

Opinnäytetyö (AMK)
Sairaanhoitajakoulutus
2016

Iina Tenhunen, Vesa Thynell & Matti Österman

OSALLISTUJIEN KOKEMUKSIA VERKKOSOPEUTUMIS- VALMENNUSKURSSEISTA

– Verkkosova-hanke 2015–2016

lina Tenhunen, Vesa Thynell & Matti Österman

OSALLISTUJIEN KOKEMUKSIA VERKKOSOPEUTUMISVALMENNUSKURSSEISTA

- Verkko-sova-hanke 2015-2016

Suomessa saa erityiskorvattavia Parkinsonin taudin lääkkeitä yli 16 000 potilasta, joista noin 14 000 sairastaa Parkinsonin tautia (Kaakkola 2016). Yli 70-vuotiaista tautia esiintyy lähes kahdella ihmisellä sadasta (Suomen Parkinson-liitto ry 2015d). Sopeutumisvalmennuksen kautta pyritään löytämään keinoja selviytyä arjessa (Järvikoski & Härkäpää 2014, 139). Internetissä tapahtuva ohjaus yleistyy yhtenä kuntoutuksen työvälineenä kasvokkain tapahtuvan vuorovaikutuksen sijaan (Niittynen 2012, 5).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomen Parkinson liitto ry:n järjestämille verkkosopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden kokemuksia kursseista. Kurseja järjestettiin hankkeen aikana neljä, jokaisessa oli seitsemän osallistujaa (n=28). Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin puolistrukturoituna kyselynä Suomen Parkinson-liitto ry:n toimesta. Opinnäytetyössä analysoitiin kyselylomakkeiden Likert-asteikollisia väittämiä kvantitatiivisin menetelmin. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Suomen Parkinson-liitto ry:n järjestämän verkkosopeutumisvalmennuksen sisältöä ja toteutusta. Opinnäytetyö toteutettiin osana Suomen Parkinson-liitto ry:n Verkko-sova-projektia, jota rahoittaa Raha-automaattiyhdistys (RAY). Hanke on toteutettu yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa.

Osallistujat kokivat kurssirakenteen ja kurssien sisällön toimivaksi. Ryhmäkooko ja ryhmäytyminen koettiin hyväksi. Ryhmän ohjaus ja ryhmän sisäiset kokemusten vaihdot koettiin hyvänä, ja kurssilaiset kokivat kurssien jälkeen pystyvänsä paremmin kohtaamaan sairauden tuomia ongelmia. Matalimpia arvioita osallistujien palautteista ilmeni videotapaamisten teknistä toimivuutta mittavan väitteen kohdalla sekä kokemuksessa kurssin tuomasta uudesta tiedosta. Korkeimmat arviot muodostuivat useimmin viimeisen järjestetyn kurssin kohdalle. Naiset arvioivat lähes kaikki väittämät miehiä korkeammaksi, tosin erot naisten ja miesten välillä olivat hyvin pieniä. Opinnäytetyössä tutkittiin myös mahdollisia yhteyksiä väittämien välillä. Kohtalainen yhteys omaa aktiivisuutta mittaavan väittämän ja muiden palautteen kohtien välillä toteutui kahdeksan väittämän kohdalla. Yksittäisten videotapaamisten sisällä väittämien välisiä yhteyksiä löytyi enemmän.

ASIASANAT:

Parkinsonin tauti, sopeutumisvalmennus, Verkko-sova, asiantuntijatieto, videotapaaminen, kuntoutus

lina Tenhunen, Vesa Thynell & Matti Österman

EXPERIENCES OF PARTICIPANTS FROM ONLINE ADJUSTMENT TRAINING COURSES

- Verkkosova-project 2015-2016

In Finland there are over 16 000 patients who receive compensable medicines for Parkinson's disease, and from those 16 000, approximately 14 000 suffer from Parkinson's disease. (Kaakkola 2016). Incidence of Parkinson's disease in people over 70-years, is almost two persons in a hundred. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015d). Adjustment training seeks to find means to manage everyday life. (Järvikoski & Härkäpää 2014, 139). Online adjustment training is becoming more common form of rehabilitation, instead of face-to-face interaction. (Niittyinen 2012, 5).

The purpose of this bachelor's thesis was to examine the experiences of participants from online adjustment training course, organized by the Finnish Parkinson Association. During the project there were four courses, which each of them had seven participants (n=28). Data for the research was gathered as half-structured questionnaire by the Finnish Parkinson Association. In this bachelor's thesis, the questionnaire's Likert-scale assertions were analyzed through quantitative means of research. The aim of this bachelor's thesis was to improve the content and execution of the online adjustment training courses, organized by the Finnish Parkinson Association. This bachelor's thesis execution was part of the Finnish Parkinson Association's Verkkosova-project, which is funded by the Finland's Slot Machine Association (RAY) and is executed in collaboration with Turku University of Applied Sciences.

Participants experienced that the form and contents of the courses were functional. The size of the group and forming a group were considered to be working well. Tutelage of the group and sharing experiences inside the group were also considered to be working well and the participants felt that after the course they were more prepared to face the problems that the disease might bring. The results of the questionnaire's were a bit lower in assertions that measured technical functionality of the course and the assertion that measured the experience of new information that the participant acquired from the course. The most number of highest ratings was found in the last arranged course. Women rated almost every assertion higher than men, however the difference between them was very small. Possible connections between assertions were also examined in this study. Decent connection was found between an item that was measuring participants own activity and other assertions, in total number of eight assertions. There were more connections between certain assertions in single video meetings.

KEYWORDS:

Parkinson's disease, adjustment training, Verkkosova, expert knowledge, video meeting, rehabilitation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 PARKINSONIN TAUTI JA SOPEUTUMISVALMENNUS	7
2.1 Asiantuntijoiden rooli Parkinsonin tautia sairastavien sopeutumisvalmennuksessa	8
2.2 Sopeutumisvalmennus	17
2.3 Verkkosova-hanke 2015–2016	19
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	22
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	23
4.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen kohderyhmä	23
4.2 Aineiston keruu	24
4.3 Aineiston analysointi	24
5 TULOKSET	26
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
7 POHDINTA	42
LÄHTEET	48

LIITTEET

- Liite 1. Keskiarvot kurssipalautteesta kysymyksittäin eri kursseilta
- Liite 2. Asiantuntijatapaamisten palautteiden keskiarvot kysymyskohtaisesti
- Liite 3. Naisten ja miesten kurssipalaute
- Liite 4. Miesten ja naisten palaute asiantuntijatapaamisista
- Liite 5. Verkkokurssin kyselylomake
- Liite 6. Kyselylomake videotapaamisesta asiantuntijan kanssa

TAULUKOT

Taulukko 1. Järjestetyt Verkkosova-kurssit.	20
Taulukko 2. Videotapaamisten asiantuntijat ja tapaamisten aiheet.	20
Taulukko 3. Osallistujien kokemukset kursseista.	28
Taulukko 4. Osallistujien kokemukset videotapaamisista kursseittain.	30

Taulukko 5. Naisten ja miesten kurssipalautteet.	33
Taulukko 6. Naisten ja miesten palaute videotapaamisilta.	35
Taulukko 7. Korrelaatiokertoimet kurssipalautteen väittämistä suhteessa "Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan" -väittämään.	37
Taulukko 8. Korrelaatioita yksittäisten videotapaamisten väittämien väliltä.	38

1 JOHDANTO

Suomessa saa erityiskorvattavia Parkinsonin taudin lääkkeitä yli 16 000 potilasta, joista noin 14 000 sairastaa Parkinsonin tautia (Kaakkola 2016). Yli 70-vuotiaista tautia esiintyy lähes kahdella ihmisellä sadasta. Parkinsonin tauti on siis melko yleinen sairaus. Useimmille tauti kehittyy 50–80 vuoden iässä. Alle 30-vuotiaana Parkinsonin tautiin sairastuminen on harvinaista, mutta mahdollista. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015d.) Väestön ikääntyessä ja ihmisten elinajan odotteen pitkittyessä, tauti tulee vielä mahdollisesti entisestään yleistymään.

Sopeutumisvalmennus on moniammatillisena yhteistyönä toteutettua ryhmämuotoista kuntoutusta (Niskanen 2014, 252). Vammaisjärjestöjen toiminnan kautta sopeutumisvalmennus on myöhemmin muotoutunut lakisääteiseksi kuntoutukseksi. Sopeutumisvalmennusta on toteutettu lakisääteisenä eri järjestöjen toimesta jo yli 40 vuoden ajan. (Streng 2014a, 7.) Yhteiskunnan ja teknologian kehittyessä myös internetissä tapahtuva ohjaus yleistyy yhtenä kuntoutuksen työvälineenä kasvokkain tapahtuvan vuorovaihtuuden sijaan (Niittynen 2012, 5).

Verkkosova-hanke on RAY:n rahoittama ja Suomen Parkinson-liiton hallinnoima kaksi-vuotinen projekti, jossa on tarkoitus kehittää Parkinsonin tautia sairastaville verkossa toteutettava sopeutumisvalmennuskurssi. Hanke on toteutettu yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Verkkokurssien tavoitteina on tukea osallistujia sopeutumaan etenevän sairauden tuomiin muutoksiin ja hyväksymään sairaus osana elämää. Verkkokursseja on järjestetty hankkeen aikana neljä. Kurkseista kaksi sisälsivät lähtäpaamisen kurssien alussa Erityisosaamiskeskus Suvituulessa videoryhmäkeskusteluiden lisäksi. Kaksi muuta järjestettyä kurssia puolestaan sisälsivät ainoastaan videoryhmäkeskustelut. Jokaiseen hankkeen aikana järjestettyyn kurssiin sisältyi kahdeksan tapaamiskertaa. Videotapaamisissa on mukana erityisasiantuntija, kuten neurologi tai ravitsemusterapeutti, sekä kurssiohjaaja. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015a.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Verkkosova-kurssille osallistuneiden kokemuksia puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Suomen Parkinson-liitto ry on laatinut Verkkosova-kurssista osallistujille kyselylomakkeen, jonka Likert-asteikollisia väittämiä analysoidaan tilastollisesti Excel-ohjelmalla. Tavoitteena on kehittää Suomen Parkinson liitto ry:n järjestämän verkkosopeutumisvalmennuksen sisältöä ja toteutusta.

2 PARKINSONIN TAUTI JA SOPEUTUMISVALMENNUS

Ensimmäiset tarkat kuvaukset Parkinsonin taudista ovat vuodelta 1817 James Parkinsonin teoksesta ”Essay of Shaking Palsy”, jonka johdosta tauti on nimetty Parkinsonin taudiksi. Teoksessa hän kuvailee tarkkaan Parkinsonin taudin kliinisiä oireita. (Factor & Weiner 2008, 9-10.) Vaikka taudin oireet on tunnistettu jo lähes 200 vuotta sitten, ymmärrys taudista kehittyi edelleen (Kalia & Lang 2015, 896).

Suomessa saa erityiskorvattavia Parkinsonin taudin lääkkeitä yli 16 000 potilasta, joista noin 14 000 sairastaa Parkinsonin tautia (Kaakkola 2016). Yli 70-vuotiaista tautia esiintyy lähes kahdella ihmisellä sadasta. Parkinsonin tauti on siis melko yleinen sairaus. Useimmille tauti kehittyy 50–80 vuoden iässä. Alle 30-vuotiaana Parkinsonin tautiin sairastuminen on harvinaista, mutta mahdollista. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015d.) Yhteiskunnalle Parkinsonin taudista aiheutuvat kustannukset ovat suuret. 10 vuoden kuluessa sairastumisesta, joka neljäs potilaista joutuu laitoshoitoon. Laitoshoidon kustannukset ovat moninkertaisia verrattuna kotihoitoon. (Kuopio 2008, 849.)

Parkinsonin tauti on hermostoja rappeuttava sairaus, jonka tyypillisiä oireita ovat lepovapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasjäykkyys (Dancis & Cotter, 2015, 307). Sairauden edetessä muitakin oireita voi esiintyä, kuten autonomisen hermoston toiminnan häiriöitä, puheentuoton vaikeutta, voimakasta uupumista sekä psyykkisiä oireita kuten masennusta ja muistihäiriöitä (Kalia & Lang 2015, 896; Atula 2016).

Parkinsonin taudin aiheuttaja ei ole tiedossa. Osalla potilaista on sukulaisia, jotka ovat sairastuneet Parkinsonin tautiin, mutta suurimmalla osalla ei ole. Näin ollen ei voida puhua varsinaisesti periytyvästä sairaudesta. Oireet johtuvat keskiaivojen alueella sijaitsevan mustatumakkeen hermosolujen, jotka tuottavat dopamiinia, vähittäisestä tuhoutumisesta. Mustatumakkeen tuottama välittäjäaine dopamiini on suuressa roolissa aivojen säädellässä kehon liikkeitä. (Dancis & Cotter, 2015, 307; Kalia & Lang 2015, 896; Atula 2016.)

Parkinsonin taudin diagnoosi on todennäköinen, mikäli potilaalla on kaksi kolmesta pääoireesta, joita ovat lepovapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasjäykkyys. Tauti ei aiheuta laboratoriotesteissä havaittavia muutoksia, joten ne eivät ole tarpeen diagnosoimiseksi. Aivojen tavalliset kuvausmenetelmäkään eivät ole tarpeen, sillä tauti ei aiheuta sellaisia muutoksia aivoissa jotka näkyisivät näissä kuvauksissa. Mikäli oi-

reet ovat epätyypillisiä, voidaan tehdä lisätutkimuksia varmistamaan, ettei taustalla ole muita sairauksia. Silloin käytetään yleensä aivojen isotooppikuvausta, josta nähdään dopamiinin toispuoleisesti painottunut vähentyminen. (Atula 2016.)

Parkinsonin taudin vaikutus elämänlaatuun on yleensä suurempi kuin monen muun kroonisen sairauden. Tauti heikentää lähes kaikkia elämänlaadun osa-alueita joita on elämänlaatututkimuksissa mitattu. Suurin yksittäinen elämänlaatua heikentävä tekijä Parkinson-potilailla on masennus, josta kärsii 35–50% potilaista jossain sairauden vaiheessa. Masennusta hoidetaan liian harvoin tai sitä ei välttämättä tunnisteta ollenkaan. Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista on toiseksi tärkein elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Muita elämänlaatua heikentäviä tekijöitä Parkinsonin tautia sairastavilla ovat mm. uniongelmat, kipu sekä sosiaaliset ja psykologiset tekijät. (Kuopio 2008, 849–852.)

2.1 Asiantuntijoiden rooli Parkinsonin tautia sairastavien sopeutumisvalmennuksessa

Sopeutumisvalmennuksen kautta pyritään löytämään keinoja selviytyä arjessa ja valmiuksia kuntoutukseen pyritään tukemaan erilaisin keinoin. Näihin keinoihin lukeutuu myös kuntoutujan riittävä tiedonsaanti sairaudesta, sen oireista, hoitomahdollisuuksista, erilaisista kuntoutusmetodeista ja mahdollisista tukitoimista. Sopeutumisvalmennuksen sijoittuessa sairauden ja sen oireiden muutoskohtaan, kuntoutuja tarvitsee asianmukaista tietoa sairaudesta, jotta realistinen kuva omasta tilanteesta ja tulevaisuudesta voi muodostua. Sopivassa muodossa annettu, realistinen asiantuntijatieto saattaa lieventää kuntoutujan tuntemaa ahdistusta ja vähentää kielteisiä tunteita jotka saattaisivat aiheutua sairastuneen torjuessa tilansa ajatuksistaan. Monien tutkimusten mukaan ihmiset saavat mieltään askarruttaviin kysymyksiin liian vähän tietoa. Kuntoutujan sairauteen ja vammaisuuteen saattaa liittyä myös negatiivisia kulttuurillisia käsityksiä ja mielikuvia. Myös näihin on mahdollista vaikuttaa asiantuntijatiedon kautta. (Järvikoski & Härkäpää 2014, 139–140.)

Sopeutumisvalmennuksen sisällöstä on määrätty vammaispalvelulain 15§:ssä (THL 2015b). Asetuksen mukaan sopeutumisvalmennukseen kuuluu neuvonta, ohjaus ja valmennus vammaisen henkilön ja hänen lähiyhteisönsä sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759).

Parkinsonin taudissa tapahtuva hermosolujen tuhoutuminen tapahtuu pääosin aivojen tyviosassa sijaitsevan mustatumakkeen alueella. Mustatumake on osa aivojen liikkeiden säätelyjärjestelmää. Sen dopamiini-solujen avulla tapahtuu tiedonkulku toisiin tumakkeisiin. Dopamiini-solujen tuhoutumisen myötä dopamiinin pitoisuus käy alhaisemmaksi ja Parkinsonin taudin oireita ilmaantuu enemmän. Dopamiini vaikuttaa keskushermostossa liikuntakyvyn lisäksi tunne-elämän ja tiettyjen tiedollisten toimintojen säätelyyn. Hermosolujen tuhoutuminen ei tapahdu äkillisesti, vaan näkyviä oireita edeltää mahdollisesti vuosienkin piilevä vaihe. Tautia ei pystytä toteamaan etukäteen, eikä sen ilmaantumisen estämiseksi ole olemassa keinoja. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015d.)

Neurologi antaa perustietoa sairaudesta ja sen etenemisestä, joka on luontevaa diagnoosia määrittäessä. Neurologi kertoo potilaalle myös eri hoitomahdollisuuksista ja tekee osaltaan arviota sairastavan tilanteesta ja laatii hoitosuunnitelman. Parkinsonin tautiin sairastuvan ja hänen läheistensä olisi tärkeää saada riittävästi tietoa taudista ja sen hoidosta, etenkin taudin varhaisvaiheessa. (Virtanen 2004, 18.)

Diagnoosin varmistuessa aloitetaan yleensä lääkehoito. Lääkehoito on hyvin yksilöllistä ja siinä huomioidaan taudin tyyppi, vaikeusaste ja potilaan muut sairaudet sekä lääkeyksien sieto. Lääkitys voidaan aloittaa joko MAO-B:n estäjällä (selegiliini tai rasagliini), dopamiiniagonistilla (pramipeksoli, ropiniroli tai rotigotiini) tai levodopalla. Taudin myöhäisemmässä vaiheessa käytetään näiden yhdistelmiä ja levodopan kanssa entakaponia. Parkinsonin taudin edetessä erityispiirteensä ilmenee lääkitysvasteen vaihtelusta johtuva huomattavakin tilanvaihtelu, jossa toimintakyky voi pahimmillaan vaihdella jopa puolen tunnin sisällä. Jos suun kautta otettavalla lääkityksellä ei saavuteta haluttua hoitotasoa, harkitaan kajoavien hoitojen mahdollisuutta. Nuoremmille (yleensä alle 70-vuotiaille) voidaan harkita syväaivostimulaattoria tai levodopainfuusiohoitoa, joka soveltuu myös iäkkäimmille. Äkillisten jäähmettymisten hoidoksi voidaan käyttää myös apomorfiinikynää. (Martikainen 2016, 567–569.)

Neurologin videotapaaminen sai vaihtelevaa palautetta ensimmäisen Verkkosovakurssin osallistujilta. Joku antoi palautetta ajan loppumisesta kesken, joku taas totesi saaneensa tapaamisesta hyvin vähän. Yksi osallistuja koki, että hän oli kaivannut kysymyksiinsä suurempia vastauksia. Toisella kurssilla kaikki osallistujat kokivat tapaamisen mieluisana ja mielenkiintoisena. Tapaamisen vetänyt neurologi koettiin ammattimaisena ja osallistujat olisivat halunneet kuulla häntä pidempäänkin. Osallistujat koki-

vat saaneensa neurologilta perusteelliset ja kattavat vastaukset kysymyksiinsä. (Di Mariano & Valmunen 2016, 24,31.)

Englanninkielestä tuleva termi "coping" viittaa niihin toimintatapoihin, joita henkilö käyttää epävarmasta tilanteesta, esimerkiksi hänelle aiheutuneesta vammasta tai pitkäaikaisesta sairaudesta, selviytymisessä (Järvikoski & Härkäpää 2014, 104). Vertaistuen merkitys coping-prosessissa sekä sen merkitys kuntoutujan arjessa selviytymiseen on ollut entistä enemmän tutkimuskohteena 2000-luvulla. Yleensä vertaistuen käsitteellä tarkoitetaan sellaista sosiaalista tukea, jonka antajalla on omaan kokemukseen pohjautuvaa tietoa kulloinkin kyseessä olevasta stressitekijästä tai ongelmasta ja hän jakaa samankaltaisia ominaisuuksia tuen vastaanottajan kanssa. Yleisesti oletetaan, että vertaistuki tarjoaa joitakin sellaisia merkityksiä, joita muut tukitoimet eivät kykene tarjoamaan. (Järvikoski & Härkäpää 2014, 123.)

Vertaistukihenkilö on ollut yksi asiantuntijoista Verkkosova-kursseilla (Suomen Parkinson-liitto ry, 2015a). Vertaistuella ja ammattiavulla tarkoitetaan eri asioita, mutta ne voivat kuitenkin olla rinnakkaisia toimintamuotoja ja vahvistaa toinen toistensa vaikutuksia (THL 2015a). Tällainen rinnakkaisuus on ollut käytössä myös Verkkosovakursseilla, joissa vertaistukihenkilön lisäksi vertaistuki on ollut osallistujien välistä vuorovaikutusta. Aikaisemmat tutkimukset Parkinsonin tautia sairastavien ihmisten kokemuksista vertaistuesta osoittavat, että sairastuneet kokevat vertaistuen melko tärkeäksi osaksi sopeutumistaan sairauteen sen eri vaiheissa.

Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa tehdyssä tutkimuksessa suurin osa kyselyyn vastanneista Parkinson-potilaista piti vertaistukea vähintään melko tärkeänä osana sairauden aikaisista tukimuodoista. Asiantuntijaluentoja ja kuntoutuskursseja pidettiin tärkeimpinä vertaistuen muotoina. (Isomöttönen & Ojala 2009, 45–46.) Myös Vaasan ammattikorkeakoulussa tehty tutkimus osoittaa vertaistuen merkityksen tärkeäksi Parkinsonia sairastaville. Tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastanneista jokainen piti vertaistukea erittäin tärkeänä tai melko tärkeänä sairauden kanssa pärjäämisen kannalta (Laine & Sumell 2014, 28). Kuopion yliopistossa tehdyssä väitöskirjatutkimuksessa yhtenä osana on kartoitettu Parkinsonia sairastavien ihmisten kokemuksia sopeutumisvalmennuskurssilla tapahtuvasta vertaistuesta. Osallistujat kokivat vertaistuen toisaalta rohkaisevana ja yksinäisyyttä helpottavana, toiset osallistujat jotka eivät olleet aikaisemmin tavanneet vertaisia, saattoivat kokea sen myös jännittävänä, jopa pelottavana (Mikkonen 2009, 131–132).

Verkkosova-projektista aikaisemmin valmistuneessa opinnäytetyössä on tutkittu puolistrukturoidun kyselyn kautta kahden ensimmäisen Verkkosova-kurssin toimivuutta ja asiantuntijatapaamisten sisältöä. Osallistujien vastausten mukaan ensimmäisen kurssin osallistujat kokivat vertaistukihenkilön asiantuntijatapaamisen rohkaisevana (Di Mariano & Valmunen 2016, 23–24). Toisen Verkkosova-kurssin osalta palaute oli vaihtelevampaa. Useampi kurssilainen koki tapaamisen hyödylliseksi, tosin tekniset ongelmat saivat aikaan paljon kommentointia. Yhden kurssilaisen palautteen mukaan tapaaminen ei tuonut mitään lisäarvoa kurssiin, sillä hän koki jokaisen kurssilaisen itsessään asiantuntijaksi. (Di Mariano & Valmunen 2016, 30–31.)

Fysioterapeutin palvelut hyödyttävät tutkimusten mukaan Parkinsonin tautia sairastavia, sillä Parkinsonin tauti vaikuttaa laajasti sairastuneen elämään ja yleiseen toimintakykyyn. Kuitenkaan fysioterapialla ei pystytä pysäyttämään taudin etenemistä. Fysioterapialla on kuitenkin merkitystä toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyssä ja tavoitteena Parkinsonia sairastavan ihmisen fysioterapiassa on toiminnallisuuden ylläpitämisessä ja parantamisessa. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 7). Fysioterapeutin suorittama neuvonta ja arviointi potilaan tilanteesta ovat hyvä keino motivoida potilasta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015).

Ohjaus ja neuvonta ovat tärkeässä osassa potilaan ja hänen läheisensä voimaantumissa, itsehoitokeinojen optimoinnissa sekä aktiivisen roolin omaksumisessa terveydentilan hallinnan suhteen. Ohjaus tulisi suunnitella potilaalle yksilöllisesti, hänen henkilökohtaisia tarpeitaan ja rajoituksiaan ajatellen. Esitiedot ja fyysinen tutkiminen ovat tärkeitä. Neuvontaan ja ohjaukseen tulisi sisältyä tietoa sairaudesta ja sen lääkehoidosta sekä omahoitoa tukevaa ohjausta, jotta potilas osaa reagoida uusiin, tuleviin rajoituksiinsa. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 11.) Asiakkaan ja omaisen neuvonta voi olla muodoltaan suullista, manuaalista tai esimerkiksi videon välityksellä tapahtuvaa. Myös tietotekniikkaa hyödyntävä tai puhelimitse tapahtuva neuvonta on mahdollista. (Suomen kuntaliitto ym. 2007, 2.) Lisäksi neuvonnassa tulisi nostaa esille hoitoon sitoutumisen merkitys, Parkinson-järjestöjen rooli ohjauksessa sekä perustella liikunnan, harjoittelun ja muiden strategioiden käyttö. Jäsentynyt ja suunnitelmallinen liikunta mainitaan suosituksessa yhtenä sekundääristen komplikaatioiden ehkäisijänä. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 11.)

Ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa Parkinson-potilaille on järjestetty paitsi sopeutusvalmennuskursseilla, myös hankkeiden kautta: Voimaa Vanhuuteen –hankkeen paikallisessa Aivovoimaa –hankkeessa, jonka Suomen Parkinson –liitto ry sekä Aivo-

halvaus – ja dysfasialiitto toteuttivat yhteistyössä vuosina 2007–2009, sekä Suomen Parkinson liitto ry:n ja Aivoliiton toteuttamassa Ryhmävoimaa -hankkeessa 2010-2012. (Moisio 2012, 4.) Aivovoimaa –hankkeessa yhtenä osa-alueena oli projektityöntekijän ideoima kolmen neuvontakerran kokonaisuus, joka toteutettiin interaktiivisena internetin ja HyvinvointiTV:n avulla Parkinsonia sairastavien yhdeksän hengen ryhmälle (Pietilä 2009, 24). Hankkeen sisällä toimi moniammatillinen tiimi joka suoritti ohjausta, tiimiin sisältyen myös fysioterapeutteja (Pietilä 2009, 34). Hankkeen aikana kävi ilmi yhteisten käytäntöjen puute liikuntaneuvonnassa, jolloin ensimmäiseksi tarvittavaksi toimenpiteeksi muodostui kohderyhmän erityisvaikeudet huomioiva liikuntamalli (Pietilä 2009, 33). Palautteen mukaan lähes kaikki osallistujat kokivat hankkeen aikaisen neuvonnan ja toiminnan vaikuttaneen arkielämän sujuvuuteen ja jaksamiseen (Pietilä 2009, 30). Myös Ryhmävoimaa! -hankkeen osallistujapalaute osoitti, että ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta koettiin hyväksi metodiksi (Moisio 2012, 39).

Ensimmäisellä Verkkosova-kurssilla osallistujat kokivat fysioterapeutin vetämän asiantuntijatapaamisen motivoivaksi ja antoisaksi. Käytännön vinkit ja neuvot koettiin hyödyllisiksi, vaikka yksi osallistuja mainitsikin, että tietoa tuli ehkä liiankin paljon. Myös toisella kurssilla useampi osallistuja koki fysioterapeutin neuvot hyödyttävinä. Myös tapaamisen tunnelmaan oltiin tyytyväisiä. (Di Mariano & Valmunen 2016, 24–35.)

Hyvä fyysinen ja psyykinen terveydentila on ihmiselle luonnollinen perusolettamus. Tähän olettamukseen sisältyy odotus siitä, että henkilön elämä sekä toimintakyky pysyvät suhteellisen ongelmattomana. Sairastumisen tapahtuessa tämä olettamus muuttuu merkittävästi ja ihminen on tilanteessa, jossa normaali elämä pysähtyy ja mielikuvat tulevaisuudesta muuttuvat äkillisesti. Turvattomuuden, huolen ja elämän hallinnan menettämisen tunteen saattavat herätä. Sopeutumisen, luopumisen, ymmärryksen ja uudelleen orientoitumisen tunteita tarvitaan uudessa tilanteessa. Tiettyyn pisteeseen asti somaattisen sairauden laukaisemat tunnereaktiot ovat normaaleja. Kuitenkin, mikäli psyykinen oireilu voimistuu, yhteistyö hoitavan tahon kanssa vaikeutuu. Somaattisen sairauden laukaisema stressi tai pitkittynyt psyykkisen kriisi voi johtaa psykiatriseen häiriöön. Terveeseen väestöön verrattuna pitkäaikaissairailla potilailla esiintyy masennusta 2-3 kertaa yleisemmin. Noin viidennes kroonisesti somaattisesti sairaista henkilöistä kokee masennuksen. (Pesonen 2011, 1829.)

Parkinsonin taudin tavallisimpia ei-motorisia oireita ovat masennus, erilaiset kognitiiviset muutokset, lääkitykseen liittyvät impulsiivisuus-kompulsiiviset häiriöt, häiriöt virtsarakon toiminnassa, tahdosta riippumattoman hermoston häiriöt sekä unihäiriöt ja haju-

aistin heikkeneminen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015). Nämä oireet voivat vaikuttaa sairastuneen elämänlaatuun jopa motorisia oireita enemmän (Kaakkola & Lyytinen 2008, 2087).

Kuntoutuksessa on tärkeä huomioida myös psyykkiset oireet, sillä ne vaikuttavat huomattavasti kaikkiin sairastuneen toimintakyvyn osa-alueisiin. Riittävän aikainen puuttuminen psyykkisiin muutoksiin on tärkeää. Kaikissa sairauden vaiheissa tulisi kiinnittää huomiota psyykkisiin oireisiin ja psyykkisen tuen tarpeeseen. Oireita pystytään ennaltaehkäisemään psykoedukaatiolla ja sairastumisen myötä heränneiden tunteiden läpikäymisellä neuvonta- ja ohjaustilanteissa. (Virtanen 2004, 9.)

Psykologin keskusteluavulla voidaan tarvittaessa tukea arkielämän hallintaa ja oireiden prosessoimista. Psykoterapiaan hakeutumisen suosittelu on ajankohtaista, mikäli oirekuva on vaikea ja pitkittynyt. Suomen Parkinson liitto ry:n Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa -projektissa (2001–2004) kävi ilmi, että Parkinsonia sairastavat kaipaavat lisää neuvoja eri mahdollisuuksista psyykkiseen tukeen sekä ohjausta niihin liittyvien palveluiden käytöstä. (Virtanen 2004, 9.)

Kahden ensimmäisen Verkkosova-kurssin osallistujat antoivat hyvää palautetta psykologin asiantuntijatapaamisista. Psykologin antamat vinkit ja neuvot sairauden kanssa elämiseen koettiin positiivisena. (Di Mariano & Valmunen 2016, 24, 31.)

Yksi Parkinsonin taudin oireista on dysfagia eli nielemisvaikeus. Dysfagia saattaa johtaa aspiraatiovaaraan tai aliravitsemustilaan. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015.) Varsinaisen nielemisvaikeuden lisäksi Parkinsonin tautiin liittyy myös monia muita ruokailua ja sopivan ravitsemustilan ylläpitoa haittaavia oireita. Esimerkiksi lepopapina, pakkoliikkeet, lihaksiin liittyvät ongelmat, kipu, hajuaistin heikkeneminen sekä psyykkiset oireet voivat vaikuttaa sairastuneen elämänlaatuun ja luoda ongelmia ruokailutilanteisiin. Myös Parkinsonin taudin hoidossa käytettävien lääkkeiden sivuvaikutukset, kuten pahoinvointi, suun kuivuminen sekä ummetus voivat vaikuttaa ravitsemuksen onnistumiseen. Pakkoliikkeet ja vapinat nostavat potilaan energian kulutusta ja voivat johtaa tahattomaan painonlaskuun, joka taas vaikuttaa kielteisellä tavalla lihaskuntoon, vastustuskykyyn ja luuston terveyteen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 191.)

Ravitsemusterapeutin tarjoama ravitsemusterapia on neuvonnan ja ohjauksen muoto, jonka tavoitteena on suunnitella yksilöllinen, asiakkaalle soveltuva ruokavalio ja antaa tukea sen toteuttamiseen. Vajaaravitsemuksen, virheravitsemuksen sekä sairaudesta

aiheutuvien elimistöllisten muutoksien ennaltaehkäisy, hoito ja korjaaminen ovat olennaisia tavoitteita. Ravitsemusta tarvittaessa muuttamalla voidaan vaikuttaa potilaan selviytymis- ja toimintakykyyn. (Virtanen 2004, 9-10.) Ravitsemuksella ja oikeanlaisella tiedolla ravitsemuksesta on merkitystä myös levodopa-lääkityksen tehokkuuteen. Koska levodopa on aminohappo, se kilpailee proteiinipitoisen ruoan aminohappojen kanssa samoista kuljettajamolekyyleistä, joten proteiinipitoisen ruoan yhteydessä otettuna levodopan vaste saattaa heiketä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 191). Osa Parkinson-potilaista hyötyy ruokavalionsa proteiini-rikkaiden ruokien proteiinimäärän tarkistamisesta ja kyseisten ruokien nauttimisen ajoituksen yksilöllisestä suunnittelusta sairauden keskivaiheessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 192).

Verkkosova-kursseilla ravitsemusterapeutin luennot koettiin hyödyllisiksi, vaikka ensimmäisen kurssin luento saikin niukasti palautetta. Neuvot syömisen seurannasta ja säännöllisyydestä sekä eri rasvalajeista koettiin kuitenkin hyödyllisiksi. Toisen kurssin palautteista ilmeni, että uutta tietoa oli saatu ja sitä olisi haluttu enemmänkin. (Di Mariano & Valmunen 2016, 25,32.)

Seksuaaliterapeutti oli yhtenä asiantuntijana Suomen Parkinson-liiton järjestämällä verkkosopeutumisvalmennuskursseilla (Suomen Parkinson-liitto ry 2015a). Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan ammatillista potilas- tai asiakastyötä, jonka ydinalueena ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät aiheet tai ongelmat (Ilmonen 2006, 41).

Vakava sairastuminen vaatii sairastuneelta sekä psyykkisiä että fyysisiä voimavaroja. Normaalin arjen palautuminen vaatii sitä, että oppii elämän sairastumisensa kanssa. Henkilön seksuaaliset tavat voivat myös vaatia sairastumisen myötä muutosta. Pitkällä aikavälillä kehittyvissä sairauksissa ennen hoitojen aloittamista ja diagnoosia, arki saattaa muuttua ja sairaus aiheuttaa seksuaalista haluttomuutta, ahdistusta ja näin aiheuttaa parisuhteen riitatilanteita. (Rosenberg 2006, 292, 297.) Seksuaalisuus on sidoksissa kaikkiin elämän osa-alueisiin ja se on tärkeä osa henkilön identiteettiä. Tämän kautta seksuaalisuus on tiiviissä yhteydessä myös tunnetilaan, jonka sairastuminen aiheuttaa. Tärkeää onkin, että seksuaalisuutta käsittelevät kysymykset olisivat mukana hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa. Henkilön eheän seksuaalisuuden tukeminen voi olla merkittävässä osassa potilaan toipumista. (Rosenberg 2006, 282.)

Pitkäaikaissairaat saattavat kohdata muita enemmän negatiivisia asenteita ja myös sairautensa kautta konkreettisia rajoitteita seksuaalisuutensa toteuttamiseen. Monilla on pelkoja seksuaalisen mielihyvän ja toimintakyvyn menettämisestä. Sairastunut tar-

vitsee heti alkuvaiheesta lähtien tietoa sairauden ja siihen liittyvien hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Sairastuneella tulisi myös olla mahdollisuus käsitellä näitä pelkoja. (Ilmonen 2008, 41.)

Yksi yleisistä Parkinsonin taudin ei-motorisista oireista on seksuaalisen toiminnan häiriöt. Toisin kuin motoristen oireiden kohdalla, näitä autonomisen hermoston oireita ei usein voida helpottaa levodopa-lääkityksellä. Tutkimukset osoittavat, että näillä oireilla on merkittävä vaikutus potilaan kokemukseen elämänlaadustaan. Tarkkoja mekanismeja siihen, mitä kautta Parkinsonin tauti vaikuttaa seksuaalisiin toimintoihin, ei vielä tunneta. Tutkimuksia Parkinsonin taudin vaikutuksista naisten seksuaalitoimintoihin on olemassa vähemmän kuin miesten kohdalla. (Masahiko ym. 2011, 10–12.) Naisten ja miesten kokemukset Parkinsonin taudin aiheuttamista seksuaalihäiriöistä ovat erilaisia. Ongelmia ja tyytymättömyyttä esiintyy enemmän miehillä. Miesten kertomia ongelmia ovat esimerkiksi erektiovaikeudet, ennenaikainen siemensyöksy, vaikeudet orgasmin saamisessa sekä hyperseksuaalisuus. Naisten esille tuomia ongelmia ovat seksihalujen väheneminen, vaikeudet kiihottumisessa ja orgasmissa, emättimen kuivuus ja kiireys sekä virtsan valuminen seksin aikana. (Lipponen & Martikainen 2014, 9.)

Seksuaaliterapeutin luennot koettiin kahdella ensimmäisellä Verkkosova- hyödyllisiksi ja tärkeiksi, vaikka itse aiheita pidettiin osallistujien palautteen mukaan arkana. Keskustelu aiheesta jäikin melko vaimeaksi molemmilla kursseilla. Jälkimmäisen kurssin kaksi osallistujaa toi esille palautteessaan sen, että heidän ikäluokkansa ei ole tottunut puhumaan aiheesta avoimesti. (Di Mariano & Valmunen 2016, 25,32.)

Sosiaalityöntekijän osallisuus kuntoutukseen on tärkeää Parkinsonin tautia sairastavalle taudin kaikissa vaiheissa (Virtanen 2004, 11). Sosiaalityössä tukeminen tapahtuu parantamalla asiakkaan ja hänen läheistensä selviytymistä elämän toiminnoissa. Tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin lisääntyminen. Hyvinvointi on riippuvainen paitsi vallitsevista elinoloista, myös henkilön mahdollisuudesta tuottaa omaa hyvinvointiaan hänelle soveltuvalla tavalla. Sosiaalialan tehtävänä on edistää hyvinvointia ja myös elämänhallinnan termi liittyy vahvasti sosiaalityöhön. Elämänhallinnan käsitteellä tarkoitetaan ihmisen sopeutumiskykyä meneillään olevaan elämäntilanteeseensa. (Kääntä 2012, 9,12.)

Kun sairastuneen avuntarve kasvaa, tämän on tärkeä saada tietoa tarjolla olevista tutkimuodoista ja mahdollisuuksista. Suomen Parkinson liitto ry:n Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa –projektin (2001-2004) kautta tuli ilmi, että

Parkinsonin tautia sairastavat ohjautuvat yleisimmin sosiaalityöntekijän vastaanotolle vasta myöhemmässä vaiheessa sairautta, silloin kun tarpeita ilmenee esimerkiksi vammaispalvelulain edellyttämiin palveluihin. Osa sairastuneista olisi kaivannut mahdollisuutta tavata sosiaalityöntekijä jo varhaisvaiheen ohjauksen myötä, puhuakseen esimerkiksi työssä jaksamiseen, kuntoutusrahaan, lääkkeiden erityiskorvattavuuteen sekä toimeentuloon liittyvistä tukimahdollisuuksista. Myös tukimuodoista liittyen ateria- ja kuljetuspalveluihin, vammaistukeen, eläkkeensaajan hoitotukeen, pysäköintilupaun sekä omaishoitajaan, toivottiin lisää varhaisvaiheen tietoa. (Virtanen 2004, 11.)

Ensimmäisellä Verkkosova-kurssilla osallistujat antoivat sosiaalityöntekijän tapaamisesta positiivista palautetta ja kokivat että tapaamisella sai ammattihenkilöltä hyödyllistä tietoa ja myös neuvoja siitä, mistä hakea lisätietoa. Sosiaalityöntekijän materiaalien päivittämistä toivottiin, sillä materiaalit olivat vuodelta 2008. Kysymysten esittämistä tapaamisen aikana olisi osallistujien puolesta haluttu, mutta siihen tarkoitettun viestikentän käyttöä eivät kaikki osallistujat hallinneet. (Di Mariano & Valmunen 2016, 24.) Toisella Verkkosova-kurssilla palaute oli monimuotoisempaa, yksi osallistujista koki, että tietoa tuli niin paljon, että vain itselle oleelliset tiedot jaksoi kuunnella. Muut osallistujat toivat esille, että esimerkiksi tukihakemukset olivat monimutkaisia ja siihen että materiaalin sai myös kirjallisena, oltiin tyytyväisiä. Yksi osallistujista taas toivoi enemmän tietoa eri tuista ja invalidi-autopaikan saamisesta. (Di Mariano & Valmunen 2016, 31–32.)

Suomen Parkinson liitto ry:n Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa –projektin ryhmäkeskusteluissa ilmeni, että sairastuneet kokivat kaipaavansa lisätietoa itselleen soveltuvista kuntoutusmahdollisuuksista. Monet sairastuneista kokivat, että kuntoutuksesta ja kuntoutusmuodoista saatu tieto ja ohjaus olivat hajanaisia ja monelle eri taholle hajautettuja, jolloin kokonaisuuden hahmottaminen oli vaikeaa. (Virtanen 2004, 6.)

Järjestösuunnittelijat Suomen Parkinson-liitolta käyvät pitämässä luentoja erilaisista aiheista yhdistysten ja kerhojen tilaisuuksissa. He toimivat yhdessä yhdistysten hallitusten ja kerhojen vetäjien kanssa kehittääkseen kerhojen ja yhdistysten toimintaa. Järjestösuunnittelijoiden toimenkuvaan kuuluu myös tiedon välittäminen sairastuneille ja heidän omaisilleen sekä edunvalvonta. Sosiaali- ja terveysalan palveluiden käytöstä voi kysellä lisätietoja järjestösuunnittelijoilta. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015c.) Kuten kuntoutuslaitoksissa paikan päällä järjestetyillä sopeutumisvalmennuskursseilla, myös Verkkosova-kursseilla järjestösuunnittelijat ovat antaneet tietoa Suomen Parkinson-

liitto ry:n toiminnasta ja ovat olleet ohjaamassa sairastuneita vertaistuen piiriin. (Suomen Parkinson-liitto ry 2014.)

Kahdella ensimmäisellä Verkkosova-kurssilla järjestösuunnittelijan videotapaaminen koettiin hyvänä. Yksi osallistuja toi ensimmäisen kurssin palautteessa esille yhdistysten ja järjestöjen toiminnan mahdollistavan Parkinsonin tautia sairastavien tiedonsaannin. Toisella kurssilla kiiteltiin tapaamisen rentoa ilmapiiriä ja asiantuntijan osaavuutta, hän onnistui palautteen mukaan luomaan hyvät keskustelun aiheet. Yhdessä palautteessa kerrottiin, että tapaamisen kautta ilmeni tietoa siitä, että mieltä askarruttavissa kysymyksissä on mahdollista kääntyä Suvituulen asiantuntijoiden puoleen. Parkinson-liiton ja sen alaisuudessa toimivien järjestöjen työtä sairastuneiden hyväksi kiiteltiin. (Di Mariano & Valmunen 2016, 25–26, 33.)

2.2 Sopeutumisvalmennus

Sopeutumisvalmennus on moniammatillisena yhteistyönä toteutettua ryhmämuotoista kuntoutusta (Niskanen 2014, 252). Vammaisjärjestöjen toiminnan kautta sopeutumisvalmennus on myöhemmin muotoutunut Suomessa lakisääteiseksi kuntoutukseksi. Sopeutumisvalmennusta on toteutettu lakisääteisenä eri järjestöjen toimesta jo yli 40 vuoden ajan. (Streng 2014a, 7.) Muun muassa Kelan kuntoutuslaissa (566/2005), vammaispalvelulaissa (380/1987) ja lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa (1015/1991) säädetään sopeutumisvalmennuksesta ja sen järjestämisestä. Sopeutumisvalmennuksen tarkkaa sisältöä ei kuitenkaan ole vammaispalvelulaissa eritelty. Oleellista on sisällön toteutus kuntoutujan ja hänen läheistensä tarpeen perusteella, tavoitteen ollessa yksilöllisestä lähestymistavasta huolimatta kuitenkin aina sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi. (THL 2015b.) Erilaiset kansanterveys- ja vammaisjärjestöt tarjoavat sopeutumisvalmennusta, joihin rahoituksen on myöntänyt Raha-automaattiyhdistys (RAY) (Streng 2014c, 59).

Sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteena on tukea sairastuneen omia valmiuksia, jotta tämä kykenisi elämään mahdollisimman hyvää ja normaalia elämää huolimatta sairastumisestaan tai vammautumisestaan. Mahdollisimman täysipainoisen elämän saavuttamiseksi sopeutumisvalmennuskurssit antavat sairastuneelle tietoa sairaudesta, sen vaikutuksista ja tukevat yksilön arjessa selviytymistä sairauden kanssa. (Härkäpää & Järvikoski 2014, 139; Kela 2016b.) Ohjauksen ja erilaisen asiantuntijatiedon lisäksi sopeutumisvalmennuskurssit mahdollistavat kurssin osallistujille tärkeän ja voi-

maannuttavan vertaistuen muilta kurssilaisilta, jotka ovat samassa sairauden vaiheessa (Suomen Parkinson-liitto ry 2015b). Kuntoutusmuotona sopeutumisvalmennusta käytetään tyypillisesti pitkäaikaisen sairauden tai vamman ilmenemisvaiheessa. Toisinaan sopeutumisvalmennus katsotaan tarpeelliseksi kuntoutusmuodoksi myös myöhemmässä vaiheessa, jolloin esimerkiksi sairauden eteneminen muuttaa elämäntilannetta ja sairastuneen omaa kokemusta arjesta selviytymisestä. (Härkäpää & Järvikoski 2014, 139; Streng 2014b, 341.)

Sopeutumisvalmennus sisältää prosessin, jossa yksilö rakentaa ympäristöönsä ja itseensä uudenlaista suhdetta sairauden tai vamman muutettua hänen omaa käsitystään itsestään. Eheytymisprosessin kannalta keskeistä ovat keskustelu ja toiminta vertaisryhmässä, josta sairastunut saa tasavertaista tukea. Sopeutumisvalmennuksessa ohjaajalla ja asiantuntijoilla on edellä mainittua eheytymisprosessia tukeva rooli. Työryhmä voi myös tarjota vaihtoehtoja, tukea sopeutumisvalmennuskurssille osallistuvia muutostilanteessa sekä rohkaista heitä osallistumiseen ja vuorovaikutukseen. (Streng 2014a, 7.) Moniammatillisena yhteistyönä toteutetun sopeutumisvalmennuksen työryhmään kuuluvat ammattihenkilöt niiltä ammattialoilta, jotka ovat kuntoutujaryhmän tarpeiden ja tavoitteiden sekä sairauden luomien toimintarajoitteiden kannalta keskeisessä asemassa (Niskanen 2014, 252).

Yhteiskunnan ja teknologian kehittyessä internetissä tapahtuva ohjaus yleistyy yhtenä kuntoutuksen työvälteenä kasvokkain tapahtuvan vuorovaikutuksen sijaan (Niittyne 2012, 5). Verkkoympäristössä tapahtuvalla kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutusta, jossa tietotekniikkaa käytetään kuntoutuksen välineenä. Esimerkkejä verkkokuntoutuksen työkaluista ovat internet sekä erilaiset verkkosovellukset. (Kela 2016a, 48.)

Verkossa tapahtuva kuntoutus on osallistujien välistä vuorovaikutusta ja yhteistoimintaa sisältävä sosiaalinen prosessi (Kela 2016a, 48). Verkkokuntoutuksessa internetin välityksellä osallistujien on mahdollista muun muassa keskustella ja jakaa tietoa. Verkkokuntoutuksen yhteydessä saatu vertaistuki motivoi ja kannustaa sairastunutta jatkamaan kuntoutusta. (Niittyne 2012, 5.)

Verkkoympäristössä tapahtuvan kuntoutuksen vahvuuksia ovat tiedottamisen ja yhteydenpidon vaivattomuus (Niittyne 2012, 7). Internet kuntoutuksen työvälteenä mahdollistaa ohjauksen sekä tiedon tavoitettavuuden ja saatavuuden kuntoutujille ajasta tai paikasta riippumatta. Myös erilaiset kuntoutukseen liittyvät oheismateriaalit, kuten tehtävät sekä palautteet voidaan jakaa internetin välityksellä. (Kela 2016a, 48–49.) Ver-

kossa tapahtuva sopeutumisvalmennus mahdollistaa vertaistuen ja tiedon saannin sellaisille kurssin osallistujille, jotka eivät ole valmiita kohtaamaan kasvokkain muita sairastuneita (Niittyinen 2012, 7; Suomen Parkinson-liitto ry 2014). Mahdollisia haasteita verkkoympäristössä tapahtuvalle kuntoutukselle ovat muun muassa osallistujien heikot taidot tietotekniikan käytössä sekä tietoturva-asioihin ja osallistujien yksilöllisyyden säilyttämiseen liittyvät riskit (Suomen Parkinson-liitto ry 2014).

2.3 Verkkosova-hanke 2015–2016

Verkkosova-hanke on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama ja Suomen Parkinson-liiton hallinnoima kaksivuotinen projekti, jossa tarkoituksena on kehittää Parkinsonin tautia sairastaville verkossa toteutettava sopeutumisvalmennuskurssi (Suomen Parkinson-liitto ry 2015a). Verkkosova-hankkeen kohderyhmänä ovat Parkinsonin tautia sairastavat henkilöt, jotka ovat saaneet sairauden diagnoosin viimeisen seitsemän vuoden sisällä. Hanke on toteutettu yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015e.) Verkkosova-hankkeen tavoitteena on kehittää verkossa tapahtuvasta sopeutumisvalmennuksesta tavanomaisen, kasvokkain tapahtuvan sopeutumisvalmennuksen rinnalle pysyvä kurssimuoto ja näin ollen täydentää palvelutarjontaa (Suomen Parkinson-liitto ry 2014).

Verkkosova-hankkeessa verkossa tapahtuvien sopeutumisvalmennuskurssien sisällön rakentamisessa Suomen Parkinson-liitto on hyödyntänyt jo olemassa olevaa materiaalia sopeutumisvalmennuksesta, joka muokattiin verkkoympäristöön sopivaksi. Lisäksi kurssien sisällön rakentamisessa on hyödynnetty EduPark (Patient Education in Parkinson's Disease) psykososiaalista valmennusohjelmaa, joka on kehitetty Parkinsonin tautia sairastavien lisäksi myös heidän läheistensä elämänlaadun ja -hallinnan tukemiseksi. (Suomen Parkinson-liitto ry 2014.)

Verkossa tapahtuvia sopeutumisvalmennuskursseja on järjestetty Verkkosova-hankkeen aikana neljä (Taulukko 1.), joista jokaisessa oli seitsemän osallistujaa (n=28). Järjestetyistä kursseista kaksi (kurssinumero 2415 ja 2416) sisälsivät lähitapaamisen kurssien alussa Erityisosaamiskeskus Suvituulella videoryhmäkeskusteluiden lisäksi. Kaksi muuta järjestettyä kurssia (kurssinumero 2316 ja 2516) puolestaan sisälsivät ainoastaan videoryhmäkeskustelut. Jokaiseen hankkeen aikana järjestettyyn kurssiin sisältyi kahdeksan tapaamiskertaa. Tapaamisia järjestettiin kerran viikossa. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015a.)

Taulukko 1. Järjestetyt Verkkosova-kurssit.

Kurssinumero	Ajankohta	Tapaamiset	Osallistujat
2415	17.10–1.12.2015	Viikonlopputapaaminen & videotapaamiset	7
2316	21.1–10.3.2016	Verkkotapaamiset	7
2416	19.3–12.5.2016	Viikonlopputapaaminen & verkkotapaamiset	7
2516	31.8–19.10.2016	Verkkotapaamiset	7

Jokaisessa videotapaamisessa osallistujien ja kurssiohjaajan lisäksi oli mukana asiantuntija (Taulukko 2.). Videotapaamisissa mukana olleita asiantuntijoita olivat psykologi, neurologi, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Lisäksi videotapaamisissa mukana olivat vertaistukihenkilö ja järjestösuunnittelija. Jokaiseen videoryhmätapaamiseen osallistujat valmistautuivat tekemällä erilaisia välitehtäviä, joiden tarkoituksena oli valmistaa heitä tapaamisessa käytävään aiheeseen. Asiantuntija on ollut sama henkilö kaikilla kursseilla neurologin, ravitsemusterapeutin, seksuaaliterapeutin ja järjestösuunnittelijan tapaamisilla. Vertaishenkilönä on toiminut kaksi eri asiantuntijaa, joista toinen on ollut kahden ensimmäisen kurssin ajan ja toinen kahden viimeisen kurssin ajan. Psykologina on toiminut kolmen ensimmäisen kurssin ajan sama asiantuntija ja viimeisellä kurssilla eri asiantuntija. Sosiaalityöntekijä on ensimmäisen kurssin jälkeen vaihtunut, mutta kolmella viimeisellä kurssilla on toiminut sama asiantuntija. Fysioterapeutti on ollut kolmella kurssilla sama asiantuntija, mutta yhdellä kursseista (kurssi 2416) on ollut eri asiantuntija. (Suomen Parkinson-liitto ry 2015a.)

Taulukko 2. Videotapaamisten asiantuntijat ja tapaamisten aiheet.

Asiantuntija	Tapaamisen aihe
Vertaishenkilö	Sairastuminen
Psykologi	Mieliala ja sopeutuminen
Neurologi	Parkinsonin tauti sairautena
Sosiaalityöntekijä	Sosiaaliturva- ja tuki
Fysioterapeutti	Liikunta osana itsehoitoa
Ravitsemusterapeutti & Seksuaaliterapeutti	Ravitsemus ja seksuaalisuus
Järjestösuunnittelija	Kurssin päätös ja yhdistystoiminta

Verkkosova-hankkeesta on hiljattain valmistunut kaksi opinnäytetyötä. Opinnäytetöistä toisessa kartoitetaan Suomen Parkinson-liiton järjestämälle verkkosopeutumisvalmennuskurssille osallistuneiden kurssilaisten henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumista ja niiden lisäksi myös sopeutumisvalmennuskurssille asetettujen yleisten tavoitteiden toteutumista. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että verkkosopeutumisvalmennuskurssille osallistuminen koettiin hyödylliseksi ja kurssilaisten asettamat tavoitteet sekä yleiset tavoitteet toteutuivat hyvin. (Kaisko & Kanerva 2016.) Toisessa opinnäytetyössä puolestaan kartoitettiin verkkoympäristössä järjestetyn sopeutumisvalmennuskurssin toimivuutta. Tämän opinnäytetyön tuloksissa todetaan, että verkkosopeutumisvalmennuskurssi koettiin toimivana ja hyödyllisenä kurssimuotona, jonka toteutuksessa on kuitenkin edelleen kehitettävää. Erityisesti kehitettävää koettiin olevan tekniikan toimivuudessa. (Di Mariano & Valmunen 2016.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Suomen Parkinson liitto ry:n järjestämille verkkosopeutusvalmennuskursseille osallistuneiden kokemuksia kursseista. Tavoitteena on kehittää Suomen Parkinson-liitto ry:n järjestämän verkkosopeutusvalmennuksen sisältöä ja toteutusta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälaiseksi Verkkosova-kurssien osallistajat kokivat
 - 1.1 kurssiohjelman ja tekniikan?
 - 1.2 vertaistuen ja ryhmän?
 - 1.3 kurssitiedon ja – tehtävät?
 - 1.4 oman aktiivisuutensa ja kurssin annin?
2. Minkälaisiksi osallistajat kokivat yksittäiset videotapaamiset asiantuntijoiden kanssa?
3. Oliko miesten ja naisten antamissa palautteissa eroja, jos oli, niin minkälaisia?
4. Oliko oman aktiivisuuden kokemusta mittaavalla väittämällä yhteyttä muihin väittämiin, jos oli, niin minkälaista?
5. Oliko yksittäisten videotapaamisten aktiivisuutta ja välitehtäviä käsittelevillä väittämällä yhteyttä toisiinsa, jos oli, niin minkälaista?

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyö toteutuu retrospektiivisenä, poikittaistyyppisenä tutkimuksena, kvantitatiivista lähestymistapaa käyttäen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään muuttujien mittaamiseen tilastollisin menetelmin ja siinä tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55). Suomen Parkinson-liitto ry on laatinut VerkkoSova-kurssien osallistujille puolistrukturoidut kyselylomakkeet jokaisesta asiantuntijatapaamisesta sekä koko verkkokurssista. Strukturoiduille kysymyksille on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja merkitsee itselleen sopivan tai sopivat (Heikkilä 2014, 49). Tämän tutkimuksen analyysin kohteena ovat Suomen Parkinson-liitto ry:n keräämien kyselylomakkeiden Likert-asteikolla toteutetut väittämät, eli kyselylomakkeiden strukturoidut osat. Näin ollen kvantitatiivinen lähestymistapa sopii tutkimusmenetelmäksi tähän tutkimukseen parhaiten.

Tämän tutkimuksen kohderyhmä muodostuu VerkkoSova-kursseille osallistuneista Parkinsonin tautia sairastavista henkilöistä, jotka ovat saaneet sairauden diagnoosin viimeisen seitsemän vuoden sisällä. Kurssin osallistujat ovat kotoisin eri puolilta Suomea. Verkkosopeutumisvalmennuskursseja on järjestetty VerkkoSova-hankkeen aikana neljä. Jokaiseen neljään järjestettyyn verkkosopeutumisvalmennuskurssiin osallistui seitsemän henkilöä eli kohderyhmä muodostuu yhteensä 28 henkilöstä (n=28). Osallistuneista 15 oli naisia ja 13 miehiä.

Sekä kurssipalautteet että palautteet asiantuntijatapaamisista on kerätty sähköisenä puolistrukturoituna kyselynä, jonka kurssille osallistujat ovat täyttäneet. Tässä opinnäytetyössä analysoitu aineisto on rajattu kyselylomakkeiden Likert-asteikollisiin väittämiin. Kyselylomakkeissa esiintyviä väittämiä on arvioitu asteikkovälillä 1-5, jolloin 1 tarkoittaa ”täysin eri mieltä” ja 5 ”täysin samaa mieltä”.

Verkkokurssin kyselylomakkeessa väittämät kohdistuivat kurssin eri osa-alueisiin. Kyselylomakkeessa oli väittämiä liittyen kurssiohjelmaan ja tekniikkaan, vertaistukeen ja ryhmään, kurssitietoon ja -tehtäviin sekä osallistujien omaan aktiivisuuteen ja kurssin antiin. Kyselylomake, joka puolestaan koski videotapaamista asiantuntijan kanssa, sisälsi väittämiä liittyen aiheen hyödyllisyyteen, välitehtäviin, osallistujan aktiivisuuteen

videotapaamisen aikana, työskentelyilmapiiriin sekä asiantuntijan keskusteluun osallistumisen hyödyllisyyteen.

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto koostuu Suomen Parkinson-liitto ry:n keräämistä kurssipalautteista. Kurssipalautteet on kerätty kaikilta neljältä hankkeen aikana järjestetyltä verkkosopeutumisvalmennuskurssilta. Lisäksi aineistoon kuuluvat jokaiseen kurssiin sisältyneistä asiantuntijatapaamisista kerätyt palautteet.

Verkkosopeutumisvalmennuskurssille osallistuneista henkilöistä kaikki ovat täyttäneet verkkokurssin kyselylomakkeen ja vastannut jokaiseen siinä esiintyneeseen Likertasteikolliseen väittämään. Lisäksi kaikki osallistujat ovat täyttäneet kyselylomakkeen koskien videotapaamista asiantuntijan kanssa, lukuun ottamatta yhtä osallistujaa, joka ei osallistunut lainkaan ensimmäisellä järjestetyllä kurssilla (kurssinnumero 2415) videotapaamiseen vertaistukihenkilön kanssa.

4.3 Aineiston analysointi

Aineisto tulee käsitellä niin että tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset ja asetettu tutkimusongelma ratkaistaan. Tutkimuksen teoriaosan ja tutkimusongelman pohjalta rakennettu viitekehys ohjaa tutkimuksen empiiristä työtä, yhdistää tutkimuksen teoreettisen ja empiirisen osan ehjäksi kokonaisuudeksi ja ohjaa tutkimusraportin jäsentelyä. (Heikkilä 2014, 138.) Tässä opinnäytetyössä analysoidaan kaikista neljästä hankkeen aikana järjestetystä Verkkosova-kurssista saatuja palautteita sekä niiden sisältämistä asiantuntijatapaamisista saatuja palautteita kvantitatiivisin menetelmin.

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysissa on keskitytty vertaamaan eri kurssien tuloksia keskenään ja mahdollisten erojen löytämiseen näiden välillä sekä vertaamaan naisten ja miesten vastauksia toisiinsa ja kartoittamaan mahdollisia eroja näiden välillä. Tuloksista ilmenevät myös eri asiantuntijoiden videotapaamisista saatujen palautteiden mahdolliset erot. Korrelaatio tarkoittaa kahden eri muuttujan välistä riippuvuussuhdetta. Korrelaatiokerroin kertoo kahden eri muuttujan välisen yhteyden numeroarvona, joka sijoittuu lukujen -1 ja +1 väliin. Kahden eri muuttujan välinen tilastollinen riippuvuus on sitä heikompi, mitä lähempänä nollaa lasketun korrelaatiokertoimen arvo on. (Vilkkä

2007, 130.) Tämän opinnäytetyön aineiston analyysissä on keskitytty lisäksi merkittävien korrelaatioiden löytämiseen väittämän "Olin aktiivinen koko kurssin ajan" ja palautelomakkeen muiden väittämien välillä ja tätä kautta osallistujien oman aktiivisuuden mahdollisen yhteyden löytämiseen palautteen muihin vastauksiin. Lisäksi korrelaatiokertoimia on tarkasteltu yksittäisten videotapaamisten väittämien välillä. Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi on tehty Excel 2016-työkalukolaskentaohjelmalla. Tutkimuksessa ei pyritä palautteiden väittämien välisten kausaalisuuksien löytämiseen, sillä tähän analysoitu kyselylomake on liian suppea, eikä kaikkia väliin tulevia muuttujia voida tämän tutkimuksen puitteissa kartoittaa.

Väittämän "Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan" yhteyttä muihin väittämiin tutkitaan korrelaatiokertoimen avulla. Aineiston analyysin tiimoilta varattiin ohjausaika tilastotieteen opettajalta ja tämän käynnin keskustelun sekä pienen otoskoon perusteella merkittävän korrelaation rajaksi asetettiin arvo 0,3. "Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan"-väittämää on verrattu kaikkiin yksittäisiin kurssipalautepohjan väittämiin. Oleelliset löytyneet korrelaatiot on nostettu esille tulokset -osiossa. Lisäksi yksittäisten videotapaamisten osalta on laskettu korrelaatiot niiden väittämien välillä, joiden välillä on mahdollisesti ollut yhteys toisiinsa.

Eri kurssien tuloksien vertailua varten sekä kurssi- että videotapaamisten palautteista on laskettu keskiarvot väittämäkohtaisesti ja saaduista keskiarvoista on laadittu taulukot. Miesten ja naisten vastauksia on vertailtu sekä videotapaamisten että kurssipalautteiden osalta kaikkien kurssien yhteiskeskiarvon mukaan, näin on saatu miesten ja naisten otoskoot tarpeeksi suuriksi luotettavaa vertailua varten.

5 TULOKSET

Tutkimuksen tulokset on esitetty tässä osiossa tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäisenä on esitelty taulukoidut keskiarvot osallistujien palautteista koko kurssin osalta sekä yksittäisistä videotapaamisista. Taulukoista käyvät ilmi myös palautteiden keskiarvot kurkseittain. Kurssipalautteiden ja videotapaamisten jälkeen on taulukoitu miesten ja naisten vastaukset erikseen koko kurssipalautteesta sekä yksittäisistä videotapaamisista. Kolmantena on taulukoitu korrelaatiokertoimet kaikkien kurssipalautteiden kysymyksiä ja väittämän ”Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan” välillä. Lisäksi korrelaatiokertoimet on taulukoitu yksittäisten videotapaamisten tiettyjen väittämien väliltä. Tekstissä keskiarvosta käytetään lyhennettä KA. Taulukoissa punaisella on merkitty matalimmat keskiarvot ja vihreällä puolestaan korkeimmat keskiarvot.

Taulukosta (Taulukko 3.) ilmenevät kurkseittain annettujen kurssipalautteiden keskiarvot sekä kaikkien kurssien (n=28) yhteenlasketut keskiarvot kurssien eri osa-alueilta. **Kurssiohjelman ja tekniikan** osalta korkeimmat keskiarvot lähes kaikista kyseisen osa-alueen väittämistä on saanut viimeisimpänä järjestetty Verkkosova-kurssi (kurssinnumero 2516). Osallistujat kokivat kurssirakenteen toimivammaksi kurseilla, jotka sisälsivät viikonlopputapaamisen videoryhmäkeskustelujen lisäksi (kurssinnumero 2415 ja 2416). Tapaamisten sisällön suunnittelu on saanut matalammat keskiarvot kahdella ensimmäisellä järjestetyllä Verkkosova-kurssilla. Kaikilla neljällä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla osallistujat antoivat matalimmat arvosanat videotapaamisten tekniselle toimivuudelle.

Vertaistuki ja ryhmän toiminta -osa-alueelta osallistujat kokivat ryhmän vastanneen paremmin heidän odotuksiaan toisella ja viimeisellä järjestetyllä kurssilla (kurssinnumero 2316 ja 2516). Osallistujat kokivat ryhmäytymisen tapahtuneen helpoimmin viimeisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla (KA 4,9). Ryhmäytymisen helppous sai matalimman keskiarvon puolestaan toisella järjestetyllä Verkkosova-kurssilla (KA 4,0). Edellä mainituista kurseista kumpikaan ei sisältänyt lähitapaamista kurssin alussa. Ryhmän keskinäinen aktiivisuus arvioitiin matalimmaksi ensimmäisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla (KA 3,9) ja korkeimmaksi toisella ja kolmannella järjestetyllä kurssilla (KA 4,4). Vertaistuen saamisen osallistujat arvioivat korkeammaksi kahdella viimeisellä järjestetyllä Verkkosova-kurssilla (kurssinnumero 2416 ja 2516).

Vertaistuki ja ryhmän toiminta –osa-alueen kymmenestä väittämästä seitsemässä nähdään viimeisen kurssin kohdalla suurimmat keskiarvot.

Kurssitieto ja –tehtävät -osa-alueelta osallistujat kokivat ymmärryksensä Parkinsonin taudista lisääntyneen eniten kolmannella järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla (KA 4,7). Väittämä ”Suuri osa tiedoista oli minulle uutta” on saanut pienimmän arvon kaikkien kurssien yhteenlasketusta keskiarvosta (KA 2,9). Uuden tiedon saaminen koettiin heikoimmaksi ensimmäisellä järjestetyllä Verkkosova-kurssilla (KA 2,4). Eniten uutta tietoa osallistujat kokivat saaneensa viimeisellä järjestetyllä kurssilla (KA 3,3). Hyödyllisimmäksi osallistujat kokivat välitehtävien tekemisen viimeisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla (KA 4,6). Välitehtävien hyödyllisyydestä laskettu keskiarvo on matalin ensimmäisellä järjestetyllä kurssilla (KA 3,7).

Oma aktiivisuus ja kurssin anti –osa-alueelta osallistujat kokivat oman aktiivisuutensa koko kurssin ajan korkeimmaksi viimeisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla (KA 3,9). Kolmella ensimmäisellä Verkkosova-kurssilla osallistujien kokeaman oman aktiivisuuden keskiarvo on 3,7. Kurssille osallistumisen kannattavuudesta laskettu keskiarvo on matalin viimeisellä järjestetyllä kurssilla (kurssinnumero 2516). Kannattavimmaksi osallistujat kokivat kolmanneksi järjestetylle kurssille (kurssinnumero 2416) osallistumisen.

Taulukko 3. Osallistujien kokemukset kursseista. (Matalin KA merkitty punaisella, korkein KA vihreällä)

	Kurssi 2415 KA (n=7)	Kurssi 2316 KA (n=7)	Kurssi 2416 KA (n=7)	Kurssi 2516 KA (n=7)	Kaikki kurssit yhteensä KA (n=28)
Kurssiohjelma ja tekniikka					
Tapaamisia oli riittävästi	3,7	3,9	4,1	4,3	4,0
Tapaamisväli oli sopiva	3,9	4,4	4,4	4,6	4,3
Tapaamisten sisältö oli hyvin suunniteltu	4,0	4,0	4,6	4,7	4,3
Kurssin sisältö ja aiheet vastasivat odotuksiani	4,3	4,1	4,4	4,4	4,3
Kurssirakenne oli toimiva	4,4	4,1	4,6	4,0	4,3
Videotapaamiset olivat teknisesti toimivia	3,7	3,0	3,6	3,6	3,5
Videotapaamisissa ilmapiiri oli luonteva	4,1	4,0	4,1	4,3	4,1
Vertaistuki ja ryhmän toiminta					
Ryhmä oli sopivan kokoinen	4,6	4,7	4,6	4,3	4,5
Ryhmä vastasi odotuksiani	4,1	4,6	4,3	4,6	4,4
Ryhmäytyminen tapahtui helposti	4,3	4,0	4,4	4,9	4,4
Ryhmä oli keskenään aktiivinen	3,7	4,1	4,4	4,4	4,2
Koin saavani vertaistukea	4,0	4,0	4,6	4,7	4,3
Kokemusten ja ajatusten vaihtamisesta ryhmässä oli minulle hyötyä	4,1	4,1	4,6	4,9	4,4
Ryhmään osallistuminen on lisännyt hyvinvointiani	3,9	3,9	4,1	4,6	4,1
Minut otettiin hyvin huomioon	4,4	4,4	4,3	4,9	4,5
Keskustelu oli monipuolista	4,0	4,4	4,3	4,6	4,3
Ryhmän ohjaus oli osaavaa	4,4	4,7	4,3	5,0	4,6
Kurssitieto ja -tehtävät					
Ymmärrykseni Parkinsonin taudista lisääntyi	4,1	4,1	4,7	4,0	4,3
Ymmärrykseni sairauden vaikutuksista eri elämänalueisiin lisääntyi	4,1	4,0	4,3	4,3	4,2
Uskon pystyväni nyt paremmin kohtaamaan sairauteen liittyviä ongelmia	4,1	3,9	4,3	4,0	4,1
Kurssilla oli sopivasti teoretietoa	4,4	4,3	4,3	4,1	4,3
Suuri osa tiedoista oli minulle uutta	2,4	2,9	3,0	3,3	2,9
Välitehtävien tekeminen oli hyödyllistä	3,7	4,1	4,1	4,6	4,1
Välitehtävien tekeminen ei vienyt liikaa aikaa	3,4	3,9	4,1	4,4	4,0
Oma aktiivisuus ja kurssin anti					
Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan	3,7	3,7	3,7	3,9	3,8
Kannatti osallistua Verkkosova-kurssille	4,9	4,4	5,0	4,3	4,6
Kurssista tuli hyvä mieli	4,6	4,4	4,7	4,7	4,6
Tunnen voivani paremmin kuin ennen kurssia	4,0	4,0	4,3	4,4	4,2

Taulukosta (Taulukko 4.) ilmenevät kurseittain annettujen videotapaamisten palautteiden keskiarvot sekä kaikkien kurssien (n=28) yhteenlasketut keskiarvot eri videotapaamisilta. **Hyödyllisimmäksi aiheeksi** osallistujat ovat kokeneet fysioterapeutin tapaamisella käsitellyn aiheen (KA=4,9), sekä neurologin tapaamiskerralla käsitellyt aiheet (KA=4,8). Matalin keskiarvo on väittämän osalta järjestösuunnittelijan sekä sosiaalityöntekijän tapaamisen kohdalla (KA=4,3).

Välitehtävien tekemiseen osallistujat ovat palautteen mukaan paneutuneet eniten neurologin (KA=4,2) sekä fysioterapeutin ja vertaishenkilön (KA=4,1) tapaamisten osalta. Matalimman keskiarvon välitehtäviin paneutuminen on kerännyt seksuaaliterapeutin (KA=3,6) sekä ravitsemusterapeutin ja järjestösuunnittelijan tapaamisten osalta (KA=3,8). Väittämän ”Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa” osalta korkeimmat keskiarvot löytyvät neurologin sekä fysioterapeutin tapaamisten palautteista (KA=4,1 ja 4,0). Vaikka vertaishenkilön osalta välitehtäviin paneutumisen keskiarvo oli toiseksi suurin, uuden tiedon omaksumisen suhteen keskiarvo vertaishenkilön osalta on yhdessä sosiaalityöntekijän ja järjestösuunnittelijan tapaamisten keskiarvon kanssa kyseisen väittämän kohdalla pienin. (KA=3,6).

Omaa aktiivisuuttaan videotapaamisten aikana osallistujat ovat arvioineet korkeimmaksi neurologin tapaamisella (KA=4,0) sekä fysioterapeutin tapaamisella (KA=3,9). Pienimmäksi omaa aktiivisuutta mittavan väittämän keskiarvo on jäänyt sosiaalityöntekijän tapaamisella (KA=2,9) ja seksuaaliterapeutin tapaamiskerralla (KA=3,2).

Työskentelyilmapiiriä mittaavan väittämän keskiarvo on muodostunut korkeimmaksi neurologin ja fysioterapeutin tapaamisilla, molemmat keskiarvolla 4,2. Pienimmän keskiarvon työskentelyilmapiiriä mittaava väittäjä on saanut sosiaalityöntekijän videotapaamisella (KA=3,0).

Asiantuntijan osallistuminen keskusteluun on koettu hyödyllisimmäksi fysioterapeutin (KA=4,6) ja psykologin (KA=4,5) tapaamisilla. Matalin keskiarvo nähdään sosiaalityöntekijän ja järjestösuunnittelijan tapaamisten kohdalla, molemmat keskiarvolla 3,9.

Useimmiten yksittäisen kysymyksen suurin keskiarvo ilmenee viimeisen järjestetyn kurssin kohdalla. Aiheen hyödyllisyyttä mittaavan kysymyksen osalta kahdeksasta videotapaamisesta seitsemän kohdalla nähdään suurin keskiarvo kolmannen järjestetyn kurssin vastauksissa.

Taulukko 4. Osallistujien kokemukset videotapaamisista kurseittain. (Matalin KA merkitty punaisella, korkein KA vihreällä)

	Kurssi 2415 KA(n=7)	Kurssi 2316 KA(n=7)	Kurssi 2416 KA(n=7)	Kurssi 2516 KA(n=7)	Kaikki kurssit yhteen- sä(n=28)
Vertaishenkilön videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	3,8	3,7	4,7	4,4	4,4
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,8	3,6	4,3	4,7	4,1
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,2	3,1	3,6	4,1	3,6
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	3,7	3,3	3,7	4,0	3,7
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,7	3,3	4,6	3,3	3,9
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,3	2,7	4,9	3,9	4,0
Psykologin videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,1	4,4	5,0	4,7	4,6
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,4	3,4	4,6	4,3	3,9
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,1	3,3	4,0	4,4	3,7
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	3,3	3,6	4,1	4,3	3,8
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,7	4,0	4,3	4,3	4,1
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,3	4,0	5,0	4,9	4,5
Neurologin videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,4	4,9	5,0	5,0	4,8
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,7	3,9	4,6	4,7	4,2
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,3	4,0	4,4	4,6	4,1
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	3,1	4,3	4,0	4,6	4,0
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,3	4,4	4,4	4,6	4,2
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,4	4,4	4,9	5,0	4,4
Sosiaalityöntekijän videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,3	3,9	5,0	4,1	4,3
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,7	3,6	4,1	4,0	3,9
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,7	3,3	4,0	3,4	3,6
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	2,4	2,6	3,6	3,1	2,9
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	2,9	2,4	3,4	3,1	3,0
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,9	3,4	4,4	3,7	3,9

(jatkuu)

Taulukko 4 (jatkuu).

	Kurssi 2415 KA(n=7)	Kurssi 2316 KA(n=7)	Kurssi 2416 KA(n=7)	Kurssi 2516 KA(n=7)	Kaikki kurssit yhteensä (n=28)
Fysioterapeutin videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,6	5,0	5,0	4,9	4,9
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,3	4,3	4,3	4,4	4,1
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,4	4,1	4,0	4,6	4,0
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,4	3,7	4,1	4,4	3,9
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,7	4,3	4,6	4,3	4,2
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,4	4,4	4,7	5,0	4,6
Ravitsemusterapeutin videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,3	3,4	4,0	4,3	3,8
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,7	3,7	3,7	4,0	3,8
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,1	3,6	3,7	4,0	3,6
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,7	3,7	4,1	4,1	3,9
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,4	4,0	4,4	4,4	4,3
Seksuaaliterapeutin videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,6	4,3	4,6	4,1	4,4
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,3	3,3	3,7	4,3	3,6
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,7	3,3	3,6	4,1	3,7
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	2,7	2,9	3,1	4,0	3,2
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,1	2,9	3,1	3,6	3,2
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,4	3,6	4,1	4,4	4,1
Järjestösuunnittelijan videotapaaminen					
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	3,9	4,6	4,4	4,4	4,3
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,1	3,7	3,9	4,3	3,8
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	2,9	3,9	3,7	4,1	3,6
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,3	3,1	3,7	3,6	3,4
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,3	3,6	4,0	4,1	3,8
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,0	4,0	4,3	4,3	3,9

Taulukosta (Taulukko 5.) ilmenevät eriteltyinä miesten ja naisten kurssipalautteen keskiarvot. **Kurssiohjelman ja tekniikan** osalta naisten ja miesten vastauksissa ei nähdä suurta eroa. Yksimielisimpiä miehet ja naiset ovat olleet videotapaamisten teknisestä toimivuudesta sekä ilmapiiristä. Suurin vaihtelu on nähtävissä kurssirakenteen toivuutta mittaavan kysymyksen kohdalla. Korkein keskiarvo nähdään miesten kohdalla väittämän ”Kurssirakenne oli toimiva” (KA=4,5) osalta, naisten kohdalla taas väittämässä ”Tapaamisväli oli sopiva”, ”Tapaamisten sisältö oli hyvin suunniteltu” ja ”Kurssin aiheet ja sisältö vastasivat odotuksiani” (KA=4,4). Videotapaamisten tekninen toivuus on molempien sukupuolien kohdalla saanut matalimman keskiarvon.

Vertaistuen ja ryhmän toimintaa kartoittavissa kysymyksissä ei myöskään nähdä suurta vaihtelua miesten ja naisten vastausten välillä. Väittämästä ”Keskustelu oli monipuolista” miehet ja naiset ovat keskenään yksimielisimpiä, molemmat keskiarvolla 4,3. Suurin ero tulee esille väittämien ”Koin saavani vertaistukea” ja ”Ryhmään osallistuminen on lisännyt hyvinvointiani”. Miesten korkein keskiarvo (KA=4,7) on väittämän ”Ryhmä oli sopivan kokoinen” kohdalla. Naisten vastausten korkein keskiarvo (KA=4,7) nähdään väittämän ”Ryhmän ohjaus oli osaavaa” kohdalla. Matalin keskiarvo (KA=3,8) miesten vastauksista on väittämän ”Ryhmään osallistuminen on lisännyt hyvinvointiani”-kohdalla. Naisten matalimmat keskiarvot ovat väittämistä ”Ryhmä oli keskenään aktiivinen” ja ”Keskustelu oli monipuolista”, molemmat keskiarvolla 4,3.

Kurssitieto ja -tehtävät-kokonaisuudessa vastaukset ovat muihin kysymyskokonaisuuksiin verrattuna eniten linjassa miesten ja naisten välillä. Huomio kiinnittyy sekä naisten että miesten vastausten osalta väittämään ”Suuri osa tiedoista oli minulle uutta”, joka on saanut selkeästi matalimmat keskiarvot sekä miesten että naisten vastausten osalta. Korkein keskiarvo (KA=4,3) miesten vastauksista osuu väittämään ”Kurssilla oli sopivasti teorian tietoa”. Myös naisten korkein keskiarvo (KA=4,3) osuu samaan väittämään, samalla keskiarvolla väittämän ”Ymmärrykseni Parkinsonin taudista lisääntyi” kanssa.

Oman aktiivisuuden ja kurssin annin kysymyskokonaisuudessa naisten keskiarvot ovat useammassa kohtaa miesten vastaavia korkeampia. Ainoastaan väittämän ”Kannatti osallistua Verkkosova-kurssille” kohdalla miesten keskiarvo (KA=4,7) on naisten vastaavaa (KA=4,6) korkeampi. Saman väittämän osalta miesten ja naisten vastaukset ovat myös eniten linjassa toistensa kanssa. Edellä mainittu väittäjä on saanut miesten osalta korkeimman keskiarvon, naisten kohdalla korkein keskiarvo (KA=4,7) on väittämässä ”Kurssista tuli hyvä mieli”.

Taulukko 5. Naisten ja miesten kurssipalautteet. (Matalin KA merkitty punaisella, korkein KA vihreällä)

	Miehet KA (n=13)	Naiset KA(n=15)	Kaikki yhteensä KA (n=28)
Kurssiohjelma ja tekniikka			
Tapaamisia oli riittävästi	3,8	4,1	4,0
Tapaamisväli oli sopiva	4,2	4,4	4,3
Tapaamisten sisältö oli hyvin suunniteltu	4,2	4,4	4,3
Kurssin sisältö ja aiheet vastasivat odotuksiani	4,2	4,4	4,3
Kurssirakenne oli toimiva	4,5	4,1	4,3
Videotapaamiset olivat teknisesti toimivia	3,5	3,4	3,5
Videotapaamisissa ilmapiiri oli luonteva	4,2	4,1	4,1
Vertaistuki ja ryhmän toiminta			
Ryhmä oli sopivan kokoinen	4,7	4,4	4,5
Ryhmä vastasi odotuksiani	4,3	4,5	4,4
Ryhmäytyminen tapahtui helposti	4,3	4,5	4,4
Ryhmä oli keskenään aktiivinen	4,0	4,3	4,2
Koin saavani vertaistukea	4,0	4,6	4,3
Kokemusten ja ajatusten vaihtamisesta ryhmässä oli minulle hyötyä	4,3	4,5	4,4
Ryhmään osallistuminen on lisännyt hyvinvointiani	3,8	4,4	4,1
Minut otettiin hyvin huomioon	4,4	4,6	4,5
Keskustelu oli monipuolista	4,3	4,3	4,3
Ryhmän ohjaus oli osaavaa	4,5	4,7	4,6
Kurssitieto ja -tehtävät			
Ymmärrykseni Parkinsonin taudista lisääntyi	4,2	4,3	4,3
Ymmärrykseni sairauden vaikutuksista eri elämänalueisiin lisääntyi	4,2	4,2	4,2
Uskon pystyväni nyt paremmin kohtaamaan sairauteen liittyviä ongelmia	4,2	4,0	4,1
Kurssilla oli sopivasti teoriatietoa	4,3	4,3	4,3
Suuri osa tiedoista oli minulle uutta	3,0	2,8	2,9
Välitehtävien tekeminen oli hyödyllistä	4,1	4,2	4,1
Välitehtävien tekeminen ei vienyt liikaa aikaa	4,0	3,9	4,0
Oma aktiivisuus ja kurssin anti			
Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan	3,5	3,9	3,8
Kannatti osallistua Verkkosova-kurssille	4,7	4,6	4,6
Kurssista tuli hyvä mieli	4,5	4,7	4,6
Tunnen voivani paremmin kuin ennen kurssia	3,9	4,4	4,2

Taulukosta (Taulukko 6.) ilmenee eriteltyinä miesten ja naisten palaute videotapaamisilta. **Hyödyllisimmäksi aiheeksi** naiset ovat kokeneet neurologin, miehet fysioterapeutin tapaamisen. Miehillä matalimmat keskiarvot (KA=4,0) ovat vertaishenkilön ja järjestösuunnittelijan tapaamisilla. Naisten vastauksissa tähän on eroa, naisten keskiarvo vertaishenkilön ja järjestösuunnittelijan tapaamisilla on korkeampi. Naiset ovat arvioineet vähiten hyödyllisimmiksi aiheiksi sosiaalityöntekijän sekä seksuaaliterapeutin aiheet. Suurinta naisten ja miesten vastausten vaihtelu on vertaishenkilön ja psykologin tapaamisen osalta, pienintä sosiaalityöntekijän tapaamisen osalta.

Välitehtäviin paneutumisen osalta miesten keskiarvo (KA=3,9) on korkein fysioterapeutin tapaamisen kohdalla, naisten keskiarvo on korkein (KA=4,5) neurologin tapaamisella. Suurin vaihtelu miesten ja naisten vastausten välillä on sosiaalityöntekijän tapaamisen osalta, pienintä vaihtelu on seksuaaliterapeutin tapaamisella. **Uuden tiedon omaksumisessa** miesten korkeimmat keskiarvot ovat fysioterapeutin ja seksuaaliterapeutin kohdalla. Naiset ovat taas kokeneet, että neurologin tapaamisen välitehtävät auttoivat parhaiten omaksumaan uutta tietoa (KA=4,5).

Oman työskentelyn aktiivisuutta videotapaamisen aikana miehet ovat arvioineet korkeimmaksi neurologin ja vertaishenkilön tapaamisella (KA=3,6), matalimmaksi sosiaalityöntekijän tapaamisella (KA=2,8). Naiset ovat kokeneet aktiivisuutensa korkeimmaksi fysioterapeutin ja neurologin tapaamisella (KA=4,3), matalimmaksi sosiaalityöntekijän ja seksuaaliterapeutin tapaamisilla (KA=3,1). Pienintä vaihtelu miesten ja naisten välillä on järjestösuunnittelijan tapaamisella. Suurin vaihtelu on fysioterapeutin luennolla.

Työskentelyilmapiirin osalta miesten korkein keskiarvo on fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin tapaamisilla (KA=4,0). Matalin keskiarvo tästä on sosiaalityöntekijän tapaamisella (KA=3,0). Naisten korkein keskiarvo on neurologin tapaamisen palautteissa (KA=4,5), matalin sosiaalityöntekijän tapaamisella (KA=2,9). Yhteneväisimmät keskiarvot miesten ja naisten välillä ovat vertaishenkilön, ravitsemusterapeutin sekä järjestösuunnittelijan tapaamisilla.

Hyödyllisimmäksi asiantuntijan osallistumisen keskusteluun miehet ovat kokeneet fysioterapeutin tapaamisella (KA=4,4), vähiten hyödylliseksi järjestösuunnittelijan tapaamiskerralla. Naisten osalta korkeimmat keskiarvot (KA=4,9) löytyvät fysioterapeutin, neurologin ja psykologin tapaamisista. Suurinta sukupuolten välinen keskiarvojen vaihtelu on neurologin tapaamisella, yhteneväisintä ravitsemusterapeutin kohdalla.

Taulukko 6. Naisten ja miesten palaute videotapaamisilta. (Matalin KA merkitty punaisella, korkein KA vihreällä)

	Miehet KA(n=13)	Naiset KA(n=15)	Kaikki yhteensä(n=28)
Vertaishenkilön videotapaaminen			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,0	4,7	4,4
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,8	4,3	4,1
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,3	3,7	3,6
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	3,6	3,9	3,7
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,8	3,9	3,9
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,8	4,3	4,0
Psykologi			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,2	4,9	4,6
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,5	4,3	3,9
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,3	4,1	3,7
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	3,5	4,1	3,8
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,8	4,3	4,1
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,2	4,9	4,5
Neurologi			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,6	5,0	4,8
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,8	4,5	4,2
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,5	4,5	4,1
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	3,6	4,3	4,0
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,8	4,5	4,2
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,9	4,9	4,4
Sosiaalityöntekijä			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,3	4,3	4,3
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,4	4,3	3,9
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,5	3,7	3,6
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	2,8	3,1	2,9
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,0	2,9	3,0
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,1	3,7	3,9

Taulukko 6 (jatkuu).

	Miehet KA(n=13)	Naiset KA(n=15)	Kaikki yhteensä(n=28)
Fysioterapeutti			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,8	4,9	4,9
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,9	4,2	4,1
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,9	4,1	4,0
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,5	4,3	3,9
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	4,0	4,4	4,2
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,4	4,9	4,6
Ravitsemusterapeutti			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,3	4,5	4,4
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,5	4,0	3,8
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,6	3,9	3,8
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,5	3,7	3,6
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	4,0	3,9	3,9
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,2	4,4	4,3
Seksuaaliterapeutti			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,5	4,3	4,4
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,6	3,7	3,6
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,9	3,5	3,7
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,3	3,1	3,2
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,4	3,0	3,2
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	4,3	4,0	4,1
Järjestösuunnittelija			
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	4,0	4,6	4,3
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	3,4	4,1	3,8
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	3,5	3,8	3,6
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotaapaamisen aikana	3,4	3,5	3,4
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	3,7	3,8	3,8
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	3,5	4,3	3,9

Alla olevasta taulukosta (Taulukko 7.) käy ilmi korrelaatiokerroin kurssipalautteiden kaikista väittämistä suhteessa "Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan" –väittämään. Kertoimet ovat laskettu kaikkien kurssiin osallistuneiden kurssipalautteista. Taulukossa on käytetty lihavoitua ja vihreää väriä indikoimaan kertoimet, joissa ylittyy aiemmin määritetty kohtalainen korrelaatio eli arvot, jotka ovat yli 0,3. Kohtalainen korrelaatio täyttyy kahdeksan väittämän kohdalla. Korkein korrelaatiokerroin (0,53) oli väittämällä "Minut otettiin hyvin huomioon".

Taulukko 7. Korrelaatiokertoimet kurssipalautteen väittämistä suhteessa "Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan" -väittämään.

N=28	Korrelaatiokerroin väittämän "Olin itse aktiivinen kurssin ajan" kanssa
Kurssiohjelma ja tekniikka	
Tapaamisia oli riittävästi	0,18
Tapaamisväli oli sopiva	0,22
Tapaamisten sisältö oli hyvin suunniteltu	0,01
Kurssin sisältö ja aiheet vastasivat odotuksiani	0,02
Kurssirakenne oli toimiva	0,00
Videotapaamiset olivat teknisesti toimivia	0,22
Videotapaamisissa ilmapiiri oli luonteva	0,25
Vertaistuki ja ryhmän toiminta	
Ryhmä oli sopivan kokoinen	0,20
Ryhmä vastasi odotuksiani	0,40
Ryhmäytyminen tapahtui helposti	0,21
Ryhmä oli keskenään aktiivinen	0,38
Koin saavani vertaistukea	0,24
Kokemusten ja ajatusten vaihtamisesta ryhmässä oli minulle hyötyä	0,33
Ryhmään osallistuminen on lisännyt hyvinvointiani	0,36
Minut otettiin hyvin huomioon	0,53
Keskustelu oli monipuolista	0,29
Ryhmän ohjaus oli osaavaa	0,19
Kurssitieto ja -tehtävät	
Ymmärrykseni Parkinsonin taudista lisääntyi	0,04
Ymmärrykseni sairauden vaikutuksista eri elämänalueisiin lisääntyi	0,07
Uskon pystyväni nyt paremmin kohtaamaan sairauteen liittyviä ongelmia	0,03
Kurssilla oli sopivasti teoretietoa	0,24
Suuri osa tiedoista oli minulle uutta	-0,10
Välitehtävien tekeminen oli hyödyllistä	0,22
Välitehtävien tekeminen ei vienyt liikaa aikaa	0,43
Oma aktiivisuus ja kurssin anti	
Kannatti osallistua Verkkosova-kurssille	0,21
Kurssista tuli hyvä mieli	0,36
Tunnen voivani paremmin kuin ennen kurssia	0,31

Taulukossa (Taulukko 8.) näkyy eri väittämien korrelaatiokertoimia suhteessa toisiinsa, yksittäisten videotapaamisten osalta. **"Paneuduin välitehtävien tekemiseen" ja "Välitehtävä auttoi uuden tiedon omaksumisessa"** -väittämien välillä on kaikkien videotapaamisten osalta löydettävissä merkittävimmät korrelaatiokertoimet, kaikkien arvojen ollessa yli 0,6. Lähes kaikkien taulukossa esitettyjen väittämien välillä täyttyy aiemmin määritelty kohtalainen korrelaatio, lukuunottamatta **"Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana" ja "Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä"** -väittämien välillä järjestösuunnittelijan videotapaamisella.

Taulukko 8. Korrelaatioita yksittäisten videotapaamisten väittämien väliltä.

N=28	"Paneuduin välitehtävän tekemiseen" verrattuna "Välitehtävä auttoi uuden tiedon omaksumisessa"	"Paneuduin välitehtävän tekemiseen" verrattuna "Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana"	"Välitehtävä auttoi uuden tiedon omaksumisessa" verrattuna "Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana"	"Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana" verrattuna "Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä"
Vertaistukihenkilön tapaaminen	0,81	0,48	0,56	0,44
Psykologin tapaaminen	0,67	0,66	0,63	0,56
Neurologin tapaaminen	0,82	0,62	0,56	0,68
Sosiaalityöntekijän tapaaminen	0,64	0,31	0,40	0,55
Fysioterapeutin tapaaminen	0,69	0,60	0,64	0,65
Ravitsemusterapeutin tapaaminen	0,66	0,69	0,44	0,64
Seksuaaliterapeutin tapaaminen	0,90	0,71	0,72	0,53
Järjestösuunnittelijan tapaaminen	0,85	0,51	0,52	0,22

Voidaan todeta, että osallistujat antoivat korkeita arvoja lähes kaikille verkkosopeutusvalmennuskurssin osa-alueille. Muita keskiarvoja pienemmäksi osallistujien palautteista ilmeni videotapaamisten teknistä toimivuutta mittaavan väitteen kohdalla sekä väittämän joka mittasi kokemusta kurssin tuomasta uudesta tiedosta koskien Parkinsonin tautia. Viimeisen kurssin palautteiden keskiarvot olivat pääosin korkeimmat. Miesten ja naisten välillä ei palautteista havaittu suuria eroja, tosin valtaosassa palautteen väittämiä suuremmat keskiarvot muodostuivat naisten kohdalle. Kohtalainen korrelaatio omaa aktiivisuutta mittaavan väittämän ja muiden palautteiden kohtien välillä toteutui kahdeksan väittämän kohdalla. Yksittäisten videotapaamisten sisällä väittämien välisiä yhteyksiä löytyi enemmän.

6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt eettisestä näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Hyvä tieteellinen käytäntö tutkimuksessa toteutuu, kun tutkimuksessa on noudatettu hyviä toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 24; TENK 2012). Tässä opinnäytetyössä noudatetaan edellä mainittuja periaatteita niin suoritetun aineistoanalyysin, kirjallisuuskatsauksen, työn tallentamisen sekä sen esittämisen osalta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien ohjeiden mukaan yksi hyvän tieteellisen käytännön toteutumisen perusedellytyksistä on myös tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen (TENK 2012). Tämän opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tutkimusluvut on hankittu Suomen Parkinson-liitto ry:n toimesta. Tutkimuksen eettisyyden kannalta myös anonymiteetti on yksi keskeisimmistä huomioitavista asioista. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimustietoja ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille missään tutkimuksen vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tämän opinnäytetyön kaikissa eri vaiheissa on turvattu Verkkosova-kurssille osallistuneiden henkilöiden anonymiteetti.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen tai mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Tutkimuksen reliabiliteetti on hyvä silloin, kun tutkijasta riippumatta saadaan täsmälleen samat tulokset toistetussa mittauksessa (Vilka 2007, 177). Luotettavan kvantitatiivisen tutkimuksen suorittamisessa tärkeää on riittävän kattava kirjallisuuskatsaus, johon mittausväline perustetaan sekä mittausvälineen kokoaminen ja riittävä esitestaaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54). Tämän opinnäytetyön tekijät eivät ole osallistuneet tutkimuksessa käytetyn mittarin laatimiseen, eikä tekijöillä näin ollen ole tietoa mittarin laatimisprosessista.

Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Mittarin esitestaamisella tarkoitetaan mittarin luotettavuuden ja toimivuuden testaamista pienemmällä vastaajajoukolla, joka vastaa hyvin varsinaista tutkimusotosta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Tekemämme opinnäytetyö perustuu Parkinson-liitto ry:n kokoamaan aineistoon sekä kyselylomakkeeseen. Esitestausta kyselylomakkeille ei ole suoritettu projektin toimiessa pilottina vastaavalaisille kursseille, joka osaltaan saattaa heikentää tutkimuksen validiteettia. Tutkimus-

prosessin aikana on kuitenkin jatkuvasti arvioitu mittarin kykyä vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa käytettyä mittaria on käytetty neljällä eri kurssilla, joista kaikista on saatu samankaltaisia tuloksia, mikä omalta osaltaan kertoo mittarin luotettavuudesta. Tuloksissa on kuitenkin havaittavissa eroja, joka kertoo mittarin riittävästä herkkyydestä mitata eroja. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsausta varten suoritettussa tiedonhaussa on käytetty asianmukaisia, tieteellisen tutkimuksen kriteerien määrittämiä tiedonhakumenetelmiä ja tietokantoja. Kirjallisuuskatsauksessa on luotu kattava tietopohja tutkimuksesta saatujen tulosten pohtimista varten.

Mittaamisen lisäksi tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava myös tutkimuksesta saatujen tulosten luotettavuuden kannalta. Verkkosopeutumisvalmennuskurssille osallistuneista henkilöistä kaikki ovat täyttäneet verkkokurssin kyselylomakkeen ja vastannut jokaiseen siinä esiintyneeseen Likert-asteikolliseen väittämään. Lisäksi kaikki osallistujat ovat täyttäneet kyselylomakkeen koskien videotapaamista asiantuntijan kanssa, lukuun ottamatta yhtä osallistujaa, joka ei osallistunut lainkaan ensimmäisellä järjestetyllä kurssilla (kurssinnumero 2415) videotapaamiseen vertaistukihenkilön kanssa. Se, että kaikki osallistujat yhtä lukuun ottamatta ovat vastanneet kyselylomakkeiden jokaiseen väittämään lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Suomen Parkinson-liitto ry:n projektisuunnitelmassa mainitaan, että hankkeen aikana toteutetaan kurssien arviointia ja kurssien sisältöä muokataan ryhmiltä saadun palautteen perusteella, jos kehittämiskohteita ilmenee (Suomen Parkinson-liitto ry, 2014). Mahdollinen kurssien sisällön kehittäminen vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen sitä heikentävästi, sillä eri kursseja ei voida yhtä luotettavasti vertailla, jos kurssien sisältöä on muutettu saadun palautteen perusteella hankkeen aikana.

Tutkimuksesta saatujen tulosten ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset ovat yleistettävissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195–196.) Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä ulkopuoliseen perusjoukkoon otoskoon ollessa pieni (n=28). Saatujen tulosten avulla voidaan kuitenkin kehittää Suomen Parkinson-liiton järjestämän verkkosopeutumisvalmennuksen sisältöä ja toteutusta, joka on tämän opinnäytetyön tavoitteena. Tarkoituksena on antaa oleellista tietoa kurssien jatkokehittämistä varten. Lisäksi tässä opinnäytetyössä saadut tulokset antavat hyödyllistä tietoa muille tahoille, jotka järjestävät sopeutumisvalmennusta.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomen Parkinson liitto ry:n järjestämille verkkosopeutusvalmennuskursseille osallistuneiden kokemuksia kursseista analysoimalla osallistujien antamaa palautetta kvantitatiivisin menetelmin. Kurssilaiset kokivat kurssiohjelman ja tekniikan varsin hyväksi. Osallistujat kokivat kahdeksan tapaamiskertaa riittäväksi ja osallistujat kokivat niiden sisältäneen riittävästi teoriatietoa. Jokaiselle tapaamiskerralle osallistui myös asiantuntija. Pohdittavaksi jää, että jos tapaamiskertoja lisättäisiin ja eri asiantuntijoita kurssille osallistuisi enemmän, tarkoittaisi se mahdollisesti myös kurssilta saadun tiedon lisääntymistä, joka voisi osaltaan vaikeuttaa tietomäärän omaksumista.

Kehitettävää palautteen mukaan löytyy videotapaamisten teknisestä toteutuksesta. Eri kurssien kesken lasketuissa keskiarvoissa on jonkin verran myös vaihtelua. Otoskoon ollessa kuitenkin yksittäisellä kurssilla pieni ($n=7$), näkyvät helposti myös yksittäiset ongelmat tekniikan suhteen kurssin lasketussa keskiarvossa negatiivisesti. Videotapaamisten teknisen toimivuuden edistämiseksi järjestäjän mahdollisuudet ovat rajalliset, sillä ongelmat tekniikan suhteen saattavat johtua myös esimerkiksi osallistujan omasta laitteistosta, osallistujan internetyhteydestä sekä osallistujan heikoista tietoteknisistä taidoista. Lisäksi Parkinsonin taudin aiheuttamat motoriset oireet saattavat heikentää osallistujan kykyä käyttää tietoteknisiä laitteistoa. Suurin osa Parkinsonin tautia sairastavista on ikääntyneitä. Ikääntyneillä tietotekniset taidot ovat mahdollisesti heikkoja ja näin ollen teknisen tuen tarve on myös suurempi. Videotapaamisten tekniset ongelmat näyttävät myös aikaisemmassa, kahden ensimmäisen kurssin osalta tehdyssä tutkimuksessa (Di Mariano & Valmunen 2016, 35).

Verkkosova-kursseille osallistujat kokivat tapaamisten sisällön hyvin suunnitelluksi ja kehitystä parempaan on huomattavissa kahdella viimeisellä järjestetyllä kurssilla. Suomen Parkinson-liitto ry:n projektisuunnitelmassa mainitaan, että kurssilaisilta saadun palautteen perusteella muokataan kurssin sisältöä hankkeen aikana, jos kehittämiskohteita ilmenee (Suomen Parkinson-liitto ry, 2014). Kahdelta ensimmäiseltä järjestetyltä kurssilta saadun palautteen pohjalta kurssien sisältöä on mahdollisesti kehitetty paremmaksi, jolloin kahdella jälkimmäisellä kurssilla kurssin sisältö on arvioitu paremmin suunnitelluksi.

Osallistujat kokivat kurssirakenteen hieman toimivammaksi kursseilla, jotka sisälsivät lähitapaamisen erityisosaamiskeskus Suvituudessa videoryhmäkeskusteluiden lisäksi. Osallistujat ovat mahdollisesti kokeneet lähitapaamisen valmistelleen heitä videotaapaamiseen paremmin, kun he ovat tavanneet samalle kurssille osallistuneet muut kurssilaiset ensin kasvotusten. Toisaalta esimerkiksi ryhmäytyminen on vaikuttanut tapahtuneen yhtä helposti myös kursseilla, jotka eivät sisältäneet lähitapaamista. Ensimmäisen, viikonlopputapaamisen sisältäneen Verkkosova-kurssin osallistujat arvioivat palautteessaan, että viikonlopputapaamisen jättäminen pois kurssin sisällöstä vaikuttaisi negatiivisesti ryhmäytymiseen (Di Mariano & Valmunen 2016, 36). Tämä ei kuitenkaan näyttäisi suoraan toteutuneen, vaan ryhmäytyminen on viimeisellä järjestetyllä kurssilla arvioitu parhaalla keskiarvolla siitä huolimatta, että viikonlopputapaamista ei kyseiseen kurssiin ole sisällytynyt.

Verkkosova-kurssille osallistujat kokivat vertaistuen ja ryhmän toiminnan hyvänä. Osallistujat kokivat kurssien ryhmäkoon sopivaksi. Pienen ryhmäkoon ansiosta osallistujien on mahdollisesti helpompi vaihtaa ajatuksiaan ja kertoa omia kokemuksiaan. Ryhmäkoon suurentaminen saattaisi nostaa joidenkin osallistujien osalta kynnystä aktiivisuuteen videoryhmäkeskusteluiden aikana. Osallistujat kokivat ryhmän vastanneen paremmin heidän odotuksiaan kursseilla, jotka eivät sisältäneet lähitapaamista kurssin alussa erityisosaamiskeskus Suvituudessa videoryhmäkeskusteluiden lisäksi. Kursseilla jotka sisälsivät lähitapaamisen, osallistujien odotukset ryhmää kohtaan ovat saattaneet nousta lähitapaamisen myötä korkeammiksi. Kasvokkain sosiaaliset ja puheliat osallistujat eivät mahdollisesti olekaan niin puhelaita videokeskusteluissa, sillä kyseessä saattaa olla osallistujalle täysin uusi toimintatapa. Verkkosopeutusvalmennuskurssille osallistuneet kokivat ryhmäytymisen tapahtuneen helposti. Tulos on kurssimuodon kannalta rohkaiseva, sillä kyseessä on kuitenkin uusi toimintamuoto ja suurin osa tapaamisista järjestettiin videoryhmäkeskusteluina. Ryhmäytyminen kursseilla on koettu helpoksi huolimatta siitä, sisälsikö kurssi alussa lähitapaamisen erityisosaamiskeskus Suvituudessa vai ei. Suomen Parkinson-liitto ry:n projektisuunnitelmassa nostetaan esille yhtenä verkossa tapahtuvan ohjauksen haasteeksi ryhmädynamiikan muodostaminen (Suomen Parkinson-liitto ry, 2014). Ryhmäytymisen lisäksi osallistujat ovat arvioineet ryhmän ohjauksen osaavaksi jokaisella kurssilla. Näyttäisi siltä, että verkkomuotoinen ryhmänohjaus ja ryhmädynamiikan tukeminen on Verkkosova-kursseilla onnistunut hyvin siinä piilevistä haasteista huolimatta.

Ryhmän keskinäinen aktiivisuus koettiin heikoimmaksi ensimmäisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla. Kaikista kursseista myös välitehtävät koettiin vähiten hyödylliseksi ja eniten aikaa vieviksi kyseisellä kurssilla. Välitehtävien tarkoituksena oli valmistella osallistujia käsiteltävään aiheeseen ja auttaa heitä ymmärtämään käsiteltävää aihekokonaisuutta (Suomen Parkinson-liitto ry, 2015a). Mahdollisesti osallistujien kokiessa välitehtävät turhan paljon aikaa vieviksi ja vähemmän hyödyllisiksi, on välitehtäviin paneutuminen saattanut olla heikompaa. Heikompi paneutuminen välitehtäviin on saattanut vaikuttaa ryhmän jäsenten aktiivisuuteen videokeskusteluiden aikana negatiivisesti, jos tehdyt välitehtävät eivät olleet valmistelleet osallistujia käsiteltävään aiheeseen riittävästi. Tällöin myös aiheesta keskusteleminen on saattanut olla hankalaa. Lisäksi osallistujien erilaiset persoonallisuudet ovat saattaneet vaikuttaa koettuun ryhmän keskinäisen aktiivisuuden vaihteluun eri kurssien välillä. Osallistujista toiset saattavat olla avoimempia ja sosiaalisempia kuin toiset.

Osallistujat kokivat saaneensa vertaistukea Verkkosova-kursseilta keskimäärin hyvin. Vertaistuen saaminen on koettu paremmaksi kahdella viimeisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla. Vertaistuen saamista edesauttoi mahdollisesti se, että kurssille osallistumisen yhtenä edellytyksenä oli, että Parkinsonin taudin diagnosoimisesta on kulunut enintään seitsemän vuotta. Tämä keräsi mahdollisesti kokoon osallistujat, jotka ovat lähes samassa sairauden vaiheessa ja näin ollen saattavat ymmärtää toisiaan paremmin. Kokemusta vertaistuen saamisesta saattoi lisätä myös se, että yksi asiantuntijoista oli nimenomaan vertaistukihenkilö. Kahden ensimmäisen kurssin koettu vertaistuen saaminen saattoi olla heikompaa siksi, että kyseiset kurssit olivat ensimmäisenä järjestettyjä ja saattoivat vielä hakea toimintatapojaan. Kurssien välisiä eroja selittää mahdollisesti myös se, että kahdella viimeisellä järjestetyllä Verkkosova-kurssilla vertaistukihenkilö oli eri asiantuntija kuin kahdella ensimmäisellä järjestetyllä kurssilla.

Vertaistuen saamisen lisäksi myös kokemusten ja ajatusten vaihtamisesta on koettu olevan eniten hyötyä kahdella viimeisellä järjestetyllä verkkosopeutumisvalmennuskurssilla. Eri kursseilta laskettuja keskiarvoja tarkastelemalla voi huomata kokemusten ja ajatusten koetun hyödyn kulkevan linjassa koetun vertaistuen kanssa. Lasketut keskiarvot kasvavat viimeisintä järjestettyä kurssia kohden. Osallistujien kokiessa ajatusten ja kokemusten vaihtamisesta olleen hyötyä, ovat he saattaneet kokea myös saaneensa sitä kautta vertaistukea.

Osallistujat kokivat kurssitiedon ja –tehtävät hyväksi, paitsi uuden tiedon saamisen osallistujat kokivat muita osa-alueita heikommaksi. Tähän on vaikuttanut mahdollisesti eritasoiset lähtötiedot sairaudesta osallistujien välillä.

Kurssin annin osallistujat ovat kokeneet hyväksi ja kokivat että kurssille kannatti osallistua. Oman aktiivisuutensa osallistujat ovat arvioineet hieman muita matalammaksi. On mahdollista, että vaativa kysymysmuoto ”Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan”, ohjaa vastauksia matalampiin arvoihin. Osallistuja on voinut kokea olevansa aktiivinen suurimman osan ajasta, mutta ei riittävästi kokeakseen olleensa aktiivinen koko kurssin ajan.

Osallistujien kokemuksissa asiantuntijatapaamisilla käsitellyiden aiheiden hyödyllisyydestä oli eroja eri videotapaamisten välillä, kaikki aiheet ja tapaamiset koettiin kuitenkin palautteen mukaan keskimäärin hyödyllisiksi. Kursseilla käytetyt asiantuntijat vaihtelivat eri kurssien välillä. Esimerkiksi vertaishenkilön videotapaamisella on käytetty kahdella ensimmäisellä tapaamisella samaa asiantuntijaa, kahdelle jälkimmäiselle kurssille asiantuntija on vaihtunut toiseksi. Kahden jälkimmäisen kurssin osalta keskiarvot ovat monen väittämän kohdalla nousseet, mutta suoraa syy-seuraus suhdetta ei voida tämän aineiston pohjalta vetää, sillä pienen otoskoon takia yksittäisen kurssin osallistujien henkilökohtaiset ominaisuudet, kokemus taudista ja oireista sekä odotukset kurssia kohtaan voivat vaikuttaa esimerkiksi työilmapiiriin kannustavuutta mittaavan väittämän keskiarvoihin merkittävästi.

Pohdittavaksi jää myös asiantuntijan mahdollinen kehittyminen videotapaamisen vetäjänä, mikäli hän on toiminut kaikilla järjestetyillä kursseilla asiantuntijana. On mahdollista, että asiantuntija on omaa toimintaansa tarkastelemalla ja kehittämällä vaikuttanut osallistujien kokemukseen hänestä ja videotapaamisen onnistumiseen. Esimerkiksi Verkkosova-kurssin videotapaamisilla asiantuntijana käytetty neurologi pysyi samana läpi kaikkien kurssien ja tämän videotapaamisen palautteissa on nähtävissä nousevaa trendiä kohti viimeistä kurssia työskentelyilmapiiriä ja asiantuntijan keskusteluun osallistumisen hyödyllisyyttä mittavissa väittämässä. Myös ravitsemusterapeutti sekä järjestösuunnittelija pysyivät samana kaikilla kursseilla. Ravitsemusterapeutin tapaamisen kohdalla aihe on koettu tasaisen hyödyllisenä kaikilla kursseilla, järjestösuunnittelijan tapaamisen kohdalla taas on tapahtunut positiivista nousua kohti viimeistä kurssia esimerkiksi työskentelyilmapiiriä ja välitehtäviä koskevien palautteiden osalta.

Osallistujien kokemuksissa omasta aktiivisesta osallistumisesta keskusteluun videotapaamisen aikana oli palautteen perusteella huomattavissa eroja eri asiantuntijatapaamisten välillä. Osallistujien aktiivisuuteen ottaa osaa keskusteluun saattoi vaikuttaa ainakin aiheet itsessään sekä lähtötiedot ja pohjalla olevat kokemukset aiheesta. Neurologin pitämä videotapaaminen aiheesta ”Parkinsonin tauti sairautena” ja fysioterapeutin pitämä tapaaminen aiheella ”Liikunta osana itsehoitoa” saattoivat koskettaa enemmän osallistujien omaa elämää sekä kokemuksia sairaudesta ja sen kanssa elämisestä kuin sosiaalityöntekijän pitämä tapaaminen sosiaaliturvaan- ja tukeen liittyvistä asioista. Sosiaalityöntekijän käsittelemiä aiheita osallistujat kuitenkin pitivät palautteen perusteella hyödyllisinä, mutta osallistujien tiedot eri sosiaalipalveluista ja tukimuodoista saattoivat olla heikkoja, jolloin kyseisellä tapaamiskerralla oli vaikeampi ottaa osaa keskusteluun ja osallistujat jäivät enemmän kuuntelijan rooliin. Samanlainen palautteen rakenne on nähtävissä myös seksuaaliterapeutin tapaamisen kohdalla: osallistujat kokivat itse aiheen hyödylliseksi, mutta omaa aktiivisuutta keskustelussa mittaavan väittämän keskiarvo jäi alhaisemmaksi. Kahta ensimmäistä Verkkosova-kurssia analysoineessa tutkimuksessa tuli esille se, että osallistujat kokivat seksuaalisuuden aiheena araksi, vaikka itse aihe koettiin tärkeänä (Di Mariano & Valmunen 2016, 37).

Miesten ja naisten vastauksien keskiarvot olivat keskenään hyvin samankaltaisia. Vaikka keskiarvoja tarkastellessa voidaan nähdä pieniä eroja sukupuolten välillä sekä kurssipalautteen väittämien, että yksittäisten videotapaamisten osalta, otoskoko sukupuolittain on niin pieni (Miehet n=13, Naiset n=15), että esimerkiksi kurssien yleinen ilmapiiri ja osallistujien ominaisuudet vaikuttavat keskiarvoihin helposti ja vaikeuttavat johtopäätösten tekoa. Naisten kohdalla voidaan nähdä useammassa kohtaa parempia keskiarvoja väittämien vastauksissa kuin miehillä, mutta kahdella jälkimmäisellä kurssilla osallistujista suurempi osa oli naisia kuin miehiä ja näillä kahdella kurssilla tulokset olivat yleisesti ottaenkin parempia. Tämä vaikeuttaa entisestään johtopäätösten tekemistä mahdollisista sukupuolten välisistä eroista.

Osallistujan omaa aktiivisuutta mittaavan väittämän ”Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan” ja muiden väittämien välisiä korrelaatiota esiintyi lähinnä ”Vertaistuki ja ryhmä” –osa-alueen väittämien kohdalla. Ryhmän pienestä osallistujamäärästä johtuen, osallistujan henkilökohtaisella kokemuksella omasta aktiivisuudestaan on mahdollisesti yhteys koko ryhmän aktiivisuuteen. Myös sopeutumattomuus ryhmään saattaa vaikuttaa oman aktiivisuuden kokemukseen. Osallistujan omaa aktiivisuutta mittaavalla väittämällä oli tulosten mukaan kohtalaista korrelaatiota myös väittämän ”Välitehtävien te-

keminen ei vienyt liikaa aikaa” kanssa. On ymmärrettävää, että itsensä aktiiviseksi kokenut osallistuja kokee myös välitehtäviin kulutetun ajan sopivana.

Yksittäisten videotapaamisten välitehtävien ja oman aktiivisuuden kokemuksella vaikuttaisi mahdollisesti olevan yhteys. On mahdollista, että hyvin suunniteltu välitehtävä kannustaa osallistujaa omaksumaan uutta tietoa ja osallistumaan aktiivisemmin keskusteluun ja päinvastoin huonoksi koettu välitehtävä mahdollisesti toimii aktiivisuutta heikentävänä tekijänä.

Tämän tutkimuksen tulosten myötä Suomen Parkinson-liitto ry:n on mahdollista eritellä osallistujien kokemuksia kurseittain, saada eriteltyä tietoa mies- ja naisosallistujien kokemuksista sekä saada tärkeää informaatiota siitä, mitkä tekijät ovat mahdollisesti yhteydessä osallistujan aktiiviseen osallistumiseen kurssilla. Yksittäisen videotapaamisten välitehtävien ja niistä annettujen palautteiden analysointi olisi jatkossa hyvä jatkotutkimuskohde kurssien kehittämiseksi. Videotapaamisista kerätty ja tämän opinäytetyön myötä yhteen koottu palauteaineisto auttaa jatkossa sopeutumisvalmennusta suunniteltaessa rakentamaan ja kehittämään sen sisältöä. Tutkimuksen otoskoko oli liian pieni tulosten yleistettävyyden kannalta, mutta tekijöiden tavoitteena olikin alusta lähtien antaa kehittämisehdotuksia ja tietoa nimenomaan Suomen Parkinson-liitto ry:n käyttöön ja verkkomuotoisen sopeutumisvalmennuksen kehittämiseen.

Kurssipalautteesta erottui ”Suuri osa tiedoista oli minulle uutta”-väittämän heikompi keskiarvo verrattuna muuhun kurssipalautteeseen. Jatkossa verkkomuotoisia sopeutumisvalmennuskursseja suunniteltaessa voisi olla tarpeellista kartoittaa esimerkiksi kyselyn tai haastattelun avulla osallistujien tietotasoa sairaudestaan. Näin olisi mahdollista sovittaa paremmin kurssin sisältämät aiheet ja tiedot osallistujan tarvitsemaan tietoon ja osallistujat kokisivat saavansa kurseilta enemmän uutta tietoa sairauteensa liittyen. Aikaisemman tutkimuksen mukaan toisen Verkkosova-kurssin osallistujat toivoivat lisää tietoa esimerkiksi vaihtoehtoisista hoitomuodoista sekä uusimmista tutkimuksista (Di Mariano & Valmunen 2016, 38). Ryhmämuotoinen sopeutumisvalmennus ei toki mahdollista jokaiselle osallistujalle oleellisinta, täysin yksilöllistä sisältöä, mutta kartoituksella voitaisiin silti saada kehitettyä kurssien sisältöä paremmaksi.

LÄHTEET

Atula, S. 2016. Parkinsonin Tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.10.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055

Dancis, A & Cotter, V. 2015. Diagnosis and management of cognitive impairment in Parkinson's disease. The Journal for Nurse Practitioners 2015 vol 11, No 3, 307-313

Di Mariano, U. & Valmunen, J. 2016. Internet sopeutumisvalmennuksen toimintaympäristönä – Parkinsonin tautia sairastavien kuntoutujien ja asiantuntijoiden kokemuksia Verkko-sova-kurseista. Turun Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112930/Di%20Mariano%20Ulla%20ja%20UValmunen%20Johanna.pdf?sequence=1>

Factor, S. & Weiner, W. 2008. Parkinson's disease: Diagnosis and Clinical Management. New York. Demos Medical Publishing.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi

Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2014. Teoreettisia näkökulmia psykososiaaliseen sopeutumiseen ja sopeutumisvalmennukseen. Teoksessa Streng, H. (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. RAY: Grano Oy.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter D, Väisälä L, Kaimola K (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim

Ilmonen, T. 2008. Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden seksuaaliterveyspalvelut. Teoksessa Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Stakesin työpapereita 26/2008. Helsinki: Stakes

Isomöttönen, H & Ojala, U 2009. Parkinsonin tautia sairastavien kokemuksia vertaistuen eri muotojen tärkeydestä ja tyytyväisyys saatuun vertaistukeen. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.11.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6357/Isomottonen_%20Henna%20ja%20Ojala%20Ulla.pdf?sequence=1

Kaakkola, S. & Lyytinen, J. 2008. Parkinsonin tauti – paljon muutakin kuin motoriikkaa. Duodecim 2008 Vol 124, No 24, 2807–14

Kaakkola, S. 2016. Lääkärin käsikirja. Parkinsonin tauti. Viitattu 14.10.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=parkinson

Kaisko, S. & Kanerva, M. 2016. Tavoitteiden toteutuminen Parkinsonin tautia sairastavien Internet sopeutumisvalmennuskurssilla – Verkko-sova-hanke 2015–2016. Turun Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Kalia, L & Lang, A. 2015. Parkinson's disease. Lancet 2015 Vol 386, No 9996, 896-912

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro

Kansaneläkelaitos. Kela. 2016a. Kelan avo- ja laitosten kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Viitattu 27.10.2016. <http://www.kela.fi/documents/10180/2272284/P%C3%A4ivitetty+Yleinen+osa.pdf/83f478e6-ac84-4a37-888f-220e6edf018d>

- Kansaneläkelaitos. Kela. 2016b. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Viitattu 27.10.2016. http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutus-ja-sopeutumisvalmennuskurssit?inheritRedirect=true
- Kuopio, A-M. 2008. Parkinsonin tauti ja elämänlaatu. Suomen lääkärilehti 9/2008, 849-853
- Kääntä, J. 2012. Elämä Uusiksi. Sopeutumien sairastumisen tai vammautumisen aiheuttamaan elämänmuutokseen. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Laine, I & Sumell, N. 2014. Vertaistuen ja sosiaalisen tuen merkitys Parkinsonin taudin kanssa selviytymisessä. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.11.2016 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70719/NinaSumell_lidaLaine.pdf?sequence=1
- Liippola, P. & Martikainen, K. 2014. Seksuaaliopas Parkinsonia sairastavalle. Opas sairastaville, heidän kumppaneilleen ja ammattilaisille. Suomen Parkinson-liitto ry.
- Martikainen, K. 2016. Parkinson-potilaan hoitopolku perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkäri-lehti 8/2016, 567–569.
- Masahiko, K.; Ogawa, E.; Sakakibara, R.; Tateno, F.; Uchiyama, T.; Yamamoto, T. & Yamanishi, T. 2011. Bladder, Bowel, and Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease. Parkinson's Disease Volume 2011, Article ID 924605.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Peer Support in Different Illness Groups. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 4.11.2009. <http://www.kansalaisareena.fi/irjasbn978-951-27-1232-8.pdf>
- Moisio, M. 2012. Ryhmävoimaa!. Loppuraportti. Aivoliitto ry & Suomen Parkinson –liitto ry: Opetus ja kulttuuriministeriö
- Niittynen, O. 2012. Kuntouta verkossa – verkkokuntouttajan opas. Turun aikuiskoulutuskeskus & Kela. Viitattu 27.10.2016. http://www.kela.fi/documents/10180/1547996/Verkkokuntouttajan+opas+versio+2012_12_21.pdf/05620b4c-747a-4e6d-b7b4-3d5197f082c0
- Niskanen, M. 2014. Sopeutumisvalmennus käytännössä. Teoksessa Streng, H. (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. RAY: Grano Oy.
- Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 22/2011, 1829-1834
- Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter D, Väisälä L, Kaimola K (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim
- Streng, H. 2014a. Johdanto. Teoksessa Streng, H. (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. RAY: Grano Oy.
- Streng, H. 2014b. Julistus sopeutumisvalmennuksen puolesta. Teoksessa Streng, H. (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. RAY: Grano Oy.
- Streng, H. 2014c. Järjestölähtöinen sopeutumisvalmennus. Teoksessa Streng, H. (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. RAY: Grano Oy.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Parkinsonin tauti. Käypä hoito –suositus. Viitattu 4.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=A73D5FFAA790311615D7A72C48C6A633?id=hoi50042#s4>

Suomen Fysioterapeutit 2016. Eurooppalainen Parkinson-fysioterapian suositus. Käännös alkuperäisteoksesta European physiotherapy guideline for Parkinson's disease. Viitattu 4.11.2016. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/images/Liitteet/Parkinson-suositus2016.pdf>

Suomen Kuntaliitto.; Suomen Fysioterapeutit & FYSI ry 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007. Viitattu 6.11.2016. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6_2007.pdf

Suomen Parkinson-liitto ry. 2015a. Hankkeet. Viitattu 31.10.2016. <https://www.parkinson.fi/hankkeet>

Suomen Parkinson-liitto ry. 2015b. Kuntoutus. Viitattu 27.10.2016. <https://www.parkinson.fi/kuntoutus>

Suomen Parkinson-liitto ry 2015c. Kerhotoiminnan käsikirja 2015. Suomen Parkinson-liitto ry.

Suomen Parkinson-liitto ry 2015d. Parkinsonin tauti. Viitattu 27.10.2016. <https://www.parkinson.fi/parkinsonin-tauti>

Suomen Parkinson-liitto ry. 2015e. Verkkosova-esite. Viitattu 1.11.2016. <https://www.parkinson.fi/hankkeet>

Suomen Parkinson-liitto ry. 2014. Verkkosova - Verkossa tapahtuvan sopeutumisvalmennuksen kehittäminen 2015–2017. Julkaisematon projektisuunnitelma. Turku: Suomen Parkinson-liitto.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Vammaispalvelujen käsikirja. Vertaistuki. Viitattu 3.11.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Vammaispalvelujen käsikirja. Sopeutumisvalmennus. Viitattu 1.11.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/kuntoutus/sopeutumisvalmennus>

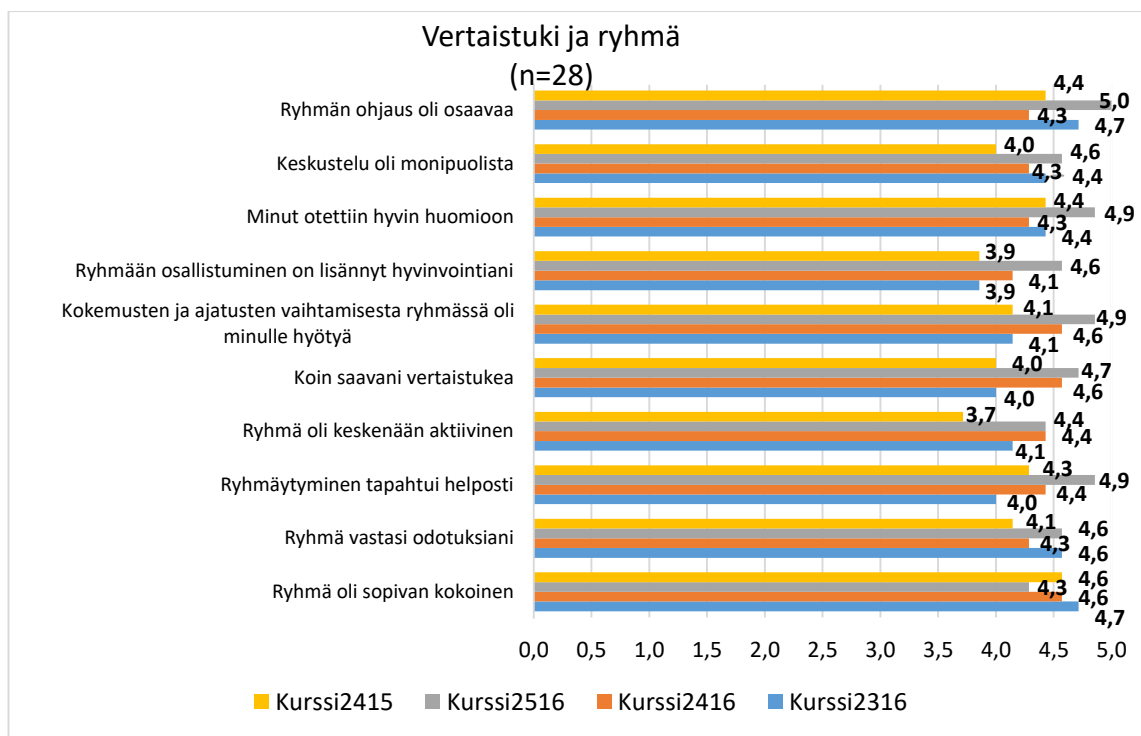
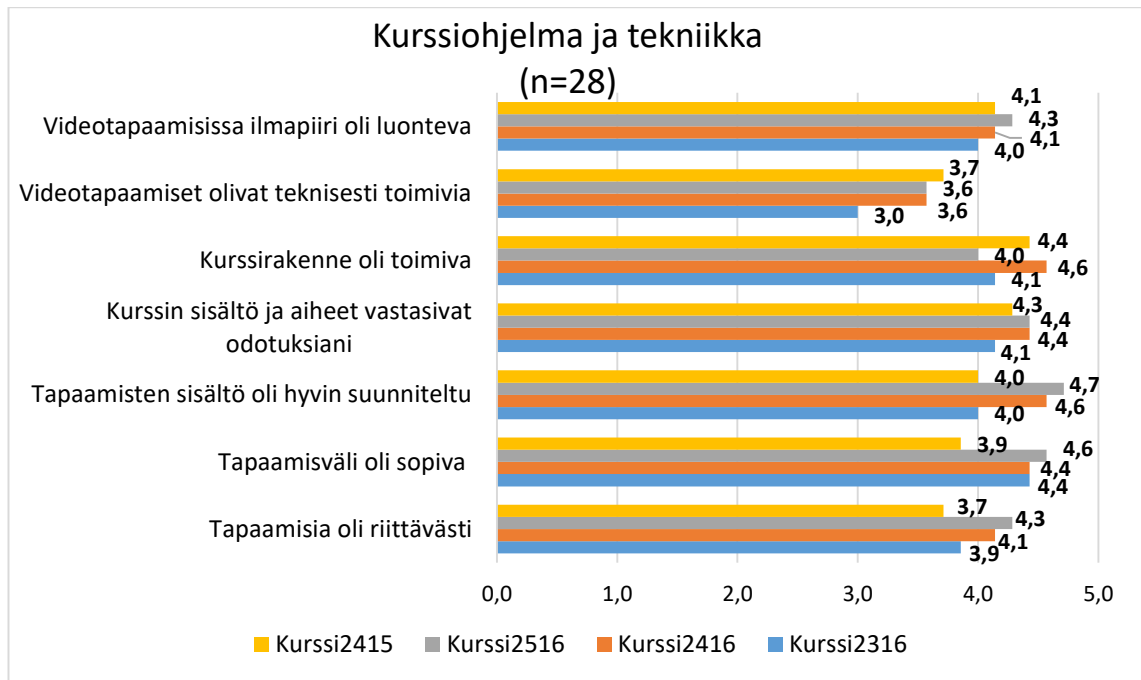
Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

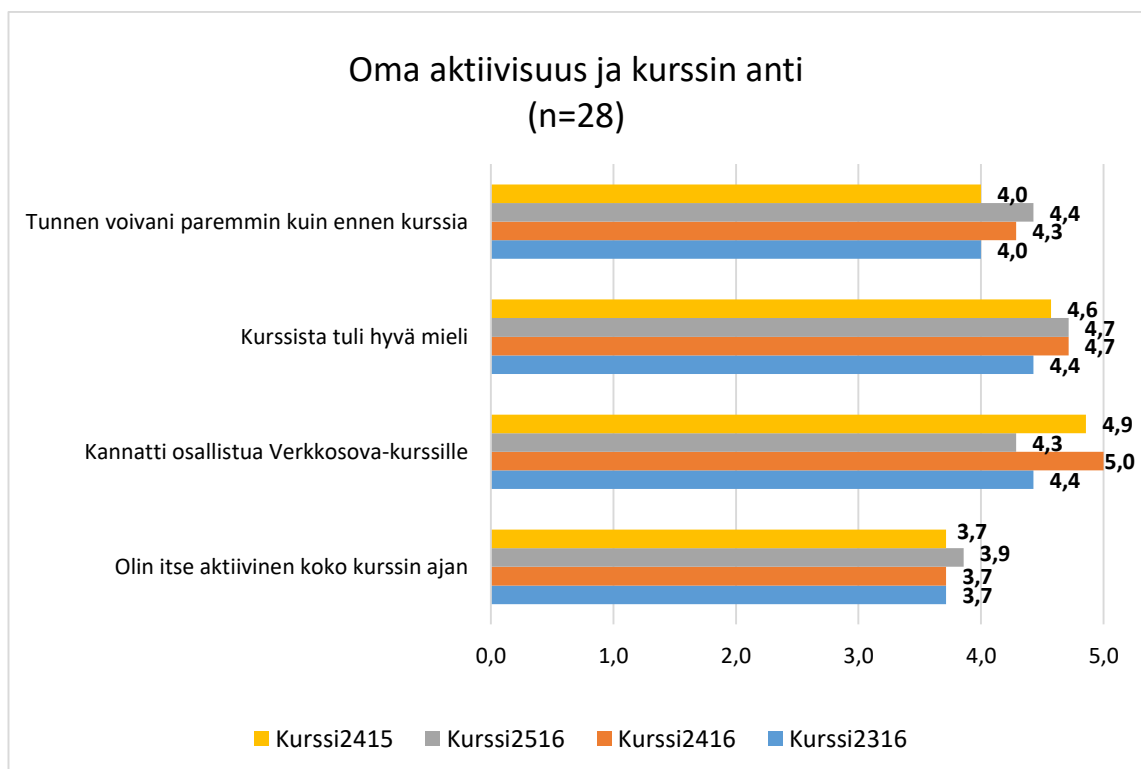
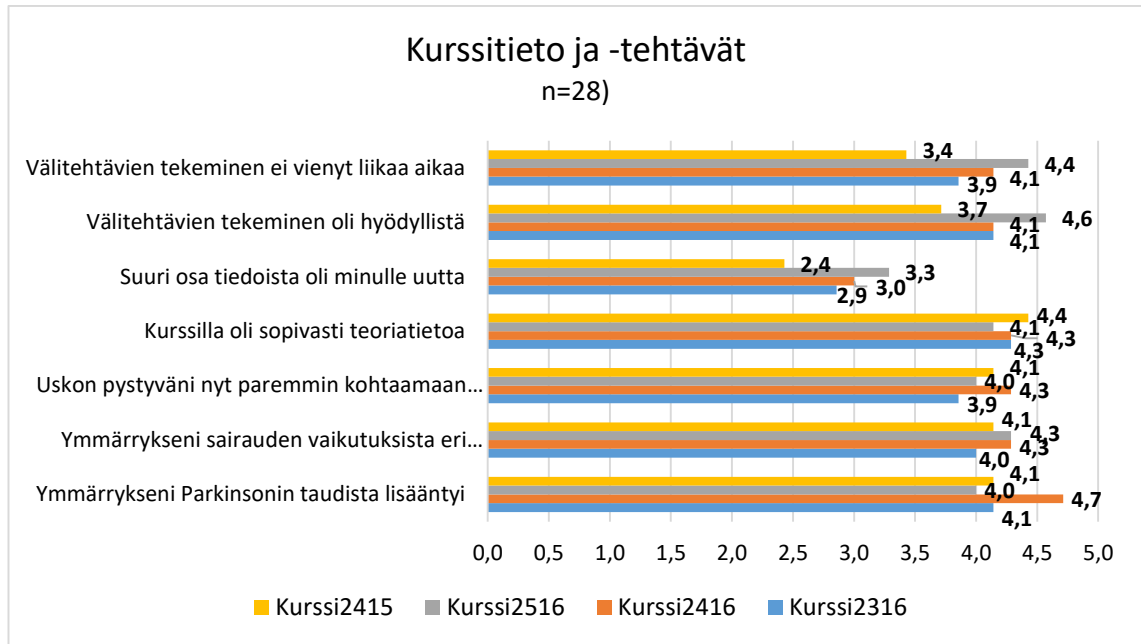
Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

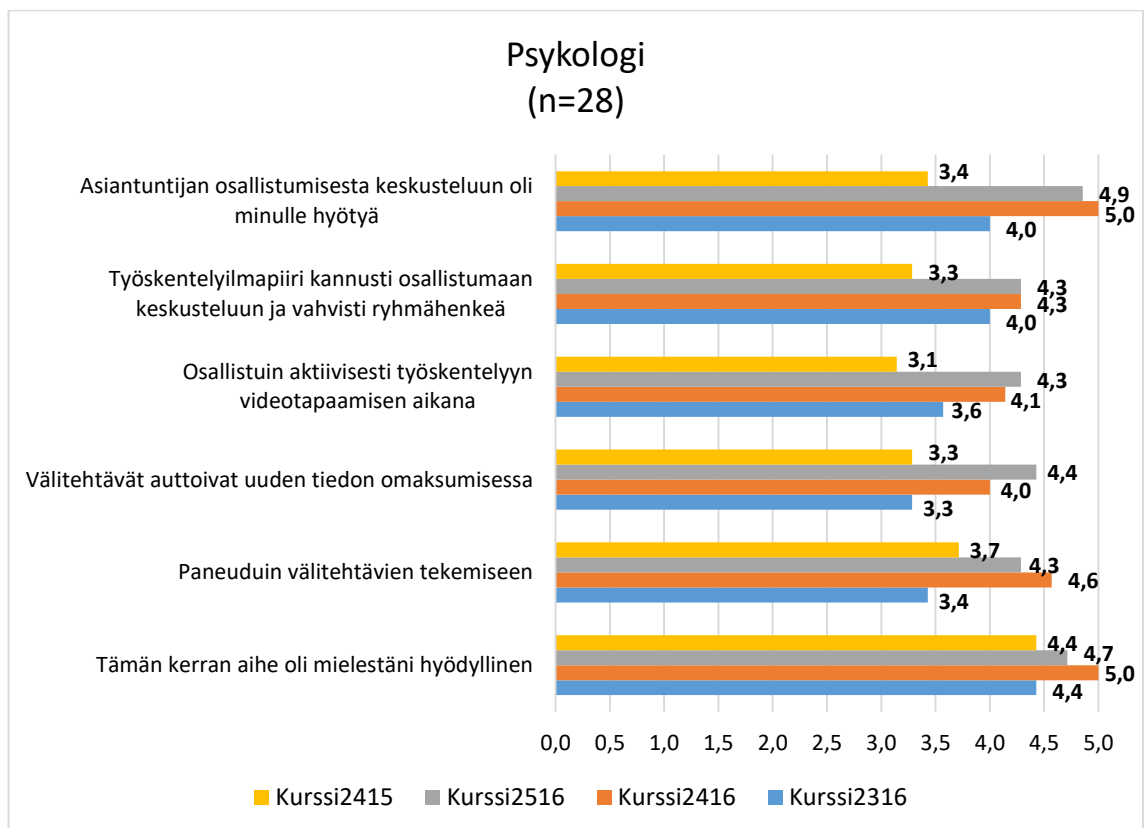
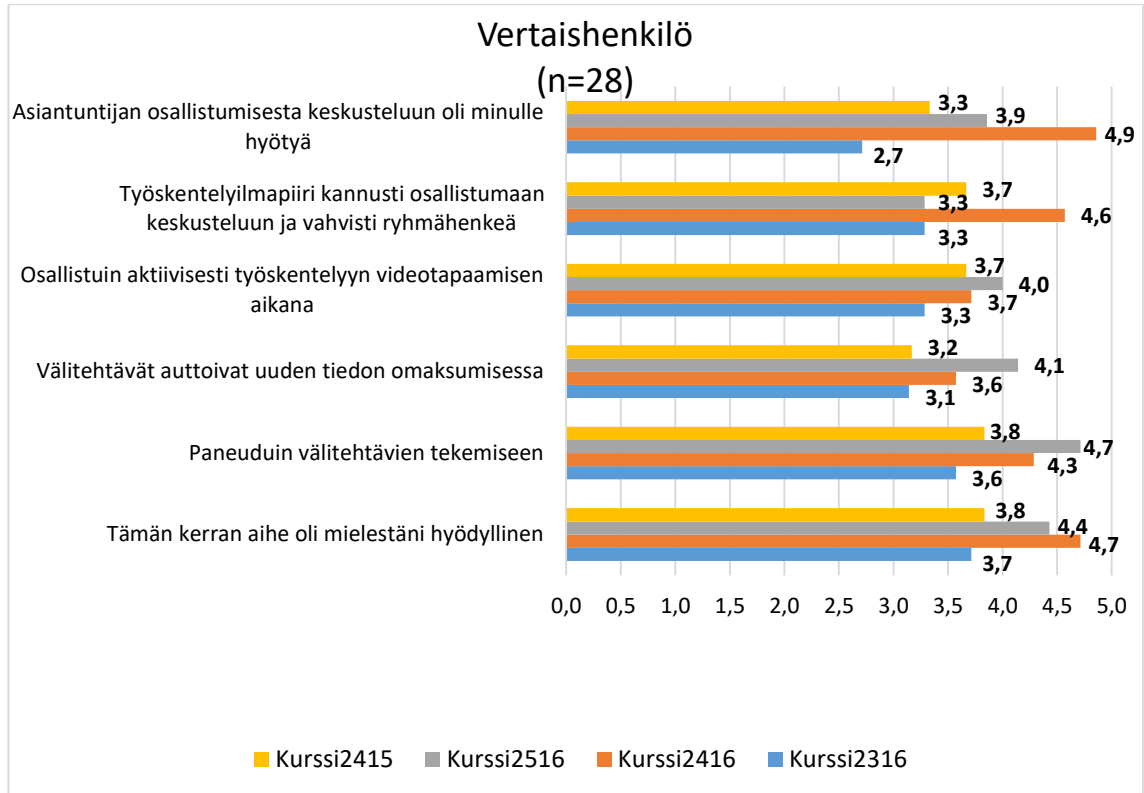
Virtanen, T. 2004. Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa –projekti 2001-2004. Suomen Parkinson-liitto ry 2004

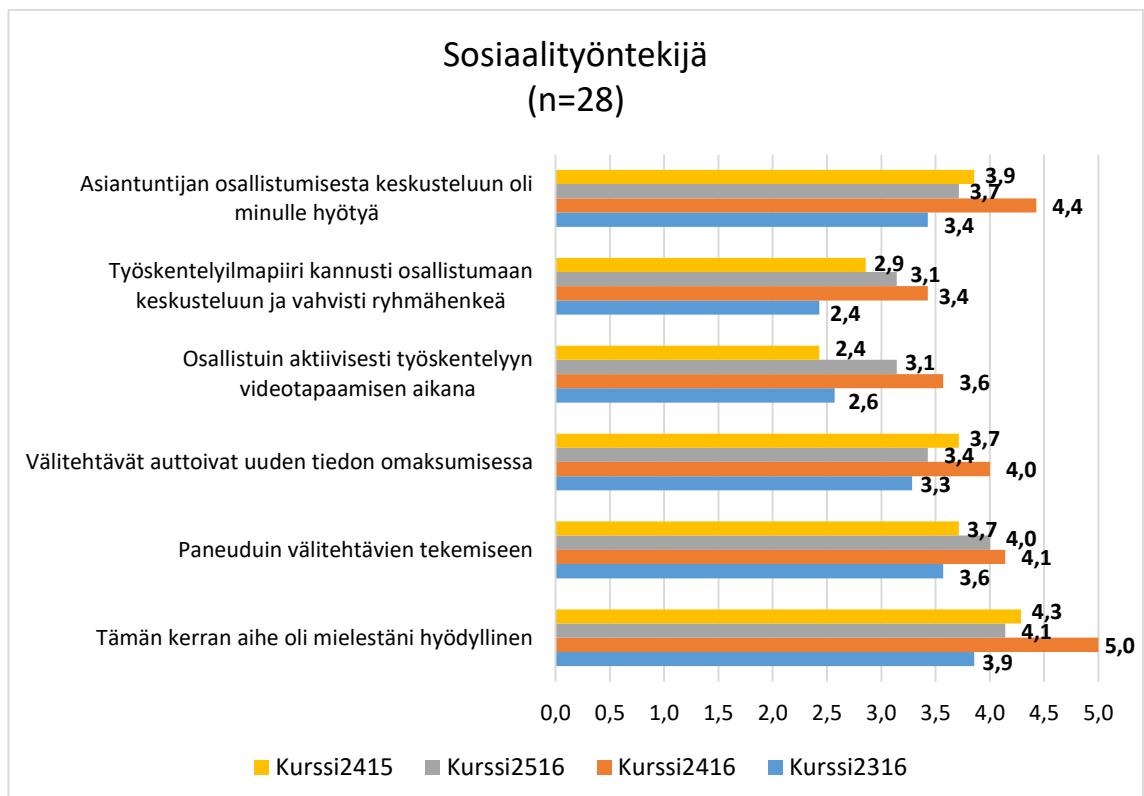
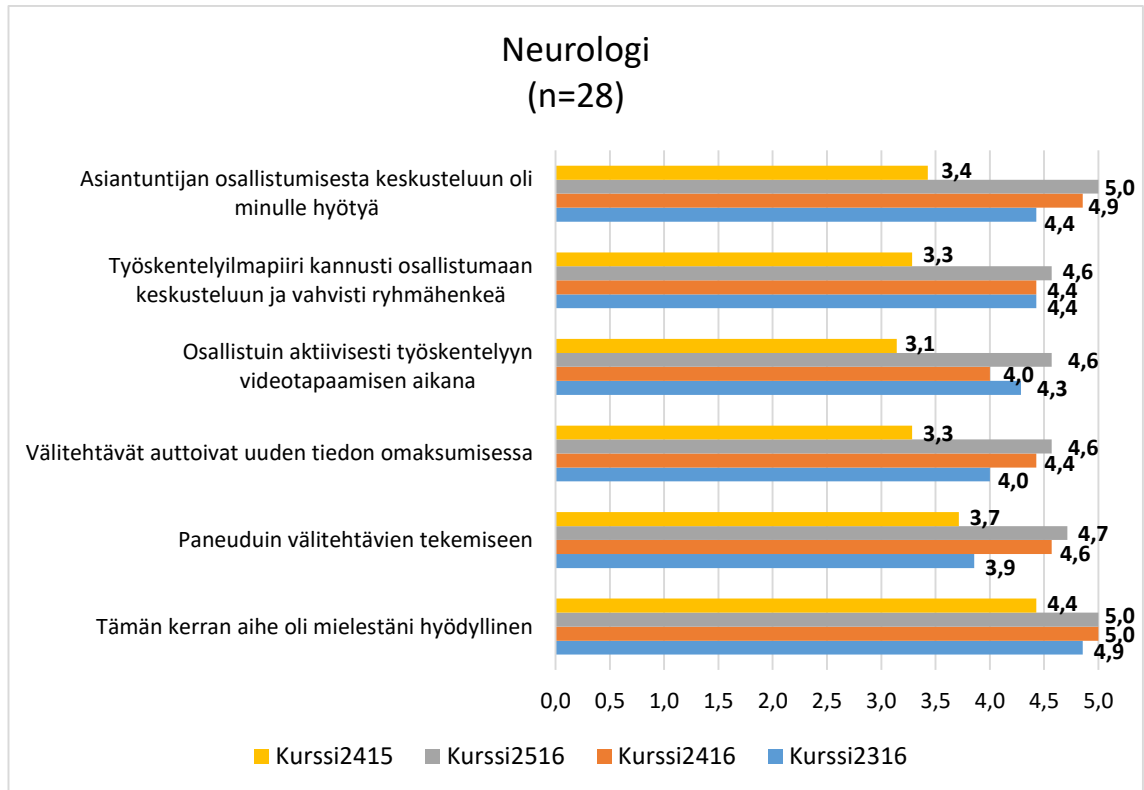
Liite 1. Keskiarvot kurssipalautteesta kysymyksittäin eri kursseilta

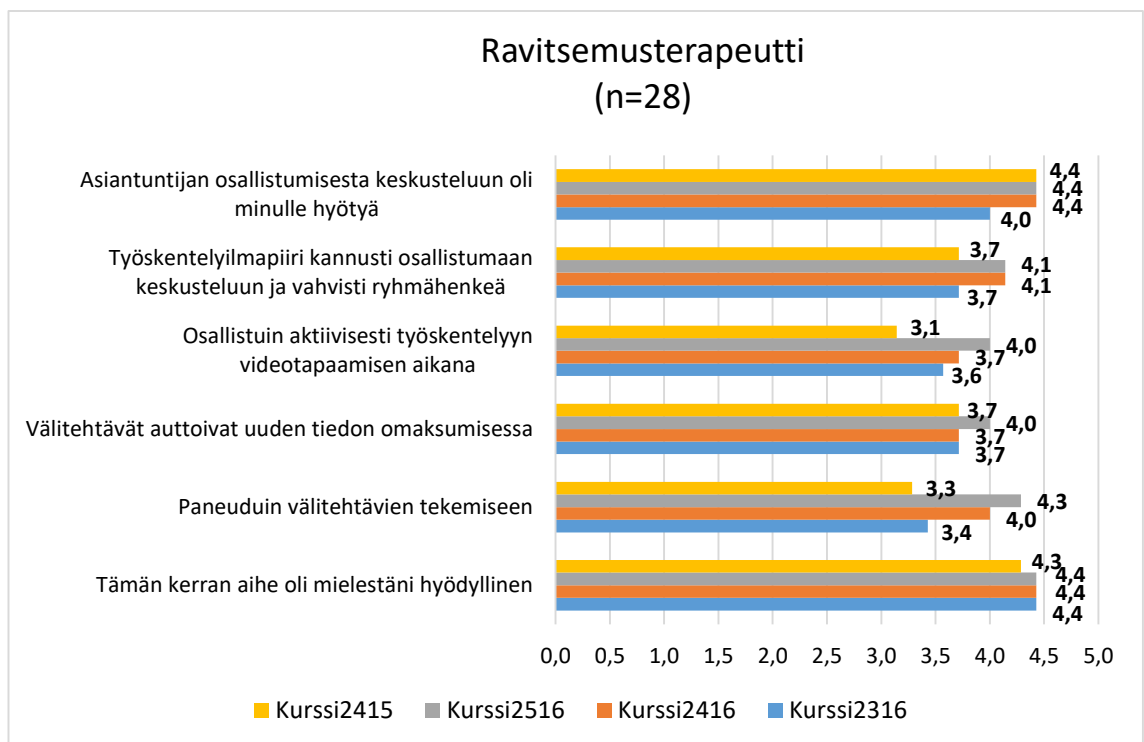
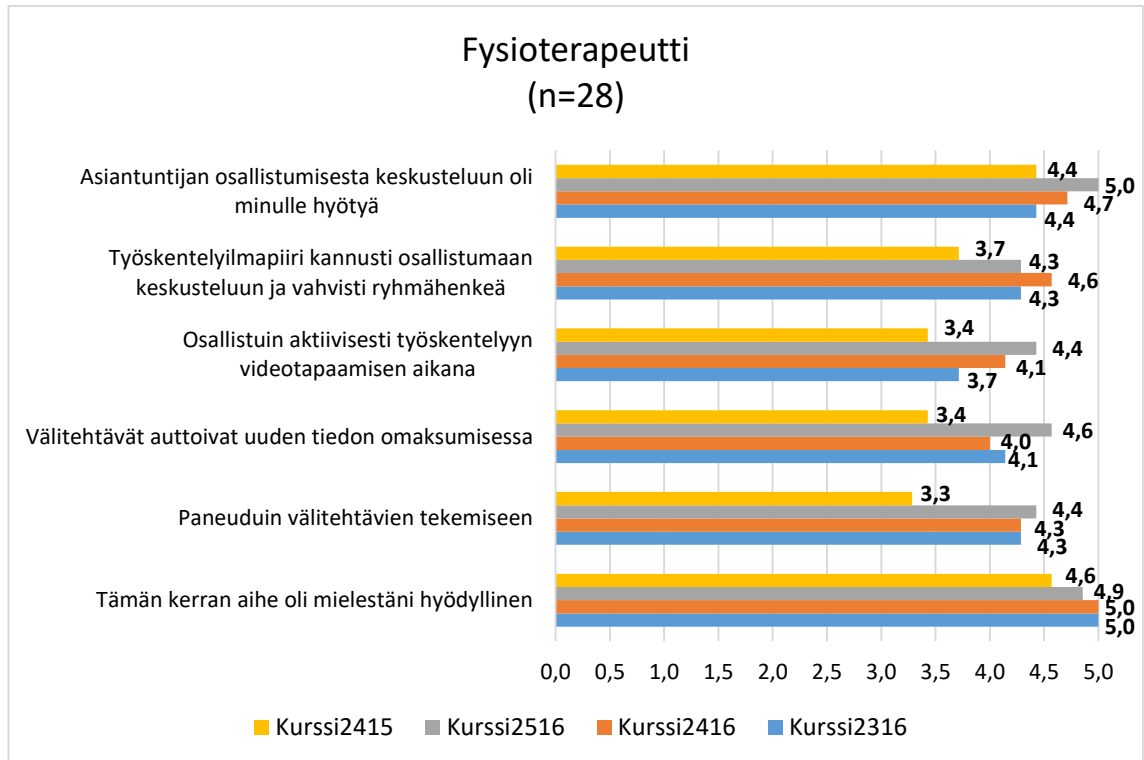


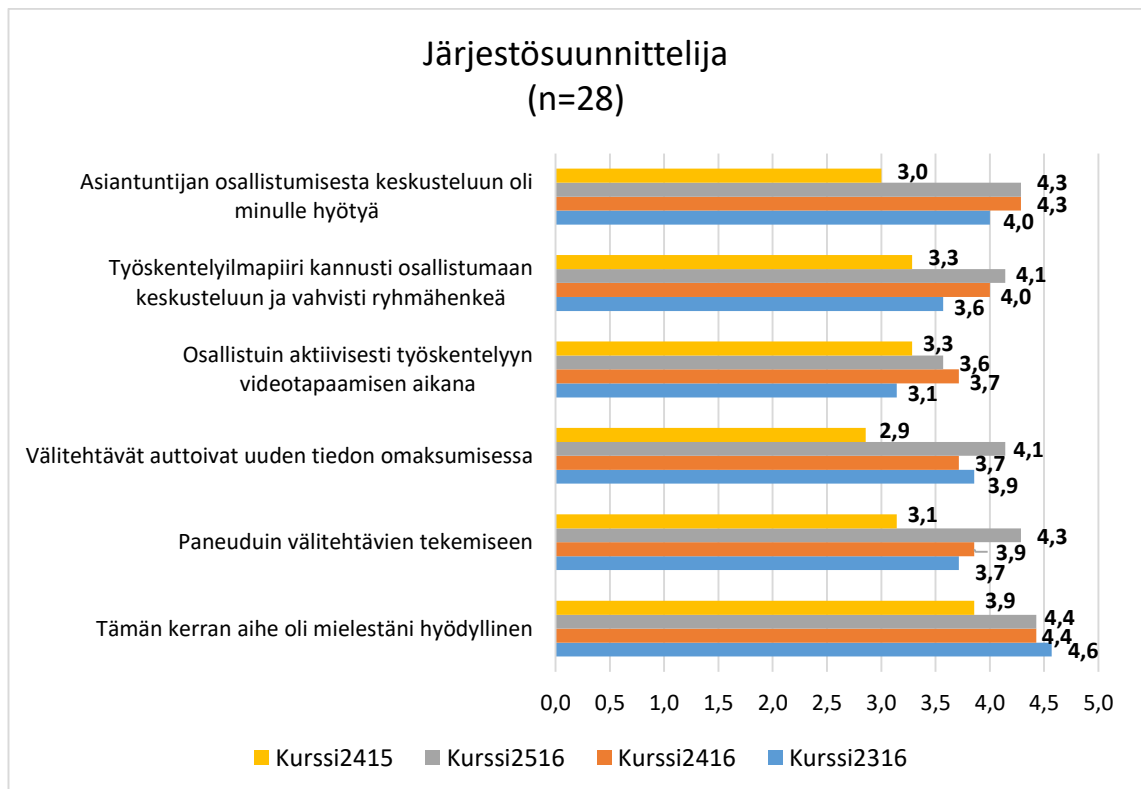
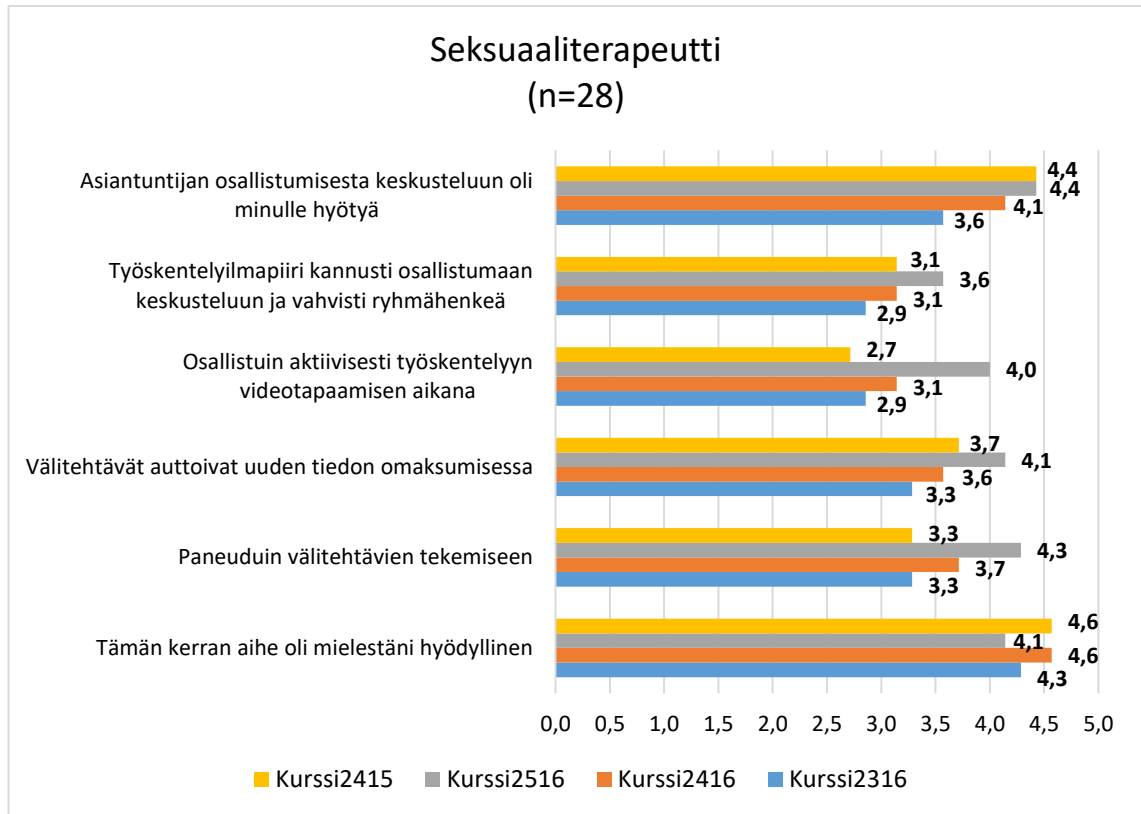


Liite 2. Asiantuntijatapaamisten palautteiden keskiarvot kysymykskohtaisesti

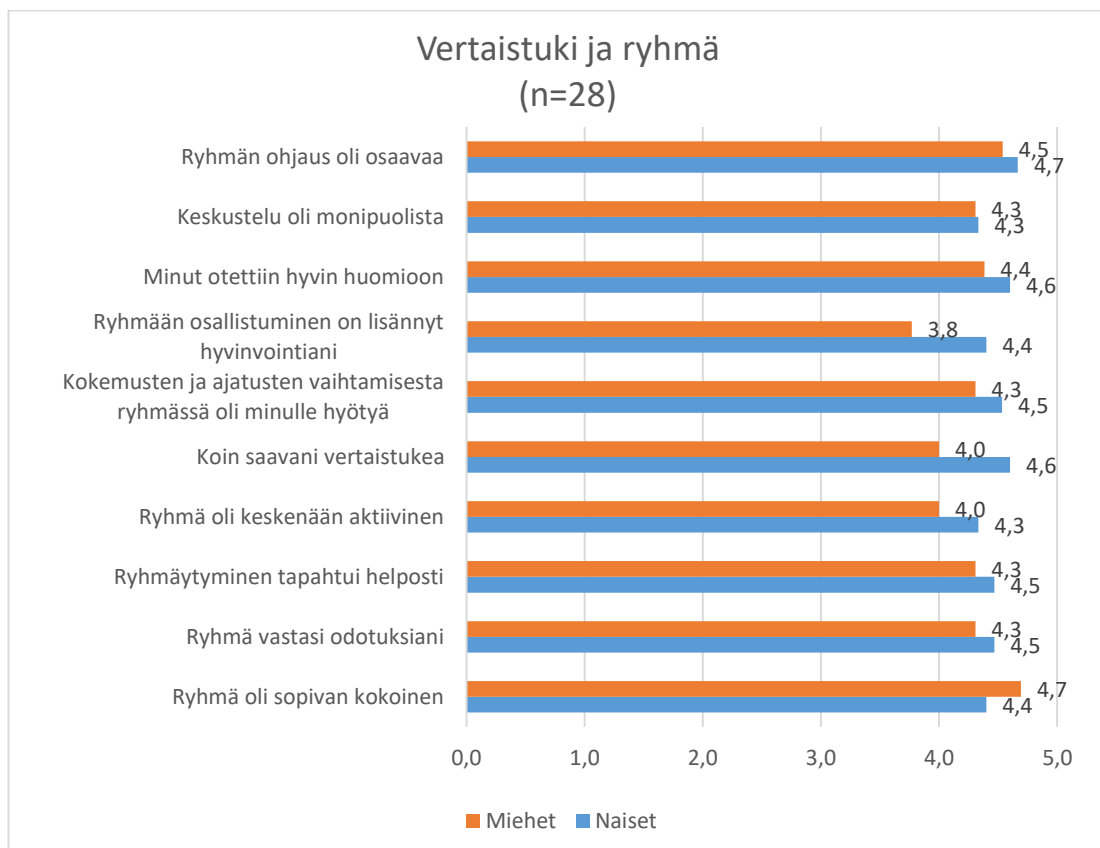
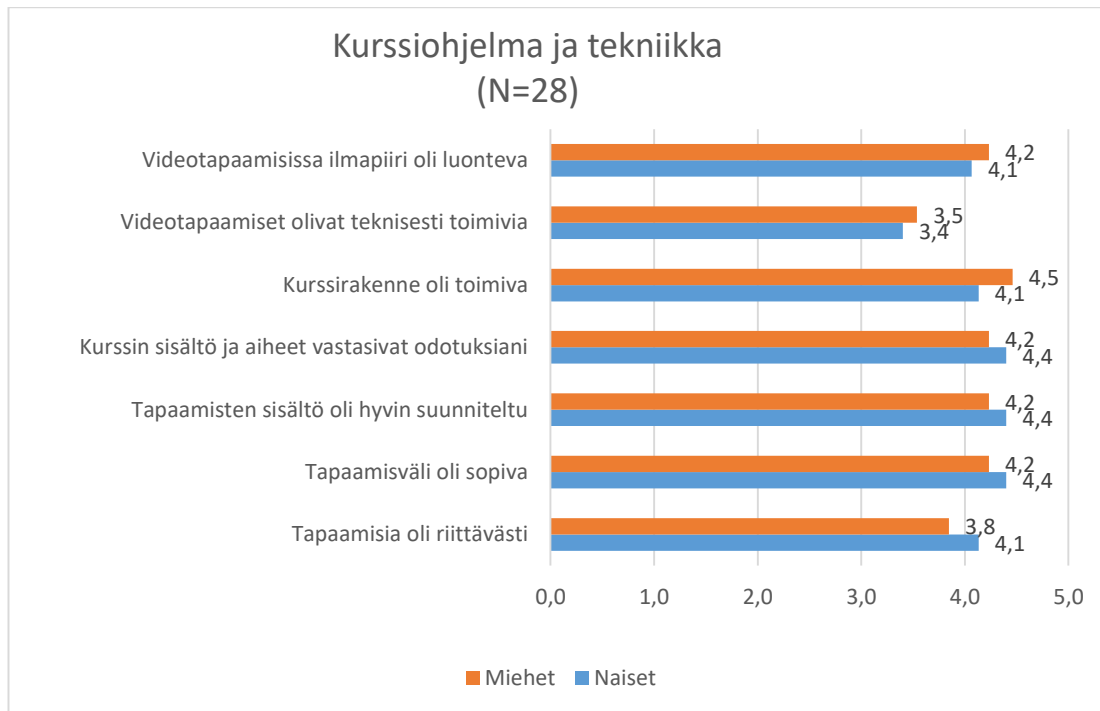


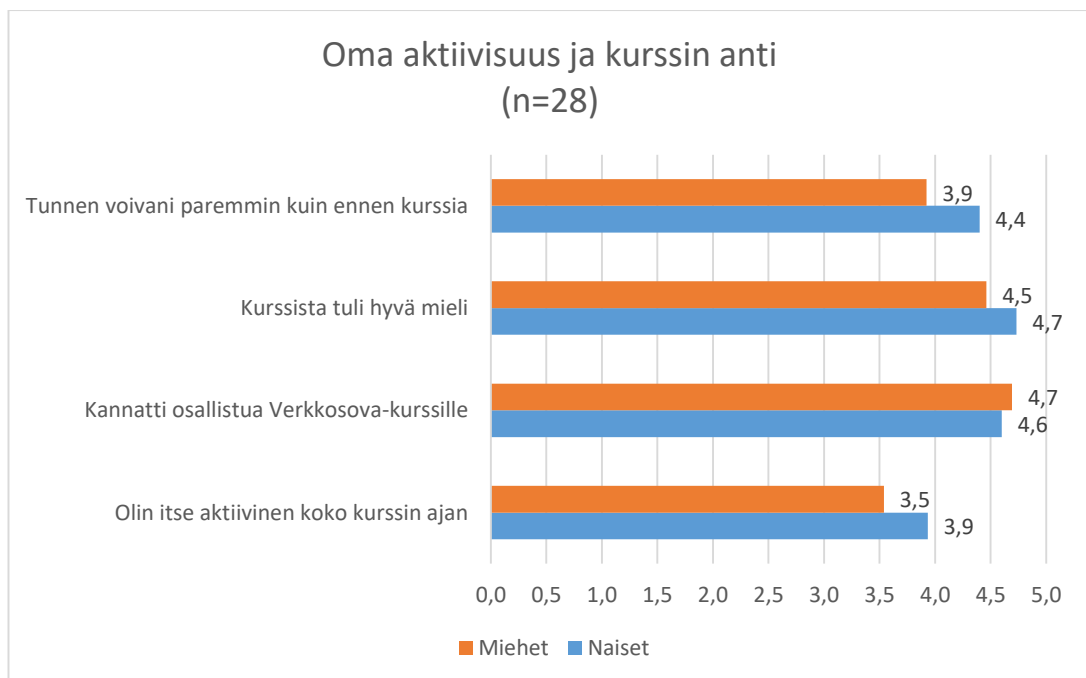
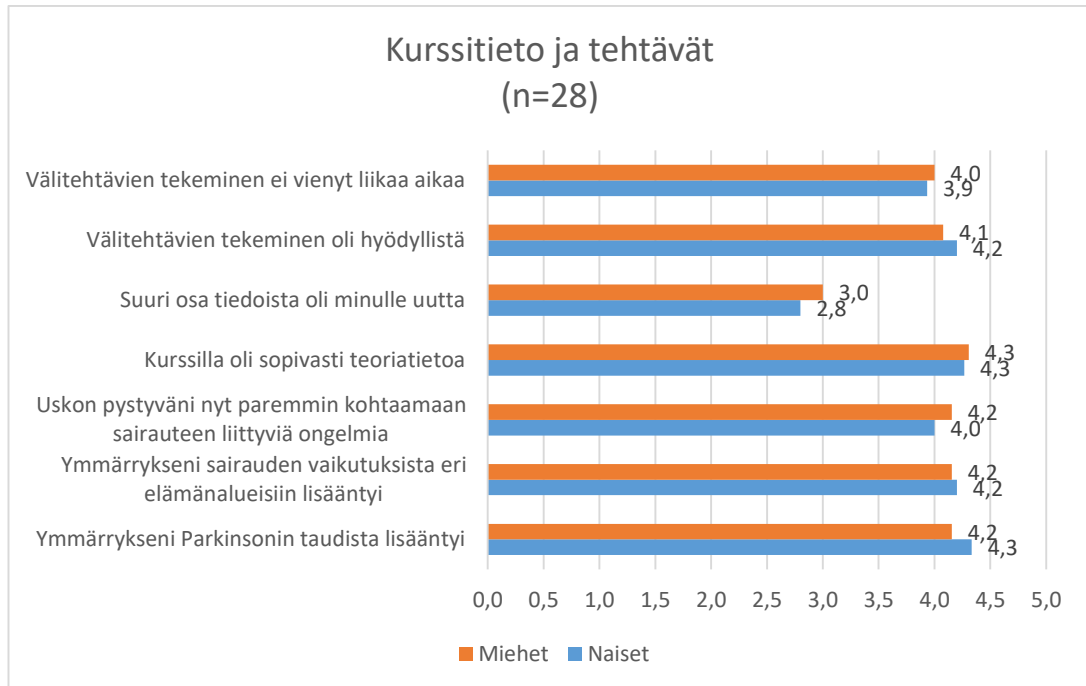




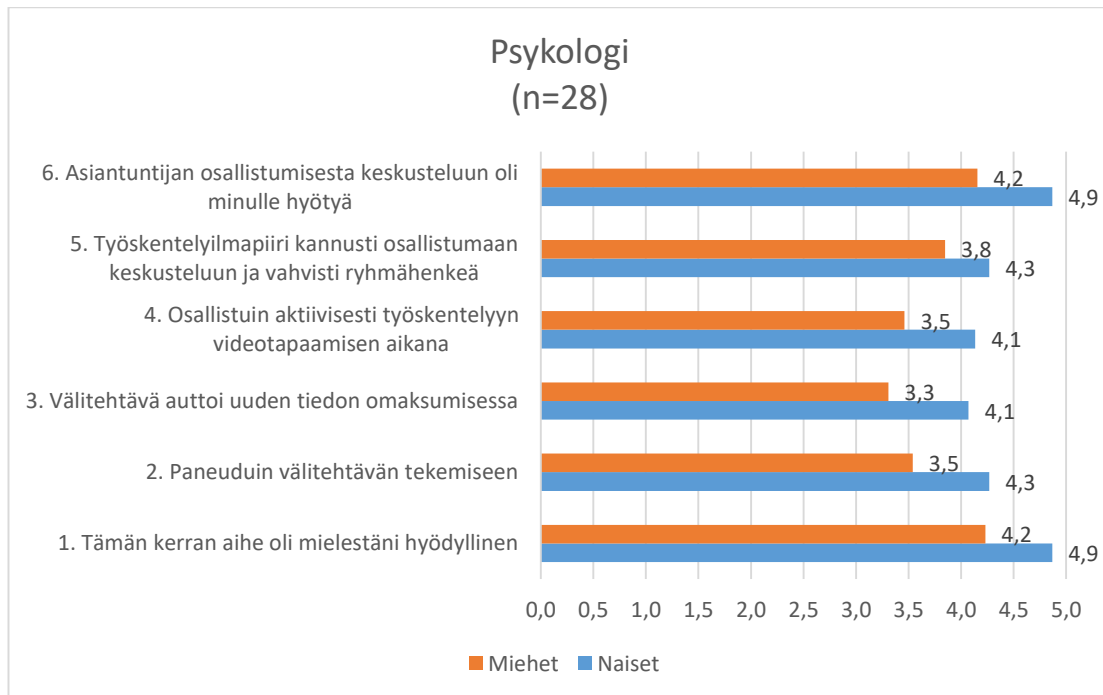
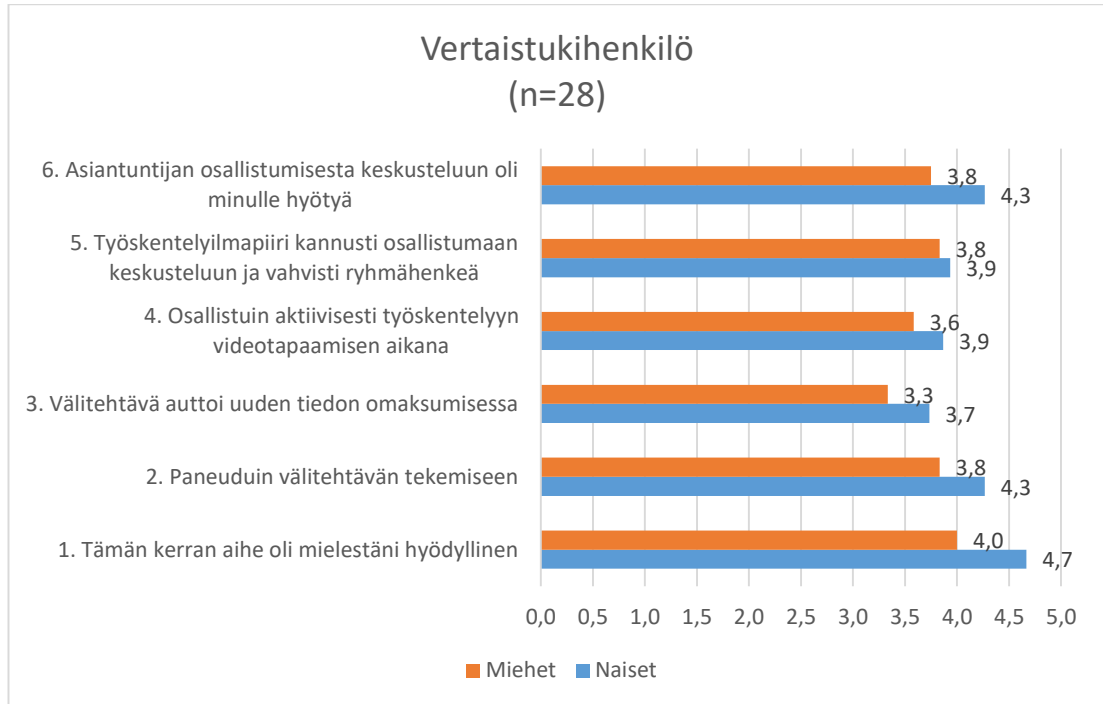


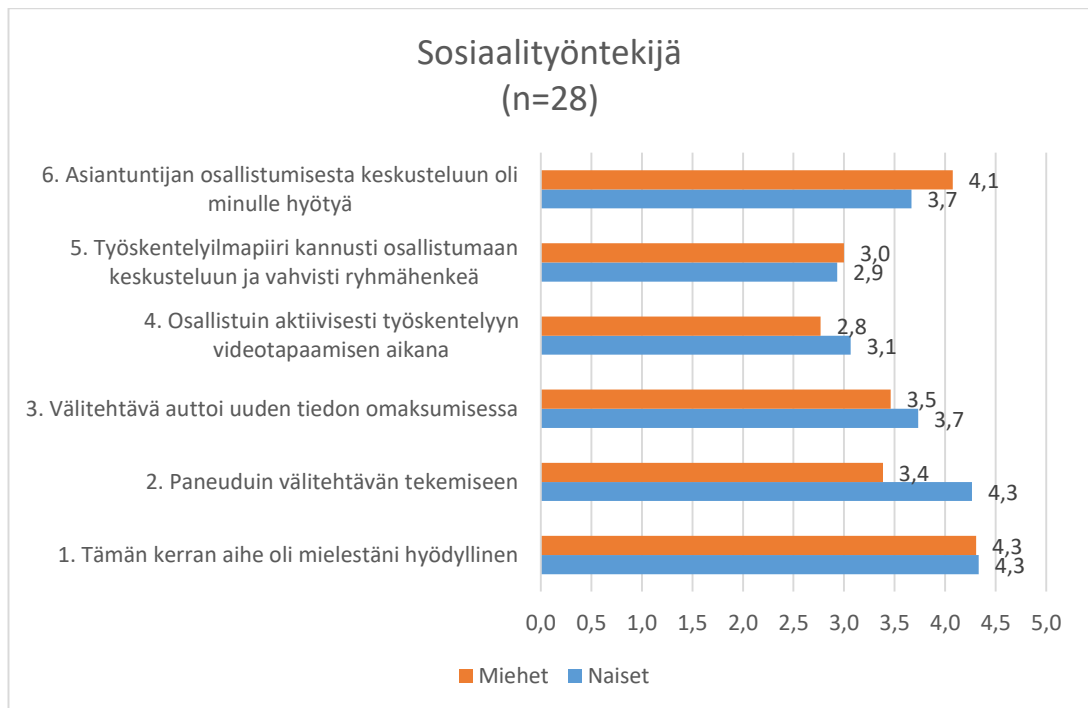
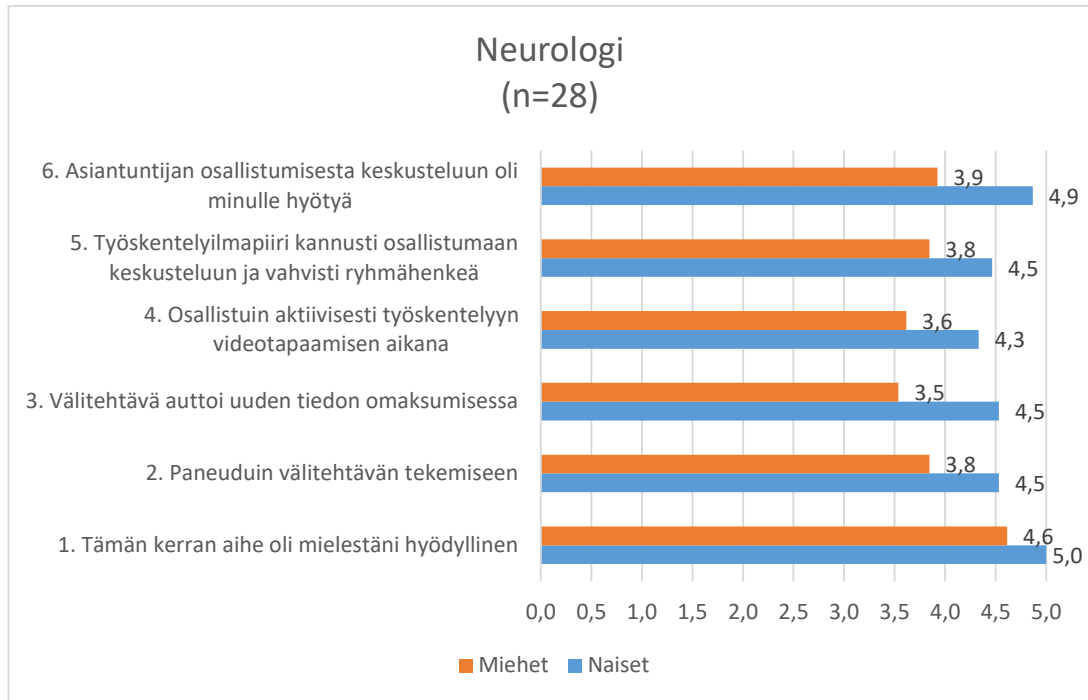
Liite 3. Naisten ja miesten kurssipalaute

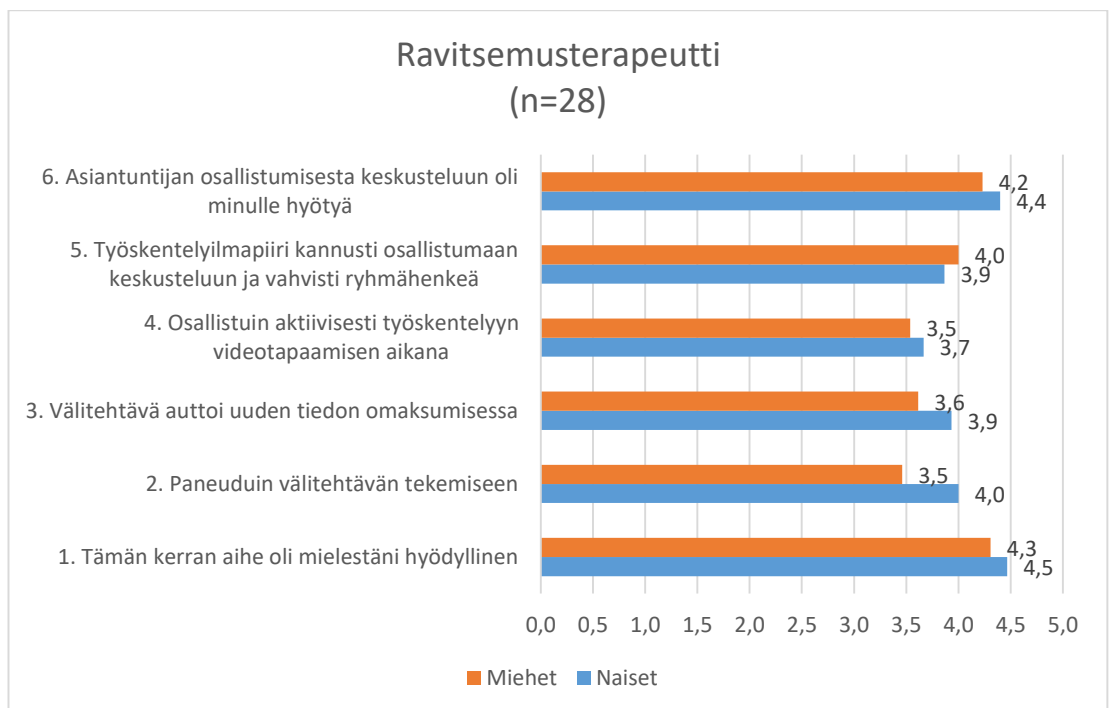
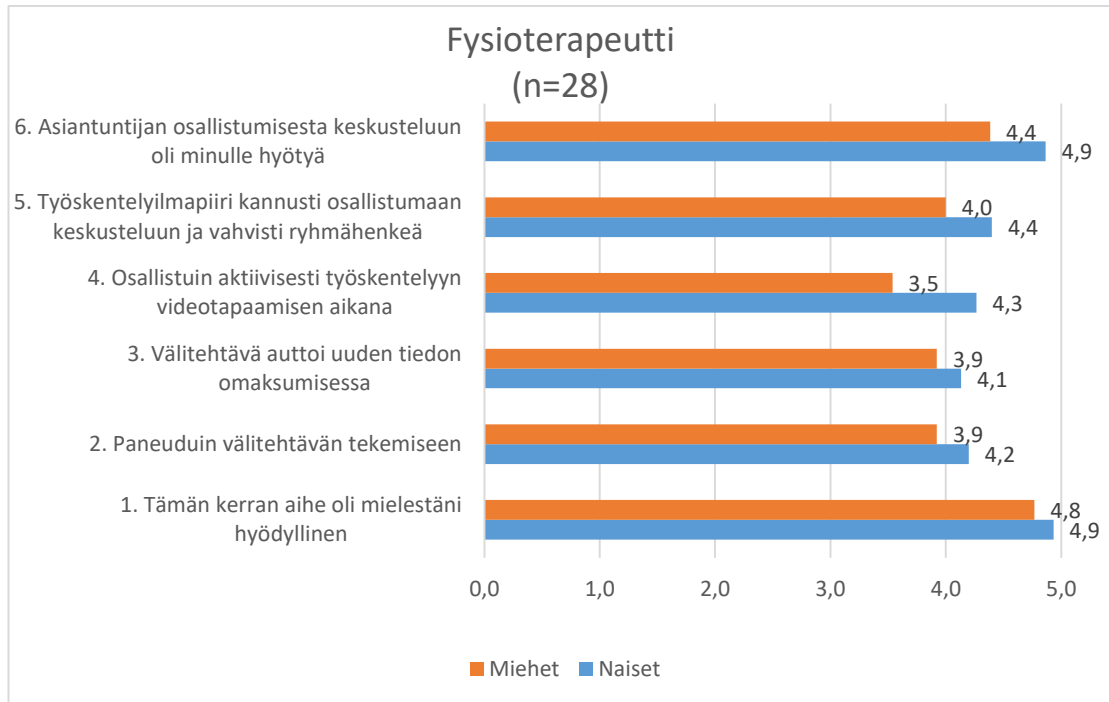


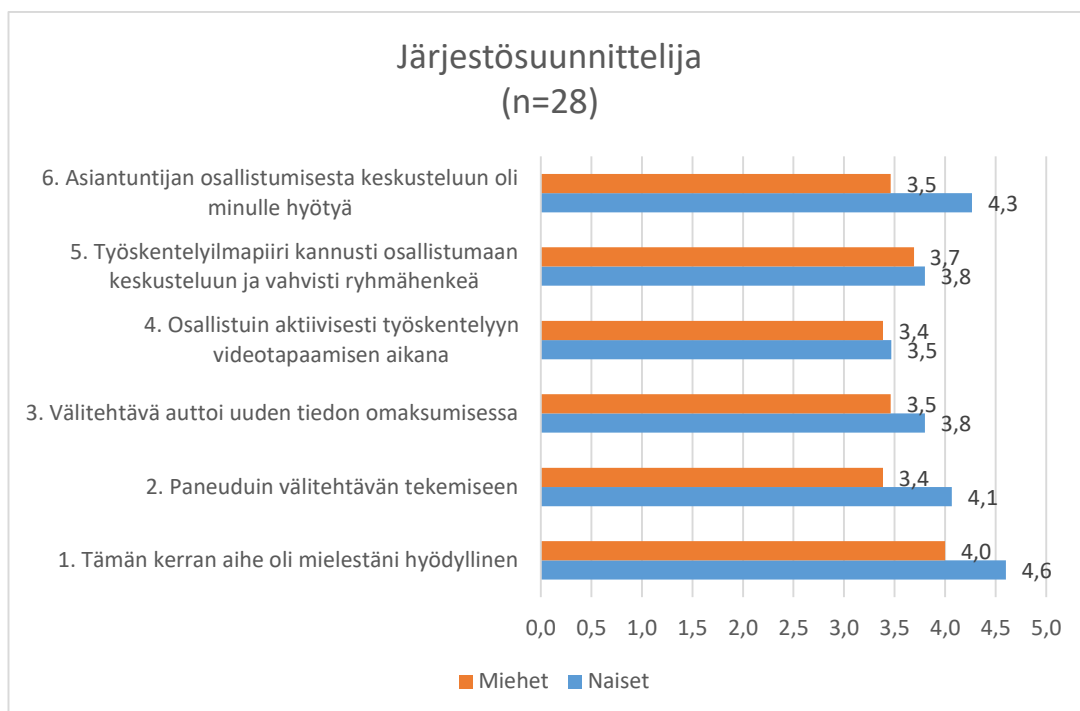
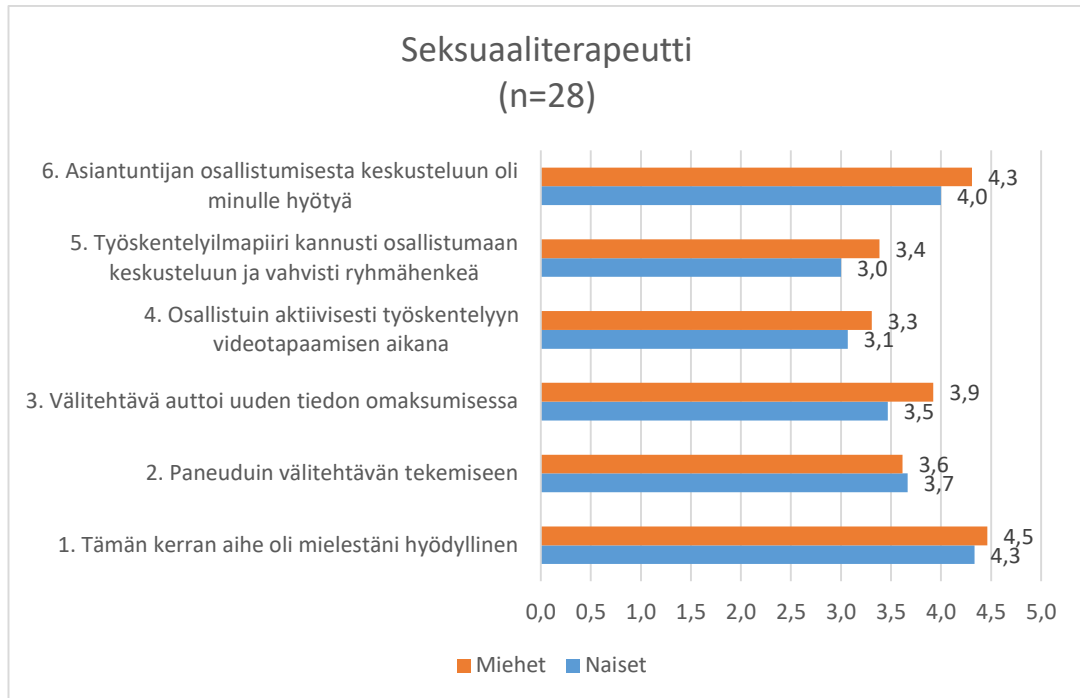


Liite 4. Miesten ja naisten palaute asiantuntijatapaamisista









Liite 5. Verkkokurssin kyselylomake

Väittämiä kurssista

Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

(asteikko 1 = täysin eri mieltä – 5 = täysin samaa mieltä)

Kurssiohjelma ja tekniikka:

	1	2	3	4	5
Tapaamisia oli riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tapaamisväli oli sopiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tapaamisten sisältö oli hyvin suunniteltu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurssin sisältö ja aiheet vastasivat odotuksiani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurssirakenne oli toimiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videotapaamiset olivat teknisesti toimivia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videotapaamisissa ilmapiiri oli luonteva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vertaistuki ja ryhmä:

	1	2	3	4	5
Ryhmä oli sopivan kokoinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmä vastasi odotuksiani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmäytyminen tapahtui helposti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmä oli keskenään aktiivinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin saavani vertaistukea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokemusten ja ajatusten vaihtamisesta ryhmässä oli minulle hyötyä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmään osallistuminen on lisännyt hyvinvointiani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minut otettiin hyvin huomioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelu oli monipuolista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmän ohjaus oli osaavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kurssitieto- ja tehtävät:

	1	2	3	4	5
Ymmärrykseni Parkinsonin taudista lisääntyi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ymmärrykseni sairauden vaikutuksista eri elämäntilanteisiin lisääntyi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uskon pystyväni nyt paremmin kohtaamaan sairauteen liittyviä ongelmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurssilla oli sopivasti teoretietoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suuri osa tiedoista oli minulle uutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Välitehtävien tekeminen oli hyödyllistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Välitehtävien tekeminen ei vienyt liikaa aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oma aktiivisuus ja kurssin anti:

	1	2	3	4	5
Olin itse aktiivinen koko kurssin ajan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannatti osallistua Verkkosova-kurssille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurssista tuli hyvä mieli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen voivani paremmin kuin ennen kurssia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liite 6. Kyselylomake videotapaamisesta asiantuntijan kanssa



Palaute videotapaamisesta asiantuntijan kanssa

Osallistuin videotapaamiseen

- Kyllä
 En

Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

(asteikko 1 = täysin eri mieltä – 5 = täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5
Tämän kerran aihe oli mielestäni hyödyllinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paneuduin välitehtävien tekemiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Välitehtävät auttoivat uuden tiedon omaksumisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn videotapaamisen aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työskentelyilmapiiri kannusti osallistumaan keskusteluun ja vahvisti ryhmähenkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiantuntijan osallistumisesta keskusteluun oli minulle hyötyä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>