

TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN POLIKLINIKAN HYVÄKSYMIS- JA
OMISTAUTUMISTERAPEUTTINEN RYHMÄKUNTOUTUS JA KUNTOUTUJIEN
KOKEMUKSIA INTERVENTIOSTA

Maisterintutkielma
Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiaalityön maisterintutkielma
Kati Kauravaara
2022

TIIVISTELMÄ

Tiedekunta Valtiotieteellinen tiedekunta	Sosiaalityön maisteriohjelma	
Tekijä Kati Marjaana Kauravaara		
Työn nimi Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen ryhmäkuntoutus ja kuntoutujien kokemuksia interventioista		
Oppiaine Sosiaalityö		
Työn laji/ Ohjaaja Maisterintutkielma / Kris Clarke	Aika Helmikuu 2022	Sivumäärä 127 s. + liitteet 12 s.
<p>Toiminnalliset häiriöt ovat elämänlaatua heikentäviä sekä työ- ja toimintakykyä haittaavia oireita ja oireyhtymiä, joiden syy ei selviä somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa ja joiden taustalla ei ole rakenteellista elinjärjestelmän vikaa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka tarjoaa kuntoutujilleen erilaisia kuntoutusvaihtoehtoja, joista yksi on poliklinikan toteuttama psykologin ja sosiaalityöntekijän ohjaama Psykologisen joustavuuden ryhmäinterventio. Sen sisältö perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan, ja interventiossa pyritään lisäämään kuntoutujien psykologista joustavuutta.</p> <p>Tutkimuskysymykseni on seuraava: <i>Miten toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokevat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention suhteessa omaan kuntoutumiseensa?</i> Kuvaan tutkimuksessani toiminnallisista häiriöistä kuntoutumista ryhmäintervention avulla ja erityisesti tarkastelen kuntoutujien subjektiivisia kokemuksia liittyen ryhmäkuntoutukseen. Lopuksi pohdin psykologisen joustavuuden taitoharjoittelun merkitystä toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisessa sekä terveysosiaalityöntekijän roolia tervehtymiseen tähtäävässä kuntouttavassa työssä.</p> <p>Tutkimus on kvalitatiivinen, ja sen aineisto kerättiin toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ryhmäkuntoutusinterventiossa syksyllä 2020. Ryhmä kokoontui kuusi kertaa puolitoista tuntia kerrallaan. Tutkimukseni on virittäytynyt etnografisesti ja perustuu metodologisesti pääosin lyhyeen osallistuvaan havainnointiin ja teemahaastatteluihin. Analysoin tutkimusaineiston sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tämän tutkimuksen aineiston perusteella toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokivat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention omaa kuntoutumistaan tukevana. He saivat konkreettisia työkaluja toiminnallisten oireidensa kanssa toimeen tulemiseksi ja oireiden vaikutusten vähentämiseksi omaan elämäänsä. Lisäksi he oppivat psykologisen joustavuuden taitoja. Aineiston perusteella toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumista tukevat vertaisten olemassaolo, ryhmän moninaisuus, luottamuksellinen ilmapiiri, tervehtyttävän tiedon saaminen ymmärrettävässä muodossa, erilaisten kokemuksellisten harjoitusten tekeminen yhdessä sekä kotitehtävinä, harjoitusten reflektointi, rauhallinen eteneminen sekä valmius suunnitelmien muuttamiseen, kaksi ohjaajaa, pieni ryhmäkoko sekä tapaamiskerran pituus puolitoista tuntia.</p> <p>Lisäksi tutkimukseni tulokset kertovat siitä, että psykologisella joustavuudella on merkitystä toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisessa. Tutkimuksen mukaan terveysosiaalityöntekijällä on paikkansa myös sairaudesta kuntoutumiseen tähtäävässä työssä.</p>		

Tutkimukseni perusteella kuntoutuskäytäntöjä ja sosiaalityöntekijän toimenkuvaa poliklinikalla voidaan kehittää. Tutkimukseni hyödyttäneee tätä laajemminkin toiminnallisista häiriöistä kärsiviä henkilöitä, koska se kannustaa kokeilemaan kuvatuista kuntoutusinterventiota toteutettavaksi eri tasoilla ja eri ammattiryhmien yhteistyönä. Tutkimukseni paikantuu erityisesti sosiaalitieteisiin ja sosiaalityöhön, mutta se on hyödynnettävissä myös psykologian ja lääketieteen aloilla.

Avainsanat

Terveys- ja sosiaalityö, hyväksymis- ja omistautumisterapia, psykologinen joustavuus, toiminnallinen häiriö, toiminnallinen oire, ryhmäkuntoutus, ryhmäinterventio.

ESIPUHE

Tutkimukseni ei olisi onnistunut ilman Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä, Toiminnallisten häiriöiden poliklinikkaa ja poliklinikalla työskentelevien ammattilaisten ennakkoluulotonta suhtautumista hyväksymis- ja omistautumisterapian työkaluihin. Kiitos, että olen voinut tehdä sosiaalityöntekijäksi opiskelevana työtä, jossa olen saanut hyödyntää sekä terveysosiaalityön osaamistani että aikaisempaa asiantuntemustani. Tästä kuuluu kiitos myös avarakatseisille esimiehilleni, aiemmin Carina Skantzille ja nykyisin Arja Mäkiselle sekä johtava sosiaalityöntekijä Pirjo Holmille, joka alun perin houkutteli minut töihin. Arja, sinulle kiitos myös hyvistä huomioistasi tutkimustyöni viimeistelyvaiheessa.

Suuri ja lämmin kiitos Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan psykologi Sanna Liestolle. Työparinasi on ollut hyvin helppoa ja luontevaa luotsata Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutusta. Olen myös saanut mahdollisuuden oppia sinulta, mistä erityiskiitokseni. Sannan jäätyä äitiyslomalle loppuvuonna 2021 jatkoin ryhmien ohjaamista psykologi Ville Mäkipellon kanssa. Lämmin kiitos, Ville, siitä, että luit tämän tutkimusraportin ja annoit minulle arvokasta palautetta. Iso kiitos myös Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ylilääkäri Markku Sainiolle tutkimukseni asiatarkastuksesta. Markku ja Ville, teidän asiantuntevat kommenttinne autoivat minua hiomaan tutkimustani aikaisempaa paremmaksi.

Kiitos kuuluu myös ohjaajalleni Helsingin yliopiston sosiaalityön apulaisprofessori Kris Clarkelle sekä alkuvaiheessa mukana olleille Helsingin yliopiston yliopistotutkija Maria Tapola-Haapalalle sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkija Päivi Känkäselälle. Olette kaikki olleet kannustavia! Maria, sinulle tahdon vielä erikseen kirjoittaa oman kiitoksen: arvostan paljon sitä, että aivan loppumetreillä paneuduit tutkimusraporttiini huolellisesti ja autoit minua näkemään muutamat tärkeät kohdat, jotka oli syytä muokata.

Kiitos puolisoni Juha Koistinen, joka vuodesta toiseen seuraat vierestä opiskelujani ja annat niille tilaa. Luultavasti opiskeluni eivät pääty vieläkään, vaikka saanenkin valtiotieteiden maisterin tutkinnon suoritettua tämän tutkimuksen myötä. Elämä(ä) on liian mielenkiintoista jättää opiskelematta. Kiitos ennen kaikkea siitä, että olet elämässäni ja arjessani.

Kaikkein eniten tahdon kiittää tämän tutkimuksen päähenkilöitä: Utua, Pajua, Aaltoa, Eetiä ja Osmia. Kiitos, että olitte läsnä, heittäydysitte, annoitte itsestänne ja mahdollistitte tämän tutkimuksen.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	11
2.1 Toiminnalliset häiriöt	11
2.2 Toiminnallisen häiriön kuntouttaminen	16
2.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia ja psykologinen joustavuus	20
3. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
3.1 Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka tutkimusympäristönä	24
3.1.1 Terveyssoseaalityöntekijä kuntoutujien kokemusten äärellä	27
3.1.2 Viisi kuntoutujaa	29
3.1.3 Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutus	32
3.2 Tutkimusaineistot ja -menetelmät	35
3.3 Aineiston analyysi	39
3.4 Kentälle menemisestä ja tutkijan positiostani	43
3.5 Eettinen pohdinta	50
4 KUNTOUTUJIEN KOKEMUKSET RYHMÄKUNTOUTUKSESTA	53
4.1 Toiminnallisesta häiriöstä kuntoutuminen kuntoutujan silmin	53
4.2 Ryhmätoimintaan liittyvien elementtien merkitys omalle kuntoutumiselle	56
4.2.1 Ryhmä ja vertaiset	56
4.2.2 Ryhmän sisältö	60
4.2.3 Ryhmän organisoituminen	69
4.3 Omaa kuntoutumista tukevat asiat	72
5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	78
5.1 Kuntoutumista tukevat ryhmäkuntoutuksen elementit	79
5.2 Psykologisen joustavuuden merkitys toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisessa	83
5.3 Terveyssoseaalityöntekijä kuntouttavassa työssä	86
6 LOPUKSI	92
LÄHTEET	97
LIITTEET	
Liite 1 Suostumuslomake	115
Liite 2 Ryhmätapaamisten teemat	117
Liite 3 Kuhunkin psykologisen joustavuuden osa-alueisiin ensisijaisesti liittyvät ryhmäkuntoutuksessa läpikäytyt harjoitukset ja metaforat	118
Liite 4 Ryhmäkuntoutuksen pelisäännöt	119
Liite 5 Kysely oireiden kokemisesta	120
Liite 6 Tyytyväisyys elämään -mittari	122
Liite 7 Core-mittari	123
Liite 8 Loppuarvio psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksesta	124
Liite 9 Teemahaastattelurunko	126
Liite 10 Tiedote tutkittavalle	127

1 JOHDANTO

Sosiaalityöntekijä on – tai hänen tulisi olla – kiinnostunut asiakkaansa kokemusmaailmasta. Kuntoutumiseen ja kuntoutukseen liittyvät kokemukset vaikuttavat monellakin tavalla kuntoutujan elämään ja arkeen, myös esimerkiksi hänen suhtautumiseensa ja luottamukseensa sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja sen ammattilaisia kohtaan. Kuntoutujan näkökulma ja kokemukset poikkeavat kuitenkin usein siitä, miten ammattilainen hänen tilannettaan tulkitsee. Kun sosiaalityöntekijä on kiinnostunut asiakkaasta asiakkaan lähtökohdista ja näkökulmista käsin, on asiakasta helpompi oppia ymmärtämään kokonaisvaltaisesti sosiaalityön konteksteissa; helpompi kuin silloin, kun kiinnostusta ei ole. Kun työntekijällä on ymmärrystä, voi hän auttaa ja tukea asiakasta häntä kunnioittavilla ja arvostavilla keinoilla. Puurunen (2019, 325) mukaan sosiaalityön pioneeri Jane Addams näkee, että auttamisessa ei pitäisi olla olennaista se, millaiseksi auttajat haluavat ihmisen tulevan. Ymmärrykseen tähtäävässä ja hierarkioita purkavassa lähestymistavassa on keskeistä kiinnostua siitä, kuka kohdattu ihminen on ja mitä on asettua vastaanottavaiseksi hänen toiseudelleen (Puurunen 2019, 325). Kuten Holmberg (2014, 235) on kirjoittanut, kohtaamisessa kuntoutujan kanssa ”sosiaalityöntekijästä tulee arjen ammattilainen, jonka tuntosarvet on kohdistettu --- sairastuneen elämään: siihen, että arki pyörii, toimeentulo on turvattu ja puitteet inhimilliselle elämälle ovat olemassa”.

Työskentelen tällä hetkellä terveysosiaalityöntekijänä erikoissairaanhoidossa HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla, jossa myös ohjaan tässä tutkimuksessa esillä olevaa ryhmäkuntoutusta. Siten tämä tutkimus kohdentuu terveysosiaalityöhön, joka on asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tehtäväalueeseen kuuluvaa sosiaalityöntekijän toimintaa terveyspolitiikan ja terveydenhuollon organisaatioiden tavoitteiden mukaisesti (Kananaja 2017, 349–350; Metteri 2014, 248). Terveysosiaalityöntekijä on usein mukana moniammatillisessa työryhmässä (esim. Korpela 2014; Metteri 2014), ja hän saattaa tavata kuntoutujan kuntoutusintervention¹ aikana myös käsitellä kuntoutujan kanssa esimerkiksi toimeentuloon tai työhönpaluuseen liittyviä asioita. Hän pohtii muiden ammattilaisten ja kuntoutujan kanssa, mikä voisi olla sopiva ja ajankohtainen kuntoutusinterventio kullekin kuntoutujalle, ja seuraa, miten ja minkälaista hyötyä kuntoutuja

¹ Olen lainannut interventio-sanan lääketieteestä, jossa sillä tarkoitetaan toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Duodecim Terveyskirjasto 2022).

saa interventioista. Kuntoutusintervention onnistuminen heijastuu siihen, kuinka kuntoutujan kanssa pohditaan hänen ajankohtaista tilannettaan ja tulevaisuuttaan.

Yksi terveyssoaalityöntekijän työtehtävistä on tukea asiakasta hänen elämäntilanteessaan (esim. Holma 2001, 17–18; Juhila 2008, 31–34; Kananoja 2017, 351–352.), mikä on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin laaja-alaista tukemista terapeuttisin, kuntouttavin ja vuorovaikutuksellisin keinoin. Tämä psykososiaalisiksiin kutsuttu työskentely voi olla yksilötyöskentelyä tai ryhmässä tapahtuvaa työskentelyä, jossa käsitellään sairautta tai vammautumista, tuetaan kuntoutujan kuntoutusmotivaatiota ja parantumishaluja, autetaan kuntoutujaa käsittelemään omia tunteitaan sekä muutoinkin vahvistetaan kuntoutujan elämäntilannetta (Kananoja 2017, 351–352; Savolainen 2017, 6–11).

Tämä tutkimus on tieteellinen etnografinen kertomus toiminnallisista häiriöistä, HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ryhmäkuntoutuksesta sekä erityisesti ryhmäkuntoutusinterventioon osallistuvien kuntoutujien kokemuksista.

Tutkimuskysymykseni on seuraava: *Miten toiminnallisista häiriöistä kärsivät² henkilöt kokevat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäinterventioita suhteessa omaan kuntoutumiseensa?*

Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyödynnetään nykyisin kokemusasiantuntijoiksi kutsuttujen maallikoiden eli ei-ammattilaisiin kuuluvien henkilöiden kokemuksiin perustuvaa tietoa sairauksista, tilanteista, palveluista ja interventioista (lue lisää esim. Hietala 2016; Hovi 2017; Jones 2018; Meriluoto 2018; Palukka ym. 2019). Kokemus-sanalla viitataan tutkimuksessani ryhmäkuntoutukseen osallistuvan kuntoutujan ainutkertaisiin, inhimillisiin ja subjektiivisiin elettyihin ryhmäinterventiokokemuksen sisältöihin, jolloin kokemukset ovat pääosin tunteita, tunteita ja ajatuksia (Hyry 2015; Kukkola 2018, 44; Toikkanen & Virtanen 2018). Kokemuksen empiirinen tutkiminen edellyttää, että tutkittavat kuvaavat kokemuksiaan tai tulkintaansa ja käsityksiään omasta kokemuksestaan jollakin tavalla, useimmiten kielellisesti (Kukkola 2018, 44; Perttula 2005, 140–143). Tässä tutkimuksessa keskityn erityisesti niihin kokemuksiin, joita tutkittavat pystyvät sanoin kuvaamaan.

² Tässäkin tutkimuksessani (ks. Kauravaara 2020, 12) käytän pääosin pitkää ilmaisua ”toiminnallisesta häiriöstä kärsivä henkilö”. Sana ”kärsivä” toki kuvaa monen kuntoutujan omaa kokemusta, mutta saattaa olla leimaava. En kuitenkaan keksinyt parempaa ilmaisua, joka olisi ollut yhtä napakka ja sujuva. Sanan ”potilas” tilalla pyrin käyttämään sanaa ”henkilö” tai ”kuntoutuja”, koska mielestäni henkilön kuntoutumisen kannalta ei ole yhdentekevää, samaistuuko hän potilas-sanana myötä sairaaksi ja vaivaiseksi vai kuntoutujaksi, jolla voi tavoitteenaan, tehtävänään ja mahdollisuutenaan olla kuntoutuminen.

Tutkimukseni on virittäytynyt etnografisesti ja perustuu metodologisesti lyhyeen kenttätyövaiheen osallistuvaan havainnointiin sekä teemahaastatteluihin. Haastavaa on näillä keinoin päästä kiinni tutkittavien työstämättömiin kokemuksiin tai kokemuksiin, jotka ovat ikään kuin kehossa ja joita on vaikea pukea sanoiksi³. Tosin hyväksymis- ja omistautumisterapian lähestymistavan kokemukselliset harjoitukset voivat antaa kuntoutujalle mahdollisuuden tutustua myös sellaisiin kokemuksiin, joita ei voi sanallistaa (Lappalainen 2013, 513; Lappalainen ym. 2013, 24). Joskus sanallistaminen onnistuu harjoituksen jälkeen refleктоimalla harjoitusta. Kuitenkin tutkimukseni perustuminen kieleen jättää vaikeasti sanallistettavat tai tunnistettavat kokemukset pääosin tämän tutkimuksen ulkopuolelle (Liimakka 2021, 101–102). Sen lisäksi, että vaikeuden pukea kokemuksia kielelliseen muotoon voi mielestäni nähdä yleisenä ja universaalina, sen voi nähdä liittyvän myös tutkittavan henkilökohtaisiin kykyihin ja taitoihin, joita tutkittavalla on enemmän tai vähemmän. Väistämättä myös nämä tutkittavan henkilökohtaiset valmiudet vaikuttavat siihen, miten omassa tutkimuksessani pääsen käsiksi tutkittavien tulkintoihin omista kokemuksistaan. Lisäksi joskus kyse on myös siitä, mitä tutkittava haluaa kertoa kokemuksistaan ja mitä hän painottaa tai on painottamatta ja jättää kertomatta. Tällöin merkitystä on myös sillä, minkälaisen luottamuksen tutkija on kyennyt rakentamaan itsensä ja tutkittavan välille. Koska kokemustieto on hyvin henkilökohtaista, tutkijalta vaaditaan erityistä sensitiivisyyttä, mikä näkyy tutkimuksessani harkittuina eettisinä valintoina ja tekoina.

On hyödyllistä muistaa, että kokemukseen liittyy myös satunnaisuutta, tilannesidonnaisuutta ja ennakoimattomuutta (Backman 2018), mikä rajoittaa tulosten tulkintaa. Suopajarvi kumppaneineen (2019, 43) muistuttaa, että toisen kokemusta ei voi koskaan täysin tavoittaa mutta sitä voi pyrkiä ymmärtämään empaattisesti. Tämä johtune osin myös siitä, että se kielellinen ilmiasu, jossa tutkija tavoittaa tutkittavan kokemusta, on myös samalla tutkittavan oma tulkinta kokemuksestaan (ks. Hyry 2015; Kukkola 2018).

³ Kokemuksia, joita tutkittavan on vaikeaa pukea kielelliseen muotoon, voi kutsua mielestäni osin myös hiljaiseksi tiedoksi. Scharmerin (2001) mukaan hiljaista tietoa on kahdenlaista: hahmottunut hiljainen tieto, jonka ilmenemismuotoja ovat syvälliset näkemykset ja aavistukset sekä sumea intuitiivinen ja hahmottomaton tieto. Sumeaa tietoa hän on kuvannut myös esitiedoksi ennen hiljaisen tiedon hahmottumista. Hiljaisen tiedon käsite on tuttu myös suomalaisessa sosiaalityössä, johon se on tullut 1980-luvulla (Rajavaara 1989). Tällöin on usein ollut kyse erityisesti siitä, minkälaista hiljaista tietoa sosiaalityöntekijöillä on asiakkaistaan tai vaikkapa ilmiöistä, joiden äärellä he työskentelevät. Kuusisto-Niemi ja Kääriäinen (2005, 456–457) pitävät tällaista hiljaista tietoa epämääräisenä. Heidän mielestään sosiaalityöntekijöillä on eettinen velvollisuus tehdä sitä näkyväksi ja kuuluvaksi, ja tässä työssä asiakastyön päivittäinen dokumentointi on sosiaalityöntekijän tärkein väline. Tässä tutkimuksessani en ymmärrä hiljaista tietoa tutkijalle tai sosiaalityöntekijälle (työ)kokemuksen kautta kertyneenä hiljaisena tai kokemusperäisenä tietona (ks. Karttunen & Hietamäki 2014, 333; Trevithick 2008), vaan nimenomaan tutkittavilla olevana hiljaisena tietona, johon minun tutkijana on vaikea päästä käsiksi lyhyen kenttätyön aikana.

Suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa on osoitettu kiinnostusta asiakkaiden kokemuksiin. Lasten ja nuorten kokemuksia on tutkittu empiirisesti esimerkiksi lastensuojelussa (Kivistö 2006; Känkänen 2013), sijaishuollossa (Laakso 2016), koulu- ja nuorisokodeissa (Honkatukia ym. 2004; Pekkarinen 2017; Pösö 2004; Reinikainen 2009) ja vertaisryhmätoiminnassa (Pekkarinen 2006). Aikuisten kokemuksia puolestaan on tutkittu muun muassa aikuissosiaalityöstä (Kuusisto & Ekqvist 2016), erikoissairaanhoidosta (Palomäki 2018a; Palomäki 2019) sekä sairauden (arki)kontekstissa (Helin-Tuominen 2014; Holmberg 2020; Rissanen 2015; Romakkaniemi 2011; Romakkaniemi 2014).

Olen taustaltani myös tutkija, sillä olen saanut tutkijakoulutuksen tehdessäni etnografisen väitöskirjatutkimukseni liikuntasosiologian oppiaineeseen. Hyödynnän tässäkin tutkimuksessani omaksumaani etnografille tyypillistä tutkijan asennetta, mistä kirjoitan alaluvussa 3.4. Tavoittelen tutkimuksessani hyvää ymmärrystä kohteen sosiaaliselle todellisuudelle herkistymällä, mikä on etnografisen tutkimusotteen keskeistä. Vaikka en tässä tutkimuksessani kenttätöväiheen ohuuden takia kykene etnografialle tunnusomaiseen tiheään kuvaukseen⁴, tuotan kuitenkin tutkimusraportissani monipuolisen kirjallisen kuvauksen tutkimuskohteestani. Tässä, kuten monessa muussakin tutkimustyössäni, koen erityisen tärkeäksi ruohonjuuritason todellisuuden ja monimuotoisuuden julki tuomisen. Annan äänen tutkittavilleni, minkä onkin usein ajateltu olevan yksi sosiaalityön tutkimuksen missioista (Enroos & Mäntysaari 2017, 13). Etnografi ei kuitenkaan voi koskaan luvata kertovansa totuutta, vaan hän kertoo aina oman tulkintansa todellisuudesta (Vasenkari 1996, 9).

Sen lisäksi, että työskentelen terveystieteiden tutkimuskeskuksena ja tutkijana, on tässä vaiheessa syytä mainita myös, että olen perehtynyt hyväksymis- ja omistautumisterapian työkaluihin väitöskirjatutkimukseni aikana, vaikka itse tutkimukseni ei silloin lähestymistapaan liittynytäkään. Taustani vaikuttaa vahvasti tässä tutkimuksessa tekemiini valintoihin ja tutkimuksellisiin ratkaisuihin, mistä kirjoitan myöhemmin lisää.

Kuten edellä kävi ilmi, tutkimukseni paikantuu sosiaalitieteisiin, enkä voi kieltää sosiologista orientaatiotani, jonka olen imenyt itseeni tutkijan polkuni eri vaiheissa. Kuitenkin tutkimukseni kiinnittyy sosiaalitieteistä erityisesti juuri sosiaalityöhön, jonka opinnäytetyöksi tutkimukseni on tehty. Lisäksi tutkimukseni on hyödynnettävissä myös psykologian ja lääketieteen aloilla. Psykologiaan viittaa hyväksymis- ja omistautumisterapian

⁴ Tiheästä kuvauksesta Geertz 1973, 3–30.

lähestymistavan hyödyntäminen ryhmäinterventiossa. Lääketieteeseen tutkimukseni puolestaan linkitettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupaprosessissa, jossa se luokiteltiin lääketieteelliseksi tutkimukseksi ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen kajoavana. Lääketieteeseen viittaa myös se, että erikoissairaanhoidossa toteutettu ryhmäinterventio on hoidollinen ja kuntouttava.

Tutkimuskysymykseni kannustaa tarkastelemaan erikseen toiminnallisia häiriöitä ja niistä kuntoutumista sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa toiminnallisen häiriön kuntouttamisessa. Avaan näitä teemoja seuraavassa luvussa taustoittaakseni tutkimustani.

Ryhmäinterventio sisältää, kontekstia ja käytännön toteutusta avaan luvussa kolme, jossa kerron muutoinkin tutkimuksen toteuttamisesta. Vaikka varsinainen tuloslukuni on luku neljä, hyödynnän tutkimusaineistoani ja interventioon osallistuvien kuntoutujien ääntä jo luvussa kolme, mikä mahdollistaa osana tutkimustani seikkaperäisen ja rikkaan kuvauksen Toiminnallisten häiriöiden ryhmäkuntoutuksesta. Tiedostan, että tämä ratkaisu ei ole konventionaalinen. Olen valinnut aineistonäytteet niin, että ne eivät ennen tuloslukua varsinaisesti vastaa tutkimuskysymykseen, vaan elävöittävät tekstiä ja tuovat monipuolisesti esille kuntoutujien näkemyksiä suhteessa muuhunkin kuin omaan kuntoutumiseensa. Luvun neljä olen varannut yksinomaan ryhmäinterventioon osallistuneiden kuntoutujien kokemuksille, ja se vastaa täsmällisimmin tutkimuskysymykseeni.

Varsinaiseen tutkimuskysymykseeni vastaamisen lisäksi tutkimukseni aineisto antaa mahdollisuuden pohtia psykologisen joustavuuden merkitystä toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumiselle sekä tarkastella terveyssozialityöntekijää kuntouttavaa työtä tekemässä. Muun muassa tätä pohdintaa teen luvussa viisi. Viimeisessä luvussa kertaan tutkimukseni antia ja tarkastelen tutkimukseen liittyneitä haasteita.

Tämä tutkimukseni tarjoaa yhden näkökulman ja tulkinnan siihen, minkälaista voi olla toiminnallisten häiriöiden kuntouttaminen ja toiminnallisesta häiriöstä kuntoutuminen. Tyhjentävä kuvaus se ei kuitenkaan millään muotoa ole.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Lievät toiminnalliset oireet ovat yleisiä, tavallisia, harmittomia ja yleensä ohimeneviä, ja niitä esiintyy kaikilla ihmisillä joskus. Häiriöksi toiminnalliset oireet muuttuvat silloin, kun ne pitkittyvät, ovat voimakkaita ja haittaavat merkittävästi ihmisen arkielämää. Vaikeat toiminnalliset häiriöt ovat sairauksia, jotka aiheuttavat tilapäistä tai pysyvää haittaa. Toiminnalliset oireet heikentävät ja rajoittavat niistä kärsivien henkilöiden elämänlaatua ja toimintakykyä huomattavasti, mikä aiheuttaa paljon sairauspoissaoloja sekä työkyvyttömyyttä (esim. Joustra 2015; Kauravaara 2020; Petersen ym. 2020a). Toiminnallisesta häiriöstä voi kuitenkin kuntoutua.

2.1 Toiminnalliset häiriöt

Toiminnalliset oireet ja häiriöt ovat elämänlaatua, toiminta- ja työkykyä heikentäviä todellisia, havaittavissa ja mitattavissa olevia kehollisia, emotionaalisia tai kognitiivisia oireita ja oireyhtymiä, joiden syy ei selviä somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa ja joiden taustalla ei ole rakenteellista elinjärjestelmän vikaa tai psykiatrista sairautta. (Aaltonen ym. 2018; Budtz-Lilly ym. 2015; Danish College of General Practitioners 2013, 7; ks. myös Burton ym. 2020). Toiminnallisia oireita ilmenee useissa eri elinjärjestelmissä, ja oireet voivat olla samankaltaisia kuin erilaisissa sairauksissa (taulukko 1). Toiminnalliset oireet voivat olla paikallisia, kuten toiminnallinen halvausoire ja nielemisvaikeus. Toiminnalliset oireet voivat muodostaa myös oireyhtymiä ja olla siten hyvin laaja-alaisia, kuten krooninen kipuoireyhtymä, krooninen väsymysoireyhtymä, ympäristöherkkyys, ärtyvä paksusuoli, toiminnallinen näköhäiriö tai sokeus ja fibromyalgia. (Aaltonen ym. 2018, 3; Selinheimo ym. 2019, 8; Wessely ym. 1999.)

Taulukko 1 Esimerkkejä toiminnallisista oireista ja häiriöistä eri erikoisaloilla (mukailtu Aaltonen ym. 2018, 3; Selinheimo ym. 2019, 8; Wessely ym. 1999).

Erikoisala	Toiminnallinen oire tai häiriö
Anestesiologia	Kipuoireyhtymä
Allergologia	Ihon punoitus, silmien ja suun kuivuminen, kemikaaliyliherkkyys, ympäristöyliherkkyys
Fysiatria	Raajakipu, lihaskipu, nivelkipu, selkäkipu, sormien, jalkaterien ja/tai varpaiden pistely, raajaheikkous, halvaantuminen, puutumisen, whiplash-oireet

Gastroenterologia	Ilmavaivat, röyhtäily, turvotus, ripuli, ummetus, närästys, ärtyvä paksusuoli, toiminnallinen oksentelu, krooninen vatsakipu
Gynekologia	Krooninen lantionalueen kiputila
Hammaslääketiede	Epätyypillinen kasvokipu
Infektiosairaudet	Krooninen väsymysoireyhtymä (ME/CFS)
Kardiologia	Sydämen tykytys, painon tunne sydänelässä, epätyypilliset rintakivut ja rytmihäiriöt
Keuhkosairaudet	Hengenahdistus, tihentynyt hengitys ja syvien hengenvetojen tarve, yskä, hyperventilaatio, epätyypillinen astma
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Palan tunne kurkussa, toiminnallinen äänen käheys, suun kuivuminen, toiminnallinen tinnitus, toiminnallinen äänihuulisalpaus
Neurologia	Päänsärky, huimaus, toiminnallinen heikkous, ei-epileptiset toiminnalliset kohtausoireet ja halvaus (pareesi), lievän aivovamman epätyypilliset jälkitilat; kognitiiviset oireet, kuten muistivaikeudet, keskittymisvaikeudet, energian puute, aivosumu eli vaikeus ajatella ja tehdä päätöksiä
Psykiatria	Masennusoireet, kuten masennuksen tunne, itkuisuus, vetäytyminen ja sulkeutuminen, mielihyvän, ilon ja kiinnostuksen kokemisen väheneminen, toivottomuus, korostunut syyllisyyden tunne, matala itsetunto; ahdistuneisuusoireet, kuten huolestuneisuus, ääniherkkyys, ärtyneisyys, ahdistuneisuuden, hermostuneisuuden ja jännittyneisyyden tunne, lihasjännitys ja säryt sekä levottomuus; somatoformiset häiriöt
Reumatologia	Fibromyalgia
Silmäsairaudet	Selittämätön näköhäiriö
Urologia	Virtsaputkioireyhtymä
Yleislääketiede/työlääketiede	Heikkous, väsymys ja uupumus, ei-elimellinen unettomuus, kiputilat, ympäristöherkkyys

Nykykäsityksen mukaan toiminnallisissa häiriöissä on kyse keskushermoston säätelyn häiriöstä. Tällöin hermosto on herkistynyt ja voimistaa elimistön suojausreaktioita, jolloin aistimukset ja ajatukset tai vihjeet haitasta synnyttävät epätarkoituksenmukaisen ylivirittyneitä vasteita kehossa ja mielessä (Fink ym. 2015a).

Keskushermosto käsittelee jatkuvasti tietoa, jota se vertailee aikaisempaan tietoon ulkomaailmasta ja kehomme sisältä. Vain pientä osaa siitä käsitellään työmuistissa. Normaalitylanteessa suurin osa viesteistä ei pääse tietoiseen tarkasteluamme asti, vaan aivot tulkitsevat, mitkä viestit ovat selviytymisen kannalta olennaisia ja mihin pitäisi reagoida. Ihmisen tietoisuus on hyvin rajallista, ja siksi rationaalinen harkinta on pääasiassa tiedostamatonta ja intuitiivista. Aivojen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta uhkaaviksi ja vaarallisiksi tulkitsemat asiat laukaisevat autonomisessa hermostossa erilaisen reaktion kuin asiat, jotka aivot tulkitsevat turvallisiksi ja rauhanomaisiksi. Jotta kykenemme reagoimaan tarvittaessa nopeasti vaaratilanteisiin, on keskushermoston tiedonkäsittelyn oltava tehokasta. Tehokkuutta lisää keskushermostoon valmiiksi ohjelmoidut vihjeistä, ärsykkeistä, tuntemuksista tai ajatuksista automaattisesti laukeavat toimintamallit, jotka ohjaavat reaktioita ja käyttäytymistä haitan, uhan ja vaaran välttämiseksi. Aivot ovat jatkuvassa toimintavalmiudessa: ennen kuin ihminen tietoisesti havaitsee vaaran, suurin osa kehon valmiuksista on jo tapahtunut tiedostamatta. Kun toimimme näiden tiedostamattomien rutiinien ja automaattiohjausten varassa, emme ole tietoisia myöskään käsitystemme, päätöstemme ja toimintamme perusteista. (Esim. Sainio ym. 2021; Sklar ym. 2021.)

Erilaisten kuormitustekijöiden seurauksena⁵ kehon reaktioita muokkaavat ja voimistavat keskushermostotoiminnot saattavat herkistyä tietyille usein tavanomaisille ja vaarattomille ärsykkeille. Koettu uhka tai sen ennakointi käynnistää elimistön fysiologiset suojausmekanismit eli aktivoi sympaattisen hermoston ja valmistaa kehon pakenemaan tai taistelemaan. Keskushermoston suojausmekanismit ohjaavat elimistön toimintoja. Herkistymisen myötä keho alkaa reagoida tavanomaista voimakkaammin sisäisiin tai ulkoisiin ärsykkeisiin, kuten tuoksuihin ja hajuihin, valoon, ääniin, pystyyn nousemiseen, tiettyyn paikkaan tai toimintoon tai jopa ajatukseen ja muistoon, jotka aivot tulkitsevat vaarallisiksi. Keskushermoston herkistyminen johtaa siihen, että aivot kohdentavat tarkkaavuutta automaattisesti aiempaa herkemmin vihjeisiin mahdollisesta vaarasta,

⁵ Toiminnallisen häiriön kehittymiseen vaikuttavia altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi perinnölliset ominaisuudet sekä sietokykyä heikentävät tekijät kuten sairaudet, aikaisemmat kuormittavat kokemukset ja elämäntapahtumat, persoonallisuuden rakenne ja vakiintuneet ajatusmallit, jotka herkistävät keskushermostoa. Laukaisevina tekijöinä puolestaan voivat toimia akuutti infektio, onnettomuus tai jokin muu traumaattinen tapahtuma silloin, kun henkilön hallintakeinot ovat puutteelliset tai stressaava tilanne ei laukea. Laukaisevat tekijät horjuttavat elimistön epätasapainoon. Ylläpitävät tekijät saavat oireen tai oireet jatkumaan, ja niitä voivat olla esimerkiksi fyysiset ja psyykkiset sairaudet, kielteiset odotukset, huolta lisäävät käsitykset, mutta myös toistuvat lääketieteelliset tutkimukset ja hoidot. Usein pahenevat ja pitkittyvät oireet muuttavat ihmisen ja lähipiirinkin käyttäytymistä ja toimintaa sellaiseksi, mikä vahvistaa aivojen tulkintaa siitä, että kyse on vaarasta tai uhasta, johon täytyy reagoida oireella. (Danish College of General Practitioners' 2013, 10; Fink ym. 2015b; Kalso 2018; Kato ym. 2010; Roenneberg ym. 2019; Sainio & Karvala 2017, 7; Selinheimo ym. 2019, 13–14.)

aistimukset vahvistuvat ja suojaimekanismit laukeavat yhä herkemmin. Aivojen kognitiiviset prosessit rekrytoituvat tukemaan uhasta selviämisen tavoitetta, mikä johtaa usein välttämiskäyttäytymiseen eli siihen, että ihminen pyrkii välttämään niitä ärsykeitä, joiden hän arvelee aiheuttavan oireita. (Hofmann ym. 2012; Sainio & Karvala 2017; Sainio ym. 2021; Van den Bergh ym. 2017).

Ympäristön ja kehon havainnointi ei koskaan ole täydellinen edustus todellisuudesta vaan aina aivojen tulkinta siitä. Siten elimistö toimii sen mukaan, mikä on aivojen tulkinta asiasta, ei sen mukaan, mikä on ”todellisuus”. Toiminnallinen oire, kuten esimerkiksi krooninen kipu, voidaan ymmärtää keskushermostoon urautuneena epätarkoituksenmukaisen voimakkaana reaktiona jo väistyneelle uhkatekijälle. Esimerkiksi provokaatiokokeissa on pystytty osoittamaan, että sähkö- ja kemikaalialtisteet eivät selitä oirekuvaa, vaan hajut, näköaistin kautta tulevat vihjeet tai pelkkä kokemus haitalliseksi arvioidun ärsykkeen läsnäolosta voivat laukaista oireet (esim. Andersson ym. 2016; Das-Munshi 2006; Rubin ym. 2011; Szemerszky ym. 2015). Mekanismi vahvistaa itseään oppimisen kautta: ihmisen omat tietoiset tulkinnat ovat usein voimistamassa ja ylläpitämässä reaktioita, mistä kehittyy haitallinen kierre. Esimerkiksi välttämiskäyttäytyminen puolestaan vahvistaa aivojen tulkintaa siitä, että ärsyke on vaarallinen ja siihen kuuluukin reagoida. Herkkyys yllä kuvatun kaltaisen oirekierteen kehittymiselle on yksilöllinen, ja toiminnallisen häiriön kehittyminen on aina monitekijäistä. (Lue lisää keskushermoston herkistymisestä esim. Henningsen ym. 2018; Sainio & Karvala 2017; Sainio ym. 2021.)

Ihmisen mieli, eli aivoissa tapahtuva ajattelu, kokeminen ja tunteminen ja keho, ovat tiiviissä yhteistyössä keskenään. Sen lisäksi, että ihmisen tietoiset tulkinnat ja reaktiot voivat voimistaa ja ylläpitää kehollisia oireita, mielen vaikutus kehoon⁶ näkyy myös siinä, että ihmisen myönteiset odotukset ja ennakkokäsitykset suuntaavat huomiota ja vaikuttavat oireiden lievittymiseen ja tilan tai tilanteen paranemiseen. Tällöin esimerkiksi ihmisen oma kuntoutumismotivaatio ja aktiivisuus edistävät hänen kuntoutumistaan. Plasebo-vaikutuksessa positiivinen odotus muutoksesta, esimerkiksi kivun lievittyminen lääkkeen myötä, saa aikaan sen, että pelkkä vihje, kuten lumelääke, saa aikaiseksi siihen liitetyn odotetun muutoksen. Plasebo-ilmiö on todellinen kehollinen reaktio, jonka aivot saavat aikaiseksi kehossa.

⁶ Yleisesti konkreettinen esimerkki siitä, kuinka mieli vaikuttaa kehoon on se, että jos ihminen on psyykkisesti kuormittunut, sydän tykyttää aikaisempaa kovempaa, hikoiluttaa, vatsa saattaa olla kipeä ja lihakset voivat tuntua jännittyneiltä (Mattila 2018). Myös monet voimakkaat tunteet, kuten pelko, tuntuvat kehossa erilaisina tuntemuksina (Nummenmaa ym. 2014). Kun mieli puolestaan rauhoittuu, esimerkiksi lihaksetkin usein rentoutuvat.

(Odotusten vaikutuksesta oireisiin ja plasebo-ilmioistä esim. Carlino & Benedetti 2016; Colloca & Barsky 2020; Frisaldi ym. 2020; Louhiala 2020; Louhiala 2021; Martinez-Calderon ym. 2018a ja 2018b; Peerdeman ym. 2016.)

Nosebo-vaikutus eli lumehaittavaikutus on plasebo-vaikutukselle vastakkainen: tulkinta haitallisuudesta tai kielteisestä merkityksestä tai kielteiset odotukset synnyttävät ja voimistavat elimistön haitallisia reaktioita. Tämä selittää esimerkiksi sen, miksi lumelääkkeestä voi saada haitallisia sivuoireita, miksi masennus altistaa toiminnallisille oireille tai miksi toimimattomat terveydenhuollon käytännöt tai oireisiin liittyvän epävarmuuden pitkittyminen ilmenevät uusina oireina, niiden pahenemisena tai hoidon tehon vähenemisenä. Nosebo-ilmio on usein läsnä silloin, kun ihminen on – tai luulee olevansa – oireita aiheuttavan ärsykkeen lähellä. Nosebo-vaikutuksia ei tule kuitenkaan vähätellä, sillä keholliset oireet ovat yhtä todellisia kuin placebo-ilmion myönteiset lumevaikutuksetkin. (Nosebo-ilmioistä esim. Carlino & Benedetti 2016; Colloca & Barsky 2020; Crichton & Petrie 2015; Frisaldi ym. 2020; Louhiala ym. 2020; Martinez-Calderon ym. 2018b; Rubin ym. 2014.)

Toiminnalliset häiriöt ovat yleisiä maailmalla. Esimerkiksi tanskalaisessa aikuisväestössä valtaosalla on arvioitu olevan jokin yksittäinen toiminnallinen oire (Eliassen ym. 2016), ja toiminnallisen häiriön esiintyvyydeksi on arvioitu 16 % (Petersen ym. 2020b). Valtaosa toiminnallisista oireista hoidetaan perusterveydenhuollossa, tai ne paranevat ilman hoitoa. Täsmällistä arviota pitkittyneistä oireista ja toiminnallisista häiriöistä kärsivien henkilöiden määrästä Suomessa on vaikea antaa, vaikka voidaankin sanoa, että toiminnalliset häiriöt ovat Suomessakin yleisiä, ja niitä tunnistetaan laaja-alaisesti terveydenhuollon eri tasoilla (Selinheimo ym. 2019, 27–28; 64). On kuitenkin arvioitu esimerkiksi, että ainakin kolmannes somaattisesti oireilevista potilaista kärsisi toiminnallisista oireista (Saloheimo & Huttunen 2008; myös Roenneberg ym. 2019).

Koska omat tietoiset tulkintamme ja reaktiomme voimistavat ja ylläpitävät toiminnallista häiriötä, voimme tietoisien ajattelun avulla myös vaikuttaa aivoissa kehittyneen epätarkoituksenmukaisen reaktiivisuuden korjaantumiseen ja siten toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumiseen. Aivojen, hermoston ja mahdollisten muiden elinten epätarkoituksenmukainen reaktiivisuus voikin korjaantua, ja toiminnallisista häiriöistä on mahdollisuus palautua ja toipua, vaikka kaikkien kuntoutujien oireet eivät kokonaan

väistyisikään (esim. Pasternack ym. 2017; Roberts ym. 2016; Sainio & Karvala 2017; Selinheimo ym. 2018). Toiminnallisten häiriöiden ennuste kuitenkin vaihtelee häiriöittäin. Arvioiden mukaan valtaosa eli 50–75 % henkilöistä, joilla on toiminnallinen häiriö, kuntoutuu. Toisaalta 10–30 %:lla puolestaan oireet pahenevat. (olde Hartman ym. 2009.)

2.2 Toiminnallisen häiriön kuntouttaminen

Toiminnallisten häiriöiden kuntoutus- ja hoitokäytännöt vaihtelevat⁷. Keskeinen kuntoutuskeino on psykoedukaatio⁸ eli tervehdyttävän tiedon jakaminen kuntoutujille (Sainio & Vataja 2021). Käytännössä jaetaan tietoa siitä, mistä toiminnallisissa oireissa on kyse, miksi keho oireilee ja mitä toiminnallisten oireiden helpottamiseksi tai oireista kokonaan pois pääsemiseksi voidaan tehdä (ks. esim. Carson ym. 2015). Pelkkä tieto ei kuitenkaan yksinään riitä (Marris ym. 2021; Sainio & Karvala 2017, Selinheimo ym. 2020). Yleisesti kuntoutuksessa hyödynnetään erilaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, kuten kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa sekä fysioterapiaa ja asteittain lisääntyvää liikuntaharjoittelua ja toimintaterapiaa. Vaikuttavuusnäyttöä on saatu erityisesti kuntoutujaa aktivoivista yksilö- ja ryhmämuotoisista psykososiaalisista kuntoutusmalleista ja terapioista sekä etäkuntoutuksesta. Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä kuntoutujan ymmärrystä omasta tilanteestaan, vahvistaa kuntoutujan omia voimavaroja, antaa kuntoutujalle keinoja oman tilanteensa parantamiseksi ja lisätä kuntoutujan omaa aktiivisuutta. Sen sijaan fysioterapialla tai toimintaterapialla, jotka tukevat kuntoutujan fyysistä aktiivisuutta tai arjessa selviytymistä, ei toistaiseksi ole osoitettu olevan vaikuttavuusnäyttöä. (Kasanen 2018; Niemi 2013; Sainio & Vataja 2021; Selinheimo ym. 2019, 20; 42–60.) Toiminnallisen häiriön hoitointerventioiden onnistumisen edellytyksenä on, että kuntoutuja on valmis psykososiaalisiin hoitoihin. Mikäli hän asianmukaisesta psykoedukaatiosta huolimatta on vakuuttunut siitä, että kyseessä voi ainoastaan olla diagnosoimatta jäänyt somaattinen (tai psykiatrinen) sairaus, hoidosta ei useinkaan ole hyötyä. (Sainio & Vataja 2021.)

⁷ Kansallisista hoitosuosituksista Hollannissa, Tanskassa ja Saksassa olde Hartman ym. 2017; ks. myös Sainio & Vataja 2021.

⁸ Psykoedukaatiota eli koulutuksellista työmenetelmää tai tiedollista ohjausta käytetään vakiintuneesti esimerkiksi mielenterveytyksessä. Sen tavoitteena on lisätä kuntoutujan ja mahdollisesti myös hänen omaistensa ymmärrystä sairaudesta, auttaa kuntoutujaa luopumaan mahdollisista vääristä sairautta ylläpitävistä uskomuksista sekä tukea sairaudesta paranemista. (Esim. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö): Käypä hoito -suositus 2019; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2020; Syömishäiriöt Käypä hoito -suositus 2014.) Psykoedukaatiosta toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa esim. Carson ym. 2015; Sainio & Vataja 2021.

Psykososiaalisista interventioista esimerkiksi kognitiiviset terapiamuodot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia (Fink ym. 2015b) ja hyväksymis- ja omistautumisterapia (Eilenberg ym. 2014), mindfulness-pohjaiset hoitomuodot (Crowe ym. 2016) sekä terveydenhuollon yksiköissä kehitetyt terveystalennukset (esim. Sampalli ym. 2012) ovat käytössä toiminnallisten häiriöiden hoidossa. Esimerkiksi Cochrane-katsauksen mukaan toiminnallisten häiriöiden hoitona käytetyt psykologiset hoidot, kuten esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT), olivat tavallista hoitoa tai odotuslistaa parempia oireiden vakavuuden vähentämisessä, mutta vaikutuskoot olivat pieniä (van Dessel ym. 2014.) Toisessa Cochrane-katsauksessa puolestaan todetaan, että kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää kroonisen väsymysoireyhtymän oireita hoidon jälkeen tavanomaiseen hoitoon verrattuna ja voi olla tehokkaampi vähentämään väsymysoireita verrattuna muihin psykologisiin hoitoihin (Price 2008).

Yleisesti hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan hoitomuodon on todettu olevan kohtalaisen tehokas monimuotoisiin somaattisiin oirekuviin (Pedersen ym. 2019). Hyväksymis- ja omistautumisterapian on todettu olevan hyödyllinen hoitomuoto myös toiminnallisiin häiriöihin lukeutuvien terveystalennuksen ja terveydentilaan liittyvän huolestuneisuuden vähentämisessä (Eilenberg ym. 2016; Eilenberg ym. 2017) sekä fibromyalgian hoidossa (Wicksell ym. 2013; Luciano ym. 2014). Myös esimerkiksi kroonisen kivun hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuusnäyttö on pystytty osoittamaan (Feliu-Soler ym. 2018; Hann & McCracken 2014; Simpson ym. 2017; Veehof ym. 2011; Veehof ym. 2016; Öst 2014).

Toiminnallisessa häiriössä kyseessä ei ole somaattinen tai psykiatrinen sairaus, jolloin kokemuksen mukaan (ks. myös Niemi 2013, 252–254) kuntoutujalle herää usein kysymys siitä, miksi toiminnallista häiriötä sitten hoidetaan psykologisilla keinoilla. Olen havainnut, että monen kuntoutujan voi olla psykologisia hoitomuotoja helpompi hyväksyä sellainen hoito, jossa puhutaan aivoihin kohdistuvasta harjoittelusta. Monet kaupalliset toimijat tarjoavat aivotreeneiksi kutsumiaan terveystalennusohjelmia (esim. Gupta-ohjelma <https://www.guptaprogram.com/> ja Dynamic Neural Retraining System <https://www.dnrs.fi/dnrs-menetelma/>), jotka ovatkin hyödyttäneet monia kuntoutujia heidän oman kertomansa mukaan. Näissä ohjelmissa on pitkälti kyse samoista asioista kuin kognitiivisessa psykoterapiassakin eli kuntoutuja harjoittelee esimerkiksi taitoja käsitellä stressiä ja oireitaan (Sainio & Vataja 2021).

Toiminnallisen häiriön kuntoutuksen taustalla vaikuttaa huomio siitä, että kehollisia oireita ei ole olemassa ilman aivojen tulkintaa oireista ja niiden tarkoituksesta, eikä kehollisia oireita siten ole ilman omaa mieltä. Aina kun on kyse kehollisista oireista, on aina kyse myös psykologiasta. Siten ei voida myöskään hoitaa kehollisia oireita tai oireiden häiritsevyyttä ilman, että mieli on siinä mukana.

Kehon kautta voidaan tietoisesti vaikuttaa aivoihin ja mieleen. Kun lihaksia rentouttaa tai uloshengitystä tietoisesti pidentää, aivot tulkitsevat, ettei ole hätää, mikä aktivoi parasympaattista hermostoa (Jerath ym. 2015). Tätä tietoa hyödyntämällä voi vaikuttaa siihen, että keskushermoston hälytystila heikkenee ja keho ja mieli rauhoittuvat. Konkreettisesti esimerkiksi tekemällä sellaisia hengitysharjoituksia, joissa hengitystiheyttä lasketaan ja uloshengitystä pidennetään suhteessa sisäänhengitykseen, voi vaikuttaa autonomiseen hermostoon rauhoittavasti (Bordoni ym. 2018; Zaccaro ym. 2018).

Samalla tavalla mielen kautta voidaan tietoisesti vaikuttaa kehoon: psykoterapiatyöskentelyn on todennettu näkyvän aivotason muutoksina (Barsaglini ym. 2014). Käytännössä kehollisten oireiden näkökulmasta voi ajatella, että jos esimerkiksi huomion suuntaa muihin kehon tuntemuksiin kuin kehollisiin oireisiin, kehon oireet suhteutuvat realistisesti kokonaisuuteen – ovat vain osa kokonaisuutta. Myös tulella tietoiseksi siitä, miten oireet vaikuttavat automaattiohjauksella toimintaamme, voimme muuttaa käyttäytymistämme niin, ettei oma toimintamme vaikuta aivojen tulkintaan ärsykkeen (uhka)merkityksestä. Jos kroonisen kivun pelko-välttämiskäyttäytymismallia (Vlaeyen ym. 2016) soveltaa toiminnallisiin oireisiin, voi huomata, kuinka oma toimintamme ja käyttäytymisemme voivat vahvistaa tai kuntoutuksen ja ymmärryksen lisääntymisen kautta heikentää oireiden kokemista ja siten niiden haittaavuutta elämäämme. Oireiden haittaavuutta vahvistava kehä syntyy siten, että ihmisen kokiessa kehollisia oireita, hänelle syntyy ajatus siitä, mikä aiheuttaa oireita tai mikä pahentaa niitä. Tämän seurauksena, jotta oireita ei syntyisi, ihminen alkaa inhimillisesti tarkasteltuna loogisesti välttämään tilanteita, joissa ärsyke ilmaantuu ja syntyy oireita. Vaikka akuutisti oireita ei ehkä välttämisen seurauksena synny, vahvistaa toiminta aivoille tulkintaa, että ärsyke on vaarallinen ja oireilu ja oireiluherkkyiden vahvistaminen hyviä asioita, koska ne ilmaisevat, että uhka on läsnä ja pitääkin herkistyä siltä välttyäkseen. Siten pitkällä aikavälillä hyväksi kuviteltu välttäminen saattaaakin kääntyä vahvistamaan oireiden haittamerkitystä. Lisäksi välttäminen usein kaventaa elämää, sillä ihminen on usein oireita välttääkseen valmis luopumaan monista itselleen tärkeistä asioista. Välttämisen seurauksena ihminen ei tule

tietoiseksi oireistaan osana muita kehon tuntemuksiaan, vaan oireet korostuvat ja hän alkaa tarkkailla oireita, jolloin odotukset suuntaavat huomiota ja kokemus oireista vahvistuu entisestään. (Niemi 2013, 249–250; Vlaeyen ym. 2016.)

Keskeistä toiminnallisista häiriöistä kuntoutumisessa on, että

- kuntoutuja oppii ymmärtämään oireitaan sekä toiminnallisten oireiden mekanismia.
- kuntoutuja tunnistaa oireita ylläpitäviä tekijöitä ja pyrkii vähentämään niiden vaikutusta.
- kuntoutuja tunnistaa oireita vähentäviä ja lieventäviä tekijöitä ja lisää niiden vaikutusta.
- kuntoutuja tunnistaa kehon tuntemusten (esimerkiksi oire), oireisiin liittyvien ajatusten (esimerkiksi “*oireeni johtuvat hajusteista*”) ja tunteiden (esimerkiksi pelko) vaikutusta omaan toimintaansa ja käyttäytymiseensä ja tarvittaessa muuttaa omaa toimintaansa sellaiseksi, joka ei vahvista aivojen virheellistä tulkintaa.
- kuntoutuja oppii rauhoittumiskeinoja, joilla vaimennetaan kehosta tulevia aivojen hälytystilaa ylläpitäviä viestejä.
- kuntoutuja vähentää reaktiivisuutta muun muassa poisoppimisella.
- kuntoutuja suuntaa voimavaroja toiminnallisten oireiden kanssa kamppailusta elämänlaadun parantamiseen ja itselle iloa tuottavien asioiden tietoiseen lisäämiseen elämässä.

(HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka 2021b; myös Fink & Rosendal 2015)

Jos näihin asioihin kiinnitetään kuntoutuksessa huomiota, on mahdollista, että oireiden haittaavuus elämään vähenee.

Toiminnallisten häiriön kuntoutusta toteutetaan Suomessa yksilökuntoutuksen lisäksi myös ryhmäkuntoutuksena (Selinheimo ym. 2019 26–41), ja ryhmäkuntoutuksesta on vaikuttavuusnäyttöä (esim. Wortman ym. 2018). Ryhmämuotoisten toimintamallien etu on siinä, että niiden on arvioitu olevan yksilömuotoisia kuntoutusmalleja kustannustehokkaampia (Wortman ym. 2018). Keskeisin hyöty ryhmässä toteutettavasta kuntoutuksesta kuntoutujan näkökulmasta lienee ryhmän tarjoama vertaistuki (lue lisää ryhmässä tapahtuvasta psykososiaalisesta kuntoutuksesta ja vertaistuesta yleisesti Klemelä 2015; Lestinen ym. 2013; Salminen 2016b), sillä yhteenkuuluvuuden ja liittymisen tarpeen on katsottu olevan yksi ihmisen kolmesta psykologisesta perustarpeesta (Deci & Ryan 2000).

2.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia ja psykologinen joustavuus

Hyväksymis- ja omistautumisterapia⁹ on kolmannen aallon kognitiivinen käyttäytymisterapiamenetelmä, jossa pyritään lisäämään psykologista joustavuutta. Se perustuu moderniin käyttäytymispsykologiaan ja teoreettisesti kieltä ja kognitioita selittävään suhdekehysteoriaan¹⁰. (Hayes 2004a; 2016; Hayes ym. 2006.) Käyttäytymisterapiamenetelmien ensimmäistä, niin kutsuttua behavioristista aaltoa, edustaa perinteinen käyttäytymisterapia (traditional behavior therapy), joka alkoi muotoutua 1900-luvun alkupuolella ja kehittyi terapiamuodoksi 1950-luvulla oppimispsykologisen perustutkimuksen ja behaviorististen käyttäytymistä selittävien periaatteiden pohjalta. Toiseen aaltoon lukeutuvat niin kutsutut kognitiiviset lähestymistavat, kuten kognitiivinen terapia (cognitive therapy) ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (cognitive-behavior therapy, CBT), joissa pyrittiin ymmärtämään mielen sisäistä maailmaa eli kognitiota. 1980–1990-luvuilla alkunsa saaneeseen kolmanteen aaltoon kuuluvat hyväksymis- ja omistautumisterapian (acceptance and commitment therapy) lisäksi esimerkiksi dialektinen käyttäytymisterapia (dialectical behavior therapy), funktionaalis-analyttinen terapia (functional analytic psychotherapy, FAP) sekä mindfulness-pohjainen kognitiivinen terapia (mindfulness-based cognitive therapy). (Hakanen 2013; Hayes 2004a; 2016; Holmberg & Kähkönen 2015, 52–54; Huttunen & Kalska 2015; Tuomisto & Lappalainen 2015, 83–84.) Kolmannen aallon menetelmissä keskeistä on muuttaa henkilön suhdetta hänen sisäisiin tapahtumiinsa kuten ajatuksiinsa, tunteisiinsa ja kehon tuntemuksiinsa eli myös kehossa ilmeneviin toiminnallisiin oireisiin sen sijaan, että pyrittäisiin ensisijaisesti muuttamaan, vähentämään tai kontrolloimaan itse sisäisiä tapahtumia. Tällöin esimerkiksi toiminnallisten oireiden aiheuttamien kielteisten merkitysten, oireiden haittaavuuden ja toiminnallisten reaktioiden on mahdollista lieventyä. (Ks. hyväksymis- ja omistautumisterapian osalta Ruiz 2012.)

⁹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on nimennyt hyväksymis- ja omistautumisterapian yleisesti näyttöön perustuvaksi menetelmäksi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021).

¹⁰ Suhdekehysteoria (*relational frame theory, RFT*) selittää, kuinka ihmismieli toimii. Teoriassa kognitiivisten toimintojen, kuten havaitsemisen; asioiden tunnistamisen; kielellisyyden eli luetun ja puhutun tekstin tuottamisen ja ymmärtämisen; ajattelun; ongelmanratkaisun ja päättelyn ajatellaan olevan opittua ja kontekstuaalisesti hallittua taitoa yhdistää erilaisia asioita toisiinsa. Ihmismieli on hyvin kykeneväinen yhdistämään erilaisia asioita – kokemuksia, tapahtumia, tilanteita, ajatuksia, sanoja ja käsitteitä, tunteita ja kehon tuntemuksia – toisiinsa sen mukaan, miten nämä tapahtumat suhteutuvat ajallisesti toisiinsa. Suhdekehysteoria koskee myös ei-kielellisiä asioita, esimerkiksi sellaisia kokemuksia, joita ei voi sanallistaa, vaan joita voi esimerkiksi tuntea kehossa. (Lue lisää suhdekehysteoriasta esim. Hayes ym. 2001; Hayes ym. 2006; Hayes & Smith 2008, 31–35; Lappalainen 2013; Lappalainen ym. 2013, 19–28; tiivistetysti myös Kauravaara 2019.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa työskennellään mielen kanssa. Siinä puretaan kielellisesti syntyneitä asioiden, ajatusten, tunteiden, kehon tuntemusten ja kokemusten välisiä suhteita ja siten heikennetään kielellisyyden merkitystä ja vaikutusta asiakkaan kannalta haasteellisissa asioissa sekä vahvistetaan oppimista oman kokemuksen kautta. (Hayes ym. 2006.) Tätä kutsutaan psykologisen joustavuuden lisäämiseksi, jolla on hyödyllisiä ja myönteisiä vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja kliinisiin oireisiin, jolloin elämänlaatu paranee. Tällöin paradoksaalisesti myös ongelmien ja oireiden on mahdollista vähentyä, vaikka niihin ei vaikutetakaan suoraan vähentävästi. (Ciarrochi ym. 2010; Tuomisto & Lappalainen 2015, 88.)

Psykologista joustavuutta lisätään kuuden toistensa kanssa linkittyvän prosessin kautta: hyväksyntä, mielen kontrollin heikentäminen, tietoinen läsnäolo nykyhetkessä, havainnoiva minä, arvojen kirkastaminen sekä sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan (Hayes ym. 2006; Hayes ym. 2012). Neljä ensiksi mainittua luetaan kuuluviksi hyväksyntä- ja tietoisuusprosesseiksi. Sitoutumisen ja käyttäytymisen muutoksen prosesseihin puolestaan kuuluvat edellisestä prosessiperheestä tietoinen läsnäolo nykyhetkessä ja havainnoiva minä sekä lisäksi arvot ja niihin sitoutuminen. Siten tietoisien läsnäolon ja havainnoivan minän prosessit sisältyvät sekä hyväksyntä- ja tietoisuusprosesseihin että sitoutumisen ja käyttäytymisen muutoksen prosesseihin. (Hayes ym. 2006; Hayes ym. 2012.)

Psykologisen joustavuuden osa-alueet voidaan nähdä taitoina (ks. esim. Hayes ym. 2006), joita voi harjoittaa ja joissa voi siten kehittyä (taulukko 2).

Taulukko 2 Hyväksymis- ja omistautumisterapiain prosessit taitoina (Kauravaara 2019, 14).

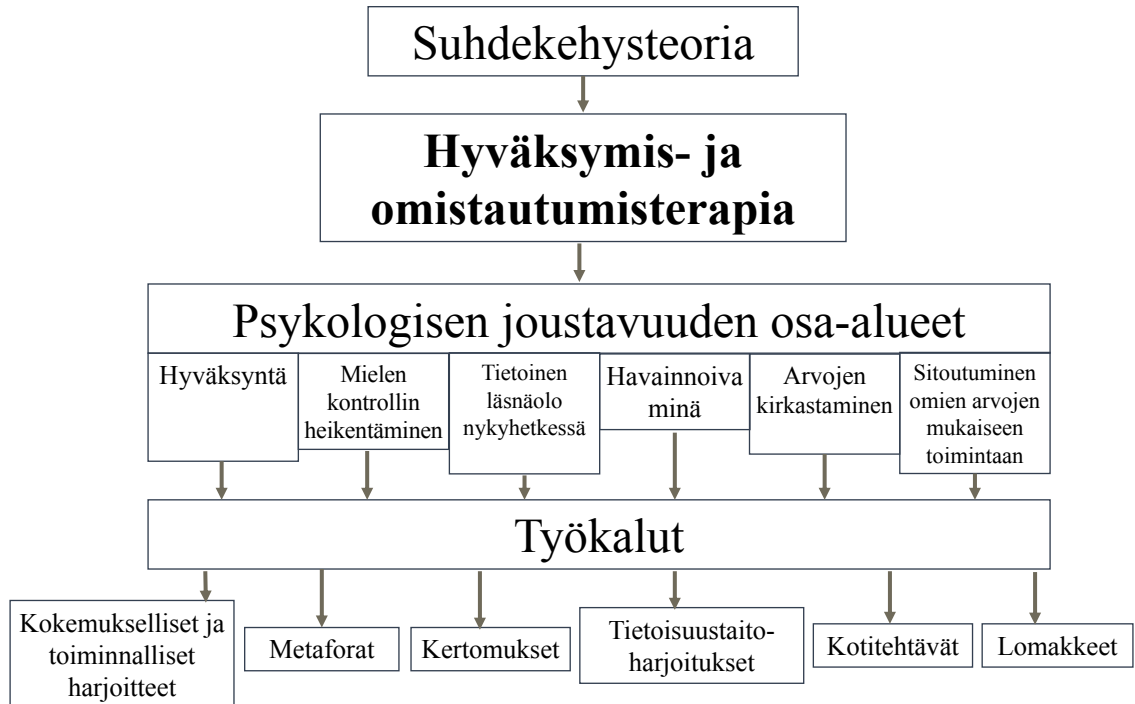
Prosessi	Taito
Hyväksyntä	Kykyä ottaa vastaan, ikään kuin syleillä, kaikenlaisia sisäisiä tapahtumia juuri sellaisina kuin ne kyseisellä hetkellä ovat ilman tarvetta muuttaa mitään, ilman tarvetta hallinnoida tai kontrolloida.
Mielen kontrollin heikentäminen	Kykyä tunnistaa sisäisten tapahtumien vaikutusta omaan toimintaan, tulla tietoiseksi omasta automaattisesta tavasta ajatella ja taitoa irrottautua sisäisten tapahtumien vaikutuksesta käyttäytymiseen.

Tietoinen läsnäolo nykyhetkessä (suom. myös esim. tässä hetkessä eläminen; tietoinen läsnäolo tässä hetkessä)	Taitoa elää tässä ja nyt murehtimatta menneitä tai huolehtimatta tulevasta. Kykyä keskittyä ja havainnoida nykyhetkeä arvottamatta ja arvostelematta, tuomitsematta, suodattamatta ja muuttamatta ja taitoa tarvittaessa palauttaa levoton mieli takaisin nykyhetkeen.
Havainnoiva minä (suom. myös esim. minä kontekstina; tarkkaileva minä; tarkkailijaminä; minä paikkana ja tilana)	Taitoa havainnoida ja tarkastella itseä ja oman mielen tuottamia sisäisiä tapahtumia ml. käsityksiä itsestä. Taitoa löytää tila, jossa voi huomata itsensä ajattelemassa ajatuksia, tuntemassa tunteita, kokemassa kokemuksia jne. Taitoa irrottautua voimakkaiden käsitysten ohjausvallasta ja mielikuvista, mikä mahdollistaa uudenlaisen toiminnan tai käyttäytymisen.
Arvojen kirkastaminen (suom. myös esim. arvot)	Kykyä huomata ja selkiyttää, mikä on arvokasta, itselle tärkeää, hyvää elämää.
Sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan	Kykyä tehdä sellaisia konkreettisia valintoja ja tekoja (käyttäytyä), jotka ovat linjassa omien arvojen kanssa ja joilla on siten myönteistä vaikutusta omaan hyvinvointiin. Kykyä tehdä omien arvojen mukaisia valintoja mahdollisista epämukavista sisäisistä tapahtumista huolimatta tai niiden kanssa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa psykologista joustavuutta edistävien taitojen (taulukko 2) harjoittamiseen käytetään konkreettisia työkaluja (techniques and strategies). Työkalut ovat esimerkiksi kokemuksellisia ja käytännönläheisiä harjoituksia, metaforia, käyttäytymisen aktivointia tai kotitehtäviä (yleisesti esim. Gaudiano 2011; Hayes 2004b, 17–23; Hayes 2016; Hayes ym. 2011; Tuomisto & Lappalainen 2015, 97–98; itse työkaluja esim. Hayes & Smith 2008; Harris 2020; Kangasniemi & Kauravaara 2016; Lappalainen ym. 2013; Pietikäinen 2016; Pietikäinen 2017; Stoddard & Afari 2011; Zilliacus 2020; Zilliacus 2021). Kotitehtävät ovat tärkeitä, koska silloin opitut taidot yleistetään omaan arkiympäristöön. Kirjallisuudesta löytyy yhteenveto siitä, kuinka hyväksymis- ja omistautumisterapian prosesseja ja niiden työkaluja voidaan hyödyntää pitkäaikaissairauksien yhteydessä (Graham ym. 2016, 48) ja erityisesti kroonisen kivun hoidossa (Yang & McCracken 2014). Hyväksymis- ja omistautumisterapian työkaluja voi hyödyntää joustavasti asiakkaan tarpeiden

mukaan, eikä yhtä oikeaa protokollaa tai järjestystä niiden käyttämiselle ole (Montgomery ym. 2011; Yang & McCracken 2014).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian, psykologisen joustavuuden ja konkreettisten kuntoutuksessa hyödynnettävien työkalujen välinen suhde käy ilmi kuvasta 1.



Kuva 1 Hyväksymis- ja omistautumisterapian suhteutuminen suhdekehysteoriaan, psykologisen joustavuuden osa-alueisiin sekä työkaluihin (Kauravaara 2019).

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty syksyllä 2020 HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksessa ja sen jälkeen tehtyjen haastattelujen aikana. Tarkastelen tässä ryhmäkuntoutusta nimenomaan yhtenä toimenpiteenä kuntoutustoimenpiteiden kokonaisuudesta¹¹.

3.1 Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka tutkimusympäristönä

HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka perustettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin keväällä 2019 maan ensimmäiseksi – ja toistaiseksi ainoaksi¹² poliklinikaksi, joka on erikoistunut toiminnallisten häiriöiden diagnosointiin ja jossa hoidetaan ja kuntoutetaan ainoastaan toiminnallisesta häiriöstä kärsiviä henkilöitä. Diagnosoinnin, hoidon ja kuntoutuksen lisäksi poliklinikalla tehdään tieteellistä tutkimusta¹³, kehitetään kuntoutusinterventioita ja hoitomenetelmiä tutkimuksen pohjalta sekä koulutetaan terveydenhuollon toimijoita. Toiminnallisten häiriöiden hoitoa ja kuntoutusta pyritään enenevässä määrin jalkauttamaan erityisesti perusterveydenhuoltoon, jossa lääkärit eniten kohtaavat toiminnallisista häiriöistä kärsiviä henkilöitä.

Kuntoutujat tulevat HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalle Uudenmaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon sekä yksityisen terveydenhuollon lähetteellä. Lähetteen voi saada erikseen sovitusti myös HUS-alueen ulkopuolelta. (HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka 2021a.) Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka on niin kutsuttu konsultoiva yksikkö. Tämä tarkoittaa sitä, että poliklinikalla ei tehdä varsinaisesti diagnostisia lisätutkimuksia eikä hoitovastuu kuntoutujista siirry yksikköön, vaan säilyy kuntoutujan omalääkärillä esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.

¹¹ Järvikosken ja Härkäpään (2004, 17) mukaan kuntoutuksen käsitettä voidaan käyttää toimenpiteiden kokonaisuuden lisäksi myös kahdessa muussa merkityksessä: prosessi ja yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä.

¹² Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on meneillään ”väsyneen potilaan” pilottihanke, jossa moniammatillinen ja eri erikoissairaanhoidon alueita edustava Väsymystyöryhmä tutkii ja arvioi, onko kuntoutujan kohdalla kysymys kroonisesta väsymysoireyhtymästä ja arvioi jatkohoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia (Tampereen yliopistollinen sairaala 2021).

¹³ Parhailaan HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla on käynnissä esimerkiksi toiminnallisten häiriöiden kohorttitutkimus, jossa selvitetään toiminnallisista oireista kärsivien henkilöiden toimintakyvyn, oireiden ja elämänlaadun ennustetta. Tutkimusta johtaa ylilääkäri Helena Liira. Tämän tutkimusraportin kirjoittamishetkellä kohorttitutkimuksesta ei ole ehditty vielä julkaista yhtään artikkelia. Tutkimuksen protokolla-artikkeli on julkaisuprosessissa.

HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla työskentelee moniammatillinen tiimi, jonka jäsenet ovat eri erikoisalojen lääkäreitä, psykologi, kuntoutusohjaaja, kaksi sosiaalityöntekijää sekä osastosihteeri. Osa työntekijöistä työskentelee osa-aikaisesti ja osa kokoaikaisesti. Siten poliklinikan henkilövahvuus on tällä hetkellä noin viisi henkilötyövuotta. Lisäksi tiimin on mahdollista hyödyntää fysioterapeutin, ravitsemusterapeutin, toimintaterapeutin ja puheterapeutin asiantuntemusta. Poliklinikalla tehdään tiivistä yhteistyötä muun muassa Psykiatrian konsultaatiopoliklinikan, Neuropsykiatrian poliklinikan ja Kipupoliklinikan ammattilaisten kanssa.

HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka tarjoaa kuntoutujilleen erilaisia kuntoutusvaihtoehtoja (ks. kuva 2), joista keskeinen on tervehdyttävän tiedon jakaminen kuntoutujille. Toisinaan tarjotaan lääkehoitoa oireisiin ja myötävaikuttaviin tekijöihin, jos sellainen on olemassa ja jos lääkäri katsoo, että lääkehoito edesauttaa kuntoutumista. Varsinaista parantavaa lääkehoitoa toiminnallisiin häiriöihin ei ole olemassa. Lääkkeet eivät poista oireita, mutta usein ne saattavat helpottaa oireita ja antavat siten kuntoutujalle aikaisempaa paremmat mahdollisuudet keskittyä kuntoutumiseen. Varsinaisia lisätutkimuksia poliklinikalla tehdään hyvin vähän.

Tätä tutkimusraporttia kirjoittaessani syksyllä 2021 on poliklinikan kuntoutujille juuri avattu digihoitopolku. Digihoitopolulla kuntoutuja pääsee tutustumaan toiminnallisen häiriön mekanismeihin ja kuntoutumisen perusteisiin jo ennen lääkärin ensikäyntiä. Digihoitopolulla on myös paljon muuta kuntoutujaa hyödyttävää tietoa yhteystiedoista ja itsehoitokeinoista alkaen. Digihoitopolku ei ollut kuitenkaan yhtä laajana vielä tähän tutkimukseen osallistuvien kuntoutujien käytössä.

Yksi poliklinikan keskeisistä kuntoutusvaihtoehtoista on poliklinikalla toteutettava ryhmäinterventio. Tällä hetkellä ryhmäinterventioita on kaksi erilaista: psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti ja psykologi ohjaavat Vakauttavaa kuntoutusryhmää ja sosiaalityöntekijä ja psykologi Joustava keho ja mieli -ryhmää (ent. Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutus). Vakauttava kuntoutusryhmä sisältää psykofyysisen fysioterapian harjoitteita sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian harjoitteita. Jälkimmäisen ryhmän sisältö perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan, ja se on tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena. Tämän tutkimuksen aineistonkeruun aikaan

ryhmäkuntoutuksen kesto oli vielä kuusi tapaamiskertaa, mutta sittemmin ko. ryhmäkuntoutusta on pidennetty kymmenen kerran mittaiseksi.



Kuva 2 Kuntoutusvaihtoehtoja HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla kuvassa vasemmalla ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin muita toiminnallisista häiriöistä kuntoutuville sopivia kuntoutusvaihtoehtoja kuvassa oikealla (HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka 2021c).

Mikäli ryhmäkuntoutus ei ole kuntoutujalle sopiva tai mahdollinen, tarjoavat poliklinikan ammattilaiset tai poliklinikan kanssa yhteistyössä toimivat ammattilaiset myös yksilökuntoutusta (ks. kuva 2).

Lisäksi toiminnallisten häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa voidaan hyödyntää esimerkiksi HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan psykiatrian yksikön tuottamaa Pitkäaikaisten ja haittaavien kehollisten oireiden nettiterapiaa¹⁴ ja HUS psykoterapiapalveluseteliä. Lisäksi voidaan hyödyntää eri tahojen järjestämää muuta kuntoutusta, kuten esimerkiksi fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta. Kuntoutuja voi saada edellä mainittuja kuntoutuksia esimerkiksi Kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena, kunnan lääkinnällisenä kuntoutuksena tai Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena.

¹⁴ Ks. <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/Pages/default.aspx>.

3.1.1 Terveyssoaalityöntekijä kuntoutujien kokemusten äärellä

Terveyssoaalityö on keskeinen osa toiminnallisten häiriöiden yksikön toimintaa. Toiminnallisista häiriöistä kärsivien henkilöiden taloudellinen tilanne on usein heikko. Erikoissairaanhoidossa työskentelevien soaalityöntekijöiden mukaan toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt tulevatkin soaalityöntekijän vastaanotolle keskustelemaan yleensä taloudellisista kysymyksistä ja sosiaalietuuksiin liittyvistä asioista. (Kauravaara 2020, 16–17.) Huoli toimeentulosta ja taloudellisesta selviämisestä on usein toiminnallista häiriötä ylläpitävä tekijä. Siksi esimerkiksi toimeentuloon liittyviin kuormitustekijöihin on hyvä pyrkiä vaikuttamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

HUS toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla soaalityöntekijä auttaa kuntoutujia sosiaalisissa kysymyksissä: tekee sosiaalisen tilanteen arvioita, antaa ohjausta ja neuvontaa esimerkiksi sosiaaliturvasta, -etuuksista ja -palveluista, auttaa löytämään kuntoutujan tilanteeseen sopivia kuntoutusvaihtoehtoja, avustaa hakemusten täyttämässä ja muutoksenhauissa päätöksiin, tekee yhteistyötä viranomaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa ja tukee kuntoutujaa hänen elämäntilanteessaan. Käytännössä kuntoutujan kanssa pohditaan usein opiskeluun, työhön, ammatilliseen kuntoutukseen ja toimeentuloon; asumiseen; apuvälineisiin, kuljetus- ja sosiaalipalveluihin, läheisiin ja sosiaaliseen verkostoon liittyviä kysymyksiä.

Koska olen perehtynyt hyväksymis- ja omistautumisterapiaan sekä esimerkiksi liikuntatieteilijän taustani pohjalta myös esimerkiksi kuormituksen ja levon rytmittämiseen¹⁵, soaalityöntekijän työssäni painottuvat erityisesti psykososiaaliseen tukeen ja kuntouttavaan työhön liittyvät tehtävät. Tämä tarkoittaa sitä, että niin sanottujen perinteisten soaalityöntekijän työtehtävien lisäksi teen poliklinikalla toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumiseen tähtäävää yksilötyöskentelyä kuntoutujien kanssa sekä ohjaan ryhmäkuntoutusta. Molemmissa tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy elämään hyvää elämää oireiden kanssa tai oireista huolimatta, kuntoutujan oireet vähenevät ja hyvässä tapauksessa kuntoutuja kuntoutuu kokonaan toiminnallisesta häiriöstä. Vaikka kuntoutuja ei hoitojakson

¹⁵ Monella kuntoutujalla on myös uupumusta toiminnallisena oireena tai diagnosoitu krooninen väsymysoireyhtymä (ks. kroonisesta väsymysoireyhtymästä lisää Komulainen ym. 2021). Tällöin kuntoutuskeinona saatetaan käyttää sitä, että kuntoutujan kanssa laaditaan yksilöllinen aktiivisuussuunnitelma fyysisen aktiivisuuden ja levon rytmittämiseen (Kauravaara 2021).

aikana kuntoutuisikaan täysin vapaaksi oireistaan, hänellä on jakson jälkeen valmiudet, työkaluja, motivaatiota sekä rohkeutta ja uskoa jatkaa itse itsensä kuntouttamista.

Ryhmäkuntoutusta ohjaan yhdessä poliklinikan psykologin kanssa. Ensimmäinen ryhmämme käynnistyi juuri koronavirusepidemian alla keväällä 2020. Kuntoutus jouduttiin kuitenkin keskeyttämään noin puoleksi vuodeksi. Jatkoimme alkanutta ryhmää syksyllä, ja heti sen jälkeen aloitimme ryhmäkuntoutuksen, jossa keräsin tämän tutkimuksen aineiston.

Olemme psykologin kanssa yhdessä suunnitelleet ryhmäkuntoutuksen sisällön etukäteen, ja lisäksi käymme aina ennen tapaamiskertaa lyhyesti läpi kyseessä olevan tapaamiskerran sisällön ja työnjaon. Tutkijan roolini ei vaikuttanut työnjakoomme tutkimuksen kohteena olevassa interventiossa. Työnjako on mietitty useimmiten vahvuuksiemme mukaan. Aluksi – ja vielä tähän tutkimukseen liittyvän ryhmäkuntoutuksen aikana – minun vahvuuksiini kuuluivat hyväksymis- ja omistautumisterapian työkalut ja psykologiseen joustavuuteen liittyvät sisällöt ja psykologin vahvuuksiin esimerkiksi toiminnallisen häiriön mekanismi ja tietyt pienemmät teemat, kuten altistaminen. Sittenmin, kun molempien tietotaito on karttunut ja psykologi kouluttautui hyväksymis- ja omistautumisterapiaan, ei ole oikeastaan ollut enää niin merkitystä sillä, kumpi meistä ohjaa mitäkin sisältöjä.

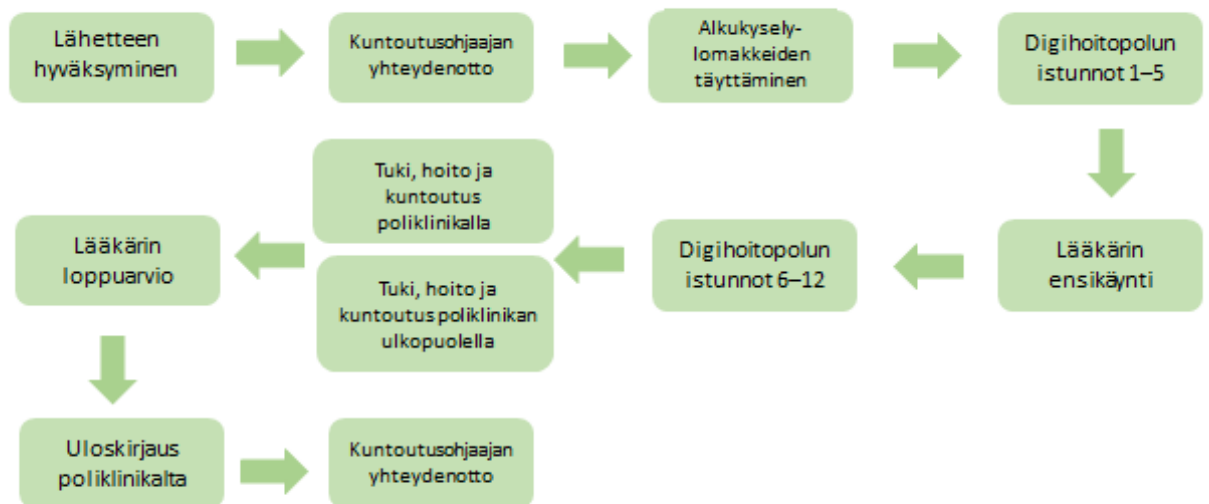
Pyrimme rytmittämään tapaamiskertojen sisällöt ja harjoitukset niin, että olisimme vuorotellen äänessä. Lisäksi täydennämme toistemme puheita ja osallistumme keskusteluun, jonka vetämisestä toinen on vastuussa.

Koen, että meidän ammattilaisten yhteistyö on alusta asti ollut hyvin luontevaa ja sujuvaa. Vaikka edustammekin eri ammattiryhmiä, meillä on mielestäni kuntoutuksen suhteen samanlainen orientaatio, tahtotila ja hyvin samansuuntainen näkemys siitä, mikä auttaa ja tukee kuntoutujia. Siksi työskentelymme onkin tuntunut minusta helpolta. Pidän arvokkaana myös sitä, että olemme tapaamiskerran jälkeen voineet aina reflektoida tapaamiseen liittyviä tuntemuksiamme ja ajatuksiamme ja tukeneet toisiamme. Se on mahdollistanut myös omaa ammatillista kasvuani ja kehittymistäni.

3.1.3 Viisi kuntoutujaa

Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla hoidetaan henkilöitä, joiden vaikeasti kuormittaville, pitkäaikaisille kehollisille oireille ei ole perusteellisissa lääketieteellisissä tutkimuksissa löydetty sairaussyytä. Oireet ovat kuitenkin todellisia oireita ja usein voimakkaasti toimintakykyä, arkea ja elämänlaatua haittaavia. Monet poliklinikan kuntoutujista myös kokevat, että he ovat jääneet oireiden kanssa yksin tai tulleet väärin ymmärretyiksi (ks. Kauravaara 2020).

Osa poliklinikan kuntoutujista käy poliklinikalla vain kerran, mutta useimmiten työskentely kuntoutujan kanssa kestää arviolta muutamasta kuukaudesta vuoteen. Kuvassa 3 havainnoidaan kuntoutujan kulkua HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla.



Kuva 3 Kuntoutujan kulku HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla (HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka 2021c).

Tutkimukseni keskiössä on viisi eri-ikäistä aikuista kuntoutujaa: Utu, Paju, Aalto, Eeti ja Osmi. He kaikki osallistuivat Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutukseen syksyllä 2020. Kuntoutujat olivat miehiä ja naisia, mutta tunnistettavuuden minimoimiseksi olen anonymisoinut heidät siten, ettei heidän sukupuolensa käy ilmi heille antamistani uusista nimistä.

Kaikki tutkimukseni kuntoutujat antoivat minulle luvan havainnoida itseään ryhmäkuntoutuksen aikana ja haastatella itseään kuntoutuksen jälkeen. Kaikki osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja antoivat kirjallisen suostumuksensa (liite 1) tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimukseni kuntoutujat olivat saaneet HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan lääkäriltä toiminnallisen häiriön diagnoosin. Heidän oireensa kuitenkin vaihtelivat. Lääkäri oli tehnyt arvion kullekin kuntoutujalle sopivista ja ajankohtaisista kuntoutuskeinoista, ja yhdeksi kuntoutuskeinoksi valikoitui Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutus. Kuvaan 4 on kerätty moniammatillisessa tiimissä yhteisesti päätetyt kriteerit sille, kenelle psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksen on ajateltu soveltuvan ja kenelle ei.

KYLLÄ RYHMÄÄN, JOS:

- Lääkäri on todennut toiminnallisen häiriön
- Kuntoutuja hyväksyy toiminnallisen häiriön ja selitysmallin
- Kuntoutuja uskoo, että voi kuntoutua toiminnallisesta häiriöstä
- Kuntoutuja ymmärtää, että kuntoutus vaatii omaa aktiivista työstä eikä kukaan muu voi tehdä sitä hänen puolestaan
- Kuntoutuja kokee tarvitsevansa kuntoutumiseen apua, ohjausta, tukea ja neuvoja
- Kuntoutuja haluaa osallistua ryhmämuotoiseen kuntoutukseen
- Kuntoutuja pystyy sitoutumaan osallistumiseen (6 x)
- Kuntoutujan vointi on tarpeeksi hyvä 1,5 tunnin ryhmätapaamisiin sekä itsenäiseen harjoitteluun

EI RYHMÄÄN, JOS:

- Kuntoutujalla ei mielestään ole toiminnallista häiriötä
- Tutkimukset oireitten syystä ovat vielä kesken tai kuntoutuja haluaa lisää tutkimuksia oireiden syyn selvittämiseksi
- Kuntoutuja ei usko, että tällainen kuntoutus voisi häntä auttaa
- Kuntoutuja kokee ryhmään osallistumisen epämiellyttäväksi
- Kuntoutuja kaipaa kriittistä keskustelua toiminnallisten häiriöiden olemassaolosta, mekanismeista ja hoitomenetelmistä
- Kuntoutuja on korostuneesti kiinni negatiivisessa sairaan roolissa, jossa on korostunut tarve päästä kertomaan kärsimyksistään ja epäoikeudenmukaisesta kohtelusta terveydenhuollossa yms. ja riskinä on, että hän kannustaa muitakin siihen

Kuva 4 Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksen osallistujien soveltuvuus-kriteerit (HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka 2021b).

Osa kuntoutujista oli ennen ryhmäkuntoutusta osallistunut johonkin toiseen interventioon, kuten esimerkiksi toiminnallisten häiriöiden kuntouttamiseen keskittyvään Kelan kuntoutuskokeilun yksilökuntoutukseen. Osalle kuntoutujista psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutus oli ensimmäinen toiminnalliseen häiriöön räätälöity kuntoutusinterventio.

Ennen ryhmäkuntoutuksen alkamista jokainen kuntoutuja keskusteli psykologin kanssa puhelimesta tai kasvotusten vastaanotolla. Keskustelussa varmistettiin intervention oikea-aikaisuus ja sopivuus kuntoutujalle. Keskustelun aikana psykologi myös kertoi kuntoutujalle, että ryhmä toimii samalla tutkimusryhmänä, jonka aikana kerään tutkimusaineistoni maisterintutkielmaani varten. Lisäksi psykologi jakoi tutkittaville tiedotteen (liite 10) sekä suostumuslomakkeen (liite 1) täytettäväksi. Mikäli psykologi keskusteli kuntoutujan kanssa puhelimitse, kuntoutuja sai materiaalin postitse. Kuntoutujalla olisi ollut mahdollisuus niin halutessaan osallistua ryhmään ilman, että hän osallistuu tutkimukseen. Kaikki kuitenkin halusivat osallistua sekä ryhmäkuntoutukseen että tutkimukseen.

Kaikki kuntoutajat eivät päässeet aloittamaan ryhmäkuntoutusta keväällä 2020 alkaneen koronavirusepidemian takia heti, vaan he joutuivat odottamaan ryhmäkuntoutuksen aloittamista jopa puoli vuotta. Odottamisesta huolimatta kaikki kuntoutajat olivat sitä mieltä, että ryhmään ohjautumisen prosessi oli sujuva, joustava ja/tai selkeä, mikä käykin ilmi esimerkiksi seuraavassa kuntoutujan kommentissa:

Kati: Miten sun mielestä tää ohjautumisen prosessi toimi?

Aalto: Se oli ihan selkee. Eihän siinä tarvinnu muuta ku odotella, et kyl lääkäri anto ihan selkeet ohjeet.

Tosin kaksi kuntoutujaa, Eeti ja Utu, luulivat tulevansa psykofyysiseen fysioterapiaan painottuvaan ryhmään, joka alkoi lopulta Psykologisen joustavuuden ryhmää myöhemmin. Toinen näistä kuntoutujista kuitenkin ajatteli että ”kaikki hyödyttää siis, mä teen ihan mitä tahansa, että mä vaan paranen, nii sitten mä tuln tänne”. Kummallekaan kuntoutujalle asia ei ollut pettymys vaan vain kokemuksena ”erilainen”.

Muutoin kuntoutujilla ei välttämättä ollut kuvaa siitä, mitä ryhmäkuntoutus pitää sisällään, eikä siten paljon odotuksiakaan. Tullessaan ryhmään kuntoutajat odottivat haastattelun perusteella saavansa vertaistukea pienessä ryhmässä, mikä heidän mielestään toteutuikin hyvin. Utu, Paju, Aalto ja Osmi kertoivat, että he eivät oikein tieneet, mitä odottaa interventioista sisällöllisesti. Kun keskustelimme siitä, olisivatko he halunneet tietää, kyllä- ja ei-vastaukset molemmat saivat kannatusta. Paju pohdiskeli asiaa näin:

Mä luulen, että sillä ei sinänsä oo... ehkä on parempi tavallaan, että siihen vaan niinku heittäytyy, tiedätsä et sielt tulee, mitä tulee just siks ettei sit ehkä turhaan muodosta mitään käsityksiä ennalta, [– –] mut jotenkin mä nään siinä kans sen riskin et joku saattaa sitte asennoitua siihen vähän sillai, et jos kerrotaan et oikein tehdään tällasia ja tällasia harjoituksia ja tää nojaa tämmöseen teoriaan, ni ehkä joku saattaa

olla sit vähän sillai nihkee. Kun sitten taas ennen kuin pääsee suoraan heti kokemaan sitä, ni ehkä sitte huomaakin, että tää onkin ihan jees.

Kuntoutujien täyttämien alkukartoituslomakkeiden ja tutustumiskierroksesta tekemieni tutkimuspäiväkirjamerkintöjen perusteella kuntoutujat odottivat aiemmin mainittujen asioiden lisäksi seuraavia asioita: valoa elämään, tukea, apua ja konkreettisia vinkkejä kuntoutumiseen ja omaan hyvinvointiin, itseymmärrystä oireisiin, aikaisempaa parempaa elämänhallintaa. Eeti kertoi, ettei hän uskalla odottaa varsinaista parantumista. Mieleeni jäi erityisesti se, että Utu kirjoitti toivovansa, että hän nauttii prosessista ja se että Osmi toivoi, että hänen ”kroppaansa syntyisi rauha”.

Kuntoutujien asettamat odotukset Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutukselle olivat mielestäni varsin realistisia, jos ajatellaan sitä, mitä olimme luvanneet kuntoutujille. Olimme kirjanneet ryhmäkuntoutuksen tavoitteiksi seuraavaa:

- oppia ymmärtämään toiminnallisen häiriön mekanismia, saada uutta perspektiiviä omiin oireisiin ja saada tukea kuntoutumisessa.
- oppia ymmärtämään oman kehon ja mielen reaktioita, lisätä kehotietoisuutta ja vähentää toiminnallisten oireiden vaikutusta elämään.
- oppia keinoja kehon automatisoituneisiin reaktioihin vaikuttamiseksi.
- lisätä psykologista joustavuutta ja sitä kautta elämänlaatua, toimintakykyä ja hyvinvointia.
- saada keinoja oman itsenäisen kuntoutumisen jatkamiseksi.
- saada positiivista vertaistukea muilta kuntoutujilta.

Ryhmäkuntoutuksessa ryhmä ei ole tärkeä niin sanotussa perinteisessä ryhmän tai joukkueen merkityksessä, sillä ryhmällä ei ole yhteistä tavoitetta. Yhteisen tavoitteen sijaan ryhmän tuki valjastetaan kunkin yksilöllistä kuntoutumisprosessia palvelevaksi.

3.1.3 Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutus

Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutusryhmä, jossa tämän tutkimuksen aineisto kerättiin, toteutettiin aikavälillä 16.9–28.10.2020. Tämän seitsemän viikon aikana ryhmä kokoontui yhteensä kuusi kertaa puolitoista tuntia kerrallaan. Kaikki edellisessä alaluvussa esittelemäni viisi kuntoutujaa olivat läsnä kaikilla kerroilla. Kaikki olivat läsnä paikan päällä lukuun ottamatta Aaltoa, joka oli kolmannella kerralla

etäyhteyden päässä. Kuntoutujien ja minun lisäksi ryhmään osallistui toisena ohjaajana poliklinikan psykologi Sanna Liesto. Lisäksi ryhmäläisten suostumuksella kahteen viimeiseen ryhmätapaamiseen (ryhmätapaamiset 5/6 ja 6/6) osallistui psykologin työtä seuraamassa ollut psykologiharjoittelija.

Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutus perustuu tutkittuihin ja yleisesti ja hyväksytysti terveydenhuollossa käytössä oleviin menetelmiin. Se ei ole psykoterapiaa, vaikka se pohjautuukin pääosin hyväksymis- ja omistautumisterapian lähestymistapaan.

Ryhmäkuntoutuksen sisältö koostuu psykoedukaatiosta, hyväksymis- ja omistautumisterapian harjoituksista ja metaforista, kotitehtävistä eli osallistujien itsenäisestä työskentelystä tapaamiskertojen välillä sekä oman tilanteen reflektoinnista ja vertaistuen hyödyntämisestä. Liitteessä 2 on kuvattu tiivistetysti ryhmätapaamisten teemat ja sisällöt.

Psykoedukaation eli tervehdyttävän tiedon sisältöä ryhmässä olivat esimerkiksi pienimuotoiset luennot ja keskustelut toiminnallisesta häiriöstä, sen mekanismeista ja siitä kuntoutumisesta. Keskustelimme myös psykologisesta joustavuudesta, sen osa-alueista ja merkityksestä toiminnallisista häiriöistä kuntoutumiseen, toipumista edistävästä tekijöistä sekä hyvinvointia ylläpitävistä tekijöistä.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian työkaluista (ks. luku 2.3) mukaan valikoituivat sellaiset kokemukselliset ja toiminnalliset harjoitteet ja metaforat, joiden arvelimme erityisesti hyödyttävän kuntoutujia. Käytännössä työskentelimme psykologisen joustavuuden kaikkien kuuden osa-alueen kanssa. Yksilötyöskentelyssä voi painottaa niitä osa-alueita, jotka hyödyttävät kuntoutujaa tai joiden kanssa kuntoutujalla on erityisiä haasteita. Ryhmässä tarpeiden variaatiota on yleensä niin paljon, että on hyödyllistä käsitellä kaikkia osa-alueita. Liitteessä 3 on lueteltu kuhunkin psykologisen joustavuuden osa-alueisiin ensisijaisesti liittyvät ryhmäkuntoutuksessa läpikäytyt harjoitukset ja metaforat.

Tiedollisten sisältöjen ja harjoitusten lisäksi tilaa oli asioiden reflektoinnille ja keskustelulle. Koska ryhmä oli pieni, keskustelut käytiin pääosin koko ryhmän kesken eikä parikeskusteluina. Keskeisenä periaatteena oli se, että ryhmässä keskitytään kuntoutumiseen. Siten keskustelut ryhmässä oli tarkoitettu kuntoutumiseen liittyviin aiheisiin, jotka tukevat positiivista kehitystä kohti kunkin aikaisempaa parempaa toimintakykyä. Meidän ohjaajiemme kokemusten perusteella eräissä toiminnallisista häiriöistä kärsivien sosiaalisen

median vertaisryhmissä keskustelut painottuvat perusteellisiin sairaushistorian kuvauksiin, oirekirjon korostamiseen sekä huonoihin kokemuksiin sosiaali- ja terveydenhuollosta, mikä voi olla hyödyllistä, jos esimerkiksi huonoista kokemuksista eteenpäin kertominen edesauttaa palvelujen kehittymistä. Nämä keskustelun aiheet eivät kuitenkaan vielä kuntouta ketään, ja siksi halusimme erityisesti painottaa (ks. liite 4 Ryhmäkuntoutuksen pelisäännöt), että tässä ryhmäkuntoutuksessa ryhmä on valjastettu nimenomaan kunkin henkilökohtaisen kuntoutumisprosessin edistymiseen.

Joka tapaamiskerralla oli tietty runko, joka toistui tapaamiskerrasta toiseen. Tapaamiskerta alkoi useimmiten tietoisien läsnäolon harjoituksella. Harjoitus oli joka kerralla erilainen, jotta kuntoutujat saivat käsityksen siitä, millä eri tavoin tässä hetkessä elämisen taitoa voi harjoittaa ja jotta jokainen voisi löytää itselleen sopivimman tavan. Poikkeuksena oli ensimmäinen tapaamiskerta, joka aloitettiin tutustumisella. Tietoisien läsnäolon harjoituksen ja sen reflektoinnin jälkeen käytiin kuulumiskierros. Usein tämän jälkeen keskustelimme kotitehtävästä, ellei keskustelua ollut yhdistetty kuulumiskierrokseen. Seuraavaksi käsitelimme kullekin tapaamiskerralle suunniteltua pääteemaa tai -teemoja keskustellen, harjoituksia tehden ja metaforien avulla havainnollistaen. Tärkeässä roolissa oli kokemusten jakaminen ja reflektointi. Kukin tapaamiskerta päättyi kotitehtävistä sopimiseen ja loppukierrokseen, jossa sai kertoa tapaamiskertaan liittyvistä tuntemuksistaan ja ajatuksistaan sekä antaa palautetta.

Ryhmään tullessaan osallistujat olivat täyttäneet seuraavat lomakkeet:

- Kysely oireiden kokemisesta (liite 5)
- Tyytyväisyys elämään (liite 6)
- Core-mittari (liite 7)

Ryhmäkuntoutuksen viimeisellä kerralla osallistujia pyydettiin täyttämään seuraavat lomakkeet ja palauttamaan ne tutkimukseen liittyvän teemahaastattelun yhteydessä:

- Kysely oireiden kokemisesta (liite 5)
- Tyytyväisyys elämään (liite 6)
- Core-mittari (liite 7)
- Loppuarvio psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksesta (liite 8)

Edellä mainitut lomakkeet kuuluvat kiinteästi ryhmän toimintaan, ja niiden avulla seurataan, mitä ryhmäkuntoutuksen aikana tapahtuu.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian hengen mukaisesti me ohjaajatkin osallistuimme ryhmän toimintaan täysipainoisesti. Tämä tarkoitti sitä, että aina toinen meistä ohjasi harjoituksen ja toinen osallistui harjoituksen tekemiseen ikään kuin yhtenä ryhmäläisenä. Lisäksi heittäydyimme keskusteluun ja panimme itsemme likoon antamalla henkilökohtaisia ja siten joskus myös jopa kipeitä esimerkkejä omasta elämästämme silloin, kun se arviomme mukaan tuki kuntoutujien omia prosesseja tai auttoi heitä oivaltamaan jotakin keskeistä. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa ammattilaisen ja asiakkaan suhde on tasa-arvoinen, koska hyvinvointiin vaikuttavat kielelliset lainalaisuudet ovat läsnä kaikessa inhimillisessä toiminnassa (esim. Kangasniemi & Kauravaara 2016, 12–14). Usein me ammattilaiset kamppailemme kuntoutujien kanssa samanlaisten asioiden kanssa ja ilmiöiden äärellä, mutta niiden ilmiasu on erilainen kuin tässä tapauksessa toiminnallisista oireista kärsivillä kuntoutujilla.

3.2 Tutkimusaineistot ja -menetelmät

Antropologien käyttämää (Eriksen 2004) etnografiaa on hyödynnetty sosiaalitieteissä jo pitkään tutkimusmenetelmänä¹⁶. Olen tehnyt etnografista tutkimusta itsekin aikaisemmin (esim. Kauravaara 2013), joten lähestymistapana se on minulle tuttu. Lisäksi pidän etnografiaa itselleni sopivana ja kiinnostavana tapana tehdä tutkimusta.

Etnografia on kokonaisvaltainen tutkimusote tai lähestymistapa, jolla tarkoitetaan intensiiviseen kenttätööhön pohjautuvaa tutkimusperinnettä ja syvällistä ja rikasta kirjallista kuvausta tutkimuskohteesta (Spradley 1980; Whyte 1984; Silverman 1997; Silverman 2006; Davies 2008). Etnografisessa tutkimuksessa tieto rakentuu vuorovaikutuksessa tutkittavien

¹⁶ Suomalaiset sosiologit ovat 2000-luvulla tutkineet etnografian keinoin instituutioita ja niiden käytäntöjä esimerkiksi päiväkodissa (Paju 2013), peruskoulussa (esim. Berg 2010; Hoikkala & Paju 2013; Kulmalainen 2015; Paju 2011), toisen asteen oppilaitoksissa (Kauravaara 2013; Käyhkö 2006), varusmiespalveluksessa (Hoikkala ym. 2009; Ojajärvi 2015) ja sairaalassa (Lämsä 2013). Lisäksi etnografista tutkimusta on tehty esimerkiksi ihmisten arjesta ja elämäntavoista (esim. Kauravaara 2013; Maunu 2014; Vaaranen 2004) ja kulttuuristen käytäntöjen rakentumisesta harrastuksissa (esim. Herrala 2015; Ojala 2015; Ojala 2021; Ojanen 2011). Sosiaalityössä suomalaiset tutkijat ovat hyödyntäneet etnografista tutkimusotetta esimerkiksi tutkiessaan lasten ja nuorten hyvinvointiin vaikuttavia muutostekijöitä (Heikkinen 2006), lasten paikan rakentumista lastensuojelun perhetyössä (Hurtig 2003), lasten ja nuorten kokemuksia koulukodista (Pösö 2004), poikien tuen tarvetta ja suhteita aikuisiin koulussa (Lunabba 2013), geriatrisen potilaan asiakkuutta sairaalassa (Järnström 2011), sairastumista ja kuntoutumista (Rissanen 2015) ja lähisuhdeväkivaltaa Venäjällä (Jäppinen 2015).

kanssa. Etnografin keskeinen tapa kerätä aineistoa on osallistuva havainnointi. Tällöin tutkija kerää aineistoa osallistumalla tutkittavan yhteisön tai kohteen elämään tai ottamalla osaa tutkittavaan ilmiöön. Hän keskustelee tutkittavien kanssa, osallistuu toimintaan, tarkkailee ja tekee muistiinpanoja. Lisäksi tutkija saattaa tehdä haastatteluja, valokuvata, piirtää ja nauhoittaa ääntä. Kenttätyö tuottaa monipuolisen aineistokokonaisuuden, joka analysoidaan aina suhteessa kontekstiinsa. Etnografisen tutkimuksen tuloksena syntyy parhaimmillaan tiheä (Geertz 1973, 3–30), syvälinen ja mahdollisimman aito ja yksityiskohtainen kirjallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tai kohteesta. (Etnografisesta tutkimuksesta lisää esim. Honkasalo 2008; Huttunen 2010; Hämeenaho & Koskinen-Koivisto 2014; Kananen 2014; Lämsä 2016; Lämsä & Ojajärvi 2017.)

Perinteiseen etnografiseen tutkimukseen verrattuna tämän tutkimuksen kenttätyövaihe osallistuvine havainnoiteineen oli verrattain lyhyt ja ohut, eikä se siten mahdollista tulkintoja esimerkiksi yhteisön kulttuurista. Vaikka tutkimukseni ei lyhyen kenttätyövaiheen takia edusta etnografista tutkimusta puhtaimmillaan, uskon, että menetelmällinen monipuolisuus eli kenttätyön osallistuva havainnointi yhdessä teemahaastattelujen kanssa lisää ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta kuntoutusinterventiosta yleensä ja kuntoutusinterventiosta erityisesti kuntoutujien näkökulmasta. Koska toiminnallisissa häiriöissä ei ole pystytty osoittamaan objektiivisin testein tai kliinisistä havainnoista päättelemällä somaattista tai psykiatrista syytä tai selitystä oireille (ks. luku 2.1), saa henkilön kielellinen oirekuvaus painoarvoa tavanomaista enemmän. Kun ihmisen kokemus on puettavissa kielelliseen muotoon – myös hyväksymis- ja omistautumisterapian kokemuksellisten harjoitusten reflektoinnin kautta – on siihen mahdollista päästä käsiksi sekä ryhmäkuntoutuksen aikana osallistuvan havainnoinnin keinoin että teemahaastattelujen avulla. Siten näen, että etnografia, sellaisena kuin olen sitä tässä tutkimuksessa soveltanut, on riittävä vastaamaan tutkimuskysymykseeni, *Miten toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokevat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention suhteessa omaan kuntoutumiseensa?*

Etnografinen kenttätyöni sijoittui HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksen kuudelle tapaamiskerralle aikavälille 16.9.–28.10.2020. Etnografille tyypillisesti osallistuin tutkijana tutkittavan ryhmän toimintaan kaikkien kuuden tapaamiskerran ajan. Tässä tapauksessa osallistuin tutkittavien kanssa yhteiseen prosessiin ja toimin ryhmän toisena vetäjänä.

Osallistuvan havainnoinnin aineistonkeruun tuloksena syntynyt Word-tiedoston muodossa oleva tutkimuspäiväkirjani (yhteensä 11 sivua; 1–3 sivua per tapaamiskerta) sisältää konkreettisia havaintoja kustakin tapaamiskerrasta. Osan havainnoistani kirjasin ryhmäkuntoutustapaamisen aikana, ja tapaamisen jälkeen täydensin muistiinpanojani. Kirjaaminen tapaamisen aikana tuntui luontevalta, kun minulla oli usein muutoinkin käsissäni muistiinpanolehtiö ja esimerkiksi ryhmätapaamisen rungon manuaali. Tutkimuspäiväkirjaani merkitsemäni kenttämuistiinpanot, huomiot ja havainnot ovat esimerkiksi osallistujien sitaatteja ja heidän konkreettisen toimintansa kuvauksia. Pysin kirjoittamaan mahdollisimman puhtaita havaintoja. Mikäli kirjoitin myös arvioitani esimerkiksi tilanteiden luonteista tai kuntoutujien näkemyksistä, pyrin kirjoittamaan näkyviin myös sen, minkä pohjalta olin tulkintojani tehnyt. Käytännössä on kuitenkin täysin mahdotonta kirjoittaa pelkästään puhtaita havaintoja, sillä jo se, mitä tutkija havaitsee, on tutkijan silmälasien kautta suodattunutta. Koska tutkimuskysymyksessä olen kiinnostunut nimenomaan kuntoutujien kokemuksista, pyrin analyysissä huomioimaan tutkimuspäiväkirjani osalta ne havainnot, joissa nimenomaan kuntoutujan kokemus käy ilmi mahdollisimman puhtaana havaintona esimerkiksi hänen sitaatistaan.

Kenttämuistiinpanoni rikastuttivat tutkimusaineistoa, vertautuivat kiinnostavasti haastatteluaineistoon ja loivat pohjaa teemahaastatteluille. Lisäksi kirjoitin tutkimuspäiväkirjaani myös omista tuntemuksistani, ajatuksistani ja tunteistani liittyen ryhmän tapaamiskertoihin. Näitä kuvauksia käytän tässä raportissa taustoittamaan tutkimustani, mutta ne eivät vastaa tutkimuskysymykseen. Oman roolini reflektointi tutkijana toimi pääosin itselle työnhjauksellisena elementtinä.

Havainnoinnin lisäksi keskeisen tutkimusaineiston muodostavat viisi teemahaastattelua, jotka mahdollistavat yksilötason kokemusten tavoittamisen. Haastattelut toteutettiin yksilöteemahaastatteluina ryhmäkuntoutuksen päättymisen jälkeen poliklinikalla työhuoneessani. Haastattelujen ajankohdat sovittiin pääosin viimeisellä ryhmätapaamiskerralla, mutta tarvittaessa siirsimme haastatteluajankohtaa tekstiviestitse.

Haastattelut olivat kuntoutujien puhetta heidän omista kokemuksistaan. Jotta pystyisin haastattelujen avulla vastaamaan tutkimuskysymykseen, olin operationalisoinut tutkimuskysymyksen niin, että haastattelukysymykset kannustivat kuntoutujaa sitomaan kokemukset nimenomaan hänen kuntoutumiseensa. Tällöin korostin kysymyksissä

nimenomaan kysytyn asian merkitystä omaan kuntoutumiseen esimerkiksi näin: ”Kerro, minkälainen merkitys kuntoumisprosessissasi oli ryhmän sisällöllä?” Tokikaan en voi olla varma, oliko kuntoutujalla aina kirkkaasti mielessään oma kuntoutumisensa, vaan vastasiko hän kysymyksiin jostakin muusta näkökulmasta ja mikä yhteys tällä muulla näkökulmalla on hänen kuntoutumiseensa. Esimerkiksi eräs kuntoutuja kertoi haastattelussa, että hänen mielestään yhden tapaamiskerran pituus olisi voinut olla pidempi, koska hän tuli pitkän matkan päästä. Ensisijaisesti hän argumentoi, että pitkä matka oli syynä siihen, miksi hän toivoi tapaamiskertaa pidemmäksi, eikä sinänsä se, että pidempi tapaamiskerta olisi tukenut hänen kuntoutumistaan. Tiedostan siis, että myös haastatteluaineistossa voi olla materiaalia, jota ei voi tiukasti tulkita kuntoutujan kokemukseksi ryhmäinterventiosta suhteessa hänen omaan kuntoutumiseensa. Haluan kuitenkin ajatella, että jos ryhmäkuntoutus palvelee kuntoutujaa kokonaisvaltaisesti, sen mahdollisuudet edistää kuntoutujan kuntoutumista kasvavat. Teemahaastattelurunko on liitteenä (liite 9), ja siitä käy ilmi tarkemmin kysymykset, joihin haastattelu keskittyi.

Haastattelut kestivät noin puolesta tunnista reiluun tuntiin, eivätkä ne olleet sosiaalityöntekijän työaikaani. Tallensin haastattelut ja litteroin syntyneet äänitallenteet Word-tiedostoiksi. Litteraatiisivuja tuli yhteensä 86. Olen koonnut taulukkoon 3 tekniset tiedot kustakin haastattelusta.

Taulukko 3 Haastattelujen kestot ja litteraatioiden pituudet.

Haastateltava	Haastattelun kesto	Litteraation sivumäärä (riviväli 1,15; fonttiCalibri 12)
Utu	1:01:29 (1 tunti 1 minuutti ja 29 sekuntia)	22
Eeti	53:03	14
Paju	1:02:44	16
Aalto	50:06	24
Osmi	26:29	10
Yhteensä	n. 4 tuntia 14 minuuttia	86

Etnografisessa tutkimuksessa tutkija kerää laajan, monipuolisen ja erilaisista aineksista koostuvan tutkimusaineiston. Siksi olisin voinut hyödyntää tutkimuksessani aineistona myös ryhmän aikana joka tapauksessa kerättyä ja tuotettua aineistoa eli ryhmän alussa ja lopussa käytettyjä mittareita (liitteet 5–8). Alkumittaukset tehtiin ryhmän alkaessa syyskuussa 2020, ja loppumittaukset tehtiin ryhmän päättymisen jälkeen marraskuussa 2020. Kuntoutujat palauttivat loppumittauskyselyt minulle teemahaastattelun yhteydessä. Kaikki täyttivät sekä

alku- ja loppumittauskyselylomakkeet. Näiden mittareiden käyttö olisi kuitenkin mielestäni ollut ongelmallista tutkimuskysymyksen kannalta tarkasteltuna. Vaikka mittareissa kysytään kuntoutujien kokemuksia, ainoastaan Loppuarvio psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksesta -mittarissa on kysymyksiä, jotka liittyvät kuntoutuksen kokemuksiin suhteessa omaan kuntoutumiseensa. Siten tutkimuskysymyksen ja mittariaineiston suhde olisi ollut heikko. Lisäksi mittareiden tulosten raportoimisessa olisi tullut haasteeksi se, että kuntoutajat olisivat voineet tunnistaa toistensa vastaukset. Lopulta päädyin olemaan käyttämättä mittareita tutkimusaineistona.

3.3 Aineiston analyysi

Kutsun aineiston analyysiäni sisällönanalyysiksi, ja olen ottanut vaikutteita Tuomen ja Sarajärven kuvaamasta sisällönanalyysistä (Tuomi & Sarajärvi 2011). Suunnittelin analyysini kokonaisuudessaan siten, että se palvelee mahdollisimman hyvin tutkimuskysymystäni ja ottaa huomioon monipuolisen tutkimusaineiston. Analyysi muotoutui lopulliseen muotoonsa analyysin edetessä.

Dokumentoin jokaisen aineistonanalyysin työvaiheen, jotta se on mahdollista kuvata tarkasti, uskottavasti ja luotettavasti tässä tutkimusraportissa. Tein aineiston analyysin käsin ilman tietokoneavusteista laadullisen aineiston analyysiohjelmaa, mutta hyödynsin Atlas.ti-ohjelman (Dohan & Sánchez-Jankowski 1997; Jolanki & Karhunen 2010) menetelmän ideaa aineiston luokittelusta koodien avulla. Tutustuttuani aineistoon useampaan otteeseen lukemalla ja kuuntelemalla sitä koodasin aineiston. Osan koodeista muodostin teemahaastattelun rungon perusteella. Tällöin esimerkiksi teemahaastattelun kysymys ”Mikä merkitys oli sillä, että meitä oli kaksi vetäjää” muodosti koodin ”kaksi ohjaajaa”. Osa koodeista syntyi analyysin edetessä, jos tuntui siltä, että jokin kohta aineistossa oli merkityksellinen kokonaisuuden kannalta, mutta se ei sopinut minkään olemassa olevan koodin alle. Lopulta koodeja muodostui yhteensä 27:

Koodi: yleinen kokemus

Koodi: oma rooli

Koodi: ryhmän tarkoitus

Koodi: toiminnallinen häiriö

Koodi: muutos, joka tapahtunut/mitä opit

Koodi: miten tuki omaa kuntoutusta?/hyödytti
 Koodi: miten ei tukenut/jopa haittasi
 Koodi: mitä puuttui
 Koodi: ryhmän merkitys/vertaiset
 Koodi: ryhmän koko ja kokoaminen
 Koodi: itse äänessä
 Koodi: muiden kommentit
 Koodi: ryhmä vai yksilö
 Koodi: ryhmän ohjaajien merkitys
 Koodi: kaksi ohjaaja
 Koodi: ohjaajat äänessä
 Koodi: kaksi eri ammattilaista
 Koodi: toinen sosiaalityöntekijä
 Koodi: ryhmän sisällön merkitys
 Koodi: HOT-työkalut
 Koodi: ryhmään ohjautuminen
 Koodi: miten ryhmä vastasi kuvaa, jonka oli saanut
 Koodi: ryhmäkertojen määrä
 Koodi: tapaamiskerran pituus
 Koodi: ryhmäkuntoutuksen riittävyys
 Koodi: miltä haastattelu tuntui
 Koodi: kaatoluokka

Käytin apunani Word-tekstinkäsittelyohjelmaa, ja muodostin jokaiselle koodille oman tiedostonsa. Käytännössä kävin aluksi litteroidun haastatteluaineiston sekä tutkimuspäiväkirja-aineiston sana sanalta läpi ja lajittelin sopivat kohdat (sanat, lauseet, kappaleet) koodien alle. Tein tämän manuaalisesti, kun Atlas.ti-ohjelmalla sama voidaan tehdä sähköisesti. Esimerkiksi koodin ”kaksi ohjaajaa” alle koodasin kaikki ne kohdat, joissa puhuttiin kahdesta ohjaajasta riippumatta sitä, missä haastattelun kohdassa asiasta puhuttiin. Sama kohta saattoi lukeutua useamman eri koodin alle. Koodien avulla jäsensin eli luokittelin ja teemoittelin aineiston.

Kun olin käynyt aineiston läpi ja koodannut tekstin, aloin purkaa koodien taakse kytkettyjä asioita. Aineisto alkoi jäsentyä mielessäni uudelleen erilaisten kysymysten valossa. Aluksi

tuntui hankalalta hahmottaa, mitä kaikkea tutkimuskysymys *Miten toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokevat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention suhteessa omaan kuntoutumiseensa?* oikeastaan pitääkään sisällään. Aloin hahmotella uusia kysymyksiä sen mukaan, mitä on olennaista tietää voidakseen vastata pääkysymykseen. Koin esimerkiksi, että pääkysymykseen vastatakseni, minun on vastattava aineiston perusteella kysymykseen *Mitä kuntoutuminen tarkoittaa kuntoutujalle?* Jäsensin ja järjestin aineiston siten uudelleen, ja vähän kerrallaan sisältö rakentui sellaiseksi, millaisena se on tässä raportissa nähtävillä. Valikoin kuhunkin alakysymykseen vastaamiseksi ne koodit, joiden katsoin olevan olennaisia. Lisäksi saatoin varmuuden vuoksi katsoa muidenkin koodien takaa, löytyisikö sieltä vielä jotakin sellaista, joka voisi olla merkityksellistä kysymykseen vastaamiseksi. Esimerkiksi edellä mainittuun kysymykseen *Mitä kuntoutuminen tarkoittaa kuntoutujalle?* vastaamiseksi koin tärkeäksi käydä läpi seuraavat koodit:

Koodi: yleinen kokemus

Koodi: oma rooli

Koodi: ryhmän tarkoitus

Koodi: toiminnallinen häiriö

Koodi: muutos, joka tapahtunut/Mitä opit

Koodi: miten tuki omaa kuntoutusta?/Hyödytti

Koodi: miten ei tukenut/jopa haittasi

Koodi: mitä puuttui

Koodi: ryhmä vai yksilö

Koodi: miten ryhmä vastasi kuvaa, jonka oli saanut

Koodi: kaatoluokka

Näihin koodeihin liittämistäni sanoista, lauseista ja kappaleista poimin ne kohdat, joissa tutkittava sanoitti sitä, mitä hänelle kuntoutuminen merkitsee. Tein yhteenvedon ja uudelleen jäsennyksen, jonka kirjoitin alaluvuksi 4.1 Toiminnallisesta häiriöstä kuntoutuminen kuntoutujan silmin.

Eräs apukysymyksistäni oli *Mitkä ovat kuntoutujien kuntoutumista tukevat elementit ryhmäkuntoutuksessa?* Teemahaastattelussa kysyttiin erikseen tiettyjen ryhmäkuntoutuksessa läsnä olleiden asioiden merkityksestä oman kuntoutumisen näkökulmasta. Siten olin jo teemahaastatteluja valmistellessani jäsentänyt kokonaisuutta. Teemahaastattelun kysymykset

syntyivät vahvan ryhmänohjaajakokemukseni pohjalta miettimällä yleensä, mitä elementtejä ryhmätoiminnassa on ja millä kaikella voi olla merkitystä onnistumisen kokemukseen osallistujan näkökulmasta. Kokeeksi hahmottelin tutkimusraportin alaluvun ”4.2 Ryhmätoimintaan liittyvien elementtien merkitys omalle kuntoutumiselle” rungon näin:

Ryhmä ja vertaiset yleensä, ryhmäläisten jakamat kokemukset

Ryhmän sisältö yleisesti, HOT, sekä tavat toimia, mitä puuttui (kotitehtävät, keskustelut)

Ryhmän organisoitumiseen liittyvät asiat:

Ryhmän vetäjät: kaksi vetäjää, moniammatillisuus, sosiaalityöntekijän läsnäolo

Ryhmään ohjautuminen, ryhmän koko, ryhmäkertojen määrä ja tapaamiskertojen pituus

Näiden otsikoiden alle arvelemanani asiat oli useimmiten koodattu omien koodiensa alle.

Lisäksi katsoin yleisesti, mitä olin kerännyt seuraavien koodien alle ja täydensin tarvittaessa sisältöä:

Koodi: yleinen kokemus

Koodi: ryhmän tarkoitus

Koodi: muutos, joka tapahtunut/Mitä opit

Koodi: miten tuki omaa kuntoutusta?/Hyödytti

Koodi: miten ei tukenut/jopa haittasi

Tiivistäessäni havaintoni tunnistan toki rakentaneeni epäsuhtaisen kokonaisuuden tutkittavistani ja heidän kokemuksistaan, vaikka olenkin pyrkinyt systemaattisesti esittämään kaikki ne asiat, jotka kuhunkin yhteyteen mielestäni kuuluvat. Olen tutkijana tehnyt kuitenkin valintaa raportin kirjoittamisessa: olen valinnut, mitkä asiat kuvaan yksityiskohtaisesti ja mitkä asiat tiivistyvät yhdeksi virkkeeksi. Toisaalta olen tehnyt valintaa jo aikaisemminkin: tutkimuspäiväkirjassani osa asioista toistuu monta kertaa samankaltaisina ja osa asioista on ainutkertaisia – ja huomattavan paljon olen jättänyt kirjoittamatta. Olen luonut aineiston siinä kohtaa, kun tietty asia on tapahtunut.

Tässä tutkimusraportissa olen antanut kaikille interventioon osallistuneille kuntoutujille anonyymien peitenimien. Valitsin nimet sattumanvaraisesti Trasek ry:n ylläpitämästä, sukupuolineutraalien etunimien listasta, joka on koottu Väestörekisterikeskuksen tilastoista (Trasek 2021). Koska analyysini ei perustunut tarkkoihin kielellisiin ilmauksiin, olen luettavuuden parantamiseksi poistanut kuntoutujien sitaateista täytesanoja, kuten ”niinku”, ”silleen”, ”semmoinen” tai ”tämmöinen”. Erityisesti niinku-sana esiintyi lähes jokaisen kuntoutujan puheessa lukuisia kertoja. Täytesanoja poistaessani yritin pitää mielessäni kirkkaana kuitenkin sen, ettei sitaatin sisältö muutu. Sitaateissa olen käyttänyt merkintää [– –] silloin, kun olen poistanut kuntoutujan sitaatista jotakin mielestäni asiayhteyden kannalta epäolennaista tekstiä, joka ei kuitenkaan ollut täytesanoja.

3.4 Kentälle menemisestä ja tutkijan positiostani

Tässä tutkimuksessa etnografian kenttä – HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ryhmäkuntoutusinterventio – ei ollut minulle tutkijana samalla tavalla vieras kuin se yleensä on silloin, kun etnografi tutustuu täysin vieraaseen (ala- tai lähi-)kulttuuriin. Kenttään oli minulle oikeastaan hyvinkin tuttu, sillä olin työskennellyt poliklinikalla terveyssoviaalityöntekijänä syksystä 2019 lähtien eli melkein vuoden ennen tutkimuksen kenttätöiden alkamista. Poliklinikkaympäristössä, jossa ryhmäkuntoutus toteutettiin, työskentelen edelleen viikoittain asiakastyössä.

Tutkittavien muodostamaa ryhmää ennen olin ohjannut psykologi Sanna Lieston kanssa jo yhden Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksen. Vaikka ensimmäinen ryhmäkuntoutus jouduttiinkin koronaepidemian takia hetkeksi keskeyttämään, antoi se minulle jo yhden kokemuksen siitä, kuinka ryhmäkuntoutus voi toteutua.

Tämän tutkimuksen ryhmään osallistuvista kuntoutujista lähes kaikki olivat minulle entuudestaan vieraita. Ainoastaan yhden kuntoutujan kanssa olin työskennellyt ennen ryhmää poliklinikan sosiaalityöntekijän ominaisuudessa. Siten voisi ajatella, että kenttä oli tällä kertaa minulle etnografina vieras erityisesti sosiaalisesti.

Aina uuden ryhmän aloittaminen on omalla tavallaan jännittävää. Vaikka ohjaajalla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa ryhmän dynamiikkaan ja myönteisen ryhmähengen syntymiseen ja siten myös siihen, miten ryhmässä onnistutaan saavuttamaan kuntoutukselle asetettuja

tavoitteita, ei koskaan tiedä täsmälleen etukäteen, kuinka ryhmä toimii yhdessä.

Luottamuksen rakentaminen on mielestäni uuden ryhmän kanssa tärkeää, ja koen mielekkääksi kiinnittää siihen erityistä huomiota aina ryhmän alussa. Myös etnografin kannattaa tehdä töitä tutkijan ja tutkittavan välisen luottamuksen syntymiseksi. Koin, että tässä suhteessa ammattilaisen ja tutkijan pyrkimykseni olivat yhteneväiset.

Olin kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaani ensimmäisellä tapaamiskerralla seuraavasti:

Kuntoutusryhmä alkoi tänään. Aina uuden ryhmän alkaessa on pieni jännitys siitä, minkälaisia ihmisiä ryhmässä on ja miten ryhmädynamiikka käynnistyy. Jo ensimmäisestä kerrasta lähtien tuntui kuitenkin siltä, että ryhmä toimii hyvin yhteen. Tokikin me ryhmän vetäjät teemme aina töitä sen eteen, jotta ilmapiiri olisi turvallinen, luottamuksellinen ja miellyttävä, mutta on iso merkitys myös sillä, keitä ryhmään valikoituu.

Tutkimuspäiväkirja, 1. tapaamiskerta

Mikä sitten on se työ, mitä ohjaajana teen ilmapiirin ja luottamuksen eteen uuden ryhmän kanssa? Varmistan alussa, että tulemme kaikki tutuiksi toistemme kanssa, joten käytän aikaa esittäytymiseen ja tutustumiseen. Pyrin myös heti alussa opettelemaan osallistujien nimet, jotta voin kutsua heitä heidän omilla nimillään. Kerron osallistujille, että osallistujat saavat antaa itsestään juuri niin paljon kuin haluavat ja saavat olla halutessaan osallistumatta. Huolehdin siitä, että jokainen osallistuja pääsee ääneen. Osoitan arvostustani kiittämällä kuntoutujaa hänen puheenvuoronsa jälkeen siitä, että hän on halunnut jakaa asian meidän muiden kanssa tai sanomalla, että kuntoutujan puheenvuorossa oli hyviä huomioita tai kiinnosta ajatus. Annan tilaa myös kritiikille ja sille, että osallistuja on eri mieltä. Nämä eivät aina ole helppoja asioita, ja olenkin opetellut tietoisesti luottamusta herättävää ja toista kunnioittavaa tapaa toimia. Koin, että jaoin toisen ohjaajan kanssa samanlaisen kuntoutujia arvostavan asenteen, sillä hän toimi kanssani samalla tavalla luottamuksellista ja miellyttävää ilmapiiriä rakentaen.

Uskon, että myös erikoissairaanhoidon ympäristö ja sen konventionaaliset rakenteet ja roolitukset antoivat minulle tutkijana legitiimin aseman työskennellä, eikä toimintaani kyseenalaistettu. Samalla virallinen asemani ammattilaisena ja siihen kuuluva ”oikean tiedon jakaminen” olivat rakentamassa luottamusta, mikä näkyy seuraavasta tutkimuspäiväkirjaotteestani:

Aalto: ”[– –] Teihin voi luottaa, että teiltä tulee faktatietoa. Ja tää on tukenut sitä, mitä on itse ajatellut.”

Tutkimuspäiväkirja, 6. tapaamiskerta

Tutkimuspäiväkirjani mukaan luottamuksen rakentuminen näkyi myös siinä, että tulkintani mukaan osallistujat heittäytyivät ryhmätapaamisissa ja laittoivat itsensä aidosti likoon jakamalla henkilökohtaisia kokemuksiaan ja kertomalla rehellisen oloisesti aroistakin asioistaan. He olivat aidosti läsnä sellaisina kuin he ovat omina itsenään. Luottamus näkyi myös siinä, että osallistujat uskalsivat kertoa, jos joku asia ei toiminut. Osallistujat reflektoivat rohkeasti toistensa sanomisia, jatkoivat toistensa tarinoita ja antoivat kannustavaa palautetta toisilleen. Näin olin kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaani:

Lisäksi jälleen jaettiin jopa yllättävän rohkeasti omia kokemuksia ajatellen sitä, että ryhmä oli kokoontunut vasta kaksi kertaa aikaisemmin. Ollaan tultu jo hyvin tutuiksi! Tai sitten tämä on erityinen ryhmä luottamuksen suhteen.

Tutkimuspäiväkirja, 3. tapaamiskerta

Uskon, että ammattilaisena ja ohjaajana yhdessä kollegani kanssa rakentamani luottamus loi hedelmällisen pohjan myös tutkimukselleni. Kenttätyöstä oli helppo jatkaa teemahaastatteluihin, jossa tutkittavat jo tiesivät, kuka ja millainen olen. Joskin minut yllätti kuitenkin se, että teemahaastatteluissa tuli esille joitakin sellaisia asioita, joita en mitenkään ollut osannut havainnoida kuntoutusintervention aikana. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi se, että Utu koki voimakkaasti, ettei hänellä ole toiminnallista häiriötä ja se, että Aalto olisi kaivannut sosiaalityöntekijän tukea ryhmän ulkopuolella, mutta ei ollut ymmärtänyt, että hän voisi pyytää yksilövastaanottoaika. Olimme moneen kertaan mielestäni tuoneet toisen ohjaajan kanssa esille (ks. myös Ryhmäkuntoutuksen pelisäännöt liite 4), että jos on tarvetta, tapaamme mielellämme kuntoutujia yksilövastaanotolla ryhmän ulkopuolella. Mielenkiintoista oli se, että mikäli olisin toiminut ryhmän kanssa vain ammattilaisena ja ohjannut ryhmäkuntoutusintervention, olisi monia asioita jäänyt ymmärtämättä, näkemättä tai kuulematta. Siksi ajattelenkin, että on hyödyllistä tehdä tutkimusta arkisissa ympäristöissä ja konteksteissa ja päästä pintaa syvemmälle. Ja siksi ajattelen myös, että tutkijan on hyödyllistä kerätä monipuolisesti aineistoa eri menetelmiä hyödyntämällä.

Haastattelutilanteissa koin säilyttäväni edelleen luottamuksen suhteessa kuntoutujiin. En pyrkinyt olemaan etäinen haastattelija, joka ei anna itsestään, vaan olin mukana haastattelutilanteissa aktiivisena kuuntelijana. Se tarkoitti esimerkiksi sitä, että osallistuin haastattelun kulkuun nyökyttelemällä päätä, naurahtamalla, lausahtamalla jotakin myönteistä ja kannustavaa, osallistumalla pohdintaan ja esittämällä lisäkysymyksiä. Saatoin myös korjata kuntoutujan virheellisiä näkemyksiä esimerkiksi siitä, kuinka poliklinikalla ajatteleme toiminnallisesta häiriöstä tai siitä, että harjoitukset eivät olleet tarkoitettuja vain ahdistuksen

hoitoon. Pidin kuitenkin huolen siitä, että kuntoutuja on haastattelujen keskiössä ja hänen kokemuksensa ryhmäkuntoutuksesta suhteessa hänen omaan kuntoutumiseensa tulevat esille. Koen myös, että kenttätöön aikana rakentunut luottamus edesauttoi sitä, että kuntoutujat kertoivat haastatteluissa myös kokemistaan epäkohdista ja antoivat kritiikkiä esimerkiksi joidenkin sisältöosioiden teoreettisuudesta.

Väitöskirjatutkimusprosessistani lähtien antropologeilta lainaamani pyrkimys ymmärtää toista toisena (ks. Spradley 1979, 34; Erikson 2004, 21–22) on ollut itselleni erityisen merkityksellinen. Tämä tarkoittaa sitä, että toista ei voi arvottaa arvottajan omista lähtökohdista, vaan toisen toimintaa voi arvottaa vain toisen lähtökohdista käsin. Minulle se tarkoittaa myös sitä, että näen kuntoutujan poliklinikalla ja tutkittavan tutkimustyössäni aina oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Se ei pois sulje sitä, ettenkö voi ammattilaisena auttaa kuntoutujaa näkemään toisin ja antamaan ajattelemisen aihetta vaikkapa sopivien kysymysten avulla. Kuitenkin kuntoutuja tekee itse ratkaisunsa. Ratkaisun mielekkyyttä tai mielettömyyttä on mielestäni tärkeää peilata vain siihen, mitä kuntoutuja itse arvostaa ja todella kokee tärkeäksi, eikä siihen, mitä minä ammattilaisena koen tärkeäksi. Aina tokikaan kuntoutuja ei ole välttämättä pysähtynyt pohtimaan, mikä hänelle todella on tärkeää, ja minun tehtäväni ammattilaisena on kannustaa ja auttaa häntä siihen – esimerkiksi hyväksymis- ja omistautumisterapian arvotyöskentelyn avulla – ja sen jälkeen auttaa häntä valitsemaan niin, että hän voi päästä haluamiinsa päämääriin.

Tutkijan roolissani minulla ei yleensä ole muutospyrkimyksiä suhteessa tutkitaviin (ks. esim. Kauravaara 2013, 17–18). Tässä tutkimuksessa edustin kuitenkin samaan aikaan tutkimusinstituution lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ammattilaista, joka nimenomaan edistää ja tukee muutosta kuntoutujassa. Olin tutkijana kiinnostunut siitä muutoksesta, mikä kuntoutujassa tai hänen toiminnassaan tai ajattelutavassaan tapahtui kuntoutusintervention aikana. Tietenkään muutoksen ei voi tulkita johtuneen suoraviivaisesti ja pelkästään – jos laisinkaan – interventiosta, koska muiden muutokseen vaikuttavien tekijöiden samanaikaista merkitystä ei voida poissulkea. Voidaan kuitenkin ajatella, että jos jotakin muutosta on tapahtunut, se on tapahtunut sinä aikana, kun kuntoutuja on osallistunut interventioon, johtuu se sitten interventiosta tai jostakin muusta.

Tutkijana en ole koskaan näkymätön ja neutraali, sittenkään, vaikka en olisi toiminut ryhmäintervention toisena ohjaajana. Minulla on aina tietyt silmälasit (ks. Kauravaara 2015),

joiden kautta katselen maailmaa ja teen tulkintoja. Tutkijana en siten myöskään voi koskaan toimia täysin objektiivisesti, sillä olen aina oman kulttuurini, henkilöhistoriallisten, henkilökohtaisten ja persoonallisten ominaisuuksieni ja ennakkokäsitysteni vanki, halusinpa sitä tai en. Toki voin pyrkiä objektiivisuutta kohti, ja siinä työssä auttaa esimerkiksi se, että tunnistaa oman positionsa. Mitä läpinäkyvämmäksi oman subjektiviteettini teen, sitä paremmin autan lukijaa ymmärtämään, mistä käsin olen tulkintojani tehnyt ja kuinka uskottavia ja luotettavia ne ovat.

Perehdyin hyväksymis- ja omistautumisterapiaan ja sen työkaluihin tehdessäni liikunnanedistämiseen liittyvää tutkimus- ja asiantuntijatyötä useita vuosia sitten. Käytän työkaluja poliklinikkatyön lisäksi yksityisvastaanotollani asiakkaitteni hyvinvoinnin tukemisessa, mitä kutsun hyvinvointivalmennukseksi. Olen myös kirjoittanut kollegani kanssa ammatilaisille kirjan (Kangasniemi & Kauravaara 2016) työkalujen käyttämisestä, ja koulutan terveydenhuollon ammatilaisia, sosiaalityöntekijöitä ja liikunta-alan ammatilaisia hyödyntämään hyväksymis- ja omistautumisterapiaa asiakastyössään. Lähestymistavassa pidän erityisesti siitä, että pyrkimyksenä on tukea asiakkaan hyvää elämää nimenomaan sellaisena kuin asiakas sen itse kokee. Se ilmentää niitä perusarvojani, jotka liittyvät asiakkaan arvostamiseen oman elämänsä parhaana asiantuntijana ja toisen ymmärtämiseen toisena. Myös toimivuuden periaate puhuttelee minua: kannattaa tehdä sitä, mikä on toimivaa itselle tärkeiden asioiden näkökulmasta pitkällä aikavälillä. Lisäksi pidän siitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapialla on hyvin paljon käyttöalueita, sillä sitä voi hyödyntää hyvin monen erilaisen haasteen edessä. Ja toisin päin: kun opettelet jotakin psykologisen joustavuuden taitoa, hyödyt siitä todennäköisesti hyvin paljon laajemmin kuin pelkästään sen haasteen osalta, joka sinut alun perin sai opettelemaan taitoa.

Oma kiinnostukseni toiminnallisia häiriöitä kohtaan heräsi kohdatessani toiminnallisista häiriöistä kärsiviä henkilöitä omalla fysioterapiaklinikallani joitakin vuosia sitten. Näytti siltä, että kuntoutujat eivät kokeneet saavansa apua ja heidät ohjattiin pois eri terveydenhuollon yksiköistä, koska heissä ei useiden tutkimusten perusteella löydetty hoidettavaa. Halusin oppia ymmärtämään toiminnallisen häiriön mekanismia ja sen kuntoutumiskeinoja. Kun myöhemmin huomasin, että toiminnallisista häiriöistä kärsiviä henkilöitä kuntoutetaan ulkomailla hyväksymis- ja omistautumisterapian työkalujen avulla, ajattelin, että työssäni sosiaalityöntekijänä HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla saan todella tehdä töitä minua kiinnostavien asioiden parissa.

Mielestäni tässä tutkimuksessa tutkijan ja ryhmäkuntoutusintervention ohjaajan roolit tukivat vahvasti toisiaan. Todennäköisesti olisin luotsannut ryhmää aivan samalla tavalla, vaikka se ei olisi ollutkaan samalla tutkimusryhmä. Tähän vaikutti varmasti myös se, että asennoiduin ohjaamiseen niin kuin ryhmäkuntoutus olisi ollut mikä tahansa ryhmäkuntoutus. Väitän myös, että ulkopuolinen tuskin olisi tunnistanut, että ryhmäkuntoutuksessa tehdään tutkimusta ilman suostumuslomakkeiden keräämistä ja haastatteluista ääneen sopimisia.

Etnografi tekee työtään vahvasti omalla persoonallaan. Olen aikaisemmin kokenut tutkijan työn raskaaksi ja työlääksi, vaikkakin samanaikaisesti myös antoisaksi ja perin kiinnostavaksi (etnografin tunteista esim. Suopajarvi ym. 2019). Tämän tutkimuksen kenttätyössä heittäydyin vahvasti ohjaajana toimivan ammattilaisen rooliin ja koin, että tutkijana oleminen ei ollut sen raskaampaa kuin heittäytyä ohjaajaksi, jota työtä tein samalla tavalla omalla persoonallani. Voisi ajatella, että ammattilaisen ja tutkijan roolin yhdistämisestä tulisi vielä raskaampaa, mutta en kokenut lainkaan niin: vaikka työn raskaus ei tuplaantunut, sen antoisuus ja kiinnostavuus tekivät niin.

Vaikka tutkimukseni kietoutui toiminnallisiin häiriöihin ja usein toiminnalliset oireet voivat tehdä niistä kärsivän ihmisen arjen hyvinkin hankalaksi ja elämänlaadun heikoksi, en silti kokenut, että tutkimuksen aihe olisi ollut minulle emotionaalisesti erityisen raskas, kuten sosiaalityön tutkimuksessa usein on (Enroos & Mäntysaari 2017, 24). Lähtökohtana on kuitenkin se, että ryhmäkuntoutus tuo helpotusta kuntoutujan elämään, ja minulla on työkaluja auttaa kuntoutujaa. Siten tutkimukseni aihe on mielestäni jopa toivon tunteita herättävä (vrt. esim. Pösö 2005, 122).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian keskeinen ajatus on, että ammattilaiset ja asiakkaat ovat samanarvoisia ja samanlaisten kielellisten systeemien vankeja ja kamppailevat siten samanlaisten ilmiänsuhtaan erilaisten asioiden kanssa. Toimme tämän kollegani kanssa ryhmässä esille, ja myös itse osallistuimme konkreettisesti harjoitusten tekemiseen. Uskon, että tällainen orientaatiomme auttoi meitä sulautumaan osallistujien joukkoon. En tietenkään tarkoita sitä, ettenkö olisi jo roolieni perusteella erottautunut kuntoutujista. Pohdin asiaa vain todetakseni, että sulautumiseni joukkoon etnografina oli tässä tutkimuksessa luullakseni sopivan laajuista.

Uskon, että kuntoutujat näkivät minut kenttävaiheen aikana ensisijaisesti ammattilaisena ohjaamassa ryhmäkuntoutusta kollegansa kanssa. Paju kuvasi rooliani yhdessä toisen ohjaajan kanssa näin:

No ensinnäkin mun mielestä te ootte tosi ammattilaisia ja sit oli helppo saada semmonen niinkun yhteys et oli helppo olla tekemisissä. Ja sit mä koin myös, että te panostitte tosi paljon todella niin kun olitte sydämellä siinä ja sitten myös oli ihanaa jotenkin se, että sitku oli muita asioita, joita et tapahtui elämässä siinä rinnalla, niin oli sitte just se mahdollisuus sujuvasti hypätä siitä ryhmätapaamisesta esimerkiks sun konsultaatioon ja näin, että jotenkin tuli semmonen hyvä, et oltiin ammattilaisen käsissä mutta jotenkin just se, et te sydämellänne olitte omina itsenämme siinä mukana, et se ei ollut tavallaan massatuotantoo et nyt me vedetään viidettäkymmenettäyhdeksää kertaa nää samat vaan että siin oli kuitenkin sellainen henkilökohtainen tatsi. Mun mielestä oli kiva se, et teki teitte ne harjoitukset ja kommentoitte niitä et olitte ihan yhtä lailla siinä mukana koska sitten sekin toi taas lisää niitä havaintoja ja iinku näkökulmia siihen.

Paju

Hänen sitaatistaan käy ilmi myös roolini sosiaalityöntekijänä ja nimenomaan muiden kuin psykososiaaliseen tukeen liittyvien asioiden kanssa työskentelevänä sosiaalityöntekijänä. On syytä tiedostaa, että kaikkia positioitaan tutkija ei voi valita tai ennakoida (Ojajärvi 2009). Voin kirjoittaa vain niistä, jotka itse tunnistan, mutta jos asiasta erikseen kuntoutujien kanssa keskustelisi, heillä voisi olla vielä lisää näkemystä asiaan.

Etnografit kirjoittavat usein kentälle menemisestä, niin minäkin. Harvempi etnografi kirjoittaa kentältä poistumisesta (Suopajarvi ym. 2019, 54). Minun kentältä poistumiseni kävi nopeasti: tuli viimeinen ryhmätapaaminen ja sen jälkeen toteutin vielä jokaisen tutkittavan kanssa teemahaastattelun. Sitten alkoikin jo seuraava ryhmä. Otimme psykologin kanssa opiksemme ja kehitimme toimintaa ennen kuin olin saanut tämän tutkimuksen haastatteluaineistoa edes litteroitua saati analysoitua. Työt jatkuivat, enkä ehkä koskaan kentältä kokonaan poistunutkaan.

Aikaisemmin kirjoitin, että kenttä oli minulle vieras erityisesti sosiaalisesti, jolloin kentältä etäännyksen voi ajatella liittyvän erityisesti ihmisiin. Olin konkreettisesti tekemisissä joidenkin ryhmäkuntoutukseen osallistuneiden kuntoutujien kanssa vielä tutkimuksen aineistonkeruun jälkeenkin, jos he tulivat sosiaalityöntekijän vastaanotolleni. Vaikka konkreettisesti etäännyin tutkittavistani, ovat he olleet mielessäni läsnä kenttävaiheen jälkeenkin. Kun olen lueskellut heidän haastatteluistaan litteroituja sitaatteja, olen kuullut

heidän äänensä mielessäni. Kun olen analysoinut aineistoa, olen nähnyt heidät edessäni mieleni sisällä.

3.5 Eettinen pohdinta

Voin edelleen olla samaa mieltä seuraavista sanoistani, jotka olen kirjoittanut aikaisemmin (Kauravaara 2013, 23): ”Etnografinen tutkimusote vaatii tinkimätöntä ja kaiken aikaa tapahtuvaa eettistä pohdintaa.” Niinpä tässäkin tutkimuksessani eettiset kysymykset ovat olleet läsnä niin kenttätyössä, vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, oman kenttätyön reflektoinnissa, teemahaastattelussa kuin monessa muussakin yhteydessä. Tähän olen kuitenkin kerännyt asioita, jotka eivät ehkä tule muualla käsitellyiksi yhtä täsmällisesti.

Tutkimukselleni tehtiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan eettinen ennakoarviointi, ja toimikunta antoi puoltavan lausuntonsa 12.8.2020. Tämän jälkeen saatoin hakea HUS:ilta tutkimuslupaa, joka myönnettiin 7.9.2020. Koin tutkimuslupaprosessin työlääksi, sillä tutkimukseni katsottiin kajoavan ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen ja luokiteltiin siten lääketieteelliseksi tutkimukseksi, mikä tarkoitti yhteiskunnallista tutkimusta tarkempaa tutkimuslupahakumenettelyä.

Tutkittavat saivat ennen tutkimuksen alkua tiedotteen tutkimuksesta (liite 10). Heillä oli mahdollisuus osallistua ryhmäkuntoutukseen myös ilman, että he olisivat osallistuneet tutkimukseen, mutta kukaan ei halunnut hyödyntää tätä. Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti, ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 1) osallistumisesta.

Anonymisoin tutkimusaineiston tutkimuksen raportointivaiheessa, jolloin annoin jokaiselle raportissa esiintyvälle henkilölle sukupuolineutraalin peitenimen. Mikäli näytti siltä, että kiinnitettäessä sitaatit yksilöiden peitenimiin anonymiteettisuoja ei ollut vahva, muutin sitaattien sisältämiä mahdollisia tunnistetietoja niin, että sitaatit eivät olleet enää tunnistettavissa. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei siten käynyt ilmi ulkopuolisille tutkimuksenteon missään vaiheessa, eikä kuntoutuja ole ulkopuolisten tunnistettavissa tutkimusraportista. Sen sijaan tutkimuksen tekemisen paikka eli Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka käy ilmi tutkimusraportissa, mikä oli myös tutkittavilla tiedossa etukäteen.

Ryhmäkuntoutuksen ensimmäisellä kerralla keskustelimme ryhmän pelisäännöistä (liite 4), kuten esimerkiksi vaitiolovelvollisuudesta ja siitä, että jokainen saa kertoa omista henkilökohtaisista kokemuksistaan sillä tarkkuudella kuin haluaa. Koin pelisäännöistä keskustelun tärkeäksi luottamuksellisen ilmapiirin synnyttämisessä.

Tutkittavalla oli oikeus olla osallistumatta tai yksittäisissä tilanteissa vastaamatta tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa milloin tahansa tutkimuksen aikana syytä ilmoittamatta. Suostumuksen perumisesta ei olisi aiheutunut kuntoutujalle kielteisiä seuraamuksia, eikä se olisi muutoinkaan vaikuttanut hänen asemaansa terveydenhuollon asiakkaana. Kukaan tutkittavista ei halunnut kuitenkaan keskeyttää tutkimukseen osallistumistaan. Tutkimukseen osallistuminen ei vaikuttanut millään tavalla tutkimukseen osallistuneen henkilön meneillään olevaan kuntoutus- tai hoitojaksoon Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla.

Erityisesti tutkimukseni hyödyttää laajemmin toiminnallisista häiriöistä kärsiviä henkilöitä, koska sen perusteella kuntoutuskäytäntöjä ja sosiaalityöntekijän toimenkuvaa poliklinikalla voidaan kehittää. Tämä kehittämisen näkökulma tuli erikseen esille kolmen haastatellun kuntoutujan puheessa. Aallon sitaatista käy esille vielä erikseen se, kuinka hän oli ymmärtänyt myös sen, että hän olisi voinut kieltäytyä tutkimuksesta:

Kati: Mä kysyn sitten vielä lopuksi, että miten sä koit tämän haastattelun tai tutkimusosion? Mitä mieltä sä olit tästä?

Aalto: Mä koin, että se on tärkeä niinku et kyl mä sen tiesin, että tää on vapaaehtoinen, eikä mun tarvii tähän tulla, mutta mä koin, että jos se jotenkin edesauttaa toiminnallisen muita tai edesauttaa että te pystytte sen työn tekemään, en mä nyt voi sanoa paremmin, mutta sillain että sais enemmän infoo meiltä, koska mehän ollaan, ni kyl mun mielestä sen verran pitää uhrautuu. et kylhän mä mieluummin kotona makaisin ja kattelisin, et eihän mun tarvii tulla, mut mä myös osaan ajatella sen, et se on ammatillisesti tosi tärkeitä. Et antaa sen palautteen.

Tutkimuksesta ei ollut välitöntä hyötyä tutkittaville, sillä tutkimukseen osallistumisesta ei esimerkiksi maksettu palkkioita. Kuntoutujat jopa maksoivat ryhmäkuntoutukseen osallistumisestaan normaalin julkisen terveydenhuollon sarjahoitokäyntimaksun, jonka suuruus oli 11,40 euroa tapaamiskerralta (yhteensä koko kuntoutuksesta 68,40 euroa). Kaikille tutkimukseen osallistujille lupasin korvata haastatteluun osallistumisesta aiheutuneet matkakulut julkisten kulkuneuvojen hintojen mukaan, mutta vain kaksi tutkimukseen osallistujaa hyödynsi tämän mahdollisuuden. Ryhmäkuntoutusintervention kuntoutujat olisivat saaneet joka tapauksessa ilman tutkimukseen osallistumistakin. Eräs kuntoutuja

kuitenkin totesi haastattelussa, että hänelle ryhmän jälkeinen teemahaastattelu antoi turvallisuuden tunnetta, koska hän tiesi, että tapaamme vielä ja että hänellä on jonkunlainen kontakti kanssani. Kuntoutujien oli myös mahdollista teemahaastattelussa reflektoida ja jäsentää omaa kokemustaan, millä saattoi olla jollekin kuntoutujalle subjektiivista merkitystä. Tutkimuksella on aina vaikutuksia kohteeseensa, vaikka vaikutukset eivät tulisikaan aina ilmi.

HUSin työntekijänä olen tutustunut HUSin salassapito- ja tietoturvasitoumukseen ja olen allekirjoittanut tietosuojasitoumuksen allekirjoittaessani työsopimuksen. Lisäksi olen sitoutunut siihen, että tutkimusaineisto on ainoastaan minun käytössäni, enkä luovuttanut sitä ulkopuolisten käyttöön. Käsittelin aineistoa luottamuksellisesti tietosuojalain edellyttämällä tavalla HUSin tietosuoja- ja turvaohjeiden mukaisesti. Sähköistä tutkimusaineistoa olen säilyttänyt sähköisesti salasanan takana HUSin vakioidussa tietokoneessa, jonne siirsin myös äänitiedostot äänitallentimesta heti haastattelujen jälkeen. Aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua, eikä tutkimusaineistoa arkistoida mahdollista tulevaa käyttöä varten.

Olen myös pyrkinyt läpinäkyvästi kuvaamaan oman suhteeni tutkittavaan aiheeseen ja tutkittaviin sekä oman positioni (luku 3.4). Tutkijan näkyväksi ja problemaattiseksi tekeminen ovat edellytyksiä sille, että lukija pystyy arvioimaan etnografisen tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Tässä kohtaa on mielestäni vielä syytä todeta, että asiantuntijalla on aina hänen asemaansa ja tietoon perustuvaa valtaa. Voidaan ajatella, että HUSin eettisen toimikunnan näkemys siitä, että tutkimukseni kajoaa ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen, perustuu osin myös tähän valtakysymykseen. On hyvin tärkeää, että ammattilainen tunnistaa oman valtansa ja käyttää sitä harkitusti, sensitiivisesti ja ymmärtäväisesti. Huomionarvoista kuitenkin on, ettei tutkimuksen eettisessä ennakoarvioinnissa pyydetty tutkijaa avaamaan tätä. Itselleni vallan harkittu ja sensitiivinen käyttö ilmenee esimerkiksi siinä asenteessa ja niissä arvoissa ja periaatteissa, joihin olen sitoutunut. Kirjoitin kuntoutujaa arvostavasta asenteestani, toisen ymmärtämisestä toisena ja muista tähän liittyvistä asioista seikkaperäisemmin luvussa, jossa avasin positiotani.

Suoritin tutkimuksen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (ks. www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto). Tämä tarkoitti esimerkiksi sitä, että olin tutkimuksen tekemisessä, mukaan lukien tulosten esittämisessä, rehellinen, huolellinen ja tarkka, suhtauduin tutkimuslähteisiin kriittisesti, tein lähdeviittaukset asianmukaisesti, enkä plagioinut.

4 KUNTOOUTUJIEN KOKEMUKSET RYHMÄKUNTOUTUKSESSA

Olivatpa ryhmäkuntoutuksen rakenteet, tavoitteet ja sisällöt minkälaisia tahansa, kuntoutujille ne merkitsevät jotakin vain sen kautta, minkälaisia subjektiivisia kokemuksia ne heissä synnyttävät (ks. Reinikainen 2009, 5). Kuntoutujien kokemukset ja niille annetut merkitykset ovat yksityisiä, henkilökohtaisia ja subjektiivisia. Tämän luvun kuvaus antaa äänen tutkimukseni kuntoutujille ja toivoakseni myös arvon kunkin ryhmäkuntoutukseen osallistuvan yksilöllisyydelle. Jotta voin tässä luvussa vastata varsinaiseen tutkimuskysymykseeni *Miten toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokevat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention suhteessa omaan kuntoutumiseensa?* on välttämätöntä kiinnostua siitä, mitä kuntoutujille oma kuntoutuminen toiminnallisesta häiriöstä tarkoittaa.

4.1 Toiminnallisesta häiriöstä kuntoutuminen kuntoutujan silmin

Ennen ryhmäkuntoutusta kuntoutuja oli käynyt läpi toiminnallisen häiriön mekanismia (tervehdyttävä tieto, johon viittasin aiemmin) ainakin lääkärin ensikäynnillä lääkärin kanssa sekä ennen ryhmäkuntoutusta psykologin kanssa. Kuntoutujista Aalto ei ollut ymmärtänyt ennen ryhmään tuloa, että toiminnallinen häiriö on yleisnimitys erilaisille oireille. Hän luuli etukäteen, että hän tapaa ryhmässä nimenomaan toisia kuntoutujia, joilla on sama täsmällinen ja tarkka oire kuin hänellä itsellään, ja koki pettymystä, kun niin ei ollutkaan.

Myös ryhmäkuntoutuksen ensimmäisellä ja toisella kerralla käsitelimme sitä, mistä toiminnallisessa häiriössä on kyse. Aihe osoittautui kuitenkin vaikeaksi ja hankalaksi ymmärtää myös Utulle. Teemahaastattelussa kävi ilmi, että hänelle ei ollut ryhmän jälkeenkään syntynyt selkeää käsitystä toiminnallisesta häiriöstä. Kävin hänen kanssaan teemahaastattelun aikana aiheesta pitkän keskustelun, josta poimin tähän pari otetta:

Siis mä en, mä en niinku yhtään päässy kärryille. Mä ihmettelin tosi paljon sitä, että miten voidaan sanoa, että sairautta ei enää ole, mut sitten sul on niinku kuitenkin ongelmia.

Sit mä pohdin ja sit mä olin ihan silleen, et mut mikä tää juttu on ja sit mä yritin pohtia ja pohtia, et mikä tää on, mut sitte ku oli tehty siitä [kuntoutujan nimi] joku haastattelu ni sitte se oli, ku meil on nyt se WhatsApp-ryhmä, ni sit se siihen oli laittanu, et mä olin ihan että, et ku se oli, et voi että ku ne ei laittanu sitä toiminnallista häiriöitten niinku sitä, et mikä se on, nisit mä meinasin laittaa siihen, et mikä se on, mut sit se vastas ite, ni sitte se niinku sano, et se on niinku et ikään kuin

keskushermosto niinku antaa jotain viestii, mut ku mun mielestä sekään ei oo niinku, mä en niinku ymmärrä sitä [naurahdus], et mitä se tarkoittaa.

Utu: No sen ekan kerran jälkeen kun just oli se väite, että sairautta ei enää ole ja se on vaan tämmönen, ni sit mä aattelin, et jos tää oli tarkoitus rentouttaa keskushermoston [naurua], ni se kiristi hetkellisesti sitä ihan huolella, mutta tota sitte kun mä taas pääsin siihen sisälle, että mä saan tästä jutusta, ni sitte ei, mun mielestä se vaan hyödytti. En mä ymmärrä, et mitä siin [ryhmäkuntoutuksessa] ois voinu olla semmosta, mistä ois voinu olla haittaa.

Kati: No hyvä, jos ei ollu. Mä haluan sen verran korjata, että meillä ei oo ajatus, että sairautta ei sinänsä ole. Me ajatellaan, et ne oireet on täysin todellisia, et niinkun...

Olin suorastaan hämmentynyt siitä, kuinka paljon väärinkäsityksiä Utulle oli saattanut jäädä ryhmän aikana. Mikäli haastattelujen aikana kävi ilmi jokin väärinymmärrys, yritin sen toki parhaani mukaan heti oikaista. Voi olla, että Utun ajatteluun vaikutti se, että hän ei kokenut itsellään olevan toiminnallista häiriötä. Hän ajatteli, että hänellä oli oireen taustalla fyysinen sairaus, mutta hän ei tuonut sitä erikseen esille ryhmässä vaan vasta teemahaastattelussa. Toisaalta välillä kuntoutujat kokivat asiat liian monimutkaisesti selitetyiksi, mikä esti ymmärtämästä:

*Nii-i, mutta tota sitten monissa asioissa tuntuu, että, et semmosta monimutkasta kieltä, että mä en jaksa niinkun kuunnella sitä.
Eeti*

Vaikka Utu arveli yllä olevassa sitaatissa, ettei Paju olisi ymmärtänyt toiminnallisen häiriön mekanisme, Paju kuitenkin itse koki ymmärtäneensä, mitä toiminnallisella häiriöllä tarkoitetaan:

[– –] mut toisaalta mä kans pidin tosi paljon niistä keskusteluista ja sithän kaiken perusta oli tavallaan se teoria ja mun mielestä oli hyvä, että sekin, sitä käytiin läpi läpi sillai, et se mun mielestä selkeyty aika hyvin. Et vaikka siinä oli loppujen lopuksi aika paljonkin sitä asiaa, ni sitten se että tavallaan tuntu, et kyl mä ymmärrän, et mitä se tarkoittaa tai näin.

Osmin sitaateista käy ilmi, että hän on saanut toiminnallisen häiriön selitysmallista apua itselleen:

Niin-niin, et tunnistaa itessänsä niitä hermostollisia oireita ja miten se toimii se hermosto ja miten se on voinu mennä sellaseks härdeleiks ja et tota sitte koittaa niinku elää niitten oireiden kaa ja mahdollisesti niit oireita saada pois.

[– –] just tosiaanki niinku mä sanoin et sit se todellaki autto tajuumaan niit hermostollisia asioit paljo enemmän tai jotenki sisäistämään sen koska se niinku vaik mä oin jonkun verran niit itse yrittäny netistä esimerkiks lueskella ja jollain tavalla

sisäistin ne kumminkin, et kyse on toden tosiaankin tästä tilasta, mut tää nyt sai silleen konkretisoituu mulle paremmin ja se koko homma kietoo tähän. Se oli silleen, et mun mielest se palveli mua hyvin. [– –] Nyt se niinku se hermoston toimintaki jotenki silleen, alko näkemään sen paremmin.

En kysynyt kuntoutujilta suoraan, mitä kuntoutuminen heille tarkoittaa. Kysymykseen ei voi myöskään vastata tarkastelemalla pelkästään kuntoutujien odotuksia (ks. luku 3.1.3) ryhmäkuntoutukselle, koska ryhmäkuntoutus on usein vain osa toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumista. Aalto oli tämän hyvin oivaltanutkin:

[– –] ei oikein osaa vastata, että onko tämä kurssi näkynyt mun voinnissa ja millä tavalla, et mä aattelen, et se (kuntoutuminen) on pitkäaikasempi juttu sitten.

Kuntoutuminen voi olla kohti terveyttä kulkemista, kuten Utu antoi ymmärtää:

[– –] mun on ehkä helpompi sanoa, että kohti terveyttä, koska mul ei oo masennusta, eikä mul oo mitään, tiäksä, et mä en oo niinku henkisesti jotenki kanveesissa ni sit se oli tosi kiva et pysty just vähän niinku tsemppaan, et me mennään kohti terveyttä.

Hän myös otti oman kokemuksensa mukaan roolia muiden kannustamisessa kohti terveyttä. Kaksi kuntoutujaa kertoikin, kuinka heidän mielestään kuntoutumiseen tarvitaan omaa halua ja motivaatiota. Aineiston perusteella kuntoutuminen on eteenpäin pääsemistä. Se on myös konkreettisia tekoja itsensä hyvinvoinnin kohentamiseksi:

[– –] antaa elämässä tilaa ja aikaa sille, että kuinka voisin tehdä asioita, jotka hyödyttää mun terveyttä. [Pitkä tauko.] Ja just et sillä henkisellä hyvinvoinnilla on yhteys siihen fyysiseen toimintakykyyn ja että se on hyvä tarkkailla itseään, että onko mulla asioita, jotka ovat estämässä sitä fyysistä hyvinvointia.
Eeti

[– –] mä oon paljon tehnyt korjauksia elämässä et mul on ihan omat oman hyvinvoinnin, levon, ruokavalion... Liikunta on nyt noussu, aika hyvin päässy siihen [– –] mut emmä sit tiedä, miten mä sitä pystyn sitten käytännössä, jossa mul on kipuja, jatkuvasti kipuja ja uusia huolia, joita mä joudun selvittämään ei mul oo oikeestaan resursseja muuta kuin tehdä ja mennä eteenpäin että saadakseni edes mun oman terveyteni johonkin kuntoon.
Aalto

Osmi nosti esille sen, että eteenpäin katsominen voikin olla hyödyllisempää kuin syiden etsiminen ja menneiden asioiden pohtiminen:

[– –] mä välillä just miettiny, onks se niin järkevää silleen alkaa niit vaa koko aika vai pitäiskö niistä päästä vaa eteenpäin niistä eikä aina palata sinne takaisin päin tai sinne nii ja elää menneisydessä tai silleen ni, et parempi vaan ehkä olis alkaa jättää niit asioit pois päin.

Tutkittavien mukaan sitten, kun on kuntoutunut, on aikaisempaa parempi vointi ja selviää konkreettisesti tilanteista, joissa oireita tulee ja pystyy elämään oireiden kanssa. Tokikin monelle kuntoutuminen toiminnallisesta häiriöstä tarkoittaa ymmärrettävästi ja odotettavasti sitä, että oireita on vähemmän ja elämänlaatu paranee. Paju kiteytti kaikkien kannalta lohdullisesti, että ”senhän ei välttämättä tarvii ees olla sitä, että siitä sairaudesta paranisi, mutta se jo, että jos se elämänlaatu paranee, ni sehän on jo suuri voitto.” Kolme kuntoutujaa mainitsi erikseen, että kuntoutuneena on rauhallinen tunne kehossa. Osmi sanoikin ensimmäisen tapaamisen tutustumiskierroksella odottavansa, että ”kroppaan syntyy rauha”, kuten olin kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaani. Aallolle se, että on kuntoutunut, tarkoittaa, että ei murehdi liikaa ja on aikaisempaa energisempi olo. Utu ja Paju puhuivat sisäisestä hyvinvoinnista: ”et on tietoisempi niistä hyvinvointia edistävästä tekijöistä ja siitä, että ne on hyvä jotenkin rakentaa siihen arkeen”.

4.2 Ryhmätoimintaan liittyvien elementtien merkitys omalle kuntoutumiselle

Tässä tutkimuksessa esillä olleessa ryhmäkuntoutuksessa käytettiin ryhmää ja ryhmäilmiöitä tietoisesti hyväksi (ks. Klemelä 2015; Salminen 2016b, 302). Tällöin esimerkiksi ryhmän koolla ja koostumuksella ja ohjaajan roolilla on merkitystä ryhmän käyttäytymiseen sekä sitä kautta myös yksilön kokemukseen ryhmän vaikutuksista. Kuitenkin tässä ryhmäkuntoutuksessa ryhmädynamiikka oli valjastettu ryhmän yhteisen tavoitteen sijaan kunkin kuntoutujan oman kuntoutumisprosessin edistymiseen. Jäsensin ryhmätoiminnan elementit kolmeksi kokonaisuudeksi: ryhmä ja vertaiset, ryhmän sisältö ja ryhmän organisoituminen.

4.2.1 Ryhmä ja vertaiset

Tässä ryhmäkuntoutuksessa ryhmä oli tietoisesti suunniteltu niin, että osallistujilla oli erilaisia toiminnallisia oireita ja nimenomaan toiminnallinen häiriö oli heitä yhdistävä tekijä, eivät yksittäiset oireet. Kuten aikaisemmin kirjoitin Aallolle tämä osoittautui pettymykseksi, sillä hän oli kuvitellut, että muut osallistujat kärsivät täsmälleen samanlaisesta oireesta kuin hänkin. Ehkäpä juuri siksi hän myös erikseen mainitsi, että hän ei löytänyt ”yhteistä säveltä” kenenkään kanssa. Sen sijaan Eeti koki hyvin merkitykselliseksi sen, että hän oli tutustunut nimenomaan Pajuun. Hän kutsui Pajua tärkeältä tuntuvaksi vertaishenkilöksi. Erityisesti samanlaiset oireet yhdistivät heitä. Paju ja eräs toinen kuntoutuja nostivat erikseen

haastatteluissa esille sen, että nimenomaan ryhmässä olleiden oireiden erilaisuus oli tärkeää. Pajun mielestä heterogeenisyys vaikutti myönteisesti ryhmän ”kasassa pysymiseen”, sillä hän arveli, että jos kaikkien oireet olisivat olleet samanlaisia, olisivat keskustelujen sisällöt saattaneet mennä liian oirekeskeisiksi.

Kaiken kaikkiaan vertaisilla vaikutti olevan suuri merkitys tutkittavien omalle kuntoutumiselle. Kaikki kertoivat myönteisistä asioista, joita ryhmä oli heille antanut. Merkitys löytyi esimerkiksi siitä, että monen aikaisemman kokemuksen mukaan ympärillä olevat ihmiset eivät oikein ymmärrä omaa tilannetta, ja nyt tässä ryhmässä kaikki ymmärsivät. Moni koki ehkä ensimmäistä kertaa, että ei olekaan yksin oireittensa kanssa. Osmi kuvasi koskettavasti sitä, että hän on aiemmin nähnyt ihmiset uhkana ja nyt ryhmä tarjosi mahdollisuuden nähdäkin ihmiset täysin toisessa valossa:

Silleen suuri [ryhmäläisten merkitys]. Et mun mielest kaikki oli hyväsydämisiä ihmisiä tai silleen oon nähny, et on hyviä ihmisiä olemassa. Et sit ku taas eristäytyy kaiken tän hädellin kans, mikä on päällä, ni sit alkaa ehkä näkemään paljo ihmisiä silleen myös uhkana tai silleen et sit ne on vaan ihmisiä, jotka menee aasta paikkaan beehen ja sitte sosiaalisoituu uusien ihmisten kans, jotka on ihan eri lähtö- tai silleen erilaisista elämäntilanteista sinänsä tai silleen et joillan on perhettä ja näin pois päin, elää erilaista elämää, on eri ikästä. Ihmisten läsnäolo vaikuttaa paljon. Olihan niil suuri vaikutus varmasti.

Hän kertoi samalla myös siitä, kuinka ryhmä oli hyvin moninainen ajatellen sosiaalisia jakoja vaikkapa iän ja sukupuolen mukaan. Paju oli aikaisemmin osallistunut yksilökuntoutukseen. Hän koki, että vertaisryhmä toi hänen kuntoutumiseensa rohkaisua ja tärkeää perspektiiviä välittämisen ja kannustuksen muodossa. Utu puhui myönteisestä ja kannustavasta sosiaalisesta paineesta ja Osmi ryhmän energiasta, ja sekä paineen että energian voi nähdä edistävän omaa kuntoutumista.

Aalto pohdiskeli eniten sitä, oliko ryhmällä hänelle suurta merkitystä vai ei. Hän koki, että hän ei ollut ”suuren henkisen avun” eikä sitä myöten myöskään sosiaalisen kanssakäymisen tarpeessa. Silti hänkin kertoi tunteneensa, ettei ole yksin.

No sitte, kyl se sellai tietysti, ku kuuli toisten, vaikkei ne mitenkään yksityiskohtaisesti niistä juteltukaan, mut se, että kyl siinä kuitenkin tuli sellanen tunne, et sä et oo yksin. Yksin täs maailmassa, jol sattuu kaikki mahdolliset sairaudet, et näki et on muilla ryhmäläisillä niinku aivan erilaisia. Miten nekin kamppailee niiden kanssa ja on niinku työvytön samal taval kuin minä. Kyl se sellasta lohdutusta anto. [— —] se avarsi mun mieltä siitä, että on olemassa, et on muitakin ihmisiä, jotka kamppailee omien, totta kai mä nyt tiedän xx-vuotiaana, et ihmisiä on maailmassa kamppailemas,

mut sillai että henk.koht. kasvotusten näät ja joku kertoo... [– –] totta kai se avarsi mun mieltä ja sit tavallaan lohduttikin. Se et kyl se vertaistuki siinä autto, mut se, et miten se mun jatkoo mun oman kuntoutuksen, ni. en mä siinä nää, et mä koen et mä kuitenkin oon niin eri tavalla niinku painin näitten mun juttujen kanssa.

Kirjoitinkin jo aikaisemmin (luku 3.4) siitä, että olimme kiinnittäneet erityistä huomiota luottamuksen rakentamiseen ryhmässä. Kuntoutujat kuvasivat ilmapiiriä esimerkiksi lämpimäksi, kannustavaksi, miellyttäväksi ja äärettömän hyväksi. Kukaan ei maininnut ryhmästä mitään kielteiseksi luokiteltavaa. Olin merkinnyt tutkimuspäiväkirjaani, että jo ensimmäisestä kerrasta lähtien tuntui kuitenkin siltä, että ryhmä toimii hyvin yhteen ja että iso merkitys on myös sillä, keitä ryhmään valikoituu. Osmi kuvasi osallistujien olevan hyväsydämisinä, ja Eetin mielestä jokainen osallistuja oli merkittävä. Utu sanoi, että hänen mielestään ryhmässä oli tilaa myös persoonille. Paju kuvasi ryhmäläisiä näin:

Se oli kiva se, et sai tavata muita. On niinkun samantapaisesta tilanteesta. Et jotenkin mä tunsin välillä tosi konkreettisestikin jotenkin semmoisen hyväntahtoisuuden tai sellasen välittämisen ja melkein suorastaan rakkauten ihmisiltä, jotka ymmärtää niin hyvin tilannetta, ni osaa sitte tavallaan tai se myötäeläminen on semmoinen, mihin semmonen, joka ei ihan ymmärrä sitä tilannetta, ei ehkä kykene.

Olin kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaani, että Paju kertoi tapaamiskerran alkukierroksella kokemuksestaan, että kun hän tuli hissistä ja näki muiden istuvan hissiaulassa, hänellä tuli ilo. Päiväkirjassani jo arvelin lausahduksen kuvastavan sitä, miten hyvän ja lämpimän ilmapiirin onnistuimme luomaan ensimmäisellä kerralla. Psykologi sanoi omalla vuorollaan ääneen ryhmälle, että hänen arvionsa mukaan tiimiytyminen on tapahtunut. Muotoutunut ryhmädynamiikka oli niin vahva, että uusi ryhmään tulija eli psykologiharjoittelija ei sitä horjuttanut viidennellä kerralla. Ihmettelin päiväkirjassani, että harjoittelijan läsnäolo ei tuntunut vaikuttavan millään tavalla osallistujiin: he käyttäytyivät mielestäni aivan samalla tavalla kuin aikaisemminkin kerroilla eli esimerkiksi ottivat osaa keskusteluun yhtä vapautuneesti ja kertoivat kokemuksistaan yhtä rohkeasti kuin aikaisemminkin.

Luottamuksellinen ja miellyttävä ilmapiiri vaikuttivat siihen, että kaikki kokivat saaneensa olla riittävästi äänessä – ja myös uskalsivat olla. Useimmat myös arvioivat, että kaikki muutkin osallistujat saivat olla tarpeeksi äänessä. Tosin Aalto arveli, että hän ja kaksi muuta kuntoutujaa olivat eniten äänessä ja kaksi kuntoutujaa olivat sitten vähän hiljaisempia. Kukaan ei kuitenkaan itse kokenut, että ei olisi saanut tarpeeksi puhua. Koska kuntoutujat mielellään puhuivat ja jakoivat aktiivisesti ajatuksiaan ja kokemuksiaan, huomasin, että joskus oli vaikea rajoittaa puheenvuorojen pituuksia. Koin, että sitä oli syytä välillä tehdä,

jotta päästäisiin eteenpäin, mutta vaatii taitoa tehdä se myönteisellä tavalla, joka ei lannista ja vähennä seuraavalla kerralla halukkuutta puhua. Kirjoitin tutkimuspäiväkirjaani, että ohjaaja joutuu tasapainottelemaan eteenpäin menemisen ja asioiden refleктоimisen sallimisen välillä. Pohdin myös, että ohjaaja käyttää valtaa siinä, mikä missäkin kohtaa on tärkeää ja kenen kannalta ja mikä vie eteenpäin. Varsinaista vapaata keskusteluaikaa oli kuitenkin niukasti, sillä keskustelu oli ohjattu vähintäänkin väljillä avoimilla kysymyksillä: Mitä kuuluu? Mitä ajatuksia tämä harjoitus herätti? Mitä kokemuksia teillä tästä aiheesta on? Millä mielellä lähdet kotiin? Utu kommentoikin, että varsinaista vapaa sana -tyyppistä keskustelua ei ollut, minkä hän koki hyväksi.

Eeti kutsui hoitavaksi sitä, että voi kertoa omista kokemuksistaan nimenomaan henkilöille, jotka ymmärtävät täysin, mistä itse puhuu. Toisten jakamien kokemusten ja ajatusten koettiin erityisen vahvasti tarjoavan samaistumispintaa itselle. Ainakin kolme kuntoutujaa mainitsi tämän. Samaistumisen lisäksi osallistujat kokivat oivaltaneensa toisiltaan asioita, kiinnostuneensa asioista sekä innostuneensa ja inspiroituneensa toisten kertomuksista. Paju kertoi seuraavaa:

Et saatto olla semmoisia asioita, jotka jäi mieleen ja joita sitten itse muisti esimerkiksi kun teki niitä omia harjoitteita ja hyödynsi niitä, et tavallaan niin kuin ne muut toimi inspiraation lähteenä myös, et sai ihan konkreettisia ideoita, joita pysty sitte itse kokeilemaan.

Kuntoutujat kertoivat toisten toimineen itselle esimerkkinä vaikkapa siitä, kuinka toiset olivat ”tsempanneet” tai keksineet jonkun hyvän keinon. Eetiä puhutteli haastattelussa erityisesti Osmin ”hyvin aktiivinen, kokonaisvaltainen terveyden etsiminen”, mitä hän piti esimerkillisenä itselleen. Olin kirjoittanut tähän liittyen tutkimuspäiväkirjaani kuudennella tapaamiskerralla kuulemani lyhyen keskustelun:

*Eeti: Se, Osmi, mitä sä kerroit siitä, että huudat metsässä, muistutti mua siitä, että mäkin autossa oon käyttänyt ääntäni ja haluan alkaa tehdä sitä uudestaan.
Osmi: Jes.*

Halusin kirjoittaa tämän näkyviin siksi, että ryhmässä käytiin paljon tämäntyyppisiä keskusteluja suoraan kuntoutujien kesken. He antoivat toisilleen kiitosta ja kannustavaa palautetta. He refleктоivat aktiivisesti toistensa ajatuksia ja kokemuksia. He rohkaisivat toisiaan. Meitä ohjaajia ei aina tarvittu fasilitoimaan keskusteluja. Ryhmässä myös naurettiin ja silläkin tavalla jaettiin asioita yhdessä.

Utu yllätti ryhmän viimeisellä tapaamiskerralla meidät kaikki jakamalla meille kiitoslahjat. Lahja oli suklaa ja pieni kortti, jossa luki toisella puolella ”Suostu rakastettavaksi” ja toisella puolella ”Kiitos, kun olet sinä”. Molemmat lauseet päättyivät sydämeen. En tiedä, oliko hän kirjoittanut kaikille samat lauseet, mutta nuo lauseet lukivat ainakin omassa kortissani. Kortti on tallessa kalenterini välissä, ja se muistuttaa minua tästä ryhmästä, mutta myös tärkeästä sanomasta, jonka Utu tahtoi meille välittää.

Ryhmä on pitänyt yhteyttä varsinaisen ryhmäkuntoutuksen jälkeen. Viidennen eli toiseksi viimeisen tapaamiskerran loppukierroksella nousi esiin huoli siitä, mitä kuntoutujille tapahtuu ryhmän jälkeen. Tämän huolen pohjalta Eeti lupasi organisoida ryhmälle oman WhatsApp- viestiryhmän. Viimeisellä kerralla Eeti sanoi ääneen myös, että hän haluaisi kutsua ryhmäläiset heille kylään, koska hän kokee, että heillä on nyt yhteinen kokemus, joka heitä yhdistää. Yhteisellä kokemuksella hän viittasi tulkintani mukaan sekä toiminnalliseen häiriöön että yhteiseen kokemukseen ryhmäkuntoutuksesta. Haastattelussa kävi ilmi, että WhatsApp-ryhmä oli todella perustettu ja että sitä kautta oli käyty ilmeisen vilkasta keskustelua.

4.2.2 Ryhmän sisältö

Kirjoitin jo luvussa 3.1.3, että ryhmäkuntoutuksen sisältö koostui psykoedukaatiosta, hyväksymis- ja omistautumisterapian harjoituksista ja metaforista, kotitehtävistä eli osallistujien itsenäisestä työskentelystä tapaamiskertojen välillä sekä oman tilanteen reflektoinnista ja vertaistuen hyödyntämisestä. (ks. myös liitteet 2–3). Utu kuvasi ryhmäkuntoutuksen olleen aktiivinen, vähitellen etenevä ja siten myös tehokas. Hän oli oivaltanut oikein, että olimme ”ottaneet vähän silleen, et yks juttu per kerta ja sitte vikal kerralla käydään läpi se kokonaisuus”. Viimeisen kerran kokonaisuudella hän viittasi siihen, että viimeisellä tapaamiskerralla kertosimme psykologisen joustavuuden mallin avulla sitä, mitä kuuden tapaamiskerran aikana oli tehty, minkälaisia asioita olemme käsitelleet ja miten käsitellyt asiat liittyivät toisiinsa. Olin kerännyt samalle paperille kaikki ne harjoitukset, jotka olimme tehneet (liite 3). Utulle ryhmäkuntoutus oli kuin matka:

Mun mielestä se oli tosi hyvä, et se oli ikään kuin sä lähdet matkalle, missä sä et tiedä, mihin sä oot menossa ja sitten lopulta käydään läpi, että nyt sä oot oppinut nää jutut. Must se oli tosi hyvä se kokoava, et ei se sit jääny semmoseks et tääl oli irrallinen juttu ja tossakin oli. Ja sitte että se oli tehty myös kuvaksi. Mun mielestä ne kuvat oli tosi hyviä. että se myös konkretisoi, että näitä me ollaan tehty.

Paju kuvasi sisällön merkitystä niin, että hän oivalsi, kuinka muillakin kuin fyysisillä asioilla on merkitystä. Eeti argumentoi haastattelussa, että hänen mielestään onnistuimme tuomaan neutraalilla tavalla erilaisia näkökulmia esille ja antamaan vaihtoehtoisia tapoja toimia. Olimme etukäteen tiedostaneetkin, kuinka asiat voivat olla herkkiä. Ihmiset myös saattavat kokea saman asian eri tavalla: joku kokee kannustavana ja joku ehkä syyllistävänä.

Halusimme myös ryhmän sisällön ja toimintatapojen valinnoilla vaikuttaa siihen, että ryhmä valjastetaan nimenomaan toipumiseen ja kuntoutumiseen. Käytännössä se konkretisoitui esimerkiksi niin, että kaikille oli selvää, ettei ryhmässä juututa harmittelemaan oireita tai jakamaan huonoja kokemuksia. Eeti kuvasi tätä kuntoutujan aktiiviseksi asenteeksi omaan terveyteensä, minkä hän koki olevan kaikilla ryhmäläisillä. Hänen mielestään se on esimerkiksi sitä, että ”ei sillä tavalla uhriuduta, vaan oikeesti mietitään, että jos voin itse jotain tehdä niin mitä se olisi ja yritän sitä.” Paju kuvasi samaa asiaa niin, että kaikki ryhmässä olivat motivoituneita ja avoimia ja heillä oli oikeanlainen tahtotila. Hänen mielestään nyt ryhmässä keskityttiin ”eteenpäin vieviin asioihin”. Utu oli samaa mieltä Pajun kanssa, että jos joku olisi ollut vastahankainen esimerkiksi sille, mitä asioita ryhmässä käsiteltiin, se olisi luultavasti vaikuttanut ryhmän tunnelmaan. Eetillä oli kokemusta esimerkiksi tietystä toiminnallisesta häiriöstä kärsivien Facebookissa toimivasta vertaisryhmästä, jossa nimenomaan uhriutumisen oli painottunut. Siitä hän oli saanut ymmärrystä sille, että toipuakseen tarvitsee ”mallia ja ideoita, miten voi viedä omaa terveyttä eteenpäin”. Myös Aallolla oli kokemusta sosiaalisen median ryhmistä:

Ryhmässä oli kiva se, että ollaan oltu avoimia. Oon kans eri some-ryhmissä, ja siellä voi olla kaikenlaista. Teihin voi luottaa, että teiltä tulee faktatietoa. Ja tää on tukenut sitä, mitä on itse ajatellut. Mulla ei ole ollut keinoja, millä mä jaksan ja mistä mä aloitan. Oon oppinut, että kannattaa edetä pienin askelin, olla armollinen itselle ja että kaikkeen ei tarte suostua. Näihin oon saanut varmuutta.

Tutkimuspäiväkirja, 6. tapaamiskerta

Utulla oli ollut pelko siitä, että osallistujat eivät tähtää parantumiseen, vaan ”pitävät vain tunnelmaa yllä”, esittävät ohjaajia varten, että ”suorittavat toipumista” ja antavat ohjaajille sen, mitä he ”ulkoisesti haluavat” ja ryhmän jälkeen ”kaikki jatkuu niin kuin ennenkin”. Tällöin Utun mielestä osallistujilta puuttuu motivaatio parantumiseen. Kysyin Utulta, oliko ryhmä hänen mielestään ollut tällainen, ja hän vastasi näin:

Ihan ekan kerran, mä aattelin, et voi ei, jos tää on semmonen vaan, et laitetaan vaan tilastoon, että yritettiin edes jotain. Mut sittehän se lähti siitä ja sit mä olin ihan, et aa, täs onkin tosi hyviä elementtejä, ja selkeesti niinku pyrkii johonkin.

Haastatteluaineiston mukaan ryhmäkuntoutuksen sisältö näytti tukevan kuntoutumista. Osmille ryhmäkuntoutuksen sisältö konkretisoi, mistä lähteä liikkeelle. Hän koki saaneensa ”potkun alkaa käydä läpi asioita, jotka rauhoittais hermostoo”. Ryhmän kerrottiin myös antaneen keinoja ajatella asioita ja stimuloineen ajattelua. Se, mitä sisältöjä olimme valinneet, koettiin motivoivaksi. Kuitenkin eri harjoitukset sopivat ja puhuttelivat kuntoutujia eri tavoin. Se kävi hyvin ilmi tutkimuspäiväkirjastani, jossa kuvasin erään tietoisien läsnäolon harjoituksen reflektointia:

Tietoisien läsnäolon harjoituksena oli tänään ympäristön tarkkailu, jossa teimme havaintoja siitä, mitä näemme, kuulemme, haistamme, maistamme ja tunnemme. Kävimme harjoituksen jälkeen tuttuun tapaan reflektointikierroksen, jossa reflektoida edellistä harjoitusta, viime kerralla mieleen jääneitä asioita tai vaikkapa kotitehtäviä. Utu kertoi, ettei se toiminut hänellä. Pajun oli puolestaan hänen omien sanojensa mukaan helppo toteuttaa harjoitusta ohjatusti. Aalto kommentoi harjoitusta näin: ”en sano, että on hyvä tai huono, ihan sopiva”. Eetin mielestä haistamisen ja maistamisen asioita oli tosi vaikea keksiä. Hänen oli myös vaikea saada ajatuksia pois eräästä asiasta, mikä heidän perheellään on paraikaa pinnalla. Osmi oli omien sanojensa mukaan ajanut ”motarilla tuhatta ja sataa” ehtiäkseen ryhmätapaamiseemme ja hänellä harjoitus oli auttanut pysähtymään tähän hetkeen. Työharjoittelija kommentoi, että yllättävän helposti hänellä pää rauhoittui. Minä tein harjoituksen myös, niin kuin meillä on tapana tehdä harjoitukset muiden mukana: toinen aina ohjaa harjoituksen ja toinen osallistuu. Kerroin, että harjoituksen aikana oma mahani kurni ja huomasin, että oli vaikea olla arvottamatta sitä ääntä. Helposti sitä ajatteli, että ei haluaisi, että ääni kuuluu. Oli vaikea ottaa se vain neutraalisti vastaan. Sanna ohjasi harjoituksen ja kertoi pitäneensä siitä ja häntä itseäänkin harjoitus oli auttanut rauhoittumaan.

Tutkimuspäiväkirja, 5. tapaamiskerta

Tutkimuspäiväkirjastani löytyy myös muita kuvauksia siitä, kuinka kokemukset harjoituksista ovat eri kuntoutujilla hyvin erilaisia ja kuinka eri harjoitukset toimivat eri tavoin eri kuntoutujilla siinä hetkessä, kun niitä teemme.

Olin haastatteluissa kiinnostunut siitä, mitkä harjoitukset olivat jääneet kuntoutujille mieleen ja mitkä harjoitukset olivat erityisesti heitä puhutelleet. Osmilla toimivat erityisesti tietoisien läsnäolon harjoitukset, joita hän oli tehnyt myös ryhmäkuntoutuksen jälkeen omatoimisesti. Tietoinen kävely -harjoituksen jälkeen hän kiteytti: ”Kaikki mahtuu tähän hetkeen”. Aalto puolestaan mainitsi erikseen, ettei hän ollut innostunut tietoisien läsnäolon harjoituksista, kuten tietoisesta kävelystä. Myöskin Eeti kertoi, että ei ole kokenut omakseen rentoutumisharjoituksia ja ”mielikuvaharjoituksia”, joiksi hän tietoisien läsnäolon harjoituksia kutsui. Hän ei ole pystynyt niitä kertomansa mukaan tekemään itsenäisesti.

Eeti piti hyväksyntään liittyvistä harjoituksista. Lisäksi häntä puhutteli itselle merkityksellisten asioiden nimeäminen, josta hänen kertomansa mukaan käynnistyi ”hyvä prosessi”. Sama arvoanalyysi oli myös Utun mielestä ”sairaana hyvä juttu”. Hän oli tehtävän myötä ymmärtänyt seuraavaa:

[–] vaikka mä kärsin ihan kauheesti mun sairaudesta, ni se ei vie niin hirveesti mun onnellisuutta, ja se oli mun mielestä tosi hyvä huomio. Se autto ja sit kans just se, et ku sä tähtää johonkin, mitkä ne on ne konkreettiset [asiat] – koska siis kyllähän mä koko ajan yritän löytää sitä et miten mä paranen ja miten mä tästä saisin apua ja näin – niin se oli tosi hyvä.

Myös Aalto koki, että arvotyöskentelyssä oli hänelle jotakin hyödyllistä: erityisesti sitoutuminen arvojen mukaiseen elämään ja siihen liittyvä harjoitus Arvojen mukaisen elämän jana -harjoitus toimi hänellä. Eetille tärkeä ohje oli ollut, että itselle tärkeitä asioita kohden kannattaa mennä pienin askelin, ”ettei yritä haukata liian suurta palaa kerrallaan”.

Aallolle myös Matkustajat bussissa -harjoitus oli sopinut hyvin. Harjoitus liittyi siihen, kuinka heikentää mielen kontrollia omaan itseensä. Myös Paju mainitsi itsellään toimivaksi Matkustajat bussissa -harjoituksen. Talo-metaforakin puhutteli häntä. Metaforan tavoitteeksi hän ajatteli sen, että oppii eriyttämään itsensä tunteesta tai ajatuksesta, oireesta tai kokemuksesta niin, että itsellä on tunteita, ajatuksia, oireita ja kokemuksia. Hän jäi pohtimaan metaforia pidemmästäkin:

Joo, ne on jääny mieleen jotenkin ja se, että ei jäis tunteiden riepotelevaksi, vaan että pystyy niinku ottamaan muutaman askeleen taaksepäin, jolloin sitten taas se oma mahdollisuus vaikuttaa, paranee. Et se oli yks semmonen, jonka mä koin sisäistäneeni.

Osmin lisäksi myös Paju piti tärkeänä sitä, että hän oppi erilaisia keinoja rauhoittaa hermojärjestelmäänsä ja toisaalta myös tarvittaessa virittää sitä, ”jotta ei sitten tipahda sinne alivireeseen”:

Ja sit jotenkin kans se suhtautuminen niihin oireisiin. Että suhtautuisi niihin rauhallisesti, jotta ei sitten pahenna tilannetta sillä, et se hermosto menee vielä pahemmin ylivireystilaan. Tai paniikkiin siitä, että jos huomaa, että on joku oire ja sit sä oot ihan siilleen et aaa apua, mitä mulle tapahtuu ja näin, ni sithän vaan lisää niitä kierroksia. Et siinä kohtaa st tuli silleen, et okei, mut hei, nää on näitä ja että not big deal, sitä selviää vähän helpommalla eikä pahenna sitä tilannetta.

Tutkimuspäiväkirjastani käy ilmi, että silloin tällöin joku kuntoutuja ilmaisee, että harjoitus tuli juuri sopivaan kohtaan itselle tai että ”tänään oli erityinen tarve” juuri kyseessä olevalle harjoitukselle.

Luullakseni hyväksymis- ja omistautumisterapian työkalujen ja harjoitusten merkityksellisyys kuntoutujille näkyi myös siinä, että he nimesivät WhatsApp-ryhmänsä HOT-ryhmäksi. HOT on hyväksymis- ja omistautumisterapian lyhenne.

Jokaisen harjoituksen jälkeen keskustelimme harjoituksesta. Aallon kanssa käymästäni keskustelusta käy hyvin ilmi se, että vaikka mielestäni kaikki osallistuivat aktiivisesti harjoitusten reflektointiin, saattoi se, miten paljon harjoitus puhutteli itseä, vaikuttaa reflektoinnin määrään:

Kati: Ollaanks me puhuttu silloin siitä mielen kontrollin heikentämisestä? Matkustajat bussissa on ollut varmaan silloin...

Aalto: Niin muuten, se tais olla just se.

Kati: Oliko?

Aalto: Joo, koska siihenhän mä kommentoin jotain tosi paljon.

Kati: Just, se puhutteli sua?

Aalto: Joo, se puhutteli mua. Siitähän mä pyysin sen kopionkin.

Kati: Joo ja mähän lupasin teille lähettää, mut mä en oo vaan vielä kirjoittanu sitä puhtaaksi.

Aalto: Se kyl puhutteli.

Tutkimuspäiväkirjani mukaan osallistujat refleктоivat harjoituksia sillä tavalla, että reflektoinnista saattoi päätellä harjoituksen ajaneen sen asian, jota sillä haettiin. Esimerkiksi Minulla on ajatus -harjoituksen jälkeen useampi kuntoutuja mainitsi, että omaa ajatusta oli harjoituksen viimeisessä vaiheessa helppo kyseenalaistaa. Useampi osallistuja kertoi myös, että heidän suhtautumisensa itse valittuun lauseeseen muuttui niin, että ymmärsi, että oikeastaan voikin itse valita, kuinka ajatukseen suhtautuu. Keskustelu harjoitusten jälkeen oli hyödyllistä myös siksi, että mikäli kuntoutuja ei saa harjoituksesta kiinni tai on ymmärtänyt jotakin väärin, voidaan ideaa vielä kirkastaa ja täsmentää ja tarvittaessa hyödyntää vielä yhtä samaa asiaa käsittelevää harjoitusta tai metaforaa. Tutkimuspäiväkirjani mukaan edellä mainitun Minulla on ajatus -harjoituksen jälkeen eräs kuntoutuja koki ristiriitaiseksi sen, että toisaalta yleensä kehoitetaan kuuntelemaan itseään ja nyt toisaalta kyseenalaistamaan omia ajatuksia. Kirjoitin päiväkirjaani arvioni keskustelun luonteesta:

Keskustelimme aiheesta, ja osallistuja ymmärsi, etteivät asiat olleetkaan ristiriidassa keskenään. Tämä oli hienoa, oivaltavaa ja tarpeellista keskustelua.

Tutkimuspäiväkirja, 5. tapaamiskerta

Aina reflektointi ei lähtenyt helposti käyntiin:

Kirjoitin muistiinpanoihini: ”Hyvää keskustelua: kun yksi aloittaa, toinen jatkaa.”

Kun Sanna kysyi osallistujilta avoimet kysymykset: ”Mitä on hyväksyntä?” ja ”Mitä

eroa on hyväksynnällä ja alistumisella? ”, syntyikin yllättävän vähän keskustelua aluksi. Tuli hämmentynyt hiljaisuus, eikä kukaan osannut oikein sanoa mitään. Keskustelua alkoi hiljalleen syntyä, kun me Sannan kanssa molemmat itse rauhallisesti heittäydyimme ääneen pohdiskelemaan omia näkemyksiämme. Ei niin, että olisimme sanoneet mitään oikeita vastauksia välttämättä, vaan osallistuimme keskusteluun pohtimalla itsekin ja siihen oli sitten osallistujienkin helpompi lähteä mukaan.

Tutkimuspäiväkirja, 6. tapaamiskerta

Vaikka keskeinen keinomme ryhmässä on puhuminen, kaikkeen ei pääse kielellisesti käsiksi. Siksi pohdin päiväkirjassani, että ryhmässä tulee olla myös kokemuksellisia harjoitteita ja metaforia, jotka voivat avata jotakin sellaista, mitä on vaikea pukea sanoiksi suoraan. Utu ehdotti, että teatteri-ilmaisun avulla voisi simuloida arkisia tilanteita, joissa omaa toimintaa ja käyttäytymistä olisi hyödyllistä muuttaa. Eeti arveli, että hän olisi hyötynyt tapauskertomuksista, joita olisi hänen mielestään voitu käsitellä vaikka jokaisella tapaamiskerralla. Osmin mielestä parasta olisi ollut se, että edes kerran ryhmä olisi kokoontunut luonnossa, ”laavulla jossain luonnonpuistossa”. Se, että näin ei tapahtunut, oli hänen mielestään ainut ”miinus” ryhmäkuntoutuksessa.

Lähes kaikki tunnistivat sen, että puolentoista tunnin tapaamiskerran aikarajassa ei juuri olisi ehtinyt muuta kuin sen, mitä olimme etukäteen suunnitelleet. Utu, Paju ja Osmi toivoivat, että jos olisi ollut aikaa, olisi voinut olla enemmän harjoituksia, mahdollisesti myös nykyistä pidempiä harjoituksia. Aalto oli ainoa, joka kertoi kaivanneensa ”sosiaalityöntekijän vinkkejä”, jotka tulkintani mukaan liittyivät esimerkiksi sosiaalietuuksien hakemiseen.

Vapaan keskustelun määrä jakoi mielipiteitä. Yksi kuntoutuja olisi toivonut sitä lisää:

[– –] että siinä olis enemmän sitä meidän asiakkaidenkin välistä keskustelua, nii et se olis vaikka kaks tuntia. Et siinä olis vaikka lopussa puol tuntia, et saatais vapaasti keskustella. [– –] Et siin vois olla semmonen vapaa kenttä, että käytäis ne asiat totta kai kun ne on hyvä käydä ja te ootte ammatti-ihmisiä ja perehtyneitä siihen, mut et siihen jäis loppuun se, ettei meidän tarvii tuol ulkona sitten höpötellä [– –]. No, tietysti sillai, et te olisitte kuitenkin pitäny niin sanotun langan käsissä, ettei se, et sehän lähtee rönsyilemään, mutta tietyt aihepiirit. Et ois ollu tavallaan varattu aika siihen, et jos se niinku lähtee et joku asia selkeesti meit kaikkia kiinnostaa.

Aalto

Kuitenkin kaksi kuntoutujaa erikseen mainitsi, että oli hyvä, ettei vapaata keskustelua ollut enempää.

Tutkimuspäiväkirjastani käy ilmi, että sain ryhmässä palautetta siitä, että menin liian nopeasti eteenpäin jossakin harjoituksessa. Olin kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, että hidastan puherytmiäni ja madallan hiukan ääntäni tietoisien läsnäolon harjoituksissa, jotta ääneni tukee harjoitusta eli auttaa keskittymään ja rauhoittumaan. Muissa harjoituksissa en ehkä ollutkaan niin tietoinen tavastani toimia. Koin palautteen arvokkaaksi, sillä se kannusti kiinnittämään huomiota siihen, kuinka harjoitukset kannattaa ohjata.

Kolme kuntoutujaa, Utu, Eeti ja Aalto, pitivät niin sanottuja teoriaosuuksia haastavina. Utun mielestä olisimme voineet vielä paremmin konkretisoida teoria-asioita käytäntöön. Aallon mielestä asioita selitettiin toisinaan ”aika monimutkaisesti”:

[– –] et jotenkin ois kaivannut selkokielempää, yksinkertaisempaa selitystä. Että mä en tiedä, johtuukse siitä, että itse kun oon sairas ja oireinen, ni sitten se tekee semmosta, ettei oikein jaksa keskittyä ja helposti se menee jotenkin ihmeellisesti, että joissain asioissa niin mä koen, et mun kognitiivinen kyky on tosi hyvä edelleen. [– –] Mutta sitten monissa asioissa tuntuu, et monimutkasta kieltä, että mä en jaksa kuunnella sitä. Et se on esim. tietotekniikkaan liittyvissä ja viranomaisasiointiin liittyvissä asioissa, et mä kaipaen tosi yksinkertaista ja selkeää kommunikaatiota ja sen koin, että nää oli jotenkin kuitenkin aika monimutkaisia nää

Tämä oli hyvin tärkeä muistutus meille ammattilaisille siitä, että kuntoutujien toiminnalliset oireet voivat olla myös kognitiivisia, jolloin esimerkiksi asioiden ymmärtämisessä ja mieleen palauttamisessa voi olla vaikeuksia.

Vaikka meillä oli etukäteissuunnitelma siitä, mitä kullakin kerralla ottaisimme esille ja mitä harjoituksia tekisimme, suunnitelma oli joustava. Toisinaan saatoimme antaa jonkun tehtävän kotitehtäväksi, joskus siirsimme harjoituksen suosiolla seuraavaan kertaan ja joskus jätimme jonkun asian kokonaan pois ohjelmastamme. Osallistujathan eivät etukäteen tienneet, mitä olimme suunnitelleet kullekin tapaamiskerralle. Aivan ilman kommelluksia suunnitelmien muuttaminen ei aina tapahtunut, kuten seuraavasta tutkimuspäiväkirjamerkinnästäni käy ilmi:

Olin kirjoittanut tapaamiskerran ohjelmaan, että tietoisien läsnäolon harjoituksen ja reflektoitikierroksen jälkeen vaihtaisimme kokemuksia Minulla on ajatus - harjoituksesta. Aloitin fasilitoimaan keskustelua, kun osallistujat katsoivat minua ja toisiaan epätietoisina. Samalla ymmärsin, että mehän emme olleet edellisellä kerralla ehtineetkään tehdä harjoitusta, eikä sen tekeminen siten ollut ollut kotitehtävänäkään. Oikeastaan vähän jopa hävetti, että en ollut laittanut tätä asiaa muistiin. Siten en myöskään ollut varannut mukaani ko. harjoituksen kotitehtävä-paperia, joka siis jäi viime kerralla jakamatta ja viime kerran muuttuneiden suunnitelmien mukaisesti oli tarkoitus jakaa tänään. Kun myöhemmin katsoin omia muistiinpanojani edelliseltä kerralta, niin olinhan mä kirjoittanut siellä suunnitelmaan käsin Minulla on ajatus -

harjoituksen kohdalle ”ensi kertaan”. En vain ollut katsonut viime kerran suunnitelmapaperia valmistautuessani tälle kerralle. Ei auttanut kuin hyväksyä oma erehtyväisyysensä. Hyväksynnän kanssa saa itsekin kamppailla toisinaan. Se tässä onkin niin hienoa, että kamppailemme Sannan kanssa täysin samojen ilmiöiden äärellä, vaikka ne ilmiasultaan ovatkin toisenlaisia kuin kuntoutujien kamppailut. Se tekee meistä ohjaajista ja osallistujista täysin tasa-arvoisia ja siitä ajattelutavasta pidän. [– –] Teimme siis nyt omasta mielestäni yhden tärkeimmistä ryhmän harjoituksista. Koska pidän sitä niin tärkeänä, en halunnut viime kerralla teettää sitä kiireessä, vaan ajattelin, että käytetään siihen tänään kunnolla aikaa.

Viittasin edellä myös siihen, että meillä oli suunnitelma tapaamiskerroille, mutta osallistujat eivät tienneet suunnitelman sisällöstä. Pajun kanssa asia tuli puheeksi haastattelussa. Hän oli käynyt aikaisemmin yksilökuntoutuksen, jossa oli ennakkoon saanut tietoa tulevasta ja pohdiskeli, oliko se hyödyllistä vai ei:

Paju: Itse asiassa nyt mikä mulla oli vinkkinä sinne aikaisempaan kuntoutuspaikkaan, kun niitä tapaamisia oli sitten kymmenen viikon ajan, niin heille mä ehdotin sitä koska – siinä alussa siellä aikaisemmassa kuntoutuspaikassa käytettiin hirveästi aikaa jotenkin siihen, että kerrottiin jotenkin ehkä kerta toisensa jälkeen, et mitä kaikkea on tulossa ja sit mä en kuitenkaan oikein, mä en pystynyt sisäistämään sitä siinä ja sit mä huomasin, että mä en enää edes tiennyt, et ketä mä menin sinne tapaamaan ja mikä on tavallaan se aihe. Et jos vaan sais yhelle paperille, että tapaamiskerta yksi, että mikä on sen aihe ja kenen kanssa tapaa ja näin. Ja sitten voi vaikka itse laittaa, jos haluaa siihen päivämäärän, mitä ollaan sovittu, ne ajankohdat ja ohjelmarunko. [– –] Jotenkin tässä se tarve ei ole yhtä suuri, koska on vähemmän tapaamisia ja näin, mut siinä mä vaan huomasin, että välillä mulle on helpompi se, et jos saa paperilla jäsennettyä sen lyhyesti ja selkeästi. [– –] Toisaalta täs oli hauska yllätys siin lopussa se, et kaikki vedettiin yhteen sitten siihen. Tietysti voi olla yhteenveto niin sitten se ei tavallaan paljasta vielä sitä.

Kati: [– –] Mä laitan ton tosi mielellään korvan taakse. Siin on se haaste, että me halutaan vetäjinä myös heittäytyä ryhmän vietäväksi ja meil on semmoisia asioita, jotka vähän niinku linkittyy toisiinsa, niin voi olla, että me joudutaan muuttamaan – ja teidänkin kanssa me jouduttiin muuttamaan alkuperäistä suunnitelmaa esimerkiksi siitä näkökulmasta, et jos joku keskustelu veikin vaikka johonkin suuntaan, ni sit voi puhua vaikka jostain tietystä asiasta jo sillä kertaa, vaik me oltiin suunniteltu se vasta seuraavalle kerralle ja jos se tavallaan sopii siihen kohtaan. Ja silloin se on ehkä vähän hankalaa sit, jos me ollaan kovin tarkkaan lukittu jo. Meil oli suunnitelma ja siis on tohon ryhmälle suunnitelma, mut se aina vähän elää. Että se on aina vähän tasapainottelua, mut ymmärrän ton näkökulman että toisille ihmisille se tois vähän sitä struktuuria ja myös turvallisuutta tietyllä tavalla.

Paju: Joo, mut mun mielestä on tärkeämpää just et voi mennä sen tilanteen mukaan, koska silloin siit tulee ihan erilailla sujuvaa ja sitten kans ehkä se, että jos jollain on sillä hetkellä juuri asiaa sydämen päällä ja sit pääseekin siihen heti ja saa sitä käytyä silloin kun se on.

Kati: Totta, koska sit me voidaan kuitenkin siinä lennossa ottaa se harjoite siinä, mitä me oltiin ajateltu ottaa vaikka parin kerran päässä.

Paju: Joo

Kati: Että sillä lailla on valmiuksia tarttua hetkeen myös siitä näkökulmasta.

Paju: Joo, se on tärkeitä.

Ehkäpä joustavuus ja suunnitelmien muuttamisen mahdollisuus takaavat kuitenkin parhaimman lopputuloksen. Kuntoutujille voisi kuitenkin tehdä karkean rungon siitä, mitä tullaan käsittelemään ilman, että aikatauluttaa asioita juuri tietyille tapaamiskerralle sisältyväksi.

Kotitehtävät olivat meidän ammattilaisten mielestä tärkeitä, mutta niin vaikuttivat olevan myös osallistujienkin mielestä. Utu piti siitä, että ”oli aina viikko aikaa tehdä jotakin” ja hän koki, että kotitehtävät toivat jatkuvuutta. Paju kertoi viimeisellä tapaamiskerralla, että hän on harjoitellut arjessaan ryhmän ulkopuolella läpikäymiämme asioita ja tunsu, että siitä oli ollut hyötyä. Kotitehtäväksi voi ajatella myös kaikkia niitä harjoituksia, joiden tekemistä kuntoutuja koki tarpeelliseksi jatkaa myös omatoimisesti ryhmän jälkeen. Oli luonnollista, että Osmi, jolle tietoisien läsnäolon harjoitukset olivat tuntuneet sopivilta ja tarpeellisilta, jatkoi niiden tekemistä myös ryhmän jälkeen. Hän kertoi haastattelussaan näin:

En mä tiää ehkä se on se, että mä aloin jonkun verran enemmän niitä läsnäoloharjoituksia ja sitten niin kun vapaa-ajalla. Et ennen se oli sitä, et mä menin sinne, mä kävelin siel metsässä paljon, mut silti mul oli vaikee ehkä justinsa istuu paikoilleen. Nyt mä aloin enemmän tekemään sitä, et mä olin siinä ihan rauhallisena läsnä. Et ehkä se sit tuntu, et se sit autto paljon. Mut joo, tietynlainen, rauhallisempi tunne. [– –] Se on kaikkein paras osa just se, et aina aamuisin mä lähen siihen Järven laiturille. Siinä teen sitä, siinä mä alotan sen läsnäoloharjoituksen niin ku mediaation kautta läsnäoloharjoituksen. Se oli se neljää, kolmee, kaksi... [– –] Se helposti silleen jotenkin saa mut siihen läsnäoloon, nopeesti tota integroituu.

Eeti puolestaan kertoi, että ei ole varsinaisesti käyttänyt ryhmän jälkeen konkreettisia harjoituksia, mutta hän on alkanut kiinnittää huomiota siihen, kuinka hän ajattelee eri tilanteissa ja miten hän suhtautuu asioihin. Hänelle myönteisten asioiden ajattelu on tärkeää. Utu jopa ehdotti, että voisi olla vielä erillinen seurantatapaaminen, jolloin voitaisiin katsoa, missä kukin menee ja kuntoutujat voisivat saada vielä ”buustausta”.

Haastattelussa Utu kertoi, ettei hän ei ollut käyttänyt harjoituksia ryhmän jälkeen, koska hän ei kokenut, että hänellä ”ois mikään ongelma ahdistuksen kanssa”. Keskustelimme sitten haastattelussa erikseen vielä siitä, että harjoitukset ja työkalut eivät olleet tarkoitettuja vain ahdistuksen hoitoon tai kuntoutukseen. Haastattelusta muodostuikin siten vielä interventio, koska saatoin sen aikana selittää hänelle, mikä merkitys psykologisella joustavuudella voi olla elämänlaadun parantamisessa, hyvän elämän rakentamisessa ja oman hyvinvoinnin lisäämisessä huolimatta siitä, minkälaiset omat oireet ovat.

Ryhmäkuntoutuksen lopussa osalle kuntoutujista tuli huoli, mitä kuntoutuksen jälkeen tapahtuu. Otimme ryhmän loppumisen puheeksi toiseksi viimeiselle tapaamiskerralla. Kuitenkin erään kuntoutujan mukaan heitä olisi voinut jo tätä aikaisemmin valmistaa ryhmän päättymiseen, jotta ”ei olisi tarvinnut olla huolissaan, onko jotakin jatkumoa”. Tämä tärkeä pieni yksityiskohta saattaa olla avain turvallisuuden tunteen ylläpysymiseen ja ehkäisee sitä, että tulee kuntoutujan mukaan ”paniikkia siitä, että kohta tää loppuu”.

4.2.3 Ryhmän organisoituminen

Ryhmän organisoitumisen teeman alle olen jäsentänyt kuuluviksi ohjaajat, ryhmän koon, ryhmäkertojen määrän ja tapaamiskertojen pituuden.

Ryhmän ohjaajat

Kaikki kuntoutujat kokivat hyödylliseksi sen, että meitä oli kaksi ammattilaista ohjaamassa. Siten pystyimme tarjoamaan kuntoutujille erilaisia näkökulmia, millä jokainen kuntoutuja perusteli vastaustaan. Esimerkiksi Utu pohti asiaa näin:

Sit oli ihana, ku teit oli kaks erilaista ni se oli tosi hyödyllistä. Ku teil tuli niin se oma perspektiivi, niinku sen kuulee. [– –] Niinni sitä vaan, että kun kuulee tietynlaisen taustaperspektiivin, ja sitte ku on kaks ohjaajaa, ni se tuo eri ulottuvuutta. Ja sitten mä huomasin, että se dynamiikka kans, että kun te vaihtelitte, ni se myös vähän rikko sitä, et se... Koska yhel ihmisellä on aina yks ajattelutapa, vaikka se oiski tosi elävä ja vaihteleva ja näin. Ni sitten se sopivasti niinku rikko sitä, se oli mielenkiintosta. Ja sit oli ihana seurata sitä ryhmädynamiikkaa, et miten se toimi.

Utu

Näkökulmien monipuolisuus liittyi kuntoutujien mielestä osin siihen, että me kaksi ammattilaista eroamme persoonina toisistaan, mutta myös siihen, että me edustimme eri ammattiryhmiä. Molempia näkökulmia pidettiin tärkeänä. Kaikki kuntoutujat näkivät erityisen hyvänä sen, että ryhmäkuntoutusta ohjattiin moniammatillisesti. Kuitenkin vain kaksi kuntoutujaa nosti erikseen esille, että sillä oli merkitystä, että toinen ohjaaja oli nimenomaan sosiaalityöntekijä. Tämä erityismerkitys nousi esille siinä, että tarvittaessa sosiaalityöntekijä osaa vastata oman alansa kysymyksiin. Siten sosiaalityöntekijän voi tulkita sulautuvan ja sopivan ryhmäkuntoutuksen ohjaajaksi siinä missä psykologin tai vaikkapa sairaanhoitajankin. Kuntoutujista Aalto sanoittikin asiaa niin, että ”enkä mä koe, et sitä ois tarvinnukaan mitenkään erotella”. Hän jatkoi toisaalla:

Kati: Niin mä oisinkin kysynyt, oliko sillä sun mielestä merkitystä, että toinen oli sosiaalityöntekijä?

Aalto: Ei, päinvastoin mun mielestä se on hyvä vaan, et on. Et siihenhän se kuntoutuksen sisältökin on, et on moniammatillista porukkaa, et ei oo vaan yks, joka on niinku oman ammattikuntansa asioista tietoinen. Et aina parempi, mitä useampi.

Pajunkin mielestä ohjaajien erilainen ammatillinen tausta tuo kuntoutukseen yleensäkin monipuolisuutta ja laajempaa asiantuntemusta ja osaamista. Paju ja Utu, nostivat esille myös sen, että jos ohjaajana on sosiaalityöntekijä, hän pystyy ottamaan ryhmässä suoraan kantaa myös esimerkiksi ”toimeentuloasioihin” tai sosiaalisiin ”ongelmiin”, jos niihin liittyen tulee kysymyksiä. Toisaalta Eetillä oli asiasta päinvastainen näkemys:

Kati: Oliko sillä merkitys, että toinen vetäjästä eli minä olin nimenomaan sosiaalityöntekijä?

Eeti: En mä kokenut, että se ois tullut millään tavalla, koska siinähan nyt ensinnäkin pois kaikki nämä sosiaalietuusasiat ja tämmöset, mikä mulle nyt sosiaalityöntekijästä tulee mieleen. Et jotenkin mä ymmärrän sosiaalityöntekijän ammatin aivan erilaisena kuin mitä se tässä ryhmässä tuli että.

Sitaatista saattaa päätellä, että aina kuntoutuja ei miellä psykososiaalisen työskentelyn tai kuntouttavan työn kuuluvan sosiaalityöntekijän työnkuvaan. Eeti ja Osmi arvelivat myös, etteivät he ehkä olisi edes huomanneet, että edustimme eri ammattiryhmiä, mikäli asia ei olisi ollut esillä. Hän nosti esille erityisesti sen, että kun on kaksi ohjaajaa, kuntoutuksen sisältö ei henkilöidy:

Kati: Mikä merkitys oli sillä, että meitä oli nimenomaan kaks vetäjää?

Eeti: Mä luulen, että se oli oikein hyvä, koska sit se ei silleen henkilöidy yhteen, että tää on nyt tän yhden ihmisen versio tästä terapiasta, vaan että kun siinä on kaks, se tulee silleen ehkä tasapainoisemmin tai silleen laajemmin, että ehkä se herätti luottamusta myös siihen.

Luottamuksen rakentumisessa tällä on erityistä merkitystä. Aaltolle oli merkityksellistä, että me ammattilaiset osallistuimme itse harjoitusten tekemiseen ja laitoimme itsemme likoon, jolloin emme olleet hänen mielestään enää ”vaan ohjaajia”. Hänelle oli välittynyt meidän ammattilaisemme ajatus olla kuntoutujien kanssa tasavertaisessa asemassa.

Kolmen kuntoutujan mielestä me ammattilaiset olimme sopivasti äänessä. Kaksi kuntoutujaa puolestaan oli sitä mieltä, että olimme liikaa äänessä. Toinen heistä ei omien sanojensa mukaan kuitenkaan ”isosti kokenut niin”, ja toisen mielestä olimme äänessä ”pikkuisen liian paljon”, mikä toi hänen mielestään ryhmään kiireen tuntua.

Ryhmän koko

Tutkimuksen kohteena olevassa ryhmäkuntoutuksessa oli viisi osallistujaa. Kaikki kuntoutujat pitivät sitä sopivana ryhmäkokona. Osallistujien mielestä tarpeeksi pienessä ryhmässä on tilaa kaikille, kaikilla on mahdollisuus puhua ja osallistujat huomioitiin yksilöinä. Eeti kiteytti asian näin:

Musta oli tosi kiva se, että se oli pieni ryhmä ja että siinä oli kaks ohjaajaa ni siitä tuli olo, että me oltiin jokainen tärkeitä ja siihen panostettiin, ettei oltu sellaista isoa massaa. Ja tota just kun se oli pieni ryhmä niin siinä oli helppo, oli tilaa kaikille ja oli lämmin ilmapiiri.

Aalton mielestä viittä henkilöä suurempi ryhmäkoko olisi ollut hankala vuorovaikutuksen suhteen ajatellen, että ohjaajien kanssa ryhmäkoko oli viittäkin suurempi. Pajun, Utun ja Osmin mielestä ryhmässä olisi hyvin voinut olla pari kolme osallistujaa enemmänkin. Samaan aikaan kuntoutujat kuitenkin pohtivat sitä, että suuremmassa ryhmässä heille yksilöinä olisi jäänyt nykyistä vähemmän aikaa olla äänessä. Tokikin suuremman ryhmän kanssa ammattilaiset olisivat voineet hyödyntää esimerkiksi parityöskentelyä, mikä olisi mahdollistanut vuorovaikutusta lisää.

Ryhmäkertojen määrä

Tapaamiskertojen määrän sopivuus jakoi mielipiteitä. Utu kertoi pohtineensa etukäteen, miten kuuden tapaamiskerran mittaisella ryhmäkuntoutuksella voi ”alkaa kohentuu”, millä hän viittasi siihen, että kuntoutuminen tarvitsisi pidemmän aikavälin. Toisaalta hän pohti myös, että tarpeeksi lyhyt kuntoutusjakso puolestaan kannustaa tekemään itse ja ottamaan vastuu omasta tervehtymisestään. Lopulta hän päätyi siihen, että tapaamiskertoja oli juuri sopivasti. Eetin mielestä tapaamiskertoja oli sopiva määrä, koska hän ei olisi jaksanutkaan enempää. Myös Aallon mielestä tapaamisia oli sopivasti. Tapaamiskertojen vähyys oli omiaan pitämään kuntoutuksen intensiivisenä.

Osmi ja Paju puolestaan olivat sitä mieltä, että tapaamiskertoja olisi voinut olla enemmänkin. Molempien mielestä ryhmäkuntoutus oli nopeasti ohi. Paju koki ahdistusta siitä, kun ryhmätapaamiset päättyivät.

Tapaamiskertojen pituus

Tapaamiskerran pituus puolitoista tuntia koettiin yleisesti hyväksi. Yksi kuntoutuja kertoi tulevansa pitkän ajomatkan päästä, ja hän olisi mielellään voinut jatkaa työskentelyä yhdellä tapaamiskerralla pidempäänkin. Tosin hän, kuten pari muutakin kuntoutujaa argumentoi, että nykyistä pidempi tapaamiskerta olisi kuitenkin saattanut käydä raskaaksi. Nyt osallistujien kokemus oli, että puolentoista tunnin ajan jaksoi hyvin osallistua etenkin, kun tapaamiskerran sisältö oli vaihtelevaa. Aalto ehdotti, että ryhmän jälkeen olisi voinut varata heille osallistujille vapaan tilan, johon halukkaat olisivat voineet jäädä vielä keskustelemaan vapaamuotoisesti. Tutkimuspäiväkirjani mukaan hän nosti viimeisellä tapaamiskerralla esille, että aika meni aina hyvin nopeasti ja hän ymmärtää, että aika ei ryhmässä riittänyt enempään keskusteluun.

Olin kirjoittanut lähes joka tapaamiskerran kohdalle tutkimuspäiväkirjaani myös omia kokemuksiani kiireestä. Yritimme kuitenkin pitää tunnelman rauhallisena, eivätkä osallistujat tienneet, jos me emme ehtineet käydä läpi kaikkea sitä, mitä olimme etukäteen suunnitelleet. Tästä oli tietysti poikkeuksena viides tapaamiskerta, jolloin muistin väärin meidän edelliskerralla ehtineen käydä läpi Minulla on ajatus -harjoituksen (ks. 4.2.2).

4.3 Omaa kuntoutumista tukevat asiat

Kysyin kaikilta kuntoutujilta, oliko ryhmäkuntoutuksesta ollut haittaa omalle kuntoutumiselle. Kaikki olivat sitä mieltä, että mitään haittaa he eivät olleet huomanneet. Utu kuitenkin mainitsi, että ensimmäisellä kerralla toiminnallisesta häiriöstä puhuttaessa hänen hermonsa olivat kiristyneet hetkellisesti. Se johtui siitä, että hän ei mieltänyt itsellään olevan toiminnallista häiriötä. Hän kuitenkin kertoi näin:

[–] mutta sitte, kun mä taas pääsin siihen sisälle, että mä saan tästä jutusta, ni sitte ei, mun mielestä se vaan hyödytti. En mä ymmärrä, et mitä siin ois voinu olla semmosta, mistä ois voinu olla haittaa.

Kuten aiemminkin on käynyt ilmi, kuntoutujat saivat ryhmäkuntoutuksesta työkaluja siihen, miten tulla toimeen oireiden kanssa ja miten vähentää oireiden vaikutusta omaan elämään. Kuntoutujat myös alkoivat jo ryhmän aikana tehdä sellaisia harjoituksia, joiden huomasivat auttavan itseä. Kun kuntoutuja huomasi, että harjoituksilla on vaikutuksia, se kannusti jatkamaan. Kuntoutujat kertoivat edistymisestään näin:

[–] enemmän semmone rauhallisuus, mikä on laskeutunut ehkä vähän enemmän silleen koko tän ajanjakson aikana. [–] jos sitte taaksepäin kattoo suurempaa kuvaa, sit huomaa sen pienen kehityksen kumminkin koko ajan, mun mielest koko tän ryhmän aikana jotenki se teki jonkun näkösen harppauksen.

Osmi

Ryhmäkuntoutus aukas mulle sitä, että tosiaan siihen [tietoisen läsnäolon harjoittamiseen] pitäisi tsemjata enemmän. [–] Kyl mä huomaan jo nyt, et kun on se tietoinen läsnäolo ja sitten on vaan itsensä kanssa, et ei oo mitään häiritseviä tekijöitä ympärillä, ni kyllä se rauhottaa mun oloa.

Aalto

Mä huomasin et se muutti tai se toi ihan uuden näkökulman niin kun tähän sairauteen – se, mitä siellä käytiin läpi. aikaisemmin jotenkin on kauheesti fokusoinu siihen fyysiseen, mutta ei ehkä näihin muihin ulottuvuuksiin mitä sitten siellä käytiin läpi. Että miten ne vaikuttaa ja se oli siinä mielessä tosi hyödyllinen ja sitten oli tietenkin hyvä että oli sitä ihan käytännön harjoittelua ja sitä kokemuksellista, et tosiaan niin kuin tuli paikan päälläkin harjoiteltua sitten niitä keinoja.

Paju

Keskustelimme kuntoutujien kanssa siitä, kuinka psykologisen joustavuuden osa-alueet on hyödyllistä nähdä taitoina ja siten osa-alueiden parissa työskentelemisen taitoharjoitteluna. Kuntoutujat eivät kuitenkaan välttämättä osanneet itse muotoilla, että heidän mainitsemansa, ryhmäkuntoutuksessa oppimansa asiat olisivat taitoja. Kuitenkin tutkijana tunnistin kaikkien ryhmäkuntoutukseen osallistuneiden kuntoutujien haastatteluista tällaisia psykologisen joustavuuden taitoja, joita olen listannut esimerkinomaisesti taulukkoon 4.

Taulukko 4 Esimerkkejä taidoista, joita kuntoutujat kokivat oppineensa ja voivansa hyödyntää arjessaan. Suluissa on psykologisen joustavuuden osa-alue(et), johon tai joihin taito ensisijaisesti voi liittyä (Kauravaara 2019, 14).

Taito	Kuntoutuja
Taito ottaa etäisyyttä oman mielen sisäisiin asioihin ja valita, kuinka niihin suhtautuu. (Havainnoiva minä; mielen kontrollin heikentäminen.)	Utu: ”Tossa vaan huomasi, että sillä perspektiivin valinnalla voi vaikuttaa asioihin.”
Taito lopettaa kamppailu sellaisia asioita vastaan, joissa kamppailu ei hyödytä. Kykyä tehdä sellaisia konkreettisia valintoja, jotka ovat linjassa omien arvojen kanssa. (Hyväksyntä; sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan.)	Utu: ”Et jos sul on tietty voimavara käytössä, et mihin me käytetään se.”
Taito havainnoida ja tarkastella itseä. Automaattihjauksen pois kytkemisen taito. (Havainnoiva minä; mielen kontrollin heikentäminen.)	Osmi: ”Oon viime aikoina alkanut tiedostaa omaa tilaa. Viime kerran jälkeen syttyi hehkulamppu, et jos on pakene tai taistele -tila päällä, ei esimerkiks hyvä ravitsemus auta. Se tila pitää saada eka pois.”

<p>Taito olla läsnä tässä hetkessä. Kykyä tehdä sellaisia konkreettisia valintoja, jotka ovat linjassa omien arvojen kanssa. (Tietoinen läsnäolo; sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan.)</p>	<p>Osmi: ”Et ennen se oli sitä et mä kävelin siel metsässä paljon, mut silti mul oli vaikee ehkä justiinsa istuu paikoillee. Nyt mä aloin enemmän tekemään sitä, et mä olin siinä ihan rauhallisena läsnä.”</p>
<p>Kykyä huomata ja selkiyttää, mikä edistää omaa hyvinvointia. Taitoa tehdä konkreettisia pieniä omaa hyvinvointia edistäviä tekoja. (Arvojen kirkastaminen; sitoutuminen arvojen mukaiseen toimintaan.)</p>	<p>Eeti: ”Pienten oikeitten asioitten suunnittelu ja toteutus, että just se, että ne voi olla tosi pieniä askeleita, mutta kun ne ovat siihen oikeeseen suuntaan, ni ne ovat tärkeitä.” ”Oivallus justiin, että kylhän mä saan tän toteutumaan, kunhan mä vaan otan ne askeleet sitä kohti ja, että semmonen just, että sen isomman tehtävän pilkkominen pienempiin osiin.”</p>
<p>Taitoa havainnoida ja tarkastella itseä. Kykyä tunnistaa sisäisten tapahtumien vaikutusta omaan toimintaan. Taitoa irrottautua sisäisten tapahtumien ohjausvallasta. (Havainnoiva minä.)</p>	<p>Eeti: ”--- että se on hyvä tarkkailla itseään, että onko mulla asioita, jotka ovat estämässä sitä fyysistä hyvinvointia.”</p>
<p>Taitoa elää tässä ja nyt murehtimatta menneitä tai huolehtimatta tulevasta. (Tietoinen läsnäolo nykyhetkessä.)</p>	<p>Aalto: ”Että ei eläis menneissä, et niitä harjoituksia, kun me tehti, et kattois, ei niinkään tulevaisuudessakaan, vaan tässä hetkessä eläminen.”</p>
<p>Kykyä huomata ja selkiyttää, mikä edistää omaa hyvinvointia. Taitoa tehdä konkreettisia pieniä omaa hyvinvointia edistäviä tekoja. (Arvojen kirkastaminen; sitoutuminen arvojen mukaiseen toimintaan.)</p>	<p>Aalto: ”Mä siellä ryhmäskin sanoin, et helposti mulle kerrotaan murheita. Et mä oon oppinu sitä vähän stoppaamaan että mä oon antanu semmosta omaa tilaa itelleni.”</p>
<p>Taitoa havainnoida ja tarkastella itseä ja oman mielen sisäisiä tapahtumia. Taitoa löytää tila, jossa voi huomata itsensä ajattelemassa ajatuksia, tuntemassa tunteita, kokemassa kokemuksia. Taitoa havainnoida nykyhetkeä. (Havainnoiva minä; Tietoinen läsnäolo nykyhetkessä.)</p>	<p>Paju: ”Kaikki muu tapahtuu tavallaan automaationa. Nyt mä huomaan, et mä oon saanut sen jotenkin sisäistettyä välillä sillain et hei, missäs mä oon ja sit mä vähän kattelen ympärilleni ja just hengitänks mä kunnolla? Ja missä mun keho on? Ja näin, sillain tavallaan muiden huomaamatta semmosia ihan pieniä hetkiä.”</p>
<p>Taitoa havainnoida ja tarkastella itseä. Kykyä huomata ja selkiyttää, mikä edistää omaa hyvinvointia. Taitoa tehdä konkreettisia pieniä omaa hyvinvointia edistäviä tekoja. (Havainnoiva minä; arvojen kirkastaminen; sitoutuminen arvojen mukaiseen toimintaan.)</p>	<p>Paju: ”Tulin tavallaan paljon tietoisemmaksi siitä, et miten hyvää esimerkiks metsäkävelyt tekee ja oon aika systemaattisestikin sitte iinku käynyt. Tavannut nyt korona-aikana ystäviä sillä lailla, että ystävien kanssa käynyt sitten kävelyllä ja yrittänyt aina saada sen sitten metsäkävelyksi. -- Et on tietoisempi niistä hyvinvointia edistävästä tekijöistä ja siitä että että ne on hyvä jotenkin rakentaa siihen arkeen.”</p>

Nämä kaikki taidot ovat esimerkkejä sellaisista taidoista, joista lienee hyötyä myös muuhun kuin suhteessa toiminnallisiin oireisiin. Kuntoutujat olivat kyllä oivaltaneetkin tämän. Utu esimerkiksi sanoitti asiaa niin, että jos hänelle tulee elämässään vastaan jotakin muita vastoinkäymisiä, kuten ahdistusta tai pelkoa johonkin asiaan liittyen, hänellä on nyt keinoja, joita hän voi hyödyntää ja jotka auttavat häntä.

Toisaalta moni kuntoutuja pohdiskeli, kuinka pystyy eri keinoja hyödyntämään tai kaikkia taitoja harjoittamaan käytännössä. Pyrimme tukemaan harjoittelun ja taitojen siirtymistä arkeen sillä, että ryhmässä tehtiin paljon erilaisia harjoituksia ja myös samantyyppisiä harjoituksia monta kertaa. Ainakin Paju oli oivaltanut nimenomaan toistojen kautta, miten voi omatoimisesti itse jatkaa harjoittelua.

Osmi kertoi haastattelussa, että hänellä oli aluksi ollut ennakkoluuloja

Et tuleeksi tää nyt mihinkään, et tää nyt on vaan tämmönen tietynlainen väliohjelma, mikä käydään ja sitte taas jatkuu. Et ääkäreiden kans, et mitä sitte taas eteenpäin tapahtuu ja noin päin pois. Mutta just tosiaanki mä sanoin, et sit se todellaki autto tajuumaan niit hermostollisia asioit paljo enemmän tai jotenki sisäistämään sen, koska se vaik mä oin jonkun verran niit itse yrittäny netistä esimerkiks lueskella ja jollain tavalla sisäistin ne kumminkin, et kyse on toden tosiaankin just siitä tilasta. Mut tää nyt sai silleen konkretisoituu mulle paremmin ja se koko homma kietoutuu tähän. Se oli silleen, et mun mielest se palveli mua hyvin.

Moni muukin kuntoutuja kertoi siitä, että sekä oma ymmärrys asioista että ymmärrys itsestä lisääntyivät. Oli tärkeää päästä ”miettimään asioita eri kanteilta kuin aikaisemmin”. Sai ”keinoja ajatella asioita”. Oli myös ”tarpeeksi sellaisia ärsykeitä, jotka haastoivat”. Aalto kutsui kehon ja mielen reaktioiden aikaisempaa parempaa ymmärtämistä käytännön viisaudeksi. Monelle hyödyllinen oivallus oli se, että omaan hyvinvointiin pystyy itse vaikuttamaan pienillä ja konkreettisilla keinoilla.

Utu arvioi oman tilanteensa lisäksi myös yleisesti ryhmäkuntoutuksen hyödyllisyyttä:

Mä aattelen, et kaikki, kenellä vaan on jotain pitkäaikaista sairautta, ni oikeesti hyötyis tämmösestä.

Lisäksi hän inspiroitui ryhmästä muista poikkeavalla tavalla:

Mä ite haaveilen, et kun mä tästä paranen, mä pääsisin auttaa sit muita ihmisiä. Ja senkin takia se oli tosi mielenkiintosta olla, nähdä tällanen kuus viikkoa pätkä, miten

paljon siin oikeesti voi saada aikaan. [– –] Ihanaa jos mä pääsisin pitää joskus iteki tällasii ryhmiä.

Paju perusteli haastattelussa omia vastauksiaan kyselylomakkeeseen näin:

mä aika harvoin käytän sitä vitosta eli se tarkoittaa sitä, että oon tosi tyytyväinen, et sit ehkä tavallaan se vaikuttavuus on ehkä sitten semmoinen. Sitä ei tietenkään pysty edes ihan heti arvioimaan, koska ei oo ehtiny sillai toteuttaa pidempää aikaa niitä keinoja, mut ehkä vähän jäin sit miettimään sitä, että kuinka pitkälle ne kantaa ja se on tietenkin tosi yksilöllistä, koska se riippuu varmaan kanssa aika paljon tilanteesta ja näin, mut noin niinku joka tapauksessa ne on kaikille hyödyllisiä, mutta sitten just se, että pystyykö pelkästään niiden avulla sitten paranemaan.

Kun pyysin häntä myöhemmin arvioimaan, oliko ryhmäkuntoutus hänelle riittävä, hän pohdiskeli samoja asioita kuin edellä. Hän perusteli, että ryhmäkuntoutus oli hänelle tärkeä, eikä ”missään nimessä haluaisi olla ilman sitä”. Hänen mielestään oli vaikea ottaa kantaa siihen, ”riittääkö ryhmäkuntoutus parantamaan vointia”, kun hänellä oli juuri haastatteluhetkellä voinnin suhteen huono kausi meneillään. Hän kuitenkin totesi, että ” ehdottomastihan mun edellytykset siihen (*voinnin parantumiseen*) on paljon paremmat nyt näillä eväillä kuin ilman.”

Kysymys ryhmäkuntoutuksen riittävydestä on hankala esimerkiksi siksi, että kuntoutujien tilanteet vaihtelivat suuresti: osa oli saanut jo ennen ryhmäkuntoutusta muuta kuntoutusta toiminnallisiin häiriöihin ja osalle ryhmäkuntoutus oli varsinaisesti ensimmäinen kuntoutustoimi. Utu oli ainoa, joka vastasi, että hänelle kuntoutus oli riittävä:

Mun mielestä mä sain siitä sen, mitä tartteekin.

On hyvä muistaa, että hänhän ei alun perinkään kokenut, että hänellä on toiminnallinen häiriö.

Aallon mielestä ryhmäkuntoutus ei ollut riittävä:

[– –] Ei se varmaan riitä. Et se ei mulle riitä. Et sitähan tää mun lääkäri just pohtikin, et ilmeisesti hän oli kollegoitten tai en tiedä kenen kanssa pohtinut, mut hän vaan sano, et on ryhmässä keskustelleet, että, tarvisinko mä enemmän sitä yksilö, kun se että ryhmä, mut se sano, et lähdetään tällä.

Hän kertoi, mitä hän sai ryhmästä:

[– –] siin tuli, että miten mä voin ajatusmaailmassa ja hyväksyä sen, mikä mulla on ja kestää sen ja ehkä sitten pärjätä sen kanssa elämässä, että se nyt oli ihan hyvä vinkki tai hyviä vinkkejä niissä. [– –] Mut se muuten tällä hetkellä, et niist osa oli sellaisia,

joita mä tiedostinkin ja seuraan paljon terveysasioita [– –] ja mä oon paljon tehnyt korjauksia elämässä. [– –] Ainakin mul on sellanen kuva, et [ryhmäkuntoutuksessa] enemmän sitä psyykettä ja sitä omaa ajatusmaailmaa ni sieltä sai hyviä ohjeita, mut emmä sit tiedä, miten mä sitä pystyn sitten käytännössä, jossa mul on kipuja, jatkuvasti kipuja ja uusia huolia, joita mä joudun selvittämään ei mul oo oikeestaan resursseja muuta kuin tehdä ja mennä eteenpäin että saadakseni edes mun oman terveyteni johonkin kuntoon.

Eeti ja Osmi eivät osanneet arvioida ryhmäkuntoutuksen riittävyttä. Osmi pohdiskeli, olisiko hänelle yksilökuntoutuksesta hyötyä:

[– –] ku mä oon aatellu, et pitäis päästä jonneki terapiaa, mut sit mä oon miettiny just sitä, et onkse niinku, jos siel terapias taas aletaan esimerkks jauhamaan niist silleen et käydään läpi aina uudestaan, mitä on tapahtunut ja tolleen noin, et onks se sitte hyvää asia. Mut en mä oikein osaa sanoa, ku emmä näist tiiä. Ku ei oo käynny ennen tätä prosessii läpi, mikä on riittävä ja mikä ei, siit mä en osaa sanoa oikeestaan.

Eetille oli kaiken kaikkiaan epäselvää, mitä kuntoutusmahdollisuuksia hänelle voisi olla tarjolla. Hän oli myös epätietoinen siitä, kuuluuko hänen itsensä pyytää ryhmäkuntoutuksen jälkeen tapaamista psykologin tai lääkärin kanssa. Hän oli havainnut, että hänen mielenkiintonsa oli herännyt:

[– –] Mä haluaisin kuulla enemmän. Mutta mä koen jotenkin, että mä en tarvii kuitenkaan sellasta henkilökohtaista terapiaa. Mulla on kuitenkin tiedonjanoa tätä asiaa kohtaan. [– –] Et jos ois vaikka tän toiminnallisten häiriöiden kuntoutuspoliklinikan vaikka joku kuukausittainen uutiskirje, tulis vaikka sähköpostiin, missä kerrotaan, jos vaikka alalla on tehty joku uus tutkimus ja siitä voitais muutamalla sanalla kertoa, et mitä se tutkimus on löytänyt. Ja sit just jos on tehty vaikka jotain potilastytyväisyystutkimustuloksia tai et kuinka moni kokee, että on saanut apua oireisiinsa, et jotain tommosia tuloksia, niistä olisin kiinnostunut. [– –] Et mä koen, että sillä, et mä meen nyt lääkäriin uudestaan käymään, ei ole merkitystä. Mulla on hyvä omalääkäri siellä terveyskeskuksessa, että kyllä on silleen siis tosi hyvä. Ja nyt mä tiedän, että kun mä sille tän sanon, et mä epäilen, että mul on sitä uniapneaa, ni hän kyl varmaan järjestää mulle sen tutkimuksen. Että mä koen silleen, että mul on hyvä hoito siellä.

Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan näkökulmasta onkin tärkeää, että kuntoutujilla olisi poliklinikan hoitojakson jälkeen kontakti perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa sellaiseen lääkäriin, joka voi tukea kuntoutumista hoitojakson jälkeen.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tiivistettynä voisi sanoa, että tämän tutkimuksen perusteella toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokivat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention omaa kuntoutumistaan tukevana. Monen kuntoutujan oli hankala arvioida omaa kuntoutumisen kokonaisedistymistään, koska tilanne vaihteli: välillä on hyviä kausia ja välillä huonoja. Kuitenkin jos vertaa kuntoutujien kokemuksia ryhmäkuntoutuksesta siihen, mitä heille kuntoutuminen tarkoittaa, voidaan yleisesti sanoa, että ryhmäkuntoutus hyödytti siihen osallistuvia kuntoutujia. Tutkittavien mielestä kuntoutuminen on pitkällä aikavälillä eteenpäin pääsemistä ja kohti terveyttä kulkemista. Se on sitä, että vointi on aikaisempaa parempi; oireita on ehkä vähemmän; elämänlaatu on aikaisempaa parempi; selviää konkreettisesti tilanteista, joissa oireita tulee ja pystyy elämään oireiden kanssa. Kuntoutuneena on rauhallinen tunne kehossa ja aikaisempaa energisempi olo, ei murehdi liikaa ja on tietoisempi omista hyvinvointia edistävästä tekijöistä. Jos kuntoutuminen on tätä, voi ajatella, että ryhmäkuntoutus on tukenut siihen osallistuvien kuntoutumista, mikä kävi ilmi havainnointi- ja haastatteluaineistosta. Joillekin ryhmäkuntoutus voi olla riittävä siihen, että selviää jatkossa oireidensa kanssa, pystyy vähentämään oireiden haittaavuutta omaan elämään ja osaa ja haluaa aktiivisesti rakentaa hyvää elämää. Joillekin kuntoutujille ryhmäkuntoutus on yksi kuntoutustoimi toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisen polulla. Keskeistä lienee se, että kuntoutujan omaa kokemusta kuunnellaan arvioitaessa yhdessä hänen kanssaan mahdollisten jatkotoimien tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta.

Kuntoutujien kokemukset ryhmäkuntoutuksen hyödyistä jäsenyivät kahdeksi kokonaisuudeksi: Ensinnäkin kuntoutujat kokivat saaneensa konkreettisia työkaluja oireiden kanssa toimeen tulemiseksi ja oireiden vaikutusten vähentämiseksi omaan elämään. Toiseksi tutkijana tunnistin heidän oppineen psykologisen joustavuuden taitoja, jotka hyödyttävät heitä sekä toiminnallisen häiriön suhteen että elämässä yleensä. Psykologisella joustavuudella voi siten sanoa olevan merkitystä toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisessa. Tutkimuksen tulokset kertovat myös siitä, että terveystieteiden tekijällä on paikkansa myös sairaudesta kuntoutumiseen tähtäävässä työssä.

5.1 Kuntoutumista tukevat ryhmätoiminnan elementit

Tässä tutkimuksessa on tunnistettavissa tutkittavien kokemusten perusteella ryhmäkuntoutuksen elementtejä, joiden on hyvä toteutua, jotta kuntoutujalla on edellytyksiä kokea saavansa hyötyä kuntoutuksesta. Olen edellisissä alaluvuissa kuvannut niitä merkityksiä, joita kuntoutujat ovat antaneet ryhmätoimintaan liittyville elementeille heidän oman kuntoutumisensa näkökulmasta.

Koska ryhmäkuntoutuksen ominaispiirre yksilökuntoutukseen verrattuna on se, että kuntoutuksessa hyödynnetään vertaisten tukea, on syytä pysähtyä hetkeksi tarkastelemaan, mitä aineisto kertoi vertaistuen merkityksellisyydestä kuntoutujille. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vertaistuella on merkitystä. Vertaistuen merkityksellisyys on samansuuntaisena noussut esille myös monissa muissakin kuntoutukseen liittyvissä sosiaalityön tutkimuksissa (esim. Holmberg 2020, 106; Rissanen 2015, 112–118; Romakkaniemi 2011, 170–176).

Yhdysvaltalainen psykiatri Irvin Yalom (2005; ks. myös Klemelä 2015) on löytänyt ryhmäkuntoutuksesta 11 parantavaa tekijää. Nämä tekijät ovat toivon herättäminen, universaalisuus, tiedon jakaminen, altruismi, mallioppiminen, ryhmäkoheesio sekä peruserhekokemuksen korjaaminen, ihmissuhdetaitojen oppiminen, sosiaalisten taitojen kehittyminen, katarsis ja eksistentiaalisen tekijät. Näistä etenkin kuusi ensimmäistä liittyvät nimenomaan siihen, että tämän intervention tyyppisessä ryhmässä on muita samassa tilanteessa olevia ihmisiä. Nämä kuusi tekijää olivat tunnistettavissa myös tutkimusaineistossani, mikä näkyy taulukossa 5.

Taulukko 5 Ryhmän ja vertaisten merkitys kuntoutujille esitettynä Yalomin (2005) ryhmän hoitavia tekijöitä hyödyntämällä.

Ryhmän terapeutin tekijä (Yalom 2005)	Näkyi aineistossa
Toivon herättäminen	Muutosten näkeminen muissa kannusti kuntoutujia ja tuki omaa kuntoutumismotivaatiota.
Universaalisuus	Kokemus siitä, ettei ole yksin oireittensa kanssa ja kokemus siitä, että saa sitä kautta ymmärrystä olivat merkityksellisiä monelle.

Tiedon jakaminen	Muita seuraamalla ja kuuntelemalla opittiin ja oivallettiin asioita sekä kiinnostuttiin, innostuttiin ja inspiroiduttiin asioista.
Altruismi	Aineistossa ei oikeastaan puhuttu siitä, kuinka ryhmässä voi itse auttaa muita. Se, että ryhmässä ollaan auttavaisia toisia kohtaan, on kuitenkin edellytys sille, että osallistujat voivat kokea saavansa muilta kannustusta, rohkaisua ja välittämistä.
Mallioppiminen	Toisten jakamien kokemusten ja ajatusten koettiin erityisen vahvasti tarjoavan samaistumispintaa itselle. Toisten esimerkit kannustivat.
Ryhmäkoheesio	Myönteinen ja kannustava sosiaalinen paine ja ryhmän energia lisäsivät ryhmän vetovoimaa, mikä puolestaan sitoutti osallistumaan joka tapaamiselle. Myös myönteisen, kannustavan ja miellyttävän ilmapiirin voi ajatella lisäävän ryhmän vetovoimaa.

Tämä tutkimus osoittaa, että vertaistuen lisäksi myös ryhmän sisällöllä ja ryhmän organisoitumisella koettiin olevan merkitystä omalle kuntoutumiselle. Kokosin analyysin pohjalta alla olevaan taulukkoon 6 kaikki sellaiset ryhmätoiminnan elementit, jotka aineiston perusteella näyttävät tukevan kuntoutujan kuntoutumista ja joita kannattaa sisällyttää toiminnallisten häiriöiden ryhmäkuntoutukseen.

Taulukko 6 Kuntoutumista tukevat ryhmätoiminnan elementit toiminnallisten häiriöiden ryhmäkuntoutuksessa.

Ryhmätoiminnan elementit	Elementteihin liittyvät asiat	Perustelut
<i>Ryhmä ja vertaiset</i>		
	Vertaisten olemassaolo	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjoaa kokemuksen, että muut ymmärtävät omaa tilannetta. - Tarjoaa kokemuksen, ettei olekaan yksin. - Tarjoaa mahdollisuuden samaistua toisten kokemuksiin. - Tarjoaa mahdollisuuden oppia toisilta, inspiroitua toisista ja saada toisilta kannustusta ja rohkaisua. - Antaa tukea motivaatioon. - Antaa toivoa.

	Moninaisuus ryhmässä	<ul style="list-style-type: none"> - Mahdollistaa näkökulmien moninaisuuden. - Mahdollistaa kuntoutumisen oirekeskeisyyteen keskittymisen sijaan.
	Luottamuksellinen, lämmin ja kannustava ilmapiiri	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjoaa välittämisen kokemuksia. - Mahdollistaa, sen, että osallistujat heittäytyvät vuorovaikutukseen, uskaltavat jakaa kokemuksiaan ja olla aitoja omia persooniaan.
	Ryhmän ulkopuoliset fasiloinnit (tila vapaalle keskustelulle; WhatsApp-ryhmä)	<ul style="list-style-type: none"> - Lisää tuen saamisen mahdollisuuksia. - Tarjoaa jatkuvuutta kuntoutumisen tuelle.
<i>Ryhmän sisältö</i>		
	Psykoedukaatio eli tervehdyttävä tieto (ml. keinot, joiden avulla voi hyödyttää omaa hyvinvointia)	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjoaa uusia näkökulmia ja ajattelemisen aihetta. - Antaa toivoa. - Mahdollistaa ryhmän valjastamisen toipumiseen ja kuntoutumiseen. - Haastaa sopivasti, mikä ylläpitää mielenkiintoa ja uteliaisuutta.
	Paljon erilaisia konkreettisia psykologisen joustavuuden lisäämiseen tähtäviä työkaluja	<ul style="list-style-type: none"> - Antaa erilaisille ihmisille mahdollisuuden löytää itsellään toimivia keinoja. - Lisää ymmärrystä ja antaa kokemuksen siitä, että itse voi vaikuttaa. - Mahdollistaa kehittymisen ja antaa eväitä toteuttaa harjoituksia myös itsenäisesti. - Mahdollistaa käytännön viisauden kerääntymisen.
	Kokemukselliset harjoitukset	<ul style="list-style-type: none"> - Mahdollistaa oppimista, koska kaikkiin asioihin ei päästä kielellisesti käsiksi. - Auttaa tulemaan tietoiseksi.
	Harjoitusten reflektointi	<ul style="list-style-type: none"> - Mahdollistaa toisilta oppimisen. - Lisää itseymmärrystä. - Varmistaa, että osallistujat ovat ymmärtäneet asian.
	Joustavuus sisällössä ja suunnitelmien muuttamisen mahdollisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Tukee oppimista. - Ilmentää psykologista joustavuutta ja tukee siten ryhmäkuntoutuksen sanomaa.
	Yhteenvedo lopuksi	<ul style="list-style-type: none"> - Auttaa hahmottamaan, mitä on tehty ja miten ne liittyvät toisiinsa.

	Rauhallinen eteneminen	<ul style="list-style-type: none"> - Auttaa asioiden omaksumisessa ja ymmärtämisessä. - Tukee keskushermoston rauhoittumista.
	Asioiden esittäminen ja ilmaiseminen ymmärrettävästi selkokielellä ja konkretisoiden	<ul style="list-style-type: none"> - Helpottaa asioiden ymmärtämistä etenkin, kun toiminnalliset oireet voivat olla myös kognitiivisia.
	Kotitehtävät	<ul style="list-style-type: none"> - Mahdollistaa taitojen oppimisen ja niiden hyödyntämisen arjessa.
<i>Ryhmän organisoituminen</i>		
	Kaksi ohjaajaa	<ul style="list-style-type: none"> - Herättää luottamusta, kun viesti on samansuuntainen kahdella ammattilaisella. - Mahdollistaa näkökulmien monipuolisuutta.
	Pieni ryhmäkokoo, n. 5–8	<ul style="list-style-type: none"> - Antaa kaikille tilaa olla ryhmässä. - Mahdollistaa osallistujien huomioimisen myös yksilöinä. - Tarjoaa kaikille mahdollisuuden olla tarpeeksi äänessä.
	Yhden tapaamiskerran pituus 1,5 tuntia	<ul style="list-style-type: none"> - Auttaa kuntoutujaa jaksamaan osallistua aktiivisesti.

Aineiston pohjalta kannattaa mielestäni nostaa esille, että edellytys ryhmäkuntoutuksen toimivuudelle ja siten siitä koettujen hyötyjen saamiselle on se, että luottamus rakentuu ja pysyy kaikilla tavoilla. Aineiston mukaan kuntoutujalla tulee olla luottamusta ammattilaisiin, jotta hän kokee olevansa turvallisessa ja osaavassa ohjauksessa. Luottamusta tulee olla myös muihin ryhmäläisiin, mitä voidaan vahvistaa esimerkiksi keskustelemalla säännöistä, joiden mukaan toimitaan. Lisäksi jotta luottamus voi rakentua, pitää ryhmäkuntoutuksen elementtien edistää kuntoutujan kokemusta siitä, että kuntoutus on häntä varten, kuntoutuja huomioidaan yksilönä ja kuntoutuksessa arvostetaan kuntoutujaa itsensä parhaana asiantuntijana.

Mielestäni Eeti kiteyttää olennaisen sitaatissaan:

Ei tullu semmonen olo, et nyt mun ois pakko saada joku psykologinen temppu aikaiseksi, et pystyisin sitten tervehtymään, et ei tullu ollenkaan semmonen olo. Että koin, että se sisältö oli semmosta niinkun että et siinä arvostettiin, tavallaan kunnioitettiin sitä oireilevan kokon... tai niinkun kokemusta, ettei yritetty sitä vähätellä. Koska sillä olisi aika nopeasti saanu sen kyllä keikahtamaan silleen, että

sen ois kokenut silleen syyllistävänä. Nyt ei tullut sellasta ollenkaan, koin että neutraalilta pohjalta tuotiin niitä ideoita esiin, että täs on tämmönen ja täs on tämmönen, että voit kokeilla tätä tai tätä.

Keskeistä olisikin ryhmäkuntoutuksessa saada kaikki elementit tukemaan sitä, että kuntoutujalle syntyy kokemus arvostetuksi tulemisesta.

5.2 Psykologisen joustavuuden merkitys toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisessa

Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa voidaan ajatella hoidon kohteena olevan keskushermosto. Kuntoutuksessa pyritään silloin vaikuttamaan erityisesti kognitioon ja käyttäytymiseen sekä keskushermostoon ohjelmoituihin motorisiin, kognitiivisiin ja emotionaalisiin malleihin. (Fink ym. 2015b, 97–98; Sainio ym. 2021.) Psykologisen joustavuuden osa-alueisiin liittyvä taitoharjoittelu onkin ollut tämän tutkimusintervention keskiössä. Parhaimmillaan ryhmäkuntoutuksen hyöty on siinä, että opitut asiat ilmenevät uusina taitoina, joita voi harjoittaa arjessa ja jotka edistävät toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumista ja omaa hyvinvointia erityisesti pitkällä tähtäimellä. Aiemmin edellisessä pääluvussa listasin esimerkinomaisesti taulukkoon (taulukko 4) ryhmäkuntoutukseen osallistuneiden kuntoutujien haastatteluista tällaisia psykologisen joustavuuden taitoja, joita kuntoutujat kokivat oppineensa ja voivansa hyödyntää arjessaan. Jatkoisin asian työstämistä edelleen ja käänsin asetelman toisin päin: kokosin alla olevaan taulukkoon esimerkinomaisesti, kuinka näen eri taitojen voivan hyödyttää kuntoutumista nimenomaan toiminnallisesta häiriöstä.

Taulukko 7 Psykologisen joustavuuden taitoharjoittelun merkitys toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisen näkökulmasta (Ks. myös luku 2.2; Kauravaara 2019, 14).

Psykologisen joustavuuden prosessi	Merkitys toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumisen näkökulmasta
Hyväksyntä	<p>Muuttaa suhtautumista toiminnallisiin oireisiin, mutta myös niihin liittyviin ajatuksiin ja tunteisiin.</p> <p>Auttaa suuntaamaan voimavarat toipumiseen, elämänlaadun parantamiseen ja itselle merkityksellisen elämän edistämiseen sen sijaan, että voimavarat menevät oireita vastaan tai niiden kanssa kamppailemiseen.</p> <p>Tuo valoa elämään ja helpottaa usein tilannetta konkreettisesti.</p>

<p>Mielen kontrollin heikentäminen</p>	<p>Auttaa tunnistamaan, kuinka toiminnalliset oireet vaikuttavat omaan käyttäytymiseen, mikä mahdollistaa käyttäytymisen muuttamisen.</p> <p>Auttaa tunnistamaan itselle hyödyllisten tekojen tekemisen esteitä ja työskentelemään näiden esteiden kanssa.</p> <p>Auttaa toimimaan toisin kuin mihin automaattiohjaus usein kannustaa.</p> <p>Auttaa tunnistamaan, mitkä kehon viestit ovat oman hyvinvoinnin kannalta hyödyllisiä ja sellaisia, joiden mukaan kannattaa toimia ja mitkä taas eivät.</p> <p>Tukee oppimista omasta kokemuksesta ja auttaa luottamaan omaan kokemukseen.</p> <p>Muuttaa omaa suhdetta toiminnallisiin oireisiin.</p> <p>Auttaa käsittelemään erilaisia tunteita, ajatuksia ja kehon tuntemuksia ja tulemaan niiden kanssa toimeen.</p> <p>Vähentää oireiden uhkamerkityksiä ja oireiden vaikutusta omaan elämään.</p>
<p>Tietoinen läsnäolo nykyhetkessä (suom. myös esim. tässä hetkessä eläminen; tietoinen läsnäolo tässä hetkessä)</p>	<p>Auttaa tunnistamaan itsellään olevia (haitallisia) ajatuksia ja käsityksiä toiminnallisesta häiriöstä ja motivoi toimimaan itseään hyödyttävällä tavalla.</p> <p>Auttaa kuuntelemaan ja kuulemaan omaa kehoa ja sen viestejä.</p> <p>Auttaa siirtämään ajattelun fokusta tähän hetkeen pois esimerkiksi mahdollisista toiminnallisen häiriön syistä, vakavien sairauksien murehtimisesta, taloudellisista huolista tai muista toiminnallisia oireita ylläpitävistä kuormitustekijöistä.</p> <p>Auttaa suuntaamaan huomion ja tarkkaavuuden kaikenlaisiin tunteisiin, ajatuksiin tai kehon tuntemuksiin; myös muihin kehon tuntemuksiin kuin toiminnallisiin oireisiin tai muihinkin tunteisiin kuin negatiiviseksi mieltämiin tunteisiin, kuten pelko ja ahdistus, jotka usein liittyvät toiminnallisiin oireisiin.</p> <p>Auttaa suuntaamaan huomiota myös oman itsensä ulkopuolelle; myös pois esimerkiksi oireen odotuksesta.</p> <p>Auttaa tunnistamaan oman virittyneisyyden tilan ja vaikuttamaan siihen.</p> <p>Rauhoittaa kehoa ja mieltä ja aktivoi parasympaattista hermostoa.</p>

<p>Havainnoiva minä (suom. myös esim. minä kontekstina; tarkkaileva minä; tarkkailijaminä; minä paikkana ja tilana, itsehavainnointi)</p>	<p>Tunnistaa itsellä olevia sellaisia käsityksiä, jotka eivät edistä omaa hyvinvointia tai toiminnallisesta häiriöstä toipumista.</p> <p>Tukee kuntoutumismotivaatiota, kun näkee itsensä muuna kuin ”potilaana”, ”sairaana” tai ”uhrina”.</p> <p>Saa uutta perspektiiviä ja etäisyyttä omiin ajatuksiin, tunteisiin, kehon tuntemuksiin ja oireisiin, mikä mahdollistaa uudenlaisen suhtautumisen niihin.</p> <p>Mahdollistaa oman toiminnan ja käyttäytymisen muuttamisen.</p>
<p>Arvojen kirkastaminen (suom. myös esim. arvot)</p>	<p>Tuo omaan tilanteeseen valoa ja luo toivoa tulevaisuuteen. Auttaa näkemään ne asiat, joihin itse voi vaikuttaa. Tukee kuntoutumismotivaatiota sitä kautta, että kuntoutumiselle voi löytyä uusi merkitys.</p> <p>Auttaa tunnistamaan erilaisia kuormittavia tekijöitä, jotka pitävät yllä toiminnallisia oireita. Toisaalta auttaa tunnistamaan myös niitä tekijöitä, jotka edistävät omaa hyvinvointia.</p>
<p>Sitoutuminen omien arvojen*) mukaiseen toimintaan</p> <p>*) hyvinvoinnin, hyvän elämän, merkityksellisen elämän</p>	<p>Purkaa välttämiskäyttäytymistä ja sitä kautta oireiden vahvistumisen kehää, koska kannustaa toimimaan tavoilla, joiden avulla aivojen tulkinta ärsykkeiden ja altisteiden merkityksestä muuttuu.</p> <p>Lopettaa oman elämän kaventumisen ja lisää elämänlaatua sekä elämän merkityksellisyyttä. Se taas puolestaan vähentää oireiden vaikutusta omaan elämään.</p> <p>Itselleen mielihyvää tuottavien tekojen tekeminen rauhoittaa kehoa ja mieltä.</p> <p>Vahvistaa pystyvyyden tunnetta, kun huomaa, että omaan elämäänsä ja oireisiin pystyy vaikuttamaan.</p>

On hyvä huomata, että esimerkiksi itsensä altistaminen ärsykeille, joihin keho reagoi, ei suoraan kuulu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Kuitenkin kuntoutujan ymmärryksen kasvaessa psykoedukaation myötä esimerkiksi toiminnallisesta häiriöstä ja sen kuntouttamisesta voi altistamisesta tullakin kuntoutujalle merkityksellinen teko. Siten altistaminen voi olla arvotyöskentelyä: se lisää omaa hyvinvointia ja sitä kautta edistää omia arvoja ja itselle merkityksellistä elämää. Samalla tavalla muut toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumista tukevat toimintamallit voi nähdä sitoutumisena omien arvojen mukaiseen elämään.

Vaikka hyväksymis- ja omistautumisterapian työkaluja voi hyödyntää erityisesti toiminnallisen häiriön hoidossa, on opituista taidoista hyötyä myös elämässä yleensä. Niiden tottumusten, jotka pitävät yllä toiminnallisia oireita, muuttaminen todennäköisesti vaikuttaa myönteisesti myös kuntoutujan muuhun elämään.

5.3 Terveyssoaalityöntekijä kuntouttavassa työssä

Olen ehdottanut, että terveyssoaalityöntekijät voisivat hyödyntää aikaisempaa useammin asiakkaan kanssa työskennellessään hyväksymis- ja omistautumisterapian työkaluja (Kauravaara 2019; ks. myös Boone 2015), vaikka tällä hetkellä työkaluja käytetään vielä niukasti (Ahonen 2020, 38–49). Työkaluja kannattaa mielestäni hyödyntää sekä niin kutsutussa perinteisessä (terveys)soaalityössä että sairaudesta tervehtymiseen tähtäävässä kuntouttavassa työssä, jota soaalityöntekijä voi tehdä terveydenhuollon kontekstissa.

Kuntoutuksen käsite jakautuu ammatilliseen, lääkinnälliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen (WHO 1969). Soaalityöntekijät ovat sosiaalisen kuntoutuksen asiantuntijoita (Salminen 2016a, 383). Sosiaalisen kuntoutuksen¹⁷ ja kuntouttavan soaalityön voi nähdä olevan lähikäsitteitä, jolloin Kokon ja Veistilän (2016) mukaan sosiaalinen kuntoutus ymmärretään psykososiaalisena työmuotona ja kuntouttavalla soaalityöllä viitataan työllistymiseen tähtääviin aktivointitoimiin. Tässä ajattelen näiden käsitteiden tarkoittavan jotakuinkin samaa, jolloin ne viittaavat kahdenlaiseen erilaiseen orientaatioon. Ensinnäkin kuntouttava soaalityö voidaan ymmärtää kunnallisessa soaalityössä toteutuvaksi kuntouttavaksi työotteeksi tai -orientaatioksi, jolloin pyritään parantamaan asiakkaan sosiaalista toimintakykyä, vaikuttamaan asiakkaan selviytymisen esteisiin ja haetaan aktiivisesti uudenlaisia tapoja toimia (Liukko 2006, 108–111; Matikainen 2006; Saikkonen ym. 2015). Sosiaalisen kuntoutuksen keinot ovat usein tavanomaisia sosiaalipalveluita tai

¹⁷ Sosiaalihuoltolaki (30.12.2014/1301, 2 §) sovelletaan kunnalliseen sosiaalihuoltoon, ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa on sovellettava niitä sosiaali- ja terveydenhuollon säännöksiä, jotka asiakkaan edun mukaisesti parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon. Sosiaalihuoltolaissa (17 §) puhutaan sosiaalisesta kuntoutuksesta, ja sillä tarkoitetaan soaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Lain mukaan sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu 1) sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, 2) kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen; 3) valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan; 4) ryhmätoiminta ja tuki sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin; 5) muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet. Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalisen kuntoutuksen tarpeen kriteerinä ei ole lääketieteellisesti todettu sairaus tai vamma, ja laissa sosiaalisella kuntoutuksella viitattaneen juuri kunnalliseen soaalityöhön. Lue lisää kuntouttavasta soaalityöstä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta esim. Kananaja 2012; Karjalainen & Rajavaara 2012; Koikkalainen & Sjöblom 2014; Kokko & Veistilä 2016; Lindh ym. 2018; Romakkaniemi ym. 2018, 17–23; Salminen & Rintanen 2014, 79–83.

muita palveluita, joita ei useinkaan mielletä varsinaiseksi kuntoutukseksi, vaikka niillä olisikin merkittäviä vaikutuksia ihmisen kuntoutumiseen (Kananoja 2012, 36). Kuitenkaan kaikkea kunnassa aikuisten asiakkaiden kanssa tehtävää sosiaalityötä ei tule pitää kuntouttavana sosiaalityönä (Liukko 2006, 113). Käytännössä kuntouttavan sosiaalityön orientaatiota on hyödynnetty ja hyödynnetään esimerkiksi kuntouttavassa työtoiminnassa ja työllisyyden edistämässä (esim. Karjalainen 2011; Tuusa 2005), päihdekuntoutuksessa (esim. Tapola-Tuohikumpu 2014) ja gerontologisessa kuntoutuksessa (esim. Rossi 2013; Rossi & Valokivi 2018), jotka saattavat tulla hyvin lähelle terveydenhuollon toimialaa.

Toiseksi kuntouttavaa sosiaalityötä tehdään terveydenhuollon kontekstissa kuntoutuksen palvelujärjestelmän yksiköissä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja kuntoutuslaitoksissa, joissa kuntoutetaan vammaa tai sairautta (Palomäki 2018b). Terveydenhuollon kontekstissa sosiaalityötä kutsutaan joskus myös kuntoutuksen sosiaalityöksi (Liukko 2006, 108) tai yleisesti terveystosiaalityöksi. Terveydenhuollossa kuntouttavaa sosiaalityötä tekevän sosiaalityöntekijän rooleja ovat kuntoutujan näkökulmasta katsottuna Palomäen (2018b, 279) mukaan 1) asianajaja, joissa toimijuus kiteytyy sosiaaliturvan opastajana ja verkostotoimijana toimimiseen; 2) kuntoutuksen palveluohjaaja, jossa korostuvat toimet ammatillisen kuntoutuksen suunnittelijana ja prosessiohjaaja sekä 3) psykososiaalisen tuen antaja, jolloin sosiaalityöntekijä on rinnalla kulkija ja tukihenkilö.

On myös argumentoitu, että sosiaalityö on kuntoutuksen tärkeä yhteistyökumppani ja kuntoutus on sosiaalityön merkittävä tehtäväalue (Kokko & Veistilä 2016, 220). Järvikosken mukaan sosiaalisen kuntoutuksen rajaa lääkinnälliseen ja fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn parantamiseen tähtäävään kuntoutukseen voidaan pitää selvänä: sosiaalinen kuntoutus täydentää lääkinnällistä tai toimintakyvykkuntoutusta niissä tilanteissa, joissa toimintakyvyn paraneminen ei sellaisenaan riitä sosiaalisen integraation saavuttamiseen (Järvikoski 2013, 47). Terveydenhuollossa tapahtuvalla kuntouttavalla sosiaalityöllä ei siten varsinaisesti tarkoitettane sosiaalityöntekijän tekemää sairaudesta tervehtymiseen tähtäävää kuntouttavaa työtä. Terveystosiaalityöntekijän tekemää sairaudesta tervehtymiseen tähtäävää kuntouttavaa työtä on kutsuttu myös terapeutiksi työkseksi¹⁸ (esim. Arajärvi ym. 2020; Arajärvi ym. 2021). Rajapinta sosiaalityöntekijän psykososiaalisen työn ja terapeutin työn välillä lienee kuitenkin häilyvä.

¹⁸ Ks. Hujasen (2018) pro gradu -tutkielma, joka on kuvaileva kirjallisuuskatsaus terapia-käsitteen esiintymisestä suomalaisessa sosiaalityön tutkimuskirjallisuudessa 2000-luvulla.

Johdannossa kirjoitin, että yksi terveystieteiden työntekijän työtehtävistä on tukea asiakasta hänen elämäntilanteessaan (esim. Holma 2001, 17–18; Juhila 2008, 31–34; Kananoja 2017, 351–352.), mikä on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin laaja-alaista tukemista terapeuttisin, kuntouttavain ja vuorovaikutuksellisin keinoin. Tämä psykososiaalisiksiin kutsuttu työskentely voi olla yksilötyöskentelyä tai ryhmässä tapahtuvaa työskentelyä, jossa käsitellään sairautta tai vammautumista, tuetaan kuntoutujan kuntoutumismotivaatiota ja parantumishalua, autetaan kuntoutujaa käsittelemään omia tunteitaan sekä muutoinkin vahvistetaan kuntoutujan elämänhallintaa (Kananoja 2017, 351–352; Savolainen 2017, 6–11). Suomessa sosiaalityön perusorientaatio on ollut perinteisesti yhteiskuntatieteellisesti painottunutta, jolloin sosiaalityön psykologinen ja psykososiaalinen ulottuvuus ovat jääneet vähemmälle painoarvolle (Kananoja ym. 2017; Lähteinen ym. 2017; Mäntysaari ym. 2009). Suomalaisen tutkimuksen mukaan terveystieteiden työntekijät itse näkevät psykososiaalisen tuen antamisen olevan merkittävä osa terveystieteiden työntekijän työtä. Kiinnostavaa kuitenkin on, että suuri osa tutkimukseen osallistuneista terveystieteiden työntekijöistä koki, että he käyttivät omaa asiantuntijuuttaan vähiten juuri psykososiaalisen tuen alueella. Moni haluaisi panostaa enemmän psykososiaaliseen keskusteluun asiakkaan kanssa. (Korpela 2014.)

Miellän, että silloin, kun terveystieteiden työntekijä tekee terveydenhuollon kontekstissa psykososiaalista työtä, jossa pyritään auttamaan kuntoutujaa tervehtymään sairaudestaan, esimerkiksi toiminnallisesta häiriöstä, työtä voi kutsua toimintakyvyn parantumiseen ja sairaudesta tervehtymiseen tähtääväksi kuntouttavaksi työksi. Siten tämä työ poikkeaa tavoitteiltaan hiukan aikaisemmin esille nostamastani kuntouttavasta sosiaalityöstä. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa mielenterveydenhuollon kontekstissa tehtävän kliinisen sosiaalityön perinteessä tällainen terapeuttiseksi kutsuttu työote on keskeistä. Yhdysvaltalainen kliininen sosiaalityö sijoittuu monen eri ammattikulttuurin välimaastoon saaden vaikutteita sosiaalityöstä (sosiaalityön käsite ja lähtökohdat), psykoterapiasta ja psykologiasta sekä lääketieteestä. Se, missä menee esimerkiksi sosiaalityön ja psykoterapiatyön raja, on nyansoitu ja kontekstuaalinen ja tulee siten määrittäneeksi kussakin ajassa, paikassa ja kulttuurissa. (Tapola-Haapala 2017.) Olen ilmaissut (Kauravaara 2019, 22), ettei terapeuttisen sosiaalityön ja niin kutsutun perinteisen suomalaisen yhteiskuntatieteellisesti painottuneen sosiaalityön tarvitsisi olla niin kaukana toisistaan kuin joskus ajatellaan (ks. esim. Tapola-Haapala 2017, 85–86). Samaan on päätyttyä myös Leinonen (2020, 242) väitöskirjatutkimuksensa pohjalta. Hänen mukaansa psykiatrisen erikoissairaanhoidon

sosiaalityöntekijät voivat toimia myös terapeutteina, mutta edellytyksenä on, että he säilyttävät työskentelyssään aina myös sosiaalisen näkökulman.

Terveydenhuollon organisaatiossa työskentelyn lähtökohta on aina hoidollinen (ks. esim. Leinonen 2020, 240–244), mikä luo myös sosiaalityöntekijän tekemälle kuntouttavalle työlle otolliset olosuhteet. Luullakseni eniten sosiaalityöntekijän toimimisesta sairauksia kuntouttavassa työssä¹⁹ perinteitä on juuri psykiatrisessa terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tosin joskus psykiatrisessa sairaanhoidossa sosiaalityöntekijän tehtäväksi mielletään hoidon esteiden poistaminen, mikä mahdollistaa muiden ammattilaisten tekemään hoitotyötä huolimatta siitä, että sosiaalityöntekijä voi käyttää työskentelyssään terapeuttista otetta (Frankenhaeuser 2014). Leinosen (2020) väitöskirja tarkastelee sosiaalityön terapeuttista orientaatiota psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja siten myös sosiaalisen ja terapeuttisen/psykologisen rajapintoja. Hänen mukaansa äärimuodoissaan psykiatrinen sosiaalityö voi määrittyä terapiaan perustuvaksi hoitotyöksi tai asiakkaan psyykkisen voinnin kysymykset sivuuttavaksi, sosiaaliturvaohjaukseen kiinnittyväksi tukityöksi. Hujanen (2018) viittaa ammattien välisiin rajapintoihin. Hänen aineistossaan terapia-käsite esiintyy pääsääntöisesti sosiaalityön ammatillisen toiminnan kuvaamisen yhteydessä silloin, kun ollaan lähellä toista ammattia, kuten esimerkiksi psykologin ammattia. Olen samaa mieltä hänen (Hujanen 2008, 78) kanssaan siitä, että sosiaalityöntekijän tekemä sairaudesta tervehtymiseen tähtäävä kuntouttava työ, kutsutaan sitä terapeuttiseksi työksi tai ei, tulee erottaa kirkkaasti juridisesti suojatusta psykoterapiasta. Itse asiassa ajattelen, että selvyuden vuoksi olisi hyödyllistä jopa olla puhumatta sosiaalityöntekijän tekemästä terapeuttisesta työstä, ellei hän ole kouluttautunut myös psykoterapeutiksi²⁰.

Sosiaalityöntekijöiden tekemästä kuntouttavasta työstä somaattisissa terveydenhuollon yksiköissä on vielä vähemmän tutkimuksia kuin psykiatrisissa yksiköissä. Tämä tutkimukseni kuitenkin osoittaa, että terveysosiaalityöntekijä voi toimia myös kuntouttavassa työssä, jolla tähdätään sairaudesta, kuten toiminnallisesta häiriöstä kuntoutumiseen. Kaksi tämän tutkimuksen kuntoutujaa koki merkitystä olevan sillä, että ryhmäkuntoutuksen toisena ammattilaisena on nimenomaan sosiaalityöntekijä. Toisaalta kolme kuntoutujaa koki, ettei

¹⁹ Sosiaalityöntekijän tekemästä kuntouttavasta tai hoidollisesta työstä on kirjoitettu niukasti. Ks. kuitenkin esim. Arajärvi ym. 2020; Arajärvi ym. 2021; Leinonen 2020.

²⁰ Leinosen (2020, 164–168) tutkimuksen mukaan 31 %:lla hänen tutkimukseensa vastanneista psykiatrisissa yksiköissä työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä oli yksi tai useampi laillistetun psykoterapeutin pätevyys. Lisäksi 47,9 %:a vastaajista oli suorittanut vähintään yhden koulutuksen, joka antoi valmiuksia yksilökohtaiseen mielenterveystyöhön, muttei kuitenkaan tuottanut varsinaista psykoterapeuttipätevyyttä.

sillä ollut erityistä merkitystä. Lopulta on kuitenkin vaikea mielestäni erotella, mikä kaikki ammattilaisessa on täsmällisesti tietyn ammattitaustan, kuten esimerkiksi sosiaalityön, tuomaa asiantuntemusta ja osaamista ja mikä muuta. Omalla kohdallani siihen, että olen voinut tehdä HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla toiminnallisesta häiriöstä kuntouttavaa työtä, lienee vaikuttanut eniten se, että olin perehtynyt hyväksymis- ja omistautumisterapiaan ja sen työkaluihin ja olin yksityisvastaanotollani tarjonnut siihen perustuvaa yksilö- ja ryhmävalmennusta sekä kouluttanut ammattilaisia. Ryhmäkuntoutuksen vetäjäksi minua kutsui yli kolmenkymmenen vuoden kokemus erilaisten ryhmien ohjaamisesta. Lisäksi olen itse aktiivisesti vaikuttanut siihen, että työnkuvani sosiaalityöntekijänä on muotoutunut sellaiseksi, jossa voin hyödyntää vahvasti myös aikaisempaa osaamistani ja kokemustani. Siten koen, että ammatillisen taustalla on varmasti merkitystä, mutta merkitystä on myös ammattilaisen motivaatiolla ja muulla tieto- taidolla sekä myös yksikön toimintakulttuurilla ja toimintatavoilla (ks. myös Arajärvi ym. 2021). Sosiaalityöntekijän on relevanttia käyttää psykoterapeuttisia menetelmiä, mutta silloin sosiaalityöntekijällä tulee olla terapeuttista ammattitaitoa, koulutusta ja sen tuottamaa pätevyyttä (Niemi 2012, 28). Toki myös ammatillisen taustan tulee sopia tässä tapauksessa erikoissairaanhoidon yksikköön, mihin terveystieteellinen sosiaalityö sopii luontevasti.

Toiminnallisten häiriöiden ryhmäkuntoutus perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan, ja sen tavoitteena on auttaa kuntoutukseen osallistuvaa voimaan aikaisempaa paremmin, lisäämään hänen toimintakykyään ja elämänlaatuaan ja erityisesti auttaa häntä toipumaan toiminnallisesta häiriöstä. Terapeuttisorientoitunut lähestymistapa on usein yksilöperusteinen, jossa ongelmat herkästi yksilöllistetään (Tapola-Haapala 2017, 87–89). Brunila (2021a) kumppaneineen on julkaissut äskettäin kirjan terapeuttiseen valtaan liittyen. Kirjan mukaan itsenäisiä valintoja tekevää yksilöä houkuttelee muokkaamaan suhdetta itseensä ja ympäristöönsä terapeuttisin keinoin, jolloin terapeuttinen valta on ”yhteiskunnallista vallankäyttöä, jossa yhdistyvät psykologiatieteellisestä asiantuntijuudesta sekä terapiamuodoista kumpuavat sanastot, arvot ja toimintatavat” (Brunila ym. 2021b, 13–14). Kärjitetysti ilmaistuna heidän mukaansa yhteiskunnalliset, rakenteelliset ja sosiaaliset ongelmat siirtyvät yksilön harteille ja hänen ratkaistavakseen, mutta ne eivät ratkea, vaikka kaikki ihmiset menisivät terapiaan. Kun terveystieteellisyöntekijät tekevät sairaudesta toipumiseen tähtäävää kuntouttavaa työtä, sosiaalityön perustan eli sosiaalisen näkökulman onkin oltava mukana työskentelyssä (Leinonen 2020, 240–242).

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kutsutaan kontekstuaaliseksi käyttäytymistieteeksi, jossa inhimillisten ongelmien katsotaan olevan sidoksissa ympäristöön, jossa ne ilmenevät. Tällöin esimerkiksi kipua tarkastellaan ihmisen ja häntä ympäröivän kontekstin suhteena eli prosessina, joka on yhteydessä ihmisen yksilölliseen oppimishistoriaan, elinympäristöön ja elämäntapahtumiin. (Lue lisää Hayes 2004a.) Olen myös aiemmin toisessa yhteydessä (Kauravaara 2013) argumentoinut, että ihmisen elämänkulku ja arjen toiminta rakentuvat yksilöllisen toimijuuden ja sosiaalisten rakenteiden vuorovaikutuksessa: rakenteet raamittavat ihmisen elämisen ehtoja, mihin ihminen vastaa omilla valinnoillaan ja tekemisillään tai tekemättä jättämisillään samalla rakenteita uusintaen. Siten yksilöllinen lähestymistapa ei liene sen toimivampi kuin yhteiskunnallis-rakenteellinenkaan lähestymistapa tai toisin päin. Sen sijaan mielestäni hyvä pyrkimys olisi löytää vuorovaikutusta lähestymistapojen välille. Siten vaikka (aikuis)sosiaalityössä halutaan vaikuttaa myös rakenteisiin laajentamalla näkökulmaa yksilökohtaisesta asiakastyöstä yhteiskunnalliselle tasolle (Jouttimäki ym. 2011, 3; ks. myös Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 7 §), tämä ei sulje pois sitä, etteikö samaan aikaan voida vaikuttaa ja työskennellä myös yksilöllisesti ja yksilötasolla. Toiminnallisen häiriön kuntouttamisen näkökulmasta tämä voisi tarkoittaa samanaikaista työskentelyä yksilöiden kanssa yksin ja ryhmässä sekä sen kaiken rakenteellisen sosiaalityön tekemistä, jolla voimme vähentää toiminnallista häiriötä ylläpitävien kuormitustekijöiden vaikutusta. Käytännössä toiminnallisen häiriön ylläpysymiseen vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi taloudelliset huolet, jolloin sosiaalityön tehtävä voi olla pyrkiä vaikuttamaan yhdessä muiden ammattilaisten kanssa sosiaalivakuutuksen perusteisiin ja siten parantaa toiminnallisista häiriöistä kärsivien henkilöiden toimeentuloa ja asemaa yhteiskunnassa.

6 LOPUKSI

Olen aikaisemmin tehnyt tutkimusta (Kauravaara 2020), jossa selvitettiin esimerkiksi, kuinka sosiaalityöntekijä voi auttaa toiminnallisesta häiriöstä kärsivää henkilöä. Siinä tuotiin kuitenkin esille vain sosiaalityöntekijöiden näkökulma, sillä keräsin aineistoni ammattilaisilta. Pidän hyvin tärkeänä, että myös kuntoutujan näkökulma ja kokemukset nostetaan esille, sillä ne voivat poiketa joskus oleellisestikin siitä, mitä ja miten ammattilainen tulkitsee. Tässä tutkimuksessa äänen antamisella tutkimuksessa mukana olleille kuntoutujille on ollut iteisarvonsa: lähtökohtaisesti pidän sitä tärkeänä. Se ei kuitenkaan vielä riitä, vaan otin tehtäväkseni myös kehittyä ammattilaisena eli (terveys)sosiaalityöntekijänä ja ryhmäkuntoutuksen ohjaajana niiden kokemusten perusteella, joita kuntoutujat ovat kanssani jakaneet. Muutoksen toivoin tapahtuvan itsessäni, mutta myös rakenteissa. Haluan kehittää käytäntöjä niin, että ne palvelevat mahdollisimman hyvin kuntoutujia heidän lähtökohdistaan. Siten voisi ajatella, että tutkimukseni on myös osa sosiaalityössä tyypilliseksi miellettyä asianajotehtävää ja tutkimustyö mielekästä minulle myös ammatillisesti (sosiaalityön tutkimuksen mielekkyydestä Enroos & Mäntysaari 2007).

Tässä tutkimuksessa esillä ollutta ryhmäkuntoutusinterventiota olisi kehitetty joka tapauksessa, mutta todennäköisesti se olisi tapahtunut pitkälti ammattilaisten kokemusten perusteella, jolloin näkökulma olisi ollut varsin suppea. Toki kuntoutujien palautelomakkeisiin kirjoittamia vastauksia olisi varmasti hyödynnetty, mutta väistämättä monia asioita olisi jäänyt esille nousematta. Tutkimuksen jälkeen olemme esimerkiksi lisänneet ryhmäkuntoutuksen tapaamiskertoja, pilkkoneet teoretietoa aikaisempaa helpompaan muotoon ja kirkastaneet sisältöä, rauhoittaneet harjoitusten ohjaamista ja pyrkineet pitämään pieniä taukoja. Ja toki olemme pitäytyneet niissä tavoissa toimia, jotka ovat osoittautuneet toimiviksi ja hyödyllisiksi kuntoutujien näkemyksen mukaan. On syytä tunnustaa, että kuntoutujan kokemuksen huomioiminen ei tarkoita sitä, että ammattilaisen ääni vaimentuisi kokonaan. Vaikka pyrkimys on siihen, että toimintaa kehitetään kuntoutujien tarpeiden pohjalta, ei kaikkiin yksittäisen kuntoutujan kuntoutumista palveleviin tarpeisiin pystytä ryhmässä vastaamaan. Joskus kuntoutujien tarpeet ovat vastakkaisiakin. Tässä tutkimusaineistossa esimerkiksi vapaan keskustelun määrä jakoi mielipiteitä kuntoutusta tukevana elementtinä. Joskus myöskään poliklinikan resurssit eivät mahdollista tarpeen toteutumista. Esimerkiksi toive siitä, että ryhmä voisi jatkaa ryhmätapaamista vapaamuotoisesti muodollisen tapaamisen jälkeen, ei poliklinikan vastaanottotiloissa ole

tilanpuutteen vuoksi mahdollista. Sen sijaan kuntoutujien omatoiminen kokoontuminen rakennuksen alakerran aulan oleskelutiloissa olisi jo toteutuneen ryhmäkuntoutuksen aikana ollut mahdollista.

Vaikka ammattilaisena en voi luvata, että ammattilaisen kokonaisuuden huomioimisen kautta syntynyt tulkinta kuntoutujan tarpeen toteutumisen mahdollisuuksista olisi aina samankaltainen kuin kuntoutujalla, pidän silti keskeisenä sitä, että erilaiset näkemykset tulevat huomatuiksi, kuulluiksi ja nähdyiksi. Tässä tutkimuksessa saamani kokemuksen mukaan teemahaastattelut antoivat meille ammattilaisille lisää ymmärrystä siitä, mitä kuntoutajat ajattelivat asioista ja kuinka he asioita kokivat. Tutkimukseni osoitti, että ymmärryksemme olisi jäänyt puutteelliseksi pelkän ryhmänohjaamiskokemuksen perusteella. Jotta kuntoutuspalvelut kohtaavat kuntoutajat ja jotta ne palvelevat kuntoutujia parhaalla mahdollisella tavalla, on niitä kehitettävä yhdessä ja vuorovaikutuksessa kohderyhmän kanssa.

Koen, että tässä tutkimuksessa on ollut kuntoutujien kokemusten kuvaamisen lisäksi tärkeää kirjoittaa seikkaperäisesti toiminnallisen häiriön mekanismista, toiminnallisen häiriön kuntouttamisesta ja hyväksymis- ja omistautumisterapiasta sekä kuvata tarkasti itse ryhmäinterventio. Tämä kaikki toivoakseni madaltaa kynnystä lähteä kokeilemaan vastaavaa ryhmäinterventiota myös muualla kuin erikoissairaanhoidossa. Erityisen hyödyllistä toiminnallisesta häiriöstä kärsivien henkilöiden kannalta olisi, jos tässä tutkimuksessa kuvatuslaista ryhmäkuntoutusta voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollossa kenties terveys- ja sosiaalihuollon yhteisenä interventiona, johon osallistumisen kynnys olisi matala. Tällöin kuntoutujilla olisi mahdollista saada apua ja tukea varhaisessa vaiheessa ennen kuin heidän terveydellinen ja sosiaalinen tilanteensa pahenee työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä.

Näen myös tärkeänä, että olen pystynyt tässä tutkimuksessa jäsentämään ja kirkastamaan sitä, mikä koettu hyöty nimenomaan psykologisen joustavuuden taitoharjoittelulla on toiminnallisten häiriöiden kuntoutumisessa. Se auttaa kiinnittämään huomion olennaiseen ja priorisoimaan niin työskentelyä ryhmässä kuin yksilöidenkin kanssa. Ei kuitenkaan sovi unohtaa kuntoutujien yksilöllisiä tilanteita, joita on yksilötyöskentelyssä ryhmätyöskentelyä helpompi ottaa huomioon. Tutkimukseni osoittaa myös, kuinka sosiaalityöntekijä voi muiden ammattilaisten kanssa tehdä sairaudesta toipumiseen tähtäävää kuntouttavaa työtä, mikäli hänellä on osaamista ja tarvittavia työkaluja käytettävissään.

Etnografiseen tutkimukseen tarvittava perusteellinen kenttätyövaihe jäi tässä tutkimuksessa lyhyeksi ja ohueksi. Ajattelin kuitenkin, että etnografista elementtiä kannatti soveltaa niiltä osin kuin se tässä tutkimusasetelmassa oli mahdollista. Pelkästään se, että toimin ryhmäkuntoutuksessa toisena ammattilaisena ja ohjaajana, loi jo valmiiksi hyvät edellytykset osallistuvalla havainnoinnille, eikä sitä olisi kannattanut jättää hyödyntämättä. Yksi tärkeä oivallukseni oli, että pelkällä havainnoinnilla en olisi kuitenkaan päässyt niin hyvään ymmärrykseen kuin teemahaastattelujen kautta keräämäni aineiston avulla pääsin. Tämä tarkoittaa sitä, että joskus myös ryhmän ohjaajan kannattaa pohtia, millä keinoin hän voisi saada ryhmän ohjauksessa kertyvää ymmärrystä syvempää kokonaisymmärrystä kuntoutujan tilanteesta tai siitä, mitä osallistuja saa irti kuntoutuksesta suhteessa omaan kuntoutumiseensa.

Kuntoutujien täyttämät mittarit (liitteet 5–8) analysoitiin joka tapauksessa tästä tutkimuksesta riippumatta. Analyysin mukaan vaikka ryhmäkuntoutuksesta näytti haastattelu- ja havaintoaineiston valossa olevan selkeästi hyötyä kuntoutujille, alku- ja loppukyselyjen perusteella ei saatu esille edistymistä ryhmäkuntoutumisen aikana esimerkiksi oireiden vähenemisessä. Oireiden kokemiskyselyn (liite 5) mukaan vain yhdellä kuntoutujalla oireiden vaikutus elämään väheni. Loppuarvio psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksesta -kyselyn (liite 8) mukaan kuntoutajat olivat eniten samaa mieltä seuraavista virkkeistä:

- Opin keinoja kehon automatisoituneisiin reaktioihin vaikuttamiseksi.
- Sain uutta perspektiiviä omiin oireisiini.
- Sain vertaistukea muilta kuntoutujilta.

Vähiten samaa mieltä he olivat virkkeestä ”Toimintakykyni parani”. Tämän tutkimuksen aineiston pohjalta saatujen tulosten ja mittareista saatujen tulosten välinen poikkeama on kiinnostava havainto. Se nimittäin haastaa pohtimaan kuntoutujan oman kokemuksen suhdetta siihen informaatioon, joka on saatu muulla tavalla.

Kuntoutujien subjektiivisiin kokemuksiin liittyy myös virhelähteitä: asiat saatetaan muistaa valikoivasti ja rajallisesti. Usein ei myöskään ole mahdollista tunnistaa muita kuntoutujan tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä, eli moni muukin asia on saattanut vaikuttaa kuntoutujan kokemuksen muodostumiseen kuin ryhmäkuntoutusinterventio. Kuten johdannossa kirjoitin kokemuksen empiirinen tutkiminen valitsemillani keinoilla edellyttää, että tutkittavat

kuvaavat kokemuksiin kielellisesti, mikä tarkoittaa väistämättä sitä, että vaikeasti sanallistettaviin kokemuksiin ei käyttämälläni metodeilla ollut mahdollista päästä käsiksi näin lyhyen kenttätyön aikana. Myös tutkittavien henkilökohtaiset valmiudet, kuten kyky puhekokemuksia kielelliseen muotoon, vaikuttivat siihen, kuinka rikkaan aineiston sain kerättyä. Voi myös olla, että tutkittavan oma positio vaikuttaa siihen, mitä hän kertoo ja mitä hän jättää kertomatta juuri minulle ryhmän ohjaajana ja tutkijana. Toki luottamuksen rakentamiseen kiinnitin paljon huomiota tutkimuksen teon aikana, mutta sillä voitaneen vain rajallisesti vaikuttaa kuntoutujan intresseihin osallistua ja jakaa.

Kun tutkittavan kokemukset ovat hänen tulkintojaan hänen kokemuksistaan, on hyvä muistaa, että tämän tutkimuksen tulokset ovat tutkijan tulkintoja tutkittavan tulkinnoista. Kokemuksen tutkimukseen liittykin aina metodologista haastetta siitä, millä menetelmällä tutkimuskysymykseen pystyy vastaamaan, jotta kokemus tulee esille juuri siten kuin tutkimuskysymyksessä tavoitellaan. Koen, että minun on tutkijana joka tapauksessa täysin mahdotonta kuvata Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ryhmäkuntoutusta sekä interventioon osallistuneiden kuntoutujien kokemuksia tyhjentävästi ja täysin sellaisina kuin ne todellisuudessa ilmenevät. En myöskään voi yleistää esiin nostamiani asioita kovin pitkälle, mutta voin aina sanoa, että näinkin on: tällaisiakin kokemuksia kuntoutujilla voi olla, näinkin kuntoutujat voivat ajatella ja näinkin kuntoutus voi toimia. Teen näkyväksi sitä monimuotoisuutta, mitä Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ryhmäkuntoutukseen liittyy.

Samaan aikaan, kun kuntoutujien kokemukset ja niille annetut merkitykset ovat yksityisiä, henkilökohtaisia ja subjektiivisia, niistä voi tulla myös kulttuurisia, kun niitä jaetaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Näin voi tapahtua ryhmäkuntoutuksen aikana, jolloin kokemuksia vaihdetaan vertaisten kanssa. Tällöin kokemuksista syntyy yleistä ja jaettua tietoa. Kun yksilön kokemus liittyy tutkimuksen systemaattisessa kuvauksessa kulttuurisesti jaettuun ja yleisesti hyväksyttyyn tietoon, se mahdollistaa mielipiteen korottamisen tiedon kaltaiseen rooliin (ks. Toikkanen & Virtanen 2018, 9).

Koska maisterintutkielman laajuus on rajallinen, jouduin tekemään valintoja käsiteltävien aiheiden suhteen. Olisin voinut perustellusti käsitellä tutkimukseni taustan kuvaamisessa esimerkiksi yleisesti kuntoutukseen, kuntoutumiseen sekä ryhmään liittyviä teemoja. Nämä kaikki esimerkkiteemat ovat laajoja ja moniulotteisia, ja olisivat kytkeneet tutkimukseni sellaisiin keskusteluihin, joiden käsittelylle ei ollut tässä tutkielmassa tilaa.

Tämän tutkimuksen erityinen vahvuus on sen paikantuminen monen tieteenalan rajamaastoon. Tutkimusta voidaan hyödyntää monitieteellisesti erityisesti (terveys)sosiaalityössä, mutta myös lääketieteessä ja psykologiassa. Toiminnallisista häiriöistä kärsiviä aikuisia kohdataan kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollossa, niin erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa kuin työterveyshuollossakin sekä terveystieteissä, vammaispalveluissa kuin aikuissosiaalityössäkin. Siten on hyödyllistä tutkia toiminnallisista häiriöistä kärsiville henkilöille suunnattuja kuntoutusinterventioita, jotta löydetään toimivia ja kustannustehokkaita kuntoutusmuotoja toteutettavaksi eri tasoilla ja eri ammattiryhmien yhteistyönä. Näistä kuntoutusinterventioista tarvitaan jatkossa erityisesti satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimusasetelmista saatavaa vaikuttavuusnäyttöä. Lisäksi näen, että kuntoutujien kokemusten selvittäminen erilaisissa interventioissa olisi myös jatkossa tarpeellista, ja siihen kvalitatiivinen tutkimus tuo syvyyttä.

Epilogi

Kuten aikaisemmin kirjoitin, Utu antoi meille kaikille ryhmäkuntoutuksessa mukana olleille pienet konkreettiset lahjat viimeisellä tapaamiskerralla. Vielä suuremman lahjan hän antoi minulle kuitenkin haastattelussa henkilökohtaisen palautteen muodossa:

Sulla mä huomasin, et sul oli tosi iso vahvuus niis rentoutusharjoituksissa tai niissä läsnäoloharjoituksissa. Mä aattelin, et sul on joku ihan lahja suorastaan siihen. Semmonen niinku, ku ihminen voi vetää jotain, mut sit siihen tarvitaan myös joku sellanen, et sun kaa pääsee vähän niinkun matkalle.

Liikutuin. Haluan tarjota tästedeskin kuntoutujille matkan, jonka tukena olla.

LÄHTEET

- Aaltonen, Leena-Maija; Antas, Benita; Arkkila, Perttu; Dunderfelt-Lövegrenm, Eeva; Eskola, Anna; Hämäläinen, Harri; Hämäläinen, Tapani; Järvinen, Asko; Karvala, Kirsi; Kauppi, Pauli; Koponen, Salla; Krüger, Liisamari; Mikkonen, Tuitu; Räsänen, Sami; Saarela, Mika; Sainio, Markku; Seppänen, Mikko; Tuisku, Katinka; Vataja, Risto & Ylinen, Arne (2018). Toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestäminen (luonnos). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla verkossa: <https://stm.fi/documents/1271139/7832492/Toiminnallisten+häiriöiden+hoidon+järjestäminen+luonnos+120417.pdf/b94c6a21-dcea-4a76-9e4e-b92d629f353d/Toiminnallisten+häiriöiden+hoidon+järjestäminen+luonnos+120417.pdf.pdf>. (Viitattu 2.3.2020.)
- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö): Käypä hoito -suositus (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Saatavilla verkossa: www.kaypahoito.fi. (Viitattu 26.7.2021.)
- Ahonen, Sanna (2020). Tutkimus HUS Sisun aikuissomatiikan sosiaalityöstä. Terveys- ja sosiaalityö erikoissairaanhoidossa. Saatavilla verkossa: http://www.socca.fi/files/8901/Erikoissairaanhoidon_terveys- ja sosiaalityo_SA.pdf. (Viitattu 12.11.2021.)
- Andersson, Linus; Claeson, Anna-Sara; Dantoft, Thomas; Skovbjerg, Sine; Lind, Nina & Nordin, Steven (2016). Chemosensory perception, symptoms and autonomic responses during chemical exposure in multiple chemical sensitivity. *International Archives Occupational Environmental Health* 89 (1), 79–88.
- Arajärvi, Miina; Mönkkönen, Kaarina; Kekoni, Taru & Toikko, Timo (2020). Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määritelmänä. *Janus* 28 (4), 357–373.
- Arajärvi, Miina; Mönkkönen, Kaarina; Kekoni, Taru & Toikko, Timo (2021). Sosiaalityön psykososiaalisen asiantuntijuuden hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät nuorisopsykiatrian avohoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58, 46–60.
- Backman, Jussi (2018). Äärellisyyden kohtaaminen: kokemuksen filosofista käsitehistoriaa. Teoksessa Jarkko Toikkanen & Ira A. Virtanen (toim.) *Kokemuksen tutkimus VI – Kokemuksen käsite ja käyttö*. Lapland University Press. Rovaniemi, 25–40.
- Barsaglini, Alessio; Sartiori, Giuseppe; Benetti, Stefania; Pettersson-Yeo, William & Mechelli Andrea (2014). The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in Neurobiology* 114, 1–14.
- Berg, Päivi (2010). Ryhmärajoja ja hierarkioita: etnografinen tutkimus peruskoulun yläasteen liikunnanopetuksesta. *Sosiaalipsykologisia tutkimuksia* 22. Helsingin yliopisto.
- Boone, Matthew S.; Mundy, Brian; Stahl, Kate Morrissey & Genrich, Bethany E. (2015). Acceptance and commitment therapy, functional contextualism, and clinical social work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 25, 643–656.

- Bordoni, Bruno; Purgol, Shanin; Bizzarri, Annalisa; Modica, Maddalena & Morabito, Bruno (2018). The Influence of Breathing on the Central Nervous System. *Cureus* 10 (6).
- Brunila, Kristiina; Harni, Esko; Saari, Antti & Ylöstalo, Hanna (toim.) (2021a). *Terapeuttinen valta. Onnellisuuden ja hyvinvoinnin jännitteitä 2000-luvun Suomessa*. Vastapaino. Tampere.
- Brunila, Kristiina; Harni, Esko; Saari, Antti & Ylöstalo, Hanna (2021b) *Terapeuttisen vallan käsitteellisiä näkökulmia ja historiallisia kehityskulkuja*. Teoksessa Kristiina Brunila; Esko Harni; Antti Saari & Hanna Ylöstalo (toim.) *Terapeuttinen valta. Onnellisuuden ja hyvinvoinnin jännitteitä 2000-luvun Suomessa*. Vastapaino. Tampere, 13–30.
- Budtz-Lilly, Anna; Schröder, Andreas; Rask, Mette T.; Vestergaard, Mogens & Rosendal, Marianne (2015). Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Family Practice* 16:180.
- Burton, Christopher; Fink, Per; Henningsen, Peter; Löwe, Bernd & Rief, Winfried (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine*. 18 (34), 1–7.
- Carlino, Elisa & Benedetti, Fabrizio (2016). Different contexts, different pains, different experiences. *Neuroscience* 338, 19–26.
- Carson, Alan; Lehn, Alexander; Ludwig, Lea & Stone, Jon (2015). How to do it: Explaining functional disorders in the neurology clinic: a photo story. *Practical Neurology* 16, 56–61.
- Ciarrochi, Joseph; Bilich, Linda & Godsell, Clair (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. Teoksessa Ruth Baer (toim.) *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change*. New Harbinger Publications. Oakland, 51–76.
- Colloca, Luana & Barsky, Arthur (2020). Placebo and nocebo effects. *The New England Journal of Medicine* 382: 554–561.
- Crichton, Fiona & Petrie, Keith J. (2015). Health complaints and wind turbines: The efficacy of explaining the nocebo response to reduce symptom reporting. *Environmental Research* 140, 449–455.
- Crowe, Marie; Jordan, Jennifer; Burrell, Beverley; Jones, Virginia; Gillon, Deborah & Harris, Shirley (2015). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions. A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 50 (1), 21–32.
- Danish College of General Practitioners' (2013). *Clinical guide for general practice – Functional disorders*. The Danish College of General Practitioners/Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Kööpenhamina. Saatavilla verkossa: https://www.en.auh.dk/contentassets/d604a6c89ec74d23bfb648d73595161f/final-version_mro.ms.pdf. (Viitattu 2.3.2020.)
- Das-Munshi, Jayati; Rubin, G. James & Wessely, Simon (2006). Multiple chemical sensitivities: A systematic review of provocation studies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 118 (6), 1257–1264.

Davies, Charlotte Aull (2008). *Reflexive Ethnography. A guide to researching selves and others*. 2. painos. Routledge. London.

Deci, Edward L. & Ryan, Richard M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry* 11 (4), 227–268.

Dohan, Daniel & Sánchez-Jankowski, Martín (1997). Using computers to analyze ethnographic field data: Theoretical and practical considerations. *Annual Review of Sociology* 24, 477–498.

Duodecim Terveyskirjasto (2016). Lääketieteen sanasto. Kustannus Oy Duodecimin ylläpitämät verkkosivut osoitteessa <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01376>. (Viitattu 8.1.2022.)

Eilenberg, Trine; Fink, Per; Jensen, Jens S.; Rief, Winfried & Frostholm, Lisbet (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46 (1), 103–115.

Eilenberg, Trine; Fink, Per; Ørnboel, Eva; Jensen, Jens S.; Rief, W.; Hoffmann, D., & Frostholm, Lisbet (2017). Acceptance and commitment group therapy for severe health anxiety: Efficacy and intervening variables. Result from a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 97: 147.

Eilenberg, Trine; Frostholm, Lisbet & Kronstrand, Louise (2014). Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for severe health anxiety. The research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics, Århus University Hospital. Århus.

Eliassen, Marie; Kreiner, Svend; Ebstrup, Jeanette F.; Poulsen, Chalotte H.; Lau, Cathrine; Skovbjerg, Sine; Fink, Per K & Jorgensen, Torben (2016). Somatic symptoms: Prevalence, co-occurrence and associations with self-perceived health and limitations due to physical health – a Danish population based study. *PLoS One* 11 (3), 1–12.

Enroos, Rosi & Mäntysaari, Mikko (2017). Sosiaalityön tutkimuksen mielekkydestä ja missiosta. Teoksessa Rosi Enroos; Mikko Mäntysaari & Satu Ranta-Tyrkkö (toim.) *Mielekäs tutkimus: näkökulmia sosiaalityön tutkimuksen missioihin*. Tampere University Press. Tampere, 7–38.

Eriksen, Thomas Hylland (2004). *Toista maata? Johdatus antropologiaan*. Gaudeamus & Suomen antropologinen seura r.y. Helsinki.

Feliu-Soler, Albert; Montesinos, Francisco; Gutiérrez-Martínez, Olga; Scott, Whitney; McCracken, Lance M. & Luciano, Juan V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of Pain Research* 11, 2145–2159.

Fink, Per & Rosendal, Marianne (toim.) (2015). *Funktionaaliset häiriöt ja lääketieteellisesti selittämättömät oireet. Arvio ja hoito*. The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics. Århus University Hospital. Århus.

Fink, Per; Rosendal, Marianne; Toft, Tomas & Schröder, Andreas (2015a). Biological basis. Teoksessa Per Fink & Marianne Rosendal (toim.) *Functional disorders and medically unexplained symptoms Assessment and treatment*. The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics. Århus University Hospital. Århus, 69–74.

Fink, Per; Rosendal, Marianne & Schröder, Andreas (2015b). Overview of treatment options. Teoksessa Per Fink & Marianne Rosendal (toim.) *Functional disorders and medically unexplained symptoms Assessment and treatment*. The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics. Århus University Hospital. Århus, 93–100.

Frankenhaeuser, Beata (2014). Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. PS-kustannus. Juväskylä, 64–72.

Frisaldi, Elisa; Aziz, Shaibani & Fabrizio, Benedetti (2020). Understanding the mechanisms of placebo and nocebo effects. *Swiss Medical Weekly* 0;150:w20340.

Gaudiano, Brandon A. (2011). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *The Scientific Review of Mental Health Practice* 8 (2), 5–22.

Geertz, Clifford (1973). *The interpretation of cultures. Selected essays*. Basic Books. New York.

Graham, Christopher D.; Gouick, Joanna; Krahe, Charlotte & Gillanders, David (2016). A Systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review* 46, 46–58.

Hakanen, Armi (2013). Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Seppo Kähkönen; Irma Karila & Nils Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. 3–6. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 14–38.

Hann, Katie E. J. & McCracken, Lance M. (2014). A Systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome, domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 3 (4), 217–227.

Harris, Russ (2020). *Hyvää elämää vaikeina aikoina. Kuvitettu opas stressin käsittelyyn*. Suom. Kalle Partanen; Panajiota Räsänen; Patrick Zilliacus; Sanna Turakka & Sami Karadeniz. World Health Organization. Geneve.

Hayes, Steven C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavioral Therapy* 35 (4), 639–665.

Hayes, Steven C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Mindfulness, acceptance and relationship. Teoksessa Steven C. Hayes; Victoria M. Follette & Marsha M. Linehan (toim.) *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. The Guilford Press. New York, 1–29.

Hayes, Steven C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Republished article. *Behavioral Therapy* 47 (4), 869–885.

Hayes, Steven C.; Barnes-Holmes, Dermot & Roche, Bryan (toim.) (2001). *Relational frame theory. A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers co. New York.

Hayes, Steven C.; Luoma, Jason B.; Bond, Frank W.; Masuda, Akihiko & Lillis, Jason (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44 (1), 1–25.

Hayes, Steven C. & Smith, Spencer (2008). Vapaudu mielesi vallasta ja ala elää hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla. Suom. Päivi ja Raimo Lappalainen. 7. painos. SKT:n julkaisusarja: Hoitomenetelmien julkaisuja 8.1. Suomen Käyttätymistieteellinen Tutkimuslaitos Oy. Tampere.

Hayes, Steven C.; Strosahl, Kirk & Wilson, Kelly G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2. uudistettu painos. The Guilford Press. New York.

Hayes, Steven C.; Villatte, Matthieu; Levin, Michael & Hildebrandt, Mikaela (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology* 7, 141–168.

Heikkinen, Alpo (2006). ”Olenko mä sitä riskiryhmää”? Lastensuojelun poikaryhmien hyvinvoinnin muutostekijät – realistinen etnografia. Helsingin yliopisto.

Helin-Tuominen, Mari (2014). Ikääntyminen ja puolison mielenterveyden häiriö parisuhteen vuorovaikutuksessa. Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.). *Terveys ja sosiaalityö*. PS-kustannus. Helsinki, 174–206.

Henningsen, Peter; Gündel, Harald; Kop, Willem; Löve, Bernd; Martin, Alexandra; Rief, Winfried; Rosmalen, Judith; Schröder, Andreas; Van der Feltz-Cornelis, Christina & Van den Bergh, Omer (2018). Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosomatic Medicine* 80 (5), 422–431.

Herrala, Helena (2015). Tytöt kaukalossa. Etnografinen tutkimus tyttöjen jääkiekkoharrastuksesta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 303. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Hietala, Outi (2016). Kokemusasiantuntija kuntoutumisen tukena. Teoksessa Ilona Autti-Rämö; Anna-Liisa Salminen; Marketta Rajavaara & Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 388–392.

Hofmann, Stefan G.; Ellard, Kristen K. & Siegle, Greg J. (2012). Neurobiological Correlates of Cognitions in Fear and Anxiety: A Cognitive-Neurobiological Information Processing Model. *Cognition & Emotion* 26 (2), 282–299.

Hoikkala, Tommi & Paju, Petri (2013). *Apina pulpetissa – Ysiluokan yhteisöllisyys*. Gaudeamus. Helsinki.

Hoikkala, Tommi; Salasuo, Mikko & Ojajarvi, Anni (2009). Tunnetut sotilaat. Varusmiehen kokemus ja terveystaju. Julkaisuja 94. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura. Helsinki.

Holma, Tupu (2001). Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus – väline työn kehittämiseen. Teoksessa Salme Kallinen-Kräkin (toim.) Sosiaalityö näkyväksi. Sosiaalityön luokitusseminaarin julkaisu. Stakes. Helsinki, 15–19.

Holmberg, Nils. & Kähkönen, Seppo (2015). Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) Psykoterapiat. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 52–81.

Holmberg, Suvi (2014) ”Eräänlainen vedenjakaja elämässäni” – arjen muuttuva rytmi rintasyöpään sairastuneiden naisten elämässä. Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. PS-kustannus. Jyväskylä, 207–241.

Holmberg, Suvi (2020). Arki ei pysähdy. Tutkimus elämästä rinta- ja eturauhassyövän kanssa. Tampereen yliopiston väitöskirjat 252. Tampereen yliopisto.

Honkasalo, Marja-Liisa (2008). Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 45 (1), 4–17.

Honkatukia, Päivi; Nyqvist, Leo & Pösö, Tarja (2004). Väkivalta koulukodista käsin. Teoksessa Markku Jahnukainen; Taru Kekoni & Tarja Pösö (toim.) Nuoruus ja koulukoti. Julkaisuja 43. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura. Helsinki, 151–188.

Hovi, Eija (2017). Koulutetut kokemusasiantuntijat. Kokemuksia toiminnasta. Helsingin yliopisto.

Hujanen, Rasmus (2018). Sosiaalityö terapia ja muutos. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus terapia-käsitteen esiintymisestä suomalaisessa sosiaalityön tutkimuskirjallisuudessa 2000-luvulla. Jyväskylän yliopisto.

Hurtig, Johanna (2003). Lasta suojelemassa – etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 9. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka (2021a). Poliklinikan verkkosivut osoitteessa <https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/toiminnallisten-hairioiden-poliklinikka-pasila>. (Viitattu 23.7.2021.)

HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka (2021b). Kuntoutuminen toiminnallisista häiriöistä - digihoitopolku®. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki.

HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka (2021c). Esittelydiat. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki.

Huttunen, Laura (2010). Tiheä kontekstointi: haastattelu osana etnografista tutkimusta. Teoksessa Johanna Ruusuvoori; Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere, 39–63.

Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely (toim.) (2015). *Psykoterapiat*. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Hyry, Katja (2015). Kun tutkimusmatkan suunta muuttuu. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (5), 523–529.

Hämeenaho, Pilvi; Koskinen-Koivisto, Eerika & Anna-Maria (2014). Etnografian ulottuvuudet ja mahdollisuudet. Teoksessa Pilvi Hämeenaho & Eerika Koskinen-Koivisto (toim.) *Moniulotteinen etnografia*. Ethnos-toimite 17. Ethnos ry. Helsinki.

Jerath, Ravinder; Crawford, Molly W.; Barnes, Vernon A. & Harden, Kyler (2015). Self-Regulation of Breathing as a Primary Treatment for Anxiety. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 40, 107–115.

Jolanki, Outi & Karhunen, Sanna (2010). Renki vai isäntä? Analyysiohjelmat laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa Johanna Ruusuvoori; Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino. Tampere, 395–410.

Jones, Marjaana (2018). Kokemustiedon määritykset ja käyttö julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Teoksessa Jarkko Toikkanen & Ira A. Virtanen (toim.) *Kokemuksen tutkimus VI – Kokemuksen käsite ja käyttö*. Lapland University Press. Rovaniemi, 169–190.

Joustra, Monica L.; Janssens, Karin A. M.; Bultmann, Ute & Rosmalen, Judith G. M. (2015). Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. results from the general population cohort LifeLines. *Journal of Psychosomatic Research* 79 (2), 94–99.

Jouttimäki, Päivi; Kangas, Saija & Saurama, Erja (2011). Uudistuva ja voimaannuttava aikuissosiaalityö. Visio vahvasta aikuissosiaalityöstä -hankkeen loppuraportti. Työpapereita 2011:1. Socca – Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus. Helsinki.

Juhila, Kirsi (2008). Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Vastapaino. Tampere, 14–47.

Jäppinen, Maija (2015). Väkivaltatyön käytännöt, sukupuoli ja toimijuus. Etnografinen tutkimus lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten auttamistyöstä Venäjällä. Helsingin yliopisto.

Järnström, Sanna (2011). ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampere University Press. Tampere.

Järvikoski, Aila (2013). Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2004). *Kuntoutuksen perusteet*. WSOY. Helsinki.

Kalso, Eija (2018). Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? *Suomen lääkärilehti* 73 (18), 1119–1126.

Kananen, Jorma (2014). Etnografinen tutkimus. Miten kirjoitan etnografisen opinnäytetyön? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananoja, Aulikki (2012). Sosiaalinen kuntoutus ja sosiaalihuollon uudistuksen suunta. *Kuntoutus* 4, 35–40.

Kananoja, Aulikki (2017). Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja; Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu painos. Tietosanoma Oy. Helsinki, 347–356.

Kananoja, Aulikki; Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) (2017). *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu painos. Tietosanoma Oy. Helsinki.

Kangasniemi, Anu & Kauravaara, Kati (2016). Kohti muutosta – Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämässä. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia oy. Vantaa.

Karjalainen, Vappu (2011). Työttömien ammatillisen kuntoutuksen kysymys. Teoksessa Aila Järvikoski; Jari Lindh & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Karjalainen, Vappu & Rajavaara, Marketta (2012). Sosiaalinen kuntoutus lakisääteiseksi – Mikä muuttuu? *Kuntoutus* 4, 3–4.

Karttunen, Teija & Hietamäki Johanna (2014). Tiedon käytön kysymyksiä ja haasteita sosiaalityön asiakastyössä. Teoksessa Riitta Haverinen; Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Vastapaino. Tampere, 320–336.

Kasanen, Iris (2018). Toimintaterapian mahdollisuudet toiminnallisten häiriöiden hoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Kato, Kenji; Sullivan, Patric F. & Pedersen, Nancy L. (2010). Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *Journal of Psychosomatic Research* 68 (5), 447–453.

Kauravaara, Kati (2013). Mitä sitten, jos ei liikuta? Etnografinen tutkimus nuorista miehistä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 276. LIKES-tutkimuskeskus. Jyväskylä.

Kauravaara, Kati (2015). Jos riisuisit silmälasit, näkisitkö toisin? Liikunnan tuputtamisesta ihmisen lähtökohtien ymmärtämiseen. *Liikunta & Tiede* 52 (2–3), 33–37.

Kauravaara, Kati (2019). Hyväksymis- ja omistautumisterapian työkalujen hyödyntäminen terveyssosiaalityössä. Kandidaatin tutkielma. Helsingin yliopisto.

Kauravaara, Kati (2020). Toiminnalliset häiriöt HUSin erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Käytäntötutkimus. Helsingin yliopisto.

Kauravaara, Kati (2021). Yksilöllisen aktiivisuussuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen. Fyysisen aktiivisuuden ja levon rytmittäminen. Julkaisematon työpaperi. HUS Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka. Helsinki.

Kivistö, Jaana (2006). ”Missä mä olisin muuten?” Nuorten kokemukset lastensuojelusta ja muista viranomaispalveluista. Turun yliopisto.

Klemelä, Esko (2015). Ryhmäpsykoterapia. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) Psykoterapiat. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 176–203.

Koikkalainen, Matti & Sjöblom, Stina (2014). Edistämmekö kuntoutuksella osallisuutta? Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. PS-kustannus. Jyväskylä, 73–82.

Kokko, Riitta-Liisa & Veistilä, Minna (2016). Sosiaalityö ja sosiaalinen kuntoutus yhteistyönä. Teoksessa Maritta Törrönen; Kaija Hänninen; Päivi Jouttimäki; Tiina Lehto-Lundén; Petra Salovaara & Minna Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus, 220–230.

Komulainen, Jorma.; Kukkonen-Harjula, Katriina; Laukkala, Tanja; Nuotio, Krista & Sipilä, Raija (2021). Krooninen väsymysoireyhtymä ME/CFS) Hyvä käytäntö konsensussuositus. Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Saatavilla verkossa: https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/hsu00019_ (Viitattu 31.7.2021.)

Korpela, Rauni (2014). Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. PS-kustannus. Jyväskylä, 101–118.

Kukkola, Jani (2018). Kokemuksen tutkimuksen metatiede: kokemuksen käsitteen käytön ja kokemuksen ehtojen tutkimus. Teoksessa Jarkko Toikkanen & Ira A. Virtanen (toim.) Kokemuksen tutkimus VI – Kokemuksen käsite ja käyttö. Lapland University Press. Rovaniemi, 41–63.

Kulmalainen, Taru (2015). Tyttöjen kaverisuosio. Etnografinen tutkimus yläkoulun epävirallisista järjestyksistä. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu.

Kuusisto, Katja & Ekqvist, Eeva (2016). Aikuissosiaalityön asiakkaiden kokemus asiakkuuden vaikutuksesta elämäntilanteen muutokseen. Yhteiskuntapolitiikka 81 (6), 655–669.

Kuusisto-Niemi, Sirpa & Kääriäinen, Aino (2005). Hiljaisen tiedon vallasta näkyvän tiedon valtaan: Puheenvuoro tiedon näkyväksi tekemisen puolesta. Janus 13 (4), 452–460.

Känkänen, Päivi (2013). Taidelähtöiset menetelmät lastensuojelussa – kohti tilaa ja kokemuksia. Tutkimus 109/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Käyhkö, Mari (2006). Siivoojaksi oppimassa. Etnografinen tutkimus työläistyöistä puhdistuspalvelualan koulutuksessa. Joensuu University Press. Joensuu.

Laakso, Riitta (2016). Huostaanotto ja muutokset lasten elämässä. Teoksessa Rosi Enroos; Tarja Heino & Tarja Pösö (toim.) Huostaanotto – lastensuojelun vaativin tehtävä. Tampere: Vastapaino.

Lappalainen, Raimo (2013). Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Teoksessa Seppo Kähkönen; Irma Karila & Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3–6. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 510–527.

Lappalainen, Raimo; Lehtonen, Tuula; Hayes, Steven C.; Batten, Sonja; Gifford, Elizabeth; Wilson, Kelly G; Afari, Niloofar & McCurry, Susan M. (2013). Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Applying acceptance and commitment therapy (ACT). A Clinical manual. 9. painos. SKT:n julkaisusarja: Hoitomenetelmien julkaisuja 3.1. Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos Oy. Tampere.

Leinonen, Leena (2020). Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla. Sosiaalityön terapeuttinen orientaatio ja ammatillinen itseymmärrys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 227. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Lestinen, Jouko; Mönkkönen, Jorma; Pursiainen, Olavi & Ruotsalainen, Seppo (2013). Ryhmämuotoinen kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Seppo Kähkönen; Irma Karila & Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 420–433.

Liimakka, Satu (2012). Kokemus, kieli ja kokemuksen mieli – metodologisia pohdintoja. Teoksessa Liisa Kiviniemi; Kaisa Koivisto; Timo Latomaa; Milla Merilehto; Pirkko Sandelin & Teemu Suorsa (toim.) Kokemuksen tutkimus III: teoria, käytäntö, tutkija. Lapland University Press. Rovaniemi, 101–114.

Lindh, Jari; Härkäpää, Kristiina & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) (2018). Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press. Rovaniemi.

Liukko, Eeva (2006). Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9/2006. Helsinki.

Louhiala, Pekka (2020). Placebo Effects: The Meaning of Care in Medicine. Springer,

Louhiala, Pekka (2021). Plasebon arvoitus. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Louhiala, Pekka; Pekkanen, Juha; Elovainio, Marko & Sainio, Markku (2020). Nosebon monet kasvot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 136 (11), 1333–1338.

Luciano, Juan V.; Guallar, José A.; Aguado, Jaume; López-del-Hoyo, Yolanda; Olivan, Bárbara; Magallón, Rosa; Alda, Marta; Serrano-Blanco, Antoni; Gili, Margalida & Garcia-Campayo, Jevier (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*® 155 (4), 693–702.

Lunabba, Harry (2013). När vuxna möter pojkar i skolan : insyn, inflytande och sociala relationer. Mathilda Wrede-institutets forskningsserie 1/2013. Helsingin yliopisto.

Lähteinen, Sanna; Raitakari, Suvi; Hänninen, Kaija; Kaittä, Anniina; Kekoni, Taru; Krok, Suvi & Skaffari, Pia (2017). Sosiaalityön koulutuksen tuottama osaaminen. SOSNET julkaisuja 7. Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet. Rovaniemi.

Lämsä, Riikka (2013). Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Lämsä, Riikka (2016). Kokemuksia ja metodologisia pohdintoja etnografiasta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 53, 211–214.

Lämsä, Riikka & Ojajärvi, Anni (2017). Hyvä, paha laitos. Etnografian anti terveystutkimukselle. Teoksessa Sakari Karvonen; Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas (toim.) *Terveyssosiologian linjoja*. Gaudeamus. Helsinki, 171–188.

Marris, Danielle; Theophanous, Kyriakos; Cabexon, Pablo; Dunlap, Zachary & Donaldson, Megan (2021). The impact of combining pain education strategies with physical therapy interventions for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiotherapy Theory and Practice* 37 (4), 461–472.

Martinez-Calderon Javier; Meeus Mira; Struyf Filip; Miguel Morales-Asencio, Jose; Gijon-Nogueron Gabriel & Luque-Suarez Alejandro (2018a). The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ open* 8 (4), 1–16.

Martinez-Calderon Javier; Struyf Filip; Meeus Mira & Luque-Suarez Alejandro (2018b). The association between pain beliefs and pain intensity and/or disability in people with shoulder pain: A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice* 37, 29–57.

Matikainen, Minna (2006). kuntouttava sosiaalityö kunnallisessa perussosiaalityössä. Etnografinen tutkimus kuntouttavan sosiaalityön määritelmistä ja käytännöistä. Jyväskylän yliopisto.

Mattila, Antti S. (2018). Stressi. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla verkossa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00976>. (Viitattu 16.10.2021.)

Maunu, Antti (2014). Yöllä yhdessä. Yökerhot, biletys ja suomalainen sosiaalisuus. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja* 2014:6. Helsingin yliopisto.

Meriluoto, Taina (2018). Making experts-by-experience – Governmental ethnography of participatory initiatives in Finnish social welfare organisations. University of Jyväskylä.

Metteri, Anna (2014). Terveysosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. PS-kustannus. Jyväskylä, 248–276.

Montgomery, Katherine L.; Kim, Johnny S. & Franklin, Cynthia (2011). Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: A systematic review for social workers. *Health & Social Work* 36 (3), 169–181.

Mäntysaari, Mikko; Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) (2009). *Sosiaalityö ja teoria*. PS-kustannus. Jyväskylä.

- Niemelä, Pauli (2012). Tapauskohtaisuus sosiaalityössä. ”Case Study – Case Work – Case Evaluation” -prosessimalli sosiaalityön ja sen käytännön opetuksen jäsentäjänä. Teoksessa Noora Tuohimo; Anneli Pohjola & Mari Suonio (toim.) Sosiaalityön käytännönopetus liikkeessä. SOSNET julkaisuja 5. Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet. Rovaniemi, 20–35.
- Niemi, Päivi M. (2013). Psykosomatiikka. Teoksessa Seppo Kähkönen; Irma Karila & Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3–6. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 245–270.
- Nummenmaa, Lauri; Glerean, Enrico; Hari, Riitta & Hietanen, Jari K. (2014). Bodily maps of emotions. *PNAS* 111 (2), 646–651.
- Ojajärvi, Anni (2009). Varusmies savuaa – tupakoinnin sosiaalinen ja kulttuurinen paikka armeijassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (4), 400–411.
- Ojajärvi, Anni (2015). Terve sotilas! Etnografinen tutkimus varusmiesten terveystajusta sosiaalisena ilmiönä. *Tiede* 163. Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki.
- Ojala, Anna-Liisa (2015). Vaihtoehtoisuutta ja valtavirtaisuutta. Tutkimus suomalaisten lumilautailijoiden uria raamittavista asenteista, olosuhteista ja resursseista. *Studies in sport, physical education and health* 219. Jyväskylän yliopisto.
- Ojala, Anna-Liisa (2021). Kaukaloissa kasvaneet. *Julkaisuja* 230. Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki.
- Ojanen, Karoliina (2011). Tyttöjen toinen koti: Etnografinen tutkimus tyttökulttuurista ratsastustalleilla. *Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia* 1319. Helsinki.
- olde Hartman, Tim C.; Borghuis, Machteld S.; Lucassen, Peter L. B. J.; van der Laar, Floris A.; Speckens, Anne E. & van Weel, Chris (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis. Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 66 (5), 363–377.
- olde Hartman, Tim C.; Rosendal, Marianne, Aamland, Aase; van der Horst, Henriette E.; Rosmalen, Judith GM; Burton, Chris D. & Lucassen, Peter LBJ (2017). What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open* 1 (3).
- Paju, Elina (2013). Lasten arjen ainekset. Etnografinen tutkimus materiaalisuudesta, ruumiillisuudesta ja toimijuudesta päiväkodissa. *Episteme-sarja*. Tutkijaliitto. Helsinki.
- Paju, Petri (2011). Koulua on käytävä. Etnografinen tutkimus koululuokasta sosiaalisena tilana. *Julkaisuja* 115. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, Helsinki.
- Palomäki, Susanna (2018a). Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella. *Kuntoutuslehti* 41 (2), 21–33.
- Palomäki, Susanna (2018b). Kuntoutussosiaalityöntekijän työtehtävät, toimijuus ja roolit asiakkaan silmin. Teoksessa Jari Lindh; Kristiina Härkäpää & Kaisa Kostamo-Pääkkö (toim.). *Sosiaalinen kuntoutuksessa*. Lapland University Press. Rovaniemi, 263–290.

- Palomäki, Susanna (2019). Asiakkaan kokemukset hoidosta ja kohtelusta erikoissairaanhoidossa. Tampereen yliopiston väitöskirjat 51. Tampereen yliopisto.
- Palukka, Hannele; Tiilikka, Tiina & Auvinen, Petra (2019). Kokemusasiantuntija mielenterveys- ja päihdepalveluissa – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan väline? *Janus* 27 (1), 21–37.
- Pasternack, Iris; Remahl, Anni; Ahovuo-Saloranta, Anneli; Isojärvi, Jaana & Mäkinen, Eeva (2017). Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot. *Sosiaali- ja terveysturvan raportteja* 3|2017. Kela, Helsinki.
- Peerdeman, Kaya J.; van Laarhoven, Antoinette I. M.; Keij, Sascha M.; Vase, Lene; Rovers, Maroeska M.; Peters, Madelon L. & Evers, Andrea W.M. (2016). Relieving patients' pain with expectation interventions: a meta-analysis. *Pain* 157 (6), 1179–1191.
- Pedersen, Heidi Frølund; Agger, Johanne L. Frostholm, Lisbet; Jensen, Jens S.; Ørnbøl, Eva; Fink, Per & Schröder, Andreas (2019). Acceptance and Commitment group Therapy for patients with multiple functional somatic syndromes: a three-armed trial comparing ACT in a brief and extended version with enhanced care. *Psychological Medicine* 49 (6), 1005–1014.
- Pekkarinen, Elina (2006). Lastensuojelun ryhmätoiminta murrosikäisten tyttöjen kokemana. Teoksessa Hannele Forsberg; Aino Ritala-Koskinen & Maritta Törrönen (toim.) *Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia*. PS-kustannus. Jyväskylä, 99–127.
- Pekkarinen, Elina (2017). ”Mä oon ollut tässä asiakirja muitten joukossa” – Koulukodeista aikuistuneiden kokemuksia lastensuojelusta. Teoksessa Sanna Aaltonen & Antti Kivijärvi (toim.) *Nuoret aikuisten hyvinvointipalvelujen käyttäjinä ja kohteina*. Verkkojulkaisuja 136. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura. Helsinki, 173–197.
- Perttula, Juha (2005). Kokemus ja kokemuksen tutkimus. Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Juha Perttula & Timo Latomaa (toim.) *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. Lapland University Press. Rovaniemi, 115–162
- Petersen, Marie W; Schröder, Andreas; Jørgensen Torben; Ørnbøl, Eva; Meinertz Dantoft, Thomas; Eliassen, Marie; Benros, Michael Eriksen & Fink, Per (2020a). Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. A register-based case-control study. *Scientific Reports* 10 (1), 3273.
- Petersen, Marie W; Schröder, Andreas; Jørgensen Torben; Ørnbøl, Eva; Meinertz Dantoft, Thomas; Eliassen, Marie; Carstensen, Tina W.; Eplov, Lene F. & Fink, Per (2020b). Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study. *Scandinavian Journal of Public Health* 48 (5), 567–576.
- Pietikäinen, Arto (2016). *Joustava mieli. Vapaudu stressin, uupumuksen ja masennuksen ylivallasta*. 1.–24. painos. Onni-sarja. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Pietikäinen, Arto (2017). *Joustava mieli elämänkriiseissä*. Onni-sarja. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Price, Jonathan R.; Mitchell, Edward; Tidy, Elizabeth & Hunot, Vivien (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Puurunen, Piia (2019). Jane Addamsin sosiaalityön käsityksen rakentuminen. *Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 203*. University of Eastern Finland. Kuopio.

Pösö, Tarja (2004). Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. *Tutkimuksia 133*. Stakes. Helsinki.

Pösö, Tarja (2005). Kun paikka menee tutkijaan. Teoksessa Sakari Hänninen; Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.). *Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Stakes Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 118–135.

Rajavaara, Marketta (1989). Tutkiva ote sosiaalityöhön? *Sosiaaliviraston julkaisusarja A1/1989*. Helsingin kaupunki.

Rannikko, Anni (2018). Kamppailua kunnioituksesta. *Vaihtoehtoliikunnan alakulttuurien moraaliset järjestykset*. *Tiede 158*. Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki.

Reinikainen, Sarianna (2009). Nuorisokodista maailmalle. *Kokemuksia nuorisokodissa elämisestä ja aikuisiässä selviytymisestä*. *Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 224*. Helsingin yliopisto.

Rissanen, Päivi (2015). Toivoton tapaus? *Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia – Research reports 88/2015*. Kuntoutussäätiö. Helsinki.

Roberts Emmert; Wessely, Simon; Chalder, Trudie; Chang, Chin-Kuo & Hotopf, Matthew (2016). Mortality of people with chronic fatigue syndrome. A retrospective cohort study in England and Wales from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) Clinical Record Interactive Search (CRIS) Register. *Lancet* 387, 1638–1643.

Roenneberg, Casper; Sattel, Heribert; Schaefer, Rainer; Henningsen, Peter & Hausteiner-Wiehle, Constanze (2019). Functional Somatic Symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int* 116, 553–560.

Romakkaniemi, Marjo (2011). Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 78. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

Romakkaniemi, Marjo (2014). Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Anna Metteri; Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.). *Terveys ja sosiaalityö*. PS-kustannus. Helsinki, 142–173.

Romakkaniemi, Marjo; Lindh, Jari & Laitinen, Merja (2018). Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 147*. Kela. Helsinki.

Rossi, Eeva (2013). Arviointia, tukea ja huolenpitoa. *Tutkimus gerontologisen kuntoutuksen sosiaalityöstä*. Lapin yliopisto. Rovaniemi.

- Rossi, Eeva & Valokivi, Heli (2018). Ikääntyneiden sosiaalinen kuntoutus. Teoksessa Jari Lindh; Kristiina Härkäpää & Kaisa Kostamo-Pääkkö (toim.). Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press. Rovaniemi, 149–173.
- Rubin, James; Burns, Miriam & Wessely, Simon (2014). Possible psychological mechanisms for "wind turbine syndrome". *On the windmills of your mind. Noise & Health* 16 (69), 116–122.
- Rubin James; Hillert, Lena; Nieto-Hernandez, Rosa; van Rongen, Erik & Oftedal Gunnhild (2011). Do people with idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields display physiological effects when exposed to electromagnetic fields? A systematic review of provocation studies. *Bioelectromagnetics* 32 (8), 593–609.
- Ruiz, Francisco J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioural therapy: A systematic review and meta-analysis of current empiric evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy* 12 (2), 333–357.
- Saikkonen, Paula; Blomgren, Sanna; Karjalainen, Pekka & Kivipelto, Minna (2015). Poistaako sosiaalityö huono-osaisuutta. *Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 89*. Helsinki.
- Sainio, Markku & Karvala, Kirsi (2017). Sisäilma ja ympäristöherkkyys. *Suomen Lääkärilehti* 72 (13), 848–857.
- Sainio, Markku & Vataja, Risto (2021). Toiminnallisten häiriöiden diagnostiikka ja hoito. Teoksessa Kati Juva; Christer Hublin; Hely Kalska; Jyrki Korkeila; Markku Sainio; Pekka Tani & Risto Vataja (toim.) *Kliininen neuropsykiatria. 2. uudistettu painos*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 394–407.
- Sainio, Markku; Vataja, Risto; Juva, Kati & Korkeila, Jyrki (2021). Mitä toiminnalliset häiriöt ovat? Teoksessa Kati Juva; Christer Hublin; Hely Kalska; Jyrki Korkeila; Markku Sainio; Pekka Tani & Risto Vataja (toim.) *Kliininen neuropsykiatria. 2. uudistettu painos*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 79–87.
- Salminen, Anna-Liisa (2016a). Kuntoutuksen ammattihenkilöstö. Teoksessa Ilona Autti-Rämö; Anna-Liisa Salminen; Marketta Rajavaara & Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 382–387.
- Salminen, Anna-Liisa (2016b). Ryhmämuotoinen kuntoutus. Teoksessa Ilona Autti-Rämö; Anna-Liisa Salminen; Marketta Rajavaara & Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 301–305.
- Salminen, Anna-Liisa & Rintanen, Silva (2014). Monialainen kuntoutus. *Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 55/2014*. Kela. Helsinki.
- Saloheimo, Pertti & Huttunen, Matti O (2008). ”Selittämättömistä” somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. *Duodecim* 124, 703–710.
- Sampalli, Tara; Fox, Roy A.; Dickson, Robert & Fox, Jonathan (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities. *Patient Prefer Adherence* 6, 757–764.

Savolainen, Tuija (toim.) (2017). Terveyssozialityön nimikkeistö. Nomenklatur för socialarbete inom hälsovården. Kuntaliitto. Helsinki.

Scharmer, Otto C. 2001. Self-transcending knowledge: sensing and organizing around emerging opportunities. *Journal of Knowledge Management* 5 (2), 137–150.

Selinheimo, Sanna; Vuokko, Aki; Hublin, Christer; Järnefelt, Heli; Karvala, Kirsi; Sainio, Markku; Suojalehto Hille & Paunio, Tiina (2018). Toiminnalliset oireet ja työkyvyn tuki sisäilmaongelmissa (TOSI) – Toimintamalli työterveyshuoltoon. Työsuojelurahaston ja Kansaneläkelaitoksen hankeraportti. Työterveyslaitos. Helsinki.

Selinheimo, Sanna; Vuokko, Aki; Hublin, Christer; Järnefelt, Heli; Karvala, Kirsi; Sainio, Markku; Suojalehto, Hille & Paunio, Tiina (2020). Psychosocial treatments for employees with non-specific and persistent physical symptoms associated with indoor air: A randomised controlled trial with a one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research* 131, 109962.

Selinheimo, Sanna; Vuokko, Aki & Juvonen-Posti, Pirjo (2019). Toiminnallisten häiriöiden kuntoutus. Sovellettavuus Kelan järjestämään kuntoutukseen ja vaikuttavat kuntoutusmuodot. Kuntoutusta kehittämässä 7/2019. Kela. Helsinki.

Silverman, David (1997). *Qualitative research: theory, method and practice*. Sage. London.

Silverman, David (2006). *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*. Sage. London.

Simpson, Peter A.; Mars, Tom & Esteves, Jorge E. (2017). A systematic review of randomised controlled trials using Acceptance and commitment therapy as an intervention in the management of non-malignant, chronic pain in adults. *International Journal of Osteopathic Medicine* 24, 18–31.

Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Saatavilla verkossa: www.kaypahoito.fi. (Viitattu 26.7.2021.)

Sklar, Asael Y.; Kardosh, Rasha & Hassin, Ran R. (2021). From non-conscious processing to conscious events: a minimalist approach. *Neuroscience of consciousness* 7 (2), 1–18.

Spradley, James P. (1979). *The ethnographic interview*. Holt, Rinehart & Winston. New York.

Spradley, James P. (1980). *Participant observation*. Holt, Rinehart & Winston. New York.

Stoddard, Jill A. & Afari, Niloofar (2012). *The Big book of ACT Metaphors. A practitioner's guide to experiential exercises & metaphors in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. Oakland.

Suopajarvi, Tiina; Koskinen-Koivisto, Eerika; Korjonen-Kuusipuro, Kristiina; Hytönen, Kirsi-Maria & Hämeenaho, Pilvi (2019). Tunteilla on väliä: Tutkijan tunteet etnografisessa tutkimusprosessissa. *Elore* 26 (2), 42–67.

Syömishäiriöt Käypä hoito -suositus (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Saatavilla verkossa: www.kaypahoito.fi. (Viitattu 26.7.2021.)

Szemerszky, Renáta; Gubányi, Mónika; Árvai, Dorottya; Dömötör, Zsuzsanna & Köteles, Ferenc (2015). Is There a Connection Between Electrosensitivity and Electrosensibility? A Replication Study. *International Journal of Behavioral Medicine* 22 (6), 755–763.

Tampereen yliopistollinen sairaala (2021). Väsyneen potilaan tutkimus- ja läheteohje. Verkkosivut osoitteessa https://www.tays.fi/fi-fi/ohjeet/laheteohjeet_ja_konsultaatiot/vasyneen_potilaan_tutkimus_ja_laheteohje. (Viitattu 23.9.2021.)

Tapola-Haapala, Maria (2017). Yhdysvaltalainen clinical social work kulttuurisena ilmiönä. Teoksessa Maija Jäppinen; Anna Metteri; Satu Ranta-Tyrkkö & Pirkko-Liisa Rauhala (toim.) *Kansainvälinen sosiaalityö. Käsitteitä, käytäntöjä ja kehityskulkuja. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2016. Toinen painos.* UNIPress. Helsinki, 76–101.

Tapola-Tuohikumpu, Sirpa-Maarit (2014). Keskustelunavauksia päihteiden käytöstä — tutkimus asiakkaan ja työntekijän ensitapaamisista A-klinikalla. Helsingin yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021). Näyttöön perustuvat menetelmät. Verkkosivu osoitteessa <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus/toimintamalleja-ja-menetelmia-tyon-tueksi/nayttoon-perustuvat-menetelmat>. (Viitattu 12.11.2021.)

Toikkanen Jarkko & Virtanen, Ira A. (2018). Kokemuksen käsitteen ja käytön jäljillä. Teoksessa Jarkko Toikkanen & Ira A. Virtanen (toim.) *Kokemuksen tutkimus VI – Kokemuksen käsite ja käyttö.* Lapland University Press. Rovaniemi, 169–190.

Trasek (2021). Lista sukupuolineutraaleista etunimistä (poiminta tehty 7.1.2019). Trasek ry. Saatavilla verkossa: <file:///Users/kati/Downloads/spneutraalit-nimet-2019-01-07.pdf>. (Viitattu 2.5.2021.)

Trevithick, Pamela (2008). Revisiting the knowledge base of social work: A framework for practice. *British Journal of Social Work* 38 (6), 1212–1237.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2011). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 7. uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Tuomisto, Matti T. & Lappalainen, Raimo (2015). Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 83–105.

Tuusa, Matti (2005). Kohti kuntouttavaa sosiaalityötä. Aktivointi ja työllistymisen tukeminen sosiaalityön ammattikäytäntönä kunnissa. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 74/2005. Helsinki.

Vaaranen, Heli (2004). Kaaharipoikia ja rappioromantiikkaa. Tutkimus erään kaahailukulttuurin elämänilosta ja tuhoisuudesta. *Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskuksen julkaisuja A 30.* Teknillinen korkeakoulu. Espoo.

- van den Bergh, Omer; Brown, Richard J.; Petersen, Sibylle & Witthöft, Michael (2017). Idiopathic environmental intolerance: a comprehensive model. *Clinical Psychological Science* 5 (3), 551–567.
- van Dessel, Nikki; den Boeft, Madelon; van der Wouden, Johannes C.; Kleinstäuber, Maria; Leone, Stephanie S.; Terluin, Berend; Numans, Mattijs E.; van der Horst, Henriette E. & van Marwijk, Harm (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11.
- Vasenkari, Maria (toim.) (1996). *Kulttuurin kenttätutkimuksen alkeet. Osallistuva havainnointi*. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Turku.
- Veehof, Martine M.; Oskam, Maartem-Jan; Schreurs, Karlein M. G. & Bohlmeijer, Ernst T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* 152 (3), 533–542.
- Veehof, Martine M.; Trompetter Hester R.; Bohlmeijer, Ernst T & Schreurs, Karlein M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy* 45 (1), 5–31.
- Vlaeyen, Johan W. S.; Crombez, Geert & Linton, Steven J. (2016). The Fear-avoidance model of pain. *Pain* 157 (8), 1588–1589.
- Wessely, Simon; Nimnuan, Chaichana & Sharpe, Michael (1999). Functional somatic symptoms: one or many? *The Lancet* 354, 936–939.
- WHO (1969). WHO Expert committee on medical rehabilitation. Technical report series 419. World Health Organisation. Geneva.
- Whyte, William Foote (1984). *Learning from the field. A guide from experience*. Sage. Beverly Hills.
- Wicksell, R. K.; Kemani, M.; Jensen, K.; Kosek, E.; Kadetoff, D.; Sorjonen, K.; Ingvar M. & Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17, 4, 599–611.
- Wortman, Margreet S. H.; Lokkerbol, Joran; van der Wouden, Johannes C.; Visser, Bart; van der Horst, Henriëtte E. & olde Hartman, Tim O. (2018). Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms. A systematic review. *PloS one* 13 (10).
- Yalom, Irvin (2005). *The Theory and practice of group psychotherapy*. Basic Book. New York.
- Yang, Su-Yin & McCracken, Lance M. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Clinical Outcomes Management* 21 (3), 134–144.
- Zaccaro, Andrea; Piarulli, Andrea; Laurino, Marco; Garbella, Erika; Menicucci, Danilo; Neri, Bruno & Gemignani, Angello (2018). How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Frontiers in human neuroscience* 12 (353), 1–16.

Zilliacus, Patrick (2020). Hyväksymis- ja omistautumisterapian työkirja elämän haasteisiin. Vapaudu mielesi karanteenista. Saatavilla verkossa <https://www.patrickzilliacus.fi/wp-content/uploads/2021/02/HOT-tyokirja.pdf>. (Viitattu 4.1.2022.)

Zilliacus, Patrick (2021). HOT-Lyhytterapeutin ensiaskeleet. Saatavilla verkossa <https://www.patrickzilliacus.fi/wp-content/uploads/2021/02/Lyhytterapeutin-ensiaskeleet.pdf>. (Viitattu 4.1.2022.)

Öst, Lars-Göran (2014). The Efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 61, 105–121.

Lähteenä käytetyt lait ja asetukset

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

LIITE 1 Suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Annan suostumukseni sille, että Kati Kauravaara Helsingin yliopiston sosiaalityön maisteriopintoihin liittyvässä tutkimuksessaan *toiminnallisista häiriöistä kärsivien henkilöiden kokemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta ryhmäinterventiosta*

- saa havainnoida*) toimintaani toiminnallisten häiriöiden poliklinikan ryhmäkuntoutuksessa 16.9–28.10.2020.
- saa haastatella minua.
- saa käsitellä henkilötietojani ja salassa pidettäviä minua koskevia asiakirjoja, kuten tätä suostumuslomaketta ja haastatteluaineistoa.
- saa käyttää keräämäänsä minua koskevaa aineistoa tutkimuksessaan.
- Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti, eikä minua ole painostettu tai houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.
- Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tutkimusaineiston keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Halutessani olen voinut esittää tutkimukseen liittyen kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin ja mieltäni askarruttaviin kysymyksiin.

Toiveitani:

Helsingissä _____kuun _____ päivänä 2020

Allekirjoitus

Nimenselvennys: _____

Syntymäaika: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköpostiosoite: _____

Kotiosoite: _____

Halutessaan tutkittava saa kopion tästä suostumuksesta. Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus jää tutkimuksesta vastaavan henkilön arkistoon, joka hävitetään viimeistään syyskuussa 2021

*) Havainnointi tarkoittaa tässä sitä, että tutkija tekee huomioita ryhmäkuntoutustapaamisissa tapahtuvista konkreettisista asioista, kuten siitä, kuinka osallistujat lähtevät johonkin harjoitukseen mukaan ja minkälaisia puheena ja kehon kielenä ilmeneviä havaintoja he tekevät yleisellä tasolla harjoituksista ajatellen kuntoutusprosessin etenemistä. Tutkija kirjoittaa ylös muistiinpanoja joko ryhmän aikana tai sen jälkeen.

LIITE 2 Ryhmätapaamisten teemat

1. Tapaaminen

- Alkukyselyiden (lomakkeet ja mittarit) täyttäminen
- Tutustuminen
- Yleistä ryhmästä
- Toiminnalliset häiriöt, mekanismit ja kuntoutus
- Arvotyöskentely: Arvoanalyysi

2. Tapaaminen

- Tietoisien läsnäolon harjoitus: Hengityksen seuraaminen
- Kuulumiskierros
- Toiminnalliset häiriöt ja psykologinen joustavuus
- Sananen hyväksymis- ja omistautumisterapiasta
- Arvotyöskentely: Arvojen mukaisen elämän jana

3. Tapaaminen

- Kuulumiskierros ja kotitehtävien reflektointi
- Tietoisien läsnäolon harjoitus: Tietoinen kävely
- Tietoisesta läsnäolosta keskustelu
- Välttämiskäyttäytyminen
- Altistaminen
- Sietoikkuna ja sen löytäminen

4. Tapaaminen

- Tietoisien läsnäolon harjoitus: Virrassa lipuvat lehdet
- Kuulumiskierros ja kotitehtävien purkaminen
- Esteistä yleensä
- Havainnoivan minän perspektiivi: Minulla on ajatus -harjoitus
 - omaan minäkuvaan samaistuminen
 - ajatuksiin, tunteisiin ja kehon tuntemuksiin samaistuminen

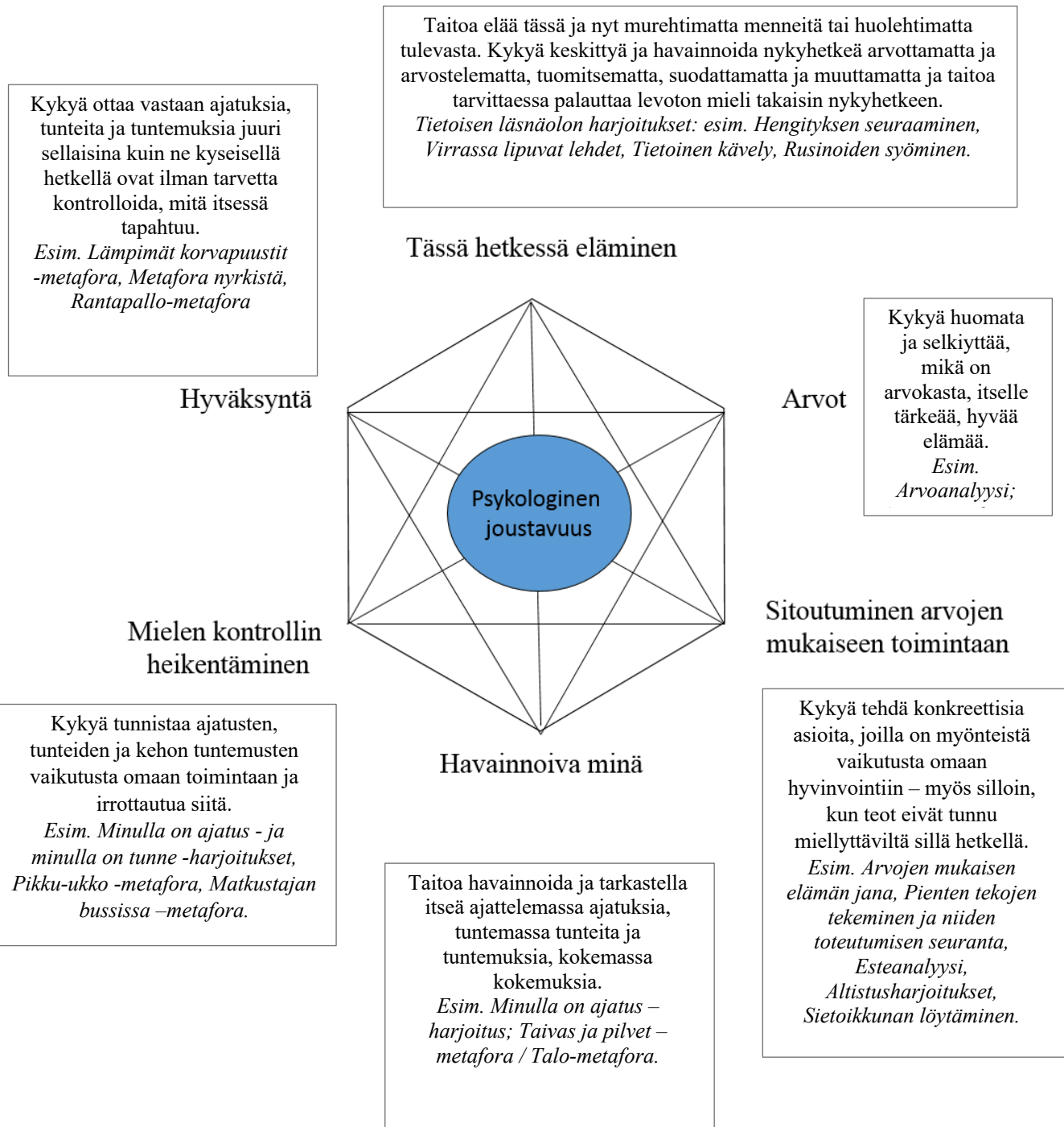
5. Tapaaminen

- Tietoisien läsnäolon harjoitus: Ympäristön havainnointi
- Kuulumiskierros ja kotitehtävien purkaminen
- Mielen kontrollinen heikentäminen:
 - Pikku-ukko-metafora
 - Matkustajat bussissa -metafora
 - Mutta-lauseet
 - Tuo este eteesi -harjoitus

6. Tapaaminen

- Tietoisien läsnäolon harjoitus: Rusinoiden syöminen
- Kuulumiskierros ja kotitehtävien purkaminen
- Hyväksyntä:
 - Rantapallo-metafora
 - Nyrkki-metafora
- Loppukyselyiden (lomakkeet ja mittarit) täyttäminen
- Palautekierros ja ryhmän loppureflektointi

LIITE 3 Kuhunkin psykologisen joustavuuden osa-alueisiin ensisijaisesti liittyvät ryhmäkuntoutuksessa läpikäytyt harjoitukset ja metaforat



LIITE 4 Ryhmäkuntoutuksen pelisäännöt

1 Vaitiolovelvollisuus. Muiden kertomat asiat jäävät huoneeseen. Omista asioista saa puhua.

2. Kunniottava, salliva ilmapiiri.

3 Saa kieltäytyä jakamasta henkilökohtaisia kokemuksia tai saa kertoa sillä tarkkuudella kuin haluaa.

4 Jokainen osallistuja sitoutuu yrittämään parhaansa ja tarjoamaan itselleen mahdollisuuden kuntoutumiseen ja heittäytymään uusien kokemusten äärelle.

5 Ryhmänvetäjät sitoutuvat tarjoamaan kaikille osallistujille parhaan mahdollisuuden kuntoutumiseen.

6 Ryhmässä keskitytään kuntoutumiseen. Keskustelut ryhmässä on tarkoitettu kuntoutumiseen liittyviin aiheisiin, jotka tukevat positiivista kehitystä kohti parempaa toimintakykyä. Tässä ryhmäkuntoutuksessa ei ole tarkoitus käydä läpi perusteellisesti osallistujien sairaushistoriaa ja oirekirjoa tai mahdollisia kokemuksia epäoikeudenmukaisesta kohtelusta terveydenhuollossa. Sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa varataan yksilöllinen aika sosiaalityöntekijälle.

7 Ohjaajat ovat tavattavissa/käytettävissä myös yksilötapaamisilla ryhmäintervention aikana:

- ryhmätapaamisen jälkeen voi jäädä juttelemaan.
- mahdolliset etukäteen sovitut yksilötapaamiset.

8 Ryhmän jäsenet sitoutuvat tekemään itsenäisesti töitä ryhmätapaamisten välillä (kotitehtävät).

9 Ryhmän jäsenet sitoutuvat osallistumaan jokaiselle tapaamiselle. Sairaustapauksissa ilmoitetaan esteestä ryhmän ohjaajille (*tässä yhteystiedot*).

LIITE 5 Kysely oireiden kokemisesta

Valitse seuraavista kysymyksistä numero, joka parhaiten vastaa kokemustasi toiminnallisista oireistasi.

Kuinka paljon oireesi vaikuttavat elämääsi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eivät vaikuta lainkaan										Vaikuttavat erittäin paljon

Kuinka pitkään uskot oireittesi vielä jatkuvan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hyvin lyhyen aikaa										Ikuisesti

Kuinka paljon koet voitavasi vaikuttaa oireisiisi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En voi vaikuttaa niihin lainkaan										Voin vaikuttaa niihin erittäin paljon

Kuinka paljon uskot kuntoutuksen auttavan oireisiisi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kuntoutus ei auta lainkaan										Kuntoutus auttaa erittäin paljon

Kuinka paljon erilaisia oireita sinulla on?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei lainkaan oireita										Hyvin paljon voimakkaita oireita

Kuinka huolissasi olet oireistasi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En ole lainkaan huolissani										Olen erittäin huolissani

Kuinka hyvin koet ymmärtäväsi oireitasi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En ymmärrä lainkaan										Ymmärrän erittäin selvästi

Kuinka paljon oireesi herättävät tunteita, kuten esimerkiksi suuttumusta, pelkoa, turhautumista, surua tai harmia?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oireet eivät herätä lainkaan tunteita									Oireet herättävät erittäin paljon voimakkaita tunteita	

Listaa tärkeysjärjestyksessä kolme tekijää, joiden uskot aiheuttaneen oireesi.

Mielestäni tärkeimmät tekijät ovat:

- 1.
- 2.
- 3.

Mukaellen suomennettu: The Brief Illness Perception Questionnaire: Broadband et. al. (2006) Journal of Psychosomatic Research

Mitkä ovat kolme omaa tavoitettasi ryhmäkuntoutukselle?

Kerro vielä lopuksi lyhyesti odotuksistasi ryhmäkuntoutukselle.

LIITE 6 Tyytyväisyys elämään -mittari

Tyytyväisyys elämään (Ojanen 2001; Harrar ym. 2009)

Nimi:

Päivämäärä:

Miten tyytyväinen olet elämääsi tällä hetkellä? Arvioi tyytyväisyyttäsi elämään alla olevalla asteikolla. Lue ensin kaikki vaihtoehdot ja valitse sitten mielestäsi paras vaihtoehto. Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa tilannettasi. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin. Kirjaa poikkiviivan viereen kirjain A (alussa) tai L (lopussa) riippuen siitä, onko kyseessä alku- vai loppuarvio.

Erittäin tyytyväinen	100	Olen erittäin tyytyväinen elämääni. Asiani eivät voisi olla paremmin. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.
Hyvin tyytyväinen	90	Olen hyvin tyytyväinen elämääni. Minun on vaikea keksiä, mitä vielä toivoisin tai haluaisin.
Tyytyväinen	80	Olen tyytyväinen elämääni. On vain muutamia asioita, joihin en ole tyytyväinen. Niistä ei ole minulle paljoa harmia.
	70	Olen elämääni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kielteisiä asioita.
Melko tyytyväinen	60	Eräistä kielteisistä asioista huolimatta arvioni elämäntilanteestani painottuu myönteiseksi.
Kohtalaisen tyytyväinen	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämässäni ja ovat omalla tavallaan tasapainossa. Joihinkin asioihin olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvasti tyytymättömyyttä.
	40	Eräistä myönteisistä asioista huolimatta arvioni elämäntilanteestani painottuu kielteiseksi.
Melko tyytymätön	30	Olen melko tyytymätön elämääni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydytystä tuottavia asioita.
Tyytymätön	20	Olen tyytymätön elämääni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät lämmitä minua kovinkaan paljon.
Hyvin tyytymätön	10	Olen hyvin tyytymätön elämääni. Minun on vaikea keksiä asioita, joihin olisin tyytyväinen.
Erittäin tyytymätön	0	Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.

LIITE 7 Core-mittari

CLINICAL
OUTCOMES in
ROUTINE
EVALUATION (18B)

Paikan tunnus	<input type="text"/>	Vaihe	<input type="text"/>
Asiakkaan tunnus	<input type="text"/>	F = 1. terapia kerta	
Päivämäärä	<input type="text"/>	D = Terapian aikana	
Käyntikerta	<input type="text"/>	L = Viimeinen terapiakerta	

TÄRKEÄÄ - LUE TÄMÄ ENNEN TÄYTTÄMISTÄ

Tässä lomakkeessa on 34 väittämää siitä, kuinka olet voinut VIIMEISEN VIIKON AIKANA. Lue jokainen väittämä ja mieti, kuinka usein olet kokenut siinä kuvattuja tunteita viimeisen viikon aikana. Valitse sitten laatikko, joka on lähimpänä kokemuksiasi.

Viimeisen viikon aikana...		Ei lainkaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	
1	Olen tuntenut oloni yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2	Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3	Olen ollut toiveikas tulevaisuuteni suhteen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
4	Olen ollut täysin voimaton ja innoton	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
5	Olen suunnitellut itsemurhaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
6	Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
7	Olen ollut tyytyväinen tekemiini asioihin	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8	Kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa on tuntunut ylivoimaiselta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
9	Olen ollut tyytyväinen itseeni	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
10	Jännitys ja ahdistus ovat estäneet minua tekemästä tärkeitä asioita	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
11	Epämieluisat ajatukset ja tunteet ovat häirinneet minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12	Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
13	Olen tuntenut, että minulla on joku, joka tarvittaessa tukee minua	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
14	Minulla on ollut itkuinen olo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
15	Olen uhkaillut tai pelotellut toista ihmistä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
16	Olen pystynyt tekemään suurimman osan tarvittavista asioista	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
17	Olen tuntenut, ettei minulla ole ystäviä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
18	Olen syyttänyt itseäni ongelmistani ja vaikeuksistani	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P

KIITOS KYSELYN TÄYTTÄMISESTÄ

	W	P	F	R	Kaikki	Kaikki-R
Yhteispisteet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Keskiarvopisteet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	=W/4	=P/6	=F/6	=R/2	=Kaikki/18	=Kaikki-R/16

LIITE 8 Loppuarvio psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutuksesta

Arvioi kuinka kuntoutusryhmän tavoitteet ovat toteutuneet kohdallasi:

1 = täysin eri mieltä

2 = jokseenkin eri mieltä

3 = ei samaa eikä eri mieltä

4 = jokseenkin samaa mieltä

5 = täysin samaa mieltä

1. Opin ymmärtämään toiminnallisen häiriön mekanismia.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

2. Sain uutta perspektiiviä omiin oireisiini.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

3. Sain tukea kuntoutumiseeni.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

4. Opin ymmärtämään oman kehon ja mielen reaktioitani.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

5. Kehotietoisuuteni lisääntyi.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

6. Toiminnallisten oireiden vaikutus elämäni vähentyi.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

7. Opin keinoja kehon automatisoituneisiin reaktioihin vaikuttamiseksi.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

8. Elämänlaatuni parani.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

9. Toimintakykyni parani.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

10. Hyvinvointini parani.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

11. Sain keinoja oman itsenäisen kuntoutumiseni jatkamiseksi.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

12. Sain positiivista vertaistukea muilta kuntoutujilta.

1	2	3	4	5
Täysin eri mieltä				Täysin samaa mieltä

Kuinka omat ryhmäkuntoutukselle asettamasi tavoitteet ja odotukset toteutuivat mielestäsi?

Arvostaisimme, jos vielä kirjoittaisit muutaman sanasen siitä, mikä mielestäsi toimi ryhmäkuntoutuksessa ja miten voisimme sitä vielä kehittää.

Kiitos palautteestasi!

LIITE 9 Teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Kerro aluksi yleisesti, minkälainen kokemus sinulle oli toiminnallisten häiriöiden ryhmäkuntoutus.

Kuinka kuvaisit sitä muutosta, joka ryhmäkuntoutuksen aikana tapahtui?

Tukiko ryhmäkuntoutus kuntoutumistasi toiminnallisesta häiriöstä? Kerro, millä tavalla? / Mikä erityisesti ryhmäkuntoutuksessa hyödytti kuntoutumisprosessiasi?

Jos ryhmäkuntoutus ei tukenut kuntoutumistasi, kerro arviosi siitä, miksi näin oli. / Oliko ryhmäkuntoutuksessa sellaista, joka ei tukenut tai haittasi omaa kuntoutumisprosessiasi?

Kerro, minkälainen merkitys kuntoutumisprosessissasi oli itse ryhmällä ja vertaisilla?

Kerro, minkälainen merkitys kuntoutumisprosessissasi oli ryhmän vetäjillä?

Arvioi, oliko sillä mielestäsi merkitystä, että toinen ryhmän vetäjästä oli nimenomaan sosiaalityöntekijä?

Kerro, minkälainen merkitys kuntoutumisprosessissasi oli ryhmän sisällöllä?

Onko vielä jotakin, mitä haluaisit sanoa lopuksi?

LIITE 10 Tiedote tutkittavalle

Toiminnallisista häiriöistä kärsivien henkilöiden kokemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta ryhmäinterventiosta -tutkimus

Olen Helsingin yliopiston sosiaalityön maisterivaiheen opiskelija ja teen tutkimusta Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin (HUS) Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan toteuttamasta ryhmäkuntoutuksesta. Toimin samalla ryhmäkuntoutuksessa toisena ohjaajana. Pyydän, että tutustut tähän tiedotteeseen ja osallistut tieteelliseen tutkimukseeni.

Mitä tutkin

Olen tutkimuksessani kiinnostunut siitä, miten toiminnallisista häiriöistä kärsivät henkilöt kokevat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen ryhmäintervention osana omaa kuntoutustaan.

Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat toiminnallisesta häiriöstä kärsivät henkilöt, jotka osallistuvat toiminnallisten häiriöiden poliklinikan järjestämään Psykologisen joustavuuden ryhmäkuntoutukseen syksyllä 2020.

Tutkimusaineiston kerääminen

Kerään aineistoni ryhmässä tapahtuvan osallistuvan havainnoinnin ja erillisten haastattelujen avulla syksyn 2020 aikana. Osallistuva havainnointi tarkoittaa tässä sitä, että tutkija osallistuu ryhmän ohjaamiseen yhdessä psykologi Sanna Lieston kanssa ja tekee huomioita ryhmäkuntoutustapaamisissa tapahtuvista konkreettisista asioista, kuten siitä, kuinka osallistujat lähtevät johonkin harjoitukseen mukaan ja minkälaisia havaintoja he tekevät yleisellä tasolla harjoituksista ajatellen kuntoutusprosessin etenemistä. Tutkija kirjoittaa ylös muistiinpanoja joko ryhmän aikana tai sen jälkeen. Haastattelut toteutetaan henkilökohtaisina yksilöhaastatteluina.

Tutkimuksen suorittamisen etiikka

Suoritan tutkimukseni hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla noudattaen tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia ohjeita. Tämä tarkoittaa muun muassa seuraavia asioita:

- HUSin tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon 8.7.2020 ja 12.8.2020.
- Henkilöllisyytesi ei tule esille ulkopuolisille, etkä ole tunnistettavissa lopullisesta tutkimusraportista. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri sekä Toiminnallisten häiriöiden poliklinikka on nimellä esillä tutkimusraportissa.
- On tärkeää, että ymmärrät, mihin olet osallistumassa ja osallistut vapaaehtoisesti.
- Sinulla on oikeus olla osallistumatta tai yksittäisissä tilanteissa vastaamatta. Voit milloin tahansa tutkimuksen aikana syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistumisesi, eikä suostumuksen perumisesta aiheudu kielteisiä seuraamuksia, eikä se vaikuta asemaasi terveydenhuollon asiakkaana. Vaikka kieltäytyisitkin tutkimuksesta, voit jatkaa mahdollisesti aloittamaasi ryhmäinterventiota tai osallistua halutessasi johonkin toiseen Toiminnallisten häiriöiden poliklinikan tarjoamaan ryhmäkuntoutukseen.
- Tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä, ja sitä käsitellään luottamuksellisesti tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksenteon jälkeen.
- Tutkimukseen osallistuminen ei estä meneillään olevaa kuntoutus- tai hoitajaksoasi Toiminnallisten häiriöiden poliklinikalla.

Lisätietoja

Minulle saa esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Vastaan niihin mielelläni.

Yhteystietoni: Kati Kauravaara, LitT, VTK, avustava sosiaalityöntekijä ja tutkija, puh. +358 50 5836802, sähköpostiosoite: kati.kauravaara@hus.fi.

Ystävällisesti
Kati Kauravaara