

OPINNÄYTETYÖ

TUULA MOILANEN

PIRITA MUKKU

SARI RAVELIN

2013

**TULPPA-AVOKUNTOUTUKSEEN
OSALLISTUNEIDEN RYHMÄLÄISTEN
KOKEMUKSIA ROVANIEMELLÄ**



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

Opinnäytetyö

TULPPA-AVOKUNTOUTUKSEEN OSALLISTUNEIDEN RYHMÄLÄISTEN KOKEMUKSIA ROVANIEMELLÄ

Tuula Moilanen, Pirita Mukku ja Sari Ravelin

2013

Lapin Sydänpiiri ry

Susanna Kantola

Hyväksytty _____ 2013 _____



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Terveys- ja liikunta-ala Opinnäytetyön
Hoitotyön tiivistelmä
koulutusohjelma

Tekijä	Tuula Moilanen, Pirita Mukku ja Sari Ravelin	Vuosi	2013
Toimeksiantaja	Lapin Sydänpiiri ry		
Työn nimi	Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneiden ryhmäläisten kokemuksia Rovaniemellä		
Sivu- ja liitemäärä	46 + 5		

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla valtimotautia sairastavien tai taudin riskiryhmässä olevien henkilöiden kokemuksia Tulppa-avokuntoutukseen osallistumisesta. Tulppa-avokuntoutusohjelma on ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma valtimotautia sairastaville tai riskiryhmässä oleville. Ohjelma on valtakunnallinen ja se järjestettiin ensimmäistä kertaa Rovaniemellä helmikuussa 2013. Opinnäytetyössä Lapin Sydänpiiri ry:n toimeksiannossa tutkimme, millaisia kokemuksia ryhmän jäsenillä oli kuntoutusohjelmasta ja ryhmästä. Lisäksi pyrimme kuvaamaan, miten kuntoutujat kokivat vertaistuen ja tulevaisuutensa.

Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin esseen kirjoittamista, jossa osallistujia pyydettiin kirjoittamaan vapaamuotoinen essee annettujen aihealueiden mukaan. Aihealueet laadittiin avoimien kysymysten muotoon. Tutkimukseen osallistui 7 henkilöä.

Tutkimustulosten mukaan huoli omasta terveydestä sai ryhmäläiset lähtemään mukaan avokuntoutustoimintaan. Vaaratekijöitä terveydelle olivat erilaiset sydän- ja verisuonisairaudet, perinnölliset tekijät, korkea kolesteroli, ylipaino ja stressi. Ryhmäläisten avaintekijöitä omiin vaaratekijöihin olivat stressi, painonhallinta, ruokavalio ja liikunta. Ryhmäläiset olivat tehneet konkreettisia elämäntapamuutoksia lisäämällä liikuntaa, ylläpitämällä terveellisiä ruokailutottumuksia sekä kiinnittämällä huomiota stressin hallintaan. Ryhmäläiset kokivat merkittäväksi vertaistuen, vuorovaikutuksen sekä oma osallistuminen ryhmän toimintaan. Kuntoutuksen ryhmätoiminnan eduksi koettiin motivaation saaminen oman elämäntapansa hallintaan. Negatiivisiksi seikoiksi nähtiin ryhmän heterogeenisyys ja ryhmäläisten poissaolot. Ryhmäläisten vastauksista kävi ilmi, että he jatkavat elämäntapamuutosprosessia tulevaisuudessa valitsemansa avaintekijän ja asettamiensa tavoitteiden mukaan. Konkreettisine toimina jatkossa olivat muun muassa kunnon kohottaminen, painon- ja stressinhallinta sekä terveellisten elämäntapojen ylläpito.

Avainsanat Valtimotauti, vaaratekijä, terveyden edistäminen, kuntoutus, vertaistuki



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Terveys- ja liikunta-ala Opinnäytetyön
Hoitotyön tiivistelmä
koulutusohjelma

Authors	Tuula Moilanen Pirita Mukku Sari Ravelin	Year	2013
Commissioned by	Lapin Sydänpiiri ry		
Subject of thesis	Tulppa - Open Rehabilitation Program in Rovaniemi. Experiences of The Participants.		
Number of pages	46 + 5		

The purpose of our thesis is to describe the experiences of the participants of the Tulppa open rehabilitation program in Rovaniemi. The Tulppa - program is an open rehabilitation group for people with arterial diseases or for those who are in a risk to catch the disease. The program is nationwide in Finland. The group started in Rovaniemi in February 2013, and it was the first group organized in Lapland. Lapin Sydänpiiri ry is the commissioner of this thesis. We examined what kind of experiences the group members got from the rehabilitation program and of the group. Also, our aim was to describe how the group members experienced peer support and their future.

The research was carried out as a qualitative study. The data collection method in the thesis was an essay. The informants were asked to write an informal essay on the given themes. The themes were drawn up into open questions. The study included 7 informants.

According to the results, concerns of the participants' own health motivated them to join the out-patient rehabilitation program. The risk factors to their health were different kinds of cardiovascular diseases, heredity, high cholesterol, overweight and stress. The group members' key factors to their own risk factors were stress, weight control, diet and exercise. The participants had made concrete lifestyle changes by increasing physical activity, by maintaining healthy lifestyle and by paying attention to the management of stress. The group members experienced peer support, interaction and their own participation to the group activities as significant factors. To get a motivation towards life management were seen as the benefits of the out-patient rehabilitation group. Negative matters reported were the heterogeneity of the group and also the absences of the group members. According to the results of this study, the group members will continue the process of a life style change in the future according to their own key factors and the goals they had set. As concrete actions to improve their condition, the informants reported weight control and stress as well as maintaining a healthy lifestyle.

Keywords, artery diseases, risk factor, health promotion, out-patient rehabilitation, peer support



SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	4
3 VALTIMOTAUTIPOTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	5
3.1 VALTIMOTAUDIT	5
3.1.1 <i>Valtimotaudin kehittyminen</i>	5
3.1.2 <i>Valtimotaudin vaaratekijät</i>	7
3.2 VALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	9
3.2.1 <i>Terveyden määritelmä</i>	9
3.2.2 <i>Terveyden edistäminen</i>	11
3.3 VALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN RYHMÄKUNTOUTUS JA VERTAISTUKI.....	14
3.3.1 <i>Valtimopotilaan kuntoutus</i>	14
3.3.2 <i>Ryhmän ohjaus valtimosairautta sairastavan kuntoutuksessa</i>	17
3.3.3 <i>Vertaistuki valtimotautia sairastavan kuntoutumisen tukena</i>	19
4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ	22
4.1 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	22
4.2 AINEISTON HANKINTA JA KOHDERYHMÄ	23
4.3 AINEISTON ANALYYSI.....	25
5 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	28
5.1 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN KRITTEERIT	28
5.2 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT	30
6 TUTKIMUSTULOKSET	32
6.1 AVOKUNTOUTUSRYHMÄÄN OSALLISTUNEEN LÄHTÖTILANTEEN KUVAUS.....	32
6.2 AVOKUNTOUTUSRYHMÄÄN OSALLISTUNEIDEN KOKEMUKSIA KUNTOUTUKSEN ENSIMMÄISESTÄ VAIHEESTA.....	33
6.3 AVOKUNTOUTUSRYHMÄN HENKILÖIDEN KOKEMUKSET KUNTOUTUKSEN SISÄLLÖSTÄ JA RYHMÄN TOIMINNASTA	33
6.4 AVOKUNTOUTUKSEEN OSALLISTUNEIDEN ELÄMÄNTAPAMUUTOSPROSESSIN JATKUMINEN	35
7 POHDINTA	36
7.1 TULOSTEN TARKASTELUA	36
7.2 OMAN AMMATILLISEN KASVUN POHDINTA.....	39
LÄHTEET.....	41
LIITTEET.....	46

JOHDANTO

Maailmanlaajuisesti sydän- ja verisuonisairauksiin kuolee vuosittain arviolta noin 17 miljoonaa ihmistä vuosittain (World Health Organization 2013.) Suomessa sydän- ja verisuonisairaudet muodostavat suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. Vaikka kuolleisuus on vähentynyt merkittävästi 1970-luvulta lähtien, ne aiheuttavat edelleen vajaa puolet työikäisten kuolemista. Yksi yleisimmistä sydän- ja verisuonisairauksista on sepelvaltimotauti, johon kuolee Suomessa vuosittain 12 000 ihmistä. Sepelvaltimotaudin yleisin syy on ateroskleroosi eli valtimonseinämien kovettuminen, joka vähentää sepelvaltimoverenkiertoa. Sen syntymiseen vaikuttavat muun muassa perinnölliset tekijät, elämäntavat, ravinnon rasvapitoisuus ja kohonnut verenpaine. Sepelvaltimotaudin vähentymiseen 1960-luvulta tähän päivään ovat vaikuttaneet kohentuneet elintavat sekä kehittyneet hoitomenetelmät. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013).

Sepelvaltimotauti on etenevä sairaus, joka ei ole parannettavissa, mutta hyvällä hoidolla ja terveillä elintavoilla on suuri merkitys potilaan terveydelle. Ne lievittävät oireita, hidastavat sairauden kulkua ja parantavat ennustetta. Sairastuneen tai riskiryhmässä olevan on huolehdittava sairauden vaatimista elintapa- ja itsehoidosta niin, että hoito on tasapainossa muun elämän kanssa. Avaintekijöitä, jotka vaikuttavat elämänlaatuun ja ennusteeseen itsehoidossa, ovat terveellinen ravitsemus, säännöllinen liikunta, tupakoimattomuus ja hyvä mieli. (Suomen Sydänliitto ry 2012).

Sepelvaltimotautiin sairastunut tai riskissä sairastua oleva henkilö ohjataan usein sydänkuntoutukseen, joka on suunnitelmallinen ja moniammatillinen kuntoutusohjelma. Se toteutetaan yleisimmin avokuntoutuksena. Sen tavoitteena on sairastuneen potilaan toipumisen edistäminen sekä mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009). Elämäntapamuutokset ovat usein vaikeita toteuttaa ilman hyvää tukiverkkoa ja ohjausta, joten sairastunut tai riskiryhmässä oleva tarvitsee monipuolista tietoa ja tukea sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Suomessa sydänkuntoutus on usean sairaanhoidon ja terveydenhuollon tahon ja niiden yksikköjen tarjoama

palvelukokonaisuus (Kelan tutkimusosasto 2007.) Nykypäivänä ihmiset ovat hyvinkin tietoisia terveyden riskitekijöistä, joten haasteena väestön terveyden edistämiseksi on uudenlaisten keinojen luominen kohentamaan yksilön omaa aktiivista toimintaa ja vastuunottoa omasta terveydestä huolehtimiseen (Routasalo – Airaksinen – Mäntyranta – Pitkälä 2009.)

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Lapin Sydämpiiri ry. Piiri on mukana Tulppa-hankkeessa, jossa arvioidaan korkean riskin valtimotautipotilaiden kuntoutusjärjestelmän sekä kolmannen ja julkisen sektorin yhteistyön toimivuutta. Lapin Sydämpiiri ry aloitti keväällä 2013 ensimmäistä kertaa Rovaniemellä Tulppa-avokuntoutusohjelman, joka on ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma valtimotautipotilaille ja henkilöille, joilla on valtimotaudin vaaratekijöitä. Ohjelman pääkohderyhmänä ovat sepelvaltimotautipotilaat, mutta se sopii myös tyypin 2 diabeetikoille ja aivoverenkiertohäiriöistä kärsiville. Tulppa-avokuntoutusryhmät toimivat Suomessa useilla paikkakunnilla, joissa ne ovat toteutettu terveystieteiden toimintana. (Suomen Sydänliitto ry 2011). Lapin Sydämpiiri ry:n tavoitteena on sisällyttää Tulppa-avokuntoutusohjelma myös Rovaniemellä osaksi perusterveydenhuoltoa. Kuntoutusohjelman ensimmäinen vaihe sisältää kymmenen kokoontumiskertaa viikon välein, jonka jälkeen ryhmä kokoontuu uudelleen yhden kerran 6 kuukauden kuluttua sekä vuoden kuluttua. Tulppa-avokuntoutusohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on, että kuntoutujat tunnistavat omaan tilanteeseensa liittyvät riskitekijät, joita käsittelevät kuntoutuksen aikana.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvailla Rovaniemellä helmikuussa 2013 aloittaneen ryhmän elämäntapamuutosprosessia terveyttä edistävästä näkökulmasta ja elämäntapamuutokseen vaikuttavista tekijöistä. Tulevina hoitajina halusimme kehittää omaa ammattitaitoa ja oppia valtimotautipotilaan terveyttä edistävästä elämäntapaohjauksesta sekä sen vaikutuksista ihmiseen. Hoitotyössä ohjauksella on suuri merkitys ja potilaan terveysongelman hallintaa voidaan tukea laadukkaalla hoidon avulla, jonka yhtenä osa-alueena on laadukas potilasohjaus (Jaakonsaari 2009, 16.) Tulevaisuudessa toimiessamme terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä, kohtaamme valtimotautiin sairastuneita ihmisiä sekä heitä, joilla on valtimotaudin riskitekijöitä. Halusimme syventää tietojamme valtimotaudin

aiheuttamista fysiologisista muutoksista, jotta tulevina hoitajina ymmärrämme valtimotaudin sairauden kulun ja voimme panostaa laadukkaaseen potilasohjaukseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla valtimotautia sairastavien tai taudin riskiryhmässä olevien henkilöiden kokemuksia Tulppa-avokuntoutukseen osallistumisesta sekä tutkia heidän elämäntapamuutosprosessia terveyttä edistävästä näkökulmasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että Lapin sydänpiiri ry saa opinnäytetyöstämme tietoa, miten kuntoutus on onnistunut, kuinka ryhmäläiset ovat kokeneet sen ja mitä eväitä he saivat elämäntapamuutosprosessiin jatkossa. Sydänpiirin tavoitteena on sisällyttää Tulppa-avokuntoutusohjelma osaksi perusterveydenhuollon palveluita, jolloin opinnäytetyöstä saatuja tuloksia kuntoutujien kokemuksista voidaan hyödyntää suunnitellessa ja toteuttaessa mahdollisia tulevia sydänkuntoutusohjelmia. Tavoitteena on myös, että kuntoutujat saavat opinnäytetyöstämme ulkopuolisen näkökulman ryhmän toiminnasta. Halusimme tulevina terveydenhoitajina ja sairaanhoitajina oppia sydän- ja valtimosairauksien ennaltaehkäisystä ja terveyden ylläpitämisestä. Haluamme oppia myös omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimustehtävämme ovat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneilla on kuntoutusohjelman sisällöstä ensimmäiseen vaiheen aikana?
2. Millaisia kokemuksia Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneilla henkilöillä on ryhmän toiminnasta?
3. Millaisia elämäntapasuunnitelmia Tulppa-avokuntoutukseen osallistuneilla henkilöillä on kuntoutuksen ensimmäisen vaiheen jälkeiselle puolelle vuodelle?

3 VALTIMOTAUTIPOTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Valtimotaudit

3.1.1 Valtimotaudin kehittyminen

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat Suomessa ja muissa länsimaissa tärkein ennenaikaista kuolleisuutta aiheuttava sairausryhmä. Kehittyneissä teollisuusmaissa hoidon painopiste on sairauksien ehkäisyssä, joten sydän ja verisuonisairaudet ovat siirtymässä vanhempien ikäryhmien sairauksiksi. Tämä aiheuttaa haasteen terveydenhuoltojärjestelmälle, koska sairauksien hoidon kehittyessä ja ennusteen parantuessa väestössä on yhä suurempi määrä sydän- ja verisuonisairauksia sairastavia iäkkäitä potilaita, joiden hoitoon tarvitaan yhä enemmän resursseja. (Heikkilä – Kupari 2008, 74–75.) Yksi yleisimmistä sydän- ja verisuonisairauksista on sepelvaltimotauti, johon kuolee Suomessa vuosittain 12 000 ihmistä. Sepelvaltimotaudin yleisin syy on ateroskleroosi eli valtimonseinämien kovettuminen, joka vähentää sepelvaltimoverenkiertoa (Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos 2013). Sepelvaltimotaudin ohella valtimonkovettumistauti voi kehittyä myös aivoverisuoniin ja alaraajoihin, jolloin potilaalla voi olla aivoverenkiertohäiriöitä tai kävelyvaikeuksia katkokävelyoireen vuoksi. Tyypin 2 diabetesta pidetään myös valtimotautina, koska samat taustatekijät vaikuttavat sen syntyyn ja diabetes vaikuttaa muiden valtimotautien tavoin valtimoihin haitallisesti. (Mustajoki 2012).

Ateroskleroosi eli valtimonkovettumatauti on suurten ja keskisuurten valtimoiden sisäkerroksen eli intiman sairaus. Sepelvaltimot ja erityisesti niiden haarakohdat ovat herkimpiä ateroskleroosin kehittymiselle (Heikkilä – Kupari 2008, 299). Valtimotaudin kehittyminen alkaa valtimon sisäkerroksesta, johon muodostuu aluksi rasvajuosteita. Ikääntymisen myötä, yli 30-vuotiailla ihmisillä, rasvakertymien ympärille voi kertyä sidekudosta ja valtimon seinämiin syntyy kovettumia eli plakkeja. (Mäkijärvi – Kettunen – Kivelä – Parikka – Yli-Mäyry 2011, 249–250). Ateroskleroosin kehittymistä kiihdyttävät veren seerumin suuri LDL-kolesterolipitoisuus, pieni HDL-kolesterolipitoisuus, tupakointi, kohonnut verenpaine ja diabetes. Seerumin suurentunut LDL-pitoisuus on ateroskleroosin ensisijainen vaaratekijä, jonka

kertymistä intimaan muut vaaratekijät kiihdyttävät. Kertymistä ei tapahdu mikäli seerumin kolesterolipitoisuus on pieni, vaikka muiden vaaratekijöiden taso olisikin kohonnut. LDL-kolesterolipitoisuudella on suuri merkitys ateroskleroosin synnyssä (Heikkilä – Kupari 2008, 300–301.) Ateroskleroosin kehittyminen alkaa jo lapsuusiällä, joten lapsuuden ja nuoruuden aikaisilla vaaratekijöillä on yhteys aikuisiän vaaratekijöihin. Sepelvaltimotaudin vaaratekijätutkimukset ovat osoittaneet useiden lapsuuden ja nuoruuden aikaisten vaaratekijöiden ennustavan aikuisiällä rakenteellisia ja toiminnallisia ateroskleroosin varhaismuutoksia verisuonten seinämiin. Mitä enemmän henkilöllä on vaaratekijöitä lapsuudessa ja nuoruudessa, sitä pidemmälle oireeton ateroskleroosi on edennyt aikuisiässä. (Salmela 2005, 13).

Kovettumien kehityttyä valtimo on vaarassa ahtautua, jolloin sen seinämät laajenevat ulospäin taatakseen riittävän verenkierron ja ainoastaan valtimon seinämä paksuuntuu. Taudin edetessä osa plakeista kasvaessaan ahtauttavat esimerkiksi sepelvaltimon ja aiheuttavat ahtauttavan sepelvaltimotaudin eli angina pectoriksen. Plakki voi kuitenkin ennen ahtauttavan taudin etenemistä vioittua tai revetä, joka voi käynnistää valtimonsisäisen veren hyytymisprossin. Kudokset tarvitsevat happea ja ravintoa, joita valtimot kuljettavat veren mukana. Hyytymisprosessi voi tukkia valtimon ja aiheuttaa vaurion siinä kohde-elimessä, jonka verenkierrosta valtimo huolehtii. (Mäkijärvi ym. 2011, 249–252). Esimerkiksi sepelvaltimon tukkeutuessa kokonaan henkilöllä on vaarana sydänlihaksen kuolio eli sydäninfarkti (Salmela 2005, 12). Pienet hyytymät voivat myös kulkeutua esimerkiksi sepelvaltimoiden latvahaaroihin, jolloin sydänlihas kärsii hapenpuutteesta ja henkilö voi saada pieniä sydänlihaskvaurioita ja tarvitsee pikaista sairaalahoitoa rintakipujen ja sepelvaltimoahtauman vuoksi. Jos valtimon tukkeutuminen on osittainen, vähäinen hapen saanti aiheuttaa kipua, joka voi säteillä kaulalle, käsivarsiin, lavan seutuun tai ylävatsalle. Lisäksi hapenpuutteesta johtuvia oireita ovat rytmihäiriöt, läppävuodot ja sydämen äkillinen tai krooninen vajaatoiminta. Valtimotauti voi kehittyä myös aivovaltimoihin, joiden tukkeutuminen johtaa aivohalvaukseen. Alaraajojen valtimoiden ahtautuminen aiheuttaa katkokävelyä ja pahimmillaan jalka menee kuolioon. (Mäkijärvi ym. 2011, 249–252).

3.1.2 Valtimotaudin vaaratekijät

Valtimonkovettumistaudin syntyyn ei ole tiedossa yhtä yksittäistä syytä, mutta tutkimuksissa on pystytty rajaamaan kolme tärkeintä riskitekijää taudin kehittymiselle, joita ovat veren korkea kolesterolipitoisuus eli dyslipidemia, verenpainetauti ja tupakointi. Muita vaaratekijöitä ovat diabetes, korkea verenpaine eli hypertensio, korkea ikä ja sepelvaltimotauti nuorella lähisukulaisella. Elämäntavoilla, kuten tupakoinnilla, rasvaisella ja runsaskalorisella ravinnolla, liikkumattomuudella, stressillä sekä alkoholin käytöllä, on kiistaton yhteys ateroomaplakin syntymiseen ja vaaratekijöiden kasaantumiseen, mutta myös perinnöllisellä alttiudella on osuutta sairastumiseen. (Holmia – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 2009, 198–199).

Lisääntynyt ravinnon kolesterolimäärä tai hidas kolesterolin poistuminen verenkierrosta aiheuttavat veren kohonneen kolesterolitason (Mäkijärvi ym. 2008, 231). Veren kolesterolipitoisuutta ja triglyseridipitoisuutta säätelevät perimä ja elintavat. Ensisijaisena toimenpiteenä ateroskleroosin ehkäisyyn on aina ruokavalion muutos, kun halutaan ennaltaehkäistä korkea kolesterolipitoisuutta tai hoitaa jo koholla olevaa kolesterolia. (Suomen Sydänliitto ry 2013). Kolesterolin suurentunut saanti johtuu yleensä runsaasti eläinperäisiä rasvoja sisältävästä ravinnosta, joskin ravinnon vaikutus kolesterolitasoon on yksilöllinen. Yleensä ravintotottumusten muuttaminen vähentää tehokkaasti seerumin kolesteroliarvoja. Periytyvä hyperkolesterolemia ja taipumus sepelvaltimotautiin on erittäin selvä famiaalisissa rasva-aineenvaihdunnan häiriöissä (FH). Muussa tapauksessa perinnöllinen taipumus on merkittävä ainoastaan, jos henkilön miespuolinen lähisukulainen on sairastunut sepelvaltimotautiin alle 55-vuotiaana tai naispuolinen sukulainen alle 65-vuotiaana. (Mäkijärvi ym. 2011, 231, 252). Tupakointi on edistää myös valtimotaudin kehittymistä, koska sen valtimot ahtautuvat, jäykistyvät ja kalkkiutuvat tupakoinnin seurauksena. Lisäksi veren LDL-kolesterolin ja triglyseridien määrät kohoavat ja hyvä HDL-kolesteroli laskee. Tupakoijan sydän kärsii nikotiinin aiheuttamasta sydämen työmäärän lisääntymisestä. (Suomen Sydänliitto ry 2013.)

Sepelvaltimotaudin kehittymiselle erittäin tärkeitä vaaratekijöitä ovat diabetes ja sen esiasteet sekä metabolinen oireyhtymä. Ylipaino itsessään tai

yhdistettynä diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöön on merkittävä tekijä sepelvaltimotaudin kehittymisessä, koska lihavilla henkilöillä on normaalipainoisiin verrattuna keskimääräistä korkeampi verenpaine ja veren kokonaiskolesteroli-, triglyseridi-, sokeri- ja insuliiniarvo ja matalampi HDL-kolesterolitaso. (Mustajärvi ym. 2011, 253). Säännöllisellä liikunnalla on suotuisa vaikutus veren rasva-aineenvaihduntaan, koska se lisää hyvän kolesterolin osuutta ja ehkäisee valtimotaudin kehittymistä. Liikunta ja painonpudotus ennaltaehkäisevät myös diabetekseen ja verenpainetaudin kehittymistä ja sairastuneilla auttavat hyvän hoitotasapainon ylläpidossa. (Holmia ym. 2009, 199).

Terveillä elämäntavoilla ja suotuisalla perimällä on edistävä vaikutus hyvän kolesterolin muodostumiseen ja verenpaineen säilymiseen tavoitetasolla (Holmia ym. 2011, 199). Tilapäinen verenpaineen vaihtelu on normaalia, mutta jatkuvasti koholla oleva verenpaine vaurioittaa sydänlihasta ja verisuonia. Kohonnutta verenpainetta hoidetaan aina elintapamuutoksilla, sekä tarvittaessa lääkkeillä. (Suomen Sydänliitto ry 2013.) Kohonneen verenpaineen vaaratekijöiden lääkkeettömässä hoidossa kannustetaan terveelliseen ruokavalioon, liikapainon vähentämiseen, alkoholin käytön välttämiseen, liikunnan säännölliseen harrastamiseen ja tupakoinnin lopettamiseen. Ruokavaliossa on tärkeää välttää liiallista suolan saantia sekä syödä runsaasti kasviksia, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljavalmisteita riittävän kaliumin saannin turvaamiseksi. Lisäksi on huolehdittava riittävän kalsiumin saannista päivittäin. Runsas alkoholinkäyttö lisää aivohalvauksen vaaraa ja voi heikentää verenpainelääkityksen tehoa. (Nikkilä 2013). Terveet elämäntavat vaikuttavat suotuisasti valtimonkovettumistaudin kehittymiseen.

Myös stressi, persoonallisuustekijät, sosioekonomiset ja maantieteelliset tekijät vaikuttavat sairastuvuuteen (Mäkijärvi ym. 2011, 253). Sairastumisen vaaraa lisää myös miessukupuoli, koska naisilla sepelvaltimotauti on yleisempää vasta menopaussin jälkeen (Holmia ym. 2009, 199.) Mielialalla on todettu olevan vaikutusta sepelvaltimotaudin kehittymiseen. Depressio ja depressiivisyys ovat sepelvaltimotaudin ja sepelvaltimotautikuolleisuuden vaaratekijöitä iäkkäillä. Tutkimuksissa on osoitettu, että 21–80-vuotiaiden miesten sairastumisen vaaratekijöitä ovat itsearvioitu A-tyypin

käyttäytyminen, suuttumus, vihan kokeminen, hallitseva luonne ja vihamielisyys, mutta vihamielisyydellä ei ole havaittu yhteyttä sepelvaltimotautikuolleisuuteen 41–80-vuotiailla miehillä tai naisilla. (Salmela 2005, 15). Osalla ihmisistä stressi vaikuttaa merkittävästi sepelvaltimotaudin pahenemiseen. Pitkittyessään stressi nostaa verenpainetta ja kolesterolitasoa sekä lisää hyytymäalttiutta, joten sepelvaltimotautia sairastavan on tärkeää kehittää itsetuntemusta sekä oppia tunnistamaan stressin merkit ja hallitsemaan sitä. (Suomen Sydänliitto ry 2009; Holmia ym. 2011, 199.)

Valtimotaudin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa pitkälti elämäntavoilla, joten useampien valtimotautia sairastavien tai suuressa sairastumisvaarassa olevien henkilöiden on tarpeen muuttaa elintapojaan. Useat haitalliset elintavat kuten tupakointi, epäterveellinen ruokavalio tai liikkumattomuus omaksutaan useiden vuosien kuluessa, jolloin käyttäytymisen muutokseen tarvitaan aikaa ja asiantuntemusta. Muutokselle voi olla esteenä henkilökohtainen elämäntilanne tai negatiiviset tunteet, kuten ahdistus, masennus, ärtyneisyys tai vihamielisyys, joiden tunnistaminen auttaa sen toteutumisessa. Henkilön on oivallettava itse vaaratekijät ja niiden ehkäisyn merkitys, jotta elämäntapamuutos on mahdollinen. (Mustajärvi ym. 2011, 256).

3.2 Valtimotautia sairastavan terveyden edistäminen

3.2.1 Terveyden määritelmä

Terveys käsitteenä liittyy ihmiseen, ryhmään tai yhteisöön (Lauri – Elomaa 2007, 63.) Terveyden käsitteestä on olemassa erilaisia käsityksiä ja määritelmiä ja sitä pidetään dynaamisena käsitteenä, joka kehittyy jatkuvasti ja jota voi ymmärtää parhaiten, kun se on kytkettynä tiettyyn yhteiskuntaan ja historialliseen yhteyteen. Maailman terveysjärjestön, WHO:n, vuonna 1946 laatiman määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei ainoastaan sairauden puuttuminen. Määritelmää pidetään osin epärealistisena, koska tila ei ole saavutettavissa ja siitä puuttuu ihmisen oma näkemys omasta terveydestään. (Kristoffersen-Jahren – Nortvedt – Skaug 2006, 32, 41–42). Florence Nightingale,

määritteli 1957 terveyden hyvinvoinniksi ja kaikkien kykyjen täysipainoiseksi käyttämiseksi. Hendersonin (1966) ja Travelbeen (1971) käsitys terveydestä jakaantuu objektiiviseen ja subjektiiviseen terveyteen, jossa objektiivinen merkitsee ammattilaisen arvioita henkilön terveydestä ja subjektiivinen ihmisen omaa kokemusta hyvinvoinnistaan. (Eriksson – Isola – Kyngäs – Leino-Kilpi – Lindström – Paavilainen – Pietilä – Salanterä – Vehviläinen-Julkunen – Åstedt-Kurki 2007, 78). British Medical Journalin 2011 muodostama terveyden määritelmä pohjautuu WHO:n määritelmään ja siihen lisätty yksilön kyky sopeutua ja itse korjata sosiaalisen, fyysisen tai tunne-elämään liittyvän haasteen aiheuttamat häiriöt, joten sen mukaan yksilö voi pitkälti itse vaikuttaa omaan terveyteen tai sen kokemiseen. Määritelmässä korostuvat toimintakyky, elämänlaatu ja hyvinvoinnin kokemus, jolloin sairauksien ennaltaehkäisy perustuu vahvasti yksilön sopeutumiskyvyn vahvistamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011).

Terveys on usein kuvattu yhdeksi ihmisen elämän tärkeimmistä arvoista (Pietilä 2010, 10.) Terveyteen kuuluu pyrkimys kohti tasapainoisuuden tilaa, jossa ihmisellä on käytössään kaikki mahdollisuudet toimia itsenäisesti ja pitää yllä terveyttään. Terveyden ja hyvinvoinnin kokemukset perustuvat Åstedt-Kurjen (1992) mukaan ihmisen arvoihin ja arkielämän kokemuksiin. Ihmisen omiin arvoihin perustuva käsitys terveydestä on lähellä ajatusta hyvästä elämästä ja on kaikille ihmisille erilainen. Ihmisen arkikokemukset perustuvat tuntemuksiin, tietoon ja tekoihin, jotka myös vaikuttavat yksilön terveyteen ja sen kokemiseen. (Eriksson ym. 2007, 78–79.)

Terveys ja sairaus ovat hoitotyön keskeisiä käsitteitä ja terveys on yksi hoitotyön tavoitteista. Hoitotyössä on olennaista myös potilaan terveyden edistäminen vakavasta sairaudesta tai toiminnan häiriöstä huolimatta tai terveydentilan palauttaminen ja säilyttäminen tai molemmat. (Kristoffersen-Jahren – Nortvedt – Skaug 2006, 38–39; Eriksson ym. 2007, 83). Terveys ymmärretään myös toimintakyvyksi ja sen tunnusmerkkeinä pidetään sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, koska ne edistävät ihmisen kykyä käsitellä elämäntilannettaan. Ihmisen fyysistä toimintaa voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta; ruumiillisen rakenteen ja elimistön toimintana sekä ihmisen toimintana ulospäin. Ensin mainitun mukaan terveys tarkoittaa ihmisruumiin fysiologisten toimintojen normaalia toimintaa ja

normaaliarvoja. Jälkimmäisessä näkökulmassa pidetään ensisijaisena ihmisen ulospäin suuntautuvaa toimintaa. Olennaista on, kykeneekö ihminen selviytymään elimistön asettamista vaatimuksista ja toimimaan yhteiskunnassa. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna fysiologinen virhe, heikentynyt toimintakyky tai vamma on merkityksellinen vain siinä tapauksessa, mikäli se vaikuttaa ihmisen kykyyn selviytyä arkielämästä. (Kristoffersen-Jahren – Nortvedt – Skaug 2006, 39–40).

Psyykkistä toimintakykyä tarkasteltaessa olennaista on ihmisen ominaisuudet ja kyky toimia muiden ihmisten kanssa, kykyä tuntea, kokea, muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta, suunnitella elämänsä ja tehdä sitä koskevia päätöksiä (Aalto 2011). Psyykkisen terveyden määritelmässä kuvataan ihmistä, jolla on vahva kyky sopeutua elämän muuttuviin olosuhteisiin ja rasituksiin. Myös psyykkistä terveyttä voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta; ihmisen sisäisen psyykkisen rakenteen ja ulospäin suuntautuvan toiminnan näkökulmasta. Ihmisen minän rakenne ja yhtenäisyys on ratkaisevaa sen suhteen, miten hän kykenee käsittelemään psyykkistä kuormitusta. Psyykkisen terveyden kannalta ihmisen suhteita muihin ihmisiin, perheeseen, ystäviin ja työtovereihin, yhteiskuntaan kokonaisuutena sekä yhteiskunnan arvoihin ja normeihin pidetään tärkeinä. (Kristoffersen-Jahren – Nortvedt – Skaug 2006, 39–40).

Tärkeintä ihmisen toimintakyvyn kannalta on hänen voimavarojen ja tilanteen vaatimusten välinen suhde. Ihminen voi olla toimintakykyinen, mikäli ulkoiset vaatimukset voidaan sopeuttaa ihmisen voimavaroihin. (Kristoffersen-Jahren – Nortvedt – Skaug 2006, 38–39). Terveys on suhteellista ja siihen vaikuttavat myös yksilöllisten ratkaisujen ja elämäntapojen lisäksi laajasti ihmisen psyykinen hyvinvointi, työolosuhteet, elinympäristö ja yhteiskunnalliset päätökset (Pietilä, 2010, 16.)

3.2.2 Terveiden edistäminen

Terveiden edistämisen käsite on laaja-alainen ja monisäikeinen. Nykyinen terveyden edistämisen käsite pohjautuu Ottawan asiakirjan sisältöön vuodelta 1986. Sen mukaan terveyden edistäminen on terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista,

yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveystalvveluiden uudistamista. Tavoitteena on kehittää ihmisten mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista. Siinä korostuu terveyden arvoperustaisen luonteen sisäistäminen. Lähtökohtana arvoja määriteltäessä on eettinen ajattelu. Ottawan julistuksessa on kuvattu terveyden edistämisen etiikan lähtökohdat, joita pidetään yhä edelleen maailmanlaajuisesti terveyden edistämisen etiikan perustana. (Pietilä 2010, 15–16). Olennaista terveyden edistämässä on mahdollisuuksien parantaminen. Tärkeää on yksilön terveys sekä ihmisten mahdollisuudet vaikuttaa ympäristöönsä. Terveyden edistäminen on yhteisön terveyden edellytyksiin vaikuttavaa toimintaa. Siinä tarkastellaan terveyttä kahdesta näkökulmasta; yksilön ja yhteisöjen. Yhteiskunnallinen päätöksenteko on terveyden edistämisen kannalta olennaista. (Vertio 2003, 29.)

Terveyden edistämässä on ensisijaista, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. Aaron Antonovskyn kehittämä teoria, salutogeneesi eli terveyslähtöisyys, korostaa terveyttä ja sen syntymekanismeja. Siinä on keskeistä voimavarat, jotka edistävät terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasoilla. Merkittävää tässä lähestymistavassa on elämänkaaren kestoiset prosessit, joiden tarkoitus on tukea ja edistää terveyttä elämään liittyvänä voimavarana. Teorian mukaan ratkaisevaa on ihmisen optimistinen suhtautuminen elämään ja sen tarkoituksenmukaisuuden tunnistaminen eri tilanteissa sekä oppia käyttämään hyväksi omia ja ympäristön voimavaroja. Tätä kykyä, jossa ihminen kykenee hyödyntämään voimavaroja hyväkseen, kutsutaan yhtenäisyyden- tai koherenssin tunteeksi. (Pietilä 2010, 32–35).

Nykyaikaisen terveyden edistämisen ajatus perustuu funktionaaliseen terveystalvitykseen, jonka päähuomio on ihmisen toimintakyvyssä, ja sen kohentamisessa terveyden edistämisen toimilla mahdollisesta sairausdiagnoosista huolimatta. Se on laajasti käytössä terveydenhuollon eri toimialueilla. Terveyden edistämisen toimet pohjautuvat näyttöön perustuviin toimintamalleihin, joissa on huomioitava lääketieteellisten ja kulttuuristen tekijöiden lisäksi myös ympäristö- ja elinolot, yhteiskunnallinen tilanne sekä ihmisten käyttäytymisen lainalaisuudet ja irrationaalisuudet. Terveyden edistämisen keinoja, yksilö- ja yhteiskunnallisella tasolla, ovat yksilön

henkilökohtainen ohjaus ja neuvonta sekä yhteisön kehittäminen. (Kauhanen – Erkkilä – Korhonen – Myllykangas – Pekkanen 2013, 102–103). Suomessa sydän- ja verisuonisairauksia pyritään ennaltaehkäisemään ja vähentämään valtakunnallisella tasolla vaikuttamalla terveystottumuksiin lapsuudesta vanhuuteen. Valtakunnallisessa Terveys 2015-ohjelmassa on määritelty suositukset kuntien palvelujärjestelmien toimista koskien terveellistä ravitsemusta, liikuntaa, ehkäisevää päihdetyötä, alkoholia ja tupakointia, jotka vaikuttavat myös valtimotauteihin ja niiden kehittymiseen. Ohjelmassa on määritelty suositellut toimenpiteet kunnissa eri ikäryhmille sekä kuvattu toimenpiteiden eri vaiheet suunnitelmasta, toteutukseen ja arviointiin. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2001.)

Valtimotaudin riskitekijöihin ja sairastumiseen voidaan vaikuttaa elintavoilla. Tutkimusten mukaan valtimotaudin riskitekijöitä vähentävät tupakoinnin lopettaminen, ravintoon liittyvät seikat, liikunta, sekä painonhallinta. (Mustajoki 2012). Ihmisten elintapasairaudet ovat lisääntyneet, vaikka nykyisin tiedetään terveyteen vaikuttavista tekijöistä enemmän kuin koskaan. Elintapamuutokseen tarvitaan tiedon lisäksi myös asenteen muutosta. Kansantaloudellisesti ja terveydellisestikin on järkevää pyrkiä vaikuttamaan ihmisten kansansairauksien taustalla oleviin elintapoihin, eikä vain sairauksien hoitamiseen. Elintapaneuvonnalla voidaan saada ihminen pohtimaan terveyden merkitystä sekä omien elintapojen vaikutusta terveyteen. Elintapaneuvontaan sisältyy näyttöön perustuva tieto sekä taito hienotunteiseen ja konkreettiseen yhteistyöhön asiakkaan ja hoitajan välillä. Ryhmässä tapahtuva elintapaohjaus on kustannuksiltaan pienempää kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjauksessa ryhmäläiset saavat teoriaan perustuvaa tietoa sekä tukea ja kokemuksia toisilta ryhmäläisiltä, jotka vahvistavat omatoimisuutta. Tarkoituksena on asiakkaan motivointi toimimaan terveellisesti omassa elinympäristössä, niin että muutosprosessi ei jää vain hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. (Eloranta - Huomo – Virkki – Frilander – Paavilainen 2007).

Elintapaneuvonta – ja ohjaus toteutetaan useimmiten ryhmäkuntoutuksena. Sydänpotilaiden kuntoutus painottui aiemmin, 1960-luvulla, ohjattuun liikuntaan, mutta viime vuosikymmeninä on ymmärretty kuntoutuksen käsittävän laaja-alaisesti henkilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen

hyvinvoinnin. Näiden osa-alueiden huomiointi potilaan hoidon ja kuntoutuksen kaikissa vaiheissa on olennaista kuntoutuksen onnistumisen kannalta. (Rissanen – Kallanranta – Suikkanen 2008, 363–364.) Sepelvaltimotautiin sairastunut tai riskissä sairastua oleva henkilö ohjataan terveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta sydänkuntoutukseen, joka on suunnitelmallinen ja moniammatillinen kuntoutusohjelma. Se toteutetaan yleisimmin avokuntoutuksena. Sen tavoitteena on sairastuneen potilaan toipumisen edistäminen sekä mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009). Suomessa sydänkuntoutus on usean sairaanhoidon ja terveydenhuollon tahon ja niiden yksikköjen tarjoama palvelukokonaisuus (Kelan tutkimusosasto 2007.)

3.3 Valtimotautia sairastavan ryhmäkuntoutus ja vertaistuki

3.3.1 Valtimopotilaan kuntoutus

Sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat potilaalle, läheisille ja yhteiskunnalle merkittävää haittaa ja lisäkustannuksia. Sydänsairauksien hoitokäytännöt ovat muuttuneet paljon uusien hoitokäytäntöjen ja tehokkaiden lääkkeiden myötä, millä on vaikutusta myös äkillisten sydäntapahtumien parempaan ennusteeseen. Pitkäaikaishoidossa parhaimpaan tulokseen päästään yhdistämällä hyvä hoito ja kuntoutus. Perusterveydenhuollon rooli tiedonjakamisessa ja jatkokuntoutuksessa on korostunut, koska sydänsairaana sairaalassaoloaika on lyhentynyt, joten elämäntapaohjauksen yksilölliseen antamiseen ei ole riittävästi aikaa. Potilaan itsehoito ja kuntoutumisen motivaatio voivat jäädä puutteellisiksi, jos potilas ei saa riittävästi tietoa sydänsairauden kroonisesta luonteesta esimerkiksi jatkokuntoutuksen tuen. (Rantala – Virtanen 2008).

Kuntoutuksen järjestämistä säätelee kuntoutuslaki, jossa on määritelty muun muassa kuntoutuksen työnjako. Sydänpotilaiden lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät terveydenhuollon lisäksi Sydänliiton piirit ja valtakunnalliset yhdistykset. Sydänpotilaille ei automaattisesti tarjota kuntoutusta, koska heille ei kuulu subjektiivista ns. lakisääteistä kuntoutusoikeutta, lukuun ottamatta vaikeavammaisia. Potilaan on usein itse otettava aktiivisesti selvää

kuntoutusmahdollisuuksista häntä hoitavalta henkilökunnalta, sydänpiireistä ja Kelasta. Kuntien terveydenhuollolla on päävastuu kuntoutuksen järjestämisestä ja se tulisi järjestää sairaalavaiheen jälkeen, mutta voimavarojen puuttuessa se toteutuu Suomessa vajavaisesti. Terveyskeskukset järjestävät sydänkuntoutusta enimmäkseen avoryhmäkuntoutuksena. Sydänliiton kuntoutustoiminta on luonteeltaan julkista toimintaa täydentävää ja se saa avustusta kuntoutuksen järjestämiseen Raha-automaattiyhdistykseltä. Järjestön tavoitteena on lisätä tietoa ja tukea toipumista ammattilaisten ja vertaistuen avulla. Potilas on oikeutettu Kelan järjestämään sydänkuntoutukseen vain, mikäli hänen sairaus aiheuttaa erittäin suurta haittaa ja kuntoutustarvetta vähintään vuoden ajan. (Mäkijärvi ym. 2011, 159–160).

Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutusohjelmaa, joka toimii suunnitelmallisesti ja moniammatillisesti potilaan terveyden edistämiseksi (Rantala – Virtanen 2008). Euroopan kardiologinen seura, Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology, on määritellyt sydänpotilaan kuntoutukseen kuuluvat osa-alueet, joita ovat fyysinen harjoittelu ja liikuntaneuvonta, tupakanpolton lopettaminen, rasva-aineenvaihdunnan hoito, verenpainetaudin hoito, sokeritaudin hoito, painon lasku sekä psykososiaalinen tuki. Suurin osa sisällöstä liittyy vaaratekijöihin eli sekundaaripreventioon. (Kelan tutkimusosasto 2007). Ohjelma sisältää osatavoitteita, potilaan fyysisen toimintakyvyn arvion sekä yksilöllisen ohjeistuksen harjoitteluun. Lisäksi potilas saa ravitsemusneuvontaa ja elämäntapaohjausta. Kuntoutuksessa tarkastellaan potilaan psyykkistä tilannetta, sekä tuetaan mahdollista masennusta tai ahdistusta. Kuntoutuksessa käsitellään riskitekijöiden tehokasta hoitoa, sekä ohjataan ottamaan vastuuta muuttamaan elintapoja terveelliseksi. Elintapamuutosten rinnalla sydänpotilaan olennaiseen kuntoutukseen kuuluu lääkehoito, jonka tavoitteena on ehkäistä vaaratekijöitä esimerkiksi alentamalla kolesterolia, laskemalla verenpainetta sekä ehkäistä uusia tukoksia ja infarkteja. (Rantala – Virtanen 2008).

Avo- ja laitospotilaan kuntoutuksen on todettu olevan sydänpotilaalle yhtä tehokkaita, jos niissä on samankaltainen sisältö. Lisäksi kuntoutusten on tutkittu vähentävän sairaalahoitopäiviä -ja kustannuksia. Oleellista

kustannusvaikuttavuuden kannalta on tavoitteellinen ja järjestelmällinen kuntoutusohjelma. (Mäkijärvi y. 2011, 158). Sydänpotilaan kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa mitataan elämänlaadun, oireiden ja toimintakyvyn paranemista ja korjaantumista. Lisäksi vaikuttavuutta mitataan myös kuolleisuuden ja uusien sairaustapahtumien, sairaalajaksojen ja kajoavien toimenpiteiden määrien sekä kustannusten vähenemisenä. Sydänpotilaiden fyysisen kuntoutuksen suotuisia tuloksia ovat muun muassa sokeriaineenvaihdunnan ja hapenottokyvyn paraneminen sekä verisuonien ja verenkierron positiiviset vaikutukset. (Rantala – Virtanen 2008).

Kansainvälisesti sydänkuntoutus on jaettu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on sairaalavaihe, jossa akuuttihoidon vaiheessa potilas saa kuntouttavia toimenpiteitä ja potilasopetusta. Toiseen vaiheeseen, eli toipumisvaiheeseen kuuluvat kuntoutumisohjelmat ensimmäisten 2- 16 viikon (-1v) ajan. Viimeisenä, kolmantena, vaiheena on ylläpito, johon sisältyy kuntoutumisohjelmat, jotka tukevat ylläpitämään toimintakykyä loppuelämän ajan. (Suomen Sydänliitto ry 2013).

Sydänpotilaiden kuntoutuksen tulisi sisältää tiettyjä keskeisiä aihealueita. Tietokuntoutuksella pyritään lisäämään tietoutta omasta sairaudesta, sen syistä, oireista, tutkimus- ja hoitomuodoista, itsehoidosta, sekä ennusteesta. Taitokuntoutuksen tarkoituksena on, potilas osaa mukauttaa sairaudesta saatua tietoa jokapäiväiseen elämäänsä ja hän tunnistaa sairautensa oireet sekä sopeutuu tilanteeseen esimerkiksi noudattamalla lääkehoitoa sekä terveellisiä elämäntapoja. Kuntoutuksen sisältöön kuuluu myös psykologinen tuki, jota potilas saa keskusteluilla ja tehdyillä mielialakyselyillä. Keskusteluissa kartoitetaan voimavaroja, jaksamista, työssä selviytymistä, stressin hallintaa sekä masennusta. Sairautta käsitellään myös parisuhteen näkökulmasta, sekä sairauden mahdollista vaikutusta seksuaalisuuteen tai perheeseen. Lisäksi tavoitteena on potilaan tietämys sosiaaliturvasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä, jotta hän osaa hakea oikeita tukipalveluja, sekä tietää mitä oikeuksia ja velvoitteita hänellä potilaana on. Potilaan on hyvä tunnistaa sairauden pahenemisvaiheen oireet, sekä toiminta hätätilanteissa. Myös omaisten olisi hyvä tunnistaa pahenemisoireet ja osata tehdä hätäilmoitus sekä aloittaa tarvittaessa peruselvytys. (Suomen Sydänliitto ry 2013).

Tulppa-avokuntoutus täyttää sydänkuntoutuksen kriteerit, koska siinä käydään läpi valtimotautien vaaratekijät ja niihin vaikuttaminen sekä käsitellään mielialatekijöitä, kivun hoitoa, oireiden tarkkailua ja hätätilanteita, jotka auttavat omahoidon toteutumisessa ja ylläpidossa. Kuntoutujien tavoitteiden asettelu ja tulosten seuranta on olennainen osa ohjelmaa. Lisäksi kuntoutuja valitsee vaaratekijöistään ns. avaintekijän, jonka muuttamiseen hän sitoutuu. Vaaratekijöissä tapahtuvia muutoksia seurataan ohjelman aikana fysiologisilla mittauksilla, liikuntatesteillä, liikunta- ja ruokapäiväkirjoilla sekä motivointitesteillä. (Suomen Sydänliitto ry 2011).

3.3.2 Ryhmän ohjaus valtimosairautta sairastavan kuntoutuksessa

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa tuetaan potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Sydänkuntoutukseen kuuluu yleensä vertaistuen saaminen. (British Heart Foundation 2013.) Ryhmäohjaus sopii hyvin pitkäaikaissairauksiin, joihin liittyvissä ryhmissä voidaan käsitellä sairauteen liittyvää yleistä ohjausta, elämäntavoilla terveyteen vaikuttamista ja rentoutumista. Ryhmäohjausta puoltavat myös ryhmän jäsenten toisiltaan saama tuki sekä omatoimisuuden vahvistuminen. Ryhmäohjaus tukee oppimista monella tavalla, koska jokainen tuo ryhmään omat kokemukset ja osaamisensa. Olennaista on, että jokainen ryhmän jäsen otetaan huomioon ja häntä kuunnellaan. Ohjaajalla on oltava riittävä tietopohja niin ohjattavasta aiheesta kuin ryhmätoiminnastakin. Ryhmään suhtautuminen tulee olla avointa, kunnioittavaa, rohkaisevaa, aitoa ja empaattista. Ryhmässä esiintyy usein myös vastarintaa, joka ilmenee passiivisuutena, tyytymättömyytenä tai vitsailuna. Hyvä ryhmänjohtaja osaa nostaa asiat esille ja selvittää ne. Kun ryhmä toimii tehokkaasti, nousevat esiin selkeät tavoitteet, yhteisymmärrys ja keskinäinen kunnioitus, jolloin ryhmä kykenee ratkaisemaan ongelmiaan. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan korvaa yksilöohjausta. (Eloranta – Virkki 2011, 77 - 84).

Tampereen yliopiston pro gradu- tutkielmassa on tutkittu ryhmäohjaajan roolia ohjausprosessissa. Tutkimustulosten mukaan ohjausprosessi rakentuu kokonaisuuksista, joita ovat minä ja maailmankuva, ohjausfilosofia sekä ohjaaminen toimintana. Minä ja maailmankuva konteksti pitää sisällään ohjaamisen, ohjaajan toiminnan sekä ohjaajan yksilöllisyyden ja

maailmankatsomuksen. Ohjaajan minä ja maailmankatsomus kantavat läpi kaikkien ohjausprosessien vaiheiden. Ohjausfilosofia koostuu ohjaajan sisäistämästä maailmankuvasta yksilönä, joka sitoutuu vahvasti ihmiskäsitykseen, tietokäsitykseen sekä oppimis- ja kasvatuskäsitykseen. Ohjaamisen toiminnan osiossa ohjausprosessin vaiheet tulevat näkyväksi ohjaajan toiminnassa ja käyttämissään ohjausmenetelmissä. Nämä kaikki osiot rakentavat ohjausprosessin, jolla tarkoitetaan etukäteen tehtyä suunnittelua, itse kohtaamista sekä jälkikäteen tehtyä arviointia. Ohjausprosessin vaiheet kulkevat limittäin käytännön työssä ja niitä voi olla vaikea erottaa toisistaan. (Marttila – Pokki – Talvitie-Kella 2008, 27- 29)

Valtimotautipotilaan kuntoutus perustuu pitkälti elämäntapaohjaukseen ja sen tavoitteena on elämänhallinnan tukeminen. Terveystieteiden piirissä elämäntapaohjauksessa sovelletaan eri ohjausnäkökulmia. Yleisesti käytetään voimaantumisen ideologiaa, joka määrittää prosessiksi, jossa tunnustetaan ihmisen kyky määrittellä omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä siihen tarvittavia voimavaroja. Pyrkimyksenä on, että ohjattava kokee elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveydentilaansa. Motivoitumiseen tähdätään mahdollisuuden kautta, jolloin ohjaaja nähdään mahdollistajana, joka rohkaisee asiakasta itse ratkaisemaan ongelmansa ja näin ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Ohjattavan hoitoon sitoutuminen on osa asiakkaan itsehoitoa, jolloin ohjauksessa on tärkeää ohjattavan päätöksenteon tukeminen ja itsehoidon räätälöinti ohjattavan elämään sopivaksi kokonaisuudeksi. Ohjauksessa pyrkimyksenä on, että ohjattava saa tietoa ja keinoja soveltaa itsehoitoa omaan elämäntilanteeseensa. Asiakkaan haluttomuus elämäntapamuutoksiin voidaan nähdä myös asiakkaan kannanottona. Vaikka ongelmakohtat ja ohjaustarpeet määrittää ohjaajan ja ohjattavan kanssa yhteisesti, on terveydenhuollon ammattilaisella vastuu tukea asiakasta luomalla voimaantumista tukeva ja arvostava ilmapiiri. (Turku 2007, 21–23).

Ihmisen koetaan olevan motivoitunut, kun hänen toiminnallaan on päämäärä tai tavoite. Tätä ei voi saavuttaa ilman ohjattavan omaa tahtoa tai osallistumista. Ohjattavan valinnan vapaus ja itsenäinen tavoitteiden asettelu tärkeää. Ohjaajan tulee antaa aikaa ohjattavalle oivaltaa itse vastauksen ongelmaansa. (Turku 2007, 33–34). Kuntoutuksesta saatu tieto ja tuki

auttavat sairastunutta voimaantumaan ja ottamaan vastuuta hoidostaan sekä näkemään oman tilanteensa realistisesti. Tavoitteena on kuntoutujan elämönhallinnan tunne eli hän osaa tarkkailla opittujen taitojen myötä terveydentilaansa ja oireitaan, toteuttaa omahoitoaan sekä noudattaa sydänpotilaan elintapasuosituksia. (Penttilä 2011).

Ryhmämuotoisen elämäntapaohjauksen suurimmat haasteet ovat yleensä ohjattavien motivoituminen, ryhmän vuorovaikutus ja dynamiikka. Toiminnan perusedellytyksenä ryhmän ohjauksessa ovat ryhmän toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen mukainen suunnittelu ja toteutus. Ihanteellisin ryhmäkoko elämäntapaohjauksessa on noin 8-12 henkilöä, koska riittävän pieni ryhmäkoko mahdollistaa elämäntapavalmennuksen sekä kunkin ryhmäläisen huomioon ja motivoitumisen omaan työskentelyyn ja vastuunottoon. Ryhmäprosessin ohjauksen lisäksi tavoitteena on ryhmäläisten muutosprosessien käynnistäminen ja tukeminen ryhmän vuorovaikutusta hyödyntämällä, jolloin ohjaajan on tärkeää tuoda alkuvaiheessa esille ryhmää koskevat ohjauksen tavoitteet. Ohjaajan on kyettävä kohtaamaan ihmiset yksilöinä kunkin muutosvalmiudenasteen mukaisesti. Eri vaiheissa ryhmäkuntoutusta käytetään usein toiminnallisia harjoituksia tukemaan ryhmäläisten itsearviointia, tekemään avoimiksi omia käsityksiä, mielikuvia ja asenteita terveyskäyttäytymisen sekä muutosprosessin suhteen. (Turku 2007, 87–94). Ryhmäohjelmassa teoreettinen tieto ja käytännön kokemukset täydentävät toisiaan. Asian sisäistämisessä tuetaan tapaamisten yhteydessä erilaisilla tapaamistehävillä, kotitehävillä ja keskustelulla, joissa ryhmäläinen tuo esille omat kokemuksensa. Tällöin ryhmän jäsenellä on myös mahdollisuus jakaa kokemuksiaan ja saada vertaistukea omaan elämäntilanteeseensa. (Eloranta – Virkki 2011, 77 - 84).

3.3.3 Vertaistuki valtimotautia sairastavan kuntoutumisen tukena

Vertaistuesta on olemassa erilaisia määritelmiä, joille kaikille on yhteistä sen liittäminen johonkin elämäntilanteeseen tai ongelmaan. Olennaista on tuen ja auttamisen vastavuoroisuus ja osapuolten omien kokemusten vaihtamiseen, jossa samanlaisia tilanteita elämässään läpikäyneet ihmiset tukevat toisiaan. Vertaistuessa korostuu samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten halu jakaa kokemuksensa ja tietonsa toisiaan kunnioittaen. Sydänpotilaan

kuntoutuksessa vertaistuki nähdään usein myös voimaantumisen ja muutosprosessina, jonka myötä ihminen tulee tietoiseksi omista voimavaroistaan ja vahvuuksistaan sekä ottaa itse vastuun elämästään. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013). Vertaistuki sopii kaikille ikäryhmille tai sitä voidaan soveltaa eri painopisteittäin eri elämäntilanteisiin soveltaen kuntoutuksen tukena. Vertaistukihenkilöt ovat joko alan ammattilaisia, koulutettujen henkilöitä tai samassa elämäntilanteen eläneitä ihmisiä. Yksi tärkeimmistä kulmakivistä on tasavertaisuus eri osapuolten kesken sekä kokemus kuulluksi tulemisesta. Lisäksi on tärkeää, että tuki toteutuu jokaisen yksilöllisen tuen tarpeen mukaan. (Yli-Pirilä 2012).

Luonnollisin tapa saada tukea, on omalta perheeltä, ystäviltä tai muilta sukulaisilta saatu vertaistuki, mutta osa ihmisistä kokee saavansa ulkopuoliselta taholta paremman avun. Useilla järjestöillä on vapaaehtoisia tukihenkilöitä, joita koskee ammattilaisten tavoin vaitiolovelvollisuus. Suomen Sydänyhdistyksissä toimii yli 500 vertaistukihenkilöä, jotka voivat toimia vertaisohjaajina kuntoutumiskursseilla (Suomen Sydänliitto 2013.) Osa ihmisistä kokee saavansa yksilöllisistä keskusteluista apua, kun taas osa kokee saavansa enemmän ryhmätoiminnasta. Ohjatuissa ryhmätoiminnoissa on olennaista selkeät tavoitteet, suunnitelmat, toimintojen johdonmukaisuus. Vertaistuen hyöty on parhaimmillaan, kun se edistää yksilön arjessa selviytymistä, kuntoutumista tai kriisin kohdanneen toipumista. Kokemusten mukaan ihmiset ovat tulleet kuulluksi ja ymmärretyksi vertaistukiryhmissä. Vertaistuen tuloksia on vaikea todeta, koska sitä on tutkittu vähän. (Yli-Pirilä 2012).

Peltola on tutkielmassaan tuonut esille diabeetikon omahoitoon sitouttavista tekijöistä lääkäri-potilas suhteesta. Tutkimustuloksissa potilaat kokivat oman asenteen ja toiminnan, perheen ja ystävien tuen, vertaistuen sekä lääkärikäyntien omahoidon onnistumisen kulmakivinä. Haastateltavat kertoivat yhdistystoiminnan ja sopeutumiskurssien saamasta vertaistuen merkityksestä, jossa heillä oli mahdollisuus tavata toisiaan ja jakaa kokemuksiaan sairauden kanssa elämisestä. Merkittäväksi vertaistuessa koettiin neuvojen ja kokemusten saaminen samassa elämäntilanteessa olevilta sekä yhteenkuuluvuuden tunne. (Peltola 2011, 81). Ammattilaisilta saatu teoretinen tieto yhdistettynä vertaisilta saatuun kokemustietoon parantavat

kuntoutujan mahdollisuuksia onnistua elämäntapamuutoksissa. Vertaistuella voi olla myös masennusta ja syrjäytymistä ehkäisevä merkitys, koska kokemusten jakaminen muiden vertaisten kanssa tukee sairauden kanssa selviytymistä. (Penttilä 2011). Vertaistuen kautta ihminen kokee yhteenkuuluvuuden tunteen, koska muillakin on samankaltaisia kokemuksia. Usein kuntoutuja voi saada uuden näkökulman omaan tilanteeseensa, sisältöä elämään, yhdessä tekemistä ja ystäviä. Parhaimmillaan vertaistuki johtaa yksilön ja ihmisryhmien voimaantumiseen. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013).

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on tutkimuksellinen. Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän. Laadullisessa tutkimustavassa korostuu yksittäisten tapausten tarkastelu. Tutkimustavassa olennaista on osallistuvien ihmisten näkökulman korostaminen sekä tutkijan vuorovaikutus yksittäisen havainnon kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on tiedon hankinta, ilmiön kuvaus, ymmärryksen syventäminen ja ilmiön tulkinta (Puusa – Juuti 2011, 47–48). Tutkimusmenetelmän luonteeseen liittyy, että aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Tavoitteena on, että tutkimalla yksittäistä tapausta tarkasti saadaan tietoa mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein yleisemmällä tasolla (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009, 180–181). Kvalitatiivinen tutkimusote sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, mikäli siihen halutaan saada uusi näkökulma tai epäillä teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai vakiintunutta aiemmin käytettyä metodiikkaa. Asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta on ratkaiseva tekijä tutkimusmenetelmän valitsemisessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkittavasta aineistosta toimintatapoja, samankaltaisuuksia tai eroja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 66).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta, joten se soveltuu kvantitatiivista tutkimusta paremmin tutkimukseemme. Tavoitteenamme on ymmärtää ja saada tietoa Tulppa-ryhmäläisten elämäntapamuutoksesta sekä heidän kokemuksista kuntoutusohjelmasta. Valitsemamme tutkimusmenetelmä mahdollistaa määrällistä tutkimusta syvemmän ja laaja-alaisemman tiedon hankinnan tutkittavasta asiasta. Jokaisen osallistujan on tarkoitus vastata henkilökohtaisesti, jotta jokaisen kokemus ja mielipide saadaan tuotua esiin. Halusimme tutkia, oliko tämän ryhmän kokemuksilla, samankaltaisuuksia tai eroja aiemmin toteutettuihin tutkimuksiin Tulppa-avokuntoutusryhmistä.

4.2 Aineiston hankinta ja kohderyhmä

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme esseetä, koska halusimme saada syvällisempää ja laaja-alaisempaa tietoa kuntoutujien kokemuksista kuntoutuksesta sekä vertaistuesta ja niiden vaikutuksista, kuin olisimme saaneet lomakehaastattelulla tai avoimella haastattelulla. Pyysimme osallistujia kirjoittamaan vapaamuotoisen esseen kokemuksistaan laadittujen aihealueiden eli teemojen pohjalta. Teemoittelu perustui tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin sekä teoriaan. Keskeisten aihealueiden pohjalta laadimme tarkentavia avoimia kysymyksiä kuhunkin aihealueeseen. Halusimme, että ryhmäläiset pohtivat kohdennettuja teemoja opinnäytetyömme teorian mukaan, jotta saisimme vastauksia tutkimustehtäviimme. Laitimamme teemat perustuvat tutkimustehtäviimme (Liite 1.)

Teema-alueet ovat:

1. Lähtötilanne
2. Ensimmäisen 10 kokoontumiskerran anti kuntoutujalle
3. Kuntoutuskertojen sisällöt ja kokemukset niistä
4. Tulevaisuus

Halusimme tutkia ryhmän henkilöiden lähtötilannetta, jotta saamme tietoa avokuntoutukseen hakeutumisen syistä, heidän terveydentilanteestaan sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat haluun muuttaa elintapoja. Halusimme selvittää ryhmän henkilöiden elämäntapamuutosprosessin etenemistä ensimmäisen vaiheen aikana. Lisäksi halusimme saada tietoa kuntoutuksen onnistumisesta tämän ryhmän kohdalla ja millaisia kokemuksia henkilöillä oli ryhmän toiminnasta. Halusimme selvittää saivatko ryhmäläiset eväitä oman terveyden edistämiseen ja elämäntapamuutosprosessin jatkamiseen. Halusimme saada mahdollisimman laajoja vastauksia, joten käytimme teemojen sisällä tarkentavia aiheita, joita ryhmäläiset pohtisivat kirjoituksissaan.

Opinnäytetyössämme käytimme yksilöhaastattelua, koska se soveltuu ryhmähaastattelua paremmin aineistonkeruumenetelmäksi tutkimusaiheen ollessa sensitiivinen ja mikäli tutkimukseen osallistuja ei halua keskustella

tutkimusaiheesta ryhmässä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 123.) Ihmisen kokema terveydentila ja elämäntavat ovat subjektiivisia ja henkilökohtaisia tuntemuksia, joten yksilöhaastattelussa tulee paremmin esille yksilön mielipide asiasta eikä muiden henkilöiden näkemykset vaikuta vastauksiin.

Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin esseitä, jossa osallistujat voivat kertoa kirjoittamalla vapaamuotoisesti kokemuksistaan laadittujen teemojen pohjalta. Kirjallista materiaalia, kuten yksityisiä dokumentteja ja joukkotiedotustuotteita, voidaan käyttää tutkimusaineistona. Yksityiset dokumentit tarkoittavat puheita, kirjeitä, päiväkirjoja, muistelmia, esseitä ja sopimuksia. Yksityisten dokumenttien käytössä oletetaan, että kirjoittajalla on valmiudet ilmaista itseään kirjallisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2013, 84). Esseessä kuvaillaan, perustellaan, analysoidaan ja pohditaan valittua asiaa. Tekstillä ja aiheella on oltava tavoite, tehtävä tai kysymys, jota käsitellään henkilökohtaisesta näkökulmasta. Opiskelujen osana kirjoitettava essee vaatii lähdekirjallisuutta. (Helsingin yliopisto 2010). Esseekirjoitelma voi olla aineistoessse tai vapaa essee. Vapaassa esseessä kirjoittajan subjektiivinen näkemys tulee esille ja aiheen käsittelytavassa painottuvat kirjoittajan mielipiteet ja yksilölliset kokemukset. (Opetushallitus 2013).

Esseessä ryhmäläisillä oli mahdollisuus tuoda esiin arkoja ja henkilökohtaisia asioita omasta terveydentilastaan ja kokemuksistaan ryhmässä. Käytimme vapaata esseitä aineistonkeruumenetelmänä, jotta ryhmäläiset voivat tuoda ajatuksensa esiin omin sanoin ja voivat pohtia aihealueita omassa tahdissaan. Esseessä ryhmäläisillä oli mahdollisuus ilmaista mielipiteensä mahdollisimman monipuolisesti ja rehellisesti. Oletimme, että kaikilla ryhmäläisillä oli valmiudet ilmaista itseään kirjallisesti.

Keväällä 2013 Lapin Sydänpiiri ry:n järjestämään Tulppa-avokuntoutukseen osallistui 9 henkilöä, jotka olivat joko sairastuneet valtimotautiin tai olivat riskissä sairastua. Osa ryhmäläisistä oli eläkeläisiä ja osa työikäisiä. Olimme käyneet etukäteen esittäytymässä ryhmäläisille sekä informoimassa tulevasta tutkimuksesta ja mitä aiomme tutkia. Jotta tavoittaisimme ryhmän jäsenet parhaiten, aineiston keruu toteutettiin Tulppa-avokuntoutuksen

kymmenen ensimmäisen kokoontumiskerran jälkeen, osallistujien jäädessä puolen vuoden tauolle.

Esseen aihealueet on laadittu teorian pohjalta, teemojen mukaan avoimien kysymysten muotoon. Kokoontumiskerralla oli varattu riittävästi aikaa kirjoittamiseen. Ryhmäläisiä pyydettiin kirjoittamaan teksti itsenäisesti ja heillä oli myös mahdollisuus tarvittaessa kysyä tarkennusta lomakkeeseen. Ensimmäinen teema oli lähtötilanne, jossa kuntoutujilla oli mahdollisuus kertoa omasta lähtötilanteestaan. Toinen teema oli eri kuntoutuskertojen sisällöt ja kuntoutujien kokemukset niistä. Kolmas teema oli ensimmäisen kymmenen kokoontumiskerran anti kuntoutujille, jossa kuntoutujilla oli mahdollisuus kertoa, oliko kuntoutuksella ollut vaikutusta elämään tai olivatko he tehneet elämänmuutosta. Neljäs teema käsitteli tulevaa, jossa kuntoutujat arvioivat miltä heidän tulevaisuus näyttää 6 kuukauden kuluttua.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen olennaisin asia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Aineistosta pyritään luomaan synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääasiat ja antavat vastauksen asetettuihin ongelmiin. Laadituista synteeseistä luodaan johtopäätöksiä, joissa pohditaan mikä on tulosten merkitys sekä mitä mahdollista laajempaa merkitystä tuloksilla voisi olla. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009, 229–230).

Aineiston analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysiä, joka on tekstianalyysia. Tavoitteena sisällönanalyysissä on ilmiön laaja mutta tiivis tulos. Haastetta sisällönanalyysin käytössä tuovat monimutkaisuus, säännöttömyys sekä joustavuus, joten se pakottaa tutkijan tekemään päätökset itse sekä kohtaamaan kykynsä tutkijana itse. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167). Menetelmän tavoitteena on kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä aineisto järjestellään johtopäätösten tekoa varten. Järjestetty aineisto ei ole vielä tutkimuksen tulos, joten haasteena menetelmässä on kuvata analyysi ytimekkäästi ja on luoda aineistosta mielekkäitä johtopäätöksiä. Aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen yhteen loogiseksi

kokonaisuudeksi. Analyysiä tehdään tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi – Sarajärvi 2009, 103–104).

Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä on karkeasti jaoteltavissa kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Analyysi etenee vaiheittain. Aineiston redusoinnissa analysoitavasta informaatiosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois eli pelkistetään informaatio tiivistämällä tai pilkkomalla se osiin. Alkuperäisilmauksista muodostetaan pelkistettyjä ilmauksia, jotka vastaavat tutkimustehtäviin. Aineiston klusterointivaiheessa aineistosta muodostettuja pelkistettyjä ilmauksia tarkastellaan ja samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokaksi ja nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Abstrahointivaiheessa edetään teoreettisiin käsityksiin ja johtopäätöksiin. Alaluokat ryhmitellään yläluokiksi, jonka jälkeen yläluokat ryhmitellään niitä yhdistäviksi pääluokiksi. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Tutkimustuloksissa kuvataan luokittelujen mukaan muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Tutkijan tavoitteena on ymmärtää analyysin kaikissa vaiheissa tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi – Sarajärvi 2009, 108–113).

Analysoimme tutkimusaineistoa keräämällä yhteen kaiken aineiston, jonka luimme läpi useaan kertaan, minkä jälkeen keskustelimme kirjoitelmien sisällöstä. Lähdimme liikkeelle kirjoittamalla erilliselle paperille alkuperäisilmaisujen pelkistetyt muodot teema-alueiden mukaan. Teemat syntyivät ennalta tehtyjen kirjoitelmien aihealueiden mukaan. Päädyimme tarkastelemaan aineistoa haastattelulomakkeiden numeroitujen aihealueiden mukaan. Teemat olivat lähtötilanne, ensimmäisen 10 kokoontumiskerran anti kuntoutujalle, kuntoutumiskertojen sisällöt ja kokemukset niistä sekä tulevaisuus. Tutkimustuloksia tarkastellessamme teemojen nimiä muokkasimme saatujen tulosten suuntaisesti. Peilasimme aineistosta nousevia ilmaisuja tutkimustehtävään. Alkuperäisilmaista muodostimme pelkistettyjä ilmauksia, jotka jaoimme alaluokkiin yhdistämällä samaa tarkoittavat ilmaukset ja nimesimme ne sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Analyysiyksikköinä käytimme sanoja ja lauseita, jotka kuvasivat asiasisältöä mahdollisimman hyvin. Yläluokat muodostimme tarkastelemalla alaluokkia ja

pohtimalla niitä keskenään. Yläluokista muodostimme pääluokat, jotka kuvaavat koko ilmiötä verraten alkuperäisaineistoon. (Liite 2.). Pääluokista muodostuivat tutkimuksen tulokset.

.

5 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

5.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit

Luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa, joilla pyritään välttämään virheiden syntymistä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tuodaan esille tutkimuksen toteutuksen tarkasta selostuksesta tutkimuksen kaikista vaiheista. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010, 231-233). Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on voitu tuottaa. Lisäksi on välttämätöntä arvioida tutkimuksen luotettavuutta tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin käytetään laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä tai laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyviä luotettavuuskriteereitä. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–129).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä pidetään uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta, jotka on myös osoitettava tutkimuksessa. Tutkimustulosten on vastattava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta vahvistaa muun muassa keskustelu tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kanssa tutkimuksen tuloksista eri vaiheissa. Osallistujille voidaan palauttaa tutkimuksen tulokset ja pyytää arvioimaan niiden paikkansapitävyyttä. Toisena vaihtoehtona on keskustella tutkimusprosessista ja sen tuloksista toisten samaa aihetta tutkivien henkilöiden kanssa. Uskottavuutta lisää myös se, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä ilmiön kanssa, tutkijan pitämä tutkimuspäiväkirja, jossa hän kuvaa kokemuksiaan ja pohtii valintojaan. Laadullisessa tutkimuksessa on oletuksena todellisuuden moninaisuus, joten uskottavuuden vahvistamiseksi ilmiötä voidaan hahmottaa eri näkökulmista ns. triangulaation avulla. Moninainen todellisuus on parhaiten tavoitettavissa yhdistämällä eri näkökulmia. Olennaista triangulaatiossa on, että tutkittava ilmiö pysyy koko ajan samana. (Kylmä – Juvakka 2007, 127–129). Uskottavuus näkyy työssämme tutkimusprosessin kuvaamisella ja päätöstemme perustelemisella koko tutkimuksen ajalta. Olemme perehtyneet tutkimusprosessin eri vaiheiden teorian tietoon ja

arvioineet kriittisesti teorialla perustellen tutkimuksen eri vaiheita. Tutkimusta tehdessämme olemme saaneet ohjausta opettajilta sekä tehneet yhteistyötä Lapin Sydänpiiri ry:n Toiminnanjohtajan kanssa, joka toimi myös Tulppa-avokuntoutusryhmän ohjaajana. Heiltä olemme saaneet vahvistusta tutkittavan asian oikeellisuudesta.

Vahvistettavuus on olennainen osa koko tutkimusprosessin ajan. Se edellyttää, että tutkimusprosessi on kirjattu selkeästi ja prosessin kulku on seurattavissa pääpiirteittäin. Raportin kirjoittamisessa tutkija usein hyödyntää muistiinpanojaan prosessin eri vaiheista. Laadullinen tutkimus perustuu usein avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu tutkimuksen edetessä, joten tutkimuspäiväkirjan ja aineiston avulla voidaan kuvata, miten tutkimuksen tekijä on päätenyt tiettyihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Vahvistettavuus luotettavuuskriteerinä on usein ongelmallista, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan, vaikka käytettävissä olisi sama aineisto. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään, että todellisuuksia on monia. Erilaiset tulkinnat eivät välttämättä merkitse ongelmaa luotettavuuden kannalta, koska erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä – Juvakka 2007, 129).

Vahvistettavuus näkyy työssämme suunnitelmallisella prosessinkulun etenemisellä. Olemme tehneet opinnäytetyön suunnitelman, jossa kuvasimme opinnäytetyön tavoitteet, tarkoituksen sekä prosessin etenemisen. Kuitenkin opinnäytetyön edetessä ja tutkimustulosten analysoinnin jälkeen opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on perustellusti muuttunut.

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimusraportissa tekijä arvioi miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvaa tutkimuksen lähtökohdat. (Kylmä – Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön tekijöinä ja opiskelijoina meillä on puolueeton ja ulkopuolinen näkökulma tutkimusta tehdessä, joka vaikuttaa omien mielipiteiden, tunteiden ja mahdollisten tulkintojen välttämiseen tutkimusta tehdessä.

Siirrettävyys luotettavuuskriteerinä puolestaan tarkoittaa, että tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksessa on tultava esille riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Kylmä – Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyössämme olemme kuvanneet osallistujat siinä määrin, jotta tunnistamattomuus säilyy pienen ryhmäkoon vuoksi. Opinnäytetyön prosessi näkyy työssämme niin, että joku toinen henkilö voi seurata työn etenemistä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa esitetään usein suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä, jolloin voidaan varmistaa lukijalle tutkimuksen luotettavuus sekä antaa mahdollisuus aineiston keruun pohtimiseen. Suositeltavaa on käyttää kuvauksia materialistaan sopivissa määrissä ja lainausten käyttö on ratkaistava tutkimuskohtaisesti. Alkuperäislainauksia käytettäessä on varmistettava, ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Olemme analysoineet kirjoitelmat, kirjoittamalla auki ne erilliselle paperille ja luokittelemalla sisällön tutkimustulosten tueksi. Tutkimustuloksissa olemme käyttäneet muutamia esimerkkejä lainauksista tukemaan luotettavuuden näkyvyyttä. Yhden aihealueen analysointi on esimerkkinä liitteessä 2.

5.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimusta tehdessä on huomioitava monia erilaisia eettisiä kysymyksiä. Jokaisen tutkijan vastuulla on eettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toiminen. Eettisesti hyvä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Yleisenä tieteen eettisinä arvoina pidetään uuden tiedon tuottamista sekä pyrkimystä riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen. Etiikka näkyy tutkimuksessa mm. ihmisarvon kunnioittamisena, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisena toimintana sekä avoimuutena tutkimusten tulosten julkaisussa. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2010, 23–27). Ihmistä tutkittaessa tärkeitä eettisiä periaatteita ovat ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyyden ja tietosuojan kunnioittaminen (Kuula 2011, 60.)

Toimimme opinnäytetyötä tehdessämme eettisten periaatteiden mukaisesti. Esittelimme itsemme, opinnäytetyömme aiheen sekä tarkoituksen ryhmälle

heidän ensimmäisellä kokoontumiskerralla. Tutkittavien lisäksi myös muut toimijat tiesivät työmme tarkoituksen. Ryhmäläisillä oli mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseemme. Ryhmäläiset saivat tiedon, että teemme tutkimuksen kuntoutuksen ensimmäisen vaiheen lopussa. Tarkempi ajankohta vahvistui myöhemmin. Noudatimme salassapitovelvollisuutta, emme käyttäneet osallistujien henkilötietoja sekä säilytämme henkilötietokaavakkeet ja aineiston asianmukaisesti. Pyrimme avoimuuteen kaikissa vaiheissa. Tutkimustuloksia kirjoittaessa pidimme huolen, että kukaan ei ole tunnistettavissa tuloksista.

Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan tieteenalan luotettavuutta ja todellisuutta, joiden suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin tarkastellaan. Tieteen kriittinen arviointi eri näkökulmista edellyttää omien perusteiden ja toimintatapojen pohdintaa. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittää tieteenalan ulkopuolisten seikkojen vaikutusta tutkimusaiheen valintaan ja tutkimustapaan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Tutkimusetiikka näkyi työssämme jatkuvana lähteiden kriittisenä tarkasteluna, koska pyrimme käyttämään vain luotettavia ja ajankohtaisia tietoja. Lisäksi tarkastelimme aihetta eri näkökulmista rajatessamme teoreettisen viitekehyksen sisältöä sekä työn edetessä saadessamme uutta tietoa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Avokuntoutusryhmään osallistuneen lähtötilanteen kuvaus

Kuntoutujat kirjoittivat kirjoitelman omista kokemuksistaan ryhmän toiminnasta ensimmäisen vaiheen viimeisellä kokoontumiskerralla 16.4.2013. Kirjoitelman laatimiseen osallistui 7 henkilöä. Osa ryhmäläisistä oli eläkeläisiä ja osa työikäisiä. Osa ryhmäläisistä oli sairastunut valtimosairauteen tai kuului riskiryhmään.

Ryhmäläisiä pyydettiin kirjoittamaan omasta lähtötilanteestaan ja siitä, mikä sai lähtemään mukaan ryhmän toimintaan. Ryhmäläiset olivat lähteneet ryhmään joko oman tai läheisen sairauden vuoksi. Lisäksi heillä oli huoli omasta terveydestään. He kokivat tarvitsevansa tietoa ja vertaistukea elämönhallinnan tueksi sekä sopeutuakseen elämänmuutosprosessiin. Osa ryhmäläisistä oli saanut vahvistusta ja kannustusta läheisiltään tai tuttaviltaan ryhmän toimintaan lähtemiseen.

” Kiinnostus aiheesta, omakohtainen kokemus, huoli omasta terveydestä.”

Ryhmäläiset kertoivat terveyteensä vaikuttavista riskitekijöistä ja valitsemastaan avaintekijästä. Tutkimustulokseksi kirjoitelmista nousi oman elämönhallinta. Riskitekijöinä olivat erilaiset sydän- ja verisuonisairaudet, perinnölliset tekijät, korkea kolesteroli, ylipaino ja stressi. Avaintekijöikseen ryhmäläiset olivat valinneet stressin, painonhallinnan, ruokavalion ja liikunnan. Ryhmäläiset kokivat, että oman avaintekijän hallinta vaikuttaa myös elämönhallintaan.

” avaintekijänä oli stressistä selviäminen -- ”

” – hirvee stressi ja paljon töitä. Avaintekijänä stressi; siitä tulee muut ongelmat.”

6.2 Avokuntotusryhmään osallistuneiden kokemuksia kuntoutuksen ensimmäisestä vaiheesta

Ryhmäläiset kuvaavat kirjoitelmissaan, millaisia konkreettisia elintapamuutoksia he ovat tehneet ensimmäisen vaiheen aikana. Tutkimustulokseksi muodostui elämäntapamuutosprosessi ja terveyden edistäminen. Elämäntapamuutosprosessissa ryhmäläiset olivat asettaneet omia tavoitteita sekä tarkastelleet itseään ja elintapojaan. Ryhmäläiset olivat tehneet konkreettisia elämäntapamuutoksia lisäämällä liikuntaa, ylläpitämällä terveellisiä ruokailutottumuksia sekä kiinnittämällä huomiota stressiin ja sen hallintaan. Osa ei kokenut päässeensä tavoitteisiinsa, eikä tuntenut onnistumisen kokemuksia, kun taas osa koki edistyneensä tavoitteiden saavuttamisessa. Vastaajat eivät olleet pohtineet kirjoituksissaan itsensä palkitsemista pienistä onnistumisista.

”Olen muuttanut ruokatottumuksiani jo ennen tänne ryhmään tuloa. Rasvojen ja sokerin käyttöä olen vähentänyt. Syön 2 tunnin välein kerrallaan. Marjoja ja vihanneksia olen lisännyt.”

”Oman ajan ottaminen. Palaaminen entisiin harrastuksiin – Pikkuhiljaa tavoitteita on täytetty!”

6.3 Avokuntotusryhmän henkilöiden kokemukset kuntoutuksen sisällöstä ja ryhmän toiminnasta

Ryhmäläisiä pyydettiin pohtimaan ryhmän toimintaa sekä omia kokemuksia ryhmän jäsenenä. Lisäksi pyydettiin pohtimaan ryhmätoiminnan positiivisia ja negatiivisia puolia. Vastauksista merkittävimmiksi nousivat ryhmäytyminen ja informaatio. Ryhmäytymisen kannalta olennaisiksi koettiin vertaistuki, vuorovaikutus sekä oma osallistuminen ryhmän toimintaan. Osa ryhmäläisistä oli kokenut saavansa tukea muiden osallistujien omakohtaisista sairauksista ja niistä selviämisestä sekä motivaatiota oman elämänhallintaan. Oma aktiivisuus ryhmän jäsenenä vaihteli osallistujien kesken. Osa koki olleensa aktiivisia, mutta osalla oma vireystaso ja jaksaminen vaikuttivat

osallistumiseen heikentävästi. Ohjausta pidettiin hyvänä, mutta toivottiin myös lisää ulkopuolisia ohjaajia.

”Ryhmäläisiltä sain kuulla erilaista tietoa sairauksista ja niistä selviämisestä. Jokaisella on oma kokemus ja mielipiteensä. Ohjaajalta saatu tieto oli asiallista, paljon oli sellaista, jonka tiesin ennestään, mutta oli jotain uuttakin. Ohjaaja antoi tukea ja oli ystävällinen.”

”Tulppa ryhmä on ollut tosi antoisa, olen saanut paljon tietoa lääkkeistä ja terveyden ylläpidon puolesta. Kelan luento oli tosi hyvä oli monta asiaa, josta olin epätietoinen.”

Informaatiota ryhmäläiset saivat ohjaajalta, ryhmäläisiltä sekä käytetystä materiaalista. Osalla osallistujista oli jo ennestään kattavasti tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, joten he eivät kokeneet saaneensa uutta informaatiota. Kuntoutuksessa jaettua materiaalia ja työkirjaa pidettiin monipuolisina ja selkeinä. Työkirjan kotitehtävien teko oli usealla osallistujalla jäänyt vähäiseksi.

”kotitehtävät välillä unholassa, mutta tehty on”

Positiivisia ja negatiivisia puolia käsiteltiin kirjoituksissa eniten ryhmäytymisen näkökulmasta. Positiivisiksi puoliksi koettiin ryhmän pieni koko, osallistujien aktiivisuus ja avoimuus sekä ryhmähenki. Negatiivisiksi seikoiksi koettiin ryhmän heterogeenisuus. Ongelmana koettiin eri-ikäisyys ja erilaiset elämäntilanteet. Kokoontumiskerroilla muodostui samat pienryhmät. Näiden osalta toivottiin, että ryhmän jäsenet olisivat vaihdelleet. Myös osallistujien poissaolot koettiin negatiiviksi.

”Työikäisille oma ryhmä, esim. työterveydenhuollon kautta ohjattaisiin ryhmiin. Ongelmallista eri-ikäiset / elämäntilanne”

”Tässä ryhmässä kaikki ovat osallistuneet ja kertoneet omia ajatuksiaan. Ryhmä sopivan kokoinen, joskin poissaolojakin on ollut.”

6.4 Avokuntoutukseen osallistuneiden elämäntapamuutosprosessin jatkuminen

Ryhmäläisiä pyydettiin pohtimaan jatkosuunnitelmiaan elämäntapamuutosprosessissa sekä minkälaisena he näkevät sen jatkumisen seuraavan 6 kuukauden kuluttua. Tutkimustulokseksi muodostui elämäntapamuutosprosessin jatkaminen omien tavoitteiden mukaan ja tulevaisuuteen uskomisen. Osallistujat kertoivat sitoutuneensa jatkamaan elämäntapamuutostaan valitsemansa avaintekijän ja asettamiensa tavoitteiden mukaan. Konkreettisina toimina mainittiin kunnon kohottaminen, painon- ja stressinhallinta sekä terveellisten elämäntapojen ylläpito.

”Aion laihduttaa kesän aikana 5 kg. Toivottavasti onnistuu”

”Liikkumisen lisääminen kunnon kohotessa. Osallistuminen kodin ulkopuolelle: kesäaikana kalalle ja mökin rauhaan rentoutumaan.”

”Jatkuu, olemme vasta alussa.”

Ryhmäläiset näkivät elämäntapamuutosprosessin jatkuvan nykyisten suunnitelmien ja tavoitteiden mukaan seuraavan kuuden kuukauden kuluttua, jolloin kuntoutuksen toinen vaihe alkaa. Itsensä kehittäminen ja uuden oppiminen nousivat esille vastauksissa. Pääosin kuntoutusta pidettiin positiivisena kokemuksena. Lisäksi toivottiin Tulppa-ryhmän jatkuvuutta. Tiedotus mahdollisen tulevan ryhmän toiminnasta nähtiin olennaisena uuden ryhmän toteutumisen kannalta.

”Toivon, että vanhanakin voi vielä oppia uusia elämäntapoja. Lisää tällaisia kurssia.”

”Yrittää pitää elämä hallinnassa. Tressi (ylimääräinen) pois ja paino hallinnassa. En usko että liikkumista tästä nykyisestä edes tarvitsee lisätä. Laji vain vaihtuu kesäksi ja taas syksyllä palataan talven odotukseen. Uusi Tulppa-ryhmä mahdollisimman pian. Kyllä osallistujia on kun tiedotus pelaa!!”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Ryhmäläisten suurin syy ryhmään lähtemiseen oli huoli omasta terveydestä. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että ryhmäläiset olivat motivoituneita elämäntapamuutokseen ja kokivat tarvitsevan siihen tukea. Terveys koetaan yleisesti yhdeksi ihmisen elämän tärkeimmistä arvoista ja kokemukset hyvinvoinnista ovat yksilöllisiä. Kaikilla ryhmäläisillä oli oma vaikuttava taustatekijä ryhmään hakeutumiseen. Ryhmäläisten huoli omasta terveydestä kertoo heidän arvostavan omaa terveyttään ja tarvitsevan tukea elämäntapamuutokseen. Tukea he tarvitsivat fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviin tekijöihin. Voimaantumisosprosessi oli lähtenyt ryhmäläisten kohdalla käyntiin, koska he olivat asettaneet oman henkilökohtaisen tavoitteen avaintekijän muodossa. Ryhmäläiset olivat tunnustaneet oman avaintekijän ja ymmärtäneet sen merkityksen omaan terveydentilanteeseensa. Voimaantuminen pitkäaikaissairauksissa edellyttää ongelman ratkaisemista ja sen kanssa selviytymistä tunnistaen omat terveysongelmat, voimavarat ja niiden hyödyntämisen (Routasalo ym. 2009.) Terveiden edistämisen näkökulmasta kuntoutuksesta on ollut hyötyä henkilöille, koska he olivat tunnustaneet omat terveysongelmansa, jolloin voimaantumisosprosessi oli edennyt.

Selvittäessämme ensimmäisen vaiheen antia kuntoutujille, haimme vastausta siihen, miten ryhmäläiset olivat työstäneet omaa avaintekijäänsä ja miten se näkyi heidän toiminnassaan. Vastauksista kävi ilmi, että jokaisella elämäntapamuutosprosessi oli vielä kesken, eivätkä he olleet vielä päässeet asettamiinsa tavoitteisiin. Terveiden edistäminen on elämänkaaren kestoinen prosessi. Kuntoutuksen ensimmäisen vaiheen aikana ryhmäläiset ovat edistäneet omaa terveyttään, koska sen aikana he ovat kiinnittäneet huomiota omaan toimintakykyyn ja sen kohentamiseen. Terveiden edistämisen tukeminen elämän eri vaiheissa lisää ihmisen voimavaroja, jotka edistävät hyvinvointia ja elämänlaatua.

Kuntoutuksen sisällön kokemisessa ryhmäytyminen ja saatu informaatio koettiin merkittäviksi. Ryhmäkuntoutuksen haasteena on usein ryhmän

vuorovaikutus ja dynamiikka. Ryhmän kohdalla oli ollut positiivista vuorovaikutusta, koska ryhmäläiset kokivat saaneensa vertaistuesta hyötyä omaan tilanteeseensa sekä motivaatiota elämäntilanteen tueksi. Ryhmässä oli eri-ikäisiä ja erilaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Osa toivoi, että kuntoutusta järjestettäessä otettaisiin huomioon sairauden lisäksi myös elämäntilanne ja ikä. Avokuntoutusryhmiä järjestettäessä olisi ihanteellista, että ryhmiä järjestettäisiin myös erikseen nuorille, työikäisille ja eläkeläisille, jolloin eri asiantuntijoiden ja ohjaajan antamaa tietoa ja ohjausta voisi kohdentaa jokaisen ikäluokan tarpeista lähtien. Mielestämme eri elämäntilanteessa olevat ihmiset kuitenkin tuovat ryhmään tietoa ja kokemuksia sairauden eri vaiheista ja erilaisista näkökulmista, joka voi lisätä ryhmään osallistujien motivaatiota. Avokuntoutuksen etuna on, että asioihin palataan usein ja niitä käsitellään eri näkökulmista, kuten ohjaajan, vertaistuen, keskustelujen ja muiden ammattilaisten tuella. Vertaistuki ohjatussa tilanteessa mahdollistaa omien kokemusten peilaamisen muiden osallistujien ja ammattilaisten kanssa.

Tulppa-ryhmän koko oli mielestämme sopivan kokoinen, koska elämäntapaohjauksessa riittävän pieni ryhmäkoko mahdollistaa elämäntapavalmennuksen sekä kunkin ryhmäläisen huomioinnin ja motivoitumisen omaan työskentelyyn. Pienen ryhmän riskinä ryhmäytymisen kannalta on sen sisälle muodostuvat pienryhmät, jotka voivat haitata koko ryhmän vuorovaikutusta. Kuntoutujat toivat ilmi kirjoituksissaan, että pienryhmätöissä oli usein samat henkilöt ja he toivoivat, että pienryhmät olisivat sekoittuneet. Mielestämme kuntoutujat olisivat saaneet monipuolisempia ja rikkaampia kokemuksia toisiltaan mikäli pienryhmät olisivat sekoittuneet. Tämä olisi saattanut edesauttaa tiiviimpää ryhmäytymistä ja avoimuutta ryhmän jäsenten välillä.

Omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien aikuisten omahoidon päätöksentekoa on tutkittu Pennsylvanian yliopistossa vuonna 2012 julkaistussa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittiin prosessia, jota sydämen vajaatoimintaa sairastavat aikuiset käyttävät tehdessään omahoitoa koskevia päätöksiä. Tutkimuksen mukaan päätöksiin, joita ihmiset tekevät toteuttaessaan omahoitoa oireiden perusteella, vaikuttavat kokemus ja epävarmuus,

kiireellisyys, sairaus, muiden henkilöiden osallistuminen päätöksentekoprosessiin, korkea panos sekä henkilökohtaiset tavoitteet. Oletettua on, että kokeneet käyttävät enemmän tilannetietoutta ja henkisen simulaation vaihtoehtoja kuin vastikään sairastuneet. Kokemusta pidetään avaintekijänä oireiden tunnistamisessa ja tulkinassa päätöksiä tehdessä. Tilannetietous on elintärkeää päätöksenteon kannalta ja vain kokemuksen kautta tietous lisääntyy. Henkilökohtaiset tavoitteet edistävät päätöksentekoa. Kokemus koettiin ratkaisevaksi oireiden tunnistamisessa ja päätöksien teossa. (Riegel – Vaughan Dickson – Topaz 2012, 91–97). Tulppa-avokuntoutusohjelma auttaa potilasta omahoitoon sitoutumisessa, koska sen myötä kuntoutujat saavat kokemusta ja tietoa itsestään sekä tietoa sairaudesta informaation ja vertaistuen kautta. Mielestämme mahdollisia tulevia avokuntoutuksia järjestettäessä olisi hyvä panostaa erityisesti ryhmäytymiseen, koska se edesauttaa avoimuutta ja monipuolisempaa kokemusten vaihtoa ryhmän jäsenten välillä, joka myös lisää omahoitoon sitoutumista. Kokemuksen myötä tilannetietous oman elämäntilanteen osalta kehittyy, joka auttaa potilasta tehdessään omahoitoon liittyviä päätöksiä. Myös henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen edistää omahoitoa ja elämäntapamuutosprosessia.

Selvitettäessä ryhmäläisiltä tulevaisuutta, vastauksista kävi ilmi, että ryhmäläiset aikoivat jatkaa elämäntapamuutosprosessia ja he uskoivat tulevaisuuteen. Tästä voidaan päätellä, että ryhmäläiset ovat sitoutuneet omahoitoon, joten Tulppa-avokuntoutuksella on ollut vaikutusta ryhmäläisten terveyteen sitä edistävästi. Ryhmäläiset ovat myös tietoisia oman toiminnan vaikutuksista. Salutogeneesin eli terveyslähtöisyysteorian mukaan ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. Terveyslähtöisyydessä on tärkeää elämänkaaren kestoiset prosessit, joiden tarkoitus on tukea ja edistää terveyttä elämään liittyvänä voimavarana. Teorian mukaan ratkaisevaa on ihmisen koherenssintunne eli se, että hän oppii käyttämään hyväksi omia ja ympäristön voimavaroja (Pietilä 2010, 32–35). Riegelin, Vaughan Dicksonin ja Topazin tutkimuksessa suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista oli positiivisia henkilökohtaisia tavoitteita, jotka tukivat omahoitoa. Tulppa-avokuntoutusryhmän jäsenet olivat asettaneet omia henkilökohtaisia tavoitteita kuntoutuksen aikana sekä työstäneet omaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä, joten mielestämme Tulppa-avokuntoutus on

tukenut ryhmän jäsenten omahoitoon sitoutumista ja vastuunottoa omasta terveydestä.

7.2 Oman ammatillisen kasvun pohdinta

Tämän hetken ja tulevaisuuden näkymät eri sairauksien hoidossa painottuvat omahoitoon, kustannusten säästöön sekä ihmisten omaan aktiivisuuteen huolehtia itsestään. Näkemyksemme mukaan tulevaisuudessa tarve vastaavanlaisille avokuntoutusryhmille kasvaa. Tulevina sairaanhoitajina ja terveydenhoitajina koemme tehtäväksemme ohjata potilaita ja asiakkaita itse löytämään omat voimavaransa ja motivaation sairautensa hoidossa ja terveyden ylläpidossa toimien elämäntapamuutoksen mahdollistajana ja tukijana. Tämä edellyttää tietoa sairauksista ja niiden hoidosta, ennaltaehkäisystä sekä ihmistuntemusta. Lisäksi hyvällä ohjaajalla tulee olla vuorovaikutus- ja ohjaustaitoja. Työtä tehdessämme olemme ymmärtäneet valtimotautipotilaiden ja riskiryhmien terveyden edistämisen lähtevän jo lapsuudesta. Aiemmin olemme mieltäneet valtimotaudin enemmänkin työikäisten ja vanhempien ihmisten sairaudeksi, mutta työn myötä olemme sisäistäneet paremmin terveyden edistämisen merkityksen ja riskitekijät elämän kaikissa vaiheissa valtimotaudin ehkäisemiseksi. Tulevina terveydenhoitajina ja sairaanhoitajina meillä on aiempaa syvempää tietoa sairaudesta, siihen liittyvästä elämäntapaohjauksesta ja omahoitoon vaikuttavista tekijöistä.

Avokuntoutus pitkäaikaissairauden hoidossa on laaja aihe ja siihen liittyy paljon asioita, jotka vaikuttavat toisiinsa. Koimme teoreettisen osuuden muodostamisen ja rajaamisen haastavaksi. Opinnäytetyöprosessi on lisännyt tietouttamme sekä valtimotaudin että yleensä pitkäaikaissairauden omahoidosta ja avokuntoutuksesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Kaikilla meillä oli jo ennestään tietoa sydän- ja verisuonisairauksista, mutta opinnäytetyön aikana sisäistimme syvemmin aiheen sekä sen vaikutukset yksilön elämään. Saimme paljon hyödyllistä tietoa ryhmäohjauksesta ja ryhmän kanssa työskentelystä, jota tarvitsemme tulevina sairaanhoitajina ja terveydenhoitajina. Ryhmäohjauksessa tärkeää on tiedottaminen, suunnitelmallisuus sekä yhteistyöverkostot. Opinnäytetyön työstäminen opetti prosessimaista työskentelyä ja oppimista pitkällä aikavälillä. Työtä tehdessä

oivalsimme aina uutta tietoa, jolloin pohdimme aiemmin opittua ja tarkastelimme opinnäytetyötä kriittisesti kaikissa vaiheissa. Teimme työtä sekä erikseen että yhdessä. Olemme kokoontuneet yhteen kaikissa työn vaiheissa ja pohtineet sitä yhdessä. Olemme kokeneet, että yhteistyöllä olemme saaneet laajempaa näkökulmaa työn eri vaiheissa. Teimme tarkat suunnitelmat ja työnjaot sekä säännölliset tapaamiset, jotka helpottivat työn etenemistä.

Saavutimme mielestämme asettamamme tavoitteet, tuloksissa ilmenee ryhmäläisten kokemusten pohjalta saatua tietoa ryhmätoiminnan merkityksestä sekä heidän motivoitumisesta elämäntapamuutosprosessiin. Vastauksissa ryhmäläiset eivät niinkään eritelleet kokoontumiskertojen sisältöä, vaan tarkastelivat ryhmän toimintaa kokonaisuutena ja näkivät sen yhtenä elämän osa-alueena. Tutkimuksessa emme saaneet niin tarkkaa tietoa kaikista osa-alueista kuin tavoittelimme. Kokoontumiskertojen sisällön arviointi jäi suppeaksi. Vertaistuki nousi vastauksissa tärkeäksi, mutta puutteelliseksi vastauksissa jäi miten ryhmäläiset sen itse kokivat. Tutkimus sopii toistettavaksi pienin muutoksin mahdollisissa tulevaisuudessa järjestettävissä Tulppa-avokuntoutusryhmissä, joissa halutaan kuvailla millaisia kokemuksia kyseiseen ryhmään osallistuneilla henkilöillä on kuntoutusohjelmasta, millaisia kokemuksia heillä on ryhmän toiminnasta sekä kuntoutuksen vaikuttavuutta yksilön elämäntapamuutokseen. Koimme käyttämämme aineistonhankintamenetelmän hyväksi, mutta olisimme ehkä saaneet syvempää tietoa tehdessämme tutkimuksen yksilöhaastatteluna, jolloin olisimme voineet kysyä tarkentavia kysymyksiä jonkin osa-alueen jäädessä suppeaksi.

Terveystenhoitajana tai sairaanhoitajana voimme antaa yksilölle tietoa, neuvontaa, ohjausta sekä tukea, mutta jokainen ihminen on itse vastuussa itsestään ja tekemistään valinnoista. Hoitajan tulee panostaa potilaan motivoitumiseen elämänmuutosprosessiin auttamalla häntä löytämään itse vastaukset ongelmiinsa arvostaen hänen autonomiaansa ja tukemalla häntä.

LÄHTEET

- Aalto, A-M. 2011. Suositus – Psyykkisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Osoitteessa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/11/>. Luettu 16.10.2013.
- British Heart Foundation. 2013. Cardiac rehabilitation. Osoitteessa: <http://www.bhf.org.uk/heart-health/how-we-help/support/heart-support-groups.aspx>. Luettu 22.9.2013
- Eloranta, T. – Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Eloranta, T. – Huomo, M. – Virkki, S. – Frilander-Paavilainen, E-L. 2007. Terveudeksi! – onnistuneeseen elintapamuutokseen. Sairaanhoidaja – lehti. 26.2.2007. Osoitteessa: [http://ez.ramk.fi:2071/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p_haku=terveyden edistäminen](http://ez.ramk.fi:2071/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p_haku=terveyden%20edistaminen). 12.5.2013
- Eriksson, K. – Isola, A. – Kyngäs, H. – Leino-Kilpi, H. – Lindström, U. – Paavilainen, E. – Pietilä, A-M. – Salanterä, S. – Vehviläinen-Julkunen, K. – Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, J. – Kupari, M. (päätoim.) – Airaksinen, J. – Huikuri, H. – Nieminen, M. S. – Peuhkurinen, K (toim). 2008. Kardiologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Helsingin Yliopisto. Kielijelppi – Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. 2010. Essee. Osoitteessa: <http://www.kielijelppi.fi/kirjoitusviestinta/essee>. Luettu 16.10.2013
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16.painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Holmia, S. – Murtonen, I. – Myllymäki, H. – Valtonen, K. 2009. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen sisältö hoitotyön koulutusohjelmassa. Hoitotyön opettajien käsityksiä. Pro Gradu – tutkielma. Turun Yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Kankkunen, P. – Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kauhanen, J. – Erkkilä, A. – Korhonen, M. – Myllykangas, M. – Pekkanen, J. 2013. Kansantervestiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kelan Tutkimusosasto. 2007. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kokonaisvaltainen katse sydäntuntoutukseen. Osoitteessa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3364/tutkimuksia88_netti.pdf?sequence=2. Luettu 6.10.2013
- Kristoffersen-Jahren, N. – Nortvedt, F. – Skaug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska. Narayna Press.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kylmä, J. – Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lauri, S. – Elomaa, L. 2007. Hoitotieteen perusteet. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Marttila, N. – Pokki, K. – Talvitie-Kella, T. 2008. Ammattina ryhmän ohjaaminen – ohjausprosessi ryhmänohjaajien kokemana ja kertomana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen Yliopisto: Kasvatustieteen laitos. Osoitteessa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78987/gradu02505.pdf?sequence=1>. Luettu 14.10.2013.
- Mustajoki, P. 2012. Valtimotauti (ateroskleroosi). Lääkärikirja Duodecim. Osoitteessa: [http://ez.ramk.fi:2071/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p_haku=terveyden edistäminen](http://ez.ramk.fi:2071/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p_haku=terveyden%20edist%C3%A4minen). Luettu 12.5.2013
- 2012. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Osoitteessa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775. Luettu 14.10.2013
- Mäkijärvi, M. – Kettunen, R. – Kivelä, A. – Parikka, H. – Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Nikkilä, M. 2013. Kohonneen verenpaineen diagnostiikka, alkututkimukset ja hoidon aloitus. Lääkärikirja Duodecim. Osoitteessa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00096&p_haku=verenpaine. Luettu 15.10.2013.
- Opetushallitus. 2013. Etälukio. Tekstin rakenteita ja merkityksiä – Hyvä essee. Osoitteessa: http://www02.oph.fi/etalukio/aidinkieli/hyva_essee.html#. Luettu 17.10.2013.
- Peltola, M. 2011. Lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välisen viestintäsuhteen merkitys omahoidon onnistumisprosessissa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto: viestinnän, median ja teatterin yksikkö. Osoitteessa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82774/gradu05254.pdf?sequence=1>. Luettu 14.10.2013.

- Penttilä, U-R. 2011. Sydän kuntoutuksen muodot ja järjestäminen. Lääkärikirja Duodecim. Osoitteessa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00068. Luettu 17.10.2013
- Pietilä, A-M. 2010. Terveiden edistäminen – Teoriasta toimintaan. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Puusa, A. – Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat – Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Rantala, M. – Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Osoitteessa: [http://ez.ramk.fi:2071/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97021&p_haku=sydänpotilaan kuntoutus](http://ez.ramk.fi:2071/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97021&p_haku=sydänpotilaan+kuntoutus). 13.5.2013
- Riegel, B. – Vaughan Dickson, V. – Topaz, M. 2012. Qualitative Analysis of Naturalistic Decision Making in Adults With Chronic Heart Failure. School of Nursing. University of Pennsylvania. Tiivistelmä tutkimuksesta. Nursing Research 3-4/2013, 91-98.
- Rissanen, P. – Kallanranta, T. – Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Routasalo, P. – Airaksinen, M. – Mäntyranta, T. – Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Osoitteessa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98401&p_haku=potilaan omahoidon tukeminen](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98401&p_haku=potilaan+omahoidon+tukeminen). Luettu 17.10.2013.
- Salmela, M. 2005. Sepelvaltimotaudin ehkäisy – neuvonnan ja ohjauksen vaikutukset lasten ja nuorten sekä iäkkäiden keskuudessa. Väitöskirja. Turun Yliopisto: kliininen laitos, yleislääketiede.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Osoitteessa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>. Luettu 16.10.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013. Kuntoutus. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/kuntoutus>. Luettu 22.2.2013.
- 2013. Kohonneen verenpaineen hoito. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/kohonneen-verenpaineen-hoito>. Luettu 5.10.2013.
- 2013. Kolesteroli. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/kolesteroli>. Luettu 5.10.2013.
- 2009. Tulppa-ryhmäläisen työkirja. Suomen Sydänliitto ry.

- 2012. Sepelvaltimotautiin sairastuminen. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/sepelvaltimotautiin-sairastuminen>. Luettu 6.10.2013
- 2011. Tulppa-avokuntoutus. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/tulppa-avokuntoutus>. Luettu 6.10.2013
- 2011. Tulppa-ohjelman sisältö. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/tulppa-ohjelman-sisalto>. 16.10.2013.
- 2013. Tupakka – Miten tupakka vaikuttaa sydämeen ja verenkiertoon? Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/tupakka> Luettu 5.10.2013.
- 2013. Vertaistuki. Osoitteessa: <http://www.sydanliitto.fi/vertaistuki>. Luettu 17.10.2013.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2009. Käypähoitosuositus. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Osoitteessa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04058>. Luettu 6.10.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Pääkirjoitus: Hallitusohjelma sopusoinnussa terveyden määritelmän kanssa. OPTIMI Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje 3/2011. Osoitteessa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/optimi/2011/paakirjoitus3. Luettu 6.10.2013.
- 2013. Sydän- ja verisuonitaudit. Osoitteessa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/sydan_ja_verisuonitaudit. 12.5.2013
- 2013. Vammaispalvelujen käsikirja. Vertaistuki – ”en olekaan ainut”. Osoitteessa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki/>. Luettu 17.10.2013.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa – Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus – tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- World Health Organization 2013. Diabetes. Osoitteessa: <http://www.who.int/diabetes/en/>. Luettu 22.9.2013
- 2013. Cardiovascular disease. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Osoitteessa: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ Luettu 6.10.2013.

Yli-Pirilä, P. 2012. Vertaistuki. Aikakauslehti Duodecim. Osoitteessa:
http://ez.ramk.fi:2071/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03440&p_haku=vertaistuki) Artikkelin tunnus: shk03440 (034.040). 13.5.2013.

LIITTEET

- Liite 1 Tekstianalyysiin liittyvät avoimet kysymykset
- Liite 2 Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä
- Liite 3 Toimeksiantosopimus
- Liite 4 Tutkimuslupahakemus

Tekstianalyysiin liittyvät avoimet kysymykset

Liite 1

Hyvä kuntoutuja,

Teemme opinnäytetyötä Tulppa-ryhmän kuntoutujien elämäntapamuutosprosessista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi kartoitamme kokemuksia ryhmän toiminnasta. Vastauksenne ovat arvokkaita, koska Lapin sydänpiiri ry ja perusterveydenhuolto voivat hyödyntää teidän kokemuksia suunnitellessaan ja toteuttaessaan jatkossa mahdollisia tulevia Tulppa-avokuntoutuksia. Sydänpiirin tavoitteena on sisällyttää Tulppa-avokuntoutusmenetelmä osaksi perusterveydenhuollon palveluita.

Pyydämme teitä pohtimaan kokemuksianne alla olevien aihealueiden mukaan kirjoitelmalla. Pyri tuomaan kirjoituksessasi esille seuraavat asiat:

LÄHTÖTILANNE:

1. Kerro lähtötilanteestasi ja siitä mikä sai sinut lähtemään mukaan Tulppa-ryhmään.
2. Kerro omista terveyteesi vaikuttavista riskitekijöistä.
Kerro valitsemastasi avaintekijästä.

ENSIMMÄISEN VAIHEEN (10 KOKOONTUMISKERRAN) ANTI ITSELLE:

3. Kerro millaisia avaintekijään liittyviä konkreettisia elintapamuutoksia olet tehnyt.
Pohdi oletko toiminut asettamiesi tavoitteiden suuntaisesti ja miten olet palkinnut itseäsi pienistä onnistumisista.

KUNTOUTUSKERTOJEN SISÄLLÖT JA KOKEMUKSET NIISTÄ:

4. Pohdi ryhmän toimintaa ja sinun kokemuksiasi ryhmän jäsenenä. –
 - jaetun materiaalin sisältö
 - saatu tieto/tuki ryhmäläisiltä
 - saatu tieto/tuki ohjaajalta
 - lisämotivaatio
 - oma aktiivisuus ryhmässä
 - oma aktiivisuus kotitehtävien teossa
5. Pohdi ryhmätoiminnan positiivisia ja negatiivisia puolia.

TULEVAISUUS:

6. Kerro jatkosuunnitelmistasi elämäntapamuutosprosessissa.
7. Kerro minkälaisena näet elämäntapamuutosprosessin jatkumisen seuraavan 6 kk kuluttua.

Kiitos vastauksistanne ja mukavaa kevään jatkoa!

Opiskelijat Tuula Moilanen, Sari Ravelin ja Pirita Mukku



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä

Liite 2

7. Kerro minkälaisena näet elämäntapamuutosprosessin jatkumisen seuraavan 6 kk kuluttua.			
Alkuperäis- ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääluokat
”Jatkan elämäntapamuutosta, Toivottavasti tuottaa tulosta”	Elämäntapamuutoksen Jatkaminen Toiminta tavoitteiden suuntaisesti	Elämäntapamuutos- prosessi	Elämäntapa- muutosproses- sin jatkaminen
” Jatkuu, olemme vasta alussa”	Toiminta tavoitteiden suuntaisesti		
” Liikkumisen lisääminen kunnon kohotessa. Osallistuminen kodin ulkopuolelle, kesän aikana kalalle ja mökin rauhaan rentoutumaan. Painon lisääminen muutamalla kilolla”	Kunnon kohoaminen, liikunnan lisääminen Osallistuminen/omien harrastusten jatkaminen Toiminta tavoitteiden suuntaisesti	Tavoitteellisuus/ Jatkuvuus	
”Pitää paino hallinnassa ja stressi loitolla”	Toiminta tavoitteiden suuntaisesti Painon hallinta Stressin hallinta		
”Aion laihduttaa viisi kiloa kesän aikana”	Painon pudotus Toiminta tavoitteiden suuntaisesti	Tulevaisuuteen uskominen	Tulevaisuuteen uskominen