



Seppo Airaksinen
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja, AMK
Opinnäytetyö, 2020

KOKEMUKSIA VERTAISRYHMIIN OSAL- LISTUMISESTA OULUN KAUPUNGIN AKUUTTITYÖRYHMÄSSÄ



TIIVISTELMÄ

Seppo Airaksinen

Kokemuksia vertaisryhmiin osallistumisesta Oulun kaupungin akuuttityöryhmässä

37 sivua, 2 liitettä

Kevät, 2020

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuuttityöryhmän potilaiden sekä heidän läheistensä kokemuksia vertaisryhmiin osallistumisesta. Akuuttityöryhmä on Oulun kaupungin mielenterveyspalvelujen erityistyöryhmä, jonka tehtävänä on hoitaa ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneita oululaisia avohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää vertaisryhmätoimintaa akuuttityöryhmässä osaksi ensipsykoosien hoitoa.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja sillä pyrittiin vastaamaan työelämästä esiin nousseeseen tarpeeseen vertaisryhmätoiminnan kehittämiseksi osaksi ensipsykoosin hoitoa. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla vertaisryhmiin osallistuneita potilaita ja heidän läheisiään. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jossa hyödynnettiin aikaisempia terapeuttista allianssia mittaavia käsitteitä.

Opinnäytetyön tulokset jakaantuvat neljään kategoriaan, joita ovat kokemukset vertaisryhmän 1) terapiasuhteesta, 2) päämäärästä ja keskustelun aiheista, 3) työskentelytavasta ja menetelmistä sekä 4) yleisestä merkityksestä osallistujille. Vertaisryhmissä olemisen koettiin helppona ja samankaltaisessa tilanteessa olevien vertaisten tapaaminen lohduttavana. Vertaisryhmissä saatiin tietoa selviytymisestä psykoosisairauden kanssa, jaettiin kokemuksia ja niissä oli mahdollista ilmaista tunteita. Vastavuoroisen, ennalta suunnittelemtoman keskustelun koettiin mahdollistavan itselle tärkeiden asioiden jakamista. Ryhmän vetäjien rooli koettiin aktiivisena ja läsnäolevana. Ryhmiin osallistuminen mahdollisti yhteyden löytämisen toisten vertaisten kanssa ja läheisten ryhmään osallistuminen lisäsi osallisuuden tunnetta hoidossa.

Asiasanat: psykoosi, ensipsykoosi, vertaistuki, dialogisuus, laadullinen tutkimus, deduktiivinen sisällönanalyysi

ABSTRACT

Seppo Airaksinen

The experiences of participating in peer support groups in Oulu City first-episode psychosis team

37 pages, 2 appendices

Spring, 2020

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's degree in Health care

Registered Nurse

This thesis aims to describe the experiences of the first-episode psychosis team's patients and their close ones in peer support groups. The first-episode psychosis team is a special team in Oulu City psychiatric outpatient care and its focus is in caring the people of Oulu who have psychosis for the first time. The goal of the thesis was to develop support group activity as part of the team's treatment.

This thesis is a qualitative study and it was made for the need of peer support as part of developing the team and treating the first-time psychosis. The material for the thesis was collected by interviewing the patients and their close ones, who attended the support groups. The material was analysed with deductive content analysis, where the author made use of the existing concepts that measure therapeutic alliance.

The results were divided into four categories based on the experiences in the peer support groups 1) therapeutic relationships, 2) goals and topics of discussions, 3) approaches and methods and 4) general meaning for the participants. The participants felt that it was easy to be in the group and that it was comforting to meet other people who were in a similar situation as they were. In the support group, people received information on how to cope with a psychosis, shared their experiences and it was possible to express emotions. Mutual, unplanned discussion was perceived to make it possible to share things that were important for the participant. The group's facilitators were perceived as active and attending. Participating in groups made it possible to find connections with other peers and the participation increased a feeling of engagement in treatment.

Keywords: psychosis, first-episode psychosis, peer support, dialogism, qualitative research, deductive content analysis

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN POTILAAN HOITOTYÖ.....	5
2.1 Psykoosin hoito.....	6
2.2 Dialogisuus psykoosien hoidossa	8
2.3 Toipumisorientaatio.....	11
3 VERTAISTUKI MIELENTERVEYSTYÖSSÄ.....	12
4 TUTKIMUKSEN ESITTELY	14
4.1 Laadullinen tutkimus	15
4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi.....	15
5 TULOKSET	19
5.1 Kokemukset vertaisryhmän terapiasuhteesta	20
5.2 Kokemukset vertaisryhmän päämäärästä ja keskustelun aiheista	21
5.3 Kokemukset vertaisryhmän työskentelytavasta ja menetelmistä	23
5.4 Kokemukset vertaisryhmän yleisestä merkityksestä osallistujille	25
6 POHDINTA	27
6.1 Opinnäytetyön eettisyys	29
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	30
6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	33
LÄHTEET.....	34

1 JOHDANTO

Psykoosin hoidossa tulee huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet laajasti ja erilaisia hoitoja tulisi yhdistää toipumista edistäväksi kokonaisuudeksi (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2018). Usein hoitokäytännöissä korostuu kuitenkin lääketieteellinen, yksilökeskeinen hoitokulttuuri ja muut psykososiaaliset hoitomuodot toteutuvat huonosti tai saattavat jäädä kokonaan toteutumatta. (Seikkula & Arnkil 2005, 136–137, 150–151.) Vertaistuen avulla on onnistuttu osin korvaamaan puuttuvia yhteiskunnan järjestämiä palveluja ja osin täydentämään niitä (Nylund 2005, 206–207). Mielenterveystyössä vertaistuen perustana on elämänkokemuksen tuoma asiantuntijuus, keskinäinen tasa-arvoisuus, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, keskustelun vastavuoroisuus sekä vertaisten kohtaaminen ja keskinäinen tuki (Heikkinen 2004, 180–181).

Oulun kaupungissa toimivan akuuttityöryhmän vastuulla on asukkaidensa ensipsykoosien avohoito (Oulun kaupunki. Akuuttityöryhmä). Akuuttityöryhmä haluaa toteuttaa hoidossaan tarpeenmukaisen hoidon mallia, dialogista työtettä ja toipumisorientaation näkökulmaa. Akuuttityöryhmä on aloittanut uutena toimintana syksyllä 2018 potilailleen ja heidän läheisilleen vertaisryhmätoimintaa, jonka toteutuksessa halutaan pitää kiinni akuuttityöryhmän toimintaa ohjaavista hoitoajatuksista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ensipsykoosiin sairastuneiden akuuttityöryhmän potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia vertaisryhmätoiminnasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa vertaisryhmätoiminnan kehittämiseksi osaksi ensipsykoosien hoitoa. Akuuttityöryhmä toimi opinnäytetyön yhteistyökumppanina ja toteutusympäristönä.

2 PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN POTILAAN HOITOTYÖ

Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilön todellisuuden taju on heikentynyt. Psykoottisen ihmisen voi olla vaikea ymmärtää mikä on totta ja mikä ei. Tyypillisiä psykoottisia oireita ovat erilaiset harha-aistimukset, harhaluulot, suhteuttamisharhaluulot ja merkityselämykset. Harha-aistimukset voivat olla erilaisia kuuloelämyksiä, kuten puheen tai muiden äänien kuulemista ilman, että äänen aiheuttaja tulee ympäristöstä, tai erilaisia näkö-, kosketus- tai hajuharha-aistimuksia. (Huttunen 2018.)

Psykoosin aiheuttajasta ei ole yksiselitteistä tietoa. Psykoosin syntyä voidaan selittää stressi-haavoittuvuusmallin avulla. Mallin mukaan psykoosille alttiilla henkilöllä oireita puhkeaa joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Altistavista riskitekijöistä merkittävin on ensiasteen sukulaisen psykoosisairaus. Muita altistavia tekijöitä voivat olla muun muassa äidin raskaudenaikainen infektio, stressi, aliravitsemus, synnytyskomplikaatiot sekä lapsuus- ja nuoruusiän keskushermostovauriot. Myös kannabiksen käytön on todettu laukaisevan psykooseja. (Skitsofrenia: käypä hoito -suositus 2015.)

Psykoosi voidaan ymmärtää myös äärimmäisenä vastauksena ristiriitaiseen ja ylivoimaiseksi tai epätoivoiseksi koettuun tilanteeseen. Psykoosissa elämän ja ympäristön tapahtumia tulkitaan tavalla, jotka voivat toisesta ihmisistä tuntua kummallisilta, käsittämättömiltä ja harhaisilta. Psykoosia voidaankin tarkastella inhimillisten kokemusten merkityssuhteiden vääristyminä. (Haarakangas 2008, 68.)

Ihmisten havainnot perustuvat tulkintaan ympäristön tapahtumista ja omat merkitykselliseksi koetut ilmiöt vaikuttavat siihen, minkälaisia tulkintoja ihmiset antavat ympäristöstään. Voimakkaassa stressissä, esimerkiksi unettomuudessa ja nukahtamishetkissä, ihmisillä voi olla mahdollisesti psykoottisilta vaikuttavia kokemuksia ilman että ihmistä voidaan pitää varsinaisesti psykoottisena. Tällöin henkilö tunnistaa kokemukset vääristyneiksi, kun taas psykoottisille kokemuksille on tyypillistä, että niitä pidetään todellisina. Jäykkien ajatusmallien erottamien

psykoottisesta ajattelusta voi olla joskus vaikeaa ja tulkinnat todellisuudesta ovat vahvasti suhteessa ympäröivään kulttuuriin ja siihen liittyviin uskomuksiin. (Huttunen 2018.)

Psykoottisia oireita ja kokemuksia esiintyy myös monissa muissa psykiatrisissa sairauksissa, kuten esimerkiksi vakavassa masennuksessa, kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheessa, pakko-oireisessa häiriössä, traumaperäisissä häiriöissä ja dissosiaatiohäiriöissä. Lisäksi psykoottisia oireita ja kokemuksia voi esiintyä joissakin neurologisissa häiriöissä sekä aineenvaihdunnan häiriöissä ja niitä esiintyy yleisesti vakavissa muistihäiriöissä. Näitä kokemuksia ei kuitenkaan luokitella psykoosiksi, koska oireilun etiologia on ymmärrettävissä toisen perussairauden kautta. (Huttunen 2018.)

Psykoosin hoidon kannalta on tärkeää, että psykoosi todetaan mahdollisimman varhain ja hoito aloitetaan välittömästi. Taudinkuva voi olla monimuotoinen ja sairauden kulku yksilöllinen ja tämä tulisi ottaa huomioon hoidossa. Keskeistä on erilaisten hoitojen yhdistäminen siten, että niistä muodostuu toipumista edistävä kokonaisuus, joka vastaa potilaan yksilöllisiä tarpeita ja soveltuu potilaan elämäntilanteeseen. Useita psykososiaalisia hoitomuotoja sisältävällä integroidulla hoitomallilla on onnistuttu tutkimusten mukaan pienentämään psykoosin puhkeamisen riskiä. Integroidulla hoidolla, johon on sisältynyt tehostettua avohoitoa, usean perheen ryhmähoitoa, sosiaalisten taitojen harjoittelua ja psykoosilääkitystä, on tutkimusten mukaan onnistuttu kohentamaan ensipsykoosiin sairastuneiden toimintakykyä sekä vähentämään oireilua. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

2.1 Psykoosin hoito

Psykoosin hoito perustuu luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja se tulisi järjestää avohoitopainotteisesti. Hoidossa tulee edistää perhekeskeistä ajattelua ja hoitoon liittyvistä päätöksistä neuvotellaan yhdessä potilaan kanssa. Potilaan perheenjäsenet sekä läheiset otetaan hoitoon mukaan. Akuuttivaiheessa tavoitteena on psykoosioireiden tehokas vähentäminen. Siihen pyritään sopivan

lääkityksen, turvallisen hoitoympäristön sekä psykoterapeuttisesti suuntautuneen hoidollisen vuorovaikutuksen avulla. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

Diakonia-ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteisessä kehittämishankkeessa kuvataan psykoosin varhaisen tunnistamisen ja hoidollisten interventioiden hyvän käytännön ohjeistus, joka perustuu systemaattinen kirjallisuuskatsaukseen aiemmista suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista sekä kehittämishankkeista ja raporteista. (Vuokila-Oikonen, Heikkilä, Karttunen, Läksy, Maikkula & Wiens 2011, 11, 25). Hankkeessa esiin nousseiden suositusten mukaan ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneet potilaat hyötyvät erilaisia hoitoja integroivista lähestymistavasta ja ryhmämuotoinen psykososiaalinen hoito edistää toipumista (Vuokila-Oikonen ym. 2011, 33).

Psykoterapeuttisten hoitojen kehittämisessä on Suomessa tehty laajoja tutkimuksia ja kehityshankkeita Turun skitsofreniaprojektista 1980-luvulta lähtien. Skitsofreniaprojektin päämääränä oli kehittää valtakunnallinen, perustaltaan psykoterapeuttisesti orientoitunut, tarpeenmukainen hoitosuuntaus psykoosien hoitoon, jota myös voitaisiin soveltaa julkisessa psykiatrisessa terveydenhuollossa. Hoitosuuntaukselle on vakiintunut termi ”psykoosin tarpeenmukainen hoito” ja tarpeenmukaisen hoidon ajatus on levinnyt myös laajasti maailmalle. (Alanen 2009, 228.)

Tarpeenmukaisen hoidon -mallin kehittäminen aloitettiin Suomessa vuosina 1981–1987 toteutetussa skitsofreniaprojektissa ja sen jälkeen Akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojektissa (API-projekti) vuosina 1992–1998. Hoitomalliin muodostui periaatteita, jotka ovat hoidon tarpeenmukaisuus, integroitu hoito, psykoterapeuttinen perusasenne, perhekeskeisyys, työryhmän moniammatillisuus ja hoitosuhteen yksilöllisyys. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 7–9.) API-projektia toteutettiin Suomessa kuudella eri alueella, joista yksi oli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alue. Länsi-Pohjassa kehittämistyötä jatkettiin API-projektin jälkeen seuranneissa tutkimushankkeissa ODAP (avoin dialogi akuuteissa psykooseissa) ja ODAP 2, joiden aikana avoimen dialogin käsite vakiintui tarpeenmukaisen hoidon käsitteen rinnalle. Avoimen dialogin periaatteet nojaavat tarpeenmukaisen hoidon ajatukseen ja avoin dialogi on korvannut tarpeenmukaisen hoidon käsitteen Länsi-Pohjan alueella tehtävässä

kehittämistyössä. (Bergström ym. 2017, 3; Seikkula, Alakare & Aaltonen 2011, 192–194.)

2.2 Dialogisuus psykoosien hoidossa

Avoimella dialogilla tarkoitetaan kahden tai useamman ihmisen yhteistä hoitokeskustelua, jossa keskustelijat sovittavat oman keskustelunsa ja toimintansa toisen toimintaan. Yhteistä keskustelua leimaa tasavertaisuus, toisten kuunteleminen, avoimuus ja toisten kunnioittaminen. Keskeistä on tilan antaminen ja merkityksien ja tiedon muodostaminen yhteisessä keskustelussa niin, että merkitykset muodostuvat vasta yhteisen keskustelun kautta. (Haarakangas 2008, 25, 35–36.)

Avoimen dialogin hoitomallissa psykoosiin sairastumisen aiheuttamaan kriisiin pyritään vastaamaan hoitoneuvotteluilla, joiden keskustelu olisi orientoitunut dialogisesti ja joissa hoidettavan ja hoitotahon välille voisi syntyä aitoa kohtaamista. Hoitoneuvottelujen yhteisiin keskusteluihin kutsutaan psykoosiin sairastuneen läheisiä ja muut mahdolliset asiantuntijat, jotka ovat kosketuksissa psykoosin hoidon kanssa. (Haarakangas 2008, 107 – 111.)

Tapauskohtaisen työryhmän hoitoajatusten pohjalle rakentunut avoimen dialogin hoitomalli sisältää keskeisiä hoitoa ja sen järjestämistä ohjaavia periaatteita, joita ovat: *välitön apu kriisissä, sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, joustavuus ja liikkuvuus, työntekijöiden vastuullisuus, työn psykologisen, jatkuvuuden turvaaminen, epävarmuuden sietäminen ja dialogisuus keskustelun muotona* (Seikkula & Arnkil 2005, 43).

Ensipsykoosin hoidossa *välittömällä avulla* tarkoitetaan sairastuneen ja hänen läheistensä yhteistä kohtaamista hoitoneuvottelussa viivyttämättä 1–2 vuorokauden kuluessa. Ensimmäisten vuorokausien aikana potilaalla voi olla mahdollista puhua avoimemmin myös psykoottisista kokemuksistaan. Tämä voi mahdollistaa hoitotuloksen kannalta ratkaisevien teemojen tulemisen osaksi hoitokeskusteluja hoitoprosessin alusta alkaen. (Seikkula & Arnkil, 2005, 43–44.)

Sosiaalisen verkoston näkökulmilla hoitoratkaisuissa tarkoitetaan läheisten mukaan ottamista osaksi hoitokeskusteluja. Psykoottinen kriisi koskettaa potilaan ohella myös läheisiä. Läheisten mukaan ottaminen lisää keskustelujen moniäänisyyttä ja avaa enemmän mahdollisuuksia ymmärryksen syntymiselle ja yhdessä jaetulle todellisuudelle. (Seikkula & Arnkil 2005, 45–46; Haarakangas 2008, 74.)

Joustavuudella ja liikkuvuudella tarkoitetaan asiakaslähtöistä asennetta, jossa huomioidaan jokaisen potilaan henkilökohtainen tarve yksilöllisesti. Esimerkiksi mikä olisi turvallisimman tuntuinen keskustelupaikka ja mikä olisi potilaalle parhaiten soveltuva keskustelutapa ja terapeuttinen menetelmä. (Seikkula & Arnkil 2005, 47.) Tavoitteena on tuoda tarvittava apu potilaan omaan elinympäristöön. Omassa elinympäristössä potilaan tilanne näyttäytyy myös aidommin sellaisena kuin se todellisuudessa on. (Haarakangas 2008, 110.)

Työntekijöiden vastuullisuudella tarkoitetaan asennetta, jossa jokainen työntekijä kantaa henkilökohtaista vastuuta keskusteluun osallistumisesta ja hoidon eteenpäinviemisestä. Hoitava työryhmä ottaa keskustelussa vastuun tilanteesta, keskustelee ja päättää hoitosuunnitelmasta potilaan ja läheisten läsnä ollessa yhdessä heidän kanssaan. Työryhmän vastuulla on myös huolehtia siitä, että kaikilla on mahdollista osallistua keskusteluun. Avoin keskustelu erilaisista näkemyksistä ja mahdollisesti erimielisyyksistäkin lisää läheisten ja potilaan mahdollisuuksia palauttaa elämänsä hallintaa itselleen. (Seikkula & Arnkil 2008, 49.)

Psykologisen vastuun turvaamisella tarkoitetaan hoitoajatusta, jossa samat työntekijät jatkavat hoidossa hoitoprosessin alusta saakka riippumatta siitä, kuinka kauan hoito jatkuu tai missä potilasta hoidetaan. Esim. mahdollisen sairaalahoidon ajan on tärkeää, että myös avohoidon työntekijät ovat osa hoitoa ja hoitokeskusteluja myös sairaalahoidon aikana. Psykologisen jatkuvuuden ajatukseen kuuluu myös se, että erilaiset hoitomenetelmät integroidaan osaksi yhteistä hoitoprosessia ja niistä sovitaan yhdessä. (Seikkula & Arnkil, 49–50.)

Epävarmuuden sietämisellä tarkoitetaan sellaisen asenteen ylläpitämistä, että potilasta ja hänen läheisiään autetaan sietämään riittävän turvallisesti tilannetta, jossa ei ole mahdollista tietää varmasti ratkaisuja tilanteeseen ja edes sitä, mistä

tilanteessa on kyse. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että työryhmällä tulee olla valmiuksia tarjota riittävän usein yhteisiä hoitoaikoja. Epävarmuuden tilanne ja sen sietäminen voivat mahdollistaa useampien toipumiseen liittyvien ideoiden läsnäolon kuin tilanne, jossa toipumiseen liittyvä idea olisi vain yhden tulkinnan varassa. (Seikkula & Arnkil 2005, 51, 102; Haarakangas 2008, 115–116.)

Keskustelun *dialogisuudella* tarkoitetaan hoitoajatusta, jossa ensipsykoosin hoidon ensimmäiseksi tavoitteeksi ei tule potilaan tai hänen perheensä muuttaminen, vaan dialogin synnyttäminen erilaisten ilmaisujen välille. Dialogisessa keskustelussa ei pyritä tulkitsemaan potilaan käyttäytymistä tai ilmaisuja niin, että työryhmä esimerkiksi kertoo mihin ilmiöön potilaan käytös liittyy ja mistä itse asiassa on kysymys. Potilaan ja läheisten kertomia asioita kuunnellaan ja niitä seurataan sellaisena kuin ne kerrotaan. Dialogiselle keskustelulle on myös ominaista, että sen lopputulos tai suunta ei ole ennalta suunniteltu. Työntekijöillä ei tulisi olla ennakoita ajatusta siitä, mihin keskustelu johtaa. (Seikkula & Arnkil 2005, 52–53.) Dialogin ylläpitämiseksi aiemmin kerrottuun on tärkeää vastata. Vastaaminen ei kuitenkaan tarkoita sellaista vastaamista, että työntekijä kertoo, mistä on kyse tai miten asia oikeasti on. Työntekijä voi esimerkiksi pyytää kertomaan asiasta lisää tai vastata asiaan reflektiivisesti kertomalla mitä ajatuksia itselle aiemmin kerrotusta tuli mieleen. Reflektiivisessä vastaamisessa on kuitenkin tärkeää, että omaa ajatusta aidosti pidetään vain yhtenä mahdollisena ajatuksena ja vastauksena toisen kertomaan, eikä parempana tai oikeampana totuutena. (Haarakangas 2008, 79, 88–89.)

Bergströmin ja kumppaneiden artikkelissa (2017, 6–9) avoimen dialogin hoitomallin tutkimusten tuloksia on arvioitu pitkän ajan seurannassa. Artikkelissa tutkitaan pitkällä aikavälillä potilaiden psykiatristen palvelujen käyttämistä ensimmäiseen psykoosiin sairastumisen jälkeen. Tutkimuksissa esitettyjen tietojen mukaan sairaalahoitopäivien määrä oli merkittävästi vähentynyt verrattuna aiempaan. Lisäksi avohoitopainotteisuus oli lisääntynyt ja hoidossa oli mukana merkittävästi enemmän potilaiden läheisiä. Hoitoon liittyvän päätöksenteon demokraattisuus oli lisääntynyt ja pitkän ajan seurannassa psykoosioireilu oli pysynyt paremmin tasapainossa.

2.3 Toipumisorientaatio

Potilaslähtöisemmän ja toipumista paremmin edistävän hoitoajatuksen lisäämiseksi on monissa maissa kehitetty toipumisorientaation mukaista viitekehystä. Toipumisorientaatiolla tarkoitetaan hoitoajatusta, jossa hoidon keskiössä ovat potilaan yksilöllinen ja ainutkertainen elämä, kokemukset ja tavoitteet. Toipuminen on prosessi, joka alkaa minuuden tunteen takaisin saamisesta ja jossa lopulta monet muut seikat kuin psykiatrinen hoito voivat olla toipumisen kannalta merkityksellisimpiä. Toipumisorientoituneessa hoidossa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Hyvä mielenterveys nähdään laajemmin kuin mielenterveyden häiriön puuttumisen näkökulmasta. Toipuminen nähdään prosessina, jossa hoitojärjestelmällä on rooli henkilökohtaisen toipumisprosessin käynnistämisessä ja edistämässä, mutta toipumista voi tapahtua myös palveluista riippumatta ja hoitojärjestelmän ulkopuolella. Hoitavan tahon tehtävänä on olla vahvistamassa osallisuuden tunnetta. (Nordling 2018, 1479). Yksilöllisen ja toimijuutta korostavan näkökulman rinnalla toipumisorientaatio painottaa ihmisyyden sosiaalista ulottuvuutta ja kaikkien ihmisoikeuksien kunnioittamista. Ajatus on se, että sairastuneen sosiaalinen verkosto on tärkeä yhteistyökumppani ja toipumista edistävä voimavara. (Borchers 2014, 30–31.)

3 VERTAISTUKI MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Vertaistuelle on useita erilaisia määritelmiä. Yhteisenä piirteenä on ajatus vertaisuuden olevan johonkin elämäntilanteeseen, sairauteen tai ongelmaan liittyvää vastavuoroista jakamista ihmisten kesken, joilla on henkilökohtaista kokemusta asiasta. (Mielenterveystalo 2019b; Nylund 2005, 203.) Vertaistuki on kokemusten ja tiedon jakamista luottamuksellisessa ilmapiirissä toisten samankaltaisia kokemuksia kokeneiden vertaisten kanssa. Ajatuksena on, että samankaltaisessa elämäntilanteessa eläneillä ja samankaltaisia kokemuksia omaavilla vertaisilla on asiantuntemusta, joka on ainutlaatuista ja jota muulla asiaan perehtymisellä ei voi saavuttaa. (Terveyskylä 2019). Vertaistuki on samassa tilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa, omaan kokemukseen perustuvaa ymmärrystä ja tukea (Nylund 2005, 203). Vertaistuki voi olla kansalaislähtöistä toimintaa, joka ei välttämättä liity mihinkään taustayhteisöön. Se voi olla myös jonkin järjestön, yhteisön tai hoito-organisaation järjestämää vertaistukitoimintaa, jossa järjestävä taho pyrkii mahdollistamaan toiminnan järjestymisen esimerkiksi tarjoamalla toiminnalle tilat tai koulutetut ohjaajat. Vertaistukea voidaan järjestää hyvin erilaisissa toimintaympäristöissä. (Holm ym. 2010, 11.)

Vertaistuki on muodostunut osaksi sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöä 1950-luvulta lähtien, minkä jälkeen erilaisia vertaistukiryhmiä on perustettu runsaasti (Hyväri 2005, 214). 2000-luvulla vertaistukitutkimuksessa keskeisiä teemoja ovat olleet arvot, kohtaaminen, osallisuus, vaikuttaminen, vastavuoroisuus, voimaantuminen ja yhteisöllisyys. Vertaistuki on tullut osin korvaamaan puuttuvia yhteiskunnan järjestämiä palveluja ja osin täydentämään niitä. Vertaistuen merkityksellisyys on muodostunut kokemuksen ja tiedon jäsentäjänä ja vastavoimana ammattilaisten harjoittamalle tiedon ylivallalle. (Nylund 2005, 206–207.)

Vertaisille on tyypillistä toisista välittäminen. Toisen selviytymisen kokemukset samankaltaisessa tilanteessa koetaan merkityksellisinä. Toisen selviytymistä peilataan omaan tilanteeseen. Merkityksellisiä kokemuksia jaetaan ja käsitellään kokemustiedon pohjalta, mikä lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Hyväri 2005, 224–225.) Mielenterveystyössä vertaistuen perustana on elämänkokemuksen

tuoma asiantuntijuus, keskinäinen tasa-arvoisuus, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, keskustelun vastavuoroisuus sekä vertaisten kohtaaminen ja keskinäinen tuki (Heikkinen 2004, 180–181; Mykkänen-Hänninen 2007, 26).

Vertaistuella on merkitystä sekä potilaalle itselleen että hänen omaistensa jaksamisen kannalta. Ihmisellä on tarve antaa ja saada tukea. Avun antaminen ja toisen tukeminen ovat ihmiselle itselleenkin voimaannuttava kokemus. Vertaisryhmässä tuen saaminen ja antaminen muodostavatkin näin yhtenäisen kokonaisuuden. Ryhmässä on mahdollista vertailla omia kokemuksia sekä omaa elämäntilannettaan muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien vertaisten kokemuksiin. Tämä voi antaa uusia näköaloja oman elämän ja omien voimavarojen pohdintoihin. Yhteisen jakamisen kautta on mahdollista nähdä toisaalta samankaltaisuutta ja toisaalta erilaisuutta toisen sairastuneen kokemukseen sekä kuulla toisen toipumisesta sellaisissa tilanteissa, kun itsellä voimavaroja oman toipumisen ennakointiin ei sillä hetkellä ole. (Hirstiö-Snellman, Luodemäki & Ray 2009, 32–33.)

Mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt ovat usein yksinäisiä ja sosiaalisesti eristyneitä. Vertaistuki voi edesauttaa yhteisyyden ja vastavuoroisten ihmissuhteiden palautumista, mikä on eduksi psykososiaalisen kokonais kuntoutumisen kannalta. (Heikkinen 2004, 179.) Psykoosin sairastuneille, yksinäisyys, eristäytyneisyyden lisääntyminen ja sosiaalisten verkostojen köyhtyminen on erityisesti tyypillistä (Mielenterveystalo 2019a)

Kovanen (2007, 52–55) on tutkinut mielenterveyskuntoutujien vertaistukitoimintaa. Tutkimuksen mukaan vertaistukiryhmään osallistujat pitivät tärkeänä sitä, ettei ryhmässä tarvitse hävetä sairauttaan ja siinä ei pyritä muuttamaan ihmistä toisenlaiseksi. Jokainen saa osallistua ryhmään omana itsenään. Tutkimukseen osallistujien mukaan vertaisryhmässä ei pyritty myöskään muuttamaan ihmistä, joten siellä voi olla oma itsensä. Vertaistykiryhmään osallistuneet olivat kokeneet sen myös toivoa ylläpitävänä ja keskusteluaiheita hoitokeskusteluja monitahoisempina siitäkkin huolimatta, että ryhmän aihepiirit liikkuvat sairauden ympärillä.

4 TUTKIMUKSEN ESITTELY

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykoosiin sairastuneiden ja heidän läheistensä kokemuksia akuuttityöryhmän potilaiden ja läheisten vertaistukiryhmistä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää vertaisryhmätoimintaa akuuttityöryhmässä osaksi psykoosien hoitoa.

Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymyksiin:

- 1) Mitä kokemuksia potilailla ja heidän läheisillään on vertaistukiryhmistä?
- 2) Mitä he itse toivovat vertaistukiryhmätoiminnalta?

Tutkimusmenetelmän valinnassa on tärkeää huomioida se, että tutkimuksen kysymykset ja tutkimusmenetelmä ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 184). Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkittavilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tässä opinnäytetyössä tutkitaan ihmisten subjektiivisia kokemuksia, joten opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan ihmisen subjektiivisia kokemuksia ja niihin liittyviä asioita. Laadullista tutkimusta tehtäessä ollaan tekemisissä henkilökohtaisten kokemusten, kertomusten ja merkitysten kanssa. Tällöin ei pyritä yleistettävien tuloksiin, kuten esimerkiksi käytettäessä määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa on hyväksyttävää, että todellisuus saattaa näyttäytyä eri ihmisille erilaisena ja henkilökohtaiset kokemukset voivat poiketa toisistaan. (Kylmä & Juvakka 2012, 16, 28.) Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysillä pyritään järjestämään hajanaista aineistoa selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Tässä opinnäytetyössä analysointi tapahtui deduktiivisesti. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä analyysiä ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella muodostettu käsitejärjestelmä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Kategorioiden muodostamisessa hyödynnetään aikaisemmin luotua teoriaa ja tietoa, jonka perusteella aineistosta etsitään sisältöjä, niitä kuvaavista lausumista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 115). Tässä opinnäytetyössä kategorioiden muodostamisessa hyödynnettiin Duncanin ja kumppaneiden kehittämiä, terapeutista

allianssia mittaavia vakiintuneita käsitteitä. (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown & Johnson, 2003, 4–6.)

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena yhteistyössä Oulun kaupungin mielenterveyspalvelujen akuuttityöryhmän kanssa. Akuuttityöryhmä toimi opinnäytetyön yhteistyökumppanina ja toteutusympäristönä. Yhteisessä kehittämisspäivässä loppuvuodesta 2018 suunniteltiin vertaistukiryhmien aikataulut ja alkuvuodesta 2019 tehtiin ryhmien esitteet sekä suunniteltiin palautteiden keräämiseen liittyvät teemat. Opinnäytetyön materiaalin keräämiseksi pyydettiin potilaiden vertaisryhmän sekä läheisten vertaisryhmän osallistujia teemahaastatteluun. Vertaistukiryhmiä järjestettiin useita vuoden 2019 aikana. Aineiston rajaamiseksi päädyttiin pyytämään teemahaastatteluun yhden potilaiden vertaisryhmän ja yhden läheisten vertaisryhmän osallistujia. Teemahaastattelussa kysyttiin ryhmään osallistujien kokemuksia GSRS (Grupp session rating scale) -palautekysymysten teemojen mukaisesti. Kyseiset teemat esitellään tarkemmin seuraavassa luvussa (5.2.). Haastattelut videoitiin ja saatu materiaali litteroitiin yhtenäiseksi tekstiksi ja analysoitiin deduktiivisen luokittelun avulla. Litterointi tehtiin sanatarkasti puhekielellä, niin että puhekieliset ilmaukset ja murre sanat säilytettiin. Litterointiin ei merkitty ilmeitä ja eleitä.

4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui puolistrukturoitu teemahaastattelu. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa haastattelukysymykset etenevät valmiiksi mietityn teemarungon mukaisesti. Robinsonin (1995) näkemys mukaisesti haastattelukysymykset on mietitty valmiiksi, mutta kysymysten sanamuoto voi vaihdella haastateltavien ja tilanteen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Haastattelijan tehtävänä on tarkentavien kysymysten avulla pitää keskustelua teemojen mukaisten aihealueiden piirissä. Tärkeää on huomioida, että keskustelu etenee haastateltavan ehdoilla. (Kananen 2014, 76.)

Teemahaastattelussa pyritään löytämään tutkimuskysymysten mukaisia vastauksia, joilla on aidosti merkitystä haastateltaville (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Opinnäytetyön tekijänä toimin itse myös teemahaastattelujen haastattelijana. Haastatteluissa edettiin ennakolta mietityn kysymysrunгон mukaisesti. Kysymykset olivat rakenteeltaan avoimia ja haastatteluissa edettiin keskustelunomaisesti ja vastavuoroisesti. Haastattelurungon teemoihin liittyviin vastauksiin tehtiin tarkentavia kysymyksiä, jotta haastateltavien omat kokemukset saatiin mahdollisimman tarkasti esille. Haastattelut tehtiin akuuttityöryhmän työtiloissa, joka on myös vertaisryhmien kokoontumispaikka ja on oma työpaikkani.

Teemahaastattelu sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi silloin, kun tutkimuksen tekijä haluaa valita haastattelun aihepiirejä tai muutamia avainkysymyksiä, joiden ympärille kokemuksellinen haastattelu rakentuu (Juvakka & Kylmä 2007, 78–79). Akuuttityöryhmän työssä korostuvat tarpeenmukaisuuden hoitoajatukset sekä yhteistyösuhteen merkitys. Tässä opinnäytetyössä haluttiin teemahaastattelun teemoilla tuoda esiin osallistujien kokemuksista sellaista tietoa, joka sopisi akuuttityöryhmän hoitoideologiaan.

Valmiiksi tunnetun ilmiön kuvaamisen lähtökohtana on mahdollista käyttää aikaisempia tutkimustuloksia. Hyödyntämällä vakiintuneita määritelmiä ilmiöstä, esimerkiksi aiemmissä tutkimuksissa käytettyjä käsitteitä, voidaan saada lähtökohta ilmiön kuvaamiseen. (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud 2004, 156.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin aiemmissä tutkimuksissa vakiintuneita käsitteitä yhteistyösuhteen laadusta ja terapeutisesta allianssista teemahaastattelun teemojen muodostamisessa.

Teemahaastattelun lähtökohtana käytettiin SRS (session rating scale) -kaavakkeen suunnittelussa käytettyjä vakiintuneita käsitteitä: *terapiasuhte, päämäärä ja keskustelun aiheet, työskentelytapa tai menetelmä* sekä *yleiset kokemukset*. Teemahaastattelun avulla saadut vastaukset ryhmiteltiin siten, että saatiin tutkimuskysymysten mukaisia vastauksia. SRS-kaavake on Duncanin ja kumppaneiden kehittämä terapeutista allianssia tutkiva lyhyt kysely. Se on kehitetty alun perin mittaamaan asiakkaan ja terapeutin välistä suhdetta, keskustelun päämääriä ja käsiteltäviä aiheita, terapeutista lähestymistapaa sekä yleistä arviota

terapiaistunnosta. SRS-kyselyllä on mahdollista saada tietoa siitä, miten itse kukin tapaamiseen osallistuja on kokenut tapaamisen. (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown & Johnson, 2003, 4–6.) SRS-kyselystä on johdettu ryhmätapaamisiin soveltuva kysely GSRS (group session rating scale). Kyselyssä kysytään ryhmätapaamisen kokemuksiin liittyen neljä kysymystä, joiden toteutumisesta ryhmään osallistujaa pyydetään arvioimaan portaattomalla jana-asteikolla. GSRS-kaavakkeen kysymykset koskevat a) terapiasuhdetta, millä tarkoitetaan keskustelusuhdetta eli miten hän on kokenut tullessaan kuulluksi, b) päämääriä ja keskustelun aiheita eli työstettiinkö tapaamisella hänen kannaltaan tärkeitä aiheita, c) työskentelytapaa ja menetelmiä eli sopiko työtapo hänelle, d) yleistä kokemusta ryhmästä eli kokiko hän ryhmän sopivan itselleen ja tunsiko hän kuuluvansa ryhmään. (Quirk, Miller, Duncan & Owen 2012, 196.)

Teemahaastattelun avulla saatu aineisto litteroitiin yhtenäiseksi tekstiksi, joka analysoitiin deduktiivisen päättelyn avulla. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä analysoinnissa aineiston luokittelu pohjautuu aiempaan teoriaan tai käsitejärjestelmään. Analysoinnissa erottelun apuvälineenä käytetään ennakoitua muodostettua analysointirunkoa. Analysointirungon sisään aineistosta muodostetaan pelkistysten avulla erilaisia luokituksia samaan tapaan kuin induktiivisessa sisällön analyysissä. Tämän jälkeen aineistosta poimitaan ne pelkistetyt ilmaisut, jotka sopivat analysointirunkoon ja ryhmitellään ne alakategorioiksi, jotka edelleen ryhmitellään yläkategorioiden mukaiseen järjestykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–115.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin aineiston teemojen muodostamisessa valmiita teemahaastattelun teemoja, joista aineiston analysointirunko ja yläkategoriat muodostuivat. Aineistosta etsittiin toistuvia ilmauksia ja samankaltaisia vastauksia, jotka olivat tutkimuskysymysten ja analysointirungon kannalta olennaisia. Vastauksista pelkistettiin toistuvia ilmaisuja, joita ryhmiteltiin samansisältöisiin alakategorioihin, joita edelleen yhdistämällä päästiin analysointirungon mukaisiin yläkategorioihin.

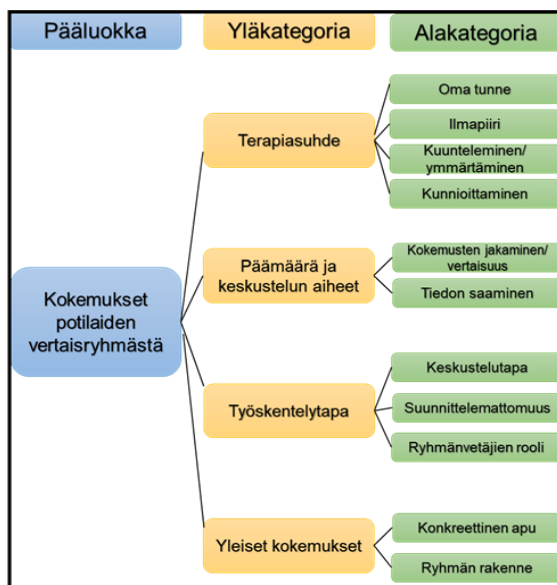
Kategorisoinnin ohella opinnäytetyön tuloksien kuvaamisessa hyödynnetään suoria lainauksia. Niiden tarkoituksena on lisätä tulosten luotettavuutta

osoittamalla, millä perusteella kyseisiin tuloksiin on päädytty. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Suoria lainauksia käytetään tässä opinnäytetyössä siten, että haastateltavaa ei niiden perusteella ole mahdollista tunnistaa. Suorien lainauksien avulla perustellaan tehtyjä päätelmiä, pyritään elävöittämään tekstiä ja niitä käytetään aineistoa kuvaavina esimerkkeinä.

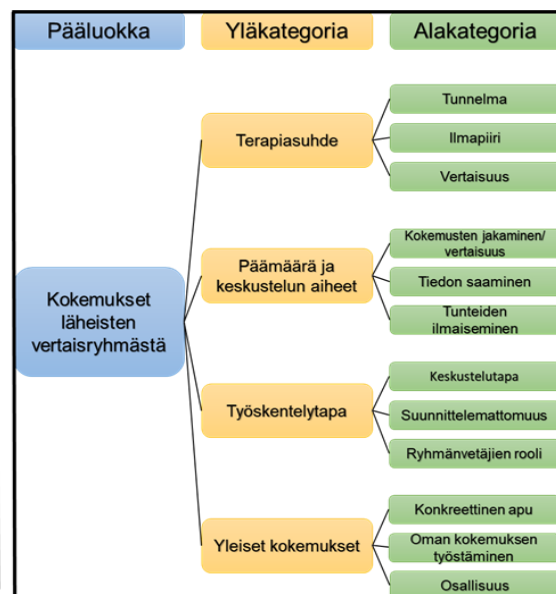
5 TULOKSET

Opinnäytetyön aineiston keräämiseksi haastateltiin potilaiden ja läheisten vertaisryhmien osallistujia. Haastatteluihin osallistui potilaiden vertaisryhmästä kaksi akuuttityöryhmän hoidossa olevaa potilasta ja läheisten vertaisryhmästä kaksi akuuttityöryhmän hoidossa olevan potilaan läheistä. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Haastatteluihin valikoituivat ne ihmiset, jotka kyseisellä kerralla olivat mukana vertaisryhmässä ja jotka suostuivat teemahaastatteluun. Potilaiden vertaistukiryhmään 3.4.2019 osallistui kolme potilasta, joista kaksi suostui haastatteluun. Läheisten vertaistukiryhmään 9.10.2019 osallistui kaksi läheistä, joista molemmat osallistuivat haastatteluun. Varsinaiset haastattelut tehtiin jälkikäteen, jokaisen haastateltavan kanssa erikseen sovittuna aikana. Haastattelut kestivät 20–30 minuuttia. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Tässä opinnäytetyössä tulokset esitettiin erikseen potilaiden ja läheisten vertaisryhmien osalta. Alakategorioiden osalta tuloksissa oli potilaiden vertaisryhmän ja läheisten vertaisryhmän osalta paljon samaa, mutta myös eroavaisuuksia. Kategoriointi ja eroavaisuudet ovat nähtävissä seuraavissa taulukoissa. Taulukossa 1 esitetään potilaiden vertaisryhmän kategoriat ja taulukossa 2 läheisten vertaisryhmän kategoriat. Tulosten esittelyssä (luku 6) käytettiin teemahaastattelun mukaisia otsikoita, joista myös aineiston yläkategoriat muodostuivat.

1. Potilaiden vertaisryhmä



2. Läheisten vertaisryhmä



5.1 Kokemukset vertaisryhmän terapiasuhteesta

Potilaiden vertaisryhmässä aineistossa usein esiintyvistä pelkistetyistä ilmauksista muodostui neljä alakategoriaa, jotka sopivat ryhmään osallistujien välistä keskustelusuhdetta kuvaavaan terapiasuhteeksi nimettyyn yläkategoriaan. Ne olivat: 1) oma tunne, 2) ryhmän ilmapiiri, 3) kuunteleminen/ymmärtäminen ja 4) kunnioittaminen.

Haastateltavat kertoivat, että ryhmässä oli ollut helppo olla. Oma olo oli ollut rauhallinen ja ryhmän aikana oli tuntunut turvalliselta. Haastateltavat kertoivat jännittäneensä etukäteen sitä, minkälainen ryhmästä tulee. Puhumisesta oli tullut helpottunut olo ja oli ollut lohduttavaa tavata toisia, joilla on elämässään samankaltaisia kokemuksia.

Ryhmän ilmapiiri oli haastateltavien mukaan ollut rento ja avoin. Ryhmässä oli ollut helppo puhua ja keskustelu oli koettu luontevana. Ilmapiirin avoimuus toistui usein haastateltavien kokemuksissa. Haastateltavat olivat kokeneet myös tulleet kuulluksi vertaisryhmässä. Haastateltavat kuvasivat keskustelua ymmärtäväisenä, läsnäolevana ja kuuntelevana. Vertaisryhmän osallistajat kokivat, että ryhmässä oli kunnioittava ja hyvä suhtautuminen. Omasta kokemuksesta oli hyväksyttävää puhua, mistä syntyi kokemus, että on tervetullut ryhmään.

Koen tosi tärkeänä, että on tämmösiä tapaamisia ja sellainen avoin ilmapiiri ja helppo tulla siihen. Ei tarvinnu jännittää, vaan oli sellainen rento ja avoin ilmapiiri.

Oli tosi helppo puhua ja kaikki kuunteli ja kunnioitti ja ymmärsi ja siitä tuli semmonen, niinku avoin ilmapiiri.

Läheisten vertaistukiryhmässä aineistossa usein esiintyvistä pelkistetyistä ilmauksista muodostui kolme alakategoriaa, jotka sopivat terapiasuhteeksi nimettyyn yläkategoriaan. Ne olivat: 1) ryhmän ilmapiiri, 2) kuunteleminen ja 3) vertaisuus.

Läheisten ryhmän haastateltavat kertoivat odottaneensa tällaista ryhmää, jossa oli mahdollisuus jakaa kokemuksia läheisen näkökulmasta. Haastateltavat

kuvasivat merkittävänä kokemuksena sitä, että yhdessä jaetun kokemuksen kautta voi puhua läheisen sairastumisesta tuntematta häpeää. Haastateltavien kokemuksissa tuli esiin, että ryhmässä oli ollut helppo puhua ja siinä oli saanut puhua vapaasti. Haastateltavat kertoivat myös, että ryhmässä oli ollut mahdollista tulla kuulluksi. Haastateltavat olivat kokeneet omista kokemuksista puhumisen mahdollisena ryhmässä ilman että itseä pidetään huonompana tai vähempiarvoisena.

Tulin kuulluksi...kaikki olivat läsnä aidosti...ei mitään epäilystä, että ohi korvien, ihan kuunnellaan ja vastataan, aidosti yritetään auttaa.

En oo kokenu mitään sellaista..., että pidettäis jotenkin huonompana tai vähempiarvoisena, että kun lapsi on sairastunut, ...päinvastoin... että sinne (ryhmään) on ollut tosi hyvä tulla.

5.2 Kokemukset vertaisryhmän päämäärästä ja keskustelun aiheista

Potilaiden kokemuksista vertaisryhmän päämäärästä ja keskustelun aiheisista muodostui aineistossa usein esiintyvistä pelkistetyistä ilmauksista kaksi alakategoriaa, jotka olivat: 1) kokemusten jakaminen/vertaisuus ja 2) tiedon saaminen.

Potilaiden vertaisryhmään osallistuneet haastateltavat kertoivat keskustelun aiheiden liikkuneen sekä yleisellä tasolla, että henkilökohtaisellakin tasolla. Haastateltavat pitivät tärkeänä mahdollisuutta puhua omasta sairaudestaan toisten ihmisten kanssa, joilla on samankaltaisia kokemuksia. Siitä oli syntynyt kokemus, että oma tilanne voi tulla helpommin ymmärrettäväksi ja omaa tilannetta ei ole tarpeen selitellä samoin kuin arkipäiväisissä kohtaamisissa. Haastateltavat kokivat tärkeänä mahdollisuuden puhua vertaisryhmässä oman elämäntilanteensa samankaltaisuuksista ja eroavaisuuksista. Toisten kokemuksista ja elämäntilanteesta kuuleminen koettiin myös itselle merkittävänä asiana. Haastateltavat kertoivat, että oli tuntunut tärkeältä kuulla konkreettisesti siitä, miten toiset ovat selviytyneet ja miten he olivat tulleet toimeen psykoosisairauden kanssa. Vertaisryhmässä oli saatu myös konkreettista tietoa kuntoutuksesta ja vinkkejä omaan elämäntilanteeseensa.

Sen mä koen niinku tosi tärkeeksi, että on muitakin vastaavanlaisen kokeneita...juuri se, että voi jakaa sitä elämää ja niitä kokemuksia ja sitten se, kuinka tulla toimeen tämän sairauden kanssa siinä arjessa.

Kuntoutuksesta jotain oli, että miten kuntoutuu tämmösestä sairaudesta ja mitä kuntoutusta on... että kuinka ihmiset on tästä selvinneet.

Läheisten kokemuksista vertaisryhmän päämäärään ja keskustelun aiheisiin muodostui aineistossa usein esiintyvistä pelkistetyistä ilmauksista kolme alakategoriaa. Ne olivat: 1) kokemusten jakaminen/vertaisuus, 2) tiedon saaminen ja 3) tunteiden ilmaiseminen.

Läheisten vertaisryhmän haastateltavat olivat kokeneet tärkeänä mahdollisuuden jakaa omia kokemuksia toisten kanssa, joilla on samankaltaisesta tilanteesta kokemusta. Haastateltavat olivat kokeneet merkittävänä sekä mahdollisuuden kertoa omista kokemuksista, että kuulla toisten kokemuksista. Vertaisryhmässä oli ollut mahdollista kuulla uusista näkökulmista läheisen sairastamiseen suhtautumisessa. Haastateltavat pitivät tärkeänä sitä, että voi kuulla mitä muilla tapahtuu ja miten muut tilanteensa kokevat ja miltä se heistä tuntuu. Vertaisryhmään osallistumisen koettiin myös lisäävän tunnetta, että voi paremmin olla osallisena hoidossa ja osallistua näin läheisensä hoitoon.

Jokainen sairaus on vaikea potilaalle ja omaisellekin...kun omaiset saavat tilaisuutta tavata ja puhua se on hyvin tärkeää..., että voi tavata muita samassa tilanteessa olevia vanhempia ja keskustella ja jakaa kokemuksia ja kuulla miten tota muilla menee.

Läheisten vertaisryhmän haastateltavat kertoivat saaneensa toisilta ryhmäläisiltä ja ryhmän vetäjiltä vinkkejä ja vastauksia käytännöllisiin kysymyksiin. Haastateltavat kertoivat saaneensa myös asiantietoa psykoosisairaudesta. Vertaisryhmässä oli ollut mahdollista ottaa esille itselle tärkeitä asioita ja kuulla toisten näkemyksiä niihin. Haastateltavat kertoivat saaneensa vertaisryhmässä uudenlaisia ajatuksia, joita ei ehkä itse olisi hoksannut ajatella. Tärkeänä kokemuksena pidettiin myös mahdollisuutta yhdessä etsiä vastauksia asioihin.

Läheisten ryhmän haastateltavat olivat kokeneet tärkeänä mahdollisuuden ilmaista ja purkaa tunteitaan ryhmässä. Haastateltavat kokivat, että olivat voineet tuoda huoliaan esille ryhmätapaamisessa.

Kun niitä tunteita tulee, niin niistä on hyvä puhua ja työstää...sitten vielä se ajatus, että kun ite niitä tunteita purkaa...vähän niin kuin julkisesti toiset kuullessa, jotka on kokenu tota samoja kokemuksia. Sitä vähän niin kuin sivuta päin tulee kuulleeksi...siis...se työstämisen prosessi on erilainen, tehokkaampi.

5.3 Kokemukset vertaisryhmän työskentelytavasta ja menetelmistä

Potilaiden vertaistukiryhmässä aineistossa usein esiintyvistä pelkistetyistä ilmauksista muodostui kolme alakategoriaa, jotka sopivat ryhmän työskentelyä ja menetelmiä kuvaavaan yläkategoriaan. Ne olivat: 1) ryhmän keskustelutapa, 2) suunnittelemattomuus ja 3) ryhmänvetäjien rooli.

Haastateltavat kuvasivat keskustelutapaa vapaamuotoisena ja keskusteluun osallistuminen oli ollut helppoa. Keskustelussa sai sanoa sen minkä halusi ja siinä sai itse säädellä minkä verran ja mitä haluaa puhua. Haastateltavat olivat kokeneet, että vertaisryhmässä oli tilaa puhua itselle tärkeistä aiheista. Vertaisryhmän tunnelma oli koettu paineettomana ja ilmapiiri avoimena. Ryhmässä käyty keskustelu oli koettu hoitoneuvottukeskustelua helpommaksi, koska ryhmäkeskustelussa ei itse ole koko ajan keskustelun keskiössä. Haastateltavien kokemusten mukaa ryhmässä oli voinut kysyä sairauteen liittyviä asioita toisilta osallistujilta. Vertaisryhmän keskustelua kuvattiin dialogisena vuoropuheluna, jossa oli jopa helpompi puhua omasta tilanteestaan kuin muualla.

Jos on tämmösiä hyviä keskustelijoita nämä muutkin, niin siinä tulee ehkä jopa avattua enemmän sitä omaa elämää...toinen nainen oli niin aktiivinen... ja kyselikin...ja tulee niitä samanlaisia kokemuksia... ja voi sitten kertoa... niin siinä tuli aika hyvin avattua omaa sairaskertomusta ja tuntemuksia.

Haastateltavat kokivat keskustelun aiheiden tulleen keskusteluun spontaanisti. Ryhmässä sai kertoa siitä, mistä itse halusi, ja siinä keskusteltiin asioista, jotka

ryhmässä tulivat esille. Haastateltavat olivat kokeneet ryhmän suunnittelemattomuuden hyvänä asiana. Molemmat haastateltavat olivat kokeneet, että ryhmässä oli tilaisuus puhua siitä mikä itselle oli ajankohtaista.

Aiheet tuli kyllä aika luonnollisesti keskusteluun...muut asiakkaat ehkä kommentoi omia kokemuksiaan ja sitten toinen jatko taas omia kokemuksiaan... ja hoitajat esitti siihen lisää kysymyksiä... ja näin se niinku oli luontevaa se keskustelu.

Potilaiden vertaisryhmän haastateltavat olivat kokeneet ryhmänvetäjien roolin aktiivisena. Ryhmänvetäjät olivat kyselleet asioita ja olleet aktiivisesti mukana keskustelussa. Ryhmänvetäjien roolia kuvattiin sellaisena, että ryhmänvetäjät johtivat keskustelua ja huolehtivat siitä, että kaikki osallistujat otettiin mukaan keskusteluun. Haastateltavat kokivat tärkeänä, että työntekijät kantoivat keskustelun etenemisestä vastuuta.

Työntekijät oli tosi aktiivisia, että he kyselivät asioita ja olivat niinku mukana siinä ja johtivat sitä keskustelua ja sitä puheenaihetta, et mä koin kyllä et se oli semmosta hyvin läsnäolevaa ja kuuntelevaa ja ymmärtäväistä...se on tärkeätä että työntekijät on aidosti mukana niinku siinä tilanteessa.

Läheisten vertaisryhmässä aineistossa usein esiintyvistä pelkistetyistä ilmauksista muodostui kolme alakategoriaa, jotka sopivat ryhmän työskentelyä ja menetelmiä kuvaavaan yläkategoriaan. Ne olivat: 1) keskustelutapa, 2) suunnittelemattomuus ja 3) ryhmänvetäjien rooli.

Haastateltavat kokivat, että ryhmässä oli ollut tilaa tuoda esiin niitä ajatuksia, joita itsellä oli ollut mielessä. Ryhmässä oli pohdittu asioita yhdessä ja haastateltavat olivat kokeneet tärkeänä, että ryhmässä saa työskennellä myös omien tunteiden kanssa. Sairastumisesta puhuminen ja toisten kokemusten kuuleminen oli koettu tärkeänä sekä kokemus siitä, että voi myös itse tulla kuulluksi.

Kun läheinen sairastuu, niin se on tosi tärkeätä, että itekki tulee kuulluksi ja saa puhua siitä asiasta. Kaikkien kanssa siitä ei voi puhua kuitenkaan, että on ihmisiä, jotka on kokenu saman...todella kiitollinen oon siitä ryhmästä, että siellä voi käydä juttelemassa.

Haastateltavat olivat kokeneet ryhmän aiheiden tulevan keskusteluun spontaani. Keskustelu oli koettu väljänä ja aiheet olivat tulleet niistä huolista, joita ryhmäläisillä oli. Haastateltavat kokivat hyvänä asiana, kun ryhmään ei liittynyt etukäteen suunniteltuja valmiita aiheita. Suunnittelemattomuuden koettiin mahdollistaneen sen, että vertaisryhmässä oli saanut puhua juuri niistä asioista, joita itsellä oli ollut mielessä ryhmään tullessa.

Läheisten vertaisryhmän haastateltavat kokivat ryhmänvetäjien roolin hoitotahon edustajina, jotka olivat ryhmässä mukana ja toivat tarvittaessa asianmukaista tietoa psykoosisairauksista ja niiden hoidosta. Haastateltavat kokivat myös tärkeänä, että ryhmänvetäjät olivat ryhmässä aidosti läsnä ja kuuntelivat.

Hoitajat ovat läsnä aidosti niinku mukana... ja vastaavat kysymyksiin mitä täältä, minulta tai joltakin muulta syntyy... ihan aidosti yritetään auttaa... siis henkisesti ja tieteellisesti, että tietoakin saa.

5.4 Kokemukset vertaisryhmän yleisestä merkityksestä osallistujille

Potilaiden vertaisryhmässä aineistossa pelkistetyistä ilmauksista muodostui kaksi alakategoriaa, jotka kuvasivat kokemuksia vertaisryhmän merkityksestä vertaisryhmään osallistujille. Ne olivat: 1) konkreettinen apu ja 2) ryhmän rakenne.

Haastateltavat olivat kokeneet, että vertaisryhmän mahdollistamana sai hyvän syyn lähteä toisten ihmisten pariin ja sai kontaktin toisiin ihmisiin. Potilaiden vertaisryhmän haastateltavat olivat vaihtaneet ryhmän lopuksi yhteystietojaan ja sopineet tapaamisia myös ryhmän ulkopuolella.

Mä pidän tärkeänä, et on vähän niinku kontakti, kun sitä on niin yksin nyt kun ei käyt töissä... on niinku tärkeätä kuntoutusta, että ois mahdollisuus tämmöseen vertaistapaamiseen.

Ryhmän rakenteeseen liittyen haastateltavat olivat kokeneet pienen ryhmäkoon (5 henkilöä: kolme potilasta ja kaksi ryhmänvetäjää) hyvänä ja ryhmässä olemista helpottavana tekijänä. Ryhmään osallistuminen oli ennakolta jännittänyt ja

haastateltavat olivat pohtineet, keitä ryhmään tulee ja ovatko toiset ryhmäläiset kovin erilaisia verrattuna omaan tilanteeseen.

Läheisten vertaisryhmässä aineistossa pelkistetyistä ilmauksista muodostui kolme alakategoriaa, jotka kuvaavat kokemuksia vertaisryhmän merkityksestä vertaisryhmään osallistujille. Ne olivat: 1) konkreettinen apu, 2) oman kokemuksen työstäminen ja 3) osallisuus.

Konkreettisenä apuna koettiin yhteyden löytäminen toisten ihmisten kanssa, joilla on kokemusta läheisen sairastumisesta psykoosiin. Haastateltavilla oli ollut aiempia kokemuksia asiasta keskustelemisen vaikeudesta omassa ystäväpiirissään ja vertaisryhmä tarjosi mahdollisuuden luontevampaan keskusteluun aiheesta. Haastateltavat olivat vaihtaneet myös yhteystietojaan toisen ryhmäläisen kanssa ja he olivat tavanneet säännöllisesti ryhmän jälkeen.

Vertaisryhmän haastateltavat olivat kokeneet oman kokemuksen työstämisen mahdollistuneen ryhmän ansiosta. Haastateltavat kokivat, että ryhmässä omien tunteiden, pelkojen ja ajatusten yhteinen pohtiminen oli auttanut myös läheisiä jaksamaan paremmin arjessaan.

On hyvä, että minäkin käyn juttelemassa... että minäkin tarvin sitten sitä apua ja tukea ja että tämä on tosi uusi juttu mullekin.

Kaikkien kanssa siitä ei voi puhua kuitenkaan, että on ihmisiä, jotka on kokenu saman ja siellä on myös ammattilaisia, jotka voi auttaa ja tukea.

Läheisten vertaisryhmän haastateltavat kertoivat kokeneensa myös, että toisen ryhmäläisen tilanne oli tuonut toivoa omaan tilanteeseen. Läheisten vertaisryhmään osallistuminen oli lisännyt kokemusta siitä, että oma osallisuus läheisen hoidossa oli vahvistunut.

6 POHDINTA

Opinnäytetyössä selvitetään Oulun kaupungin akuuttityöryhmän potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia vertaistukiryhmiin osallistumisesta osana ensipsykoosien hoitoa. Lähtökohdiltaan opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja toteutettiin yhteistyössä akuuttityöryhmän kanssa. Vertaistukiryhmät olivat uusi tukimuoto akuuttityöryhmän hoidossa, mikä vaikutti siihen, että valmiiksi suunniteltua toimintamallia ei ollut olemassa. Akuuttityöryhmän hoitoajatusta ohjaavat käypä hoito -suositusten ja tarpeenmukaisen hoidon ohella dialogisuuden ja toipumisorientaation mukaiset arvot ja käytännöt. Vertaistukiryhmätoimintaa haluttiin kehittää samojen arvojen mukaiseksi. Opinnäytetyö tarjosi mahdollisuuden selvittää, mitä kokemuksia vertaisryhmän osallistujille syntyy ja miten niitä voidaan hyödyntää vertaisryhmätoiminnan kehittämiseksi jatkossa. Opinnäytetyön tekijän näkökulmasta yhtenä opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää myös omaa ammatillista osaamista ja tutkimusmenetelmien hallintaa.

Vertaisryhmätoimintaan osallistui vain pieni osa akuuttityöryhmän potilaista. Tämä osoittautui yhdeksi vertaisryhmätoiminnan haasteeksi ainakin toiminnan alkuvaiheessa. Pieni osallistujamäärä oli haastavaa myös opinnäytetyön aineiston keräämisen kannalta. Aineiston laajentamiseksi opinnäytetyössä päädyttiin keräämään aineistoa sekä potilaiden että läheisten vertaistukiryhmistä.

Opinnäytetyön haastattelujen avulla oli mahdollista saada tutkimuskysymysten mukaisia vastauksia vertaisryhmiin osallistujien osalta, mutta tulokset eivät ole yleistettävissä eikä opinnäytetyö anna vastauksia kysymykseen, kuinka tarpeellisenä vertaistukiryhmät koetaan yleisesti ensipsykoosien hoidossa. Opinnäytetyön kohteena olevien vertaisryhmien haastateltavat olivat hyvin tyytyväisiä vertaisryhmiin osallistumisen mahdollisuudesta. Tämä oli jonkin verran ristiriitainen tulos suhteutettuna siihen, kuinka vähän vertaisryhmiin osallistuttiin kaiken kaikkiaan. Vertaisryhmien ryhmiin osallistujilta on kerätty nimettömänä jatkuvaa kirjallista palautetta eri ryhmäkerroilta. Kirjallinen palaute ei ollut osa tämän opinnäytetyön aineistoa, mutta opinnäytetyön aineiston tulokset vastasivat myös

kirjallisen palautteen tasoa, mitä voidaan pitää hyvänä asiana tulosten luotettavuuden kannalta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saatiin tarkoituksenmukaisia vastauksia vertaisryhmiin osallistujilta teemahaastattelujen avulla. Haasteltavat kertoivat avoimesti vertaisryhmiin osallistumisestaan. Toiset haastateltavista olivat puheliaampia ja haastateltavien persoonallisuus vaikutti siihen, minkälaiseksi haastattelu muodostui. Haastateltavien persoonallisuuden eroista huolimatta vastausten sisällöissä oli paljon samankaltaisuutta. Tämä helpotti aineiston analysointivaiheessa alakategorioiden muodostamista.

Opinnäytetyössä päädyttiin GSRS-kyselyn (LIITE 2) hyödyntämiseen teemahaastattelun teemojen muodostamisessa, koska kyselyssä kysytyillä asioilla on aiempien tutkimusten mukaan mahdollista saada tietoa siitä, miten itse kukin tapaamiseen osallistuja on kokenut tapaamisen (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown & Johnson 2003, 4–6). GSRS-kyselyn hyödyntäminen teemahaastattelun teemojen muodostamisessa osoittautui hyödylliseksi ratkaisuksi akuuttityöryhmän hoitoajatuksen mukaisten kokemusten selvittämisen kannalta. Teemahaastattelun avulla saatiin tutkimuskysymyksen mukaisia vastauksia myös lääketieteellistä toipumisajatusta laajemmin.

Opinnäytetyön aineistossa toistui haastateltavien tyytyväisyys mahdollisuudesta osallistua vertaistukiryhmiin. Tämän pohjalta vertaistukiryhmien järjestäminen jatkossakin olisi kannatettavaa. Merkityksellisiä kokemuksia koettiin itselle tärkeiden asioiden jakamisesta. Toisten vertaisten yhdistävä kokemus sairastumisesta tai läheisen sairastumisesta koettiin tärkeänä osana yhteistä keskustelua. Vertaisryhmätoiminta täydentää täten aiempia akuuttityöryhmän hoitopalveluja ja tuo hoidon rinnalle lisää mahdollisuuksia kohtaamiseen ja kuulluksi tulemiseen sekä kokemusten jakamiseen.

Vertaisryhmiin osallistuneet haastateltavat kokivat ryhmän vapaamuotoisen rakenteen ja keskustelun spontaaniuden hyvänä ratkaisuna. Vertaisryhmän toimintaan ei kaivattu valmiita teemoja tai strukturoituja rakenteita. Ryhmän vetäjiltä toivottiin kuitenkin vastuun ottamista ja valmiuksia keskustelun johtamiseen. Tämä

edellyttää ryhmän vetäjiltä tiivistä läsnäoloa, sensitiivisyyttä ihmisten kokemuksia kohtaan ja taitoa huomioida erilaisia ryhmän jäseniä ja erilaisia sairastumisprosessin vaiheita.

Vertaisryhmiin kutsuttiin potilaita hoitoon liittyvissä hoitoneuvotteluissa ja akuuttityöryhmän tiloissa oli esillä vertaisryhmän esitteitä. Esitteissä oli mainittu ryhmien kokoontumisajat ja -paikat. Läheisten vertaisryhmiin kutsuttiin osallistujia yhteisten perhetapaamisten yhteydessä tai hoidossa olevien potilaiden kautta. Jatkossa voisi vertaisryhmiin kutsua osallistujia vertaisryhmän ajankohdan lähestyessä myös henkilökohtaisesti, jotta vertaisryhmiin saataisiin osallistumaan ihmisiä laajemmin.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisesti kestävä ja luotettava tieteellinen tutkimus edellyttää tutkimuksen tekemisistä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tämä tarkoittaa rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen tekemisessä, tulosten kirjaamisessa ja tulosten esittämisessä. Toisten tutkijoiden töitä ja saavutuksia käytettäessä tulee lähdeviitteet merkitä näkyviin huolellisesti niin, että alkuperäinen lähde on asianmukaisesti ja helposti löydettävissä. Eettisyyden vaatimus säilyy koko tutkimusprosessin ajan, tutkimuskysymysten muotoilusta tulosten raportoinnin loppuun. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Opinnäytetyö tehtiin työelämälähtöisesti yhteistyössä Oulun kaupungin akuuttityöryhmän kanssa. Aiheen valikointiin vaikutti opinnäytetyön tekijän oma mielenkiinto ja akuuttityöryhmän kehittämistarve uutta vertaisryhmätoimintaa kohtaan. Ennen haastatteluja Oulun kaupungilta haettiin kirjallisesti tutkimuslupa, johon liitettiin opinnäytetyön suunnitelma.

Opinnäytetyössä eettisiä periaatteita noudatettiin Kylmän ja Juvakan (2012, 149) kuvaamalla tavalla koko tutkimusprosessin ajan. Lähdekriittinen ajattelu huomiointiin opinnäytetyötä taustoittavan teorian muodostamisessa ja käytetyt lähteet merkittiin tarkasti. Haastattelut toteutettiin niin, että jokainen haastateltava

huomioitiin yksilöllisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Vaitiolovelvollisuutta rikkovat asiat jätettiin opinnäytetyöstä pois.

Teemahaastattelun osallistujille tulee kertoa, miten tutkimusaineistoa käytetään ja säilytetään. Haastateltavien tunnistetietojen tulee pysyä turvassa koko tutkimusprosessin ajan. Suorat tunnistetiedot hävitetään siten, että tutkittavia ei niistä voi tunnistaa, eikä niitä ei voi jälkikäteen käyttää mihinkään muuhun tutkimukseen. (Kuula 2006, 108–109, 214.) Tässä opinnäytetyössä haastatteluihin pyydettiin kirjallinen suostumus (LIITE 1), jossa kerrottiin opinnäytetyön kulku ja haastateltavien asema ja oikeudet. Osallistujille kerrottiin haastatteluiden videoimisesta ja siitä, miten aineistoa tullaan käyttämään. Haastateltaville kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen tutkimukseen missä vaiheessa tahansa, ilman että keskeyttämispäätöstä täytyy perustella ja ettei mahdollinen keskeyttämispäätös vaikuta hoitoon mitenkään. Suostumuksessa mainitut asiat käytiin läpi opinnäytetyöhön osallistujien kanssa suullisesti ja kirjallisesti ennen haastattelun alkamista.

Anonymiteetin säilymisestä tulee huolehtia niin, että haastatteluun osallistujat eivät ole myöhemminkään tunnistettavissa. Tutkimusaineistoa ei välttämättä ole tarpeen säilyttää sen jälkeen, kun tutkimus on julkaistu. (Mäkinen 2006, 120.) Tässä opinnäytetyössä kerättiin vertaisryhmiin osallistujien kokemuksia vain tätä opinnäytetyötä varten ja haastatteluvideot sekä niistä litteroidut tekstit hävitettiin tutkimuksen valmistuttua raportin kirjoittamisen jälkeen. Videoita ja niistä litteroituja tekstejä ei arkistoitu, haastatteluun osallistujien nimiä ei kerätty ja tallenteita ja niistä litteroituja tekstejä ei käsitelleet muut kuin opinnäytetyöntekijä. Raportointivaiheessa henkilökohtaiset tunnistetiedot poistettiin ja asiat ilmaistiin yleisellä tasolla niin, ettei haastateltavia ole mahdollista niistä tunnistaa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole yhdenmukaista selkeää ohjetta. Luotettavuuden arvioinnissa painotetaan erilaisia asioita tutkimuksen menetelmistä, tutkijasta ja tutkimusympäristöstä riippuen. (Tuomi & Sarajärvi

2009, 134.) Laadullinen tutkimus sisältää tutkijan omaa tulkintaa ja pohdintaa, joten luotettavuuden arviointi koskee sekä tutkijaa itseään että koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 2005, 210). Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kannalta. (Kylmä & Juvakka 2012, 128–129.)

Tutkimuksen tulosten uskottavuutta lisää se, jos tuloksia on mahdollista verrata aiempiin tutkimuksiin. Tutkijalle tuttu aihepiiri vahvistaa myös tutkimustulosten uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Uskottavuutta voidaan lisätä myös varmistamalla, että tutkimuksen käsitteellisyydet ja tulkinnat vastaavat tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 2005, 211–212). Vertaisryhmistä oli kerätty nimettömänä kirjallista palautetta. Opinnäytetyön tulokset vastaavat vertaisryhmistä saatua palautetta, mikä lisää opinnäytetyön tulosten uskottavuutta. Opinnäytetyön aihepiiri oli myös opinnäytetyön tekijälle tuttu. Opinnäytetyön teema-haastatteluissa pyrittiin kysymysten muotoilussa avoimiin kysymyksiin ja vastauksia tarkennettiin aktiivisesti lisäkysymyksin kysymällä, mitä haastateltavat tarkoittavat. Tällä pyrittiin haastateltavien oman kokemuksen esiintuomiseen ja siihen, että tulkinnat koskevat mahdollisimman tarkasti haastateltavien omia kokemuksia vertaistuesta.

Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuutta voidaan lisätä riittävän tarkalla kirjauksella, jotta ulkopuolinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin etenemistä ja ymmärtää, miten tuloksissa esitettyihin päätelmiin on tultu (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Opinnäytetyössä pyrittiin kuvamaan tutkimusprosessin eteneminen mahdollisimman tarkasti. Analysoinnin kategoriat ja miten niihin päästiin, pyrittiin esittämään opinnäytetyön tuloksissa tarkasti. Tulosten esittelyssä käytetään suoria lainauksia tulosten vahvistettavuuden varmistamiseksi.

Refleksiivisyyden vaatimus tarkoittaa tutkimuksen tekijän henkilökohtaisten näkemysten ja ominaisuuksien vaikutusten arvioimista aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tämä edellyttää tutkijalta pyrkimystä puolueettomaan asemaan. Puolueettomuus tarkoittaa sitä, että tutkija pyrkii ymmärtämään tiedonantajaa omana itsenään eikä tutkijan oman ajattelukehityksen läpi.

(Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Opinnäytetyössä tekijän omaa vaikutusta tuloksiin pyrittiin ehkäisemään teemahaastattelurungon huolellisella suunnitellulla etukäteen ja avoimilla haastattelukysymyksillä. Analysointivaiheessa aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksen mukaisia vastauksia systemaattisesti haastateltavien usein toistuvista ilmauksista, jotta alakategoriat kuvaisivat mahdollisimman tarkasti haastateltavien omia kokemuksia.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimusten tulosten siirrettävyyttä toiseen vastaavaan tutkimusasetelmaan (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan tutkimuksen toimintaympäristö, tutkimusprosessi ja haastateltavat riittävän tarkasti, jotta toinen tutkija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä.

Haastattelun luotettavuutta voi heikentää haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Tässä opinnäytetyössä tulosten luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, että opinnäytetyöntekijä, joka toimi myös haastattelijana, työskentelee itse potilasta hoitavassa työyksikössä. Opinnäytetyöntekijä ei kuitenkaan ole ollut kenenkään haastateltavan hoidossa mukana.

Haastattelun laatua voidaan tavoitella hyvän haastattelurungon avulla ja huolehtimalla teknisen välineistön toimivuudesta. Haastattelun jälkeen tapahtuvalla nopealla, johdonmukaisella ja tarkasti tehdyllä litteroinnilla voidaan myös parantaa tutkimuksen laatua. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184.) Tässä opinnäytetyössä haastattelujen videointi onnistui hyvin ja tallennettu keskustelu kuului selvästi. Haastattelut litteroitiin haastattelua seuraavana päivänä. Litterointi tapahtui sanatarvasti puhekieliset ilmaukset ja murre sanat säilyttäen. Jokaisessa haastattelussa noudatettiin samaa periaatetta. Aineiston luokittelu tapahtui systemaattisesti ja siinä pyrittiin johdonmukaisuuteen ja tarkkuuteen. Tässä opinnäytetyössä laadun riskitekijänä voidaan pitää sitä, että opinnäytetyöntekijä on tehnyt työn yksin, jolloin mahdollisuutta tulosten vertaamiseen toisten kanssa ei ole ollut.

Aineiston merkittävyyttä ja kattavuutta pidetään myös arvioinnin kriteerinä (Eskola & Suoranta 2005, 213). Opinnäytetyön aineistossa saatiin

tutkimuskysymysten mukaisia vastauksia ja siinä esiintyi riittävästi vastausten toistuvuutta, joten aineiston kategorisointi oli mahdollista.

6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisesti yhteistyössä Oulun kaupungin akuuttityöryhmän kanssa, joka on myös opinnäytetyön tekijän oma työryhmä. Loppuvuodesta 2018 ideoitiin vertaisryhmätoimintaa yhteisessä akuuttityöryhmän kehittämispäivässä, jonka perusteella vähitellen hahmottuivat opinnäytetyön aihe ja tutkimuskysymykset. Opinnäytetyöprosessi eteni suunnitellussa aikataulussa vuoden 2019 aikana. Yhteistyö akuuttityöryhmän työntekijöiden ja opinnäytetyön kohderyhmän kanssa sujui vaivattomasti.

Alustavan suunnitelman mukaan harkittiin opinnäytetyön kohderyhmäksi potilaiden vertaisryhmän osallistujia. Potilaiden vähäisen vertaisryhmiin osallistumisen vuoksi päädyttiin laajentamaan kohderyhmää myös läheisten vertaisryhmän osallistujiin. Samalla luovuttiin ajatuksesta käyttää vertaisryhmistä kerättyä kirjallista palautetta osana opinnäytetyön aineistoa, koska palautteita oli kertynyt määrällisesti vähän. Tämä osoittautui oikeaksi päätökseksi ja molempien ryhmien teemahaastattelujen avulla oli mahdollista saada laajemmin osallistujien kokemuksia vertaistoiminnasta.

Opinnäytetyöprosessi tarjosi tekijälleen mahdollisuuden oppia runsaasti uutta erilaisista tutkimusmenetelmistä, aineistonkeruumenetelmistä ja laadullisen tutkimuksen prosessista. Opinnäytetyö tarjosi myös mahdollisuuden oppia lisää muun muassa vertaistoiminnasta ja psykoosin hoidosta sekä inhimillisestä kohtaamisesta.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen V. (2000). Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista. STAKES Raportteja 257.
- Alanen, Y. (2009). Kohti humanistisempaa psykiatria. *Psykoterapia* 28(3), 226–240. Saatavilla 1.12.2018 <http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/alanen309.htm>
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. & Seikkula J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first episode psychosis. *Psychosis* 9(4), 310–321. Taylor & Francis Online. Saatavilla 1.12.2018 <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2017.1344295>
- Borchers, P. (2014). *”Issues like this have an Impact”. The need-Adapted Treatment of Psychosis and the Psychiatrist’s Inner Dialogue.* (Psychology and Social Research 507). Jyväskylä: Jyväskylä University. (Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto)
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J. & Johnson, L. (2003). Session rating scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy* 3(1), 3–12. Springer Publishing Company. Saatavilla 30.4.2018 <https://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/SessionRatingScale-JBTv3n1.pdf>
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2004). *Metodpraktikan konsten att studera samhälle, individ och marknad.* Stockholm: Nostedts Juridik Ab.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2005). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Jyväskylä: Vastapaino.
- Haarakangas, K. 2008. *Parantava puhe.* Helsinki: Magentum Oy.
- Heikkinen, J. (2004). Psykonomia-aate. Teoksessa H. Hulmi (kirj.) M. Työbäkinen (toim.) *Ihminen, vertainen 10 vuotta Mielenterveyden*

- keskusliiton vertaistukitoimintaa* (s. 172–185). Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. (15. uud.p.). Helsinki: Tammi.
- Hirstiö-Snellman, P., Luodemäki, S. & Ray, K. (2009). *Arjessa mukana omaistyön käsikirja*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.
- Holm, J., Huuskonen, P., Jyrkämä, O., Karnell, S., Laimio, A., Lehtinen, I., Myllymaa, T. & Vahtivaara, J-M. (2010). *Vertaistoiminta kannattaa*. Helsinki: Asumispalvelusäätiö ASPA.
- Huttunen, M. (2018). Psykoosi (mielisairaus). Terveyskirjasto. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411
- Hyväri, S. (2005). Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa M. Nylund & A. B. Yeung (toim.) *Vapaaehtoistoiminta – anti, arvot ja osallisuus* (s. 214–235). Tampere: Vastapaino
- Kovanen, R-L. (2007). *Vertaisryhmien toiminta ja merkitys mielenterveyskuntoutujalle* (Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto, valtiotieteiden tiedekunta).
- Kananen, J. (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2012). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Mielenterveystalo (2019a). Psykoosiopas. Saatavilla 5.12.2018 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
- Mielenterveystalo (2019b). Vertaistuki. Saatavilla 5.12.2018 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/vertaistuki.aspx>

- Mykkänen-Hänninen, R. (2007). *Vapaaehtoistyön rajapinnoilla*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mäkinen, O. (2006): *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi.
- Nordling, E. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim* 2018(134), 1476–83.
- Nylund, M. (2005). Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa M. Nylund & A. B. Yeung (toim.) *Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus* (s.13–38). Tampere: Vastapaino.
- Oulun kaupunki. Akuuttiryhmä. Saatavilla 15.4. <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/akuuttiryhma>
- Quirk, K., Miller, S., Duncan, B. & Owen, J. (2012). Group Session Rating Scale: Preliminary psychometrics in substance abuse group interventions. *Counselling and Psychotherapy Research* 13(3), 194–200. Taylor & Francis Online. Saatavilla 30.4.2019 <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14733145.2012.744425>
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen J. (2011). Comprehensive open-dialogue approach in western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 3(3), 192–204. Taylor & Francis Online. Saatavilla 30.4.2019 <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2005). Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus (22.1.2015). Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Saatavilla <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=hoi35050#K1>
- Terveyskylä (2019). Tietoa vertaistuesta. Saatavilla 9.4.2020 <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/tietoa-vertaistuesta/mit%C3%A4-on-vertaistuki>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavilla 16.12.2019 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vuokila-Oikkonen, P., Heikkinen, R-L., Karttunen, M., Läksy, M-L., Maikkula, S. & Wiens, V. (2011). Psykoosin varhainen tunnistaminen ja

hoidolliset interventiot nuorella – hyvän käytännön kuvaus. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 45. Saatavilla 7.4.2020 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/142243/B_45_ISBN_9789524931137.pdf?sequence=4&isAllowed=y

LIITE 1 Tutkimuksen suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: Kokemuksia vertaisryhmiin osallistumisesta Oulun kaupungin akuuttityöryhmässä.

Tutkimuksen tekijä: Seppo Airaksinen, sairaanhoitajaopiskelija AMK

Kuvaus tutkimuksesta: Oulun diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Laadullinen tutkimus vertaisryhmätoimintaan osallistujien kokemuksista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykoosiin sairastuneiden ja heidän läheistensä kokemuksia vertaistukiryhmistä ja tavoitteena kehittää vertaisryhmätoimintaa akuuttityöryhmässä osana psykoosien hoitoa. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymyksiin: 1) ”Mitä kokemuksia potilailla on vertaistukiryhmistä. 2) Mitä he itse toivoisivat vertaisryhmätoiminnalta?”

Tutkimuksessa haastatellaan vertaisryhmään osallistuneita henkilöitä teemahaastattelun avulla, jossa kysytään kokemuksia vertaisryhmään osallistumisesta. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu videoidaan ja aineisto analysoidaan yleistettäväksi teemoiksi niin, ettei alkuperäistä sanojaa voida niistä tunnistaa. Aineistoa käsittelee ainoastaan opinnäytetyöntekijä ja yleistetyt teemat vertaisryhmiin osallistujien kokemuksista julkaistaan Oulun diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä niin, ettei niistä alkuperäistä kommentoijaa voida tunnistaa.

Opinnäytetyön aineistoa tai tutkimukseen osallistujien henkilötietoa ei arkistoida ja aineistoa käytetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Aineisto (video ja siitä kirjoitettu sanatarkka teksti) säilytetään lukollisessa laatikossa ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Viimeistään 31.5. 2020.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon, minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja kuvataan ja antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa minun hoitooni.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 2 Ryhmätapaamisen arviointiasteikko (GSRS)

Ryhmätapaamisen ___/___ 20___ arviointiasteikko (GSRS)

Arvioisitko tämänkertaisen ryhmän seuraavien asteikkojen osalta. Aseta merkki viivalle sille kohdalle, joka parhaiten kuvaa Sinun kokemustasi.

Terapiasuhde

En kokenut tulevani kuulukuksi, ymmärretyksi ja kunnioitetuksi ryhmän ja/tai ohjaajan taholta.

|-----|

Tulin kuulukuksi, minua ymmärrettiin ja kunnioitettiin ryhmän ja/tai ohjaajan taholta.

Päämäärä ja keskustelun aiheet

Emme työstäneet toivomiani aiheita, emmekä keskustelleet haluamistani asioista.

|-----|

Työstimme toivomiani aiheita ja keskustelimme haluamistani asioista.

Työskentelytapa tai menetelmä

Ohjaajan ja/tai ryhmän työtapa ei sopinut minulle.

|-----|

Ohjaajan ja/tai ryhmän työtapa sopi minulle hyvin.

Yleisesti

Tämän päivän ryhmästä puuttui jotain – en tuntenut kuuluvani ryhmään.

|-----|

Kaiken kaikkiaan tämän päivän ryhmä sopi minulle ja tunsin kuuluvani siihen.

International Center for Clinical Excellence

www.centerforclinicalexcellence.com
www.scottdmiller.com

© 2007, Barry L. Duncan and Scott D. Miller

Finnish translation: Ilpo Kuhlman (ilpo.kuhlman@kuh.fi)
Jaako Seikkula (jaako.seikkula@psyka.jyu.fi)
Tapio Ikonen (o.tapio.ikonen@gmail.com)

Licensed for personal use only