

Pia Parkkonen

TOIMINNALLINEN RYHMÄ  
AIVOVERENKIERTOHAIRÖSTÄ  
KUNTOUTUVAN TUKENA

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Syyskuu 2011




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p><b>Opinnäytetyön päivämäärä</b></p> <p>23.9.2011</p>
<p><b>Tekijä(t)</b> Pia Parkkonen</p>	<p><b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> <b>Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja</b></p>
<p><b>Nimeke</b> Toiminnallinen ryhmä aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan tukena</p>	
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Altti-projektin (aivohalvaus = tiedä, tunnista, kuntoudu) toiminnallinen pilottiryhmä aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuville järjestettiin marras-tammikuussa 2010–2011. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Altti-projektille tietoa ryhmätoiminnan kehittämisen tueksi. Haastattelujen avulla kartoitettiin kuntoutujien kokemuksia vertaistuen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen osalta.</p> <p>Toiminnallisen ryhmän tavoitteena oli tukea ryhmätapaamisiin osallistuneita aivoverenkiertohäiriöistä toipuvia kuntoutujia kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa, asioinnin ja sosiaalisten taitojen harjoittelussa sekä uusiin sosiaalisiin tilanteisiin rohkaistumisessa. Ryhmätoiminnan tavoitteena oli myös mahdollistaa vertaistuen saaminen muilta sairastuneilta. Ryhmään osallistui neljä kuntoutujaa.</p> <p>Ryhmästä saatu sosiaalisen toimintakyvyn tuki osoittautui merkittäväksi ryhmätapaamisten aikana. Kuntoutujien arkielämän rohkaistumisessa ei voitu osoittaa eroja ennen ja jälkeen ryhmäprosessin, mutta ryhmätapaamisten aikana kuntoutujat kokivat vertaisryhmän kanssa toimimisen luontevaksi ja helpoksi. Ryhmään osallistuneet neljä kuntoutujaa kokivat ryhmässä saadun vertaistuen merkittävänä. Ryhmän henki koettiin avoimena, positiivisena ja motivoivana. Kuntoutujat kokivat, että heitä arvostettiin yksilöinä ja heitä kuunneltiin. Kaikki kuntoutujat osallistuivat aktiivisesti ryhmän tapaamisiin, mikä kertoo osaltaan vertaistuen motivoivasta vaikutuksesta.</p> <p>AVH-kuntoutujan tunne-elämän muutokset ja niistä aiheutuvat sopeutumisongelmat näkyvät liikkumisen huonontumisena, heikentyneenä elämänlaatuna sekä vähentyneinä sosiaalisina kontakteina. AVH-kuntoutujan fysioterapeuttisen kuntoutuksen rinnalla tulisi aina huomioida koko lähiyhteisö sekä kuntoutujan psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Jatkossa AVH-kuntoutujien tukena tulisi käyttää nykyistä enemmän ryhmämuotoista kuntoutusta. Ryhmän tapaamisissa koettu vertaistuki, sosiaaliset kontaktit ja uusiin tilanteisiin rohkaistuminen ovat ensisijaisen tärkeitä syrjäytymisen ja yksinäisyyden ehkäisemisessä. Ryhmätoimintaa tulisi jatkossa kehittää eri asiakas- ja potilasryhmien mukaan huomioiden esimerkiksi sairastumisesta kulunut aika ja sairastuneen läheiset. Ryhmätoiminnan vaikuttavuutta tulisi tutkia suunnitelmallisesti. Yhteiskunnan tukimuotoja tulisi kehittää myös ryhmämuotoisen kuntoutustoiminnan ylläpitämiseksi, onhan kyseessä kuitenkin taloudellisesti erittäin tehokas kuntoutuksen toimintamuoto.</p>	
<p><b>Asiasanat (avainsanat)</b> aivoverenkiertohäiriöt, ryhmät, ryhmätoiminta, vertaistuki, sosiaalinen toimintakyky</p>	
<p><b>Sivumäärä</b> 45 + 4</p>	<p><b>Kieli</b> suomi</p>
<p><b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b></p>	
<p><b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Päivi Sajaniemi</p>	<p><b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Altti-projekti</p>

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  23.9.2011
<b>Author(s)</b> Pia Parkkonen	<b>Degree programme and option</b> Degree program of nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> A functional peer group supporting the rehabilitation of a stroke patient		
<b>Abstract</b>  I was a part of the hospital district of South Savonia's project Altti in my bachelor's thesis. In this project we planned and organized a peer group for four stroke patients. The aim of this group was to support the patients by motivating them to try new activities, to go out of their homes, to learn new social skills and to support their social capacity. The group also offered a chance to experience peer support. The goal of my thesis was to give new information and ways to develop the group activities for stroke patients. After the group meetings, I interviewed the patients. As a future nurse, the role of multiprofessional negotiations and my progress in the group and individual leading were significant.  The support for social capacity during the group was important. I didn't find any ways to prove that the patients got more courageous in every-day life. The patients however, told me that it was easier and natural to try new things with peer support group. All the patients felt that the peer support was very important during the group meetings. They felt that it was easy to come into the meetings. Also the spirit of the group was positive, open and motivating. They felt appreciated as individuals. All the patients were very active, so it was clear that peer support is also a very good motivator.  Changes in emotional life and problems in adapting affects also physical capacity, decrease quality of life and depress social contacts. A patient goes through a long and complicated process of learning to get rehabilitated. There should always be more extensive point of view in rehabilitation of a stroke patient. The role of community and relatives, social and physical capacity and multiprofessional ways of rehabilitation should always be recognized. There is a lot of potential in different kinds of group activities. More professional, long-term groups should be developed for different patient groups. Research on the impact of these groups should be systematic. The effectiveness and low cost of any group activities should interest every decision-maker in public health services.		
<b>Subject headings, (keywords)</b> stroke, groups, activities, peer support, social functioning		
<b>Pages</b> 45 + 4	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Päivi Sajaniemi	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Hospital district of South Savonia's project Altti	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT .....	2
2.1	Hapenpuute .....	3
2.2	Verenvuodot .....	4
2.3	Aivoverenkiertohäiriöiden oireet.....	5
3	RYHMÄTOIMINTA KUNTOUTUKSEN TUKENA .....	6
3.1	Yleistä AVH-potilaan kuntoutuksesta .....	8
3.2	AVH-potilaan kuntoutus 1–3 vuotta sairastumisen jälkeen .....	10
3.3	Vertaistuki ja ryhmätoiminta .....	12
4	SAIRASTUMISEN VAIKUTUKSET SOSIAALISEEN TOIMINTAKYKYYN.....	16
4.1	Sairastuneen muuttuneen roolin vaikutus toimintakykyyn.....	18
4.2	Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen .....	20
5	TOIMINNALLISEN RYHMÄN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	21
5.1	Ryhmään osallistuneet kuntoutujat.....	22
5.2	Satupaja Ky.....	24
5.3	Tapaamisten sisältö.....	24
6	TEEMAHAASTATTELUIEN TOTEUTTAMINEN .....	27
6.1	Tutkimuskysymykset.....	27
6.2	Tutkimusmenetelmät ja aineiston analysointi .....	28
7	AVH-KUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSET RYHMÄN TOIMINNASTA .....	31
7.1	Kokemukset ryhmän antamasta tuesta sosiaaliseen toimintakykyyn .....	32
7.2	Vertaistuki.....	35
7.3	Yhteenvedo .....	37
8	POHDINTA .....	39
8.1	Luotettavuus .....	39
8.2	Eettisyys.....	40
8.3	Kehitysehdotukset, jatkotutkimusaiheet .....	42
8.4	Oma rooli ja opinnäytetyö oppimisprosessina.....	44
	LÄHTEET.....	46

## LIITE/LIITTEET

- 1 Kutsu ja ryhmän tapaamisten aikataulu
- 2 Haastattelun teemat
- 3 Suostumuslomake tietojen antamiseen

## 1 JOHDANTO

Vuosittain 14 000 suomalaista sairastuu erilaisiin aivoverenkiertohäiriöihin. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat Suomen kolmanneksi yleisin kuolinsyy ja tällä hetkellä Suomessa on noin 40 000 AVH-kuntoutujaa. Yksi kuudesta sairastuu AVH:öön elin-aikanaan. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 93; Käypä hoito-suositus 2011: Aivoinfarkti; Soinila, Kaste, Launes & Somer 2006, 271.) Aivoinfarktien takia menetetään enemmän laatupainotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia, sillä puolelle eloonjääneistä jää pysyvä haitta. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein kansantauti Suomessa. Sairauden merkitys on siis yhteiskunnallisesti suuri. (Soinila ym. 2006, 271.)

Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa fyysisten muutosten lisäksi usein myös tunne-elämän muutoksia, jotka saattavat vaikeuttaa sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen. Sopeutumisongelmat näkyvät liikkumisen huonontumisena, heikentyneenä elämänlaatuna sekä vähentyneinä sosiaalisina kontakteina. Sairauden vaikeusaste, potilaan ikä ja sosiaalinen tuki vaikuttavat kuntoutumiseen. Suomessa suurin osa AVH-sairastuneista asuu kotona ja heistä noin 30 prosenttia tarvitsee toisen henkilön apua selviytyäkseen päivittäisistä toimista. Täysin autettavia on sairastuneista noin 10 prosenttia. (Purola 2000, 11.)

Opinnäytetyöni liittyy Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä meneillä olevaan Altti-projektiin (aivohalvaus = tiedä, tunnista, kuntoudu) ja siinä toteutettuun ryhmätoimintaan. Altti-projektin tavoitteena on parantaa aivohalvauksen sairastaneiden kansalaisten kotona selviytymistä, kuntoutumista, toimintakyvyn palautumista ja työhön paluuta. Projektissa korostetaan lisäksi sitä, että asiakkaan omia valinnan mahdollisuuksia lisätään omaa kuntoutusta suunniteltaessa. Projektin avulla pyritään parantamaan aivohalvauksen riskitekijöiden tunnistamista ja vaikuttamaan siten nopeampaan hoitoon hakeutumiseen. (Paukkala 2009, 2–4.)

Aivohalvaus on mainittu yhdeksi Etelä-Savon alueen kansansairaudeksi: se on kustannuksiltaan kolmanneksi kallein. Altti-projektin (2009–2011) tarkoituksena on tehostaa erityisesti sairaalahoidon jälkeen tapahtuvaa intensiivikuntoutuksen jaksoa. Toisaalta projektisuunnitelmassa todetaan, että: ”paras aivohalvaus on ehkäisty aivohalvaus” eli panoksia kohdennetaan myös riskitekijöiden tunnistamiseen ja sairauden

ennaltaehkäisyyn. Projektin hallinnoinnista vastaa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja sitä rahoittaa Tekes. (Paukkala 2009, 2–4.)

Vuoden 2010 keväällä heräsi tarve järjestää toiminnallisuutta ja vertaistukea tarjoavaa ryhmätoimintaa AVH-kuntoutujille Altti-projektissa tehtyjen haastattelujen perusteella. Näiden haastattelujen antia on käsitelty tarkemmin Paula Holmströmin ja Päivi Kokkosen vuonna 2010 tehdyssä opinnäytetyössä. Kevään 2010 haastattelujen perusteella suunniteltu pilottiryhmä järjestettiin marras-tammikuussa 2010–2011, ja osallistuin ryhmän toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen toisena ohjaajana. Toiminnallisen ryhmän tavoitteena oli tukea ryhmätapaamisiin osallistuneita aivoverenkiertohäiriöistä toipuvia kuntoutujia kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa, asioinnin ja sosiaalisten taitojen harjoittelussa sekä uusiin sosiaalisiin tilanteisiin rohkaistumisessa. Ryhmässä oli mahdollista saada vertaistukea muilta sairastuneilta. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa ryhmään osallistuneiden kuntoutujien kokemuksia erityisesti vertaistuen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen osalta. Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuottaa tietoa Altti-projektille ryhmätoiminnan kehittämisen tueksi. Ryhmän käytännön toteutuksesta vastasi mikkeliäinen toimintaterapiayritys Satupaja Ky.

Opinnäytetyössäni kuntoutujilla tarkoitetaan kaikkia neljää ryhmään osallistunutta aivoverenkiertohäiriöstä toipuvaa kuntoutujaa. Ryhmällä tarkoitetaan Altti-projektin toiminnallista ryhmää. Toimeksiantajalla tarkoitetaan Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Altti-projektia ja sen edustajaa, projektipäällikkö Helvi Janhusta. Ryhmän ohjaajista puhuttaessa tarkoitetaan toimintaterapeutti Tiina Tarhosta sekä itseäni. Altti-projektin projektisuunnitelmassa puhutaan aivohalvauksista, opinnäytetyössäni samasta asiasta käytetään nimitystä aivoverenkiertohäiriö tai lyhennelmää AVH. Samankaltaista ryhmätoimintaa AVH-potilaiden kuntoutumisen tukena ei ole aiemmin järjestelmällisesti tutkittu.

## **2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT**

Halusin tietoa aivoverenkiertohäiriöistä myös kliinisestä näkökulmasta, joten erilaisia sairaustyyppisiä ja erityisesti AVH:den aiheuttamia oireita on tässä opinnäytetyössä käsitelty melko laajasti. Jotta oireita voi ymmärtää, tulee tietää myös sairauksia aihe-

uttavat mekanismit ja pääpiirteet aivojen rakenteista, erityisesti verenkierron osalta. Aivoverenkiertohäiriöiden kohtauskuva voi vaihdella ohimenevästä halvauksesta syvään tajuttomuuteen asti. Aivoverenkiertohäiriön voi aiheuttaa iskemia (hapenpuute) tai aivoverenvuoto. Aivoverenkierron hapenpuutteeseen liittyvät häiriöt ovat huomattavasti yleisempiä kuin verenvuotoihin liittyvät. (Partanen, Falck, Hasan, Jäntti, Salmi & Tolonen 2006, 227–228.)

Mikäli aivoverenkiertohäiriön kliininen oire menee ohi alle 24 tunnissa, puhutaan TIA-kohtauksesta (transient ischemick attack). Jos TIA-potilaan oireet kestävät yli 24 tuntia, on kyseessä aivoinfarkti. (Partanen, Falck, Hasan, Jäntti, Salmi & Tolonen 2006, 227–228; Iivanainen ym. 2007, 94–95; Soinila ym. 2006, 272.) Aivoinfarkti on sairaus, jossa äkillisesti tukkeutuneen valtimon alueella aivokudos jää ilman verenkiertoa ja happea. Tämän seurauksena osa aivokudoksesta (paikallisesti) menee pysyvästi kuolioon. Aivohalvaus on historiallinen termi, jolla tarkoitetaan aivoinfarktia, aivoverenvuotoa tai lukinkalvonalaista verenvuotoa. (Käypä hoito-suositus 2011: Aivoinfarkti.)

Aivoverenvuodot eli hemorraagiset häiriöt voivat ilmetä subaraknoidaalivuotona (SAV) eli lukinkalvonalaisena vuotona tai aivokudoksen sisäisenä verenvuotona eli ICH:na (intra cerebral hemorrhage). Lukinkalvonalainen verenvuoto syntyy usein aneurysman eli suonon pullistuman puhjetessa. (Partanen ym. 2006, 231; Iivanainen ym. 2007, 94; Soinila ym. 2006, 272.)

## 2.1 Hapenpuute

Iskemia on mekanismi, jolla aivoverenkierron pysähtyminen aiheuttaa aivovaurion. Iskeemisiä aivoverenkiertohäiriöitä aiheuttavat tromboosit ja embolia. Tromboosi tarkoittaa verihyytymän aiheuttamaa verisuonen tukosta kun taas emboliassa suonta tukkiva tromboosi voi irrota ja kulkeutua verenkierron mukana muualle suonistoon aiheuttamaan iskemian. Aivoinfarktit voidaan luokitella verenkiertoalueen mukaan. Aivoinfarkteissa eli hapenpuutteesta johtuvissa vaurioissa karotialueen infarkteihin (kaulavaltimoiden suonittamiin alueisiin) liittyy yleensä toispuolinen motorinen tai sensorinen halvaus tai molemmat. (Rissanen ym. 2008, 253.) Näihin liittyy usein myös afasiaa ja/tai neglect-oire (ks. myöhemmin tässä luvussa). *Arteria cerebri medi-*



*an* (keskimmäinen aivovaltimo) alueen infarktiin liittyvä raajojen halvaus on käteen painottuva, mutta *arteria cerebri anteriorin* (etummainen aivovaltimo) alueen halvaus painottuu jalkaan. *Arteria cerebri posteriorin* (takimmainen aivovaltimo) infarkti aiheuttaa toispuoleisen näkökenttäpuutoksen. (Partanen ym. 2006, 227–228, 709; Hämälä 2010; Iivanainen ym. 2007, 95; Soinila ym. 2006, 271–272, 297–300, 327; Rissanen ym. 2008, 252–253.) Aivoverenkiertohäiriöiden oireisiin palataan seuraavassa alaluvussa.

Vertebraalisen alueen (nikamavalttioiden suonittamaan) iskemiaan liittyvät kliiniset oireet riippuvat infarktin paikasta, joka voi olla aivorungossa, väliaivoissa tai pikkuai-voissa. Kliinisinä löydöksinä esiintyy puheen sammallusta, aivohermopareeseja (= aivohermojen halvaustiloja), tasapainohäiriöitä ja erilaisia aivohermopareesien ja pitkien ratojen vaurioiden yhdistelmiä. Selkäydinjatkoksen ja distaalisen aivosillan vaurioissa ei ole tajunnan tason laskua eikä EEG-muutoksia (EEG = elektroenkefalografia). Aivosillan yläosan (ja keskiaivojen alaosan) vaurio johtaa yleensä tajuttomuuteen. Aivorungon yläosan ja väliaivojen alaosan infarkteihin liittyy syvä tajuttomuus ja yleistyneitä EEG-muutoksia. Iskemiapohjainen bilateraallinen aivosillan vaurio (basilaarivaltimon tukos) voi johtaa locked in -oireyhtymään, jossa potilas on tajuissaan ja pystyy kommunikoimaan silmiään räpäyttämällä tai vertikaalisia silmänliikkeitä hyväksikäyttäen, mutta ei pysty liikkumaan tai puhumaan. (Partanen ym. 2006, 50, 225, 228; Soinila ym. 2006, 327; Rissanen ym. 2008, 252–253.)

## 2.2 Verenvuodot

Aivoverenvuodot eli hemorraagiset häiriöt voivat ilmetä subaraknoidaalivuotona eli SAV:na tai aivokudoksen sisäisenä verenvuotona eli ICH:na (intra cerebral hemorrhage) (Iivanainen ym. 2007, 94; Soinila ym. 2006, 316). Aivoverenvuodot tapahtuvat useimmiten *capsula internassa* (aivojen sisäkotelon), *talamuksessa* (tumake, joka sijaitsee väliaivojen sivuseinämissä), tyvitumakkeissa eli etuaivojen rakenteissa, jotka sijaitsevat aivokuoren alla sekä aivosillassa. Potilailla on usein kohonnut verenpaine. (Partanen ym. 2006, 231; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004.)

Lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV) syntyy usein aneurysman eli suonon pullistuman puhjetessa. Joskus vuodon syynä voi olla arteriovenoosi malformaatio eli aivove-

risuonten valtimo-laskimo epämuodostuma (AVM). SAV:iin saattaa myös liittyä verisuonispasmeja eli verisuonten voimakkaita supistustiloja ja niihin liittyen paikallista iskemiaa. Laskimotromboosissa (ks. edellä) EEG-kuva vaihtelee. Potilaalla on yleensä laskenut tajunnan taso tai selviä neurologisia puutosoireita. (Partanen ym. 2006, 231; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004.)

### **2.3 Aivoverenkiertohäiriöiden oireet**

Iskeemisen aivoverenkiertohäiriön tavallisimpia oireita ovat äkillisesti ilmenevä toispuolinen tai molemminpuolinen heikkous ja/tai tuntohäiriö, puhevaikeus, toisen silmän tai näkökentän osan näköhäiriö, kaksoiskuvat, nielemisvaikeus, ataksia (ks. myöhemmin tässä kappaleessa), kiertoaiheisuus, hahmotushäiriöt ja dyspraksia (ks. myöhemmin tässä kappaleessa). Päänsärkyä esiintyy aivoinfarktipotilailla akuutissa vaiheessa vain joka neljännellä. (Soinila ym. 2006, 297.) Neurologisilla puutosoireilla tarkoitetaan joko pysyviä tai ohimeneviä oireita, jotka näkyvät halvausoireina, näköhäiriöinä, puhehäiriöinä tai tuntohäiriöinä (Terveyskirjasto 2008; Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 251).

Aivoinfarktipotilailla vaurioituvat usein samanaikaisesti hermoradat, jotka säätelevät motoriikkaa, tiedon käsittelyä eli kognitiota ja tunne-elämää. Oireet riippuvat siitä, mikä osa aivoista vaurioituu. Häiriöt ilmenevät joko yksittäisinä tai useampina kognitiivisen toiminnan häiriöinä. Kaikille yhteisiä yleisoireita ovat väsyminen, vireystilan vaihtelut, ajatusten ja toimintojen hitaus, toimintojen tai kielellisen ilmaisun juuttuvuus eli perseveraatio sekä aloite- ja sietokyvyn heikkeneminen. Jos vasen aivopuolisko vaurioituu, oireina voi olla oikean puolen heikkous, kömpelyys, raajojen halvaus tai tuntohäiriö, liikkeiden tahdonalaisten suorittamisen häiriöt eli apraksia ja dyspraksia, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriö eli afasia (tähän liittyy yleensä myös lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen vaikeuksia), kielellisen muistin häiriöt, näkökentän toisen puoliskon puutos, avaruudellisen hahmotuksen häiriöt sekä oikean ja vasemman erottamisen vaikeus. Vasemman aivopuoliskon vaurion oireina voi olla myös korostunut oireiden tiedostaminen, masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä neglect, joka tarkoittaa huomiotta jättämistä. Neglect-oireessa potilas ei huomioi aivovaurion vastakkaiselta puolelta tulevaa kuulo-, näkö- tai tuntoinformaatiota, vaikka hän

kuulee, näkee ja tuntee normaalisti. (Iivanainen ym. 2007, 95; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008; Soinila ym. 2006, 327; Rissanen ym. 2008, 253.)

Oikean aivopuoliskon vaurion oireita ovat vasemman puolen halvaus eli hemiplegia, heikkous, tuntohäiriöt tai kömpelyys. Puheen tunneviestin tunnistamisessa voi olla häiriöitä, vasemmanpuoleinen näkökenttäpuutos on myös mahdollinen, neglect-oire vasemmalle puolelle kehoa ja havaintokenttää saattaa myös olla oireena. Myös avaruudellisen hahmotuksen häiriöt, tarkkaavaisuushäiriöt, näkömuistin häiriöt, tunnistamisen häiriöt eli agnosia ja dysgnosia sekä sairauden ja oiretiedostuksen puute (anosognosia) voivat olla oireina. Tämän puolen oireisiin voi kuulua myös euforia eli kohonnut mieliala tai ahdistuneisuus. (Iivanainen ym. 2007, 95; Soinila ym. 2006, 327; Rissanen ym. 2008, 253.)

Aivorunkoalueen vaurion oireina ovat huimaus, pahoinvointi, oksennus, infarktin puoleisissa raajoissa ataksiaa eli kyvyttömyyttä suorittaa liikkeitä hallitusti sekä vaurion vastapuoleisissa raajoissa ja ruumiinosassa halvaus- ja tuntohäiriöitä. Vaurion ollessa pikkuaivoissa oireina ovat kaatava huimaus vaurion suuntaan, ataksia ja hienomotoriikan häiriöt. (Iivanainen ym. 2007, 95–96; Rissanen ym. 2008, 253.)

ICH-potilailla oireina ovat etenevä toispuolihalvaus, tajunnantason heikkeneminen, oksentaminen, tajuttomuus-kouristuskohtaus ja hengityksen katkonaisuus. Ylä- ja alaraaja ovat yhtä pahasti halvaantuneet, koska vuoto sijaitsee useimmiten *capsula internan* eli aivojen syvien osien alueella. SAV-potilailla vuotavan aneurysman oireet alkavat yleensä rajusti. Oireina ovat kova ja hellittämätön päänsärky, silmien valonarkuus, pahoinvointi, oksentelu ja kehittyvä niskajäykkyys. Sairastumiseen saattaa liittyä raajahalvausta, puhevaikeuksia, sekavuutta ja kouristelua. SAV voi olla myös lieväoireinen. Vuotamaton aneurysma aiheuttaa näköhermon vaurio-oireita. (Iivanainen ym. 2007, 96.)

### **3 RYHMÄTOIMINTA KUNTOUTUKSEN TUKENA**

Aivoverenkiertohäiriöstä toipuminen on pitkä prosessi, joka koskettaa koko sairastuneen lähiyhteisöä (Kuokkanen 2009, 44). Kuntoutuksen yleisiä tavoitteita ovat toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen mahdollistami-

nen sekä elämäntilanteen hallitseminen (Karjalainen & Vilkkumaa 2004, 76). Marja Koukkari (2010, 3) esittää väitöskirjatutkimuksensa perusteella, että keskeinen kuntoutumista edistävä tekijä sekä MS- että AVH-potilailla on kuntoutujan aktiivisuus ja autonomian kunnioittaminen. Kuntoutuksen tavoitteena on itsenäinen, itseään luovasti toteuttava, elämäänsä hallitseva ja sosiaalisesti selviytyvä ihminen. (Koukkari 2010, 13.)

Kuntoutus perustuu käsitykseen ihmisen kokonaisuudesta ja toimintakyvyn moniulotteisuudesta. Ihminen kokee, tekee havaintoja ja antaa merkityksiä asioille ja tapahtumille. Ihminen ymmärtää, tietää, tuntee ja uskoo. Ihmisen kokemus on aina persoonallinen ja ainutlaatuinen. Kehollisuudella tarkoitetaan ihmisen orgaanisten toimintojen kokonaisuutta. Ihminen on olemassa myös suhteessa kaikkeen häntä koskevaan ja ympäröivään. Kuntoutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa tulisi aina huomioida yksilön elämäntilanne laaja-alaisesti ja ottaa myös omaiset mukaan sekä suunnitteluun että toteutukseen. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 11.)

Kuntoutuksen neljä osa-aluetta ovat lääkinnällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus ja kasvatuksellinen kuntoutus (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 25). Kuntoutuksella pyritään henkilön fyysisen minän tuntemiseen ja huoltoon, aktiiviseen kehon käyttöön sekä työ- ja vapaa-ajan toimintojen ja ympäristön suunnitteluun henkilön fyysiset ominaisuudet huomioiden. Kuntoutuksella pyritään myönteisen minäkuvan ja itseluottamuksen vahvistamiseen. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa myös sosiaalisen ja yhteisöllisen toimintakyvyn vahvistamiseen ja ympäristössä selviytymiseen. (Forsbom ym. 2001, 13.)

Kuntoutussuunnitelma ohjaa potilaan kuntoutumisprosessia. Suunnitelma tulisi aina laatia moniammatillisesti yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Suunnitelmaan kirjataan potilaan toimintakyky, sosiaalinen tilanne, aiempi kuntoutus, tiedot kuntoutuksen sisällöstä, intensiteetistä, ammatillisesta yhteistyöstä sekä kuntoutuksen seurannasta ja arvioinnista. (Wickström ym. 2008; Kansaneläkelaitos 2006.) Hyvä kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja tuloksellista toimintaa. Henkilön ihmisarvoa ja hänen yksityisyyttään tulee kunnioittaa. Kuntoutusprosessissa tulisi mahdollisuuksien mukaan huomioida kuntoutujan omat toiveet niin, että ne tukevat hänen kuntoutumistaan. Kuntoutuksen tulee perustua erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen. (Soinila ym. 2006, 602–603; Kansaneläkelaitos 2006; Rissanen ym. 2008, 263, 625–

633, 647.) Myös Merja Kuokkanen (2009) tähdentää pro gradu -tutkielmassaan yksilöllisen kuntoutussuunnitelman tärkeyttä ja sen perustumista yksilöllisiin tarpeisiin.

### 3.1 Yleistä AVH-potilaan kuntoutuksesta

AVH-potilaan kuntoutusta voidaan perustella sillä, että henkilö on menettänyt äkillisesti ja pitkäaikaisesti keskeisiä osia toimintakyvystään ja tarvitsee usein apua tullakseen toimeen elämässään. Aivojen plastisuuden ansiosta toimintamahdollisuudet on palautettavissa uudelleen oppimisen ja organisoitumisen kautta. Sairastunut on joutunut uuteen tilanteeseen, jossa kyse ei ole vain toimintojen kompensoinnista vaan sosiaalisesta uudelleen jäsentymisestä. (Rissanen ym. 2008, 252.)

Kuntoutuksella pyritään korjaamaan tai vähentämään vajaatoimintaa ja haittaa eli parantamaan potilaan toimintakykyä. Kuntoutuksen yksi tärkeimmistä osa-alueista on myös potilaan ja hänen lähiomaisensa sopeutumisen tukeminen. Kuntoutus sisältää yksilöllisen tarpeen mukaan fysio-, toiminta- ja puheterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta. Kuntoutukseen kuuluvat myös apuvälinepalvelu, sopeutumisvalmennukset ja kuntoutusjaksot. (Soinila ym. 2006, 327, 602; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Wickströmin ym. (2008) konsensuslausuman mukaan ryhmäkuntoutusta tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Sekä Outi Pyöriän (2007) fysioterapian että Marja Koukkarin (2010) yhteiskuntatieteiden väitöskirja kuvaavat aivohalvauspotilaan kuntoutumista aina oppimisprosessiksi. AVH-kuntoutujalle on Pyöriän tutkimuksen mukaan mahdollista käynnistää kognitiivinen prosessi, jossa kuntoutuja aktivoituu käyttämään muistiaan, havaintojaan ja ongelmanratkaisutaitojaan omassa arkielämässään kohtaamisissaan ongelmatilanteissa. (Pyöriä 2007; Koukkari 2010, 13.)

AVH-potilaan kuntoutus on toimintaa, jolla rajoitetaan sairastumisen vaikutuksia päivittäiseen elämään käyttämällä erilaisia terapeuttisia ja ongelmanratkaisuun liittyviä lähestymistapoja. Kuntoutuja ja hänen omaisensa pitää nähdä aina aktiivisena toimijana koko kuntoutusprosessin ajan. Moniammatillisessa kuntoutusyksikössä annettu hoito (välittömästi sairastumisen jälkeen) lisää alkuvaiheen välittömiä kustannuksia mutta tulee pidemmällä ajalla edullisemmaksi potilaan vähäisemmän laitoshoidon ja avun tarpeen kautta. AVH-sairauksien osalta tästä on näyttöä. (Wickström ym. 2008; Rissanen ym. 2008, 260.) Kuntoutukseen pääsemisessä Suomessa on suuria alueellisia

eroja. Paras tilanne on kuitenkin Mikkelin seudulla, jossa yli 40 prosenttia sairastuneista eli käytännössä kaikki kuntoutusta tarvitsevat pääsevät kuntoutukseen. (Takala 2010, 8.)

AVH-potilaan kuntoutuksen kannalta merkittäviä ovat oireiden pysyvyys ja pitkäaikaisuus sekä laaja-alainen vaikutus sairastuneen kokonaispersoonaan siksi, että mukana on usein neuropsykologisia muutoksia, erityishäiriöitä tai vaikutuksia, jotka saattavat muuttaa henkilön yleisiä toimintaprosesseja. Vaikutus henkiseen jaksamiseen ja pitkäjänteisyyteen on yleensä merkittävä. Kommunikoinnissa voi olla muutoksia, jotka lisäävät tai ylläpitävät muita ongelmia. (Rissanen ym. 2008, 251.) Aivohalvauskuntoutujien elämänlaatu on huonompi kuin suomalaisen väestön keskimäärin. Lähes puolella aivohalvauskuntoutujista ilmeni Raija Mäntysen väitöskirjatutkimuksessa (2007, 3) masentuneisuutta ja puolella kuntoutujien läheisistä esiintyi stressioireita.

Helena Purola (2000) kertoo väitöskirjatutkimukseensa osallistuneiden AVH-potilaiden saaneen kuntoutuksena enimmäkseen vain fysioterapiaa. Kuntoutuksessa näyttäisi korostuvan usein fyysinen rooli. Potilaat kokivat saaneensa kuntoutuspalveluita liian vähän. AVH-kuntoutujien omaiset toivoivat Purolan tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisilta enemmän emotionaalista tukea, avointa keskustelua ja laajempaa tietopohjaa. Purola esittää, että sekä potilaiden että omaisten selviytymistä voisi edistää kuntoutumisen seurannan laajentaminen potilaan fyysisestä toimintakyvyn seurannasta kognitiivisen ja emotionaalisen toimintakyvyn sekä sosiaalisen näkökulman arviointiin. Myös Irja Mikkonen (2009, 104–105) toteaa omassa tutkimuksessaan, että eri kroonisista sairauksista kärsivät potilaat kokivat, ettei sairastuneen henkiseen jaksamiseen kiinnitetä terveydenhuollossa riittävästi huomiota. Monet sairastuneet kokivat jääneensä yksin.

Toisaalta Helena Purolan tutkimuksen AVH-potilaat kertoivat useita tyytyväisyyden aiheita kuntoutukseen. Tutkimuksessa mainittiin esimerkiksi kuntoutuksen aloittaminen, kuntouttaminen sinänsä, ammattilaisten asiantuntemus sekä miellyttävä ja viihtyisä kuntoutumisympäristö. Potilaille usein mieluisinta kuntoutusta oli ryhmäkuntoutus, jota järjestettiin laituskuntoutuksena. (Purola 2000, 69, 120–121.) Myös Rissanen ym. (2008, 251) toteavat, että AVH:t vaikuttavat koko persoonaan, persoonalliseen ilmaisuun, vastaanottokykyyn ja psyykkiseen prosessointiin. Tämän huomioon ottaminen kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien kannalta on merkityksellisempää kuin

liikunta- ja toimintakyvyn puutokset sinänsä. (Rissanen ym. 2008, 251.) Raija Mänty-  
sen (2007, 3) väitöskirjatutkimuksen aivohalvauskuntoutujat kokivat, että kuntoutumi-  
sessa tapahtuneen muutoksen kannalta merkityksellistä oli kaikkien osapuolten osal-  
listuminen tavoiteasetteluun, riittävä tiedonsaanti kuntoutumisesta ja sen etenemisestä,  
kannustaminen omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa sekä riittävä ohjaus jatko-  
hoitoon liittyvissä asioissa.

Aivohalvauskuntoutujan selviytymisprosessissa on merkittävä osuus sosiaalisella ver-  
kostolla. Myös omaisten jaksamista tulisi tukea enemmän. Kuntoutuksen avulla tulisi  
pyrkä toimintakyvyn palauttamiseen ja mahdollisimman itsenäiseen arkielämään.  
Sairastuneen toiminnallisen identiteetin tukeminen on tärkeää. Tunne siitä, ettei pysty  
toimimaan entisellä tai haluamallaan tavalla, voi johtaa kuntoutujan identiteetin, itse-  
tunnon ja pätevyyden tunteen laskuun. (Kuokkanen 2009.)

### **3.2 AVH-potilaan kuntoutus 1–3 vuotta sairastumisen jälkeen**

Kuntoutuksen tärkein voimavara on kuntoutuja itse (Rissanen ym. 2008, 676). Toi-  
mintakyky ohjaa kuntoutuksen toteutumista. Kuntoutujan oirekuvan ja sairauden vai-  
keusaste sekä kuntoutuksesta hyötyminen ovat keskeisiä tekijöitä kuntoutuksen kestoa  
arvioitaessa. (Wickström ym. 2008.) Ylläpitävään kuntoutukseen siirrytään intensiivi-  
sen kuntoutusvaiheen jälkeen, yleensä 6–12 kuukauden kuluttua sairastumisesta tai  
sairastumista seuraavan vuoden loppupuolella (Rissanen ym. 2008, 259). Tarkoituk-  
sena on pitää yllä saavutettu kuntoutumisen tulos eli opittujen taitojen säilyttäminen  
tai jopa niiden parantaminen sekä sairauden sopeutumisen tukeminen. Ylläpitävä kun-  
toutus sisältää tavallisesti yksilöllisen harkinnan mukaan kaksi tai kolme 15 kerran  
fysioterapiajaksoa vuodessa. Muuta kuntoutusta annetaan yksilöllisen tarpeen mu-  
kaan. Myös ryhmämuotoinen kuntoutus voi tulla kysymykseen. Tarkoituksena on pi-  
tää yllä potilaan omatoimisuutta ja parantaa sekä kuntoutujan että hänen omaistensa  
motivaatiota kotihoidon onnistumiseen. Ylläpitävä kuntoutus kuuluu perusterveyden-  
huollon tehtäviin. Muita kuntoutusta tarjoavia tahoja ovat esimerkiksi potilasyhdistyk-  
set, työeläkelaitokset, vakuutusyhtiöt ja työhallinto. (Soinila ym. 2006, 329, 603; Ris-  
sanen ym. 2008, 259, Kauhanen 2009.)

Kansaneläkelaitoksella on lain mukaan kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus silloin, kun alle 65-vuotias henkilö on vaikeavammainen. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneet ovat suurin aikuis-vaikeavammaisten kuntoutujaryhmä Kelassa. (Huusko 2008.) Kuntoutuksen tarkoituksena on, että sairastunut pystyisi kuntoutuksen avulla työskentelemään ja selviytymään arkielämän toiminnoista paremmin sairaudesta tai oireista huolimatta. Tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn turvaaminen tai parantaminen. Kelan järjestämän kuntoutuksen saaminen edellyttää aina, että kuntoutujalle on tehty kuntoutussuunnitelma julkisessa terveydenhuollossa. (Kansaneläkelaitos 2010a.)

AVH-kuntoutuja tarvitsee jatkuvaa motivointia, tukea ja ohjausta, jotta itsehoito olisi säännöllistä. Ylläpitävän vaiheen kuntoutus on pääasiassa polikliinista, mutta erityisesti vaikeasti vammautuneet henkilöt tarvitsevat myös tiiviitä laitospotilaskuntoutusjaksoja. Tässä vaiheessa kuntoutus perustuu suunnitelmaan, josta tulisi ilmetä toiminnallisen kuvauksen lisäksi lääkinällisen ja mahdollisen ammatillisen kuntoutuksen sisältö. (Rissanen ym. 2008, 259.) Kotihoito on tärkeä osa AVH-potilaan kuntoutumista kotiutumisen jälkeen. Anne Kuusman (2009) opinnäytetyössä kotihoito koettiin kokonaisvaltaisena hoitona, jossa tulisi huomioida AVH-potilaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Kuntoutuminen määriteltiin Kuusman opinnäytetyössä koostumaan kuudesta osa-alueesta: mielenterveyden tukemisesta, kriisissä olevan ihmisen kohtaamisesta, kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä, asiakaslähtöisyydestä, voimavaroista sekä toivon ylläpitämisestä. (Kuusma 2009, 32.)

Toimintakyvyn tukemiseksi ja toiminnallisuuden lisäämiseksi tarvitaan toimintaterapiaa. Kuntoutukseen tulisi liittää myös yhä enemmän kodin ulkopuolisia sosiaalisten taitojen harjoituksia. Näissä tulisi tukea kuntoutujaa ja hänen läheisiään osallistumaan taitojensa ja mieltymystensä mukaan myös harrastustoimintaan. Myös AVH-potilaan omassa elinympäristössä toteutetulla kuntoutuksella on saatu hyviä tuloksia. (Kauhanen 2009.)

Vuoden kuluttua sairastumisesta 8–28 prosenttia AVH-kuntoutujista on jatkuvasti toisen henkilön avusta riippuvaisia (Kauhanen 2009). Fyysinen kunto ja liikuntakyky ovat voimavaroja, jotka mahdollistavat osallistumisen ja sosiaaliset kontaktit kodin ulkopuolella. Kuntoutujan itsenäisyyteen ja kotona selviytymiseen liittyy olennaisesti myös kyky liikkua ja asioida kodin ulkopuolella. Kuntoutujan selviytyminen asioin-



nista kodin ulkopuolella riippuu siitä, miten hänen voimavaransa ja ympäristön ominaisuudet kohtaavat. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 179.)

AVH-kuntoutuksen tutkimus- ja kehitystyössä on edelleen vielä paljon opittavaa. Alueellisten ja paikallisten hoito- ja palveluketjujen toimivuutta tulisi parantaa ja yhteistyötä lisätä luovalla tavalla. Omaisten, lähiympäristön ja lähiyhteisön roolia kuntoutujan tukena sekä itsenäisenä toimijana tulisi konkretisoida enemmän. Ryhmämuotoista toimintaa ja aikuiskasvatuksen menetelmiä hyväksikäyttäviä kuntoutusmuotoja tulisi edelleen kehittää. (Rissanen ym. 2008, 271; Ks. myös Paukkala 2009.)

Tekemällä oppimisella voidaan vaikuttaa asenteisiin. Ryhmätoiminnan avulla voidaan tehdä tekemällä oppimisesta osa sosiaalista kanssakäymistä. Tämä itsessään tukee myös oppimisprosessia. (Vuorinen 1997, 179–180.)

### 3.3 Vertaistuki ja ryhmätoiminta

Vertaistuki on suunniteltua toimintaa, jolla samanlaisen kokemuksen omaavat henkilöt auttavat toisiaan vuorovaikutteisesti. Vertaistuen saaminen ja tuen antaminen ovat molemmat tärkeitä tekijöitä kuntoutusprosessin aikana. Asiantuntijaohjattu vertaistuki on tavoitteellista toimintaa, jossa varmistetaan, että kuntoutumista edistävä prosessi toimii oikein. Sairastuneen vertaistuessa on keskeistä hyväksytyksi tuleminen ja yhteen kuulumisen kokemus. (Wickström ym. 2008, Mikkonen 2009, 18.) Vertaistuki mahdollistaa omien kokemusten jakamisen ja niiden uudelleen arvioimisen ryhmässä. Kokemusten vaihto on osa sosiaalista vertailua, joka poistaa tunnetta omien ongelmien ainutlaatuisuudesta. (Toppila 2010.)

Kati Wilska-Semerin (2005, 256) vertaistukimääritelmässä **vertaisryhmällä** tarkoitetaan ”joukkoa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä, jotka haluavat jakaa ryhmässä elämäkokemuksiaan, tuntea yhteenkuuluvuutta sekä saada toisiltaan vertaistukea ja tietoa”. Vertaistuella on erittäin suuri voima ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, minkä vuoksi siihen tulisi suhtautua vastuullisesti ja arvostaen (Hokkanen 2003, 267).

Irja Mikkonen (2009) on väitöskirjassaan kuvannut vertaistukitoiminnan merkityksiä sen piirissä oleville ihmisille, erilaisia kroonisia sairauksia sairastaville, sekä sitä, miten vertaistuki sijoittuu heidän kokemusmaailmassaan muiden tukien ja palvelujen kokonaisuuteen. Vertaistuki on Mikkosen mukaan ”sosiaalista tukea kokonaisuudessaan” (Mikkonen 2009, 35.) Vertaisryhmissä on Mikkosen kartoittamien tutkimusten mukaan kysymys vuorovaikutuksesta, sosiaalisesta toiminnasta ja jokapäiväisessä elämässä selviytymisestä sekä hyväksytyksi tulemisesta ja yhteenkuuluvuudesta. Ryhmätoiminta tuottaa osallisuutta, mahdollisuutta vaikuttaa sekä mahdollisuuden kokea tunteita mukanaolosta. (Mikkonen 2009, 45, 50.) Mikkosen tutkimuksessa vertaiseksi koetaan esimerkiksi sellainen henkilö, joka sairastaa samaa sairautta kuin itselläänkin on. Myös jokin muu yhdistävä tekijä saattaa johtaa siihen, että henkilöä pidetään vertaisena. Yhteisenä tekijänä (sairauden lisäksi) nähdään esimerkiksi samanlaiset taidot, samanlainen elämäntilanne, samanlainen vaihe elämässä tai samat kokemukset. (Mikkonen 2009, 84–85.) Vertaisuuden kokemus voi syntyä myös pelkästään siitä, että sairastunut tiedostaa, ettei ole yksin kokemustensa kanssa (Omaisiet mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009, 32). Toisaalta esimerkiksi peloista, kokemuksista ja tuntemuksista voi puhua samaa kieltä vain sellaisen kanssa, jolla on sama kokemus (Salonen 2006, 212–213).

Irja Mikkosen tutkimuksen (2009) ryhmissä vertaistuen koettiin auttavan sairautteen sopeutumisessa. Ryhmissä esitettiin, että vertaisryhmä tukee yksilön sosiaalisuuden lisääntymistä. Ryhmät antoivat osallistujilleen myös iloa sekä helpottivat pelkoja. Ryhmissä keskusteltiin paljon ja niissä kuunneltiin toisia. Vertaistuki antoi rohkaisua lähteä kotoa, rohkaisua puhua sairaudesta, iloa ja naurua, tukea elämän jatkamisessa, ymmärretyksi tulemisesta, empaattista kohtaamista sekä voimavaroja kuuntelun, ymmärretyksi tulemisen ja sopeutumisen kautta. (Mikkonen 2009, 153–154, 186.) Vanhustyön keskusliitto toteutti vuosina 2002–2004 tutkimuksen, jonka avulla selvitettiin voidaanko psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen avulla parantaa vanhusten psyykkistä hyvinvointia, elämänlaatua, terveyttä ja kotona selviytymistä. Ryhmätoiminnan loputtua jopa 95 prosenttia tutkimukseen osallistuneista arveli yksinäisyytensä lievittyneen ja psyykkisen hyvinvointinsa parantuneen. (Pitkälä, Routasalo, Kautiainen, Savikko & Tilvis 2005.)

Vertaistuen merkityksestä on saatu useita positiivisia kokemuksia. Töölön sairaalassa kokoontunut SAV-potilaiden ryhmä kertoi vertaistuen olleen merkittävää. He kokivat

kokemusten vaihtamisen, tuen ja avoimen keskustelun sekä spontaanien tunnekokemusten ja muistojen auttaneen heitä toipumisessa. (Lahti & Syrjänen 2009.) Irja Mikkonen tutkimuksen vertaistukiryhmät tuottivat erilaisia eettisiä resursseja osallistujilleen, kuten mahdollisuuden tulla kuulluksi, mahdollisuuden kertoa omista kokemuksista, ryhmän toiminnan tuottaman ilon ja positiiviset mielikuvat, naurun sekä hyvän mielen (Mikkonen 2009, 153). Myös Saila Leinonen (2000) päätyi pro gradu –tutkielmassaan samaan; vertaistuki oli kuntoutumisen kannalta erittäin merkittävää yhdessä perheen tuen lisäksi. Myös Herranen & Saari (2004, 64) mainitsevat vertaistuen olleen tärkeää oman tutkimuksensa AVH-potilaille.

Kansaneläkelaitos järjestää sopeutumisvalmennuskursseja eri sairausryhmille, myös AVH-sairastuneille. Näillä kursseilla myös vertaistuen kokemukset ovat usein merkittäviä. Sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteena on parantaa valmiuksia toimia omassa arjessaan ja elinpiirissään mahdollisimman täysipainoisesti sairaudesta huolimatta. Kursseilla annetaan tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista sekä tukemalla selviytymistä sairauden kanssa. (Kansaneläkelaitos 2010b.) Esimerkiksi Kyyhkylässä 19.9.2011 alkavan aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sairastaneiden sopeutumisvalmennuskurssin tavoitteena on kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn sekä liikkumisen paranemiseen tähtäävä kuntoutus. Tavoitteena on myös antaa tietoa esimerkiksi kuntoutumisesta, sosiaaliturvasta ja vertaistuen mahdollisuuksista. Kurssi mahdollistaa sairastumisen läpikäymistä muiden samaa kokeneiden kanssa sekä auttaa ottamaan käyttöön omia voimavaroja. Kurssilla tarjotaan mahdollisuus vertaistukeen ja sen hyödyntämiseen. (Kansaneläkelaitos 2011).

Kyngäksen ym. (2007, 104–105) mukaan ryhmän muodostaa joukko yksilöitä, joilla on jokin yhteinen tavoite. Ryhmäohjauksen kautta tietoa voidaan jakaa useammalle henkilölle samanaikaisesti, joten se on taloudellisesti edullinen ohjauskeino. Ryhmä kokoontuu joko säännöllisesti tai kertaluonteisesti. Ryhmän koko vaikuttaa oleellisesti ryhmän luonteeseen. Useimmiten ryhmä on melko kiinteä, toisensa hyvin tuntevien ihmisten joukko, joka kokoontuu säännöllisin väliajoin.

Ryhmän yhteinen tavoite ja ryhmään kuuluminen ovat edellytyksiä sille, että ryhmää voidaan käyttää tietoisesti voimavarana. Yhteinen tavoite lisää osallistujien tunnetta siitä, että he kuuluvat ryhmään ja haluavat sitoutua toimimaan siinä. Ryhmään osallistuva kuntoutuja saattaa huomata, että muutkin ovat selviytyneet esimerkiksi sairastu-

misesta ja tulleet uuden elämäntilanteensa kanssa toimeen. Toivon herääminen voi olla merkittävä tekijä toipumisprosessissa. Yleismaailmallisuus kertoo osallistujalle, että hän ei ole erilainen kuin muut. Osallistuja voi huomata, että muillakin samassa tilanteessa olevilla on samoja ajatuksia ja tuntemuksia. Minäkeskeisyyden ja avuttomuuden väheneminen voi olla merkittävää. Osallistuja voi huomata esimerkiksi sen, että hän voi todellisuudessa auttaa muita. (Kyngäs ym. 2007, 105–106.)

Ryhmä antaa yleensä mahdollisuuden puhua omista peloista ja purkaa esimerkiksi sairastumiseen liittyviä tunteita. Yhteenkuuluvuus eli sen tiedostaminen, että muut hyväksyvät minut ja että minä hyväksyn muut, on myös yksi ryhmän positiivisista elementeistä. Ryhmässä osallistuja voi myös oppia vuorovaikutuksesta. Tällöin muut osallistujat antavat palautetta käyttäytymisestä ja mielipiteistä. Ryhmässä osallistuja voi kokea myös itsetuntemuksen lisääntymistä. Osallistujalla on mahdollisuus oppia ymmärtämään omia tunteitaan, jotka liittyvät omaan, muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden oppia myös sen, miksi suhtautuu asioihin ja muihin ihmisiin tietyllä, itselleen ominaisella tavalla. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden lisätä osallistujan vastuuta omasta elämästään. (Kyngäs ym. 2007, 105–106.)

Toimivassa ryhmässä jäsenet alkavat kannustaa toisiaan ja viestittää välittämistä ja huolenpitoa toisiaan kohtaan. Hyvin toimivassa ryhmässä kaikkien jäsenten mielipiteitä kuunnellaan, kaikille annetaan tilaa ja erilaisia näkemyksiä ja erilaisuutta arvostetaan. Ryhmän ohjaajan rooli on merkittävä. Ohjaajalla on vastuu ryhmän turvallisuudesta ja toimivuudesta. Ohjaajalla on oltava paitsi teoretietoa ryhmädynamiikasta, myös herkkyyttä havaita ryhmän tarpeita ja kehitysvaiheita. Ohjaajalla on vastuu keskustella osallistujien kanssa esimerkiksi siitä, miten ryhmässä opitut asiat voi siirtää jokapäiväiseen elämään osaksi omaa toimintaa. Ryhmän ohjaajalla tulee olla kykyä hyvään ja toimivaan vuorovaikutukseen, ohjaajan tulee myös helpottaa ryhmän vuorovaikutusta ja poistaa mahdollisia kommunikaatioesteitä. Ohjaajan tehtävänä on mahdollistaa myönteinen ilmapiiri ja varmistaa kaikkien jäsenten tasavertainen kuuleminen. (Kyngäs ym. 2007, 106–109.)

Ohjaajan tehtävänä on ryhmän alkuvaiheessa vahvistaa ryhmän fyysistä ja psyykkistä turvallisuutta sekä edistää toisiin tutustumista. Palautteen antaminen on tärkeää. Palaute selkiyttää ryhmän työnjakoa, ja se kannustaa yhteisiin tavoitteisiin pääsemisessä. Ohjaaja mahdollistaa omien kokemusten ja tunteiden käsittelemisen sekä niistä puhu-

misen. Toiminnallisten menetelmien avulla voidaan tutustuttaa ryhmän jäseniä toisiinsa, tehostaa ryhmäytymistä tai harjaannuttaa ryhmän päätöksentekoa ja kykyä kohdata ongelmallisia tai haastavia tilanteita. Toimintaan yhdistetty oppiminen on usein laadultaan hyvää ja se tukee aktiivista oppimista. Toiminta luo vapautuneen ilmapiirin, ruokkii mielikuvitusta ja tukee ryhmän jäsenten itseluottamusta ja -tuntemusta. (Kyn-gäs ym. 2007, 109–112.)

Ohjaajan avoimuus, rentous ja positiivisuus auttavat rakentamaan ryhmäytymistä ja asettamaan rajoja. Ohjaajan tehtävänä on viestittää, että jokaisesta osallistujasta pidetään huolta ja hänen asettamia rajoja kunnioitetaan. Ryhmäytymisen tarkoituksena on tukea ryhmässä jäsenten tuntemista, lisätä luottamusta sekä kehittää ryhmän sisäistä viestintää. Yhdessä toimiminen auttaa tutustumaan toisiin, vähentää ennakkoluuloja ja lisää turvallisuuden tunnetta. Tavoitteena on ryhmän jäsenten viihtyminen ryhmässä. (Kyn-gäs ym. 2007, 113–114.)

#### **4 SAIRASTUMISEN VAIKUTUKSET SOSIAALISEEN TOIMINTAKYKYYN**

Sosiaalisen toimintakyvyn määritelmä on haastava. Eri tutkijoiden mukaan sosiaalisella toimintakyvyllä voidaan käsittää yksilön sosiaaliset kontaktit, ajankäytön ja harrastukset, yksilön ja ympäristön vuorovaikutukselliset suhteet, jotka ilmenevät yksilön kykynä suoriutua sosiaalisista tilanteista sekä kykyä toimia yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalinen toimintakyky voidaan määritellä myös psykososiaalisena hyvinvointina, joka sisältää suhteet toisiin ihmisiin. ”Yksilötasolla on kyse siitä, että ihminen oppii tuntemaan omat mahdollisuutensa ja hahmottamaan itsensä suhteessa ympäristöön. Ryhmätasolla yksilöiden väliset tekijät tarkoittavat ihmisten välisiä suhteita, perhettä, sukulaisia ja ystäviä”. (Rissanen 1999, 40.) Vaaraman (2006, 43) mukaan sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat ihmisen suhteet lähiomaisiin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus, harrastaminen ja osallistuminen, koettu yksinäisyys, vastuu perheestä sekä elämässä koetut voimavarat ja elämän mielekkyys.

Ihmissuhteet ja yhteisössä toimiminen edellyttävät sosiaalisia taitoja. Sosiaaliset kontaktit ovat välttämättömiä yksilön ja ryhmän olemassaololle sekä yksilön mielenter-

veyden säilymiselle. Ihmissuhteet tuovat mukanaan myös elämänlaatua antaen elämälle merkitystä ja arvoa. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan ihmissuhteisiin liittyvää terveyttä edistävää, voimavaroja antavaa tekijää. Ihmissuhteilla on merkitystä myös vahvan elämänhallinnan ja vahvalla elämänhallinnalla ihmissuhteiden kokemuksiin. Hyvä terveys ja fyysinen toimintakyky ovat yleensä yhteydessä hyvään sosiaaliseen toimintakykyyn, mutta ne eivät välttämättä riipu toisistaan. Vaikka sairaus katkaiseekin ihmissuhteita, ei ihmisten merkitys vähene. (Rissanen 1999, 40–41, 109, Herranen & Saari 2004, 13, 22.)

Miten kokemus määritellään? Kari Huotarin (2003, 119) mukaan kokemus on käsitteenä monimutkainen ja se merkitsee eri ihmisille eri asioita. Kokemus on aina suhteellinen, se pitää määritellä jostakin käsin ja jonkin suhteen. Lääketiede on kiinnostunut sairaan asiantuntijuudesta, joka muodostuu kokemuksellisesta sairaustiedosta ja muusta sairauteen liittyvästä tiedosta. Elämällä sairautensa kanssa sairastunut kokoaa kokemustietoa ja asiantuntemusta sairaudestaan. Kasvattamalla omaa asiantuntijuuttaan, monet pyrkivät ottamaan sairauden haltuun, jäsentämään sairauden kokemusta ja hallitsemaan paremmin sairauden hoitamista ja sitä kautta myös omaa hyvinvointiaan. Potilas, kuntoutuja, on aina oman elämänsä asiantuntija, hoitaja on yhteistyökumppani ja rinnalla kulkija. (Kangas 2003, 76–78; Ryytänen 2005, 41–42; Forsbom ym. 2001, 13.)

Sairastamiseen liittyy keskeisesti kysymys siitä, mitä sairaus muuttaa elämässä. Tuula Salonen (1994) on tutkinut aivohalvauksista aiheutuvia fyysisiä, toiminnallisia ja sosiaalisia muutoksia. Salosen tutkimuksen sairastuneille kyse on ollut elämäntyylin ja elämäntilanteen muuttumisen eri komponenteista; esimerkiksi kokemisesta, tyytyväisyydestä, elintapojen muutoksista, sosiaalisesta osallistumisesta ja harrastuksista. Sairastamiseen liittyvän muutoksen kysymykset ovat osaltaan myös epävarmuuden kokemista. Elämän tuttuus ja varmuus joutuu kyseenalaiseksi. Tutusta maailmasta tulee ennustamaton ja epävarma. (Ryytänen 2005, 65.) Muutos aiheuttaa tunteiden kirjon. Kun riittämättömyyden, pelon, vihan, kiukun ja katkeruuden tunteet on käyty läpi, voi yksilö kehittyä ja olla avoimempi kohtaamaan uutta. (Ruishalme & Saaristo 2007, 16.) Sopeutuminen on hyvinvoinnin kannalta välttämätöntä (Mikkonen 2009, 99).

Yleisesti hyvinvointiin liitetään tunne ja kokemus siitä, että ihminen pystyy itse ohjaamaan ja hallitsemaan elämäänsä. Itsemääräämistä on pidetty yhtenä elämänhallin-

nan edellytyksenä. Sairastaessaan ihminen menettää ainakin jollakin asteella, tai joskin aikaa, vallan ja itsemääräämisen omassa ruumiissaan ja sen ulkopuolella. Yksilö voi tulla riippuvaiseksi muista. Tarve hallita omaa elämää joutuu uhatuksi. Yksityisyyden ja itsemääräämisen rajoittumiset tai menetykokemukset ja uhat tulevat voimakkaasti esille, kun ihmiset pohtivat sairastamisen merkitystä ja turvattomuustekijöitä elämässään. (Ryynänen 2005, 55.) Sisäisen elämänhallinnan näkemys lisää motivaatiota ja uskoa elämään sekä vahvistaa tunnetta asioiden järjestymisestä (Ruishalme & Saaristo 2007, 15). Psykkiset puolustusmekanismit, persoonallisuus, vuorovaikutussuhteet, sairaus- ja korjauskäyttäytyminen sekä yhteisösuhteet vaikuttavat elämänhallintaan ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Rissanen ym. 2008, 675).

Masennus on tärkein elämänlaadun osa-alueita heikentävä tekijä AVH-potilailla (Kauhanen 2009). Noin 61 prosentilla aivohalvaukseen sairastuneista esiintyy masennusta ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Riskitekijöinä ovat avuntarve päivittäisissä toiminnoissa ja aiemmin sairastettu depressio. Masennus heikentää kuntoutumista päivittäisissä toiminnoissa ja lisää vammaisuutta. Myös kuntoutujan kognitiiviset toiminnot voivat heikentyä. Tyypillisesti masennukseen liittyviä oireita ovat esimerkiksi ärtyneisyys, aggressiivisuus, levottomuus, somaattiset vaivat ja huolet, motoriikan hidastuminen, mielenkiinnon väheneminen ympäristöön ja muihin ihmisiin sekä odotettua huonompi kuntoutuminen. Terveysthuollon kaikissa kontakteissa AVH-kuntoutujan kanssa tulisi kiinnittää huomiota masennuksen toteamiseen. Mielialaongelmaa ei usein tiedosteta tai sitä yritetään peitellä. Ei-lääkkeellisistä hoitomuodoista potilaan ja omaisten informointi ja tukeminen sekä vertaistuki on koettu merkittävinä tekijöinä. (Vataja 2009.)

#### **4.1 Sairastuneen muuttuneen roolin vaikutus toimintakykyyn**

Toimintakyky on yksilölle merkittävää. Toimintakykyisyys vaikuttaa ihmisen riippumattomuuteen ja toiminnanvapauteen. Toimintakyky heijastaa myös ihmisen yleistä terveydentilaa, kuntoa, vireyttä ja sosiaalisen elämän mahdollisuuksia. Ihmisen toimintakykyyn liittyy aina fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen näkökulma. (Forsbom 2001, 12.) Ihmisen selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa muuttuu hänen sairas-

tuessaan vakavaan sairauteen. Yksilö ei välttämättä voi toimia tahtomallaan tavalla, ja tämä muuttaa henkilön identiteettiä. Sairastuminen vaikuttaa myös yksilön minäkuvaan. (Kuokkanen 2009.)

Sairauden myötä elämäntilanne muuttuu yleensä merkittävästi. Muutokset saattavat ilmetä esimerkiksi fyysisissä, psyykkisissä, sosiaalisissa tai henkisten voimavarojen ja toimeentulon alueilla. Yhteiskunnallisessa toimintakyvyssä voi myös ilmetä suuria muutoksia. Toimintakyvyn rajoittuneisuus voi heikentää yhteiskuntaan kuuluvuutta tai sairastuneen yhteisöllistä elämää. Tilanne voi johtaa syrjäytymiseen ja sivullisuuteen tai osattomuuden kokemukseen. (Mikkonen 2009, 98–99.)

Helena Purola (2000, 24, 26) esittää väitöskirjassaan, että muuttunut elämäntilanne tuo väistämättä muutoksia potilaan elämään. Potilas joutuu vastaamaan selviytymisen vaatimuksiin, joihin kuuluvat esimerkiksi päivittäisten toimintojen muuttuminen, elämäntapojen sopeuttaminen uuteen tilanteeseen sekä potilaan ja hänen läheistensä roolien muuttuminen. Myös Ulla Ryyänen (2005, 59) on väitöskirjassaan pohtinut potilaan roolin muuttumista ja ympäröivän yhteisön asettamia rooliodotuksia sairauden kohdatessa. Potilas kohtaa uudessa elämäntilanteessaan sairastumiseen liittyvän leimautumisen ja fyysisen epävarmuuden. Sairastuminen vaikuttaa potilaan kehonkuvaan. Oma vartalo voi tuntua vieraalta ja yhteistyö oman fyysisen olemuksen kanssa voi olla vaikeaa. Helena Purolan (2000) väitöskirjan potilaat kokivat myös kontrollin menettämisen pelkoa. Toisaalta potilas kohtasi omasta sairastumisestaan johtuvan surun, menetyksen ja kuoleman käsittelyn. Toivon saavuttaminen ja ylläpitäminen oli tärkeää selviytymisen kannalta.

Sekä Eija Jumiskon (1998, 24–25) että Minna Muhosen (2007, 26–27) pro gradu -tutkielmissa tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat sairastumisensa yllättävänä tapahtumana. He kuvailivat sairastumistaan kauhun, paniikin ja shokin termein. Jumiskon tutkimuksessa potilaat olivat sairastuneet yllättäen ja heidän oireensa olivat edenneet nopeasti. Useat potilaat kokivat sairauden pelottavana. He kokivat myös surua sairastumisestaan. Osa potilaista toivoi jopa kuolevansa sairauden alkuvaiheessa. Muhosen mukaan potilaat tunsivat sairastumisen aiheuttaneen pelon ja avuttomuuden tunteita. Muhosen tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat sairauden radikaalina elämänmuutoksena, vaikkakin potilaiden kokemukset olivat yksilöllisiä.



## 4.2 Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen

Purolan (2000, 24) mukaan AVH-potilaan selviytyminen sairaudesta ja sen vaatimuksista onnistuneesti ja eheyden tunteen säilyttäen vaatii potilaan oman elämän arviointia uudelleen. Vakavan sairastumisenkin jälkeen ihminen voi kokea saavansa elämönhallinnan tunteen takaisin (Kuokkanen 2009, 2–5, Wickström ym. 2008). Toisaalta sairastuneelta ei saisi ottaa pois oikeutta olla oma itsensä, ainutkertainen ja yksilöllinen persoonallisuus. Sairas, potilas, asiakas – kantaa itsessään kivut ja rajoitteet. (Salonen 2006, 183.)

Sairastumisen aiheuttaman kriisin työstäminen on osa oman elämönhallinnan palautumista. Kriisin työstäminen on myös aina yksi kuntoutuksen osa-alueista. (Forsbom ym. 2001, 14.) Kognitiivisten häiriöiden lisäksi AVH-potilaan selviytymiseen vaikuttavat emotionaaliset muutokset. Niitä ovat esimerkiksi masentuneisuus, kärsimättömyys, lyhytjännitteisyys ja sietokyvyn lasku. Kognitiiviset häiriöt ovat yhteydessä mielialan vaihteluihin ja tämän vuoksi AVH-potilaiden mielialan arviointi, masennuksen hoito ja psyykkisen tuen antaminen ovat olennaisia tekijöitä potilaiden selviytymisessä. (Purola 2000, 24.)

Yksilön selviytymistä edistäviä sosiaalisia voimavaroja ovat parisuhde, sukulais- ja ystävyys-suhteet sekä suhteet terveydenhuoltohenkilöstöön (Purola 2000, 19). Carlsson (2007, 13) korostaa tutkimuksessaan sosiaalisen tuen ja turvaverkoston merkitystä AVH-kuntoutujan tukena. Potilaiden sosiaalinen ympäristö pienentyy, toisaalta lähiympäristön suhtautuminen koetaan kannustavana. Sosiaalisen verkoston tuki nousee potilailla tärkeään asemaan. Pienetkin sosiaaliset kontaktit koetaan merkittävinä. (Kuokkanen 2007, 27, 34, 37.) Myös Helena Purolan (2000) väitöskirjassa todetaan sosiaalisen verkoston olevan selviytymistä edistävä tekijä. Sairastuneelle on voinut jäädä liikkumista vaikeuttavia haittoja, ennakkoluuloja ja pelkoja, joten kodin ulkopuolinen toiminta voi olla haasteellista. AVH-potilaan kodin ulkopuolelle suuntautuneet aktiivisemmat vapaa-ajan toiminnot vähenevät ja passiiviset (esimerkiksi tv:n katselu) lisääntyvät. (Purola 2000, 25–26.)

Holmströmin ja Kokkosen opinnäytetyössä (2010) tutkittiin AVH-potilaiden kokemuksia sairastumisesta ja arjessa selviytymisestä. Holmströmin ja Kokkosen mukaan

sairastuminen on vaikuttanut potilaiden sosiaalisiin suhteisiin. Useat opinnäytetyöhön haastatelluista potilaista kertoivat sosiaalisten suhteidensa vähentyneen. Omaisten ja perheen tuki koettiin erittäin tärkeinä. Suuri osa potilaista koki aikaisempien vapaa-ajan aktiviteettien vähentyneen sairastumisen myötä. Aktiviteetit rajoittuivat suurilta osin kodin sisäpuolelle. Moni opinnäytetyöhön haastatelluista potilaista oli joutunut luopumaan aiemmista harrastuksista ja vapaa-ajan viettotavoista. Myös Holmströmin ja Kokkosen opinnäytetyössä todettiin sairauden vaikuttaneen potilaiden selviytymiseen arkipäivän toiminnoissa. Suuri osa potilaista koki aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen ja siihen sopeutumisen vaikeana prosessina. Äkillinen sairastuminen pysäytti ja aiheutti monelle kriisin. (Holmström & Kokkonen 2010, 38–41, 49, 55.)

Holmströmin ja Kokkosen (2010, 57) tutkimuksen potilaille myönteinen elämänasenne, muistot ja usko omaan selviytymiseen ovat olleet merkittäviä tekijöitä sairauteen sopeutumisessa. Elämänhalun säilyminen, luja tahto, motivaatio ja sinnikkyys ovat vaikuttaneet myös merkittävästi potilaiden selviytymiseen. Sosiaalisen toimintakyvyn kannalta Marjaana Pitkäsen pro gradu -tutkielmaan (2006) osallistuneet aivohalvauskuntoutujat hyötyivät eniten omasta lähisuhdeverkostostaan, osallistumisesta mielekkääseen toimintaan sekä selkeästä itseymmärryksestä.

AVH-kuntoutujan käytössä tulisi olla riittävästi persoonallisia, aineellisia, sosiaalisia ja fyysisiä voimavaroja. Kodin ulkopuolelle lähtemisen edellytyksenä on omaaloitteisuus sekä riittävä avun ja kuljetuspalveluiden saaminen. Monet harrastukset edellyttävät omatoimisuutta, kykyä liikkua ja kommunikoida. Yhteiskunnan tulisi tarjota AVH-kuntoutujille sellaisia harrastusmuotoja, joissa kuntoutuja voi kokea olevansa tasa-arvoisesti mukana. (Herranen & Saari 2004, 63.)

## **5 TOIMINNALLISEN RYHMÄN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS**

Kuulin ensimmäisen kerran Altti-projektista ollessani harjoittelussa Mikkelin keskussairaalan neurologisella kuntoutusosasto 11:llä syyskuussa 2010. Huomasin osastolla erilaisia ilmoituksia ja tiedotuksia projektista, lisäksi sain koulun kautta tietää Altti-projektissa alkamassa olevasta toiminnallisesta ryhmästä, johon haettiin opiskelijoita projektiharjoitteluun. Harjoittelujaksoni neurologisella kuntoutusosastolla herätti kiinnostukseni AVH-kuntoutujiin sekä heidän elämäntilanteisiinsa ja arjen kokemuksiin.

Otin yhteyttä Altti-projektin projektipäällikkö Helvi Janhuseen ja sovin tapaamisen keskustellaksemme tulevan ryhmän toimintaan liittyvistä käytännön asioista. Samalla sovimme alustavasti opinnäytetyön tekemisestä. Tulevan opinnäytetyön ideaksi sovimme tuolloin, että tarkastelen ryhmään osallistuneiden kuntoutujien kokemuksia ryhmän toiminnasta. Lokakuussa 2010 sovin tapaamisen Satupaja Ky:n toimitiloihin tutustuakseni ryhmän toiseen vetäjään, toimintaterapeutti Tiina Tarhoseen sekä ryhmän tulevien tapaamiskertojen sisältöön.

Ryhmätapaamiset toteutuivat marraskuusta 2010 tammikuuhun 2011 ja suoritin koulutukseeni kuuluvan projektiharjoittelun näissä tapaamisissa ollen ryhmän toinen ohjaaja. Opinnäytetyöprosessi eteni tapaamisten aikana tehdystä teorian tiedon keräämisestä haastatteluihin tammi- ja helmikuussa 2011. Valmista raporttia on työstetty keväällä, kesällä ja syksyllä 2011.

Ryhmän tapaamiskertoja oli yhteensä kymmenen, ja itse olin mukana yhdeksässä. Ryhmän tapaamiset alkoivat 2.11.2010 ja päättyivät 25.1.2011 ollen aina tiistaisin klo 14.00–15.30. Ryhmään osallistui neljä aivoverenkiertohäiriöstä toipuvaa kuntoutujaa, kolme miestä ja yksi nainen. Toimin ryhmän toisena ohjaajana yhdessä toimintaterapeutti Tiina Tarhosen kanssa. Ryhmän toteutukseen kuuluivat myös kotikäynnit ryhmään kuuluvien kuntoutujien luona, mutta kotikäyntejä ei käsitellä opinnäytetyössäni.

Kerron seuraavaksi ryhmän käytännön toteutuksesta vastanneen mikkelinlaisen toimintaterapiayritys Satupaja Ky:n toiminnasta, ryhmään osallistuneista kuntoutujista sekä ryhmän tapaamisten sisällöstä. Olen kommentoinut ryhmätapaamisten sisältöä omien päiväkirjamerkintöjeni perusteella.

## **5.1 Ryhmään osallistuneet kuntoutujat**

Toiminnallisen ryhmän tapaamisiin osallistui yhteensä neljä kuntoutujaa. Ryhmään osallistuneet kuntoutujat olivat sairastuneet aivoverenkiertohäiriöön 1–3 vuotta sitten. Altti-projektin toiminnalliseen ryhmään osallistuminen oli kuntoutujille täysin vapaaehtoista. Kuntoutujat ilmoittautuivat itse ryhmään, kutsun (liite 1) oli lähettänyt Helvi Janhunen (Altti-projektin projektipäällikkö), Mikkelin keskussairaalan neurologisen kuntoutusosasto 11:n toimintaterapeutti tai VALOT-projektin (= asiakaslähtöi-

nen omaishoitajien ohjausmalli terveydenhuoltoon) työntekijä. Kaikki edellä mainitut tahot ovat Altti-projektin yhteistyökumppaneita. (Janhunen 2011a.)

Toiminnallisen ryhmän kutsussa kerrottiin ryhmätapaamisista, ohjaajista sekä annettiin tieto tulevasta opinnäytetyöstäni. Ryhmään ilmoittautui neljä kuntoutujaa, jotka halusivat osallistua ryhmätapaamisten ohella myös opinnäytetyöni haastateltaviksi. Opinnäytetyöni toteutuksesta keskusteltiin kuntoutujien kanssa ensimmäisen ja viimeisen ryhmätapaamisen yhteydessä.

Ryhmän suunnitteluvaiheessa ryhmän sopivaksi kooksi arvioitiin neljästä kuuteen kuntoutujaa. Monioireisuuden vuoksi ryhmäkoko oli tarkoin arvioitava turvallisuuden takaamiseksi. Halusimme varmistua myös siitä, että jokaisella kuntoutujalla oli mahdollisuus osallistua aktiivisesti kaikkiin ryhmätapaamisiin ja että meillä ohjaajilla oli kaikille tarpeeksi aikaa ja pystyimme huomioimaan kaikki ryhmän kuntoutujat tasapuolisesti.

Tässä opinnäytetyössä käsiteltyyn ryhmään osallistuneiden kuntoutujien diagnoosit olivat vaihtelevia. Seuraavaksi mainitut tiedot sain epikriisi-kopioista, jotka kuntoutujat toivat nähtäväkseni. Kerron seuraavassa lyhyesti ryhmään osallistuneiden kuntoutujien päädiagnoosit ja sivudiagnoosit, mikäli niillä on ollut merkitystä kuntoutujan toimintakykyyn.

Ensimmäisellä kuntoutujalla diagnoosina oli *infarctus cerebri cum hemiparesis l.sin. et neglect*, joka tarkoittaa käytännössä aivoinfarktia, johon kuuluvat vasemmanpuoleinen hemipareesi (= osittainen halvaus, lihasten heikkous) ja neglect-oireisto (= kyvyttömyyttä hahmottaa ja / tai reagoida aivovaurion vastakkaisen puolen aistiärsykkeisiin). Toisella kuntoutujalla diagnoosina oli *sequela infarctus cerebri cum hemiparesis l.sin. et neglect*. Tämä tarkoittaa aivoinfarktin jälkitilaa, jossa oireina ovat vasemmanpuoleinen hemipareesi ja neglect-oireisto. Kolmannen kuntoutujan diagnoosina oli *haemorrhagia intracerebralis l.sin. cum hemiplegia l.dx. et aphasia* ja toisena diagnoosina *infarctus cerebri cum hemisyndroma l.sin.* Käytännössä kuntoutuja sai aivoinfarktin ja liuotushoidon jälkiseurauksena aivoverenvuodon, johon liittyy vaikeasteinen näkökenttäpuutos, neglect-oireisto ja laajempi tiedonkäsittelyn vaurio (sisältäen afasian eli puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikean häiriön). Oikean puolen hemiplegiasta (= toisen puolen halvaus) kuntoutuja on toipunut lähes täydellisesti.

Neljännän kuntoutujan diagnooseja minulla ei valitettavasti ole ollut käytettävissäni, mutta opinnäyteyöhöni kuuluvassa haastattelussa hän kertoi aivoverisuonitukoksen sijainneen etuaivolohkon oikealla puolella, ohimolla.

## **5.2 Satupaja Ky**

Satupaja Ky on Mikkelissä sijaitseva toimintaterapiayritys ja sen tarjoamiin palveluihin kuuluvat erilaiset terapiat, leirit ja koulutukset. Asiakkaat tulevat Satupaja Ky:n palveluiden piiriin lääkärin läheteellä osallistumaan kuntoutukseen, joka harjaannuttaa toiminnan avulla aikuisia esimerkiksi itsenäisempään elämään tai lasta saavuttamaan ikäisensä kehitysvaiheen. Satupaja Ky:n asiakkaina on lapsia, aikuisia, vanhuk- sia ja ryhmiä, joiden toimintakykyyn ovat vaikuttaneet esimerkiksi kehitysvamma, oppimisvaikeudet, kehitysviiveet tai aivoverenkiertohäiriöt. (Satupaja Ky 2010.)

Yrityksen toimitilat sijaitsevat Mikkelissä ja Hirvensalmella. Aikuisten terapian osalta pyrkimyksenä on ehkäistä ja ylläpitää tai korjata toimintakyvyn rajoituksia sekä pa- rantaa asiakkaan elämänlaatua rajoituksista huolimatta. Ryhmäterapian osalta toiminta painottuu vertaistuen antamiseen ja jakamiseen, keittiötoimintoihin sekä motoriikan ja hahmotuksen harjaannuttamiseen. (Satupaja Ky 2010.) Satupaja Ky teki syksyllä 2010 tarjouksen ryhmäterapian järjestämisestä. Tuolloin yrityksellä oli jo voimassaoleva sopimus palveluiden tuottamisesta Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, joten sopimus ryhmän järjestämisestä Altti-projektille tehtiin. (Janhunen 2011b.)

## **5.3 Tapaamisten sisältö**

Altti-projektin toiminnallisen ryhmän tavoitteena oli tukea ryhmätapaamisiin osallis- tuneita aivoverenkiertohäiriöistä toipuvia kuntoutujia kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa, asioinnin ja sosiaalisten taitojen harjoittelussa sekä uusiin sosiaalisiin tilanteisiin rohkaistumisessa. Ryhmässä oli mahdollista saada vertaistukea muilta sai- rastuneilta. Ryhmän tapaamiset alkoivat 2.11.2010. Kokoonnuimme tuolloin Satupaja Ky:n toimitiloissa Laajalammella Mikkelissä. Keskustelimme ryhmän tulevasta oh- jelmasta ja vierailuista sekä esittäydymme toisillemme. Muistan ensimmäiseksi aja- telleeneni, että ryhmään osallistuvat kuntoutajat olivat yllättävän hyvässä fyysisessä

kunnossa, vaikka heillä erilaisia oireita sairastumisestaan oli jäänytkin. Olen kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaani: ”Tunnelma oli avoin ja salliva. Keskustelu oli aidosti vuorovaikutuksellista, aloitteellista. Jokaista kuntoutujaa kuunneltiin ja omien mielipiteiden esittäminen oli sallittua. Alkujähmeyden jälkeen puhetta riitti ja kotiin tunnuttiin lähtevän hyvillä mielin.”

Ryhmän toinen tapaamiskerta oli 9.11.2010, olimme myös tuolloin Satupaja Ky:n tiloissa. Teimme lämpimiä voileipiä yhdessä, joimme kahvit ja keskustelimme kuulumisista. Keskustelu oli selvästi luontevampaa kuin ensimmäisellä kerralla, kaikki tuntuivat olevan hivenen vapautuneempia. Keskustelun sujuvuuteen saattoi auttaa myös se, että tapaamisella oli nyt selvästi toiminnallinen ulottuvuus ja teimme yhdessä saavuttaaksemme jonkin tietyn päämäärän. Kuntoutujat eivät arastelleet toisiaan – esimerkiksi fyysistä puutteista ei kukaan maininnut mitään ja jokainen toimi selkeästi sillä kapasiteetilla, millä pystyi. Toisaalta ohjasin paria kuntoutujaa kädestä pitäen lähes koko tapaamisen ajan. Tuki ja kannustus asioiden aloittamiseen ja loogiseen etenemiseen korostuivat neglect-oireista ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisestä kärsivillä kuntoutujilla. Aika loppui melkein kesken, mutta muistimme sopia tapaavamme seuraavana tiistaina kirjastossa.

Kolmas tapaamiskerta, 16.11.2010, oli Mikkelin kaupungin kirjastossa. Olimme sopineet tutustuvamme meneillä oleviin näyttelyihin. Esillä oli panoraamakuva Mikkelistä 1950-luvulta, toisen näyttelyn teemana oli monikulttuurisuus. Kuntoutujat osallistuivat näyttelyihin mielenkiinnolla ja he kommentoivat erityisen vuolaasti vanhaa Mikkelistä esittävää kuvaa. Kävimme myös kahvilla kirjaston kahvilassa. Olen kirjoittanut: ”Tapaaminen oli mukava ja lämminhenkinen. Aika meni keskustellessa ajankohtaisista asioista.” Liikkumisessa kuntoutujat eivät tarvinneet ohjaajien apua, lähinnä vain henkistä tukea ja kannustamista esimerkiksi portaita ylösnoustessa. Tarjottimien ja kahvien ottamisen kanssa kaksi kuntoutujaa neljästä tarvitsivat ohjaajien apua. Kun kävelyn apuna joutuu käyttämään kävelykeppiä, ei toimimattomasta kädestä ole apua esimerkiksi tarjottimen kantamisessa.

Neljäs tapaamiskerta oli 23.11.2010. Olimme Satupaja Ky:n tiloissa ja teemana oli peli-iltapäivän viettäminen. Järjestimme sekä toiminnalliset että ajatustyötä aktivoivat pelit kuntoutujien kanssa. Toinen peli oli Suomi-aiheinen tietovisa ja toinen sisällä pelattava petanque-peli. Oli positiivinen yllätys nähdä kaikkien kuntoutujien osalta

hyvää muistin käyttöä – pienet yksityiskohdat esimerkiksi Suomen historiasta olivat eräällekin kuntoutujalle erittäin helppoja muistaa. Toisaalta eräs toinen kuntoutuja oli petanquessa lähes voittamaton.

Viides tapaaminen järjestettiin 30.11.2010 Mikkelin keilahallilla. Olimme varanneet käyttöömmme yhden radan, ja kaikki osallistuivat (myös ohjaajat) keilaukseen. Saimme radalle käyttöön laidat, joten ränniin menneitä heittoja ei tullut. Laitojen käyttö oli positiivinen keino motivaation ylläpitämisen ja onnistumisen elämysten saavuttamisen kannalta. Kukaan kuntoutujista ei ollut käynyt keilaamassa sairastumisensa jälkeen. Kokemus tuntui olevan mukava ja onnistunut kaikkien osalta. Tapaamisessa tuntui olevan todella iloinen ja positiivinen ilmapiiri, jokainen tunsu ylittäneen itsensä, kokemus oli ryhmätapaamisten kohokohta.

Kuudes tapaamiskerta 7.12.2010 oli jälleen Satupaja Ky:n tiloissa. Värjäsimme silkkihuivit, keitimme kahvit ja vaihdoimme kuulumisia. Jokainen kuntoutuja sai suunnitella huivin itse. Ohjaajina autoimme käytännön toteutuksessa. Ryhmän miehetkin innostuivat huivin värjäamisestä – argumenttina oli itse tehty joululahja läheiselle. Värjäyksen osalta neglect-oireet näkyivät parin kuntoutujan tekemisessä selkeästi.

14.12.2010 oli ryhmän seitsemäs tapaamiskerta. Teemana olivat tuolloin pikkujoulut, olimme Satupaja Ky:n tiloissa. Leivoimme joulutortut, teimme joulukortit ja joimme kahvit. Joulukorttien teossa oman toiminnan ohjautuvuus, luovuus ja kokonaisuuden hahmottaminen korostuivat. Kaikki kuntoutujat jaksoivat mielestäni hienosti tehdä ja olla toiminnassa mukana.

Kahdeksas ryhmätapaaminen oli 11.1.2011 Satupaja Ky:n tiloissa. Teimme tuolloin ostoskassit, vaihdoimme kuulumisia ja joimme kahvit. Kaikki osallistuivat jälleen aktiivisesti. Ohjaajat auttoivat kassien suunnittelussa, mutta jokainen selviytyi melko itsenäisesti kankaanpainannasta. Keskustelimme melko paljon ja vilkkaasti, olihan tapaamisten välissä ollut nyt monen viikon joulutauko.

Yhdeksäs ryhmätapaaminen oli 18.1.2011. En itse päässyt tähän tapaamiseen mukaan. Kuntoutujat kävivät tuolloin toisen ohjaajan kanssa tutustumassa Mikkeliissä toimivaan Estery-taloon Mikkelin Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n kutsumina. Sain kuul-

la, että tapaaminen oli ollut todella hyödyllinen ja että kuntoutujat olivat saaneet paljon hyvää tietoa esimerkiksi alueen vapaaehtoisjärjestöjen palveluista.

Kymmenes eli viimeinen ryhmätapaaminen oli 25.1.2011 Satupaja Ky:n tiloissa. Lei-voimme kääretortun, joimme kahvit ja vaihdoimme viimeiset kuulumiset. Ohjaajina halusimme saada kuntoutujilta palautetta ryhmän toiminnasta. Kysyin myös henkilökohtaista palautetta omasta toiminnastani ryhmän toisena ohjaajana ja kommentteja olivat esimerkiksi: ”olet helposti lähestyttävä ja sinulle on helppo puhua, olet iloinen ja reipas perusolemukseltasi ja osaat eläytyä meidän tilanteeseemme”. Viimeisellä tapaamiskerralla sovin myös opinnäytetyöhöni liittyvien yksilöhaastattelujen aikatauluista ja kerroin haastattelutilanteen nauhoittamisesta sekä varmistin, että jokainen on vapaaehtoisesti suostunut osallistumaan opinnäytetyöni toteutukseen. Tapaamisen tunnelma oli: ”haikea, mutta kuitenkin positiivinen”.

Moniammatillisuus on ollut yksi tärkeimmistä opinnäytetyöprosessiin liittyvistä piirteistä. Toimeksiantajan edustaja Helvi Janhunen (Altti-projektin projektipäällikkö) on koulutukseltaan fysioterapeutti ja Satupaja Ky:n ryhmäohjaaja, Tiina Tarhonen on toimintaterapeutti. Lisäksi prosessissa ovat olleet tiiviisti mukana ohjaava opettajani Päivi Sajaniemi ja tietysti Altti-projektin toiminnalliseen ryhmään osallistuneet kuntoutujat. Lisäksi opiskelijaopponenttina on toiminut Satu Haanpää-Heikkilä.

## **6 TEEMAHAASTATTELujen TOTEUTTAMINEN**

### **6.1 Tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa Altti-projektille tietoa ryhmätoiminnasta kartoittamalla kuntoutujien kokemuksia vertaistuen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen osalta. Tutkimuskysymykset olivat:

- Saiko kuntoutuja tukea sosiaaliseen toimintakykyynsä?
- Jos kuntoutuja koki vertaistukea ryhmässä, miten ja millaisena hän sen koki?

Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset hakivat vastausta siis siihen, miten ja millaisena kuntoutujat kokivat Altti-projektin toiminnallisen ryhmän tapaamiset ja vertaistuen



sekä kokivatko he saaneensa tukea oman sosiaalisen toimintakykynsä kannalta. Opin­näytetyötäni hyödynnetään pohdittaessa sitä, jatketaanko (ja mahdollisesti millaisena) toiminnallisen ryhmän järjestämistä AVH-kuntoutujille. Opin­näytetyöni ei ole vastan­nut taloudelliseen kannattavuuteen tai vaikuttavuuteen.

Opin­näytetyöni keskeiset käsitteet ovat: aivoverenkiertohäiriöt, ryhmät, ryhmätoimin­ta, vertaistuki, sosiaalinen toimintakyky.

## 6.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analysointi

Opin­näytetyössäni on käytetty laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Tiedonantaji­en määrä oli pieni ja halusin tietoa yksilön kokemuksista koskien ryhmän toimintaa. Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat persoonakohtaisuus ja yksilöllisyys, tut­kimusasetelmien joustavuus eli se, että tietoa haetaan useista eri paikoista sekä se, että aineistojen hakeminen ja keruu voivat muovautua tutkimusprosessin aikana. Ominais­piirteitä laadulliselle tutkimukselle ovat myös naturalistisuus eli asioita tarkastellaan luonnollisissa olosuhteissa, induktiivisuus eli vapaus teoriaohjautuvuudesta, osallistu­jan näkökulman ymmärtäminen, yleensä vähäinen osallistujien määrä sekä läheinen kontakti tutkimuksen osallistujiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50–51; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 260; Kiviniemi 2001, 68–82; Kylmä & Juvakka 2007, 31.) Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri asioiden ja ilmiöiden yleistettävyyteen. Tutkimusotteelle ominaista on, että lähtiessään tekemään tutkimusta tutkijalla ei ole käytössään valmiita hypoteeseja. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu tutkimuksen osallistujilta kerätyn aineiston merkitys teoreettisen tarkastelun jäsentäjänä. (Kiviniemi 2001, 68–72.) Opin­näytetyössäni haluttiin tietoa yksilön kokemuksista. Opin­näyte­työtäni kuvaa fenomenologinen tutkimus, jossa tarkastellaan ihmisen kokemuksia ja pyritään ymmärryksen luomiseen heidän kokemuksiansa kautta. Aineiston hankinnas­sa käytettiin laadullista metodia (yksilöhaastattelu), lisäksi opin­näytetyöni kuntoutujat valittiin tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksella. (Hirsjärvi ym. 2007, 160; Kivi­niemi 2001, 68.)

Yksi tämän opin­näytetyöprosessin tärkeimmistä näkökulmista on ollut myös oman roolini pohdinta ja kehittyminen opin­näytetyön tekijänä. Yleisesti tutkimustyön tekijä ei ole laadullisen tutkimuksen alkuvaiheessa ”tyhjä taulu”. Häntä ohjaavat aiemmat

kokemukset ja tunteet, teorian tieto ja omat ennakkokäsitykset ilmiön luonteesta. (Kiviniemi 2001, 72.) Fenomenologinen analyysi kuvaa kuntoutujien kokemusten lisäksi omien kokemuksien ja ymmärrysprosessien tarkastelua (Jyväskylän yliopisto 2011). Oletin, että ryhmään osallistuneet kuntoutajat hyötyivät ryhmän tapaamisista ja erityisesti vertaistuen merkitys korostui. Oletin ryhmän olleen siis hyödyllinen osallistujilleen ennen ensimmäisenkään haastattelun tekemistä. Millainen vaikutus omilla ennakkokäsityksilläni sitten oli esimerkiksi haastattelujen rakentumisen tai haastattelutilanteiden sujuvuuden kannalta? Ryhmässä koettu positiivinen ilmapiiri vaikutti haastattelutilanteiden välittömyyteen ja avoimen ilmapiirin luomiseen. Toisaalta yhteiset kokemukset saattoivat vaikuttaa haastateltujen kuntoutujien vastauksiin.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa Altti-projektin toiminnalliseen ryhmään osallistuvien AVH-kuntoutujien kokemuksia ryhmän toiminnasta; vertaistuesta ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisesta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Haastattelussa paikalla olivat haastateltava kuntoutuja ja haastattelija. Haastattelut tehtiin jokaisen kuntoutujan kotona, jotta ympäristö oli kuntoutujalle mahdollisimman tuttu ja olettaen häiriötön. Halusin minimoida haastattelutilanteista kaikki jännittämisestä tai peloista johtuvat tekijät, joten luovuin myös haastattelujen videoinneista. (Ks. esimerkiksi Kylmä & Juvakka 2007, 91; Eskola & Vastamäki 2010, 30.) Haastatellesani ensimmäistä kuntoutujaa tilanne oli häiriötön ja rauhallinen. Saimme tehtyä haastattelun kerralla ilman keskeytyksiä. Aikaa meni 45 minuuttia. Toisen kuntoutujan kohdalla haastattelutilanteen alussa paikalla oli myös kuntoutujan läheinen, mutta hän poistui haastattelutilasta ja -tilanteesta. En koe, että läheisen läsnäolo häiritsi haastattelun etenemistä tai vaikutti kuntoutujan kertomaan. Aikaa haastattelun tekemiseen meni jälleen 45 minuuttia. Kolmannen kuntoutujan kohdalla myös hänen läheisensä oli alussa läsnä, mutta poistui ennen haastattelun aloittamista paikalta. Kolmannen kuntoutujan kanssa haastattelussa meni aikaa 60 minuuttia. Kaikki haastattelutilanteet sujuivat mielestäni rauhallisesti, keskustellen ja avoimessa ilmapiirissä ilman ylimääräisiä häiriötekijöitä.

Haastattelun luonne ja tutkimukseen osallistuvien roolit riippuvat haastattelumenetelmästä. Haastattelumenetelmiä voidaan luokitella esimerkiksi osallistuvien ihmisten määrän mukaan, strukturoinnin asteen mukaan tai toteutustavan mukaan. Haastattelut voivat olla yksilö- tai ryhmähaastatteluja, strukturoituja, teema- tai strukturoimattomia haastatteluja tai kasvotusten tapahtuvia tai esimerkiksi puhelinhaastatteluja. Haastatte-

lussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 77–78.) Laadullisen tutkimuksen tekijä asettautuu haastattelutilanteessa oppijan asemaan ja mielenkiinto kohdentuu nimenomaan tutkimukseen osallistuvan näkökulmaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijän rooli on aktiivinen ja osallistuva. Tutkimuksen tekijä on keskeinen tutkimuksen väline. (Kylmä & Juvakka 2007, 28, 77, 93.) Myös omassa opinnäytetyössäni oli havaittavissa se, että sekä minä että kuntoutujat vaikutimme toisiimme koko prosessin ajan.

Teemahaastatteluihin on laadittu valmiit aihepiirit, mutta haastattelutilanteessa kysymysten järjestys voi muuttua tai kysymyksiin voi tulla täsmennyksiä (liite 2). Ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset korostuvat tällaisissa haastatteluissa. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan auki, tällöin on mahdollisuus palata alkuperäiseen aineistoon myös analyysivaiheen aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97, 99; Hirsjärvi ym. 2007, 203; Kylmä & Juvakka 2007, 78.) Teemahaastattelussa tutkijalla on jonkinlainen tukilista käsiteltävistä asioista, ei siis välttämättä valmiita, tarkasti aseteltuja kysymyksiä (Eskola & Vastamäki 2010, 29).

Päädyn teemoitettujen yksilöhaastattelujen tekemiseen, koska esimerkiksi ryhmätilanteissa kaikki kuntoutujat eivät olisi osallistuneet keskusteluun yhtä aktiivisesti. Tämä kävi ilmi kokemuksen kautta ryhmätapaamisten yhteydessä. Halusin opinnäytetyöhöni ehdottomasti tietoa kaikkien kuntoutujien kokemuksista turvallisessa ympäristössä toteutettuna, joten aineistonkeruumenetelmänä käytettiin yksilöhaastattelua. Sairastumisen aiheuttamat erityisvaikeudet, kuten esimerkiksi puheen tuottamisen, nimeämisen sekä toistamisen vaikeudet ja muistihäiriöt saattoivat vaikuttaa haastattelutilanteeseen ja tutkimuksen luotettavuuteen. (Ks. esim. Soinila ym. 2006, 120.)

Haastattelujen etuja ja ongelmia on esitetty myös tutkimusmetodeita esittelevässä kirjallisuudessa. Haastattelu voidaan valita esimerkiksi siksi, että halutaan korostaa ihmisen roolia subjektina – ihminen on merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastatteluissa on mahdollisuus tulkita haastateltavan ilmeitä ja eleitä. Näin tutkittavasta aiheesta pystytään saamaan laajempi ja syvällisempi käsitys. Haastattelut ovat aina vuorovaikutuksellinen tilanne ja vastauksia voidaan tarvittaessa selventää tai jo saatuja tietoja voidaan syventää. Haastattelujen käytössä tiedonkeruumenetelmänä voi olla myös ongelmia. Haastattelut vievät aikaa. Haastattelutilanteisiin voi myös liittyä mo-

nia virhelähteitä, jotka ovat lähtöisin haastattelijasta, haastateltavasta tai itse haastattelutilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 200–201; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 99.)

Analysoin keräämäni haastatteluaineiston teemoittain. Järjestin haastatteluissa esiin nousseet tärkeimmät asiat kahden tutkimuskysymyksen ympärille. Teemoittamisessa on kyse aineiston pelkistämisestä etsimällä tekstin olennaisimmat asiat. Teemojen avulla pyritään tavoittamaan tekstin merkitysten ydin. Aineistolähtöisessä lähestymistavassa tutkija voi lähteä teemoittamaan aineistoaan myös omien kysymystensä kautta. Tällöin tehtäväksi tulee tiedonantajien antamien merkitysten löytäminen. Teemoittelun jälkeen merkityssisältöjä voidaan täsmentää esimerkiksi käsitekarttojen avulla. (Moilanen & Rähä 2001, 53–54.)

Teemoittain analysoitaessa aineisto voidaan jäsentää teemojen mukaisesti ja tämän jälkeen pelkistää. Aineisto voidaan järjestää auki kirjoittamisen jälkeen uudestaan siten, että jokaisen teeman alla on kaikkien tiedonantajien vastaukset tähän teemaan ja niin edelleen. (Eskola & Vastamäki 2010, 43.) Nauhoitin ja kirjoitin auki opinnäytetyötäni varten keräämäni haastatteluaineiston. Pelkistin haastatteluista raakalauseet, jotka jäsensin teemoittain kahden tutkimuskysymyksen ympärille. Haastattelumateriaalia oli yhteensä 47 sivua, fonttina oli Times New Roman koko 12, riviväli oli 1,5. Pelkistettyä materiaalia tuli yhteensä 8 sivua. Tästä aineistosta nostin esiin vastaukset tutkimuskysymyksiini.

Mielestäni merkityksellisiä vastauksia tuli myös teemojen ulkopuolelta, joten olen käsitellyt myös näitä vastauksia. Toimeksiantaja halusi tietää kolme mieleisintä tapamiskertaa ja halusin itse käsitellä omaa rooliani ryhmän ohjaajana, joten näitä vastauksia on myös käsitelty, vaikka aiheet ovatkin teemojen ulkopuolelta. Omien oppimis- ja tutkimuspäiväkirjojen merkinnät ovat toimineet analysoinnin tukena.

## **7 AVH-KUNTOUTUJIIEN KOKEMUKSET RYHMÄN TOIMINNASTA**

Vaikeaa afasiaa sairastavan kuntoutujan osalta yksilöhaastattelua ei voitu tehdä kielellisten vaikeuksien takia. Tämä heikentää osaltaan myös opinnäytetyöni tuloksia ja luotettavuutta, koska vain kolme neljästä kuntoutujasta pystyi osallistumaan haastatte-

luun. Ensimmäiseksi kerrotaan ryhmään osallistuneiden kuntoutujien kokemuksia ryhmän antamasta tuesta sosiaaliseen toimintakykyyn sisältäen kodin ulkopuolisen toiminnan. Tämän jälkeen pohditaan vertaistuen merkitystä. Haastatteluista on poimittu esimerkkejä elävöittämään tekstiä sekä parantamaan pohdinnan luotettavuutta. Kuntoutujista käytetään esimerkkien yhteydessä lyhenteitä H1, H2 ja H3, P-kirjain itseäni.

### 7.1 Kokemukset ryhmän antamasta tuesta sosiaaliseen toimintakykyyn

Ryhmään osallistuneiden kuntoutujien fyysiset toiminnanvajaukset heijastuivat selkeästi myös ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Sekä Tuula Salosen (1994) että Helena Purolan (2000) tutkimukset osoittivat samaa: AVH-potilaiden harrastukset ja sosiaaliset kontaktit vähenivät sairastumisen myötä. Altti-projektin ryhmätoiminnalla pyrittiin mahdollisuuden luoda sosiaalisia kontakteja sekä kokemuksiin yhteisöllisyydestä ja vertaistuesta. Kaikki kuntoutujat kokivat ryhmän tapaamisiin osallistumisen mielekkäänä ja arjen rutiineihin sisältöä tuovana tapahtumana. Järjestävän yrityksen tilat olivat toimivat ja helppojen kulkuyhteyksien varrella. Yrityksen tiloissa ei myöskään ollut ylimääräisiä portaita tai kynnyksiä, joten liikkuminen tiloissa koettiin vaivattomana.

Ryhmän tapaamiset toivat vaihtelua viikon kulkuun. Kaikille kuntoutujille ryhmä jäi mieleen positiivisena tapahtumana, vaikka ensimmäisillä kerroilla kaksi haastatelluista kertoi jännittäneensä tapaamista. Tutustuttuaan muihin kuntoutujiin ja ohjaajiin kaikki olivat lähteneet tapaamisiin mielellään. Ryhmän tapaamiset toivat ”*sosiaalistumisen iloa ja varmuutta*” (H3) elämään, lisäksi ne kannustivat kyseistä kuntoutujaa kotona asumiseen ja selviytymiseen. Hän mainitsi myös yhteiskunnan roolin tärkeyden kotiasumisen tukemiseksi ja ryhmätoiminnan olevan yksi mahdollinen tukimuoto. Kaikki kuntoutujat kokivat konkreettisen tekemisen (esimerkiksi leipomisen tai pelit) mielekkäänä. Kuntoutujat toivoivat enemmän vierailuja ulos Satupajan Ky:n tiloista. Kommenttina kerrottiin, että päivittäin tulee vastaan tapauksia, joista ei harjoittelematta selviäkään. Ryhmän tapaamisten avulla tähän olisi voitu saada vielä enemmän varmuutta esimerkiksi ryhmän tapaamiskertoja lisäämällä.

*P: No, nyt kun mietitään sitä sitä meidän ryhmää, ni muistatsiä minkälaisia fiiliksiä sulla oli sillo niitten ensimmäisten tapaamisten jälkeen?*

*H3: No tietysti vähän jännitti sinne ensin se meno, että sitten tuli mieleen että onko tässä nyt sitten oikeen mitään järkeä tällaiseen lähteä että... Että ei nyt hirveen odottavalla mielellä silloin vielä ollu alussa.*

*P: Ajattelitsiä sitä siun omaa toimintakykyä vai.. Ajattelitsiä, et saatko siä sieltä mitään...?*

*H3: Minä ajattelin, että minä olen varmaan se kaikista huonokuntoisin siinä ryhmässä. Että olenko minä oikeassa paikassa et sellaset aina tulee mieleen kun johonkin uuteen paikkaan menee... Että onko muita sitten yhtä sairaita.*

*P: No se varmaan muuttui toivottavasti siinä jatkossa?*

*H3: Kyllä se muuttui sitten että kun näki että on muitakin sairaita ja jopa huonompikuntoisia kuin minä.*

*P: Niin. Se varmaan antaa itselleenkin sellaista energiaa että...*

*H3: Kyllä siitä sitten tietysti sellaista tulevaisuuden uskoa saa itselleen että minullakin on vielä mahdollisuus elämään.*

Kaikki kuntoutujat saivat merkittäviä, positiivisia kokemuksia oman toimintakykynsä kannalta. Kaikki kertoivat yllättyneensä siitä, että pystyivät osallistumaan täysipainoisesti ryhmän tapaamisiin ja saaneensa onnistumisen kokemuksia. Ryhmän kanssa oli helpompi kokeilla uusia asioita ja tutustua uusiin paikkoihin. Ryhmästä koettiin saadun tukea, positiivista kannustusta ja rohkaisua erityisesti keilahalliin ja kirjastoon tutustumiskäyntien aikana. Ryhmästä kerrottiin saadun tulevaisuuden uskoa. Myös Kirsti Kuuselan ja Inkeri Kvickin (2004) selvityksen mukaan ryhmämuotoinen kuntouttava työmuoto antoi osallistujilleen positiivisia merkityksiä, aktiivisuuden lisääntymistä, elämänpiirin ja sosiaalisen kanssakäymisen laajentumista sekä uusien tietojen ja taitojen omaksumista.

Toiminnan kautta kuntoutujat huomasivat, että yksikätisenäkin pystyy tekemään yllättävän paljon. Tapaamisten sisällöt toivat uusia ideoita harrastustoimintaan esimerkiksi askartelun ja leipomisen kautta. Yksi kuntoutujista kertoi, että tapaamisten jälkeen uskaltaa mennä eri paikkoihin rohkeammin eikä jännitä enakkoon enää niin paljon.

*H3: - - että huomas että jotakin voi yksikätisenäkin tehdä. Kun on vaan se ohjaaja siinä niin... Että eihän sitä tietysti omatoimisesti tule tuota ryhdyttyä tuommoisiin askarteluihin, mutta kun siinä sitten ryhmässä oltiin ja oli ohjaaja mukana, niin huomasi, että jotain pystyy tekemäänkin. Saamaan jotain jälkeä.*

Kaksi kolmesta haastatellusta kertoi ulkoilevansa korkeintaan kerran kuukaudessa. Tähän toinen edellä mainituista haastatelluista oli saanut konkreettista apua Esterytalon tapaamisen jälkeen, sillä hän oli saanut vapaaehtoisapua ulkoilun järjestämiseen. Hän koki tämän erittäin merkittävänä, oman elämänsä laatua parantavana tekijänä.

Ryhmä toi kuntoutujille tunteen, että heistä välitettiin ja että heidät huomioitiin. Kaikkien kuntoutujien ihmissuhteissa oli tapahtunut muutoksia sairastumisen jälkeen. Osa vanhoista ystävistä oli jäänyt, mutta toisaalta aiemman ajan puutteen vuoksi nyt oli ollut aikaa herätellä myös vanhoja ihmissuhteita eloon. Sosiaalisessa toimintakyvyssään kaikki kuntoutajat kokivat ryhmän antaneen tukea tapaamisten ajan, mutta varsinaista rohkaistumista omassa arkielämässä tunnisti yksi kolmesta haastatellusta. Hän mainitsi erityisesti yhdessä tutustumiskäyntien aikana nähdyt paikat sekä uudet tukimuodot, jotka auttoivat häntä esimerkiksi ulkoilun järjestämisessä säännölliseksi.

Kuntoutujien motivaatiossa kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa näytti olevan eroja. Yksi kuntoutujista oli valmis kokeilemaan laaja-alaisesti erilaisia kuntoutus- ja harrastusmuotoja, kun taas yksi kuntoutuja ei kokenut esimerkiksi laitospäämäärän saavuttamiseksi. Kaikki kuntoutajat kertoivat, että ryhmätapaamisiin oli helppo lähteä, koska aikataulu oli jo valmiiksi asetettu ja ryhmätapaamisten sisältö valmiiksi suunniteltu.

Kaikkien ryhmään osallistuneiden kuntoutujien läheisten tuki oli merkittävää. Kolme neljästä kuntoutujasta asui puolisonsa kanssa. Yksi kuntoutuja koki myös ystäviltä saamansa tuen tärkeänä. Kuntoutajat olivat huolissaan läheistensä jaksamisesta. Sairastumisen jälkeen oman tukiverkon koettiin olleen merkittävin tekijä sairastumisen kokemusten työstämisessä - yhteiskunnalta ei juuri koettu saadun apua. Ihmissuhteet koettiin voimavarana, joihin pystyy tarvittaessa turvautumaan. Myös omien kokemusieni perusteella läheisten jaksamiseen tulisi kiinnittää yhä enemmän huomioita ja kehittää tukimuotoja, jotka kannustavat kotona asumiseen.

Vaikka ryhmätapaamisten sisältö painottui toiminnallisuuteen, koettiin myös keskustelut yhdessä erittäin tärkeinä. Positiivisena tekijänä pidettiin myös sitä, että ryhmässä oli sekä vertaisia (kuntoutujia) että ohjaajat.

*H3: Kun tämä tauti on aina läsnä, niin nyt edes sen 1,5 tuntia viikossa sai tehdä ja ajatella jotain muuta, se oli virkistävää. Sitä sitten mielellään puhuu, kun pääsee sellaiseen porukkaan mukaan, kun kotona ei viitsi näille seinille puhua... Kunhan vain on ihminen, jonka kanssa juttelee... Niin sitä kyllä kaipaa juttuseuraa. Ihmisiä.*

## 7.2 Vertaistuki

Haastateltavat kokivat vertaistuen olleen merkittävää ja positiivinen tekijä ryhmän toiminnassa. ”*Piti opetella jopa nauramaan*” (H3). Kaikki haastateltavat kokivat ryhmätapaamisiin osallistumisen olleen helpompaa samankaltaisia tunteita kokeneiden kuntoutujien kanssa. Kaikki kuntoutujat kokivat helpoksi ilmaista omat mielipiteensä, kaikille annettiin tilaa osallistua. Vertaistuki koettiin myös helpottavaksi tekijäksi tutustuttaessa uusiin paikkoihin. Vertaistuki antoi yhdelle haastatelluista kokemuksen, että hänen oma toimintakykynsä ei ollutkaan niin huono kuin hän oli kuvitellut. Myös Mikkonen (2009) päätyi väitöskirjatutkimuksessaan ja Talasniemi ja Vartiainen (2010) opinnäytetyössään siihen, että osallistumista helpottaa vertaistuen kokeminen. Toppila (2010) mainitsee oman toimintakyvyn havainnoinnin olevan merkittävää vertaistuen kokemuksessa. Vertaistuen kautta kuntoutuja saa mittasuhteet omiin toiminnanvajauksiinsa ja sitä kautta myös onnistumisen kokemuksia. Samoihin johtopäätöksiin tuli Saila Leinonen (2000) pro gradu -tutkielmassaan. Myös kiireetön tunnelma ja yhdessäolo koettiin tärkeinä.

*H2: Oli paljon helpompi mennä tällaisen vertaisryhmän kanssa ensin. Yksin ei ollut lähdettyä es tutustumaan.*

*H1: - - että ihminen näkee saman kokeneita ihmisiä, niin sitä kokee, että vautsi, että ei tässä olekaan ihan toivoton tapaus.*

Kaikki haastatellut kuntoutujat olivat sitä mieltä, että ryhmän toiminta olisi voinut jatkua pidempään. Ryhmän henki koettiin positiivisena, mieltä virkistäväenä, hauskana ja myönteisenä. Henkilökemioiden koettiin täsmäävän, vaikka mukana oli erilaisia persoonia. Kyngäksen ym. (2007) esittämät ryhmän positiiviset, voimia antavat elementit olivat selkeästi näkyvissä myös opinnäytetyöhöni liittyvän ryhmän toiminnassa. Haastatellut kokivat saaneensa ryhmästä yhteenkuuluvuuden ja toivon tunteita. He kokivat lisäksi tunteen, etteivät he olekaan niin erilaisia kuin muut.

*H1:- - saa jotakin sellaista myönteistä elämän varrelle kyllä.*

*H3:- - ryhmä oli kuitenkin hyvä ja mieltä virkistäviä tapaamisia... Oli semmoista hauskaa ja iloista se toiminta, siellä ei ollut mitään otsa rypyssä tekemistä.*

Yksi haastatelluista tunsi, että muita kuntoutujia oli helppo lähestyä saman kokemustaustan ja samanhenkisyyden avulla. Haastateltujen vastauksista kuvastui kokemus



siitä, että heidät otettiin ryhmään omina yksilöinä ja heitä kunnioitettiin juuri sellaisina kuin he olivat. Tämä auttoi osaltaan välittömän ilmapiirin, avoimen ja lämpimän tunnelman saavuttamisessa, johon myös ohjaajat aktiivisesti pyrkivät. Kaikki haastatellut kokivat saaneensa riittävästi tukea ohjaajilta ryhmän tapaamisten yhteydessä. Ryhmätoiminnan tarkoituksena on, että osallistujat viihtyvät aidosti ryhmässä (Ks. Kyngäs ym. 2007, 113–114). Yksi kuntoutuja kertoi, että hän oli kokenut ohjaajat elämäniloisina ja ymmärtäväisinä ja että tämä oli osaltaan merkittävä tekijä ryhmän viihtyvyyden kannalta.

*H1: Ei tarttee jotenkin sellaista jännittyntä olotilaa että... Ihminen otetaan todella ihmisenä. Vertaisryhmässä ihminen kokee olevansa ymmärretty.*

Toisaalta kaksi haastatelluista pohti sitä, että sairasta ihmistä ymmärtää parhaiten vain toinen yhtä lailla sairas. Pohdin opinnäytetyöprosessin kuluessa samaa asiaa oman roolini kautta: pystyinkö oikeasti samaistumaan kuntoutujan tilanteeseen? Tarvitseeko toisen ihmisen syvälliseen ymmärtämiseen aina oman, samanlaisen kokemuksen? Olin ohjaajana terve, ohjasin sairastuneita, asettiko tämä jonkinlaisen tiedostamattoman valta-asetelman käytännön toimintaan? Myös Salonen (2006, 212–213) mainitsee samaa: ” - - kokemuksista voi puhua vain sellaisen kanssa, jolla on sama kokemus.”

Kuntoutujat kokivat ryhmässä toimimisen luontevana, hauskana, merkittävänä tapahtumana omassa arjessaan. Ryhmän tapaamisissa oli välitön, positiivinen, avoin ja salliva ilmapiiri, ja kuntoutujat kokivat aidosti positiivisia onnistumisen tunteita. Kaikille ryhmän kuntoutujille sairastuminen oli tullut yllätyksenä, toiminnanvajauksia tuottavana tapahtumana. Haastatteluissa kävi ilmi monien pettymys vanhojen harrastusten jäämiseen, siihen, että ei enää kyennytkään samalla tavalla tekemään ja että oli täysin riippuvainen toisten avusta. Oheisen haastattelukatkelman kuntoutujan kohdalla tilanne saattaisi olla samankaltainen kaikista mahdollisista toimenpiteistä ja aktiviteeteista huolimatta; suru kädentaitojen katoamisesta on hallitsevaa ja kokonaisvaltaista (Ks. myös Ryynänen 2005, 55). Entisten harrastusten jääminen on tuottanut luopumisen, menetyksen ja katkeruudenkin tunteita. Uusien harrastusten ja sosiaalisten kontaktien löytyminen olisi ensiarvoisen tärkeää.

*P: Sieltä ei tullu mitään ihmeellisiä eväitä tänne kotielämään?*

*H2: No ei silleen. Kun ei tämä käsi toimi, niin ei sitä paljo mittää pysty tekemää.*

*P: Niin. Se on kurjaa kun melkein kaikki tarteis nämä kaksi kouraa.*

*H2: Niin, nyt sen on oppinu niinku tuntemaan sen, että... Se oli niinku tavoitteena silloin alussa, että ois siihen kesään mennessä parantunu, mutta ei se sitten ja sen jälkeen se onkin sama, että ei se siitä enää parane.*

*P: Sen veikosemmaksi tule...*

*H2: Niin.*

*P: Se sitten johdattaa siihen, että siä tarteet apua kuitenkin pukemisessa ja...?*

*H2: Niin, en minä oikeestaan pysty mittää tekemää semmosta mitä niinku ennen oon tehny...*

*P: Mitä se vois olla se... Tai mitä siä ennen sitten harrastit?*

*H2: No tuolla mökillä minusta ol niin hirmu mukava aina haravoida keväällä ja syksylläkin ja sitten venneelläkin ajelin välillä... Ja olin minä kova poimimaan marjojakin niin. Sitte ku ei tuota autoa pysty ajamaan.*

Toisaalta yksi kuntoutuja kertoi saaneensa uusia ideoita harrastustoimintaan sekä ryhmän ohjaajilta että muilta kuntoutujilta. Hän kertoi tapaamisissa olleen merkittävää se, että myös omaa luovuuttaan sai käyttää. Useat kuntoutujat olivat yllättäneet lähipiirinsä itse tekemillään asioilla ja saaneet samalla positiivista kannustusta ja onnistumisen kokemuksia oman toimintakykynsä kannalta. Kuntoutujat ”yllättivät itsensäkin” (H3).

### **7.3 Yhteenveto**

Ryhmätoiminnasta saadut kokemukset olivat samansuuntaisia aiempien sosiaalista toimintakykyä ja vertaistuen kokemuksia selvittäneiden tulosten kanssa. Opinnäyte-työni haastateltavien pieni määrä (kolme neljästä kuntoutujasta pystyi osallistumaan haastatteluun) hahmottaa vain osaltaan ryhmätoiminnan ulottuvuuksia, tuloksia ei voida siis yleistää.

Sosiaaliseen toimintakykyynsä kaikki kuntoutujat kokivat ryhmän antaneen tukea tapaamisten ajan, mutta varsinaista rohkaistumista omassa arkielämässä tunnisti yksi kolmesta haastatellusta. Kaikki kuntoutujat kokivat ryhmän tapaamisiin osallistumisen mielekkäänä ja arjen rutiineihin sisältöä tuovana tapahtumana. Kaikki kuntoutujat saivat merkittäviä, positiivisia kokemuksia oman toimintakykynsä kannalta. Kaikki kertoivat yllättyneensä siitä, että pystyivät osallistumaan täysipainoisesti ryhmän tapaamisiin ja saaneensa onnistumisen kokemuksia. Ryhmän kanssa oli helpompi keilla uusia asioita ja tutustua uusiin paikkoihin.

Kuntoutujien motivaatiossa kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa näytti olevan eroja. Tämä asettaa toisaalta haasteen myös ryhmäohjaukselle, miten huomioida ja motivoida kaikki osallistujat toimimaan halutun päämäärän saavuttamiseksi.

Kuntoutujille vertaistuen saaminen ja antaminen näyttivät olevan merkittävä tekijä ryhmään osallistumisessa. Kuntoutujat kokivat itsensä arvokkaammaksi yksilötasolla: heidät hyväksyttiin sellaisina kuin he ovat ja heidän olemassa olevia voimavarojaan pyrittiin tapaamisten yhteydessä vahvistamaan. Saimme ohjaajina positiivista palautetta: onnistuimme luomaan avoimen, sallivan ja positiivisen ilmapiirin ryhmän tapaamisiin.

Ryhmän tapaamiset koettiin myös konkreettisella tasolla hyödyllisinä. Kuntoutujat saivat uutta tietoa palveluista ja esimerkiksi eri yhdistysten tarjoamista tukimuodoista. Monet kokivat uusiin paikkoihin tutustumisen luontevampana ja helpompana vertaisryhmän kanssa. Vaikka kaikille kuntoutujille oli sairastumisestaan jäänyt eriasteisia toiminnanvajauksia, he osallistuivat ryhmän tapaamisiin aktiivisesti ja omien voimavarojensa mukaan. Vertaistuen motivoiva tekijä oli ilmeinen. Ryhmämuotoinen kuntoutus sopii oman kokemukseni mukaan hyvin omatoimisuuden, tavoitteellisuuden ja sosiaalisuuden aktivointiin. Kuntoutujat saivat rohkaisua myös arjen toimintoihin, esimerkiksi keittiötoimintoihin. Valmiiksi järjestetty ja organisoitu toiminta oli vaivatonta ja helppoa ja tämän kuntoutujat kokivat kannustavana.

Ryhmätoiminnassa kehitettävää nähtiin ryhmän koossa. Kaikki kuntoutujat kokivat, että ryhmäkoko olisi voinut olla hieman suurempi, esimerkiksi 6–8 kuntoutujaa. Toisaalta kuntoutujat kokivat esimerkiksi omien mielipiteiden esittämisen helpommaksi pienemmässä ryhmässä. Lisäksi kuntoutujat toivoivat jatkossa enemmän ryhmätapaamisia muualla kuin järjestävän yrityksen tiloissa. Ryhmän tapaamiskertojen määrää haluttiin lisättävän esimerkiksi kahteenkymmeneen tapaamiskertaan. Afaattisten oireiden vuoksi ryhmätoimintaa tulisi tarkastella kriittisesti myös eri menetelmien osalta ja mahdollisesti kehittää ryhmän toimintaa jatkossa huomioimaan eri oirekuvien kuntoutujat paremmin.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on luoda tutkijalle kuva tutkimusilmioista. Se liittyy vahvasti tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun. Kirjallisuuskatsauksen avulla laaditaan teoreettinen tausta tutkimukselle. Käytetty tieto on aina perusteltava, tämä lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69–72; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 253.) Opin- näytetyöni aihe oli hyvin rajattu, joten tämä helpotti teoriaviitekehysten luomista ja aihevalintoja. Halusin tarkastella ryhmätoimintaa ja omaa rooliani ohjaajana sekä AVH-potilaiden kuntoutusprosessia laajemmin kuin tutkimuskysymykset ohjasivat. Oman ammatillisuuden vahvistuminen lähdekirjallisuuteen perustuen oli yksi mielenkiintoisimmista ja toisaalta haastavimmista osa-alueista tämän opinnäytetyöprosessin aikana.

Opinnäytetyöni luotettavuutta saattoivat heikentää omat haastattelutaitoni, kokemattomuus havaintojen tekijänä ja tiedonantajille AVH-sairastumisen kautta jääneet oireet. Pystyin varmistamaan oman roolini opinnäytetyön tekijänä, vaikka aihe on herkkä. Vaikeaa afasiaa sairastavan kuntoutujan kanssa ei haastattelua voitu tehdä, joten tämä vaikuttaa osaltaan myös opinnäytetyöni tuloksiin ja heikentää luotettavuutta. Haastattelujen osalta haastavinta oli oman roolini varmistaminen opinnäytetyön tekijänä. Ehdin tutustua kuntoutujiin koko ryhmäprosessin ajan, joten kuntoutujat eivät välttämättä halunneet tuoda julki negatiivista palautetta tai kehitettäviä asioita. Toisaalta välillemme muodostunut luottamuksellinen suhde saattoi auttaa rehellisen mielipiteen ilmaisemisessa.

Luotettavuutta parantavana tekijänä voidaan toisaalta pohtia sitä, että pyrin opinnäytetyöprosessin alusta asti olemaan huolellinen dokumentaatiossa. Kirjoitin tutkimuspäiväkirjaa omista havainnoistani ja pohdintoistani. Pyrin tekemään prosessin jokaisesta vaiheesta mahdollisimman läpinäkyvän kirjaamalla kaiken tarkasti.

Malinowski (1961) pitää laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tärkeimpänä tekijänä sitä, miten tutkija on aineistonsa hankkinut sekä sitä, miten hän on päätenyt tiettyihin johtopäätöksiin (tarkan raportoinnin kautta). Myös teoriat ja tulkinnat tulee pitää sel-

västi erossa suorista havainnoista ja tiedonantajien lausunnoista. (Moilanen & Rähkä 2001, 56.) Pysin tarkkuuteen myös oman opinnäytetyöni valmiissa raportissa. Lisäksi varoin yleistämistä tutkimuskysymyksiini saatuja vastauksia.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää esimerkiksi uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tiedonantajien käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin etenemistä. Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimusentekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Uskon, että pääsin omassa opinnäytetyössäni edellä mainittuihin kriteereihin. Ehkä yksi suurimmista haasteista koko prosessin aikana oli saada lopullisesta raportista loogisesti etenevä kokonaisuus, jota lukijan on helppoa ja mielenkiintoista seurata. Myös perustelut omille tulkinnoille ja tiettyjen asiakokonaisuuksien käsittelylle oli ajoittain haastavaa, mutta ongelmien ratkettua sitäkin palkitsevampaa.

## 8.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisenä lähtökohtana tulee aina olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että tutkittavat ovat keskenään tasa-arvoisia. Hoitotieteen tutkimuksissa keskeinen asia on myös tiedonantajien anonymiteetti eli nimettömyys, nimen säilyminen salassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179, Kuula 2006, 87.) Tutkimusetiikan yleisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus sekä kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Ihmistä tutkittaessa yleisiksi eettisiksi periaatteiksi ovat nousseet ihmisten itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus sekä yksityisyyden kunnioittaminen (Kuula 2006, 60). Yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa paitsi nimen säilymistä salassa myös ihmisen oikeutta määrittää se, mitä tietoja hän tutkimuskäyttöön antaa (Kuula 2006, 64).

Jotta opinnäytetyöhöni osallistuminen olisi ollut kuntoutujille aidosti vapaaehtoista, kerroin opinnäytetyön käytännön toteutuksesta ja aikataulusta useamman kerran varsinkin ryhmätapaamisten yhteydessä. Kerroin kuntoutujille ensimmäisellä tapaamiskerralla opinnäytetyöstäni, sen tavoitteista, menetelmistä ja vapaaehtoisuudesta osallistumiseen. Kerroin myös aineiston säilyttämisestä ja yksityisyyden suojaamisesta. Halusin varmistaa myös jokaisen kuntoutujan vapaaehtoisuuden koko prosessin ajan, joten tähdensin sitä, että osallistumisensa opinnäytetyöni prosessiin pystyi halutessaan keskeyttämään milloin tahansa. En halunnut opinnäytetyön valmiin raportoinnin yhteydessä kertoa ryhmään osallistuneista kuntoutujista yksityiskohtaisia tietoja, jotta heitä ei voitaisi tekstin perusteella tunnistaa. En missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa käsitellyt potilasasiakirjoja, sain kaiken kuntoutujia koskevan tiedon heiltä itseltään. Lopullisesta raportista on poistettu siis kaikki tunnistamiseen liittyvät tiedot. Olin koko tutkimusprosessin ajan kuntoutujien saatavilla ja annoin tarvittaessa lisätietoja opinnäytetyöni toteutuksesta. Olin ryhmätapaamisten aikana osaltani vastuussa myös kuntoutujien fyysisestä turvallisuudesta auttaessani heitä liikkumisessa. Ryhmätapaamisten aikana pyrin huomioimaan kaikkia kuntoutujia tasapuolisesti.

Säilytin haastatteluaineistoa (haastattelunauhoja, auki kirjoitettuja paperiliuskoja ja tietokoneen tekstitiedostoja) ja sairauskertomuksia kotonani koko prosessin ajan ja hävitin kaiken opinnäytetyöprosessiin liittyvän aineiston heti lopullisen raportin valmistuttua. Pyysin kuntoutujilta luvan heidän tietojensa käyttämiseen (liite 3). Käytännössä tämä tarkoitti sairaskertomusten luovuttamista käyttöni, joidenkin havaintojen liittämistä tähän opinnäytetyöhön sekä teemahaastattelujen käyttämistä etsittäessä vastauksia tutkimuskysymyksiini. Suostumuslomakkeeseen oli myös liitetty lauseke, jossa takasin jokaisen tiedonantajan yksityisyyden.

Vehviläisen-Julkusen (1998, 32) mukaan tutkimuksen eettisyyttä on tutkijan itsensä kehittyminen sekä ohjaukseen hakeutuminen. Neuvojen kysyminen ja kritiikille alttiiksi asettuminen kuuluvat myös tutkimuksen eettisiin näkökantoihin. Hain aktiivisesti ohjausta opettajiltani koko opinnäytetyön prosessin ajan. Olen hakenut myös toimeksiantajan palautteita työn etenemisestä ja sisällöstä. Palautteen saaminen ja ohjaajien esittämien uusien näkökantojen sisäistäminen ovat olleet tärkeitä vaiheita opinnäytetyöprosessissa kehittymisen kannalta.

### 8.3 Kehitysehdotukset, jatkotutkimusaiheet

Löysin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin, vaikka haastattelumateriaali oli melko suppea. Jatkossa olisi tärkeää pohtia, miten esimerkiksi afaatikon mielipiteitä voitaisiin luotettavasti tutkia ja ottaa sekä tuloksissa että itse ryhmätoiminnassa huomioon. Ryhmän tapaamiskertojen sisältöä tulisi kehittää entistä enemmän ulospäin järjestävän yrityksen tiloista. Tapaamisissa voisi jatkossa vierailla esimerkiksi teatterissa, konserteissa, ravintoloissa, kahviloissa (myös satamassa tai torikahvilassa), urheilutapahtumissa tai esimerkiksi kauppakeskuksissa. Myös esimerkiksi virastokierros vertaisryhmän kanssa saattaisi hälventää liikkumiseen liittyviä ennakkoluuloja ja pelkoja. Myös ulkoilu ja retkeily tulivat esille kuntoutujien haastatteluissa. Vierailut muiden yhdistysten, vammaispalvelujen ja vapaaehtoistahojen tiloissa ja tapahtumissa saattaisivat myös olla hyödyllisiä. Ryhmässä pidettiin Estery-talolle suuntautunutta vierailua erittäin hyödyllisenä jo pelkän tiedonsaannin (tukimuodot, vapaaehtoispalvelut, yhdistysten tarjoama tuki) kannalta. Kolme mieleisintä tapaamiskertaa tämän ryhmän osallistujien mielestä olivat käynnit kirjastossa, keilaamassa ja Estery-talolla.

Ryhmätoiminta kannattaisi jatkossa järjestää eri teemojen ja asiakasryhmien mukaisesti. Esimerkiksi hiljattain sairastuneita (sairastumisesta maksimissaan 6 kuukautta aikaa) pystyttäisiin auttamaan ryhmätoiminnan avulla ehkäisemällä syrjäytymistä ja sosiaalista eristäytymistä. Olin itse neurologian kuntoutusosastolla harjoittelussa syyslokakuussa 2010, ja jälkikäteen ajateltuna tunnistin useita kuntoutujia, joille ryhmästä olisi saattanut olla suurempi hyöty verrattuna ryhmään valikoituneisiin kuntoutujiin. Osastolla tapaamillani kuntoutujilla oli sairastumisesta kulunut aikaa yhdestä kolmeen kuukautta. Vertaistuellla saatu apu voi olla sairastumisen alkuvaiheessa merkittävää. Ryhmätoimintaa voisi suunnitella myös yli 12 kuukautta sairastuneille vetämään heitä ”takaisin elämään”. Ryhmätoiminnan järjestämistä laitoshoidossa asuville sekä itseenäisesti kotona tai omaishoitajan turvin asuville voisi myös suunnitella erikseen. Ryhmätapaamisten sisältöjen tulisi vaihdella sairastumisajankohdan, kuntoutujan asumismuodon tai laajemman kohderyhmän (omaiset mukana) tarpeiden mukaisesti.

Jos ryhmän tapaamisia olisi järjestetty esimerkiksi puolen vuoden ajan 20 kertaa, uskon, että sillä olisi ollut syvällisempi merkitys kuntoutujien jokapäiväiseen elämään ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen. Tapaamiskertojen määrän lisääminen olisi saattanut auttaa juurruttamaan kuntoutujien arkeen toimintatapoja ja rohkeutta, jotta

he olisivat aktivoituneet myös ryhmän tapaamisten välillä ja ryhmätoiminnan loputtua kodin ulkopuoliseen toimintaan ja sosiaalisiin kontakteihin.

Kokonaisuudessaan ryhmätoimintaa tulisi jatkaa organisoidusti esimerkiksi siten, että toiminnallinen ryhmä alkaisi kaksi kertaa vuodessa ja jatkuisi vähintään 20 tapaamiskerran ajan. Vaikutukset sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja vertaistuen kokemukseen saattaisivat olla merkittävämpiä. Ryhmätoimintaan lähetettäisiin kutsu esimerkiksi 3–6 kuukautta sitten sairastuneille, tiedot saataisiin joko neurologian akuuttiosastolta tai neurologian kuntoutusosastolta. Ryhmän koko olisi esimerkiksi 8–10 kuntoutujaa ja ohjaajia olisi kaksi. Tällöin ryhmien vaikuttavuutta pystyisi myös tutkimaan suunnitellusti ja pidemmällä aikavälillä, jolloin tuloksetkin olisivat luotettavampia. Kuntoutustoimintaa tulisi muutenkin arvioida vaikuttavuuden osalta laajalaisemmin kuntoutuksen tulevaisuuden haasteiden (esimerkiksi väestön ikärakenteen muutos) vuoksi.

Ryhmätoimintaan kannattaa jatkossakin sisällyttää yhteistyö eri koulutusta tarjoavien tahojen kanssa. Niin lähihoitaja-, sairaanhoitaja-, fysioterapia- kuin esimerkiksi yhteisöpedagogi-opiskelijoidenkin osallistuminen ryhmän toimintaan toisi varmasti monipuolisuutta tapaamisten sisällön suunnitteluun ja toteutukseen. Myös useamman kuin yhden opiskelijan osallistuminen ryhmätoimintaan auttaisi ryhmäkoon suurentamisessa, joka tuli esille myös oman opinnäytetyöni haastatteluissa.

Ryhmän järjestäminen jatkossa antaisi paitsi kuntoutujille myös mahdollisille omaishoitajille ja sairastuneiden muille läheisille hengähdystauon ja omaa aikaa. Toisaalta ryhmän toimintaa voisi kehittää myös yhteisöllisempään suuntaan – toimintaan voisi halutessaan joinakin kertoina osallistua myös kuntoutujan läheinen (esimerkiksi ulkoilukerroilla). Myös organisoidumpi ryhmätoiminta yhdessä kuntoutujalle ja hänen läheiselleen antaisi mahdollisuuden laajempaan vertaistuen kokemukseen ja yhteisöllisyyden tukemiseen. Mahdollisuudet verkostojen luomiseen ja vertaistuen tehokkaaseen hyödyntämiseen auttaisivat sekä kuntoutujia että heidän omaisiaan selviytymään kotona. Lisäksi elämänhallinnan tunne kasvaisi ja se tukisi kodin ulkopuoliseen toimintaan.

Toivon, että Altti-projekti saa opinnäytetyöni kautta vastauksia ryhmätoiminnan jatkamiseen ja sen kehittämiseen AVH-kuntoutujille. Koettu vertaistuki oli yksi ryhmä-



toiminnan keskeisimmistä osa-alueista, ja toivon, että tietoisuus tämän tutkimuodon tehokkaaseen käyttämiseen kasvaisi.

#### **8.4 Oma rooli ja opinnäytetyö oppimisprosessina**

Opinnäytetyöprosessiini kuului kriittisyyden ja reflektiivisyyden pohtiminen ja tunnistaminen. Halusin asettaa omat tulkintani kyseenalaisiksi ja tarkastella niitä kriittisesti, esimerkiksi asettamieni ennakkokäsitysten kautta. Reflektiivisyydellä tarkoitan sitä, että pyrin olemaan koko prosessin ajan tietoinen ja avoin omille käsityksilleni ja tunteilleni sekä tunnistamaan ja tunnustamaan ne. Tämä oli ajoittain haastavaa opinnäytetyön tekijän roolin kannalta. Objektivisuus on hieno päämäärä, mutta sitä ei mielestäni koskaan voida täysin saavuttaa. Pyrin lisäämään opinnäytetyöni luotettavuutta kirjoittamalla mahdollisimman läpinäkyvästi ja avoimesti kaikista tätä prosessia koskevista omista ajatuksistani ja niiden kulusta.

Opinnäytetyön prosessi kasvatti ammatillista osaamista paitsi lisäämällä kärsivällisyyttä, mutta myös kykyä havaita omia tunteitaan ja niiden vaikutuksia tutkittavaan ilmiöön. Ammatillisen kehittymisen osalta itselleni heräsi hoitajan roolissa tietoisuus kuntoutuksen ja erityisesti vertaistuen positiivisesta vaikutuksesta AVH-kuntoutujan elämään. Ryhmätoiminnan myönteiset vaikutukset motivaatioon ja osallistumisen aktiivisuuteen olivat selkeästi nähtävissä. Prosessi -sana kuvaa hyvin opinnäytetyöhöni liittyviä vaiheita. Tutkimuskysymykset muovautuivat yksityiskohtaisemmiksi, samoin aiemmat tutkimukset täydensivät valmista raporttia viime hetkille saakka. Tiedonkeruun menetelmiä oli aluksi useita, mutta osittain rajallisten resurssien ja oman kokemattomuuteni (lähinnä havaintojen tekijänä) takia valmiin raportin pohjana ovat yksilöhaastattelut.

Opinnäytetyöprosessin tärkein anti oli ryhmän käytännön toteuttaminen. Opin jokaisella tapaamiskerralla uutta ryhmä- ja yksilöohjauksesta. Sain työskennellä AVH-kuntoutujien ja työelämän edustajien kanssa. Moniammatillisuus ja muiden ammattialojen huomioiminen oli tärkeää ja merkityksellistä koko opinnäytetyöprosessini ajan: olihan toinen ryhmän ohjaajista toimintaterapeutti ja toimeksiantajan edustaja fysioterapeutti. Ajatteluni hoitajana ja ohjaajana on syventynyt, opin jäsentämään ryhmän toimintaa ja siihen liittyvää dynamiikkaa, ryhmän rooleja ja erityisesti AVH-

kuntoutujan arkea. Ohjauksen haasteet esimerkiksi kuntoutujille jääneiden kielellisten oireiden kautta toi oman erityispiirteensä tähän oppimisprosessiin. Olen kokenut myötälämisen iloa AVH-kuntoutujien elämänkohtaloissa, vaikka asiat ovat ajoittain olleet vaikeita. Tapaamisten ja haastattelujen yhteydessä sain syvällisen kuvan AVH-kuntoutujan kohtaamista haasteista jokapäiväisessä elämässä, toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä ja yhteiskunnan osallisuudesta (tai osattomuudesta) AVH-potilaan kuntoutusprosessissa.

Kaikkien ryhmään osallistujien kuntoutujien kohdalla lähisuhteiden merkitys korostui: jatkossa olisi erittäin tärkeää tukea myös AVH-kuntoutujien läheisten jaksamista ja toimintakykyä, yhteiskunnan tulisi tukea koko perhettä ja lähiyhteisöä jaksamaan ja voimaan paremmin. Ryhmätoiminta on tähän erinomainen keino. Suunniteltu, tavoitteellinen ja looginen ryhmätapaamisten kokonaisuus antaisi vertaistuen ja sosiaalisen osallistumisen kautta onnistumisen kokemuksia, joita varsinkin AVH-kuntoutuja oman toimintakykynsä ylläpitämiseksi tarvitsee. AVH-kuntoutujan elämä on kotona. Yhteiskunnan tulisi tukea järjestelmällisesti ja pidemmän aikavälin tavoittein kotona asuvia AVH-kuntoutujia ja heidän läheisiään. Vertaistuki ja ryhmämuotoiset kuntoutustavat ovat kustannustehokkaita ja vaikuttavuudeltaan hyviä keinoja kotona asumisen tukemiseksi.

Kati Lepistö pohtii oman sairastumisensa merkityksiä kirjassaan *Silmänräpäys*. ”Miksi juuri minä sairastuin? Onko tällä jokin tarkoitus? Ehkä minun tehtävänäni on opettaa ihmisiä ymmärtämään ja sietämään erilaisuutta. Välillä en enää edes pidä halvaantumistani niin pahana asiana. En olisi oppinut elämästäni niin paljon, jos olisin pysynyt terveenä. Enkä olisi tavannut kaikkia niitä upeita ihmisiä, jotka nyt ovat tulleet elämäni. Olen oppinut ymmärtämään miten suunnattoman tärkeitä ystävät ovat. Ja olen oppinut, ettei koskaan voi tietää, mitä huomenna tapahtuu.” (Lepistö & Peltonen 2006, 147–148.)

## LÄHTEET

- Carlsson, Gunnel 2007. Mild Stroke. Consequences in Everyday Life, Coping and Life Satisfaction. The institute of neuroscience and physiology. Göteborg University. PDF-dokumentti.  
[https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/3355/1/Version\\_2.pdf](https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/3355/1/Version_2.pdf). Päivitetty 18.2.2007. Luettu 17.5.2011.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva: WS Bookwell Oy. 26–44.
- Forsbom, Maj-Britt, Kärki, Erja, Leppänen, Liisa & Sairanen, Riitta 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004. Arteriovenoosi malformaatio. WWW-dokumentti.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,651,2175,3032,18884,6893>. Päivitetty 26.11.2004. Luettu 16.1.2011.
- Herranen, Leena & Saari, Tuula 2004. Aivohalvauksen vuoksi vaikeasti vammautuneiden pärjääminen 3–5 vuotta sairastumisesta. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu nro 41.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hokkanen, Liisa 2003. Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa: Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.). Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Juva: PS-kustannus. 254–274.
- Holmström, Paula & Kokkonen, Päivi 2010. ”Jotenkin vierastetaan varmaan sairasta” – aivoverenkiertohäiriöpotilaan kokemuksia sairastumisesta ja arjessa selviytymisessä. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Huotari, Kari 2003. Hiv-positiivisten arki ja terveyden kokemus. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa, Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.). Sairas, potilas, omainen. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden Seura. 118–141.
- Huusko, Tiina 2008. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa alueellista epätas-arvoa: Suomalainen AVH-kuntoutusketju vaatii tehokasta täsmähoitoa. Kelan kukkarolla. WWW-dokumentti. <http://www.poliklinikka.fi/?id=6034634&page=6325092>. Päivitetty 10.6.2008. Luettu 9.8.2011.
- Häppölä, Olli 2010. Aivoinfarktien luokittelu aivoverenkiertoalueen mukaan. WWW-dokumentti.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/nix00604#T1>. Päivitetty 16.11.2010. Luettu 16.1.2011.
- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Janhunen, Helvi 2011a. Sähköpostikeskustelu 28.1.2011. Projektipäällikkö. Altti-projekti, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Janhunen, Helvi 2011b. Sähköpostikeskustelu 14.1.2011. Projektipäällikkö. Altti-projekti, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Jumisko, Eija 1998. Aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja saamaansa hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Jyväskylän yliopisto 2011. Fenomenologinen analyysi. WWW-dokumentti. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimetelmät/fenomenologinen-analyysi>. Ei päivitystietoa. Luettu 9.8.2011.

Kangas, Ilka 2003. Sairaasaniantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa: Honkasalo, Marja-Liisa, Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.). Sairas, potilas, omainen. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden Seura. 73–95.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kansaneläkelaitos 2006. Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. PDF-dokumentti. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/8BD9E0C3FB345800C225744A0029D4CC/\\$file/STANDARD12.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/8BD9E0C3FB345800C225744A0029D4CC/$file/STANDARD12.pdf). Päivitetty 26.10.2006. Luettu 6.3.2011.

Kansaneläkelaitos 2010a. Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille. WWW-dokumentti. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801121838EH>. Päivitetty 20.12.2010. Luettu 9.8.2011.

Kansaneläkelaitos 2010b. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. WWW-dokumentti. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/040901131221MP?OpenDocument>. Päivitetty 30.9.2010. Luettu 9.8.2011.

Kansaneläkelaitos 2011. Aivohalvauspotilaiden sopeutumisvalmennuskurssi 39890. [http://asiointi.kela.fi/kz\\_app/KZInternetApplication?valittu=39890&lang=fi](http://asiointi.kela.fi/kz_app/KZInternetApplication?valittu=39890&lang=fi). Päivitetty 9.8.2011. Luettu 9.8.2011.

Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kauhanen, Marja-Liisa 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Kustannus Oy Duodecim. Työterveyskirjasto. WWW-dokumentti. [http://www.ilmarinen.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=fys00016](http://www.ilmarinen.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=fys00016). Päivitetty 20.10.2009. Luettu 13.3.2011.

Kiviniemi Kari 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-Kustannus. 68–84.

- Koukkari, Marja 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Kuisma, Anne 2009. Toimintamalliehdotus aivoverenkiertohäiriötä sairastavan potilaan tukemiseksi kotihoitossa. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kuokkanen, Merja 2009. Elämä aivohalvauksen jälkeen – tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista? Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osouskunta Vastapaino.
- Kuusela, Kirsti & Kvick, Inkeri 2004. Pyörre-projekti 2002–2004. Sosiaalinen kuntoutus, toiminnallisuus ja ryhmämuotoinen aikuissosiaalityö. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä 6/2004.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kähäri-Wiik, Kaija, Niemi, Aira & Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Käypä hoito -suositus 2011. Aivoinfarkti. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. WWW-dokumentti. Luettavissa osoitteessa [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). Päivitetty 11.1.2011. Luettu 20.1.2011.
- Lahti, Taina & Syrjänen, Sari 2009. SAV-potilaan ryhmäohjaus. Sairaanhoidaja -lehti 11/2009. WWW-dokumentti. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11\\_2009/ajankohtaiskirjoitus/sav-potilaan\\_ryhmaohjaus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2009/ajankohtaiskirjoitus/sav-potilaan_ryhmaohjaus/). Ei päivitystietoa. Luettu 8.3.2011.
- Leinonen, Saira 2000. Sosiaalinen tuki ja aivohalvauspotilaan arkielämän selviytyminen. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lepistö, Kati & Peltonen, Leeni 2006. Silmänräpäys. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja.
- Moilanen, Pentti & Rähä, Pekka 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-Kustannus. 44–67.

Muhonen, Minna 2007. ”Miustakin tulee vielä jonkulainen” – aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja kuntoutumisestaan puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Fysioterapian koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma.

Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Neurologian klinikka. Kuopion yliopistollinen sairaala. Väitöskirja.

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2009. Arjessa mukana. Omaistyön käsikirja. Helsinki: Painotalo Miktor.

Partanen, Juhani, Falck, Björn, Hasan, Joel, Jäntti, Ville, Salmi, Tapani & Tolonen, Uolevi (toim.) 2006. Kliininen neurofysiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Paukkala, Maija 2009. Altti-projekti, projektisuunnitelma. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopistollinen sairaala 2008. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Huomiotta jättäminen eli neglect. PDF-dokumentti. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=795&GUID=%7BDE57682D-E46E-4B9B-8715-B2E2401306D8%7D>. Päivitetty 2.4.2008. Luettu 16.1.2011.

Pitkälä, Kaisu, Routasalo, Pirkko, Kautiainen, Hannu, Savikko, Niina & Tilvis, Reijo 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliiton tutkimusraportti 11. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pitkänen, Marjaana 2006. Mun repussa ei oo ku muruja, mut kyllä niillä mennään kuule vielä pitkälle – aivohalvauskuntoutujan elämäntilanne ennen sairastumista ja sosiaalinen toimintakyky sairastumisen jälkeen. Tiivistelmä. WWW-dokumentti. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/11215/abstract.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 17.5.2011.

Purola, Helena 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Lääkinnällisen koulutuksen yksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöskirja.

Pyöriä, Outi 2007. Aktivoiva fysioterapia tukee aivohalvauspotilaan toimintakykyä. Fysioterapia 3/2007. PDF-dokumentti. [http://www.fysi.fi/fysi\\_lehti/3\\_2007/fysilehti307\\_s14-15.pdf](http://www.fysi.fi/fysi_lehti/3_2007/fysilehti307_s14-15.pdf). Päivitetty 30.11.2007. Luettu 21.3.2011.

Rissanen, Lea 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen koettu tarve. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja.

Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ruishalme, Outi & Saaristo, Liisa 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Ryynänen, Ulla 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Väitöskirja.
- Salonen, Satu 2006. Sairaana hyvä potilas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Salonen, Tuula 1994. Kriisissä mahdollisuus. Aivohalvaukseen sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilanne sairastumisen jälkeen. Osa 1: Ammattihenkilöille. Loimaa: Aivohalvaus- ja afasialiitto ry.
- Satupaja Ky. Yrityksen kotisivut. WWW-dokumentti. <http://www.satupaja.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.1.2011.
- Soinila, Seppo, Kaste, Markku, Launes, Jyrki & Somer, Hannu 2006. Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. WWW-dokumentti. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus). Päivitetty 24.2.2011. Luettu 6.3.2011.
- Takala, Teemu. Kaikki eivät saa kuntoutusta. AVH-lehti 3/2010. 8–9.
- Talasniemi, Mervi & Vartiainen, Tiia 2010. Hyvä elämä -toimintaterapiaryhmä ikään-tyneille Lifestyle Redesign® -ohjelman mukaan. Savonia ammattikorkeakoulu. Terveysala Kuopio. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Terveyskirjasto 2008. Aivovammojen nykyinen sosiaali- ja terveysministeriön vahvistama haittaluokitus. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00130](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00130). Päivitetty 16.12.2008. Luettu 27.1.2010.
- Toppila, Satu 2010. Millaisia tarinoita vertaistuesta kerrotaan? AVH-lehti 2/2010. 32–33.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vaarama, Marja 2006. Ikääntyminen, terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Söderling, Ismo (toim.): Väestöpolitiikan tulevaisuuden haasteet. Väestöliitto. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos.
- Vataja, Risto 2009. AVH-potilaan masennuksen toteaminen ja hoito. PDF-dokumentti. [http://www.aivoliitto.fi/files/563/Aivoverenkiertohairioihin\\_liittyvan\\_masennuksen\\_toteaminen\\_ja\\_hoito.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/563/Aivoverenkiertohairioihin_liittyvan_masennuksen_toteaminen_ja_hoito.pdf). Päivitetty 4.11.2009. Luettu 9.8.2011.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26–34.

Wickström, Juhani ym. 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuslausuma. Duodecim-lehti 2009; 125(1): 101–114. Artikkelin tunnus: duo97774 (097.774). PDF-tiedosto.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/xmedia/duo/duo97774.pdf>. Päivitetty 29.10.2008. Luettu 6.3.2011.

Wilska-Semer, Kati 2005. Voimaantuminen vammaisten naisten vertaisryhmissä. Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Vapaaehtoistoiminta: Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino. 255–273.

Vuorinen, Ilpo 1997. Tuhat tapaa opettaa. Naantali: Vammalan Kirjapaino Oy.



**KUTSU TOIMINTATERAPIARYHMÄÄN****7.10.2010**

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ALTTI-projekti (Aivohalvaus - tiedä, tunnista, kuntoudu) järjestää yhdessä Satupajan kanssa toimintaterapiaryhmän aivoverenkiertohäiriöön sairastuneille. Ryhmä sopii asiakkaille, joiden kuntoutuksen tavoitteena on saada lisää työkaluja arjessa pärjäämiseen sekä omatoimisempaan elämään.

Tarjoamme teille mahdollisuuden osallistua ryhmään, joka kokoontuu kerran viikossa, yhteensä kymmenen kertaa. Aloitus on tiistaina marraskuun 2. päivänä klo 14 Satupajassa (os. Kaituentie 41 Mikkeli). Ryhmän ohjaajina toimivat toimintaterapeutti Tiina Tarhonen ja opiskelija Pia Parkkonen. Kuntoutus järjestetään yhteistyössä Moision neurologisen osaston, lääkinnällisen kuntoutuksen ja Mikkelin ammattikorkeakoulun kanssa. Teidän on mahdollista käyttää Kelan /kunnan kuljetuspalvelua päästäksenne ryhmään. Kukin osallistuja vastaa itse asiointikäynneillä (esim. kauppa- ja kahvilakäynnit tai pääsyliput) tulevista kustannuksista, muuten ryhmä on teille maksuton. Ryhmän tarkempi kuvaus on oheisessa liitteessä.

Toivomme teidän ilmoittautuvan ryhmään viimeistään 19.10.2010 puhelimitse toimintaterapeutti Tiina Tarhoselle 050 4090382

**Lisätietoja**

Helvi Janhunen  
Projektisuunnittelija, ALTTI – projekti  
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri  
044 351 6616  
[helvi.janhunen@esshp.fi](mailto:helvi.janhunen@esshp.fi)

Tiina Tarhonen  
toimintaterapeutti  
Satupaja Ky  
050 4090382  
[tiina.tarhonen@satupaja.fi](mailto:tiina.tarhonen@satupaja.fi)

## **SATUPAJAN TOIMINTATERAPIARYHMÄ**

kutsun liite

**Ryhmän kokoontumispaikka:** Satupaja, Kaituentie 41, 50160 Mikkeli

**Ryhmän aloitus:** Tiistaina 2.11.10 klo 14

Ryhmä kokoontuu yhteensä 10 kertaa tiistaisin klo 14–15.30 (ajalla 2.11.–14.12.10 sekä 11.–25.1.11)

**Ryhmän ohjaajat:** toimintaterapeutti Tiina Tarhonen ja sairaanhoidon opiskelija Pia Parkkonen

**Ryhmän tavoitteet:** kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistuminen, asioinnin harjoittelu ja sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä uusiin sosiaalisiin tilanteisiin rohkaistuminen. Ryhmässä on mahdollista saada vertaistukea muilta sairastuneilta.

### **Ryhmäkertojen sisältö:**

- 1) tutustuminen muihin ryhmäläisiin ja ohjaajiin
- 2) toiminnallisten taitojen alkuarviointi ryhmätilanteessa
- 3) asiointikäynti kirjastoon ja tutustuminen kirjaston näyttelyihin
- 4) keskustelua ja pelejä Satupajalla
- 5) tutustumiskäynti keilauksen merkeissä
- 6) silkkihuivin tekeminen, keskustelua ja kahvittelua Satupajalla
- 7) pikkujoulut Satupajalla
- 8) kankaanpainantaa, keskustelua ja kahvittelua Satupajalla
- 9) tutustuminen Estery-taloon
- 10) ryhmän lopetuskerta, arviointi ja palautekeskustelua

### **Ryhmätoiminnan arviointi:**

Opiskelija (MAMK) Pia Parkkonen on lupautunut tekemään opinnäytetyön tästä toimintaterapiaryhmäprosessista. Työhönsä hän tarvitsee mm. ryhmään osallistuvien mielipiteitä ja kokemuksia. Opinnäytetyö on yksi väline, kun ryhmän tarpeellisuutta jatkossa arvioidaan.

## HAASTATTELUN TEEMAT

### Sosiaalisten taitojen harjoittelu ja rohkaistuminen

- millaisia tunteita ja ajatuksia ennen ja jälkeen ensimmäisten tapaamiskertojen
- mitä ajatteli siitä, että keskityttiin konkreettiseen toimintaan, ei niinkään ohjattuun keskusteluun
- oliko tapaamisiin tuleminen erilaista kun emme olleet Satupajan tiloissa
- kokiko positiivisia yllätyksiä oman sosiaalisen toimintakyvyn osalta, onnistumisen tunteita
- oliko jokin jännittävää tai hankalaa, pelottiko jokin, oliko jokin fyysisesti haastavaa
- tuki omaan elämään; saiko siirrettyä mahdolliset positiiviset kokemukset omaan arkeen

### Kolme mieleisintä tapaamiskertaa, miksi nämä

### Millainen oli vertaistuen merkitys

- kokiko vertaistukea ja jos koki, niin millaista / millaisena

### Samankaltaisen toiminnallisen ryhmän kehittämisehdotukset ja –ajatukset

- miten ryhmän toimintaa voisi kehittää jatkossa -> jättäisikö jonkin toiminnan pois, lisäisikö jotakin, entä ryhmän koko ja ohjaajat

## **SUOSTUMUS TIETOJEN KÄYTTÄMISEEN**

Opiskelen Mikkelin Ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyöni koskien syksyllä ja talvella 2010 – 2011 kokoontunutta Satupaja-ryhmää. Opinnäytetyötäni varten tutkin osallistujien kokemuksia ja ajatuksia ryhmän toiminnasta. Ryhmän kokoontumiskertojen aikana teen havainnointia osallistujan toimintakyvystä ja osallistumisesta toimintaan sekä keskusteluun. Haastattelen jokaista osallistujaa henkilökohtaisesti ryhmän kokoontumisten jälkeen. Tämä tapahtuu tammi- ja helmikuussa 2011.

Valmis opinnäytetyö kirjoitetaan siten, että ryhmän osallistujien henkilöllisyys salataan. Tiedot esitetään siten, että niistä ei voi osallistujaa tunnistaa.

Pyydän kohteliaasti lupaanne tietojenne käyttämiseen (havaintomateriaalit, sairauskerromus, haastattelumateriaali) opinnäytetyötäni varten.

Ystävällisin terveisin,

Pia Parkkonen  
Mikkelin Ammattikorkeakoulu  
sairaanhoitaja- / terveydenhoitajaopiskelija

## **SUOSTUMUS**

Suostun tietojeni käyttämiseen.

Mikkelissä / 2010