

Kehittämisprojekti (YAMK)

Terveyden edistäminen

YTEEDK16

2017

Katja Karhu

ARKEEN VOIMAA-OHJELMA

– Kyselylomakkeen luominen
vertaistukiryhmätoiminnan näytön osoittamiseksi

Katja Karhu

ARKEEN VOIMAA-OHJELMA

- Kyselylomakkeen luominen vertaistukiryhmätoiminnan näytön osoittamiseksi

Arkeen Voimaa-ohjelma on maailmanlaajuinen ryhmätoimintamalli, jonka tarkoituksena on pitkäaikaissairaiden henkilöiden arkipärjäämisen, itsehoidon, minä-pystyvyyden ja voimaantumisen tukeminen. Ohjelma on osoittautunut tulokselliseksi maailmanlaajuisesti. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toiminnan tulisi aina olla näyttöön perustuvaa, joten on tärkeää saada osoitettua ArVo-ohjelman vaikuttavuus näyttöön perustuen.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kyselylomakkeen luominen ArVo-ohjelman vaikuttavuuden osoittamiseksi ja näytön keräämiseksi. Varsinaista kyselytutkimusta tässä kehittämisprojektissa ei tehty. Kehittämisprojektin tuotos on Webropol-ohjelman avulla luotu, valikoidun asiantuntijaryhmän arvioima ja vertaistukiryhmässä esitettävä kyselylomake, joka perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen muihin kyselylomakkeisiin, sekä Stanfordin yliopiston Chronic Disease Self-Management Program:lle laatimiin kyselylomakkeisiin.

Kyselylomaketta käytetään kahdessa eri vaiheessa. Kyselylomake täytetään ensimmäisen kerran ryhmän viimeisellä kokoontumiskerralla ja toisen kerran noin puoli vuotta ryhmän päättymisen jälkeen. Ensimmäisessä vaiheessa on tavoitteena mitata ryhmään osallistuneiden kuntalaisten motivaatiota itsehoitovalmiutensa kehittämiseen. Toisessa vaiheessa on tavoitteena mitata ryhmään osallistuneiden kuntalaisten päättäväisyyttä itsehoitovalmiutensa kehittämisessä eli sitä, onko heidän itsehoitovalmiutensa pysyvästi kehittynyt, vai palattiinko jossain vaiheessa ryhmään osallistumista edeltävään tilanteeseen itsehoitovalmiuden suhteen.

Kyselylomakkeen esitestauksen ja arvioinnin vastaajat (n=7) edustivat demograafisilta taustoiltaan hyvin tutkimuksen kohdejoukkoa, eikä kyselylomakkeen arvioinnin vastausten perusteella ollut tarpeen tehdä muutoksia tai lisäyksiä kyselylomakkeeseen, sillä vastauksista ei tullut ilmi yhtään sellaista seikkaa, jonka korjaamisella tai muuttamisella olisi voinut olettaa olevan merkittävää vaikutusta kyselylomakkeen toimivuuteen. Kyselylomakkeen arvioinnin vastauksista voitiin tehdä se johtopäätös, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä kyselylomakkeeseen ja koki sen täyttämisen riittävän helpoksi. Kyselylomakkeen arvioinnin analysointivaiheessa tuli ilmi muutamia seikkoja, joiden johdosta oli tarpeen tehdä pieniä muutoksia ja teknisiä korjauksia kyselylomakkeeseen. Valmis kyselylomake tulee ArVo-ohjelman valtakunnalliseen käyttöön. Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä arvioida ArVo-ohjelman vaikuttavuutta entistä paremmin järjestämällä ennen-jälkeen-jälkeen-mittaus kontrolliryhmällä, sekä arvioida kyselylomakkeen reliabiliteetti ja validiteetti.

ASIASANAT:

Arkeen Voimaa-ohjelma, vaikuttavuus, vertaistuki, minä-pystyvyys, arkipärjääminen, voimaantuminen, itsehoitovalmius, pitkäaikaiset ja krooniset sairaudet

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being | Health promotion

2017 | Total number of pages 66+11

Katja Karhu

THE CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT PROGRAM

- Creating questionnaire to gather evidence-based outcomes from ArVo-program (CDSMP) in Finland

The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP), known as Arkeen Voimaa-program in Finland, is a global peer support group action model which aims to empowerment, improved efficacy, self-efficacy and self-care skills of those whom are living with a long term diseases. CDSMP has been globally recognised as productive. All practice at healthcare field in Finland should be evidence-based, so the need for this project was based on the importance of gathering evidence-based outcomes from CDSMP in Finland.

The aim of the project was to create questionnaire that is pretested and evaluated by selected group of professionals for gathering evidence-based outcomes from ArVo-program (CDSMP). This questionnaire will measure development of everyday coping skills of the persons with chronic diseases that are participating in the CDSMP peer support group.

The process included creating a questionnaire which is based on other questionnaires that are created and used by National Institute for Health and Welfare. Also parts from questionnaires created for CDSMP by Stanford University are implicated into this new questionnaire. The content and appearance of this questionnaire is guided by NIHW.

The questionnaire will be used two times. At the first time the questionnaire is filled in during the last gathering of CDSMP's peer support group. It will measure the clients' motivation towards developing their everyday coping skills. The second time the questionnaire will be filled in approximately six months after finishing CDSMP peer support group gatherings. It will measure the clients' determination towards developing everyday coping skills (in other words, have the everyday coping skills improved permanently).

Based on the outcomes from pretesting and evaluating there was no need to make any improvements or changes to the questionnaire. It seemed that based on the results most of the defendants were satisfied with the questionnaire and thought it was easy to fill in. Due to other concerns that came up during the process of analyzing the evaluationforms it was required to make some minor changes and technical adjustments to the questionnaire. The questionnaire will be used by ArVo-program nationwide. In the future it might be beneficial to implement a study with a control group to better evaluate the effectiveness of CDSMP and also evaluate the reliability and validity of the questionnaire.

KEYWORDS:

Chronic disease self-management program, efficacy, peer support, self-efficacy, coping, empowerment, self-care, long term and chronic diseases

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 ARKEEN VOIMAA-OHJELMA	9
3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	13
3.1 Vertaistuki ja vertaistukiryhmätoiminta	14
3.2 Minä-pystyvyys	15
3.3 Arkipärvääminen ja voimaantuminen	16
3.3.1 Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila	19
3.4 Itsehoitovalmius	20
3.5 Pitkäaikaiset ja krooniset sairaudet	21
3.6 Vaikuttavuus, näyttöön perustuva toiminta ja vaikuttavuuden arviointi	22
3.7 Elämänlaadun mittarit vaikuttavuuden arvioinnissa	24
3.8 Kyselylomakkeen rakentaminen	25
3.9 Sähköinen kysely	25
3.10 Kyselytutkimus	26
4 PROJEKTIORGANISAATIO	29
4.1 Projektipäällikkyyys	29
4.2 Ohjausryhmä	30
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI	31
5.1 Kehittämisprojektin tarve	33
5.2 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	33
5.3 Kehittämisprojektin menetelmä ja tuotos	34
5.4 Kehittämisprojektin eteneminen	35
5.5 Kyselylomakkeiden arvioiminen ja esitestaaminen	36
5.6 Tulokset, johtopäätökset ja korjaukset	36
5.6.1 Vastaajien demograafiset taustat	37
5.6.2 Kyselylomakkeen arvioinnin tulokset	39
5.6.3 Johtopäätökset	40
5.6.4 Muutokset ja korjaukset	41

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS	42
6.1 Vaikuttavuuden mittarit	43
6.2 Vaikuttavuuden arviointi	43
6.3 Kyselylomakkeen sisältö	44
6.4 Osa 1. Taustatiedot	46
6.4.1 Ikä	46
6.4.2 Sukupuoli	46
6.4.3 Siviisäätty	46
6.4.4 Paikkakunta	47
6.4.5 Koulutusaste	47
6.4.6 Sosioekonominen asema	47
6.5 Osa 2. Arkipäryääminen	47
6.5.1 Totetut sairaudet	48
6.5.2 Terveydentila yleisesti ottaen ja nykyään	48
6.5.3 Rajoitukset päyittäisissä toiminnoissa	48
6.5.4 Fyysisen ja psyykkisen terveydentilan aiheuttamat ongelmat päyittäisissä tehtävissä ja sosiaalisessa toiminnassa	48
6.5.5 Kivut	49
6.5.6 Psyykkinen vointi	49
6.5.7 Terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käytetyt palvelut	49
6.6 Osa 3. Itsehoitovalmius	49
6.6.1 Fyysinen ja psyykkinen toimintakyky	50
6.6.2 Kommunikointi terveydenhuollon henkilökunnan kanssa	50
6.6.3 Avoin kysymys	50
6.7 Vastausvaihtoehto ”Muu, mikä?”	51
6.8 Muokkauksia	51
7 ARVIOINTI	52
7.1 Eettiset kysymykset	52
7.2 Luotettavuustarkastelu	53
7.3 Riskien hallinta	55
8 POHDINTA	59
LÄHTEET	62

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake.
- Liite 2. Kyselylomakkeen arviointikysymykset.
- Liite 3. Tutkimustiedote.
- Liite 4. Saatekirje.

KUVIOT

- Kuvio 1. Kehittämishankkeen prosessikaavio. 32
- Kuvio 2. Vastaajien ylin koulutusaste 38
- Kuvio 3. Vastaajilla todetut pitkäaikaissairaudet 39

TAULUKOT

- Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma. 37
- Taulukko 2. Vastaajien sosioekonomisen aseman jakauma. 38
- Taulukko 3. Kyselylomakkeen arvioinnin vastausjakauma. 40
- Taulukko 4. Kysymysten lähdeluettelo. 45

KÄYTETYT LYHENTEET

ArVo-ohjelma	Arkeen Voimaa-ohjelma
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program
Eksote	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto
Eurostat	The Statistical Office of the European Communities
HTK	Hyvä tieteellinen käytäntö
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization
Yamk	Ylempi ammattikorkeakoulu

1 JOHDANTO

Viime vuosina pitkäaikaissairaudet ovat lisääntyneet Suomessa ja niiden hoito rasittaa terveydenhuoltojärjestelmäämme ja erityisesti perusterveydenhuoltoa, jossa valtaosa pitkäaikaissairauksia sairastavista potilaista hoidetaan. Mikäli sairauksia ei pystytä ennalta ehkäisemään ja hoitamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ne tulevat yhteiskunnalle kalliiksi ja lisäävät erikoissairaanhoidon turhaa kuormitusta. Haasteeseen pystytään vastaamaan muuttamalla terveydenhuollon toimintatapoja kansalaisten omaa aktiivisuutta tukeviksi. (Raatikainen 2009, 5.)

Terveydenhuollon toimintatavat eivät ole aiemmin riittävästi tukeneet kansalaisten aktiivisuutta ja itsehoitoa. Jotta kansalaisia voidaan tukea oikealla tavalla, terveydenhuollossa on ensin muutettava omaa ajattelu- ja toimintatapaa, jolloin kansalaiset on nostettava aktiivisiksi toimijoiksi terveydenhuollon ammattilaisten rinnalle. Kansalaisten omatoimista, arkipäivän terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista on tuettava. Kansalaiset ovat aktiivisia toimijoita, joita terveydenhuollon ammattilaiset tukevat omalla asiantuntemuksellaan ja ohjaavat löytämään juuri heille toimivat keinot ja ratkaisut sairauden ehkäisyyn ja itsehoitoon. (Raatikainen 2009, 5.)

Arkeen Voimaa-ohjelma on maailmanlaajuinen, jo yli 20 maahan levinnyt ryhmätoimintamalli, joka on tarkoitettu pitkäaikaissairaiden arkipärväämisen, itsehoidon, minä-pystyvyyden ja voimaantumisen tukemiseksi (Kuntaliitto 2016; Kansalaisareena ry 2012). Arkeen Voimaa-ohjelma on osoittautunut tulokselliseksi Suomessa (Kuntaliitto 2016 & 2014). Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toiminnan tulisi aina olla näyttöön perustuvaa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §). Siksi on tärkeää, että myös Suomessa saadaan ArVo-ohjelmasta näyttöön perustuvia tuloksia.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli tehdä valikoidun asiantuntijaryhmän arvioima ja esitettävä kyselylomake ArVo-ohjelman käyttöön, ohjelman vaikuttavuuden osoittamiseksi näyttöön perustuen. Kyselylomakkeen avulla arvioidaan ryhmään osallistuneiden pitkäaikaissairaiden asiakkaiden itsehoitovalmiuden kehittymistä ja siltä osin ohjelman vaikuttavuutta.

2 ARKEEN VOIMAA-OHJELMA

Arkeen Voimaa-ohjelma on alkuperäiseltä nimitykseltään Chronic Disease Self-Management Program (Holman, H., Lorig, K., Sobel, D., Bandura, A., Brown, B., Gonzales, V. & Laurent, D. 1996), lyhennettynä englanniksi CDSMP ja suomeksi ArVo-ohjelma. CDSMP on kehitetty Stanfordin yliopiston potilasopetustutkimuskeskuksessa 1990-luvun puolivälissä osana laajaa tutkimushanketta, jolle myönnettiin rahoitus viideksi vuodeksi (Stanford University 2016; Kuntaliitto 2016). Suomessa ArVo-ohjelma oli aluksi suurten kaupunkien ja Kuntaliiton yhteishanke, jota hallinnoi Kuntaliitto. Tänä päivänä Arkeen Voimaa on muuttunut hankkeesta pysyväksi valtakunnalliseksi toimintaohjelmaksi, jonka kehittämisessä myös potilaat ovat mukana. (Kuntaliitto 2016.)

ArVo-ohjelman vertaistukiyhmätoiminnan tavoitteena on auttaa ryhmäläisiä tekemään myönteisiä muutoksia elämässään ja ylläpitämään niitä päivittäisessä arjessa. Ryhmän toiminta perustuu vertaistukeen, voimaantumiseen ja ratkaisukeskeisten toimintamallien opettelemiseen. Ryhmiä ohjaavat koulutuksen saaneet vapaaehtoiset vertaisohjaajat. (Kuntaliitto 2016.)

Stanfordin yliopiston tutkimuksen mukaan jopa 80%:a pitkäaikaissairaiden kokemista oireista on samoja, sairaudesta riippumatta. Näitä oireita ovat esimerkiksi kipu, väsymys, univaikeudet, toimintakyvyn heikkeneminen ja mielialan muutokset (Stanford University 2016; Arkeen Voimaa 2014). Ryhmätoimintamallin vaikutuksista on näyttöön perustuvaa tietoa. Tutkimukset osoittavat, että ryhmiin osallistuneet kokivat terveytensä kohenneen, sekä oireiden hallinnan, arkipärjäämisen ja yhteistyön terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa parantuneen. Samalla terveydenhuollon käyntien määrä väheni. (Kuntaliitto 2016.)

Suomessa ryhmätoimintamallin testaamiseksi ja juurruttamiseksi käynnistettiin hanke vuosille 2012–2014. Hankevaiheessa mukana olivat Espoo, Helsinki, Kuopio, Jyväskylä, Oulu, Turku ja Vantaa sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote). Kuntaliitto vastasi hankkeen johtamisesta, hallinnoinnista sekä valtakunnallisesta organisoinnista. Hankejohtaja oli Kuntaliitosta ja koordinaattori Jyväskylän kaupungista. Hankkeella oli ohjausryhmä, johon kuuluivat suurten kaupunkien terveysjohtajat sekä edustajat Kuntaliitosta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, sosiaali- ja terveysministeriöstä ja Suomen sosiaali- ja terveys ry:stä. Kaikista hankkeessa mukana olevista kaupungeista ja Eksotesta nimettiin yhdyshenkilöt, jotka muodostivat hankkeen johtoryhmän.

Hankkeen kehittämisestä vastasi hankeryhmä, jossa olivat mukana Stanfordissa koulutuksen saaneet master trainerit Kuopiosta, Jyväskylästä, Turusta ja pääkaupunkiseudulta, sekä Kuntaliiton kaksi työntekijää; hankejohtaja ja suunnittelija (Kuntaliitto 2014).

Kuntaliiton hallinnoima ArVo-ohjelman lisenssi sisältää vertaisohjaajien kouluttamisen. Kouluttajakoulutuksia järjestetään Stanfordin yliopistossa, ja Suomesta tämän koulutuksen kävi hankevaiheessa neljä henkilöä. Lisäksi lisenssiin kuuluu vertaisohjaajien materiaali, asiakkaan kirja sekä seurantakyselylomakkeet koodausohjeineen. Lisenssissä on määritelty tarkkaan mitä ja miten ryhmissä käsitellään, eikä materiaalia saa muuttaa. Siitä ei saa poistaa eikä siihen saa lisätä mitään. Materiaalien käännösvaiheessa voidaan kuitenkin tehdä muutoksia, jotka takaavat, että materiaalin sisältö soveltuu kulloinkin kyseessä olevaan yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmään, sekä kunkin maan kansallisiin suosituksiin (Kuntaliitto 2014).

Arkeen Voimaa-ohjelman vertaistukiryhmätoiminta

ArVo-ohjelman vertaistukiryhmät on tarkoitettu mitä tahansa pitkäaikaissairautta sairastaville. Diagnoosilla ei ole merkitystä, sillä ryhmät eivät keskity sairauden hoitoon vaan yleisen hyvinvoinnin lisäämiseen ja oireiden hallintaan. Ryhmät ovat ns. sekaryhmiä, eli samassa ryhmässä voi olla mitä tahansa pitkäaikaissairautta sairastava tai omainen. Myös eri-ikäiset ja eri sukupuolta olevat henkilöt sopivat samaan ryhmään. Ryhmä koko on 10–16, mikä tarkoittaa, että ryhmät toimivat ns. suurryhmädynamiikalla. Vaikka elämäntilanne tekee ryhmäläisistä vertaisia, poikkeaa toiminta hieman perinteisestä vertaisryhmätoiminnasta. Ryhmässä ei pureuduta yksittäisen ryhmäläisen tilanteeseen, ongelmiin tai tunteisiin, vaan kootaan yhteisiä kokemuksia ja ideoidaan niihin ratkaisuja mm. ideariihi- ja ongelmanratkaisumenetelmillä. Käsiteltäviä aihealueita ovat mm. liikunta, ravinto, lääkkeiden käyttö, vuorovaikutustaidot, yhteistyö terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa sekä hankalat tunteet. (Kuntaliitto 2016.)

Ryhmiin osallistujat tulevat mukaan pääasiassa perusterveydenhuollon kautta, terveydenhuoltohenkilökunnan rekrytoimina. Mukaan voi tulla myös muuta kautta, kuten sosiaalitoimen, työvoimapalvelujen tai järjestöjen kautta. Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on tärkeää. ArVo-ohjelman vertaistukiryhmät ovat vain yksi vaihtoehto asiakkaille tarjottavista itsehoidon työkaluista. Nämä ryhmät soveltuvat parhaiten sellaisille henkilöille, joilla on useampi pitkäaikaissairaus, joita henkilö on sairastanut jo pidempään.

Ryhmä soveltuu myös pienille sairausryhmille, joilla ei ole omia ryhmiä. Ryhmät eivät poista muiden ryhmien tarpeellisuutta. ArVo-ohjelman vertaistukiryhmät voivat olla osallistujille myös portti muuhun ryhmätoimintaan. Ryhmäkokoontumisten yhteydessä tarjotaan tietoa myös alueen muista toimijoista ja ryhmistä. (Kuntaliitto 2016.)

ArVo-ohjelman vertaistukiryhmät ovat määräaikaista ja suljettuja. Ryhmä kokoontuu kuusi kertaa, viikon välein 2,5 tuntia kerrallaan. Ryhmään voi tulla mukaan vielä toisella kerralla, mutta sen jälkeen ryhmä sulkeutuu. Kaikki, jotka käyvät ryhmässä vähintään neljä kertaa pääsevät mukaan ryhmän toiminnasta tehtävään seurantakyselyyn, joka tehdään ryhmän päättyessä, sekä puoli vuotta ryhmän päättymisen jälkeen. (Kuntaliitto 2016.)

ArVo-ohjelman vertaistukiryhmiä ohjaavat koulutuksen saaneet vapaaehtoiset vertaisohjaajat. Ohjaajia kouluttavat Stanfordin yliopistossa koulutuksen saaneet nk. master trainerit. Koulutuksen kesto on neljä päivää, joiden aikana käydään läpi ohjaamiseen tarkoitetun manuaalin keskeiset sisällöt ja ryhmätilanteisiin liittyviä ohjeita. Vertaisohjaajaksi voi tulla täysi-ikäinen henkilö, jolla itsellään on jokin pitkäaikaissairaus. Vertaisohjaajalla pitää myös olla riittävän hyvä suullinen ilmaisutaito ja kykyä ja uskallusta toimia ryhmän kanssa. Terveystieteiden ammattilaisesta koulutusta ohjaajalta ei vaadita. Ei myöskään kouluttajan tai ohjaajan koulutusta, vaikka kokemuksesta toki on etua. (Kuntaliitto 2014.)

Suurin syy, miksi ryhmiä ohjaavat vertaiset ammattilaisten sijasta, on vertaisuuden vaikutus ryhmän toimintaan. Jos ohjaajana on ammattilainen, häneen kohdistuu odotuksia, kuten että hän kertoisi mitä ja miten tulee toimia. Ryhmäläiset ovat ammattilaisen edessä helposti potilaan roolissa ja tuovat esille asioita, joita potilaan odotetaan esittävän. Ammattilaisen voi myös olla vaikeaa olla antamatta ohjeita, jotka perustuvat hänen ammattilaiseen tietoonsa ja kokemukseensa. Vuorovaikutus alkaa toimia helposti ammattilaisen ohjaajan kautta, sen sijaan, että ryhmäläiset keskittyisivät ottamaan itse vastuuta omasta toiminnastaan. Vertaisohjaajalla on tukenaan manuaali, jota hän käy läpi yhdessä ryhmäläisten kanssa löytääkseen ratkaisuja ja keinoja parempaan arkeen. (Kuntaliitto 2014.)

Vertaisten ohjaaman ryhmätoiminnan juurruttamisella julkisen terveydenhuollon palveluihin tavoitellaan myös terveydenhuollon toimintakulttuurin muutosta professiokeskeisestä toiminnasta kohti jaettava asiantuntijuutta, jossa ovat mukana myös vapaaehtoiset, vertaiset, kokemuskouluttajat ja ennen kaikkia asiakkaat itse (Kuntaliitto 2016).

ArVo-ohjelma on ja tulee olemaan pysyvä osa kuntien omaa toimintaa. Paikalliset organisointiratkaisut tehdään alueen tarpeet ja toimintaympäristö huomioon ottaen. Vaikka organisointi sovitetaankin alueen toimintaympäristöön, sovelletaan joitakin yhteisiä periaatteita. Yhteistä organisoimiselle on alueellisen seurantaryhmän perustaminen. Ryhmän tarkoituksena on seurata toiminnan toteutumista ja mahdollistaa toiminnan pysyvyys. Alueille on nimetty myös vähintään yksi aluekoordinaattori, jonka tehtävänä on huolehtia ryhmien toteuttamisesta ja vapaaehtoistoiminnan organisoimisesta sekä vapaaehtoisten johtamisesta. Aluekoordinaattoreille tarjotaan valtakunnallisesti yhteistä koulutusta. (Kuntaliitto 2016.)

3 TOOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän kehittämisprojektin teoreettisessa viitekehyksessä esitellään oleelliset aiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimustulokset ja perehdytään keskeisiin käsitteisiin. Käsitteiden määrittely on oleellinen osa kehittämisprojektin tutkimuksellista osaa, sillä käsitteillä hallitaan ja rajataan ilmiötä, keskustelua ja kommunikaatiota aihealueen ihmisten ja tutkijoiden kesken. Käsitelmäärittelyn avulla ulkopuolinen lukija voi ymmärtää, miten tutkimus on tehty. Käsitteet tuovat tutkimukseen tarkkuutta, uskottavuutta ja luotettavuutta. Kaikkien tulee ymmärtää teksti ja asia yhdellä ja samalla tavalla. On tärkeää, että esimerkiksi kyselytutkimuksen laatija, vastaajat ja vastauksista johtopäätöksiä tekevät henkilöt ymmärtävät käytetyt käsitteet mahdollisimman samalla tavalla, sillä käsitteet, käsitteistä johdetut muuttujat ja mittarit ovat varsinkin määrällisessä tutkimuksessa avainasemassa luotettavan tiedon saamisessa. (Kananen 2015, 11-13 & 29.)

Tämän kehittämisprojektin keskeisiä käsitteitä ovat Arkeen Voimaa-ohjelma, vertaistuki, minä-pystyvyys, voimaantuminen, itsehoitovalmius, arkipärjääminen, pitkäaikaiset ja krooniset sairaudet sekä vaikuttavuus. Muita erittäin oleellisia käsitteitä tässä kehittämisprojektissa ovat kyselytutkimuksen tekeminen, kyselylomakkeen luominen, sähköinen kysely, elämänlaadun mittarit, vaikuttavuuden arviointi sekä näyttöön perustuva tieto, joihin myös perehdytään tämän luvun lopussa.

Lyhyenä synteessinä voidaan todeta, että useissa aiemmissä tutkimuksissa on todettu Chronic Disease Self-Management Program:n (Holman, Lorig, Sobel, Bandura, Brown, Gonzales & Laurent 1996) ja vertaistukiryhmätoiminnan tuloksiksi seuraavaa:

- **Pitkäaikaissairaiden itsehoitovalmiudet kohenevat** (Dongbo, Hua, McGowan, Yi-e, Lizhen, Huiqin, Jianguo, Shitai, Yongming & Zhihua 2003; Griffiths, Motlib, Azad, Ramsay, El-dridge, Feder, Khanam, Munni, Garrett, Turner & Barlow 2005; Fu, Ding, McGowan & Fu 2006; Swerissen, Belfrage, Weeks, Jordan, Walker, Furler, McAvoy, Carter & Peterson 2006; Jonker, Comijis, Knipscheer & Deeg 2009).
- **Liikunnan määrä kasvaa** (Dongbo ym. 2003; Gitlin, Chernett, Harris, Palmer, Hopkins & Dennis 2008; Jonker ym. 2009; Brady, Murphy, O'Colmain, Beauchesne, Daniels, Greenberg, House & Chervin 2013).

- **Terveydenhuollon palvelujen tarve ja sairaalakäyntien määrä vähenevät** (Wheeler 2003; Ahn, Basu, Smith, Jiang, Lorig, Whitelaw & Ory 2013; Brady ym. 2013).
- **Kommunikaatio terveydenhuollon henkilökunnan kanssa paranee** (Brady ym. 2013).
- **Fyysisten ja psyykkisten oireiden hallinta ja minä-pystyvyyden tunne kasvavat** (Dongbo ym. 2003; Farrel, Wicks & Martin 2004; Griffiths ym. 2005; Lorig, Ritter & Jacquez 2005; Fu ym. 2006; Swerissen ym. 2006; Nolte, Elsworth, Sinclair & Osborne 2006; Siu, Chan, Poon, Chui & Chan 2007; Jonker ym. 2009).
- **Elämänlaatu kohenee** (Fu ym. 2006).

CDSMP on integroitu onnistuneesti eri kulttuureihin, maihin, kieliin ja sairauksiin tekemällä ohjelmaan pieniä muokkauksia kohderyhmän tarpeista, kansallisista suosituksista ja kulttuuriin liittyvistä ominaisuuksista riippuen. Ohjelman nimeä on esimerkiksi muokattu, ohjelma materiaaleineen on käännetty useille eri kielille, sisältöön on lisätty ja muokattu kohderyhmälle sopivia ja tarpeellisia sisältöjä kunkin maan valtakunnallisiin suosituksiin perustuen. Esimerkiksi kulttuuriin liittyvät asiat, kuten eri maiden ruokavaliot ja liikuntatottumukset vaikuttavat kunkin maan valtakunnallisiin suosituksiin. Siksi onkin hyvin perusteltua muokata myös ohjelman vaikutusten seuraamiseen laadittu arviointiväline, eli kyselylomakkeet, kunkin maan ohjelman sisältöä vastaavaksi. (Dongbo ym. 2003; Lorig ym. 2005; Griffiths ym. 2005; Swerissen ym. 2006; Gitlin ym. 2008.)

3.1 Vertaistuki ja vertaistukiryhmätoiminta

Vertaistuelle on useita hieman erilaisia määritelmiä, joille kaikille on kuitenkin yhteistä vertaistuen perustuminen osapuolten omiin kokemuksiin, tuen ja auttamisen vastavuoroisuus sekä se, että vertaistuki liitetään johonkin elämäntilanteeseen tai ongelmaan. Huuskosen (2015) mukaan vertaistuki on vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jossa samankaltaisia asioita elämässään läpikäyneet ihmiset tukevat toisiaan. Samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset haluavat jakaa kokemuksia ja tietoa toisia kunnioittavassa ilmapiirissä. Vertaistukeen liittyy läheisesti myös voimaantumisen käsite. Vertaistukea voidaan toteuttaa erilaisissa ympäristöissä kuten ohjatuissa keskusteluryhmissä, avoimissa kohtaamispaikoissa, toiminnallisissa ryhmissä tai

kahdenkeskisissä tapaamisissa. Ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa järjestää vertaistukea. (Huuskonen 2015.)

Vertaistukea saadessaan ja antaessaan ihminen kokee, ettei hän ole tilanteessaan yksin ja että muutkin kokevat tai ovat kokeneet samankaltaisia asioita elämässään. Vertaistuki voi avata ihmisen omaan tilanteeseen kokonaan uuden näkökulman. Vertaiset voivat myös olla prosesseissaan eri vaiheissa, jolloin omaan tilanteeseen voi saada uutta perspektiiviä. Vertaistuki mahdollistaa ihmiselle samanaikaisen roolin sekä tuen antajana että saajana. Vertaistuen kautta osallistujat saavat omaan tilanteeseensa liittyvää tietoa ja käytännön vinkkejä, jotka auttavat selviytymään paremmin arjessa. Vertaistukitoiminnan kautta saadaan sisältöä elämään, yhdessä tekemistä ja mahdollisesti uusia ystäviä. Kokemusten vaihto vertaistukiryhmässä voi myös virittää ihmisiä vaikuttamaan yhdessä omaan asemaansa yhteisöissä ja esimerkiksi tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen. Parhaimmillaan vertaistuki johtaa yksilöiden ja ihmisryhmien voimaantumiseen. (Huuskonen 2015.)

Vertaistuki ja ammattiapu ovat eri asioita, mutta ne voivat toimia rinnakkain toisiaan tukien. Vertaistoiminnan ja ammattityön väliselle vuoropuhelulle ei Suomessa ole selkeitä rakenteita. Tästä syystä kokemusasiantuntijuus esimerkiksi julkisten palvelujen kehittämisessä jää yleensä hyödyntämättä. Palveluja tarvitsevat ihmiset kokevat usein, etteivät he voi asiakkaana riittävästi vaikuttaa omiin asioihinsa. Vahvistamalla ammattityön ja kokemusasiantuntijoiden välistä kumppanuutta on mahdollista saada kokemustieto hyvinvointityön käyttöön ja vahvistaa ihmisten osallisuutta. Ammatilainen voi edistää vertaistuen saamista olemalla aktiivisesti yhteistyössä potilasjärjestöjen kanssa ja tiedottamalla omille asiakkailleen järjestöjen ja yhdistysten tarjoamista vertaistuen mahdollisuuksista. (Huuskonen 2015.)

3.2 Minä-pystyvyys

Minä-pystyvyys (itsepystyvyys, self-efficacy) on osa Albert Banduran kehittämää sosio-kognitiivista teoriaa vuodelta 1986. Minä-pystyvyys on lajitelma uskomuksia, joita henkilöllä on omista kyvyistään, kiinnostuksistaan, motivaatiostaan, kognitiivisista taidoistaan ja itsesääätelytaidoistaan. Se tarkoittaa henkilön selviytymisodotuksia tietyissä tilanteissa. Näiden uskomusten puolestaan on todettu vaikuttavan esimerkiksi motivaatiotasoon, tunteisiin ja toimintaan enemmän kuin mikä objektiivisesti ottaen on totta. Toisin sanoen, kun uskoo vahvasti omiin kykyihinsä, on mahdollista saavuttaa enemmän,

kuin jos uskoisi kykyinsä suoriutua jostain tehtävästä realistisesti. Tietenkin uskomusten omiin kykyihin pitää olla jossain suhteessa realisminkin kanssa, sillä täysin katteetto-
maan uskoon kyvyt eivät voi perustua. (Bandura 1994.)

Selviytymisodotus siis vaikuttaa siihen, miten henkilö menestyy tehtävässään. Hänen omat tulkintansa onnistumisen tai epäonnistumisen kokemuksista vaikuttavat minä-
pystyvyyteen. Omat tulkinnat vaikuttavat usein ratkaisevasti, sillä optimisti tulkitsee on-
nistumiset omaksi taidoksi ja pessimisti puolestaan ei usko omiin kykyihinsä eikä näin
ollen aina edes uskalla toteuttaa aikomuksiaan. Minä-pystyvyyteen vaikuttavat Banduran
(1994) mukaan neljä eri tekijää:

1. Onnistumiset eli tilanteiden hallinnan kokemukset, esimerkiksi "Tämä on helppo juttu,
viimeksikin tämä onnistui hyvin."
2. Mallit eli toisten henkilöiden onnistumiset, esimerkiksi "Jos hän pystyy siihen, niin kyllä
minäkin pystyn!"
3. Sosiaalinen tuki eli kannustus, esimerkiksi "Kyllä sinä tuon osaat tehdä, laita vain
tehtävä alkuun ja sitten alat tekemään."
4. Fysiologiset tekijät, esimerkiksi "Nyt minua kyllä jännittää todella paljon!"

Opettamisen ja ohjaamisen näkökulmasta kannustuksella on vahva merkitys. Useimmat
ihmiset muistavat tilanteet, joissa jollakin sanotulla on ollut ratkaiseva merkitys tietyn
tehtävän onnistumiseen. Kannustusta voidaan toki käyttää tehokkaasti myös
negaationa, ja niin valitettavasti useimmin tehdäänkin (esimerkiksi parisuhteissa ja
työelämässä). Fysiologisissa tekijöissä puolestaan myönteinen ajattelu ja usko omiin
todellisiin kykyihin estävät esimerkiksi jännityksen lamauttavaa vaikutusta. (Bandura
1994.) Banduraa (1994) mukaillen Arkeen Voimaa-ohjelman vertaisohjaajien mallina
toimiminen lisää ryhmään osallistuvien kuntalaisten minä-pystyvyyttä ja voimaantumista.

3.3 Arkipärjääminen ja voimaantuminen

Arkipärjääminen ja voimaantuminen, kuten myös minä-pysyvyys, voidaan katsoa
elämänhallinnan rinnakkaiskäsitteiksi. Elämänhallinnan voi katsoa koostuvan monien
toiminta-alueiden hallinnasta tai hallinnankokemuksista, kuten esimerkiksi mielialan tai
tunteiden, ajatusten, tekojen, halujen, sosiaalisten suhteiden ja elinolosuhteiden hallin-
nasta (Finto/YSO).

Elämänhallinnan rinnakkaiskäsitettä coping käytetään psykologiassa. Psykologiassa elämänhallinnalla tarkoitetaan Keltikangas-Järvisen (2004, 41) mukaan sitä, *”että ihminen pyrkii muuttamaan niitä ulkoisia tai sisäisiä olosuhteita, jotka hän arvioi itselleen liian rasittaviksi tai voimavaransa ylittäviksi. Ihminen siis pyrkii joko muuttamaan konkreettiset olosuhteet toisiksi tai muuttamaan oman tapansa tulkita tai kokea asioita itselleen suotuisammaksi. Hän pyrkii sopeutumaan ja tarkastelemaan asioita uudella tavalla.”* Elämänhallinnan käsitteen määrittely ja selittäminen ei ole yksiselitteistä, mutta Keltikangas-Järvisen (2004, 41) määritelmä kuvaa parhaiten sitä arkipärväämistä, johon ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminnalla pyritään.

Myös Olavi Riihinen on Richard Lazaruksen ja hänen työtoverinsa Susan Folkmanin tuotannosta vuodelta 1980 löytänyt tähän yhteyteen hyvin sopivan määrittelyn, jonka mukaan coping tarkoittaa *”kognitiivisia ja käyttäytymisenä ilmeneviä ponnistuksia, joiden avulla hallitaan, siedetään tai vähennetään ulkoisia ja sisäisiä vaatimuksia sekä niiden välisiä ristiriitoja”* (Riihinen 1996, 17). Toisessa yhteydessä samat tutkijat ovat määritelleet käsitteen tarkoittavan *”jatkuvasti muuttuvia kognitiivisia tai käyttäytymiseen liittyviä ponnistuksia sellaisten erityisten ulkoisten ja/tai sisäisten vaatimusten hallitsemiseksi, joita yksilö pitää voimavarojaan kuormittavina tai ne ylittävinä”* (Lazarus & Folkman 1984, 141).

Voimaantuminen on prosessi, jonka kannalta toimintaympäristön olosuhteet (esim. valinnanvapaus ja turvalliseksi koettu ilmapiiri) voivat olla merkityksellisiä. Tämän vuoksi voimaantuminen voi olla jossain tietyssä ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa (Siitonen, 1999). Jorma ja Kristiina Heikkilä ovat määritelleet voimaantumisprosessin seuraavasti: *”Voimaantuminen edellyttää ennakkoluulotonta vuorovaikutusprosessia sosiaalisen suhdeverkoston tukemana. Itsensä voimattomiksi tuntevat ihmiset rohkaistuvat kasvattamaan persoonallista ja sosiaalista voimaa itsessään. Alaiseksi tai alempiarvoiseksi leimautumisen tunteet vähenevät, itsetunto vahvistuu, käsitys itsestä ihmisenä rikastuu. Elämään tulee dynaaminen ja uutta luova ote”* (Heikkilä & Heikkilä 2005).

Miten voimaantumista voidaan sitten tukea? Siitosen (1999) mukaan sellainen vuorovaikutustilanne, jossa korostuu valinnanvapaus, avoimuus, luottamus ja yhdenvertaisuus edesauttavat voimaantumista. Vuorovaikutustilanteissa ihminen arvioi, onko ympäristö toimintaa ja päämääriä tukeva vai vaikeuttaako se niitä? Voiko hän luottaa yhteistyöhön, vai jätetäänkö hänet ilman huomiota tai hyljeksitäänkö häntä? Ihmisen kokemat myönteiset asiat, arvostaminen, kunnioitus, hyväksytyksi tuleminen tunne ja tur-

vallisuuden tunne tukevat voimaantumista ja rohkaisevat häntä toimimaan aktiivisesti tavoitteidensa suuntaisesti.

Olosuhteisiin ja sitä kautta voimaantumiseen voidaan siis vaikuttaa. Ihmiselle voidaan tarjota sellaisia kokemuksia, joiden avulla henkilön luottamus omiin kykyihin vahvistuu ja parhaassa tapauksessa ihminen rohkaistuu kehittämään omaa toimintaympäristöään ja vaikuttamaan omiin olosuhteisiinsa. Tähän pyritään myös ArVo-ohjelman vertaisryhmätoiminnassa, jossa luodaan hyvät olosuhteet ja ilmapiiri voimaantumisen kokemuksille.

Voimaantuminen ei ole valmis tuote, jonka joku voi myydä yksilölle tai yhteisölle. Voimaantuminen ei onnistu kenenkään persoonan ulkopuolella, vaan jokaisen on työstettävä oma yksilöllinen voimaantumisprosessinsa. Oman minän ulkopuolelta voi odottaa vain tukea, rohkaisua, inhimillistä välittämistä ja turvallista ilmapiiriä, mitkä toteutuvat muun muassa avoimella dialogilla, tasa-arvoisuudella ja yhteistoiminnalla, kuten Arvo-ohjelman vertaisryhmätoiminnassa.

Siitosta (1999) mukaillen voimaantuminen vahvistuessa myös osallistuminen lisääntyy ja osallistuminen yhteistoimintaan lisää taas uusia tilaisuuksia arvioida ja kehittää voimaantumista. Itseohjautuva voimaantumisprosessi edellyttää tasa-arvoisuutta tukevaa verkostoa, jonka voi luoda avoimen dialogin avulla. Yhteistoiminnallisissa tilanteissa voimaantumisprosessissa ei yleensä tapahdu ylilyöntejä, koska omaa muutostaan voi reflektoida suhteessa toisten muuttumiseen ja yhteistyön jatkumiseen. Rakentavalla yhteistoiminnalla voidaan voimaannuttaa samanaikaisesti sekä itseä että muita. Käytännössä yhteinen voimaantuminen tulee esiin parhaiten informaation ja tunteiden keskinäisellä jakamisella. Syntyy voimaantumisen kasvava kehä yksilön sisäisen voimaantumisen ja yhteisöllisen voimaantumisen välillä.

Siitosen (1999) mukaan sisäisen voimaantumisen rakentuminen on aina yksilöllinen prosessi, mutta se muodostuu vain vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Voimaantumisen onkin keskeistä juuri oman kokemuksen kertominen ja oman äänen kuuluville saaminen jossakin yhteisössä. Monesti vertaisryhmään voi tulla uusi jäsen, joka kokee olevansa täysin voimaton. Vaikka hän ei sillä hetkellä kykenekään muiden tukemiseen, ryhmän tuen avulla hän voi voimaantua ja antaa myöhemmin vastavuoroisesti vertaistukea, sekä vaikuttaa omalta osaltaan ryhmässä voimaantumisen syntymiseen.

Voimaantumisprosessia pidetään onnistuneena, jos henkilö kehittyy sen ansiosta itsenäiseksi ja riippumattomaksi. Yksilön sisäistä voimaantumista (self-empowering) pide-

tään yleensä ihanteena ja osoituksena terveydestä ja jaksamisesta. Voimaantuminen voidaan nähdä lopputuloksena eli ihmisen tai ryhmän hyvinvointina. Siitosen (1999) määritelmän mukaan voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Hän on itse itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Voimaantumisprosessissa toinen ihminen ei ole häntä voimaannuttanut, vaan hän on itse tullut voimaantuneeksi. Voimaantumistunteen kasvaminen auttaa ihmistä ottamaan vastuuta omasta elämästään ja valinnoistaan. Siihen liittyvät henkilön voimavarojen löytyminen, elämänhallinnan ja toimintakykyisyyden lisääntyminen. Voimaantunut ihminen on sellainen, jonka itsetunto vahvistaa innostunutta vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa ja samalla vahvistuu tästä vuorovaikutuksesta.

Siitosta (1999) mukaillen voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin ja johtaa sitoutumiseen. Voimaantumisen myötä ihminen kokee olevansa itse oman elämänsä paras asiantuntija ja auktoriteetti. Yksilön sisäisenä prosessina voimaantuminen on luonteeltaan mahdollisuusajattelua, vaihtoehtojen näkemistä ja valinnanvapautta. Siihen kuuluu lisäksi toimintavapaus ja -kyky muuttaa elämäänsä ja elämänasenteitansa.

3.3.1 Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila

Siitosen (1999) voimaantumisteorian mukaan voimaantuneisuus ei ole kuitenkaan pysyvä tila. Mitkä seikat voimaantumisen pysyvyyteen tai pysymättömyyteen sitten vaikuttavat? Voimaantuminen lähtee ihmisen itsensä sisäisestä voimaantumisen rakentumisesta, kuten aiemmin jo todettiin. Sisäiseen voimaantumiseen kuuluvat erityisesti vapaus ja itsenäisyyden kokeminen, sekä vastuu, arvostus, luottamus, konteksti, ilmapiiri ja myönteisyys. Ihanteellisessa tilanteessa kaikkien sisäiseen voimaantumiseen liittyvien asioiden ymmärretään tukevan ihmisen voimavarojen kasvua, mutta Siitosen (1999 & 2000) mukaan ratkaisevat puutteet yhdessäkin kategoriassa voivat heikentää tai jopa estää sisäisen voimaantumisen rakentumista tai ylläpitämistä. Esimerkiksi hyvin uupunut ihminen kokee olevansa yhä enemmän ulkoisten muutosten armoilla, jolloin sisäinen voimaantuminen ei pääse syntymään vapauden ja itsenäisyyden tunteiden jäädessä puuttumaan.

Pitkäaikaissairauden kanssa elävän voi olla vaikea kokea olevansa vapaa ja itsenäinen, jos terveydenhuollon henkilökunta sanelee hänelle kuinka hänen tulee elää ja hoitaa sairauttaan. Parempi olisi kertoa erilaisista mahdollisuuksista ja vaihtoehtoista ja yhdessä asiakkaan kanssa löytää juuri hänelle sopivin hoitolinjaus, jolloin myös

hoitomyönteisyyden voi odottaa kasvavan. ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminnassa pyritään tukemaan ryhmäläisten sisäisiä voimavaroja ja löytämään kullekin sopivin tapa elää ja hoitaa sairauksiaan, ilman pakkoa ja sanelemista. Mattilan (2008, 32-34) väitöskirjan mukaan terveenä olemisen ja terveeksi tulemisen voimaan tai energiaan vaikuttavat ihmisen kaikki fysiologiset, psykologiset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Voimaantuminen voi johtaa energian, hyvinvoinnin ja tehokkuuden lisääntymiseen terveyspotentialin todentamisessa. Terveys voimaantumisenä voidaan kokea, vaikka krooninen tai akuutti sairaus uhkaa tai vaikka ihminen on parantumattomasti sairas. Ihminen voi siis voimaantua, vaikka hän olisi uupunut tai lannistunut esimerkiksi saatuaan syöpädiagnoosin.

Miten sitten tulisi toimia yhteiskunnallisella tasolla, jotta ihmiset paitsi voimaantuisivat, niin myös pysyisivät voimaantuneina? ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminta on kestoltaan kuusi viikkoa, jonka jälkeen ryhmäläiset jatkavat elämäänsä usein sisäisesti voimaantuneina, mutta ulkoisten tekijöiden ollessa jatkuvana uhkana voimaantuneisuuden säilymiselle. Himanen (2004) esittää, että koko Suomen tulisi siirtyä nykyisestä "Suomen mallista – hyristen hautaan -skenaariosta" Suomen mallin versioon 2.0, joka tarkoittaa välittävää, kannustavaa ja luovaa Suomea. Tällaisen Suomen rakentamista johdetaan proaktiivisesti ja välittäminen, luottamus, yhteisöllisyys, kannustus, vapaus, luovuus, rohkeus, visionaarisuus, tasapainoisuus ja mielekkyys ovat arvoja, jotka tulee nostaa keskeisiksi päämääriksi. Pienemmässä mittakaavassa se voisi olla myös sosiaali- ja terveysalan malli. Mattilan (2008, 130) väitöskirjasta nousee ajatus, jonka mukaan *"suorittamisen tilalle meidän olisi opetettava oleminen, neuvomisen tilalle jakaminen ja ymmärtämisen tilalle välittäminen"*. Se kuvastaa hyvin lähimmäisenrakkauden ravitsemää voimaantumisen ydinjuonta ja sitä muutosta, johon tulisi koko Suomessa havahtua.

3.4 Itsehoitovalmius

Pitkäaikaissairauksien syntyyn ja hoitoon vaikuttavat olennaisesti ihmisen omat elintavat. Näiden sairauksien tuloksellinen ehkäisy ja hyvä hoito edellyttävät ihmisen omatoimista terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista eli itsehoitoa/omahoitoa. Itsehoitovalmius ei ole ihmisellä syntyessään, vaan se kehittyy koko elämän ajan. Jokaisella ihmisellä on vastuu omasta elämästään, eli motivaation ja toiminnan on lähdettävä ihmisestä itsestään. Elintapamuutokset ovat mahdollisia vain, jos ihminen itse ymmärtää oman

toimintansa merkityksen ja vaikutukset sairauksien syntyyn ja niiden pahenemiseen. (Suurnäkki 2009, 5.)

Itsehoitovalmiuteen vaikuttavat eri tekijät, kuten ihmisen ikä, sukupuoli, koulutustaso, terveydentila ja kehitysvaihe. Ihminen voi kokea oman terveydentilansa eri tavalla kuin hoitohenkilökunta. Akuutti sairastuminen ja kriisi tai pitkään jatkunut sairastaminen voivat huonontaa yksilön kykyä itsehoitoon. Akuuttivaiheen jälkeen yksilöä tulee tukea mahdollisimman paljon ja nopeasti itsehoitoon hyvän ja tehokkaan kuntoutumisen edistämiseksi. (Raatikainen 1986, 65–70.) Itsehoitovalmiuden tukeminen on hyvin tärkeää myös pitkäaikaissairauden kanssa eläville.

3.5 Pitkäaikaiset ja krooniset sairaudet

Pitkäaikaissairauden määritelmä vaihtelee. Esimerkiksi seuraavaa määrittelyä voidaan käyttää: *”Pitkäaikaissairauksilla tarkoitetaan sellaisia sairauksia tai terveysongelmia, jotka ovat kestäneet tai tulevat kestäämään vähintään kuusi kuukautta tai ovat kausittain tai muuten toistuvia. Terveysongelmien ei tarvitse olla lääkärin toteamia, sillä esiin halutaan myös sellaiset sairaudet tai terveysongelmat, jotka eivät häiritse tai joiden oireet pysyvät lääkkeiden avulla hallinnassa.”* (Okkonen 2011).

Kroonisen sairauden eli pitkäaikaissairauden puhkeaminen vaikuttaa merkittävästi potilaan fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. WHO määrittelee pitkäaikaissairauden pitkään kestäväksi ja usein eteneväksi sairaudeksi, joka ei tartu ihmisten tai eläinten välityksellä. Yleisimmät pitkäaikaissairaudet ovat sydän- ja verisuonisairaudet, syöpä, krooniset hengityselinten sairaudet sekä diabetes. Pitkäaikaissairauksiin sairastumisen riskitekijöitä ovat epäterveelliset elämäntavat, kuten epäterveellinen ruoka, liian vähäinen liikunta, tupakan savulle altistuminen tai tupakoiminen, liiallinen alkoholin käyttö sekä osaltaan myös suvussa esiintyvät pitkäaikaissairaudet. Epäterveellisten elämäntapojen kautta verenpaine, verensokeritasapaino ja veren rasva-arvot nousevat, sekä ylipaino ja lihavuus lisääntyvät. (Noncommunicable diseases 2013.)

Usein siis tarkastellaan sairauden kestoa (vähintään kuusi kuukautta) tai vakituista lääkkeiden käyttöä. Oleellista on ottaa huomioon diagnoosin ja sairauden keston lisäksi vaikutus yksilön elämään eli ns. ei-kategorinen näkökulma (Makkonen & Pynnönen 2007, 225; Tilastokeskus 2017). Yksilö voi itse kokea olevansa terve pitkäaikaissairaudestaan

huolimatta. Kaikki pitkäaikaissairaudet eivät vaadi säännöllistä lääkitystä ja oireilu voi olla kausittaista.

Pitkäaikaissairauden kanssa elävien ihmisten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on usein alentunut, minkä johdosta pitkäaikaissairauteen liittyykin usein myös muita merkittäviä elämänlaatua heikentäviä tekijöitä, kuten pitkäaikaistyöttömyyttä, yksinäisyyttä, fyysisen ja psyykkisen suorituskyvyn heikentymistä, taloudellisen tilanteen heikkenemistä ja köyhyyttä, masennusta jne. Nämä kaikki tekijät yhdessä aiheuttavat merkittävää kuormitusta ja haasteita paitsi yksilötasolla, myös yhteiskunnallisesti.

3.6 Vaikuttavuus, näyttöön perustuva toiminta ja vaikuttavuuden arviointi

Vaikuttavuutta saadaan aikaan verrattaessa tuotosta ja sen lähtökohtana ollutta tarvetta. Vaikuttavuutta voidaan arvioida suhteessa tavoitteisiin, kuten yksilön tai yhteisön tarpeiden tyydyttämiseen. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005.) Erilaisissa vaikuttavuuden arvioinneissa toimenpiteiden vaikutukset ovat aina läsnä (Lumijärvi 1994).

Sintosen (2003) mukaan eettiset ja taloudelliset näkökohdat edellyttävät, että terveydenhuollossa käytetään vain sellaisia ehkäiseviä, diagnostisia, hoitavia ja kuntouttavia menetelmiä, joilla on osoitettu olevan positiivinen vaikuttavuus ihmisten terveydentilaan. Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa pyritään selvittämään menetelmien tehokkuutta, eli punnitsemaan niiden vaikuttavuutta ja kustannuksia toisiaan vasten.

Etenkin kehittämistoiminnassa vaikuttavuuden arvioinnilla on keskeinen sija. Kehittämishankkeet ja -projektit tähtäävät usein hyvien käytäntöjen kehittämiseen. Varsinkin viime aikoina on alettu korostaa sitä, että hyvien käytäntöjen määrittelyssä tulisi tukeutua selkeään näyttöön käytännön toimivuudesta, jolloin puhutaan näyttöön perustuvasta (evidence based) toiminnasta. Sen tavoitteena on tukeutua työmenetelmiin, joiden vaikuttavuudesta on olemassa selkeää näyttöä. Vaikuttavuustutkimus ja tutkimusnäytön korostaminen tarjoavat yhden perustellun näkökulman työmenetelmien, hankkeiden ja ohjelmien kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2015, 148-149.) Niin myös tässä kehittämissuorituksessa.

Toikka ja Rantasta (2015, 39-40) mukailleen kehittämistoiminnassa pyritään tuottamaan tietoa esimerkiksi siitä, voidaanko jotain työmenetelmää, eli tässä kehittämissuorituksessa ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoimintaa, pitää hyvänä eli vaikuttavana. Tällöin etsitään

näyttöä kehitettävän asian käyttökelpoisuudesta ja toimivuudesta. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tavoitellaan empiirisesti pätevää tietoa, mutta pätevän tiedon lajeja on kuitenkin useita erilaisia. Tutkimukseen perustuva näyttö pyritään usein luokittelemaan hierarkisesti. Vaikuttavuuden arvioimiseen tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa.

Lumijärven (1994) mukaan terveyden edistämässä terveydenhuollossa vaikuttavuus nähdään usein vasta myöhemmin esimerkiksi toipumisena, paluuna hyvään kuntoon ja/tai rajoitusten vähenemisenä. Vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan käyttää useita informaatiolähteitä, erilaisia metodeja ja analyysejä sekä monia näkökulmia (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005 & Konu ym. 2009, 287). Vaikuttavuuden arviointi on moninaista eikä helposti yksinkertaistettavissa ja joskus jopa kyseenalaista (Konu ym. 2009; Toikko & Rantanen 2015, 149).

Miten vaikuttavuus eroaa vaikutuksista? Termiä vaikuttavuus ei pidä sekoittaa samankaltaiseen termiin vaikutus, sillä ne tarkoittavat eri asioita. Vaikutusta voisi esimerkiksi ajatella niin, että ArVo-ohjelman itsehoitoryhmään osallistunut kuntalainen kertoo ryhmän käytyään, että hän on aloittanut syömään terveellisemmin ja liikkumaan enemmän. Nämä ovat vaikutuksia. Vaikuttavuudesta sen sijaan kertoo esimerkiksi se, onko tämä sama ryhmän käynyt kuntalainen puolen vuoden kuluttua todella pitäytynyt aloittamassaan paremmassa ruokavaliossa ja jatkanut säännöllisesti liikuntaa, ja ovatko nämä muutokset johtaneet ryhmän käyneen kuntalaisen kuntoutumisen edistymiseen ja elämänlaadun paranemiseen esimerkiksi siten, että sairauden oireet ovat lieventyneet, kivut paremmin hallinnassa, jolloin paino on pudonnut, vyötärö kaventunut, verenpaine laskenut, terveydenhuollon käyntien määrä vähentynyt, työelämään palaaminen tapahtunut tms. Eli jotain mitä voidaan konkreettisesti mitata. Jos henkilöllä voidaan sanoa olevan odotettavissa enemmän ja laadukkaampia elinvuosia, on näyttö vaikuttavuudesta olemassa.

Kun terveyden edistäminen perustuu yksilöiden vapaaehtoisen käyttäytymismuutoksen tukemiseen, on selvää, että kaikki tarjottavat palvelut tai kannustimet eivät ole yhtä houkuttelevia. Tämä näkyy yhtäältä siinä, kuinka suuri osuus potentiaalisesta kohdeväestöstä ylipäättään osallistuu toimintaa, ja toisaalta siinä, kuinka suuri osuus osallistuneista pysyy mukana tai noudattaa annettuja ohjeita riittävän pitkään saadakseen terveyshyötyä. (Kiiskinen ym. 2008, 113.) Eli on helpompaa saada osoitettua, että jollakin terveyden edistämisen keinolla on vaikutuksia, kuin saada osoitettua sillä olevan myös vaikuttavuutta, eli pidemmän aikavälin tuloksellisuutta.

3.7 Elämänlaadun mittarit vaikuttavuuden arvioinnissa

Vaikuttavuuden arviointi perustuu kokeelliseen asetelmaan, jolloin valitaan intervention kohteena oleva koeryhmä ja mieluiten myös kontrolliryhmä. Molemmille ryhmille tehdään ennen-jälkeen-mittaukset, jolloin saadaan näkyviin, tapahtuiko koeryhmälle suurempi muutos haluttuun suuntaan kuin kontrolliryhmälle. Arviointiasetelmaa laadittaessa keskeistä on arvioinnin kohteiden ja arviointikysymysten määrittely. Etenkin selkeästi tutkimuksellisissa arviointiasetelmissa, kuten vaikuttavuuden arvioinnissa, asetelman tarkka määrittely on aivan välttämätön lähtökohta. (Toikko & Rantanen 2015, 150.) Vaikuttavuus tulisi määritellä aina, kun sitä arvioidaan ja arvioinnin olisi hyvä perustua yleisiin ja tunnustettuihin mittareihin, mikäli tutkittava asia sen vain mahdollistaa (Konu ym. 2009, 285 & 292).

Terveystieteiden ohjelmien vaikuttavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla mm. parantunutta terveyttä, koettua sosiaalista hyvinvointia ja koettua terveydentilaa, potilaan tyytyväisyyttä hoitoon, terveydenhuollon käyttöä, sairaalasijoituksia, määrättyjen hoitojen sopivuutta ja hoitojen tuottamiseen liittyviä asioita, (terveyteen liittyvää) elämänlaatua ja oikeudenmukaisuutta. Lopputuloksen mittarit ovat keskeisiä terveydenhuollon arvioinnissa. Lopputuloksen mittaamiseen on käytetty sekä yleisiä terveyden- että sairausspesifejä kyselylomakkeita. Terveyteen liittyvät, standardoidut elämänlaadun arvioinnin kyselylomakkeet, voivat tuottaa tietoa sekä kliiniseen käyttöön että vaikuttavuuden arviointiin. (Konu ym. 2009).

Hyödylliselle, yleiselle elämänlaadun arvioinnin kyselylomakkeelle asetettuja vaatimuksia ovat käyttökelpoisuus ja yleinen sopivuus, luotettavuus, oikeellisuus (arvioi sitä, mitä on tarkoituskin arvioida) ja sensitiivisyys (herkkyys muutokselle ja erottelukyky). Elämänlaadun arvioinnin kyselylomakkeilla pyritään arvioimaan yksilön käsityksiä elämänlaadusta oman kulttuurinsa ja arvojärjestelmänsä kontekstissa, heidän henkilökohtaisia tavoitteitaan, arvojaan ja huoliaan, sekä heidän tyytyväisyyttään fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä sosiaalisiin suhteisiin ja elinympäristöön. Esimerkkejä standardoiduista yleisistä elämänlaadun arvioinnin kyselylomakkeista ovat 15D, EQ-5D, RAND-36, SF-36, WHOQOL-BREF, EUROHIS-QOL-8, the Assessment of Quality of Life (AqoL) ja Health Utilities Index (HUI). (Sintonen 2001 & 2003; Sintonen ym. 2003; THL 2011-2014).

Joitakin elämänlaadun arvioinnin kyselylomakkeita on käytetty myös tässä kehittämisprojektissa laaditun kyselylomakkeen pohjana. WHOQOL-BREF-mittari on 26 kysymyksen pituinen lyhennetty versio WHO:n kehittämästä WHOQOL-100-kyselylomakkeesta ja siinä, kuten muissakin elämänlaatua arvioivissa kyselylomakkeissa, korostuu elämänlaadun kokemuksellinen luonne. WHOQOL-BREF-mittarilla arvioidaan ihmisen tyytyväisyyttä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, sekä sosiaalisiin suhteisiin ja elinympäristöön. EUROHIS-QOL-8 on kehitetty vuosina 1998-2003 ja se on WHOQOL-BREF-kyselylomakkeesta lyhennetty elämänlaatuasteikko, jossa on kahdeksan arvioitavaa osa-aluetta: fyysinen terveys, elämänlaatu, krooniset fyysiset sairaudet, alkoholin käyttö, liikunta, terveyspalvelujen, lääkkeiden ja ehkäisevän terveydenhuollon palvelujen käyttö sekä elämänlaatu. (EuroHIS-8-elämänlaatumittari 2013; WHOQOL-BREF 2013.)

3.8 Kyselylomakkeen rakentaminen

Kyselylomakkeen rakentamisessa on kuusi vaihetta; raakaversion luominen, kollegoiden ym. korjausehdotukset, korjaukset ehdotusten pohjalta, oman kyselylomakkeen tarkentaminen, esitestaus ja sen pohjalta tehtävät korjaukset (Metsämuuronen 2005, 59).

Luotettavien terveyteen liittyvien elämänlaatua arvioivien kyselylomakkeiden laatiminen terveystutkimuksiin ei ole yksinkertaista tai helppoa. Laadukkaan ja vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi kyselylomakkeita kehitetään yhä enemmän kansainvälisessä yhteistyössä, jolloin niiden luotettavuuden ja käyttökelpoisuuden tutkiminen tapahtuu jokaisessa käyttäjämaassa erikseen. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 5).

3.9 Sähköinen kysely

Sähköinen kyselylomake on nopea, edullinen ja vaivaton tapa tiedon keräämiseen etenkin silloin, kun edustavan otoksen saaminen on mahdollista. Sähköisestä kyselystä ei synny tulostus- tai postituskuluja. Tieto kyselystä (saatekirje) ja linkki kyselyyn voidaan toimittaa vastaajille esimerkiksi sähköpostitse. Sähköinen kysely mahdollistaa myös reaaliaikaisen ja jatkuvan tiedonkeruun ja hyödyntämisen. Koska vastaukset tallentuvat suoraan tietokantaan, on niiden käsittely tilasto-ohjelmistolla vaivatonta ja nopeaa varsinkin, jos samalla ohjelmistolla voi luoda kyselyn ja toteuttaa kyselyn, kerätä

vastaukset sekä analysoida ja esittää tulokset. (Heikkilä 1998, 69-70; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 128-129.)

Tällainen ohjelmisto on suomalainen Webropol. Se on käyttäjäystävällinen ja kohtuuhintainen ja sillä voi tehdä koko kyselytutkimuksen kyselyn luonnosteluvaiheesta tulosten tarkasteluun saakka. Käyttöönotto on nopeaa ja helppoa, kunhan käytössä on Internet-yhteys. Ohjelmaa ei myöskään tarvitse asentaa mihinkään laitteeseen (tietokone, älypuhelin), vaan se toimii palvelinympäristössä. Kyselyn julkaisemisen yhteydessä voi heti kutsua haluamansa henkilöt sähköpostitse vastaamaan kyselyyn ja/tai tehdä esimerkiksi linkin organisaation kotisivuille. Kyselylomakkeen voi myös tulostaa paperiversiona halutessaan. Lopuksi käyttäjä voi tehdä automaattisesti yhteenvedon kyselyaineiston tuloksista ja valmiita taulukoita ja kuvioita voidaan siirtää Windows Office-ohjelmiin. Tiedot saadaan Excel-tiedostona, jonka lukeminen datatiedostona mahdollistaa tutkijalle vielä tarkempien analyysien tekemisen halutessaan. (Heikkilä 1998, 69-70.)

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena luotu kyselylomake tehtiin Webropol-ohjelmistolla juuri edellä mainituista syistä. Lisäksi kyselylomake tulostettiin paperiversiona mikä on tärkeää, sillä saattaa olla vielä paljon ihmisiä, jotka voivat kokea kyselylomakkeen täyttämisen paperiversiona helpommaksi.

Metodologisena haasteena sähköisen kyselyn käyttämisessä on niiden räjähdysmäinen kasvu, joka on johtanut vastausväsymykseen, sekä kyselyn linkin päätyminen helposti vastaajien sähköpostin roskapostisuodattimeen, minne ne helposti myös jäävät (Ojasalo ym. 2015, 128-129). Tässä kehittämisprojektissa tätä haastetta ei ollut, sillä kyselylomakkeen esitetaus suoritettiin kyselylomakkeen paperiversiolla.

3.10 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on määrällinen tutkimus, joka käsittelee lukuja. Aineisto kerätään kyselylomakkeella ja tutkimusyksiköitä on paljon. Kerätystä aineistosta saadaan analyysimenetelmillä erilaisia tunnuslukuja ja suoria jakaumia, jotka kuvaavat ilmiön rakennetta tiivistetysti. Kyselylomakkeet sisältävät yksityiskohtaisia kysymyksiä, jotka on johdettu ilmiötä selittävistä teorioista ja malleista. Niinpä määrällistä tutkimusta ei voida tehdä, ellei ilmiötä ja siitä johdettuja teorioita ja malleja tunneta riittävän hyvin. (Kananen 2015, 38.)

Kyselytutkimuksella voidaan kerätä ja tarkastella tietoa esimerkiksi erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä, mielipiteistä, arvoista, asenteista ja ihmisten toiminnasta. Tällaiset kiinnostuksen kohteet ovat kuitenkin moniulotteisia ja monimutkaisia ja haasteita aiheuttavat lukuisat epävarmuustekijät. Osa haasteista liittyy tiedonkeruuseen, osa mittaamiseen/arviointiin ja osa tutkimuksen sisällöllisiin tavoitteisiin. Kyselylomake on mittaamis- ja arviointiväline, jonka sovellusalue ulottuu yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisestä tutkimuksesta mielipidetiedusteluihin, palautemittauksiin, katukyselyihin ja soveltuvuustesteihin. (Vehkalahti 2008, 11-12.) Kyselylomakkeen ja -tutkimuksen tekeminen vaatii tarkastelun kohteena oleviin asioihin perehtyneisyyttä ja aiempiin aihealuetta koskeviin tutkimuksiin tutustumista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-153).

Kyselytutkimuksessa kyselytulomakkeella tarkoitetaan kysymysten ja väitteiden kokoelmaa, jolla pyritään tarkastelemaan erilaisia moniulotteisia ilmiöitä, kuten mielipiteitä, asenteita ja arvoja. Tarkastelu tapahtuu kyselylomakkeella, joka on kokoelma mittareita ja yksittäisiä kysymyksiä. (Vehkalahti 2008, 12, 17.) Miksi näytön keräämiseksi on valittu kyselylomake valmiiksi annetuilla vastausvaihtoehdoilla, eikä avoimia kysymyksiä tai jopa suoraa havainnointia tai haastattelua? Koska suora havainnointi tai haastattelu ei sovellu kyselytutkimuksen menetelmäksi, kun tutkittavia on enemmän. Kyselytutkimuksessa tulee kyetä optimoimaan ajan ja varojen käyttö suhteessa tutkimuksen yleistettävyyssasteeseen, jolloin vähän koehenkilöitä tarkoittaa yleensä pientä yleistettävyyttä. (Metsämuuronen 2005, 58-59). Ratkaisevaa on se, kysytäänkö sisällöllisesti oikeita kysymyksiä tilastollisesti mielekkäällä tavalla, sillä kumpikaan ei yksin riitä (Vehkalahti 2008, 20). Kyselylomakkeen valmiiksi annetuilla vastausvaihtoehdoilla ei voida saada vastausta kaikkeen, mutta yksi avoin kysymys kyselylomakkeen lopussa tukee juuri tätä mahdollisuutta. On tärkeää käyttää juuri sellaista kyselylomaketta, joka tuottaa vastauksia haluttuihin kysymyksiin (Vehkalahti 2008, 13).

Kuten jo aiemmin todettiin, ovat useimmat ilmiöt moniulotteisia. Oli siis jo aluksi tärkeää hahmottaa kiinnostuksen kohteena olevan ilmiön keskeiset ulottuvuudet. Mitä enemmän tutkimusalan tunnettua teoriaa ja muuta aiempiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa on käytössä, sitä selvemmin ulottuvuudet saadaan johdettua suoraan teoriassa määritellyistä käsitteistä. Näitä ulottuvuuksia pyritään arvioimaan jakamalla kyselylomake osioihin. Ulottuvuudet ja osiot vastaavat perimmäisiin kysymyksiin siitä, mitä mitataan ja miten. (Vehkalahti 2008, 20, 22.)

Osiolla tarkoitetaan siis yksittäisiä kysymyksiä tai väitteitä, jotka lähtökohtaisesti tarkastelevat vain yhtä asiaa. Kyselylomake on osioista koostuva kokonaisuus, joka tarkastelee useita asioita, jotka jollain tavoin liittyvät toisiinsa. Osioiden sisältö ja se, mitä ulottuvuuksia niillä pyritään tarkastelemaan, on kokonaisuuden kannalta tärkeintä. Osioiden on oltava ymmärrettäviä, ytimekkäitä ja selkeitä. On vältettävä monimutkaisia sanamuotoja ja käsitteitä, sekä monikäsitteisyyksiä, eli yksi kysymys tai väite saa kysyä vain yhtä asiaa. (Vehkalahti 2008, 23).

Heikkilää (1998) mukaillen tässä kehittämissuorituksessa luodussa kyselylomakkeessa, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleensäkin, käytettiin pääasiassa suljettuja eli valmiit vaihtoehdot antavia dikotomisia sekä monivalintakysymyksiä, joista valitaan sopiva. Näitä kysymyksiä kutsutaan myös strukturoiduksi kysymyksiksi. Tällä tavoin menetellään, kun vastausvaihtoehdot pystytään selkeästi nimeämään ja rajaamaan, eikä niitä ole liian paljon. Tarkoituksena on vastausten käsittelyn helpottaminen ja vastaamiseen kuluvan ajan nopeutuminen, sekä tiettyjen virheiden, kuten kielivaikeuksien välttäminen. Vastausvaihtoehdot ovat toisensa poissulkevia sekä mielekkäitä ja järkeviä. Vaihtoehto ”en osaa sanoa” voi houkutella, eikä se kerro tuloksena mitään, joten se poistettiin kokonaan. Jokin vastausvaihtoehto saattaa myös joidenkin vastaajien mielestä jäädä puuttumaan. Niinpä osa kysymyksistä on sekamuotoisia, jolloin niissä esiintyy myös vastausvaihtoehto ”muu, mikä?” (Heikkilä 1998, 50-51.)

4 PROJEKTIOORGANISAATIO

Projektiorganisaatiossa on tietty perusrakenne. Projektipäällikön vastuulla on projektin menestyksellinen hoitaminen alusta loppuun. Projektin ydintiimi on myös mukana projektissa koko ajan sen alusta loppuun, mutta eivät välttämättä kokopäiväisesti. Projektin alihankkijat ja tukijat ovat mukana ns. lainattuina resursseina joissakin projektin työvaiheista. Projektin toimintaa ohjaa johtoryhmä, jossa voi projektin tilaajasta/asiakkaasta riippuen olla myös yrityksen strategisen johdon tai organisaation ulkopuolisen asiakkaan edustaja tai edustajia. Projektiorganisaatiot siis lainaavat tarvitsemansa resurssit pysyvämmältä organisaatiolta. (Helsingin yliopisto 2006.)

Projektiorganisaatiolle tunnusomaista on mm. henkilökunnan järjestäminen pääsääntöisesti projektin mukaan, eli projektilla on täysipäiväiset tekijät ja projektipäällikkö ja projektipäälliköllä on linjavastuu projektin henkilökunnasta. Pysyvät organisaatioyksiköt ovat tukiroolissa ja projektipäälliköllä on täysimääräinen vastuu koko projektin etenemisestä ja käytettävistä resursseista. (Helsingin yliopisto 2006.)

Hyvinä puolina projektiorganisaatioissa ovat projektipäällikön resurssien täysi kontrolli ja kokonaisuuden ymmärtäminen, sekä vastaanottavaisuus uusille ideoille. Suunnitelmien ja aikataulujen muutokset ovat helpommin toteutettavissa ja kustannukset paremmin hallittavissa. Huonoja puolia ovat esimerkiksi projektin ulkopuolisten resurssien tehoton käyttö ja tarve johdon jatkuvalla seurannalla. (Helsingin yliopisto 2006.)

4.1 Projektipäällikkyys

Tämän kehittämisprojektin loppuraportin kirjoittajan rooli työryhmässä oli toimia projektipäällikön ominaisuudessa kehittämisprojektin alusta loppuun asti, eli huolehtia aikataulun ja budjetin pitävyydestä, tiedottaa ja raportoida projektiin liittyvistä asioista ja projektin etenemisestä yhteistyötahojen edustajille ja vastata projektin toteutumisesta ja onnistumisesta kokonaisuudessaan. Hänen tehtävänsä oli myös projektin aikana arvioida kriittisesti projektin etenemisen vaiheita ja tehdä tarvittavia muutoksia ja korjauksia, jotta asetetut tavoitteet saavutettaisiin ja kehittämisprojektin tilaajaorganisaatio saisi käyttökelpoisen ja hyvin toimivan tuotoksen. (Viirkorpi 2000, 14, 20-21, 31.)

4.2 Ohjausryhmä

Ohjausryhmä on projektin omistajan johtama ryhmä, jota voitaisiin kutsua myös projektin hallitukseksi. Ohjausryhmän päätehtävä projektissa on luoda mahdollisuudet onnistumiselle esimerkiksi varmistamalla projektille riittävät resurssit koko projektin ajan. Resurssit kattavat henkilövoimavarojen lisäksi myös toiminnassa tarvittavat materiaalit, toimitilat ja rahoituksen. (Suomen Projekti-Instituutti Oy.)

Tämän kehittämisprojektin ohjausryhmään kuului kumppanuuskaupunkien terveysjohtajia ja vastuuhenkilöitä, kuten Arkeen Voimaa-ohjelman koordinaattori, yksi Turun kaupungin Arkeen Voimaa-ohjelman vertaistukiryhmäohjaajista, sekä vastaava tutor-opettaja Turun ammattikorkeakoulusta ja kuusi yamk-opiskelijaa, joiden kehittämisprojektit liittyivät myös ArVo-ohjelmaan. Ohjausryhmään kuului myös tämän kehittämisprojektin projektipäällikkönä toimiva Turun ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman opiskelija.

Projektiorganisaatio toimi verrattain hyvin ja yhteistyötä tehtiin mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan. Henkilöstömuutoksia tapahtui kehittämisprojektin aikana sen verran, että ArVo-ohjelman Turun aluekoordinaattori nimitettiin koko ArVo-ohjelman koordinaattoriksi, mikä vaikutti tämän kehittämisprojektin etenemisen aikatauluun pitkittäen sitä jonkin verran, johtuen ko. henkilön ajallisten resurssien rajallisuudesta tämän kehittämisprojektin mentoroinnin suhteen.

Projektihenkilöstö sitoutui kehittämisprojektiin hyvin, mutta ajankäytölliset resurssit olivat joka taholla tiukoilla, mikä aiheutti jonkin verran viivytyksiä aikatauluun.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI

Tutkimuksen muodosta riippumatta tutkimusprosessi noudattaa aina samaa kaavaa. Prosessi käynnistyy tutkimusongelmasta, johon halutaan tuottaa ratkaisu. Jokin käytännön ilmiö on aina tutkimusongelman taustalla. Ilmiöön liittyy ongelma tai ilmiö muotoillaan ongelman muotoon. Ratkaisuun pääsemiseksi on ongelman syyt ja konteksti selvitettävä. (Kananen 2015, 11-13.) Projekteista monet toteutetaan useamman organisaation tai työyksikön yhteistyönä (Kananen 2015, 13). Tässä kehittämissuunnitelmassa yhteistyössä olivat Turun kaupungin hyvinvointitoimialan hallinto ja Turun ammattikorkeakoulu.

Yhteistyössä projektin suunnittelu on samalla yhteisemmän toimintatodellisuuden rakentamista projektin ajaksi. Projektin suunnittelulla haetaan riittävän yhteistä tulkintaa projektin lähtökohtana oleville asiakastarpeille, ratkaisukeinoille, tulostavoitteille ja toteutusstrategialle. On kiinnitettävä huomiota siihen, että projektin eri osista vastaaville muodostuu yhteinen näkemys kokonaisuudesta ja kunkin osuudesta siinä ja että suunnittelun yhteydessä rakentuu riittävän yhteinen käsitteistö, jonka varassa keskinäinen viestintä onnistuu (Viirakorpi 2000, 14). Tässä kehittämissuunnitelmassa erityisesti käsitteistöä on hiottu ja tarkistettu useaan otteeseen projektin edetessä, jotta viestintä olisi kautta linjan yhdenmukaista ja terveydenhoitoalan sekä tilaajaorganisaation yleistä käsitteistöä mukailevaa.

Kehittämissuunnitelma on muita tutkimuksia haasteellisempi toteuttaa, sillä siinä pyritään muutokseen eikä pelkästään hyvään kuvaukseen ongelmasta (Kananen 2015, 9). Tutkimusprosessiin kuuluvat seuraavat osat: tutkimusasetelma eli määritellään tutkimusongelma, tutkimuskysymykset, tutkimusmenetelmät ja luotettavuusvarauma. Sen jälkeen hankitaan ja perehdytään aihealueen tietoperustaan huolellisesti ja rajataan aihealue. Sitten tutkimus toteutetaan, eli perehdytään tutkimusaineistoon, tutkimustuloksiin ja tehdään johtopäätökset ja luotettavuusarviointi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 63-65; Kananen 2015, 13-19; Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2014, 13-15). Tämän kehittämissuunnitelman raportoinnin rakenne noudattelee näitä vaiheita. Tämän kehittämissuunnitelman prosessin etenemisvaiheet aikatauluineen ja osatavoitteineen käyvät ilmi seuraavalla sivulla esitetyssä kaaviossa (kuvio 1).



Kuvio 1. Kehittämiprojektin prosessikaavio.

5.1 Kehittämiprojektin tarve

Aiemmin näyttöä ArVo-ohjelman vaikuttavuudesta kerättiin käyttämällä kyselylomakkeita, jotka olivat Stanfordin yliopiston laatimia. Stanfordin yliopiston laatimilla kyselylomakkeilla ei kuitenkaan saatu tehtyä vertailua Suomessa kansallisesti tehtyjen ja käytettyjen lomakkeiden kanssa, joten oli tarpeen laatia uudet kyselylomakkeet. Toisena oleellisena syynä uusien kyselylomakkeiden tarpeeseen olivat eri maiden väliset kulttuurierot.

5.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämiprojektin tavoitteena oli kyselylomakkeen luominen ArVo-ohjelman vaikuttavuuden osoittamiseksi näyttöön perustuen. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli luoda valikoidun asiantuntijaryhmän arvioima ja ArVo-ohjelman vertaistukiryhmässä esitettävä kyselylomake ArVo-ohjelman käyttöön.

Kyselylomaketta käytetään yhteensä kolme kertaa ArVo-ohjelman vaikuttavuutta arvioitaessa. Ryhmän käynnistyessä ryhmäläiset vastaavat alkukartoituskyselyyn, jossa selvitetään heidän lähtötilannettaan (Savolainen 2017). Tässä kehittämiprojektissa luotua kyselylomakkeeseen ryhmäläiset vastaavat yhteensä kaksi kertaa.

Ensimmäisen kerran ryhmäläiset vastaavat kyselyyn ArVo-ohjelman ryhmätoiminnan viimeisellä kokoontumiskerralla ja sen tavoitteena on arvioida ryhmään osallistuneiden kuntalaisten motivaatiota itsehoitovalmiutensa kehittämiseen. Toisin sanoen ArVo-ohjelman vaikutuksia.

Toisen kerran ryhmäläiset vastaavat kyselyyn noin kuusi kuukautta ArVo-ohjelman ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen. Kyselyn tavoitteena on arvioida ryhmään osallistuneiden kuntalaisten päättävyyttä itsehoitovalmiutensa kehittämisessä, eli onko heidän itsehoitovalmiutensa pysyvästi kehittynyt, vai palattiinko jossain vaiheessa ryhmään osallistumista edeltävään tilanteeseen itsehoitovalmiuden suhteen. Toisin sanoen arvioidaan ArVo-ohjelman vaikuttavuutta.

5.3 Kehittämiprojektin menetelmä ja tuotos

Tutkimuksellisen osuuden menetelmä on kvantitatiivinen kyselylomakkeen luomisen osalta. Kehittämiprojektin tuotos on Webropol-ohjelman avulla luotu kyselylomake valmiiksi annetuilla vastausvaihtoehdoilla. Perusteluna tälle valinnalle on se, että Kuntaliiton (2016) mukaan Arkeen Voimaa-ohjelma on osoittautunut tulokselliseksi Suomessa. Koska sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toiminnan tulisi aina olla näyttöön perustuvaa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §) on tärkeää, että myös Suomessa saadaan ArVo-ohjelman vaikuttavuudesta näyttöön perustuvia tuloksia. Näyttöön perustuvat tulokset vaikuttavuudesta saadaan parhaiten kerättyä kyselytutkimuksen avulla, jonka jälkeen tulokset voidaan helpoiten analysoida ja raportoida sähköisesti. Tilaajaorganisaation toiveesta kyselylomake on käytettävissä sähköisesti sekä paperilla.

Oli perusteltua liittää kyselylomakkeeseen myös yksi avoin kysymys, sillä merkittävimmät tulokset ohjelman vaikuttavuudesta on aiemmin saatu keskusteluissa ja ryhmäläisiltä saaduista avoimista palautteista. Kyselyillä kerätystä palautteesta on kyllä saatu tärkeää tietoa mm. osallistujien demograafisista tiedoista ja tyytyväisyydestä ryhmään sekä järjestelyihin. Tällainen palaute ei tärkeydestään huolimatta kuitenkaan lopulta kerro niistä onnistumisista, jotka osoittavat ArVo-ohjelman perimmäisen tarkoituksen ja vaikuttavuuden. (Kuntaliitto 2015.)

Kyselylomakkeilla ja valmiiksi annetuilla vastausvaihtoehdoilla ei siis voi saada vastaus-ta kaikkeen, mutta yksi avoin kysymys lomakkeiden lopussa tukee juuri tätä mahdollisuutta. On tärkeää pyrkiä käyttämään juuri sellaista kyselylomaketta, joka tuottaa vastauksia haluttuihin kysymyksiin. (Vehkalahti 2008, 13.)

Kyselylomakkeeseen tehtiin kolme osiota; 1. vastaajien taustatiedot, 2. arkipärvääminen ja 3. itsehoidon työkalut ja niiden käyttäminen. Kyselylomakkeissa käytettiin tilaajaorganisaation edustajien päätöksestä enimmäkseen Likertin neliportaista asteikkoa, yleisemmän viisiportaisen sijaan, jotta vastaajille ei anneta 0-vaihtoehtoa, eli jokin mielipide tai vastaus on aina annettava. Demograafisia tietoja kysyttäessä käytettiin myös vastausvaihtoehtoa ”Muu, mikä?”, jotta kyselylomakkeet eivät venyisi liian pitkiksi lukuisten vastausvaihtoehtojen luettelemisen vuoksi.

Tämän kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osiossa luodun kyselylomakkeen luomisprosessissa valikoitu asiantuntijaryhmä arvioi kyselylomakkeet ja ne esitettiin kesällä 2017 ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoimintaan osallistuneiden kuntalaisten

avulla ja suostumuksella. Arviointi- ja esitestausryhmän valitsi ArVo-ohjelman koordinaattori Turussa kesällä 2017. Tutkimuksesta tiedotettiin tutkimustiedotteessa (liite 3) ja saatekirjeessä (liite 4).

Kyselylomakkeiden vastausten analysointi tapahtuu tulevaisuudessa sähköisesti joko Webropol-ohjelmiston tai tietokoneeseen asennetun analyysiohjelman (esim. SPSS) avulla. Vastausten analysointiin ei tässä kehittämissuunnitelmassa perehdytä, sillä analysointi ja analyysimetodin valinta tapahtuu ArVo-ohjelman edustajien toimesta myöhemmässä vaiheessa. Se ei liity tähän kehittämissuunnitelmaan muutoin kuin siten, että kyselylomakkeiden vastausten on oltava mahdollisimman helposti analysoitavassa muodossa.

5.4 Kehittämissuunnitelman eteneminen

Tämän kehittämissuunnitelman tutkimuksellisen prosessin eteneminen on esitelty kehittämissuunnitelman prosessikaaviossa (Kuvio 1, 32). Kehittämissuunnitelma eteni suunnitellussa aikataulussa lukuun ottamatta tutkimusluvan hakemista ja myöntämistä, jotka siirtyivät osittain kehittämissuunnitelman tilaajasta ja työryhmän aikatauluista riippumatta joulukuulta 2016 huhtikuuhun 2017.

Tutkimuslupahakemus toimitettiin Turun kaupungille kirjallisesti. Jonkin ajan kuluttua hakemus pyydettiin toimittamaan perille myös sähköisesti. Sitten hakemus tuli takaisin, sillä tilaajaorganisaatiossa tehtyjen henkilöstömuutosten vuoksi tutkimuslupahakemuksen käsittelijä oli vaihtunut. Lisäksi ensimmäiseen hakemukseen oli käytetty vanhentunutta hakemuskäytäntöä, joka oli epähuomiossa jäänyt koulun intranettiin. Myös tutkimussuunnitelmaan ja saatekirjeeseen täytyi tehdä pari pientä muutosta vastaamisen vapaaehtoisuuteen liittyen, jotta tutkimuslupa hyväksyttäisiin. Projektipäällikkö teki pyydetyt muutokset ja tutkimuslupa myönnettiin huhtikuussa 2017. Tutkimuksesta ja aineistonkeruusta tiedottaminen, sekä kyselylomakkeen arviointi ja esitestaus siirtyivät tammi-helmikuusta 2017 kesäkuulle 2017.

Kehittämissuunnitelman tavoitetta ei ollut tarpeen muuttaa projektin edetessä, vaikka ArVo-ohjelmaan tehtiinkin projektin aikana joitakin edellä mainitun kaltaisia muutoksia, sillä ne eivät vaikuttaneet kehittämissuunnitelmaan. Projekti eteni pääpiirteittäin kehittämissuunnitelman tavoitteiden mukaisesti ja suunnitellusti.

5.5 Kyselylomakkeiden arvioiminen ja esitestaaminen

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osuutena tehtiin luodun kyselylomakkeen arviointia varten kyselylomakkeeseen liitetyt arviointikysymykset, jotka yhdessä muodostivat esitestauslomakkeen (liite 2), johon saatujen vastausten avulla voitiin parantaa ja muokata varsinaista kyselylomaketta paremmin käyttötarkoitukseensa sopivaksi. Kyselylomakkeen arviointikysymykset eivät siis jää ArVo-ohjelman käyttöön, vaan esitestauslomakkeen tarkoitus oli ainoastaan toimia projektipäällikön työssä kehittämiprojektin tuotoksen valmistumisen apuvälineenä ja työkaluna.

Esitestauslomake (liite 2) sisälsi siis varsinaisen kyselylomakkeen, jonka loppuun oli lisätty kaksi kysymystä. Ensimmäisenä oli kysymysmatriisi, jossa oli seitsemän eri arviointikysymystä ja neliportainen vastausasteikko. Vastaajaa pyydettiin valitsemaan jokaisessa kohdassa mielestään sopivin vaihtoehto.

Toisena kysymyksenä oli avoin kysymys, jossa vastaajaa pyydettiin perustelemaan mielipiteensä, mikäli hän oli edellisessä kysymysmatriisissa vastannut johonkin väittämään vaihtoehdon ”Osittain eri mieltä” tai ”Täysin eri mieltä”.

Esitestauksella pyrittiin vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1.) Voidaanko luodulla kyselylomakkeella arvioida ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminnan tuloksia näyttöön perustuen?
- 2.) Kokevatko vastaajat luodun kyselylomakkeen täyttämisen riittävän helpoksi, sisällöltään selkeäksi ja vastausvaihtoehdoiltaan sopivaksi?
- 3.) Mitä mahdollisia puutteita ja parannettavaa luodussa kyselylomakkeessa on?

5.6 Tulokset, johtopäätökset ja korjaukset

Tämän kehittämiprojektin tuotoksena luotu kyselylomake esitestattiin kesäkuussa 2017 Turussa, erään ArVo-ohjelman vertaistukiryhmän käyneiden kuntalaisten keskuudessa vapaaehtoisuuteen ja nimettömyyteen perustuen. Vapaaehtoiset (N=7) täyttivät esitestauslomakkeen vertaistukiryhmän viimeisessä kokoontumisessa. Näin ollen ei voida vielä arvioida, kuinka hyvin kyselylomake lopulta onnistuu mittaamaan vertaistukiryhmän vaikuttavuutta, eli pidemmän ajanjakson tuloksia, sillä

kehittämisprojektin tiukasta aikataulusta johtuen ei ollut mahdollista odottaa vaadittua puolta vuotta ryhmän päättymisestä, jolloin ryhmän käyneet kuntalaiset vastaavat kyselyyn viimeisen kerran.

Kyselylomakkeet tulee Heikkilän (1998, 61) mukaan aina esiteltäväksi, vaikka ne olisi kuinka huolellisesti tehty. Kyselylomakkeen esiteltävämäärään riittää 5-10 henkilöä, jos he vain pyrkivät aktiivisesti selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja kyselylomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. Heidän tulisi myös pohtia, onko mukana turhia kysymyksiä ja jäikö jotain olennaista kysymättä.

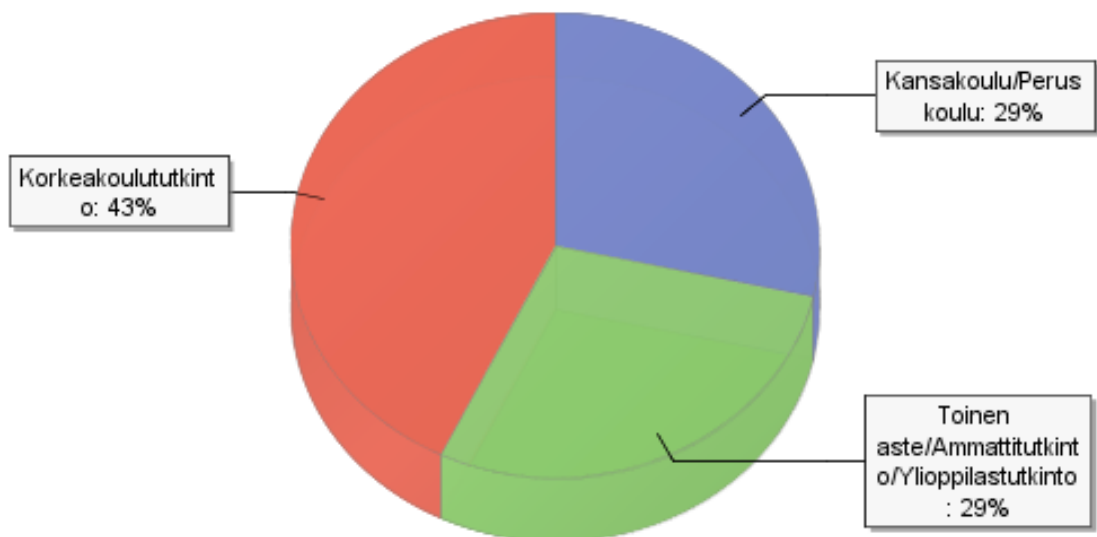
5.6.1 Vastaajien demograafiset taustat

Kyselylomakkeen esiteltävämäärään osallistui seitsemän (N=7) ryhmän käynyttä kuntalaista, jotka kaikki osallistuivat ryhmään Turussa. Vastaajat olivat iältään noin 30-89-vuotiaita (taulukko 1). Vastaajista kuusi oli naisia ja yksi oli mies.

Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma.

(N=7)	Ikä
18-29	0
30-49	3
50-69	3
70-89	1
90-->	0

Suurimmalla osalla vastaajista oli jokin korkeakoulututkinto (n=3). Vastaajista 29%:a (n=2) oli käynyt ainakin kansa- tai peruskoulun. Lukion tai ammattikoulun/opiston oli niin ikään käynyt 29%:a vastaajista (n=2) (kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien ylin koutusaste.

Sosioekonomiselta asemaltaan suurin osa vastaajista (n=5) oli eläkeläisiä tai työttömiä (n=1). Yksi vastaajista kertoi olevansa työttömyyden lisäksi myös sairauslomalla. (Taulukko 2.)

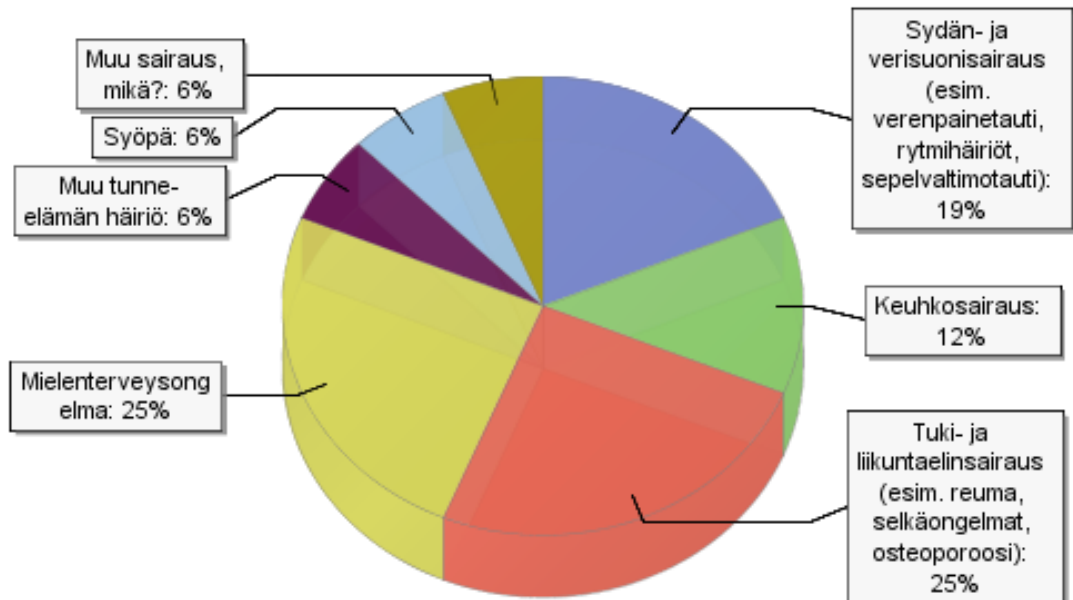
Taulukko 2. Vastaajien sosioekonomisen aseman jakauma.

	Sosioekonominen asema
Työssä	0%
Työtön	14,29%
Pitkäaikaissairas	0%
Eläkkeellä	71,43%
Yrittäjä	0%
Muu, mikä?	14,29%

Avoimet vastaukset: Muu, mikä?
- Sairasloma ja työtön

Siivilisäädyltään suurin osa vastaajista oli yksineläjiä (n=4) ja loput vastaajista elivät parisuhteessa (n=3).

Jokaisella vastaajalla oli yksi tai useampi todettu pitkäaikaissairaus, joista edustetuimpina olivat mielenterveysongelmat (n=4), tuki- ja liikuntaelinsairaudet (n=4) sekä sydän- ja verisuonisairaudet (n=3). Kahdella vastaajista oli jokin keuhkosairaus, yhdellä syöpä, yhdellä muu tunne-elämän häiriö ja yhdellä oli ollut aivoverenvuoto. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajilla todetut pitkäaikaissairaudet.

5.6.2 Kyselylomakkeen arvioinnin tulokset

Vastaajista viisi (taulukko 3) oli saanut vastattua kyselylomakkeeseen kohtuullisessa ajassa, yksi vastaajista oli osittain samaa mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä perustellen vastaustaan: *"Lomakkeen täyttö piti suorittaa toisten läsnäollessa. (Puheensorina) Melu häytti minua. En saanut vastauksia johdonmukaiseen asuun. Ajatus katkesi usein."*

Kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että kyselylomake oli sopivan pituinen. Yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä. Kysymykset olivat selkeitä ja/tai ymmärrettäviä kolmen vastaajan mielestä, neljän vastaajan ollessa osittain samaa mieltä. Ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseksi olivat riittävän selkeät neljän vastaajan mielestä. Kaksi vastaajaa oli osittain samaa mieltä asiasta ja yksi vastaaja oli osittain eri mieltä.

Kolme vastaajaa koki kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot sopiviksi. Kaksi vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja kaksi vastaajaa osittain eri mieltä asiasta. Kyselylomakkeen ulkoasu oli selkeä kuuden vastaajan mielestä. Yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä. Avoimen kysymyksen koki tarpeelliseksi neljä vastaajaa. Kaksi vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja yksi vastaaja oli jostain syystä jättänyt kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen.

Taulukko 3. Kyselylomakkeen arvioinnin vastausjakauma.

N=7	Samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Sain vastattua kyselylomakkeeseen kohtuullisessa ajassa	71,43%	14,29%	0%	14,29%	7
Kysymykset eivät olleet liian pitkiä	85,71%	14,29%	0%	0%	7
Kysymykset olivat selkeitä/ymmärrettäviä	42,86%	57,14%	0%	0%	7
Ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseksi olivat riittävän selkeät	57,14%	28,57%	14,29%	0%	7
Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot olivat sopivia	42,86%	28,57%	28,57%	0%	7
Kyselylomakkeen ulkoasu oli selkeä	85,71%	14,29%	0%	0%	7
Yksi avoin kysymys oli mielestäni tarpeellinen, jotta sain antaa palautetta vapaasti	66,67%	33,33%	0%	0%	6
Yhteensä	64,58%	27,08%	6,25%	2,08%	

5.6.3 Johtopäätökset

Demograafisilta taustoiltaan vastaajat (N=7) edustivat hyvin tutkimuksen kohdejoukkoa. Vastausten perusteella ei ollut tarpeen tehdä muutoksia tai lisäyksiä varsinaiseen kyselylomakkeeseen, sillä vastauksista ei tullut ilmi yhtään sellaista seikkaa, joiden

korjaamisella tai muuttamisella olisi voinut olettaa olevan merkittävää vaikutusta kyselylomakkeen toimivuuteen.

Esitestauksen tuloksista voitiin tehdä se johtopäätös, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä kyselylomakkeeseen ja koki sen täyttämisen riittävän helpoksi. Arviointilomakkeiden analysointivaiheessa tuli kuitenkin ilmi muita teknisiä seikkoja, joiden johdosta oli tarpeen tehdä muutamia korjauksia varsinaisiin kyselylomakkeisiin. Muutokset koskivat sähköisen kyselylomakkeen ja paperilomakkeen yhteensopivuutta kyselylomakkeen käyttämisen osalta. Muutokset eivät siis koskeneet kyselylomakkeen varsinaista sisältöä.

5.6.4 Muutokset ja korjaukset

Koska kyselylomakkeiden esitestaus suoritettiin paperisella tulosteella sähköisestä kyselystä, oli tämän tutkimuksen tekijän syötettävä kyselylomakkeiden vastaukset Webropol-ohjelmistoon tulosten raportointia varten manuaalisesti, eli siirrettävä vastaukset sähköiseen muotoon.

Tässä vaiheessa huomattiin, että kysymyksiä 7 ja 18 ei ollutkaan epähuomiossa asetettu monivalintakysymyksiksi, joten ne oli muutettava sellaisiksi. Useissa kysymyksissä viimeisenä vaihtoehtona oleva ”Muu, mikä?” oli myös jäänyt vaille mahdollisuutta lisätä oma vastaus tämän vastausvaihtoehdon valinnan perään, joten se oli myös lisättävä useisiin kysymyksiin.

Kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin vastaaminen oli asetettu pakolliseksi, mutta vastaajan täyttäessä paperiversiota kyselylomakkeesta hänellä on kuitenkin mahdollisuus joko tarkoituksella tai epähuomiossa jättää jokin kysymys tai kohta vastaamatta. Näin kävi myös kun kyselylomakkeet esitettiin.

Kaikkiin kysymyksiin vastaaminen oli siis asetettava vapaaehtoiseksi, jottei kävisi niin, että kun paperisten kyselylomakkeiden vastauksia syötetään ohjelmistoon manuaalisesti, olisi tietojen syöttäjän keksittävä itse vastaukset vastaamatta jääneisiin tai jätettyihin kysymyksiin ja/tai kohtiin päästäkseen aina kysymyksestä seuraavaan. Se sabotoisi täysin vastausten luotettavuuden ja koko tutkimuksen eettisyyden.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena luotu kyselylomake (liite 1) perustuu useisiin valmiisiin ja luotettavuustarkastelun läpikäyneisiin kyselylomakkeisiin Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitokselta sekä Stanfordin yliopistolta. Luotua kyselylomaketta käytetään yhteensä kaksi kertaa. Ensimmäisen kerran kyselylomake täytetään ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminnan viimeisellä kokoontumiskerralla, ja kyselylomakkeen vastauksien perusteella arvioidaan ryhmäläisten innostusta kokeilla ja omaksua itsehoitoryhmän tarjoamia ”työkaluja” arkipärijäämiseen, eli itsehoitoryhmän vaikutuksia. Toisen kerran kyselylomake täytetään noin puoli vuotta vertaistukiryhmätoiminnan päättymisen jälkeen, jolloin kyselylomakkeen vastauksien perusteella arvioidaan vastaajien päättäväisyyttä toteuttaa ja pitää pysyviä muutoksia arkielämässään, eli itsehoitoryhmän vaikuttavuutta.

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena luotu kyselylomake pyrittiin pitämään selkenä ja siistinä mm. siten, että teksti ja kysymykset valmiine vastausvaihtoehtoineen ovat hyvin ja riittävän väljästi aseteltuja ja vastausohjeet pidettiin selkeinä ja yksiselitteisinä. Kysymyksissä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan, ne on numeroitu juoksevasti ja samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi, jotka on otsikoitu selkeästi. Alussa kysytään helppoja kysymyksiä, kuten taustamuuttujia. Kyselylomaketta on helppo käsitellä sähköisesti. Tällaiset seikat ovat hyvän kyselylomakkeen tunnusmerkkejä. (Heikkilä 1998, 48-49.) Kyselylomake on jaettu kolmeen osioon, joista ensimmäisessä tiedustellaan vastaajan taustatietoja, toisessa tarkastellaan vastaajan koettua arkipärijäämistä ja viimeisessä osiossa vastaaja arvioi itsehoitovalmiuksiaan.

Koska tässä kehittämisprojektissa luodussa kyselylomakkeessa pyrittiin selvittämään vastaajien omaa mielipidettä kysyttäviin asioihin, on kyselylomakkeessa useita suljettujen kysymysten muodossa esitettyjä väittämiä. Näihin väittämiin otetaan kantaa Likertin asenneasteikolla, johon valittiin 4-portainen järjestysasteikko.

Likertin asenneasteikon eri arvot ilmoitetaan sanallisesti ja kaikki vastausvaihtoehdot aloitetaan siten, että määrällisesti suurin vastausvaihtoehto sijoittuu ensimmäiseksi ja pienin viimeiseksi. Asteikkotyypiset vastausvaihtoehdot mahdollistavat suuren tietomäärän mahduttamisen pieneen tilaan. (Heikkilä 1998, 52-53.)

6.1 Vaikuttavuuden mittarit

Toikon & Rantasen (2015, 150) mukaan vaikuttavuuden tutkiminen edellyttää lähes aina muutosten arvioimista. Siksi myös ArVo-ohjelman vaikuttavuuden arviointi vaatii kyselylomakkeiden kehittämistä mm. erilaisille asiakkaiden olosuhteisiin (asuminen, parisuhde), tilanteeseen (työttömyys), käyttäytymiseen (opiskelu, harrastukset), toimintakykyyn (arkipärjääminen, itsehoito), asenteisiin (voimaantumisen, arvostus), tunteisiin (yksinäisyys) tai käsityksiin (elämänhallinta) liittyville muutoksille.

Pitkäkestoisessa kehittämistoiminnassa, kuten ArVo-ohjelmassa, kysely voidaan toistaa useamminkin kuin ennen-jälkeen, kuten on tehtykin, sillä ArVo-ohjelman kysely toteutetaan ennen-jälkeen-jälkeen-arviointina, eli kolmessa eri vaiheessa. ArVo-ohjelman kyselylomakkeilla tutkitaan Toikkoa ja Rantasta (2015, 153) mukaillen konkreettisten vaikutusten lisäksi myös koettua vaikuttavuutta, jolloin ryhmän käyneet kuntalaiset arvioivat, miten jokin toiminta on vaikuttanut. Tällöin saadaan selville tapahtuneen muutoksen sijasta ihmisten käsityksiä ja kokemuksia muutoksista.

Koettua vaikuttavuutta tutkitaan usein strukturoitujen kyselylomakkeiden avulla. Jotta tutkimusasetelma olisi onnistunut, on mahdolliset vaikutukset jäsennettävä mahdollisimman tarkasti ennakkoon. Tässä ovat hyvänä apuna tutkimuskirjallisuus, asiantuntijahaastattelut ja kyselylomakkeiden esitelmä. (Toikko & Rantanen 2015, 153.)

6.2 Vaikuttavuuden arviointi

ArVo-ohjelman todellisten vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi edellyttäisi kontrolliryhmän käyttämistä, jotta tuloksia voitaisiin sitten verrata koeryhmään, eli ryhmän käyneisiin kuntalaisiin. Kontrolliryhmän käyttäminen perustuu siihen, että sen avulla eliminoidaan ulkopuolisten tekijöiden osuus muutoksissa ja tutkimustuloksissa. Vähiten luotettava näyttö vaikutuksista ja vaikuttavuudesta saadaan, jos arvioidaan vain lopputuloksia ilman alkuvertailua. Peruslähtökohtana on ennen-jälkeen-arviointi, joka antaa näyttöä vaikutuksista. (Kananen 2015, 61-63.) ArVo-ohjelmassa tehdään aina ennen-jälkeen-jälkeen-arviointi, joka antaa näyttöä myös vaikuttavuudesta, mutta ilman kontrolliryhmää.

Kanasta (2015) mukaillen vaikuttavuuden tutkimiseen on useita tutkimusasetelmia ja malleja, joiden valitsemiseen vaikuttavat ainakin kustannukset, mitattavuus ja tiedonsaanti. Pelkästään ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminnan toteuttamisesta aiheutuu kustannuksia. Henkilöstöresurssit ovat aina huomattava kustannus. ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoimintaa ohjaavatkin koulutuksen saaneet vertaiset, eivät terveydenhuoltoalan ammattilaiset, mikä on kustannustehokkaampaa. Jos varmistuminen näytön vaikuttavuudesta vaatii tieteellistä varmentamista, se lisää kustannuksia. Yksinkertaisissa asetelmissa mittaustilanteen organisointi on helppoa ilman kontrolliryhmää. Kontrolliryhmän organisointi voi olla mahdotonta tilanteissa, joissa ei ole paralleeliryhmää järjestettävissä. Kontrolliryhmän järjestäminen ja sen arviointi voikin olla käytännössä lähes mahdotonta. (Kananen 2015, 61-63.)

Tiedonsaannin edellytyksenä on aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä johtopäätöksiä vaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Näiden arvioiminen ei ole aina helppoa, ja vaikutus voi olla laaja-alaista ja aikaviiveellistä, kuten aiemmin todettiin. Kanasen (2015, 6-62) mukaan vaikutuksia ja vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi tekemällä joko pelkästään jälkikäteen arviointi, ennen ja jälkeen-arviointi, ennen ja jälkeen-arviointi kontrolliryhmällä tai ajallisella arvioinnilla.

6.3 Kyselylomakkeen sisältö

Seuraavissa kappaleissa käydään läpi yksityiskohtaisesti ja perustellusti kyselylomakkeen kysymykset, joihin liittyy myös seuraavalla sivulla esitetty taulukko. Taulukossa on tiivistetty koonti kaikista lähteistä, joihin kyselylomakkeen kysymykset perustuvat. (Taulukko 4, 44.)

Taulukko 4. Kysymysten lähdeluettelo.

Kysymys	Lähde
1. Ikä	Vehkalahti 2008, 24-25 & ArVo-ohjelman koordinaattori 2016
2. Sukupuoli	Setan transtukupiste 2015
3. Siviilisäätö	Välimäki, Korhonen, Norja & Paahtama 2013
4. Paikkakunta	ArVo-ohjelman koordinaattori 2016
5. Ylin koulutusaste	Tilastokeskus 2016
6. Sosioekonominen asema	Tilastokeskus 2002, ArVo-ohjelman koordinaattori 2016
7. Todetut sairaudet	Välimäki ym. 2013, ArVo-ohjelman koordinaattori 2016
8. Nykyinen terveydentila	Aalto ym. 1999, 70
9. Rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa	Aalto ym. 1999, 70 & WHOQOL-BREF 2013, 3
10. Fyysiseen terveydentilaan liittyvät ongelmat	Aalto ym. 1999, 71
11. Psykkiseen vointiin liittyvät ongelmat	Aalto ym. 1999, 71
12. Fyysisen terveydentilan aiheuttamat häiriöt sosiaaliseen elämään	Aalto ym. 1999, 71
13. Psykkisen voinnin aiheuttamat häiriöt sosiaaliseen elämään	Aalto ym. 1999, 71
14. Fyysisten kipujen voimakkuus	Aalto ym. 1999, 72 & WHOQOL-BREF 2013, 2
15. Kipujen häiritsevyys/esiintyvyys arjessa	Aalto ym. 1999, 72 & WHOQOL-BREF 2013, 2
16. Psykkinen vointi	Aalto ym. 1999, 72; EuroHIS-8 2013, 2 & WHOQOL-BREF 2013, 3-4
17. Terveydenhuollon palvelujen käyttö	Tilastokeskus 2014 & Paahtama 2016
18. Terveydenhuollon palvelukanavien käyttö	Paahtama 2016
19. Fyysinen ja psykkinen toimintakyky/itsehoitovalmiudet	Dongbo ym. 2003; Farrel, Wicks & Martin 2004; Griffiths ym. 2005; Lorig, Ritter & Jacquez 2005; Fu ym. 2006; Swerissen ym. 2006; Nolte, Els-worth, Sinclair & Osborne 2006; Siu, Chan, Poon, Chui & Chan 2007 & Jonker ym. 2009
20. Kommunikaatio terveydenhuollon henkilökunnan kanssa	Brady ym. 2013
21. Avoin kysymys/muu palaute	Kuntaliitto 2015; Heikkilä 1998, 49 & Vehkalahti 2008, 24-25

6.4 Osa 1. Taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäinen osa koostuu vastaajan taustatiedoista, eli tosiasiakysymyksistä, joihin vastaaminen ei Heikkilän (1998, 55-56) mukaan edellytä mielipiteitä tai käsityksiä, vaan tosiasioita eli faktoja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kohderyhmän ja otoksen henkilöiden vastaavuutta voidaan arvioida taustamuuttujien avulla. Tämä lisää tutkimuksen yleistettävyyttä, eli ulkoista validiteettia ja helpottaa osaltaan luotettavuusarviointia. Edellytyksenä ovat tilastotietojen saatavuus tutkimuskohteesta, sekä vastaavia tietoja tutkituista havaintoyksiköistä. Tutkimuksessa kysytään vastaajien taustatiedot ja niitä verrataan kohderyhmän vastaaviin tietoihin. (Kananen 2015, 116-117.)

6.4.1 Ikä

Alle 18-vuotiaat eivät kuulu tutkimuksen kohderyhmään, joten heidät on rajattu luokittelun ja vastausvaihtoehtojen ulkopuolelle. Vastaajan ikä on jaoteltu viiteen eri vaihtoehtoon noin kahdenkymmenen ikävuoden välein. Näin mittauksen tarkkuus on karkea, mutta se ei haittaa, sillä tarkempi tieto ei ole tarpeellinen tässä kyselylomakkeessa. (Vehkalahti 2008, 24-25; ArVo-ohjelman koordinaattori 2016).

6.4.2 Sukupuoli

Kysymykseen vastaajan sukupuolesta on annettu myös kolmas vaihtoehto ”Muu”, sillä sen katsotaan edustavan tämän päivän yhteiskunnan tasa-arvoista ajattelua ja yksilönvapautta. Kun puhutaan muunsukupuolisuudesta, tarkoitetaan sukupuoli-identiteettiä, joka ei ole yksiselitteisesti miehen tai naisen identiteetti, vaan näiden yhdistelmä tai jotain aivan muuta. Jokaisella on oikeus itse määrittellä tai olla määrittelemättä sukupuoltaan. (Setan transtukupiste 2015).

6.4.3 Siviisäätty

Henkilön siviilisäädyltä tarkoitetaan Suomen avioliitto- tai parisuhdelain mukaista asemaa (Tilastokeskus 2002). Vastausvaihtoehdot haluttiin pelkistää kolmeen, vaikka

aiemmin niitä on ollut neljä (Välimäki, Korhonen, Norja & Paahtama 2013). Yksin elävät kokevat useammin yksinäisyyden tunteita, kuin parisuhteessa elävät.

6.4.4 Paikkakunta

Aiemmissa ArVo-ohjelman kyselyissä on havaittu eroavaisuuksia paikkakuntien välillä, joten tilanteen kehittymistä halutaan seurata (ArVo-ohjelman koordinaattori 2016).

6.4.5 Koulutusaste

Koulutusastejaottelu noudattaa koulutusjärjestelmän rakennetta, jossa koulutus etenee alemmilta koulutuksen asteilta ylemmille. Mitä pidemmästä koulutuksesta on kysymys, sitä korkeampi on koulutusaste. Koulutusaste määräytyy ensisijaisesti tutkinnon tavoitetaso mukaan. Tavoitetaso pohjautuu mm. virallisiin opetussuunnitelmiin, ohjeellisiin koulutuspituuksiin, pohjakoulutusvaatimuksiin ja jatko-opintokelpoisuuksiin. (Tilastokeskus 2016.) Tätä kyselylomaketta varten koulutusastejaottelua lyhennettiin neljään mahdollisimman selkeään vaihtoehtoon.

6.4.6 Sosioekonominen asema

Luokitus vastaa pääpiirteissään Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen työmarkkina-aseman käsitettä (Tilastokeskus 2002). Luokitusta on muokattu tarvetta vastaavaksi muun muassa siltä osin, että ArVo-ohjelman kyselylomakkeissa halutaan erottaa pitkäaikaissairaat eläkeläisten joukosta.

6.5 Osa 2. Arkipärjääminen

Kyselylomakkeiden toisessa osiossa kysytään vastaajien arkipärjäämistä ja koettua terveydentilaa. Vastausten avulla arvioidaan mahdollisia muutoksia vastaajien arkipärjäämisessä, itsehoitovalmiudessa, voimavaroissa ja elämänlaadussa. Kysymykset ovat enimmäkseen arvionvaraisia tosiasiakysymyksiä, joihin vastaajan voi kuitenkin Heikkilän (1998, 55-56) mukaan olla vaikea muistaa tai määrittää tarkkaa vastausta.

6.5.1 Todetut sairaudet

Aiemmissa ArVo-ohjelman kyselylomakkeissa on tiedusteltu vastaajan todettujen sairauksien lukumäärää (Välimäki ym. 2013). Tässä uudesaa kyselylomakkeessa kysymystä on täsmennetty muotoon ”Mitä sairauksia Teillä on todettu?” ja vastausvaihtoehdot on jaoteltu seitsemään eri sairausryhmään esimerkkeineen.

Kyselylomakkeen suunnittelussa on pyritty siihen, että kysely on mahdollisimman lyhyt ja yksinkertainen, joten pitkien ja kuormittavien vastausvaihtoehdolistojen tekemistä on pyritty välttämään. Seitsemän eri sairausryhmän sijaan vastausvaihtoehtoja olisi voinut olla jopa kahdeksantoista, mutta seitsemän eri sairausryhmän tarkkuus riittää tässä tapauksessa tuottamaan tarpeellisen määrän tietoa asiasta (ArVo-ohjelman koordinaattori 2016).

6.5.2 Terveydentila yleisesti ottaen ja nykyään

Tässä kysymyksessä tiedustellaan vastaajan omaa kokemusta nykyisestä terveydentilastaan verrattuna neljän viikon takaiseen tilanteeseen (Aalto ym. 1999, 70).

6.5.3 Rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa

Kysymykseen kuuluu alkuperäisestä asteikosta mukailtuna seitsemän eri kohtaa, joiden tarkoitus on selvittää vastaajan arkipäryjäämiseen liittyviä rajoituksia (Aalto ym. 1999, 70; WHOQOL-BREF 2013, 3).

6.5.4 Fyysisen ja psyykkisen terveydentilan aiheuttamat ongelmat päivittäisissä tehtävissä ja sosiaalisessa toiminnassa

Neljässä erillisessä kysymyksessä kartoitetaan neljässä eri kohdassa ja/tai neljällä eri vastausvaihtoehdolla vastaajan ongelmia arkipäryjäämiseen, työhön ja tavanomaiseen sosiaaliseen toimintaan liittyen (Aalto ym. 1999, 71).

6.5.5 Kivut

Vastaajan ruumiillisten kipujen voimakkuutta ja niiden vaikutusta arkipärjäämiseen arvioidaan kahdessa erillisessä kysymyksessä neliportaisella asteikolla viimeisen neljän viikon ajalta (Aalto ym. 1999, 72; WHOQOL-BREF 2013, 2).

6.5.6 Psykkinen vointi

Tiivistetysti kuuden eri kohdan avulla kartoitetaan vastaajan psyykkistä vointia viimeisen neljän viikon ajalta (Aalto ym. 1999, 72; EuroHIS-8 2013, 2; WHOQOL-BREF 2013, 3-4).

6.5.7 Terveydenhuollon palvelujen käyttö ja käytetyt palvelut

Suomen avoterveydenhuollon palvelujärjestelmä on kolmikanavainen. Perusterveydenhuollon palveluita tarjoavat terveyskeskukset, työterveyshuolto ja yksityiset lääkäriaset. (Tilastokeskus 2014).

Kahdessa erillisessä kysymyksessä kartoitetaan vastaajan perusterveydenhuollon palvelujen käyttötarvetta ja käytettyjä palveluja. Arkeen Voimaa-ohjelman yhtenä tavoitteena on vähentää pitkäaikaissairaiden terveydenhoidon palvelujen tarvetta parantamalla heidän itsehoitotaitojaan (Paahtama 2016).

Myös aiemmissa CDSMP:n kyselytutkimusten tuloksissa on jo pystytty osoittamaan, että terveydenhuollon palvelujen tarve ja sairaalakäyntien määrä vähenevät (Wheeler 2003; Ahn, Basu, Smith, Jiang, Lorig, Whitelaw & Ory 2013; Brady ym. 2013).

6.6 Osa 3. Itsehoitotaito

Kyselylomakkeen kolmannessa ja viimeisessä osiossa kartoitetaan vastaajan itsehoitotaitoa, eli miten asiakkaan itsehoitotaito ja niiden käyttäminen vaikuttavat arkipärjäämiseen.

6.6.1 Fyysinen ja psyykinen toimintakyky

Yksi kysymys, jossa on viisitoista eri kohtaa ja neliportainen vastausasteikko. Kysymyksen tarkoitus on arvioida muutoksia vastaajan fyysisessä ja psyykkisessä arkipärrjäämisessä vertaistukiryhmätoiminnan päätyttyä. Aiemmissa CDSMP:n liittyvissä kyselytutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että oireiden (fyysisten ja psyykkisten) hallinta ja minä-pystyvyyden tunne kasvaa (Dongbo ym. 2003; Farrel, Wicks & Martin 2004; Griffiths ym. 2005; Lorig, Ritter & Jacquez 2005; Fu ym. 2006; Swerissen ym. 2006; Nolte, Els-worth, Sinclair & Osborne 2006; Siu, Chan, Poon, Chui & Chan 2007; Jonker ym. 2009).

6.6.2 Kommunikointi terveydenhuollon henkilökunnan kanssa

Kyselylomakkeen toiseksi viimeinen kysymys kartoittaa vertaistukiryhmätoiminnan vaikutuksia kommunikointikykyyn vastaajan ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä. Aiemmissa tutkimustuloksissa CDSMP:n yhteydessä on pystytty osoittamaan, että kommunikaatio terveydenhuollon henkilökunnan kanssa paranee (Brady ym. 2013).

6.6.3 Avoin kysymys

Viimeisenä on yksi avoin kysymys, jossa vastaajalla on mahdollisuus kommentoida ja/tai kertoa vapaasti omasta kokemuksestaan. Kuten jo aiemmin todettiin, niin Kuntaliiton (2015) ArVo-projektin 2012-2014 loppuraportin mukaan ArVo-projektista kerättiin sekä asiakaspalautetta että Stanfordin lisenssin mukaista seurantatietoa kyselylomakkeilla. Perusteena tälle avoimelle kysymykselle on se, että merkittävimmät tulokset saatiin kuitenkin keskusteluissa ja ryhmäläisiltä saaduista avoimista palautteista.

Avoimilla kysymyksillä saatetaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, joka voisi jäädä muuten kokonaan havaitsematta. Välttämättömiä avoimet osiot ovat tilanteissa, joissa vaihtoehtoja ei haluta tai ei voida luetella. Vaihtoehtoja voi olla liikaa, tai niitä ei vain ole mahdollista etukäteen rajata riittävästi. Avoin kysymys jätetään usein viimeiseksi. (Heikkilä 1998, 49; Vehkalahti 2008, 24-25).

6.7 Vastausvaihtoehto ”Muu, mikä?”

Kyselylomakkeessa esiintyy useassa osiossa viimeisenä vastausvaihtoehtona ”Muu, mikä?”. Tämä johtuu siitä, että kaikkia mahdollisia vastausvaihtoehtoja ei ole tarpeellista tai edes mahdollista luetella. Vehkalahden (2008, 28) mukaan näitä avovastauksia voidaan tilanteesta riippuen käyttää joko tarkemman luokittelun muodostamiseen tai tyytyä raportoimaan ”muu vaihtoehto” sellaisenaan.

6.8 Muokkauksia

Kyselylomakkeessa annetut vastausvaihtoehdot olivat aikamääreitä, kuten koko ajan, paljon, melko paljon, melko suuren osan ajasta, jonkin aikaa, jonkin verran, hieman, vähän, ei lainkaan ym. Näitä vastausvaihtoehtoja voi lopulta tulkita hyvinkin monella eri tavalla. Kyselylomakkeessa olisi kuitenkin hyvä käyttää mahdollisimman yksiselitteisiä ja täsmällisiä aikamääreitä. Tällöin vastauksista saa mahdollisimman oikean kuvan vastaajan tilanteesta.

Niinpä vastausvaihtoehtoja muokattiin kysymyksissä 10, 12 ja 15 siten, että uudet vastausvaihtoehdot ovat päivittäin, viikoittain, harvoin ja ei kertaakaan. Kysymysten 11 ja 13 vastausvaihtoehtoja ei muokattu, sillä niiden kohdalla arvioitiin, että laadullinen tieto on määrällistä tietoa arvokkaampaa.

7 ARVIOINTI

7.1 Eettiset kysymykset

Tutkimuseetiikalla tarkoitetaan kaikkia tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia ja arviointeja. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) tarkoittaa eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä tutkimustoiminnassa, sekä tieteeseen kohdistuvien loukkausten ja epärehellisyys tunteiden tunnistamista ja torjumista kaikilla tieteenaloilla. (HTK-ohje 2012, 4-5.) Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden eettisyyttä puoltavat Hirsjärveä ym. (2015, 23-27) ja HTK-ohjetta (2012, 6) mukaillen seuraavissa kappaleissa esitetyt asiat.

Tässä kehittämisprojektissa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa vaiheissa. Tämän kehittämisprojektin tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä, sillä kyselylomakkeen täyttäminen ja arvioiminen olivat jokaiselle vastaajalle vapaaehtoisia, eli itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa, eikä osallistujille aiheutunut osallistumisesta haittaa. Vastaukset annettiin anonymisti, joten yhdenkään osallistujan henkilöllisyys ei tullut ilmi vastauksista, eli tietosuojaa koskevat kysymykset oli huomioitu.

Tässä kehittämisprojektissa otettiin muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon siten, että kunnioitettiin muiden tutkijoiden tekemää työtä ja heidän julkaisuihinsa on viitattu asianmukaisella tavalla, jolloin on annettu heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys tässä kehittämisprojektissa. Kehittämisprojekti suunniteltiin ja toteutettiin ja siitä raportoitettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tarvittava tutkimuslupa hankittiin ja tutkimuksesta tiedotettiin tutkimustiedotteessa (liite 3) ja saatekirjeessä (liite 4).

Tässä kehittämisprojektissa sovittiin kirjallisesti ennen projektin aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä luodun kyselylomakkeen käyttöoikeutta koskevat kysymykset kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Kehittämisprojektin kannalta merkityksellisiä sidonnaisuuksia tai rahoituslähteitä ei ollut tarpeen ilmoittaa tai raportoida, sillä sellaisia ei tässä kehittämisprojektissa ollut.

7.2 Luotettavuustarkastelu

Tutkimustulosten täytyy olla oikeita, uskottavia ja luotettavia. Ehdottoman luotettavat tiedot päätöksenteon tukena ovat ratkaisun ja muutoksen toteuttamisen edellytyksiä. Luotettavan tiedon takaavat tieteelliset menetelmät, joita noudatetaan kehittämissuunnitelman tutkimuksellisen osuuden kaikissa eri vaiheissa. Tutkimustulosten pätevyysmittareina käytetään reliabiliteettia ja validiteettia, joiden avulla pyritään mahdollisimman luotettavaan ratkaisuun. (Kananen 2015, 13.) Luotettavuutta kuvaavat termit reliabiliteetti, eli tutkimuksen toistettavuus ja validiteetti, eli mitataanko sitä, mitä oli teorian valossa tarkoitus mitata. Reliabeli kyselylomake tuottaa samankaltaisia vastauksia eri arviointikerroilla. (Metsämuuronen 2005, 64-65, 109).

Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen yleistettävyyttä ja sitä, mihin ryhmiin se voidaan yleistää. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta, eli käsitteiden kattavuutta, teorian mukaisuutta ja oikeaa operationalisoimista, teorian valintaa, kyselylomakkeen muodostusta ja onnistuuko kyselylomake arvioimaan juuri niitä asioita, mitä oli tarkoituskin arvioida. Hyvä asetelma, oikea käsitteiden muodostus ja teorian johtaminen, sekä tarkka ja riittävän laaja otanta parantavat tutkimuksen validiteettia. (Metsämuuronen 2005, 57, 64-65, 109-110 & Nummenmaa ym. 2014, 18). Sisäinen validiteetti perustuu klassiseen syy-seuraussuhteeseen, jonka varmistaminen edellyttää koeryhmien koostamista siten, että ne vastaavat kohderyhmää. Muussa tapauksessa mittaustulosten erot voivat johtua ryhmien eroista. (Kananen 2015, 59-61 & 120.)

Tutkimustulosten luotettavuutta ja uskottavuutta tukee triangulaatio, eli tutkimustuloksia tukevien evidenssien hankkiminen useista lähteistä, jolloin voidaan havaita eri lähteistä saatujen tulosten tukevan toisiaan. Varsinkin silloin, jos yhdestä lähteestä saatu tulos ei ole ehdoton tai siinä on tulkinnanvaraa, voidaan muilla lähteillä tukea tai kaataa tulkinta. (Kananen 2015, 60-61.) Tämän kehittämissuunnitelman tutkimukselliseen osuuteen liittyvät aikaisemmat tutkimukset tukevat toisiaan.

Tässä kehittämissuunnitelmassa luodun kyselylomakkeen käytön kohderyhmänä tulevat olemaan kaikki itsehoitoryhmän käyneet kuntalaiset, joista jokainen edustaa tutkimuksen kohderyhmää. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin aina vapaaehtoista, joten osa kohderyhmän edustajista voi tietysti kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen.

Jos kyselylomake on huono, niin myös saatu tieto on huonoa ja jos ei käytetä valmiiksi olemassa olevaa luotettavuustutkittua kyselylomaketta, on tutkimuksen validiteetti täysin luodun kyselylomakkeen luotettavuuden veroinen (Metsämuuronen 2005, 58-59). Miksi oli tarpeen luoda Suomessa ArVo-ohjelmalle uudet kyselylomakkeet, vaikka käytössä olivat jo valmiit, Stanfordin yliopiston laatimat kyselylomakkeet? Näiden kyselylomakkeiden validiteetti oli jo tutkittu, sillä ne oli testattu ja käytetty suurilla vastaajamäärillä. Valitettavasti Stanfordin yliopiston laatimat kyselylomakkeet eivät kuitenkaan sovellu vertailuun ArVo-ohjelmalle kansallisesti tehtyjen lomakkeiden kanssa.

Käytännössä on myös ilmennyt, että kulttuurien ja maiden väliset erot ovat usein sen verran laajat, että on tarpeen saada käyttöön luotettavimmat kyselylomakkeet, jotta reliabiliteetti ja validiteetti olisivat paremmat (Fu ym. 2006). Esimerkiksi kun kyselylomake joudutaan kääntämään eri kielelle, voi keskittyä eri osioiden huolelliseen kääntämiseen käydä niin, että ne saattavatkin lopulta arvioida eri maissa ja kulttuureissa tyystin eri asioita. Mikään ei takaa myöskään kyselylomakkeiden ajallista pysyvyyttä. Kyselylomakkeisiin pitää siis olla valmis tekemään muutoksia, jotta ne toimisivat luotettavasti. (Vehkalahti 2008, 12, 40-41.)

Luotettavuustekijöiden kannalta on myös tärkeää, että ensimmäistä luonnostelmaa kyselylomakkeesta ei hyväksytä ilman, että joku muukin on saanut sitä tarkastella. Hyvä kyselylomake syntyy yleensä prosessilla, johon sisältyvät kyselylomakkeen raakaversioiden luominen, muiden ihmisten arviointi ja korjausehdotukset, kyselylomakkeen korjaaminen ja esitestaaminen pienimuotoisella pilottitutkimuksella. (Metsämuuronen 2005, 59.) Tässä kehittämissuunnitelmassa luotua kyselylomaketta paranneltiin useasti projektin aikana.

Luotettavuustarkastelujen kannalta on huomattava, että pitkä kyselylomake on usein luotettavampi kuin lyhyt (Metsämuuronen 2005, 58-59). Tässä kehittämissuunnitelmassa luodun kyselylomakkeen paperiversioiden pituus on kahdeksan sivua. Kyselylomaketta jouduttiin prosessin aikana lyhentämään mm. poistamalla kokonaan kontrollikysymykset, vaikka mm. Heikkilän (1998, 48-49) mukaan kontrollikysymykset parantaisivat luotettavuutta. Jokaisen kysymyksen tarpeellisuutta harkittiin, jolloin osa muistakin kysymyksistä ja/tai vastausvaihtoehdoista poistettiin harkinnan tuloksena. Kirjasinkoko jouduttiin kuitenkin pitämään riittävän suurena, jotta kaikki näkisivät lukea kysymykset, mikä tietysti saa lomakkeen näyttämään pidemmältä. Kyselylomake kävi luomisprosessin aikana lävitse asianmukaisen arvioinnin ja esitestauksen (N=7) ja siitä tiedotettiin tutkimustiedotteessa (liite 3) ja saatekirjeessä (liite 4).

Huomionarvoinen luotettavuuteen vaikuttava seikka on myös se, että raja faktan ja subjektiivisen näkemyksen välillä ei ole selvä varsinkaan sairauksia koskevissa kysymyksissä. Aiemmin on käynyt ilmi, että esimerkiksi eri sairauksien luetteleminen tuottaa eri määrän ja erilaatuisia vastauksia kuin yksinkertainen vastaajan muistin varassa oleva kysymys (Okkonen 2010). Tutkija voi myös pyrkiä hallitsemaan saatujen vastausten "faktapitoisuutta" määritelmillä, jotka osaltaan rajaavat pois henkilökohtaiseen kokemuksellisuuteen ja toisistaan eroaviin sairauden määrittelyihin perustuvat vastaukset. (Okkonen 2011).

Ihmisen elämänlaatua kyselylomakkeen avulla arvioitaessa on syytä muistaa, että sairastaminen on lopultakin kokemus, jonka ilmoittamista ei voi loppuun asti kontrolloida. Oireet, joita henkilöllä on, voivat täyttää määritelmässä asetetut sairauden kriteerit, mutta lopulta vastaamiseen kuitenkin vaikuttavat vastaajan oma kokemus sairauden laadusta, sen aiheuttamasta haitasta ja käsitys siitä, mitä sairaus käsitteenä tarkoittaa, kuten todettiin myös aiemmin sivulla 21. (Okkonen 2011). Edellä mainittuihin syihin perustui se, että lopullisessa kyselylomakkeessa päädyttiin käyttämään esimerkiksi vastaajan pitkäaikaissairauksia tiedusteltaessa kysymysmuotoa, jossa todetut sairaudet on jaettu seitsemään eri ryhmään, kun aiemmin on tiedusteltu vain vastaajalla todettujen pitkäaikaissairauksien lukumäärää.

Saadun tiedon luonteen moniulotteisuus ei poista pohjaa hyvältä kyselylomakkeen suunnittelulta, joka on edelleen tärkeää, vaikka arvioinnin kohteena oleva maailma ei aina jakaudukaan selvärajaisesti tiedon tyyppeihin. Oletetun faktatiedon todellisen luonteen ymmärtäminen on kuitenkin tärkeää. Vain siten tiedetään, mitä todella tultiin arvioineeksi ja mitä eri maiden välisistä vertailuista voidaan tulkita. (Okkonen 2011). Kun arvioitavat käsitteet ovat monimutkaisia, kuten tässä tapauksessa, ei kyselylomakkeen luotettavuuteen saisi suhtautua yksioikoisesti tavoittelemisen arvoisena ominaisuutena. Tutkimuskysymyksestä riippuu, milloin korkea luotettavuus on tärkeää ja milloin ei. Aineistossa havaittu poikkeuksellisen korkea reliabiliteetti voi olla myös oire validiteetin ongelmasta, kuten arvioinnin virheellisyydestä arvioitavien käsitteiden ollessa monimutkaisia. (Ketokivi 2015,96-98).

7.3 Riskien hallinta

Projekteissa tehtävällä riskianalyysillä pyritään hankkimaan tietoa niistä asioista, jotka ovat ensisijasen kriittisiä projektin onnistumiselle. Riskianalyysissä arvioidaan riskien

vaikutuksia esimerkiksi projektin toteutusaikaan tai kokonaiskustannuksiin. Riskianalyysi helpottaa projektin riskien hallitsemista. (Suomen Projekti-Instituutti Oy.)

Tähän kehittämisprojektiin liittyvä suurin riski oli se, ettei luotu kyselylomake onnistuisi arvioimaan sitä mitä sen on tarkoitus arvioida, eli vertaistukiryhmätoiminnan vaikuttavuutta ja tuloksia. Tällöin kyselylomake ei tuottaisi tarvittua tietoa, vaan olisi käyttökelvoton, tai joiltakin osin epäkelpo. (Vehkalahti 2008, 17, 20, 40-41.) Tätä riskiä hallittiin perehtymällä huolellisesti kyselytutkimuksen ja erityisesti kyselylomakkeiden tekemisen metodikirjallisuuteen, sekä käyttämällä kyselylomakkeen luomisen perustana THL:n ja Stanfordin kyselylomakkeita soveltuvin osin (Metsämuuronen 2005; Vehkalahti 2008; Pahkinen 2012; EuroHIS-8 2013; WHOQOL-BREF 2013). Erittäin oleellinen keino tämän riskin hallitsemisessa oli Pahkista (2012, 219-222) mukailleen luodun kyselylomakkeen arvioiminen valikoidun asiantuntijaryhmän toimesta sekä esitestaus valitulla ArVo-ohjelman vertaistukiryhmällä.

Kehittämisprojektin toinen riski oli aikataulussa pysyminen projektipäällikön muuttuneen elämäntilanteen vuoksi, sekä projektityöryhmästä riippumattomat viivytykset. Näiden riskien hallitsemista oli tukemassa Viirkorpea (2000, 34) mukailleen kehittämisprojektin ositus eli aikataulun välitavoitteet, jolloin projektin oli oltava aina tietyssä vaiheessa tiettyinä päivämäärinä, sekä projektiryhmän säännölliset kokoontumiset, joissa kehittämisprojektin etenemistä seurattiin ja ohjattiin.

Kolmannen riskitekijän voidaan ajatella olleen projektipäällikön muuttaminen toiselle paikkakunnalle kesken projektin, sillä projektin budjetti oli niukka ja kulut pyrittiin pitämään mahdollisimman pieninä. Koska matka- ja majoituskulut ovat korkeita, pyrittiin projektin työ- ja ohjausryhmän tapaamiset kasvotusten rajoittamaan minimiin ja vain todelliseen tarpeeseen. Osa tapaamisista voitiin hoitaa myös sähköpostitse ja virtuaalisesti internetissä Skype-ohjelmiston välityksellä. Kun kasvotusten tapaaminen oli välttämätöntä mm. seminaarien vuoksi, saatiin majoitus hoidettua osittain hotelleissa ja osittain ilman majoituskustannuksia. Kehittämisprojektin budjetti piti edellä mainittujen keinojen ansiosta, eikä uusia tai yllättäviä kuluja syntynyt.

Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkö onnistui projektin johtamisessa kokonaisuudessaan ja olosuhteisiin nähden oikein hyvin. Projektipäällikön ei ollut tarpeen tehdä mitään toisella tavalla riskien hallintaan liittyen, sillä elämäntilanteen aiheuttamiin muutoksiin ei voinut vaikuttaa. Jos jotain olisi ollut tarpeen tehdä toisin, niin ohjausryhmän kokouksissa olisi kenties voinut olla useammin fyysisesti paikalla. Tosin

virtuaalokokoukset edustavat tätä päivää ja ovat myös ekologisia, kun muuta tarvetta matkustamiselle ei ole.

Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkö osasi ennakoida ja nimetä projektin riskitekijät hyvin, jolloin myös niiden hallitseminen onnistui hyvin. Uusia riskitekijöitä ei kehittämisprojektin edetessä ilmaantunut tai tunnistettu. Vaikka kehittämisprojektin aikataulu oli hieman myöhässä, ei projektin valmistuminen aikataulun mukaisesti ollut kuitenkaan uhattuna. Projektipäällikkö oli jo kehittämisprojektin aikataulua suunnitellessaan ottanut omasta elämäntilanteestaan johtuen erityisesti huomioon aikataulun mahdollisen viivästymisen, ja edennyt sen vuoksi projektin alkuvaiheessa edellä aikataulusta. Tällä tavoin meneteltäessä joustamisen varaa jäi loppua kohti enemmän, mikä tulikin tarpeeseen.

Lopuksi

Aiemmin ammattikorkeakoulututkinnon edellyttämän opinnäytetyön tehneelle siirtyminen ylemmän ammattikorkeakoulun tutkimuksellisen kehittämisprojektin tekemiseen oli lopultakin melko sulavaa, sillä perinteisen tutkimuksen tekemisestä opinnäytetyön muodossa oli jo aiempi kokemus. Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tekeminen havaittiin kyllä jonkin verran haasteellisemmaksi, mutta oli tekijälleen luonnollista siirtyä ammattikorkeakoulutasoisen tutkimuksen tekemisestä niin sanotusti seuraavalle tasolle, ja perehtyä samalla entistä syvällisemmin kvantitatiiviseen tutkimusotteeseen. Tämän raportin kirjoittaja on mielestään onnistunut viemään oman osaamisensa seuraavalle tasolle kiittävästi ja kehittämään osaamistaan tuon tason edellyttämien kriteerien mukaisesti.

Elämänlaatua arvioivan kyselylomakkeen rakentaminen ei ole lainkaan yksinkertaista. Ihmisten kokemukset ja näkemykset terveydestä, sairaudesta, laadukkaasta elämästä, arkipärjäämisestä ja itsehoidosta voivat poiketa hyvinkin paljon toisistaan. Miten rakentaa mittari, johon ei jäisi liikaa tulkinnanvaraa, joka ei saa olla kovin pitkä, joka mittaisi juuri haluttuja asioita ja tuottaisi juuri etsittyjä vastauksia?

Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkö kokee kasvaneensa ja kulkeneensa tämän projektin aikana pitkän matkan kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta ja johtajuutta. Kiinnostus tulevaisuuden työtehtäviä kohtaan terveyden edistämisen asiantuntijana kiinnostaa nyt enemmän kuin koskaan. Tämän kehittämisprojektin

tuotoksena valmistuneen kyselylomakkeen avulla pitäisi olla mahdollista osoittaa ArVo-ohjelman vaikuttavuus näyttöön perustuen. Toivottavasti myös päättäjät ymmärtävät näyttöön perustuvien tulosten edessä, että ArVo-ohjelman kaltaisissa, kansalaisten itsehoitotaitoihin ja arkipärjäämiseen vaikuttavissa ohjelmissa, on tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme tulevaisuuden perustaa.

8 POHDINTA

Tässä kehittämisprojektissa luotu kyselylomake perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen muihin kyselylomakkeisiin, sekä Stanfordin yliopiston CDSMP:n kyselylomakkeisiin soveltuvin osin (EuroHIS-8 2013; WHOQOL-BREF 2013). Tästä syystä kyselylomakkeen sisältöä ja ulkoasua konsultoitin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta.

Tässä kehittämisprojektissa luotua kyselylomaketta käytetään erillisen alkukartoituksen jälkeen kahdessa eri vaiheessa Arkeen Voimaa-ohjelman vaikuttavuuden arvioimiseksi, sekä näyttöön perustuvien tulosten keräämiseksi. Ensimmäisen kerran kyselylomake täytetään ArVo-ohjelman ryhmätoiminnan viimeisellä kokoontumiskerralla, ja sillä arvioidaan pitkäaikaissairaiden vertaistukiryhmään osallistuneiden motivaatiota itsehoitovalmiuden kehittämiseen. Toisen kerran kyselylomake täytetään noin kuusi kuukautta ArVo-ohjelman vertaistukiryhmätoiminnan päättymisen jälkeen, ja sillä arvioidaan pitkäaikaissairaiden vertaistukiryhmään osallistuneiden päättäväisyyttä itsehoitovalmiuden kehittämisessä, eli onko heidän itsehoitovalmiutensa pysyvästi kehittynyt, vai palattiinko jossain vaiheessa vertaistukiryhmään osallistumista edeltävään tilanteeseen itsehoitovalmiuden suhteen.

Valikoidun asiantuntijaryhmän arvioima ja vertaistukiryhmässä esitettävä kyselylomake tulee ArVo-ohjelman valtakunnalliseen käyttöön. Tärkeä edellytys on siis se, että kyselylomakkeessa kysytään juuri niitä kysymyksiä, joihin halutaan vastauksia. Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeessa on vain yksi, sillä on tärkeää että tulokset voidaan analysoida ja esittää sähköisesti.

Tässä kehittämisprojektissa luotiin sähköinen kyselylomake, jonka täytyi olla käytettävissä myös paperisena versiona. Sähköisen kyselylomakkeen laatimisessa on se haaste, että se on rakennettu käyttäen jotain tiettyä kaupallista ohjelmistoa, tässä tapauksessa Webropol-ohjelmistoa, joka on lisensoitu eli maksullinen. Kaikki organisaatiot/toimijat eivät käytä samaa ohjelmistoa, eri ohjelmistot ovat harvoin yhteensopivia keskenään ja ohjelmisto voidaan myös lakkauttaa ja poistaa, jolloin sähköinen kyselylomake täytyy rakentaa uudelleen jossakin toisessa ohjelmistossa. Se on suuritöistä.

Kehittämiprojektilla pyritään muutokseen. Jotta muutos saataisiin aikaiseksi kehittämissuunnitelmassa, täytyy kehittää tuotetta, menetelmää, organisaatiota tms. Kehittämistutkimus eroaa kehittämissuunnitelmasta siten, että se vaatii tutkimuksellista otetta ja tutkimusosion. Perinteistä tutkimusta hankalammaksi kehittämissuunnitelman tekee se, että siihen kuuluu myös ongelman poistaminen. (Kananen 2015, 39-42.) Tämä kehittämissuunnitelma sisälsi kehittämissuunnitelmaosion.

Oma kokemus ArVo-ohjelman vertaistukiryhmään osallistumisesta

Tämän kehittämissuunnitelman projektipäällikkö osallistui keuhkokuumeella 2016 Turussa ArVo-ohjelman vertaistukiryhmään. Ryhmästä hän koki saavansa uusia näkökulmia pitkäaikaissairaudesta elämiseen ja siihen asennoitumiseen. Hän koki myös saaneensa hyviä työkaluja ihmissuhteiden hoitamiseen ja ylläpitämiseen tunteiden käsittelytaitojen parantumisen avulla. Itsehoitovoimien hän ei niinkään kokenut lisääntyneen sillä ne taidot olivat jo olemassa, mutta mm. huonoon unenlaatuun ja nukahtamisvaikeuksiin löydettiin yhdessä ehdotuksia ja toimivia ratkaisuja. Tavoitteiden asettamista ja saavuttamista harjoiteltiin myös yhdessä, mikä oli erittäin hyvä asia, sillä ihminen asettaa itselleen helposti liian suuria tai vaikeita tavoitteita, jolloin ne jäävät saavuttamatta. Ryhmän heterogeisuus oli ehdottomasti hyvä asia ja mahdollisti erittäin monipuolisen vertaistuen ja erilaisten näkemysten saamisen.

Omaisilla ei sillä kertaa ollut ryhmässä mukana, mutta tulevaisuudessa mm. omaishoitajat ja muut pitkäaikaissairaudesta tai -sairauksien kanssa elävän henkilön läheiset voisivat varmasti myös hyötyä ryhmään osallistumisesta. Ohjelmasta he saisivat tukea omaan jaksamiseensa sekä vertaistukea ja ymmärrystä koettuihin tunteisiin kohtaan. ArVo-ohjelman tarjoama elämänhallinnan vertaistukiryhmätoiminta sopisi lähes sellaisenaan varmasti myös hyvin monelle muullekin ihmisryhmälle, kuten eronneille, yksinhuoltajille, vasta synnyttäneille, päihdeongelmallisille jne.

Kehittämissuunnitelma- ja jatkotutkimusehdotuksia

Kehittämissuunnitelmaehtotuksena vertaistukiryhmän ohjaaja voisi tarjota ryhmäläisille mahdollisuutta vetäytyä jonnekin syrjemmälle tai toiseen huoneeseen kyselylomakkeen täyttämisen ajaksi, mikäli joku kokee tarvitsevänsä keskittymisrauhan vastaamisen ajaksi.

Tulevaisuudessa myös tämän kyselylomakkeen reliabiliuden ja validiuden mittaaminen olisi hyödyllistä, jotta kyselylomakkeiden pätevyys taso saataisiin osoitettua. Tässä kehittämistutkimuksessa luotettavuusarviointi oli haasteellinen, sillä varsinaista kyselytutkimusta ei tehty lainkaan, jolloin luotettavuusarvio perustuu pääosin kyselylomakkeiden arviointilomakkeiden tuloksiin (N=7) ja asiantuntijoiden arvioihin. Tulevaisuudessa, kun kyselylomakkeen vastausmäärä on saatu riittävän korkeaksi ja mikäli kyselylomake on todettu riittävän toimivaksi, olisi saadut tulokset hyvä julkaista suuremmalle yleisölle, kuten kaikille kuntalaisille, jotta ohjelman tunnettuus kasvaisi.

Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä arvioida ArVo-ohjelman vaikuttavuutta entistä paremmin järjestämällä ennen-jälkeen-jälkeen-mittaus kontrolliryhmällä. Kontrolliryhmän käyttäminen ennen-jälkeen-jälkeen-mittauksessa kertoo pelkästään vertaistukiryhmän vaikutuksen, sillä kontrolliryhmän mittaustuloksissa ovat mukana mahdollisten ulkopuolisten tekijöiden vaikutukset, jotka saadaan eliminoitua, kun verrataan kahden ryhmän tuloksia vertaistukiryhmän käymisen jälkeen. Ryhmän käyneiden kuntalaisten ja kontrolliryhmän tulosten välinen erotus on siten puhdas näyttö ArVo-ohjelman vertaistukiryhmän käymisen vaikuttavuudesta. Tällaisen mittauksen järjestäminen olisi jonkin verran haastavaa ja aiheuttaisi lisäkustannuksia, joten voisi olla hyödyllistä tehdä siitä tämän kehittämisprojektin kaltainen kehittämisprojekti.

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt kyselylomake vaikuttaa tässä vaiheessa lupaavalta, pätevältä ja toimivalta, mutta vasta aika ja suuremmat vastausmäärät näyttävät, saatiinko aikaiseksi se mitä haluttiin, vai täytyykö tulevaisuudessa kyselylomaketta vielä parannella tai jopa rakentaa kokonaan uusi kyselylomake.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Aro, A. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 101, 1999. Viitattu: 29.11.2016. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/04/04/RAND-36_ohjeet_Aalto_1999.pdf

Ahn, S., Basu, R., Smith, M., Jiang, L., Lo-rig, K., Whitelaw, N. & Ory, M. 2013. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*. Viitattu: 4.5.2016. <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1141>

Arkeen Voimaa-ohjelman koordinaattori. Korhonen, R. 2016. Viitattu: 18.1.2017.

Bandura, A. 1994. Self-efficacy. Stanford University. Viitattu: 26.1.2017. <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

Brady, T., Murphy, L., O'Colmain, B., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., House, M. & Chervin, D. 2013. A Meta-Analysis of Health Status, Health Behaviors, and Health Care Utilization Outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Preventing Chronic Disease*. Vol. 10. Viitattu: 4.5.2016. http://origin.glb.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0112.htm

EuroHIS-8-elämänlaatumittari. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. TOIMIA-tietokanta. Julkaistu: 31.10.2013. Viitattu: 7.11.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/135/>

Farrell, K., Wicks, M. & Martin, J. 2004. Chronic Disease Self-Management Improved with Enhanced Self-Efficacy. *Sage Journals. Clinical Nursing Research*. Vol. 13; No. 4; P. 289-308.

Finto - Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. YSO – Yleinen suomalainen ontologia. Elämänhallinta. Viitattu: 25.7.2017. <https://finto.fi/ys0/fi/page/p4357>

Fu, D., Ding, Y. McGowan, P. & Fu, H. 2006. Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*. Vol. 61; No. 3; P. 389-396.

Gitlin, L., Chernett, N., Fields-Harris, L., Palmer, D., Hopkins, P. & Dennis, M. 2008. Harvest Health: Translation of the Chronic Disease Self-Management Program for Older African Americans in a Senior Setting. *Oxford Journals: The Gerontologist*. Vol. 48, No. 5; P. 698-705.

Griffiths, C., Motlib, J., Azad, A., Ramsay, J., Eldridge, S., Feder, G., Khanam, R., Munni, R., Garrett, M., Turner, A. & Barlow, J. 2005. Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *British Journal of General Practise*. Published 1.11.2005.

Heikkilä, J. & K. 2005. Voimaantumisen työyhteisön haasteena. WSOY.

Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Edita Publishing/Prima Oy: Helsinki 2008. ISBN 978-951-37-4812-8.

Helsingin yliopisto. 2006. Projektinhallinta. Yleisen kielitieteen laitos. Humanistinen tiedekunta. Viitattu: 3.9.2017. <http://www.ling.helsinki.fi/kit/2006k/clt310pro/organisaatio/organisaatiotyyppaja.shtml>

Himanen P. 2004. Välittävä, kannustava ja luova Suomi. Katsaus tietoyhteiskuntamme syviin haasteisiin. Tulevausuusvaliokunta, teknologian arviointeja 18. Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2004.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Bookwell Oy: Porvoo.
- Holman, H., Lorig, K., Sobel, D., Bandura, A., Brown, B., Gonzales, V. & Laurent, D. Chronic Disease Self-Management Program. Stanford University. The Division of Family and Community Medicine in the School of Medicine. 1996-2016. Viitattu: 7.11.2016. <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
- HTK-ohje. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Toim. Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoo, S.K. & Jäppinen, S. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki: 2013. ISBN 978-952-5995-07-7 (pdf). Julkaistu: 14.11.2012. Viitattu: 10.9.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Huuskonen, P. 2015. Vertaistuki. THL. Vammaispalvelujen käsikirja. Päivitetty: 24.7.2015. Viitattu: 22.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki>
- Jonker, A., Comijs, H., Knipscheer, K. & Deeg, D. 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. Vol. 6.
- Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Jyväskylä 2015. ISBN 978-951-830-405-3.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro Oy. Helsinki.
- Kansalaisareena ry. Satakunnan yhteisökeskus. 2015. Pori. Viitattu: 25.2.2016. http://www.yhteisokeskus.fi/wp-content/uploads/2014/08/PORI_2608.pdf
- Kansalaisareena ry. Arkeen Voimaa – Ryhmästä tukea pitkäaikaissairauden oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen. Pori. Viitattu: 20.2.2016. http://www.kansalaisareena.fi/syysseminaari2012/Jyvaskylan_kaupunki.pdf
- Keltikangas-Järvinen, L. 2004. Tunne itsesi, suomalainen. Juva: WS Bookwell
- Ketokivi, M. 2015. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. 2. uudistettu painos. Gaudeamus 2015.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. "Vaikuttavuus" suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Katsausartikkeli. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine. 2009. Vol. 46; No. 4; P. 283-297. Viitattu: 4.9.2017. <https://journal.fi/sla/article/view/2606>
- Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki: 2005.
- Kuntaliitto. Arkeen Voimaa. Toimintakertomus 2012. Viitattu: 20.2.2016. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sote-kehittamisty/arkeenvoimaa/Documents/Toimintakertomus%20_Arkeenvoimaa.pdf
- Kuntaliitto. Arkeen Voimaa. Toimintasuunnitelma 2013. Viitattu: 21.2.2016. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sote-kehittamisty/arkeenvoimaa/Documents/TOIMINTASUUNNITELMA_arkeenvoimaa2013.pdf
- Kuntaliitto. 2014. Arkeen Voimaa – Pienin muutoksin kohti sujuvaa arkea. Suomen Kuntaliitto 2014: Helsinki. ISBN 978-952.293-200-6.

Kuntaliitto 2015. Arkeen Voimaa-projekti 2012-2014 loppuraportti. Suomen Kuntaliitto 2015: Helsinki. ISBN 978-952-293-352-2 (pdf)

Kuntaliitto. 2016. Arkeen Voimaa – Ryhmästä tukea pitkäaikaissairausten oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen. Viitattu: 20.2.2016. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sotekehittamistyo/arkeenvoimaa/Sivut/default.aspx>

Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.

Lorig, K., Ritter, P. & Jacquez, A. 2005. Outcomes of Border Health Spanish/English Chronic Disease Self-management Programs. The Diabetes Educator. Vol. 31; No. 3; P. 401-409.

Lumijärvi, I. 1994. Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveystieteiden palveluyksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No. 187. Vaasa: 1994.

Makkonen, K. & Pynnönen, P. 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus – haastava yhtälö. Nuorisolääketiede. Duodecim. Vol. 123; P. 225-230. Viitattu: 7.3.2017. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96235.pdf>

Mattila, H. 2008. Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveystieteiden toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 151. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. ISBN 978-951-27-1061-4 (pdf). Kopijyvä 2008: Kuopio. Viitattu: 23.11.2017. <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0810-9.pdf>

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy 2005: Jyväskylä. 3. laitos.

Nolte, S. Elsworth, G., Sinclair, A. & Osborne, R. 2007. The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: A national patient-reported outcomes survey. Patient Education and Counseling. Vol. 65; No. 3; P. 353-360.

Noncommunicable diseases. 2013. Maailman terveysjärjestö WHO. Päivitetty: 6/2015. Viitattu 9.3.2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.-4. painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki. ISBN 978-952-63-2695-5

Okkonen, K.-M. 2010. TYTI AHM2011: Työkyky ja työllisyys -lomakkeen testaus. Lomaketestaukset-sarja 1/10. Julkaisematon. Tilastokeskus: Helsinki. Viitattu: 9.3.2017. http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_009.html?s=0

Okkonen, K.-M. 2011. Sairaus – fakta vai kokemus? Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus. No. 2/2011. Päivitetty: 26.9.2011. Viitattu: 9.3.2017. http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_009.html?s=0

Paahtama, S. 2016. Arkeen Voimaa ryhmätoiminta Suomessa. Kuntaliitto. Päivitetty: 5.10.2016. Viitattu: 18.1.2017. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sotekehittamistyo/arkeenvoimaa/Sivut/default.aspx>

Pahkinen, E. 2012. Kyselytutkimusten otantamenetelmät ja aineistoanalyysi. Jyväskylä University Printing House 2012; Jyväskylä.

Raatikainen, R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö. Yliopistopaino: Helsinki.

RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. TOIMIA-tietokanta. Julkaistu: 31.10.2013. Viitattu: 7.11.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/143/>

Riihinen, O. 1996. Elämänhallinta – käsitteen erittelyä ja ongelmia. Teoksessa Raitasalo, R. Elämänhallintaa etsimässä. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13. Helsinki: Kansaneläkelaitos. S. 16-34.

Savolainen, V. 2017. Ryhmäläisten elämänlaadun ja arkipärjäämisen kyselylomake Arkeen Voimaa-ohjelmaan. Kehittämiprojektin loppuraportti. Turun ammattikorkeakoulu.

Setan transtukupiste. 2015. Muunsukupuolisuus. Mikä muunsukupuolisuus? Julkaistu: 18.9.2015. Viitattu: 18.1.2017. <http://transtukupiste.fi/muunsukupuolisuus/>

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Acta Universitatis Oulueis. E 37. University Press 1999: Oulu.

Siitonen J. 2000. Handout: Meissä on voimaa! – Uupumisesta jaksamiseen. Stakes. Mielekäs Elämä!- ja Mielenterveyttä peruspalveluissa (Pääsky) -ohjelmiin liittyvä koulutus.

Sintonen H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. The Finnish Medical Society Duodecim. Ann Med. 2001; Vol. 33; P. 328–336.

Sintonen, H. 2003. 15D-mittari – oiva väline vaikuttavuuden arviointiin. Chess Online-tiedotuslehti. Stakes. 2003. No. 3; P. 6-7. Viitattu: 4.9.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76285/chessonline32003.pdf?sequence=1>

Sintonen, H., Harju, E. & Booth, N. 2003. Ehkäisevän terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus esimerkkien valossa. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Helsinki: 2003. S. 892–898.

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 and Counseling. Vol. 65; No. 1; P. 42-50.

Suomen Projekti-Instituutti Oy. Projektijohtamisen sanastoa. Viitattu: 3.9.2017. https://www.projekti-instituutti.fi/materiaalit/projektijohtamisen_sanastoa

Suurnäkki, A. 2009. Kansalainen oman hyvinvointinsa asiantuntijana. Kansalaislähtöinen, teknologiaa hyödyntävä pitkäaikaissairauksien ehkäisyn ja hoidon toimintamalli. Tekesin FinnWell-ohjelman pitkäaikaissairauksien omahoidon hankekokonaisuuden kehittämistyön tulokset. Julkaistu: 30.6.2009. Viitattu: 7.3.2017. <http://www.espooli.fi/download/noname/%7B46FD7958-0AA8-4E00-AB8F-4D56B59C183D%7D/19618>

Swerissen, H., Belfrage, J., Weeks, A., Jordan, L., Walker, C., Furler, J., McAvoy, B., Carter, M. & Peterson, C. 2006. A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. Patient Education and Counseling. Vol. 64; No. 1-3, P. 360-368.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 1326/2010, 8 §. Viitattu: 18.11.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus. 2002. Siviilisääty 2002. Viitattu: 29.11.2016. <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/siviilisaaty/001-2002/index.html>

Tilastokeskus. 2002. Sosioekonominen asema vapaa-aikatutkimuksessa 2002. Viitattu: 29.11.2016. http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/004-2002/index.html

Tilastokeskus. 2014. Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä. Artikkelit. Julkaistu ja päivitetty: 8.12.2014. Viitattu: 29.11.2016. http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html

- Tilastokeskus. 2016. Kansallinen koulutusaste 2016. Viitattu: 29.11.2016. <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/koulutusaste/001-2016/kuvaus.html>
- Tilastokeskus. 2017. Käsitteet. Pitkäaikainen sairaus. Viitattu: 9.3.2017. http://www.stat.fi/meta/kas/pitkaaikainen_s.html
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. painos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere. ISBN 978-951-44-7627-3
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2008: Vammala. ISBN 978-951-26-5760-5.
- Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Suomen Kuntaliitto 2000: Helsinki. ISBN 978-952-213-297-0 (pdf). Viitattu: 6.5.2016. <http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/p071005095633P.pdf7>
- Välimäki, S., Korhonen, R., Norja, H. & Paahtama, S. Kuntaliitto. 2013. Arkeen Voimaa 2011-2014. Pienillä muutoksilla kohti sujuvampaa arkea. Julkaistu: 30.12.2013. Viitattu: 18.1.2017. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2013/kuntamarkkinat/soster/Documents/2013-09-12-10-V%C3%A4lim%C3%A4ki-Sari.pdf>
- Wheeler, J. 2003. Can A Disease Self-Management Program Reduce Health Care Costs?: The Case of Older Women With Heart Disease. Medical Care. Vol. 41; No. 6; P. 706-715.
- WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari - lyhyt versio. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos. TOIMIA-tietokanta. Julkaistu: 31.10.2013. Päivitetty: 13.1.2015. Viitattu: 7.11.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>
- 15D -terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos. TOIMIA-tietokanta. Julkaistu: 31.10.2013. Viitattu: 7.11.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>

Liite 1. Kyselylomake

Arkeen Voimaa-kyselylomake 1 & 2

Tällä lomakkeella pyydämme Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muita arkielämänne asioita. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin. Vastaaminen on vapaaehtoista. Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valitsitte, valitkaa se, joka vaikuttaa sopivimmalta. Usein sopivin vastaus on se, joka ensimmäiseksi tulee mieleen. Kun vastaatte, ajatelkaa tärkeinä pitamiänne asioita, toiveitanne sekä mielihyvän ja huolenaiheitanne. Muistelkaa elämäännne neljän (4) viimeisen viikon aikana. Valitkaa vaihtoehto, joka tuntuu Teistä sopivimmalta.

1. Ikä

- 18-29
- 30-49
- 50-69
- 70-89
- 90-->

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies
- Muu

3. Siviilisääty

- Elän yksin
- Olen parisuhteessa
- Muu, mikä?

4. Paikkakunta

Paikkakunta, jossa osallistutte/osallistuitte vertaistukiryhmään

- Jyväskylä
- Kuopio
- Salo
- Tampere
- Turku
- Vantaa
- Ylöjärvi
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystuokiryhmässä
- Sastamalan kaupungin ja Punkalaitumen kunnan yhteistoiminta-alue
- Muu, mikä?

5. Ylin koulutusasteenne

- Kansakoulu/Peruskoulu
- Toinen aste/Ammattitutkinto/Ylioppilastutkinto
- Korkeakoulututkinto
- Muu, mikä?

6. Sosioekonominen asema

- Työssä
- Työtön
- Pitkäaikaissairas
- Eläkkeellä
- Yrittäjä
- Muu, mikä?

7. Mitä sairauksia Teillä on todettu?

- Sydän- ja verisuonisairaus (esim. verenpainetauti, rytmihäiriöt, sepelvaltimotauti)
- Keuhkosairaus
- Tuki- ja liikuntaelinsairaus (esim. reuma, selkäongelmat, osteoporoosi)
- Mielenterveysongelma
- Muu tunne-elämän häiriö
- Syöpä
- Muu sairaus, mikä?

8. Jos vertaatte nykyistä terveydentilaanne neljän (4) viikon takaiseen, onko terveytenne mielestänne yleisesti ottaen... (Valitkaa yksi vaihtoehto)

- Parempi
- Suunnilleen samanlainen
- Huonompi

9. Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon? (Valitkaa yksi vaihtoehto joka riviltä)

	Kyllä, en pysty suorittamaan ko. toimintoa lainkaan	Kyllä, rajoittaa paljon	Kyllä, rajoittaa hiukan	Ei rajoita lainkaan
Raskaiden tavaroiden nostelu ja/tai rasittava urheilu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huonekalujen siirtäminen, imurointi ja/tai portaiden nouseminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruokakassien nostaminen ja/tai kantaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vartalon taivuttaminen ja/tai kumartuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(jatkuu...)

Lyhyiden matkojen kävely	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pukeutuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kylpeminen, suihkussa käyminen ja/tai sauna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Kuinka paljon Teillä on viimeisen 4 viikon aikana ollut FYYSISEN TERVEYDENTILANNE TAKIA alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne? (Valitkaa yksi vaihtoehto/rivi)

	Päivittäin	Viikoittain	Harvoin	Ei kertaakaan
Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveystilanne asetti teille rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töistänne tai tehtävistänne suoriutuaksenne olette joutunut ponnistelemaan tavallista enemmän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Kuinka paljon teillä on viimeisen 4 viikon aikana ollut MIELEEN JA TUNNE-ELÄMÄÄN LIITTYVIEN vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne? (Valitkaa yksi vaihtoehto/rivi)

	Paljon	Jonkin verran	Hieman	Ei lainkaan
Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveystilanne asetti teille rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töistänne tai tehtävistänne suoriutuaksenne olette joutunut ponnistelemaan tavallista enemmän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Kuinka paljon FYYSinEN TERVEYDENTILANNE on viimeisen 4 viikon aikana häirinnyt tavanomaista (sosiaalista) toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa? (Valitkaa yksi vaihtoehto)

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvoin
- Ei kertaakaan

13. Kuinka paljon MIELEN TAI TUNNE-ELÄMÄN vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista) toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa? (Valitkaa yksi vaihtoehto)

- Paljon
- Melko paljon
- Vähän
- Ei lainkaan

14. Kuinka voimakkaita FYYSISIÄ kipuja teillä on ollut viimeisen 4 viikon aikana? (Valitkaa yksi vaihtoehto)

- Ei lainkaan
- Lieviä
- Kohtalaisia
- Voimakkaita

15. Kuinka usein kipu on häirinnyt tavanomaista arkeanne (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana? (Valitkaa yksi vaihtoehto)

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvoin
- Ei kertaakaan

16. Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä Teistä on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Valitkaa kunkin kysymyksen kohdalla se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne.

	Koko ajan	Melko suuren osan ajasta	Jonkin aikaa	En lainkaan
Olen tuntenut olevani elinvoimainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen ollut hermostunut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen ollut iloinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen tuntenut itseni tyyneksi ja rauhalliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen tuntenut itseni alakuloiseksi ja apeaksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen tuntenut olevani väsynyt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Terveystenhuollon palvelujen käyttö. Kuinka usein olette tarvinneet terveydenhuollon palveluja viimeisen 4 viikon aikana?

- En kertaakaan
- Kerran
- 2-4 kertaa
- Yli viisi kertaa

18. Mitä terveydenhuollon palvelua tai palveluja käytitte tuona aikana?

- Julkinen terveydenhuolto
- Työterveyshuolto
- Yksityinen terveydenhuolto
- En mitään
- Jotain muuta, mitä?

19. Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät mielestänne paikkansa Teidän kohdallanne viimeisen 4 viikon ajalta aiempaan verrattuna? (Valitkaa yksi vaihtoehto/rivi)

	Pitää paikkansa	Pitää enimmäkseen paikkansa	Enimmäkseen ei pidä paikkaansa	Ei pidä paikkaansa
Koen olevani terveempi kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni pärjään sairauteni/sairauksieni kanssa nyt paremmin kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosiaalinen elämäni on aktiivisempaa kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikun ja/tai ulkoilen nyt enemmän kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen aloittanut jonkin uuden harrastuksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut uusia ystäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syön nyt terveellisemmin kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nukun nyt paremmin kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallitsen kipujani nyt paremmin kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen työelämässä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen aloittanut jonkin uuden asian opiskelun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen tarmokkaampi kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajattelen tilanteestani positiivisemmin kuin aiemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(jatkuu)				

- Elämänhallintani on parempaa kuin aiemmin
- Arkipäryjämiseni on parempaa kuin aiemmin

20. Koetteko, että Teidän on nykyään helpompi keskustella hoidostanne terveydenhuollon henkilökunnan kanssa?

- Kyllä
- Ei

21. Mitä muuta haluaisit sanoa arkipäryjämisestäsi ja/tai Arkeen Voimaa-ohjelmasta?

Liite 2. Kyselylomakkeen arviointikysymykset

Kyselylomakkeen arviointi

22. Seuraavassa Teitä pyydetään arvioimaan täyttämääne kyselylomaketta muutamien kysymysten avulla.

Valitkaa jokaisen väittämän kohdalla mielestänne sopivin vaihtoehto.

	Samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sain vastattua kyselylomakkeeseen kohtuullisessa ajassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kysymykset eivät olleet liian pitkiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kysymykset olivat selkeitä/ymmärrettäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseksi olivat riittävän selkeät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot olivat sopivia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kyselylomakkeen ulkoasu oli selkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksi avoin kysymys oli mielestäni tarpeellinen, jotta sain antaa palautetta vapaasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Jos vastasitte edellisessä kohdassa johonkin kysymykseen olevanne osittain tai täysin eri mieltä, voisitteko perustella vastaustanne? Tämä on tärkeää, jotta kyselylomakkeesta voidaan muokata mahdollisimman sopiva käyttötarkoitukseensa.

Liite 3. Tutkimustiedote

TUTKIMUSTIEDOTE

1.6.2017

Arkeen Voimaa-ohjelman uusien kyselytutkimuslomakkeiden luominen on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittämisprojektia, joka liittyy Turun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden hyvinvointitoimialan organisaation Arkeen Voimaa-ohjelmaan, joka on valtakunnallinen terveyden edistämisen ohjelma.

Kehittämisprojektin tavoitteena on luoda kyselylomake Arkeen Voimaa-ohjelman käyttöön ja sen tarkoituksena on vertaistukiryhmätoiminnan vaikuttavuuden osoittaminen näyttöön perustuen.

Tutkimusaineistoa kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella vertaistukiryhmätoimintaan osallistuneilta asiakkailta kevään 2017 ryhmätoiminnan aikana. Aineiston keruu tapahtuu vastaamalla kyselylomakkeeseen vertaistukiryhmätoiminnan viimeisellä kokoontumiskerralla. Aineistoa hyödynnetään kehittämisprojektina toteutettavien kyselylomakkeiden arvioinnissa ja korjaamisessa, ennen lopullisen, valmiin kyselylomakkeen käyttöönottoa.

Tutkimukselle on saatu lupa Turun kaupungilta keväällä 2017. Tutkimuksesta saa lisätietoja kehittämisprojektin projektipäälliköltä.

Projektipäällikkö

Katja Karhu, yamk-opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu, Terveyden edistämisen koulutusohjelma

045-6757127

katja.karhu@edu.turkuamk.fi

Liite 4. Saatekirje

SAATEKIRJE

1.6.2017

Kehittämisprojektin nimi:

ARKEEN VOIMAA-OHJELMA

– Kyselylomakkeen luominen vertaistukiryhmätoiminnan näytön osoittamiseksi

Arvoisa vertaistukiryhmätoimintaan osallistuja,

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on osoittaa Arkeen Voimaa-ohjelman vaikuttavuus näyttöön perustuen. Tämä aineistonkeruu liittyy itsenäisenä osana lopullisen, valmiin, kyselylomakkeen arvioimiseen, korjaamiseen, parantamiseen ja käyttöön ottamiseen. Lupa aineistonkeruuseen on saatu Turun kaupungilta keväällä 2017.

Teidän vastauksenne ovat arvokasta tietoa, jonka avulla valtakunnalliseen käyttöön tuleva kyselylomake saadaan muokattua mahdollisimman toimivaksi, jotta sen avulla pystytään osoittamaan vertaistukiryhmätoiminnan vaikuttavuus näyttöön perustuen. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn vastauksia tullaan käsittelemään niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa niistä. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa kyselyyn mahdollisimman pian ja jättäkää vastauksenne ryhmän ohjaajalle.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammatikorkeakoulututkintoon kuuluvaan kehittämisprojektiin. Kehittämisprojektini ohjaaja on (-----), yliopettaja ja tutkimusvastaava, Turun ammattikorkeakoulu/Terveysala.

Vastauksistanne kiittäen,

Katja Karhu

Sairaanhoitaja/terveyden edistämisen koulutusohjelman yamk-opiskelija

katja.karhu@edu.turkuamk.fi