

*"Oma entinen on palannut takaisin elämään"*

Kuntoutuksen vaikuttavuus aikuisena kuuroutuneiden henkilöiden  
elämänhallintaan ja psykososiaaliseen hyvinvointiin

Anu Autio  
Pro gradu -tutkielma  
Erityispedagogiikka  
Opettajankoulutuslaitos  
syyskuu 2011  
ohjaaja: Jarkko Hautamäki

## HELSINGIN YLIOPISTO - HELSINGFORS UNIVERSITET

Tiedekunta Käyttätymistieteellinen tiedekunta	Laitos Opettajankoulutuslaitos	
Tekijä Anu Autio		
Työn nimi "Oma entinen on palannut takaisin elämään". Kuntoutuksen vaikuttavuus aikuisena kuuroutuneiden henkilöiden elämänhallintaan ja psykososiaaliseen hyvinvointiin.		
Oppiaine Erityispedagogiikka		
Työn laji ja ohjaajat Pro gradu -tutkielma, Jarkko Hautamäki	Aika Syyskuu 2011	Sivumäärä 58 sivua + 10 liitesivua
<b>Tiivistelmä</b> <i>Tavoitteet</i> Tutkimuksen tavoitteena oli saada lisää tietoa aikuisena kuuroutuneiden ja vaikeasti huonokuuloisten henkilöiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista ja elämänhallinnasta sekä tarkastella kuuroutuneiden kurssitoiminnan vaikuttavuutta. <i>Menetelmät</i> Tutkimuksessani käytin kuntoutuksen tutkimuksen mittareita, jotka sopivat sovellettaviksi kuuroutuneiden kuntoutuksen arviointiin tarkasteltaessa elämänhallintaa ja psykososiaalista hyvinvointia. Keräsin aineiston kyselylomakkein Kuuloliiton Kopolan kurssikeskuksessa kolmella kuntoutuskurssin aloitusjaksolla 2009 sekä seurantakyselynä saman kurssin kolmannella jaksolla 2009–2010. Kysely sisälsi sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Kysely käsitteli viittä elämänhallinnan ja psykososiaalisen hyvinvoinnin aluetta: koherenssintunne (elämänhallinta), ihmissuhteet ja niistä saatu tuki, mieliala, itsetunto sekä tyytyväisyys elämään. Lisäksi kysyin kurssilaisten kokemuksia ryhmäkuntoutuksesta. <i>Tulokset ja johtopäätökset</i> Kyselyn vastaajista naisia oli seitsemän ja miehiä kolme. Vastaajat olivat keskimäärin 63-vuotiaita. Kaikki vastaajat olivat eläkkeellä. Kuuroutumisen kuvattiin vaikuttaneen vastaajien sosiaaliseen elämään, vapaa-aikaan sekä vaikeuttaneen elämää. Kurssilta vastaajat toivoivat uusien taitojen kuten viitotun puheen ja huulitaluvun oppimista, mielialan kohennusta, kuuroutumisen hyväksymisen oppimista sekä vertaistukea. Kurssien jälkeen vastaajien läheisten ihmisten määrä oli kasvanut ja yhteydenpito tihentynyt hieman. Aiempaa useampi vastaaja oli tyytyväinen mm. kykyynsä huolehtia itsestään, vapaa-aikaansa, taloudelliseen tilanteeseensa, perhe-elämäänsä, henkisiin voimavaroihinsa sekä fyysiseen kuntoonsa. Enemmistöllä vastaajista oli masennukseen viittaavia oireita kurssien alkaessa. Kuntoutuksen aikana lähes jokaisen vastaajan oireet lievenivät tai poistuivat kokonaan. Vastaajat kokivat, että kuntoutuksessa heitä oli kuultu ja arvostettu, heidät oli hyväksytty ja heistä oli pidetty huolta. Kurssi tarjosi mahdollisuuden uskoutumiseen, ja keskustelut antoivat tukea ja vahvistusta. Kurssin voi todeta vaikuttaneen positiivisesti kurssilaisten sopeutumiseen ja voimaantumiseen. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää vammaispalveluissa, kuntoutuksen kehittämistyössä sekä laajemmin ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollossa.		
Avainsanat: kuuroutuminen, elämänhallinta, psykososiaalinen hyvinvointi, kuulovammaisten kuntoutus, vaikuttavuus		
Säilytyspaikka: Käyttätymistieteellisen tiedekunnan kirjasto ja Erityispedagogiikka		
Muita tietoja Olen kirjoittanut osasta aineistoa opinnäytetyön Metropolia ammattikorkeakouluun (sosionomi AMK) 2009 sekä kandidaatintutkielman erityispedagogiikan koulutukseen 2009.		

## HELSINGIN YLIOPISTO - UNIVERSITY OF HELSINKI

Faculty Faculty of Behavioural Sciences	Department Department of Teacher Education	
Author Anu Autio		
Title "The person I once was has come back to life". The effectiveness of rehabilitation on the life management and psychosocial well-being of late-deafened adults.		
Subject Special Education		
Level and instructor Master's Thesis, Jarkko Hautamäki	Month and year September 2011	Number of pages 58 pages + 10 appendixes
<p>Abstract</p> <p><i>Objective</i> The objective of this study was to learn about the psychosocial well-being and life management of Finnish adults with late deafness or hearing loss and to observe the effectiveness of the rehabilitation courses they participated in.</p> <p><i>Methods</i> For my study I used indicators which were suitable for the evaluation of life management and psychosocial well-being of late-deafened adults. The first part of the study was conducted during 2009 as a questionnaire on three rehabilitation courses in Kopola, a course center of the Finnish Federation of Hard of Hearing. The follow-up study was done at the third period of the courses during 2009–2010. The questionnaire contained both open and structured questions. The questionnaire consisted of five areas concerning life management and psychosocial well-being: sense of coherence (life management), human relations and social support, mood, self-esteem and satisfaction with life. I also asked the participants to reflect on their experiences of group rehabilitation.</p> <p><i>Results and conclusions</i> The participants consisted of seven women and three men. They were approximately 63 years old and were all retired. Loss of hearing was described to have affected their social life, free time, and in general made their lives more difficult. From the course the participants hoped to gain new skills such as signed speech and lip-reading, uplift their mood, accept their loss of hearing and experience peer support. After the courses they replied that they had more close relations with whom they also were a little more in contact with. More participants were satisfied with e.g. their ability to take care of themselves, their free time, financial situation, family life, mental resources and physical shape. Majority of the participants showed symptoms of depression when the courses started, but at the end of the courses these signs had moderated or disappeared for most of them. The participants felt that during the rehabilitation they had been heard, respected, accepted and been taken care of. The course provided the possibility for confiding, and the discussions gave the participants support and consolidation. In conclusion, the course affected positively on the acclimatization to the hearing loss and the empowerment of the participants. The results of this study can be utilized in disability services, the development of rehabilitation and in the social- and health services of senior citizens.</p>		
Keywords: late-deafened adults, life management, psychosocial well-being, rehabilitation of the hearing-impaired, effectiveness		
Where deposited: Library of Behavioural Sciences and Special Education		
Additional information: Parts of the material have been used in my thesis for the Metropolia University of Applied Sciences (Bachelor of Social Services) 2009 and my thesis for the Department of Teacher Education (Bachelor of Education) 2009.		

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 KUUROUTUMINEN TOIMINNALLISENA HAITTANA .....	2
2.1 Kommunikoinnin vaikeudet sosiaalisena haittana .....	3
2.2 Kuuroutumisen psykososiaaliset vaikutukset.....	4
3 VAIKEASTI KUULOVAMMAISEN HENKILÖN KUNTOUTUS .....	5
3.1 Kuntoutuksen tavoitteena valtaistuminen.....	7
3.2 Kuuloliiton kuntoutumiskurssien osanottajat .....	8
4 ELÄMÄNHALLINTA JA PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI.....	9
4.1 Elämänhallinta .....	9
4.1.1 Koherenssin tunne elämänhallinnan mittarina.....	11
4.1.2 Itsetunto .....	12
4.2 Psykososiaalinen hyvinvointi .....	13
4.2.1 Psykologinen hyvinvointi .....	14
4.2.2 Sosiaalinen hyvinvointi .....	14
4.2.3 Sosiaalinen verkosto ja tuki .....	15
5 KUNTOUTUKSEN ARVIOINTI .....	17
6 TUTKIMUSASETELMA JA MENETELMÄT.....	19
6.1 Kyselylomake .....	21
6.1.1 Elämänhallinta .....	21
6.1.2 Mieliala .....	22
6.1.3 Itsetunto .....	22
6.1.4 Ihmissuhteiden määrä ja ihmissuhteisiin liittyvä tuen saanti .....	23
6.1.5 Tyytyväisyys elämään ja sen eri osa-alueisiin.....	23
7 TUTKIMUSMENETELMIEN LUOTETTAVUUS .....	23
7.1 Mittareiden reliabiliteetti .....	24
7.2 Mittareiden validiteetti .....	25
8 TUTKIMUKSEN ETIIKKA TARKASTELETAESSA PIENTÄ VÄESTÖRYHMÄÄ	26
9 TULOKSET .....	27
9.1 Vastaajien taustatiedot.....	27
9.2 Sopeutumisvalmennuskurssia koskevat tavoitteet .....	28
9.3 Ihmissuhteiden määrä ja ihmissuhteisiin liittyvä tuen saanti .....	29
9.4 Elämänhallinta.....	32
9.5 Tyytyväisyys elämään ja sen eri osa-alueisiin.....	33
9.6 Mieliala, itsetunto ja pystyvyyden tunne.....	38

9.7 Itsetunto .....	40
9.8 Kuntoutuksen merkitys.....	40
10 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	43
10.1 Koherenssintunne ei selkeästi parantunut .....	43
10.3 Sosiaalisen tuen merkitys ihmisen hyvinvoinnille näkyi tuloksissa.....	44
10.3 Masentuneisuuden oireet lievenivät tai poistuivat lähes jokaisella .....	46
10.4 Tyytyväisyys lisääntyi monella elämänalueella .....	48
10.5 Kurssitavoitteet saavutettiin .....	49
11 POHDINTA .....	50
LÄHTEET .....	53
LIITTEET 1–10 .....	59

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen kehittämishankkeen (2004) toteaa kuntoutuksen tutkimusta olevan Suomessa liian vähän. Ohjelman mukaan lisää tietoa tarvitaan muun muassa kuntoutus- ja palvelutarpeiden havaitsemisesta, vaikuttavuudesta sekä kuntoutumis- ja muutosprosessista. Kelan tutkimus vaikeavammaisten kuntoutuksesta toteaa, että hyvien kuntoutuskäytäntöjen edelleen kehittämiseksi on saatava lisätietoa nykyisistä kuntoutuskäytännöistä, kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja sen osoittamiseen soveltuvista arviointimenetelmistä (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 5). Tämä tutkielma pyrkii vastaamaan tähän tarpeeseen tuomalla lisätietoa kuuroutumisen vaikutuksista yksilöön sekä kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Valtioneuvoston kuntoutusohjelmassa eduskunnalle (2002, 3) kuntoutus on määritelty seuraavasti:

*Kuntoutus on ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.*

Tutkielmani tutkimuskysymykset nousevat osittain tästä kuntoutuksen käsitteestä. Tapahtuuko kurssilaisissa tai heidän ympäristössään muutosta muutosta, joka lisääisi heidän toimintakykyään ja itsenäistä selviytymistään (elämänhallinta) sekä hyvinvointiaan? Tutkielmani käsittelee Kuuloliiton sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kuuroutuneiden ja vaikeasti huonokuuloisten henkilöiden elämänhallinnan tunnetta, ihmissuhteisiin liittyvää tukea, mielialaa, itsetuntoa sekä tyytyväisyyttä elämään ja sen eri osa-alueisiin. Nämä teemat liittyvät läheisesti toisiinsa ja muodostavat yhdessä tutkimuksen pääteemoiksi elämänhallinnan ja psykososiaalisen hyvinvoinnin. Jatkossa käytän tutkimusryhmästä nimitystä kuuroutuneet, sillä heidän vaikeutensa ja syynsä hakeutua kurssille ovat yhtäläiset vamman vaikeusasteesta riippumatta.

Muutosprosessin tarkastelu on yksi väline kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin, jota kuten Kelan tutkimusprofessori Timo Klaukka (2008, 88) toteaa, "peräänkuulutetaan voimistuvilla äänenpainoilla". Vaikuttavuuden sisällöstä ja sen tutkimisen menetelmistä on olemassa monia koulukuntia, mutta tavoite on yhteinen. Kuntoutuksesta tulisi olla todistettavaa hyötyä. Hyöty voidaan määrittellä monella tavalla, itse lähestyn sitä tutkimuksessani kurssilaisten näkökulmasta.

Tein tutkielmani yhteistyössä Kuuloliiton kanssa. Kuuloliiton Kopolan kurssikeskuksen johtaja Satu Laitinen toimi työni ohjaajana. Haluan tutkielmallani tuoda esiin ryhmän, josta ei ole tehty juurikaan tutkimuksia: aikuisena kuuroutuneet. Vammautumisen jälkeen ihminen rakentaa uudelleen identiteettiään ja on pakotettu oppimaan uusia tapoja hallita elämäänsä. Kuuroutuneen

tulee löytää uudelleen paikkansa maailmassa, joka näyttäytyy vammaiselle henkilölle erilaisena kuin vammattomalle. Vammaisuus on kaikkia ihmisiä tavalla tai toisella koskettava ilmiö, vaikkakin samalla vieras ja etäinen (Vehmas, 2005, 11). Lähestyn tutkielmassani vammaisuutta sekä yksilöllisenä kokemuksena että sosiaalisena ilmiönä.

Kandidaatintutkielmassani (Autio 2010) toin esiin, miltä pohjalta he tämän identiteetti-työnsä ja kuntoutumisensa aloittavat. Pro gradu -tutkielmani käsittelee kuntoutuskurssien jälkeen tapahtunutta muutosta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta. Toivon työni lisäävän ymmärrystä kuuroutumisen ja kuulovamman vaikutuksesta ihmisen elämäntilanteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Työni tavoitteena on tehdä näkyväksi kuntoutuksen ja tuen tarve kuuroutuneilla sekä tukea kurssityön kehittämistä.

Keräsin tutkimukseni aineiston kuntoutumiskursseilta vuosina 2009 ja 2010. Kursseilta keräämääni materiaalia käsittelevän sosionomi AMK -opintojeni päättötyössä sekä kandidaatintutkielmassani. Pro gradu -tutkielmani on seurantatutkimus, jossa tarkastelen kuntoutuksen vaikuttavuutta analysoimalla mahdollisia muutoksia kurssilaisissa sekä heiltä kerättyä palautetta vertaistuesta ja työntekijöiltä saadun tuen merkityksestä.

## 2 KUUROUTUMINEN TOIMINNALLISENA HAITTANA

Kuulovamma on aikuisten yleisin kommunikaatiohäiriö. On arvioitu, että jopa 15–20 prosentilla länsimaiden väestöstä on kuulon alenema, jonka syynä on yleensä sensoneuraalinen, konduktiivinen tai sekamuotoinen kuulovamma. Konduktiivisessa viassa vaurio on ulko- tai välikorvan alueella. Valtaosa kuulovammoista on sensoneuraalisesta eli sisäkorvatyypisestä viasta johtuvia. (Helvik ym. 2006, 535; Jauhiainen 1995, 178.) Suomalaisista arviolta 300 000 henkilöllä on jonkinasteinen kuulovamma. Heistä kuulokojeita käyttää noin 150 000 henkilöä. Kuulo heikkenee normaalisti iän mukana, ja 60-vuotiaista joka kolmannella ja 80 vuotta täyttäneistä lähes kaikilla on jonkinasteisia kuulovaikeuksia ainakin meluisissa olosuhteissa. (Marttila 2005.)

Kuuloelinten ja kudosten sairaudet sekä vammat aiheuttavat toiminnallisia häiriöitä ja muutoksia, jotka ihminen kokee oireina. Mittauksin osoitettavissa olevia toiminnallisia häiriöitä kutsutaan vaurioiksi (*impairment*), jotka aiheuttavat toiminnanvajausta (*disability*). Toiminnanvajausten tyyppi ja vaikeusaste on yksilöllinen. Siihen vaikuttavat mm. henkilön elämäntilanne sekä kuunteluolosuhteet. Toiminnanvajausta vaikeuttaa mahdollisuuksia toimia esimerkiksi iän tai ammatin edellyttämällä tavalla kotona, työssä ja sosiaalisissa tilanteissa. Tästä suoritus- ja työkykyä alentavasta haitasta (*handicap*) seuraa usein myös sosiaalisia ja taloudellisia vaikeuksia. (Andersson ym. 2008, 213.)

Kuulovaurioryhmittely noudattaa Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmiä. Ryhmittelyn mukaan erittäin vaikeana kuulovamma pidetään yli 80 dB:n kuulotasoa (Andersson ym. 2008, 213; Marttila 2005). Aikuisena kuuroutuneen kuulokynnystasoksi on Suomessa määritelty, että henkilö kuulee kuulokkeilla paremmalla korvallaan taajuuksia 0,5, 1 ja 2 kHz keskimäärin yli 90 dB:n voimakkuudella eikä saa selvää puheesta kuulonvaraisesti (Välimaa & Rimmanen 2000, 307). On kuitenkin tärkeää huomioida, että desibelimitaus kuvaa vain aistielinten vian astetta, ei kuulon menetyksestä seuraavaa toiminnanvajautta tai haittaa. Kuuroutumisesta seuraavat haitat koetaan yksilöllisesti.

Merkittävä kuulovika on noin 6–10 prosentilla väestöstä (Marttila 2005). Erittäin vaikean kuulovian esiintyvyys on Suomessa 0,1 % kaikissa ikäryhmissä. (Välimaa & Rimmanen 2000, 307.) Tutkielmani kohderyhmään kuuluvia kuuroutuneita ja erittäin vaikeasti huonokuuloisia on Suomessa noin 3 000 (Kuulonhuoltoliitto 2008).

Kuulovammaiset ryhmitellään Pohjoismaissa kuuroihin, kuuroutuneisiin sekä huonokuuloisiin. Käsitteelle kuuro ei ole tarkkaa, yksiselitteistä lääketieteellistä määritelmää, mutta tyypillisesti kuuro-käsitteellä viitataan ennen puheen oppimista kuuroutuneisiin (prelingvaalinen kuulovamma), viittomakielisiin henkilöihin. (Andersson ym. 2008, 214; Jauhiainen 1995, 204; Takala 1995, 5.)

Huonokuuloinen henkilö voi kuulovauriostaan huolimatta käyttää puhekieltä viestinnässään apuvälineen kuten kuulokojeen avulla. Kuuroutuneeksi kutsutaan henkilöä, joka on koko ikänsä käyttänyt kuuloa ja puhetta kommunikoinnissaan, mutta on menettänyt kuulonsa kokonaan tai lähes kokonaan (postlingvaalinen kuulovamma) eikä pysty apuvälineidenkään avulla saamaan puheesta selvää. (Andersson ym. 2008, 214.) Kuuroutumisen syy voi olla perinnöllinen, synnynnäinen tai varhaislapsuuteen liittyvä (Morrison 1993, Välimaan & Rimmanen 2000, 307 mukaan).

## 2.1 Kommunikoinnin vaikeudet sosiaalisena haittana

Kuuroutumisen näkyvin haitta on kommunikoinnin vaikeutuminen: kuulonvarainen puheen vastaanottaminen ja ymmärtäminen hankaloituu. Usein kuuroutuneella on vaikeuksia kahdenkeskisesäkin kommunikoinnissa ja ryhmätilanteet tuntuvat mahdottomilta. Tämä voi aiheuttaa sen, että sosiaalisia tilanteita vältellään. Kuulon puuttuminen vaikeuttaa myös esim. varoitussignaalien huomioimista, kuulon perusteella orientoitumista sekä oman äänen ja puheen säätelyä. (Helvik, Jacobsen & Hallberg 2006, 535; Välimaa & Rimmanen 2000, 306.)

Kommunikoinnin vaikeutumisen seurauksena kuuroutuneella saattaa esiintyä ongelmia perhe- ja muissa ihmissuhteissa (Helvik ym. 2006, 535–536). Kuuroutunut saattaa eristäytyä yhteisönsä ulkopuolelle tai hänet saatetaan syrjäyttää sinne. Kommunikaatiovaikeudet voivat syrjäyttää



myös perheen sisäisestä toiminnasta ja vuorovaikutuksesta (Aguayo & Coady 2001, 271–272). Elämänmuutoksen seurauksena voi olla vaikeita emotionaalisia ja sosiaalisia haittoja. Vaarana on, että vaikeiden tilanteiden pelko ja stressiherkkyys lisääntyvät. (Andersson ym. 2008, 244; Välimaa & Rimmanen 2000, 306). Kuulovamma ei näy päällepäin, minkä vuoksi niin tutut kuin tuntemattomatkin saattavat tulkita kuuroutuneen toimintaa väärin. Henkilöä, joka ei vastaa puhuteltaessa, pidetään ylimielisenä ja ihmistä, joka ei ymmärrä yksinkertaisiakaan lauseita, pidetään tyhmänä.

Käsite ”kuuroutuminen” kuvaa haittaa, jonka kuuroutunut ihminen tai hänen läheisensä kokevat kuuloviasta johtuvaksi. Kuuroutuminen pakottaa ihmisen sopeutumaan uuteen tilanteeseen, sillä aiemmat toimintakeinot ja totut tavat eivät välttämättä enää toimi. (Välimaa & Rimmanen 2000, 306–307.) Kuulon aleneminen vaikeuttaa toimimista sosiaalisissa tilanteissa. Ilman uusien kommunikaatiokeinojen opettelua kuuroutuminen voi vähentää ihmisen osallisuutta yhteisössään ja yhteiskunnassa. Matala itsetunto voi vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä ja uusien suhteiden luomista (Juth, Smyth & Santuzzi 2008, 886). Kommunikaation tukena huulilitaluku, viitottu puhe sekä tulkkipalvelu esimerkiksi kirjoitustulkkauksen muodossa ovat tärkeitä.

## 2.2 Kuuroutumisen psykososiaaliset vaikutukset

Kuuroutumisprosessi — kuten vammautuminen yleensä — on stressitekijä, joka syö ihmiseltä voimavaroja. Usein kuuroutuminen tapahtuu hitaasti, jolloin vammautuminen aiheuttaa epävarmuutta ja epätietoisuutta. Ihmiset, joilla on kuulovamma, saattavat kokea siitä johtuen hämmennystä, turhautumista, häpeää, pelkoa sekä haavoittuvaisuutta. (Heine & Browning 2002, 767; Järvikoski 1994, 20; Meadow-Orlans & Orlans 1990, 418; Stue 1990, Hoganin 2001, 16 mukaan; Talvela 2004, 37.) Vammaisuuden sosiaalinen määritelmä painottaa, että vammaisuuden psykologiset ja emotionaaliset seuraukset johtuvat suurelta osin negatiivisista sosiaalisista merkityksistä, joita yhteisö vammaisuuteen liittyy (Thomas 1999, 60).

Kuuroutuminen ei ole vain vamma, joka ihmisellä on. Vammautuminen ja ympäristön reaktio siihen vaikuttavat ihmisen kaikkiin elämänalueisiin kuten mm. terveyteen ja ihmissuhteisiin sekä mahdollisuuksiin kouluttautua, työllistyä ja ansaita elanto. (Hogan 2001, 6; Meadow-Orlans & Orlans 1990, 418–419; Talvela 2004, 36.) Thomas (1999, 47) kokee, että vammaisuuden kokemus muodostuu sekä rakenteellisista ja systeemisistä toiminnan rajoitteista että näihin rajoitteisiin liittyvistä negatiivisista kokemuksista ja asenteista, jotka saavat vammaiset ihmiset kokemaan arvomutua, epävarmuutta, ja vaikuttavat siten heidän psykoemotionaaliseen hyvinvointiinsa.

Kuuroutumista voidaan kuvata emotionaalisenä traumana, joka aiheuttaa surua ja ahdistusta. (Aguayo & Coady 2001, 271–272.) Kuuroutumisen seurauksena henkilö voi kokea, ettei hän enää hallitse elämäänsä. Autonomian (itsenäisyys ja hallinta) tunteen menettäminen uhkaa ihmisen

itseluottamusta ja itsetuntoa. Seurauksena saattaa olla mielialan vaihteluita sekä masennusta. (Knutson & Lancing 1990 ja Swaggerty 1995, Heine & Browning 2002, 767 mukaan; Stone 1987, 116–117.) Stressikokemus sitoo ihmisen emotionaalisia ja kognitiivisia voimavaroja sekä vaikeuttaa järkevien valintojen tekoa. Kuuroutuminen voidaan kokea prosessina, joka on oman hallinnan ulkopuolella ja omien tavoitteiden vastainen. Tällaiset kokemukset ovat terveydelle vahingollisia. (Järvikoski 1994, 20; Stue 1990, Heinen & Browningin 2002, 767 mukaan.)

Kuuroutumisen jälkeen ihmisen tulee muodostaa uudelleen kuva omasta identiteetistään. Kuuroutunut samaistuu aluksi usein vahvasti kuulevien kulttuuriin muun muassa kuulevien ystävien ja omaisten kautta. Kuulovamma aiheuttaa kuitenkin poikkeavuuden kokemuksen ja vaikeuttaa pärjäämistä kuulevien maailmassa. (Hogan 2001, 12; Meadow-Orlans & Orlans 1990, 418; Välimaa & Rimmanen 2000, 306.) Ilman viittomakielen taitoa ja kokemusta kuurojen kulttuurista kuuroutuneet eivät usein löydä paikkaansa myöskään kuurojen parista (Stone 1987, 117). Itselle sopivan vertaisryhmän löytäminen esimerkiksi kuuroutuneiden kerhosta tukee kuuroutuneen identiteetin muodostumista.

Kuuroutuminen saattaa muodostua ihmisen terveydelle ja elämänlaadulle haitalliseksi tapahtumaksi. Mikäli vammautumisen aiheuttama kriisi kyetään ratkaisemaan myönteisesti, sen terveysvaikutukset ovat kuitenkin vähäiset. (Hogan 2001, 73; Järvikoski 1994, 20; Järvikoski 1996, 36.) Kuntoutuksella pyritään tämän kriisin työstämiseen muun muassa vertaisryhmän kanssa.

### 3 VAIKEASTI KUULOVAMMAISEN HENKILÖN KUNTOUTUS

Kuulovikojen kuntoutus voidaan jakaa viiteen eri alueeseen: lääketieteellinen, tekninen, sosiaalinen, psykologinen ja audiopedinen eli kommunikoinnin kuntoutus (Sorri, Huttunen & Rudanko 2008, 321). Näistä jokaista osa-alueita käsitellään Kuuloliiton kuntoutuksessa. Kuuroutuneet henkilöt ovat oikeutettuja kuntoutukseen, jolla pyritään tukemaan elämänhallintaa: vähentämään toimintakykyyn vaikuttavia haittoja ja parantamaan kuntoutujan itsenäistä suoriutumiskykyä (Aalto et al 2002, esipuhe).

Aikuisten kuulovammaisten kuntoutusta voidaan kuvata yksilökeskeisenä ongelmanratkaisuprosessina tai selviytymisprosessina, joka pyritään aloittamaan mahdollisimman pian kuuroutumisen jälkeen (Talvela 2004, 36; Välimaa & Rimmanen 2000, 323–324). Kurssilla pyritään ehkäisemään mielenterveyden ongelmia ja syrjäytymistä, tuetaan kuulovammaan sopeutumisessa sekä aloitetaan sopivan kommunikaatiomenetelmän harjoittelu (Kuulonhuoltoliiton materiaalia 1). Nämä tavoitteet tuovat esiin kuntoutumisen merkityksen yksilön ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksen ja suhteen muutoksessa. Kuntoutus on sekä ympäristön että yksilön muutosprosessi (Aalto

& Rissanen 2002, 2). Onnistunut kuntoutus vahvistaa yksilön osallisuutta yhteisössä ja yhteiskunnassa sekä parantaa elämänhallintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 44.)

Onnistuneesta kuntoutuksesta voidaan käyttää nimitystä valtaistuminen tai voimaantuminen; Kuuloliitossa muutoksesta käytetään käsitettä sopeutuminen. Työssäni käytän rinnakkain käsitteitä sopeutumisvalmennus ja kuntoutus sekä sopeutuminen ja kuntoutuminen. Kuntoutuminen tai sopeutuminen ei tapahdu nopeasti. Kuntoutuksen edellytetään olevan kuntoutusprosessi, pitkäjänteistä toimintaa, josta vastuu kuuluu sekä kuntoutujalle että kuntoutuspalvelujen tuottajalle (Vilkkumaa 2004, 31). Kuuloliiton kuuroutuneille suunnatut kurssit toteutetaan kolmiosaisina kokonaisuuksina (3 x 10 päivää) Kopolan kurssikeskuksessa Kuhmoisissa. Kuntoutuskokonaisuuden läpikäyminen kestää vähintään yhdeksän kuukautta, joten kuntoutumisprosessille on varattu aikaa.

Sopeutumisvalmennuksen tavoitteena on parantaa kuntoutumista edistäviä tiedollisia valmiuksia sekä auttaa kuuroutunutta ymmärtämään kriisireaktioitaan ja löytämään niihin ratkaisumalleja. Kuuroutuminen on merkittävä, elämää muuttava kokemus. Kuntoutuksen tavoitteena on, että kuntoutettava kokisi elämän mielekkyyden, itseluottamuksen sekä aiemman sosiaalisen roolinsa palautuvan. (Andersson ym. 2008, 245.)

Kursseilla merkittävässä roolissa on vertaistuki: kuuroutuneet ja vaikeasti huonokuuloiset kurssilaiset. Ryhmämuotoista kuntoutusta voidaan perustella taloudellisilla syillä, mutta ennen kaikkea ryhmä tarjoaa mahdollisuuden peilata omia kokemuksia toisten kokemuksiin sekä kokea ymmärrystä muilta ryhmäläisiltä. Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa on mahdollista harjoitella monia sosiaalisen elämän tilanteita. Ryhmämuotoista kuntoutusta voidaan nimittää ryhmän kautta toteutetuksi yksilöllisyydeksi. (Vilkkumaa 2004, 34.) Vertaisryhmässä kuuroutunut henkilö voi jakaa kokemuksiaan, tunteitaan ja huoliaan ympäristössä, joka ymmärtää, miltä kuulon menetys tuntuu. Kurssiympäristö voi olla ensimmäinen tilanne, jossa kuuroutunut henkilö voi vapaasti ilmaista tunteensa kuuroutumisestaan.

Karjalainen (2004, 22) tuo esiin, miten tärkeää käytännön kuntoutustyössä on hyödyntää vuorovaikutusmenetelmiä, joiden avulla kuntoutuja pystyy kommunikoimaan elämäntilanteestaan. Työntekijöiltä vaaditaan taitoa kuulla ja käsitellä kuntoutujien ilmaisemaa epävarmuutta. Keskustelujen avulla pyritään saamaan kuntoutujien kokemus- ja elämismaailmaan liittyvä tieto asiantuntijatiedon rinnalle. Keskeistä kuntoutuksen vuorovaikutussuhteissa on luottamuksen ilmapiirin kehittyminen. (Karjalainen 2004, 22.) Arnkil (2002, Karjalaisen 2004, 22) käyttää tästä työmuodosta käsitettä asiakassensitiivinen palvelukäytäntö.

Kelan suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä pyrkivät varmistamaan oikea-aikaisen, oikein kohdennetun ja vaikuttavan kuntoutuksen vaikeavammaisille kuntoutujille. Sujuva ja yksilöllinen kuntoutusprosessi edellyttää moniammatillista sekä osaavaa yhteistyötä, kuntoutujan näke-

myksen ja elämän kokonaistilanteen ymmärtämistä, joustavaa tiedonvälitystä sekä pitkäaikaista ohjausta, tukea ja seurantaa. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 5.)

Kurssien ensimmäiselle jaksolle osallistuu yleensä kuntoutujan lisäksi myös tämän omaisen kuten puoliso. Omaiset osallistuvat pääsääntöisesti samaan ohjelmaan kuin kuulovammaiset. (Kuulonhuoltoliiton materiaalia 1.) Oma tutkielmani ei käsittele omaisten kuntoutumista, vaikka myös heille läheisen kuuroutuminen saattaa olla kriisiin johtava tekijä. Omaisen suhtautuminen läheisen vammautumiseen voi myös heikentää kuuroutuneen sopeutumista, mikäli omaisen ylläpitää negatiivisia käsityksiä kuuroutumiseen henkilön kyvyistä ja roolista yhteisössään (Thomas 1999, 48). Siksi myös omaisten osallistuminen kursseille on tärkeää.

Kurssien rahoitus perustuu lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (15.7.2005/566), jonka mukaan ”Kansaneläkelaitoksen on järjestettävä 9 §:ssä tarkoitetulle vaikeavammaiselle hänen työ- tai toimintakykynsä turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeelliset kuntoutus- ja sopeutumisvalmennusjaksot” (Kela a). Kuuroutuneiden sopeutumisvalmennuskurssitoiminta on hyväksytty sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa tarkoitettuun valtakunnallisten palvelujen luetteloon (Kuulonhuoltoliiton materiaalia 1). Kurssien esimerkkiohjelma on liitteenä (LIITE 1).

### 3.1 Kuntoutuksen tavoitteena valtaistuminen

Kuntoutuksen toimintamalli on perinteisesti perustunut vajavuuteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 24). Esimerkiksi kuuroutuneet hakeutuvat sopeutumisvalmennuskursseille, koska he eivät kuule – heillä on siis vajaus kuulossaan, joka aiheuttaa heille alentuneen työ- ja toimintakyvyn. Kuntoutuksen tavoitteena pidetään vajavuusparadigman mukaisesti rajoitusten vähenemistä, mihin pyritään asiantuntijoiden tekemällä kasvatuksella ja koulutuksella. Kuntoutuja on ollut toimintojen kohde, johon pyritään vaikuttamaan. (Karjalainen 2004, 20.) Käytännössä pelkästään kuulon puute ei kuitenkaan aiheuta kuntoutumisen tarvetta, vaan tarve syntyy yhtäläisesti kuulon menetyksestä aiheutuvista sosiaalisista ja psyykkisistä muutoksista ja vaikeuksista.

Vajavuusparadigmaa täydentämään onkin noussut valtaistava (empowerment) ja ekologinen toimintamalli (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 25, Karjalainen 2004, 20, Koukkari 2010, 19). Uusi toimintamalli korostaa ihmisten tarpeita ja tavoitteita kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohdana. Tavoitteena on kuntoutujan mahdollisuus ottaa itse kantaa omaan tulevaisuuteensa ja elämänhallintaansa liittyviin kysymyksiin. Kuntoutujan autonomiaa korostavan periaatteen vahvistuminen on keskeinen kuntoutuksen paradigman muuttumiseen liittyvä tekijä. (Koukkari 2010, 19–20.)

Valtaistavassa toimintamallissa kuntoutustarpeen aiheuttaa ihmisen ja hänen fyysisen, sosiaalisen sekä kulttuurisen ympäristönsä suhde. Ihmiselle aiheutuu hyvinvointivaje, jolloin riskinä on syrjäytyminen. Tämä toimii perusteena kuntoutuksen käynnistämiseksi. Tavoitteena on tällöin muun muassa voimavarojen vahvistuminen sekä elämänhallinnan ja sosiaalisen selviytymisen parantaminen. Kuntoutuja ei valtaistavan paradigman mukaan ole kuntoutuksen kohde, vaan subjekti. Sen sijaan, että pyrittäisiin muuttamaan yksilöä, kuntoutuksessa keskitytään yksilön ja ympäristön väliseen suhteeseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004, 26, Karjalainen 2004, 20, Järvikoski 2008, 50.) Valtaistava paradigma korostaa myös muun kuin lääketieteellisen asiantuntijuuden merkitystä kuntoutuksessa. Metteri ja Haukka-Wacklin (2004, 53) toteavat, että lääketieteellinen näkökulma on liian kapea lähtökohta kuntoutukselle eikä se pelkästään riitä ihmisen auttamiseen.

Kuuloliiton sopeutumisvalmennuksessa ei pyritä vain kuuroutuneen henkilön tai hänen omaisensa henkilökohtaisten ongelmien ratkaisemiseen, vaan tavoitteena on myös vammaan liittyvien yksilön ja ympäristön välisten esteiden ja ongelmien poistaminen sekä osallistumismahdollisuuksien parantaminen. Valtaistavan toimintamallin piirteitä on löydettävissä Kuuloliiton kuntoutuskurssien Laatuksikirja V:stä. Kurseilla kuntoutusote on kokonaisvaltainen: kurssilainen huomioidaan psykososiaalisena ihmisenä, jonka voimavarat pyritään löytämään ja niitä vahvistamaan myönteisen kuulovammaisen identiteetin luomiseksi (Laatuksikirja V). Hogan (2001, 75) kuvaa psykososiaalisen lähestymistavan keskeisiksi piirteiksi vertaistuen ja ryhmätoiminnan, omaisten huomioimisen, moniammatillisen tiimityön sekä kuntoutuksen arvioinnin. Nämä piirteet näkyvät myös Kuuloliiton kurseilla.

Karjalainen (2004, 21) kuitenkin korostaa, että yksilönäkökulma (vajavuus) ja yksilön vuorovaikutussuhde (valtaistava) eivät ole aina toisiaan poissulkevia malleja. Kuntoutuksen alkuvaiheissa voi olla tarpeen keskittyä esimerkiksi yksilön psyykkisten rajoitusten poistamiseen, vaikka lopullisena tavoitteena olisikin keskittyä vuorovaikutus- ja kommunikaatiosuhteiden kehittämiseen sekä ympäristön muutoksiin. Kuuroutuneen kodin ja mahdollisen työpaikan muokkaaminen esteettömäksi esimerkiksi erilaisin apuvälinein ja asunnonmuutostöin tulisi nähdä osana kuntoutumisprosessia.

### 3.2 Kuuloliiton kuntoutumiskurssien osanottajat

Tutkielman ensimmäinen aineisto on kerätty kuuroutuneiden ja vaikeasti huonokuuloisten kurssien ensimmäiselle jaksolle osallistuvilta vuonna 2009. Seuranta-aineisto on kerätty samoilta vastaajilta, kun he ovat osallistuneet kolmannelle eli viimeiselle kurssijaksolle vuosina 2009 ja 2010. Kurseille osallistuu aina henkilöitä, jotka ovat 1., 2. tai jo 3. kurssijaksollaan. Yleensä kurssilaiset osal-

listuvat jokaiselle kolmesta jaksosta ja kuntoutuskurssien jättäminen kesken on äärimmäisen harvinaista (Laitinen 2009b).

Kursseille osallistuu kuuroutuneita sekä vaikeasti huonokuuloisia henkilöitä ympäri Suomen. Kuulovamma aiheuttaa heille työ- ja toimintakyvyn vajausta, minkä lisäksi kurssilaisilla voi olla myös muita sairauksia tai vammoja. (Kuulonhuoltoliiton materiaalia 1.) Tässä työssä en erittele niiden mahdollista vaikutusta henkilön elämänhallintaan tai hyvinvointiin.

Kuntoutukseen valikoidaan ihmisiä tavallisesti kahden peruskriteerin avulla. Heidän elämäntilanteensa tulee olla riittävän vaikea, jotta kuntoutukselle on tarve. Kuntoutujien on kuitenkin osoitettava halua muutokseen, mikä edellyttää ihmiseltä voimavaroja. (Vilkkumaa 2004, 32). Perusteita Kuuloliiton kurssille hakeutumiseen ovat: uusi kuulovamma / uusi kojeenkäyttäjä, äkillinen kuulon heikentyminen, apuvälineiden käyttövaikeudet / käyttämättömyys, kommunikaatiovaikeudet, perhe-/ihmissuhdevaikeudet kuulovammasta johtuen, kuulovammaan sopeutumattomuus sekä tiedon ja tuen tarve kuulovammasta johtuen. (Laatukäsikirja V.) Kurssilaiset hakeutuvat kurssille kuntoutusohjaajien ja sairaaloiden erityistyöntekijöiden kuten lääkärin, puheterapeutin, sosiaalityöntekijän tai kuulontutkijan kautta (Laitinen 2009b).

#### 4 ELÄMÄNHALLINTA JA PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI

Kuntoutuksessa keskeistä ei tulisi olla elämän huonojen puolien etsiminen ja korjaaminen, vaan positiivisten tunteiden, yksilön hyvien piirteiden ja yksilöllisten vahvuuksien tunnistaminen sekä vahvistaminen. Tämä edistää hyvinvoinnin lisäksi myös ihmisten kykyä kohdata haasteita ja vaikeuksia (Seligman 2003, Korkalaisen & Kokon 2008, 261 mukaan). Kuuloliiton kuntoutuskurssien tavoitteena on parantaa kuntoutujan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä lisätä elämänlaatua ja elämänhallintaa kuulovammaisena (Laatukäsikirja V.)

Työhön valitut käsitteet ja tutkimusmenetelmät pohjautuvat edellä esitettyihin tutkimuksiin ja teorioihin kuuroutuneista ja kuuroutumisesta. Työssä käytettyjen käsitteiden ja menetelmien on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä toisiinsa. Sosiaalinen tuki vaikuttaa elämänhallintaan, elämänhallinta mielialaan, mieliala elämään tyytyväisyyteen. Tutkielmani pyrkii tarkastelemaan kurssilaisten hyvinvointia kokonaisuutena monipuolisten mittareiden avulla.

##### 4.1 Elämänhallinta

Kuntoutusparadigman kehittymisen myötä elämänhallinnan käsite on muodostunut lähtökohdaksi sekä kansallisissa että kansainvälisissä kuntoutusta käsittelevissä julkaisuissa (Koukkari 2010, 30). Elämänhallinnan määritelmä riippuu mm. siitä, minkä tieteenalan kautta käsitettä tarkastellaan. Hal-

lintapiirteiden tutkimus kuvaa tyypillisesti ihmisten persoonallisuuspiirteiden vaikutusta elämänhallintaan. Hallintastrategioiden tutkimus puolestaan selvittää ihmisten käyttäytymistä erilaisissa stressitilanteissa. (Raitasalo 1996, 57.)

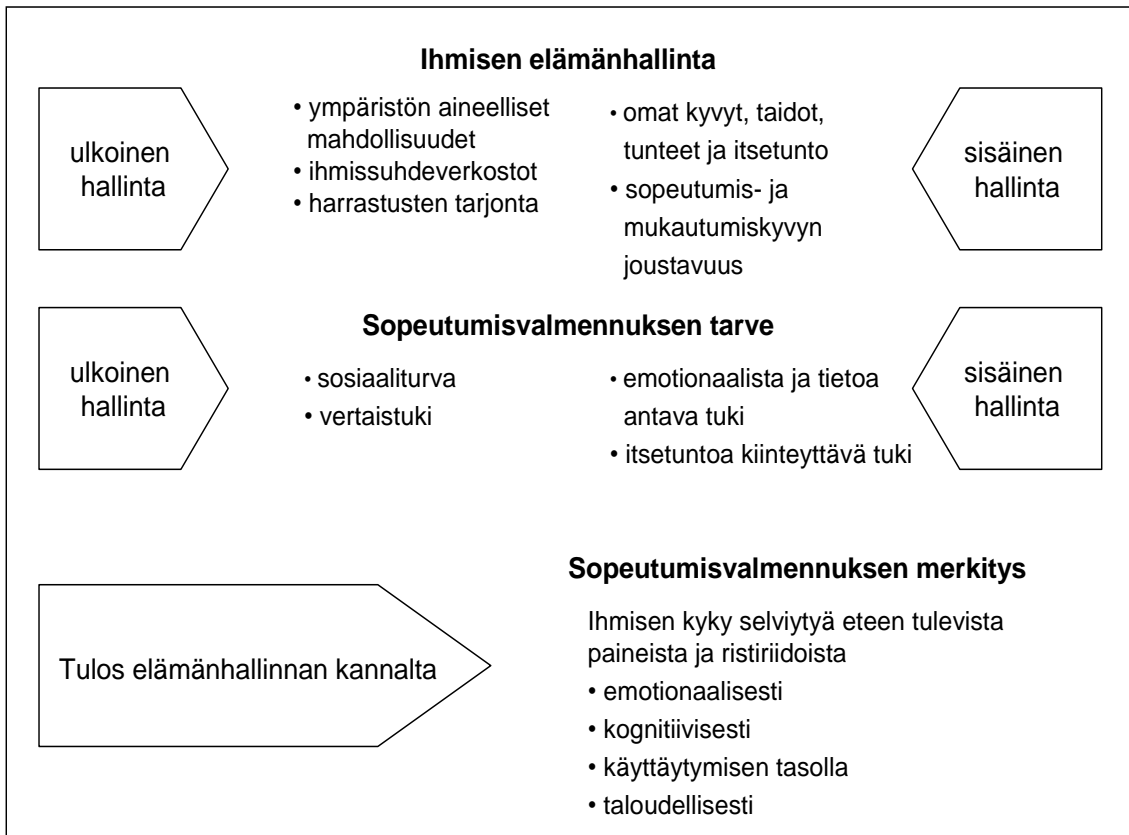
Psykologian alan tutkimuksissa elämänhallinnan termillä tarkoitetaan usein englanninkielistä termiä *coping*, jolla tarkoitetaan ihmisten kognitiivisia pyrkimyksiä elämänsä hallitsemiseksi. Coping liittyy ristiriitatilanteisiin sekä tilanteisiin, jotka koetaan henkilön voimavaroja ja hyvinvointia kuormittavina. Coping voidaan tiivistää myös stressin käsittelytavaksi. (Raitasalo 1995, 33; Riihinen 1996, 16–18, Saarenheimo & Suutama 1995, 454–455.) Coping on lähellä sosiaalisen selviytymisen termiä, joka viittaa sekä yksilön omiin sopeutumiskeinoihin että integroitumiseen ympäristöön ja yhteiskuntaan (Somerkivi 2000, 113). Selviytymiskeinot voivat olla sopeutumista edistäviä kuten tuen hankkimista tai passivoivia kuten sosiaalisten kontaktien välttelyä (Raitasalo 1995, 33). Empiirinen tutkimus viittaa siihen, että coping-prosessien taustalla ovat erot yksilöissä ja heidän elämäntapahtumiensa välillä. Tämä on ohjannut tutkimusta elämäntilanteiden yksityiskohtaiseen erittelyyn. (Saarenheimo & Suutama 1995, 454.)

Tiivistettynä elämänhallinta on pyrkimystä selviytymiseen, itsellisyyteen ja pärjäämiseen. Elämänhallinta on yksilön kykyä kohdata vaikeita tilanteita sekä ehkäistä ahdistavia tilanteita – koettua elämän kontrollia (Rotter 1975, Pietilän 1994, 19 mukaan; Niemelä 1991, Somerkiven 2000, 114 mukaan). Elämänhallinta on pyrkimystä muuttaa epämiellyttävää tilannetta joko ulkoisia olosuhteita tai omaa tulkintatapaa muuttamalla. Elämänhallinta on sopeutumista. (Keltikangas-Järvinen 2004, 41.)

Sisäinen elämänhallinta kuvaa ihmisen omia valmiuksia ja taipumuksia selviytyä vaikeuksissa ja paineen alaisena – sopeutumiskykyä. Muutoksen kohteena on oma olotila, jolloin tavoitteena on tasapainotila. Ulkoiseen elämänhallintaan käytetään jotain aineellista tai henkistä resurssia kuten muiden ihmisten tukea, palveluita tai taloudellista tukea. Ulkoinen elämänhallinta voi olla myös muuttuneen tilanteen hallintaa. Ulkoinen ja sisäinen hallinta eivät ole kuitenkaan selkeästi eroteltavissa, vaan kulkevat usein rinnakkain. (Raitasalo 1995, 12, 69; Roos 1987, 65–66.)

Kuntoutuksessa sekä ulkoisen että sisäisen hallinnan tukeminen tapahtuu luonnollisesti. Puutteet elämänhallinnassa voivat kuuroutumisen takia johtaa sopeutumisvalmennuksen tarpeeseen (kuvio 1). Sopeutumisvalmennukseen hakeudutaan, koska kuuroutunut kokee tarvitsevansa muun muassa tietoa ja tukea kuulovammansa takia. Hän kokee, ettei saa ympäristöstään riittävää tukea kriisin käsittelyyn. Vaikeudet, joita kuulon menettäminen aiheuttaa, saattavat alentaa uskoa omiin kykyihin ja taitoihin. Kuntoutumisen tavoitteena on elämänhallinnan parantaminen. Kuntoutuskursseilla tavoitteena on sopeutuminen: oppiminen toimimaan käytettävissä olevien resurssien ehdoilla.

Sopeutumisella ei kuitenkaan tarkoiteta alistumista, vaan rajoitteiden tunnustamista ja uudelleen orientoitumista.



KUVIO 1. Ihmisen elämänhallinnan yhteys sopeutusvalmennuksen tarpeeseen ja merkitykseen (mukaillen Raitasalo 1995, 13).

#### 4.1.1 Koherenssin tunne elämänhallinnan mittarina

Pietilän (1994, 19) mukaan elämänhallinnan määrittely on useissa suomalaisissa tutkimuksissa perustunut Aaron Antonovskyn teoriaan koherenssintunteesta. Antonovskya pidetään terveyslähtöisen teorian kehittäjänä. Hän toi esiin tarpeen kiinnittää huomiota ihmisen voimavaroihin hoidossa ja kuntoutuksessa. Terveyslähtöisen teorian keskeistä käsitettä, koherenssintunnetta (*sense of coherence*, SOC) on Suomessa tutkittu elämänhallinnan, työhyvinvoinnin ja terveyden näkökulmista sekä niitä ennustavana tekijänä. (Kukkurainen 2006, 26.)

Korkea koherenssin tunne on yhteydessä korkeaan elämänlaatuun. Elämänhallinta on sisäinen voimavara, joka vaikuttaa ihmisen tekemiin valintoihin. Heikon koherenssin tunteen on tutkittu olevan yhteydessä huonoon terveyteen, vähäiseen sosiaaliseen ja emotionaaliseen tukeen, huonoon vammaan hyväksymiseen, ahdistukseen ja depressioniin (Eriksson & Lindström 2006, 377–378; Nilsson, Holmgren & Westman 2000, 16; Pietilä 1994, 23.)



Koherenssin tunne sisältää kolme tekijää: tapahtumien ymmärrettävyys ja ennustettavuus (*comprehensibility*), tapahtumien hallittavuus (*manageability*) sekä elämän merkityksellisyys ja mielekkyys (*meaningfulness*). Ymmärrettävyydellä Antonovsky tarkoittaa ihmisen kykyä kokea maailma ymmärrettävänä ja ennustettavana myös kohdattaessa yllättäviä ja ikäviä tapahtumia. Hallittavuus kuvaa ihmisen kokemusta elämästä omassa hallinnassa olevana. Ikävien asioiden sattuessa ihminen ei jää murehtimaan, vaan pyrkii hoitamaan asian: tilanteista uskotaan selvittävän oman toiminnan ja mahdollisesti sosiaalisen tuen avulla. (Antonovsky 1996, 15 & 1988, 16–18; Raitasalo 1995, 50; Somerkivi 2000, 115.) Hallittavuus ja ymmärrettävyys kuvaavat koherenssintunteen kognitiivista ulottuvuutta, merkityksellisyys puolestaan emotionaalista. Vahvaan koherenssintunteeseen kuuluu kokemus elämänalueista, jotka koetaan itselle tärkeinä, merkityksellisinä. Tämä johtaa usein etsimään merkitystä myös ikävistä tapahtumista, mikä helpottaa selviytymistä. Ihminen on motivoitunut selviytymään. (Antonovsky 1996, 15 & 1988, 17–18.)

Koska koherenssintunteen uskotaan olevan melko pysyvä ja kokonaisvaltainen sisäisen hallinnan tunne, joka kehittyy 30-ikävuoteen mennessä, voidaan sen avulla ennustaa henkilön valmiutta esim. kuntoutua tai sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen (Pietilä 1994, 22). Toisaalta suuri stressikuormitus, joka kuuroutumisesta voi seurata, voi väliaikaisesti tai jopa pysyvästi vaikuttaa koherenssintunteeseen (Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvuo & Silventoinen 2007, 436).

Raitasalon (2007, 84) mukaan koherenssikäsityksen kartoittaminen on perusteltua silloin, kun halutaan selvittää tutkittavien voimia käsitellä eteen tulevia ristiriitoja ja paineita. Kuuroutuminen voidaan nähdä tämänkaltaisena paineita aiheuttavana tapahtumana. Mitattu koherenssintunne kertoo osittain, millainen kyky henkilöllä on käsitellä kuuroutumistaan. Kuntoutustutkimuksissa koherenssintunteella ja henkilöiden käsityksellä mahdollisuuksistaan on todettu olevan vaikutusta oman tilanteen parantumiseen (Partridge & Johnstonin 1989, Järvikosken 1996, 45 mukaan). Mikäli kuntoutuksen alussa henkilöllä todetaan alhainen koherenssin tunne, saattaa hänen kuntoutumisensa vaatia erityistä huomiota.

Kuulon menetys muuttaa elämän ei-ymmärrettäväksi ja ei-ennustettavaksi. Hallittavuus syntyy tunteesta, että omien ja muiden ihmisten voimavarojen (sosiaalisen tuen) avulla voidaan kuitenkin vastata eteen tuleviin haasteisiin. Kuntoutuksen haasteena on myös elämän mielekkyiden ja merkityksellisyyden vahvistaminen. (Somerkivi 2000, 115.)

#### 4.1.2 Itsetunto

Itsetunnon on osoitettu ennustavan terveyttä ja hyvinvointia lukuisissa tutkimuksissa. Itsetunto määritellään usein ihmisen omaksi käsitykseksi hänen kyvyistään, taidoistaan ja ominaisuuksistaan. Itsetunto ohjaa tiettyjä kognitiivisia prosesseja ja käyttäytymistä. (Juth, Smyth & Santuzzi 2008,

884–885.) Ihminen, jolla on hyvä itsetunto, näkee itsestään sekä positiiviset että negatiiviset ominaisuudet, mutta positiivisten ominaisuuksien määrä on negatiivisia suurempi. Itsetuntoon viittaavat myös käsitteet itsevarmuus, itseluottamus sekä etenkin itsearvostus. Itsetunnon taustalla on kokemus siitä, että on itsessään arvokas ja ainutkertainen. Hyvään itsetuntoon kuuluu myös kyky arvostaa muita ihmisiä sekä taito toimia sosiaalisissa tilanteissa. (Keltikangas-Järvinen 2003, 17–18.) Keltikangas-Järvinen (2003, 28) korostaa myös, ettei ihmisellä ole vain yhtä, hyvää tai huonoa, itsetuntoa, vaan itsetunto muodostuu useista osa-alueista.

Itsetuntoa on perinteisesti pidetty pysyvänä ominaisuutena, mutta tutkimustulokset tästä ovat ristiriitaisia (Juth, Smyth & Santuzzi 2008, 884–885, Keltikangas-Järvinen 2003, 224). Tutkimuksessani lähdän oletuksesta, että itsetunto on melko pysyvä ominaisuus, mutta vammautuminen kuten kuuroutuminen voi muuttaa ihmisen käsitystä itsestään ja kyvyistään ja täten vaikuttaa henkilön itsetuntoon. Kuntoutuksen tavoitteena on voimaannuttaa ihminen uskomaan uudelleen kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa.

Henkilö, jolla on hyvä itsetunto, pystyy asettamaan itselleen päämääriä ja toimimaan itseenäisesti. Hän ei myöskään pelkää epäonnistumisia ja pettymyksiä. Hallinnan tunne on samankaltainen kuin luottamus itseen (Keltikangas-Järvinen 2003, 20–23, 227.) Positiivinen hallintakäsitys sekä pystyvyysodotukset vähentävät myös stressitilanteista aiheutuvaa ahdistusta sekä auttavat selviytymään vaikeissa tilanteissa (Järvikoski 1994: 104). Raitasalon (2007, 80, 82) mukaan itsetunnon kartoittaminen on perusteltua etenkin kuntoutustyön yhteydessä. Itsetunnon kartoituksella saadaan myös tietoa masennuksen laaja-alaisuudesta.

#### 4.2 Psykososiaalinen hyvinvointi

Hyvinvointia voidaan tutkimuksellisesti lähestyä eri näkökulmista. Objektiiivinen hyvinvointi perustuu esim. koulutukseen, terveydentilaan ja tulotasoon. Omassa työssäni käytän lähtökohtana pääosin subjektiiviseen hyvinvoinnin käsitettä eli ihmisen omaa arviota tyytyväisyydestä elämän eri osa-alueisiin ja elämään kokonaisuudessaan. Subjektiivista hyvinvointia nimitetään myös emotionaaliseksi hyvinvoinniksi. (Korkalainen & Kokko 2008, 262–263.) Emotionaalinen, psykologinen ja sosiaalinen hyvinvointi ovat Keysin mukaan hyvän mielenterveyden osa-alueita (ks. Korkalainen & Kokko 2008, 264). Ihmisen psyykkisen ja sosiaalisen minän huomioon ottaminen on tärkeää kuntoutuksessa. Jos sosiaalisiin olosuhteisiin ei kiinnitetä huomiota, arjen huolet voivat kasautua kuntoutumisen esteeksi. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 53.)

#### 4.2.1 Psykologinen hyvinvointi

Ryff on luonut oman psykologisen hyvinvoinnin mallinsa, joka sisältää kuusi eri ulottuvuutta: itsensä hyväksyminen, positiiviset suhteet toisiin ihmisiin, autonomia, ympäristön hallinta, elämän tarkoitus sekä henkinen kasvu. Itsensä hyväksyminen sisältää positiivisen asenteen itseensä, omiin ominaisuuksiinsa ja menneisyyteensä. Positiivisilla suhteilla tarkoitetaan lämpimiä ja luottavaisia suhteita toisiin ihmisiin sekä kykyä empatiaan, kiintymykseen ja läheisiin ihmissuhteisiin. Autonomia eli itsenäisyys tarkoittaa oman käyttäytymisen säätelyä sekä kykyä vastustaa sosiaalista painetta. Ympäristön hallinnalla tarkoitetaan kykyä hallita ja ohjata ympäristöä sekä käyttää hyväksi ympäristön mahdollisuuksia. Elämän tarkoitus kuvaa elämän päämääriä ja henkilökohtainen kasvu tunnetta jatkuvasta kehittämisestä, avoimuudesta uusille kokemuksille sekä omien kykyjen toteuttamista. (Ryff 1989, Korkalaisen & Kokon 2008, 263 mukaan.) Tutkielmani käsittelee osittain Ryffin psykologisen hyvinvoinnin osa-alueita kuten positiivisia suhteita ja pystyvyyden tunnetta.

Tarkastelen psykologista hyvinvointia tutkielmassani myös mielialan näkökulmasta. Heikkinen (1998, 11–12) kuvaa mielenterveyttä mielen eheydeksi, joka on itsen hallintaa, hyvää oloa itsen ja toisten kanssa sekä vaikeuksissa jaksamista. Masennus on inhimillinen reaktio kohdatessa pettymystä ja menetystä. Sen jäädessä pysyvästi elämää haittaavaksi, masennus muuttuu mielialahäiriöksi. (Heikkinen 1998, 13.) Mielialahäiriöistä masennus on selvästi yleisin. Masennus alentaa mielialaa, heikentää keskittymiskykyä, tarkkaavaisuuden suuntaamista ja ylläpitämistä sekä muistia ja oppimiskykyä. Masennus tyypillisesti heikentää ihmisen arjen hallintakykyä sekä alentaa työkykyä. Sillä on taipumus uusiutua tai kroonistua ilman asianmukaista hoitoa. Ikäihmisillä masennustilat eli depressiot ovat yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä. (Heikkinen 1998, 21; Raitasalo 2007, 11–12.) Masennusoireita tulee valtaosalle ihmisistä elämänmuutosten ja kriisien seurauksena (Heikkinen 1998, 18). Kuuroutuminen saattaa altistaa masennukselle tai mielialan laskulle, minkä vuoksi kyselyssäni testasin vastaajien mielialan.

Masennuksen lieventämisessä liikunnan on osoitettu olevan tehokas vaikutin. Sekä lyhytaikaisen että pitkäaikaisen liikunnan on osoitettu vähentävän merkittävästi depressiivisyyttä. Liikunta näyttää lievittävän oireita ainakin lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa. Myös kevyen liikunnan on todettu kohentavan mielialaa (North ym. 1990, Dunn ym. 2001, Kesäniemi ym. 2001, Bäckmanin 2006, 41 mukaan).

#### 4.2.2 Sosiaalinen hyvinvointi

Keys on laajentanut hyvinvoinnin ilmiöksi, johon ympäröivä yhteiskunta vaikuttaa. Hän on kehittänyt sosiaalisen hyvinvoinnin käsitteen, joka sisältää viisi ulottuvuutta: sosiaalisen yhtenäisyyden, sosiaalisen toteuttamisen, sosiaalisen integraation, sosiaalisen hyväksymisen sekä sosiaalisen myö-

tävaikutuksen. Sosiaalinen yhtenäisyys tarkoittaa, että ihminen näkee sosiaalisen elämän merkityksellisenä ja ymmärrettävänä. Sosiaalinen toteuttaminen tarkoittaa kykyä nähdä yhteiskunta kasvun mahdollisuuksia sisältävänä. Sosiaalinen integraatio kuvaa henkilökohtaista kokemusta yhteiskunnan hyväksynnästä ja kuuluvuudesta yhteiskuntaan. Sosiaalisella hyväksymisellä puolestaan tarkoitetaan myös toisten ihmisten hyväksymistä ja sosiaalisella myötävaikutuksella itsensä kokemista yhteiskunnalle hyödylliseksi. (Keys 1998 & 2006, Korkalaisen & Kokon 2008, 263 mukaan.)

Sosiaalinen hyvinvointi on lähellä sosiaalisen toimintakyvyn käsitettä. Sillä tarkoitetaan edellytyksiä toimia toisten ihmisten kanssa, perheen ja ystävien kanssa, työssä, muissa yhteisöissä sekä yhteiskunnassa (Malm 2004, 65). Sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn käsitteet liittyvät kiinteästi muun muassa sopeutumisvalmennuskurssilla käsiteltäviin teemoihin. Koska kuulovamma on ensisijaisesti kommunikaatiovamma, se vaikuttaa usein voimakkaasti ihmisen sosiaaliseen elämään. Kuuroutunut saattaa ajatella, ettei enää ymmärrä, mitä ympärillä tapahtuu. Hän voi kokea huonommuutta ja ulkopuolisuutta omasta yhteisöstään. Svenska Hörsselförbundetin jäsenkyselyssä yli 60 prosenttia vastaajista oli kokenut vieraantuneisuutta sekä elämän rajoittuneisuutta (N=585). Valtaosa vastaajista oli yli 65-vuotiaita (64 %) ja eläkeläisiä (70,5 %) kuten Kopolan kuuroutuneiden kurseille osallistuvat henkilötkin. (”Jag drar mig undan” 2009, 18, 21.) Morris (1991, 28) toteaa, että yhteisön antamat viestit huonommuudesta ovat vahvoja ja usein kyseenalaistamattomia, mikä hankaloittaa positiivisen identiteetin muodostamista (Shakespearen 1996, 104 mukaan).

Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida mm. sosiaalisten suhteiden, sosiaalisen osallistumisen ja sosiaalisen tuen näkökulmista (Malm 2004, 65).

#### 4.2.3 Sosiaalinen verkosto ja tuki

Tutkielmassani tarkastelen myös kuntoutujien sosiaalista verkostoa. Käsitteellä tarkoitetaan yleensä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää omaa sosiaalista identiteettiään ja sen avulla voidaan kuvata ihmissuhteiden kokonaisuutta (Somerkivi 2000, 58). Tässä tutkielmassani tarkastelen ihmissuhteiden määrää, niistä saatua tukea sekä suhteiden laatua. Vastavuoroiset ja tasaveroiset ihmissuhteet ovat tärkeitä vaikuttimia elämän merkitykselliseksi kokemiselle (Somerkivi 2000, 70). Sosiaalisella tuella on vaikutusta ihmisen identiteetin muodostumiselle, kriisitilanteista selviytymiselle sekä muutokseen mukautumiselle. Tutkimuksissa sosiaalinen tuki on ollut useimmin havaittu coping-strategia. (Metteri & Haukka Wacklin 2004, 55, Saarenheimo & Suutama 1995, 465–466).

Ystävien määrällä ei yleensä ole merkitystä ihmisen hyvinvoinnille, vaan esimerkiksi kuntoutumisen kannalta merkityksellinen on nimenomaan sosiaalisen tuen verkosto. Sosiaalinen tuki käsitetään ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, jonka avulla he saavat ja antavat esimerkiksi emotionaalista, tiedollista ja henkistä tukea (Somerkivi 2000, 59). Sillä viitataan tavallisesti sosiaalisten

suhteiden olemassaoloon, sosiaalisen verkoston rakenteeseen (esim. tiheys, vastavuoroisuus) sekä toiminnalliseen sisältöön eli laatuun (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 56). Tutkimuksessani käsitelen etenkin sosiaalisen tuen laatua sekä suhteiden olemassaoloa.

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa kuuteen sisältötekijään: tunnetukeen, yhdessäoloon, välineelliseen tukeen, tiedolliseen tukeen, arviointitukeen sekä statustukeen. Tunnetukea saadaan yleensä läheisiltä. Se viittaa mm. arvostukseen ja sympatiaan. Yhdessäolo ja positiiviset sosiaaliset kontaktit ilmenevät esim. perheen ja erilaisten yhteisöjen parissa. Instrumentaalinen eli välineellinen tuki (konkreettinen tuki) ja tiedollinen tuki edistävät elämänhallintaa. Tukea voivat antaa mm. kuntoutuksen työntekijät sekä asiantuntijat, joskus myös läheiset. Arviointituki auttaa vertailemaan sekä arvioimaan omia kykyjä. Arviointitukea on esimerkiksi saatu palaute ja vahvistaminen. Esimerkiksi vertaisryhmä voi antaa arviointitukea. Statustukea saadaan sosiaalisten roolien kautta. (Scharzer & Leppin 1989, Uutelan 1992, 177–178 mukaan, Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 56.)

Sosiaalisella tuella on merkittävä rooli ihmisen hyvinvoinnissa. Sillä on osoitettu olevan yhteyttä kuolleisuuteen sekä erilaisiin sairauksiin. Sosiaalisen tuen puuttuminen heikentää itsearviointia ja saattaa aiheuttaa merkityksettömyyden tunteita. (Raitasalo 1995, 42, Somerkivi 2000, 69–70.) Sosiaalisen tuen saatavuus voi vaikuttaa siihen, mitä selviytymistapoja ihminen käyttää ja miten hän lopulta selviytyy (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 55).

Kuntoutuksen kannalta merkityksellistä on, että sosiaalisen tuen on tutkittu edistävän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toipumista. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että sosiaaliset suhteet ovat yhteydessä onnellisuuteen, terveyteen sekä stressin ehkäisyyn (Korkalainen & Kokko 2008, 266, Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 55). Sosiaalinen tuki saattaa vaikuttaa itsetunnon ja autonomian tunteen kehittymiseen sekä helpottaa realististen tavoitteiden asettamista (Cobb 1976, Silverin & Wortmanin 1980, 312–313 mukaan). Sosiaalisen verkoston antama tuki tulee huomioida kuntoutuksen suunnittelussa ja tavoitteiden laadinnassa. Verkoston puutteisiin tulee pyrkiä löytämään ratkaisuja.

Tutkimustulokset sosiaalisen tuen vaikutuksesta ovat kuitenkin osin ristiriitaisia. Sosiaalinen tuki ei aina vaikuta positiivisesti sairauteen tai vammaan sopeutumiseen. Läheiset saattavat ylläpitää liiallista toiveikkuutta tai kieltää tapahtuneen, mikä saattaa pidentää sopeutumisaikaa. Ihmiset saattavat myös ali- tai yliarvioida saatavilla olevan tuen. (Silver & Wortman 1980, 311, 313; Somerkivi 2000, 69–70.) Lähiympäristön, perheen ja yhteiskunnan asenteet vaikuttavat voimakkaasti siihen, miten yksilö kokee vammautumisensa. Läheisten rooli sopeutumisessa on merkittävä, niin hyvässä kuin pahassa. Hyvä kuntoutus edellyttää kaikkien sosiaalisen tuen piirteiden ja muotojen huomioonottamista ja koordinoitua (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 57).

## 5 KUNTOUTUKSEN ARVIOINTI

Omassa tutkielmassani arviointikriteerit perustuvat tutkimuskirjallisuuteen sekä Kuuloliiton asettamiin kuntoutustavoitteisiin. Kuntoutus voidaan määritellä yksilön ja ympäristön väliseksi muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on mm. henkilön toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen (Aalto & Rissanen 2002, 2). Kuntoutuksen arviointi ei aina ole tutkimusta, vaan keskeisenä erona on se, että arvioinnilla pyritään aina määrittämään arvioinnin kohteen arvo, kun tutkimusta pidetään perinteisesti arvovapaana. Kuntoutuksen arvioinnilla tarkastellaan siis kuntoutusprosessin arvoa. Tutkimus voi arvottamisen sijaan pyrkiä olemaan ymmärtävä ja selittävä. (Robson 2001, 24–25.)

Interventiolla tarkoitetaan toimintaa tai muutosta, jonka arvoa halutaan arvioida. Interventio sanana tarkoittaa väliin tulemistä (latinan *inter-venere*); vaikutetaan ja muutetaan tilannetta, joka ilman interventiota ei olisi tapahtunut. Interventio-sanan käyttö kuntoutuksen arvioinnissa on osin ristiriitaista, sillä käsite pitää jo itsessään sisällä oletuksen siitä, että interventiolla kuten kuntoutuksella on vaikutusta. (Øvretveit 2002, 92).

Arvioinnilla tarkoitetaan jonkun asian tarkastelemista keräämällä tietoa asiasta systemaattisesti ja tekemällä vertailuja. Arviointi ei ole mittaamista, vaikka sen tekemisessä saatetaankin käyttää mittareita: arviointi on osa laadun varmistamista sekä toiminnan kehittämistä. Arviointi itsessään ei muuta mitään, mutta arvioinnin avulla voidaan saada tietoa päätöksenteon tueksi. Arviointitutkimukseen ei voida sisällyttää kaikkia seikkoja, joita eri ihmiset käyttävät esimerkiksi toiminnan arvon arvioimiseen. (Øvretveit 2002, 12, 16, 17.)

Aalto ja Rissanen (2002, 3) tiivistävät kuntoutuksen vaikuttavuuden ytimekkäästi: ”kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista”. Vaikuttavuus edellyttää siis saavutettavissa olevien ja hyväksytyjen tavoitteiden asettamista, kuntouttavaa toimintaa ja sitä kautta tavoitteisiin pääsemistä. Hyvä kuntoutus on monialaista, tuloksellista ja suunnitelmallista. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen ei ole kehitetty standardoituja mittausten menetelmiä, joten vaikuttavuutta tulee arvioida kuntoutusmuotokohtaisesti sekä tavoitekohtaisesti. Eri kuntoutusmuodoilla on ymmärrettävästi erilaisia tavoitteita, minkä vuoksi vaikuttavuuttakin on mitattava monimenetelmällisesti. (Aalto & Rissanen 2002, 3, Alaranta, Lindberg & Holma 2008, 647, Järvikoski 2008, 53, Pohjolainen & Malmivaara 2008, 659).

Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi käsittää kaksi kysymystä: tapahtuiko kuntoutujien tilanteessa merkittävä myönteinen muutos ja voidaanko luotettavasti todeta, että muutos oli kuntoutusintervention aiheuttama? Kuntoutuksen tavoitteilla viitataan tavallisesti asiantuntijoiden asettamiin yleisiin tavoitteisiin. (Järvikoski 2008, 53.) Tässä tutkimuksessa vastaajat ovat myös itse asettaneet kuntoutukselle tavoitteensa.

Kuntoutusta arvioitaessa on tarvetta sekä formatiiviselle että summatiiviselle arvioinnille. Tarvitsemme tietoa siitä, mitä kuntoutusprosessissa tapahtuu, jotta kuntoutusta voidaan kehittää. Formatiiivisesta arvioinnista saatu tieto palvelee etenkin kuntoutuksen ammattilaisia. Summatiivisella arvioinnilla voidaan selvittää, onko kuntoutukselle asetetut tavoitteet saavutettu. Summatiivisella arvioinnilla on painoarvoa etenkin päätöksenteossa. (Robson 2001, 80–81.)

Molempien arviointistrategioiden käyttöön on useita tutkimusmenetelmiä. Tutkimustilanne ja -kohde määrittävät usein toimivimman tutkimusmenetelmän. Vaikuttavuuden tutkimuksessa kokeellisten tutkimusten (*randomised controlled trial*) tuloksia pidetään yleensä luotettavina, ja kokeellisesti tehtyjä tutkimuksia arvostetaan. Valittaessa ennen kuntoutuksen aloitusta yhteneväiset vertailuryhmät voidaan kuntoutuksen merkitystä tutkia tarkastelemalla ryhmien välisiä eroja. (Robson 2001, 89–90, Pohjolainen & Malmivaara 2008, 659.) Kokeellista asetelmaa puoltaa se, että kun arvioinnin kohteena ovat ainoastaan kuntoutukseen osallistuvat henkilöt, jää vaikuttavuusnäyttö vaillinaiseksi (Aalto & Rissanen 2002, 5, Pohjolainen & Malmivaara 2008, 659).

Kokeellisia tutkimuksia ja satunnaistettuja otoksia vaivaa kuitenkin illuusio vakioiduista muuttujista: käytännössä erilaisten muuttujien määrää on ihmisiä tutkittaessa mahdoton hallita. Vaikka ryhmiin valittaisiinkin ihmisiä, joita yhdistäisi sama sairaus tai vamma ja sukupuoli, tulee eroavaisuuksia mm. iästä, kuntoutumismotivaatiosta, elämäntilanteesta, ympäristöstä sekä muusta terveydentilasta. Usein ei ole myöskään tarkoituksenmukaista eristää tutkimusasetelmasta esim. ympäristötekijöitä. Kontrolloidussakin asetelmassa on vaikea ottaa huomioon muita muutosta aiheuttavia tekijöitä sekä kuntoutuksen vaikutusten kestoja. (Aalto & Rissanen 2002, 5–6, Robson 2001, 90–91, Mäkitalo & Turunen 2008, 13.)

Kokeellisten vaikuttavuustutkimustenkaan totuudenmukaisuuteen ei pidä sokeasti luottaa, vaan niiden rinnalla on hyvä hyödyntää myös laadullisia menetelmiä sekä muita tutkimusasetelmia. (Aalto & Rissanen 2002, 6.) Satunnaistettuja kokeita on syytä käyttää taloudellisesti merkittävien alueiden tutkimuksessa, sillä ne ovat kalliita ja työläitä, eikä niitä siten ole välttämättä mahdollista toteuttaa kuntoutustyön ohessa (Pohjolainen & Malmivaara 2008, 659).

Satunnaistaminen saattaa myös olla eettisesti epäilyttävää: voidaanko tutkimuksen nimissä esittää tiettyä ryhmää saamasta kuntoutusta, jotta kuntoutusryhmälle saadaan vertailuryhmä (Järvikoski 2008, 56, Robson 2001, 91, Pohjolainen & Malmivaara 2008, 660)? Satunnaistetut kokeet soveltuvat heikosti sosiaalisiin interventioihin kuten kuntoutukseen. Tavallisesti sosiaalisissa interventioissa otokset eivät usein ole edustavia, vaan moninaisten valikoitumisten läpi suodattuneita. Verrokki- valinta on usein vaikeaa, jopa mahdotonta. Tutkittavat aiheet ovat usein monisyisiä kuten esimerkiksi tässä tutkimuksessa hyvinvointi ja elämäntilanne. Interventioista ei koskaan saada täsmäl-

leen samanlaisia, vaan esimerkiksi kuntoutuskursseilla interventio muodostuu vuorovaikutteisesti osallistujien tarpeiden ja toiminnan pohjalta. (Mäkitalo & Turunen 2008, 13.)

Satunnaistettujen tutkimusten sijaan kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan tutkia mielestäni hyvin myös seurantatutkimuksilla. Seurantatutkimuksella voidaan arvioida intervention eli tässä tapauksessa kuntoutuksen lopputulosta (*outcome*). Tällöin kyseessä on vaikuttavuuden arviointi: mitä vaikutusta kuntoutuksella on ollut yksilöön? Ennen interventiota ja sen jälkeen tehtävät arvioinnit perustuvat teorioihin ja ennusteisiin siitä, mitä vaikutusta toiminnalla mahdollisesti on.

Ennen–jälkeen arvioinnin hankaluutena on aina se, että mahdollisen muutoksen on aina voinut aiheuttaa myös jokin muu asia kuin varsinainen kuntoutus. Jokaisen mahdollisen muuttujan kontrollointi on usein mahdotonta. (Øvretveit 2002, 119–120.) Omassa työssäni tavoitteena oli kerätä mahdollisimman laaja aineisto, jolloin esim. vastaajien valikointi ei ollut mahdollista.

Arvioinnissa tulee siis hyväksyä se, että niin positiivinen kuin negatiivinenkin muutos olisi voinut tapahtua myös ilman kuntoutusta. Omassa työssäni olen pyrkinyt pienentämään väärintulkittamisen riskiä keräämällä sekä laadullista että mittareihin perustuvaa aineistoa. Niiden tulosten yhteneväisyys kertoo arvioinnin totuudenmukaisuudesta. Järvikosken (2008, 57) mukaan realistisessa arvioinnissa interventioiden ei oleteta tuottavan muutoksia, vaan ne tekevät mahdolliseksi ihmisen elämän muutosvoimien toiminnan. Muutos on aina riippuvaista kontekstista.

Rossi ja Freeman (1999, Järvikosken 2008, 52 mukaan) määrittävät kuntoutuksen arvioinnin tieteelliseen menetelmään perustuvana kuntoutustoiminnan, -toimenpiteiden ja -prosessin käsitteellisenä ja empiirisenä kuvaamisena ja arviointina sekä toiminnan vaikuttavuutta, hyötyjä ja tehokkuutta koskevien johtopäätösten tekona. Tähän pyrin tutkimuksessani.

## 6 TUTKIMUSASETELMA JA MENETELMÄT

Tutkielmani on tapaustutkimus Kuuloliiton Kopolan kurssikeskuksen kuntoutuskurssien kuntoutujiin muutosprosessista. Tapaustutkimusta määrittää se, että tutkimuksen kohteena pieni joukko tapauksia, joskus vain yksi tapaus. Tapauksena voidaan tutkia esimerkiksi henkilöä, organisaatiota, tiettyä tapahtumakulkua tai prosessia. Omassa tutkielmassani tapauksia, kyselyyn vastaajia, oli 10 henkilöä. Tapaustutkimus eroaa tilastollisesta tutkimuksesta, sillä tapauksia ei tutkita tilastollisina yksikköinä. Ilmiötä tutkitaan tavallisesti sen luonnollisessa ympäristössä. Tyypillisesti tapaustutkimusta tehdään kvalitatiivisin tutkimusmenetelmin, itse lähestyin aiheitani kyselyn avulla. (Eskola & Suoranta 1998, 18,61–62, 65.)

Tutkimukseni on sosiaalitutkimuksen perinteen mukainen tapaustutkimus, jossa hyödynnetään sekä kuvailevia että ei-kokeellisia naturalistisen perinteen mukaisia menetelmiä että erilaisia datan



keruumalleja. Tavoitteena on etenkin lopputuloksen, mutta myös prosessin tarkastelu. (Øvretveit 2002, 207–208.)

Aikuisten kuuroutuneiden kokemuksia, kuntoutusta ja sopeutumista on Suomessa tutkittu melko vähän. Moni tutkimuksista on ollut korkeakoulujen opinnäytetöitä. Viittomakielen tulkin koulutusohjelmassa kuuroutuneita ja kuuroutumista on käsitelty opinnäytetöissä etenkin kriisiprosessin ja sopeutumisen näkökulmista (mm. Ahonen & Oinonen 2002, Karlsson 1988, Siljanen 2005). Kuulovammaisten aikuisten elämäntilannetta ja elämänkulkua Suomessa on tarkasteltu Jyväskylän yliopiston erityispedagogiikan laitoksella pro gradu -tutkielmissa. (mm. Niemi 1999, Tumanto 2002). Tekniikan kehittyessä tutkimuskentän huomio näyttää julkaisumäärien perusteella keskittyneen sisäkorvaistuteleikkauksiin ja niiden hyötyihin. Tutkimuksissa on käsitelty etenkin kuulovammaisten lasten sisäkorvaistuteleikkauksia ja kuntoutusta. En löytänyt Suomessa tehtyä varsinaista tutkimusta, joka olisi käsitellyt aikuisena kuuroutuneiden henkilöiden psykologista tai sosiaalista hyvinvointia. Tutkimuksia on kuitenkin tehty ulkomailla ainakin 1980-luvun lopusta lähtien (mm. Heine & Browning 2002, Helvik ym. 2006, Orlans 1987, Stone 1987, Ringdah & Grimby 2000), joten pääsin hyödyntämään niiden tuloksia työssäni. Tutkielmani yhdistelee kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen elementtejä (*mixed methods*).

Tutkimuskysymyksiäni ovat:

- Miten kurssilaiset kokevat kuulovammansa vaikuttaneen elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa?
- Onko kurssilaisten kokeman sosiaalisen tuen laatu muuttunut ensimmäisen ja kolmannen kurssin välillä?
- Onko kurssilaisten elämänhallinta ja tyytyväisyys elämään muuttunut ensimmäisen ja kolmannen kurssin välillä?
- Onko kurssilaisten mieliala ja itsetunto muuttunut ensimmäisen ja kolmannen kurssin välillä?
- Miten kurssilaiset ovat kokeneet ryhmämuotoisen kuntoutuksen?
- Mikä on ollut kuntoutuksen vaikuttavuus?

Kuuroutuneille henkilöille, jotka eivät hyödy varsinaisesta kuulon kuntoutuksesta, ei ole Suomessa käytössä itsearviointimittareita. Päädyin siis etsimään laajalti kuntoutuksen tutkimuksista mittareita, joita on käytetty muiden sairauksien seurannassa ja jotka sopivat sovellettaviksi kuuroutuneiden kuntoutuksen arviointiin tarkasteltaessa elämänhallintaa ja psykososiaalista hyvinvointia.

## 6.1 Kyselylomake

Aineisto kerättiin kuntoutumiskursseilla kyselyn avulla. Kyselylomake on mittausväline, jota on käytetty yleisesti mm. asennemittauksissa. Se koostuu kysymyksistä ja väitteistä, joiden avulla pyritään tutkimaan moniulotteisia ilmiöitä. (Vehkalahti 2008, 11–12.) Tässä työssä kyselyn käyttö oli mielestäni sopivaa, koska aineiston keruuseen oli kurssin aikana rajallinen aika, ja koska tavoitteena oli saada vastaajilta henkilökohtaisia tietoja. Kyselylomake antaa vastaajalle yleensä hyvän anonymiteetin (Øvretveit 2002, 155).

Tutkielmani kyselytutkimus sisälsi kuusi varsinaista tutkimuskyselyä. Niiden lisäksi vastaajat täyttivät ensimmäisellä kurssilla esitietolomakkeen ja pienen kyselyn kurssille asettamista tavoitteista (LIITE 2) sekä kolmannella kurssilla kyselyn ryhmäkuntoutuksesta, tulkkipalvelupäättöksestä ja yhdistysjäsenyydestä (LIITE 8). Raitasalon (2007) tutkimuksesta lainasin arviointilomakkeet Elämönhallinta (LIITE 3), Mielialakysely (LIITE 4) sekä Itsetunto (LIITE 5). Kukuraisen (2006) tutkimuksesta lainasin kyselyt Ihmissuhteisiin liittyvä tuen saanti, johon olen yhdistänyt kysymyksiä ihmissuhteiden määrästä ja vapaa-ajasta (LIITE 6) sekä Tyytyväisyys elämään ja sen eri osa-alueisiin (LIITE 7).

Kyselyn esitietolomakkeen laadinnassa olen käyttänyt apunani myös Mervi Pättikankaan ja Kirsti Korhosen tutkimusta sopeutumisvalmennuksen vaikuttavuudesta (1996). Väittämien lisäksi lomakkeissa on avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä pyrin varmistamaan sen, että tutkittavien oma ääni tulee kuulluksi ja välttämään sen, että omat mahdolliset ennakkokäsitykseni ohjaisivat vastausten luonnetta.

Kysymykseen vastattiin pääsääntöisesti valitsemalla asteikolta vastausvaihtoehto. Kyselylomakkeen asteikko on muodoltaan välimatka-asteikko, jota käytetään yleisesti esimerkiksi asennetutkimuksissa. Mittarityyppinä kyselyssä käytin Likert-asteikkoja, jolloin henkilö itse arvioi omaa käsitystään kyselyn väittämien sisällöstä. (Metsämuuronen 2005, 61.) Ensimmäisen aineiston keräsin tammi–syyskuussa 2009. Aineiston perusteella analysoin, millainen on kuuroutuneen henkilön lähtötilanne kurssia aloitettaessa. Toisen aineiston keräsin samoilta vastaajilta syyskuussa 2009–toukokuussa 2010. Seuranta-aineistosta analysoin mahdollisia muutoksia vastauksissa.

### 6.1.1 Elämönhallinta

Kurssilaisten elämönhallinnan kokemusta mitattiin Elämönhallinta-kyselyllä, joka pohjautuu Aaron Antonovskyn ”The Sense of Coherence Scale” -kyselyyn (SOC-29). Koherenssikäsitys sisältää elämän hallittavuuden lisäksi elämän ymmärrettävyyden ja mielekkyyden osatekijät. Koherenssikäsityksen voimakkuus kertoo ihmisen kyvystä kohdata ja käsitellä haittaavia stressitekijöitä. (Eriks-

son ja Lindström 2005, Kukkuraisen 2006, 59 mukaan). Kysymyksiä elämänhallinta -kyselyssä oli yhteensä 13. Mikäli 1-4 kysymykseen jätettiin vastaamatta, korjattiin koherenssikäsityksen voimakkuutta osoittava summapistemäärä laskennallisesti. Suosituksen mukaan kyselylomakkeet, joissa on jätetty vastaamatta vähintään viiteen kysymykseen, hylätään, mutta tätä kyselyä varten yhtään kyselyä ei tarvinnut hylätä. Tutkimuksen vastausten vaihteluväli on 13–91. (Raitasalo 2007, 84.)

### 6.1.2 Mieliala

Korkalainen ja Kokko (2008, 261) esittävät, että mielenterveyttä tulisi tarkastella tilana, joka koostuu sekä hyvinvoinnin että mielenterveyden olemassaolosta tai puuttumisesta. Hyvällä mielenterveydellä tarkoitettaisiin siis mielenterveysongelmien puuttumista ja korkeaa hyvinvoinnin tasoa. Masennuksen tutkimuksessa voidaan Raitasalon (2007, 16) mukaan käyttää mm. kyselyjä tai psykologisia testejä. Tutkielmassani käytin mielialan selvittämiseen RBDI- eli Mielialakyselyä, joka on kehitetty Suomen oloihin kansainvälisesti laajasti käytetystä Beckin depressiokyselystä. Spivey (1986) on vertaillut tutkimuksessaan useita depressiomittareita ja pitää Beckin kyselyä sopivana iäkkäiden depressiivisyyden mittaamiseen. Asteikko pikemminkin ali- kuin yliarvioi vastaajien masentuneisuusoireita (ks. Heikkinen 1998, 28).

Kysely on rakennettu niin, ettei se aiheuta negatiivisia reaktioita vastaajissa. Jokaiseen vastaussarjaan kuuluu ensimmäisenä vaihtoehtona rakentavaa itsetuntoa ja positiivista mielialaa osoittava vaihtoehto, joten kysely sopii myös henkilöille, joilla ei ole masennus- tai ahdistusoireita. Kysely on todettu helposti ymmärrettäväksi ja täytettäväksi. (Raitasalo 2007, 22, 40–41.) Mielialakyselyssä on 13 masennusta kartoittavaa kysymystä ja yksi ahdistuneisuutta kartoittava lisäkysymys. Kyselyllä kartoitetaan pääsääntöisesti ihmisten kokemaa, itse tunnistamaa ja ilmaisemaa masennusoireilua. Kysely ei mittaa kliinistä depressiota, vaan masennusoireiden vaikeusastetta (ei oireita, lievä, keskivaikea, vaikea masennus).

### 6.1.3 Itsetunto

Itsetunnon ja itseluottamuksen asteen katsotaan kuvaavan ihmisen kysyä selviytyä eteen tulevista ongelmista ja paineista esimerkiksi työssä ja yksityiselämässä. Kurssilaisten kokemaa ja itse ilmaisemaa itsetuntoa mitattiin Rosenbergin kehittämällä itsetunnon kyselyllä. Kysely on erittäin käytetty ja sitä pidetään yhtenä luotettavimmista itsetuntoa kartoittavista kyselyistä. (Raitasalo 2007: 82.) Itsetunnon mittaamiseksi itsearviointi on ainoa mahdollinen mittaamenetelmä (Keltikangas-Järvinen 2003, 71).

Itsetunnon kysely sisältää kymmenen kysymystä. Raitasalo (2007, 80, 82) suosittelee hylkäämään lomakkeet, joissa on jätetty vastaamatta neljään kysymykseen. Lomakkeisiin, joista puut-

tuivat vastaukset yhdestä kolmeen kysymykseen, korjattiin summapistemäärä laskennallisesti. Kyselyn vaihteluväli on 10–40. Asteikkoihin ei ole kehitetty raja-arvoja osoittamaan hyvää itsetuntoa, selviytymiskykyä tai psyykkistä terveyttä.

#### 6.1.4 Ihmissuhteiden määrä ja ihmissuhteisiin liittyvä tuen saanti

Sosiaalisen tuen saantia selvitettiin kyselylomakkeella ”Ihmissuhteiden määrä ja ihmissuhteisiin liittyvä tuen saanti”, jonka Kukkurainen on muokannut yhdessä oman tutkimusryhmänsä kanssa (2006). Kyselyssä sosiaalinen tuki on jaettu neljään osa-alueeseen: emotionaalinen tuki (arvostus, olla mieltyynyt johonkin, luottaa, välittää ja kuunnella), arviointituki (vahvistus, palaute ja sosiaalinen vertailu), tiedollinen tuki (neuvot, ehdotukset, ohjeet ja tieto) ja välineellinen tuki (mikä tahansa konkreettinen apu, raha, työapu, aika ja ympäristön muokkaaminen). Kysely sisältää 21 väittämää, joihin vastaaja vastaa asteikolla 1 (ei koskaan) – 5 (jatkuvasti). Sosiaalisen tuen teorian perusteella emotionaalista tukea mittaavat kysymykset 2–9, arviointitukea 10–12, tiedollista tukea 13–16 ja välineellistä tukea 17–20 (Kukkurainen 2006, 60). Läheisiltä saadun sosiaalisen tuen mittarissa käännettiin kysymys 9. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus vapaasti kertoa ihmissuhteistaan.

#### 6.1.5 Tyytyväisyys elämään ja sen eri osa-alueisiin

Elämään tyytyväisyyden mittarina käytettiin suomennettua Life Satisfaction Checklist (LiSat9) -mittaria, jonka Kukkurainen (2006) työryhmineen muokkasi alkuperäisestä englanninkielisestä kyselystä omaan tutkimukseensa. Kysely ”Tyytyväisyys elämään ja sen eri osa-alueisiin” sisältää kysymyksiä yleisestä elämään tyytyväisyydestä (1), läheisyydestä (6–8), vapaa-ajasta (3), toimeentulosta (4, 5), toimintakyvystä (2), terveydestä (9), henkisistä voimavaroista (10) ja fyysisestä kunnosta (12). Kyselystä poistettiin seksielämää koskeva kysymys, sillä koin sen tungettelevana ja oman tutkimukseni kannalta epäoleellisena. Kysely sisältää 11 teemaa, joihin vastaaja vastaa asteikolla 1 (erittäin tyytymätön) – 6 (erittäin tyytyväinen). Vastaukset 1–4 luokitellaan tyytymättömyyden ja vastaukset 5–6 tyytyväisyyden merkeiksi aiempien tutkimusten mukaan (Bränholm ym. 1991 & Fugl-Meyer ym. 1991, Kukkuraisen 2006, 62 mukaan).

## 7 TUTKIMUSMENETELMIEN LUOTETTAVUUS

Kyselyssä keskeisessä roolissa on käytettävä mittari. Sen käyttöön liittyy useita haasteita ja epävarmuustekijöitä: mittasivatko kysyttävät asiat tutkittavia asioita, oliko vastaajia riittävästi, oliko kyselyn ajankohta sopiva, lukivatko vastaajat kysymykset oikein ja niin edelleen. Menetelmien luotettavuutta tarkastellaan reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista.

Käytin aineistoni analysoinnissa nonparametrisia menetelmiä. Parametrittomat eli jakaumasta vapaat menetelmät ovat analysointimenetelmiä, joissa ei tehdä yhtä paljon "oletuksia" kuin parametrisissä menetelmissä (Gibbons 1993,1, Metsämuuronen 2004, 9–10 mukaan). Metsämuuronen (2004, 14) toteaa, että parametrittomat menetelmät ovat ainoa todellinen vaihtoehto, kun otoskoko on alle 30. Ne soveltuvat sekä luokittelu-, järjestys- että välimatka-asteikollisille mittaustyypeille ja niitä tulisi käyttää käyttäytymistieteellisissä yhteyksissä Likert-asteikollisia mittareita analysoitaessa, minkä vuoksi ne soveltuivat hyvin tutkimukseeni.

Ensimmäisen ja kolmannen kurssin tuloksia vertailtaessa on käytetty parittaisten otosten testaamiseen soveltuvia menetelmiä kuten Wilcoxonin merkkitestä. Wilcoxonin merkkitestä käytettiin, koska sen avulla saadaan muutoksen olemassaolon lisäksi muutoksen suuruudesta. (Metsämuuronen 2004, 81, 100.) Valittu analysointimenetelmä on kerrottu tulososiossa. Samalla kerrotaan tulosten luotettavuudesta Cronbachin alfan avulla. Vaikka aineisto on kerätty osin sanallisessa muodossa, käsittelen sitä pääsääntöisesti numeerisesti. Sekä kysymyksille että vastauksille on annettu numeeriset koodit. Avoimet vastaukset esittelen kuitenkin erillisinä suorina lainauksina.

### 7.1 Mittareiden reliabiliteetti

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen luotettavuutta. Jotta mittari olisi reliabeeli, tulisi tulosten olla toisellakin mittauksella samansuuntaisia ensimmäisen mittauksen kanssa (stabiilius) sekä jokaisella kerralla saatujen vastausten yhtenäisiä (konsistenssi). Reliabiliteettia voidaan tutkia rinnakkaismittauksella, mittarin sisäisen konsistenssin eli yhtenäisyyden kautta tai toistomittauksella. (KvantiMOTV 2008, Metsämuuronen 2005, 64–67.) Omassa työssäni olen tutkinut mittarien konsistenssin Cronbachin alfan avulla.

Metsämuuronen (2005, 96) suosittelee Likert -asteikon skaalaksi vähintään 4-portaista asteikkoa reliabiliteetin parantamiseksi. Kyselyssäni käytin 4–6-portaisia asteikkoja. Kuusiportaisesta skaalasta puuttuu siis vastausvaihtoehto ”en tiedä”, joka 5-portaisella asteikolla olisi numero 3. Tämä valinta on tehty vastoin Hirsjärven ym. (2007, 198) ohjeistusta. He suosittavat kyselyihin vastausvaihtoehtoa ”ei mielipidettä” sekä mieluummin monivalintavaihtoehtoja kuin asteikollisia väitteitä. Koin kuitenkin parhaaksi pitää Raitasalon (2007) ja Kukkuraisen (2006) tutkimuksissa asteikot ennallaan.

Asennemittauksen suosimat väittämät saattavat sisältää vastaustaipumuksen, jota nimitetään sosiaalisesti suotavuudeksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmisillä on taipumus vastata odotetusti eli he valitsevat vastauksen, jonka olettavat olevan suotava (Hirsjärvi ym. 2007, 198, Korkalainen & Kokko 2008, 264). Omassa kyselyssäni vaarana oli, että ihmiset kokevat esimerkiksi mielialaa koskevat kysymykset sosiaalisesti ei-hyväksyttäviksi ja vastaavat positiivisemmin kuin todellisuus-

dessa ajattelevat. He voivat kokea, että on hyväksyttävää olla onnellinen, joten he arvioivat itsensä onnellisemmiksi kuin todellisuudessa ovat. Tätä on kuitenkin vaikea havaita tutkimuksen analyysissa. Riskiä sosiaalisen suotavuuden vaikutuksesta pienentää se, että tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella eikä kasvokkain haastatellen (Schwartz ja Strack 1999, Korkalaisen & Kokkonen 2008, 264–265 mukaan, Øvretveit 2002, 155). Sosiaalisen suotavuuden vaikutus hyvinvoinnin arvioon on muutenkin tutkimusten mukaan vähäistä ja subjektiivisen hyvinvoinnin arviointimenetelmiä pidetään melko valideina (Korkalainen & Kokko 2008, 265).

Korkalainen ja Kokko (2008, 264) tuovat esiin vaaran subjektiivisen hyvinvoinnin mittareiden epäluotettavuudesta. Ihmisten vastaushetken tunnetilojen ja muiden tilannetekijöiden on havaittu vaikuttavat arvioihin. Olen kyselylomakkeita jaettaessa pyytänyt ihmisiä vastaamaan niin sanotun tyypillisen olotilan mukaan: miltä heistä yleensä tuntuu.

## 7.2 Mittareiden validiteetti

Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen yleistettävyyttä. Tutkimuksen sisäistä validiteettia voidaan puolestaan tarkastella muun muassa sisällön ja käsitteiden validiuden näkökulmista. (Metsämuuronen 2005, 65.)

Kyselyyn vastaajien määrä on tutkimuksessani pieni. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillisesti suuri, useiden satojen tai tuhansien henkilöiden otanta. Vastauksissa oli myös puuttuvia havaintoja eli kohtia, joihin ei ollut vastattu. Tämä on usein kyselylomakkeiden hankaluutena (Øvretveit 2002, 155). Havaintoyksiköiden poistoa ei kuitenkaan suositella, kun havaintojen määrä on pieni (Vilka 2007, 100.) Kyselyihin liittyy usein riski, että vastaaja ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin mitä kyselyn tekijä on tarkoittanut (Øvretveit 2002, 155). Muutama vastaaja oli kirjoittanut lomakkeen kysymysten kohdalle tarkennuksia kuten ”tarkoitetaanko tällä sitä, että...”. Tämä kertoo kysymyksen monitulkintaisuudesta, mikä on saattanut vaikuttaa myös vastauksiin.

Päädyin kyselylomakkeeseen alun perin, koska halusin kerätä aineistoa, jonka tuloksia voidaan myöhemmin uusintamittauksessa verrata. Laadullisen aineiston vertaaminen seurantatutkimuksessa olisi ollut haastavaa. Kyselylomakkeen tuloksista lukijan on erittäin vaikea tunnistaa yksittäisiä vastaajia, mikä oli minulle myös tärkeää. Tutkittaessa pientä vähemmistöä on tärkeää huolehtia anonymiteetistä.

Sisällön validiudella tarkoitetaan sitä, ovatko mittarissa ja tutkimuksessa käytetyt käsitteet valitun teorian mukaiset sekä kattavatko käsitteet tutkittavan ilmiön (Metsämuuronen 2005, 65). Olen valinnut käyttämäni käsitteet pitäen lähtökohtaisina ilmiöinäni elämäntilannetta ja hyvinvointia. Tutkimuksen käsitteitä on käytetty runsaasti lähdekirjallisuudessa ja ne ovat linkittyneet tutkimuksissa usein toisiinsa (mm. Kukkurainen 2006, Österman 2008). Elämäntilannetta tunnetta voi

toki lähestyä myös muista näkökulmista, mutta olen rajannut tutkimuksen käsitteet mielestäni tarkoituksenmukaisesti ja riittävän monipuolisesti. Käsitteiden validius ja käsitteiden operationalisointi on mielestäni onnistunut, sillä tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat pääosin tutkimuskäytössä olevia mittareita. Näiden mittareiden validiutta on tutkittu perusteellisesti aiemmin (mm. Raitasalo 2007, Kukkurainen 2006).

## 8 TUTKIMUKSEN ETIIKKA TARKASTELTAESSA PIENTÄ VÄESTÖRYHMÄÄ

Ihmistieteissä keskeinen tutkimuseettinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisarvon kunnioittamisella tarkoitetaan mm. itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, vahingoittamisen välttämistä sekä yksityisyyden kunnioittamista ja suojaamista. (Kuula 2006, 60–65.) Etenkin pienestä ryhmästä kirjoitettaessa on tärkeää huomioida, miten kirjoitetaan: teksti ei saa olla loukkaavaa, yksipuolista, leimaavaa tai tirkistelevää (Vilka 2007, 164.) Koska tutkimukseni koskee pientä väestöryhmää, noin 3 000 henkeä, liittyi suurin eettinen haaste tutkimukseen osallistuvien henkilöiden yksityisyyden suojaamiseen.

Kyselytutkimuksen vastauksista ei voi tunnistaa yksittäisiä vastaajia. Haastavampaa on häivyttää henkilöllisyys elämäkerroista ja avoimista vastauksista. Olen pyrkinyt kirjaamaan lainaukset ja tutkimustulokset niin, ettei vastaajaa voi tunnistaa. Vastaajien henkilökohtaisia tietoja kuten nimet ja iät on muutettu yksityisyyden suojaamiseksi.

Ihmistieteissä vastaajien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa yksinkertaisimmillaan sitä, että ihmiset saavat päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Päätöksenteon edellytyksenä on riittävä tiedonsaanti. (Kuula 2006, 61–62.) Tutkittaville lähetettiin ennen kurssia informaatiokirje tutkimuksesta sekä suostumuslomake (LIITE 9), joiden laatimisessa olen hyödyntänyt Nuorisotutkimusseuran (2008) ohjeistusta sekä Irmeli Östermanin (2008) pro gradu -tutkielmaa. Aineisto kerättiin sopeutumisvalmennuskurssien ensimmäisenä kurssipäivänä. Tutkittaville kerrottiin uudelleen tutkimuksen tarkoitus, vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus, nimettömyys sekä tutkimuksen kesto. Heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Tilaisuudessa oli käytössä induktiosilmukka sekä kirjoitustulkkaukset, jotta vastaajilla oli mahdollisuus kuulla puheeni joko silmukan avulla vahvistettuna tai lukea puheeni kirjoitettuna. Vasta tämän jälkeen he luovuttivat suostumuslomakkeensa, mikäli halusivat yhä osallistua tutkimukseen. Vastaajilla on myös ollut mahdollisuus keskeyttää vastaaminen, mikäli he eivät ole halunneet vastata kyselyyn nähtyään kysymykset.

Koska tämä tutkimus on osa pitkittäistutkimusta, kerroin kurssilaisille, että heillä on mahdollisuus osallistua joko vain tähän kyselyyn tai halutessaan he voivat osallistua tutkimukseen myös seuraavilla sopeutumisvalmennusjaksoillaan. Ne vastaajat, jotka halusivat osallistua myös seura-

viin mittauksiin, kirjoittivat nimensä tutkimuspapereihin, jotta pystyn valikoimaan heidän vastauksensa seuranta tutkimuksen analyysiin. Vastauspaperit on koodattu ja aineistoa käsitelty numeerisesti, ei nimien avulla. Ainoastaan avoimet vastaukset on kirjattu nimillä, mutta olen käyttänyt itse keksimiäni nimiä.

Olen solminut Kuuloliiton kanssa yhteistyösopimuksen (LIITE 10). Sopimus käsittelee opinnäytetyön ohjausta, kustannuksia sekä tekijänoikeuksia. Sopimuksen luomisessa olen käyttänyt tukena Oulun seudun ammattikorkeakoulun ohjeistuksia Tutkimus- ja kehityshankkeiden suojaamisesta (2008 a) sekä Opinnäytesyhteistyön sopimus- ja dokumentointikäytännöstä (2008 b). Sain tutkimuksen tekemiseen apurahan Kuuloliiton rahastoista.

## 9 TULOKSET

Informaatiokirje ja suostumuslomake lähetettiin kaikille Kuuloliiton kuuroutuneiden kurssin vuonna 2009 aloittaville henkilöille. Yhteensä kutsun vastata kyselyyn sai 17 henkilöä. Tavoitteena oli saada tutkimuksen aineistoon vastaukset kaikilta vuonna 2009 kurssin aloittavilta henkilöiltä. Suostumuslomakkeen palautti kurssien alussa yhteensä 16 henkilöä. Vain yksi henkilö ei siis halunnut vastata kyselyyn.

Kurssilaisilla oli mahdollisuus keskeyttää kyselyyn vastaaminen ilman perusteluita. Ensimmäisen aineiston keruun aikana 12 henkilöä vastasi kyselyn jokaiseen osa-alueeseen, kaksi henkilöä keskeytti, yksi henkilö jätti vastaamatta yhteen osa-alueeseen ja yksi henkilö ei täyttänyt kuin kaksi osa-aluetta. Seuranta-aineisto koostuu 10 henkilön vastauksista. Vastaajista 7 on naisia ja 3 miehiä. Osa koko kyselyyn vastanneista ei vastannut jokaiseen yksittäiseen kysymykseen.

Tässä tutkielmassa aineistona ovat vastaukset niiltä 10 henkilöltä, jotka vastasivat kyselyyn sekä ensimmäisellä että kolmannella kurssillaan. Vastaajille on tulosten esittelyä varten luotu peitenimet henkilöllisyyden salaamiseksi, mutta vastaajista on kerrottu oikea sukupuoli sekä ikä vastausajankohtana.

### 9.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyn vastaajista naisia oli seitsemän ja miehiä kolme. Vastaajien iän keskiarvo, mediaani ja moodi olivat kaikki 63 vuotta (vaihteluväli 50–78). Kaikki vastaajat olivat eläkkeellä. Kuuroutuminen oli osalla tapahtunut vähitellen (”yli 30 vuoden aikana”), osalla äkillisesti (”yhtäkkiä muutamassa minuutissa ilman varoitusta”). Viisi vastaajaa kertoi kuuroutuneensa sairauden kuten otoskleroosin tai esim. viruksen seurauksena. Osalla vastaajista oli kertomansa mukaan yhä jonkin verran kuuloa jäljellä eli he olivat vaikeasti huonokuuloisia.



Taustatietona pyysin vastaajia kertomaan omin sanoin kuulon alenemisestaan. Kuulon menetystä kuvattiin pääsääntöisesti erittäin vaikeana kokemuksena, minkä seurauksena vastaajat ovat joutuneet luopumaan asioista. Kuuroutumisen kuvataan vaikuttaneen sosiaaliseen elämään, vapaa-aikaan sekä vaikeuttaneen elämää. Osa vastaajista tunnistaa kuuroutumisen aiheuttaneen heille masennusoireita. Kuuroutuminen on lisännyt riippuvuutta läheisistä.

*Aluksi se tuntui kerta kaikkiaan kauhealta --- nyt on hieman helpottanut. Kun olisi aina jotain tekemistä ei sitä aina muistaisikaan.---* Matti, 63 vuotta

*Elämästä on tullut hiljaisempaa ja yksinäisempää.* Minna, 62 vuotta

*Isku vasten kasvoja.* Miina, 63 vuotta

*--- aiheutti pelkoa ja masennusta. Alussa oli vaikea mennä kauppaan ja asioille.*  
Martta, 69 vuotta

Vastaajista enemmistö (6) kuului paikalliseen kuulonhuoltoyhdistykseen ensimmäisen kuntoutusjakson alussa. Kolmannen kurssijakson päättyessä myös loput neljä vastaajaa olivat liittyneet yhdistykseen. Kuulonhuoltoyhdistysten tarjoamalla vertaistuellla voi olla merkittävä vaikutus ihmisen kuntoutumiselle.

*Olin menettänyt luottamuksen ihmisiin, kunnes aloin saamaan jonkinlaista vertaistukea Kuulonhuoltoliitolta (paikallisyhd.).* Marjatta, 50 vuotta

Kolmannen kurssijakson lopuksi kysyin vastaajilta, oliko heille tehty päätös tulkkauspalvelun myöntämisestä. Päätös mahdollistaa kirjoitustulkkauksen tai viitotun puheen tulkkauksen käytön asioinnissa sekä vapaa-ajan toiminnoissa. Tulkkauksen avulla kuuroutunut henkilö voi osallistua itsenäisemmin erilaisiin toimintoihin sekä ottaa vastuuta omasta elämästään ja päätöksistä. Vastaajista seitsemällä oli tulkkipäätös. Lisäksi kaksi vastaajaa kertoi aikovansa hakea tulkkipäätöstä. Yksi henkilö ei vastannut kysymykseen.

*Olen saanut kirjoitustulkin, jota käytän tulevaisuudessa aina, kun vaan tarvitsen.* Marjatta, 50 vuotta

## 9.2 Sopeutumisvalmennuskurssia koskevat tavoitteet

Kurssilaisilta kysyttiin, mitkä kurssitavoitteet he kokivat itselleen tärkeiksi. Kysymyksiin vastasi 10 henkilöä. Ohjeistuksena oli valita 1-5 tavoitetta. Numerolla 1 tuli merkitä se tavoite, joka koettiin kaikkein tärkeimmäksi. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan numeroineet vastauksiaan tai he valitsivat

useamman kuin 5 tavoitetta, joten esittelen tuloksissa tavoitteet ilman tärkeysjärjestystä. Tavoitteet ja niiden saamat vastaukset on esitelty taulukossa 1.

Eniten tavoitteista mainittiin uusien taitojen kuten viitotun puheen ja huuliltaalun oppiminen (8/10), mielialan kohennus (7/10), kuuroutumisen hyväksymisen oppiminen (7/10) sekä vertaistuen saaminen (7/10). Enemmistö vastaajista mainitsi tavoitteikseen myös virkistykseen sekä tiedon saannin kuulovammasta. Avoimissa vastauksissa vastaajat toivat esiin tarpeen oppia kommunikaatiotapa, uusia keinoja ja saada tietoa. He kertoivat hakeutuneensa kurssille, koska käytössä olevilla aisteilla tulee pärjätä ja niitä kehittää sekä ihmiskontaktien ja sosiaalisen kanssakäymisen takia. Lisäksi toivottiin, että puolison kanssa opittaisiin paremmin ymmärtämään toinen toisiaan.

Tavoitteenani on...

- 8 oppia uusia taitoja kuten viitottua puhetta tai huuliltaalukua.
- 7 kohentaa mielialaani.
- 7 oppia hyväksymään kuuroutumiseni.
- 7 saada vertaistukea.
- 6 saada virkistystä ja vaihtelua.
- 6 saada tietoa kuulovammastani.
- 5 pysähtyä miettimään elämäntilannettani.
- 5 saada tietoa kuulokojeista ja apuvälineistä.
- 4 saada uusia ystäviä.
- 4 saada tietoa tulkkipalvelusta.
- 3 saada tietoa sosiaaliturvasta.
- 3 saada rohkeutta vuorovaikutukseen.

TAULUKKO 1. Sopeutumisvalmennuskurssia koskevat tavoitteet, jotka kurssilaiset kokivat itselleen tärkeimmiksi. Vasemmassa laidassa viivalla vastausvaihtoehdon mer-

### 9.3 Ihmissuhteiden määrä ja ihmissuhteisiin liittyvä tuen saanti

Kysyttäessä ensimmäisen kuntoutusjakson alussa vastaajilla oli omasta mielestään keskimäärin 7,15 läheistä ihmistä. Läheisten ihmisten määrän mediaani oli 5,75, moodi 4 ja vaihteluväli 2–20. Suurin osa vastaajista (6) piti yhteyttä läheisiinsä viikoittain, vain kaksi päivittäin. Ensimmäisessä mittauksessa ilmaistu läheisten määrä korreloi positiivisesti vapaa-aikaan tyytyväisyyden ( $r = .86, p < .001$ ) sekä taloudelliseen tilanteeseen tyytyväisyyden ( $r = .70, p < .02$ ) kanssa. Mitä enemmän läheisiä vas-

taajalla oli, sitä tyytyväisempi hän oli vapaa-aikaansa ja talouteensa. Läheisten määrä lisäsi myös tyytyväisyyttä ystävä- ja tuttavasuhteisiin ( $r = .65$ ,  $p < .04$ ).

Läheisten määrässä ja yhteydenpidossa tapahtui hieman muutoksia kolmanteen kurssiin mennessä. Kolmannen kurssin lopuksi vastaajat kertoivat, että heillä on keskimäärin 7,6 läheistä. Läheisten ihmisten määrän mediaani oli kuitenkin noussut (8 läheistä), samoin moodi 10. Läheisten määrän vaihteluväli oli pienentynyt (2–15). Myös yhteydenpidon tiheys oli muuttunut. Suuri osa vastaajista (5) piti edelleen yhteyttä läheisiinsä viikoittain, mutta päivittäin yhteyttä pitävien määrä oli noussut kolmeen.

Avoimissa vastauksissa kuuroutumisen kuvataan vaikeuttaneen yhteydenpitoa läheisten kanssa. Ymmärtäminen puolin ja toisin on vaikeampaa kuin aiemmin. Puhelinkeskusteluiden jääminen pois mainitaan useassa vastauksessa. Väärinymmärrysten riski on kasvanut, mahdollisesti sitä kautta myös varovaisuus. Itseä pidetään huonona seuralaisena. Vain yksi vastaajaa kertoi, ettei kuuroutuminen ole vaikuttanut hänen ystävyysuhteisiinsa.

*Lastenlapset jäävät vähälle. Martti, 67 vuotta*

*En mielellään soittelen puhelimilla --- kun en kuule välttämättä. Maria, 52 vuotta*

*Jotkut sanovat että eivät kutsuneet minua syystä, jos tunnet itsesi yksinäiseksi toisten seurassa joita en tunne. Maija, 78 vuotta*

Läheisiltä saatavilla olevaa sosiaalista tukea mitattiin emotionaalisen, tiedollisen ja välineellisen sekä arviointituen osa-alueilta (asteikolla 1–5). Tuen osa-alueista muodostettiin summamuuttujia sosiaalisen tuen teorian mukaisesti. Kysymyksiin tuen osa-alueista ja laadusta vastasi 10 henkilöä.

Kyselyn luotettavuutta testattiin Cronbachin alfalla, joka osoitti kyselyn luotettavaksi sekä ensimmäisellä testauksella ( $\alpha = 0,93$ ) että toisella testauksella ( $\alpha = 0,96$ ). Summamuuttujat muodostettiin teorian pohjalta, mutta arviointituki eivät saaneet testauksessa luotettavia arvoja. Tähän on mahdollisesti syynä pieni vastaajajoukko, minkä vuoksi summamuuttujat pidettiin kuitenkin teorian mukaisina. Reliabiliteettimittauksen tulokset on esitetty taulukossa 2.

Tuen muoto	Cronbachin alfa 1. mittauskerralla	Cronbachin alfa 2. mittauskerralla
Emotionaalinen tuki	$\alpha = 0,85$	$\alpha = 0,95$
Tiedollinen tuki	$\alpha = 0,93$	$\alpha = 0,90$
Välineellinen tuki	$\alpha = 0,64$	$\alpha = 0,87$
Arviointituki	$\alpha = 0,12$	$\alpha = 0,48$

TAULUKKO 2. Sosiaalisen tuen summamuuttujien reliabiliteetti. N = 10.

Kaikkien tuen muotojen keskiarvot olivat arvoiltaan yli 3 (asteikko 1-5) sekä kuntoutusjakson alussa että lopussa. Tuloksia on esitelty kuviossa 4. Suurimmat keskiarvot muodostuivat molemmilla mittauskerroilla emotionaalisen ja tiedollisen tuen muodoissa. Pienimmät keskiarvot olivat välineellisen tuen ja arviointituen muodoilla. Kaikissa tuen muodoissa lukuun ottamatta tiedollista tukea tapahtui positiivinen muutos ensimmäisen kuntoutusjakson ja kolmannen kuntoutusjakson välillä.

Muutosten merkitsevyyttä testattiin Wilcoxonin merkkitestillä, mikä osoitti, etteivät sosiaalisen tuen saannissa tapahtuneet muutokset olleet tilastollisesti merkitseviä. Tuen muotojen saamia arvoja on esitelty taulukossa 3.

Tuen muoto	1. mittauskerta	2. mittauskerta	Muutos KA:ssa
Emotionaalinen tuki	KA 3,77 keskihajonta (vaihteluväli 3,50–3,88)	KA 4,05 keskihajonta (vaihteluväli 3,40–4,30)	+ 0,28 p<.29
Tiedollinen tuki	KA 3,65 keskihajonta (vaihteluväli 3,40–3,90)	KA 3,60 keskihajonta (vaihteluväli 3,30–3,90)	- 0,05 p<.29
Välineellinen tuki	KA 3,03 keskihajonta (vaihteluväli 2,78–3,44)	KA 3,58 keskihajonta (vaihteluväli 3,20–3,90)	+ 0,55 p<.11
Arviointituki	KA 3,37 keskihajonta	KA 3,41 keskihajonta	+ 0,04 p<.49

Emotionaalisen ja tiedollisen tuen välillä oli positiivinen yhteys ensimmäisellä mittauskerralla ( $r = .92, p < .001$ ). Myös välineellisen ja tiedollisen tuen ( $r = .75, p < .02$ ) välillä oli positiivinen korrelaatio.

#### 9.4 Elämänhallinta

Kyselyyn elämänhallinnasta vastasi 10 henkilöä. Kyselyn Cronbachin alfa-arvo on aiemmissa tutkimuksissa vaihdellut välillä  $\alpha = 0,70-0,92$ . Myös tässä kyselyssä se sai hyvät arvot sekä ensimmäisessä ( $\alpha = 0,74$ ) että toisessa ( $\alpha = 0,74$ ) mittauksessa. Kyselyä voidaan siis pitää luotettavana pienestä vastaajajoukosta huolimatta. Mittarin vaihteluväli on 13 (heikko koherenssintunne) – 91 (vahva koherenssintunne).

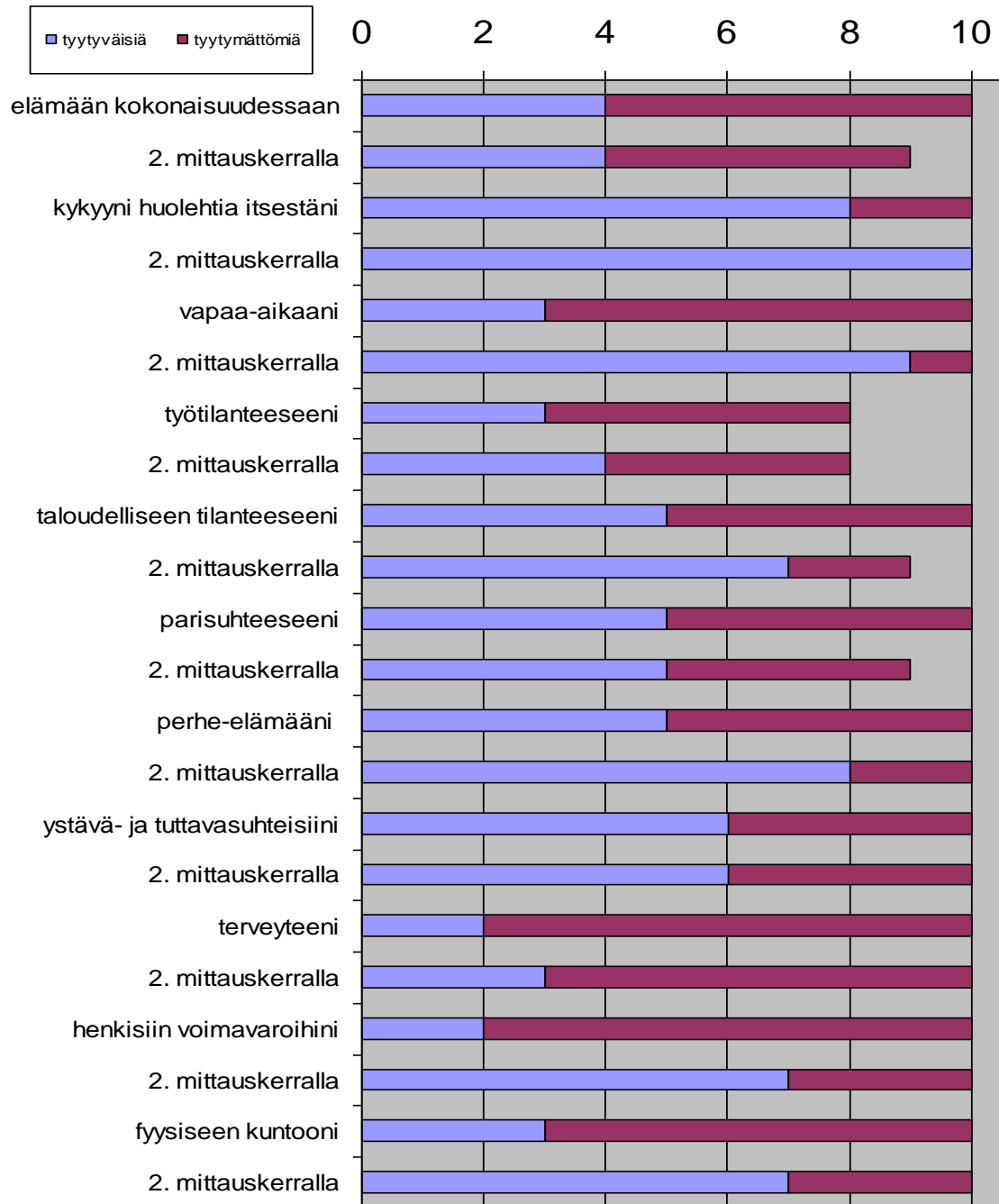
Viiden vastaajan kohdalla elämänhallinnan pistearvo oli suurempi 2. kuin 1. mittauskerralla, mutta neljällä arvo oli pienempi. Yhden vastaajan 2. mittauksen arvoista ei saatu luotettavaa tulosta. Vastaajien yksittäiset arvot on esitetty taulukossa 4. Koko ryhmän keskiarvo nousi 1,66 pisteellä, mutta Wilcoxonin merkkitestin mukaan ryhmän muutokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ( $p < .55$ ). Koherenssintunteen tulokset ryhmän yhteisinä arvoina on esitetty taulukossa 5. Toisen mittauksen elämänhallinnan arvot korreloivat positiivisesti itsetunnon arvojen kanssa ( $r = .83, p < .005$ ).

Vastaaja	1. mittauksen arvo	2. mittauksen arvo	Erotus
Mari	48	-	-
Maija	61	67	+ 6
Marja	67	59	- 8
Marjatta	42	38	- 4
Martta	46	60	+ 14
Matti	55	59	+ 4
Martti	60	51	- 9
Mikko	49	52	+ 3
Minna	58	68	+ 10
Miina	72	71	- 1

Koherenssintunne	Keskiarvo	Moodi	Mediaani	Keskihajonta	Vaihteluvä- li
1. mittauksessa	56,67	42	56,5	9,61	42–72
2. mittauksessa	58,33	59	59	10,25	38–71

### 9.5 Tyytyväisyys elämään ja sen eri osa-alueisiin

Kysymyksiin vastasi 10 henkilöä, tosin heistä kaikki eivät vastanneet jokaiseen väittämään. Kysymyksiin vastattiin asteikolla 1–6. Tutkimusten mukaan arvot 1–4 kuvaavat tyytymättömyyttä ja 5–6 tyytyväisyyttä. Lähes jokaisella elämänalueista tapahtui muutoksia tyytyväisten ja tyytymättömien määrässä. Kolmannen kurssijaksolla aiempaa useampi vastaaja oli tyytyväinen kykyynsä huolehtia itsestään, vapaa-aikaansa, taloudelliseen tilanteeseensa, perhe-elämäänsä, terveyteensä, henkisiin voimavaroihinsa sekä fyysiseen kuntoonsa. Muutokset on esitelty kuviossa 2.



KUVIO 2. Elämään tyytyväisyyden osa-alueet. Vastaajien jakautuminen tyytyväisiin ja tyytymättömiin ensimmäisellä ja kolmannella kuntoutusjaksolla.

Elämään tyytyväisyyden arvot korreloivat positiivisesti keskenään ensimmäisellä mittauskerralla. Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen korreloi positiivisesti tyytyväisyytenä kykyyn huolehtia itsestään ( $r = .71$ ,  $p < .02$ ), vapaa-aikaan ( $r = .64$ ,  $p < .05$ ) sekä fyysiseen kuntoon ( $r = .67$ ,  $p < .03$ ). Mahdollisesti hyvä taloudellinen tilanne mahdollistaa näihin muihin elämän osa-alueisiin panostamisen.

Tyytyväisyys ystävä- ja tuttavasuhteisiin oli yhteydessä vapaa-aikaa tyytyväisyyden kanssa ( $r = .73$ ,  $p < .02$ ). Tyytyväisyys perhe-elämään korreloi puolestaan tyytyväisyyteen kykyyn huolehtia itsestään ( $r = .63$ ,  $p < .05$ ), parisuhteeseen ( $r = .93$ ,  $p < .000$ ) sekä vapaa-aikaan ( $r = .72$ ,  $p < .02$ ).

Tyytyväisyys fyysiseen kuntoon korreloi positiivisesti tyytyväisyyteen elämään kokonaisuudessaan ( $r = .67$ ,  $p < .03$ ), terveyteen ( $r = .68$ ,  $p < .001$ ) sekä ystävä- ja tuttavasuhteisiin ( $r = .65$ ,  $p < .04$ ). Tyytyväisyys henkisiin voimavaroihin oli odotetusti yhteydessä terveyteen tyytyväisyyden kanssa ( $r = .89$ ,  $p < .001$ ).

Taulukosta 6 on nähtävissä, että myös jokaisen osa-alueen keskiarvo nousi ensimmäisen ja kolmannen kuntoutusjakson välillä. Näistä muutoksista kuitenkin vain tyytyväisyyden vapaa-aikaan, taloudelliseen tilanteeseen ja henkisiin voimavaroihin voidaan osoittaa koko vastaajajoukolla parantuneen tilastollisesti merkitsevästi.



Tyytyväisyys...		Keskiarvo	N	Keskihajonta	Muutoksen merkitsevyys
elämään kokonaisuudessaan	1. mittauskerta	3,78	9	1,641	p<.43
	2. mittauskerta	4,33	9	,707	
kykyyni huolehtia itsestäni	1. mittauskerta	5,10	10	1,595	p<.27
	2. mittauskerta	5,60	10	,516	
vapaa-aikaani	1. mittauskerta	4,10	10	1,449	p<.03*
	2. mittauskerta	5,30	10	,675	
työtilanteeseeni	1. mittauskerta	3,43	7	1,902	p<.39
	2. mittauskerta	4,00	7	2,082	
taloudelliseen tilanteeseeni	1. mittauskerta	4,00	9	1,658	p<.04*
	2. mittauskerta	4,89	9	1,269	
parisuhteeseeni	1. mittauskerta	3,78	9	2,279	p<.18
	2. mittauskerta	4,33	9	2,062	
perhe-elämääni	1. mittauskerta	4,00	10	2,211	p<.09
	2. mittauskerta	4,80	10	1,814	
ystävä- ja tuttavasuhteisiini	1. mittauskerta	4,40	10	1,506	p<1.00
	2. mittauskerta	4,40	10	1,174	
terveyteeni	1. mittauskerta	2,80	10	1,619	p<.09
	2. mittauskerta	3,70	10	1,337	
henkisiin voimavaroihini	1. mittauskerta	3,10	10	1,449	p<.02*
	2. mittauskerta	4,60	10	1,075	
fyysiseen kuntooni	1. mittauskerta	3,60	10	1,506	p<.14
	2. mittauskerta	4,60	10	1,174	

TAULUKKO 6. Elämään tyytyväisyyden osa-alueiden tulokset ja niissä tapahtunut muutos 1. ja 3. kuntoutusjakson välillä.

Elämän osa-alueiden välillä oli myös toisella mittauskerralla korrelaatioita. Vastaajat, jotka olivat tyytyväisiä terveyteensä, olivat tyytyväisiä myös elämään kokonaisuudessaan ( $r = .88$ ,  $p < .002$ ). Vastaajat, jotka olivat tyytyväisiä henkisiin voimavaroihinsa, olivat tyytyväisiä myös vapaa-aikaansa ( $r = .65$ ,  $p < .04$ ) ja ystävä- ja tuttavasuhteisiinsa ( $r = .72$ ,  $p < .02$ ).

Samoin vastaajat, jotka olivat tyytyväisiä kykyynsä huolehtia itsestään, olivat tyytyväisiä myös ystävä- ja tuttavasuhteisiinsa ( $r = .65$ ,  $p < .04$ ). Kyky huolehtia itsestään korreloi positiivisesti myös mielialakyselyn arvojen kanssa ( $r = .72$ ,  $p < .03$ ).

Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen korreloi positiivisesti usean osa-alueen kanssa: tyytyväisyys ystävä- ja tuttavasuhteisiin ( $r = .78, p < .01$ ), fyysiseen kuntoon ( $r = .67, p < .05$ ) sekä elämänhallinnan arvoihin ( $r = .87, p < .005$ ).

Mitä tyytyväisempiä vastaajat olivat perhe-elämäänsä, sitä tyytyväisempiä he olivat ystävä- ja tuttavasuhteisiinsa ( $r = .67, p < .04$ ). Tyytyväisyys perhe-elämään korreloi positiivisesti myös arviointituen arvojen kanssa ( $r = .71, p < .03$ ).

Fyysiseen kuntoon tyytyväisyys korreloi positiivisesti tyytyväisyytenä terveyteen ( $r = .65, p < .04$ ) sekä henkisiin voimavaroihin ( $r = .67, p < .03$ ).

Korrelaatiot on esitetty mieliala-, elämänhallinta- ja itsetuntokyselyn kanssa on esitetty taulukossa 7 ja korrelaatiot ihmissuhteisiin liittyvän tuen arvojen kanssa taulukossa 8.

Tyytyväisyys...	Mielialakysely	Elämänhallintakysely	Itsetuntokysely
kykyyni huolehtia itsestäni	<b>2.</b> $r = .72, p < .03$		
vapaa-aikaani			<b>1.</b> $r = .75, p < .01$
taloudelliseen tilanteeseen		<b>2.</b> $r = .87, p < .005$	<b>2.</b> $r = .92, p < .001$
ystävä- ja tuttavasuhteisiin		<b>2.</b> $r = .73, p < .03$	
henkisiin voimavaroihini		<b>2.</b> $r = .76, p < .02$	
fyysiseen kuntooni		<b>2.</b> $r = .85, p < .004$	<b>2.</b> $r = .67, p < .03$

TAULUKKO 7. Elämään tyytyväisyyden osa-alueiden tulokset ja niiden korrelaatio muiden ky-

Tyytyväisyys...	Arviointituki	Emotionaalinen tuki	Tiedollinen tuki	Välineellinen tuki
elämään kokonaisuudessaan		<b>1.</b> $r = .83, p < .01$	<b>1.</b> $r = .85, p > .002$	<b>1.</b> $r = .72, p < .03$
kykyyni huolehtia itsestäni			<b>1.</b> $r = .74, p < .02$	
vapaa-aikaani				<b>1.</b> $r = .70, p < .04$
perhe-elämääni	<b>2.</b> $r = .71, p < .03$			
ystävä- ja tuttavasuhteisiini			<b>1.</b> $r = .63, p < .05$	<b>1.</b> $r = .70, p < .04$
fyysiseen kuntooni			<b>1.</b> $r = .75, p < .02$	

TAULUKKO 8. Elämään tyytyväisyyden osa-alueiden tulokset ja niiden korrelaatio ihmissuhteisiin

### 9.6 Mieliala, itsetunto ja pystyvyyden tunne

Mielialaa selvittäneisiin kysymyksiin vastasi 10 henkilöä. Mielialakyselyn luotettavuutta testattiin Cronbachin alfalla, joka osoitti kyselyn luotettavaksi sekä ensimmäisessä ( $\alpha = 0,78$ ) että toisessa ( $\alpha = 0,79$ ) mittauksessa. Kyselyn tulokset esitetään kuviossa 10.

Ensimmäisen kuntoutuskurssin alussa vastaajista neljällä ei ilmennyt masennusoireita, kolmen oireet viittasivat lievään masennukseen ja kolmen keskivaikeaan masennukseen. Itsemurhahallituksesta ilmoitti yksi vastaaja valitsemalla vastausvaihtoehdon ”minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut”.

Mielialakysely	ei masentuneisuutta	lievä masentuneisuus	keskivaikea masentuneisuus	vaikea masentuneisuus	ahdistuneisuus
1. mittauskerta	4 hlö	3 hlö	3 hlö	-	7 hlö lievä jännittyneisyys
2. mittauskerta	7 hlö	1 hlö	2 hlö	-	2 hlö lievä jännittyneisyys, 1 hlö ahdistuneisuus

TALTIKKO 9 Mielialakyselyn (RRD) tulokset N = 10

Kyselyssä mitattiin ahdistuneisuuden astetta yhdellä kysymyksellä. Ensimmäisellä kyselykerralla vastaajista seitsemän ahdistuneisuuden aste luokiteltiin lieväksi jännittyneisyydeksi. Kolme vastaajaa ei ilmaissut ahdistuneisuutta, yksi henkilö ei vastannut kysymykseen. Myös avoimissa vastauksissa oli kuvauksia vastaajien masentuneisuudesta.

*En halua olla juuri kenenkään kanssa missään tekemisissä, vaikka olisi ystäviä jotka yrittävät olla tekemisissä kuten ennenkin. Minä laitan ovet lukkoon ja olen vain yksin --- Miina, 63 vuotta*

Kolmannen kuntoutuskurssin jälkeen vastaajista seitsemällä ei ilmennyt masennusoireita, yhden oireet viittasivat lievään masennukseen ja kahden keskivaikeaan masennukseen. Vastaaja, joka oli ensimmäisellä kuntoutuskurssilla kertonut itsemurha-alttiudesta, ei enää ilmaissut haluavansa kuolla. Vastaajista enää kahden ahdistuneisuuden aste luokiteltiin lieväksi jännittyneisyydeksi ja enemmistö vastaajista (6) ei ilmaissut ahdistuneisuutta. Yhden vastaajan ahdistuneisuus oli pahentunut ja se luokiteltiin keskivaikeaksi jännittyneisyydeksi tai ahdistuneisuudeksi.

Kummallakaan mittauskerralla yhdenkään vastaajan masentuneisuusoireilu ei viitannut vaikea-asteiseen masentuneisuuteen. Tarkasteltaessa mielialakyselyn tuloksia yksittäisten vastaajien osalta, on havaittavissa, että suurimmalla osalla vastaajista (8) ilmaistut oireet vähenivät. Yhden vastaajan osalta oireet pysyivät samantasoisina. Yhdellä vastaajalla oireet pahenivat. Wilcoxonin merkkitestin mukaan muutokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ( $p < .09$ ). Tulokset on esitelty taulukossa 10.

Mielialakyselyn tulokset korreloivat negatiivisesti välineellisen tuen kanssa. Mitä paremmaksi vastaaja koki ympäristöltään saamansa välineellisen tuen laadun, sitä vähemmän hänellä esiintyi masentuneisuusoireita. Välineellisellä tuella tarkoitetaan konkreettista apua, myös rahallista apua.

Vastaaja	1. kyselyn pistemäärä	2. kyselyn pistemäärä	Oireet ovat...
Mari	14 (keskivaikea)	3 (ei masentuneisuutta)	vähentyneet
Maija	2 (ei masentuneisuutta)	2 (ei masentuneisuutta)	pysyneet samalla tasolla.
Maria	13 (keskivaikea)	9 (keskivaikea)	vähentyneet
Marjatta	5 (lievä)	11 (keskivaikea)	pahentuneet
Martta	6 (lievä)	5 (lievä)	vähentyneet
Matti	10 (keskivaikea)	2 (ei masentuneisuutta)	vähentyneet
Martti	3 (ei masentuneisuutta)	2 (ei masentuneisuutta)	vähentyneet
Mikko	4 (ei masentuneisuutta)	2 (ei masentuneisuutta)	vähentyneet
Minna	0 (ei masentuneisuutta)	0 (ei masentuneisuutta)	vähentyneet
Miina	7 (lievä)	3 (ei masentuneisuutta)	vähentyneet

### 9.7 Itsetunto

Itsetuntoa selvittäneen kyselyn kysymyksiin vastasi 10 henkilöä. Kyselyn luotettavuutta testattiin Cronbachin alfalla, joka osoitti, ettei kysely ollut luotettava ensimmäisellä ( $\alpha = 0,34$ ) eikä toisella mittauksella ( $\alpha = 0,48$ ). Poistamalla kyselyn neljäs väite ”Suoriudun asioista siinä kuin useimmat muutkin ihmiset”, alfan arvo nousi 1. mittauksessa lähelle luotettavuuden rajaa ( $\alpha = 0,55$ ) ja toisessa mittauksessa sen yli ( $\alpha = 0,70$ ).

Wilcoxonin merkkitesti osoitti, että 1. ja 2. mittauksen arvoissa oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,04$ ). Kyselyn tulokset esitetään taulukossa 11.

Itsetuntokysely	Keskiarvo	Vaihteluväli	Keskihajonta
1. mittaus	27,30	25–34	2,983
2. mittaus	29,70	25–35	3,466

TAULUKKO 11. Itsetuntokyselyn tulokset ensimmäisellä ja kolmannella kurssijaksolla. N = 10

### 9.8 Kuntoutuksen merkitys

Pyysin vastaajia kertomaan omin sanoin, onko heidän suhtautumisensa kuuroutumiseensa

muuttunut kurssijaksojen jälkeen. Avoimissa vastauksissaan useampi vastaaja kirjoitti ”vertaistuki” tai ”uudet ystävät” viitaten muiden kurssilaisten antaman tuen merkitykseen. Kopolan kuntoutusjaksojen koettiin vaikuttaneen muun muassa tiedollisen tuen saantiin sekä itsetuntoon.

*Kopolassa ollessani olen oppinut hyväksymään tilanteen, saanut paljon tietoa, tukea, neuvoja. Martta 69 vuotta.*

*Kopola nostanut itsetuntoa. Tullu pajon positiiseksi. Matti 63 vuotta.*

*Parempaa kuntoon kun ennen. Mikko 60 vuotta.*

*Oma entinen on palannut takaisin elämään arkuus on taakse jäänyttä aikaa. Minna 62 vuotta.*

Kuviossa 13 on esitetty, miten vastaajat jakautuivat ryhmäkuntoutusta koskevien väitteiden vastauksissa. Palaute kuntoutuksesta oli hyvin positiivista. Vastaajat kokivat, että kuntoutuksessa heitä oli kuultu (10/10) ja arvostettu (9/10), heidät oli hyväksytty (9/10) ja heistä oli pidetty huolta (10/10). Kurssi tarjosi mahdollisuuden uskoutumiseen (9/10), ja keskustelut antoivat tukea ja vahvistusta (10/10). Kaikkien vastaajien mielestä he saivat välineellistä ja tiedollista tukea (neuvoa, ohjeita ja tietoa sekä apua ja aikaa) muilta kurssilaisilta.

Vain yksi vastaaja koki ryhmässä olon raskaaksi ja vain yksi olisi halunnut olla kurssin aikana enemmän yksin. Yksi vastaaja oli toivonut kurssilta enemmän. Kaikki vastaajat olivat kuitenkin tyytyväisiä kuntoutukseen ja enemmistö (9/10) tulisi uudelleen ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Tulokset on esitetty taulukossa 12.

<b>Tunsin, että ryhmässä...</b>	<b>Täysin eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>En osaa sanoa</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Täysin samaa mieltä</b>
1. Minua arvostettiin.	-	-	1 hlö	3 hlö	6 hlö
2. Löysin oman paikkani ja minut hyväksyttiin.	-	-	-	3 hlö	6 hlö
3. Minusta pidettiin huolta.	-	-	-	3 hlö	7 hlö
4. Sain tilaa puhua ja minua kuunneltiin.	-	-	-	4 hlö	6 hlö
5. Saatoin uskoutua jollekin.	-	-	1 hlö	2 hlö	7 hlö
6. Sain vahvistusta ja tukea ryhmän kanssa käydyistä keskusteluista.	-	-	-	4 hlö	6 hlö
7. Sain neuvoja, ohjeita ja tietoa ryhmän jäseniltä.	-	-	-	5 hlö	5 hlö
8. Sain apua ja aikaa kurssitovereilta tarvittaessa.	-	-	-	5 hlö	5 hlö
9. Olisin halunnut olla enemmän yksin.	3 hlö	4 hlö	2 hlö	-	1 hlö
10. Ryhmässä oli raskasta olla.	5 hlö	4 hlö	-	1 hlö	-
11. Jatkossakin tulisin ryhmämuotoiseen kuntoutukseen.	-	-	1 hlö	3 hlö	6 hlö
12. Olen kuntoutukseen tyytyväinen.	-	-	-	1 hlö	9 hlö
13. Toivoin kuntoutukselta enemmän.	-	4 hlö	5 hlö	1 hlö	-

TAULUKKO 12. Ryhmäkuntoutuksen kokeminen.

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tavoitteenani oli saada kyselyyni vastaus jokaiselta Kuuloliiton kuuroutuneiden kuntoutuskurssien aloittajalta vuonna 2009. Seurantakyselyyn tai sen osiin saatiin vastauksia kymmeneltä henkilöltä, ja kuntoutusjaksot aloitti samana vuonna yhteensä 17 henkilöä. Seuranta-aineistoon saatu vastaajien määrä on pieni, mutta se edustaa kolmea viidesosaa kurssin aloittaneista vuonna 2009. Myös aiempina vuosina kuuroutuneiden ja vaikeasti huonokuuloisten kurssin on aloittanut noin 18 henkeä, joten kurssilaisten kokonaismäärä on vastaava kuin aiempina vuosina (Laitinen 2009b).

Pohdin vastaajien pientä joukkoa jo ennen kyselyn aloittamista, sillä kyseessä on hyvin pieni väestöryhmä. Tutkielmani kohderyhmään kuuluvia kuuroutuneita ja erittäin vaikeasti huonokuuloisia on Suomessa vain noin 3000 (Kuulonhuoltoliitto 2008; Välimaa & Rimmanen 2000, 307). Vastaajien määrä edustaa siis noin 4,6 prosenttia Suomen kuuroutuneista aikuisista. Pieni vastaajajoukko vaikeuttaa tulosten tulkintaa ja niiden luotettavuuden arviointia. Tulokset olivat osin ristiriitaisia aiempien, laajempien tutkimusten kanssa, mutta tukivat pääosin aiempia löydöksiä. Esitellyistä tuloksista on täten johdettavissa päätelmiä kurssitoiminnan vaikuttavuudesta.

### 10.1 Koherenssintunne ei selkeästi parantunut

Tulokset elämänhallinnan kyselystä olivat epäselviä, sillä osalla vastaajista elämänhallinta parani ja osalla heikkeni. Ryhmänä muutoksesta ei saanut merkitsevää tulosta, vaikkakin ryhmän keskiarvo kohosi. On myös huomioitava, ettei käytetyn koherenssikäsitystä eli elämänhallintaa mittaavan lomakkeen arvoista ei voida suoraan osoittaa raja-arvoja hyvälle stressinsietokyvyille tai psyykkiselle terveydelle (Raitasalo 2007, 84).

Vastaajien elämänhallinnan arvot sijoittuvat noin puoliväliin koherenssikäsityksen asteikolla molemmilla mittauskerroilla, joten vastaajien elämänhallintaa ei voida pitää kovin alhaisena, muttei toisaalta kovin korkeanakaan. Tulosta voidaan pitää osittain merkinä siitä, että vastaajilla on voimia käsitellä ristiriitoja ja paineita elämässään, mikä on positiivinen tulos kuntoutumisen kannalta. Kuntoutustutkimuksissa koherenssintunteella ja henkilöiden käsityksellä mahdollisuuksistaan on todettu olevan vaikutusta oman tilanteen parantumiseen (Partridge ja Johnston 1989, Järviskosken 1996, 45 mukaan). Toisaalta voidaan myös ajatella, että henkilöt, jotka hakeutuvat kursseille ovat lähtökohtaisesti melko valmiita käsittelemään kuuroutumistaan. Kursseille osallistuvat ovat valinneet yhdeksi selviytymiskeinokseen tuen hankkimisen. Mahdollista on, että ne henkilöt, jotka eivät osallistu kursseille, ovat valinneet selviytymiskeinokseen sosiaalisten tilanteiden välttämisen. On myös mahdollista, että vastaajat ovat vastanneet positiivisemmin kuin heidän elämäntilanteensa



todellisuudessa on. Tämän sosiaaliseksi suotavuudeksi kutsutun ilmiön esiintyminen on kuitenkin vaikea todeta varmasti.

Yksittäisiä arvoja katsomalla voisi päätellä kahden vastaajan elämänhallinnan tunteen kohonneen hyvin, yli kymmenellä pisteellä. Mahdollisesti kuntoutus vaikutti heillä ennen kaikkea tähän tunteeseen. Elämänhallinnan sekä itsetunnon parantuminen vaikuttivat positiivisesti monilla elämän osa-alueilla. Elämänhallinnan tunteen parantuminen näkyi vastaajien tyytyväisyytenä talouteen, ystävä- ja tuttavasuhteisiin sekä henkisiin voimavaroihin ja fyysiseen kuntoon. Tulos osoittaa koherenssintunteen vaikuttavan ihmiseen kokonaisvaltaisesti.

Tulosten tulkintaa vaikeuttaa se, että elämänhallinnan ymmärretään olevan tilannesidonnainen. Se on tunne, joka vaihtelee paitsi määrällisesti, myös tilanteesta toiseen. (Keltikangas-Järvinen 2004, 43.) Kyselyllä ei myöskään saatu tietoa siitä, onko kuuroutumisesta aiheutunut stressikuormitus vaikuttanut vastaajien koherenssintunteeseen, sillä heiltä ei mitattu koherenssintunnetta ennen kuuroutumista. Tulokset kertovat ainoastaan heidän kuntoutusjaksojen aikaisista koherenssintunnetasoista.

Tunne elämänhallinnasta on myös paljolti riippuvainen yhteisöstä, jossa ihminen elää. Tuki, jonka kurssiympäristö voi antaa ulkoiseen elämänhallintaan, on vähäistä. Suuren osan osallistumisen esteistä muodostaa yhteisö, joka ei huomioi erilaisia tarpeita ja saavutettavuutta. Pettymyksiä ja väärinymmärryksiä – ja sitä kautta epäluottamusta omiin kykyihin – voivat aiheuttaa mm. liikennevälineiden kuulutukset, joita ei tueta tekstitiedotteilla tai tv-lähettykset, joita kuuroutunut ei voi seurata ilman tekstitystä. Esteettömyys vaikuttaa myös ihmisen rooliin ja toimintaan perheessä: voidaanko yhdessä katsoa lempisarjaa tai seurata vaalikeskustelua?

### 10.3 Sosiaalisen tuen merkitys ihmisen hyvinvoinnille näkyi tuloksissa

Sosiaalinen tuki ja vertaistuki ovat tutkimuksissa toistuvasti nousseet keskeisimmiksi muutosmekanismeiksi kuntoutuksessa (Järvikoski 2008, 58). Kurseilla on tärkeää pohtia, millainen sosiaalinen tukiverkosto kurssilaisilla on ja miten sitä mahdollisesti voitaisiin parantaa – Kopolan kurseilla näin toimitaankin. Kuten Ryff on todennut, mikäli sosiaalisiin oloihin ei kiinnitetä huomiota, ne voivat kasautua kuntoutumisen esteeksi.

Tulosten mukaan ensimmäisen ja kolmannen kurssijakson välillä ei tapahtunut merkitsevää muutosta ihmissuhteista saadun tuen kokemisessa. Tämä on hieman yllättävä tulos, sillä avoimissa vastauksissaan osa vastaajista kertoi saaneensa uusia ystäviä ja koki vertaistuen olleen tärkeää kurssilla – kurssilaiset siis kokivat saaneensa emotionaalista tukea kurssilaisilta. Mahdollisesti tämä tuki on myös siirtynyt arkeen, sillä vastaajien läheisten henkilöiden määrä oli kasvanut ja yhteydenpito tihtynyt.

Kuuroutuminen aiheuttaa tavallisesti stressiä läheissuhteisiin. Vastoin ennakko-oletuksia vastaajista noin puolet oli kuitenkin tyytyväisiä parisuhteeseensa, perhe-elämäänsä ja ystävä- ja tuttavasuhteisiinsa sekä ennen kuntoutusta että sen jälkeen. Ainoastaan perhe-elämän osalta tyytyväisten määrä lisääntyi tutkimuksen teon aikana, mutta toki tämäkin on positiivinen tulos: kuntoutus mahdollisesti tuki perheen sisäistä kommunikaatiota ja ymmärrystä, mitä osa vastaajista oli toivonut avoimissa vastauksissaan. Tyytyväisyyttä läheissuhteisiin kuvaa myös se, että vastaajat saivat ihmis-suhteistaan hyvin emotionaalista tukea. On kuitenkin huomioitava, että vaikka tällä vastaajaryhmällä sosiaalinen verkosto ja tuki oli hyvä, ei näin välttämättä aina ole.

Verkoston vahvistamisessa voidaan selvittää niin vertaistuen kuin palveluidenkin merkitystä. Auttaisiko vertaistuen saaminen kuulonhuoltoyhdistykseltä tai avun pyytäminen naapureilta? Parantaisiko parisuhdetta viitotun puheen opettelu, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin useammin? Myös vammaispalveluiden sosiaalityöllä voidaan tukea palvelu- ja tukiverkoston rakentamista. Vastaajien parissa vertaistuki todennäköisesti jatkuu paikallisten kuulonhuoltoyhdistysten parissa, joihin jokainen vastaajista oli liittynyt. Vertaisryhmässä on myös mahdollista haastaa yleinen näkemys vammaisuudesta kyvyttömyytenä ja voimaantua muodostamaan oma näkemys itsestä kuuroutuneena henkilönä ja kuuroutuneiden yhteisön jäsenenä (Shakespeare 1996, 102).

Koska moni vastaajista mainitsi kommunikaatiokeinot kurssitavoitteissaan, pohdin, millaisia odotuksia he mahdollisesti asettavat näille menetelmille. Viitottu puhe tai huulilentaluku voidaan nähdä ns. ”pelastavina” keinoina, joilla sosiaalisen elämän uskotaan parantuvan entiselleen. Kuitenkin etenkin viitotun puheen todellinen merkitys arjessa on riippuvainen myös siitä, osaavatko kuuroutuneen läheiset viittoa tai onko kuuroutuneen mahdollista saada tulkkauspalveluita viitotulla puheella. Näiden voimavarojen toteutuminen on paljolti riippuvainen kunnan ja Kelan resursseista tarjota opetus- ja tulkkauspalveluja sekä läheisten halusta ja kyvyistä oppia uusia kommunikaatiokeino.

Sosiaalisen tuen on aiemmin tutkittu edistävän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toipumista sekä olevan yhteydessä onnellisuuteen (Korkalainen – Kokko 2008, 266). Myös tässä kyselyssä emotionaalisen ja tiedollisen tuen sekä arviointituen laadulla oli yhteys tyytyväisyyteen elämään kokonaisuudessaan. Huomioitava tulos on myös se, että vaikka tiedollisen ja välineellisen tuen arvot eivät ryhmällä kokonaisuutena nousseet, kokivat yksilöt, joilla näiden tukimuotojen osoitettiin parantuneen, tuen vaikutukset muilla elämän osa-alueilla. Välineellisellä ja tiedollisella tuella, jota voidaan tarjota lähiyhteisössä sekä esim. sosiaalityön avulla, oli positiivinen yhteys ihmisen tyytyväisyyteen mm. kykyyn huolehtia itsestä, vapaa-aikaan sekä sosiaalisiin suhteisiin. Kuntoutumisprosessin tuleekin jatkua myös kurssiympäristön ulkopuolella. Keysin hyvinvoinnin teorian mukaiseen ympäristön hallintaan kuuluu kyky käyttää hyväksi ympäristön mahdollisuuksia. Nämä mah-

dollisuudet ovat kuitenkin osin riippuvaisia asuinkunnasta ja sen resursseista. Mikäli kuntoutuksen tavoitteena on todella vammaan liittyvien yksilön ja ympäristön välisten esteiden ja ongelmien poistaminen sekä osallistumismahdollisuuksien parantaminen, laajenee vastuu kuntoutumisesta koskemaan laajemmin koko lähiyhteisöä.

### 10.3 Masentuneisuuden oireet lievenivät tai poistuivat lähes jokaisella

Tuloksista keskeisimmäksi nousi masennuksen yleisyys kurssilaisten keskuudessa, mikä kertoo myös hallinnan tunteen puutteesta kuntoutuksen alussa. Enemmistöllä vastaajista oli masennukseen viittaavia oireita. Heistä kolmella masennusta voitiin pitää keskivaikeana ja yksi ilmoitti itsemurha-alttiudesta. Lievää jännittyneisyyttä ilmoitti kokevansa seitsemän vastaajaa. Masennuksen esiintyvyys ei ollut yllättävä, vaan odotettu tulos. Masennuksen tiedetään puhkeavan usein elämänmuutosten ja kriisien seurauksena (Raitasalo 2007, 11–12). Kuuroutumisen kaltainen kriisi saattaa altistaa masennukselle tai mielialan laskulle. Vastaajista kymmenen asetti myös kurssitavoitteekseen mielialan kohennuksen. Mielialan kohennuksen tuominen esille kurssitavoitteena osoittaa mielestäni sen, että vastaajat ovat tunnistaneet itsellään olevan masennusoireita ja toivovat saavansa kurssilta apua masennuksen hoitoon. Lievän tai keskivaikean masennuksen oireiden ilmeneminen edellyttäisi Raitasalon (2007, 61) mukaan välittömiä hoitotoimenpiteitä.

Vaikka masennus on tavallisin vanhuusiän mielialahäiriö, on masennuksen esiintyvyys kurssilaisten keskuudessa paljon suurempi kuin noin 65-vuotiailla suomalaisilla yleensä. Pohjanmaa-hankkeen (2009) mukaan suomalaisista 65 vuotta täyttäneistä lieviä masennusoireita on 14,9 prosentilla naisista ja 12,4 prosentilla miehistä. Kyselyyn vastanneista neljällä kolmestatoista (30 %) oli lieviä masennuksen oireita. Keskivaikeita masennusoireita 65 vuotta täyttäneillä suomalaisilla on n. 2,7 prosentilla naisista ja n. 1,3 prosentilla miehistä. Kyselyn vastaajista viidellä kolmestatoista (38 %) oli keskivaikeita masennusoireita. Kuuroutuneilla aikuisilla masennus on siis huomattavasti yleisempää kuin eläkeikäisillä suomalaisilla keskimäärin. Tämä nostaa heidät riskiryhmään, joka tulisi huomioida niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluissa ja kuntoutukseen ohjattaessa.

Itseluottamuksen aste kuvaa ihmisen kykyä selviytyä eteen tulevista ongelmista ja paineista (Raitasalo 2007, 62). Itsetunnon voimakkuudella voi siten olla yhteys itsemurha-alttiuteen. Itsemurhien taustalla on tyypillisesti alhainen itsetunto: ihminen on menettänyt tunteen omasta ja elämänsä arvokkuudesta ja ainutkertaisuudesta (Keltikangas-Järvinen 2003, 18). Tutkielmassa itsetunnon arvojen nousu oli positiivisessa yhteydessä myös tyytyväisyyteen vapaa-aikaan, talouteen sekä fyysiseen kuntoon. Yhteys voidaan tulkita joko niin, että taloudellinen tilanne, joka näkyy vapaaajan vietossa, vaikuttaa ihmisen itsetuntoon alentavasti tai nostavasti, tai niin, että itsetunto vaikut-

taa mielekkään vapaa-ajan viettoon sekä talouden hoitoon. Fyysinen kunto vaikuttaa sekä elämänhallintaan että itsetuntoon.

Kuntoutuksen aikana lähes jokaisen vastaajan oireet lievenivät tai poistuivat kokonaan, mitä voidaan pitää merkittävänä saavutuksena. Vain yhden vastaajan osalta oireet pysyivät samantasoisina ja yhdellä vastaajalla oireet pahenivat. Masentuneisuuden lieventymisen taustalla voi olla monia tekijöitä, mutta uskoisin kuntoutuskurssien terapeuttisen ympäristön sekä keskustelujen niin psykologin kuin vertaistenkin kanssa tukeneen sekä oireiden lieventymistä että mahdollisesti tukeeneen hoitoon hakeutumista. Tätä tukevat myös tulokset, joiden mukaan vastaajien tyytyväisyys henkisiin voimavaroihin lisääntyi. Myös itsetunto kohosi ryhmällä keskimäärin, mikä näkyi selvästi myös avoimissa vastauksissa. Kurssilla on mahdollisesti lisätty voimavaroja käsitellä arjen ongelmatilanteita.

Masentuneisuuden yleisyys on merkki vakavasta oireesta, joka tulee tiedostaa ja tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vaikka henkilöt ilmaisisivat masennusoireita kyselyssä, heillä ei kuitenkaan välttämättä ole motivaatiota tai voimia aloittaa hoitosuhdetta tai hakeutua muunlaisen avun piiriin. Oireita ei myöskään välttämättä liitetä masennukseen, vaan niitä voidaan pitää sairaudesta tai häiriöstä johtuvina (Raitasalo 2007, 61). Masennusoireiden voimakkuus kyselyssä ei siis kerro siitä, että vastaajat olisivat tiedostaneet oireidensa vakavuuden. Siksi hoitokontaktiin ohjaaminen ja keskustelutuen tarjoaminen vaatii kurssihenkilökunnan huomiota. Erittäin tärkeänä pidän sitä, että itsemurha-alttiuteen puututaan ammattitaitoisen henkilökunnan avulla. Ympäristönä sopeutumisvalmennuskurssi on usein muutosta edesauttava sekä henkisesti tukeva, joten hoitoon ohjaus on luontevaa. Kurssikeskuksen johtaja Satu Laitisen (2009) mukaan hoidon aloittaminen ja hoitokontaktiin ohjaaminen on aina kurssihenkilökunnan, erityisesti psykologien, tavoitteena.

Tällä hetkellä osalta kurssilaisista mitataan masennusoireiden vakavuus DEPS-mielialamittarilla. Heikkinen (1998, 28) suosittelee, ettei iäkkäillä henkilöillä käytettäisi varsinaisia kliinistä masennusta kartoittavia mittareita, vaan arviointivälineitä, jotka tuovat esiin myös lievät oireet. Mittaamalla jokaiselta kurssilaiselta mieliala kurssin aluksi, tiedettäisiin heidän oireidensa vakavuus, jolloin kurssihenkilökunta pystyisi tukemaan tukea tarvitsevia paremmin. Vammautumisen aiheuttama kriisi voidaan sopeutumisvalmennuksen avulla pyrkiä ratkaisemaan myönteisesti, jolloin sen negatiiviset terveysvaikutukset ovat vähäiset. Kuuroutuneiden kuntoutuksen haasteena voidaan kyselyn perusteella pitää elämän mielekkyyden ja merkityksellisyyden vahvistamista. Tämä kuuluu jo nyt kurssin tavoitteisiin.

Kuntoutuskurssilla pyritään ehkäisemään mielenterveyden ongelmia ja syrjäytymistä. Kurseilla pyritään tukemaan myös olemassa olevien mielenterveysongelmien hoitamista, minkä koen tärkeäksi. Kurssiympäristö voi olla ensimmäinen tilanne, jossa kuuroutunut henkilö voi va-

paasti ilmaista tunteensa kuuroutumisestaan – kurssi voi olla askel masennuksesta toipumiselle. Sopeutumisvalmennuksen tavoitteena on auttaa kuuroutunutta ymmärtämään kriisireaktioitaan ja löytämään niihin ratkaisumalleja. Kuntoutuksen tavoitteena on myös, että kuntoutettava kokisi elämän mielekkyyden, itseluottamuksen sekä aiemman sosiaalisen roolinsa palautuvan. (Andersson ym. 2008, 245.) Kyselyn tulokset osoittavat mielestäni, että näihin osa-alueisiin panostaminen on erittäin tärkeää. Tärkeää on, että kuuroutunut henkilö pystyy tiedostamaan omat rajoitteensa, hyväksymään itsensä kuuroutuneena sekä sitä kautta orientoitumaan uudelleen elämänsä haasteisiin ja tehtäviin. On tärkeää tukea myönteistä identiteetin rakentumista, sillä yhteiskunnan näkemys vammaisuudesta on tavallisesti negatiivinen (Shakespeare, 1996, 101). Vertaisryhmä tukee tässä prosessissa. Kurssikeskuksen johtaja Satu Laitinen (2009a) kertoo, että hänen kokemustensa mukaan kurssilaisten usko omiin mahdollisuuksiin on usein ensimmäisellä kurssijaksolla alhainen, mutta lisääntyy jo ensimmäisen jakson myötä. Kuntoutuksesta hyötyminen on kuitenkin aina yksilöllistä.

#### 10.4 Tyytyväisyys lisääntyi monella elämänalueella

Kuulon alenemasta johtuvan toimintavajauden tiedetään vaikeuttavan ihmisen mahdollisuuksia toimia esim. iän ja ammatin edellyttämällä tavalla kotona, työssä ja sosiaalisissa tilanteissa (Andersson ym. 2008, 213). Kyselyn vastauksissa tämä näkyi vastaajien tyytymättömyytenä esim. henkisiin voimavaroihinsa, vapaa-aikaansa sekä elämään kokonaisuudessaan. Tyytyväisyyden osa-alueilla tapahtui kuitenkin suuria muutoksia ensimmäisen ja kolmannen kurssin välillä. Lähes jokaisella tutkitulla elämänalueella tapahtui muutoksia tyytyväisten ja tyytymättömien määrässä. Kolmannen kurssijakson jälkeen aiempaa useampi vastaaja oli tyytyväinen kykyynsä huolehtia itsestään, vapaa-aikaansa, taloudelliseen tilanteeseensa, perhe-elämäänsä, terveyteensä, henkisiin voimavaroihinsa sekä fyysiseen kuntoonsa. Ainoastaan osioissa "tyytyväisyys elämään kokonaisuudessaan" ja "tyytyväisyys terveyteeni" oli tyytymättömien määrä enemmistönä. Merkitsevää muutosta tapahtui tärkeillä elämän alueilla: tyytyväisyydessä vapaa-aikaan, taloudelliseen tilanteeseen ja henkisiin voimavaroihin.

Vastaajista selvä enemmistö koki olevansa tyytyväisiä kykyynsä huolehtia itsestään kurssin alkaessa – kurssijaksojen päätteeksi näin koki jokainen kurssilaisista. Kyvyn tuominen esiin voi vahvistaa kurssilaisten elämänhallinnan tunnetta – he ovat edelleen itsenäisiä ja kykeneviä. Vaikka tulokset voivat johtua myös muista elämän tapahtumista kuin kuntoutuksesta, on mielestäni näin selkeä tulos tärkeä saavutus kuntoutukselle. Kuntoutuksen avulla on mahdollisesti voitu lisätä voimavaroja ja oppia uusia taitoja ympäristön kanssa toimimiseen. Viittomien käyttö on voinut helpottaa kommunikaatiota perheen kanssa. Keskustelut ryhmän kanssa ovat mahdollisesti kehittäneet henkisiä voimavaroja, mistä on merkinä myös vastaajien masennusoireiden väheneminen. Mah-

dollisesti kirjoitustulkkauspalvelu on tuonut takaisin mahdollisuuden harrastamiseen sekä vahvistanut itsenäisyyttä ja osallisuutta. Enemmistö kurssilaisista oli hakenut oikeutta tulkkauspalveluun, mikä kertoo valtautumisesta, halusta toimia itsenäisesti tulkin avulla.

Liikunnan on todettu lukuisissa tutkimuksissa parantavan ihmisen mielialaa (North ym. 1990, Dunn ym. 2001, Kesäniemi ym. 2001, Bäckmanin 2006, 41 mukaan). Vastaajista enemmistö oli tyytymättömiä fyysiseen kuntoonsa kuntoutusjakson alussa eikä tilanne muuttunut paljoa kuntoutusjakson aikana. Kuitenkin mitä tyytyväisempiä vastaajat olivat fyysiseen kuntoonsa, sitä tyytyväisempiä he olivat myös elämään kokonaisuudessaan, terveyteensä sekä ystävä- ja tuttavasuhteisiinsa. Kurssien ohjelmaan kuuluu muun muassa ohjattuja lenkkejä, olympialaiset sekä ulkoilutapahtuma. Nämä ovat hyviä esimerkkejä liikunnan hyödyntämisestä mielen kuntouttamisessa, sillä toimiakseen liikunnan ei tarvitse olla rankkaa. Jo kevyellä liikunnalla on mielialaa kohottava vaikutus. Mahdollisesti parantamalla kurssilaisten fyysistä kuntoa, voitaisiin tukea monia muita elämän osa-alueita ja tyytyväisyyttä niihin. Liikunnan positiivisesta vaikutuksesta masennuksen hoidossa on paljon tutkimustietoa, joten liikunnan hyödyntämistä kursseilla voi mielestäni entisestään vahvistaa. Tärkeää on myös kannustaa kurssilaisia itselle sopivan liikuntamuodon etsimiseen, jotta liikunnan positiiviset vaikutukset näkyisivät myös kurssien jälkeen. Kurssijaksot ovat pieni osa kuuroutuneen elämää, ja on tärkeää siirtää positiiviset kokemukset arkeen.

### 10.5 Kurssitavoitteet saavutettiin

Enemmistö vastaajista ilmoitti tavoitteekseen halun oppia hyväksymään kuuroutumisensa sekä uusia taitoja kuten viitottua puhetta. Tämä kertoo mielestäni siitä, että vastaajat ovat valmiita työstäämään kuuroutumistaan ja pystyvät näkemään asiassa jo ”valoa tunnelin päässä”. Mahdollisesti heillä on voimia ja valmiuksia käsitellä kuulon menetystä. Myös halu saada vertaistukea kurssilta kuvaa kiinnostusta jakaa kokemuksia sekä tavata muita kuuroutuneita.

Vastaajat nostivat tärkeimmiksi tavoitteikseen osa-alueita, jotka näkyvät vahvasti myös kurssin yleisissä tavoitteissa. Kurssin tavoitteista eniten mainittiin mielialan kohennus, uusien taitojen kuten viitotun puheen ja huuliluvun oppiminen, kuuroutumisen hyväksymisen oppiminen sekä vertaistuen saaminen. Vertaistuki, uudet kommunikaatiomenetelmät sekä kuuroutumisen käsittely ovat keskeisiä elementtejä kursseilla. Kuuloliitto on myös asettanut kurssitavoitteeksi mielen-terveyden ongelmien ehkäisemisen (Kuulonhuoltoliiton materiaalia 1).

Koukkari (2010, 28) toteaa, että yksilön motivaatio muodostuu silloin, kun hän osallistuu toimintaan yhteisössä, jossa oppimista arvostetaan. Kuntoutuksessa tämä tarkoittaa oppimista edistävien kuntoutusympäristöjen luomista, jotta kuntoutujilla on mahdollisuus kehittää aktiivisen oppijan identiteettiä ja olla itse vastuussa oppimisestaan. Mikäli kuntoutusympäristö on sellainen, jossa

kuntoutuja ei koe arvostusta eikä hänen tavoitteitaan kuunnella, aiheuttaa se turhautumista sekä identiteetin ja pystyvyyden tunteen heikkenemistä. (Koukkari 2010, 28–29.) Tarkasteltaessa kuntoutujien asettamia tavoitteita, kyselyn tuloksissa tapahtuneita muutoksia, kuntoutujien kirjoittamia avoimia vastauksia sekä antamaa palautetta, voidaan todeta kuntoutuksen vaikuttaneen kuntoutujiin positiivisesti. Kursseilla on saavutettu luottavainen ja avoin ilmapiiri, joka on mahdollistanut onnistuneen psykososiaalisen työn. Kokonaisuudessaan vastaajat ilmaisivat olevansa erittäin tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Tutkimus ei voi sisältää kaikkia seikkoja, joita ihmiset käyttävät toiminnan arvon arvioimiseen, mutta tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää moniammatillisen keskustelun pohjana kuntoutustyötä kehitettäessä.

## 11 POHDINTA

*Jos haluan onnistua viemään toisen ihmisen tiettyyn päämäärään,  
minun täytyy ensin löytää hänet siitä, missä hän on, ja alkaa juuri siitä.*

Sören Kierkegaard

Tutkimukseni tavoitteena oli tarkastella, mistä lähtötilanteesta kurssilaiset kuntoutumisprosessinsa aloittavat ja millaiseen tilanteeseen kurssipolku heidät johdattaa. Mielestäni tutkielmani on osoittanut, miten hyödyllisiä tietoja erilaisilla kyselyillä voidaan kurssilaisilta saada. Etenkin mielialakysely ja ihmissuhteisiin liittyvän tuen kysely ovat mielestäni helposti siirrettävissä kurssityön käytäntöihin. Niiden täyttäminen on nopeaa ja niistä saadaan nopealla tarkastuksella arviot. Mielialan mittaamisen hyödyllisyyttä korostaa myös tieto siitä, että masennus mm. heikentää keskittymiskykyä sekä tarkkaavaisuuden suuntaamista ja ylläpitämistä. Masennus vaikeuttaa kurssin ohjelmaan osallistumista, sillä luennot ja keskustelut vaativat keskittymistä. Tämän tiedostaminen voi auttaa kurssityön suunnittelussa.

Kyselylomakkeiden käyttöä iäkkäiden henkilöiden parissa tulee aina harkita tarkasti, sillä ne voivat olla liian työläitä vastattavaksi osalle iäkkäistä ihmisistä, mikä näkyi osittain myös tässä tutkimuksessa. Mikäli tekisin vastaavalle joukolle uuden tutkimuksen, käyttäisin kevyempiä kyselylomakkeita sekä haastattelua täydentävänä tutkimusmenetelmänä. Lomakkeet soveltuvat parhaiten työikäisen väestön kursseilla käytettäväksi. Mikäli kurssilainen ei koe lomakkeen täyttöä luontevaksi, voidaan aiheita luonnollisesti käsitellä yhdessä keskustellen kirjoitustulksista hyödyntäen. Varsinaisissa elämänhallinnantutkimuksissa haastattelututkimukset ovat kuitenkin harvinaisia (Saarenheimo & Suutama 1995, 463).

Vaikka tällä aineistolla ei saatu selkeää tulosta kurssilaisten elämänhallinnasta, on koherensintunteen mittari mielestäni hyödyllinen mittari sopeutumisvalmennuskursseille. Mikäli kun-

toutuksen alussa henkilöllä todetaan alhainen koherenssin tunne, saattaa hänen kuntoutumisensa vaatia erityistä huomiota, sillä henkilön usko omiin mahdollisuuksiin saattaa olla alhainen. Koherenssintunteen mittaamisen lisäksi elämänhallintaa voisi lähestyä myös tutkimalla itsearviointien avulla, millaisia käsittelytapoja tai -strategioita henkilö on käyttänyt tai käyttäisi erilaisissa erilaisissa muutos- tai ongelmatilanteissa. Kuntoutujien elämäntilanteisiin syvennyttään laajasti ja kokonaisvaltaisesti kurssien aikana. Kyselyiden tuloksia on hyvä käsitellä yhdessä kurssilaisten kanssa, jolloin ne toimivat keskustelun avauksena. Samalla kurssilaiset saavat käsityksen siitä, miten kyselyt liittyvät heidän kuntoutumisensa tukemiseen.

Kyselylomakkeiden käyttöä tutkimusmenetelmänä näin pienellä vastaajajoukolla voidaan kritisoida ja niiden luotettavuutta epäillä. Vastaajien kuulo oli heikentynyt eri tavoin ja eri-ikäisenä. He tulivat kurssille erilaisista lähtökohdista. Kuitenkin jo näin pienestä aineistosta, sekalaisesta ryhmästä, löytyi tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita sekä luotettavia tuloksia. Valtaosa kyselyistä osoittautui luotettaviksi ja eri teemojen välillä voitiin osoittaa erittäin merkitseviä korrelaatioita. Saadut tulokset ovat myös yhteneväisiä esitellyn teorian ja aiempien tutkimustulosten kanssa. Myös avoimet vastaukset tukivat pääosin kyselylomakkeista saatuja tuloksia.

Vaikka kysely tehtiin kuuroutuneille ja vaikeasti huonokuuloisille, voi tuloksia osin hyödyntää myös lievemmin huonokuuloisten kurssityössä tai aikuisten kuulovammaisten parissa yleensä. Kuulon alenemisen kokeminen on yksilöllistä, joten jo lievemmin huonokuuloinen henkilö voi masentua tilanteestaan, sillä jo lievä kuulovamma vaikeuttaa sosiaalisissa tilanteissa toimimista. Koska 60-vuotiaista joka kolmannella on jonkinasteisia kuulovaikeuksia, on tutkielman esille tuomat haasteet huomioitava laajasti vanhustyössä. Tutkielmani heittää haasteen myös terveydenhuollon sosiaalityölle: pystytäänkö terveydenhuollossa tunnistamaan potilaan sosiaalisia tarpeita? Terveydenhuollossa vallitseva asiantuntijuus perustuu tavallisesti lääke- ja hoitotieteeseen. Sosiaalityön tavoitteena on tuoda esiin asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti. (Juhila 2008, 33.) Tutkielmani on tuonut esiin kuuroutuneiden elämäntilanteeseen liittyviä erityispiirteitä, joiden tiedostaminen asiakastyössä on tärkeää.

Tutkielmani herätti kiinnostukseni myös muihin kuuroutuneisiin ja kuntoutumisprossiin nivoutuviin teemoihin, joista toivottavasti tulevaisuudessa saadaan tutkimustietoa. Tämä työ käsittelee kuuroutuneita aikuisia, jotka osallistuivat ryhmäkuntoutukseen. Vertaistuesta ja ryhmäkuntoutuksen vaikutusmekanismeista olisi mielenkiintoista saada lisätietoja, sillä niiden merkitys kuntoutumiselle tuntui olevan suuri. Tärkeää olisi saada tietoa läheisten tilanteesta ja jaksamisesta, sillä heillä on suuri merkitys myös kuuroutuneen henkilön jaksamiselle ja hyvinvoinnille.

Kyselytutkimus jättää yksilöt osin ryhmän varjoon, joten työni luonnollinen jatko olisi yksilön tai pienen ryhmän haastattelututkimus, jolloin tutkimuskohteena voisivat olla esimerkiksi kuu-



routuneiden aikuisten käyttämät käsittelykeinot kuuroutumistilanteessa. Käsitelläänkö elämänmuutosta hakemalla sosiaalista tukea, kontrolloimalla tunteita, turvautumalla uskoon vai hyväksymällä tilanne? (Saarenheimo & Suutama 1995, 456, 462). Osa vastaajista kirjoitti avoimiin vastauskohtiin reilusti yli merkityn tilan – teksti jatkui paperin toisella puolella ja sivun reunoilla. Tämä kertoo mielestäni tarpeesta ja halusta kertoa oma tarina. Elämäkerta- tai narratiivitutkimuksella tavoitettaisiin kuntoutujien tarinat ja tuotaisiin esiin monipuolisempi kuva kuuroutuneista. Kuuroutunut ei ole identiteetiltään vain kuuroutunut, vaan yhdistelmä useita identiteettejä ja rooleja (Shakespeare 1996, 109). Olisi tärkeää tarkastella myös naisten ja miesten kokemuksia erillisesti. Läheisempi yhteistyö vastaajien kanssa toisi kuntoutumisprosessin ja minän uudelleenrakentamisprosessin keskiöön ja lisäisi ymmärrystä sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön vaikutuksista vammaisuuden kokemukseen. Tärkeää olisi sisällyttää tutkimukseen myös kuuroutuneet henkilöt, jotka eivät osallistu kuntoutukseen.

Muutoksen laadun lisäksi olisi tärkeää tutkia interventioiden mekanismeja, jotka aikaansaavat muutoksen: esimerkiksi mikä kuntoutuskursseilla vaikuttaa masentuneisuutta lieventävästi. Kuntoutuksen vaikuttavuutta tulisi jatkossa lähestyä laajemmin interventioteorioiden näkökulmasta: Miten interventiot yhdistyvät tuloksekkaaksi kuntoutusprosessiksi? Millaiset mekanismit mahdollistavat ihmisen kuntoutumisen? Millaisia yhdysvaikutuksia osatekijöiden välillä on olemassa? (Järvi-  
koski 2008, 57.) Suikkanen (2008, 104) esittää jopa, että kuntoutuksen arviointi ja sen vaikuttavuuden arviointi tulisi kokonaan eriyttää, jotta kuntoutuksen toimintamekanismeja ja toimintaympäristöjen merkitystä voitaisiin arvioida erillään kuntoutuksen merkityksestä.

Kuntoutustutkimus on usein keskittynyt työikäisiin sekä lapsiin. Kuulovammaisten kohdalla tutkimus on painottunut sisäkorvaistutteen käyttäjiin sekä osin viittomakieliseen väestöön. Kansainvälinen vammaistutkimus puolestaan jättää ikääntyneen väestön tavallisesti sivuun. Oma tutkielmani on nostanut keskiöön kuuroutuneet ikääntyneet. On tärkeää tuoda esiin heidän äänensä ja kokemuksensa kuntoutuksesta, jotta asiakkaan näkökulma on kuntoutuksen keskiössä. Pienen väestöryhmän tarkastelu on haastavaa, mutta tulokset ovat tärkeitä työn kehittämiseksi ja heidän kokemustensa esiin nostamiseksi. Toivottavasti tuleva vammaistutkimuksen professuuri lisää vammaisuuden tutkimusta ja sen arvostusta Suomessa. Kuten Simo Vehmas (2005, 5) on todennut: "Tutkimalla marginaalista ihmisyyttä, tutkitaan samalla ihmisyyttä yleensä."

## LÄHTEET

- Aalto, A-M, Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. 2002. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES.
- Aalto, A-M. & Rissanen, P. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Aalto, A-M. et al. (toim.). Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES.
- Aguayo, M.O. & Coady, N.F. 2001. The Experience of Deafened Adults: Implications for Rehabilitative Services. *Health & Social Work*. 26 (4). 269–276.
- Andersson, G., Andersson, S., Arlinger, S., Arvidson, T., Danielsson, A., Jauhiainen, T., Jönsson, A., Kronlund, L., Laukli, E., van der Lieth, L., Lyxell, B., Nielsen, P., Nyberg, E. & Rönnerberg, J. 2008. Kuntoutus. Teoksessa Jauhiainen, Tapani (toim.) *Audiologia*. Helsinki: Duodecim.
- Antonovsky, A. 1996. The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*. 11 (1). 11–18.
- Antonovsky, A. 1988. *Unraveling the Mystery of Health. How people Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Autio, Anu 2010. Aikuisena kuuroutuneiden elämänhallinta ja psykososiaalinen hyvinvointi. Kandidaatintutkielma. Erityispedagogiikka. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.
- Bäckman, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Väitöskirja. Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto.
- Eriksson, M. & Lindström, B. 2006. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the Relation with Health: a Systematic Review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 60 (5). 376–381.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Heikkinen, R-L. 1998. *Iäkkäiden depressiomaisema*. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Heine, C. & Browning, C. J. 2002. Communication and Psychosocial Consequences of Sensory Loss in Older Adults: Overview and Rehabilitation Directions. *Disability and Rehabilitation*. 24 (15). 763–773.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hogan, A. 2001. *Hearing Rehabilitation for Deafened Adults. A Psychosocial Approach*. London: Whurr Publishers.

- ”Jag drar mig undan”. 2009. Sambandet mellan hörelskada & psykisk ohälsa. Projektet Anti Depp 2006-2009. Ett projekt i samarbete med Svenska Hörsselförbundet rf och Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund rf. Projektrapport.
- Jauhiainen, T. 1995. Kuulo ja viestintä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Juhila, K. 2008. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Jokinen, A. & Juhila, K. (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Osuuskunta Vastapaino. 14–47.
- Juth, V., Smyth, J. M. & Santuzzi, A. M. 2008. How Do You Feel? Self-esteem Predicts Affect, Stress, Social Interaction, and Symptom Severity during Daily Life in Patients with Chronic Illness. Syracuse University, USA. *Journal of Health Psychology. An Interdisciplinary, International Journal*. 13 (7). 884–894.
- Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. *Tutkimuksia* 46/1994. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Järvikoski, A. 1996. Sisäinen elämänhallinta ja sosiaaliset paineet. Teoksessa Raitasalo, R. (toim.) *Elämänhallintaa etsimässä*. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia.
- Järvikoski, A. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Teoksessa Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I. *Vaikuttavuus muutoksessa*. Oulu: Verve. 49–59.
- Karjalainen, V. 2004. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.). *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Stakes.
- Karlsson, H. 1988. Kuuroutumiseen sopeutuminen. Lopputyö. Viittomakielentulkin opintolinja. Turku: Turun kristillinen opisto.
- Keltikangas-Järvinen, L. 2003. Hyvä itsetunto. Helsinki: WSOY.
- Keltikangas-Järvinen, L. 2004. Tunne itsesi, suomalainen. Helsinki: WSOY.
- Klaukka, T. 2008. Vaikuttavuus Kelan kuntoutusstrategiassa. Teoksessa Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I. *Vaikuttavuus muutoksessa*. Oulu: Verve. 85–95.
- Korkalainen, A. & Kokko, K. 2008. Psykologinen näkökulma aikuisiän hyvinvointiin ja siihen kytkeytyviin tekijöihin. *Psykologia* 4/2008: 261–276.
- Koukkari, M. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. *Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kuntoutustieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 56.
- Kukkurainen, M-L. 2006. Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. *Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Acta Univ. Oul. D 899*, 2006.

- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuulonhuoltoliitto 2008. Kuulovammaisten määrä. Verkkodokumentti. Luettu 3.11.2008.  
<[http://www.kuulonhuoltoliitto.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=247](http://www.kuulonhuoltoliitto.fi/sivu.php?artikkeli_id=247)>.
- Kuulonhuoltoliiton materiaalia 1. Kuntoutusprosessin esittely.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. Verkkodokumentti. Luettu 19.11.2008.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>>.
- Laitinen, S. 2009a. Kurssikeskuksen johtaja. Kuuloliitto. Kopolan kurssikeskus. Sähköpostiviesti 17.9.2009.
- Laitinen, S. 2009b. Kurssikeskuksen johtaja. Kuuloliitto. Kopolan kurssikeskus. Sähköpostiviesti 25.9.2009.
- Leino, Eeva 2004. Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.). Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes.
- Lindholm, S. & Tulla, T. 1982. Psykkinen toimintakyky 30, 50- 70 -vuotiailla miehillä. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Psykologian laitos.
- Malm, M. 2004. Toimintakyky ja sen arviointi. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M., Talvela, E-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY.
- Marttila, T. 2005. Kuulovammat. Suomalainen terveys. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkojulkaisu. Luettu 16.11.2008. Päivitetty 18.7.2005.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00037](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00037)>.
- Metsämuuronen, J. 2004. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 9. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metteri, A. & Haukka-Wacklin, T. 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.). Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes.
- Mäkitalo, J. & Turunen, J. 2008. Johdanto. Teoksessa Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I. Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve. 9–15.
- Niemi, K. 1999. Kuulovammaisten aikuisten elämäntilanne Suomessa. Erityispedagogiikan pro gradu -tutkielma. Erityispedagogiikan laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Nilsson, B., Holmgren, L. & Westman, G. 2000. Sence of Coherence in Different Stages of Health and Disease in Northern Sweden. Gender and Psychosocial Differences. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 18 (1). 14-20.
- Nuorisotutkimusseura 2008. Tutkimukseen osallistujalle annettava tutkimusinformaatio. Verkkodokumentti. Luettu 6.10.2008. Julkaistu 5.10.2008.  
<[http://www.nuorisotutkimusseura.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=314](http://www.nuorisotutkimusseura.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=314)>.

- Meadow-Orlans, K. P. & Orlans, H. 1990. Responses to Loss of Hearing in Later Life. Teoksessa Moores, D. F. & Meadow-Orlans, K. P. (edited). Educational and Developmental Aspects of Deafness. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Orlans, H. 1987. Sociable and Solitary Responses to Adult Hearing Loss. Teoksessa Kyle, J.G. (edited). Adjustment to Acquired Hearing Loss: Analysis, Change and Learning. Proceedings of a conference held in University of Bristol, 9-13<sup>th</sup> April 1987. Centre for Deaf Studies. University of Bristol.
- Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2008a. Tutkimus- ja kehityshankkeiden suojaaminen. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2008.  
<<http://www.oamk.fi/sote/opiskelijalle/opinnaytetyo/>>.
- Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2008b. Opinnäyteyhteistyön sopimus- ja dokumentointikäytäntö. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Verkkodokumentti. Luettu 13.10.2008.  
<<http://www.oamk.fi/sote/opiskelijalle/opinnaytetyo/>>.
- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim). Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.
- Pietilä, A-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Hoitotieteen laitos, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis Medica. D 323.
- Pohjanmaa -hanke. Ikäihmiset ja masennus. Verkkodokumentti. Luettu 22.9.2009.  
<<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=574660>>.
- Pohjolainen, T. & Malmivaara, A. 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 658–663.
- Pättikangas, M. & Korhonen, K. 1996. Kokemuksia sopeutumisvalmennuksesta. Perustiedot ja välittömän seurannan tulokset sopeutumisvalmennuksen vaikuttavuus -tutkimuksesta. Työselosteita 12/1996. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Raitasalo, R. 1995. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki.
- Raitasalo, R. (toim.) 1996. Elämänhallintaa etsimässä. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia.
- Raitasalo, R. 2007. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Verkkodokumentti. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Tulostettu 3.11.2008.  
<[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110607141642EK/\\$File/tutkimuksia86.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/110607141642EK/$File/tutkimuksia86.pdf?OpenElement)>.
- Riihinen, O. 1996. Elämänhallinta-käsitteen erittelyä ja ongelmia. Teoksessa Raimo Raitasalo (toim.) Elämänhallintaa etsimässä. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13. Helsinki: Kansaneläkelaitos. 16–34.

- Ringdahl, A. & Grimby, A. 2000: Severe-profound Hearing Impairment and Health-related Quality of Life Among Postlingual Deafened Swedish Adults. *Scand Audiol.* 29. 266–275.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.
- Roos, J. P. 1987. Suomalainen elämä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Saarenheimo, M. & Suutama, T. 1995. Elämänhallinta ja vanhuuteen sopeutuminen. Teoksessa Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. (toim). Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Helsinki: WSOY.
- Shakespeare, T. 1996. Disability, Identity and Difference. Teoksessa Barnes, C. & Mercer, G. (toim). *Exploring the Divide: Illness and Disability.* Leeds: The Disability Press.
- Silver, R. L. & Wortman, C. B. 1980. Coping with Undesirable Life Events. Teoksessa: Garber, J. & Seligman, M. E. P. (edited). *Human Helplessness. Theory and Applications.* New York: Academic Press.
- Somerkivi, P. 2000. ”Olen verkon silmässä kala” Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Helsinki.
- Sorri, M., Huttunen, K. & Rudanko, S-L. 2008. Kuulo- ja näkövammot. Teoksessa Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus.* Helsinki: Duodecim. 318–346.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Helsinki.
- Stone, H. E. 1987. Adjustment to Post-lingual Hearing Loss. Teoksessa Kyle, J.G. (edited). *Adjustment to Acquired Hearing Loss: Analysis, Change and Learning.* Proceedings of a conference held in University of Bristol, 9-13<sup>th</sup> April 1987. Centre for Deaf Studies. University of Bristol.
- Suikkanen, A. 2008. Arvioinnin avaimia kuntoutuksen lukkoihin. Teoksessa Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I. *Vaikuttavuus muutoksessa.* Oulu: Verve. 99–108.
- Takala, M. 1995. ”They say I’m stupid, but I just don’t HEAR”. Hearing-impaired Adult’s View of Finnish Society. Research Report. Department of Teacher Education. University of Helsinki.
- Talvela, E-L. 2004. Tieto vammautumisesta. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. *Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet.* Porvoo: WSOY.
- Thomas, C. 1999. *Female Forms. Experiencing and understanding disability.* Buckingham: Open University Press.
- Tumanto T. 2002. ”Oma sinnikkyuteni on auttanut”: aikuisena kuulovammautuminen muutoksena elämäkulussa. Erityispedagogiikan pro gradu-tutkielma. Erityispedagogiikan laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Uutela, A. 1992. Elämänhallinta ja terveys. Teoksessa Karisto, A., Lahelma, E. & Rahkonen, O. (toim.) Terveys sosiologia. Helsinki: WSOY.
- Valtioneuvoston kuntoutus selonteko 2002. Verkkodokumentti. Luettu 18.8.2011.  
<<http://pre20090115.stm.fi/pr1064564873341/passthru.pdf>>
- Vehkalahti, K. 2008. Kysely tutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vehmas, s. 2005. Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Tampere: Gaudeamus.
- Vilkkumaa, I. 2004. Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.). Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes.
- Volanen, S.-M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M. & Silventoinen, K. 2007. Negative Life Events and Stability of Sense of Coherence: a Five-year Follow-up Study of Finnish Women and Men. *Scandinavian Journal of Psychology* 48 (6). 433–441.
- Välimaa, T. & Rimmanen, S. 2000. Kuuroutuneen aikuisen kuntoutusratkaisut. Teoksessa Lonka, E. & Korpijaako-Huuhka, A-M. (toim.) Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. Helsinki. Palmenia-kustannus.
- WHO 1981: Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. World Health Organization. Geneva.
- Österman, I. 2008. Elämänhallinta ja koettu tuki. Teemahaastattelu silmän suonikalvoston melanoomaan sairastuneille potilaille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Preventiivisen hoitotieteen koulutus.
- Øvretveit, J. 2002. Action Evaluation of Health Programmes and Changes. A handbook for a user-focused approach. Oxon. Radcliffe Medical Press Ltd.

**Kuuloliitto ry, Kopolan kurssikeskus**  
**KUUROUTUNEIDEN JA VAIKEASTI HUONOKUULOISTEN KURSSI**  
**ESIMERKKIOHJELMA:**

**LIITE 1**  
**1 (2)**

**Tiistai**

9.00-12.00	Saapuminen ja Kopolaan tutustuminen
12.00	Lounas
13.00	Avajaiset.
14.00	Kirjoitustulkinnasta ja vaikeasti kuulovammaisen kanssa kommunikoinnista kurssilla
14.45	Kahvi
15.15-16	Viittomista (ruokasali)
16.15-17.30	Psykologin ryhmäkeskustelu / Viittomista
17.00-20.00	Naisten sauna & Miesten sauna
17.00-20.00	Iltapala

**Keskiviikko**

8.00-9.00	Aamupala
9.00	Tiedotuksia
9.15	Huulilतालukua / Viittomista
11.15	Viittominen kommunikaatiokeinona / Huulilतालukua / Viittomista
12.00	Lounas
14.00	Rentoutus
14.45	Kahvi
15.15-17.0	Viittomista / Huulilतालukua / Psykologin ryhmäkeskustelu
17.30	Ohjattu lenkki
17.00-20.0	Iltapala
19.00-21.00	Iltaohjelmaa

**Torstai**

8.00-9.00	Aamupala
9.00	Tiedotuksia
9.15	Huulilतालukua / Viittomista / Huulilतालukua
10.15	Kuulovamman psykososiaalisista vaikutuksista / Psykologin ryhmäkeskustelu / Viittomista
12.00	Lounas
14.00	Tulkinkäytön luento / Huulilतालukua
14.45	Kahvi
15.15-17	Kojeenkäytön opetus / Viittomista
17.30	Ohjattu lenkki
17.00-20.00	Iltapala
19.00-21.00	Iltaohjelmaa

**Perjantai**

8.00-9.00	Aamupala
9.0	Tiedotuksia
9.15-11	Huulilतालukua / Psykologin ryhmäkeskustelu / Huulilतालukua
11.15	Viittomista / Huulilतालukua / Psykologin ryhmäkeskustelu
12.00	Lounas
14.00	Rentoutus
14.45	Kahvi
15.15-17.00	Tulkinkäytön harjoitus
17.00-20.00	Naisten sauna & Miesten sauna
17.00-20.00	Iltapala

**Lauantai**

8.00-9.0	Aamupala
9.15-11	Huulilतालukua / Psykologin ryhmäkeskustelu / Viittomista
11.15	Rentoutus
12.00	Lounas



**LIITE 1**  
**2 (2)**

14.00	Huulilitalukua / Viittomista / Huulilitalukua
14.45	Kahvi
14.00-16	Kopolan olympialaiset
17.00-20.00	Iltapala
19.00-21.00	Iltaohjelmaa

**Sunnuntai**

8.30	Aamupala
12.0	Lounas
	Ulkoilutapahtuma
17.00-20.00	Naisten sauna & Miesten sauna
17.00-20.00	Iltapala

**Maanantai**

8.00-9.00	Aamupala
9.00	Tiedotuksia
9.15-11	Huulilitalukua / Viittomista / Psykologin ryhmäkeskustelu
11.15	Omaisten ryhmäkeskustelu / vastaanottoja / ryhmän videopalaute
12.00	Lounas
14.00	Kriisin kipu ja mahdollisuus
14.45	Kahvi
15.15-17.00	Viittomista / Huulilitalukua / Viittomista
17.30	Ohjattu lenkki
17.00-20.00	Iltapala
19.00-21.00	Iltaohjelmaa

**Tiistai**

8.00-9.00	Aamupala
9.30-18.00	Korvalääkärin vastaanotot
9.15-11	Viittomista
11.15-12	Psykologin ryhmäkeskustelu / Viittomista
12.00	Lounas
12.45-14.00	Korvalääkärin kyselytunti
14.00	Kahvi
14.30-17	Kuulovammaisten sosiaaliturvasta ja Kelan etuuksista
17.30	Ohjattu lenkki
17.00-20.00	Iltapala
19.00	Illanvietto

**Keskiviikko**

8.00-9.00	Aamupala
9.15-11	Psykologin ryhmäkeskustelu / Viittomista
11.15	Parisuhteesta
12.00	Lounas
14.00	Viittomista / Tulkinkäytön harjoitus
14.45	Kahvi
15.15-17	Kuuloliiton järjestötoiminnasta
17.30	Ohjattu lenkki
17.00-20.0	Iltapala
17.00-20.00	Naisten sauna & Miesten sauna

**Torstai**

8.00-9.00	Aamupala
9.15-12	Implantti -elämää ja tekniikkaa
12.00	Lounas
12.30-15	Jatkokuntoutuksesta. Palautekeskustelu.

**KYSELYLOMAKE****LIITE 2****Kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinta ja psykososiaalinen hyvinvointi****Kuuloliiton kuntoutuskurssin alkaessa**

Vastaajan nimi \_\_\_\_\_

(Nimi tarvitaan ainoastaan niiltä henkilöiltä, jotka haluavat osallistua pitkittäistutkimukseen sopeutumisvalmennuskursseillaan vuosina 2009-2010. Kyselylomakkeen tietoja käsittelee ainoastaan Anu Autio.)

**TAUSTATIEDOT**

Sukupuoli            \_\_\_ nainen                            \_\_\_ mies

Ikä                            \_\_\_ vuotta

Elämäntilanne            \_\_\_ työssä                            \_\_\_ eläkkeellä                            \_\_\_ työtön  
                                  \_\_\_ sairauslomalla                    \_\_\_ opiskelija                            \_\_\_ muu, mikä?

Kuulutko paikalliseen kuulonhuoltoyhdistykseen    \_\_\_ kyllä    \_\_\_ en

Kerro omin sanoin kuuroutumisestasi.

---



---



---

**TAVOITTEET**

Kuulonhuoltoliiton sopeutumisvalmennuskurssia koskevat tavoitteeni. Valitse 1-5 kurssitavoitetta, jotka koet itsellesi tärkeiksi. Merkitse numerolla 1 (yksi) se tavoite, jonka koet kaikkein tärkeimmäksi.

Tavoitteenani on...

- |  |  |
|--|--|
| ___ saada vertaistukea.                          | ___ saada tietoa sosiaaliturvasta.                                 |
| ___ saada tietoa kuulokojeista ja apuvälineistä. | ___ saada tietoa kuulovammastani.                                  |
| ___ saada virkistystä ja vaihtelua.              | ___ saada tietoa tulkkipalvelusta.                                 |
| ___ kohentaa mielialaani.                        | ___ oppia uusia taitoja kuten viitottua puhetta tai huulilतालukua. |
| ___ oppia hyväksymään kuuroutumiseni.            | ___ saada uusia ystäviä.   |
| ___ pysähtyä miettimään elämäntilannettani.      |  |
| ___ saada rohkeutta vuorovaikutukseen.           |  |

Voit myös kertoa vapaasti tavoitteistasi ja siitä, miksi olet hakeutunut kurssille.

---



---

## ELÄMÄNHALLINTA-kysely

Kysymme tällä lomakkeella teidän tuntemuksianne ja kokemuksianne. Ympyröikää vaihtoehdoista 1–7 se, joka parhaiten vastaa käsitystänne tällä hetkellä.						
1. Onko teillä sellainen tunne, ettette oikeastaan välitä, mitä ympärillänne tapahtuu?						
1	2	3	4	5	6	7
hyvin harvoin tai ei koskaan						hyvin usein
2. Onko joskus käynyt niin, että olette yllättyneet sellaisten ihmisten käyttäytymisestä, jotka luulitte tuntevanne hyvin?						
1	2	3	4	5	6	7
ei koskaan						aina, jatkuvasti
3. Oletteko joutunut pettymään ihmisiin, joihin luotitte?						
1	2	3	4	5	6	7
ei koskaan						aina, jatkuvasti
4. Tähänastisessa elämässänne...						
1	2	3	4	5	6	7
ei ole lainkaan ollut selkeitä päämääriä tai tarkoitusta						on ollut hyvin selkeät päämäärät ja tarkoitus
5. Tuntuuko teistä, että teitä kohdellaan epäoikeudenmukaisesti?						
1	2	3	4	5	6	7
hyvin harvoin tai ei koskaan						hyvin usein
6. Tuntuuko teistä, että olette oudossa tilanteessa, ettekä tiedä, mitä tehdä?						
1	2	3	4	5	6	7
hyvin usein						hyvin harvoin tai ei koskaan

**LIITE 3**  
**2 (2)**

7. Jokapäiväiset toimenne tuottavat: 1 suurta mielihyvää ja tyydytystä 2 3 4 5 6 7 tuskaa ja ikävystymistä
8. Onko teillä sekavia tunteita ja ajatuksia? 1 hyvin usein 2 3 4 5 6 7 hyvin harvoin tai ei koskaan
9. Onko teillä sisäisiä tuntemuksia, joita ette haluaisi tuntea? 1 hyvin usein 2 3 4 5 6 7 hyvin harvoin tai ei koskaan
10. Monet ihmiset – jopa lujaluonteiset – tuntevat toisinaan itsensä surkimuksiksi joissain tilanteissa. Kuinka usein te olette tuntenut näin? 1 ei koskaan 2 3 4 5 6 7 hyvin usein
11. Kun jotain on tapahtunut, oletteko yleensä huomannut, että... 1 yli- tai aliarvioitte asian tärkeyden 2 3 4 5 6 7 näitte asiat niiden oikeissa mittasuhteissa
12. Kuinka usein teillä on tunne, että päivittäiset tekemisenne ovat jokseenkin merkityksettömiä? 1 hyvin usein 2 3 4 5 6 7 hyvin harvoin tai ei koskaan
13. Kuinka usein teistä tuntuu, ettette ole varma, pystyttekö hallitsemaan itsenne? 1 hyvin usein 2 3 4 5 6 7 hyvin harvoin tai ei koskaan

**MIELIALAKYSELY (RBDI)****LIITE 4**

Suomen oloihin kehitetty lyhyt masennusoireilun kysely

**1 (2)**

Tiedustelemme tällä lomakkeella mielialan erilaisia piirteitä. Vastatkaa kuhunkin kysymykseen sillä tavalla millaiseksi tunnette itsenne tällä hetkellä. Ympyröikää numero sen vaihtoehdon edestä, joka parhaiten kuvaa teidän tilannettanne tällä hetkellä.
1. Minkälainen teidän mielialanne on? 1 mielialani on melko valoisa ja hyvä 2 en ole alakuloinen tai surullinen 3 tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi 4 olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä 5 olen niin masentunut ja alavireinen, etten kestä enää
2. Miten suhtaudutte tulevaisuuteenne? 1 suhtaudun tulevaisuuteeni toiveikkaasti 2 en suhtaudu tulevaisuuteeni toivottomasti 3 tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta 4 minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa 5 tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin
3. Miten katsotte elämäenne sujuneen? 1 olen elämässäni onnistunut huomattavan usein 2 en tunne epäonnistuneeni elämässäni 3 minusta tuntuu, että olen epäonnistunut yrityksissäni tavallista useammin 4 elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia 5 tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä
4. Miten tyytyväiseksi tai tyytymättömäksi tunnette itsenne? 1 olen varsin tyytyväinen elämääni 2 en ole erityisen tyytymätön 3 en nauti asioista samalla tavalla kuin ennen 4 minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään 5 olen täysin tyytymätön kaikkeen
5. Minkälaisena pidätte itseänne? 1 tunnen itseni melko hyväksi 2 en tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi 3 tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein 4 nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina 5 olen kerta kaikkiaan arvoton ja huono
6. Onko teillä pettymyksen tunteita? 1 olen tyytyväinen itseeni ja suorituksiini 2 en ole pettynyt itseni suhteen 3 olen pettynyt itseni suhteen 4 minua inhottaa oma itseni 5 vihaan itseäni
7. Onko teillä itsenne vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia? 1 minulla ei ole koskaan ollut itsemurha-ajatuksia 2 en ajattele vahingoittaa itseäni 3 minusta tuntuu, että olisi parempi jos olisin kuollut 4 minulla on vakaa aikomus tehdä itsemurha 5 tekisin itsemurhan, jos siihen olisi mahdollisuus

**LIITE 4**  
**2 (2)**

<p>8. Miten suhtaudutte toisten ihmisten tapaamiseen?</p> <p>1 pidän ihmisten tapaamisesta ja juttelemisesta</p> <p>2 en ole menettänyt kiinnostustani muihin ihmisiin</p> <p>3 toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen</p> <p>4 olen melkein kokonaan menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan</p> <p>5 olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan</p>
<p>9. Miten koette päätösten tekemisen?</p> <p>1 erilaisten päätösten tekeminen on minulle helppoa</p> <p>2 pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin</p> <p>3 yritän lykätä päätösten tekemistä</p> <p>4 minulla on suuria vaikeuksia päätösten teossa</p> <p>5 en pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja ja päätöksiä</p>
<p>10. Minkälaisena pidätte olemustanne ja ulkonäköänne?</p> <p>1 olen melko tyytyväinen ulkonäkööni ja olemukseeni</p> <p>2 en mielestäni näytä sen huonommalta kuin ennenkään</p> <p>3 olen huolissani, että näytän vanhalta tai epämiellyttävältä</p> <p>4 minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja että näytän nyt epämiellyttävältä</p> <p>5 olen varma, että näytän rumalta ja epämiellyttävältä</p>
<p>11. Minkälaista teidän nukkumiseen on?</p> <p>1 minulla ei ole nukkumisessa minkäänlaisia vaikeuksia</p> <p>2 nukun yhtä hyvin kuin ennenkin</p> <p>3 herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen</p> <p>4 minua häiritsee unettomuus</p> <p>5 kärsin unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai liian aikaisin kesken unien heräämisistä</p>
<p>12. Tunnetteko väsymystä tai uupumusta?</p> <p>1 väsyminen on minulle lähes täysin vierasta</p> <p>2 en väsy helpommin kuin tavallisestikaan</p> <p>3 väsyn nopeammin kuin ennen</p> <p>4 vähäinkin työ väsyttää ja uuvuttaa minua</p> <p>5 olen liian väsynyt tehdäkseni mitään</p>
<p>13. Minkälainen ruokahalunne on?</p> <p>1 ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia</p> <p>2 ruokahaluni on ennallaan</p> <p>3 ruokahaluni on huonompi kuin ennen</p> <p>4 ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen</p> <p>5 minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua</p>
<p>14. Oletteko ahdistunut tai jännittynyt?</p> <p>1 pidän itseäni melko hyvähermoisena enkä ahdistu kovinkaan helposti</p> <p>2 en tunne itseäni ahdistuneeksi tai "huonohermoiseksi"</p> <p>3 ahdistun ja jännityn melko helposti</p> <p>4 tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi</p> <p>5 tunnen itseni jatkuvasti ahdistuneeksi ja tuskaiseksi kuin hermoni olisivat "loppuun kuluneet"</p>

**ITSETUNTO****LIITE 5**

Tiedustelemme tällä lomakkeella teitä itseänne koskevia piirteitä. Ympyröikää joka kohdasta se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa käsitystänne tällä hetkellä.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Hieman eri mieltä	Täysin ei mieltä
1. Olen kaiken kaikkiaan tyytyväinen itseeni.	1	2	3	4
2. Välillä tuntuu, etten kelpaa oikein mihinkään.	1	2	3	4
3. Minulla on mielestäni monia hyviä ominaisuuksia.	1	2	3	4
4. Suoriudun asioista siinä kuin useimmat muutkin ihmiset.	1	2	3	4
5. Minulla ei mielestäni ole paljoakaan ylpeydenaiheita.	1	2	3	4
6. Tunnen itseni ajoittain todella hyödyttömäksi.	1	2	3	4
7. Tunnen olevani vähintään yhtä arvokas kuin muutkin ihmiset.	1	2	3	4
8. Toivoisin voivani kunnioittaa itseäni enemmän.	1	2	3	4
9. Pidän itseäni kaiken kaikkiaan epäonnistuneena ihmisenä.	1	2	3	4
10. Suhtaudun itseeni myönteisesti.	1	2	3	4

**IHMISUHTEIDEN MÄÄRÄ JA****LIITE 6****IHMISUHTEISIIN LIITTYVÄ TUEN SAANTI**

1. **Kuinka monta** läheistä ihmistä, perheenjäsentä, sukulaista tai ystävää sinulla on? (ihmiset, joilta saat tukea, joiden kanssa sinun on helppo puhua erilaisista asioista)

Minulla on noin \_\_\_\_ läheistä ihmistä.

**Kuinka usein** pidät yhteyttä ystäviisi ja läheisiisi? Yhteydenpidolla tarkoitetaan esimerkiksi vierailuja heidän luokseen, ystävien vierailuja luonasi, puhelinsoittoja.

\_\_\_\_ lähes päivittäin      \_\_\_\_ viikoittain      \_\_\_\_ kuukausittain      \_\_\_\_ harvemmin

**Koetko** kuuroutumisen vaikuttaneen yhteydenpitoon läheistesi kanssa? Kerro, miten.

---



---

**Seuraavassa on asioita, jotka kuvaavat, miten koet saavasi läheisiltä ja muilta ihmisiltä tukea ja apua.** Ympyröi kustakin numero, joka vastaa omaa käsitystäsi kyseisestä asiasta.

1 = ei koskaan  
2 = harvoin

3 = joskus

4 = useimmiten  
5 = jatkuvasti, aina

**Onko sinulla joku...**

2. joka arvostaa sinua?	1	2	3	4	5
3. joka osoittaa rakkautta ja hellyyttä?	1	2	3	4	5
4. jota rakastat, ja joka saa sinut tuntemaan itsesi tarpeelliseksi?	1	2	3	4	5
5. jonka kanssa voit pitää hauskaa ja rentoutua?	1	2	3	4	5
6. joka kantaa huolta sinusta?	1	2	3	4	5
7. joka kuuntelee sinua?	1	2	3	4	5
8. johon luotat niin, että voit kertoa henkilökohtaisimmistakin peloistasi ja huolestasi?	1	2	3	4	5
9. joka huolehtii sinusta liikaa?	1	2	3	4	5



10. joka vahvistaa sinua pyrkimyksissäsi?	1	2	3	4	5
11. jolta saat hyödyllistä palautetta?	1	2	3	4	5
12. jolla on samankaltainen elämän tilanne ja voitte vertailla kokemuksianne?	1	2	3	4	5
13. joka neuvo sinua, jos todella haluat?	1	2	3	4	5
14. joka ehdottaa tai suosittelee, miten sinun kannattaisi toimia jonkin henkilökohtaisen asian suhteen?	1	2	3	4	5
15. joka antaa sinulle ohjeita asioiden ratkaisemisessa tai ongelmatilanteissa?	1	2	3	4	5
16. jolta saat tarvitsemiasi tietoja ongelmiesi ratkaisemisessa?	1	2	3	4	5
17. joka antaa apuaan, jos tarvitset esimerkiksi apua hoitoon pääsemisessä?	1	2	3	4	5
18. jolta saat apua päivittäisissä tehtävissäsi ja toimituksiasi, jos et itse jaksa?	1	2	3	4	5
19. jolla on aikaa sinulle?	1	2	3	4	5
20. joka auttaa järjestelemään kotiasi tai ympäristöäsi tarvittaessa?	1	2	3	4	5

**Koetko** kuuroutumisen vaikuttaneen ystävyysuhteisiisi? Mitä muuta läheisiin ihmissuhteisiin liittyvää haluat sanoa? (voit halutessasi jatkaa paperin kääntöpuolelle)

---



---



---

**TYTYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN JA SEN ERI OSA-ALUEISIIN****LIITE 7**

**Arvioi, miten tyytyväinen** olet alla esitettyihin elämän osa-alueisiin.

**Ympyröi** eri kohdissa omaa tyytyväisyyttäsi osoittava numero. Vastaa kysymyksiin asteikolla 1-6.

1 = olen erittäin tyytymätön tähän osa-alueeseen

6 = olen erittäin tyytyväinen tähän osa-alueeseen

1. Elämään kokonaisuudessaan	1	2	3	4	5	6
2. Kykyyni huolehtia itsestäni (pukeutuminen, hygienia, liikkuminen jne.)	1	2	3	4	5	6
3. Vapaa-aikaani	1	2	3	4	5	6
4. Työtilanteeseeni	1	2	3	4	5	6
5. Taloudelliseen tilanteeseeni	1	2	3	4	5	6
6. Parisuhteeseeni	1	2	3	4	5	6
7. Perhe-elämäni	1	2	3	4	5	6
8. Ystävä- ja tuttavasuhteisiini	1	2	3	4	5	6
9. Terveyteeni	1	2	3	4	5	6
10. Henkisiin voimavaroihini	1	2	3	4	5	6
11. Fyysiseen kuntooni	1	2	3	4	5	6

**Kerro omin sanoin, miltä kuulon menettäminen on Sinusta tuntunut ja miten se on elämääsi vaikuttanut** (voit halutessasi jatkaa paperin toiselle puolelle)

---



---



---



---



---



---

**KYSELYLOMAKE****LIITE 8****Kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinta ja psykososiaalinen hyvinvointi  
Kuulonhuoltoliiton kuntoutuskurssin päättyessä**

Kuulun paikalliseen kuulonhuoltoyhdistykseen.      \_\_\_ kyllä      \_\_\_ en

Minulla on tulkkipäätös.      \_\_\_ kyllä      \_\_\_ ei

Aion hakea tulkkipäätöstä.      \_\_\_ kyllä      \_\_\_ en

**KOKEMUS RYHMÄKUNTOUTUKSESTA**

Seuraavassa on asioita, jotka kuvaavat, miten koit ryhmämuotoisen kuntoutuksen ja mikä merkitys ryhmällä oli omassa kuntoutuksessasi.

Ympyröi numero, joka vastaa omaa kokemustasi kustakin asiasta.

	<b>Täysin eri mieltä</b>	<b>Eri mieltä</b>	<b>En osaa sanoa</b>	<b>Samaa mieltä</b>	<b>Täysin samaa mieltä</b>
<b>Tunsin, että ryhmässä...</b>					
1. Minua arvostettiin.	1	2	3	4	5
2. Löysin oman paikkani ja minut hyväksyttiin.	1	2	3	4	5
3. Minusta pidettiin huolta.	1	2	3	4	5
4. Sain tilaa puhua ja minua kuunneltiin.	1	2	3	4	5
5. Saatoin uskoutua jollekin.	1	2	3	4	5
6. Sain vahvistusta ja tukea ryhmän kanssa käydyistä keskusteluista.	1	2	3	4	5
7. Sain neuvoja, ohjeita ja tietoa ryhmän jäseniltä.	1	2	3	4	5
8. Sain apua ja aikaa kurssitovereilta tarvittaessa.	1	2	3	4	5
9. Olisin halunnut olla enemmän yksin.	1	2	3	4	5
10. Ryhmässä oli raskasta olla.	1	2	3	4	5
11. Jatkokoskin tulisin ryhmämuotoiseen kuntoutukseen.	1	2	3	4	5
12. Olen kuntoutukseen tyytyväinen.	1	2	3	4	5
13. Toivoin kuntoutukselta enemmän.	1	2	3	4	5

## **Kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinta ja psykososiaalinen hyvinvointi Kuuloliiton kuntoutuskurssin alkaessa**

## **LIITE 9 1 (2)**

Hyvä vastaanottaja

Tämä on tiedote tammikuussa 2009 alkavasta tutkimuksesta, jonka tarkoituksena on kuvata Kuuloliiton kuntoutuskursseille osallistuvien aikuisten kuuroutuneiden kokemuksia ja ajatuksia elämästä ja kuuroutumisesta sekä itsetuntoa ja tunteita.

Tutkimus on opinnäytetyö, joka liittyy sosionomiopintoihini Metropolia ammattikorkeakoulussa sekä erityispedagogiikan opintoihini Helsingin yliopistossa. Tutkimus toteutetaan Kopolan kurssikeskuksessa tammikuussa, toukokuussa ja syyskuussa 2009 yhteistyössä Kuuloliiton kanssa. Tutkimuspyyntö on lähetetty kaikille kurssikokouksien ensimmäiselle jaksolle osallistuville.

### **Tutkimusmenetelmät**

Tutkimukseen osallistuvat kurssilaiset täyttävät kurssin ensimmäisenä päivänä kyselylomakkeen, jonka kysymykset liittyvät mm. ihmisen elämänhallintaan, itsetuntoon, kuulovammaan, ihmissuhteisiin sekä mielialaan. Lomake on suomenkielinen. Lomakkeen täyttäminen kestää noin puoli tuntia eikä vie aikaa kurssin varsinaiselta ohjelmalta.

Oheisessa lomakkeessa kysytään lisäksi erikseen suostumustanne luovuttaa Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssihakemuksenne tutkimusaineistoksi. Hakemuksessanne olette kertoneet mm. sairauden, jonka perusteella olette kurssia hakeneet, kuulovammanne asteen sekä omakohtaiset perustelunne kurssin tarpeellisuudesta.

Kysely on osa seurantatutkimusta, jossa tarkastellaan mm. kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinnan kokemusten ja mielialan mahdollisia muutoksia Kuuloliiton kuntoutuskurssien aikana vuosina 2009–2010. Mikäli olette halukas osallistumaan tähän tutkimukseen, teiltä pyydetään myöhemmin suostumusta vastata myös seurantatutkimuksen muihin kyselyihin (2-3 kpl). Voitte kuitenkin myös kieltäytyä tulevista kyselyistä. Kyselyihin vastataan kuntoutuskurssien alussa.

### **Tutkimusaineiston käsittely ja julkaiseminen**

Tutkimuksessa esiin tulevat asiat ovat täysin luottamuksellisia ja tulevat ainoastaan tutkijan käyttöön. Tietoja ei luovuteta Kuuloliiton työntekijöille. Opinnäytetyöhön ei tule tietoja, joiden avulla osallistujan voisi tunnistaa tutkimuksen aineistosta. Tutkimusaineisto säilytetään seurantatutkimuksen päättymiseen asti, minkä jälkeen kyselylomakkeet tuhotaan. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetöinä syksyllä 2009. Tuloksista saatetaan kirjoittaa artikkeleita esimerkiksi kuulovamma-alan lehtiin kuten Kuuloviestiin tai muihin julkaisuihin.

### **Tutkittavan oikeudet**

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavalla on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä vastaamasta ilman mitään seuraamuksia tai perusteluja. Tutkimuksen järjestelyt ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tutkimuksesta saatavat tiedot tulevat ainoastaan tutkijan käyttöön ja tulokset julkaistaan tutkimusraporteissa siten, ettei yksittäistä tutkittavaa voi tunnistaa. Tutkittavalla on oikeus saada lisätietoa tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa.

Ystävällisin terveisin,

Anu Autio  
Sosionomiopiskelija, Metropolia ammattikorkeakoulu  
Kasvatustieteen ylioppilas, Helsingin yliopisto

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta p.xxx-xxx xxxx tai anu.autio@helsinki.fi.

**Kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinta ja psykososiaalinen hyvinvointi  
Kuuloliiton kuntoutuskurssin alkaessa**

**LIITE 9  
2 (2)**

Tutkimuksen toteuttaa Anu Autio (Metropolia ammattikorkeakoulu ja Helsingin yliopisto) yhteistyössä Kuuloliiton kanssa.

Lisätietoja tutkimuksesta saatte puhelimitse p.xxx-xxx xxxx tai sähköpostitse anu.autio@helsinki.fi

**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN JA SIINÄ KERÄTTÄVIEN HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYYN**

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinnan kokemuksista sekä mielialasta Kuuloliiton sopeutumisvalmennuskurssien alkaessa.

Suostun

- osallistumaan edellä mainittuun tutkimukseen sekä
- siinä tarvittavien tietojen keräämiseen.

Suostumus on annettu vapaaehtoisesti. Minulle on ennen suostumustani annettu tutkimuksesta ja siihen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä tietoa suostumuslomakkeen liitteenä olevalla informaatiokirjeellä. Olen lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Annettu kirje sisältää selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusmenetelmästä sekä tutkimuksessa kerättävien tietojen käsittelystä. Ymmärrän, että tutkimustuloksista ei ole minulle suoranaista välitöntä hyötyä ja että tutkimustuloksia ei tulla antamaan yksittäisille tutkimushenkilöille.

Allekirjoituksellani vahvistan suostumukseni osallistua tähän tutkimukseen. Ymmärrän, että voin milloin tahansa peruuttaa tämän suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta tutkimuksen toteuttajalle.

Tutkimukseen osallistujan koko nimi \_\_\_\_\_  
Tutkimukseen osallistujan syntymäaika \_\_\_\_\_  
Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2009

Suostumuksen antajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Tutkimuksen taustatietoja varten annan luvan Anu Autiolle käyttää tutkimuksessaan Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssihakemukseni tietoja yksityisyyttäni suojaten. \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Ei

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2009  
Paikka Aika Suostumuksen vastaanottaja  
Anu Autio, tutkimuksen tekijä

LIITE Tutkimukseen osallistuvalla annettu tutkimusta koskeva informaatiokirje, johon tutkimukseen osallistujalla on ennen suostumuksen antamista ollut mahdollisuus tutustua *Lomake allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista yksi on suostumuksen vastaanottajalle ja yksi suostumuksen antajalle.*

**KUULOLIITTO RY**

Yhteyshenkilöt ja työn ohjaajat: Esa Kalela, Satu Laitinen ja Sirpa Laurén

Yhteystiedot: Ilkantie 4, 00400 Helsinki, etunimi.sukunimi@kuulonhuoltoliitto.fi

**ANU AUTIO**

Puhelin: p.xxx-xxx xxxx Sähköposti: anu.autio@helsinki.fi

Koulutusohjelmat: - sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi AMK (Metropolia ammattikorkeakoulu)

- erityispedagogiikka (Helsingin yliopisto)

Ohjaavat opettajat: Ulla Saukkonen ja Terhi Salokannel-Stenberg (Metropolia ammattikorkeakoulu)  
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Elina Kontu ja Minna Kyttälä (Helsingin yliopisto)

etunimi.sukunimi@helsinki.fi

Opinnäytetyön aihe ja työotsikko: Kuuroutuneiden aikuisten elämänhallinta ja psykososiaalinen hyvinvointi Kuuloliiton kuntoutuskurssien alkaessa

**Opinnäytetyön kustannukset**

Kuuloliitto ry korvaa opinnäytetyön tekemisestä aiheutuvat kustannukset.

Kustannuksiksi lasketaan esimerkiksi (suluissa kustannusarvio)

- matkakulut liittyen tutkimusmittauksiin Kopolan kurssikeskuksessa (100 €)
- muut erikseen sovittavat kohtuulliset kulut

**Tekijänoikeus**

Opinnäytetyön tekijänoikeus säilyy Anu Autiolla. Hänellä on oikeus mm.

- valmistaa aineistosta kappaleita esim. kopioimalla tai muuttamalla digitaaliseen muotoon ja
- levittää aineistoa esim. kirjastoihin lainattavaksi

Kuuloliitolla on oikeus

- esittää opinnäytetyön tuloksia esim. luennon tai muun esityksen yhteydessä ja
- hyödyntää työn tuloksia oman toimintansa kehittämisessä.

Tekijän nimi tulee ilmoittaa hyvän tavan mukaisesti teosta käytettäessä.

Tällä sopimuksella Kuuloliitto ja Anu Autio sopivat, että Anu Autio suorittaa opinnäytetyöhön sisältyvän tutkimuksen Kuuloliitolle. Kuuloliitto sitoutuu antamaan Anu Aution käyttöön opinnäytetyön tekemisessä tarpeellisia tietoja ja antamaan tarvittavaa ohjausta.

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, yksi Kuuloliitolle ja yksi Anu Autiolle.

Päiväys:

\_\_\_\_\_

Pekka Lapinleimu

Kuuloliitto

\_\_\_\_\_

Anu Autio

opinnäytetyön tekijä