



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Toiminnallinen kuntoutus psykiatrisella osastolla

Pasma, Anna
Kourunen, Satu

2017 Laurea





LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Toiminnallinen kuntoutus psykiatrisella osastolla

Anna Pasma, Satu Kourunen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Tekijä(t) Anna Pasma, Satu Kourunen

Toiminnallinen kuntoutus psykiatrisella osastolla

Vuosi 2017

Sivumäärä 46

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää psykiatrisen potilaan toiminnallisen kuntoutuksen huomioon ottaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Työn toimeksiantajana oli Paloniemen sairaalassa toimiva psykiatrinen vuodeosasto. Osastolla haluttiin kehittää toiminnallisen kuntoutuksen toteutumista. Tutkimusongelmana oli, miten toiminnallisen kuntoutuksen huomioiminen toteutuu henkilökunnan näkökulmasta osastolla hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sekä miten henkilökunta haluaisi kehittää toiminnallista kuntoutusta osastolla. Esille tulevien asioiden toivottiin toimivan jatkossa henkilökunnan työkaluna. Työssä ei pyritty tulosten yleistettävyyteen, vaan kuvaamaan tutkittavaa aihetta tarkasti.

Opinnäytetyön tietoperustassa kuvattiin mielenterveyden, sen häiriöiden, kuntoutuksen ja toimintakyvyn käsitteitä sekä tutkimusmenetelmiä ja niiden luotettavuutta ja eettisyyttä. Tietoperustassa käytettiin lähteinä kirjallisuutta, verkkolähteitä ja artikkeleita. Lisäksi käytiin läpi toimintaympäristöä, aineiston hankintaa sekä tiedonhakua.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka jaettiin jokaiselle osastolla hoitotyössä työskentelevälle henkilölle. Tulokset analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysiä.

Tuloksista tuli ilmi, että sairaalan potilaille järjestettyä toiminnallista kuntoutusta pidettiin pääosin hyvänä. Sitä tulisi kuitenkin olla enemmän saatavilla ja toiminnan tulisi olla jäsenllympää. Konkreettisia kehittämissuhteuksista tuli ilmi esimerkiksi yhteisen viikko-ohjelman ja ryhmien suunnittelu. Moniammatillista yhteistyötä tulisi jatkaa ja vahvistaa.

Asiasanat: toiminnallinen kuntoutus, psykiatrinen potilas, mielenterveys, mielenterveyden häiriöt

Name(s) Anna Pasma, Satu Kourunen

Functional rehabilitation in psychiatric ward

Year	2017	Pages	46
------	------	-------	----

The objective of thesis was to examine how the functional rehabilitation of psychiatric patients is taken into account in the planning and realization of treatment. The thesis was commissioned by psychiatric ward at Paloniemi hospital. The ward wants to develop the realization of functional rehabilitation.

The research problem of thesis was: how the functional rehabilitation is taken into account in the planning and realization of treatment from the point of view of ward staff, and how the staff would like to develop the functional rehabilitation on the ward. It was hoped that upcoming issues revealed would work as a tool for employees. Generalization of the results was not the target, but to accurately describe the examined subject.

In the theoretical framework of thesis the concepts of mental health, mental disorders, rehabilitation and performance were described, as well as research methods, their reliability and ethicality. Literature, online sources and articles were used as sources. In theoretical framework operational environment, material collection and information retrieval were covered.

Qualitative research was selected as the research method. Information was gathered by using questionnaires, which were given to all employees working at the ward. The results were analyzed with qualitative content analysis.

The results revealed that the functional rehabilitation the hospital offers was mainly considered good, but there should be more rehabilitation available and it should be more structured. Some concrete development ideas were raised, for example planning a joint weekly schedule and group activities. Multiprofessional co-operation should be continued and strengthened.

Keywords: functional rehabilitation, psychiatric patient, mental health, mental disorders

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	6
2.1	Mielenterveys	6
2.1.1	Psykoottiset häiriöt	8
2.1.2	Mielialahäiriöt.....	9
2.1.3	Persoonallisuushäiriöt	10
2.1.4	Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt.....	11
2.2	Kuntoutus.....	12
2.2.1	Mielenterveys- ja psykiatrinen kuntoutus.....	15
2.2.2	Toiminnallinen kuntoutus.....	18
2.3	Toimintakyky.....	22
3	Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	23
	Tutkimuskysymyksemme ovat:	24
4	Tutkimusmenetelmät.....	24
4.1	Laadullinen tutkimus	24
4.2	Sisällönanalyysi	25
4.3	Luotettavuus	27
4.4	Eettisyys	30
5	Aineiston hankinta	33
5.1	Kysely	33
5.2	Tiedonhaku	36
6	Tulokset.....	37
6.1	Henkilökunnan kokemus nykytilanteesta	37
6.2	Ajatuksia kehittämisestä.....	39
7	Pohdinta	41
7.1	Tulosten arviointia	41
7.2	Yhteenveto	43
	Lähteet	44
	Liitteet.....	46

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli selvittää Paloniemen sairaalan psykiatrisen vuodeosaston henkilökunnan näkökulmaa siitä, kuinka psykiatristen potilaiden toiminnallinen kuntoutus toteutuu hoidon suunnitteluvaiheessa ja itse hoitotyössä. Kyseisellä vuodeosastolla työskentelee tällä hetkellä 21 henkilöä. Osastolla halutaan kehittää toiminnallista kuntoutusta, sillä kyseinen osasto on painottunut kuntouttavana osastona. Hoitajaksot osastolla kestävät, päiväkäyntien lisäksi, muutamista päivistä jopa useisiin kuukausiin. Osa potilaista käy säännöllisesti osastolla intervallijaksoilla. Potilaiden käytössä on tällä hetkellä toimintaterapiaa, fysioterapiaa, liikunnanohjausta sekä erityistyöntekijöiden vetämiä toiminnallisia ryhmiä. Jokaisella osaston potilaalla on nimetty 1-2 omahoitajaa. Vuosien 2017-2018 vaihteessa Paloniemen sairaala lakkautetaan ja siellä toimivat nykyiset kaksi osastoa yhdistetään. Tämän opinnäytetyön tulokset voisivat toimia yhtenä työkaluna, kun kuntoutusta ja kuntouttavaa työtä kehitetään nykyisellä ja tulevalla osastolla. Tässä opinnäytetyössä nykytilanteen selvittämiseksi käytettiin apuna kyselylomaketta, joka jaettiin koko osaston hoitohenkilökunnalle täytettäväksi. Tavoitteena oli kartoittaa osaston henkilökunnan kokemusta vallitsevasta tilanteesta toiminnallisen kuntoutuksen osalta ja miten sitä voisi kehittää palvelemaan paremmin potilaiden tarpeita. Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä on laadullinen sisällönanalyysi.

Psykiatrisella osastolla olevilla potilailla on erilaisia taudinkuvia ja myös kuntoutuminen merkitsevät eri asioita kullekin yksilölle. Yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka tavoitteet asetetaan taudinkuvan ja taustojen perusteella ovat tärkeässä asemassa kuntoutuksen onnistumiselle. Tutkimukset osoittavat, että toiminnallisuus edistää mielenterveyspotilaiden toipumista. Henkilökunnan asenne ja suhtautuminen potilaan tilanteeseen ja kuntoutukseen on merkittävää toipumisen kannalta. Tämän opinnäytetyön teoreettisena viitekehysenä toimi mielenterveys ja sen häiriöt, mielenterveys- ja psykiatrisen kuntoutus sekä toiminnallinen kuntoutus. Näiden käsitteiden pohjalta voitiin avata paremmin sitä millaisten ongelmien ja aiheiden kanssa Paloniemen sairaalassa toimiva henkilökunta mahdollisesti työskentelee.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Mielenterveys

Mielenterveys on osa sitä kokonaisuutta, josta ihmisen terveys kokonaisuudessaan muodostuu. Sitä ei voi eritellä muusta terveydestä, vaan biologiset tekijät, fyysinen terveys, ympäristö, sosiaaliset tekijät, kulttuuri ja arvot vaikuttavat läheisesti mielenterveyteen. Vasta-

vuoroisesti mielenterveys vaikuttaa yllä oleviin seikkoihin. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta. 2014, 10.) Mielenterveys voitaisiin määritellä hyvinvoinnin tilana, jossa ihminen pystyy suoriutumaan erilaisista tilanteista elämässään, kuten arkielämän askareista, stressiä aiheuttavista tilanteista tai ihmissuhteista. Yksilön näkökulmasta hyvä mielenterveys edistää ihmissuhteiden onnistumista, kykyä rakastaa ja selvitä elämässä tapahtuvista kriiseistä. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta hyvä mielenterveys edistää yksilön kykyä työskennellä ja täten toimia myös yhteiskuntaa hyödyttäen. Mielenterveyttä määriteltäessä on otettava huomioon myös yksilön toiminta suhteessa kulttuurisiin, sosiaalisiin, uskonnollisiin ja seksuaalisiin tapoihin ja käytäntöihin, jotka ovat kussakin yhteiskunnassa muotoutuneet hyväksytyiksi. Ristiriidat yksilön ja yhteiskunnan välillä eivät siis välttämättä kerro mielenterveyden ongelmista, mikäli ne eivät vahingoita häntä tai vaikuta hänen toimintakykyynsä. On myös ymmärrettävä seikkoja, jotka kertovat mikä on poikkeavaa tai normaalia tai mikä on vahingollista ihmisen mielenterveydelle. (Lönqvist, Marttunen, Henriksson & Partonen 2014.)

Mielenterveyden kehitys alkaa jo kohdussa ja siihen vaikuttaa muun muassa perinnöllisyys, varhaislapsuuden kokemukset, kasvuympäristö, koulutus, työllisyys sekä asuminen. Taka-alalla myös yhteiskunta ja kulttuuri määrittelevät kehitysympäristöä. Eri elämäntapahtumat voivat vaikuttaa mielenterveyteen laukaisevasti, mutta yksilön kyky selvitä niistä riippuu hänen voimavaroistaan ja esimerkiksi sosiaalisesta tuesta. Mielessä tapahtuu jatkuvasti erilaisia psyykkisiä toimintoja, joiden avulla yksilö voi ohjata omaa elämäänsä. Mieli kerää ja tallettaa jatkuvasti tietoa ympäristöstä, ihmisistä, tapahtumista ja toiminnoista. Näiden tietojen perusteella ihminen toimii, tuntee ja on. Näitä tallennettuja tietoja ja kokemuksia kerääntyy jo varhaislapsuudessa. Ihmisen psyykinen kasvu etenee vaiheittain ja uudet asiat rakentuvat kun tietyt vaiheet on ohitettu. Varhaislapsuuteen, lapsuuteen, nuoruuteen ja aikuisuuteen sekä vanhuuteen liittyy omat ominaispiirteensä ja kehitystehtävänsä. Ihmisen kasvaessa kohti aikuisuutta hänen kykynsä hallita omia tunnetilojaan ja selvitä mieltä järkyttävistä tilanteista paranee. (Heikkinen-Peltonen, ym. 2014, 11-37.)

Mielenterveys on ihmisen voimavara, jonka avulla yksilöllä voi olla kyky toimia muiden ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa, rakastaa ja olla rakastettu, huolehtia itsestään, pitää omia puoliaan, ymmärtää todellisuutta ja toimia siinä ja erottaa omat tarpeet ja ajatukset muiden tarpeista ja ajatuksista. (Pylkkänen, K. 2008.) Hyvä mielenterveys pitää mielen ikään kuin joustavana, jolloin elämän kolhut eivät haavoita niin syvästi, että ne saisivat aikaan minuuden rikkoutumista, vaikka yksilö voisikin hetkellisesti olla toimintakyvytön. Toki on vaikeaa määritellä esimerkiksi aikarajoja jostakin suuresta elämänmullistuksesta toipumiseen, sillä jokaisen kyvyt ja keinot eheytyä ovat yksilöllisiä. Vaikka ihmiset oireilevat eri tavoin ja mielenterveyden määrittely tarkasti on jokseenkin mahdotonta, on terveydenhuollon näkökulmasta tehtävä mielenterveydelle ja sen häiriöille joitakin rajanvetoja ja kriteerejä. (Lönqvist, ym. 2014.)

Kun mielenterveys järkkyy, se aiheuttaa ongelmia yksilön jokapäiväisessä elämässä ja vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn ja sosiaalisiin suhteisiin. Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa myös toiseksi suurin pitkäaikaissairauksien ja sairauseläkkeiden syy heti tuki- ja liikuntaelinsairauksien jälkeen. Jokainen joutuu kohtaamaan elämässään kuormitusta ja stressiä, mutta niistä selviäminen on yksilöllistä. Joka toinen suomalainen on kärsinyt jossain elämänsä vaiheessa mielenterveyshäiriöstä ja joka neljäs tarvitsee lääketieteellistä hoitoa mielenterveyden häiriön hoitoon. Eri häiriöt on luokiteltu Maailman terveysjärjestön laatiman ICD-10-luokituksen mukaan, ja tätä luokitusta käytetään myös Suomessa. Luokituksen käyttäminen auttaa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelemisessa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 106,107.) Alla olevissa kappaleissa käsitellään Suomessa yleisimmin esiintyviä mielenterveyden häiriöitä.

2.1.1 Psykoottiset häiriöt

Psykoosia käytetään nimittämään sellaisia mielenterveyden häiriöitä, joissa henkilön todellisuudentaju on heikentynyt. Usein psykoositilat ovat akuutteja harhaluuloisuushäiriöitä, kestävät lyhyen aikaa ja menevät ohi, kuten päihdepsykoosit. Psykoottisiin häiriöihin kuuluu skitsofrenia, skitsotyyppiset häiriöt, pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt ja skitsoaffektiiviset häiriöt. Psykoottinen masennus sekä maanis-depressiivisyys luetaan psykoottisiksi häiriöiksi. Mitä varhaisemmin psykoottiset oireet voidaan tunnistaa, sen tehokkaampaa on pitkäaikaisten haittojen ehkäisy. Suurinta osaa ensioireista saaneita voidaan hoitaa avohoidon puolella ja noin kolmasosa toipuu hoidon avulla täysin. Yli puolet sairastuneista ovat ensioireiden lievityessä elämäänsä tyytyväisiä, mutta osalle voi tulla haittoja toimintakykyyn ja voivat oireilla ajoittain psykoottisesti. Yksi prosentti suomalaisista sairastuu skitsofreniaan ja skitsoaffektiivisiin häiriöihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 138,139.)

Psykoottisiin oireisiin kuuluu harhaluulot, aistiharhat, henkilö on usein ahdistunut, hänellä on unihäiriöitä, hänen käyttäytymisensä on poikkeavaa tai outoa, ajattelukyvyyn loogisuus laskee, henkilön on vaikea keskittyä, voi olla masentunut tai itsetuhoinen. Päihteiden käyttöä saataan aloittaa tai sen käyttö lisääntyy. Ajatukset voivat olla maagisia tai jollain muulla tavalla epätavallisia. Lyhyen aikaa kestävät ja ohimenevät oireet eivät vielä ole todiste psykoosisairaudesta. Psykoosi voi olla seurausta päihteiden käytöstä tai johtua jostakin fyysisestä sairaudesta. Psykoottisen henkilön todellisuudentaju ja tulkinta on vääristynyt ja hänen on vaikea uskoa vakuuttelua oikeasta todellisuudesta. Psykoottinen henkilö saattaa tuntea olevansa vaarassa ja voi kokea että häntä vainotaan, tai että hän on joutunut varkauden uhriksi. Psykoosin voi laukaista fyysisen kunnon huonontuminen, unen-puute, ruokailun laiminlyöminen ja eristäytyminen. Raskaus ja synnytys voivat laukaista psykoosin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, Lönnqvist ym. 2014, 139,140.)

Skitsofrenia on yksi vakavimmista ja vaikeimmin hoidettavista mielenterveyden häiröistä, jonka syntymekanismia ei täysin ymmärretä. Sen puhkeamiseen vaikuttaa monet eri syyt, kuten perimä ja ympäristö. Skitsofrenia vaikuttaa henkilön kognitiivisiin toimintoihin ja käyttäytymiseen negatiivisesti. Sairaus vaikuttaa myös tunne-elämään haitallisesti. Hoitoa on kehitetty vuosien varrella, mutta sairastuneet kärsivät edelleen alentuneesta elämänlaadusta ja toimintakyvystä. Tyypilliset skitsofrenian oireet ovat harhaluulot, aistiharhat, heikentynyt kyky ilmaista tunteita, puheilmaisuun köyhtyminen ja tahdottomuus. Monet mielen toiminnot tuottavat merkittäviä vaikeuksia. Oireet vaihtelevat eri elämänvaiheissa, eikä mikään yksittäinen oire ole tyypillinen skitsofrenialle. Jokaisen oireet ja sairauden taso on yksilöllistä. Kuitenkin usein inhimillisten toimintojen ylläpitäminen voi olla haastavaa. Luova ajattelu, läheisten ihmissuhteiden ylläpitäminen, omien tunteiden ja ajatusten ilmaisu voivat kaikki olla skitsofreniaa sairastavalle haastavia. (Lönnqvist ym. 2014.)

Kun henkilö on akuutissa psykoosissa, hän tarvitsee kriisihoitoa. Hänen tilansa arvioidaan perusterveydenhuollossa, joko terveyskeskuksessa tai psykiatrisessa työryhmässä. Alkuun tehdään hoitosuunnitelma, aloitetaan asianmukainen lääkitys ja mietitään sellainen paikka, jossa potilas saa hoitoa ja huolenpitoa päivittäin. Aina potilas ei tarvitse psykiatrista sairaalahoitoa, vaan hän voi selvittää avohoidon antaman hoidon turvin. Joskus potilas tarvitsee kuitenkin hoitoa psykiatrisella osastolla. Yleensä tällöin potilaan tila on vakava, hän voi olla sairautentunoton ja vaaraksi itselleen tai muille. Mielenterveyslain nojalla kriteerien täytyessä potilas voidaan määrätä myös tahdosta riippumattomaan hoitoon. Sekä skitsofrenia- että psykoosipotilaiden hoidossa hoidon suunnitelmallisuus ja kuntoutuksen huomioon ottaminen on tärkeää hoidon onnistumiseksi. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 142-147.)

2.1.2 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöiksi voidaan sanoa masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja maniaa. Näissä häiriöissä tunnetiloissa, toimintakyvyssä ja kognitiivisissa toimissa tapahtuu muutoksia. Oireiden kesto vaihtelee viikoista vuosiin ja oireet voivat olla toistuvia. Näitä häiriöitä edeltää jokin vastoinkäyminen, kova psyykinen kuormitus, trauma, ihmissuhdeongelmat tai jokin tietty vuodenaika. Mielialan vaihteluita on jokaisella ihmisellä, eikä yksittäisiä mielialaoireita tule sekoittaa esimerkiksi vakavan masennuksen kanssa. Masennus itsessään voi olla rakentavaa ja eheyttävää toimintaa ja menee ohitse suhteellisen nopeasti, ei ole syytä huoleen. Jos masennus jää ikään kuin päälle, eikä edistystä tapahdu, unioingelmat sekä vaikeudet muilla elämänoilla alkavat hallita elämää, on kyse jo mielialahäiriöstä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 123, 124.)

Masennuksessa yhdistyy fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ja ongelmat näkyvät jokaisella osa-alueella. Masennuksen oireina on yleinen mielialan lasku, itkuisuus, tuskaisuus, ahdistus ja uupumus. Kiinnostus harrastuksia, ihmissuhteita ja elämää kohtaan laskee. Masentunut on kauttaaltaan negatiivisesti varautunut ihminen, joka ei näe itsessään, elämässä tai ympäristössä mitään hyvää. Hän voi kokea voimakkaita syyllisyyden tunteita ja on äärimmäisen kriittinen itseään kohtaan. Masentunut voi ajatella itsetuhoisia ajatuksia ja kuolemaa. Hän voi lakata huolehtimasta itsestään, esimerkiksi laiminlyömällä ruokailua tai peseytymistä. Hänellä on vaikeuksia keskittyä, sillä masentuneisuus vaikuttaa muun muassa lähimuistiin, päätösten tekokykyyn, loogiseen ajatteluun ja kokonaisuuksien hahmottamiseen. Masentuneella kivun kokeminen voi olla voimakkaampaa ja somaattiset oireet pahenevat. Masennusta on eriasteista. Myös masennuksen hoidossa varhainen puuttuminen voi ennaltaehkäistä sairauden kroonistumista ja oireiden pahenemista. Hoitona käytetään yleensä lääkitystä ja erilaisia terapiamuotoja ja vertaistukiryhmiä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, Lönnqvist ym. 2014, 124-127.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy maanisia tai hypomaanisia sekä depressiivisiä jaksoja. Toisessa aktiivisuus ja toimintakyky on kohonnut ja jopa ylivirittynyt, kun taas toisessa jaksossa aktiivisuus ja toimintakyky laskevat. Masennusjaksojen aikana kognitiiviset ongelmat tulevat esille, jolloin esimerkiksi lähimuisti ja keskittymiskyky ovat heikentyneet. Hypomaniaassa ajatukset liikkuvat nopeasti, henkilö on rauhaton ja kärsimätön. Hänen seksuaalisuutensa voi olla voimistunut. Mikäli tila yltyy maaniseksi, henkilön todellisuudentaju häviää ja hänen tilansa on psykoottinen. Jaksojen välillä henkilö voi olla oireeton tai vähäoireinen. Sairaus on pysyvä ja se vaatii koko elämän hoitoa. Sairautta hoidetaan pääsääntöisesti lääkityksellä, mutta pitkä ja pysyvä hoitosuhde on myös tärkeää ja tukea antavaa. Masennusjaksot ovat sairauksissa yleisempiä. Noin puolet sairastuneista yrittää itsemurhaa elämänsä aikana. Sairauden puhkeamiseen voi vaikuttaa traumaattiset kokemukset lapsuudessa sekä perimä. Myös jotkin lääkkeineet aiheuttavat maanisuutta. Hypomaniaa voidaan hoitaa avohoidon puolella hyvässä hoitosuhteessa, mutta maanisessa vaiheessa tarvitaan yleensä psykiatrista sairaalahoitoa. Hoidon tavoitteena on ehkäistä sairausjaksojen toistuminen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, Lönnqvist ym. 2014, 128.)

2.1.3 Persoonallisuushäiriöt

Jokaisella ihmisellä on persoonallisuus, mutta häiriöksi sitä voidaan nimittää silloin, kun on nähtävissä sellaisia toistuvia käytösmalleja, jotka vaikuttavat kielteisesti omaan itseen tai suhteissa muihin ihmisiin. Käyttäytyminen on yleensä myös poikkeavaa suhteessa kulttuurisiin normeihin. Häiriö ilmenee sosiaalisissa tilanteissa usein niin, että ihminen ei pysty mukautumaan muuttuviin tilanteisiin niiden edellyttämällä tavalla. Häiriö aiheuttaa väistämättä ahdis-

tusta ja haittaa sekä itselle, että toisille. (Toivio&Nordling. 2013. 160.) Persoonallisuushäiriössä esiintyy persoonallisuuden poikkeamia, ja ne luokitellaan hallitsevien piirteiden aiheuttamien käytösmallien perusteella. Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat kehittyä jo lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuvat aikuisuuteen asti. Käytösmallit ovat syvään juurtuneita, joustamattomia ja vakiintuneita aiheuttaen ongelmia eri elämäntilanteissa. Ihmissuhdeongelmat, masentuneisuus ja voimakas ahdistus voi liittyä persoonallisuushäiriöihin. Myös aggressiivinen käytös, päihteiden väärinkäyttö ja alttius rikolliseen toimintaan voi liittyä häiriötilaan. Usein henkilö ei itse koe toimintaansa ongelmallisena, vaan hänen kanssaan toimivat, kuten ystävät, perhe tai työtoverit. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä ovat muun muassa epäluuloinen persoonallisuus, eristäytyvä persoonallisuus, epäsosiaalinen persoonallisuus, tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, huomionhakuinen persoonallisuus, vaativa persoonallisuus, narsistinen persoonallisuushäiriö ja muut persoonallisuushäiriöt. Häiriöitä on siis laaja kirjo monet niistä kärsivistä elävät suhteellisen normaalia elämää. Hoito on pitkäkestoista ja kärsivällisyyttä vaativaa, sillä poikkeavien toimintamallien juuriminen on hidasta ja vaikeaa osittain juuri siitä syystä ettei henkilö itse tunnista ongelmaansa. Erilaisista pitkäaikaisista terapioista voi olla apua. Lääkehoito on oireenmukaista hoitoa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, Lönnqvist ym.2014.

133-137.)

Diagnosoidessa persoonallisuuden häiriöitä pyritään erottamaan häiriö persoonallisuuden muutoksesta. Muutoksessa on taustalla jokin elimellinen aivovaurio tai aivovamma tai jokin toimintahäiriö, mikä vaikuttaa muutokseen käyttäytymisessä. Persoonallisuushäiriössä ei ole kyse tästä, vaan henkilöllä todetaan psykologisten toimintojen perusteella hänen tilanteensa. Tällaisia toimintoja ovat ne miten ihminen havainnoi ja tulkitsee asioita, ihmisiä ja tapahtumia, kuinka hän muodostaa mielikuvia itsestään ja miten hän suhtautuu toisiin ihmisiin. Henkilön tunne-elämää arvioidaan sen mukaan miten voimakkaita ja asianmukaisia ne ovat tilanteisiin nähden. Impulssikontrollia ja tarpeiden tyydyttämistä arvioidaan siinä miten hyvin tai huonosti henkilö pystyy hillitsemään yllykkeitään tai miten hän tyydyttää tarpeensa. Ihmissuhteiden luonnetta ja toimintatapaa arvioidaan siinä miten henkilö toimii muiden ihmisten kanssa. Esimerkiksi arvioimalla kykeneekö hän tuntemaan empatiaa, käyttääkö hän muita ihmisiä hyväkseen tai kykeneekö hän ottamaan muita huomioon. (Toivio & Nordling. 2013. 161.)

2.1.4 Neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt

Neuroottisiin ja stressiin liittyviin häiriöihin kuuluu muun muassa ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, dissosiaatiohäiriöt sekä muut neuroottiset häiriöt. Ahdistuneisuus ja hermostuneisuus ovat ihmiselle luonnollisia tapoja reagoida stressiä aiheuttaviin tilanteisiin. Tällaiset tunteet häviävät kuitenkin itsestään, kun stressiä aiheuttava asia, kuten keskeneräinen työ saadaan valmiiksi, jolloin se poistuu mielestä. Joskus ahdistuneisuus ja hermostuneisuus

suus voi kuitenkin pitkittyä ja se rajoittaa normaalia elämää. Oireiden pitkittyessä häiriö muuttuu vakavammaksi ja voi jäädä jopa elinikäiseksi ongelmaksi. Ahdistusta saatetaan pyrkiä lievittämään päihteillä tai ihmissuhteilla, jotka voivat muuttua riippuvuuksiksi. Jotkin somaattiset ongelmat kuten kilpirauhasen liikatoiminta tai äkillinen verensokerin lasku voi laukaista pelkoja ja ahdistusta. Jotkin lääkkeet voivat myös lisätä ahdistusta. Sosiaaliset tilanteet, julkiset paikat tai muut tilat voivat aiheuttaa ahdistusta ja pelkoa suunnattomissa määrin ja ne voivat rajoittaa elämää niin ettei henkilö esimerkiksi voi lähteä kotoaan minnekään. Ahdistuneisuudesta voi seurata paniikkikohtauksia, jotka voivat vaikuttaa sydänkohtauksilta tai muilta hengenvaarallisilta sairaskohtauksilta. Kohtaukset ovat ahdistavia ja henkilö voi alkaa pelätä niiden uusiutumista, joka taas altistaa uudelle kohtaukselle. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 107-109.)

Pakko-oireiset häiriöt tarkoittavat pakonomaisten ajatusten jatkuvaa miettimistä tai toimintojen suorittamista. Ajatuksista on vaikea päästä eroon ja ne hankaloittavat päivittäistä elämää, esimerkiksi jatkuva käsien pesu mikrobien pelossa. Ahdistuneisuus- ja pelkohäiriöitä sekä pakko-oireita hoidetaan ryhmähoidolla, terapialla ja lääkkeillä. Hoidosta tehdään suunnitelma ja mietitään miten selvitä arjesta näiden oireiden kanssa. Terapeutin tai hoitajan tehtävä on toimia tukena. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 111,112.)

Erilaisia stressireaktioita voi aiheuttaa pitkään kestänyt traumatisoiva kuormitus, jokin vakava trauma, kuten sota, luonnononnettomuus tai läheisen kuolema jollakin järkyttävällä tavalla. Stressireaktiot voivat heikentää ihmisen toimintakykyä huomattavasti ja hoitamattomana se voi jopa invalidisoida kokonaan. Oireet ovat moninaisia ja vaihtelevia. Huomiokyky voi olla heikentynyt eikä henkilö ole välttämättä aikaan ja paikkaan orientoitunut, hän ehkä haluaa eristäytyä muista ihmisistä ja oireisiin voi kuulua muistinmenetyksiä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 113-116.)

2.2 Kuntoutus

Yleensä kuntoutukseen valikoituminen perustuu lääketieteelliseen arvioon kuntoutustarpeesta. Lähtökohta kuntoutuspäätökselle tai kuntoutuksen aloittamiselle on kuntoutussuunnitelma. Kuntoutus on vaiheittain etenevä muutosprosessi, johon kuuluvat olennaisesti toimenpiteet ja palvelut. Kuntoutujan toimeentulo turvataan ansionmenetysten kattamiseksi ja kuntoutuksen motivoimiseksi. (Paatero ym. 2008.)

Kuntoutus määritellään ensisijaisesti vajaakuntoisuuden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Sairaus tai ongelma voi olla vasta ennakoitavissa tai jo olemassa. Kuntoutus on yhdistettävissä niin mitattavaan psyykkiseen ja fyysiseenkin suorituskykyyn kuin yksilön kokemukseen sosiaalisesta osallisuudestaan. Kuntoutukseen kuuluu myös motivaation ja elinvoiman löyty-

minen uudelleen. Kuntoutus onkin muuttumassa yhä voimakkaammin voimanlähteitä ja mielikuvitusta hyödyntäväksi sekä osallisuutta ja hyvinvointia tukevaksi. Keskeiseksi käsitteeksi on noussut voimavara. Asiakastyössä tämä tarkoittaa henkilön omien mahdollisuuksien ja voimavarojen etsimistä, erityisesti mielenterveyskuntoutuksessa. Käytännöllisiä sovellusalueita voimavarasuuntautuneelle asiakastyölle ovat yksilö- ja perhetapaamiset, varhaiskuntoutus ja työnohjaus. Jotta kuntoutumista ja koettua hyvinvointia voisi ymmärtää, on huomioitava myös mielikuvituksen rooli. (Riikonen, E. 2008.)

Jotkut kuntoutuksen näkökulmat korostavat asiakkaan omaa toimintaa ja osaamista, jotkut taas näkevät asiakkaan osan passiivisena avun vastaanottajana. Sen lisäksi, että asiantuntija voi asiakassuhteessa etsiä kehityskohteita, he voivat myös auttaa asiakasta löytämään omia voimavaroja, toivoa ja mahdollisuuksia. Perinteisesti asiakas on mielenterveyskuntoutuksessa nähty ongelman kantajana, jonka tulee käydä läpi tietty kuntoutuksellinen tai hoidollinen ohjelma. Tällainen ajattelu jättää asiakkaan oman tavoitteellisuuden ja toimijuuden helposti huomiotta. Mielenterveyskuntoutus tulisi nähdä palvelutoimintana, ja asiakas palvelun käyttäjä, jota ammattilaiset auttavat tämän tarvitseman ajan. Asiakkaiden tarpeet, toiveet, toimintamahdollisuudet ja sanastot tulisi saattaa mielenterveyskuntoutuksen keskipisteeksi. Mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijan tulisi kuunnella tarkasti, mikä on asiakkaille itselleen innostavaa. Tekijät, jotka tukevat ja tuottavat henkistä hyvinvointia, ovat usein tavallisia, pieniä arkielämän asioita ja tilanteita, joiden suhteen vain asiakas itse voi olla asiantuntija. Mielenterveyskuntoutuksen voidaan ajatella mielikuvituksen avautumisena ja merkittävän vuorovaikutuksen lisääntymisenä. Perinteisesti kuntoutuspalveluja, kuten muitakin terveys- ja hyvinvointipalveluja, on tuotettu ja tutkittu yleistävän, massatuotantoa muistuttavan logiikan mukaisesti. Olisi kuitenkin huomattava, että asiakkaiden voimanlähteistä suuri osa ei ole yleistettävissä, vaan hyvinvointiin ja täysivaltaistamiseen tähtäävien palveluiden tulisi olla yksilöllisiä. (Riikonen, E. 2008.)

Voimauttavat asiat, tekijät ja kokemukset ovat yksilöllisiä, mutta niille on yhteistä niiden sijoittuminen hallinnan ja hallitun välimaastoon. Hallittavuuden kasvattamiseen tähtäämisen kanssa tulee olla tarkkana, koska asiantuntijat edustavat hallintaa ja heidän roolinsa voimanlähteiden tuottajina korostuu helposti hallintaa korostettaessa. Voimaa antavien tekijöiden näkyvyyttä ja määrää ei siis voi välttämättä ongelmattomasti kasvattaa. Voimanlähteet voidaan sijoittaa kolmelle tasolle. Ne ovat yksilölliset ja vuorovaikutukselliset voimavarat ja yhteiskunnan tuki. Kunkin tason resurssit eroavat muista. Ainoastaan yksilöllistä hallintaa korostava näkökulma jättää osan voimavaroista ulkopuolelle. Hyvän vuorovaikutuksen luonne ja ehdot on tunnettava, jotta voisi ymmärtää yksilöllisiä ja vuorovaikutuksellisia voimanlähteitä. Hyvää vuorovaikutusta voidaan luonnehtia esimerkiksi siten, että se antaa tilaa erilaisille puheenaiheille, tyyleille ja mielikuvitukselle ahdistamatta ketään nurkkaan. Kieli voimanlähteisiin liittyen on moninaista, metaforista ja tulkinnallisesti avointa. Vastaa-

vasti toteltavaksi tarkoitettu, yksiselitteisyyttä korostava kieli on voimattomuuden kieltä. (Riikonen, E. 2008.)

Kuntoutus nähdään yleensä enemmän työnä, joka palauttaa asiakkaan toimintakykyä, kuin leikkinä. Työ on perinteisesti nähty toimintana, joka tähtää hyödylliseen päämäärään, leikki taas pakona työstä. Kuntoutuksen luonnetta on pidetty vakavana ja työn arvostusta ja maailmaa vastaavana. Kuitenkin työ ja leikki ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa. Rasittava ja yksi-puolinen työkin voi toimia hyvinvoinnin lähteenä ja antaa hyvinvoinnin kokemuksia. Työn näkökulmasta kuntoutusta voidaan pitää työstä vapaan ajan antamisena ja keskeisenä tehtävänä kuntoutumista työelämän tavoitteellisesta logiikasta ja hetkien ja hetkellisyyden arvoa alentavasta ajattelusta. Keskeistä on myös, kuinka hyvin kuntoutuksen asiantuntijat kohtelevat asiakkaita. Kyseessä ovat nimenomaan kokemukset. Suhtautumisen tulisi olla kokonaisvaltaista ja kunnioittavaa, kanssakäymisen palkitsevaa ja esineellistämisen vähäistä. Yksinkertaisesti voidaan sanoa, että palvelut tulisi suunnitella niin, että kuntoutuksen ammattilaisetkin mielellään niihin hakeutuisivat. Perinteinen malli, joka keskittyy vajaa-vuuksiin ja puutteisiin, saa asiakkaat tuntemaan helposti häpeää. Voimavarasuuntautunut asiakastyö pyrkii siihen, että asiakas löytää mielekkyyden ja arvokkuuden lähteitä itsestään ja elämästään. Tällainen asiakastyö tuottaa yhteisyyden kokemuksia, ja tunnustaa vakavuuden asiakkaan tilanteessa. Voimalähteet on mahdollista löytää vain kielteisten kokemusten huomioinnin kautta. Tavoitteena on saada yhdessä asiakkaan kanssa aikaan tekoja, joiden avulla tuskallinen todellisuus muuttuu vähemmän tuskalliseksi ja kiinnostavammaksi. Voidaan siis sanoa, että asiakastyö on innostavampien ja mahdollistavampien todellisuuksien kehittämistä. Tällaiset todellisuudet ovat dialogisia ilmiöitä, joita osallistujat tuottavat yhdessä. (Riikonen, E. 2008)

Myös hoitohenkilökunnan ja potilaan suhde on tärkeä, ja sitä kuvaa Stewart (2012) tutkimuksessaan, jossa hän huomasi että nuorten psykoosipotilaiden ja hoitajien välisen suhteen luonne vaikuttaa keskeisesti hoitoon sitoutumiseen. Siirtyminen hoidon alusta avohoitoon on sitoutumisen kannalta kriittistä aikaa. Vaikka aikaisen hoidon ajatellaan olevan eduksi toipumisessa, monet nuorista potilaista eivät sitoudu hoitoon sen alkuvaiheessa. Tämän taas on huomattu aiheuttavan sairauden kroonistumista, vaativan pidempiä sairaalajaksoja ja aiheuttavan enemmän ongelmia potilaan toiminnallisuudelle sekä hidastavan toipumista. Yksi hoitoon sitoutumattomuutta aiheuttava tekijä on nuoren sijoittaminen paikkaan, jossa hoidetaan aikuisten mielenterveysongelmia. Näissä paikoissa työntekijöiden on huomattu keskittyvän vanhempien potilaiden kroonisiin oireisiin ja jättävän nuorten tarpeet vähemmälle huomiolle. Aikuisten osastolla nuoret voivat myös joutua pelottaviin tilanteisiin. Lisäksi tutkimuksissa on huomattu hoitotyöntekijöiden suhtautumisella nuoreen olevan suuri merkitys. Jos suhtautuminen on moralisoivaa, pelottavaa, turhautunutta tai nuori kokee, ettei häntä ymmärretä, on hoitoon sitoutuminen usein heikompaa. Hoidon onnistumisen kannalta on

tärkeää, että nuori saa kokea olevansa ymmärretty, kunnioitettu ja että häntä tuetaan ilman tuomitsemista. Nuorilla tulee olla tietoa sairaudestaan ja heidät tulee ottaa mukaan tekemään hoitoa koskevia päätöksiä. Olisi hyvä jos nuori voisi kokea hoitajat empaattisina ja helposti lähestyttävänä, ja että häntä kuunnellaan. Nuoret myös toivovat voivansa osallistua keskusteluihin, jotka eivät rajoitu diagnoosiin ja lääkitykseen. Tilastojen mukaan noin kolmannes nuorista lykkää ensimmäisen psykoosivaiheen hoitoa 1 - 3 vuodella, ja jopa 80% jättää hoidon kesken ensimmäisen vuoden aikana. Stewart keskittyy artikkelissaan niihin, jotka jatkoivat hoitoa ja siihen, mitkä tekijät vaikuttivat hoitoon sitoutumiseen.

Tekemistään haastatteluista Stewart löysi kaksi teemaa; nuoret ovat taipuvaisia sitoutumaan hoitoon henkilökohtaisen kriisin aikana, joka on noussut aikuisiin keskittyvän alkuhoidon negatiivisten kokemusten pohjalta ja sitoutumisen prosessiin kuuluu ajallinen yhteys hoitohenkilökunnan ja vertaisryhmäkulttuurin välillä, jotka torjuvat aikuisten hoidon negatiiviset kokemukset ja kutsuvat nuoren asiakkaaseen keskittyviin suhteisiin. Potilaan päätökseen jatkaa hoitoa vaikutti hoitohenkilökunnan asiakaskeskeinen ja arvostava suhtautuminen sekä psykoosin kokenut vertaisryhmä. Terapeuttinen lähestymistapa, asiakaskeskeiset käytännöt kuten empatia, positiivinen asenne, aitous ja potilaaseen eikä vain hänen sairauteensa keskittyminen olivat tärkeitä. (Stewart, 2012.)

Suhdetta ja suhtautumista potilaaseen korostaa myös Keroputaan malli, jota tieteellisissä julkaisuissa kutsutaan avoimen dialogin malliksi. Hoitoon pääsee matalalla kynnyksellä, nopeasti ja ilman lähetettä. Potilaan läheiset otetaan mukaan hoitoon osallistumiseen. Keskustelu ja puhuminen ovat hoidossa keskeisellä sijalla. Koska hoitoon pääsee heti, oireet harvoin ehtivät kehittyä psykoosiksi saakka. Mikäli psykoosi puhkeaa, kehittyy se harvoin skitsofreniaksi. Keroputaan malli näkee mielenterveyden ongelmat sosiaalisina ongelmina. Psykologi Markku Sutelan mukaan ne ovat myös vuorovaikutusongelmia. Psykologisia testejä tai kliinisiä haastatteluja ei juurikaan käytetä, vaan hoitohenkilökunta uskoo saavansa kaiken tarvittavan tiedon vain keskustelemalla potilaan kanssa. Ihmistä itseään pidetään oman olemisensa asiantuntijana. Vallankäytöstä on pyritty tietoisesti pois, ja keskustelun halutaan olevan dialogista. Hoitohenkilökunta pysyy samana, kun potilas siirtyy laitoshoidosta avohoitoon. Näin hoitosuhteet pysyvät pitkinä, eikä hoitaja vaihdu koko ajan. (Berner, 2012.)

2.2.1 Mielenterveys- ja psykiatrinen kuntoutus

Suppean, diagnoosilähtöisen näkökulman mukaan mielenterveyskuntoutus on esimerkiksi jonkin sairauden, kuten masennuksen tai skitsofrenian, kuntoutusta. Usein samaa tarkoitetaan "psykiatrisella kuntoutuksella". Siinä peruste kuntoutuksen tarpeelle on psyykkisestä sairaudesta johtuva toimintakyvyn aleneminen, haitta tai psykiatrinen diagnoosi. Laajempi näkö-

kulma näkee kuntoutuksen laaja-alaisena toimintana, joka yksilön lisäksi vaikuttaa hänen ympäristöönsä. Mielenterveyskuntoutuksessa pyritään tällöin löytämään mahdolliset ongelmat, kuten sairaudesta johtuva toimintakyvyn vajavuus ja hallinnan puute, ja tämän jälkeen etsitään tekijöitä, jotka vaikuttavat mielenterveyteen positiivisesti. Tämä näkökulma painottaa osallistumista, täysimittaista kansalaisuutta ja selviytymiskeinoja. Liika keskittyminen sairauteen voi johtaa liian kapeaan, ongelmakeskeiseen ja sairauspainotteiseen näkökulmaan. Koskisuu (2004, 12) viittaa Järvikoskeen (1995), jonka mukaan kuntoutus yhdistää sosiaalisen ja yksilöllisen näkökulman. Vajaakuntoisuuden syntyyn ja seurauksiin vaikuttavat niin yksilön psykofyysiset resurssit kuin ympäristökin, ja toisaalta kuntoutus reagoi yhteiskunnan muutoksiin. Se on monialaista ja suunnitelmallista toimintaa, jonka tavoite on auttaa kuntoutujaa elämänhallinnan ylläpitämisessä ja elämänprojektien toteuttamisessa tilanteissa, joissa sairaus tai muut syyt uhkaavat heikentää hänen mahdollisuuksiaan sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon. Kuntoutushenkilökunta laatii yhdessä kuntoutujan kanssa suunnitelman, jota arvioidaan jatkuvasti. Kuntoutuksen perustana voi olla sekä yksilö- että ryhmäkohtainen työskentelymalli, ja tukena voidaan käyttää lähiyhteisöjä ja verkostoja. Keskeisessä osassa ovat toimenpiteet, jotka lisäävät yksilön voimavaroja, hallinnan tunnetta ja toimintakykyä, sekä toimintamahdollisuuksia parantavat toimenpiteet, joita ympäristö tarjoaa. Käsitteeseen kuntoutujasta on muuttumassa asiantuntijapalveluiden kohteesta aktiiviseksi toimijaksi, joka pyrkii toteuttamaan omia pyrkimyksiään, ymmärtämään, tulkitsemaan ja suunnittelemaan elämäänsä ja sen perustaa, tavoitteet mielessään. (Koskisuu. 2004, 11-13.)

Psykiatrisen kuntoutuksen käsitteen erottaa mielenterveyskuntoutuksen käsitteestä Yrjö Lähteenmäki (2008) Järvikosken ja Härkäpään (2011, 234) mukaan siten, että psykiatrisesta kuntoutuksesta puhutaan skitsofrenian ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien kuntoutujien kohdalla. Asteeltaan lievempien psyykkisten häiriöiden kuntoutuksesta hän taas käyttää nimitystä mielenterveyskuntoutus. Mielenterveyskuntoutusta on kuitenkin käytetty yleiskäsitteenä kattamaan molemmat. Suomessa mielenterveyspalvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja, ja vain osa suomalaisista mielenterveyden ongelmista kärsivistä on hoidon piirissä. Mielenterveyspalvelujen laatusuositus vuodelta 2001 antaa viitteitä siitä, millaisia periaatteita mielenterveyskuntoutuksessa sovelletaan. Siinä korostuu kuntoutujan mielenterveys edellytyksenä ja osatekijänä työ- ja toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja selviytymisen kannalta. Siinä todetaan muun muassa, että jos potilaan kyky selviytyä arkielämän tilanteista on pysyvämminkin heikentynyt, suunnitellaan hoidon osaksi tilanteen kannalta tarkoituksenmukainen kuntoutus. Tavoitteena kuntoutuksessa on itsenäisen suoriutumiskyvyn sekä työ- ja toimintakyvyn edistäminen, osallistuminen yhteiskunnan toimintaan sekä omien tavoitteiden löytäminen ja toteuttaminen. Erilaisia sosiaalisen verkoston, tuen ja toimintojen tarjoamia mahdollisuuksia käytetään laajasti. Myös omaiset ja muu lähipiiri ja heidän tarvitsemansa tuki otetaan huomioon. Mielenterveystyössä toimivimmaksi on osoittautunut moniammatillisuus. Tiimit te-

kevät yhteistyötä. Hoitoprosessiin integroidaan eri hoito- ja kuntoutusmuotoja, ja koordinoiti hoidetaan yhteydenpidon, esimerkiksi hoitokokousten, kautta. Fyysisesti kuntoutus tulisi järjestää mahdollisimman lähellä kuntoutujan kotia ja lähipiiriä. Myös kotikuntoutuksen tulisi olla vaihtoehto. Kunnan tai alueen tulee tarjota monipuolisia, pitkäaikaisia tukitoimia tarvitseville esimerkiksi vertaisryhmiä ja -toimintaa, palveluohjausta, päivä-, työ- ja toimintakeskuksia, tuettua työllistymistä, valmentavaa koulutusta ja vapaamuotoisia jäsenyhteisöjä ja klubitaloja. Myös yksilöterapiata, työpaikalla toteutettavia, työkykyä ja hyvinvointia ylläpitäviä tukitoimia ja ryhmämuotoisia kuntoutuspalveluja ja kuntoutuskursseja tulisi olla tarjolla. Kuntoutujan tulee tietää, kehen hän voi ottaa yhteyttä apua tarvittaessa. Jokaiselle kuntoutujalle tulisi nimetä vastuuhenkilö, joka pysyisi samana, vaikka palvelut vaihtuisivat. Vastuuhenkilö pitää kuntoutujaan yhteyttä ja tukee häntä koulutukseen, kuntoutukseen ja työhön hakeutumisessa. (Järvikoski. & Härkä-pää. 2011, 234-237.)

Hoito ja kuntoutus on mielenterveystyössä vaikea erottaa toisistaan. Hoidon ensisijainen tavoite on vähentää sairauden oireita ja niihin liittyvää ahdistusta. Psykiatriseen diagnoosiin pohjautuva hoitosuunnitelma on hoidon lähtökohta. Useimmiten hoito tapahtuu lääkityksen ja psykoterapian keinoin. Kuntoutuksessa taas tavoitteena on parantaa ihmisen mahdollisuuksia toimia rooleissa, jotka hänelle sopivat, erilaisissa toimintaympäristöissä. Varsinkin riittävän sosiaalisen tuen ja mielekkään toiminnan varmistaminen kuuluu kuntoutuksen toiminta-alueeseen. Kuntoutusprosessin etenemistä ei tue sairaslomalla tai eläkkeellä oleminen ilman toimintaa. Usein kuntoutuksen taustalla on sairaudesta toipuminen, mutta kyseessä voi olla myös arkielämästä selviäminen sairauden oireista huolimatta tai niiden kanssa. (Järvikoski. & Härkäpää. 2011, 236.)

Mielenterveyskuntoutuksessa keskitytään arkielämän käytännöllisiin kysymyksiin, ja palveluilla on tarkat, arkielämään liittyvät tavoitteet. Myös arviointi tapahtuu arkielämän tilanteissa. Lähtökohta toiminnalle on asiakas omine toiveineen. Koska eri ympäristöt vaikuttavat kuntoutujan selviytymiseen eri tavalla, pyritään ympäristön muutostarpeet havaitsemaan herkästi. Kuntoutuspalvelut yritetään koordinoida hyvän hoidon kanssa, ja turvata palvelujen jatkuvuus. Kuntoutujaa autetaan eroon rooleistaan potilaana, suojatyöstä ja hoitolaitoksista. Hänen matkaansa kohti tavanomaisia sosiaalisia rooleja ja sairauden hallintaa tuetaan. (Järvikoski. & Härkäpää. 235.)

Yleensä psykoterapian katsotaan kuuluvan niin psykiatriseen hoitoon kuin kuntoutukseenkin. Vuonna 2002 Mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä totesi, että psykoterapia tulee liittää muuhun kuntoutukseen. Mikäli yksilöterapialla ei ole yhteyttä muihin sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä tukeviin toimenpiteisiin, voi sen vaikutus jäädä vähäiseksi. (Järvikoski. & Härkäpää. 2011, 237-238.)

2.2.2 Toiminnallinen kuntoutus

HUS:in mukaan toiminnalliseen kuntoutukseen Kellokosken sairaalassa kuuluvat liikunta- ja fysioterapia, erilaiset työtoiminnot, toimintaterapia ja erilaiset luovat terapiat ja ohjaustoiminta, kuten kuvataide- ja musiikkiterapia sekä kuntoutusohjaus. (HUS. Toiminnallinen kuntoutus.) Kuntoutusohjaus tarkoittaa sitä, että kuntoutuja linkitetään kaikkiin niihin palveluihin, joita hän tarvitsee. Näitä voivat olla niin kuntoutuksen, sosiaalitoimen kuin terveydenhuollonkin palvelut. Kuntoutuksen kannalta tarpeelliset palvelut pyritään turvaamaan ja määrittelemään niille yhdessä tavoitteet. Palveluohjaus voi toimia myös yhteistyölinkkinä eri palvelujärjestelmien välillä ja palvelujen kehittäjänä. (Koskisu. 2004, 41.)

Vanhan Vaasan sairaalassa toiminnalliseen kuntoutukseen kuuluu puu-, ulko- ja käsityöt, askartelu, remonttiryhmä, kiertävä työnohjaaja ja liikunnallinen ohjaaja. Toiminta suunnitellaan potilaslähtöisesti, ja sen tavoitteena on tukea potilasta ja mahdollistaa omien voimavarojen ja taitojen käyttö sekä uusien taitojen oppiminen. Lisäksi kuntoutuksella tähdätään ihmishuone- ja vuorovaikutustaitojen oppimiseen, itseluottamuksen tukemiseen, toimintakyvyn ylläpitoon sekä osaamisen kokemuksiin ja mielekkääseen toimintaan. Kuntoutus rytmittää päivää ja tuo siihen vaihtelua ja sisältöä. Kehityksen myötä potilaan on mahdollista edetä vaativampiin töihin. (Vanhan Vaasan sairaala. Toiminnallinen kuntoutus.)

Ihmisillä, jotka ovat kärsineet pitkään vakavista mielenterveysongelmista, on usein huonot elämäntavat kuten liikkumattomuutta, ylipainoa ja tupakointia. Myös antipsykoottiset lääkkeet voivat aiheuttaa painonnousua. Fyysinen aktiivisuus voi olla apuna terveyden kohentamisessa, ja liikunnasta on tullutkin yleinen lisä vakavista mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoidossa psykiatrisissa hoitolaitoksissa. (Bonsaksen. 2012.)

Bonsaksenin ja Lerdalin tutkimuksessa selvitettiin fyysisen aktiivisuuden suhdetta elämänlaadun kokemiseen. Liikunnan on todettu helpottavan keskivaikeaa masennusta, sekä vähentävän tietynlaista ahdistusta. Tutkimus suoritettiin Oslolla psykiatrisessa sairaalassa, ja vaikka tutkimukseen osallistuvat potilaat olivat taudinkuvaltaan erilaisia, he olivat olleet osastohoidossa silti keskimäärin 7-8 kuukautta. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman realistinen kuva osastolla hoidossa olevista potilastyypeistä ja heidän tilanteestaan. Potilaat arvioivat omaa aktiivisuuttaan ja elämänlaatuaan ja tuloksia analysoitiin erilaisten mittareiden avulla. (Bonsaksen. 2012)

Tutkimuksessa tulokseksi saatiin jopa yllättävästi, että liikunnalla ei ole merkitystä elämänlaadun kokemuksen kannalta, sillä se ei vaikuttanut potilaiden oireisiin ahdistuksesta ja masennuksesta. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat kärsineet sairaudestaan jo vuosia, heidän toimintakykynsä oli alentunut sekä ahdistuneisuus ja masentuneisuus oli voimakasta. Potilai-

den taustatekijät ja monisyiset ongelmat niin sosiaalisella kuin kliinisellä elämänalueella voivat selittää tutkimustuloksia. Fyysinen aktiivisuus ei vaikuta henkilön elämänlaatuun, kun elämää hallitsevat vakavat ja vaikeat sairauden oireet. Se on siinä tilanteessa toissijainen asia. Sen sijaan luottamukselliset ihmissuhteet, turvalliset asuinolot ja kyky selviytyä jokapäiväisistä askareista ovat tärkeämpiä tavoitteita, kuin liikunnan lisääminen. Liikunta voi tulla merkityksellisemmäksi kun ongelmia elämän perusasioissa on jo selvitetty. Fyysistä aktiivisuutta voisi mahdollisesti yhdistää sosiaalisten suhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen. (Bonsaksen. 2012.)

Vancampfort (2012) kuvaa skitsofrenian olevan kokonaisvaltainen psyykkinen sairaus, joka laukeaa yleensä varhaisaikuisuudessa ja kestää loppuelämän. Skitsofrenia aiheuttaa niin sosiaalisia kuin toiminnallisiakin vaikeuksia. Syyt sairauden puhkeamiseen voivat olla geneettisiä, mutta myös voimakas psyykkinen rasitus ja ahdistus ovat ympäristön aiheuttamia riskitekijöitä sairauden puhkeamiselle. Sairauden hoitoon tarvitaan usein psykoterapiaa lääkehoidon ohella. Kiinnostus muihin hoitomenetelmiin on lisääntynyt, josta yhtenä esimerkkinä rentoutumismetodit ahdistuksen hallinnassa. Yksi yleisimmistä tekniikoista on lihasten rentouttaminen etenevästi. Menetelmässä vuorotellaan lihasten jännitystä ja rentoutusta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli etsiä kliinisten tutkimusten avulla todisteita rentoutustekniikoiden vaikuttavuuteen sairauden hoidossa.

Tuloksena oli, että lihasrentoutus voi lieventää ahdistusta ja psyykkistä kuormitusta sekä parantaa henkilön omaa kokemusta hyvinvoinnistaan. Katsauksessa tuli kuitenkin esille, että tutkimukset olivat lyhytaikaisia, eikä pitkän aikavälin tuloksia esimerkiksi hoidon ylläpitävästä vaikutuksesta ole saatavilla. Katsauksessa käytettävät tutkimukset olivat verrattain tuoreita, mutta niistä tulleita tuloksia on tulkittava vielä varoen. Myös lisätutkimuksia vaaditaan, jotta voidaan selvittää millaiset skitsofreniapotilaat hyötyvät eniten. Rentoutustekniikat ovat helposti opeteltavissa ja niitä voidaan käyttää hoidossa yksinkertaisena apukeinona eikä se aiheuta suuria kustannuksia. Rentoutustekniikoita voidaan käyttää sekä sairauden akuuteissa että kroonisissa vaiheissa. (Vancampfort ym., 2012.)

Skitsofrenian psykososiaalista hoitoa ja potilaan sosiaalisen toimintakyvyn palauttamista tutkivat artikkelissaan Addington, Piskulic ja Marshall (2010). He kirjoittavat psykososiaalisista interventioista, joista tunnetuimpia ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia CBT, sosiaalisten taitojen harjoittelu SST, perheinterventiot, kognitiivinen kuntoutus ja tuettu työllistäminen. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa oireita käsitteellistetään ja käyttäytyminen nähdään biologisten tekijöiden, kuten geenien, lopputuloksena, johon vaikuttavat stressaavat elämäntapahtumat. Ensimmäistä kertaa psykoosin kokeville on kehitetty moduuliohjelma. Sosiaalisten taitojen ongelmat ovat yksi keskeisimmistä skitsofreniapotilailla. SST yhdistää kolme keskeistä sosiaalisen toiminnan elementtiä: vastaanottamisen taidon, prosessointitaidon ja sen,

kuinka yksilö vastaa vuorovaikutuksessa. SST:ssä käytettyjä tekniikoita ovat muun muassa tavoitteiden asettaminen, mallinnus, roolipelit, positiivinen vahvistaminen, korjaava palaute ja kotitehtävät. Tutkimuksissa SST:n on huomattu tarjoavan hyvän pohjan sosiaalisten taitojen kehittämiseksi, joka parantaa skitsofreniapotilaiden toimintakykyä ja parantaa kykyä selvitä stressaavista elämäntilanteista.

Skitsofrenialla voi olla suuri vaikutus nuoren koulutukselle ja työllistymiselle. Työllistyminen on ratkaisevaa toipumisen ja sosiaalisen ja taloudellisen tilanteen paranemisen kannalta. Empiirisesti vahvin ratkaisu on tuettu työllistyminen taitovalmennuksen ohella. Tärkeää on se, että potilas itse määrittää, milloin hän tuntee olevansa valmis aloittamaan työt, tuettu työllistyminen liitetään muihin hoitoihin, tavoitteena on kilpailukykyinen työllistyminen, työnhaku alkaa miltei heti kun työnteko alkaa kiinnostaa potilasta, tuki on jatkuvaa ja potilaan mieltymykset ovat etusijalla. Tutkimuksissa tuetun työllistämisen on huomattu parantavan vakavasta psyykkisestä sairaudesta kärsivien työllistymistä, vaikka moni tätä tukimuotoa käyttänyt ei saavutakaan työllistymistavoitettaan. Kognitiivisten toimintojen vajaatoiminta on huomattavaa skitsofreniassa. Aivovammoista kärsiville suunniteltuja harjoituksia on sovellettu myös skitsofreniapotilaille. Näitä ovat paperilla tai tietokoneella tehtävät harjoitukset, jotka keskittyvät tiettyyn kognitiiviseen taitoon, kuten huomiokykyyn, muistiin tai psykomotoriseen nopeuteen. Kognitiivisia taitoja parantavien harjoitusten rinnalle on kehitetty harjoituksia, jotka pyrkivät ohittamaan kognitiiviset vajavuudet ja kompensoimaan ne apuvälineillä tai vastaavilla prosesseilla. Tutkimuksissa on huomattu, että vaikka toiminnallinen lopputulos ei välttämättä juuri parane, voi vaste psykiatriselle toipumiselle ja ammatilliselle koulutukselle parantua. Verrattuna pelkästään lääkitykseen, psykososiaaliset hoitomuodot parantavat toimintakykyä. (Addington, Piskulic & Marshall. 2010.)

Baslet ja Gaston (2011) taas kuvaavat artikkelissaan huomion suuntaamisen tekniikkaa eli ATT-tekniikkaa skitsofreniapotilaiden pakonomaisten ajatusten hallitsemiseksi. ATT-tekniikka (Attention Training Technique) tutkimusten mukaan auttaa parantamaan keskittymistä ja hallitsemaan ajatuksia. Sitä on käytetty esimerkiksi paniikkioireisten potilaiden hoidossa. Skitsofrenian oireisiin usein kuuluu häiritsevät ja pakonomaiset ajatukset, jotka tulevat kaiken edelle. Ne voivat olla vainoharhaisuuksia, hallusinaatioita, voimakasta huolta ja nämä kaikki haittaavat jokapäiväistä elämää. Tällaiset ajatukset haittaavat keskittymistä ja tuovat niistä kärsiville ylimääräistä psyykkistä kuormitusta. Tässä tutkimuksessa ATT-tekniikkaa käytettiin yksinään, jotta saatiin selville sen vaikuttavuus.

Tutkimuksen kohteena oli 32-vuotias nuorena aikuisena paranoidiseen skitsofreniaan sairastunut nainen, jolla on lapsi. Hän on toiminut useissa erilaisissa työtehtävissä, mutta tutkimuksen aikana työskenteli tuetussa työpaikassa. Potilaalle on tullut säännöllisesti pakkomielleisiä ajatuksia, jotka vaikuttavat kielteisesti hänen elämäänsä niin työssä kuin kotonakin.

Ajatukset saattoivat esimerkiksi saada hänet lamaantumaan useiksi tunneiksi kerrallaan. Potilaan kanssa järjestettiin yhdeksän tapaamista, jossa ATT-tekniikkaan perustuen käytettiin erilaisia harjoitteita, jotka auttavat ajatusten hallitsemista ja keskittymistä. Jokaisen kerran jälkeen tehtiin arviointi ja potilaalla oli mahdollisuus käydä läpi asiat, jotka vaikuttivat käyntiin tai aiheuttivat kysymyksiä. Tapaamiset kestivät 15 minuutista puoleen tuntiin, riippuen harjoitusten vaikeusasteesta. (Baslet & Gaston, 2011.)

Puolen vuoden jälkeen arviointia tehtiin vielä uudelleen ja todettiin, että potilaan elämänlaadussa oli tapahtunut positiivisia muutoksia: potilas pystyi keskittymään paremmin, vastustamaan häiritseviä ajatuksia tai niiden ilmaantuessa siirtämään ajatuksensa nopeammin oikeille raiteille. Harjoitusten avulla potilaan myös muistissa tapahtui positiivisia muutoksia ja sairauteen liittyvät oireet vähenivät, esimerkiksi ahdistus, jännittyneisyys ja impulsiivinen käytös. (Baslet & Gaston. 2011.)

Toimintaterapian näkemyksen mukaan toiminnallisuutta ja aktiviteetteja voidaan käyttää hyväksi paremman elämänlaadun saamiseksi oireista huolimatta. Mielenterveyden kannalta aktiviteetit ovat elintärkeitä kuntoutumisessa. Useissa tutkimuksissa on ilmennyt ongelmia potilaiden passiivisuudesta psykiatrisilla osastoilla. Osastojen tulisi mahdollistaa potilailleen enemmän toimintaa, sillä jo pienet muutokset edistävät toipumista. Toiminnallisuus ja aktiviteetit tuovat mielekästä tehtävää, vievät pois kielteisistä ja häiritsevistä asioista sekä edistävät sosiaalista kanssakäymistä muiden kanssa. Esimerkiksi taiteen harrastaminen, puutarhahoito tai savityöt ovat tuoneet tutkitusti hyötyä toipumisessa. Luova toiminta edistää ongelmanratkaisukykyä, joita tulee vastaan jokapäiväisessä elämässä. Jos toimintaa voitaisiin yhdistää kunnan tarjoamiin harrastamahdollisuuksiin, voisi se edistää potilaan integroitumista yhteisöön. (Hutcheson. 2010.)

Hutcheson ym ovat tutkimuksessaan selvittäneet potilaiden henkistä hyvinvointia aktiviteettien kautta psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimus toteutettiin 13-osastoisessa psykiatrisessa sairaalassa puolen vuoden aikana, jossa aluksi selvitettiin lähtötilanne niin potilaiden kuin henkilökunnankin näkökulmasta. Molemmat osapuolet toivoivat enemmän toimintaa, joka on järjestelmällistä ja suunniteltua. Osastojen potilaista vain pieni osa osallistui toimintaryhmiin ja he kaipasivat toimintoihin enemmän vaihtelua. Näiden alustusten pohjalta erillinen tiimi loi toimintaohjelman, joka esiteltiin henkilökunnalle ja potilaille aina viikottain. Tuloksia ohjelman hyödystä arvioitiin kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden jälkeen. Uusissa ryhmissä oli muun muassa karaokea, musiikkikappaleiden tunnistusta, aamiaisryhmä tai tanssimista. (Hutcheson. 2010.)

Kuuden kuukauden jälkeen ryhmiin osaanottajien määrä oli kasvanut huomasti. Myös potilaiden ikäjakauma oli hyvin laaja. Nuorin osaanottaja oli 17-vuotias ja vanhin 87-vuotias. Poti-

laat olivat pääosin tyytyväisiä toimintaan ja toivoivat sitä edelleen lisää. Potilaat kokivat toiminnallisuuden tuovat päiviin vaihtelua ja tekemistä ja oppivat ryhmissä tapoja, joita voisivat hyödyntää osastohoidon jälkeenkin. Henkilökunnan mukaan strukturoidun toimintaohjelman seuraaminen auttoi kannustamaan potilaita osallistumaan enemmän. Ryhmien esittelemisen julistein ja viikottaisten tapaamisten avulla auttoi että suurin osa potilaista oli tietoisia tapahtumista ja ryhmistä. Henkilökunnan mukaan potilaat odottivat ryhmiä, olivat ajoittain jopa innostuneita, mutta välillä osallistumiseen oli patisteltava. Erityisesti sosiaalinen puoli korostui ryhmätoiminnassa ja toiminnan jälkeen potilaissa oli huomattavissa motivoituneisuuden lisääntymistä, vähemmän vihamielisyyttä ja aggressioita. (Hutcheson. 2010.) Toiminnallisuus on todella tärkeää ja merkittävää mielenterveyden ylläpitämisessä, erityisesti hoidossa oleville potilaille. Toiminnan tulisi olla mahdollisimman monipuolista, jotta jokainen potilas voisi löytää oman mielenkiinnonkohteensa. (Hutcheson. 2010.)

2.3 Toimintakyky

Toimintakyky voidaan määritellä eri tavoin tieteenalasta ja näkökulmasta riippuen. Yleensä sillä tarkoitetaan kuitenkin ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväiseen elämään liittyvistä tehtävistä kotona, vapaa-ajalla ja töissä. Psykkistä ja fyysistä toimintakykyä kuvataan usein toisistaan erillään. Psykkistä toimintakykyä tarkastellaan kognitiivisten kykyjen sekä psykisten voimavarojen ja kestävyiden pohjalta. Fyysisessä toimintakyvyssä taas huomioidaan lihaskunto, yleinen kestävyys ja liikkeen hallintakyky. Lisäksi voidaan puhua sosiaalisesta toimintakyvystä, joka merkitsee ihmisen toimintaa vuorovaikutussuhteissa ja osallistumista yhteisön ja yhteiskunnan toimintaan. Usein toimintakyvyn arviointi nähdään perustana kuntoutuksen suunnittelulle ja sen tulosten arvioinnille. Yleensä toimintakykyä selvitetään yksilön oman kokemuksen pohjalta ja toisaalta asiantuntijan objektiivisella arvioinnilla. (Järvikoski. & Härkää. 2011, 92.)

Toimintakyky on keskeinen käsite mielenterveyskuntoutuksessa. Ensisijainen tavoite on parantaa kuntoutujan kykyä toimia erilaisissa ympäristöissä ja rooleissa, ei niinkään oireiden vähentäminen tai kuntoutujan psyykkistä rakennetta koskevien oivallusten lisääntyminen. Kuntoutujan voimavaroja pyritään parantamaan ja negatiiviseksi koetun rajoittamisen sijaan kehittämään rakentavia toimintamalleja. Kuntoutuksen onnistumisen arviointi tapahtuu arjen kokemusten kautta. Arki on helposti käsitettävissä, ja arjen toiminnan ja kokemusten kautta ihmisen ymmärrys omasta elämästään ja itsestään parantuu. (Koskisuu. 2004, 47.)

Näkemykseen kuntoutuksesta toimintakyvyn palautumisena kuuluu kolme eri ulottuvuutta: itsestä huolehtiminen, aktiivisuus ja ihmissuhteet. Itsestä huolehtiminen merkitsee hyvinvoinnin edistämistä, kuten perustarpeista, lääkityksestä, kodista ja liikunnasta huolehtimista ja

itselle mieluisten asioiden tekemistä. Näiden kautta kuntoutuja pyrkii tekemään samo- ja asioita kuin muutkin, kohti tavallisuutta. Mikään toiminnan alue ei ole yksin itsessään arvokas, vaan motivaatio niihin tulee sisäisesti tärkeiksi koetuista päämääristä. Asioiden tekemisen kuntouttava merkitys ei tule asioiden oppimisesta sinänsä, vaan niiden normaalistavasta merkityksestä. Aktiivisuus tarkoittaa kodissa toimimisen lisäksi toimintaa kodin ulkopuolella ja lähiympäristöissä. Se merkitsee myös muutosta kuntoutujan asenteiden tasolla, sivustakatsojasta ja odottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Tärkeät ihmiset, ystävät, perhe, vertaiset ja työntekijät, ja yhteyksien ylläpitäminen heihin, liittyy olennaisesti toimintakyvyn parantumiseen. Vertaistuella on erityisen suuri merkitys juuri tässä kuntoutumisen vaiheessa. Omien kokemusten jakaminen on helpompaa niiden kanssa, jotka ovat kokeneet saman. Toimintakyvyn palautuessa toisilta ei enää haeta niinkään kuntoutumisen mallia ja toivoa, vaan keskinäistä tukea, kokemusten jakamista ja ystävyyttä. (Koskisuu. 2004, 77-78.)

Yllä olevissa kappaleissa on käsitelty mielenterveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista sekä erilaisia mielenterveyden häiriöitä. Tämän pohjalta voi huomata että toimintakyky tarkoittaa eri asioita eri ihmisille. Tässä opinnäytetyössä kyselyssä mukana olleen psykiatrisen vuodeosaston henkilökunta kohtaa työssään potilaita, jotka tulevat vaihtelevista ympäristöistä, kuten erilaisista palveluyksiköistä, kuntoutuskeskuksista tai suoraan kotoa. Kuitenkin saapuesaan osastolle monen toimintakyky on alentunut merkittävästi, jolloin he tarvitsevat enemmän tukea ja ohjausta toimintakyvyn löytämiseksi. Hoitoon on usein yhdistetty jokin lääkehoito. Toimintakyky ja kuntoutuminen voi syvästi masentuneelle potilaalle tarkoittaa osallistumista johonkin ohjattuun toimintaan tai että hän saa jonkinlaisen rutiinin omaan päiväänsä. Psykoottiselle potilaalle kuntoutuminen voi tarkoittaa harhojen vähenemistä ja poistumista, ja mahdollisesti kykyä tunnistaa alkavat oireet. Osalle potilaista säännölliset osastolla käynnit ylläpitävät heidän toimintakykään. Koska osastolle tulevat potilaat ovat taustoiltaan, taudinkvaltaan ja toimintakyvyltään täysin erilaisia, aiheuttaa se kuntouttamisessa ja toiminnan järjestämisessä haasteita. Kaikki harjoitukset eivät hyödytä kaikkia potilaita, joten hoitosuunnitelmassa ei voida yleistää. Toimintakyky ja kuntoutus ovat siis yksilöllisiä ja myös hoidon suunnittelu tulisi olla yksilöllistä, joka on juuri potilaan tarpeisiin ja tilanteeseen sopivaa.

3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tavoitteena oli tutkia osastolla tapahtuvan toiminnallisen kuntoutuksen toteutumista potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa. Tavoitteena oli myös selvittää, miten toiminnallista kuntoutusta voitaisiin kehittää enemmän. Aihetta tutkittiin henkilökunnan näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä ei pyritty yleistettävyyteen, vaan pikemminkin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tutkittavaa aihetta.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Miten toiminnallisen kuntoutuksen huomioiminen osastolla toteutuu henkilökunnan näkökulmasta hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa?
2. Miten henkilökunnan mielestä toiminnallista kuntoutusta osastolla voisi kehittää?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus on verrattain uusi tutkimusmenetelmä eikä sen määrittely ole yksinkertaista. Laadullista tutkimusta käytetään usein sosiaali- ja hoitotieteessä. Karkeasti ajateltuna laadullinen tutkimus pyrkii selittämään, ymmärtämään ja havainnoimaan tutkittavia ilmiöitä ja asioita. Sen tarkoituksena ei ole löytää selkeitä isoon joukkoon liittyviä yleistyksiä, vaan pikemminkin nähdä asioita subjektiivisesta, mikrotason näkökulmasta, eli ymmärtää yksityiskohtaisesti jonkin asian tai tapahtuman osia. Laadullisessa tutkimuksessa tiettyjen tapahtumien yksittäiset tekijät tai toimijat ja heidän merkityksensä niiden suhteen ovat tärkeitä tutkimuksellisia kohteita. Tilanteet, joita tutkitaan, eivät saa olla järjestettyjä tai kontrolloituja. Tavoitteena on saada tutkimukseen mahdollisimman luonnollinen ja todellisuutta vastaava tilanne. Laadullisen tutkimuksen tekeminen siten, että tulokset eivät jäisi pinnallisiksi, ei kuitenkaan ole helppoa. Tutkimuksen tekijältä vaaditaan tietoa ja taitoa käsitellä laadullista aineistoa. (Eskola & Suoranta. 2003, 13-15, Metsämuuronen. 2006, 80-82,88.)

Laadullinen aineisto on yksinkertaisimmillaan mitä tahansa tekstiä. Sitä voi kerätä haastatteluilla, kyselyillä, päiväkirjoista, omaelämäkertoista, kirjeistä tai se voi olla mikä tahansa kirjallinen tai kuvallinen aineisto. Aineistoksi kelpaavat myös internetin keskustelupalstat, yleisöastokirjoitukset, elokuvat tai mainokset. Laadullinen tutkimus elää tutkimuksen edetessä, jolloin tutkimussuunnitelmaa tai tutkimusongelmaa voi joutua korjaamaan tai asettelemaan uudelleen. Laadullisen tutkimuksen eri vaiheet, kuten aineistonkeruu, analysointi ja tulkinta sekä raportointi ovat usein tiukasti yhdessä, joten eri vaiheita voi olla vaikeaa eritellä. (Eskola & Suoranta. 2003, 15-16.)

Vaikka tutkija pyrkii pääsemään mahdollisimman lähelle tutkittavaa ilmiötä tai tutkittavia ihmisiä, hän ei silti ota kantaa niihin. Jos tutkijan toimiin vaikuttavat hänen asenteensa, uskomuksensa ja arvonsa, hänen saamansa tutkimustulokset voidaan tulkita väärin tai tulokset vääristyvät. Oikeanlainen objektiivisuus on hyväksi, sillä se voi tuottaa luotettavampaa tietoa, aineistoa ja tuloksia sekä niiden analysointia. Laadullisessa tutkimuksessa otanta on pie-

nempi, mutta sitä tutkitaan ja analysoidaan perusteellisesti. Tutkittavien määrä ei ole ratkaisevaa, vaan se ketkä tutkimukseen osallistuvat. Jos halutaan tutkia jotakin nimenomaista asiaa, tutkittavien tulisi liittyä siihen läheisesti tai omata tietoa juuri siitä alueesta. (Eskola & Suoranta. 2003, 16-18.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Tutkimus alkaa usein tutkijan yrityksellä kartoittaa kenttä, jossa hän toimii. Aineiston keruussa käytetään käsitettä saturaatio, joka viittaa aineiston riittävyteen eli kylläisyyteen. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohta ei ole aineiston yleistettävyyks. Taustalla on kuitenkin ajatus siitä, että kun yksittäistä tapausta tutkitaan tarpeeksi tarkasti, löydetään ilmiössä merkittävät piirteet, jotka toistuvat usein kun ilmiötä tarkastellaan yleisellä tasolla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 181-182.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmäksi sopi parhaiten juuri laadullinen tutkimus, sillä tutkittavana oli tietty psykiatrinen vuodeosasto ja siellä työskentelevän henkilökunnan kokemukset ja ajatukset osaston toiminnallisen kuntoutuksen tilasta ja kehittämisestä. Opinnäytetyössä ei pyritty aiheen yleistettävyyteen, vaan kuvaamaan mahdollisimman tarkasti sitä, miten toiminnallinen kuntoutus juuri kyseisellä osastolla näyttäytyy. Aineistoa pyrittiin keräämään koko osaston henkilökunnalta mahdollisimman kattavan ja riittävän aineiston saamiseksi, sillä vain heillä on tutkittavaan aiheeseen nimenomaista tietoa. Opinnäytetyön tekijät olivat tutkittavaan kohteeseen nähden objektiivisia, sillä heillä ei ollut osaston toimintaan aiempaa kosketuspintaa tai ennako-odotuksia mahdollisista tuloksista.

4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan soveltaa kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa. Se on myös perusta useimmille laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmille. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91.) Sisällönanalyysillä tavoitellaan tutkittavan ilmiön kuvaamista yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sillä voidaan analysoida järjestelmällisesti erilaisia dokumentteja, kuten artikkeleita, kirjoja, puhetta, haastatteluja, raportteja ja dialogeja. Myös täysin strukturoimaton materiaali sopii sisällönanalyysillä käsiteltäväksi. Materiaalin tulee kuitenkin olla kirjallisessa muodossa. Sisällönanalyysin avulla aineisto saadaan järjestyksi, ja sen pohjalta tehdään johtopäätökset. Sisällönanalyysi analysoi tekstiä. Se etsii ja tarkastelee inhimillisiä merkityksiä. Sisällönanalyysi pyrkii sanallisesti kuvaamaan aineiston sisältöä. Usein sisällönanalyysista käytetään myös käsitettä sisällön erittely, joka viittaa aineiston kvantifointiin, eli sanallisesti kuvatusta aineistosta haetaan määrällisiä tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 103-106.)

Laadullisessa analyysissä nousee usein esille jaottelu induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin. Jaon perustana on tutkimuksessa käytetty päättelyn logiikka. Induktiivinen tarkoittaa päättelyä yksittäisestä yleiseen ja deduktiivinen vastaavasti yleisestä yksittäiseen. Tuomi ja Sarajärvi (2011, 95) viittaavat Eskolan (2001; 2007) jaotteluun aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Eskola korostaa jaottelussaan laadullisen tutkimuksen teorian merkitystä. Aineistolähtöisessä analyysissä tarkoitus on luoda teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänanto määrittävät valitut analyysiyksiköt. Analyysiyksiköt eivät siis ole etukäteen harkittuja ja sovittuja. Koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, ei aiemmilla teorioilla tai havainnoilla tutkittavasta kohteesta pitäisi olla merkitystä analyysin toteuttamisessa. Aiemmat tiedot pyritään jättämään aineiston analyysivaiheessa ulkopuolelle, jotta ne eivät vaikuttaisi analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95-96.)

Aineistolähtöisessä ja teoriaohjaavassa analyysissä aineiston hankinta käsitteenmäärittelyineen on vapaata suhteessa teoriaosan jo tiedossa olevaan tietoon tutkittavaa ilmiötä koskien. Aineiston analyysissä on tärkeä sija myös keksimisen logiikalla. Keksimisen logiikkaan ei ole olemassa sääntöjä tai ohjeita, joita noudattamalla tuottaisi älykäästä analyysia. On kuitenkin keskeistä noudattaa tieteellisiä metodeja ja keskittyä löytämään teemoja aineistosta tutkijan oman ymmärryksen avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 98-100.)

Tuomi ja Sarajärvi (2011, 101) viittaavat Milesiin ja Huberiin (1994), joiden mukaan aineistolähtöisen analyysin tekninen vaihe alkaa pelkistämällä aineiston alkuperäisilmaisut. Aineistosta etsitään tutkimusongelman mukaisia, kiinnostavia asioita, ja näitä ilmaisevat lauseet pelkistetään niin että saadaan yksittäisiä ilmaisuja. Nämä pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään sitten yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi, eli samaa tarkoittavista ilmaisuista muodostetaan kategorioita, joille annetaan kuvaava nimi. Kategorioiden muodostaminen on kriittinen vaihe. Siinä tutkija päättää, mitkä ilmaisut tulevat kuulumaan mihinkin luokkaan. Kun kategoriat on muodostettu, aletaan samansisältöisistä kategorioista muodostaa yläkategorioita, ja ne nimitetään sisältöä vastaavasti. Lopuksi yläkategoriat yhdistetään siten, että muodostuu yksi kaikkia kuvaava kategoria. Eri tason kategorioiden avulla tutkimuskysymyksiin vastataan. Kategorioista samaan tapaan mutta eri nimellä puhuu Laine (2001) Tuomen ja Sarajärven (2011) mukaan. Laine kutsuu tutkimuskysymyksen kannalta olennaisten asioiden esiin nostamista kuvaukseksi. Kun olennaiset asiat on saatu poimittua, niistä muodostetaan merkityskokonaisuuksia. Merkityskokonaisuuksien löytymisessä auttavat sisäinen yhteenkuuluvuus ja samanlaisuus. Samaa kokonaisuuteen kuuluvat samanlaiset merkitykset. Tutkija tulkitsee kuvaustason kieltä omalla kielellään. Analyysin tavoitteena on käsitteellistää, nimetä teemaan liittyen tai

kerronnallisesti yleistää esitetyt kuvaukset. Aineisto jaotellaan erillisiin merkityskokonaisuuksiin analyysivaiheessa. Synteesivaiheessa niistä muodostetaan kokonaisuus, jossa erillisiä merkityskokonaisuuksia tuodaan yhteen. Molemmassa analyysitavoissa on muistettava, etteivät ne ole niinkään sääntöjä analyysin tekoon, vaan ohjeita tutkijalle. Ne auttavat systematisoimaan tulkintaa ja orientoitumaan analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 101-102.)

Miles ja Huberman (1994) esittävät Tuomen ja Sarajärven (2011, 108) mukaan aineistolähtöisen analyysin kolmivaiheisenä prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään eli redusoidaan, toisessa vaiheessa se ryhmitellään eli klusteroidaan ja kolmannessa vaiheessa luodaan teoreettiset käsitteet. Kolmatta vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. Ensimmäisessä vaiheessa eli pelkistämässä analysoitava data voi olla dokumentti tai asiakirja, josta karsitaan pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen. Tutkimustehtävä ohjaa pelkistämistä. Aineisto voidaan pilkkoa osiin tai tiivistää, jolloin tutkimustehtävän kannalta olennaiset ilmaukset koodataan tai litteroidaan. Aineistosta haetaan ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimustehtävän kysymyksiä, ja ne merkitään esimerkiksi eri väreillä. Tämän jälkeen merkityt ilmaisut listataan peräkkäin eri konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108-109.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi toteutettiin niin, että ensiksi aineistosta pyrittiin hakemaan ilmaisuja, jotka ovat tutkimuskysymysten kannalta olennaisia. Niitä poimittiin vastauslomakkeista lukemalla lomakkeet huolellisesti läpi useampaan kertaan ja merkitsemällä kiinnostavat ilmaukset lomakkeisiin. Tämän jälkeen tutkimuksen kannalta olennaiset ilmaisut erotettiin muista. Kiinnostavat ilmaukset siis kirjoitettiin erilleen muusta aineistosta. Lauseet pyrittiin pelkistämään niin, että niistä saatiin yksittäisiä ilmaisuja. Kun tämä oli tehty, ryhmiteltiin nämä ilmaisut joukoiksi muiden vastaavien ilmaisujen kanssa muodostaen näin kategorioita, joista vielä samaa kuvaavat kategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi. Näiden kategorioiden avulla voitiin saada tutkimuskysymyksiin vastaavia tuloksia. Liitteenä esimerkki käyttämästäme sisällönanalyysistä (Liite 3).

4.3 Luotettavuus

Sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa pyritään pääsemään mahdollisimman lähelle totuutta tutkittavassa asiassa. Virheiden välttämiseksi tutkimuksen luotettavuutta tulee kuitenkin pystyä arvioimaan. Arviointi ei ole varsinkaan laadullisen tutkimuksen osalta helppoa, sillä käytäntöjä ja perinteitä on monia. Myöskään selkeitä ohjeistuksia luotettavuuden arviointiin ei ole luotu. Totuus näyttäytyy laadullisessa tutkimuksessa eri tavoin, eikä sitä voi aina varmentaa esimerkiksi konkreettisten havaintojen avulla. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkijan kyky puolueettomuuteen, sen sijaan että hän antaisi omien taustojensa, kuten iän, sukupuolen tai poliittisen kantansa, vaikuttaa tulkitsemaansa aineistoon.

Luotettavuuden arvioinnissa tulevat usein esiin käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tutkimuksessa tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimusmenetelmää on käytetty selvittämään tutkimusongelmaa. Validiteettia voidaan arvioida tuloksista, mitä on saatu esimerkiksi kokeita tai mittauksia tekemällä. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Käytännössä tutkimuksen voi osoittaa luotettavaksi, jos tutkimuksen voi toistaa uudelleen ja saada samankaltaisia tuloksia. Molemmat käsitteet yhdistetään enemmän määrälliseen tutkimukseen. Sellaisenaan ne eivät sovellu laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin, sillä tutkimusmenetelmät ja myös tutkimusongelmat ovat erilaisia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 134-137.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on sen sijaan arvioitu esimerkiksi seuraavin käsittein: uskottavuus, vastaavuus, luotettavuus, siirrettävyys, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus, vakiintuneisuus, vahvistettavuus ja vahvuus. Käsitteitä avaamalla ilmenee se, miten tärkeä osuus tutkijalla on luotettavuuden osalta. Tutkijan tulee osata kuvata ja arvioida käsitteitä. Tuloksia tulisi voida mahdollisesti siirtää samantyyliisiin asiayhteyksiin tai tilanteisiin. Tutkija on osannut arvioida ulkoisia ja sisäisiä muuttuvia tekijöitä, sekä tekijöitä jotka ovat voineet vaikuttaa yllättäen. Tutkimuksen raportoinnin tulee olla seikkaperäistä, niin että lukija voi ymmärtää tutkittavan aiheen kokonaisuutena. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 138-139.)

Tutkimusraportista tulisi ilmetä selkeästi tutkimuksen tarkoitus ja sen kohde, mitkä olivat tutkijan ajatukset ja oletukset tutkimuksesta ja onko niihin tullut muutoksia. Aineiston keruusta tulisi olla tietoa siitä, miten sitä on kerätty, onko aineiston keräämiseen liittynyt joitakin erityispiirteitä ja kaikki seikat, jotka tutkijan mielestä ovat aineistoon liittyen merkityksellisiä. Tutkimukseen osallistuneista tiedonantajista tulee olla perustellut tiedot, miksi heidät valittiin tutkimukseen, kuinka heihin otettiin yhteyttä, montako heitä oli, mutta kuitenkin niin, ettei heidän henkilöllisyyttään voi tunnistaa. Raportissa tulisi myös ilmetä, minkälainen suhde tutkijalla on tiedonantajiin. Saivatko tiedonantajat lukea tulokset ennen julkaisua ja muuttiko niiden kommentointi tuloksia uudelleen. Mikäli ne muuttivat, niiden perustelut tulisi näkyä raportissa. Tutkimuksen kulku ajallisesti tulisi esitellä. Aineiston analysointi, eli miten tuloksien tulkinta ja johtopäätösten tekeminen tulisi olla myös perusteltuna. Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta arvioidaan raportissa. Mitä uskottavammin ja perustellummin tutkimuksen raportointi onnistuu, sitä luotettavamman kuvan se antaa tutkimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 140,141.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusraportista ilmenee selvästi opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet ja ne toistuvat raportin eri osioissa. Aineiston kerääminen ja analysointivaihe sujui ongelmitta. Kyselylomakkeita kerättäessä vastausaikaa jouduttiin pidentämään, sillä vastausaikaan mennessä vastauksia oli tullut niin vähän, että tutkimuskysymyksiin vastaaminen ei olisi ollut

validia. Opinnäytetyön tekijät eivät tunteneet osaston toimintaa ennestään, eikä heillä myöskään ollut sidoksia osaston henkilökuntaan. Tästä näkökulmasta tekijät saattoivat olla puolueettomia analysoidessaan tuloksia. Kaikkia osaston henkilökuntaa pyydettiin osallistumaan, jotta saataisiin puolueettomia mielipiteitä. Näin vältyttiin myös vaikutelmalta, että olisi saatu halutunlaisia vastauksia, jos kyselyyn osallistujat olisi ennalta määritelty. Toisaalta luotettavuuteen vaikutti heikentävästi se, että kaikki eivät osallistuneet. Näillä vastaajilla olisi voinut olla vielä syventävää tietoa osaston toiminnasta suhteessa tutkimuskysymyksiin. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että osa vastauksista oli muutaman sanan mittaisia tai osaan kysymyksistä oli jätetty vastaamatta. Perustellummat ja yksityiskohtaisemmat vastaukset olisivat tuoneet tuloksiin enemmän sisältöä.

Luotettavuutta lisää jo tutkimuksen alkuvaiheessa riittävän teoreettisen pohjan hankkiminen tutkittavalle aineistolle. Kun aiheesta on hankkinut monipuolisesti eri lähteistä ajankohtaista ja luotettavaa tietoa, saa tutkimukseen jämäkän viitekehysten, jonka pohjalta aineistoa pystyy rajaamaan, määrittelemään käsitteitä sekä tulkitsemaan saatuja tutkimustuloksia (Metsämuuronen 2006, 24,25.) Hyvä pohjatyö vaikuttaa myös tulosten luotettavuuteen. Jos aineiston keruussa käytetään esimerkiksi avoimista kysymyksistä muodostuvaa kyselylomaketta, hyvä teoreettinen pohja auttaa tutkijaa kysymään juuri oikeanlaiset kysymykset, jotta niiden avulla saataisiin tutkimusongelmaan tarvittavia vastauksia. Aiemman tiedon ja teorian päälle voi rakentaa jotakin uutta ja samalla perustella oman tulkinnan ja johtopäätökset.

Tämän opinnäytetyön tekijöillä oli tavoitteena kerätä mahdollisimman kattava ja laaja teoria-pohja, joka toimisi tutkimuskysymysten viitekehysenä. Aineiston hankinnassa pyrittiin löytämään uusinta mahdollista tietoa. Toiminnallisesta kuntoutuksesta ei suomenkielisistä aineistoista löytynyt kovin paljon tutkimuksia, mutta onneksi kansainvälisistä julkaisuista löytyi juuri sopivia tutkimusartikkeleita, joita pystyttiin opinnäytetyössä hyödyntämään. Käsitteitä avattiin mahdollisimman tarkasti, jotta aiheesta tietämätönkin voisi helposti ymmärtää mistä tässä opinnäytetyössä on kyse. Mielenterveyden ja sen häiriöiden, kuntoutuksen ja toimintakyvyn käsitteiden avaaminen auttaa ymmärtämään minkälaisia ongelmia psykiatrisella osastolla toimiva henkilökunta kohtaa. Teoriapohjan ja käsitteiden avaamisen suhteen opinnäytetyö osoittautuu uskottavaksi ja luotettavaksi. Opinnäytetyössä on myös melko laajasti käsitelty työssä käytettyjen tutkimusmenetelmien teoriaa, jolla perustellaan niiden käyttöä juuri tässä työssä.

Triangulaatio on käsite, joka nousee esiin usein laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Se tarkoittaa yksinkertaistettuna sitä, että tutkimukseen on yhdistetty erilaisia metodeja, tiedonlähteitä, teorioita ja tutkijoita. Triangulaation avulla tutkija joutuu katsomaan tutkimustaan useista eri näkökulmista, joka voi syrjäyttää hänen omia ennakkoluulojaan. Sen avulla voidaan saada laajempi ja syvempi kokonaisnäkemys tutkittavasta asiasta tai

ilmiöstä. Triangulaatiota voi esiintyä esimerkiksi tutkimusaineistossa, jolloin tietoa on kerätty monilta eri ryhmiltä; esimerkiksi opettajat, oppilaat, oppilaiden vanhemmat ja muu koulun henkilökunta. Toisaalta triangulaatio voi liittyä tutkijoihin, jolloin useat eri tutkijat osallistuvat tutkimukset toteutukseen tai aineiston analysointiin. Tutkimuksen näkökulmaa voidaan laajentaa triangulaation keinoin ottamalla huomioon eri teorioita. Triangulaatio voi toteutua myös käyttämällä tutkimuksessa erilaisia metodeja, kuten kyselyitä tai havainnointia. (Tuomi & Sarajarvi 2011, 143-147.)

Aina triangulaatio ei kuitenkaan ole taie tutkimuksen onnistumisesta luotettavuudessa, vaikka yhdistelmillä voitaisiin saada hyviä tutkimuksia. Eri menetelmät voivat toisaalta viedä tutkimusta pois sen alkuperäisestä ajatuksesta, sillä niiden tutkimuskohteet menetelmien vuoksi voivat poiketa toisistaan suuresti. Myöskin tutkijoiden välille voi syntyä ristiriitoja ja väärinkäsityksiä, jos he ovat eri tavoin aiheeseen orientoituneita. Triangulaation käyttö menetelmänä on aikaa vievää ja kallista, joten sen käyttöä tulisi perustella hyvin tutkimuksen kannalta. Oma näkökulma ja se, mitä tutkimuksessa haluaa painottaa, on tärkeä piirre, jolloin tutkijan on itse päätettävä millaisin menetelmin hän tutkimuksensa haluaa maustaa. (Eskola & Suoranta 2003, 68-72.) Tässä opinnäytetyössä triangulaatiota ei tapahtunut tutkimusaineiston keruussa, sillä tutkit-tavana oli osaston henkilökunnan näkemykset ja kokemukset. Analyysivaiheessa aineistoa oli analysoimassa kaksi ihmistä, jotka toivat tutkimusongelmaan oman näkökulmansa ja tätä voisi ajatella jonkinlaisena triangulaationa.

Ennen kyselyn tekemistä tekijöillä ei ollut erityisiä ennakko-odotuksia tuloksista. Kyselylomakkeen luki ennen lähettämistä kaksi työelämän edustajaa, joiden arvion avulla lomakkeita muutettiin vastaamaan paremmin osaston tarpeita. Opinnäytetyön tekijät saivat silti itse määritellä millaiset kysymykset lomakkeisiin tulee, eikä heidän toimintaansa yritetty ohjailla. Tuloksia analysoitiin vain sen perusteella, mitä kyselyihin oli vastattu, eikä yritetty etsiä niistä piilomerkityksiä. Osa vastauksista oli melko lyhyitä, ja joihinkin kohtiin oli jätetty vastaamatta. Tämä voi merkitä, että kysymykset olivat liian vaikeita tai moniselitteisiä. On myös mahdollista etteivät vastaajat jaksaneet syventyä aiheeseen, jos esimerkiksi täyttivät kyselyä työn ohessa. Tuloksia analysoi kaksi tekijää, jotka antoivat molemmat oman näkökulmansa aiheeseen täydentäen toistensa ajatuksia. Tekijöiden välillä ei ollut ristiriitoja tulosten tulokinnassa, joka osaltaan antaa viitteitä opinnäytetyön luotettavuudesta.

4.4 Eettisyys

Tutkimuksessa on aina otettava huomioon eettiset seikat, jotta tutkimuksen laatu ja uskottavuus sekä onnistuminen olisi varmempaa. Tutkija joutuu koko tutkimusprosessin aikana tekemään erilaisia eettisiä valintoja ja päätöksiä, joten hänen on oltava perillä eettisistä peri-

aatteista, jotka ohjaavat hänen käytöstään. Historiassa on paljon esimerkkejä eettisesti epäonnistuneista tutkimuksista, mutta ponnahduslauta tutkimusetiikan kehitykselle tapahtui nation lääketieteellisten kokeiden vuoksi. Ne loukkasivat ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta niin lukuisilla eri tavoilla, että noiden rikosten tuomioistuinkäsittelyn vuodelta 1947 pohjalta laadittiin eettinen ohje, Nürnbergin säännöstö. Tärkeitä periaatteita tuossa säännöstössä ovat muun muassa vapaaehtoisuus, yhteiskunnan hyöty, tarpeettoman kärsimyksen välttäminen ja tutkimuksesta vastaavien henkilöiden pätevyys. Eri ammattikunnat ovat jäsentäneet omia ohjeistuksiaan, mutta samankaltaiset periaatteet ohjaavat edelleen tieteellisen tutkimuksen etiikkaa. (Kylmä & Juvakka. 2012, 137,138.)

Suomessa toimii opetus- ja kulttuuriministeriön alla elin, Tutkimuseettinen neuvottelukunta, jonka tehtävänä on hyvän tieteellisen käytännön edistäminen, tutkimusvilpin ennaltaehkäisyminen, tutkimuseetikasta käytävän keskustelun edistäminen ja alan kansainvälisen kehityksen seuraaminen. Neuvottelukunta on laatinut tiedeyhteisöille ja tutkijoille ohjeistuksia, oppimateriaalia sekä muita aiheeseen liittyviä julkaisuja. (Tutkimuseettinen toimikunta. 2015.) Myös muilla organisaatioilla ja yhteisöillä voi olla omia eettisiä ohjeistuksia tai eettisiä toimikuntia. Esimerkiksi tässä opinnäytetyössä työelämän yhteistyökumppanillamme, HUS:lla on oma eettinen toimikunta, jolta oli anottava tutkimuslupaa henkilöstön tutkimukseen osallistumiselle (HUS. 2015).

Myös lainsäädäntö ohjaa tieteellisen tutkimuksen tekemistä ja sitä on seurattava ensisijaisesti. Terveystieteelliseen tutkimukseen vaikuttavat lait ovat Suomen perustuslaki, henkilötietolaki, laki lääketieteellisestä tutkimuksesta ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laiden tarkoitus on suojella yksilönvapautta, tietosuojaa ja itsemääräämisoikeutta. (Kylmä & Juvakka. 2012, 139-143.)

Eettisiin periaatteisiin kuuluu tärkeänä seikkana itsemääräämisoikeus, jolloin tutkimukseen osallistumisen täytyy olla vapaaehtoista, tutkittavalla täytyy olla riittävä tieto tutkimuksen sisällöstä ja tarkoituksesta ja suostumus täytyy olla selkeästi osoitettavissa. Suostumus voidaan ilmaista suullisesti, kirjallisesti tai suostumusta osoittavalla toiminnalla, kuten kyselyyn osallistumisella. Tutkittavalle on ilmoitettava selkeästi tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, kuinka aineisto kerätään ja mihin tarkoitukseen sitä käytetään. Tutkittavilla on oikeus pyytää tutkimuksesta lisätietoja. Mikäli tutkimuksessa yhdistetään tietoja muista rekistereistä, tutkittavalla tulee olla näistä asioista tieto. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. (Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. 2015.)

Toinen periaate on välttää tutkimuksessa fyysisiä, henkisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Henkisten haittojen ehkäisyssä tutkijan on kohdeltava tutkittavia kohteliaasti ja kun-

nioittavasti myös raporttia kirjoittaessaan. Tutkimuksen aikana nousevia mahdollisia henkisiä rasituksia saa olla, mikäli ne ovat verrattavissa normaalissa elämässä esiintyviin tunteisiin ja tilanteisiin. Mitä arkaluontoisempia asioita tutkitaan, sitä hienotunteisempaa tulee tutkijan käytöksen olla tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Taloudelliset ja sosiaaliset haitat voivat nousta esiin, jos tutkittavien tietosuojasta ja anonymiteetistä ei huolehdita asianmukaisesti. Myös tutkimuksen raportointi- ja julkaisutapa voi vaikuttaa vahingoittavasti. Arvosteleva ja asenteellinen julkaisutyyli, sekä riittämättömällä tutkimusaineistolla tehdyt leimaavat tulokset voivat olla vahingollisia. (Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. 2015.)

Yksityisyydensuojaan liittyvät eettiset periaatteet koskevat tutkimusaineiston suojaamista ja luottamuksellisuutta, kuinka ne säilytetään ja hävitetään sekä itse tutkimusjulkaisua. Mikäli aineistot ovat julkisia ja yleisesti saatavilla, yksityisyydensuojan periaatetta ei tarvitse noudattaa. Jo tutkimusta suunniteltaessa on mietittävä, miten aineisto voidaan suojata hyvin ja yksityisyydestä huolehditaan. Tutkimuksessa mukana olevilta tutkijoilta voidaan edellyttää esimerkiksi kirjallista sitoutumista aineiston suojaamiseen ja vaitioloon tutkimukseen liittyvissä asioissa. Kerättyjä aineistoja on tarkoitus käyttää vain tutkimustarkoituksiin eikä niitä saa luovuttaa kaupallisiin tarkoituksiin tai tiedotusvälineille. Yksityisyydensuoja on yksilön suojaamista julkisen vallan toimenpiteiltä, joten tutkimusaineistoa ei saa luovuttaa viranomaisille, kuten verottajalle tai poliisille. Poikkeuksena ovat tapaukset, joissa epäillä törkeää rikosta tai lapsen hyvinvointi on vaarassa. (Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. 2015.)

Tieteen tekemisessä on tärkeää avoimuus ja tätä pyritään yhdistämään myös yksityisyydensuojan kanssa. Oikeanlainen aineistojen arkistointi vähentää tarvetta tehdä tietojen uudelleen keräämistä. Edelliset tutkimukset ovat pohjana uusille tutkimuksille. Aineistot voidaan arkistoida niin, että niistä on poistettu sellaiset tunnisteet, jotka olisivat esteenä tutkittavien anonymiteetille. Aineiston uudelleenkäytölle voidaan luoda tarkat ohjeet, jotka osaltaan vahvistavat yksityisyydensuojaa. Mikäli tutkimusaineistoa ei ole mahdollista anonymisoida, se tulee hävittää asianmukaisesti, kun tutkimus on päättynyt. Tutkimusjulkaisut sen sijaan ovat kaikkien saatavilla, joten yksityisyydensuojan tarvetta harkitaan jokaisen julkaisun kohdalla aina erikseen. (Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. 2015.)

Eettisyys tutkimusprosessin aikana lähtee jo aiheen valinnasta ja tutkimuskysymysten asetelusta. Aiheen valinnassa pelkkä tiedonhalu ei riitä, vaan valinnalle täytyy löytyä perustelut ja pohdinta siitä, onko tutkimuksella yhteiskunnallista tai tieteenalalle sopivaa merkitystä. Tutkimuksen tulisi olla jollakin tapaa yhteiskuntaa hyödyttävä ja, kuten yllä olevissa kapp-

leissa käsiteltiin, aiheen valinta ei saa aiheuttaa haittaa tutkittaville. Mikäli tutkimuksessa käsitellään arkaluonteisia asioita, ne täytyy huomioida ja tiedostaa. Tutkimusmenetelmien valinnassa on myös pohdittava eettisyyttä. Halutun aineiston saamiseksi on käytettävä eettisten periaatteiden ja lainsäädännön mukaisia keinoja. (Kylmä & Juvakka. 2012, 144-146.)

Tässä opinnäytetyössä aiheen valinta perustui tarpeeseen kehittää psykiatrisen osaston toiminnallista kuntoutusta henkilökunnan osalta. Toimintaympäristön nimen esittämiseen tässä opinnäytetyössä on saatu lupa. Osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja kaikilla osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvilla oli mahdollisuus osallistua tai olla osallistumatta, jolloin myöskään osallistujia ei valikoitu toivotun tuloksen saavuttamiseksi. Kyselyyn osallistuville kerrottiin saatekirjeessä tämän opinnäytetyön tekijät, aihe, miten aineisto kerätään ja mihin tarkoitukseen se tulee. Kyselyyn tehdyt avoimet kysymykset muotoiltiin niin, ettei niihin vastanneita voitu tunnistaa iän, sukupuolen tai ammattinimikkeen takaa. Saatekirjeessä tuli esille myös suunniteltu julkaisuajankohta ja tieto mitä kyselyille julkaisun jälkeen tapahtuu. Analyysivaiheen ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki kyselylomakkeet hävitetään.

Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä hankittiin tutkimuslupa, jotta henkilökunnalta voitiin kerätä tietoa. Tutkimusluvan saamisen jälkeen kyselyt toimitettiin osastolle saatekirjeiden kera. Kenelläkään muulla paitsi opinnäytetyön tekijöillä ei ollut oikeutta lukea kerättyä aineistoa. Kyselyt vietiin ja haettiin henkilökohtaisesti ja aineistoa säilytettiin niin ettei muilla ihmisillä ollut siihen pääsyä. Aineiston julkaisun jälkeen kaikki kerätty aineisto hävitetään.

5 Aineiston hankinta

5.1 Kysely

Kysely on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Survey tarkoittaa sellaisia haastattelun, kyselyn tai havainnoinnin muotoja, joissa aineiston keruu tapahtuu standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat näytteen tai otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoitu tarkoittaa sitä, että samaa asiaa on kysyttävä samalla lailla kaikilta vastaajilta. Yleensä surveyn menetelmällä kerätty aineisto käsitellään kvantitatiivisesti eli määrällisesti. (Hirs-järvi ym. 2009, 193-194.)

Yleensä yhtenä kyselytutkimusten etuna pidetään sitä, että niitä käyttämällä saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto. Menetelmä ei vie paljoa aikaa eikä vaivaa. Kustannukset ja aika-taulu ovat hyvin hahmotettavissa. Tulosten tulkintaan on käytettävissä useita tilastollisia ana-

lyysitapoja. Kyselyn heikkouksina voidaan pitää sitä, ettei voida varmistua vastaajien ymmärtäneen kysymyksiä oikein, eikä tietää miten vakavasti he ovat kysymyksiin suhtautuneet, tai että he ovat perehtyneet kysyttäviin asioihin. Myös vastaamatta jättäminen voi muodostua ongelmaksi. Tutkijan on paneuduttava lomakkeen laatimiseen ja hankittava erilaisia tietoja ja taitoja sitä varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Aineiston keruu voi tapahtua ainakin kahdella useimmin käytetyllä tavalla: posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna kyselynä. Postikyselyä käytettäessä tutkittaville lähetetään lomake jonka he täyttävät ja palauttavat postin välityksellä tutkijalle. Mukaan on tällöin liitettävä palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu. Tämä tapa on nopea ja vaivaton, mutta vastaamatta jättäminen voi olla yleistä. Postitse toteutettavista kyselyistä koituu kuluja. Niiden ja osoitteiden selvittäminen voi olla vaikeaa. Kyselylomake on myös mahdollista lähettää jonkin instituution tai yhteisön välityksellä. Tällöin vastausprosentti on yleensä ollut tavanomaista korkeampi. Kontrolloidut kyselyt voidaan jakaa informoituihin kyselyihin ja henkilökohtaisesti tarkistettuihin kyselyihin. Informoidussa kyselyssä tutkija jakaa lomakkeet tutkittaville henkilökohtaisesti. Tällöin tutkija voi kertoa tutkimuksesta, antaa ohjeita ja vastata mahdollisiin kysymyksiin. Tutkittavat vastaavat kyselyyn ja palauttavat sen johonkin sovittuun paikkaan tai postitse. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija lähettää kyselyt vastaajille postin välityksellä, mutta noutaa ne henkilökohtaisesti ilmoitettuna ajankohtana. Tällöin tutkija voi tarkistaa lomakkeet ja keskustella tutkittavien kanssa. (Hirsjärvi ym. 2009, 196-197.)

Kyselylomakkeilla voidaan kerätä tietoja muun muassa käyttäytymisestä, toiminnasta, arvoista, tiedoista, tosiasioista, uskomuksista, asenteista, mielipiteistä ja käsityksistä. Mielipiteille, uskomuksille ja toiminnoille voidaan myös kysyä perusteluja. Täsmällisten tosiasioiden kysymiseen tulee käyttää suoria, yksinkertaisia kysymyksiä. Kysymykset voivat olla avoimia tai monivalintoja. Monivalintakysymyksiä ei tulisi mitata Likert-tyylisillä asteikkolisilla mittareilla, vaikka niin joskus tehdäänkin. Usein vastaajilta kysytään myös taustatietoja, kuten ikää, sukupuoli, koulutusta ja perhesuhteita. (Hirsjärvi ym. 2009, 197.)

Suunnitteleamalla kysymykset hyvin ja laatimalla kyselylomake tarkkaan voidaan tutkimuksen onnistumista tehostaa, vaikka tutkimuksen aihe onkin vastaamiseen eniten vaikuttava seikka. Kysymykset voidaan esittää avoimessa muodossa, monivalintoina tai skaaloihin perustuvina kysymyksinä. Avoimissa kysymyksissä kysymys esitetään ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiiksi numeroidut vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee rastittamalla tai rengastamalla yhden tai useamman vaihtoehdon tehtävänannon mukaan. Yhdeksi vaihtoehdoksi voidaan liittää myös avoimen ja strukturoidun kysymyksen välimuoto: valmiiden vaihtoehtojen jälkeen esitetään avoin kysymys. Näin voidaan saada selville näkökulmia, joita tutkija ei ole ajatellut etukäteen. Skaaloihin eli asteikkoihin

perustuvat kysymykset muodostuvat väittämistä, joiden kohdalla vastaaja valitsee, miten vahvasti hän on samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Asteikkona voi käyttää esimerkiksi Likertin asteikkoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-200.)

Sekä avoimilla että monivalintakysymyksillä on molemmilla etunsa. Toisaalta molemmista voidaan löytää kyseenalaistettavia seikkoja. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin, antavat tietoa vastaajan tietämyksestä, vastaajan ajattelussa tärkeistä asioista sekä asiaan liittyvien tunteiden voimakkuudesta. Se mahdollistaa vastaajan viitekehysten ja motivaation tunnistamisen sekä välttää valmiiden vastausten aiheuttamat haitat. Avoimet kysymykset ovat tärkeitä monivalintatehtävien vaihtoehtojen kehittämisessä sekä monivalintatehtäviin annettujen poikkeavien vastausten tulkinnessa. Monivalintakysymykset puolestaan mahdollistavat samaan kysymykseen vastaamisen niin, että vastausten mielekäs vertailu on mahdollista. Vastaukset ovat yhdenmukaisempia, ja kysymyksiin vastaaminen on helpompaa kuin avoimiin kysymyksiin. Vastausten käsittely ja analysointi on monivalintakysymyksissä helppoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Kyselylomakkeen laadinnassa tärkeintä on selkeys. Kysymysten tulisi olla sellaisia, että ne merkitsevät samaa kaikille vastaajille. Monimerkityksisiä sanoja, kuten "tavallisesti", "yleensä" ja "usein" tulisi välttää. Yleisellä tasolla oleviin kysymyksiin sisältyy suurempi tulokinnan mahdollisuus kuin spesifisiin kysymyksiin. Spesifisiä kysymyksiä tulisi siis suosia. Kysymykset tulisi pitää lyhyinä, koska ne ovat pitkiä helpommin ymmärrettäviä. Jokaisen kysymyksen tulisi kysyä kerrallaan vain yhtä asiaa, kaksoismerkityksiä tulee välttää. Kyse-lyyn on hyvä tarjota myös "ei mielipidettä" - vaihtoehto. Muuten ihmiset vastaavat, vaikka heillä ei olisi-kaan mielipidettä. Samaa mieltä/eri mieltä -väittämien sijaan olisi parempi käyttää monivalintavaihtoehtoja. Samaa mieltä/eri mieltä - väittämiin sisältyy vastaustai-pumus, ihmiset siis pyrkivät vastaamaan tavalla jonka he arvelevat olevan sosiaalisesti suotava. Myös kysymysten järjestyksellä ja määrällä on merkitystä. Yleisimmät ja helpoimmin vastattavat kysymykset sijoitetaan usein lomakkeen alkupuolelle ja spesifiset loppuun. Helpoimmin vastattavia kysymyksiä ovat usein vastaajan taustatiedot. Tosin iän tai tulojen ilmoittaminen voi olla herkkä asia, ja sitä helpottaakin jos tarkan lukeman sijaan voi valita tietyn ikä- tai tuloryhmän. Kysymysten määrä tulisi pitää kontrollissa siten, ettei kyselystä tule liian pitkää. Postikyselyn olisi oltava täytettävissä 15 minuutissa. Lopuksi tulee tarkistaa sanavalinnat ja sanojen käyttö. Ammattikieltä ja vaikeasti ymmärrettäviä sanoja tulisi välttää. Kysymykset eivät saisi olla johdattelevia. (Hirsjärvi ym. 2009, 202-203.)

Lomaketta täytyy kokeilla ennen varsinaista tutkimusta. Näin kysymysten muotoilua voidaan tarvittaessa tarkistaa. Lomake kootaan, kun kysymykset ovat valmiina. Lomakkeen tulisi näyttää helposti täytettävältä ja siistiltä. Avovastauksille on oltava riittävästi tilaa. Lomakkeeseen liitetään lähetekirje, jossa kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja merkityksestä. Vastaajaa

rohkaistaan vastaamaan, ja kerrotaan mihin mennessä lomake tulisi palauttaa. Vastaajalle kerrotaan postimaksun olevan maksettu ja kiitetään vastaamisesta. Kyselyn ajankohta tulee ottaa huomioon, esimerkiksi joulukuu on huono aika kyselyn lähettämiseksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.)

Opinnäytetyöhöme liittyvän kyselyn jakoi vastaajille yhteistyötahon kumppani. Mukaan liitettiin saatekirje, jossa kerrotaan tutkimuksesta, tutkimuksen tekijöistä sekä siihen osallistumisesta. Lomakkeet toimitettiin osastolle henkilökohtaisesti ja ne haettiin osastolta henkilökohtaisesti. Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymysten selvittämiseksi oli kartoitettava osastolla työskentelevien työntekijöiden käsityksiä ja kokemuksia. Tästä johtuen kyselylomakkeen kysymykset määrittivät ensin monivalintakysymysten avulla ikää, koulutusta ja työkokemusta. Näiden monivalintakysymysten jälkeen esitimme useita avoimia kysymyksiä, joihin ei voisi vastata vain yhdellä sanalla. Toimitimme kyselylomakkeet osastolle maaliskuussa 2017 ja annoimme vastausaikaa kaksi viikkoa. Tuohon aikaan mennessä olimme saaneet vain muutamman vastauksen, joten annoimme vielä viikon lisäaikaa, ennen kuin kyselylomakkeet haettiin analysoitavaksi.

5.2 Tiedonhaku

Suurin osa teoriaan hankitusta aineistosta on tehty vuosien 2015-2016 aikana. Teoreettinen viitekehys valmistui tähän opinnäytetyöhön keväällä 2016. Aineistoa haettiin Medic-tietokannasta ensin suomeksi hakusanoilla "toiminnallinen" ja "kuntoutus". Haussa asiasanojen synonyymit olivat käytössä, eikä hakua muutoin rajattu mitenkään. Valittuina olivat kaikki kielet sekä julkaisutyytit. Haulla saatiin tulokseksi seitsemän osumaa, joista yksi oli nimekkeen perusteella mielenkiintoinen ja aiheen kannalta relevantti.

Seuraavaksi käytettiin hakusanoja "functional" ja "rehabilitation" samoilla hakuehdoilla kuin edellisessä haussa. Nyt saatiin Medic-tietokannasta tulokseksi 13 julkaisua. Nimekkeen ja asiasanojen perusteella löytyi yksi julkaisu, jota tutkittiin lähemmin.

Hakua jatkettiin Sage Journals -tietokannasta hakusanoilla "functional" ja "rehabilitation" sekä "psychiatric". Termit "psychiatric" ja "patient" otettiin mukaan rajaamaan hakua, koska pelkillä termeillä "functional" ja "rehabilitation" saatiin tulokseksi yli 25 000 osumaa. Neljällä sanalla tuotettu haku, joka rajattiin koskemaan vain saatavilla olevia artikkeleita, tuotti 5135 osumaa. Hakua rajattiin edelleen siten, että tulokseksi saatiin tammikuusta 2010 alkaen julkaistut artikkelit. Näin toteutettu haku tuotti 1570 osumaa.

Lääkärilehden sivustolta ja arkistosta haettiin hakusanoilla "toiminnallinen", "kuntoutus", "psykiat*" ja "potil*". Haku näillä sanoilla ilman muita rajoituksia tuotti 112 osumaa. Osumissa

tosin on mukana myös tutkimuksia ja artikkeleita, jotka on tehty ennen vuotta 2005 ja jotka rajautuvat täten tarkastelun ulkopuolelle. Otsikoinnin ja asiasanojen perusteella lähempään tarkasteluun valikoitui viisi artikkelia. Hakua kokeiltiin myös Finnish Journal of eHealth and eWelfare -sivustolla, mutta se ei tuottanut yhtäkään osumaa millään käytetyillä hakusanoilla.

Kirjallisuutta etsittiin Laurean Finna -palvelusta. Käytetyt hakusanat olivat "toiminnallinen kuntoutus" ja "mielenterveys" sekä "kuntoutus". Haulla löytyi 147 kirjaa, joista tutustuttiin tarkemmin viiteen.

Kirjallisuutta etsittiin Melinda yhteistietokannasta sanoilla "mielenterveyskuntoutus" ja "kuntoutus" ja hakua rajattiin käsittämään vuosina 2010-2015 julkaistuja artikkeleita ja teoksia. Haulla löytyi 87 viitettä, joista paljon aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä, mutta emme voi käyttää niitä tämän opinnäytetyön lähteinä. Katsoimme joidenkin opinnäytetöiden lähdeluetteloita löytäksemme työhön sopivaa aineistoa. Hyödynsimme Laurea Ammattikorkeakoulun Lohjan kirjaston informaation palveluja etsiessämme artikkeleita British Journal of Occupational Therapy -julkaisuista.

6 Tulokset

6.1 Henkilökunnan kokemus nykytilanteesta

Kyselylomakkeessa (Liite 1) oli yhteensä 12 kysymystä jotka etenivät strukturoiduista kysymyksistä avoimiin, niin että perustietojen jälkeen kysyttiin toiminnallisen kuntoutuksen nykytilaa ja lopuksi, sitä miten sitä voisi kehittää. Kyselyyn osallistui 12 vastaajaa, eli noin 57% osaston työntekijöistä. Ensimmäiset kolme kysymystä kartoittivat vastaajien ikää, koulutusta ja työkokemusta. Puolet vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia, ja puolet joko lähi- tai mielenterveyshoitajia. Suurimmalla osalla vastaajista oli työkokemusta yli 10 vuotta, yhdellä alle viisi vuotta, ja muilla 6-10 vuotta. Koulutusta ei korreloinut vastausten näkökulman kanssa. Monet vastauksista olivat melko lyhyitä yhden tai kahden sanan mittaisia. Osa vastaajista oli kirjoittanut hyvin perusteltuja ja sisällökkäitä vastauksia, mutta suurin osa vastauksista oli melko suppeita.

Kysymyksissä 4-9 kartoitettiin osaston tilannetta siitä miten potilaan toiveita ja tarpeita huomioidaan, milloin kuntoutus alkaa, kuinka läheiset ja perhe huomioidaan, miten kuntoutumista seurataan ja kuinka toimivaa sairaalan tarjoama kuntouttava toiminta on. Enemmistön mukaan kuntoutus alkaa heti osastolle tullessa, kun hoitosuunnitelmaa tehdään. Kaikissa tilanteissa kuntoutusta ei voida heti aloittaa, sillä potilaan akuutit oireet, esimerkiksi psykoosi,

viivästyttävät kuntoutuksen aloittamista. Kuntoutus pyritään silti aloittamaan heti kun on mahdollista.

Kuntoutus pyritään aloittamaan heti, kun potilas on valmis siihen.

Kuntoutus pyritään aloittamaan välittömästi osastolle saavuttua.

Osa koki kuitenkin tilanteen päinvastaisena ja negatiivisena, niin että kuntoutus ei ala heti osastohoidon alkaessa, kuten tulisi. Potilaiden motivaatio osallistumiseen tai toiveiden esittämiseen on huono. Näiden vastauksien yhteydessä tuli esille, että myös tarpeiden ja toiveiden kartoitus toteutuu huonosti. Suurin osa oli kuitenkin sitä mieltä, että toiveita ja tarpeita kysytään ja kartoitetaan ja pyritään tarjoamaan mahdollisuuksien mukaan niitä vastaavaa toimintaa, otetaan yhteyttä erityistyöntekijöihin ja pyritään löytämään potilaalle sopivia toiminnallisen kuntoutuksen muotoja. Perheen ja läheisten mukaan ottaminen toiminnallisessa kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa jakoi vastaajien mielipiteitä enemmän. Vastauksista käy ilmi, että perhettä tai läheisiä huomioidaan harvemmin jos lainkaan näissä tilanteissa. Erityisesti pidempään sairastaneilla läheisten huomioiminen jää vähemmälle. Potilaille voidaan toki järjestää perhetapaamisia, joissa voidaan kuunnella sekä läheisten toiveita, että kartoittaa tarkemmin potilaan mielenkiinnon kohteita tai harrastuksia, joiden avulla kuntoutusta voisi suunnitella tai hyödyntää esimerkiksi kun potilas kotiutuu.

Henkilökunta seuraa kuntoutuksen edistymistä useilla eri tavoilla, joista useimmin nousi esille kirjaamisen tärkeys. Kuntoutumista arvioidaan päivittäin potilaan psyykkisen arvioinnin yhteydessä ja se kirjataan. Potilas tapaa lääkäriä noin kerran viikossa ja tarvittaessa useammin. Potilaan kanssa tehdään viikkosuunnitelma, johon suunnitellaan ryhmiin osallistumista ja tämän suunnitelman avulla voidaan arvioida kuntoutuksen toteutumista. Hoitojakson alussa tehtyä hoitosuunnitelmaa päivitetään ja arvioidaan hoitojakson kuluessa. Esille tuli moniammatillisen työryhmän merkitys potilaan voinnin edistymisen seurannassa. Esimerkiksi toimintaterapeutti ja erityistyöntekijät antavat oman raporttinsa potilaan voinnista. Kerran viikossa moniammatillinen työryhmä käy läpi potilaan tilannetta.

Sairaalaan tarjoamiin kuntoutusryhmiin ja toimintoihin osallistuvien potilaiden määrä vaihtelee päivittäin ja tarkkaa arviota osallistujamäärästä ei osattu arvioida. Arviot osallistumisesta ovat kahden ääriä välillä. Osan vastaajista mukaan lähes kaikki osallistuvat johonkin ryhmään tai toimintaan mutta monesta vastauksesta tuli esille, että osallistuminen on vähäistä. Potilaiden motivoiminen osallistumaan toimintaan on ajoittain haastavaa ja voi vaatia suostuttelua sekä motivoivia keskusteluja esimerkiksi omahoitajan kanssa. Hoitaja voi toisinaan lähteä potilaan mukaan ryhmään.

Lähestulkoon kaikki käyvät jossain ryhmässä, liikuntaryhmät ja musiikkiryhmät ovat suosittuja.

Osuus riippuu potilaan voinnista, suurin osa osallistuu. Potilaita motivoidaan yksilöllisesti ja päivittäin toimintaan.

Yhdeksi isoksi ongelmaksi nousi vastaajien keskuudessa se, että erityistyöntekijöiden pitämiä ryhmiä perutaan ja se laskee potilaiden innostusta. Peruuntuneiden ryhmien tilalle hoitajat voivat keksiä potilaille jotakin toiminnallista. Toimintaa on myös liian vähän tarjolla. Musiikkiryhmät ja liikunnallisten toimintojen suosio tuli useissa vastauksissa esille.

Erityistyöntekijöiden pitämät ryhmät usein peruttu->motivaatio laskee niiltäkin muutamilta, jotka haluaisi osallistua.

Vain vähän tarjolla, vain vähän osallistujia

Sairaalan tarjoamaa toiminnallista kuntoutusta pidetään tärkeänä potilaan kuntoutumisen kannalta ja sen avulla pyritään tukemaan potilaan vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitoja, itsetuottamusta ja mahdollistetaan onnistumisen kokemuksia. Potilaat saavat palautetta toiminnastaan ja oppivat esimerkiksi ryhmätyöskentelyä. Potilaat voivat olla yksinäisiä ja arkoja, jolloin ryhmätoiminta edistää sosiaalista kanssakäymistä, lisää rohkeutta ja voi synnyttää ystävyyssuhteita. Ryhmät on suunniteltu niin, että sinne on jokaisen helppo mennä. Toisaalta suosituissa ryhmissä hiljaisemmat ja aremmat potilaat voivat jäädä vähemmälle huomiolle. Ohjaus on ryhmän toiminnan kannalta tärkeää. Sairaalan tarjoamaa toimintaa pidetään kokonaisuudessaan hyvänä, mutta sen määrää tulisi lisätä sekä toiminnan tulisi olla jäsenellämpää.

Ryhmässä toimiessa voi saada ystäviä ja oppia olemaan toisten seurassa. Rohkeampi.

Tiinan ja Stefanin pajoilla voi kokea onnistumisen tunteita, mikä tuo itseluottamusta.

6.2 Ajatuksia kehittämisestä

Kysymykset 9-12 kartoittivat henkilökunnan ajatuksia siitä, miten kuntoutusta voisi osastolla kehittää, kuinka työyhteisö voisi tukea sitä ja olisiko henkilökunnan kesken kiinnostusta järjestää itse toiminnallista kuntoutusta osastolla. Toiminnallisen kuntoutuksen kehittämisestä nousi vastauksissa esille muutama eri teema. Vastaajista kolme nosti esille potilaiden motivoimisen erilaisiin ryhmiin ja toimintaan osallistumiseksi. Monet käyttivät jo motivoimista ja kannustusta keinona aktivoida potilaita osallistumaan ryhmiin, mutta sitä toivottiin myös henkilökunnan tekevän laajemmin. Motivoimista voi tapahtua esimerkiksi kertomalla erilaisista ryhmistä ja niiden toiminnasta, ryhmiin osallistumisen hyödyistä, markkinoimalla ryhmiä, tukemalla

potilaan omia mielenkiinnon kohteita ja oma-aloitteisuutta ja rohkaisemalla potilaita kokeilemaan erilaista toimintaa. Yksi vastaaja toi esille, että myös hoitajien innostuneisuus vaikuttaa potilaisiin, ja myös hoitajia tulisi motivoida toiminnalliseen kuntoutukseen liittyen. Vastaa- jista kaksi toivoi hoitajille myös koulutusta ja tutustumista toiminnalliseen kuntoutukseen.

Toisaalta suurin osa potilaista vapaaehtoisessa hoidossa eikä sitoudu ohjelman noudattamiseen

moni potilas kuntosalilla avoimempi

Vastauksista ilmeni, että toiminnallisten ryhmien ollessa peruttu, laskee motivaatio myös niillä potilailla, jotka niihin olisivat halukkaita osallistumaan. Mikäli erityistyöntekijän pi- tämä ryhmä joudutaan perumaan, yrittävät hoitajat keksiä korvaavaa toimintaa potilaille sen sijaan. Toivottiin, että ryhmät toimisivat, ja eräs vastaaja toivoi nimenomaan erityistyönteki- jöiden vetämiä toiminnallisia ryhmiä, jotta hoitajat voisivat keskittyä osastotyöhön. Tuli myös ilmi, että erityistyöntekijöiden panostusta ryhmien vetämiseen pidettiin tärkeänä, koska heillä on ryhmän toimintaan liittyvää koulutusta ja osaamista, jota ei välttämättä esimerkiksi käsítőihin liittyen kaikilta hoitajilta löydy. Toisaalta eräs vastaaja toi esille, että jokaisella olisi mahdollisuus hyödyntää omaa osaamistaan, mikäli potentiaalia vain etsitään.

Kaikilta hoitajilta löytyy taitoa. Ne pitää vain saada esiin, ja kannustaa hoitajia ryhmän vetoon

Vastaaajista suurin osa olisi valmis vetämään jotain ryhmää, kuten liikunnallista tai käsityö- ryhmää. Moni kertoikin jo toimivansa ryhmän vetäjänä, tai vetäneensä aiemmin jotakin ryh- mää. Puolet vastaajista nosti yhdessä tekemisen, suunnittelun ja moniammatillisen yhteistyön esille kysyttäessä tarpeita toiminnallisen kuntoutuksen kehittämiseksi ja sen edistämiseksi po- tilastyössä. Vaikka yhdessä tekemistä jo tapahtuukin osastolla, sitä toivottiin vielä lisättävän.

Vedetään nyt jo erilaisia ryhmiä. Tehdään asioita yhdessä.

Enemmän moniammatillista yhteistyötä

Esimerkiksi toivottiin yhteisen viikko-ohjelman ja ryhmien suunnittelua sekä sitä, että kaikki muistaisivat potilaiden motivoinnin ja kannustamisen tärkeyden. Toivottiin myös, että kaikki olisivat selvillä potilaiden kuntoutussuunnitelmista.

Osasta vastauksista kävi ilmi toimintaan sopivien tilojen puute. Sairaalan tilat koettiin keho- noiksi ja pieniksi. Toisaalta niissäkin voi järjestää toimintaa esimerkiksi pienemmissä ryh- missä tai jotain vähemmän tilaa vaativaa, kuten lukupiirejä. Eräs vastaaja myös huomioi, että toiminnan muotojen ajankohtaisuutta olisi hyvä tarkastella ja mahdollisesti päivittää.

Ajat muuttuvat, entisajan "harrastukset" eivät välttämättä kiinnosta

7 Pohdinta

7.1 Tulosten arviointia

Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin kahta tutkimusongelmaa, joista ensimmäinen pyrki kuvaamaan toiminnallisen kuntoutuksen nykytilannetta osastolla henkilökunnan näkökulmasta ja toinen sitä, kuinka henkilökunta haluaisi toiminnallista kuntoutusta osastolla kehitettävän. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että kuntoutus alkaa heti, tai mahdollisimman pian, kun se on potilaan vointi huomioon ottaen mahdollista. Tämä kertoo, että suurin osa ymmärtää kuntouttavan työtteen merkityksen ja kuinka tärkeää on heti potilaan jo osastohoitoon tullessa alkaa suunnittelemaan kuinka toimintakykyä voitaisiin pikkuhiljaa palauttaa vähintään sellaiseksi, kuin se ennen osastohoidon tarvetta on ollut. Toisilla taas oli päinvastainen kuva tilanteesta. Olisi kiinnostavaa selvittää tarkemmin, mistä näin suuret näkemyserot johtuvat. Osa vastaajista kertoi kuntoutuksen alkavan "pian", joka on hyvin epämääräinen käsite. Tarkemmalla määrittelyllä vastaukset olisivat voineet olla yhtenevämpiä muiden vastausten kanssa. Myös kuntoutuksen määritelmä voi vastaajille tarkoittaa eri asioita, jolloin jokin kuntouttavana pidetty toiminta ei vielä toisesta vastaajasta ole kuntouttavaa. Potilaiden tilanteet myös vaihtelevat, joten sekin voi osaltaan selittää tilannetta.

Potilaan tarpeiden ja toiveiden huomiointi jakoi myös mielipiteitä. Suurimassa osassa vastauksista tuli esille, että niitä pyritään huomioimaan, mutta se ei aina onnistu. Esille tuli myös ajatuksia, että tarpeet huomioidaan huonosti. Vastauksista tuli esille seikkoja, että potilaiden motivointi ja hoitoon sitoutuminen on vaihtelevaa. Potilaan innottomuus oman hoitonsa suunnitteluun voi mahdollisesti vaikuttaa niin, että hänen toiveitaan ja tarpeitaan ei pystytä parhaimmalla tavalla hyödyntämään, vaan vastuu aktiivisesta hoidon suunnittelusta jää potilaan sijasta hoitohenkilökunnalle. Tällöin potilas jää ikään kuin passiiviseksi tekijäksi omassa hoidossaan. Hoitohenkilökunnalle on haaste saada potilas aktiiviseksi omaa elämänsä hallitsevaksi henkilöksi. Perheen sekä läheisten ottaminen mukaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa oli enemmistön mielestä huonolla tolalla, vaikka perhetapaamisia ajoittain järjestetäänkin. Osastohoidon ulkopuolista elämää ajatellen voisi kuitenkin olla hyvä tehostaa perheen ja läheisten hyödyntämistä kuntoutuksen suunnittelussa, sillä heidän kanssaan potilaat ovat eniten tekemisissä. Yhteistyö voisi auttaa kaikkia osapuolia kuntoutuksen näkökulmasta.

Potilaiden osallistumisaktiivisuuden arvioinnissa esiintyi vaihtelua. Vastauksista ilmeni, että osallistumista oli haastavaa arvioida ja arvioit osallistumisesta olivat vähäisen ja runsaan välillä. Tietyt ryhmät olivat suosittuja, mutta varsinkin erityistyöntekijöiden vetämien ryhmien ollessa peruttu, heikensi se entisestään motivaatiota mennä mukaan. Ryhmien säännöllinen toiminta olisi varmasti omiaan nostamaan niihin osallistumista, kun tietäisi, että ryhmät todella toteutuvat. Pitäisi ehkä selvittää, mitkä ovat syyt ryhmien perumisten takana, ja olisiko niihin mahdollista vaikuttaa. Etukäteen voitaisiin ehkä suunnitella vaihtoehtoja ryhmille, mikäli ne yllättäen peruuntuisivat. Voisiko erityistyöntekijöiden vetämiä ryhmiä olla enemmän, eri vetäjien pitämänä, jolloin varmuus ryhmien toteutumisesta voisi olla todennäköisempää?

Toiminnallisella kuntoutuksella nähtiin kuitenkin olevan paljon positiivisia vaikutuksia potilaan kannalta, ja siksi niihin halutaan panostaa ja motivoida potilaita osallistumaan toimintaan. Henkilökunta siis kokee toiminnallisen kuntoutuksen tärkeänä osana potilaan hoitoa ja toipumista. Kehitettävää osaston henkilökunta näki monissa asioissa. Potilaiden motivointia tulisi parantaa, sekä tiedotusta erilaisista ryhmistä. Myöskään hoitajien koulutusta ja motivointia ei tulisi unohtaa. Erityistyöntekijöiden panos koettiin tärkeäksi. Toisaalta myös hoitajia toivottiin rohkaistavan ryhmien vetämiseen. Osa vastaajista toivoi enemmän aikaa osastotyöhön potilaiden kanssa, ja erityistyöntekijöiden pitämiä toiminnallisia ryhmiä tulisi sen vuoksi lisätä. Osastotyön merkitystä olisi ollut kiinnostavaa avata enemmän.

Yhdessä tekemistä ja moniammatillisuutta korostettiin, ja vaikka molempia jo toteutetaan käytännössä, niitä voisi lisätäkin. Koko työyhteisön asennoitumisella kuntoutuksen edistämiseen on iso merkitys. Jos toiminnallisuuden kehittäminen jää vain muutaman hoitajan harteille, se voi olla liian suuri vastuu ja taakka. Yhteiset käytännöt ja yhdessä suunnitellut toiminnot edistävät sekä työssä jaksamista, että motivoivat hoitotyön tekemistä. Voitaisiinko osastolla pitää yhteisiä palavereita, missä suunniteltaisiin esimerkiksi osaston omaa viikko-ohjelmaa sairaalan ylläpitämien ryhmien lisäksi. Ehdotuksissa tuli esille esimerkiksi lukupiirejä, pingiksen pelaamista, pienliikuntaryhmiä ynnä muita. Voisiko hoitohenkilökunta säännöllisesti pitää tilannekatsausta siitä, miten toiminnallinen kuntoutus yleisellä tasolla osastolla toteutuu? Voitaisiinko ryhmiin osallistumista jollain tavalla mitata? Voitaisiinko ryhmistä tiedottamista tehostaa, tehdä julisteita, esitevihkosia tai jollakin muulla tavoin mainostaa? Potilaskohtaisesti tilanteen seuraaminen varmasti toteutuu kirjausten seurannan perusteella sekä muuten potilaan vointia seurattaessa

Sairaalan tiloissa olisi vastausten perusteella parantamisen varaa. Tilojen muokkaaminen olisi varmasti iso prosessi, mutta olisiko mahdollista päivittää nykyisiä tiloja pienemmilläänkin muutoksilla? Tai pohtia uusia käyttötapoja nykyisille tiloille? Voisiko esimerkiksi kalusteita järjes-

tellä uudelleen ja näin saada lisää tilaa? Osasto on toisaalta 2017-2018 vaihteessa muuttamassa uusiin tiloihin, jotka ovat nykyaikaisemmat ja paremmin sekä henkilökunnan että potilaiden tarpeita vastaavia.

Kehittämissuhteet liittyivät suurimmaksi osaksi siihen, kuinka henkilökunta voisi toiminnallaan vaikuttaa potilaiden osallistumiseen toiminnalliseen kuntoutukseen ja toisaalta kuntoutuksen kiinnostavuuteen potilaiden kannalta. Motivointi ja kannustus ovat varmasti kaikkien mielestä tärkeitä asioita. Osaston henkilökunta voisi mahdollisesti tarkemmin tutustua ryhmiin ja niiden toimintaan. Toisaalta koulutuksen lisääminen toiminnallisesta kuntoutuksesta ja sen tärkeydestä voisi lisätä henkilökunnan omaakin motivaatiota ja keinoja sen toteuttamiseen.

7.2 Yhteenveto

Psykiatrisen osaston toiminnallinen kuntoutus toteutuu pääosin hyvin henkilökunnan näkökulmasta. Suurin osa vastaajista pitää toiminnallista kuntoutusta ja toiminnallisuutta tärkeänä asiana potilaan toipumisen kannalta ja henkilökunta on halukas kehittämään toimintaa osastolla enemmänkin. Suurin osa oli sitä mieltä, että kuntoutuksen tulisi alkaa heti tai että se alkaa heti osastohoidon alkaessa, mutta aina potilaan kunnon mukaan. Osastolla kaivattiin kuitenkin toiminnallisen kuntouttamisen kehittämistä, esimerkiksi läheisten ja perheen ottaminen paremmin mukaan toimintaan voisi olla yksi kehityskohde. Henkilökunta toivoi sairaalan tarjoamien ryhmien toteutuvan säännöllisemmin, sekä työyhteisössä tehtävän enemmän yhteistyötä kuntoutuksen saralla. Useat vastaajista olivat valmiita vetämään jotakin ryhmiä.

Tämän kartoittavan opinnäytetyön jatkeeksi voitaisiin esimerkiksi tehdä toiminnallinen suunnitelma, jossa yhteistyössä osaston henkilökunnan kanssa tehtäisiin toiminnallinen viikko-ohjelma sairaalan tarjoamien ryhmien lisäksi. Ryhmiin osallistumisen arvioimiseksi voitaisiin kehittää mittareita, jotka voisivat toimia osaston toiminnallisuuden seurannassa. Olisi mielenkiintoista ottaa tutkimukseen mukaan myös potilaat ja kartoittaa heidän kokemuksia ja toiveita osaston toiminnan kehittämiseksi.

Lähteet

- Addington, J., Piskulic, D. & Marshall, C. 2010. Psychosocial treatments for schizophrenia. *APS Association for psychological science*. 19(4) 260-263.
- Baslet, G. & Hill, J. 2011. Case report: Brief mindfulness-based Psychotherapeutic intervention during inpatient hospitalization in a patient with conversion and dissociation. *Clinical case studies*. 10(2) 95-109.
- Berner, A. 2012. Torniossa mielenterveyshoito toimii. *Helsingin Sanomat*. <http://www.hs.fi/sunnuntai/a1355546346268> Viitattu 5.5.2016
- Eettiset toimikunnat. 2015. HUS. viitattu 18.11.2015 <http://www.hus.fi/tutkijalle/eettiset-toimikunnat/Sivut/default.aspx>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. *Mieli ja Terveys*. Porvoo: Bookwell Oy
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy
- HUS: Toiminnallinen kuntoutus. Viitattu 27.11.2015. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/muut-palvelut/kellokoski-toiminnallinen-kuntoutus/Sivut/default.aspx>
- Hutcheson, C., Ferguson, H., Nish, G. & Gill, L. 2010. Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital. *British Journal of Occupational Therapy* 73(3), 121-128.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Vantaa: Hansaprint Oy
- Järvikoski, A. ja Härkäpää, K. 2011. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOY Pro Oy
- Koskisuus, J. 2004. *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita Prima Oy
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy
- Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. 2014. *Psykiatria*. Duodecim. viitattu 24.11.2015 http://www.oppiporssi.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597
- Metsämuuronen, J. 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Tutkimuseettinen tiedekunta. 2015. viitattu 18.11.2015 <http://www.tenk.fi/fi>
- Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. 2015. Tutkimuseettinen tiedekunta. viitattu 18.11.2015 <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistie-teiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>
- Paloniemen sairaala. 2015. HUS. viitattu 17.11.2015 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/paloniemen-sairaala/osastot/Sivut/Osasto-2.aspx>
- Paatero, H., Lehmijoki, P., Kivekäs, J. ja Ståhl, T. 2008. *Kuntoutuksen pääpiirteet*. Viitattu 23.11.2015. http://www.oppiporssi.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=10710&p_artikkeli=kun00133

Pylkkänen, K. 2008. Positiivinen mielenterveys. viitattu 24.11.2015 http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kun00144&p_haku=mielenterveys

Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat ja kuntoutus. Viitattu 23.11.2015. http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=10710&p_artikkeli=kun00133

Stewart, K. 2012. Factors Contributing to Engagement During the Initial Stages of Treatment for Psychosis. *Qualitative Health Research*. 23(3) 336-347.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Porvoo. Bookwell Oy

Vancampfort, D., Correll, C., Scheewe T., Probst, M., De Herdt, A., Knapen, J. & De Hert, M. 2012. Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*.

Vanhan Vaasan sairaala. Toiminnallinen kuntoutus. Viitattu 27.11.2015. <http://www.vvs.fi/toiminnallinen-kuntoutus>

Liite 2

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	47
Liite 2 Saatekirje.....	50

Liite 2

Liite 1: Kyselylomake

1. Ikäsi?

- 20-25
- 26-35
- 36-45
- 45-

2. Oletko koulutukseltasi

- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja
- Joku muu

3. Montako vuotta sinulla on työkokemusta?

- 0-5
- 6-10
- Yli 10

4. Miten potilaan tarpeet ja toiveet otetaan huomioon toiminnallisen kuntoutuksen suunnittelussa? Milloin osastolle saapuvan potilaan kuntoutus alkaa?

5. Miten potilaan perhe/läheiset huomioidaan toiminnallisessa kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa?

6. Miten henkilökunta seuraa kuntoutuksen toteutumista/edistymistä? Miten usein sitä arvioidaan?

7. Kuinka suuri osuus osaston potilaista osallistuu sairaalan tarjoamiin kuntoutusryhmiin/toimintoihin? Miten potilaita voisi motivoida osallistumaan toimintaan paremmin?

8. Tukeeko sairaalan tarjoama toiminnallinen kuntoutus potilaan vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitojen oppimista, itseluottamusta ja onnistumisen kokemuksia? Perustele vastauksesi.

9. Millaisia keinoja käytät potilastyössä kuntoutuksen edistämiseksi? Miten haluaisit kehittää niitä?

10. Miten työyhteisö voisi edistää toiminnallisen kuntoutuksen toteutumista potilastyössä?

11. Olisitko itse valmis vetämään toiminnallista kuntoutusta/ryhmiä? Millaista ryhmää?

12. Mitä tarpeita näet toiminnallisen kuntoutuksen kehittämisen suhteen? Miten kuntoutusta osastolla tulisi kehittää?

Kiitos vastauksestas

Liite 2

Liite 2 Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi Laurea ammattikorkeakoulun Lohjan kampuksen opiskelijaa. Teemme osastollenne opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää henkilökunnan kokemuksia, ajatuksia ja kehitysideoita toiminnallisen kuntouksen toteutumisesta potilaiden koko osastohoidon aikana. Ohessa on kyselylomake, johon toivomme mahdollisimman monen osallistuvan, jotta saamme kattavan kuvan tutkittavasta aiheesta. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset annetaan anonyymisti ja kysymykset on pyritty laatimaan, niin ettei vastaajia pystytä tunnistamaan. Kun opinnäytetyö on valmis, kyselyaineisto tuhotaan asianmukaisesti. Opinnäytetyö julkaistaan Toukokuun 2017 lopulla. Mikäli sinulla on jotakin kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, otathan meihin yhteyttä sähköpostitse.

Kiitoksia!

Anna Pasma

anna-reetta.pasma@student.laurea.fi

Satu Kourunen

satu.tirkkonen@student.laurea.fi

Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Kategoria	Yläkategoria
“Potilaita motivoidaan ryhmiin vetoamalla niiden tuomaan mielekkäiseen sisältöön ja siihen, että mitä pitkempään jää toimeettomaksi, sen vaikeampi on lähteä liikkeelle.”	Potilaiden motiivointi ja tukeminen ryhmiin osallistumiseen	Motiivaatio	Potilaiden motiivointi toiminnalliseen kuntoutukseen
“Tavataan läheisiä mahdollisimman pian voinnin salliessa. Pidempää sairastaneilla perhe jää vähemmälle.”	Läheisten ja perheen huomiointi hoidon suunnittelussa	Huomiointi	Potilaan läheisten huomiointi hoidon suunnittelussa
“Erityistyöntekijöiden panostus sairaalan ryhmiin on tärkeä, sillä heillä on asiaan liittyvää koulutusta ja tietoutta. Kaikki hoitajat eivät osaa esim. käsitöitä.”	Muiden kuin hoitajien merkitys toiminnalliselle kuntoutukselle	Moniammatillisuus	Moniammatillisen yhteistyön merkitys