



LAUREA  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta

## Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Erkamo Anna-Riikka,  
Kyytsönen Maiju,  
Äijänaho Jonna

2014 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Otaniemi

Sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta  
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Erkamo Anna-Riikka,  
Kyytsönen Maiju ja Äijänaho Jonna  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Elokuu, 2014

Anna-Riikka Erkamo, Maiju Kyytsönen, Jonna Äijänaho

### Sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta

Vuosi 2014 Sivumäärä 37

---

Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus tulee usein yllättäen potilaalle aiheuttaen kriisin. Sairastunut voi kokea olonsa epävarmaksi ja tuntee menettäneensä hallinnan tunteen elämästään. Vertaistuki on kustannustehokas auttamismenetelmä ja samalla terveystaloudellinen resurssi. Julkinen sektori pyrkii takaamaan jokaiselle riittävät ja yhdenmukaiset palvelut ja kolmannen sektorin toiminta täydentää julkista sektoria. Kolmannen sektorin toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja sen toimijoihin kuuluvat rekisteröidyt yhdistykset, organisaatiot ja säätiöt.

Vertaistukitoiminta on osa kolmannen sektorin toimintaa ja sillä tarkoitetaan vuorovaikutuksellista kokemusten ja tuntemusten vaihtoa jostakin ongelmasta tai elämäntilanteesta. Siihen liittyy lähikäsite voimaantuminen, joka on englannin kielestä käännetty termi. Sillä kuvataan kykyä vaikuttaa omaan elämään. Sosiaali- ja terveysalalla voimaantumisen painopiste on päätöksenteossa ja siinä, että potilas on oman elämänsä toimija. Vertaistuellalla on usein tärkeä asema voimaantumisessa.

Espoon järjestöjen yhteisö eli EJY pyrkii edistämään kuntalaisten hyvinvointia kehittämällä järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa. Vertaisreseptihanke on yksi käynnissä olevista hankkeista, jossa luodaan sellaiset toimintamallit, että potilasjärjestöjen osaamis- ja voimavaroja liitetään osaksi potilaan hoitoketjua ja julkisen terveydenhuollon rakenteita. TOIVO-mallin mukainen vertaistuki on osa vertaisreseptihanketta ja sen painopiste on sydänpotilaiden vertaistuksessa.

Tämä opinnäytetyö on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta. Tavoitteena oli kuvata, miten vertaistuen kokemuksellisuutta on tutkittu sekä tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Vertaisreseptihankkeen kehittämisessä. Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli kuvata millaisena sydänpotilaat kokevat vertaistuen.

Kirjallisuuskatsauksen alussa valittiin tiedonkeruumenetelmä ja hakutermit. Haut toteutettiin Nelli-portaalin kautta useassa eri viitetietokannassa. Artikkeleiden vähäisen määrän vuoksi tehtiin myös täydentävä manuaalinen haku. Tulososiossa vastattiin opinnäytetyön kolmeen tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: millaista vertaistukea sydänpotilaille on tarjottu, millaisia kokemuksia sydänpotilailla on vertaistuesta ja kokevatko sydänpotilaat hyötynensä vertaistuesta.

Tuloksissa kävi ilmi, että vertaistukimuotoja on useita ja niissä painottuvat koulutus, emotionaalinen tuki sekä validointi. Potilaat kokivat vertaistuen sosiaalisesti tueksi, jossa näkyy vastavuoroisuus. Potilaat kokivat, että eivät ole ongelmiansa kanssa yksin ja että heillä on vertaistuen piirissä mahdollisuus jakaa huolenaiheita. Vertaistuen hyödyllisyys näkyi ymmärryksen, itsevarmuuden, hyväksynnän ja selviytymisen lisääntymisenä. Opinnäytetyössä tuli esiin myös joitakin haittoja, jotka eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä.

Asiasanat: kokemukset, vertaistuki, sydänpotilaat, voimaantuminen, sydänsairaus

Anna-Riikka Erkamo, Maiju Kyytsönen, Jonna Äijänaho

### Heart patients experiences of peer support

Year	2014	Pages	37
------	------	-------	----

---

The illnesses in cardiovascular and circulatory system often occur suddenly and may cause a crisis for a patient. An ill person may feel insecure and experience feelings of loss of control of her/his life. Peer support is a cost-effective helping method and simultaneously a health policy resource. The Community Health Services seek to provide everyone sufficient and equal services and the Voluntary Health Agencies complete the Community Health Services. The functions of the Voluntary Health Agencies are based on voluntariness and includes registered associations, organizations and foundations. Peer support is a part of the Voluntary Health Services and means interpersonal exchange of experiences and emotions about a problem or a life circumstance. The concept of empowerment is linked to peer support describing the ability to affect one's own life. In the domain of social and health services the emphasis is in decision making and in the fact that a patient is responsible of her/his own life. Peer support has often a significant role in empowerment.

Espoon järjestöjen yhteisö (registered association) seeks to promote residents' wellbeing by developing organization and volunteer work. Vertaisresepti (peer prescription) project is one of the on-going projects that develops a model to follow so that the know-how of patient organizations can be connected to all the aspects of patients' health care and as a part of the structures of the Community Health Services. Peer support provided according to the model TOIVO is a part of the Vertaisresepti project and its emphasis is on heart patients' peer support.

This thesis is a systematic literature review the purpose of which was to survey heart patients' experiences of peer support. The aim of this thesis was to describe how peer support has been studied and to provide information that can be utilized to develop Vertaisresepti (peer prescription) project. The study question was to describe how heart patients experience peer support.

The data collection method and key terms were chosen in the beginning of the literature review. The search of literature was conducted through Nelli portal and several reference databases. Because of a low amount of suitable articles a complementary manual search was also carried out. Three study questions were answered in the results: What kind of peer support was offered, what kind of experiences do heart patients have about peer support and whether heart patients benefited of peer support.

The results indicated that there are many types of peer support and the emphasis is on education, emotional support and validation. Patients experienced peer support as social support which is reciprocal. Patients experienced that they are not alone with their problems and they had an opportunity to share their concerns through peer support. The benefits of peer support were the increase of understanding, self-confidence, approval and management. Some disadvantages were found in this study but they were not statistically significant.

Keywords: experiences, peer support, heart patient, empowerment, heart disease

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys .....	7
	2.1 Terveyspalvelut.....	7
	2.2 Sydänpotilaan hoitotyö.....	8
	2.3 Voimaantuminen .....	10
	2.4 Vertaistuki.....	11
	2.5 Vertaistuen yhteiskunnallinen merkitys.....	12
	2.6 Vertaisreseptihankkeen esittely.....	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävä .....	14
4	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	14
	4.1 Katsauksen suunnittelu.....	14
	4.2 Aineiston keruu .....	15
	4.3 Aineiston analysointimenetelmä .....	17
5	Tulokset.....	19
	5.1 Tutkimusten esittely.....	19
	5.2 Millaista vertaistukea sydänpotilaille on tarjottu? .....	19
	5.3 Millaisia kokemuksia sydänpotilailla on vertaistuesta? .....	21
	5.4 Kokevatko sydänpotilaat hyötynensä vertaistuesta? .....	23
6	Pohdinta .....	24
	6.1 Tutkimusprosessin arviointi .....	24
	6.2 Jatkotutkimusehdotukset .....	25
	6.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	26
	Lähteet .....	31
	Liitteet.....	34

## 1 Johdanto

Vertaistuki on samankaltaisesta ongelmasta kärsivien tai elämäntilanteessa elävien tai siitä toipuvien henkilöiden tuntemusten ja kokemusten vaihtoa. Vertaistuen avulla nämä henkilöt voivat tunnistaa ja löytää omia voimavarojaan tilanteesta selviämiseen. (Huuskonen 2013.) Suomessa vertaistukea on kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella tutkittu vähän. Kokemukset vertaistuesta kuitenkin osoittavat, että henkilöt ovat saaneet siitä apua. Vertaistuki on lievittänyt heidän ahdistustaan ja auttanut jaksamaan arjessa luomalla toivoa tulevaisuuteen sekä opettanut keskustelemaan vaikeista asioista ja tuntemuksista. (Yli-Pirilä 2012.)

EJY eli Espoon Järjestöjen Yhteisö on alueellinen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yhteistyöorganisaatio. EJY kehittää järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa kuntalaistensa hyvinvoinnin edistämiseksi. EJY:llä on käynnissä useita hankkeita, joista tällä hetkellä yksi on Vertaisresepti-hanke. Vertaisreseptihankkeen tavoitteena on luoda toimintamalleja vertaistuesta, joissa potilasjärjestöjen osaamispääoma sekä vertaistuen tarjoaminen potilaalle liitetään osaksi potilaan hoitoketjua ja julkisen terveydenhuollon rakenteita. (Espolaiset.fi 2013.)

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus Espoon Järjestöjen Yhteisö ry:n Vertaistukihankkeelle. Tarkoituksena oli kartoittaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella haettiin tietoa eri viitetietokannoista sisään- ja poissulkukriteereiden perusteella, jotka valittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tavoitteena oli kuvata, miten vertaistuen kokemuksellisuutta on tutkittu sekä tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Vertaisresepti-hankkeen kehittämisessä.

Ennen opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden aloittamista perehdyimme julkisen ja kolmannen sektorin toimintaan, Vertaisresepti-hankkeeseen, sydänsairauksiin sairastumiseen sekä voimaantumiseen ja vertaistukeen. Tämä teoreettinen viitekehys ohjasi opinnäytetyön myöhempiä vaiheita.

## 2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

### 2.1 Terveyspalvelut

Yhteiskunta jaetaan neljään sektoriin, jotka kaikki voivat osallistua työpanoksellaan terveyden edistämiseen. Ensimmäinen sektori käsittää yritykset, toiseen sektoriin kuuluvat valtion ja kuntien tuottamat palvelut. Kolmas sektori puolestaan on omistettu kansalaisjärjestöille ja vapaaehtoistoiminnalle. Neljäs sektori esiintyy uudemmissa teorioissa ja viittaa kotitalouksiin, perheisiin ja muihin läheisiin ihmissuhteisiin. Jaottelu on karkea ja sektorit voivat toimia liittämättä tai jopa päällekkäin. (Konttinen 2014.) Tässä kappaleessa käsitellään ensimmäistä, toista ja kolmatta sektoria, sillä opinnäytetyömme on tehty hankkeelle, jonka tarkoitus on juurruttaa kolmannen sektorin toimintaa osaksi julkista terveydenhuoltoa.

Julkinen sektori on kansantalouden osa, jonka omistaa valtio tai kunnat. Julkisella sektorilla terveydenhuollon saralla tarkoitetaan siis julkista palvelua, joka Suomessa saa rahoituksensa pääosin valtiolta. (Suomen kuntaliitto 2008, 15.) Terveyspalveluiden järjestämisestä on säädetty perustuslaissa. Lain 19 § takaa kansalaisille perusoikeudet, joiden nojalla jokaisella on oltava oikeus riittäviin ja yhdenmukaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Suomen kuntaliitto 2008, 6; Terveyspalvelut 2013.)

Kansanterveyslaissa säädetään kuntien velvollisuudesta huolehtia kansanterveystyöstä, josta voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto (Kansanterveyslaki 1972). Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja hoidon koordinoitua. Perusterveydenhoitoon kuuluvat suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyspalvelut, ennaltaehkäisevät palvelut, ympäristöterveydenhuolto sekä avosairaanhoito, kotisairaanhoito ja sairaalahoito. (Suomen kuntaliitto 2008.) Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää ja turvata perusterveydenhuollon palvelut ja edistää väestön terveyttä. Kunta voi järjestää palvelut itsenäisesti tai halutessaan yhdessä toisten kuntien kanssa perustamalla kuntayhtymän. (Kansanterveyslaki 1972.)

Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa, ja sen tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön hyvinvointia, terveyttä, toiminta- ja työkykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Se huomioi väestöryhmien terveyserojen kaventamista ja vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, potilasturvallisuutta ja laatua. Lisäksi se vahvistaa ja parantaa eri terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä hyvinvoinnin edistämiseksi sekä terveydenhuollon järjestämisessä. (Kansanterveyslaki 1972.)

Suomen perustuslain mukaan terveydenhuoltopalveluiden järjestäminen kuuluu lähtökohtaisesti kunnille. Tämän lain yleissäännös ei kuitenkaan velvoita kuntia tuottamaan palveluja itse, vaan he voivat tarvittaessa ja halutessaan hankkia palveluita myös yksityisiltä palveluntuottajilta. (Narikka 2008, 146.) Yksityisellä terveydenhuollon palveluntuottajalla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 2.2 §:n nojalla terveydenhuollon palveluja ylläpitävää yksikköä, mikä tarkoittaa yhtiötä, osuuskuntaa, yksittäistä henkilöä, yhdistystä tai muuta yhteisöä tai säätiötä. Terveydenhuollon palveluntuottajana ei kuitenkaan pidetä työnantajaa, joka järjestää itse työyhteisölleen työterveyshuoltopalvelut. Myöskään itsenäistä ammattinharjoittajaa, joka terveydenhuollon ammattihenkilönä harjoittaa itsenäisesti ammattiaan ei pidetä terveydenhuollon palveluntuottajana. (Narikka 2008, 152.)

Kolmannen sektorin toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja on luonteeltaan voittoa tavoittelematonta. Sen toimijoihin kuuluvat rekisteröidyt yhdistykset ja säätiöt, joita kutsutaan yleisesti järjestöiksi, sekä kaikki muut organisaatiot, jotka jäävät julkisen ja yksityisen sektorin sekä kotitalouksien väliin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2013, 9.) Valtio voi toimia kolmannen sektorin rahoittajana, mutta kolmannen sektorin toimijat eivät ainakaan suoraan ole valtion ohjauksen alaisia. Suomessa kolmannen sektorin tulopohjasta runsas 30 % tulee valtiolta. (Helander & Laaksonen, 1999.)

Pohjoismaiseen näkemykseen kolmannesta sektorista kuuluu se, että kolmas sektori on julkista sektoria täydentävä palveluntuottaja. Kolmas sektori ylläpitää yhteiskunnan sosiaalista yhteenkuuluvuuden tunnetta ja ajaa kansalaisten etuja. (Helander & Laaksonen, 1999.) Sosiaali- ja terveystieteille kolmas sektori onkin korvaamaton ja se myös työllistää eniten kolmannen sektorin toimijoita. (Helander & Laaksonen, 1999.) Kolmannella sektorilla tehtävä palkkatyö on 1990-luvun laman jälkeen kasvanut 70 % (Työ- ja elinkeinoministeriö 2013, 10).

## 2.2 Sydänpotilaan hoitotyö

Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus tulee usein yllättäen potilaalle aiheuttaen psyykkisen kriisin. Kriisin aste vaihtelee yksilöllisesti. Ennen taudin toteamista voi esiintyä ennakkooireita, kuten ylävartalon ja rintakehän kipuja ja painon tunnetta sekä hengenahdistusta ja tunne hapen loppumisesta, sydämen muljahteluja ja tykytystä. Toisaalta ennakkooireet voivat olla epämääräisempiä, kuten väsymys, turvotukset, heikotus, huimaus ja pyörtäminen. Usein perinnölliset sairaudet puhkeavat äkisti, kun taas elämäntapojen aiheuttamat jopa vuosikymmenien kuluessa. Tyypillisiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat rakenteelliset poikkeavuudet, kardiomyopatiat eli sydänlihassairaudet, sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt, sydämen vajaatoiminta ja metabolinen oireyhtymä. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 8-9, 119; Haarni & Alanko 2005, 22-25.)



Olon tuntee turvalliseksi, kun ei ajattele sairastumista tai kuolemaa. Tämä tasapaino järkkyy kuitenkin ihmisen sairastuessa; hän saa muistutuksen elämänsä rajallisuudesta. Sairastunut voi tuntea olonsa epävarmaksi ja kokea, ettei enää hallitse elämäänsä. Hänen tunteensa voivat olla ailahtelevia ja intensiivisiä, ja tilanne voi heijastua keskittymiskyvyttömyytenä, uni-vaikeuksina ja ruokahaluttomuutena. Alkushokin jälkeen sairastunut voi alkaa työstää tapahtunutta. Hän voi hahmotella, millaista elämä on siihen asti ollut, mitä seuraavaksi tapahtuu ja millaista tulevaisuutta uskaltaa toivoa. Kriisistä selviämiseen vaikuttavat elämäntilanne, sairaus ja sen vakavuus, sairastuneen persoona sekä tukiverkosto. (Pelkonen, Huttunen & Saarelma 2013, 79-80.)

Valtaistumista tukevat joustava mieli, jolla on sopeutumiskeinoja ja luovuutta. Tärkeää on löytää toivoa omaan tilanteeseensa. Toivon perusta löytyy sairaudesta ja sen ennusteesta, eikä siihen vaikuta niinkään oireiden vakavuus tai hoitojen sivuvaikutukset. Myös oma motivaatio ja se, että on valmis tekemään töitä parantuakseen, auttavat potilasta selviytymään. Tiedonsaanti omasta tilastaan ja sairaudestaan kuuluu potilaan oikeuksiin, mutta kaikkea tietoa ei pitäisi luovuttaa kerralla potilaalle. Usein potilas ei pysty vastaanottamaan informaatiota tunnekuohun vallassa. Tietoa olisi parasta antaa ja ottaa vastaan asteittain, huomioiden potilaan tilanne. (Pelkonen ym. 2013, 80-84.)

Sairastuminen muuttaa ihmisen arvomaailmaa ja asioiden tärkeysjärjestystä. Usein ihmissuhteiden merkitys korostuu ja ihanteellisessa tilanteessa läheiset toimivat suurena voimavarana potilaalle. Läheiset joutuvat usein kohtaamaan saman sopeutumiskriisin kuin potilas ja he voivat kokea tuskaa ja pelkoa läheisensä selviytymisestä. Ystävyys-suhteista osa tiivistyy ja osa katoaa; ratkaisevaa on ystävien kyky eläytyä potilaan muuttuneeseen tilanteeseen. Vertaistuki tulee yleensä luonnollisesti esiin, mikäli potilas on osastohoidossa. Hän kohtaa osastolla samassa tilanteessa olevia ihmisiä, joiden kanssa sairauden taakkaa voi jakaa. (Pelkonen ym. 2013, 84-85; Mäkijärvi ym. 2008, 120, 123.)

Arjessa jaksamista tukevat aikaisempi elämäkokemus vastoinkäymisten voittamisesta, toimivat selviytymiskeinot ja optimismi. Toisaalta aikaisemmin sairastettu masennus ja sen hetkisen elämäntilanteen stressaavuus voivat heikentää sairauden kanssa jaksamista. Taustoista huolimatta potilaan henkistä hyvinvointia edistävät pelon väistyminen, oma tehokkuus ja elämän hallittavuus. (White ym. 2012, 6-7.) Kotiutuessa sairaalasta monet potilaat joutuvat kohtaamaan omat pelkonsa oireiden, kivun ja sairauden ennusteen suhteen sekä pohtimaan omaa toimintakykyään, taloudellisia kysymyksiä ja työhön tai normaaliin arkeen palaamista (Mäkijärvi ym. 2008, 119).

Erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet luovat elämään muutospaineita, jolloin fyysistä toimintaa tulee rajoittaa ja elintapoja arvioida uudelleen. Kotitöiden, liikunnan ja kaiken muunkin

fyysisesti rasittavan toiminnan kanssa tulee olla varovainen. Mitään yhtä ohjetta ei ole, vaan kunkin potilaan on löydettävä omat rajansa. Tekemistä voivat helpottaa lihasten lämmittely, ennakointi ja taukojen pitäminen. Myös säännöllinen vuorokausirytmii ja riittävät yöunet ovat tärkeitä. Liiallinen rasitus voi johtaa esimerkiksi sepelvaltimotautipotilailla angina pectoris-kipuun sydämessä ja muualla ylävartalossa, minne kipu heijastuu. Sydämen vajaatoiminnasta tai kardiomyopatiasta kärsivillä taas rasitus voi aiheuttaa uupumusta ja jopa rytmihäiriöitä. (Mäkijärvi ym. 2008, 123-124.)

Ruokavalio on sydän- ja verisuonitautipotilailla yleisten terveystieteiden mukainen. Pääperiaatteita ovat kasvisrasvojen suosiminen ja kovien eläinperäisten rasvojen karsiminen ruokavaliosta. Nämä muutokset johtavat ”hyvän” HDL-kolesterolin nousuun ja laskevat ”huonoa” LDL-kolesterolia. LDL-kolesteroli takertuu verisuonten seinämiin ja voi vuosikymmenien kuluessa johtaa veritulpan syntyyn, kun taas HDL kuljettaa LDL-kolesterolia pilkottavaksi maksaan. Terveyttä edistävään ruokavalioon kuuluu lisäksi vähäsuolaisuus, sillä runsas natriumin käyttö kohottaa verenpainetta. Kuitujen käyttöön on hyvä kiinnittää huomiota, koska niiden on todettu edistävän sydämen terveyttä. Myös ylipainon pudottaminen on suotavaa, etenkin vyötärölihavuus on sydänsairauksien riskitekijä. (Mäkijärvi ym. 2008, 78.)

Potilaan täytyy sopeutua rajoituksiin eri elämäntilanteillaan ja huomioida sydänterveytensä kaikessa toiminnassa. Hänen tulee muun muassa välttää liiallista psyykkistä rasitusta. Myös talven pakkaset ja staattinen lihasjännitys voivat laukaista ongelmia. Seksielämään voi joutua tekemään muutoksia, jotta suorituskyvyn rajoja ei ylitetä. Saunassa voi edelleen käydä, kun löylyt eivät ylitä 80 °C. Pitkillä matkoilla on pysähdyttävä välillä jaloittelemaan ja jumppaamaan, jotta alaraajojen verenkierto pysyisi riittävänä, ja lentokoneessa on lisäksi hyvä käyttää lentosukkia. (Mäkijärvi ym. 2008, 123-125, 129.) Potilaan opittua, miten keho ja mieli reagoivat, kokee hän usein sairauden kuormittavuudenkin vähäisempänä (Haarni & Alanko 2005, 93-95.)

### 2.3 Voimaantuminen

Empowerment kääntyy suomeksi lukuisilla eri tavoilla ja sitä käytetään eri asiayhteyksissä tarkoittamaan eri asioita. Kliinisen hoitotyön sanastossa termille on annettu seitsemän käännöstä: voimaistuminen, voimaannuttaminen, voimaantuminen, valtaistuminen, valtaistaminen, valtauttaminen ja valtautuminen (Nieminen & Hyrkäs 2009, 75). Gummeruksen sanakirjassa empowerment puolestaan käännetään selittävämmiin: valtuuttaminen ja valtuutus, mahdollistaminen, tilaisuus tai mahdollisuus johonkin sekä täysivaltaisuus, kyky vaikuttaa omaan elämään ja voimantunnon kasvu (Rekiaro & Robinson 2005, 913). Termin kääntämisen problematiikka liittyy sen historiaan. Empowerment-sana on muotoutunut 1600-luvun puolivälissä, jolloin lakipiireissä sanalla tarkoitettiin valtuuttamista. Sen jälkeen termi omaksuttiin

politiikkaan, kuten kansalaisoikeus- ja naistenasia-liikkeisiin sekä sosiaalisia uudistuksia vaativien keskuuteen ja myöhemmin psykologiaan ja itsehoidon pohjaksi. (HoughtonMifflin Company 2009.) Sosiaali- ja terveystieteissä keskustelussa empowerment-ajattelu on yleistynyt 1990-luvulta alkaen (Tuorila 2013). Sosiaali- ja terveysalalla voimaantumisen painopiste siirretään päätöksentekoon ja siinä painotetaan sitä, että potilas on oman elämänsä toimija. Passiivisen tiedon vastaanottajan sijaan potilasta ohjataan ja tuetaan hänen omat voimavaransa huomioiden, jotta hän kykenisi tekemään itse päätöksiä terveyteensä liittyen. (Eloranta, Vähtälö & Johansson 2009.)

Voimaantumisen tunne on henkilökohtaisen kehityksen tulosta (Toivio & Nordling 2013, 329). Vertaistuki voi auttaa voimaantumisprosessin käynnistämisessä, sillä voimaantuminen tapahtuu sosiaalisten suhteiden kautta (Hänninen 2007, 9; Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 26). Tunne voimaantumisesta voi muodostua ihmisen tuntiessa itsensä hyväksytyksi. Samalla hän oman kokemuksensa avulla oivaltaa jotain uutta ja saa onnistumisen kokemuksia. Jotta ihminen voisi voimaantua, tulee ympäristön olla turvallinen. Hänen tulee kyetä tuntemaan itsensä arvostetuksi ja kunnioitetuksi sekä luottamaan muihin ihmisiin. Hyväksyvä ilmapiiri mahdollistaa ennakkoluulottoman heittäytymisen luoviin ratkaisuihin. (Siitonen 1999, 61.)

Voimaantunut ihminen tuntee sisäistä voimaa; hän tiedostaa omat voimavaransa ja osaa toimia vastuullisesti ja luovasti. Hän on vapaa ja itsenäinen ja ajattelee positiivisesti. Hän haluaa tehdä parhaansa ja kykenee ottamaan vastuuta myös muista ihmisistä. (Siitonen 1999, 61.) Kääntäen ajatellen voimaantuminen tarkoittaa avuttomuuden ja vallan puutteen väistymistä; ihmisestä tulee aktiivinen toimija. Voimavaraistunut kokee, että hänellä on mahdollisuuksia ja että hän kykenee vaikuttamaan omaan elämäänsä. (Vilén ym. 2002, 151-152.) Kroonisesti sairaalle voimaantuminen voisi esimerkiksi merkitä sitä, että hän pyrkii voittamaan sairautensa asettamia esteitä ja kykenee hallitsemaan sairauden tuomaa stressiä. Hän tuntee sairautensa, osaa ylläpitää hoitomotiiviatiaan ja pyrkii myös ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 60.)

## 2.4 Vertaistuki

Vertaistuella tarkoitetaan vuorovaikutuksellista kokemusten ja tuntemusten vaihtoa, jostakin ongelmasta tai elämäntilanteesta. Vertaistukea järjestävät julkinen ja kolmas sektori yksin tai yhdessä sekä erilaiset järjestöt, säätiöt ja yhteisöt. Vertaistuki voi olla myös omaehtoista ja henkilölähtöistä toimintaa, jolloin se ei liity mihinkään taustajärjestöön. Vertaistuki perustuu samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien henkilöiden omien kokemusten vaihtoon. Vertaistuesta henkilö saa tukea muilta kohtalotovereiltaan ja auttaa samanaikaisesti muita omilla kokemuksillaan. Vertaistuen kautta henkilö voi tunnistaa ja löytää omia voimavarojaan se-

kä vahvuuksiaan, siksi vertaistuki voidaan määritellä myös voimaantumisen ja muutosprosessina. (Huuskonen 2013.)

Vertaistukea voidaan toteuttaa eri tavoin. Vertaistukihenkilötoiminta on kahdenkeskistä tukea. Vertaistukiryhmässä osallistujia on useampia ja ryhmän vetäjänä voi toimia vertainen ryhmäläinen, ammattilainen tai koulutettu vapaaehtoinen. Vertaistuki ei kuitenkaan lähtökohtaisesti ole ammattiapua. Ne voivat kuitenkin tukea toistensa vaikutuksia ja toimia rinnakkain. Ammattilaisen tehtävä ohjaajana vertaistukiryhmässä on luoda osallistujille turvalliset puitteet ja rohkaista heitä keskustelemaan ongelmistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan. (Huuskonen 2013.)

## 2.5 Vertaistuen yhteiskunnallinen merkitys

Vertaistuki on terveystaloudellinen resurssi, joka täydentää ammattilaisten tarjoamaa apua. Niinpä se voi auttaa parantamaan peruspalveluiden riittävyttä ja saatavuutta tarjoamalla vaihtoehtoisen väylän kuntoutumiseen. Vertaistuen asema on vakiintunut osaksi suomalaista kuntoutustoimintaa 1990-luvun laman myötä. (Mikkonen 2009, 18, 22, 24.) 1990-luvulla sosiaalimenojen kasvu pysähtyi ja sen jälkeen menoja ryhdyttiin karsimaan ja rajoittamaan. Keinoina käytettiin tehostettua tarpeen arviointia ja yksilön vastuun korostamista. (Kiander 2001, 90.) Vertaistuki todettiin tämän jälkeen kustannustehokkaaksi ja toimivaksi auttamismenetelmäksi. Sille oli myös selvä tarve sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden piirissä. (Ränninranta 2012.)

Vertaistukea on tutkittu Suomessa vähän ja laajoille tutkimuksille olisi tarvetta. Kokemukset vertaistuesta kuitenkin osoittavat, että sitä saaneet henkilöt ovat oppineet keskustelemaan vaikeista asioista sekä omista tunteistaan ja jäsentämään kokemuksiaan. Vertaistuki on lievittänyt heidän ahdistustaan ja auttanut heitä jaksamaan arjessa luomalla toivoa tulevaisuutta kohtaan. Sitä saaneet henkilöt ovat lisäksi rohkaistuneet hakemaan ammattiapua. (Yli-Pirilä 2012.)

## 2.6 Vertaisreseptihankkeen esittely

Espoon Järjestöjen Yhteisö, eli EJY ry on alueellinen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yhteistyöorganisaatio, joka kokoaa yhteen järjestöjä, joiden kotipaikka on Espoossa tai joilla on paikallista toimintaa Espoon alueella. EJY pyrkii edistämään kuntalaisten hyvinvointia kehittämällä järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa. EJY tavoittelee uusia yhteistoiminnan muotoja tarttumalla epäkohtiin sekä hyvinvointia edistäviin toimiin yhdessä yhteistyökumppaneidensa kanssa. EJY:n toiminta rahoitetaan julkisista varoista, pääosin Raha-automaattiyhdistyksestä. EJY:llä on tällä hetkellä käynnissä useita hankkeita, joista yksi on Vertaisresepti-hanke. Ver-

taisresepti-hanke on aloitettu vuonna 2011 ja se jatkuu vuoteen 2016 asti. (Espoolaiset.fi 2013 a, b.)

Sairastuessaan ihminen tarvitsee tukea ja apua siihen, miten löytää potilasjärjestöjen toiminnan piiriin. Tällä hetkellä on käytössä toimintamalleja, joissa potilaan ohjaus potilasjärjestöjen toiminnan piiriin tapahtuu oikea-aikaisesti, mutta mallien käyttö on satunnaista ja henkilösidonnaista. Toiminnan ja tuen löytävät ne potilaat, jotka ovat itse aktiivisia. Vertaisresepti-hankkeessa pyritään luomaan sellaiset toimintamallit, että potilasjärjestöjen osaamispäätöksiä kyetään liittämään osaksi potilaan hoitoketjua ja julkisten terveydenhuollon rakenteita. Julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyö on tällöin organisaation rakenteissa ja vapaaehtoisuustoimintaa toteutetaan erikoissairaanhoidossa. (Espoolaiset.fi 2013 c.)

Kuvattu toimintamalli toteutetaan TOIVO-vertaistukimallin avulla, joka on eroteltu Vertaisresepti-hankkeesta erikseen hallinnoitavaksi kokonaisuudeksi ja toteutetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Vertaistukihenkilötoiminnan malli TOIVO on toteutettu rintarauhaskirurgian yksikössä, tavoitteenaan luoda monistettavissa oleva malli vertaistuen tarjoamisesta sairaalassa olevalle potilaalle oikea-aikaisesti ja osana hoitoketjua. (Espoolaiset.fi 2013 c.)

TOIVO-mallin mukaista vertaistukea antavat koulutetut vertaistukihenkilöt. He käyvät ensin HUS:n ja EJY:n organisoiman lyhyen koulutuksen vertaistukihenkilönä toimimisesta ja sitoutuvat sen jälkeen noudattamaan sovittuja työvuoroja ja vaitiolovelvollisuutta, osallistumaan vertaistukitoimintaan ja kunnioittamaan potilaan poliittisia ja uskonnollisia vakaumuksia. Vertaistukihenkilöt ovat tiettyinä ennalta sovittuina aikoina poliklinikalla tai vuodeosastolla, jolloin he ovat keskusteluvalmiudessa. Potilas voi lisäksi antaa luvan vertaistukihenkilölle soittaa hänelle kotiin viikon välein yhdestä viiteen kertaan, potilaan toiveita kunnioittaen. Sairaalan työntekijät ohjeistetaan myös toimimaan yhteistyössä vertaistukihenkilöiden kanssa ja informoimaan potilaita vertaistuen mahdollisuudesta. (Heinonen 2013 b, 2-3.)

Vertaisresepti-hankkeen kantavat voimat ovat EJY:n ja HUS:n palkatut työntekijät sekä vertaistukihenkilöt. He toteuttavat yhdessä TOIVO:a ja OLKA-palvelupistettä, jossa tarjotaan terveysneuvontaa ja jaetaan tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta potilaille sekä heidän omaisilleen. (Heinonen 2013 a, 5.) Vuosi 2013 on ollut Vertaisresepti-hankkeen pilottivaihe ja toimintamalleja on kokeiltu HUS:n sairaalassa. Vuosi 2014 on toiminta- ja kehittämisvaihe, jolloin arvioidaan käytettävissä olevat resurssit, tuoteistetaan ja arvioidaan mallin laajempaa sovellettavuutta eri potilasryhmiin. Vuoden 2015 aikana mallien tuotteistus viimeistellään, toimintamallit vakiinnutetaan ja levitetään koskemaan eri potilasryhmiä ja vuonna 2016 toimintamalli markkinoidaan valtakunnallisesti terveydenhuollon organisaatioihin. (Espoolaiset.fi 2013 c.)

Opinnäytetyössä tutkitaan vertaistuen eri muotoja, vaikuttavuutta ja kokemuksellisuutta, mitä voidaan myöhemmin hyödyntää vertaistukitoiminnan tehokkaassa juurruttamisessa osaksi potilaan hoitokokonaisuutta ja julkisen terveydenhuollon rakenteita. Opinnäytetyö lähestyy asiaa potilaan näkökulmasta. Jotta vertaistukea tarjottaisiin oikea-aikaisesti ja osana hoitoa, eikä käytäntö olisi yksilösidonnaista, tulee osaston hoitohenkilökunnan saada enemmän tietoa vertaistuen vaikutuksista potilaisiin. Siinä opinnäytetyöllä olisi mahdollisuus palvella EJY:ä ja terveydenhuoltoa.

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta. Tavoitteena on kuvata miten vertaistuen kokemuksellisuutta on tutkittu sekä tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Vertaisresepti-hankkeen kehittämisessä. Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on kuvata, millaisena sydänpotilaat kokevat vertaistuen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä on kolme.

1. Millaista vertaistukea sydänpotilaille on tarjottu?
2. Millaisia kokemuksia sydänpotilailla on vertaistuesta?
3. Kokevatko sydänpotilaat hyötynensä vertaistuesta?

### 4 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan sekundaaritutkimusta, joka tutkii tarkasti rajattuja ja määriteltyjä tutkimuksia (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 4). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää ja arvioida jo olemassa olevia teorioita, tuottaa uutta tietoa valitusta aiheesta sekä havaita kehittämiskohteita (Salminen 2011, 9). Systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle on ominaista, että se on toistettavissa. Se eroaa muista kirjallisuuskatsauksista erityisen tarkoin määritellyn tutkimusprosessin vuoksi. Siihen kuuluvat tutkimuksen valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa katsaus suunnitellaan, toisessa vaiheessa tehdään tiedonhaut, analysoidaan sekä kootaan tieto ja tehdään siitä synteesi. Kolmas vaihe on katsauksen raportointi. (Johansson ym. 2007, 4-5.)

#### 4.1 Katsauksen suunnittelu

Suunnitteluvaihe aloitetaan selvittämällä kirjallisuuskatsauksen tarpeellisuus tarkastelemalla jo tehtyjä katsauksia sekä perehtymällä aiheesta tehtyihin tutkimuksiin eri tietokannoista.

(Centre for Reviews and Dissemination 2008, 15). Tässä vaiheessa täsmennetään tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimussuunnitelma antaa taustaa aiheen valinnalle ja ohjaa kaikkia kirjallisuuskatsauksen vaiheita. (Johansson ym. 2007, 47.)

Kirjallisuuskatsauksen tarve oli lähtöisin yhteistyöorganisaatioltamme EJY:ltä, jonka toiveena oli saada lisätietoa vertaistuen vaikuttavuudesta sydänpotilaiden keskuudessa. Hankkeeseen sitoutumisen jälkeen selvitettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheen mukaan katsauksen tarpeellisuutta ja sitä, kuinka kattavasti vertaistuen kokemuksellisuutta on edeltävästi tutkittu.

#### 4.2 Aineiston keruu

Aineiston keruu on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe, jossa valitaan menetelmät, joilla katsaus toteutetaan. Se sisältää hakustrategian, hakutermien ja tietokantojen valinnat sekä tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Centre for Reviews and Dissemination 2008, 18.) Aineiston keruu tulee dokumentoida huolellisesti, jotta sitä voidaan pitää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessin mukaan tieteellisesti pätevänä. Tämä vaihe on onnistumisen kannalta kriittinen, sillä siinä tehdyt virheet johtavat katsauksen epäluotettavuuteen. (Johansson ym. 2007, 49-50.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa määritellään kuhunkin tutkimuskysymykseen omat hakutermit niin, että ne soveltuvat eri tietokantojen hakustrategioihin. Hakujen aikana löydettyjen artikkeleiden vastaavuutta tutkimustehtävään tarkastellaan otsikko-, abstrakti- ja tekstitasolla. (Johansson ym. 2007, 58-59.) Tiedonhakuun ja hakutermien määrittelyyn haettiin ohjausta Laurean informaatiolta. Tiedonhaussa tehtiin myös koehakuja ohjauksen yhteydessä sekä itsenäisesti. Tässä kirjallisuuskatsauksessa hakua ohjasi valittu tutkimustehtävä. Opinnäytetyölle asetetut tutkimuskysymykset taas ohjasivat aineiston käsittelyvaihetta.

Hakusanojen määrittely aloitettiin teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen. Suomenkielisiksi hakutermeiksi valittiin vertaistuki, kokemukset ja sydäntaudit. Apuna termien määrittelyssä käytettiin hoitotyön asiasanasto Hoidokkia, joka on MedicalSubjectHeadings -asiasanastoon (MeSH) perustuva hoitotieteellisen sanaston luokittelujärjestelmä (Hoidokki 2014). Toinen katsauksessa käytetty asiasanasto on Yleinen Suomalainen Asiasanasto, jonka laadinnassa on noudatettu Suomenkielisen thesauruksen laatimis- ja ylläpito-ohjeita. (YSA 2014.)

Vertaistuki termiin päädyttiin vaivatta, koska se oli yksiselitteinen eikä sille löytynyt synonyymiä. Kokemukset termiä edelsivät haut sanoilla kokemuksellisuus ja kokemus. Kokemuksellisuus ei ollut yleisesti käytössä oleva termi ja kokemus termi korvaantui sanalla kokemus-

tieto. Kokemustieto termi määriteltiin Hoidokissa kokemuseräiseksi tiedoksi ja tutkimustavaksi. Määritelmät eivät vastanneet katsauksen tarpeita. Hoidokin aihealueiden avulla päädyttiin kokemukset termiin; yläkäsite terveys johti aistimiseen ja se puolestaan kokemukset termiin. Hoidokissa tehtiin sydänsairauksiin liittyvää asiasanahakua tuloksetta. YSA ehdotti termiä sydäntaudit haettaessa hakusanalla sydänsairaus. Se valittiin lopulliseksi hakutermissi. Tiedonhakua tehtiin englanninkielisistä ja suomenkielisistä tietokannoista, joten hakutermit tuli kääntää englanninkielelle. Englanninkieliset vastaavat hakutermit olivat peer support, experiences ja heart disease (LIITE 1).

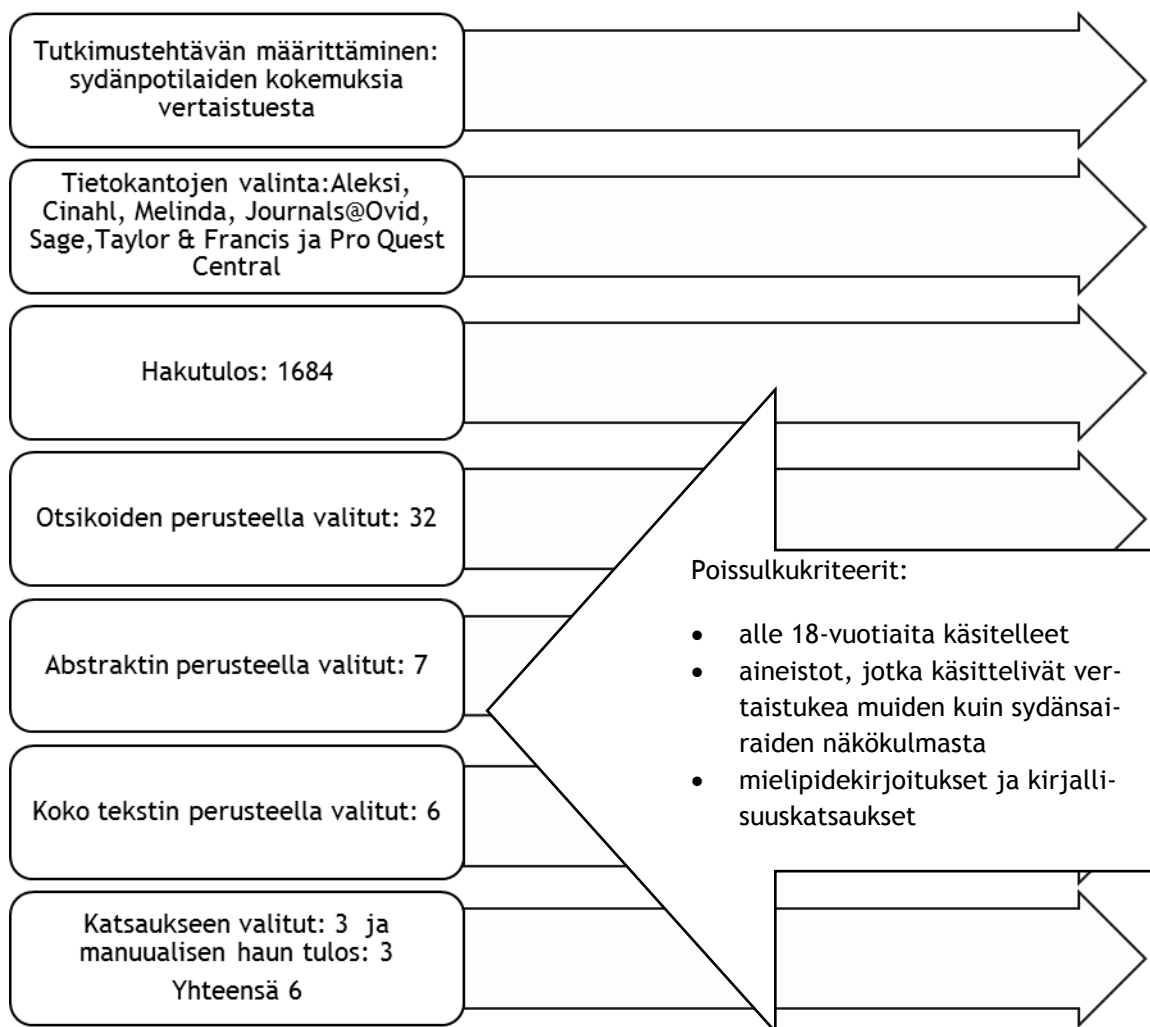
Tiedonhaku toteutettiin Nelli-tiedonhakuportaalin kautta, joka oli käytössä Laurea-ammattikorkeakoulun kautta. Aineistotietokannat valittiin niiden kuvausten ja koehakujen perusteella. Katsauksen tiedonhaut toteutettiin seitsemässä eri tietokannassa, jotka olivat Aleksis, CINAHL, Melinda, Journals@Ovid, SAGE, Pro Quest Central ja Taylor & Francis. Tämän lisäksi toteutettiin manuaalinen haku, minkä avulla tutkimusaineiston määrää täydennettiin.

Sisäänottokriteerejä valittiin neljä. Katsaukseen sisällytettiin vuosina 1999-2014 julkaistut englannin ja suomenkieliset aineistot, jotka löytyivät kokoteksteinä aineistotietokannoista ja vastasivat tutkimustehtävän aihepiiriä eli sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta. Poissulkkukriteerejä muodostui kolme; alle 18-vuotiaita henkilöitä käsitelleet julkaisut, aineistot, jotka käsitelivät vertaistukea muiden kuin sydänsairaiden ihmisten näkökulmasta sekä mielipidekirjoitukset ja kirjallisuuskatsaukset.

Otsikon perusteella katsaukseen valittiin 35 artikkelia. Seuraavaksi luettiin näiden artikkelien abstraktit. Abstraktien perusteella poissuljettiin ne artikkelit, joiden sisältö ei vastannut asetettuihin tutkimuskysymyksiin tai joiden luotettavuus laski tieteellisen pätevyyden puuttumisen vuoksi. Yhteensä yhdeksän artikkelia luettiin kokonaisuudessaan ja lopulliseen katsaukseen valittiin kuusi artikkelia. Valituista artikkeleista kolme oli manuaalisen haun tulosta. Kolme artikkelia poissuljettiin kokotekstin perusteella. Kokotekstin perusteella poissuljettiin artikkelit, jotka käsitelivät läheisten merkitystä sydänpotilaiden kuntoutumisessa tai jotka vertailivat sydänpotilaiden selviytymiskeinoja ja sosiaalisen tuen hyödyntämistä, mutta eivät vertaistuen näkökulmasta. Viimeinen poissuljettu artikkeli taas käsiteli sydänpotilaiden kuntoutumista ammattilaisten ohjaamassa ryhmässä, jonka painopiste ei ollut vertaistuessa vaan yksilöllisissä terveydellisissä tarpeissa, kuten painon- tai stressinhallinnassa. Kuvio 1 kokoaa yhteen tiedonhaun eri vaiheet.

Kuvio 1. Tiedonhaun eri vaiheet.





#### 4.3 Aineiston analysointimenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on tieteellinen tutkimusmuoto, jolla on useita lähestymistapoja, aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Niitä yhdistää tavoite löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaaminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ominaista on persoonakohtaisuus ja yksilöllisyys, jolloin kuvataan erityisesti tutkimuksen induktiivista luonnetta ja yksilön tuntemusten ja toiveiden kuuntelua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-50). Induktiivinen analyysi pyrkii luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Kvalitatiivisen tutkimuksen dynaamisuudella tarkoitetaan tutkimuksen muotoutumista prosessin aikana ja kontekstispesifisyys taas kuvaa tutkimuksen liittymistä tiettyihin tilanteisiin. Tämä vuoksi tutki-

muksessa tuotettu tulos on usein kontekstiin liittyvä ja yksityiskohtainen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.)

Kvalitatiivisella tutkimuksella on monenlaisia merkityksiä hoitotyölle. Terveystieteissä tarvitaan eri tavoin koostettua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista ja merkityksistä, joita ihmiset niille antavat. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys on sen mahdollisuus parantaa ymmärrystä tutkimusilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.)

Sisällön analyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä muodossa, mikä tarkoittaa sitä, että aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108). Oleellista on pyrkiä löytämään sisällöllisiä väittämiä, jotka kuvaavat jotain tutkittavan ilmiön osaa (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on luoda mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota hajanaisestä aineistosta. Aineiston analyysia tehdään tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa, ja se perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108.) Analyysillä pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 113).

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa analyysissä aineisto käsitellään karkeasti kolmevaiheisessa prosessissa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään, jota kutsutaan redusoinniksi. Aineistosta pyritään tässä vaiheessa karsimaan tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 110.) Tekstistä etsitään merkityksellisiä ilmauksia, joita voidaan myöhemmin hyödyntää raportoinnissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Valittu tutkimusaineisto käytiin jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalta erikseen systemaattisesti läpi. Artikkeleista poimittiin olennainen tieto kirjallisuuskatsauksen käytettäväksi ja tulosten löytämiseksi.

Seuraavaksi aineisto ryhmitellään, eli klusteroidaan. Aineistosta haetut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Tässä vaiheessa tulosten raportointia tutkimuskysymysten mukaan luokitellusta olennaisesta informaatiosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ja aineisto ryhmiteltiin niiden mukaan. Toisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen kohdalla, jotka käsitelivät ihmisten kokemuksia vertaistuesta ja sitä, kokivatko he hyötynensä vertaistuesta, aineisto ryhmiteltiin myös positiivisten ja negatiivisten ilmausten mukaan kahteen ryhmään.

Viimeinen vaihe on abstrahointi, jolloin teoreettinen käsitteistö luodaan. Tämä vaihe on liittämisen edellisten vaiheiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 119.) Siinä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätök-

siin. Tuloksissa esitetään aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteistö tai aineistoa kuvaavat teemat. Johtopäätösten tekemisessä pyritään ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät heidän omasta näkökulmastaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 110-112.) Kirjallisuuskatsauksen tulosten raportoinnin viimeisessä vaiheessa ryhmitellyistä ilmauksista luotiin yläkäsitteitä ja teemoja. Näiden perusteella pyrittiin tekemään johtopäätöksiä siitä, mitä asiat tutkittaville merkitsivät, ja saatiin vastaukset tutkimuksen alussa valittuihin tutkimuskysymyksiin. Tässä kirjallisuuskatsauksessa päädyttiin kirjoittamaan johtopäätökset eli tulokset tekstimuotoon, sillä tutkimusaineistoa oli vähän ja tulosten esittely oli tekstimuotoon kirjoitettuna johdonmukaista, selkeää ja tuloksissa pystyttiin tuomaan esille monipuolisesti eri näkökulmia.

## 5 Tulokset

### 5.1 Tutkimusten esittely

Kirjallisuuskatsauksen tulokset käytiin läpi tutkimuskysymysten perusteella. Jokainen tutkimuskysymys ja niiden tulokset eriteltiin omien otsikoiden alle. Ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli vertaistuen eri muotoja ja artikkeleiden kohderyhmiä. Toisessa tutkimuskysymyksessä kuvataan tutkimuksessa esiin nousseita sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta. Viimeisen tutkimuskysymyksen tulokset vastasivat kysymykseen: kokivatko tutkimushenkilöt hyötynensä vertaistuesta (LIITE 2).

### 5.2 Millaista vertaistukea sydänpotilaille on tarjottu?

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa viidessä artikkelissa tutkittiin vertaistukea kahdessa eri muodossa. Whittemore, Rankin, Leder ja Carroll 2000 ja Parry ym. 2009 sekä Heisler, ym. 2007 tutkivat puhelinmuotoista vertaistukea. Ryhmämuotoista vertaistukea tutkivat Stewart, Davidson, Meade, Hirth ja Weld-Viscount 2000, Hildingh ja Fridlund 2004 sekä Mosack ym. 2012.

Puhelinvertaistuki kesti keskimäärin yhdeksän viikkoa ja kaikissa tutkimuksissa vertaistukea antavat saivat lyhyen koulutuksen ennen ohjelman alkua. Heisler ym. 2007 tutkimuksessa kaikki osallistujat saivat tutkijoilta opastusta siinä, miten IVR-puhelinpalvelu, jota tutkimuksessa käytettiin, toimii. Lisäksi heille opetettiin kommunikaatiotekniikoita, kuten empaattista kuuntelua ja sitä, miten esittää kannustavia ja avoimia kysymyksiä. (Heisler ym. 2007, 3.) Whittemore ym. 2000 tutkimuksessa vertaistukea antavat saivat neljän tunnin koulutuksen sairaanhoitajilta (APN), jossa keskityttiin heidän roolinsa ja velvollisuuksiensa selkiyttämiseen (Whittemore ym. 2000, 5). Parry ym. (2009, 3) tutkimuksessa vertaistukea antavat saivat myös neljän tunnin koulutuksen. Sen sisältöä tutkimuksessa ei eritelty.

Seuraavassa on eritelty puhelinmuotoista vertaistukea saaneiden ja sitä antaneiden taustoja sekä vertaistuen painopisteitä. Heisler ym. (2007, 3-7) tutkimukseen osallistujilla oli hoitokontakti aluesairaalaan ja he sairastivat sydämenvajaatoimintaa, joka oli New York Heart Association -luokkaa II-IV. Puhelinvertaistuki oli IVR-välitteistä, jolloin puhelu ohjautui keskuksen kautta toiselle osapuolelle. IVR-välitteisen järjestelmän eduiksi mainittiin neljä asiaa: se varmisti, että kommunikaatio tapahtuu, oli maksuton ja anonyymi sekä mahdollisti ammattilaisen seurannan. Vertaistukiohjelmassa keskusteluilla ei ollut erityistä kaavaa. (Heisler ym. 2007, 3, 7.) Whittemore ym. 2000 tutkimuksen vertaistukea antavat henkilöt olivat 62-vuotiaita tai vanhempia, he olivat sairastaneet sydäninfarktin vuodesta kolmeen vuotta sitten ja olivat osallisena sydänterveyttä ylläpitävässä ohjelmassa. Vertaistukea saavat olivat sairastaneet sydäninfarktin. Vertaistuen teemat nousivat olettamuksesta, että sydäninfarktin jälkeen fyysiset ja emotionaaliset tarpeet liittyvät väsymykseen, vähentyneeseen kestävyYTEEN, oireiden hallintaan ja rajoittuneeseen avunsaantiin. (Whittemore 2000, 5.) Parry ym. (2009, 2-3) tutkimuksessa vertaistukea antavat olivat olleet sepelvaltimon ohitusleikkauksessa ja osallistuneet kuntoutusohjelmaan viiden vuoden sisällä. Vertaistukea saavat taas olivat kotiutumassa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta. Keskusteluissa painottuivat kivunhoidon ja liikunnan ohjaus sekä sydänkuntoutusohjelmaan osallistumiseen kannustaminen.

Ryhmämuotoisessa vertaistuessa koulutusta oli järjestetty vertaistukihenkilöille ainakin kahdessa tutkimuksessa. Stewart ym. 2000 tutkimuksen vertaistukiohjelma kesti 12 viikkoa ja sen järjestivät sekä ammattilainen että vertaistukihenkilö. Ryhmään osallistui kerralla keskimäärin kuusi henkilöä. Se järjestettiin kerran viikossa ja oli kestoltaan tunnin. Ryhmää veti ammattilainen ja pariskunta, jonka toinen osapuoli oli sairastanut sydäninfarktin vähintään vuosi sitten. Koulutus kesti päivän, ja siinä keskityttiin yhteistyön luomiseen ammattilaisen järjestäjän kanssa sekä informatiivisen, emotionaalisen ja validoivan tuen antamiseen ryhmässä. Apuna käytettiin roolileikkejä. (Stewart ym. 2000, 3-4.) Mosack ym. 2012 tutkimuksessa vertaistukea antoivat myös vertaistukihenkilöt ja ammattilaiset. Vertaistukihenkilöt pitivät kuukausittaisia tapaamisia kun taas ammattilaiset kolme seminaaria vertaistukiohjelman aikana. Tutkimuksessa vertaistukea antavat vertaistukihenkilöt saivat koulutusta pitkin ohjelmaa. Ennen ohjelman alkua he osallistuivat kahdeksan tunnin koulutukseen, jossa käytiin läpi tietoa verenpaineesta, sen itsehoidosta, terveystiedon välittämisestä, vertaisen roolista ja vetäjien tiimityöstä sekä opeteltiin käyttämään terveyden seurannan välineitä. Sen jälkeen pidettiin kuukausittain 90 minuutin koulutuksia ja neljän kuukauden jälkeen niitä pidettiin joka toinen kuukausi kahdeksan kuukauden ajan. (Mosack ym. 2012, 4.) Hildingh & Fridlund 2004 tutkimuksen vetäjien mahdollisesta koulutuksesta vertaistukitoimintaan ei ollut mainintaa. Heidät oli valittu toimintaan omakohtaisen määrittelemättömän sydänsairauden perusteella. (Hildingh & Fridlund 2004, 2.)

Mosack ym. 2012 tutkimuksessa vertaistukiryhmissä keskityttiin edukaatioon, terveyden seurannan välineiden käyttämisen opettelemiseen ja keskusteluun. Tarkoituksena oli parantaa ja helpottaa verenpainetaudin itsehoitoa. Kohderyhmänä olivat Wisconsinin Veteran service organizations -järjestön sotaveteraanit, joilla oli korkea verenpaine. (Mosack ym. 2012, 3.) Stewart ym. 2000 tutkimuksen kohderyhmänä olivat ensimmäisestä sydäninfarktista selvinneet henkilöt, jotka oli kotiutettu sairaalasta alle kuusi kuukautta sitten sekä heidän aviopuolisonsa. Pariskunnille suunnatuissa ryhmissä vertaistuki oli informatiivista, emotionaalista ja validoivaa. Aiheet keskittyivät selviytymisstrategioihin ja siihen, kuinka kohdata sydäninfarktin jälkeiseen elämään liittyviä stressaavia tilanteita. (Stewart ym. 2000, 1, 3-4.) Hildingh & Fridlund 2004 tutkimuksessa vertaistukihenkilöt tarjosivat seitsemää eri toimintamuotoa, jotka olivat liikunta, painon- ja stressinhallinta, keskustelu, elvytys sekä tupakoinnin lopettaminen ja erilaiset luennot. Vertaistukea saaneilla oli taustalla sairastettu sydäninfarkti, heille oli tehty pallolaajennus tai sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. (Hildingh & Fridlund 2004, 2.)

Vertaistuen muotoja oli kahdenlaista, puhelinvälitteistä ja ryhmämuotoista. Kolme tutkimusta käsitteli puhelintukea ja kolme ryhmämuotoista vertaistukea. Yhden tutkimuksen painopiste oli vertaistukihenkilöiden kokemuksissa, viiden tutkimuksen painopiste oli vertaistukea saaneiden kokemuksissa. Näistä yksi käsitteli sekä sydänpotilaan että tämän puolison näkökulmaa. Kahdessa vertaistukea saaneiden kokemuksiin painottuvassa tutkimuksessa oli otettu mukaan verrokkiryhmä, joka ei ollut vertaistuen piirissä.

Viidessä tutkimuksessa käsiteltiin psyykkistä tai emotionaalista tukea. Myös oireidenhallinta ja itsehoito oli mukana viiden tutkimuksen tuloksissa. Neljässä artikkelissa mainittiin, että edukaatio oli yksi vertaistuen muoto. Kolmessa artikkelissa vertaistukihenkilöt saivat tukea fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tai liikunnan harrastamiseen. Lisäksi yhteistä tutkimuksissa oli elintapaohjaus, esimerkiksi tupakoinnin lopettamisessa sekä painon- ja stressinhallinnassa.

### 5.3 Millaisia kokemuksia sydänpotilailla on vertaistuesta?

Parryn ym. 2009 tutkimuksessa kaikki vertaistukea saaneet kokivat, etteivät ole yksin asiansa kanssa ja että vertaistukea antava henkilö kohteli kunnioittavasti. 98 % mielestä heidän huoliaan ja tunteitaan kuunneltiin ja he saivat käytännön informaatiota. Vertaistuki vähensi keskimäärin kivun kokemusta ja sen ansiosta oli vähemmän ongelmia kävelemisessä ja suhteissa muihin. Se paransi fyysistä toimintakykyä ja lisäsi sydänkuntoutusohjelmaan hakeutumista. (Parry ym. 2009, 4.)

Heilserin ym. 2007 tutkimuksessa vertaistukea saaneiden masennusoireet helpottivat keskimäärin huomattavasti. Vertaistukea saaneet pitivät siitä, että he kokivat itsensä normaaleiksi. He kokivat positiivisina asioina toveruuden tunteen, mahdollisuuden auttaa muita ja sen,

että voivat puhua toisen ihmisen kanssa, joilla on samankaltaisia terveysongelmia. Joillain osallistujilla vertaistukisuhde eteni kaveruuden tasolle. Negatiivisina asioina mainittiin muun muassa se, että ohjelman aikana ei ollut mahdollisuutta keskustella sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa esiin nousseista kysymyksistä. (Heisler 2007, 5-6.)

Whittemoren ym. 2000 tutkimuksessa tutkittiin vertaistukihenkilöiden kokemuksia. Muiden auttaminen nousi tärkeimmäksi tekijäksi heidän roolissaan, ja sen toteutuminen oli suoraan yhteydessä koettuun tyytyväisyyteen. Auttaminen tuli esille muun muassa neuvomisena ja ongelmanratkaisuna, vertaistukea saavan asioiden ajamisena sekä pelon vähentämisenä. Vastavuoroinen sairauden ja siitä toipumisen jakaminen sekä mahdollisuus puhua muista ongelmista koettiin heidän rooliaan vahvistavana tekijänä. Kääntöpuolena ilmeni joissain tapauksissa haavoittuvuutta, kun vertaistukihenkilölle palautuivat mieleen omat hankalat kokemukset sekä suhteen katkaisemisen vaikeus ohjelman päätösvaiheessa. Monien vertaistukihenkilöiden huomattiin omistautuvat ohjelmalle ja toimivan vastuullisesti. He halusivat kokea henkilökohtaista menestystä. Kuitenkin kolme alkuperäisestä 13 jättäytyivät ohjelmasta sitoutumattomuuden vuoksi pois. (Whittemore 2000, 8-12.)

Stewartin ym. 2000 pariskuntia koskevan tutkimuksen tuloksissa oli kolme teemaa: sosiaalinen vertailu, -vaihto ja -kokemus. Sosiaalinen vertailu auttoi osallistujia kokemaan, etteivät ole yksin ja että he pärjäävät. Lisäksi se validoi heidän tunteitaan. Vertailun kohteena oli muun muassa selviytymistrategiat toimimiseen terveydenhuollon henkilöstön kanssa, ruokavaliomuutoksiin, tunteisiin ja aktiivisuuden muokkaamiseen. Joissain ryhmissä samankaltaisuuden puute heikensi sosiaalisen vertailun mahdollisuutta. Osallistujat kokivat, että he sanoittivat yleisiä huolia ja jakoivat niihin mahdollisia ratkaisuja. Tämä edisti tasavertaisuuden ja vastavuoroisuuden tunnetta. Sosiaalinen oppiminen ilmeni niin, että osallistujat oppivat itsestään ja omasta käyttäytymisestään seuraamalla muita ja vaihtamalla kokemuseräistä tietoa. Pariskunnat oppivat arvostamaan puolisonsa näkökulmaa. Tässä tutkimuksessa tarjottiin informatiivista, vahvistavaa ja emotionaalista vertaistukea. Informatiivista tukea saatiin kirjallisesti sekä muilta vertaistukihenkilöiltä. Vahvistava tuki auttoi sydänsairaita huomaamaan, etteivät he ole yksin ja että heidän emotionaaliset reaktionsa ovat yleisiä. Emotionaalisen tuen ansiosta osallistujat kokivat, että heitä ymmärrettiin. Ammattilainen järjestäjä loi myös toivoa elämän palautumisesta normaaliksi. (Stewart ym. 2000, 5-6.)

Mosackin ym. 2012 tutkimuksessa tutkittiin sitoutumista vertaistukiryhmään. Tuloksissa käy ilmi, että vertaistukea saaneiden terveystietoisuus ja -valveutuneisuus lisääntyi, mikä edisti kontrollintunnetta. Monien terveydentila parani ja he tekivät elämäntapamuutoksia. Terveysteen liittyviä keskusteluja käytiin enemmän, ja niistä tuli luonnollisempia. Useat osallistujat aktivoituivat pitämään omia terveystietoja ja jakamaan saamiaan materiaaleja eteenpäin. Ryhmän vetäjän innostuneisuus vaikutti osallistujien ryhmään sitoutumiseen. Kumppanuuden

tunne oli oleellinen kokemus, mitä edisti osallistujien veteraanitausta. Käytännönläheiset ohjeet otettiin hyvin vastaan. Osa osallistujista koki olevansa liian iäkkäitä, minkä vuoksi uusien asioiden oppiminen ei enää ollut mahdollista ja toisille henkilökohtaisten asioiden jakaminen tuntui epämukavalta. Jotkut osallistujista puolestaan eivät nähneet projektia relevanttina. Osalla osallistujista oli myös kokemus, että tietoa annettiin liikaa tai se ei ollut ymmärrettävää. (Mosack 2012, 6-10.)

Hildinghin ja Fridlundin 2004 tutkimuksessa vertailtiin vertaistukea saaneita ja siitä kieltäytyneitä henkilöitä. Vertaistukea saaneet kokivat enemmän levottomuutta, sydämen tykyttelyä, väsymystä, lihasheikkoutta ja kipua. Kolmen vuoden päästä vertaistukea saaneista 71% liikkui useamman kerran viikossa, mikä oli 31% enemmän kuin verrokkiryhmän vastaava luku. Vastavasti kolmen vuoden päästä vertaistukea saaneet tupakoivat vähemmän; 6% vertaistukea saaneista ja 20% verrokkiryhmäläisistä tupakoi. Vertaistukea saaneet kokivat myös saaneensa enemmän sosiaalista tukea erilaisten ryhmien jäseniltä sekä omaavansa laajemman sosiaalisen tukiverkoston verrattuna vertaistuesta kieltäytyneisiin. (Hildingh & Fridlund 2004, 4.)

Tutkimusten tuloksissa oli paljon yhteneväisyyksiä. Kaikissa tutkimuksissa saatiin sosiaalista tukea keskustelemalla. Viidessä tutkimuksessa vertaistukihenkilöt kokivat saaneensa puhua huolistaan, tunteistaan tai terveyteen liittyvistä asioista. Kolmessa tutkimuksessa mainittiin normaaliuden kokemus; tunne siitä että ei ole yksin. Kolmessa tutkimuksessa nostettiin esille myös vastavuoroisuus. Toveruuden kokemus tuotiin esille kahdessa tutkimuksessa. Negatiivisissa kokemuksissa ei tutkimusten välillä esiintynyt merkittäviä yhteneväisyyksiä.

#### 5.4 Kokevatko sydänpotilaat hyötynensä vertaistuesta?

Parry ym. 2009 tutkimuksen osallistujista 98 % oli tyytyväisiä vertaistukikokemukseensa ja 100 % piti puhelinmuotoisesta vertaistuesta (Parry ym. 2009, 4.) Heisler ym. 2007 tutkimuksessa 75 % olisi tyytyväisempiä terveydenhuoltoonsa, mikäli vertaistukea olisi tarjolla, 70 % koki vertaistuen edistävän sydämen vajaatoiminnan oireiden hallintaa, 60 % koki vertaistukihenkilönsä auttaneen itsehoidon parantamisessa ja kaikki osallistujat kehoittaisivat muita potilaita osallistumaan samankaltaiseen vertaistukiohjelmaan. Joidenkin mielestä pelkkä vertaistuki ei kuitenkaan ollut riittävää vaikuttamaan itsehoitoisuuteen. Kaksi paria toi esille heidän sairautensa eriateisen vakavuuden, minkä vuoksi laadukasta vertaistukisuhdetta ei muodostunut. (Heisler ym. 2007, 5-6.) Whittemore ym. 2000 tutkimuksessa vertaistukea antaneet kokivat hyötynensä oman terveystyötytymisensä lisääntyneestä tiedostamisesta. Hyödyllisenä he kokivat lisäksi vastavuoroisuuden ja vertaistukea saaneiden antamat tunnustukset ponnistuksista ja osallisuudesta. (Whittemore ym. 2000, 14.) Stewart ym. 2000 tutkimuksen useimmat pariskunnat kokivat suhteensa parantuneen, muun muassa kommunikaatio parani ja ymmärrys sekä hyväksyntä lisääntyivät. Lisäksi selviytyminen, itsevarmuus ja tulevaisuuden näkymät

paranivat. (Stewart ym. 2000, 7.) Mosack ym. 2012 tutkimuksen tulokset osoittavat, että opetusmuotoinen vertaistuki otettiin vastaan hyvin kun taas itsehoidon kontrollivälineiden opastus aiheutti sekalaisia reaktioita, johtuen osaltaan välineiden toimimattomuudesta. Vapaa- muotoisempien välineiden, kuten askelmittarin ja dosetin ohjeistus taas otettiin erittäin hyvin vastaan. (Mosack ym. 2012, 9.) Hildingh & Fridlund 2004 tutkimuksen tuloksissa ei kerrota suoraan osallistujien kokemuksista.

Yhteenvetona voi todeta, että viidessä tutkimuksessa mainittiin suoraan, että tutkimushenkilöt kokivat hyötynsä vertaistuesta. Yhden artikkelin tulososiossa ei kuitenkaan vastattu tähän tutkimuskysymykseen näkyvästi, mutta edellisessä kappaleessa esitettyjen tilastojen perusteella voidaan olettaa, että vertaistuki koettiin hyödylliseksi. Tutkimusten erilaisten painopisteiden ja käytettyjen mittareiden vuoksi koetut hyödyt olivat keskenään erilaisia.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimusprosessin arviointi

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli prosessina ryhmän jäsenille täysin vieras, siksi olikin tärkeää ennen prosessin aloittamista perehtyä sen sääntöihin ja ohjeisiin huolellisesti, jotta opinnäytetyö tulisi luotettava. Prosessin ensimmäinen vaihe oli opinnäytetyön aiheen valinta. Opinnäytetyön aihetta valittaessa oli tärkeää, että ryhmän jokainen jäsen oli aiheesta kiinnostunut ja motivoitunut tutkimaan aihetta. Työn ensimmäisessä vaiheessa perehdyttiin aiheeseen liittyvään tieteelliseen teoriaan itsenäisesti ja yhdessä. Teoriaa aiheesta löytyi opinnäytetyön laajuuteen nähden riittävästi ja ryhmän jäsenillä oli kokemusta tiedonhausta sekä tiedon referoimisesta ja jäsentämisestä. Teoreettinen viitekehys oli näin ollen vaivaton laatia. Tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoitteet, tutkimustehtävä sekä -kysymykset laadittiin yhdessä yhteistyökumppani EJY:n kanssa. Tavoitteet ja tutkimustehtävä olivat selkeitä heti työn alussa, mutta tutkimuskysymyksiä muokattiin useampaan otteeseen vielä ennen systemaattista tiedonhakua, jotta ne vastaisivat täsmällisesti tavoitteisiin ja tutkimustehtävään.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa selvitettiin erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Ohjauksen avulla ja teorian perusteella päädyttiin etsimään tietoa hakukoneilla viitetietokannoista sekä työn kattavuuden lisäämiseksi manuaalisella tiedonhaualla. Ennen tiedonhakua määriteltiin opinnäytetyötä parhaiten palvelevat hakutermit sekä tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tiedonhaut suoritettiin vähintään kahdella eri tietokoneella samanaikaisesti samoilla hakukoneilla ja hakukriteereillä. Artikkeliviitekantojen hakutulokset yllättivät. Sydänsairaiden vertaistuesta löytyi vähän tutkimustietoa, mutta ilman sydänpotilaisiin rajaamista hakutuloksia olisi ollut huomattavasti suurempi määrä. Esimerkiksi suomalaisista tietokannoista ei juurikaan löytynyt tieteellisesti pätevää aineistoa.



Tutkimusten lukeminen ja sisällön erittelemineen olivat haastavaa, sillä kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä. Tutkimukset oli toteutettu ulkomailla, joten niiden rakenne poikkesi suomalaisista tieteellisistä tutkimuksista. Tutkimusten sisäistämiseksi haastetta lisäsi se, että ulkomailla tehdyt tutkimukset käsittelevät vertaistukea, joka oli toteutettu kyseisen maan terveydenhuoltojärjestelmän ehdoilla. Näin ollen analysointivaiheessa jouduttiin käyttämään aikaa näiden järjestelmien ymmärtämiseen.

Tutkimustulosten raportointi vaati keskittymistä, mutta oli mielenkiintoista ja palkitsevaa, sillä sen avulla pystyttiin tuottamaan sellaista tietoa, mitä voidaan hyödyntää vertaistuen käyttöönottamisessa ja terveydenhuollon kehittämisessä. Tutkimustulosten raportointivaiheessa oli kiinnostavaa huomata, että tutkimustulokset olivat sen kaltaisia, mitä oli prosessin alussa ajateltu. Opinnäytetyöprosessin myötä opittiin kuitenkin laaja-alaisemmin vertaistuesta ilmiönä. Lisäksi tutkimusprosessin aikana sisäistettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen perusedellytykset ja asiantuntijuus valitusta opinnäytetyön aiheesta kehittyi.

## 6.2 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyöprosessin aikana tehtiin havaintoja siitä, miten vertaistukea olisi tuloksellista tutkia jatkossa. Jatkotutkimusehdotuksena olisi tehdä lisää sekä määrällisesti että laadullisesti päteviä tutkimuksia. Monissa luetuissa artikkeleissa otanta oli suhteellisen pieni, jolloin tulosten yleistettävyyks kärsi. Opinnäytetyötä tehdessä kaipaamaan jäätin myös tutkittua tietoa, joka perustuisi laadullisiin lähtökohtiin. Kirjallisuuskatsaukseen valituissa artikkeleissa oli tarkasti asetetut raamit, joiden pohjalta informaatiota kerättiin. Laadulliselle tutkimukselle ominainen yksilöllisten kokemusten näkyväksi tekeminen jäi opinnäytetyön tekijöiden mielestä rajoittuneeksi. Kaivattaisiin siis lisää tutkimusta, missä tutkittavat henkilöt pääsisivät itse vapaamuotoisesti tuottamaan sanallista tietoa omista kokemuksistaan.

Yhtään suomalaista tutkimusta sydänpotilaiden vertaistuesta ei myöskään löytynyt. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä tarvetta suomalaiselle tutkimukselle olisi, sillä terveydenhuollon rakenteissa on eroja ja kulttuuriset erot vaikuttavat ihmisten kokemusmaailmaan.

EJY:n tavoitteena on liittää vertaistukitoiminta osaksi julkista terveydenhuoltoa kansallisella tasolla. Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta ei voida kuitenkaan vastata siihen kysymykseen, onko vertaistukitoiminnan kehittäminen kustannustehokasta. Olisi siis hyvä tutkia sitä, miten vertaistukitoiminta vähentäisi terveydenhuollon kustannuksia ja miten toiminta voitaisiin toteuttaa tehokkaasti ja vaikuttavasti.

Tiedonhakua tehdessä huomattiin, että ilman sydänpotilaisiin rajaamista, tutkimuksia löytyi paljon. Suurin osa tutkimuksista käsitteli psykiatrian piirissä olevia aiheita. Somaattisesti sairastuneille suuntautunutta vertaistukea oli tutkittu suppeasti. Tietoa löytyi muun muassa AIDS potilaiden, diabetespotilaiden ja syöpäpotilaiden vertaistuesta, mutta vertaistuen vaikuttavuudesta muihin somaattisesti sairastuneisiin potilasryhmiin voisi olla hyödyllistä tutkia enemmän. Näin lisättäisiin edelleen kolmannen sektorin ja julkisen sektorin linkittymistä toisiinsa ja vertaistuen juurtumista osaksi julkisen terveydenhuollon rakenteita.

### 6.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus sekä eettiset kysymykset tutkimusta tehtäessä ovat merkittäviä. Epäonnistuminen niissä voi pahimmillaan viedä koko tutkimukselta pohjan. Opinnäytetyötä tehtäessä onkin siis perehdyttävä hyvin tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisiin kysymyksiin. Tutkimuksen luotettavuutta sekä eettisyyttä voidaan arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tutkimuksen tutkittavan ilmiön tulee olla nimettynä selkeästi ja ymmärrettävästi. Tutkimukselle tulisi olla tarvetta, tarpeen on oltava perusteltua ja aihe oikeutettu eettisesti, mikä tarkoittaa ettei pelkkä uteliaisuus aiheita kohtaan riitä syyksi tutkimukselle. (Kylmä & Juvakka 2007, 130-133.) Tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien tulee olla selkeät ja riittävän perustellut. Aineistonkeruumenetelmän valinta tulee olla eettisesti valittu, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimukseen valitun aineiston tulee vastata tutkimuskysymyksiin ja antaa sitä tietoa mitä tutkimukseen halutaan saada. (Kylmä & Juvakka 2007, 146-147.)

Aineistonkeruumenetelmä sekä aineiston analyysi ja niiden vaiheet on kerrottava kattavasti ja tarkasti (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365). Eettisesti toteutettuun tutkimukseen vaaditaan sen tekijältä myös riittävää taustatietoa aiheesta sekä edellytetään tiedollisia ja taidollisia valmiuksia tutkimuksen tekemiseen. Uuden informaation hankkimisen on oltava tutkijalle aidosti tärkeää ja kiinnostavaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 144-146.) Tutkittavaan tietoon ja muiden tutkijoiden tuloksiin sekä saavutuksiin tulee suhtautua kunnioittavasti. Käytetty aikaisempi kirjallisuus tulee olla tarkasti ja eettisesti valittua. (Kylmä & Juvakka 2007, 146-147.) Tutkimusaiheen ja tutkimusmenetelmänvalinnan yhteydessä tutkija valitsee myös tutkimuskohteen. Tällöin on myös muistettava, että on eettisesti tärkeää, ettei tutkimusaihe ja tutkimusmenetelmä saa loukata ketään eikä väheksyä tutkimuskohdetta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288.)

Tutkimustulokset on raportoitava eettisesti, rehellisesti ja niin, että niitä voidaan hyödyntää (Kylmä & Juvakka 2007, 130-133). Raportoinnissa on eettistä huomioida tarkoin käytettyjen lähteiden merkitseminen tutkimukseen; plagiointia eli toisen henkilön kirjoittaman tekstin

suoraa lainaamista on kaikin tavoin vältettävä ja tutkimustulokset on rehellisesti julkaistava ilman vääristelyä. On tärkeää, että raportista ilmenee tutkimuksen kaikki työvaiheet, jolloin voidaan tarkoin osoittaa, miten tuloksiin on päästy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

Opinnäytetyön aiheeksi valittiin sydänsairaiden vertaistuki ja tutkimus menetelmäksi taas systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sen avulla pyrittiin teoriaan perustuen selvittämään, millaisia kokemuksia sydänpotilailla on vertaistuesta. Tutkimustulokset on siis haettu teoriasta, eikä esimerkiksi haastatteleamalla tiettyä potilasryhmää. Näin ollen ei ole ollut tarvetta suojata tutkimuskohteen yksityisyyttä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tutkittua tietoa vertaistuen kokemuksellisuudesta, vaikuttavuudesta ja tärkeydestä, mitkä omalta osaltaan olisivat myötävaikuttamassa vertaistuen sisällyttämisessä hoitokulttuuriin. Tarkoituksena oli myös löytää kehityskohtia teveydenhuoltoon sekä yhteistyökumppanillemme EJY:lle heidän hankkeeseensa.

Hyvään tieteelliseen tutkimuskäytäntöön kuuluu pyrkimys tuottaa niin laadullista ja luotettavaa tietoa kuin pystyy. Luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnin perustana voi käyttää neljää osa-aluetta, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tutkimusprosessi ja tulokset on analysoitu ja kuvattu niin kattavasti, rehellisesti, tarkasti ja selkeästi, että lukija ymmärtää koko tutkimusprosessin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 160.) Uskottavuutta voidaan vahvistaa antamalla tutkimus vertaisarvioitavaksi toiselle tutkijalle, joka tutkii samaa aihetta tai aineistotriangulaatiolla eli tutkimalla samaa ilmiötä eri näkökulmista. Vahvistettavuutta lisää tutkimusprosessin läpinäkyvyys, jolloin työhön mahdollisesti tehdyt muutokset ja niiden syyt jätetään nähtäviksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja eettisyyttä voidaan arvioida edellä mainittujen kriteerien pohjalta. Kirjallisuuskatsauksen uskottavuuteen vaikutti se, että tutkimuksen jokainen vaihe kirjoitettiin selkeästi niin, että lukija kykenee ymmärtämään tutkimuksen eri vaiheet. Näiden vaiheiden kirjoittaminen rehellisesti oli eettisesti tärkeää, jotta lukija kykenisi luottamaan opinnäytetyön tiedon oikeellisuuteen. Opinnäytetyön laajuus oli sen verran suppea, että aineistotriangulaatiota ei tehty, vaan kirjallisuuskatsaus tehtiin tutkimuksen alussa asetettujen tutkimuskysymysten pohjalta. Tämä osaltaan laski katsauksen uskottavuutta. Opinnäytetyön uskottavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön esittelyvaiheessa katsaus opponoitiin, eli sen arvioivat vertaistutkijat. Opponoijat olivat opiskelijoita, jotka eivät kuitenkaan tutkineet samaa aihetta, joten heidän kykynsä opponoida asiantuntevasti tässä katsauksessa käsiteltyä aihetta, oli vähäistä. Uskottavuutta vähensi se, että kirjallisuuskatsauksessa ei käyty aktiivista keskustelua aikaisempiin tutkimuksiin osallistuvien henkilöiden kanssa. Kirjallisuuskatsauksen tulosten paikkansapitävyyttä ei siis voitu tarkistaa.

Opinnäytetyö kirjoitettiin läpinäkyväksi, niin että se on vahvistettavissa. Katsauksessa kuvattiin aineistonkeruun eri vaiheet sekä perusteltiin hakutermit, mukaanotetut ja poissuljetut artikkelit. Vahvistettavuutta vähensi se, että tiedonhakuvaiheessa huomattiin, että tietokannat antoivat vaihtelevia tuloksia siitäkin riippumatta, että hakutermit ja rajaukset pyrittiin asettamaan joka kerta identtisiksi. Esimerkiksi hakuja tehtäessä eri tietokoneilla tai eri päivinä, haut johtivat ajoittain eri tuloksiin. Tiedonhaun viimeisessä vaiheessa tehtiin myös manuaalinen haku artikkelien määrän täydentämiseksi. Tämä vähensi vahvistettavuutta, sillä hakua ei suoritettu systemaattisesti.

Refleksiivisyys tulee ilmi omien lähtökohtien ymmärtämisessä ja siinä, että huomioi ja käsittelee oman vaikutuksensa tutkimusprosessiin ja aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimusprosessissa otettiin huomioon tekijöiden kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Sen vuoksi tiedonhaussa suoritettiin koehakuja ja haettiin ohjausta katsauksen teon eri vaiheissa. Refleksiivisyyttä lisäsi opinnäytetyön tekijöiden kyky ymmärtää oma kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemisessä.

Akateeminen luku- ja kirjoitustaito on yksi luotettavan ja laadukkaan tutkimuksen piirteitä, ja se edellyttää tutkimusmenetelmien ja toimintatapojen tuntemusta sekä kykyä tuottaa tieteellistä tekstiä. Tieteellinen ajattelu edellyttää kykyä arvioida kriittisesti tieteellisiä tekstejä sekä kykyä reflektoida omaa ajattelua ja toimintaa. Tieto tulee nähdä suhteellisena ja tulkittavissa olevana. Tiedon käsittelyssä tulee ymmärtää oman ajattelun rajoitukset. Tutkimustaitojen oppiminen on monimutkainen prosessi, joten tieteellisen kirjoittamisen taito kehittyy harjoittelun tuloksena ja kun oma asiantuntemus omasta alasta syvenee. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2013, 155-159.) Opinnäytetyö oli sen tekijöiden ensimmäinen tieteellinen tutkimus, minkä vuoksi haasteena oli tuottaa luotettavaa akateemista tekstiä, joka perustuisi tieteellisen tutkimuksen teon osaamiseen. Opinnäytetyössä näkyy siis sen tekijöiden vähäinen kokemus tutkimusten tekemisestä. Tekijät suhtautuivat muiden tutkijoiden teksteihin sekä tuloksiin kunnioittavasti, käyttäen niitä työssään vääristelemättä.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti heikentävästi opinnäytetyön tekijöiden vähäinen taustatieto tutkittavasta aiheesta. Opinnäytetyössä tutkittiin vertaistukea, jota opinnäytetyön tekijät eivät olleet aiemmin tutkineet. Sen sijaan sydänsairaudet ja terveydenhuoltojärjestelmä eri sektoreineen olivat opinnäytetyön tekijöille opintojen aikana käyneet jonkin verran tutuiksi. Katsauksen eri osa-alueita kierrätettiin opiskelijoiden kesken niin, että teksti täydentyi monesta eri näkökulmasta ja useista eri lähteistä.

Tutkimuksen siirrettävyys viittaa siihen, miten hyvin tuloksia voidaan siirtää muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimuksen siirrettävyys voidaan ymmär-

tää tutkimuksen kykynä siirtää tutkimuksen tulokset ja tulkinnat tutkimuksesta sen ulkopuolelle ryhmään, tilanteisiin tai ilmiöön. Tämä yleistäminen ei ole itsestäänselvä seuraus hyvistä valinnoista prosessin aikana, vaan se perustuu tutkimusasetelmaan, tutkimuskohteiden valintaan, aineiston laatuun ja määrään sekä yhteyteen muihin tutkimuksiin ja teoreettisiin keskusteluihin. (Ronkainen ym. 2013, 143.) Sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla artikkelit rajattiin huolellisesti niin, että niiden sisältö ja tulokset vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut artikkelit ja niiden tulokset olivat melko samanlaisia, vaikka tutkimusten ajankohdat, painopisteet ja kohderyhmät erosivat toisistaan, lukuun ottamatta yhtä tutkimusta, jonka tuloksissa ei eritelty kokemuksellisuutta, vaan keskityttiin tilastollisiin lukuihin.

Kirjallisuuskatsauksen siirrettävyyttä ja yleistettävyyttä lisäsi artikkeleiden laatu. Artikkeleissa käytiin teoreettista keskustelua aiempien tutkimusten tuloksista. Artikkeleissa oli melko huolellisesti valittu tutkimushenkilöt, tutkimuskysymykset olivat selkeät ja tuloksissa vastattiin asetettuihin kysymyksiin. Lisäksi artikkeleissa tutkimuksen eri vaiheet oli kirjoitettu läpinäkyviksi. Artikkeleiden lopussa oli keskustelua tutkimusten pätevyydestä ja yleistettävyydestä sekä tarpeesta uusille tutkimuksille, mitkä lisäsivät luotettavuutta. Yleistettävyyttä vähensi erityisesti artikkeleiden määrä. Tiedonhaun perusteella löytyi vähän artikkeleita, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, olivat ajankohtaisia ja perustuivat sisäänottokriteereihin. Ronkainen ym. ovat kirjoittaneet, että vaikka tieto pyrki kuvaamaan ilmiötä, se ei koskaan ole itse ilmiö. Tiedon ja tutkittavien maailma ei vastaa ilmiön itsensä maailmaa. (Ronkainen ym. 2013, 143.) Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan sydänpotilaiden kokemuksia vertaistuesta potilaiden antamien yksilöllisten merkitysten kautta, joten tarkoituksena ei siis ollut luoda yleistettävissä olevaa selitystä tutkittavasta ilmiöstä. Tämä kuvaa opinnäytetyön kvalitatiivisen tutkimuksen luonnetta.

Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi tutkimustulokset on analysoitava eettisesti, huolellisesti ja rehellisesti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Opinnäytetyössä oli kolme tekijää, ja jokainen osanottaja pyrki prosessin eri vaiheissa arvioimaan työn huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tarkastelemaan kriittisesti omaa ja toisten tekemää työtä. Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa pyrittiin huolellisuuteen käyttämällä apuna kirjallisia ohjeita kirjallisuuskatsauksen tekemisestä ja perustelevaan eri vaiheissa tehdyt päätökset tutkittuun tietoon nojaten. Kirjallisuuskatsauksen reliabiliteetti eli menetelmän tarkkuus on yhteydessä huolellisuuteen. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka yhdenmukaisesti mittaus on suoritettu ja kuinka johdonmukaisesti mittari on toiminut. Kaikki mittarit ovat osittain epätarkkoja ja mittaukseen sisältyy aina virheitä. (Ronkainen ym. 2013, 131.) Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt menetelmät pysyivät vakioina ja johdonmukaisina tiedonhaun ja tutkimustulosten analysoinnin eri vaiheissa. Tulosten kirjoittamisessa

käännöksissä pyrittiin tarkkuuteen, eli haettiin englanninkielisille sanoille täsmälliset suomenkieliset vastineet. Näin menetelmän virheellisyyttä pyrittiin estämään.

## Lähteet

- Aluehallintovirasto. 2013. Toiminta ja tehtävät. Viitattu 4.10.2013.  
<http://www.avi.fi/web/avi/toiminta-ja-tehtavat#.Uk7d6VryXIU>
- Centre for Reviews and Dissemination. 2008. Systematic Reviews CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Viitattu 10.5.2014  
[http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic\\_Reviews.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf)
- Eloranta, S., Vähätalo, M. & Johansson K. 2014. Avannepotilaan ohjauksessa korostuu voimavaraistuminen. Viitattu 13.2.2014.  
[https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3\\_08/ajankohtaiskirjoitus/avannepotilaan\\_ohjauksessa\\_koros/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_08/ajankohtaiskirjoitus/avannepotilaan_ohjauksessa_koros/)
- Espoolaiset.fi. 2013 a. EJY ry. Viitattu 2.11.2013. <http://www.espoolaiset.fi/fi/ejy/>
- Espoolaiset.fi. 2013 b. Kehittäminen. Viitattu 2.11.2013.  
<http://www.espoolaiset.fi/fi/ejy/kehittaminen/>
- Espoolaiset.fi. 2013 c. Vertaisresepti. Viitattu 2.11.2013.  
<http://www.espoolaiset.fi/fi/ejy/kehittaminen/vertaisresepti/>
- Finlex. 2013. 17.3.1995/365 Kuntalaki. Viitattu 4.10.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kunta>
- Fletcher, K. 2012. Veterans service organization engagement in 'POWER,' a peer-led hypertension intervention. Tulostettu 12.6.2014.
- Haarni, I. & Alanko, A. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita.
- Heinonen, T. 2013 a. Vertaisresepti. Päivitetty hankesuunnitelmuksille 2014-2016.
- Heinonen, T. 2013 b. TOIVO-vertaistukea sydänpotilaille Jorvin sairaalassa.
- Heisler, M., Halasyamani, L., Resnicow, K., Neaton, M., Shanahan, J., Brown, S. & Piette, J. 2007. "I Am Not Alone": The Feasibility and Acceptability of Interactive Voice Response-Facilitated Telephone Peer Support Among Older Adults With Heart Failure. Tulostettu 10.6.2014.
- Helander, V. & Laaksonen, H. 1999. Suomalainen kolmas sektori (tiivistelmä). Viitattu 5.2.2014. [http://www.kansalaisyhteiskunta.fi/tietopalvelu/jarjesto-ja\\_yhdistystoiminta/suomalainen\\_kolmas\\_sektori](http://www.kansalaisyhteiskunta.fi/tietopalvelu/jarjesto-ja_yhdistystoiminta/suomalainen_kolmas_sektori)
- Hildingh, C. & Fridlund, B. 2004. A 2-year follow-up of participation in peer support groups after cardiac event. Tulostettu 1.7.2014.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hoidokki. 2014. Hoitotyönsanasto. Viitattu 10.5.2014.  
[http://www.shks.fi/hoidokki\\_hoitotyon\\_asiasanasto-/](http://www.shks.fi/hoidokki_hoitotyon_asiasanasto-/)

- Huuskonen, P. 2013. Vertaistuki - ”En olekaan ainut”. Viitattu 15.10.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki/#viit1>
- Hyrkäs, K. & Nieminen, P. 2009. Kliinisen hoitotyön sanasto. Porvoo: WSOY.
- Johansson, K. & Axelin, A. & Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro.
- Kiander, J. 2001. Laman opetukset Suomen 1990-luvun kriisin syyt ja seuraukset. Saarijärvi: Gummerus.
- Konttinen, E. 2014. Kolmas sektori. Viitattu 5.2.2014. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanatkansio/kolmas-sektori>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita prima Oy
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5.-6. painos. WSOYpro.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Viitattu 12.11.2013. <http://www.kansalaisareena.fi/irjasbn978-951-27-1232-8.pdf>
- Mosack, K., Wendorf, A., Brouwer, A., Patterson, L., Ertl, K., Whittle, J., Morzinski, J. & Whittemore, R., Rankin, S., Callahan, S., Leder, M. & Carroll, D. 2000. The Peer Advisor Experience Providing Social Support. Tulostettu 14.6.2014.
- Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestäminen ja hankinta. Helsinki: Tietosanoma.
- Parry, M., Watt-Watson, J., Hodnett, E., Tranmer, J., Dennis, C. & Brooks, D. 2009. Cardiac Home Education and Support Trial (CHEST): A pilot study. Tulostettu 1.6.2014.
- Pelkonen, R., Huttunen, M. & Saarelma, K. 2013. Sairaus ja toivo. Helsinki: Duodecim.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ruuskanen, P., Selander, K. & Anttila, T. 2013. Palkkatyössä kolmannella sektorilla. Viitattu 5.2.2014. [http://www.tem.fi/files/37094/TEMjul\\_20\\_2013\\_web\\_27062013.pdf](http://www.tem.fi/files/37094/TEMjul_20_2013_web_27062013.pdf)
- Rekiaro, I. & Robinson, D. 2005. Suomi-englanti-suomi -sanakirja. 4. laajennettu ja uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus.
- Rintala, T., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidon ohjaus. Keuruu: Otava.
- Ränninranta, R. 2012. Vertaisryhmistä voi saada vastavuoroista tukea. Viitattu 12.11.2013. [http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/pelihat/rahapeliongelman\\_hoito\\_ja\\_tuki/apu/vertaisryhmat/vertaistuki](http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/pelihat/rahapeliongelman_hoito_ja_tuki/apu/vertaisryhmat/vertaistuki)
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV. Mitä laadullinen tutkimus on: lyhyt oppimäärä. Viitattu 16.10.2013. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 10.11.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>



- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV. Viralliset ohjeet. Viitattu 21.12.2013 [http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_1.html](http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L3_1_1.html)
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 10.5.2013.  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi: Julkisen terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö. Viitattu 5.2.2014. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/thprojekti/terveys5.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Terveyspalvelut. Viitattu 4.10.2013.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/lainsaadanto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto)
- Suomen kuntaliitto. 2008. Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki: Suomenkuntaliitto.
- Stewart, M., Davidson, K., Maede., D., Hirth., A. & Weld-Ciscount, P. 2000. Group support for couples coping with a cardiac condition. Tulostettu 3.6.2014.
- The American Heritage® Dictionaries -tiimi. 2009. Dictionary of the English Language. 4. painos. Luettu 16.10.2013. <http://www.thefreedictionary.com/empowerment>
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Porvoo: Edita.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta, vaan tukee asiantuntijaa. Duodecim 6/2013, 666-671.
- Tutkittavien informointi 2007. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 21.12.2013.  
<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html>
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Juva: WSOY.
- White, J., Magin, P., Attia, J., Sturm, J., Carter, G. & Pollack, M. 2012. Trajectories of Psychological Distress After Stroke. *Annals of Family Medicine* 5/ 2012, 435-442.
- Yli-Pirilä, P. 2012. Vertaistuki. Viitattu 12.11.2013.  
[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk03440&p\\_haku=vertaistuki](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03440&p_haku=vertaistuki)
- YSA 2014. Yleinen suomalainen asiasanasto. Viitattu 10.5.2014.  
<http://vesa.lib.helsinki.fi/index.html>

Liitteet

## Liite 1. Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Hakutermit	Hakutapa	Rajaukset	Tulos
Sage	Peer support AND experi- ences AND heart dis- ease	Advanced search	Full text, 1999-	136
Melinda	kokemu? AND vertais- tu? AND sy- däntaud?	Tarkennettu haku	1999-	0
Journals@Ovid	Peer support AND experi- ences AND heart dis- ease	Multi-Fieldsearch	Full text 1999-	31
Taylor & Fran- cis	Peer support AND experi- ences AND heart dis- ease	Advanced and citation search, Taylor & Francis Group: Taylor & Fran- cis + Routledge	Full text 1999-, Health and Social Care, Med- icine Den- tistry, Nursing & Allied Health	1482
Aleksi	Vertaistuki JA kokemuk- set JA sy- däntaudit	Tiedonhaku	Asiasanat, kohteet, 1999-	1
Cinahl	Peer support AND experi- ences AND heart dis- ease	Advanced search, Ab- straktinperusteella	1999-, Full text	19
Pro QuestCen- tral	Peer support AND experi- ences AND heart dis- ease	Advanced search, Ab- straktinperusteella	Full text, 1999-	15
Manuaalinen				3
			Yhteensä	1651

## Liite 2. Valittujen tutkimusten esittely

Tekijät, paikka ja aika	Tarkoitus	Tutkimushenkilöt, vertaistuen kesto ja tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset tutkimuksessa käytetyistä artikkeleista
Whittemore, Rankin, Callahan, Leder & Carroll  USA  2000	Tutkia vertaistukihenkilöiden kokemuksia puhelinvälitteisestä vertaistuesta	N=10 vertaistukihenkilöä  62-vuotiaat ja vanhemmat, vähintään 12 kuukautta sydäninfarktista, osallisena sydän-terveyttä ylläpitävässä ohjelmassa  N=45 vertaistukea saavaa  Sydäninfarktin sairastanut  12 viikkoa  Vertaistukihenkilöiden muistiinpanot, ryhmähaastattelu, puhelinhaastattelu	Auttaminen sai vertaistukihenkilöt kokemaan tyytyväisyyttä ja molemminpuolinen jakaminen vahvasti auttajan roolia. Vertaistukihenkilöt omaksuivat roolinsa odotettua paremmin: he kantoivat vastuuta, osoittivat sitoutumista ja empatiaa, vastavuoroisuus oli hyödyllinen kokemus vertaistukihenkilöille.
Heisler, Halasyamani, Resnicow, Neaton, Shanahan, Brown & Piette  USA  2007	Arvioida IVR-välitteisen puhelinvertaistuen toteutettavuutta, arvioida osallistujien arvioin- teja ohjelmasta, tutkia muutoksia osallistujien sydämen vajaatoimintaan liittyvässä käyttäytymisessä, omassa pystyvyydessä ja masennusoireissa	N=10 paria sydämen vajaatoiminta luokat II-IV, hoitokontakti aluesairaalaan  7 viikkoa  Kysely, haastattelu	75% osallistujista olisi tyytyväisempiä terveyspalveluihin, mikäli IVR-välitteistä vertaistukea olisi saatavilla. Itseraportoidut masennusoireet vähenivät huomattavasti, osallistujat pitivät ohjelmassa yhteisöllisyydestä, toveruudesta ja toisen auttamisesta.
Hildingh & Fridlund  Ruotsi  2004	Vertailla vertaistukea saaneita ei-vertaistukea saaneisiin sydäntapahtuman sairastaneisiin. Vertailun kohteina olivat terveydentila, elämäntilanne, sosiaalinen verkosto, veren rasva-arvot, verenpaine, painoindeksi, uusi sairaalajakso ja kuolleisuus.	N=64 vertaistukiryhmä ja N=133 verrokkiryhmä  Sairastanut sydäninfarktin tai tehty pallo- laajennus tai sepelvaltimoiden ohitusleikkaus	Kolmen vuoden jälkeen eroja ryhmien välillä löytyi liikunnan harrastamisesta, tupakoinnista sekä sosiaalisesta verkostosta ja tuesta niin, että tilastot olivat vertaistukea saaneiden eduksi.

Taulukko jatkuu

Tekijät, paikka ja aika	Tarkoitus	Tutkimushenkilöt, vertaistuen kesto ja tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
<p>Mosack, Wendorf, Brouwer, Patterson, Ertl, Whittle, Morzinski &amp; Fletcher</p> <p>USA</p> <p>2012</p>	<p>Selvittää vertaistukihenkilöiden vetämän verenpaineohjelman osa-alueiden vaikutuksia osallistujien ohjelmaan sitoutumiseen</p>	<p>N=219 veteraaniorganisaatioon kuuluvaa verenpainetta sairastavaa</p> <p>1 vuosi</p> <p>Havainnointi, focus group -keskustelut, haastattelut</p>	<p>Ohjelmaan osallistuminen lisäsi terveysvalveutuneisuutta, terveystietoa ja pystyvyyden tunnetta omasta kyvystä tehdä päätöksiä terveyteen liittyen. Ohjelmaan sitoutumista lisäsivät vetäjien ominaisuudet ja esittelystrategiat, toveruus, auktoriteettiä, aiheet ja välineet sekä osallistujien ikä, ymmärryskyky, välineiden käytön osaaminen, vastuullisuus ja valmius keskustella terveysaiheista.</p>
<p>Parry, Watt-Watson, Hodnett, Tranmer, Dennis &amp; Brooks</p> <p>Kanada</p> <p>2009</p>	<p>Testata puhelinvälitteisen vertaistukiohjelman toteutettavuutta ja määrittää vertaistuen vaikuttavuuden osa-alueita sepelvaltimon ohitusleikkauksesta toipumisessa</p>	<p>N=45 ja verrokkiryhmä N=50</p> <p>Kotiutumassa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta</p> <p>8 viikkoa</p>	<p>Fyysinen terveys parani, kipuja oli vähemmän ja sydänkuntoutusohjelmaan hakeutuminen lisääntyi verrokkiryhmään nähden.</p>
<p>Stewart, Davidson, Meade, Hirth &amp; Weld-Viscount</p> <p>Kanada</p> <p>2000</p>	<p>Tutkia pareille tarkoitettun ryhmävertaistuen prosessia ja vaikutuksia järjestäjän ja vertaistukea saavan näkökulmasta</p>	<p>N=28 ensimmäisestä sydäninfarktista selvinneet, jotka on kotiutettu sairaalasta alle 6 kk sitten ja heidän aviopuolisonsa, vertaistukiryhmien järjestäjät eli vertaistukihenkilö ja ammattilainen</p> <p>12 viikkoa</p> <p>Järjestäjien kenttämuistiinpanot ja yhteishaastattelu, aviopuolisoitten päiväkirjat ja yksityishaastattelut</p>	<p>Aviopuolisot saivat kolmenlaista tukea: emotionaalista, informatiivista ja validoivaa. Kaikki osallistujat olivat tyytyväisiä interventioon ja kokivat positiivisia vaikutuksia pärjäämisessä, itsevarmuudessa, suhtautumisessa tulevaisuuden näkymiin ja aviosuhteessa.</p>