swerissen, H., Belfrage, J., Weeks, A., Jordan, L., Walker, C., Furler, J., McAvoy, B., Carter, M. & Peterson, C. 2006. A randomized control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education & Counseling* 64(1-3): 360-8.

Talvitie – Ryhänen, T. 2000. Taloudellinen turvallisuus ja hyvinvoinnin vaje. Teoksessa: Niemelä, P. & Lahikainen, A-R. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tallinna: Vastapaino.

TENK. 2015. Viitattu 14.1.2015 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Terveysthuoltolaki 30.12.2010/ 1326. Viitattu 11.2.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2>.

THL 2015. Viitattu 7.3.2015 <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/suomalaisen-aikuisvaeston-terveyskayttaytyminen-ja-terveys-avtk>

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Tiikkainen, P. & Lyyra, T-M. 2007. Teoksessa: Lyyra, T-M. & Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Tiikkainen, P. 2011. Yksinäisyys teorioiden valossa. Teoksessa: Heiskanen, T. & Saaristo, L. (toim.) Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Juva: Bookwell Oy.

UN. 2012. Viitattu 15.1.2015 http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Wilska-Semer, K. 2005. Voimaantumisen vammaisten naisten vertaisryhmissä. Teoksessa: Nulund, M. & Yeung, A. (toim.) Vapaaehtoistoiminta: Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

WHO. 2013. Global Action Plan. For the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Viitattu 14.1.2015

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

WHO. 2015. Chronic diseases and health promotion. Viitattu 6.3.2015

<http://www.who.int/chp/en/index.html>

Wu, C.-J. (Jo), Chang, A.M., Courtney, M. & Kostner, K. 2012. Peer supporters for cardiac patients with diabetes: a randomized controlled trial. Australia. International Nursing Review 59(3): 345–52.

Yukawa, K., Yamazaki, Y., Yonekura, Y., Togari, T., Abbott, F.K., Homma, M., Park, M. & Kagawa, Y. 2010. Effectiveness of chronic disease self-management program in Japan: Preliminary report of a longitudinal study. Nursing & Health Sciences 12(4): 456–63.

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa Arkeen Voimaa -ryhmästä ja sen merkityksestä ryhmään osallistuneille. Tarkoituksena on saada tietoa Arkeen Voimaa -ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten koettuun terveyteen, hyvinvointiin ja itsehoitotaitoihin sekä terveystietoisuuden muuttumiseen. Tämä aineiston keruu liittyy osana Arkeen Voimaa – hankkeeseen ja toteutetaan tilaustyönä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Terveyden edistämisen yksikölle. Lupa aineiston keruuseen on saatu Turun kaupungin ehkäisevän terveydenhuollon tulosyksiköjohtajalta keväällä 2014.

Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina ja haastatteluun kuluu aikaa noin 1-3 tuntia. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa ja osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista eikä se aiheuta haastateltaville kuluja. Teidän osallistumisenne haastatteluun on erittäin tärkeää, koska Arkeen Voimaa – ryhmätoiminta on vasta hiljattain alkanut Suomessa eikä ryhmäläisten kokemuksia ole vielä lainkaan tutkittu. Suostumuksen haastateltavaksi vahvistatte allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla sen haastattelijalle.

Nämä haastattelut liittyvät osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Heikki Ellilä, yliopettaja, Turun amk/Terveysala. Vastaan mielelläni tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Osallistumisesta kiittäen

Tuula Reini

Sairaanhoidtaja/yamk-opiskelija

p. 045-1217192 tuula.reini@students.turkuamk.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa Arkeen Voimaa – ryhmätoimintaan osallistuneiden kokemuksia ryhmästä koskevasta opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus

Nimenselvennys

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

TAUSTATIETOJA

- Syntymävuosi
- Siviilisääty / Asutko yksin vai useamman hengen taloudessa
- Koulutus / Ammatti
- Mitä sairauksia sinulla on?
- Miten kauan sinulla on ollut ko. sairauksia?
- Mistä sait tiedon Arkeen Voimaa - ryhmästä?
- Oletko aiemmin osallistunut johonkin vertaistukiryhmään?

TEEMA I: Ryhmätoiminnan vaikutus omaan elämään

- Millainen kokemus Arkeen Voimaa – ryhmään osallistuminen oli sinulle?
- Millaiseksi koet nyt oman terveytesi? Miten arkesi sujuu tällä hetkellä?
- Oliko Arkeen Voimaa – ryhmällä vaikutusta koettuun terveyteesi tai arkesi sujumiseen?
- Jos vaikutti, niin millä tavalla?
- Miksi Arkeen Voimaa – ryhmä oli mielestäsi hyödyllinen?
- Mikä oli ryhmän paras anti sinulle?
- Millaisia itsehoitotaitoja opit tai elämäntapojasi muutit Arkeen Voimaa – ryhmän myötä seuraavilla osa-alueilla?
 - A. Liikkuminen
 - B. Kaatumisen ehkäiseminen ja tasapainon hallinta
 - C. Terveellinen syöminen
 - D. Painonhallinta
 - E. Hyvä yöunen turvaaminen
 - F. Lääkkeiden käyttö
 - G. Arjen toimintasuunnitelmien tekeminen ja lupaaminen itselle niitä toteuttaa
 - H. Itseluottamus ja asioista päättäminen arjessa
 - I. Sairauteen liittyvien oireiden aiheuttamien ongelmien ratkaiseminen

- J. Mielikuvien ja ajatusten käyttäminen oireiden hallinnassa
- K. Keskustelu- ja yhteistyötaidot
- L. Hengityksen käyttäminen rentoutumiseen
- M. Omien hankalien tunteiden ymmärtäminen ja kohtaaminen
- N. Yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja lääkärisäkäynnit
- O. Tiedon lisääntyminen. Omaa hoitoa koskevat päätökset ja vaihtoehtojen valinta
- P. Kivun ja uupumuksen kohtaaminen ja hallinta
- Q. Mielialan vaihtelut ja alakuloisuus
- R. Tulevaisuuden suunnitelmat ja toiveikkuus

TEEMA II: Yksinäisyyden kokemus

- Oletko kokenut itsesi yksinäiseksi sairastumisen tai muun seikan vuoksi?
- Milloin? Miltä yksinäisyys tuntuu?
- Mitkä asiat ovat auttaneet sinua yksinäisyyden lievittämisessä?
- Millainen vaikutus Arkeen Voimaa – ryhmällä on ollut yksinäisyyden kokemukseesi?

TEEMA III: Arviointi ja kehittämis ehdotukset ryhmätoiminnalle

- Mitä asioita voisi tehdä/muuttaa, jotta ryhmästä tulisi parempi?
- Miten arvioit Arkeen Voimaa -ryhmän
 1. Tiedottamista?
 2. Aikataulua?
 3. Toteutusta?
 4. Sisältöä?
 5. Ryhmänvetäjien osaamista?
 6. Lopetusta? 7. Yhteydenpitoa ryhmän jälkeen?
- Suositteletko ryhmää toisille pitkäaikassairautta sairastaville?