

Maria Myllys & Paula Tynkkynen

TULPPA –  
AVOKUNTOUTUSRYHMÄLÄISTEN  
KOKEMUKSIA AVAINTEKIJÄSTÄ,  
VERTAISTUESTA JA OMASTA  
MOTIVAATIOSTA  
ELÄMÄNTAPAMUUTOKSIIN

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2010




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  31.5.2010				
<b>Tekijä(t)</b> Maria Myllys ja Paula Tynkkynen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> <b>Hoitotyön ko. Sairaanhoidaja</b>				
<b>Nimeke</b> Tulppa-avokuntoutusryhmäläisten kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin					
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Tulppa-ohjelma on valtimotautipotilaille tarkoitettu ryhmämuotoinen terveyskeskuksissa toteutettava avokuntoutusohjelma. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kahden avokuntoutusohjelmaan osallistuneen ryhmän kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Molemmat ryhmät aloittivat toimintansa Savonlinnassa syksyllä 2008. Opinnäytetyön tavoitteena on Tulppa-avokuntoutustoiminnan kehittäminen sekä Saimaan Sydänpiirin että koko Tulppa-projektin alueella Suomessa. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Aineiston keräsimme kahden fokusryhmähaastattelun ja kyselykaavakkeiden avulla.</p> <p>Tulosten mukaan ryhmäläisten kokemukset vertaistuesta jakoivat ryhmän kahtia. Osa kuntoutujista koki ryhmässä käydyt keskustelut ja kokemusten ja tunteiden käsittelyn tärkeänä. Osa kuntoutujista taas koki, ettei vertaistuellla ollut heille mitään merkitystä. Myös käsitykset vertaistukiohjaajista vaihtelivat ryhmäläisten keskuudessa. Toiset ryhmäläiset pitivät tärkeänä vertaistukihenkilöiden kannustusta ja heidän kokemustensa kuulemista. Toisten mielestä taas vertaistukiohjaajilla ei ollut heille erityistä merkitystä. Ryhmäläisiä motivoivia tekijöitä olivat terveys, hyvät tulokset tai toive niistä, liikunnasta koettu hyöty, vertaistuki ja muiden ihmisten kannustus. Motivaatiota laskevia tekijöitä puolestaan olivat terveysongelmat, elämäntapamuutokset, laiskuus, ajanpuute ja aiemmin tapahtuneet elämäntapamuutokset. Oma motivaatio elämäntapamuutoksia kohtaan koettiin pääosin aika tai todella hyväksi. Myös motivoituneisuus tulevaisuudessa arvioitiin aika hyväksi. Avaintekijästä saatiin sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Itse avaintekijän valintaan liittyi jonkin verran epäselvyyttä.</p> <p>Kuntoutajat esittivät myös kuntoutusohjelmaan kehittämisideoita. He toivoivat ohjelmalta jatkuvuutta, yksilöllisempää ohjausta ja toiminnallista tiedottamista. Toiminnallinen tiedottaminen tarkoittaa konkreettisten hoitotoimien näyttämistä ryhmässä, esim. kipeän niskan venytys. Kaiken kaikkiaan avokuntoutusohjelmaa pidettiin hyvänä.</p>					
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> avaintekijä, vertaistuki, motivaatio, elämäntapamuutokset, Tulppa-avokuntoutusohjelma					
<b>Sivumäärä</b> 46 s. + Liitteet 12 s.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Kieli</b></td> <td style="width: 33%;"><b>URN</b></td> </tr> <tr> <td>suomi</td> <td>URN:NBN:fi:mamk-opinn201096824</td> </tr> </table>	<b>Kieli</b>	<b>URN</b>	suomi	URN:NBN:fi:mamk-opinn201096824
<b>Kieli</b>	<b>URN</b>				
suomi	URN:NBN:fi:mamk-opinn201096824				
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>					
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Tarja Turtiainen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Suomen Sydänliitto ry/ Tulppa-projekti				

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  May 31, 2010
<b>Author(s)</b> Maria Myllys ja Paula Tynkkynen	<b>Degree programme and option</b> Degree program in nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  Experiences of the key risk factor, peer support and motivation towards lifestyle changes in the <i>Tulppa</i> outpatient rehabilitation programme.		
<b>Abstract</b>  The <i>Tulppa</i> programme is an outpatient group rehabilitation programme at health centres for patients with arterial diseases. The purpose of the present study is to describe how the two groups that participated in outpatient rehabilitation experienced the key risk factor, peer support and their own motivation towards lifestyle changes. Both groups started in Savonlinna in the autumn of 2008. The present study aims at developing the <i>Tulppa</i> programme. The study is qualitative and the material was collected through questionnaires and in two focus group interviews.  According to the results, the group was divided in two in regard to their experiences of peer support. Some of the rehabilitants felt that group discussions, as well as the processing of their experiences and feelings were important, while other rehabilitants thought that peer support was meaningless for them. Furthermore, views on the peer support counsellors varied between the group members. Some group members considered encouragement and listening to their experiences important, while others regarded the counsellors' input as not useful. The factors that motivated the group members were health, good results or the hope of them, benefits from exercise, peer support and the encouragement by other people, whereas their motivation was decreased by health issues, troubles in personal life, laziness, lack of time or previous lifestyle changes. The group members considered their own motivation towards lifestyle changes primarily quite good or very good. Moreover, they evaluated their motivation in the future as quite good. The key risk factor received both positive and negative feedback, even though the selection of the key factor was somewhat unclear.  The rehabilitants also suggested some ideas to improve the <i>Tulppa</i> programme: they wished for continuity, more individual guidance and a more functional way of giving information, e.g. by showing concrete actions, for instance how to stretch a sore neck. All in all, the outpatient rehabilitation programme was considered useful.		
<b>Subject headings, (keywords)</b> key factor, peer support, motivation and life changes		
<b>Pages</b> 46 s. + app. 12 p.	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b> URN:NBN:fi:mank-opinn201096824
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Tarja Turtiainen	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Suomen sydänliitto ry/Tulppa-projekti	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	TULPPA-AVOKUNTOUTUSOHJELMA.....	2
3	VALTIMOTAUTI.....	4
3.1	Taudin eri muodot.....	5
3.2	Riskitekijöihin vaikuttaminen elämäntapamuutoksilla.....	8
3.3	Avaintekijä käsitteenä.....	12
4	MOTIVAATIO .....	13
4.1	Motivaatioon vaikuttavia tekijöitä elämäntapamuutoksessa .....	13
4.2	Motivaation syntyminen elämäntapamuutosta kohtaan.....	14
4.3	Potilaan motivointi elämäntapamuutoksiin .....	15
5	VERTAISTUKI.....	17
5.1	Valtimotautipotilaan vertaistuki .....	19
5.2	Vertaistukiohjaaja valtimotautipotilaan tukena .....	20
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ..	21
7	MENETELMÄLLISET RATKAISUT .....	21
7.1	Laadullinen tutkimus .....	21
7.2	Fokusryhmähaastattelu .....	22
7.3	Induktiivinen sisällönanalyysi.....	26
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	28
8.1	Kuntoutujien kokemuksia avaintekijästä.....	30
8.2	Kuntoutujien kokemuksia omasta motivaatiosta .....	31
8.3	Kuntoutujien kokemuksia saamastaan vertaistuesta.....	32
8.4	Kehittämissuhteita avokuntoutusohjelmalle .....	33
9	POHDINTA .....	34
9.1	Pohdintaa tuloksista ja jatkotutkimusaiheet.....	34
9.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	37
9.3	Opinnäytetyön prosessi .....	39
	LÄHTEET .....	40
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on edelleen suomalaisten yleisin kuolinsyy, vaikka kuolleisuus siihen on vähentynyt 1960-luvulta lähtien. Vuosittain sepelvaltimotautiin kuolee noin 13 000 suomalaista. Sepelvaltimotauti on yleisempi sairaus iäkkäillä henkilöillä, mutta puolet sitä sairastavista on alle 65-vuotiaita. Ennen 65 vuoden ikää sepelvaltimotautiin kuolee miehiä kolme kertaa naisia enemmän. Vanhemmiten sukupuolierot pienenevät. (Mustajoki 2008.)

Useimpien sepelvaltimotautia tai muuta valtimotautia sairastavien tai suuressa sairastumisvaarassa olevien henkilöiden on tarpeen muuttaa elämäntapojaan. Monien ihmisten saattaa kuitenkin olla vaikea toteuttaa elämäntapamuutokset. Tämä koskee eritoten ihmisiä, jotka ovat taloudellisesti ja sosiaalisesti heikossa asemassa sekä niitä, jotka omaavat vaikean työ- tai perhetilanteen tai jotka ovat yksinasujia ja ovat ilman sosiaalista tukea. Elämäntapamuutoksiin ohjauksessa yhteistyösuhde potilaan ja ohjaajan välillä on tärkeä. Muutosten pohjana olevan tiedon perille meno voidaan varmistaa esimerkiksi kyselemällä ja keskustelemalla. Muutoksen esteet täytyy myös tunnistaa. Potilaan pitää antaa itse oivaltaa riskitekijät ja niiden ehkäisyn tärkeys. (Kettunen 2008.)

Halusimme sairaanhoitajaopiskelijoina tehdä opinnäytetyön sairauteen liittyvästä aiheesta. Siksi otimme yhteyttä Saimaan sydänpiiriin, jossa työskentelevältä henkilöltä saimme aiheeksi tehdä opinnäytetyön valtimotautipotilaille tarkoitetusta Tulppa-avokuntoutusohjelmasta. Tulppa-avokuntoutusohjelma antaa ryhmämuotoista opastusta sepelvaltimotautipotilaille, aivoverenkiertohäiriöistä kärsiville potilaille, tyypin 2 diabeetikoille sekä niille, joilla on hoitoa tarvitsevia valtimotaudin riskitekijöitä. Tulppa-avokuntoutusryhmiä toimii seitsemän sairaanhoitopiirin alueella: Etelä-Karjalan, Kymenlaakson, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Päijät-Hämeen, Saimaan ja Itä-Savon alueella. (Mäkinen 2006.) Itä-Savossa projektista vastaa Saimaan sydänpiiri, joka toimii yhteistyössä Sosterin eli Itä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa Savonlinnassa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää syksyllä 2008 Savonlinnassa aloittaneen kahden Tulppa-avokuntoutusryhmään osallistuneiden kuntoutujien (11) kokemuksia

avaintekijöistä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Aineiston keräsimme fokusryhmähaastatteluiden ja kyselykaavakkeiden avulla, jotka annoimme kuntoutujille ennen ryhmähaastatteluja. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

## **2 TULPPA-AVOKUNTOUTUSOHJELMA**

Sydänkuntoutus auttaa sydänsairauksista kärsiviä potilaita toipumaan nopeammin ja parantamaan heidän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään. Kuntoutuksen tavoitteena on hidastaa, vakauttaa tai jopa muuttaa sydänsairauden etenemisen suuntaa päinvastaiseksi. Potilaan on sydänkuntoutuksen avulla mahdollista parantaa elämäntilaa, vähentää riskitekijöitä ja saada optimismia tulevaisuuden suhteen. Sydänkuntoutusohjelmiin normaalisti kuuluu neuvontaa sairaudesta ja sen hoidosta, liikuntaohjelma, ravitsemusneuvontaa, potilaan tukemista riskitekijöiden pienentämisessä, emotionaalista tukea, työhönpaluuneuvontaa, lääkeohjausta ja tietoa sairauden aiheuttamista fyysisistä rajoituksista. (American Heart Association 2009.) Sydänkuntoutukseen kuuluu yleensä myös vertaistuen saaminen (British Heart Foundation 2010).

Suomen Sydänliiton tekemän selvityksen (2006) mukaan vuosittain ainoastaan noin 7 - 8 prosenttia sairaaloista kotiutuneista sepelvaltimotautia sairastavista potilaista pääsee julkisen terveydenhuollon järjestämään kuntoutukseen. Luku on Euroopan alhaisimpia, sillä muun muassa Ruotsissa kuntoutukseen pääsee yli 50 prosenttia potilaista. Vain vähän yli puolet sairaaloista ilmoitti selvityksen mukaan varmistavansa kuntoutuksen ja jatkohoidon järjestämisen avohoidossa. Potilaan vastuulle jäi siten monesti jatkohoitoon hakeutuminen. (Mäkinen & Penttilä 2007, 37 - 39.)

Koska sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus eivät toteudu Suomessa halutulla tavalla, Suomen Sydänliitto kehitti alun perin vain sepelvaltimotautipotilaille tarkoitetun Tulppa-avokuntoutusohjelman, joka perustuu Sydänliiton vuosina 1999 - 2002 tekemään kuntoutusmalliin (Suomen Sydänliitto ry. 2008). Tulppa-avokuntoutusohjelma on avohoidossa toteutettava valtimotautipotilaiden ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma. Sen kohderyhmät ovat sepelvaltimotautipotilaat, lievistä aivoverenkiertohäiriöistä kärsivät potilaat, tyypin 2 diabeetikot ja ne, joilla on muita hoitoa tarvitsevia valtimotaudin vaaratekijöitä. (Mäkinen 2006.)

Tulppa-avokuntoutusohjelma on tarkoitettu terveystieteiden työkaluksi, jotta niissä pystyttäisiin lisäämään sepelvaltimotautipotilaiden, tyypin 2 diabetesta sairastavien sekä lievistä aivoverenkiertohäiriöistä kärsivien potilaiden pääsyä kuntoutukseen. Tulppa-avokuntoutusohjelman tavoitteena on saada valtimotautia sairastavien potilaiden kuntoutus terveystieteiden osaksi hoitoketjua. (Suomen Sydänliitto ry. 2008.) Ohjelman tavoitteena on myös vähentää valtimotautipotilaiden terveydenhuoltopalvelujen tarvetta ja kustannuksia. Lisäksi ohjelman tavoitteena on löytää jokaiselle alueelle optimaalinen tapa antaa kuntoutusta sydänpiirien, terveystieteiden ja yksityisten palveluntuottajien välisenä yhteistyönä. Lopputavoitteena on 1000 - 1200 uuden potilaan kuntoutuksen piiriin saaminen vuodessa. (Mäkinen 2006.)

Ensin avokuntoutusohjelma luotiin tukemaan potilaiden jatkohoitoa kunnissa ja sitä toteuttivat terveystieteiden keskuksat. Vuosina 1999 - 2002 toteutettiin ohjelman kokeiluvaihe Sydänliiton projektina Raha-automaattiyhdistyksen tukemana 23 terveystieteiden keskuksessa Itä-Suomessa. (Suomen Sydänliitto ry. 2008.)

Osana Suomalaista Sydänohjelmaa aloitettiin vuonna 2006 avokuntoutusohjelma kuuden sydänpiirin alueella. Nämä kuusi sydänpiiriä ovat Etelä-Karjalan, Kymenlaakson, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Päijät-Hämeen ja Saimaan sydänpiirit. Lisäksi ohjelma toimii Pieksämäen kaupungissa. Sydänpiirit ohjaavat Tulppa-ohjelmaa alueillaan. Jokaisessa piirissä ohjelmalla on oma ohjelmakoordinaattorinsa ja nimetty ohjausryhmänsä. Kuuden sydänpiirin ja Pieksämäen kaupungin alueella asuu 1,1 miljoonaa asukasta ja alueen sairaaloissa hoidetaan joka vuosi noin 16 500 sepelvaltimotautia sairastavaa ihmistä. Ohjelmaan kuuluu vieläkin pääosa alkuperäisistä projektikunnista, joiden terveystieteiden keskuksiin se on muotoutunut pysyväksi toiminnaksi. (Suomen Sydänliitto ry. 2008.)

Tulppa-ryhmät kokoontuvat 10 kertaa kerran viikossa 2 - 3 tuntia kerrallaan. Lisäksi on kaksi kontrollikäyntiä 6 kk:n ja 12 kk:n kuluttua. Yhteen ryhmään kuuluu keskimäärin 10 kuntoutujaa. Tulppa-avokuntoutusohjelma toteutetaan ryhmämuotoisena ohjauksena ja ohjelmaan sisältyy tyypilliset sydänkuntoutusaiheet, esimerkiksi sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja itsehoito, oireiden tarkkailu ja hätätilanteet, ravinto, kivunhoito, liikunta, lääkehoito ja mielialaan vaikuttavat asiat. Toteutustavaltaan ohjel-

ma kuitenkin poikkeaa perinteisestä sydänkuntoutuksesta. (Suomen Sydänliitto ry. 2008.)

Tulppa-ohjelman tavoitteet yksilötasolla ovat potilaiden jatkohoidon ja sekundääripreeventtion tukeminen lähellä kotia sekä sairaalahoidon jälkeisen toipumisen ja työ- ja toimintakyvyn edistäminen. Sen tavoitteena on myös riskitekijöiden vähentäminen elintapamuutoksilla ja sairauden etenemisen hidastaminen, psykososiaalisen toipumisen tukeminen ja valtimotautiin liittyvän depression havaitseminen. Lisäksi ohjelman tavoitteena on myös tarjota kuntoutujille vertaistukea ja parantaa heidän elämänlaatuun. (Mäkinen 2006.)

Kuntoutujakohtaisessa tavoitteiden asettelussa ja tulosten seurannassa on erityinen painoarvo. Jokainen kuntoutuja valitsee ohjelman alussa vaaratekijöistään niin sanotun avaintekijän, jonka muuttamista hän tavoittelee. Menetelmä perustuu transteoreettiseen muutosvaihemalliin ja empowerment- eli voimaantumislähestymistapaan, joiden avulla selittävän kuntoutujan motivoitumista terveyskäyttäytymisen muutokseen. (Suomen Sydänliitto ry. 2008.)

### **3 VALTIMOTAUTI**

Valtimotauti eli valtimonkovettumatauti eli ateroskleroosi on sairaus, jossa verta kuljettavat valtimot ahtautuvat, minkä seurauksena veren kulkeminen suonessa estyy. Taudissa valtimoiden sisäpintaa verhoavan ohuen suonen sisäkalvon alle alkaa kertyä enimmäkseen veren kolesterolista lähtöisin olevaa materiaalia. Kolesterolikertymää sanotaan plakiksi. Plakkia kerääntyy suonen seinämään hitaasti, mutta sen kertyminen voi alkaa jo nuorella iällä. Vuosien aikana plakin määrä kasvaa ja se pullistuu sisäänpäin tukkien valtimoa. Tämän takia veren virtaus valtimossa huononee. (Mustajoki 2009.)

Kudokset vaativat jatkuvaa hapen ja ravinnon saantia, josta valtimoiden kuljettama veri huolehtii. Valtimon ahtautuminen heikentää veren virtausta, jolloin hapen saanti vähenee. Tämä aiheuttaa häiriöitä siinä elimessä, jonka verenkierrosta ahtautunut valtimo pitää huolta. Jos valtimo ahtautuu osittain, kudokset saavat liian vähän happea ja syntyy kipua. Jos taas valtimo tukkeutuu kokonaan, seuraa kudoksen solujen kuolema, kuo-



lio. Usein täysi tukos muodostuu niin, että suonon sisällä olevan plakin pinta repeää ja sen kohdalle syntyy suonon kokonaan tukkivia verihyytymiä. (Mustajoki 2009.)

Kolme tärkeintä valtimotaudin riskitekijää ovat suurentunut veren LDL -kolesterolin eli ns. pahan kolesterolin (low density lipoprotein) määrä, tupakointi ja kohonnut verenpaine. Valtimotaudin ilmenemismuotoja ovat sepelvaltimotauti, aivohalvaus ja alaraajojen valtimotauti. (Mustajoki 2009.) Kaikkia valtimotauteja voidaan ehkäistä elämäntapamuutoksilla, esimerkiksi tupakoinnin lopettamisella, terveellisellä ruokavaliolla, liikunnan lisäämisellä ja painonhallinnalla (Mustajoki 2009).

### **3.1 Taudin eri muodot**

Sepelvaltimotaudissa sepelvaltimoiden verenvirtausta ahtauttavat kolesterolikertymät eli plakit huonontavat sydänlihaksen hapensaantia ja johtavat sepelvaltimotaudille tavalliseen oireeseen, rasisurintakipuun (angina pectoris). Tyypillinen angina pectoris -kipu ilmaantuu rasituksessa vähitellen, nopeasti liikkeelle lähtiessä nopeammin, ja pahenee rasituksen aikana. Keskellä rintaa tuntuva kipu on laaja-alaista, puristavaa, ahdistavaa tai painavaa, ja se voi pakottaa potilaan hidastamaan vauhtia tai pysähtymään. Kipu helpottuu levossa tai nitrolla muutamassa minuutissa. Se ilmenee ilman suuria päivittäisiä vaihteluja suurin piirtein samantasoisessa rasituksessa, kun sykepainetulo ylittää potilaan yksilöllisen kynnyksen. Lisäksi kipu saattaa säteillä kaulaan, käsivarsiin, leukaperiin, lapojen väliin tai ylävatsalle. Muita mahdollisia oireita ovat rasisurshengenahdistus, rasisurväsymys, sydämen vajaatoiminta ja rytmihäiriöt. (Kervinen 2009.)

Sepelvaltimotaudin diagnosoinnissa käytettäviä tutkimuksia ovat potilaan statuksen tutkiminen, ekg eli sydänfilmi (elektrokardiografia), rasisurkoe, laboratoriokokeet, rintakehä- eli thoraxröntgen, sydämenkaikututkimus, isotooppitutkimus, rasisurkaikuvaus, verisuonten varjoainetutkimus eli angiografia ja tietokonekerroskuvaus. Taudin ennusteen takia on olennaista minimoida kaikki valtimotaudinvaaratekijät ateroskleroosin etenemisen hidastamiseksi ja sydäninfarktin estämiseksi. Lääkehoitona käytetään ASAa, beetasalpaajaa, statiinia, ACA-estäjää, pitkävaikutteista nitraattia ja lyhytvaikutteista nitroa. Tarvittaessa voidaan potilaalla tehdä pallolaajennus tai sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. (Kervinen 2009.)

Tyypin 2 diabetekseen kuuluu sekä insuliininpuute että insuliinin heikentynyt vaikutus kudoksissa eli insuliiniresistenssi. Insuliiniresistenssi lisää insuliinin tarvetta, joten insuliinintuotanto on liian vähäinen tarpeeseen nähden. Tauti alkaa tavallisesti aikuisiässä. Potilas on usein ylipainoinen, ja hänellä on korkea verenpaine tai häiriö rasva-aineenvaihdunnassa. Hänellä voi olla ne molemmat eli metabolinen oireyhtymä. Perimä ja ympäristötekijät lisäävät riskiä sairastua tyypin 2 diabeteksen. Muita riskitekijöitä ovat ylipaino, erityisesti keskivartalolihavuus, vähäinen liikunta, kohonnut verenpaine ja aiemmin todettu glukoosiaineenvaihdunnan eli sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Diabeteksen diagnosoinnissa käytetään glukoosipitoisuuden paastoarvon mittaamista ja glukoosirasituskoetta. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2009.)

Hoidon tavoitteena tyypin 2 diabeteksessa on ehkäistä komplikaatioita ja lisätä potilaan elämänlaatua ja oireettomuutta. Tyypin 2 diabetesta hoidetaan elämäntapamuutoksilla eli vähärasvaisella ja runsaskuituisella ruokavaliolla, painonhallinnalla, säännöllisellä liikunnalla ja tupakoinnin lopettamisella. Myös kohonnut verenpaine ja korkea veren kolesterolipitoisuus hoidetaan kuntoon, tarvittaessa myös lääkityksen avulla. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa voidaan käyttää myös lääkitystä eli tabletteja ja insuliinihoitoa. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2009.)

Aivoverenkierron häiriötä (AVH) käytetään yhteisnimityksenä ohimeneville (TIA) tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverenkierron tai aivoverisuonten tai molempien sairauksille. Aivohalvaus on yleisnimitys aivoverenvuodolle, aivoinfarktille sekä lukinkalvonalaiselle verenvuodolle (SAV). (Mannonen ym. 2006, 17.) TIA-potilaan oireisiin kuuluu äkillisesti alkava toispuolinen tai molemminpuolinen tuntohäiriö ja/tai heikkous, puhevaikeus, kaksoiskuvat, toisen silmän tai näkökentän osan näköhäiriö, kyvyttömyys suorittaa liikkeitä hallitusti, nielemisvaikeus ja kiertohuimaus. TIA-kohtausten hoitona käytetään antitromboottisia lääkkeitä, joilla pyritään estämään uudet kohtaukset. (Iivanainen ym. 2006, 95 - 96.)

Aivoinfarktin oireisiin kuuluu raajojen voimattomuus tai tunnottomuus, näkö- ja puhehäiriöt tai suupielen roikkuminen ja tajunnantasonhäiriöt. Aivoinfarktin vaikuttaa taustalla oleva kohonnut verenpaine. (Mannonen ym. 2006, 25.) Aivoverenkierronhäiriö voidaan todeta tietokonetomografiatutkimuksella tai magneettikuvauksella. Aivoinfarktissa hoitona käytetään liuotushoitoa ja muuta lääkehoitoa. (Aivoinfarktin

käypä hoito-suositus 2006.) Lukinkalvonalaisen verenvuodon oireita ovat kova päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, silmien valonarkuus, kehittyvä niskajäykkyys, raaja-halvaus, sekavuus, puhevaikeus ja kouristelu (Iivanainen ym. 2006, 96). Lukinkalvonalainen verenvuoto voi vaatia leikkaushoidon ja erilaisen lääkehoidon kuin aivoinfarkti. Aivoverenkierron häiriöitä ehkäistään kohonneen verenpaineen ja korkean kolesterolin hoidolla, tupakoinnin lopettamisella ja liikunnan lisäämisellä. (Aivoinfarktin käypä hoito-suositus 2006.)

Alaraajojen valtimotaudissa ateroskleroosin aiheuttamat ahtautumat alaraajojen valtimoissa estävät verenkiertoa aiheuttaen oireita. Tavallinen oire on klaudikaatio eli katkokävely, joka johtuu huonontuneen verenkierron aiheuttamasta hapenpuutteesta. Katkokävelyoireet ilmaantuvat liikkeessa. Kävellessä yleensä toiseen pohkeessa tuntuu kovaa kipua, ja samanaikaisesti jalka voi olla väsynyt ja puutunut. Kipu helpottuu levossa, minkä jälkeen voi jatkaa kävelemistä. Kävelyn aikana kipu alkaa taas tavallisesti uudestaan. On yksilöllistä, miten pitkän matkan oiretta poteva henkilö pystyy kävelemään kivutta. Alaraajojen valtimotauti johtaa tavallisesti siihen, että jalkoja myös palelee tavallista herkemmin. Vaikea-asteisessa taudissa voi olla jatkuvaa myös levossa ilmenevää kipua varpaissa ja jalkaterissä. Jos tauti etenee ilman hoitamista, seurauksena voi olla varpaiden kuolio. Tällöin varvas on sinertävä, kylmä ja hyvin kipeä. (Ellonen & Mustajoki 2009.)

Tupakointi on sairauden tärkein riskitekijä, joten tehokkain keino hidastaa taudin pahenemista on tupakoinnin lopettaminen. Myös muilla elämäntapamuutoksilla voidaan hoitaa tautia. Kaikilla potilailla käytetään asetyylisalisyylihappoa lääkehoitona. Silloin kun katkokävely elämäntapamuutoksista ja lääkkeistä huolimatta on vaaraksi työ- tai toimintakyvyille, voidaan harkita alaraajojen valtimoiden pallolaajennusta tai leikkaushoitoa. Pallolaajennus voidaan tehdä, jos valtimon ahtauma on tarpeeksi rajoitetulla alueella. Muutoin on mahdollista tehdä verisuonileikkaus, jossa ahtautunut valtimo ohitetaan keinotekoisella verisuoniproteesilla tai verisuonisiirteellä. (Ellonen & Mustajoki 2009.)

### 3.2 Riskitekijöihin vaikuttaminen elämäntapamuutoksilla

Mustajoen mukaan (2009) elintavoilla pystytään vaikuttamaan valtimokovettumataudin riskitekijöihin ja sairastumisriskiin. Tupakoinnin lopettaminen, terveellinen ruokavalio, liikunta, painonhallinta sekä kohonneen verenpaineen hoitaminen pienentävät riskiä sairastua sepelvaltimotautiin (Mustajoki 2008). Myös hyvä diabeteksen hoitotasapaino ja stressin hallinta pienentävät sydänsairauksien riskiä (Diabetesliitto 2009; Karvinen 2007).

Tupakoinnin lopettaminen on tärkeä elämäntapamuutos sydän- ja verisuonitautivaaran pienentämiseksi (Dyslipidemioiden käypä hoito-suositus 2009). Tupakansavu vaurioittaa verenkiertoelimistöä monella eri tavalla: neurohormonaalisen ja metabolisen erityksen kautta, hematologisten muutosten, hemodynamiikan muutosten sekä biokemiallisten ja geneettisten tekijöiden seurauksena. Nikotiini nostaa sydämen syketasoa ja supistaa verisuonia kohottaen näin myös verenpainetta. Yhteisvaikutuksena sydämen työmäärä kasvaa samalla, kun hapetus huononee. Häkä sitoutuu hapen paikalle hemoglobiiniin. Näin ollen hiilimonoksidihemoglobiinin määrä voi tupakoimisen aikana olla 5–20 % veren kokonaishemoglobiinimäärästä. Myös valtimotulppariski kasvaa, sillä tupakointi lisää veren hyytymistäipumusta. Tupakoivilla on lisäksi veren rasvojen koostumus epäedullisempi ja LDL-kolesterolin osuus korkeampi verrattuna tupakoimattomiin. (Kentala & Patja 2006.) Tupakoinnin lopetus aiheuttaa valtaosalle ihmisistä vieroitusoireita, joista pääosa johtuu nikotiinipitoisuuden vähenemisestä elimistössä. Tavallisimpia vieroitusoireita ovat muun muassa kärsimättömyys, ärtyisyys, levottomuus ja tupakanhimo. Tupakoinnin vieroituksessa voidaan käyttää yksilö- ja ryhmäohjausta ja nikotiinikorvaushoitoa. (Tupakoinnin, nikotiiniriippuvuuden ja vieroitus-  
hoion käypä hoito-suositus 2006.)

Veren kohonnut kolesterolipitoisuus aiheutuu joko hitaasta kolesterolin poistumisesta verenkierrosta tai lisääntyneestä ravinnon kolesterolimäärästä. Sen haitallisuus tulee ilmi vuosien ja vuosikymmenten aikana, kun kolesterolia kertyy valtimon seinämään, seinämä paksuntuu ja valtimo ahtautuu. Samalla verenkierto huononee valtimon ruokkimalla alueella. (Aalto-Setälä 2008b.) LDL-kolesteroli eli ns. huono kolesteroli kerääntyy valtimonseinämään ja ahtauttaa sitä pikku hiljaa aiheuttaen valtimotautia. Puhuttaessa kohonneesta kolesterolista tarkoitetaan pääsääntöisesti LDL-kolesterolia.

HDL-kolesteroli eli ns. hyvä kolesteroli (high density lipoprotein) taas sitä vastoin kuljettaa kolesterolia pois valtimon seinämästä. (Aalto-Setälä 2008a.)

Ruokavaliomuutoksella pystytään vaikuttamaan jopa 40 prosenttiin veren kolesteroli-pitoisuudesta. Korkeaa kolesterolipitoisuutta voidaan muun muassa pienentää vähentämällä kovaa eläin- ja maitorasvaa, runsaasti kolesterolia sisältävien ruoka-aineiden välttämällä ja lisäämällä ruoan ravintokuidun määrää. (Vanhanen & Strandberg 2005.) Myös kestävyysliikuntaharjoittelulla voidaan pienentää vähän liikkuvilla terveillä henkilöillä LDL-kolesteroli- ja triglyseridipitoisuutta ja suurentaa seerumin HDL-kolesterolipitoisuutta. Laihduttaminen eli liiallisen rasvakudoksen väheneminen voi myös lisätä edullisia lipidimuutoksia liikapainoisella. Tupakoinnin lopettamisella on myönteisiä vaikutuksia lipideihin, erityisesti HDL-kolesterolipitoisuus veressä suurenee. Seerumin kokonaiskolesterolipitoisuuden tavoite on alle 5,0 mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuus alle 3,0 mmol/l. (Dyslipidemioiden käypä hoito-suositus 2009.)

Kohonnut verenpaine ei aiheuta useimmille ihmisille mitään oireita. Kohonnut verenpaine vaurioittaa kuitenkin verisuonia ja elimiä. Se edistää valtimoiden kovettumista ja ahtautumista, mikä voi aiheuttaa muun muassa sydäninfarktin, aivoinfarktin, sydämen vajaatoiminnan, aneurysman eli laajentuman tai aivoverenvuodon. (Mayo Clinic Staff 2008.) Verenpaineen noustessa sairastavuus ja kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin lisääntyvät ilman diastolisen tai systolisen verenpaineen selkeää kynnysarvoa. Korkean verenpaineen riskitekijöitä ovat perinnöllisyys, miessukupuoli, tupakointi, liikapaino, suolankäyttö, vähäinen liikunnan määrä, alkoholi ja stressi. (Nikkilä 2009.)

Kohonnutta verenpainetta voidaan hoitaa elämäntapamuutoksilla ja lääkehoidolla. Runsaasti kasviksia ja hedelmiä sisältävä ruokavalio alentaa korkeaa verenpainetta. Natriumin päivittäistä saantia pitää rajoittaa alle 2 000 mg:aan. Myös rasvattomien tai vain niukasti tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä elintarvikkeiden suosiminen alentaa verenpainetta. Kalium-, kalsium- ja magnesiumlisät saattavat alentaa kohonnutta verenpainetta. Myös kestävyystyypillisellä liikuntaharjoittelulla voidaan vähentää kohonnutta lepoverenpainetta. Laihduttaminen alentaa liikapainoisten henkilöiden kohonnutta verenpainetta. Lääkityksen aloitusta pitää harkita, jos elämäntapamuutoksista ja muihin vaaratekijöihin puuttumisesta huolimatta systolinen verenpaine ei laske alle

140 mmHg tai diastolinen verenpaine alle 90 mmHg ja valtimotautikuoleman riski on suuri. Normaali verenpainetaso on alle 130/85 mmHg. (Kohonneen verenpaineen käypä hoito-suositus 2009.)

Vähäisen liikunnan on todettu olevan riskitekijänä sairastua muun muassa sepelvaltimotautiin, tyyppin 2 diabetekseen, aivoinfarktiin ja verenpainetautiin (Aivoinfarktin käypä hoito-suositus 2006; Diabeteksen käypä hoito-suositus 2009; Kervinen 2009; Nikkilä 2009). Terveitä aikuisia (18–65-vuotiaat) koskevan suosituksen mukaan terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseen tarvitaan vähintään 30 minuuttia kohtalaisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa viitenä päivänä viikossa tai vähintään 20 minuuttia raskasta liikuntaa kolmena päivänä viikossa. Lisäksi lihasten voimaa ja kestävyyttä ylläpitävää tai edistävää liikuntaa tarvitaan vähintään kahtena päivänä viikoittain. 65 vuotta täyttäneet ja 50–64-vuotiaat, joilla on jo jokin krooninen sairaus, tarvitsevat vähintään viitenä päivänä viikossa aerobista liikuntaa ja lihasvoimaharjoittelua kahdesti viikoittain. Lisäksi he tarvitsevat liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja lisäävää liikuntaa. (Liikunnan käypä hoito-suositus 2008.)

Kestävyysliikunnan on todettu hidastavan ateroskleroosin etenemistä ja parantavan verenkierto- ja hengityselimistön suorituskykyä ja valtimoiden endoteelin toimintaa. Tyyppin 2 diabeteksen hoidossa liikunta parantaa glukoositasapainoa, lisää luustolihas-ten insuliiniherkkyyttä ja pienentää viskeraalisen eli sisäelimiin liittyvän rasvan määrää ja voi ehkäistä tai hidastaa perifeerisen neuropatian eli ääreishermomuutosten kehittymistä. (Liikunnan käypä hoito-suositus 2008.)

Fyysisen aktiivisuuden lisääminen lihavuuden hoitoon ilman ruokavaliomuutoksia pudottaa liikapainoa muutaman kilon. Dyslipidemiaa eli rasva-aineenvaihdunnan häiriötä sairastavilla ihmisillä kestävyysliikunnan on todettu suurentavan plasman HDL-kolesterolipitoisuutta ja pienentävän plasman LDL-kolesteroli- ja triglyseridipitoisuutta. Kohonneen verenpaineen hoidossa liikunnan harrastaminen laskee sekä systolista että diastolista lepoverenpainetta. Kestävyysliikunta parantaa myös hermojen ja luustolihas-ten yhteistoimintaa, lisää luustolihas-ten voimaa ja nostaa mielialaa. (Liikunnan käypä hoito-suositus 2008.)

Myös lihavuus kasvattaa sydän- ja verisuonitautien vaaraa. Se nostaa usein verenpainetta, aiheuttaa sepelvaltimotautia ja lisää aivoinfarktin ja verenvuodon riskiä. Häiriintyneet veren rasva-arvot liittyvät usein lihavuuteen, mikä tarkoittaa sitä, että hyvän HDL-kolesterolin pitoisuus veressä on vähäinen ja huonon LDL- kolesterolin ja triglyseridien pitoisuus suuri. Ylipaino, etenkin vyötärölihavuus, altistaa myös tyypin 2 diabetekselle. Lihavuutta hoidetaan ruokavaliomuutoksilla ja liikunnan lisäämisellä. Aikuisilla normaalipainon yläraja on painoindeksi 25 kg/m<sup>2</sup>. (Aikuisten lihavuuden käypä hoito-suositus 2007.)

Ensisijaisesti painon pudottamiseen suositellaan vähäenergista ruokavaliota, jonka sisältämä energiamäärä on yhteensä 1 200–1 500 kcal/vrk. Energiamäärää on mahdollista vähentää pienentämällä ruokavalion energiatiheyttä, pienentämällä ainoastaan ruoka-annosten kokoa tai vähentämällä ainoastaan rasvan saantia ravinnosta. Ravintokuitupitoisuuden lisääminen ruokavalioon edistää painon vähenemistä riippumatta kuidun saantilähteestä ja tyypistä. Kuitu vähentää nälän tunnetta lisäten kylläisyyden tunnetta ja pienentää näin energiansaantia. Ylipainoisilla runsaasti alkoholia nauttivilla miehillä alkoholinkäytön rajoittaminen alentaa painoa keskimäärin 2 kg 4 – 5 kuukaudessa. (Aikuisten lihavuuden käypä hoito-suositus 2007.)

Liikunnan lisääminen, tavallisimmin kestävyystyypistä liikuntaa, ilman ruokavaliomuutoksia pienentää painoa muutaman kilon. Lihaskudosta parantavalla harjoittelulla, esimerkiksi kuntosalilla, on myönteisiä vaikutuksia kehon koostumukseen niin, että lihaskudoksen osuus voi lisääntyä ja rasvakudoksen osuus vähentyä, vaikka paino alenee vain vähän. Energiankulutuksen tavoitteena laihduttavassa liikunnassa on 300 kcal:n verran fyysistä aktiivisuutta päivässä. Tämä vastaa 45–60 minuuttia kohtuukuormitteista liikunnan harjoittamista päivässä. (Aikuisten lihavuuden käypä hoito -suositus 2007.)

Stressi lisää riskiä sairastua valtimonkovettumatautiin. Stressi vaikuttaa sydämen hyvinvointiin omilla mekanismeillaan. Äkillisessä stressitilanteessa elimistössä alkaa muodostua stressihormoneita, adrenaliinia ja kortisolia. Nämä hormonit käynnistävät ihmisen puolustusmekanismin, jossa hermosto kiihtyy, verenpaine nousee, sydämen syketiheys nousee ja rinnassa puristaa. Jos stressi ei laannu, jatkuu stressihormonien eritystä. Pulssi säilyy nopeana ja verenpaine pysyy korkeampana kuin tavallisesti. Jatku-

va stressi aiheuttaa ihmiselle hermostollisen jännitystilän. Sydänsairaus kehittyy vuosikymmenten saatossa pikku hiljaa. Stressi saattaa laukaista sydänsairauden ja aiheuttaa sydänkohtauksen. Stressin kuormitusta voisi vähentää panostamalla reiluihin johtamiskäytäntöihin ja toimiviin työyhteisöihin. (Karvinen 2007.)

Verensokerin huono tasapaino edistää valtimoiden ahtautumista. Mitä huonommassa tasapainossa verensokeri on, sitä suurempi vaara on sairastua valtimotautiin. (Diabetesliitto 2009.) Veressä oleva glukoosi sitoutuu punasolujen hemoglobiiniin. Mitä korkeampi on veren glukoosipitoisuus, sitä enemmän glukoosia sitoutuu hemoglobiiniin. Suuri sokerimäärä kaikkein pienimmissä verisuonissa voi ajan mittaan aiheuttaa erilaisia komplikaatioita, kuten silmäsairauksia, munuaisvaurion tai jalkojen heikentyneen tuntoaistin. Syynä sairauksiin on se, että silmien, munuaisten ja hermojärjestelmän soluihin ei virtaa riittävästi verta. Veren suuri glukoosipitoisuus voi aiheuttaa vaurioita myös suurien verisuonien seinämissä, joten se edistää sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia. (Bayer Health Care 2009.)

Korkeaa veren sokeripitoisuutta voidaan pienentää painonpudotuksella ja -hallinnalla. Yleensä jo 5-10 prosentin painon pudotus vähentää insuliiniresistenssiä ja auttaa näin alentamaan verensokeritasoa merkittävästi. Myös fyysinen aktiivisuus tehostaa sokeriaineenvaihduntaa. Vaikka lisääntynyt liikunta ei pudottaisikaan painoa, se vaikuttaa positiivisesti kehon koostumukseen: lihasmassan määrä kasvaa ja rasvan osuus pienee. Kehon koostumuksen muutos parantaa insuliiniherkkyttä ja edistää sokeriaineenvaihduntaa. Kuitu- ja hiilihydraattipitoinen ruokavalio eli täysjyväviljojen sekä kasviksien suosiminen korjaa sokeritasapainoa ja veren rasva-arvoja. Tyypin 2 diabeetikoiden verensokerin tavoitearvot ovat paastoarvot 4 - 6 millimoolia litrassa (mmol/l), aterioiden jälkeen alle 8 (- 10) mmol/l ja HbA1c alle 6,5 - 7 %. (Diabetesliitto 2010.)

### **3.3 Avaintekijä käsitteenä**

Tulppa-avokuntoutusohjelmassa tavoitteena on, että kuntoutujat pystyisivät muuttamaan elämäntapojaan valtimotaudin kannalta suotuisiksi ja oppisivat hoitamaan sairauttaan. Kuntoutujat pyrkivät elämäntapamuutokseen valitsemalla kuntoutusohjelman alussa omista valtimotaudin vaaratekijöistään yhden avaintekijän, jonka muuttamiseen he sitten sitoutuvat. Tämä tekee elämäntapojen muuttamisen helpommaksi, koska ei



samaan aikaan tarvitse muuttaa kaikkea. (Tulppa-ryhmäläisen työkirja 2008, 4.) Koska lisäksi terveellisillä elämäntavoilla on samansuuntainen vaikutus kaikkiin valtimotaudin riskitekijöihin, muut riskitekijät korjautuvat avaintekijän kehityksen mukana. Tällä pyritään motivoimaan ryhmäläisiä elämäntapojen muuttamiseen. (Penttilä ym. 2002, 13.) Tulppa-kuntoutusohjelman avaintekijät ovat samat kuin valtimotautien riskitekijät eli tupakointi, korkeat kolesteroliarvot, kohonnut verenpaine, vähäinen liikunta, korkea veren sokeripitoisuus, stressi ja ylipaino (Tulppa-ryhmäläisen työkirja 2008, 4).

## **4 MOTIVAATIO**

Motivaatio tarkoittaa käyttäytymistä virittävien ja ohjaavien tekijöiden järjestelmää. Motiivi on motivaation kantasana, ja sillä tarkoitetaan syytä tai aihetta. Työtä tekeväille tai toimintaan orientoituvalle ihmiselle motiivi voi olla sekä toiminnan aihe että syy. Motiiveihin kuuluvat erilaiset halut, vietit, tarpeet, sisäiset yllykkeet, rangaistukset ja palkkiot. Henkilö ei aina välttämättä edes tiedosta omia motiivejaan. Yksilön motivaatio on erilaisten motiivien luoma tila, joka on riippuvainen sekä hänen motiiviansa yhteisvaikutuksesta että niiden voimakkuudesta. Motiivit siis synnyttävät ja ylläpitävät henkilön toimintaa. Henkilön motiiveilla on aina jokin päämäärä, ja ne saavat henkilön tiettyyn tilaan, jota kutsutaan motivaatioksi. (Motiivi ja motivaatio 2009.)

Motivaatio voi olla sisäistä tai ulkoista. Sisäisesti motivoitunut henkilö tekee asioita, joista hän on kiinnostunut ja jotka tuottavat tyydytystä ilman materialistista palkintoa tai rangaistusta. Ulkoisesti motivoitunut henkilö puolestaan toimii jonkin ulkoisen palkinnon houkuttamana tai rangaistuksen pelossa, esimerkiksi painonhallinnasta saatavan hoikemman ulkonäön tai sairauden uhan takia. (Turku 2007, 38.)

### **4.1 Motivaatioon vaikuttavia tekijöitä elämäntapamuutoksessa**

Dyslipidemioiden käypä hoito -suosituksen (2009) mukaan yksilön motivaatio on edellytys elämäntapamuutosten onnistumisessa. Kovanen ja Multasen (2006, 28) tutkimuksessa Pieni Päätös Päivässä -painohallintaryhmäläisiä motivoivia tekijöitä painonhallinnassa ja elämäntapojen muutoksessa olivat jonkin jo olemassa olevan sairauden hoitaminen, terveyden ylläpitäminen ja terveyden edistäminen yleensä. Onnistu-

misen kokemukset ja saavutetut tulokset elämäntapojen muuttamisessa loivat lisää motivaatiota painonhallinnan jatkamisessa.

Alahuhta ym. (2009) tutkivat tyyppin 2 diabeetikoiden kokemuksia elintapamuutoksen hyödyistä ja haitoista. Hyötyjä diabeetikoiden mielestä olivat terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja paraneminen, ulkoisen olemuksen muutokset, itsetunnon ja mielialan koheneminen, mallina oleminen omille lapsille ja sosiaalisten tilanteiden helpottuminen. Haitoiksi puolestaan koettiin nautinnoista, esim. herkuista, luopuminen ja uusien vaatteiden ja terveellisen ruoan kalleus. Lisäksi haitoiksi miellettiin laihuttamiseen liittyvät pelot mielialan muutoksista, kuten kärtyisyydestä ja ulkonäön muutoksista, kuten rypistymisestä. (Alahuhta ym. 2010, 48 - 49.)

Rogers ja Mewborn (1976, 54 – 61) kertovat suojelumotivaatioteoriasta, jonka mukaan motivaatio tai aikomus sitoutua johonkin tiettyyn terveyttä edesauttavaan käyttäytymiseen liittyy sairauden todennäköiseen ilmaantumiseen, koettuun sairauden vakavuuteen sekä siihen todennäköisyyteen, pystyykö suojaava käyttäytyminen ehkäisemään tiettyä sairautta (Kummel 2008, 22). Bowlingin (2002) mukaan terveyden suojelun motivaatio saa alkunsa yksilön haavoittuvuudesta, uhan vakavuudesta, käyttäytymisen vaikuttavuudesta sekä kyvystä noudattaa jotakin tiettyä käyttäytymistä. Suojaavaan käyttäytymiseen liittyvillä haitoilla ja suojaavan käyttäytymisen noudattamattomuuteen liittyvillä palkkioilla on negatiivinen vaikutus motivaatioon. (Kummel 2008, 22.)

## **4.2 Motivaation syntyminen elämäntapamuutosta kohtaan**

Motivaation syntyminen liittyy olennaisesti elämäntapamuutoksiin, sillä ilman omaa motivoitumista ei elämäntapojaan pysty muuttamaan. Seuraavaksi esitellään Prochaskan muutosvaihemalli, jonka elämäntapojaan muuttava henkilö, esimerkiksi Tulppakuntoutuja, käy läpi.

Elämäntapojaan muuttava henkilö käy läpi transteoreettisen mallin eli ns. Prochaskan muutosvaihemallin, jonka vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, suunnittelu- vaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja repsahdusvaihe. Esiharkintavaiheessa yksilö ei havaitse muutostarvettaan tai sitten hän kieltää sen. Harkintavaiheessa yksilö myöntää

terveysongelman omakohtaisuuden ja myöntää muutoksen tarpeellisuuden. Harkintavaiheessa yksilö myös työstää läpi elämänmuutoksesta saatavia hyötyjä ja haittoja ja pohtii omaa kykyään tehdä muutoksia. Jos yksilö kokee, että muutoksesta saatavat hyödyt ovat suuremmat kuin haitat, hän motivoituu ja pääsee suunnitteluvaiheeseen. Suunnitteluvaiheessa mietitään vielä eri vaihtoehtoja elämäntapamuutoksissa ja niiden soveltuvuutta itselle ja tehdään niihin tarvittavia valmisteluja. Suunnitteluvaiheessa uutta toimintatapaa on ehkä jo hieman myös kokeiltu. (Turku 2007, 56 - 57.)

Toimintavaiheessa puolestaan tehdään muutoksia elämäntavoissa ja siitä saadaan sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Negatiivisten kokemusten vuoksi motivaatio laskee, ja riski palata vanhaan elämäntapaan kasvaa. Ylläpitovaiheessa elämäntapamuutos on kestänyt jo kuusi kuukautta tai enemmän. Sitä ei pidetä enää väliaikaisena, vaan se nähdään elämänpituisena prosessina. Läheskään kaikki eivät pääse muutoksessaan näin pitkälle. Jos ihminen pyrkii elämäntapamuutokseen pakosta, hänen motivaationsa on heikko ja hän tulee epäonnistumaan pitkällä tähtäimellä. Ihmisen oma halu elämäntapamuutokseen kuuluu osaksi sisäistä motivaatiota. Ulkoisen motivaation eli sen, mitä pitäisi tehdä, tulisi liittyä osaksi yksilön arvomaailmaa eli sitä, mitä ihminen haluaa itse tehdä. Näin yksilö on sisäisesti motivoitunut elämäntapamuutokseen ja muutos kestää paremmin kuin ulkoisessa motivoitunut. (Turku 2007, 21, 58 - 60.)

Muutosvaihemalliin kuuluu myös repsahdusvaihe, joka voi ajoittua heti muutoksen alkuun, keskivaiheille ja/tai ylläpitovaiheeseen. Jos repsahdus sattuu ylläpitovaiheeseen, muutoksesta ei tulekaan pysyvä. Repsahduksia on syytä tulkita normaalina osana muutosprosessia, eivätkä ne pilaa aikaisempaa muutostyöskentelyä kokonaisuudessaan. Repsahduksiin kannattaa etukäteen varautua, ja niitä olisi hyvä käydä läpi. Näin ne itsesyytöksien ja häpeän sijasta vahvistavat muutoksen hakijan minäkuvaa ja itsekontrollia. (Turku 2007, 61.)

### **4.3 Potilaan motiivointi elämäntapamuutoksiin**

Kaikki ihmiset tahtovat olla terveitä. Tämän vuoksi ihmisillä on sisällään motivaatio edistää terveyttään. Käytännössä se ei läheskään aina johda tarvittaviin toimiin. Potilaan sisällä olevaa motivaatiota on kuitenkin mahdollista herätellä henkiin taitavan kommunikaation avulla. Tavallisesti ihmiset eivät halua, että joku toinen sanoo, miten

heidän pitäisi elää. Senpä takia suora kehoitus esimerkiksi tupakoinnin lopettamisesta herättää potilaassa muutosvastarinnan, jolloin sisäinen motivaatio ei pääse tulemaan ilmi eikä potilas halua tehdä asian eteen mitään. Tämäntyyppistä kommunikaatiota sanotaan autoritaariseksi tai paternalistiseksi kommunikaatioksi. (Mustajoki 2003.)

Kunnamo ja Mustajoki (2009) kertovat, että paternalistista kommunikaatiota parempi tapa toimia on motivoiva keskustelu, jossa tieteellisen puolen asiantuntijana toimii lääkäri tai hoitaja. Potilas puolestaan on oman elämänsä asiantuntija. Tarkoituksena motivoivassa keskustelussa on saada potilas itse ajattelemaan aktiivisesti elämäntapojen muuttamista. Avoimet kysymykset ovat motivoivan keskustelun tärkein työkalu. Potilas puhuu yleensä lääkäriä enemmän motivoivassa keskustelussa. Hoitaja tai lääkäri ohjailee keskustelua niin, että potilas joutuu miettimään omia vaihtoehtojaan. Terveysalan ammattilaisen tehtävänä on kertoa erilaisista vaihtoehdoista, mutta potilaan puolesta hän ei päätä mitään. Jos potilas itse ammattilaisen johdatteluna huomaa eron nykyisten elämäntapojensa ja omien terveyttä koskevien ihanteidensa välillä, hän saattaa motivoitua muutokseen. Motivoivaa haastattelua voidaan pitää onnistuneena, jos sen loputtua potilaalla on mielessään suunnitelma ryhtyä muuttamaan elämäntapojaan.

Myös Dyslipidemioiden käypä hoito -suosituksen (2009) mukaan potilaan motivaatiota elämäntapamuutoksia kohtaan edesautetaan käyttämällä potilaskeskeistä työtettä, antamalla potilaalle tietoa hänelle sopivista hoitomahdollisuuksista ja neuvottelemalla yhdessä, mitkä vaihtoehdot tulevat kysymykseen hänen tapauksessaan. Potilaalle korostetaan, että hän itse on päävastuussa elämäntapojen muuttamisesta.

Avoimet kysymykset keskustelun alussa antavat yleensä riittävän käsityksen siitä, mikä on potilaan muutosvalmius. Toinen tapa on kysyä potilaan muutoshalukkuutta suoraan. Tässä on mahdollista käyttää asteikkoa nolasta kymmeneen. (Mustajoki 2003.) Potilaan muutosvaihe ohjaa, mistä hänen kanssaan voidaan keskustella. Motivoivaa keskustelua voidaan käyttää potilaille, jotka eivät ole vielä valmiina muutokseen. Tällaisille potilaille annetaan neutraalia informaatiota aiheesta. Keskustelun loputtua potilas ei lähellekään aina päädy minkäänlaiseen päätöksen, mutta elämäntapamuutokseen johtava ajattelu on saattanut alkaa. Jos taas potilas on jo toimintavaiheessa, siis hän on jo motivoitunut muuttamaan elämäntapojaan, tarvitaan varsinaista potilasohjausta.

Tähän luontevin henkilö on ravitsemusterapeutti, terveydenhoitaja tai joku muu potilasohjaukseen koulutautunut henkilö. (Kunnamo & Mustajoki 2009.)

Yksilöohjauksen lisäksi potilaan motivoimiseen voidaan käyttää ryhmäohjausta. Ryhmäohjauksella käsitetään tässä ryhmämuodossa saatavaa elämäntapaohjausta. Ryhmäohjauksesta on tullut terveydenhuollossa suosittu tapa antaa ohjausta elämäntapamuutoksissa. Sen taustalla ovat tehostunut kulujen karsiminen ja yhä suurempi ohjausta tarvitseva potilasjoukko. Ryhmäohjausta ei pidä nähdä yksilöohjausta korvaavana vaan sitä täydentävänä ohjausmuotona. Ihanteellista potilaan kannalta olisi, jos hän voisi osallistua halutessaan molempiin. (Turku 2007, 87 - 88.)

Ryhmäohjauksen etuina voidaan pitää motivaation ja vertaistuen saamista kanssaihmisiltä ja hyväksytyksi tulemistä. Tärkeää on sosiaalinen vuorovaikutus ryhmäläisten ja toisaalta myös ryhmän ja ohjaajan välillä. Ryhmäohjauksen toimivuuden perusedellytykset ovat sen toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen perusteella tehty suunnittelu ja toteutus. Myös ryhmäkoko vaikuttaa ohjauksen toimivuuteen ryhmässä. Sopiva ryhmäkoko on suunnilleen 8 - 12 henkilöä. Tavallisesti ryhmäohjauksessa opitaan enemmän ja opitut asiat pysyvät mielessä paremmin kuin yksin opiskellessa. Monesti ryhmäohjauksessa vallitsee myös hyvä ryhmähenki ja myönteinen ilmapiiri. Ryhmäläiset sitoutuvat useimmiten innokkaasti ryhmään. (Turku 2007, 88 - 90.)

Barnandin tekemä kirjallisuuskatsaus (2007, 5, 9) käsitteli tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausta. Ryhmäohjauksella oli positiivinen vaikutus verensokeriarvoihin, painonpudotukseen ja systoliseen verenpaineeseen. Ryhmässä tyypin 2 diabeetikot saivat myös lisää tietoa diabeteksestä. Ryhmäohjaus myös vähensi diabeetikoiden ahdistuneisuutta, paransi elämänlaatua ja hyvinvointia ja auttoi muuttamaan elämäntapoja.

## **5 VERTAISTUKI**

Nylund ja Yeung (2005, 195, 214) määrittelevät vertaistuen auttamiseksi ihmisten välillä ilman asiakas- tai potilasroolia. Se on vakiintunut toimintamuoto Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa 1990-luvulta lähtien. Vertaistuellla tarkoitetaan keskinäistä jakamista sairastumisesta, elämäntilanteiden muutoksissa, menetyksissä ja vaikeuksissa. Vertaistuen antamisessa kokemukset ja niiden jakaminen on keskeistä. Ver-

taistuen kasvu kertoo, että ihmisillä on tarvetta jakaa kokemuksiaan samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. Kannisen (2006) mukaan syytä vertaisryhmien lisääntymiseen nykyaikana on haettu muutoksista perinteisissä sosiaalisissa verkostoissa, kuten perheeseen pienenevästä ja jatkuvan muuttoliikkeen aiheuttamista sosiaalisista muutoksista. Erilaiset vertaisryhmät paikkaavat muutoksien aiheuttamia aukkoja luonnollisissa verkostoissa. Lisäksi nykyään ajatellaan, että myös muut kuin ammattilaiset osaavat hoitaa sairauksia.

Vertaistukea voi antaa ja saada usealla eri tavalla ja monessa eri muodossa, muun muassa kahden henkilön kesken, ryhmässä ja verkostoissa. Se on tuen oma lajinsa, jossa sairastuneet toimivat asiantuntijoina ja antavat ymmärtämystä tavalla, johon kukaan muu ei pysty. (Nylund & Yeung 2005, 203.) Tavoitteena vertaistuen antamisessa on voimistaa ihmisten omaa kykyä ratkaista ongelmiaan ja opettaa tätä samaa taitoa muille omien kokemusten avulla vertaisryhmissä. Ryhmäläiset haluavat jakaa omia kokemuksiaan muille ja näin pyrkiä ratkaisemaan tai ainakin lieventämään elämäntilannettaan tai henkilökohtaisia ongelmiaan. (Kanninen 2006.)

Vertaisryhmien rooli tulee olemaan entistä merkittävämpi tulevaisuuden järjestötyössä. Vertaistuki ja ammattilaisapu eivät kilpaile keskenään vaan täydentävät toisiaan. Ammattilaiset pystyvät lääkitsemään, hoitamaan sekä jakamaan neuvoja ja ohjeita, mutta he eivät voi olla sydänystäviä eivätkä voi jakaa yhteisiä kokemuksia sairaudesta. Vertaisilla voi olla myös hallussaan enemmän tietoa omasta sairaudestaan kuin ammattilaisilla. (Kanninen 2006.)

Ihmiset kiinnostuvat vertaistuesta monesti omasta tai läheisen elämäntilanteesta johtuvien tekijöiden takia, mutta taustalla on monia yhteisöllisiä tekijöitä, esimerkiksi kokemuksia omasta henkilökohtaisesta onnistumisesta, auttamisesta ja elämän rikastumisesta sekä myös ryhmän aikaansaamia yhdessä tekemiseen liittyviä tunteita, iloa ja samanmielisten olemassaoloa. (Kanninen 2006.) Myös tiedon hankkiminen, taloudellisten etujen saaminen, halu osallistua ja vaikuttaa ja tahto ajaa omia ihanteitaan voivat olla syitä liittyä mukaan vertaistoimintaan (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009). Muiden samanlaisessa tilanteessa olevien henkilöiden seura saattaa olla tärkeä tekijä myös leikkaukseen valmistautumisessa tai toipumisen edesauttajana. Vertaisilta saa myös neuvoja ja ohjeita elämäntapojen muuttamisessa. (Nylund & Yeung 2005, 203.)

## 5.1 Valtimotautipotilaan vertaistuki

Alanko ja Haarni (2005, 132) toteavat, että psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumiseen ei ole niin paljon tutkittu kuin liikunnallista kuntoutusta, mutta sosiaalinen tuki on kiistatta tärkeä elämänlaadun kannalta. Usea sepelvaltimotautipotilas on saanut vertaistukea sydänjärjestöistä. Monen paikallisten sydänyhdistysten toimintaan osallistuneen kuntoutujan mukaan vertaistukiryhmät ovat hienoja asioita. Niiden toiminnassa on mahdollista sekä saada tietoa että vaihtaa kokemuksia.

Myös Diabetesliitto ja Aivohalvaus- ja dysfasialiitto järjestävät mahdollisuutta vertaistoimintaan muun muassa sopeutumisvalmennuskursseilla. Sopeutumisvalmennuskurssit ovat ryhmämuotoisia, ja ne sisältävät vertaistuen lisäksi muun muassa asiantuntijoiden luentoja ja mahdollisuuden heidän tapaamiseen. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2010a; Ilanne-Parikka 2010.) Aivohalvaus- ja dysfasialiiton paikalliset yhdistykset ja valtakunnalliset ja alueelliset tapahtumat ja tapaamiset tarjoavat myös vertaistukea jäsenilleen (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009). Lisäksi Aivohalvaus- ja dysfasialiitto kouluttaa tukihenkilöitä, jotka toimivat henkilökohtaisina tukihenkilöinä vastasairastuneille tai voivat olla mukana sairaalavierailijatoiminnassa terveyskeskuksissa tai keskussairaaloissa (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2010b).

Mikkonen (2009, 133, 151) tutki sairastuneen vertaistukea ja sitä, miten eri sairauksien aikaansaamat elämänmuutokset ovat yhteydessä vertaistuen tarpeeseen sekä mikä merkitys vertaistuella on sairastuneelle. Ominaisuuksiltaan sairastavien vertaistuki-toiminnot oli ryhmitelty eri ryhmiin. Yhden ryhmän muodostivat sydäntauti- ja osteoporoosiryhmät. Tulosten mukaan sydäntautia ja osteoporoosia sairastavat kokivat tärkeänä diagnoosin jälkeen elämäntapojen muuttamisen. Mallin muutokseen he saivat vertaistukiryhmästä. Ryhmä aktivoi heitä liikkumaan ja toimimaan muutenkin. Vertaistukiryhmää pidettiin myös monen alueen tietolähteenä, muun muassa ruokailun, kuntoilun ja sairautta koskevien tietojen. Sydäntautia ja osteoporoosia sairastavat pitivät sopeutumisvalmennuskurssilta saamastaan vertaistuessa tärkeimpänä keskustelua, kokemusten vaihtoa ja toisten kertomuksia.

Joseph ym. (2004, 5, 10 - 11) tutkivat elämäntapamuutoksissa onnistuneiden diabeetikoiden antaman vertaistuen vaikutusta toisiin diabeetikoihin, jotka olivat aikeissa muuttaa elämäntapojaan. Kaikki diabeetikot kokivat, että vertaistuki vaikutti positiivisesti heidän elämäänsä. Vertaistuesta koettiin saatavan tukea vaikeina päivinä, ja se auttoi diabeetikoita muuttamaan elämäntapojaan muun muassa painonpudotuksessa. Vertaistuen avulla sekä elämäntapojaan muuttaneet että elämäntapamuutoksessa olevat diabeetikot myös saivat lisää tietoa diabeteksestä.

Vertaistuen ja terveydenhuollon ammattilaisten tiedon yhdistäminen lisää sepelvaltimotautipotilaan mahdollisuuksia onnistua muun muassa elämäntapamuutoksissa. Sairaudesta kertominen ja sen pohtiminen voi edesauttaa löytämään mielentilan, joka koetaan yhtä hyvänä kuin ennen sairastumista. Kokemusten jakamisen avulla voi saada tietoa siitä, miten sairauden kanssa on mahdollista selviytyä. Vertaistuki voi myös ehkäistä syrjäytymistä ja masennusta, koska tuen avulla potilas ei koe olevansa epätaasa-arvoisessa asemassa ja yksin. (Alanko & Haarni 2005, 136, 162.)

Myös Mäkisen (2008, 52 - 53) tutkimus antaa samansuuntaista tietoa vertaistuesta. Tutkimustulosten mukaan avokuntoutusryhmään osallistuneiden kuntoutujien mielestä vertaistukea pidettiin tärkeänä emotionaalisen tuen lähteenä. Esille nousivat emotionaalisessa tuessa mahdollisuus jutella ja jakaa kokemuksia, positiivinen ilmapiiri ja muiden kannustus. Avokuntoutusryhmä kannusti kuntoutujia muuttamaan elämäntapoja ja sen myötä muun muassa liikunnan määrä lisääntyi. Kuntoutujien mielestä vertaistuki helpotti oman tilanteen hyväksymistä, kun he huomasivat, etteivät ole yksinään tilanteensa kanssa.

## **5.2 Vertaistukiohjaaja valtimotautipotilaan tukena**

Vertaistukiohjaaja on kanssaihminen, joka on sinut oman elämäntilanteensa ja mahdollisen sairautensa kanssa (Mielenterveysyhdistys Helmi ry 2007). Vertaistukiohjaaja on tasavertainen ymmärtäjä ja kuuntelija. Hän ei ole ammattilainen, vaan on läsnä oleva ihminen toiselle ihmiselle. Vertaistukiohjaaja jakaa tietoa ja tunteita ja valaa toivoa ja uskoa. Hän on tuettavaa askeleen edellä. Tällä ei kuitenkaan tarkoiteta viisautta tai pätevyyttä, vaan omakohtaista kokemusta ja samanlaisista asioista selviytymistä. Samantyyppisen kokemuksen läpikäyneenä vertaistukiohjaajalla on kyky samaistua



ryhmäläisen elämäntilanteeseen, sekä rohkaista tätä käymään läpi omia kokemuksiaan. (Joensuu 2005.)

Tulppa-avokuntoutusohjelmassa ryhmäläiset saavat vertaistukea muilta ryhmäläisiltä, joilla on myös jokin valtimotauti tai sen vaaratekijä. Ohjelmassa kuntoutujat saavat vertaistukea muun muassa sairauksista ja niiden kanssa selviytymisestä, elämäntapamuutoksista ja peloista. Lisäksi useimmissa avokuntoutusryhmissä toimii koulutettu vertaisohjaaja. Vertaisohjaaja on itsekin sairauden kokenut henkilö, joka työskentelee ammattilaisohjaajien apuna. Vertaisohjaajat ovat melkein kaikki paikallisten sydänyhdistyksiensä aktiivisia jäseniä. (Mäkinen 2008, 14.)

## **6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Teemme opinnäytetyömme Suomen Sydänliiton organisoimasta valtimotautipotilaille tarkoitettu ryhmämuotoisesta Tulppa-avokuntoutusohjelmasta. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Suomen Sydänliitto ry/ Tulppa-projekti. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kahden avokuntoutusohjelmaan osallistuneen ryhmän kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Molemmat ryhmät aloittivat toimintansa Savonlinnassa syksyllä 2008. Opinnäytetyön tavoitteena on Tulppa-avokuntoutustoiminnan kehittäminen sekä Saimaan Sydänpiirin että koko Tulppa-projektin alueella Suomessa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. kuvata kuntoutujien kokemuksia avaintekijästä.
2. kuvata kuntoutujien kokemuksia saamastaan vertaistuesta.
3. kuvata kuntoutujien motivaatiota ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

## **7 MENETELMÄLLISET RATKAISUT**

### **7.1 Laadullinen tutkimus**

Pääajatuksena kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on kuvata todellista elämää. Tällöin on oletuksena, että todellisuus on moninainen. (Hirsjärvi ym. 2007,

157.) Laadullisella tutkimuksella tutkitaan ihmisten käyttäytymistä, asenteita, arvoja, motivaatiota, huolia, elämäntyyliä ja kulttuuria (Ereaut 2007). Laadullisessa tutkimuksessa yritetään tutkia kohdetta niin kokonaisvaltaisesti kuin mahdollista ja mieluummin paljastaa tai löytää tosiasioita kuin todentaa ennestään olemassa olevia väittämiä. Aineisto kootaan myös todellisissa luonnollisissa tilanteissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160.)

Hirsjärven ym. (2007, 160) mukaan laadullisessa tutkimuksessa siis tutkitaan ihmistä tiedon keruun välineenä. Tässä tutkimustyyppissä tutkija nojautuu enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkimushenkilöiden kanssa kuin mittausvälineisiin. Hän käyttää menetelmiä, joissa tutkimushenkilöiden näkökulmat ja ”ääni” tulevat esiin. Esimerkkejä tällaisista menetelmistä ovat ryhmähaastattelut, teemahaastattelu ja osallistuva havainnointi. Täydentävän tiedonhankinnan apuna useat tutkijat käyttävät lisäksi lomakkeita ja testejä. Laadullisen tutkimuksen analysoinnissa käytetään induktiivista analyysia, koska aineistoa halutaan tarkastella monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Pyrkimyksenä on myös paljastaa odottamattomia asioita. Opinnäytetyömme on luonteeltaan laadullinen tutkimus, koska tarkoituksenamme on saada selville mahdollisimman monipuolista tietoa Tulppa-ryhmäläisten kokemuksista avaintekijää, vertaistukea ja omaa motivaatiota kohtaan heidän itsensä kertomina. Tutkimusaineiston keräsimme fokusryhmähaastatteluiden ja kyselykaavakkeiden avulla.

## **7.2 Fokusryhmähaastattelu**

Fokusryhmähaastattelu on laadullinen aineistonkeruumenetelmä, jota käytetään lääketieteessä muun muassa potilaiden näkökulmien ja kokemusten ymmärtämiseen sekä terveydenhoitohenkilöstön toiminnan ja ajattelutavan tutkimiseen. Fokusryhmähaastatteluun osallistuu yleensä 4 - 10 haastateltavaa ja sitä johtaa yksi tai useampi haastattelija. Tavoitteena fokusryhmähaastattelussa on saada esille erilaisia näkökulmia ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Sitä käytetään sekä itsenäisenä että yhdistettynä johonkin muuhun tutkimusmenetelmään. Fokusryhmähaastattelua käytetään muun muassa ennen laajan kyselytutkimuksen tekemistä aiheeseen ja tutkimushenkilöiden kieleen tutustumiseen tai sitten kyselytutkimuksen jälkeen syventämään tietoa. Fokusryhmähaastattelu ei sovellu sellaisten aihepiirien tutkimiseen, joihin liittyy voimakkaita tun-

teita, tai sellaisiin, joissa tavoitteena on saada mahdollisimman paljon asiantietoa aiheesta. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507, 1509.)

Fokusryhmien syntymisessä pidetään tutkimuskirjallisuuden mukaan tärkeänä ominaisuutena homogeenisuutta, fokuoittumista. Useimmiten fokuoittumisella tarkoitetaan ryhmän muodostamista jonkin tai joidenkin ennestään tiedettyjen asioiden kannalta yhdenmukaisiksi, jotta ryhmäkeskustelu saataisiin helpommaksi. Esimerkkejä tällaisista asioista ovat ammattitasta tai jokin samanlainen kokemus potilaana, muun muassa jokin tietty toimenpide. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1509 - 1510.) Käytimme oppinäytetyössämme fokusryhmähaastattelua, sillä keräsimme tietoa avokuntoutusryhmäläisten kokemuksista avaintekijää, vertaistukea ja omaa motivaatiota kohtaan. Arvelimme fokusryhmähaastattelun sopivan hyvin kuntoutujien haastattelemiseen, sillä heillä kaikilla on jokin valtimotauti tai sen riskitekijä. Näin ollen ryhmät ovat ainakin sen asian suhteen fokuoittuneet. Lisäksi avokuntoutusryhmät, joihin enintään osallistuu kymmenen kuntoutujaa ryhmää kohden, olivat sopivan kokoiset fokusryhmähaastattelujen tekemiseen.

Fokusryhmähaastattelussa yritetään saada aikaiseksi osallistujien välille mahdollisimman paljon keskustelua. Keskusteluhan muodostaa tutkimusaineiston. Haastattelijalla on useimmiten käytössään strukturoitu haastattelurunko, johon kuuluu 5–8 teemaa. Teemoissa suositaan avoimia kysymyksiä, esimerkiksi mitä ja miten. Johdattelevia kysymyksiä sitä vastoin vältetään. Fokusryhmähaastattelulle on hyvin tyypillistä, että keskustelussa tulee esiin uusia, tutkimuskysymysten osalta tärkeitä teemoja. Lisäksi samasta aineistosta voidaan joskus analysoida myös alkuperäisen tutkimuskysymyksen ulkopuolelta esille tulevia aiheita. Yleensä fokusryhmähaastattelu tallennetaan. Haastattelun jälkeen tallennettu aineisto kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Jos halutaan tutkia ihmisten näkemyksiä ja mielipiteitä, aineiston sanatarkka litterointi riittää. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1510.)

Fokusryhmähaastattelua varten teimme strukturoidun haastattelurungon (liite 6), johon kuuluu neljä teemaa: ryhmäläisten kokemukset avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksia kohtaan sekä kehittämisehdotukset avokuntoutusohjelmalle. Teemoihin kehitimme avoimia kysymyksiä, esimerkiksi miten ja miksi. Ryhmähaastattelun lisäksi käytimme aineiston keruuseen kyselykaavaketta (liite 5),

johon teimme viisi avointa kysymystä liittyen avaintekijään ja motivaatioon. Ennen opinnäytetyöhön kuuluvaa haastattelua esitestasimme haastattelun ja kyselykaavakkeen (liite 5,6) kysymyksiä. Esitestasimme kysymyksiä viidelle ihmiselle, joilla on valtimotauti tai sen riskitekijöitä. He eivät kuuluneet Tulppa-avokuntoutusryhmään, joten emme voineet käyttää kaikkia fokusryhmähaastattelukysymyksiä. Saimme testauksesta kuitenkin ohjeita, miten voimme tehdä kysymyksistä entistä selkeämpiä ja paremmin ymmärrettäviä. Testauksesta oli hyötyä myös siihen, missä ajassa haastattelut olisi toteutettavissa.

Tarkoituksenamme oli alun perin tehdä fokusryhmähaastattelu vain yhden Savonlinnassa syksyllä 2008 aloittaneen Tulppa-avokuntoutusryhmän kuntoutujille (9) heidän vuosikontrollinsa yhteydessä Savonlinnan pääterveysasemalla fysioterapian tiloissa syyskuussa 2009. Meille tarjoutui kuitenkin tilaisuus tehdä ryhmähaastattelu myös toiselle Savonlinnassa 2008 aloittaneelle ryhmälle, johon kuului myös 9 henkilöä. Heidän vuosikontrollinsa oli saman vuoden lokakuussa. Tutkimusluvan opinnäytetyöllemme (liite 1) hankimme Itä-Savon sairaanhoitopiirin eettiseltä lautakunnalta.

Olimme sopineet, että molempien kuntoutusryhmien ohjaajat ottavat yhteyttä jokaiseen ryhmäläiseen muistuttaakseen heitä vuosikontrollista ja samalla kyselevät halukkuutta osallistua meidän tutkimukseemme. Päätimme ottaa tutkimukseen mukaan kaikki vuosikontrolleihin tulevat henkilöt, jotka suostuvat tutkimukseen. Saimme ohjaajilta molempiin avokuntoutusryhmiin osallistuneiden henkilöiden yhteystiedot ja lähetimme heille tiedotteet (liite 4) haastattelua varten. Tiedotteista (liite 4) ilmeni olennaiset tiedot opinnäytetyöstämme, kuten opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät. Kerroimme tiedotteissa (liite 4) myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja ettei haastateltavien henkilöllisyyttä paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa.

Teimme ensimmäisen fokusryhmähaastattelun Savonlinnan pääterveysasemalla fysioterapian tiloissa 10.9.2009. Ryhmähaastatteluun ja kyselykaavakkeen (liite 5,6) täyttämiseen osallistui 7 henkilöä, 4 miestä ja 3 naista. Iältään he olivat 61 - 81-vuotiaita. Ennen ryhmähaastattelun aloittamista kävimme läpi kuntoutujien kanssa vielä olennaiset asiat liittyen opinnäytetyöhön, fokusryhmähaastattelun tekemiseen ja kyselykaavakkeen (liite 5) täyttämiseen ja aineiston käyttämiseen opinnäytetyöhömmme.

Kerroimme myös, ettei tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys tule ilmi missään tutkimusvaiheessa. Ennen haastattelua pyysimme tutkimukseen osallistuvilta kirjallisen suostumuksen (liite 3) osallistua tutkimukseen. Leino-Kilven ja Välimäen (2004, 291) mukaan tutkimushenkilöillä on oikeus saada tutkimusta koskevaa tietoa ennen aineistonkeruun käynnistämistä ja koko sen ajan, oikeus tietoiseen, mieluiten kirjalliseen suostumukseen ja oikeus tehdä selventäviä kysymyksiä aineistonkeruun aikana. Lisäksi heillä on oikeus tulla kohdelluiksi kunnioittavasti ja rehellisesti aineistonkeruun aikana, oikeus anonymiteettiin tutkimusprosessin aikana ja oikeus keskeyttää tutkimus.

Yleensä fokusryhmähaastattelussa käytetään kahta haastattelijaa, joista toinen ohjaa keskustelua ja toinen huolehtii keskustelun nauhoittamisesta ja havaintojen tekemisestä (Mäntyranta & Kaila 2008, 1509). Haastattelun aikana toinen meistä käytti nauhuria ja toinen teki muistiinpanoja. Alun perin meillä oli tarkoituksena, että vain toinen johtaisi ryhmähaastattelua, mutta itse haastattelutilanteessa vaikutti parhaimmalta, että molemmat meistä osallistuivat kysymysten esittämiseen. Näin ollen molemmille meistä tarjoutui tilaisuus päästä tekemään syventäviä kysymyksiä. Mäntyrannan ja Kailan (2008, 1510) mukaan fokusryhmähaastattelussa haastattelijat tarvitsekin syventäviä kysymyksiä muun muassa ryhmässä esiin nousevista ristiriitaisista mielipiteistä. Haastattelun aikana pyrimme saamaan kaikki kuntoutujat osallistumaan keskusteluun yrittäen luoda kaikille tasavertaiset mahdollisuudet tuoda kokemuksiaan esille. Huolehdimme sekä puheliaista että vähäpuheisista henkilöistä.

Toinen ryhmähaastattelu pidettiin 15.10.2009. Koska toinen meistä sairastui, vain toinen pääsi osallistumaan haastattelun tekemiseen. Avointen kysymysten vastaamiseen osallistui 4 henkilöä, joista 3 oli naisia ja 1 mies. He olivat työikäisiä, iältään 25 – 64-vuotiaita. Yksi haastateltavista ei pystynyt jäämään fokusryhmähaastatteluun. Yhteensä aikaa kului haastattelun tekemiseen vajaa tunti. Vaikka haastattelu toteutui ilman toista opinnäytetyöntekijää, hyvänä asiana oli aikaisempi kokemus haastattelun toteuttamisesta, ja yksinkin pystyi pienen ryhmän fokusryhmähaastattelun toteuttamaan. Täydentävillä kysymyksillä haastateltavilta sai enemmän irti. Liitteinä on avointen kysymysten lomake (liite 1), fokusryhmähaastattelun kysymykset (liite 2) sekä jokaisen haastateltavan allekirjoittama tutkimuslupakaavake (liite 3).

### 7.3 Induktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä on käytetty paljon hoitotieteellisten tutkimusten tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Sen tarkoituksena on muodostaa kattava, systemaattinen ja tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysissä on mahdollista edetä joko aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtien eli deduktiivisesti, jolloin aikaisemman käsitejärjestelmän avulla aineistoa luokitellaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.) Analysoimme aineistomme sisällönanalyysillä, koska tarkoituksenamme on muodostaa mahdollisimman tiivis ja kattava kuvaus tutkittavien kokemuksista avaintekijää, vertaistukea ja omaa motivaatiota kohtaan. Induktiivista sisällönanalyysiä käytämme sen takia, että emme käytä aineiston analyysissä aikaisempaan tietoon perustuvaa luokittelurunkoa, jonka mukaan aineistoa luokiteltaisiin niin kuin deduktiivisessa aineiston analyysissä, vaan analysoimme on nimenomaan aineistolähtöinen.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 5) mukaan ennen analyysin aloittamista on päätettävä, analysoidaanko vain se, mikä on selkeästi ilmaistu aineistossa, vai analysoidaanko lisäksi piilossa olevia viestejä. Analysoimme aineistosta ilmissisällön lisäksi myös piilossa olevia viestejä. Jos nimittäin analysoidaan vain ilmissisältöjä, on mahdollista analysoida vain muun muassa analyysiotsikon mukaisesti pääotsikon kokoja tai monenko tutkimushenkilön sanomisia on aineistossa. Pelkistetyt ilmaisut sisältävät jo jonkinasteista tulkintaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.)

Sisällönanalyysi alkaa analyysiyksikön määrittämisellä. Sen määrittämistä ohjaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Käytimme analyysiyksikkönä analyysissamme lausetta ja ajatuskokonaisuutta. Näin haastateltavien omat kokemukset tulivat esille paremmin kuin muutamasta yksittäisestä sanasta tai yhdestä lauseesta olisi tullut.

Induktiivisessa eli aineistosta lähtevässä analyysiprosessissa aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Aineisto pelkistetään etsimällä aineistosta vastausta esimerkiksi tutkimustehtävän mukaiseen kysymykseen. Pelkistetyt vastaukset kirjoitetaan mahdollisimman tarkasti samoilla sanoilla kuin aineistossa oleva teksti ja sitten pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan listoja. Ryhmittely on induktiivisen analyysin

seuraava vaihe. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut laitetaan samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä. Tässä vaiheessa aineistoa jo abstrahoidaan eli käsitteellistetään. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5 - 6.)

Induktiivista sisällönanalyysia jatketaan liittämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostamalla niistä yläluokkia. Yläkategorioille annetaan sen sisältöä eli siitä muodostuvia alakategorioita hyvin kuvaava nimi. Abstrahoimista jatketaan kategorioita yhdistämällä niin pitkään kuin se on mahdollista ja mielekästä sisällön osalta. Koska kategorioiden nimeäminen saattaa olla vaikeaa, käytetään nimeämisessä usein deduktiivista päättelyä. Tämä tarkoittaa sitä, että kategorialle annetaan joku nimi, joka on jo ennestään tuttu sanapari tai käsite, esimerkkinä psyykinen hyvinvointi. Tutkimuksen tuloksissa esitetään analyysissä muodostunut käsitekartta, käsitejärjestelmä, malli tai kategoriat. Lisäksi tuloksissa kerrotaan kategorioiden sisällöt, toisin sanoen sen, mitä kategoriat merkitsevät. Alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmausten keinoin kuvataan sisältö. (Kynäs & Vanhanen 1999, 6–7, 10.)

Toinen meistä purki aineiston kirjoittamalla sen puhtaaksi tietokoneella. Asiakirjapohjalle valittiin riviväliksi 1,5. Ensimmäisestä Tulppa-fokusryhmähaastattelusta tekstiä tuli 13 sivua ja toisesta 7 sivua. Kirjoittamisen jälkeen tutkimusaineisto luettiin moneen kertaan läpi ja siitä alleviivattiin vastaukset tutkimustehtäviin. Tämän jälkeen alleviivatut asiat pelkistettiin kirjoittamalla ne samoilla termeillä yksinkertaisempaan ja lyhyempään muotoon sivun marginaaliin. Sivun marginaalista pelkistetyt ilmaisut kerättiin listoiksi tietokoneella tehtyyn taulukkoon. Taulukossa allekkain olevat ilmaisut ryhmiteltiin eli samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja alakategorialle annettiin sen sisältämiä ilmaisuja kuvaava nimi. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin nimet, jotka kuvaavat niiden sisältämiä alakategorioita mahdollisimman hyvin (liite 7).

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä 11 henkilöä, joista 6 oli naisia ja 5 miehiä. Iältään he olivat 25 - 81-vuotiaita. Ikääntyvät 61 - 81-vuotiaat olivat toisessa avokuntoutusryhmässä ja työikäiset 25 - 64-vuotiaat toisessa. Näin ollen heidän haastattelunsa toteutettiin eri aikoina. Tutkimushenkilöt sairastavat sepelvaltimotautia, tyypin 2 diabetesta, verenpainetautiä tai kärsivät sairaalloisesta ylipainosta. Riskitekijöinä heillä oli ylipaino, kohonnut verenpaine tai korkeat kolesteroliarvot. Avaintekijäkseen kaksi henkilöä oli valinnut verenpaineen, kolme painonpudotuksen, kolme liikunnan, yksi korkean kolesterolin ja kaksi ruokavalion muuttamisen. Kaksi kuntoutujaa ei ollut ollenkaan valinnut avaintekijää. (Ks. taulukot 1 - 4).

**TAULUKKO 1. Ikääntyvien tulppa-ryhmäläisten sairaudet/riskitekijät**

Sukupuoli/ikä	Sairaus	Riskitekijät
Mies 61	-	perintötekijät, ollut läppävuoto
Mies 71	sepelvaltimotauti, 2-tyypin diabetes	ohitusleikkaus
Mies 74	-	tahdistin
Mies 79	sepelvaltimotauti,	ohitusleikkaus, korkea verenpaine
Nainen 67	verenpainetauti	perintötekijät
Nainen 69	verenpainetauti, 2-tyypin diabetes	-
Nainen 81	sepelvaltimotauti	ohitusleikkaus, korkea verenpaine



**TAULUKKO 2. Työkäisten tulppa-ryhmäläisten sairaudet/riskitekijät**

Sukupuoli/ikä	Sairaus	Riskitekijät
Nainen 25	sairaalloinen ylipaino	perintötekijät
Nainen 27	-	ylipaino, kolesterolit koholla, perintötekijät
Nainen 51	-	perintötekijät
Mies 64	sepelvaltimotauti	ohitusleikkaus

**TAULUKKO 3. Avaintekijän valinta ikääntyvien ryhmässä**

Haastateltava/ kyselyyn vastannut	Avaintekijä
Ikääntyvä 1	<i>Ei avaintekijää</i>
Ikääntyvä 2	<i>Ei avaintekijää</i>
Ikääntyvä 3	<i>Verenpaine ja paino</i>
Ikääntyvä 4	<i>Liikunta</i>
Ikääntyvä 5	<i>Liikunnan monipuolistaminen</i>
Ikääntyvä 6	<i>Verenpaine ja paino</i>
Ikääntyvä 7	<i>Liikunnan lisääminen</i>

**TAULUKKO 4. Avaintekijän valinta työkäisten ryhmässä**

Haastateltava/ kyselyyn vastannut	Avaintekijä
Työkäinen 1	<i>Kolesteroliarvon laskeminen</i>
Työkäinen 2	<i>Painonpudotus</i>
Työkäinen 3	<i>Ruokailutottumusten muuttaminen ja painonpudotus</i>
Työkäinen 4	<i>Ruokavalion muutos</i>

## 8.1 Kuntoutujien kokemuksia avaintekijästä

Kuntoutujilta kartoitettiin kokemuksia avaintekijästä. Tuloksia koostaviksi yläkategorioiksi muodostuivat epäselvyydet avaintekijän valinnassa, positiivinen kehitys ja negatiivinen vaikutus.

Avaintekijän **positiiviseen kehitykseen** kuuluivat elämäntapamuutoksella saadut tulokset, esim. painon putoaminen, liikunnan myönteiset vaikutukset kehossa ja ohjaajan tuki. Ohjaaja tuki kuntoutujien avaintekijän kehitystä antamalla tietoa elämäntapojen muuttamisesta, kannustamalla, keskustelemalla, antamalla palautetta ja tekemällä mittauksia, esim. vyötärön ympärys. Kuntoutajat seurasivat myös itse avaintekijänsä kehitystä kotona muun muassa vaa’an avulla. Myös itsessään elämäntapamuutos miellettiin positiiviseksi asiaksi.

*”Mulla ainakin oli verenpaine koholla, sitä on saanut laskettua.”*

*”On notkeampi, kun on virutellut ja venytellyt.”*

*”Hyvin kannustava, antoi neuvoja ja palautetta.”*

Avaintekijän **valinnassa oli epäselvyyttä**. Kolme tutkimukseen osallistuvaa henkilöä oli valinnut kaksi avaintekijää ja kaksi heistä ei ollut valinnut avaintekijää ollenkaan. Yksi haastateltava myös totesi, että hän oli valinnut avaintekijän, muttei ollut ymmärtänyt siitä mitään.

Joillakin haastateltavilla oli avaintekijän valinnasta ja elämäntapojen muuttamisesta ollut myös **huonoja kokemuksia**, yllättäen myös terveyteen liittyviä. Myös elämäntapojen muuttamisen vaikeus miellettiin huonoksi kokemukseksi.

*”Mutta karmeaa oli se 30 pykälän verenpaineen lasku, ei meinannu pysyä pystyssä.”*

## 8.2 Kuntoutujien kokemuksia omasta motivaatiosta

Motivaatiota kartoittaessa yläkategorioiksi muodostuivat motivaatiota lisäävät tekijät, motivaatiota laskevat tekijät ja ryhmäläisten motivoituneisuusaste.

Motivaatiota **lisäsivät** monenlaiset asiat. Monia tutkimukseen osallistuneita elämäntapamuutokseen motivoi terveyteen liittyvät asiat. Jotkut ryhmäläiset toivoivat tervettä vanhuutta ja jotkut sitä, ettei tulisi valtimotautia tai lääkitystä esimerkiksi kolesteroliin. Motivoivia tekijöitä oli myös elämäntapamuutoksista saadut hyvät tulokset tai toive niistä. Liikunnasta koettu hyöty ja vertaistuki ja muiden ihmisten kannustus motivoivat monia ryhmäläisiä. Yksi vastanneista koki motivoivaksi tekijäksi myös ohjaajalta saadun opastuksen liikuntamuodoista.

*”Aina sitä haaveilee, että kohonnut verenpaine laskisi, eikä sairastus sokeritautiin.”*

*”Kun kolesteroli kävi niin korkealla ja oli uhka jo lääkityksestä tähän kolesteroliin. Se laittoi kyllä ajattelemaan.”*

Ryhmäläisistä monet ikääntyvät henkilöt kokivat terveystilanteiden olevan pääsyy **motivaation alenemiseen**. Esimerkiksi kipujen koettiin huonontavan liikkumista. Joidenkin haastateltavien motivaatiota huononsivat elämäntapahtumat, elämäntapahtumat. Myös laiskuus, ajanpuute ja aiemmin tapahtuneet elämäntapamuutokset olivat tekijöitä, jotka alensivat joidenkin ryhmäläisten motivaatiota muuttamalla elämäntapoja.

*”Onhan niitä kipuja, aina ne on heikentäny motivaatiota.”*

*”Sanotaan näin, että elämäntapahtumat. Kaikkia henkilökohtaisia asioita, jotka on vaikeuttanu sitä.”*

*”Laiskuushan se, ettei viiti lähtee liikenteeseen. Se on suurin ongelma.”*

Suurin osa ryhmäläisistä koki **motivaatioasteensa** aika hyväksi tai erittäin hyväksi. Ryhmäläisten mielestä oma motivaatio on tärkein elämäntapamuutoksiin kannustava

tekijä. Myös motivoituneisuus tulevaisuudessa noudattaa terveellisiä elämäntapoja arvioitiin pääosin aika hyväksi.

*”Motivaatio on ihan jes, kun kuitenkin parempaan suuntaan menossa.”*

*”Luovuttamaan ei lähetä, tällä mallilla lähetään.”*

### 8.3 Kuntoutujien kokemuksia saamastaan vertaistuesta

Vertaistukea kuvaavat yläkategoriat ovat vertaistuen positiivinen vaikutus, ei merkitystä vertaistuella, huono kokemus ryhmästä ja ihanteellinen vertaistukiohjaaja.

Kuntoutusohjelman aikana saatu vertaistuki jakoi haastateltavien mielipiteet kahtia. Toisten mielestä vertaistuella oli heihin **positiivinen vaikutus**, toisten mielestä **sillä ei taas ollut heille mitään merkitystä**. Vertaistukiohjaajat olivat mukana vain toisessa tutkimukseen osallistuneessa ryhmässä. Osa tähän ryhmään kuuluvista piti tärkeänä, että vertaistukiohjaajat olivat mukana ryhmässä kannustamassa heitä ja kertomassa omista kokemuksistaan. Osan mielestä taas vertaistukiohjaajilla ei ollut merkitystä heille. Yksi haastateltava jopa sanoi, ettei heidän ryhmässään ollut ollenkaan vertaistukiohjaajia, mikä ei pitänyt paikkaansa. Kuntoutujat olivat erimielisiä myös muun ryhmän antamasta vertaistuesta. Toisiin haastateltaviin ryhmän antama vertaistuki ei vaikuttanut millään lailla. Osa ryhmäläisistä taas piti omien operaation jälkeisten kokemusten ja tunteiden käsittelyä ryhmässä merkityksellisenä. Siinä ryhmässä, jossa vertaisohjaajia ei ollut mukana, miellettiin vertaistueksi myös perheenjäsenten ja ystävien antama tuki. Jotkut vanhemmat haastateltavat kertoivat asuvansa yksinään, minkä vuoksi ryhmän tuki oli heille erityisen tärkeä.

*”Pirteänä ja kivannäköisinä kannustivat kaikkeen.”*

*”Minulla ei ole mitään kokemusta vertaisohjaajista, kun sellasia ei täällä ole ollutkaan.”*

*”..tässä koko ryhmässä käsiteltiin niitä kokemuksia, mitä sitten oli semmosen operaation jälkeen. Tärkeitä on tunteet ja kokemukset”*

*”Myös tyttäret on sanonut, että pitäis siun saada painoa alemmaksi. Niillä on vähän samoja ongelmia itelläkin.”*

Kaiken kaikkiaan ryhmää pidettiin hyvänä ja jopa loistava. Yhdellä haastateltavalla oli ryhmästä kuitenkin myös **huonoja kokemuksia**.

*”Mulla koko ryhmä vaikutti silleen, että alkoi pelottamaan, koska mulla ei ole vielä mitään sydänsairautta. Mutta on se varmaan tulossa kyllä..”*

**Ihanteelliselta vertaistukiohjaajalta** toivottiin hyviä sosiaalisia taitoja, kuten kuuntelemista ja helposti lähestyttävyyttä. Ryhmäläiset antoivat vinkkejä myös vertaistukiohjaajakoulutukseen. Heidän mielestään vertaistukiohjaajia pitäisi kannustaa puhumaan omista kokemuksistaan vielä enemmän, eikä heitä pitäisi kouluttaa paljoa.

*”Miun mielestä hyvä vertaistukiohjaaja on juuri sellainen, että on sosiaalinen ja läsnä.”*

*”Ei kouluteta liikaa, vaan että pysyisivät ihmisläheisinä.”*

#### **8.4 Kehittämisehdotuksia avokuntoutusohjelmalle**

Kuntoutujat toivoivat avokuntoutusohjelmalle jatkuvuutta. Heidän mukaansa olisi ollut hyvä järjestää kahden vuoden kontrolli niin, että vuoden verran olisi aikaa vielä muuttaa elämäntapoja ja sitten olisi kontrolli. Kuntoutujat olisivat halunneet avokuntoutusryhmässä myös yksilöllisempää ohjausta ja toiminnallista tiedottamista. Toiminnallisella tiedottamisella ryhmäläiset tarkoittivat sitä, että ryhmässä pitäisi olla joku, joka näyttäisi, mitä voisi tehdä kipeytyneen niskan tai kuluman kanssa.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Pohdintaa tuloksista ja jatkotutkimusaiheet

Löysimme joitakin tutkimuksia motivaatioon vaikuttavista tekijöistä elämäntapamuutoksissa. Kovasen ja Multasen (2006, 28) tutkimuksessa sairauden hoitaminen, terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, onnistumisen kokemukset ja saavutetut tulokset elämäntapojen muuttamisessa motivoivat tutkimushenkilöitä painonhallintaan ja muihin elämäntapojen muutokseen. Mäkisen (2008, 94-95) tutkimuksessa muutokseen motivoivia tekijöitä olivat muun muassa terveenä pysyminen, ryhmän antama into muutokseen, läheisten kannustus ja oma tuntemus. Muutosta estävä tekijä oli puolestaan kovapäisyys.

Alahuhan ym. (2009) tutkimuksen mukaan tyypin 2 diabeetikot kokivat elämäntapamuutoksen hyödyksi terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja paranemisen, ulkoisen olemuksen muutokset, itsetunnon ja mielialan kohenemisen, mallina olemisen omille lapsille ja sosiaalisten tilanteiden helpottumisen. Haittoiksi he puolestaan kokivat nauttinnoista luopumisen ja uusien vaatteiden ja terveellisen ruoan kalleuden. Haittoja olivat myös laihtumiseen liittyvät pelot mielialan muutoksista, kuten kärtyisyydestä ja ulkonäön muutoksista, kuten rypistymisestä. (Alahuhta ym. 2010, 48 - 49.)

Meidän tutkimuksemme antoi samansuuntaista tietoa motivaatiota lisäävistä tekijöistä. Avokuntoutusryhmään osallistuneiden kuntoutujien motivaatiota lisäsivät terveyteen liittyvät asiat. Jotkut ryhmäläiset toivoivat tervettä vanhuutta ja jotkut sitä, ettei tulisi diabetesta tai lääkitystä esimerkiksi kolesteroliin. Myös yleisesti terveyden edistäminen ja ylläpitäminen miellettiin motiiveiksi elämäntapojen muuttamiseen. Motivoivia tekijöitä olivat myös elämäntapamuutoksista saavutetut hyvät tulokset tai toiveet niistä, esim. vaatekoon pienenemisen. Lisäksi liikunnasta koettu hyöty ja vertaistuki ja muiden ihmisten kannustus motivoivat monia ryhmäläisiä.

Saamamme tulokset motivaatiota alentavista tekijöistä sen sijaan erosivat muiden tutkimustuloksista. Monet vanhemmat tutkimushenkilömme kokivat terveysongelmien olevan pääsyy motivaation alenemiseen. Esimerkiksi kivut haittasivat kovasti liikku-

mista. Joidenkin haastateltavien motivaatiota huononsivat myös elämänkolhut, laiskuus ja ajanpuute. Jotkut ryhmäläiset olivat myös aikaisemmin muuttaneet elämäntapojaan terveellisemmäksi eivätkä tästä syystä nähneet enää syytä muutokseen.

Mikkosen (2009, 133) tutkimuksessa sydäntautia ja osteoporoosia sairastavat pitivät vertaistuessa tärkeimpänä keskustelua, kokemusten vaihtoa ja toisten kertomuksia. Vertaistukiryhmää pidettiin myös muun muassa ruokailun ja kuntoilun tietolähteenä. Sydäntautia ja osteoporoosia sairastavat saivat vertaistukiryhmästä myös tukea elämäntapojen muuttamiseen. Myös Mäkisen (2008, 52 - 53) tutkimus antaa samansuuntaista tietoa vertaistuesta. Ryhmään osallistuneiden kuntoutujien mukaan vertaistuki on tärkeä emotionaalisen tuen lähde. Esille nousivat emotionaalisessa tuessa mahdollisuus jakaa kokemuksia ja keskustella, positiivinen ilmapiiri ja muiden kannustus. Avokuntoutusryhmä kannusti kuntoutujia muuttamaan elämäntapoja ja sen myötä muun muassa liikunnan määrä lisääntyi.

Ryhmässä saatu vertaistuki jakoi haastateltaviemme mielipiteet kahtia. Toiset kokivat, ettei heille ollut mitään merkitystä vertaistuen saamisesta, ja toiset puolestaan pitivät keskustelua, kokemusten ja tunteiden käsittelyä ryhmässä hyvin tärkeänä asiana. Joitakin ryhmäläisiä vertaistuki myös kannusti liikkumaan enemmän.

Myös kokemukset vertaistukiohjaajista jakoivat haastateltavat kahteen leiriin. Toisten mielestä vertaistukiohjaajien tuleminen ryhmään oli hieno juttu. He pitivät tärkeänä vertaistukiohjaajien kokemusten kuulemista ja heiltä saamaansa kannustusta. Toisille ryhmäläisille vertaistukiohjaajilla ei ollut suurtakaan merkitystä. Yksi ryhmäläinen oli myös sitä mieltä, ettei ryhmässä ollut ollenkaan mukana vertaistukiohjaajia. Tulee väistämättä mieleen, etteivät kaikki haastateltavat ehkä välttämättä ole edes ymmärtäneet, mitä tarkoittaa vertaistuki tai vertaistukiohjaaja. Ehkä ryhmissä ei näitä käsitteitä ole tarpeeksi käyty läpi tai sitten osa ryhmäläisistä ei ole ollut kovin paljon mukana ryhmän tapaamisissa. Myös Mäkisen tutkimuksesta (2008, 31) käy ilmi, että joillakin ryhmistä ei ollut selvää, oliko heillä ollut vertaisohjaajaa ryhmässä, koska saman ryhmän kuntoutujista osan mukaan ryhmässä oli ollut mukana vertaisohjaaja, osan mukaan taas ei.

Avaintekijän valinnassa oli epäselvyyttä. Kolme kuntoutujaa oli valinnut kaksi avaintekijää, ja kaksi heistä ei ollut valinnut avaintekijää ollenkaan. Yksi haastateltava myös totesi, että hän oli valinnut avaintekijän, muttei ollut ymmärtänyt siitä mitään. Avaintekijän merkitystä ei ehkä ole käyty tarpeeksi selkeästi läpi kuntoutusohjelman alussa. Jotkut kuntoutujat ovat voineet pitää avaintekijää myös turhana eivätkä ole sen takia sitä valinneet. Toiset haastateltavat ovat vastaavasti saattaneet pitää parempana valita kaksi avaintekijää yhden asemesta.

Mäkisen tutkimus (2008, 58) antaa samanlaista tietoa avaintekijän valinnasta. Vain noin puolet kuntoutujista valitsi avaintekijän, ja osa kuntoutujista valitsi useamman kuin yhden avaintekijän. Usealla kuntoutujalla avaintekijä ei myöskään ollut mikään konkreettinen asia vaan todella epämääräinen ajatus, esim. kokonaisuus tai kuntoutus. Yksi haastateltava koki joutuneensa valitsemaan avaintekijän, vaikkei hänellä omasta mielestään ollut tarvetta muuttaa mitään vaaratekijää.

Elämäntapamuutoksella saadut tulokset ja ohjaajan tuki kuuluivat avaintekijän positiiviseen kehitykseen. Ohjaaja tuki avaintekijän kehittymistä tiedon antamisella, kannustamisella ja antamalla palautetta. Useat ryhmäläiset kokivat myös liikunnan vaikuttavan positiivisesti kehoonsa. Myös itsessään elämäntapojen muuttaminen miellettiin positiiviseksi asiaksi ryhmäläisten keskuudessa. Kahdella haastateltavalla oli avaintekijän valinnasta ja elämäntapojen muuttamisesta ollut myös huonoja kokemuksia. Toinen kokemus liittyi elämäntapojen hankalaan muuttamiseen ja toinen kokemus verenpaineen liialliseen laskuun.

Ryhmäläiset toivoivat avokuntoutusohjelman vielä jatkuvan. Heidän mielestään kahden vuoden kontrolli olisi hyvä asia niin, että vuoden verran olisi aikaa vielä muuttaa elämäntapoja ja sitten olisi kontrolli. Avokuntoutusryhmässä kaivattiin myös yksilöllisempää ohjausta ja toiminnallista tiedottamista. Toiminnallisella tiedottamisella tarkoitettiin, että ryhmässä saisi olla joku, joka näyttäisi, miten voisi venytellä esim. kipeytynyttä niskaa. Kaiken kaikkiaan avokuntoutusryhmään oltiin tyytyväisiä ja sitä pidettiin hyvänä systeiminä.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla vertaistukiohjaajien kokemukset ryhmässä olemisesta sekä ryhmän ohjaajien kokemukset ja mielipiteet ryhmän ohjaamisesta. Yksi jatkotut-



kimusaihe voisi myös olla uusi ryhmäläisten kokemuksia kartoittava tutkimus fokusryhmähaastattelujen avulla sitten, kun tämän tutkimuksen tuloksia on hyödynnetty Tulppa-ohjelman kehittämisessä. Vertaistukiohjaajien ja ryhmän ohjaajien kokemuksia voisi tutkia fokusryhmähaastattelujen ja kyselykaavakkeiden avulla. Mahdollisesti myös yksilöhaastattelut sopisivat näiden tutkimusaiheiden tiedon keruuseen. Vertaistukiohjaajien ja ryhmän ohjaajien kokemuksia ei ole ennen tutkittu.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Leino-Kilven ja Välimäen (2004, 291) mukaan tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä, kuten opinnäytetyöhömmme osallistuvilla Tulppa-avokuntoutusryhmäläisillä, on oikeus saada tutkimusta koskevaa tietoa ennen aineistonkeruun käynnistämistä ja koko aineistonkeruun ajan, oikeus tietoiseen ja mieluummin kirjalliseen suostumukseen ja oikeus esittää kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan. Heillä on myös oikeutena tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja rehellisesti koko aineistonkeruun ajan, oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan, oikeus saada tutkimustuloksista tietoa ja lisäksi oikeus keskeyttää tutkimus. Tavallisesti henkilöä koskeva aineisto täytyy hävittää, kun sen käyttötarkoitus on saavutettu, jollei tutkimuksen toimijoilta ole erikseen pyydetty lupa jatkotutkimuksia varten (Juvakka & Kylmä 2007, 140 – 141).

Olemme hankkineet Itä-Savon sairaanhoitopiirin eettiseltä lautakunnalta tutkimusluvut opinnäytetyöllemme (liite 1). Pyysimme myös kaikilta tutkimukseemme osallistuvilta kuntoutujilta kirjallisen luvan (liite 3) siitä, että saamme käyttää heidän haastattelustaan ja kyselykaavakkeesta saatuja tietoja opinnäytetyössämme. Kerroimme osallistujille, että käytämme heiltä saamiamme tietoja vain ja ainoastaan opinnäytetyössämme ja että hävitämme tiedot heti opinnäytetyön valmistuttua. Lisäksi kerromme heille, ettei heitä voida tunnistaa opinnäytetyöstämme. Ennen tutkimusaineiston keruun aloittamista kävimme tutkimukseen osallistuvien kanssa läpi opinnäytetyöhömmme liittyvät pääkohdat, kuten sen tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimustehtävät. Selvitimme heille myös sen, mitä fokusryhmähaastattelu tarkoittaa ja kerroimme heille myös, miten meihin voi ottaa yhteyttä, jos tulee jotain kysyttävää ennen tai jälkeen haastattelun.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista arvioida kvalitatiivisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä tai laadullisen tutkimuksen

yleisillä luotettavuuskriteereillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereihin kuuluvat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Juvakka & Kylmä 2007, 127.)

Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijän täytyy varmistaa tutkimustulosten vastaavan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. vahvistettavuuteen kuuluu tutkimusprosessin kirjaaminen niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteissään. Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän täytyy olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän pitää arvioida, kuinka hän vaikuttaa tutkimusaineistoon ja tutkimusprosessiin ja lisäksi raportoida lähtökohdat. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän täytyy antaa tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuvista henkilöistä ja ympäristöstä, jotta lukijan on mahdollista arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka & Kylmä 2007, 128 - 129.)

Emme ole aiemmin tehneet fokusryhmähaastatteluja emmekä ylipäätään laadullista tutkimusta, mikä saattoi huonontaa tutkimuksen luotettavuutta. Myös se, ettei toinen opinnäytetyön tekijä päässyt sairastumisen vuoksi osallistumaan toisen haastattelun tekemiseen, saattoi vähentää luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin lisää se, että esitestasimme kyselykaavakkeen ja haastattelun kysymyksiä ennen tutkimuksen tekemistä. Esitestauksen avulla pystyimme tekemään kysymyksistä entistä selkeämpiä. Luotettavuutta lisää myös se, että teimme luotettavuusanalyysin aineiston osasta, joka koski motivaatiota. Luotettavuusanalyysistä saimme samansuuntaiset tulokset.

Aineistosta pelkistettyihin ilmauksiin liittyy jo jonkinasteista tulkintaa. Myös muuhun aineiston analyysiin sisältyy tulkintaa. Tätä pidetään sisällön analyysin ongelmana luotettavuuden kannalta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.) Aineistoa analysoitaessa pyrittiin kuitenkin mahdollisimman vähän tulkitsemaan asioita yrittäen pitäytyä mahdollisimman paljon kiinni vain analyysissa selkeästi ilmaistuissa asioissa. Tutkimusprosessi pyrittiin raportoimaan myös niin hyvin, että lukija pystyy seuraamaan sen etenemistä. Raportissa on myös kerrottu tutkimukseen osallistuvista henkilöistä ja ympäristöstä, esim. henkilöiden valitsevat avaintekijät, sairaudet, ikä ja sukupuoli ja

tutkimuspaikka. Tutkimuksemme tulokset eivät ole yleistettävissä, vaan ne kuvaavat ainoastaan tutkimukseen osallistuneen kahden ryhmän kokemuksia. Tutkimustulosten raportoinnissa on käytetty joitakin haastateltavien suoria lainauksia. Muutamia suoria lainauksia onkin hyvä käyttää tutkimustuloksissa lisäämään raportin luotettavuutta ja osoittamaan, mistä tai millaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on tehty (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 10).

### **9.3 Opinnäytetyön prosessi**

Halusimme ottaa opinnäytetyön aiheeksi jonkun sairauden. Alussa meillä oli ongelmia sopivan aiheen löytämisen kanssa, kun keskussairaalan osastoilla ei ollut tarjota meille sairauteen liittyvää aihetta. Niinpä olimme iloisia, kun saimme aiheeksi Sydänliitolta tehdä opinnäytetyö valtimotautipotilaiden avokuntoutusohjelmasta.

Tarkoituksenamme oli alun perin haastatella vain yhtä Savonlinnassa syksyllä 2008 aloittanutta Tulppa-avokuntoutusryhmää syyskuussa 2009 sen vuosikontrollin yhteydessä. Kuntoutujia tässä ryhmässä oli 9. Meille tarjoutui kuitenkin tilaisuus tehdä ryhmähaastattelu myös toiselle Savonlinnassa syksyllä 2008 aloittaneelle ryhmälle, johon kuului myös 9 henkilöä. Sen vuosikontrolli oli saman vuoden lokakuussa.

Päätimme ottaa tutkimukseen mukaan kaikki vuosikontrolleihin osallistuvat henkilöt, jotka suostuvat tutkimukseen. Saimme ohjaajilta molempiin avokuntoutusryhmiin osallistuneiden henkilöiden yhteystiedot ja lähetimme heille tiedotteet haastattelua varten. Ryhmähaastattelut ja kyselykaavakkeiden täyttäminen toteutettiin syys - lokakuussa 2009 Savonlinnan Pääterveysasemalla fysioterapian tiloissa. Aineistoa kertyi mielestämme sopivasti.

Aineiston analysoiminen ja muun opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta opettavaista. Saimme lisää tietoutta muun muassa valtimotaudeista ja opimme toteuttamaan fokusryhmähaastattelun ja analysoimaan aineiston induktiivisen sisällön analyysin avulla. Sairasteluiden takia opinnäytetyön valmistuminen viivästyi useammalla kuukaudella. Nyt se on kuitenkin valmis ja olemme siitä hyvin iloisia.

## LÄHTEET

Aalto-Setälä, Katriina 2008a. Kohonneen LDL-kolesterolin vaikutukset. Sydänsairaudet. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.

<http://terveysportti.mikkeli.fi/dtk/syd/koti>. Päivitetty 15.10.2008. Luettu 24.5.2010.

Aalto-Setälä, Katriina 2008b. Kolesteroli ja sydänsairaudet. Sydänsairaudet. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. <http://terveysportti.mikkeli.fi/dtk/syd/koti>. Päivitetty 15.10.2008. Luettu 24.5.2010.

Aikuisten lihavuuden käypä hoito -suositus 2007. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=Kohonnut%20verenpaine:%20määritelmä,%20yleisyys%20ja%20luokittelu](http://terveysportti.mikkeli.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Kohonnut%20verenpaine:%20määritelmä,%20yleisyys%20ja%20luokittelu). Päivitetty 22.1.2007. Luettu 24.5.2010.

Aivoinfarktin käypä hoito -suositus 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://terveysportti.mikkeli.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti). Päivitetty 15.10.2006. Luettu 10.5.2010.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009. Järjestö vertaistuen järjestäjänä. Toimintaa - mahdollisuus toimia. Areena kohtaamisille. WWW-dokumentti.

[http://www.stroke.fi/files/492/Veijo\\_Kivisto.pdf](http://www.stroke.fi/files/492/Veijo_Kivisto.pdf). Luettu 15.5.2010.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2010a. Sopeutumisvalmennuskurssit 2010. Aivoverenkiertohäiriöt. WWW-dokumentti.

[http://www.stroke.fi/files/517/sova\\_avh\\_valmis.pdf](http://www.stroke.fi/files/517/sova_avh_valmis.pdf). Luettu 15.5.2010.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2010b. Vertaistukitoiminta Aivohalvaus- ja dysfasialiitossa. WWW-dokumentti. <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=104>. Päivitetty 6.2.2010. Luettu 15.5.2010.

Alahuhta, Maija, Korhonen, Eveliina & Laitinen, Jaana 2010. Hyödyt ja haitat elintapamuutoksen puntarissa. Sairaanhoitaja. Hoitotyön johtava ammattilehti 5, 48 - 50.

Alanko, Anna & Haarni, Ilkka 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita.

American Heart Association 2009. Cardiac rehabilitation. Learn and Live. WWW-dokumentti. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4490>. Päivitetty 30.6.2009. Luettu 30.6.2009.

Bayer Health Care 2009. Mitä on diabetes? WWW-dokumentti. <http://www.bayerdiabetes.fi/fi/Diabetes-care/Mita-on-diabetes/Komplikaatiot.aspx>. Päivitetty 23.6.2009. Luettu 8.7.2009.

Barnard, Janelle 2007. Group Intervention Services for People with Type 2 Diabetes. Kirjallisuuskatsaus. WWW-dokumentti. [http://www.daa.asn.au/files/Info%20for%20Professionals/Medicare/MED\\_Literature%20Review.pdf](http://www.daa.asn.au/files/Info%20for%20Professionals/Medicare/MED_Literature%20Review.pdf). Luettu 23.5.2010.

Bowling, A 2002. Research methods in health. Investigating health and health services. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.

British Heart Foundation 2010. Cardiac rehabilitation. WWW-dokumentti. [http://www.bhf.org.uk/living\\_with\\_a\\_Heart\\_condition/recovery/cardiac\\_rehabilitation.aspx](http://www.bhf.org.uk/living_with_a_Heart_condition/recovery/cardiac_rehabilitation.aspx). Päivitetty 6.2.2010. Luettu 1.7.2009.

Curtis, Laurie, Hilton, David & Mead, Shery 2001. Peer support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25 (2), 134 - 141. WWW-dokumentti. <http://www.dsav.asn.au/research/Peer%20support%20theoretical%20perspective%20by%20Mead,%20Hilton%20&%20Curtis.pdf>. Luettu 24.5.2010.

Diabeteksen käypä hoito -suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. [http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=Kohonnut%20verenpaine:%20määritelmä,%20yleisyys%20ja%20luokittelu](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Kohonnut%20verenpaine:%20määritelmä,%20yleisyys%20ja%20luokittelu). Päivitetty 15.9.2009. Luettu 10.5.2010.

Diabetesliitto 2009. Valtimoiden kovettuminen. WWW-dokumentti. [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=5722](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=5722). Päivitetty 25.6.2009. Luettu 8.7.2009.

Diabetesliitto 2010. Tyypin 2 diabetes. WWW-dokumentti. [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=94](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=94). Päivitetty 1.3.2010. Luettu 24.4.2010.

Dyslipidemioiden Käypä hoito -suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=H50025>. Päivitetty 2.4.2009. Luettu 14.7.2009.

Ellonen, Markku & Mustajoki, Pertti 2009. Tietoa potilaalle: Alaraajojen valtimotauti (Katkokävely). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. [http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti). Päivitetty 29.12.2009. Luettu 11.5.2009.

Ereaut, Gill 2007. What is qualitative research?. *Software for Qualitative Research. From academic and social research to market research.* QSR International Pty Ltd. WWW-dokumentti. <http://www.qsrinternational.com/default.aspx>. Päivitetty 6.2.2010. Luettu 16.6.2009.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pirjo, Pikkarainen 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2010. Tuemme diabetesosaamista ja sitoutumista hoitoon. Kuntoutus. Koulutus & asiantuntijatoiminta. Diabetesliitto. WWW-dokumentti.

[http://www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=2062](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=2062). Luettu 15.5.2010.

Javanainen, Marika (toim.) 2008. Tulppa – ryhmäläisen työkirja. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.

Joseph, Dayle, McPherson, Sandra & Sullivan, Elaine 2004. The Benefits of Peer Support With Diabetes. Nursing Forum 39 (4). WWW-dokumentti.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=7&sid=8e9b1ab9-41d0-42ef-aeb5-20a09a5115d3%40sessionmgr11>. Luettu 15.5.2010.

Joensuu, Terhi 2005. Voimaa vertaistuesta. Kokemuksia Suomen pakolaisavun tukena -projektista 2003 - 2005. Forssa: Forssan kirjapaino.

Juvakka, Taru & Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kanninen, Helena 2006. Vertaistuki – arjen voimavara. Hyvä Hengitys 4. Hengitysliitto Heli ry. WWW-dokumentti.

<http://www.hengitysliitto.fi/Julkaisut/HyvaHengitys/42006/Kolumni-vertaistuki/>. Päivitetty 6.2.2010. Luettu 5.6.2009.

Karvinen, Marjatta 2007. Stressi voi laukaista infarktin. Sydän 2. WWW-dokumentti.

[http://www.pomminpurkajat.fi/lehtiarkisto/lehti\\_1\\_07/artikkelit/fi\\_FI/stressi/](http://www.pomminpurkajat.fi/lehtiarkisto/lehti_1_07/artikkelit/fi_FI/stressi/). Päivitetty 6.2.2010. Luettu 15.6.2009.

Kentala, Jukka & Patja, Kristiina 2006. Tupakkasairaudet. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. . WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=dyslipidemat](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=dyslipidemat).

Päivitetty 7.11.2006. Luettu 9.5.2010.

Kettunen, Raimo 2008. Elämäntapamuutokset sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. Sydän-sairaudet. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.

<http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/syd/koti>. Päivitetty 15.10.2008. Luettu

27.5.2010.

Kervinen, Helena 2009. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti). Päivitetty

6.8.2009. Luettu 10.5.2010.

Kohonneen verenpaineen käypä hoito -suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim . WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=verenpaine](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=verenpaine).

Päivitetty 23.11.2009. Luettu 9.5.2010.

Kovanen, Eeva-Liisa & Multanen, Kati 2006. Kokemuksia onnistumisesta PPP - Painonhallintaryhmässä. Haastattelut Pieni Päätös Päivässä – painonhallintaryhmäläisten kokemuksista. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kummel, Maika 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun Yliopisto. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kunnamo, Ilkka & Mustajoki, Pertti 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Sairauksien ehkäisy. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=101&p\\_artikkeli=seh00147&p\\_teos=seh&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=101&p_artikkeli=seh00147&p_teos=seh&p_selaus=). Päivitetty 19.1.2009. Luettu 24.5.2010.



Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3 - 12.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2004. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WSOY.

Liikunnan Käypä hoito -suositus 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. [http://terveysportti.mikkeliyamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=liikunta](http://terveysportti.mikkeliyamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=liikunta). Päivitetty 9.10.2008. Luettu 10.5.2010.

Mannonen, Paula, Penttilä, Ulla-Riitta & Pajala, Anna-Liisa 2006. *Naisen oma sydän*. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Mayo Clinic Staff 2008. High blood pressure (hypertension). Mayo Foundation for Medical Education and Research. WWW-dokumentti. <http://www.mayoclinic.com/health/high-blood-pressure/DS00100>. Päivitetty 7.8.2008. Luettu 9.5.2010.

Mielenterveysyhdistys Helmi ry 2007. Vertaistuki. WWW-dokumentti. <http://www.mielenterveyshelmi.fi/?vertaistuki>. Päivitetty 12.7.2007. Luettu 12.5.2010.

Mikkonen, Irja 2009. *Sairastuneen vertaistuki*. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.

Motiivi ja motivaatio 2010. Internetix-opinnot. WWW-dokumentti. [http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/ps/ps4/01\\_motiivit\\_ja\\_motivaatio/01\\_1.1\\_motiivi\\_ja\\_motivaatio?C:D=gjs0.e7SN&m:selres=gjs0.e7SN](http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/ps/ps4/01_motiivit_ja_motivaatio/01_1.1_motiivi_ja_motivaatio?C:D=gjs0.e7SN&m:selres=gjs0.e7SN). Päivitetty 6.2.2010. Luettu 24.5.2010.

Mustajoki, Pertti 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi. *Lääkärilehti* 58, 4235 - 4237. Suomen Lääkäriliitto. WWW-dokumentti. [http://terveysportti.mikkeliyamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=Miten%20potilas%20motivoituu%20hoitonsa%20aktiiviseksi%20osapuoleksi](http://terveysportti.mikkeliyamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Miten%20potilas%20motivoituu%20hoitonsa%20aktiiviseksi%20osapuoleksi). Luettu 24.5.2010.

Mustajoki, Pertti 2008. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.  
[http://terveysportti.mikkeli.amk.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=sepelvaltimotauti%20suomessa](http://terveysportti.mikkeli.amk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=sepelvaltimotauti%20suomessa).  
Päivitetty 11.12.2008. Luettu 15.6.2009.

Mustajoki, Pertti 2009. Tietoa potilaalle: Valtimotauti (Ateroskleroosi). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.  
[http://terveysportti.mikkeli.amk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=el%E4m%E4ntapamuutokset%20ateroskleroosi](http://terveysportti.mikkeli.amk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=el%E4m%E4ntapamuutokset%20ateroskleroosi).  
Päivitetty 31.3.2009. Luettu 20.6.2009.

Mäkinen, Anne 2006. Tulppa-avokuntoutusohjelma. Osa suomalaista sydänohjelmaa 2006 - 2011. Suomen Sydänliitto ry. WWW-dokumentti.  
[http://www.kuntoutussaatio.fi/innokuntoutus/Anne\\_Makinen\\_190309.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/innokuntoutus/Anne_Makinen_190309.pdf). Luettu 5.6.2009.

Mäkinen, Anne 2008. Voimaantumisen ja vertaistuki ryhmässä. Tulppa-kuntoutukseen osallistuneiden ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Sairaanhoidtaja ylempi AMK. Opinnäytetyö.

Mäkinen, Anne & Penttilä, Ulla-Riitta 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa. Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen Sydänliiton julkaisuja. WWW-dokumentti.  
[http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/kuntoutus/fi\\_FI/kuntoutus\\_selvitys/\\_files/77242073175163117/default/Sepelvaltimotautipotilaiden%20kuntoutus%20julkisessa%20terveydenhuollossa.pdf](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/kuntoutus/fi_FI/kuntoutus_selvitys/_files/77242073175163117/default/Sepelvaltimotautipotilaiden%20kuntoutus%20julkisessa%20terveydenhuollossa.pdf). Luettu 15.6.2009.

Mäntyranta, Taina & Kaila, Minna 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Aikakauskirja Duodecim. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.  
[http://terveysportti.mikkeli.amk.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=fokusryhmähaastattelu](http://terveysportti.mikkeli.amk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=fokusryhmähaastattelu).  
Päivitetty 6.2.2010. Luettu 5.6.2009.

Nikkilä, Matti 2009a. Kohonnut verenpaine: määritelmä, yleisyys ja luokittelu. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.  
[http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=verenpaine](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=verenpaine). Päivitetty 4.8.2009. Luettu 9.5.2010.

Nikkilä, Matti 2009b. Verenpainetaudin vaaratekijät. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.  
[http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=verenpaine](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=verenpaine). Päivitetty 4.8.2009. Luettu 9.5.2010.

Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta 2005. Vapaaehtoistoiminta anti, arvot ja osallisuus. Jyväskylä: Gummerus.

Penttilä, Ulla-Riitta, Renfors, Timo & Ikonen, Tarja 2002. Tulppa. Sepelvaltimotautipotilaiden ryhmäkuntoutusohjelma perusterveydenhuollossa. Suomen sydänliiton julkaisuja. Loppuraportti. Suomen Sydänliitto ry.

Rogers, RW, Mewborn, CR 1976. Fear appeals and attitude change: Effects of noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *J Pers Soc Psychol* 34, 54 – 61.

Suomen Sydänliitto ry 2008a. Tulppa – avokuntoutusohjelma. WWW-dokumentti.  
[http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/kuntoutus/fi\\_FI/tulppa\\_avokuntoutus\\_2/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/kuntoutus/fi_FI/tulppa_avokuntoutus_2/). Päivitetty 11.6.2008. Luettu 29.3.2010.

Suomen Sydänliitto ry 2008b. Tulppa-ryhmäläisen työkirja. Suomen Sydänliitto ry.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tupakoinnin, nikotiiniriippuvuuden ja vieroitushoitojen käypä hoito -suositus 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=dyslipidemat](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=dyslipidemat). Päivitetty 1.12.2006. Luettu 9.5.2010.

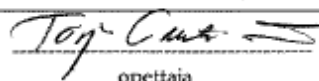
Turku, Riikka 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vanhanen, Hannu & Strandberg, Timo 2005. Suurentuneen kolesterolipitoisuuden ruokavaliohoito. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. [http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=kolesteroli%20ruokavalio](http://terveysportti.mikkeli.ami.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=kolesteroli%20ruokavalio).



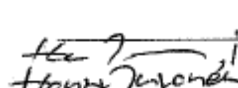
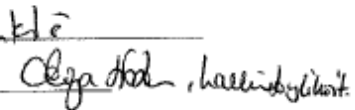
**PYYNTÖ**  
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi  
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,  
jolle pyyntö osoitetaan:

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Savonlinnassa syksyllä 2008 aloittaneen yhden Tulppa - avokuntoutusryhmään osallistuneiden potilaiden kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Opinnäytetyön tavoitteena on Tulppa - avokuntoutustoiminnan kehittäminen sekä Saimaan Sydänpiiriin että koko Tulppa - projektin alueella Suomessa.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Kohderyhmänä on syksyllä 2008 Savonlinnassa aloittanut yksi Tulppa-avokuntoutusryhmä (9kuntoutujaa). Kuntoutujilla on jokin valtimotauti tai sen hoitoa vaativa riskitekijä. Avokuntoutusryhmä on toiminut vuoden ajan ja päättyy vuosikontrolliin syyskuussa 2009.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Aineistoa on tarkoitus kerätä teettämällä avokuntoutusryhmälle fokusryhmähaastattelu. Lisäksi keräämme aineistoa lyhyellä kyselylomakkeella, joka koostuu viidestä avoimesta kysymyksestä.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Fokusryhmähaastattelu ja kyselykaavakkeen täyttäminen on tarkoitus toteuttaa avokuntoutusryhmäläisten vuosikontrollin yhteydessä 10.9.2009 Savonlinnan Pääterveysasemalla.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Joulukuu 2009
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	21 päivänä heinäkuuta 2009  opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Ohjaava opettaja Tarja Turtiainen puh. 040 8420576 <a href="mailto:tarja.turtiainen@mamk.fi">tarja.turtiainen@mamk.fi</a> Työelämä ohjaaja Pia Kraft-Oksala puh.040 7168262 <a href="mailto:pia.kraft-oksala@isshp.fi">pia.kraft-oksala@isshp.fi</a>
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi Maria Myllys puh. 050 5010431 Osoite Kaikuvuorenkatu 10 A 8, 57100 Savonlinna	
Nimi Paula Tynkkynen puh. 050 3311856 Osoite Olavinkatu 36 C 4 57100 Savonlinna	

Anomus käsitelty 13 8 2009

lupa myönnetty  
 lupa evätty, peruste: \_\_\_\_\_

   
Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuskesä)



### SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

**Sopijaosapuolet:** Opinnäytetyön tilaaja: Suomen sydänliitto ry/ Tulppa-projekti. Opinnäytetyön aiheen saimme Saimaan sydänpiiriltä, joka ylläpitää Tulppa – avokuntoutustoimintaa yhteistyössä Itä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa.

sekä Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan terveydenhuollon laitoksen hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Maria Myllys ja Paula Tynkkynen

**Opinnäytetyön aihe:** Aiomme tutkia Savonlinnassa syksyllä 2008 aloittaneen yhteen ryhmään kuuluvien Tulppa- avokuntoutusryhmäläisten kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin.

#### Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja:

Tarja Turtiainen

Työelämäohjaaja:

Pia Kraft-Oksala

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: Joulukuu 2009

#### Muut sopimusehdot:

---

---

---

25.7.09 Savonlinna

Aika ja paikka

Maria Myllys ja Paula Tynkkynen

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

13.8.2009 Savonlinna

Beja Järvi

Toimeksiantajan allekirjoitus

## TUTKIMUSLUPA

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen, (fokusryhmähaastattelu ja kyselykaavake), jolla kartoitetaan Tulppa - avokuntoutusryhmäläisten kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimusaineistoa käytämme vain opinnäytetyöhömme ja tutkimusaineiston hävitämme heti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkittavien henkilöllisyyttä emme paljasta missään tutkimuksemme vaiheessa.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Aika ja paikka

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

---

## POTILASTIEDOTE OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Hei!

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Mikkelin Ammattikorkeakoulussa Savonlinnassa. Teemme opinnäytetyötä Suomen Sydänliiton organisoimasta Tulppa - avokuntoutusohjelmasta. Olemme yhteistyössä Saimaan Sydänpiirin kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Tulppa - avokuntoutusryhmäläisten kokemuksia avaintekijästä, vertaistuesta ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Opinnäytetyötä varten keräämme tutkimusaineistoa ryhmähaastattelun ja kyselykaavakkeen avulla. Tutkimuskohteena meillä on syksyllä 2008 aloittanut avokuntoutusryhmä, jolla on vuosikontrolli syyskuussa 2009 Savonlinnan pääterveysasemalla.

Tutkimukseen osallistuminen eli kyselykaavakkeen täyttäminen ja ryhmähaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Tarkoituksemme on tehdä ryhmähaastattelu, jonka avulla saisimme paremmin tietoa avokuntoutusryhmäläisten kokemuksista. Nauhoitamme keskustelun nauhuriin, minkä jälkeen kirjoitamme haastattelun puhtaaksi tietokoneella. Tämän jälkeen teemme yhteenvedon tutkimuksen tuloksista opinnäytetyöhömme. Haastattelun lisäksi keräämme tietoa kyselomakkeen avulla, jossa on muutama lyhyt kysymys avaintekijästä ja omasta motivaatiosta elämäntapamuutoksiin. Tutkittavien henkilöllisyyttä emme paljasta missään tutkimuksemme vaiheessa ja käytämme tutkimuksesta saatavia tietoja ainoastaan opinnäytetyöhömme. Tutkimusaineiston hävitämme heti opinnäytetyön valmistuttua.

Ryhmähaastattelu ja kyselykaavakkeen täyttäminen on tarkoitus toteuttaa torstaina 10.9.09 Savonlinnan pääterveysasemalla fysioterapia tiloissa, olevan Tulppa-avokuntoutusryhmän vuosikontrollin yhteydessä.

Jos teille tulee kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse. Vastamme mielellämme kysymyksiinne.

Maria 050 5010431 ja Paula 050 3311856

Ystävällisin terveisin,

Maria Myllys ja Paula Tynkkynen



**Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin niille varatuille viivoille.**

**Mikä oli avaintekijäsi avokuntoutusohjelman aikana?**

---

**Miksi valitsit kyseisen avaintekijän?**

---

---

**Miten seurasit avaintekijäsi kehitystä?**

---

---

**Miten ohjaajasi tuki avaintekijäsi kehitystä?**

---

---

**Kuinka motivoituneeksi koet itsesi tällä hetkellä terveellisten elämäntapojen noudattamiseen?**

---

---

**Paljon kiitoksia vastauksistasi!**

## LIITE 6. Fokusryhmähaastattelun kysymykset

Fokusryhmähaastatteluun:

Avaintekijä:

Mitä hyötyä avaintekijän valinnasta oli elämäntapojen muutoksessa?

Mitä haittaa oli avaintekijän valinnasta elämäntapojen muutoksessa?

Miten avaintekijäsi kehittyi?

Miten seurasit avaintekijäsi kehitystä?

Motivaatio:

Mitkä tekijät motivoivat avaintekijän/ elämäntapojen muuttamisessa ohjelman aikana?

Mitkä tekijät haittasivat motivoitumista avaintekijän/ elämäntapojen muuttamisessa ohjelman aikana?

Miten motivaatio kehittyi ohjelman aikana?

Motivaatio tulevaisuudessa:

Millä tavoin koet tulevaisuudessa pystyväsi pitämään motivaatiotasi yllä terveellisten elintapojen noudattamisessa?

Mistä haet apua, jos koet motivaatiopuutetta terveellisten elintapojen noudattamisessa tulevaisuudessa?

Vertaistuki:

Millaista tukea koit saavasi vertaistukiohjaajilta elämäntapojen muutoksessa ja sairauden hoitamisessa?

Millaisia ominaisuuksia kuuluu mielestänne hyvälle vertaistukiohjalle?

Millaisia kehittämissuhteita sinulla on vertaistukiohjaajakoulutukseen?

Kehittämissuhteita:

Kehittämissuhteita avokuntoutusohjelmalle?

LIITE 7. Analyysi

Pelkistetyt ilmaisut	Ryhmittely	Alakategoriat	Yläkategoriat
-ettei sohvistu	-parempi terveys		
-elämän kohentaminen	-oma terveys motivoi		
-olemisen kohentaminen	-toive, ettei sairastuisi sokeritautiin		
-parempi terveys	-uhka kolesterolilääkityksestä		
-terveydentilan ylläpito	-terveydentilan ylläpito		
-aikaisempi elintapojenmuutos	-polvileikkaus tulossa	Terveysteen liittyvät asiat	
-on saanut verenpaineen laskemaan	-terve vanhuus		
-on saanut painoa pois	-saa kuolla terveenä		
-polvileikkaus tulossa	-toive pitkästä iästä		Motivaatiota lisäävät tekijät
-terve vanhuus	-elämän kohentaminen		
-saa kuolla terveenä	-olemisen kohentaminen		
-toive pitkästä iästä	-ettei sohvistu		
-parempi terveys	-`onhan meillä toinen toisemme`		
-parempi hyvinvointi	-porukka samanlaisine ongelmineen		
-kivut	-toive olla parempi kuin muut ryhmäläiset	Vertaistuki	
-kipu	-loistava ryhmä		
-jalkakipu	-asuntolan hoitajat motivoi		
-turvonnut jalka	-lasten kannustus	Muiden ihmisten kannustus	
-polven nivelrikko	-vaimon kannustus		
-tunnepuoli ei ole kunnossa	-puolison kannustus		
-loistava ryhmä			

## SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyön kannalta
<p>Kovanen, Eeva-Liisa &amp; Multanen, Kati 2006. Kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä. Haastattelut Pieni Päätös Päivässä – painonhallintaryhmäläisten kokemuksia. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli koota Pieni Päätös Päivässä (PPP)-painonhallintaryhmään osallistujien kokemuksia onnistumisesta.</p> <p>Keskeinen tavoite tutkimuksessa oli selvittää, mikä auttaa painonhallintaryhmään osallistujia onnistumaan painonhallinnassa, mitkä asiat toimivat kannustimina yrittää painonhallintaa ja mitkä ovat mahdollisuudet tai esteet onnistumisessa.</p>	<p>Tutkimusaineisto saatiin teemahaastatteluilta, jotka tehtiin yhdeksälle Keski-Suomessa vuosina 2004-2005 PPP-painonhallintaryhmään osallistuneelle vapaaehtoiselle henkilölle,</p> <p>Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.</p> <p>Tutkimuksen haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Onnistumista painonhallinnassa auttoi sosiaalinen tuki.</p> <p>Sairauksien ehkäisy, oman terveyden ylläpitäminen sekä terveyden edistäminen toimivat kannustimina osallistua painonhallintaryhmää.</p> <p>Elintapojen ja käyttäytymisen muutokset sekä ratkaisujen löytäminen ongelmatilanteisiin olivat onnistumisen mahdollisuuksia painonhallinnassa</p> <p>Onnistumisen esteinä puolestaan olivat ryhmän toimimattomuus tai tuen ja sitoutumisen puute.</p>	<p>Etsimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten, mitkä tekijät vaikuttavat motivaatioon elämäntapamuutoksissa.</p>

LIITE 8. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

<p>Mäkinen, Anne 2008. Voimaantumisen ja vertaistuki ryhmässä. Tulppa-kuntoutukseen osallistuneiden kokemuksia kuntoutuksesta. Me tropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Sairaanhoitaja ylempi AMK. Opinnäytetyö.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät edesauttavat Tulppa-ryhmäläisten voimaantumista ja onko mahdollista voimaantua ryhmässä.</p> <p>Tarkoituksena oli myös selvittää vertaistuen merkitystä kuntoutumisessa.</p>	<p>Kyselylomakkeet jaettiin kaikkiin Tulppa-ryhmiin, joissa keväällä 2008 aikana järjestettiin 12 kuukauden seurantakäynti.</p> <p>Lisäksi syksyllä 2008 tehtiin kaksi fokusryhmähaastattelua kahdelle tulppa-ryhmälle, joilla oli ollut 12 kuukauden kontrollikäynti alkusyksyn 2008 aikana. Toinen ryhmähaastattelu ista tehtiin Pohjois-Savossa ja toinen Etelä-Karjalassa.</p>	<p>Voimaantumista edistäviä tekijöitä olivat emotionaalinen tuki, tiedollinen tuki, arviointituki ja välineellinen tuki.</p> <p>Kuntoutujat pystyivät voimaantumiseen ryhmässä ja kykenivät muuttamaan elämäntapojaan, riskitekijöissään ja voinnissaan.</p> <p>Ryhmäläiset kokivat vertaistuen tärkeänä emotionaalisen tuen lähteenä.</p> <p>Emotionaalisessa tuessa tuli ilmi keskustelu, kokemusten jakaminen, myönteinen ilmapiiri ja muiden kannustus.</p> <p>Ryhmä innosti kuntoutujia muuttamaan elintapojaan.</p>	<p>Etsimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten tutkimuksia vertaistuesta.</p>
---	--	--	---	--

LIITE 8. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

<p>Alahuhta, Maija, Korkiakangas, Eveliina &amp; Laitinen, Jaana 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Sairaanhoidaja. Hoitotyön johtava ammattilehti 5.</p>	<p>Tutkimuskohteena olivat 74 tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöä.</p> <p>Tutkimuksessa tutkittiin hyötyjen ja haittojen pohdinnan merkitystä elämäntapamuutoksiin motivoitumisessa.</p> <p>Tutkimuksessa tutkittiin Botelhoneelikentän käyttämistä elämäntapamuutoksiin motivoitumisessa.</p>	<p>74 tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöä osallistui viisi kertaa ravitsemusterapeutin toteuttamaan ryhmäohjaukseen.</p> <p>Ensimmäisellä ohjauksella aktivoivana ohjausmenetelmänä käytettiin Botelhoneelikenttä mukailtua tehtävää, jossa tutkimushenkilöt pohtivat elämäntapamuutoksen hyötyjä ja haittoja. Vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä.</p> <p>Ryhmäohjaukseen osallistuneista henkilöistä 22 haastateltiin.</p>	<p>Elämäntapamuutoksen hyötyjä tutkimushenkilöiden mielestä olivat terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja paraneminen, ulkoisen olemuksen muutokset, itsetunnon ja mielialan koheneminen, mallina oleminen omille lapsilleen ja sosiaalisten tilanteiden helpottuminen.</p> <p>Haitoiksi puolestaan koettiin nautinnoista esim. herkuista luopuminen ja uusien vaatteiden ja terveellisen ruoan kalleus.</p> <p>Lisäksi haitoiksi miellettiin laihtumiseen liittyvät pelot mielialan muutoksista kuten kärtyisyydestä ja ulkonäön muutoksista kuten rypistymisestä.</p> <p>Botelhoneelikenttä sopii käytettäväksi elämäntapojen muutosprosessin kaikissa vaiheissa,</p>	<p>Etsimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten, motivaatioon vaikuttavia tekijöitä elämäntapamuutoksessa.</p>
--	---	--	--	--

LIITE 8. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

			erityisesti kuitenkin prosessin harkinta- ja valmistautumisvaiheissa.	
<p>Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.</p>	<p>Mikkonen tutki sairastuneen vertaistukea ja sitä, miten eri sairauksien aikaansaamat elämänmuutokset ovat yhteydessä vertaistuen tarpeeseen sekä mikä merkitys vertaistuellalla on sairastuneelle.</p>	<p>Tutkimuskohteena olivat 129 vertaistukiryhmien osallitunutta henkilöä, joista osa oli potilaita, osa tukihenkilöitä ja ryhmävastaavia ja osa tukitoimintaan kuuluvia läheisiä.</p> <p>Ominaisuuksiltaan sairastavien vertaistukitoiminnat on tutkimuksessa ryhmitelty sairauden ominaisuuksien, taustatuen tai vertaistoimintojen suhteen.</p> <p>Tutkimusaineisto on hankittu haastattelemisen, havainnoinnin ja kirjallisen kyselylomakkeen avulla.</p>	<p>Vertaisena koettiin lähinnä ryhmäläiset, mutta myös henkilökohtaiset avustajat, ryhmän ulkopuoliset ystävät sekä ryhmään kuuluvat läheiset.</p> <p>Tutkimusryhmissä vertaistuki tarjoaa monenlaista kokemukseen pohjautuvaa tietoa ja toimintaa, turvaa, tukea ja rohkaisua sekä voimavaroja sairastuneiden eri tarpeisiin.</p> <p>Tutkimushenkilöiden mielestä vertaistukea ei voi korvata millään muulla toiminnalla.</p>	<p>Etsimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten tutkimuksia vertaistuesta.</p>

LIITE 8. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

<p>Joseph, Dayle, McPherson, Sandra &amp; Sullivan, Elaine 2004. The Benefits of Peer Support With Diabetes. Nursing Forum 39 (4).</p>	<p>Joseph ym. tutkivat elämäntapamuutoksissa onnistuneiden diabeetikoiden antaman vertaistuen vaikutusta toisiin diabeetikoihin, jotka olivat aikeissa muuttaa elämäntapojaan.</p>	<p>20 elämäntapamuutoksessa onnistunutta diabeetikkoa ja elämäntapamuutokseen ryhtyvää diabeetikkoa laitettiin pareiksi vertaistukisysteemiä varten.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin puhelinkyselyillä, jotka toteutettiin tutkimushenkilöille puolen vuoden ja vuoden päästä vertaistukisysteemin alkamisesta.</p>	<p>Kaikki diabeetikot kokivat, että vertaistuki vaikutti positiivisesti heidän elämäänsä.</p> <p>Vertaistuesta koettiin saavan tukea vaikeina päivinä ja se auttoi diabeetikoita muuttamaan elämäntapojaan muun muassa painonpudotuksessa.</p> <p>Vertaistuen avulla sekä elämäntapojaan muuttaneet että elämäntapamuutoksessa olevat diabeetikot myös saivat lisää tietoutta diabeteksestä.</p>	<p>Etsimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten tutkimuksia vertaistuesta.</p>
<p>Barnard, Janelle 2007. Group Intervention Services for People with Type 2 Diabetes. Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kerätä tietoa tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmenetelmistä.</p>	<p>Cochrane- ja Pubmedtietokannoista löydettiin 18 tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausta käsittelevää tutkimusta.</p>	<p>Ryhmäohjauksella oli positiivinen vaikutus verensokeriarvoihin, painonpudotukseen ja systoliseen verenpaineeseen.</p> <p>Ryhmässä tyypin 2 diabeetikot saivat myös lisää tietoa diabeteksestä.</p> <p>Ryhmäohjaus myös vähensi diabeetikoiden</p>	<p>Etsimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten tutkimuksia vertaistuesta/ryhmäohjauksesta.</p>



## LIITE 8. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

			ahdistuneisuutta, paransi elämänlaatua ja hyvinvointia ja auttoi muuttamaan elämäntapoja.	
--	--	--	---	--