



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

”SIINÄ OLI PAKKO VAAN MENNÄ TÄYSILLÄ MUKAAN”

Potilaiden kokemuksia tiiviistä päiväosastohoidosta

Heta Saarinen

Silja Tervo

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

SAARINEN HETA & TERVO SILJA:

”Siinä oli pakko vaan mennä täysillä mukaan”

Potilaiden kokemuksia tiivistä päiväosastohoidosta

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Lokakuu 2017

Avohoidon tehostaminen oli Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009–2015) yksi keskeisimpiä tavoitteita, mutta sen toteutus on ollut vaihtelevaa. Päiväosastohoidossa tehokkuutta on pyritty lisäämään kehittämällä tiiviimpiä toimintamalleja. Nokian mielenterveyskeskus on tiivistänyt päiväosastotoimintaansa muutama vuosi sitten. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Nokian mielenterveyskeskuksessa tiivistä päiväosastohoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä tiiviillä päiväosastohoidolla Nokian mielenterveyskeskuksessa tarkoitetaan, ja miten potilaat saamansa hoidon kokivat. Tavoitteena oli potilaskokemusten kautta kuvata Nokian mielenterveyskeskuksen tiivistä päiväosastohoitoa, jotta toimintaa voidaan edelleen kehittää. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin haastattelemalla neljää entistä tai nykyistä päiväosaston potilasta. Nämä teemahaastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyyysillä.

Tiivis päiväosastohoito kuvautui haastateltaville monipuolisena ja intensiivisenä kokonaisuutena – paranemisprosessin osana, jossa ryhmällä ja yksilökeskusteluilla oli toisiaan tukeva merkitys. Haastattelujen perusteella potilaslähtöisyys päiväosastohoidossa toteutui hyvin. Hoitajien merkitys koettiin tärkeänä, mutta toisaalta hoitomuodon kuvailtiin vaativan potilaalta paljon. Keskeisiksi hoidon onnistumisen edellytyksiksi haastatteluissa nousivat potilaan muutoshalukkuus, motivaatio, avoimuus, heittäytymiskyky ja tunteytyöskentelytaidot. Tiiviin päiväosastohoidon koettiin tarjoavan uudenlaisia ajatusmalleja ja lisäävän uskoa tulevaan. Lisäksi säännöllistä päivärutmiä pidettiin tärkeässä roolissa kuntoutumisprosessissa. Hoidolliset ryhmät mahdollistivat vertaistuen, mutta osa koki ryhmän jäsenten erilaisuuden ja ryhmän kokoonpanon vaihtelun rajoittavan omaa osallistumista.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että tiivis päiväosastohoito muodostaa toimivan kokonaisuuden. Hoitomuoto edellyttää potilaalta riittävästi voimavaroja sekä kykyä ja mahdollisuutta käsitellä tilannettaan avoimesti. Potilaslähtöisyyteen ja hoidon jatkuvuuteen on tärkeää panostaa jatkossakin. Aihetta olisi jatkossa mielenkiintoista tutkia myös määrällisen tutkimusmenetelmän keinoin, jotta saataisiin kattavampi käsitys potilaiden tyytyväisyydestä hoitomuotoon. Lisäksi vertaileva tutkimus perinteisen päiväsaairaan ja intensiivisen päiväosastohoidon välillä voisi tuottaa hyödyllistä tietoa toiminnan kehittämisen tueksi.

Asiasanat: mielenterveystyö, avohoito, päiväsaairaat, ryhmäterapia, hoitosuhde

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SAARINEN HETA & TERVO SILJA:

“You just had to jump into it”

Patients' Experiences of Their Day-Ward Care Period at Nokia Mental Health Center

Bachelor's thesis 62 pages, appendices 4 pages
October 2017

Developing outpatient care has been one of the most important goals of the National plan for mental health and substance abuse work (2009-2015). Nokia mental health center has intensified its day-ward care services a few years ago.

The purpose of this study was to collect information from patients about their experiences during day-ward care periods. The research questions were: What is intensive day-ward care in Nokia mental health center like? How did the patients experience the care they were given? The objective of this study is to describe the intensive day-ward care in Nokia mental health center in order to improve its activities.

This study applied a qualitative method and the data were gathered through four individual interviews. The results of these theme interviews were analysed by means of a qualitative content analysis. Interviewees thought that the treatment period was intensive and diverse and it offered peer support and an opportunity to self-observation.

The findings indicate that intensive day-ward care forms a functional combination. From patients this treatment method requires sufficient resources along with the ability to deal with one's situation with an open mind. It would be interesting to study the subject also by applying the quantitative research method in order to obtain a more diverse range of opinions.

Key words: outpatient care, mental health nursing, day-ward care, group therapy, patient care relationship

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 6 |
| 2 | TYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET..... | 8 |
| 3 | TEOREETTINEN VIITEKEHYS..... | 9 |
| 3.1 | Avohoito psykiatrisessa hoitotyössä..... | 9 |
| 3.2 | Päiväosastohoito | 12 |
| 3.2.1 | Tiivis päiväosasto..... | 14 |
| 3.2.2 | Sairaanhoidajan rooli päiväosastohoidossa..... | 16 |
| 3.2.3 | Päiväosastohoidon onnistumisen edellytykset potilaalta | 18 |
| 3.3 | Hoidolliset ryhmät | 19 |
| 3.3.1 | Ryhmän hoidolliset tekijät | 21 |
| 3.3.2 | Luova toiminta ryhmässä | 23 |
| 3.4 | Yksilökeskustelut..... | 25 |
| 4 | MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT | 28 |
| 4.1 | Laadullinen menetelmä | 28 |
| 4.2 | Teemahaastattelu | 29 |
| 4.3 | Aineistolähtöinen sisällönanalyysi | 31 |
| 5 | TULOKSET | 35 |
| 5.1 | Kokemuksia hoidosta kokonaisuutena..... | 35 |
| 5.1.1 | Hoidon rakenne | 35 |
| 5.1.2 | Hoidon sisältö | 36 |
| 5.1.3 | Hoidon onnistumisen edellytykset potilaalta | 36 |
| 5.2 | Kokemuksia hoidollisista tekijöistä | 37 |
| 5.2.1 | Ryhmäkeskustelujen hoidolliset tekijät..... | 37 |
| 5.2.2 | Luovien menetelmien hoidolliset tekijät..... | 39 |
| 5.2.3 | Yksilökeskustelujen hoidolliset tekijät | 39 |
| 5.2.4 | Hoitokokonaisuuden anti | 40 |
| 5.3 | Kokemuksia päiväosastoyhteisöön kuulumisesta..... | 41 |
| 5.3.1 | Potilaslähtöisyys..... | 41 |
| 5.3.2 | Hoitohenkilökunnan rooli | 42 |
| 5.3.3 | Ryhmän merkitys | 43 |
| 6 | POHDINTA..... | 44 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu | 44 |
| 6.2 | Eettisyys..... | 49 |
| 6.3 | Luotettavuus..... | 50 |
| 6.4 | Jatkotutkimusehdotukset..... | 53 |
| | LÄHTEET..... | 54 |

| | |
|---|----|
| LIITTEET | 59 |
| Liite 1. Teemahaastattelun runko | 59 |
| Liite 2. Tietoinen suostumus | 60 |
| Liite 3. Sisällönanalyysin eteneminen | 62 |

1 JOHDANTO

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 syntyi tarpeesta mielenterveyspalveluiden laaja-alaisempaan tarkasteluun. Yksi keskeisimmistä tavoitteista, avohoidon tehostaminen, on toteutunut vaihtelevasti. Vaikka avohoidon määrä on lisääntynyt, on monimuotoista avohoitoa, kuntoutumista tukevia palveluita sekä avo- ja sairaalahoidon väliin sijoitettavia palveluita edelleen kehitettävä. (STM 2016, 9–28.) Aikarajoitteisten yksilö- ja ryhmäterapeuttisten hoitomallien luominen on yksi tapa tehostaa avohoitoa (Korkeila 2011, 2596). Tiivis päiväosastohoito vastaa siten omalta osaltaan tehokkuushaasteeseen.

Opinnäytetyömme aiheena olivat potilaiden kokemukset tiivistä päiväosastohoidosta. Kiinnostuimme aiheesta sen ajankohtaisuuden vuoksi ja lisäksi koimme hoitomuodon kehittämisen tärkeäksi. Tulevina sairaanhoitajina pääsimme tämän opinnäytetyön kautta perehtymään kyseiseen ajankohtaiseen hoitomuotoon ja teemahaastattelujen kautta pystyimme kehittämään ammatillisia vuorovaikutustaitojamme. Tiivis päiväosastohoito on käsitteenä hajanainen, koska toteutustavat eri kunnissa vaihtelevat. Kotimaista tutkimustietoa tiiviin päiväosastohoidon toteutumisesta ei löytynyt, joten vertailupohjaksemme otimme ulkomaisia tutkimuksia ja kotimaisia artikkeleita. Teoreettisissa lähtökohdissa kartoitimme lisäksi päiväosastohoitoa hoitomuotona; sen sisältöä, peruseriaatteita ja hoidollisia tekijöitä.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Nokian kaupungin mielenterveyskeskuksen kanssa, jossa päiväosastotoimintaa on tiivistetty muutama vuosi sitten (Nokian kaupunki 2016). Nokian mielenterveyskeskuksessa termistä päiväosastohoito pyritään pääsemään vähitellen eroon, sillä varsinaista osastohoitoa nykyinen hoidollisia ryhmiä ja yksilötapaamisia yhdistävä kokonaisuus ei ole. Kuitenkin termi päiväosastohoito esiintyy edelleen laajasti henkilökunnan puheessa, esitteissä ja internetsivuilla. (Raski 2016.) Työelämätahon luvalla käytimme kuitenkin opinnäytetyössä päiväosastohoidon käsitettä, koska mielestämme näin kokonaisuudesta tuli selkeämpi ja lähdekirjallisuuden yhteys nykyiseen hoitomuotoon tuli paremmin esille. Halusimme, että lukija hahmottaa hoitomuodon kokonaisuudeksi, joka tarjoaa potilaalle paitsi hoidollisia ryhmiä myös yksilötapaamisia.

Koska nykyinen tiivis päiväosastohoidon malli on verrattain uusi, syntyi työelämän taholta toive kuulla potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Opinnäytetyömme tarkoituksena olikin kartoittaa Nokian mielenterveyskeskuksessa tiivistä päiväosastohoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tavoitteena on potilaiden kokemusten avulla kuvailla Nokian mielenterveyskeskuksen tiivistä päiväosastohoitoa ja siten luoda pohjaa toiminnan kehittämiseksi.

Opinnäytetyössämme käytettiin laadullista menetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön nimiksi valitsimme eräästä haastattelusta nousseen lainauksen, koska sen merkityssisältö nousi esiin kaikissa haastatteluissa.

2 TYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Nokian mielenterveyskeskuksessa tiivistä päiväosastohoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä tarkoitetaan tiiviillä päiväosastohoidolla Nokian mielenterveyskeskuksessa?
2. Miten potilaat kokivat tiiviissä päiväosastohoidossa saamansa hoidon?

Opinnäytetyön tavoitteena on potilaskokemusten kautta kuvata Nokian mielenterveyskeskuksen tiivistä päiväosastohoitoa. Saadun tiedon pohjalta Nokian mielenterveyskeskus voi kehittää omaa toimintaansa.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Työmme teoreettisen viitekehysten (kuvio 1) muodostavat käsitteet psykiatrinen avohoito, päiväosastohoito, hoidollinen ryhmä ja yksilökeskustelut. Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet muodostuivat päiväosastohoidon kontekstin ja keskeisen sisällön pohjalta. Päiväosastohoito on osa psykiatrista avohoitoa, joten käsittelemme ensin avohoidon nykytilan suuntaviivoja. Tämän jälkeen kuvailemme päiväosastohoidon keskeisiä piirteitä ja sisältöä sekä kehittymishaasteita kohti tiiviimpää kokonaisuutta. Hoidollisia ryhmiä ja yksilökeskusteluja tarkastelemme niiden hoidollisten tekijöidensä kautta.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Avohoito psykiatrisessa hoitotyössä

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä terveydenhuolto laajuudeltaan ja sisällöltään sellaiseksi kuin asukkaiden perusteltu tarve edellyttää. Palvelut on järjestettävä yhdenvertaisiksi sekä sisällöltään että saatavuudeltaan, ja mielenterveys-

hoitotyön on muodostettava toimiva kokonaisuus kunnan muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Mielenterveyslaki (1116/1990) puolestaan linjaa, että mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina.

Vuonna 2009 julkaistu Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 syntyi tarpeesta mielenterveyspalveluiden laaja-alaisempaan tarkasteluun. Sen yhtenä päätaavoitteena oli tehostaa avohoidon palveluja esimerkiksi psykiatrisia sairaansijoja vähentämällä. (STM 2016, 9-23.) Suunnitelman väliarvioinnissa linjattiin vielä, että mielenterveyskuntoutuksen tulee alkaa akuuttivaiheessa varhaiskuntoutuksella ja jatkaa yksilöllisesti räätälöitynä psykososiaalisena ja ammatillisena kuntoutuksena (STM 2012, 47). Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman loppuarvioinnissa 2015 avohoitopainotteisuuden todettiin lisääntyneen, mikä näkyy esimerkiksi asumispalveluiden käytön kasvuna. Kuitenkin asumispalveluiden laatu ja valvonta vaihtelevat. (STM 2016, 18–20.)

Kontion ym. (2013) tutkimuksen mukaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä aikuisväestön mielenterveys- ja päihdehuollon palvelujärjestelmä on yhä laitospainotteinen. Valtaosa palveluista ja henkilöstöresursseista suunnataan ympärivuorokautiseen hoitoon. Lisäksi hyödynnetään erilaisia asumispalveluita, jotka kuitenkin eivät tarjoa riittävää tukea kuntoutumiseen. (Kontio ym. 2013, 496–501.) Kontion ym. (2013) mukaan esimerkiksi järjestetty päivätoiminta ja matalan kynnyksen avopalvelut ovat alueella harvinaisia.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuonna 2011 uudistus, jossa psykiatrisen sairaalan vuodeosasto korvattiin tehostettua avohoitoa tarjoavalla yksiköllä. Kyseisen yksikön toiminnalla turvattiin kriisipotilaille välitön psykiatrisen avohoito sekä sairaalasta kotiutuville potilaille riittävän intensiivinen aloitus avohoidolle. (Saxen ym. 2014, 400.) Saxenin ym. (2014) tutkimustuloksien perusteella uudistuksesta huolimatta sairaansijojen määrä säilyi riittävänä ja kuormitus kohtuullisena. Myös alustavat hoitotulokset olivat hyviä: Beckin masennuskyselyssä (BDI) potilaiden keskiarvo hoitojakson alussa oli 25 ja kolmen kuukauden kuluttua 16 pistettä. Ensikertalaisilla puolestaan BDI-pisteiden keskiarvo laski kolmen kuukauden aikana 24 pisteestä 12 pisteeseen. 15D-elämänlaatumittarilla mitattuna potilaiden elämänlaatu koheni kolmen kuukauden kuluessa 0,06 pistettä, mikä ylittää kliinisen merkittävyyden rajan 0,03:n selvästi. (Saxen ym. 2014, 400–405.) Pirkanmaalla psykiatristen sairaansijojen määrä on laskenut vuoden 2015 aikana pääosin Kaivannon sairaalan lakkauttamisen vuoksi (PSHP 2016). Alkuvuonna 2016 julkaistussa

Pirkanmaan aikuispsykiatrian selvitysprojektin raportissa todetaan, että sairaalan lakkauttamisen seurauksena avohoidon vakansseja on lisätty miltei suunnitellusti. Avohoitoon pääsyssä on kuitenkin ollut ongelmia. Raportin mukaan jokaisen kunnan tulisikin laatia konkreettinen suunnitelma avohoidon lisäämiseksi. (PSHP 2016.)

Vaikka monissa kunnissa mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on sisällytetty kuntastrategiaan, on käytännön toteutus vaihtelevaa (STM 2016, 18–20). Nokian kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015–2017 perustana toimivat Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, yleiset mielenterveyspalveluiden laatusuositukset sekä alueelliset ja paikalliset kehittämissuunnitelmat. Tavoitteena on palveluiden järjestäminen toiminnallisena, koordinoituna kokonaisuutena siten, että peruspalvelut täydentävät erityispalveluja. Painopistettä pyritään siten siirtämään ennaltaehkäisevään työhön perus- ja avopalveluihin. (Nokian kaupunki 2013, 4-8.)

Avohoidon vaikuttavuuden seuranta on haasteellista ja usein sitä arvioidaankin karkeasti esimerkiksi itsemurhakuolleisuutena ja laitoshoidon palaamisella. Suomessa avohoitopainotteisuus ei ole nostanut potilaiden kuolleisuuslukuja. (Korkeila 2009, 2333–2336.) Toisaalta sairaalajaksojen uusiutuminen skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla on Suomessa korkeammalla tasolla kuin muissa Pohjoismaissa, mikä voi selittyä esimerkiksi avohoidon tukipalvelujen puutteina (Korkeila 2011, 2596). Korkeila (2011) muistuttaa kuitenkin, että kansainväliseen vertailuun tulee suhtautua kriittisesti, sillä esimerkiksi palvelujen toimintaympäristöissä, resursseissa ja tilastointiperusteissa on eroavaisuuksia.

Käynnissä olevien kunta- ja palvelurakennemuutosten vuoksi tulevaisuudessa kuntien ja maakuntien yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjinä kasvaa. Monimuotoista avohoitoa, kuntoutumista tukevia palveluita sekä avo- ja sairaalahoidon väliin sijoituvia palveluita tulee edelleen kehittää. (STM 2016, 26–28.) Psykiatristen sairaaloiden sulkeminen ei takaa avohoidon kehittymistä. Ei myöskään ole yhdentekevää, millaista avohoitoa järjestetään. Kuten Korkeila (2009) toteaa, avohoito on hoidon toteuttamistapa ja -ympäristö, mutta ei sellaisenaan hoitoa. Hoitotuloksia on arvioitava systemaattisesti, toimintatapoja on kehitettävä, hoidon jatkuvuuteen on panostettava ja mielenterveyshäiriön laadun vaikutus hoidon tarpeisiin on huomioitava (Korkeila 2009, 2338).

Avohoitoa voidaan tehostaa luomalla aikarajoitteisia yksilö- ja ryhmäterapeuttisia hoitomalleja (Korkeila 2011, 2596). Tiivis päiväosastohoito vastaa omalta osaltaan avohoidon

tehokkuushaasteisiin. Honkalampi, Rajala, Pajula ja Saarinen (2012) korostavatkin uusien avohoidon menetelmien, kuten vertaistukea tarjoavien ryhmien, kehittämisen tärkeyttä, jotta mielenterveyspalvelut voidaan kohdentaa asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tätä tukevat tutkimustulokset, joiden mukaan seitsemäsosa Kuopion psykiatrian keskuksen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. Käyttämättömistä 372 ajasta 78 prosenttia oli yksilöaikoja, kun taas esimerkiksi ryhmäaikoja oli 13,4 prosenttia. Valtaosa käyntinsä peruneista oli alle 35-vuotiaita. Perumisen syyt vaihtelivat somaattisesta sairaudesta aina liian varhaiseen vastaanottoaikaan ja matkakuluihin. (Honkalampi ym. 2012, 607–610.)

3.2 Päiväosastohoito

Päiväosastohoito on osa psykiatriasta avohoitoa. Nokian kaupunki (n.d.) kuvailee päiväosastotoiminnan kohderyhmänä olevan tehostettua psykiatriasta avohoitoa tarvitsevat aikuiset. Tampereen kaupunki tarjoaa kuntalaisille päiväosastotoimintaa samoin perustein (Tampereen kaupunki n.d.). Räsänen (2013, 136) kuvailee puolestaan esimerkiksi Mikkelin päiväsairalan tarjoavan tehostettua psykiatriasta avohoitoa tilanteissa, joissa muut avohoidon palvelut ovat riittämättömiä.

Psykologi ja yhteiskuntatieteiden tohtori Murto (2013) määrittelee reaalisen yhteisön samojen ihmisten muodostamaksi ryhmäksi, jossa ryhmän jäsenet kokevat yhteenkuuluvuutta keskenään, tuntevat toisensa ja jakavat yhteiset intressit. Edelleen hän nimeää yhteisöhoitoksi hoito- ja kuntoutussuuntauksia, joissa käytetään yhteisöllisiä menetelmiä. Terapeuttiset yhteisöt eroavat toisistaan niiden käytännön painotusten ja periaatteidensa osalta. (Murto 2013, 12.) Joka tapauksessa, koska päiväosastolla hyödynnetään vertaisryhmää kuntoutumisen tukena, voidaan sitä pitää esimerkkinä terapeuttisesta yhteisöstä.

Päiväosastohoidon avulla potilaiden arkeen tulee säännöllinen päivärytmi, joka vähentää jännittyneisyyttä, lisää ennakoitavuutta ja edistää yhteenkuuluvuuden tunnetta (Brabender, Fallon & Smolar 2004, 93–94). Vähäniemen (2008, 109) mukaan jäsenelty päivärytmi luo turvallisuutta ja auttaa mahdollisissa univaikeuksissa. Konkreettiset säännöt puolestaan kannustavat riskinottoon, mikä lisää avoimuutta ryhmässä (Brabender ym. 2004, 93–94). Selkeät roolit, aikataulut ja säännöt tukevat siis ryhmän tavoitteellista toi-

mintaa (Lönnqvist 2017). Potilaiden valmistelu ryhmämuotoiseen hoitoon vähentää hoidon keskeytyksiä, poissaoloja ja myöhästymisiä (Brabender ym. 2004, 93–94). Koska viikko- ja päiväohjelmat ovat ennalta määriteltyjä, on vaikuttavuuden kannalta tärkeää, että sovittuja aikatauluja noudatetaan (Vähäniemi 2008, 109; Murto 2013, 27). Murto (2013) muistuttaa lisäksi, että vaikka sääntöjen tarkoituksena on luoda turvallisuutta ja selkeyttä yhteisöön, riippuu niiden vaikuttavuus sääntöjen noudattamisesta käytännössä. Lisäksi, kun potilailla on mahdollisuus vaikuttaa sääntöihin, on myös sitoutuminen niiden noudattamiseen yleensä parempaa (Murto 2013, 27).

Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastolla hoitokokonaisuuteen kuuluvat hoidollisten ryhmien lisäksi yksilökeskustelut ja perhetapaamiset (Nokian kaupunki n.d.). Ryhmätilanteissa yksilö hahmottaa ajattelu- ja toimintamallejaan ja yksilökeskusteluissa hän jatkaa ajatusprosessiensa työstämistä (Staats 2010, 40–43; Räsänen 2013, 136). Siten hän reflektoi ajatuksiaan useaan otteeseen, ja menetelmät tukevat toisiaan (Staats 2010, 40–43). Säännölliset yksilökäynnit edesauttavat potilaiden voinnin seuraamista ja tukevat hoitoon sitoutumista (Karterud & Wilberg 2007, 39). Läheisten tapaamiset puolestaan ovat osa perhekeskeistä työtettä, joka Heikkilän ja Lindroosin (2009, 57–61) mukaan tarkoittaa yksilön huomioimista osana perhettään ja muita luontaisia verkostojaan.

Vaikka päiväosastohoidosta eivät vastaa psykoterapeutit, on toiminnalla psykoterapeuttinen tausta. Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastolla hyödynnetään joustavasti kognitiivisen, dialektisen, ratkaisukeskeisen sekä perheterapeuttisen psykoterapian teoriapohjaa. Dialektinen käyttäytymisterapia on yksi keskeisimmistä hyödynnetyistä menetelmistä. (Raski 2016.) Se kehitettiin alun perin epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon, mutta sittemmin sitä on sovellettu myös muihin häiriöihin. Hoitomuoto perustuu biososiaaliseen teoriaan, jonka mukaan epävakaan persoonallisuushäiriön merkittävin ongelma on tunne-elämän ailahtelevuus. Muutoskeskeisyyden rinnalla potilaalle viestitetään ymmärrystä ja hyväksyntää, mikä tasapainottaa hoitoprosessia. (Holmberg & Kähkönen 2008, 224–225; Ryhänen 2009, 67–75.) Potilasta opetetaan tunnistamaan tilanteita, jotka johtavat puutteelliseen tunnesäätelyyn, ja tämän jälkeen hän voi opetella hoitotyön ammattihenkilön tuella keinoja vastaavien tilanteiden hallitsemiseksi tulevaisuudessa (Kåver & Nilsonne 2004, 12).

Ryhmä- ja yksilöpsykoterapian ymmärtäminen ja vertailu auttavat hahmottamaan päiväosastotoiminnan monipuolisuuden merkitystä. Tutkimuksissa on usein keskitytty osoittamaan ryhmäpsykoterapian tehokkuutta yksilöpsykoterapioihin nähden. Nämä hoitomuodot on nähty kilpailevina ja toisensa poissulkevinä. (Staats 2010, 40–41.) Fuhriman ja Burlingame (1994, Staatsin 2010 mukaan) ovat kuitenkin osoittaneet, että yksilö- ja ryhmäpsykoterapian yhdistämisellä saavutetaan lisähyötyä erityisesti vaikeampien mielen-terveyden häiriöiden hoidossa. Esimerkiksi persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas voi yksilöpsykoterapiassa kyetä syvälliseen itsetutkiskeluun, mutta kokea jatkuvia vaikeuksia ihmissuhteissa. Ja päinvastoin – hän voi selviytyä ryhmätilanteesta hyvin, mutta kokea vaikeuksia integroida ulkoisia kokemuksia ryhmästä osaksi sisäistä maailmaansa. Hoitomuotojen yhdistämisellä voidaan lisäksi vähentää keskeyttämisriskiä sekä sairaalahoidon tarvetta tulevaisuudessa. (Staats 2010, 40–50.)

3.2.1 Tiivis päiväosasto

Samalla kun päiväsairaalat ovat yleistyneet Euroopassa viime vuosikymmenien aikana, on päiväsairaalan käsite vaihdellut paljon. Onkin herännyt tarve kehittää hoitomuotoa yhtenäisemmäksi ja tehokkaammaksi. (Kallert ym. 2004, 778.) Karterud ja Wilberg (2007) muistuttavat, ettei päiväsairaalahoido enää keskity vain sairaalaympäristöön, eikä sen tarvitse olla kokoaikaista tai jokapäiväistä. Mikäli potilailla on mahdollisuus käyttää päiväsairaalan palveluita vähintään neljästi viikossa ja kunakin päivänä ainakin puolen päivän ajan, voidaan päiväsairaala määritellä tiiviin avohoidon yksiköksi (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 30). Psykiatrisen hoidon kehittyminen Euroopan sisällä vaihtelee, mutta esimerkiksi Englannissa ja Norjassa kokopäiväisistä päiväsairaaloista on siirrytty tiiviimpiin päiväosastomalleihin (Karterud & Wilberg 2007, 40–41).

Mitä lyhyempiä potilaiden hoitotaksot ovat, sitä suurempi on vaihtuvuus osastolla. Murto (2013) kuvailee tämän yhteisöllisen kehityksen tason vaikuttavan hoidon vaikuttavuuteen ainakin päihdehoitotyössä. Hän ottaa esimerkiksi Kooymanin päihdeidenkäyttäjille tekemän tutkimuksen, jonka mukaan parhaat hoitotulokset saavutetaan yhdeksästä kahteentoista kuukauteen mittaisilla hoitotaksilla. Alle kolmen kuukauden hoitotaksin vaikuttavuus sen sijaan on todettu miltei samaksi kuin verrokkiryhmällä, joka ei ole saanut hoitoa lainkaan. (Kooyman 1993, Murrin 2013, 24 mukaan.)

Norjassa on käytössä intensiivisen avohoidon malli, jossa hoitoa järjestetään 10–12 tuntia viikossa 18 viikon ajan. Suurimpana potilasryhmänä ovat epävakaata sekä estynyttä persoonallisuushäiriöitä sairastavat potilaat, mutta myös masennusta ja ahdistustiloja esiintyy. Hoidon pituus on valmiiksi määritelty, eikä potilas pysty siihen itse vaikuttamaan. Tarve hoitojakson yksilöllisempään arviointiin kuitenkin tunnustetaan. (Karterud & Wilberg 2007, 44–45.) Karterud ym. (2003) ovat puolestaan tutkineet Norjassa päiväosastohoidon määrän vaikutusta hoitotuloksiin seuraamalla 1244 persoonallisuushäiriöstä kärsivää päiväosaston potilasta. Toinen ryhmä osallistui hoitoon 16 tuntia ja toinen kahdeksan tuntia viikossa. Hoitotulokset olivat hoidon loputtua molemmilla ryhmillä melko samanlaiset, mutta hoitoon sitoutuminen oli hieman parempaa jälkimmäisellä potilasryhmällä. Tulosten perusteella tutkimusryhmä päätteli intensiivisen päiväosastohoidon ihanemmääräksi noin kymmenen tuntia viikossa. (Karterud ym. 2003, 261.)

Suomessa ei ole yhtenäistä käytäntöä tiiviistä päiväosastohoidosta, vaan jokainen kunta määrittelee itse tarjoamansa palvelut. Räsänen (2013) ottaa esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrisen päiväosaston, jossa toiminta keskittyy pitkittyneistä ja vaikeista depressioista kärsivien hoitoon. Hoitojaksot ovat pitkiä, mutta kuitenkin enimmillään kymmenen kuukautta. Hoitokokonaisuutta ei ole tiivistetty, joten viikoittainen hoitoaika on 27,5 tuntia. Toiminta keskittyy yhteisön jokapäiväisen arjen ympärille. (Räsänen 2013, 136–146.) Vuosina 2009–2011 osastolla kartoitettiin hoidon vaikuttavuutta Beckin 21-osaisen depressiokyselyn (BDI) avulla. Tulosten perusteella hoidon aikana BDI-pisteet laskivat 23 potilaalla, nousivat kahdella ja pysyivät samana yhdellä potilaalla. Lisäksi todettiin, että mitä pidempiä hoitojaksot olivat, sitä enemmän BDI-pisteet laskivat. (Räsänen 2013, 144.)

Vammalan aluesairaalassa toteutettiin keväällä 2007 kehittämishanke, jossa suunniteltiin ja pilotoitiin nuorten päivätoimintakokonaisuus - uusi intensiivisen psykiatrisen avohoidon muoto nuorille aikuisille. Hankkeen taustalla oli tarve kehittää uusia palvelumuotoja sairaalahoidon ja avohoidon väliin. Päivätoimintaa järjestettiin suljetussa ryhmässä viidelle nuorelle aikuiselle viisi tuntia kolmena päivänä viikossa noin kolmen kuukauden ajan. Toiminta oli strukturoitua ja sitoutumista vaativaa, ja siihen sisältyi myös fysioterapeutin, liikunnanohjaajan, toimintaterapeutin ja kuvataideterapeutin ohjaamia ryhmiä. Nuoret kuvasivat päivätoiminnan tuoneen sisältöä elämään, ja päivärytmin merkitystä he pitivät hyvin tärkeänä. Ryhmäkeskusteluja nuoret pitivät voimaannuttavina, syvällisinä, rehellisinä ja kaiken kaikkiaan antoisina. Ryhmän kuvattiin antaneen voimaa ja tukea, ja

siihen sisältyneen vuorovaikutuksen nuoret kuvasivat opettaneen paitsi sosiaalisia taitoja myös vaihtoehtoisia tapoja toimia. Toiminnallisuus vahvisti itseluottamusta ja tarjosi mielekästä tekemistä. Nuoret kuvasivatkin, että kokonaisuudessaan päivätoiminta tarjosi tärkeitä onnistumisen, vastuullisuuden ja itsensä ylittämisen kokemuksia. Toimintakyky, tyytyväisyys elämään ja elämänhallinta kohentuivat, ahdistus väheni, itseluottamus parani ja usko tulevaisuuteen vahvistui päivätoiminnan myötä. (Kivelä ym. 2008, 8-21.)

Nokian mielenterveyskeskuksessa perinteistä päiväosastohoitoa on muutama vuosi sitten tehostettu ja nykyisin ryhmätoimintaa järjestetään neljänä arkipäivänä viikossa kolmen tunnin ajan. Hoidon perustana toimivat potilaan omat tavoitteet ja niihin perustuva hoitosuunnitelma. Hoitoaika vaihtelee ja se sovitaan yksilöllisesti. Keskimääräinen hoitoaika on kahdeksan viikkoa. (Raski 2016.)

3.2.2 Sairaanhoidajan rooli päiväosastohoidossa

Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tehtävänä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä lieventää kärsimystä. Hänen tulee pyrkiä lisäämään yksilöiden ja perheiden yksilöllisiä voimavaroja. Sairaanhoidaja on vastuussa tekemästään hoitotyöstä ja hänellä on velvollisuus jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajaliitto 2014.) Mielenterveyshoitotyössä osaaminen rakentuu terapeuttisen, hoitavan kohtaamisen ympärille. Keskiössä on tasavertaiseen osallistumiseen ja dialogiin perustuva yhteistyö niin potilaan, omaisten kuin muiden ammattialojenkin kesken. Sairaanhoidajan on osattava kohdata ihmisen hätä, avuntarve ja kriisitilanteet. (Havio 2008, 83–84.)

Sairaanhoidajien työnkuva on laajentunut vuosien saatossa. Muuttuvat hoitokäytännöt, laajentuva mielenterveyshoitotyön kenttä sekä avohoitopainotteisuus ja osastohoitoaikojen lyheneminen vaativat jatkuvaa kehittymistä myös sairaanhoidajilta. Heidän on osattava ennakoida tulevaa, omaksuttava hyvät ihmissuhde- ja päätöksentekotaidot sekä kyettävä yhä itsenäisempään ja monitahoisempaan työhön. (Kanerva 2013, 310–314.) Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastolla sairaanhoidaja on vastuussa niin yksilö- kuin ryhmätapaamisistakin (Raski 2016).

Oittisen (2013) mukaan sairaanhoitajan pätevyys voidaan määrittää kokonaisuudeksi, jonka muodostavat päätöksentekotaidot, vuorovaikutustaidot ja tekninen osaaminen. Vuorovaikutustaidot vaikuttavat potilaaseen luotavan hoitosuhteen lisäksi myös sairaanhoitajan toimintaan työyhteisössä ja moniammatillisessa työryhmässä (Oittinen 2013, 87). Kanerva (2013, 313) lisää ammattitaitovaatimusten listaan empaattisuuden, vastuullisuuden ja ystävällisyyden. Liimataisen (2009, 16) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan sairaanhoitajan asiantuntijuus jakaantuu seuraaviin taitoihin: tiimityö, tutkimus, johtaminen, terveyden edistäminen, päätöksenteko, kliininen osaaminen ja lääkehoito, laadunvarmistus, vuorovaikutus ja viestintä sekä monikulttuurinen osaaminen. Tynjälä (2005, Laurin 2007 mukaan) on määritellyt tien asiantuntijaksi etenevän asteittain. Kehittyminen on jatkuva oppimisprosessi, joka etenee ongelmanratkaisu- ja päätöksentekoprosessien kautta ja vaatii muun muassa tiedonhaun ja tiedon soveltamisen taitoja, vuorovaikutustaitoja sekä paineensietokykyä (Lauri 2007, 88–89).

Ryhmänohjaajana sairaanhoitajan tulee vaalia ryhmän jäsenten keskinäistä vuorovaikutusta, kannustaa positiivisen ja konkreettisen palautteen antamiseen sekä osoittaa lämpöä ja huolenpitoa. Näin hän samalla vahvistaa ymmärtävää ilmapiiriä ryhmässä. (Brabender ym. 2004, 87–95.) Perustana onnistuneelle ryhmänohjaukselle on toiminnan huolellinen suunnittelu (Airaksinen ym. 2015, 20). Ryhmän aloitusvaiheessa on tärkeää pyrkiä vähentämään jännitystä, antaa aikaa tutustumiselle sekä vahvistaa turvallisuudentunnetta ja luottamusta ryhmän jäsenten kesken (Kaukkila & Lehtonen 2007, 65). Airaksinen ym. (2015) korostavat ryhmän ohjaajan roolia turvallisuudentunteen takaajana erityisesti luovan toiminnan yhteydessä. Luovuudessa on nimittäin paljolti kyse leikinomaisuudesta, mikä voi aiheuttaa jännitystä ja pelkoa ryhmän jäsenissä (Airaksinen ym. 2015, 21).

Sairanhoitaja rohkaisee jokaista osallistumaan sekä ottamaan vastuuta itsestä ja toisista omien voimavarojensa mukaisesti (Räsänen 2013, 143; Airaksinen ym. 2015, 20). Hän huolehtii, ettei kukaan ryhmän jäsenistä ahdistu ja kaikilla on tilaa kertoa ajatuksistaan (Kaukkila & Lehtonen 2007, 68). Sairanhoitajalta edellytetään tilannetajua, joustavuutta, herkkyyttä ryhmän havainnointiin, ja tarvittaessa taitoa ottaa ryhmän ohjaus haltuunsa (Kaukkila & Lehtonen 2007, 65; Airaksinen ym. 2015, 16–20). Vaikka hän ei voikaan ryhmänohjaajana täysin kontrolloida potilaiden kertomuksia, voi hän hienovaraisesti ohjailta tunnelmaa enemmän tai vähemmän avoimuutta lisääväksi (Brabender ym. 2004, 95–97).

Voimakkaat tunteet voivat aiheuttaa ahdistusta ryhmässä, ellei niitä käsitellä. Tilanteisiin, joissa potilaat osoittavat halukkuutta sietää vaihtelevia tunnetilojaan, tulee kiinnittää huomiota, jotta toivo hoitojakson merkityksellisyydestä vahvistuu. (Brabender ym. 2004, 87–97.) Airaksinen ym. (2015, 16) muistuttavat, että konfliktin sovittelu on tarpeen, jos yksikin ryhmän jäsenistä sitä kaipaa. Kun negatiivisetkin tunteet käsitellään yhdessä rakentavasti, ylläpidetään avoimuutta ja turvallisuudentunnetta (Räsänen 2013, 143). Myös torjumisreaktioihin tulee aina reagoida, jotta torjuttu osapuoli tuntee tulevansa hyväksytyksi ja torjuva osapuoli voi samalla oppia hyväksymään itsensä paremmin. Hedelmällisintä omien kokemusten jakaminen on ryhmän aloitus- ja keskivaiheissa, jolloin aiheiden käsitteilyyn jää aikaa, eikä lopetusprosessi häiriinny. (Brabender ym. 2004, 95–97.)

3.2.3 Päiväosastohoidon onnistumisen edellytykset potilaalta

Heinonen, Kurri ja Melartin (2016) kirjoittavat artikkelissaan psykoterapian vaatimuksista. Vaikka päiväosastohoito ei ole psykoterapiaa, voinee joitakin kohtia pitää yhte-neväisinä. Ensisijaisiksi psykoterapian edellytyksiksi Heinonen ym. (2016) nimeävät potilaan muutoshalukkuuden sekä kyvyn vuorovaikutukseen, tunteiden tarkasteluun ja niiden säätelyyn. Erityisesti lyhyissä terapioissa korostuu potilaan ominaisuuksien merkitys, koska yhteistyösuhde sairaanhoitajan ja potilaan välillä solmitaan nopealla aikataululla ja tavoitteisiin tulisi päästä verrattain nopeasti (Heinonen ym. 2016, 1075). Potilaan muutosvalmius on tällöin Heinosen ym. (2016) empiirisen näytön ja kliinisen kokemuksen perusteella ensisijaista. Räsänen (2013, 136) nostaa esille, miten tärkeässä roolissa potilaan motivoituminen ja valmiudet muutosprosessiin ovat myös pidempikestoisessa päiväosastohoidossa.

Muutosvalmius pitää sisällään esimerkiksi potilaan oman halun muutokseen ja ongelmien työstämiseen, kyvyn tarkastella itseään sekä mahdollisuuden ajallisiin uhrauksiin. Halu päästä oireistaan eroon ei kuitenkaan riitä motivaatioksi, vaan oleellista on ymmärrys omasta vastuustaan muutoksessa. Työskentelyssä apuna toimii itsereflektiokyky. (Heinonen ym. 2016, 1073–1075.) Heinonen ym. (2016) muistuttavat, että työskentelyajan ollessa lyhyt potilaille tulisi olla vähintäänkin kohtalainen kyky tunnistaa ja ilmaista omia tunteitaan. Toisaalta voimakas tunteiden valtaan ajautuminen voi vaikeuttaa tavoitteisiin pääsyä (Heinonen ym. 2016, 1073–1075).

Päiväosastohoito ei ole hoitomuotona sopiva kaikkiin sairauksiin. Suositeltavaa olisikin, että hoitoon osallistuvien potilaiden oireilu selvitetäisiin ennen päiväosastolle tuloa, jotta tarkoituksenmukaisin hoitomuoto turvattaisiin. (Karterud & Wilberg 2007, 44.) Koska ryhmämuotoinen hoito edellyttää potilaalta sosiaalista vuorovaikutusta ja ryhmän normien noudattamista, voi se olla sopimaton esimerkiksi eristäytyvälle tai narsistiselle potilaalle (Lönqvist 2017). Lisäksi Karterudin ja Wilbergin (2007) mukaan intensiivinen päiväosastohoito voi olla riskialtis esimerkiksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville potilaille. Traumaperäisen stressihäiriön, ADHD:n sekä autismin kirjon häiriöiden ensisijaisen hoitopaikan tulisi myös olla toisaalla (Karterud & Wilberg 2007, 44).

Ryhmässä yhteistoiminnan edellytyksenä on kunkin ryhmän jäsenen sitoutuminen toimintaan (Airaksinen ym. 2015, 16). Päiväosastohoito Nokian mielenterveyskeskuksessa edellyttääkin potilailta sitoutuneisuutta ja päihteettömyyttä osastolla ollessa. Sitoutuneisuutta kartoitetaan hoidonarviointineuvottelussa, jossa potilas saa myös tietoa päiväosastohoidosta. (Nokian kaupunki n.d.) Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastohoidossa olevat potilaat sairastavat esimerkiksi depressiota, persoonallisuushäiriötä tai ahdistuneisuushäiriötä (Raski 2016).

3.3 Hoidolliset ryhmät

Ryhmät tuovat sisältöä elämään ja ryhmämuototoiset vuorovaikutussuhteet, kuten perhe ja työyhteisö, ovatkin ihmisen keskeisiä elinympäristöjä koko eliniän ajan (Kaukkila & Lehtonen 2007, 16). Vaikka evoluution kautta ihmiselle on kehittynyt kyky tulkita toisten tunteita ja eläytyä niihin, ovat valmiudet vuorovaikutussuhteissa toimimiseen kuitenkin yksilöllisiä ja alati muovautuvia (Lönqvist 2017). Jokaisella ryhmällä on oma kehitysvaiheensa, mikä vaikuttaa ryhmän toimintaan ja tiivyyteen. Ryhmämuotoisen hoidon alussa tarve hyväksyntään korostuu ja keskustelu on varovaista. Vähitellen ryhmän jäsenet uskaltavat toimimaan itsenäisemmin, avautuvat toisilleen ja saavat palautetta. (Airaksinen ym. 2015, 17; Lönqvist 2017.) Kommunikaatio monipuolistuu yksittäisistä puheenvuoroista laajemmaksi keskusteluksi, ja ryhmän yhteenkuuluvuudentunne kasvaa. Vaikka tehokkaan ryhmätoiminnan saavuttaminen vie aikaa, voi vakaan yhteistyön vaihe kestää pitkään. (Lönqvist 2017.)

Koska Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosaston hoidolliset eli terapeutitiset ryhmät ovat sairaanhoitajien ohjaamia, ne eivät ole varsinaisia psykoterapeutteja ryhmiä. Käsite ryhmäterapia pitää kuitenkin sisällään laajan kirjon erilaisia terapeuttisen ryhmän muotoja harraste- ja vertaistukiryhmistä aina psykoterapeutteihin ryhmiin asti. Ryhmäterapiassa potilaat kokoontuvat säännöllisesti yhden tai useamman henkilön johdolla ja jakamalla kokemuksiaan he pyrkivät itseymmärryksen kehittämiseen sekä ongelmien hallintaan ja vähenemiseen. (Loat 2011, 55–58; Lönnqvist 2017.) Vaikka hoidolliset ryhmät eroavat toisistaan terapeuttisten tavoitteidensa ja johtamistapojensa osalta, sisältyvät ryhmän hoidolliset peruseriaatteen niihin kaikkiin (Loat 2011, 55–58).

Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastolla hoitajakson pituus muodostuu yksilöllisesti, joten ryhmän kokoonpano muuttuu hoidon edetessä. Lönnqvist (2017) määrittelee tällaisen jatkuvasti täydentyvän ryhmän avoimeksi ryhmäksi. Kaukkila ja Lehtonen (2007) puolestaan erottavat avoimen ja täydentyvän ryhmän toisistaan. Heidän mukaansa avoimeen ryhmään osallistuminen on satunnaista, kun taas täydentyvään ryhmän lopettavien jäsenten tilalle otetaan uusia jäseniä (Kaukkila & Lehtonen 2007, 17). Miettisen (2008) sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoitoa käsittelevästä tutkimuksesta käy ilmi, miten suljettu ryhmä muodostuu kiinteäksi jo kolmannesta tapaamiskerrasta eteenpäin. Kun ryhmäläiset ovat tuttuja toisilleen, on ilmapiiri rento (Miettinen 2008, 46-53). Tällaisessa suljetussa ryhmässä kokoonpano ei muutu, joten tutkimus ei ole suoraan verrattavissa täydentyvän ryhmän kiinteytymisprosessiin.

Ryhmää muodostettaessa on tärkeää kiinnittää huomiota sen jäsenten erilaisuuteen. Mahdolliset jännitteet ryhmässä liittyvät asiasisältöjen, tunnesisältöjen ja käyttäytymisen välisiin suhteisiin. (Lönnqvist 2017.) Karterud ja Wilberg (2007) luokittelevat päiväosaston heterogeenisen potilasryhmän haasteeksi, joka edellyttää sairaanhoitajalta erilaisten tarpeiden yhteensovittamista. Silti he pitävät tärkeänä, että tulevaisuudessa päiväosastohoidossa hoito-ohjelmat erikoistuisivat, ja esimerkiksi persoonallisuushäiriötä sairastavat huomioitaisiin omana ryhmänään (Karterud & Wilberg 2007, 39). Lönnqvistin (2017) mukaan liiallinen samankaltaisuus ryhmän jäsenten kesken voisi kuitenkin olla este luovuudelle.

Hoidollinen ryhmä tukee jäsentensä hoitoa ja selviytymistä (Kaukkila & Lehtonen 2007, 18). Brabender ym. (2004) korostavat, että ryhmän hoidollinen merkitys on aina riippuvainen monista tekijöistä. Se, mikä auttaa toista potilasta, voi toiselle olla yhdentekevää

tai jopa haitallista. Monipuolisesti erilaisten ryhmien tarkasteluun soveltuu esimerkiksi McKenzién malli, jossa ryhmän hoidolliset tekijät jaetaan neljään ryhmään: tuen saaminen, avoimuus, muilta oppiminen sekä psyyketyöskentely. (Brabender ym. 2004, 86–87.) Lönnqvist (2017) nostaa puolestaan keskeisiksi hoidollisen ryhmän terapeuttisiksi tekijöiksi ryhmän hyväksyvyyden, kiinteyden, pyyteettömyyden, vuorovaikutuksen, ryhmässä oppimisen ja yleispätevyyden. Lisäksi on monia hoidollisia tekijöitä, kuten toivon luominen, jotka liittyvät oleellisesti kaikkeen hoitosuhdetyöskentelyyn (Lönnqvist 2017).

3.3.1 Ryhmän hoidolliset tekijät

Airaksinen ym. (2015) määrittelevät osallisuuden tarkoittavan oman paikkansa löytämistä yhteisössä, sitoutumista, vaikuttamista ja vastuun ottamista. Kokemus johonkin ryhmään kuulumisesta ja hyväksytyksi tulemisesta on ihmisen hyvinvoinnille tärkeää (Airaksinen ym. 2015, 13; Lönnqvist 2017). Niemisen (2015, 7) väitöskirjan perusteella sosiaalinen osallistuminen on voimakkaasti yhteydessä terveydentilaan ja siten hyödyksi kaikille väestöryhmille. Yhteisen tekemisen ja yhdessä jaettujen kokemusten kautta ryhmän merkityksellisyys kasvaa ja osallisuus vahvistuu (Airaksinen ym. 2015, 13; Lönnqvist 2017). Kun ryhmän tarkoitus eli perustehtävä pohjautuu ryhmän jäsenten omiin tarpeisiin, muotoutuu ryhmä kiinteämmäksi. Ryhmän kiinteys eli koheesio kuvastaakin sitoutumista ryhmän yhteisiin tavoitteisiin sekä tunnesiteitä ryhmään ja sen jäseniin. (Lönnqvist 2017.)

Ryhmän tukea antavat tekijät ovat erityisesti ryhmähoidon alussa keskeisiä. Mahdollisen heikon itsetunnon ja hyödyttömyyden tunteiden tilalle potilaissa pyritään herättämään positiivisempia käsityksiä ryhmähoidosta ja tulevaisuudesta. Tämä puolestaan todennäköisesti myötävaikuttaa hoidosta saataviin hyötyihin. Tukea antavia, kannustavia tekijöitä ovat toivon juurruttaminen, hyväksyntä, epäitsekkyys, universaalius ja yhteenkuuluvuus. (Brabender ym. 2004, 87.) Universaaliudella eli yleispätevyydellä viitataan potilaan ymmärrykseen siitä, ettei hän ole yksin vaikeuksiensa kanssa. Se, ettei tilannetta tai tunteitaan joudu kohtaamaan yksin, rauhoittaa mieltä. (Brabender ym. 2004, 92; Lönnqvist 2017.) Huomaavaisuus toisia ryhmänjäseniä kohtaan kuvastaa epäitsekkyyttä, ja ilmenee esimerkiksi rauhoittavina sanoina, ratkaisujen ehdottamisena ja tunteiden sanoittamisena (Brabender ym. 2004, 90; Lönnqvist 2017). Toisilta ryhmän jäseniltä on mahdollista

saada neuvoja ja ohjausta ja, vaikka ne sisällöllisesti eivät auttaisikaan, osoittavat ne välittämistä ja vähentävät ahdistuneisuutta (Brabender ym. 2004, 97–100).

Yhteenkuuluvuuden tunteen perustana ovat luottamus ja tasavertaisuus (Jantunen 2008, 5). Pyrkimyksenä on, että ryhmän jäsen kokee tulevansa hyväksytyksi omana itsenään, heikkouksineen ja vahvuuksineen (Brabender ym. 2004, 87). Tunne hyväksytyksi tulemisesta ja toisia arvostava ilmapiiri vähentävät itsensä ilmaisemiseen liittyviä pelkoja ja lisäävät siten avoimuutta (Lönnqvist 2017). Aromaan, Tolvasen, Tuularin ja Wahlbeckin (2011) tutkimuksesta käy ilmi, että valtaosa 10 000 haastatellusta suomalaisesta kokee masennukseen sairastuneen henkilön olevan itse vastuussa sairaudestaan. Tutkimustulosten perusteella vähemmän stereotyyppisiä negatiivisia ajatuksia mielenterveyspotilaista esiintyi naisilla, ruotsia äidinkielenään puhuvilla, korkeammin koulutetuilla ja itse mielenterveyden häiriöstä kärsivillä. (Aromaa ym. 2011, 125–132.) Vaikka hoidollisessa ryhmässä potilas on muiden mielenterveyskuntoutujien joukossa, on Brabenderin ym. (2004) mukaan epäily muiden hyväksynnästä kuitenkin todettu yhdeksi potilaiden suurimmaksi peloksi hoidolliseen ryhmään liittyen.

Avoimuus on edellytyksenä sille, että ryhmän vuorovaikutussuhteita voidaan hoidollisesti hyödyntää. Samalla sen kautta ryhmä tiivistyy ja me-henki vahvistuu. (Lönnqvist 2017.) Avoimuus pitää sisällään omien kokemusten jakamisen ja siihen liittyvän helpon tunteen, katarsiksen. Edellytyksenä on luottamus toisia ryhmän jäseniä kohtaan. Kertoessaan itsestään ja kokemuksistaan yksilö voi haastaa pelkonsa ja kokea aidon hyväksynnän omana itsenään. Hänen minäkuvansa monipuolistuu saadun palautteen myötä. (Brabender ym. 2004, 95–96; Räsänen 2013, 144.) Kun heikkoutensa uskaltaa näyttää, vahvistuu itseluottamus (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12).

Yksilö saa ryhmässä tukea paitsi hoitajalta myös toisilta ryhmän jäseniltäkin. Mielenterveyden keskusliitto (n.d.) määrittelee vertaistuen yhteisölliseksi ja omaehtoiseksi tueksi sellaisten ihmisten kesken, joita samankaltainen elämäntilanne yhdistää. Miettisen (2008, 77) tutkimustulosten mukaan vertaistuella on merkittävä voimaa antava merkitys mielenterveyskuntoutujille. Vertainen ylläpitää toivoa kuntoutumiseen ja uskoa omiin mahdollisuuksiin vaikeinakin aikoina (Kaukkila & Lehtonen 2007, 16; Jantunen 2008, 85; Mielenterveyden keskusliitto n.d.). Usein yksilö avautuu muille ryhmän jäsenille aiheista, joista on vaiennut jo pitkään (Brabender ym. 2004, 97). Kun kokemuksiaan jakaa toisten vertaisten kesken, lievenevät psyykkisen sairauden mahdollisesti aiheuttamat ahdistus ja

pelko (Brabender ym. 2004, 95–97; Miettinen 2008, 80–84; Mielenterveyden keskusliitto n.d.). Samalla perspektiivi laajenee ja näkökulmat monipuolistuvat (Loat 2011, 55). Näin potilaat toimivat toinen toistensa tärkeimpinä auttajina uuden elämäntavan oppimisessa (Murto 2013, 25). Tarve samankaltaisten ihmisten kohtaamiseen on suuri erityisesti, jos potilas on kohdannut ulkopuolisuutta ihmissuhteissaan. Toisaalta vertaisryhmään hakeutuminen edellyttää Jantusen tutkimuksen (2008, 84) mukaan potilaalta riittävää omaaloitteisuutta sekä kykyä muutokseen.

Ryhmätilanteissa yksilön sisäinen maailma näyttäytyy eri tavoin kuin kahdenkeskisissä keskusteluissa (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12; Staats 2010, 44; Lönnqvist 2017). Hoidollinen ryhmä tarjoaa siten paikan vuorovaikutustaitojen ja itsetuntemuksen kehittämiseksi sekä auttaa hahmottamaan paremmin tiedostamattomia tapoja ja niiden seurauksia (Brabender ym. 2004, 100–101; Lönnqvist 2017). Tutustumalla tunne-elämäänsä yksilö voi nähdä vaihtoehtoisia tapoja toimia erilaisissa tilanteissa ja oppia mallintamisen kautta esimerkiksi erilaisia vihanhallintakeinoja. Tarkastellessaan toimintaansa suhteessa ryhmään hän voi soveltaa ryhmässä kokemaansa ja oppimaansa omaan elämäänsä. (Brabender ym. 2004, 97–100; Räsänen 2013, 136; Lönnqvist 2017.)

Mikäli ryhmässä on mahdollista vapaasti ilmaista ajatuksiaan, vahvistuvat myös vuorovaikutustaidot: kuuntelutaidot, vastuullisuus sekä kyky antaa ja vastaanottaa palautetta (Seegercrantz 2009, 19; Loat 2011, 55–56; Lönnqvist 2017). Saadun palautteen myötä itseymmärrys lisääntyy ja yksilö kykenee ymmärtämään psyyken sisäisiä prosesseja paremmin (Brabender ym. 2004, 100–101; Kaukkila & Lehtonen 2007, 12; Lönnqvist 2017). Itsetuntemuksen lisääntyessä hoidollinen ryhmä tarjoaa myös turvallisen harjoittelupaikan uusien käyttäytymismallien harjoitteluun (Staats 2010, 50; Loat 2011, 46).

3.3.2 Luova toiminta ryhmässä

Luovan toiminnan kautta yksilö voi tutkia itseään ja ympäristöään kokonaisvaltaisesti siten, ettei hänen mielensä ole sidoksissa tämänhetkiseen todellisuuteen. Luova toiminta tekee tunteista, mielikuvista, ajatuksista ja muistoista näkyviä tai kuuluvia. Tämä mahdollistaa uusia näkökulmia niin oman itsen kuin ympäröivän maailmankin tarkasteluun. Kun iloa tuottavia asioita tehdään yhdessä, tuetaan samalla ryhmän jäsenten osallisuutta

ja yhteenkuuluvuutta. Tavoitteena on voimaantumisen kokemus, mikä näkyy kyvykkyytenä tehdä asioita, joihin ei ole aiemmin pystynyt. (Airaksinen ym. 2015, 10–13.) Liikasen (2010) viittaaakin lukuisiin tutkimuksiin, joissa luovan toiminnan hyvinvointia tukeva merkitys on osoitettu. Vuosina 1978–2002 tehty Mini-Suomi – terveystutkimus osoittaa kulttuuritoiminnan ja muun aktiivisen vapaa-ajan toiminnan pidentävän elinikää (Hyyppä ym. 2007, Liikasen 2010 mukaan). Bygren (1996, Liikasen 2010 mukaan) on puolestaan osoittanut ruotsalaisen aineiston perusteella, että kulttuuriharrastuksen positiivinen vaikutus elinajanodotteeseen on suurempi kuin esimerkiksi urheilutapahtumissa käynti.

Leikinomaisuus on osa kaikkea luovaa toimintaa. Se edellyttää kykyä sietää epävarmuutta ja keskeneräisyyttä. Kun ympäristö on turvallinen ja virheet sallitaan, on rohkeutta myös astua mukavuusalueen ulkopuolelle. (Airaksinen ym. 2015, 10-11.) Erilaiset harjoitukset ja tehtävät ovat aikaa vieviä, mutta niiden kautta voi oppia uutta ja saada lisää sisältöä keskusteluun (Kaukkila & Lehtonen 2007, 70). Airaksinen ym. (2015) muistuttavat kuitenkin, että usein luova toiminta herättää varauksellisuutta, koska se haastaa sietämään epäonnistumisia ja epävarmuutta.

Taiteella on kyky lisätä itseymmärrystä yhdistämällä mielen eri osa-alueita toisiinsa ja luomalla siten yhteyksiä ristiriitaisten tai erillään olevien mielen sisältöjen välillä (Malchiodi 2010, 14–15; Lehtonen 2011, 78). Kuvat täydentävät siten sanallista ilmaisua ja auttavat ilmaisemaan tunteita, joita on vaikea tai jopa mahdoton sanallisesti kuvata (Malchiodi 2010, 14–15; Leijala-Marttila 2011, 16). Häkämies (2013, Malte-Colliardin ja Lampon mukaan) kuvaa taiteen tuovan fiktiivisen lähestymistapansa kautta vaikeita asioita lähemmäksi itseä. Tähän liittyen Tampereen yliopiston Tutkivan teatterityön keskus hallinnoi vuosina 2010–2013 toteutettua Voimaa taiteesta – hanketta. Sen aikana toteutettiin kuusi pilottiprojektia, joiden tuloksena kehitettiin viisi käytännön sovelletusta taiteen hyödyntämiseksi hyvinvointialalla. Yhtenä kohderyhmänä olivat päihde- ja mielenterveyskuntoutujat. Projektien aikana näyttäytyi suunnittelun ja yhteistyön merkitys soveltavan taiteen onnistuneessa hyödyntämisessä. (Malte-Colliard & Lampo 2013, 5.) Malte-Colliard ja Lampo (2013) korostavat lisäksi taiteen soveltamisen edellyttävän aina asiakaslähtöisyyttä, pitkäjänteisyyttä ja päämäärätietoisuutta.

Mustalahden (2006) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa sävel-, sana- ja laulutaiteella todetaan olevan laaja ja kokonaisvaltainen vaikutus ihmisen terveyteen. Ne vaikuttavat tunteisiin, muistoihin, aisteihin ja kokemuksiin, ja niitä voidaan hyödyntää rentoutuksessa,

stressin hallinnassa ja virkistäytymisessä (Mustalahti 2006, 56–92). Musiikki aktivoi muistoja ja mielikuvia (Erkkilä & Tervaniemi 2012, 1656-1661; Airaksinen ym. 2015, 95). Vaikuttamalla hyvin laajasti hermoverkostoon se herättää voimakkaita tunteita laidasta laitaan (Wigram, Pederson & Ponde 2002, 57; Särkämö & Huotilainen 2012, 1334–1339). Ja vaikka musiikki on riippumatonta ulkoisesta todellisuudesta, sillä on samalla kyky kuvata olennaisia merkityksiä ihmisen olemassaolosta ja mielen sisällöstä (Wigram ym. 2002, 37). Näin ollen musiikkia voidaan hyödyntää paitsi rentoutuksessa myös väli-
neenä tiedostamattomien ajatusten käsittelyssä (Erkkilä & Tervaniemi 2012, 1656-1661; Airaksinen ym. 2015, 95; Suomen musiikkiterapiayhdistys 2015).

Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastolla musiikkia, kuvia, liikuntaa ja rentoutusta hyödynnetään keskustelun tukena hoidollisissa ryhmissä (Raski 2016). Vaikka nämä sairaanhoitajan ohjaamat hoidolliset ryhmät eivät sisällä puhtaasti ryhmäaideterapiaa tai musiikkiterapiaa, voidaan niissä silti havaita luovan toiminnan hoidollinen merkitys.

3.4 Yksilökeskustelut

Ammatillinen yhteistyösuhde sairaanhoitajan ja potilaan välillä etenee vaiheittaisena prosessina, johon sisältyvät luottamuksellisuus ja tavoitteellisuus (Kuhanen & Kanerva 2013, 154–170; Kiviniemi ym. 2014, 60). Yhteistyösuhteen kautta potilasta autetaan tunnistamaan elämänsä käännekohtia ja löytämään voimavaroja lisääviä tekijöitä (Havio 2008, 83; Vähäniemi 2008, 111; Kiviniemi ym. 2014, 61). Sairaanhoitajan kautta potilas voi siten reflektoida omia ajatuksiaan ja elämäntilannettaan, ja ymmärryksen kasvaessa kuntoutuminen mahdollistuu (Liinamaa 2008, 306; Vähäniemi 2008, 111). Tärkeää on kuitenkin, että hoitaja rohkaisee potilasta ottamaan itse vastuuta hoidostaan, jotta liiallinen ripustautuminen hoitajaan vältetään (Kyngäs ym. 2007, 41).

Potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyösuhde on potilaslähtöinen: lähtökohtana hoidolle ovat potilaan tarpeet, ja potilas on mukana vaikuttamassa hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitajan tehtävänä on määritellä yhdessä potilaan kanssa merkityksellisin asia, jonka pohjalta työskentely aloitetaan, mutta potilaalla on myös oltava tilaisuus omin sanoin kuvailla tilannettaan. (Kuhanen & Kanerva 2013, 154–170; Kiviniemi ym. 2014, 61.) Yhteistyösuhteen taustalla toimintaa ohjaa potilaan hoitosuunnitelma, jonka tavoitteet on sovittu yhdessä (Kuhanen & Kanerva 2013, 154–170). Kiviniemi ym. (2014)

muistuttavat lisäksi, että yhteistyösuhteen tavoitteista, tapaamisten määrästä ja alustavasta kestosta tulee sopia etukäteen. Pesosen (2006) tutkimustulokset tukevat potilaslähtöisyyden merkitystä. Niiden perusteella potilaan kokemus hoitajan liiallisesta osaavuudesta on nimittäin yhteydessä avuttomuuden kokemukseen. Tutkiessaan asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista hän havaitsi lisäksi, että hyväksytyksi tulemisen kokemusta vahvistavat aito läsnäolo, yhteys ja osallisuus. (Pesonen 2006, 39–48.)

Empatia, eli eläytyminen potilaan tilanteisiin ja tunteisiin, antaa potilaalle kokemuksen aidosta kiinnostuksesta sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Empatian avulla sairaanhoitaja voi myötäelää potilaan tilannetta ja tätä kautta edistää hoitosuhdetyöskentelyn sujuvuutta. (Kuhanen & Kanerva 2013, 160–161.) Hoitavan vuorovaikutuksen keskiössä on voimavaralähtöisyyden ja empatian lisäksi sairaanhoitajan usko potilaan kyvystä selviytyä sekä toivo, jota potilas kokee vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa (Havio 2008, 83).

Toivo kannustaa potilasta osallistumaan hoitoon, motivoi jatkamaan vastoinkäymisistä huolimatta ja helpottaa vaikeiden tunteiden käsittelyä ryhmähoidon lopussa. Toivon elementti sisältää tavoitteiden asettamisen, mahdollisuuksien kartoittamisen ja yksilön kyvykkyyden oivaltamisen. (Brabender ym. 2004, 87–88.) Rissanen (2015) kuvailee omaelämäkerrallisessa väitöskirjassaan toivolla olleen merkittävä vaikutus hänen kuntoutumiseensa. Sen kautta ajatuksissa säilyi elämisen arvokkuus sairaudesta huolimatta (Rissanen 2015, 129).

Yksilökeskustelut perustuvat vuoropuheluun: Sairaanhoitajan tehtävänä on tuoda keskusteluun oma ammatillinen osaamisensa ja persoonansa - potilas on puolestaan oman elämänsä asiantuntija tuoden keskusteluun avuntarpeensa ja voimavaransa. Pohjana yhteistyölle toimii luottamus ja potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta. (Vähäniemi 2008, 111; Kiviniemi ym. 2014, 64.) Hoitaja on kuitenkin ammattilaisena vastuussa siitä, että potilas tunnistaa oman asiantuntijuutensa (Kyngäs ym. 2007, 39). Luonnollisesti potilaan äräisyys, epäluottamus ja mielenkiinnostomuus tapaamisia kohtaan vaikeuttavat yhteistyösuhteen luomista (Heinonen ym. 2016, 1072–1075).

Hoitosuhdetyöskentelyssä hoitajan ja potilaan välillä vallitsee avoin dialogi. Haarakangas (2008) määrittelee dialogin vastavuoroiseksi vuorovaikutukseksi ja vuoropuheluksi, jossa molemmat osapuolet huomioivat toisensa, vastaavat toisilleen ja sovittautuvat toistensa

toimintoihin tavoitteenaan keskinäinen ymmärrys. Dialogia luonnehtii keskinäinen kun-
nioitus, tasavertaisuus ja avoimuus (Haarakangas 2008, 25; Heinonen ym. 2016, 1072–
1076). Liinamaa (2008) muistuttaa, että vaikka dialogisuus on vuoropuhelua, ei kaikki
vuoropuhelu ole dialogista. Kapeimmillaan vuoropuhelu voi olla vain perättäisiä mono-
logeja vuorotellen ja tällöin keskustelun osapuolet eivät löydä yhteistä ymmärrystä. Dia-
logisuuden tavoitteena on auttaa potilasta itse hahmottamaan oma tilanteensa ja mahdol-
linen avuntarpeensa. (Liinamaa 2008, 306–307.) Liinamaa (2008) korostaa, ettei sairaan-
hoitajan tule antaa valmiita vastauksia, vaan tärkeämpää on esittää hyviä kysymyksiä.
Kun potilaalle jää aikaa miettiä asioita suhteessa aikaisempiin tuntemuksiinsa ja koke-
muksiinsa, mahdollistuvat uudet näkökulmat ja yksilöllinen uuden omaksuminen (Kyn-
gäs ym. 2007, 82–87).

Potilaan huolellinen ja objektiivinen tutkiminen on osa hyvää hoitoa (Jääskeläinen &
Miettunen 2011, 1719). Päiväosastojaksolla potilasta on mahdollista tarkkailla useamman
havainnoitsijan toimesta ja seuranta-aika on pidempi polikliinisiin käynteihin verrattuna.
Lisäksi sosiaalinen ympäristö ja potilaan toiminta sen osana antavat laajemman kuvan
potilaan oireista ja toimintakyvystä. (Tuisku ym. 2012, 2252–2253.) Kliinisen työn tu-
kena voidaan käyttää erilaisia psykiatrisia arviointiasteikoita ja haastatteluja muun mu-
assa diagnostiikassa tai sairauden vakavuuden määrittämisessä. Arviointiasteikoilla ja
haastatteluilla on olennainen rooli psykiatriassa, koska niiden kautta oireilua saadaan mi-
tattua ja seurattua. Suomessa diagnostiikan tueksi on vakiintunut SCID-haastattelu
(Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders), jonka avulla potilaalle saadaan
DSM-järjestelmän mukaiset diagnoosit. (Jääskeläinen & Miettunen 2011, 1719–1725.)
SCID-haastattelumenetelmän hyödyntäminen edellyttää sairaanhoitajalta lisäkoulutusta,
mutta sen on koettu lisäävän diagnosoinnin tarkkuutta (Tuominen 2013).

Nokian mielenterveyskeskuksen tiiviissä päiväosastohoidossa potilaalle nimetään hoito-
jakson ajaksi oma työntekijä, joka on pohjakoulutukseltaan sairaanhoitaja. Potilas tapaa
omahoitajaansa yksilökeskustelujen merkeissä kahdesti viikossa. Hoidon aikana poti-
laalle voidaan tehdä SCID-haastattelu, jonka kautta hoitohenkilökunta saa potilaasta ar-
vokasta tietoa mahdollista diagnoosia varten. (Raski 2016.) Räsänen (2013, 144) mukaan
Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrisella päiväosastolla omahoitajakeskustelut kah-
desti viikossa on todettu riittäviksi.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen menetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on ihmistieteellinen ja empiirinen tutkimusmenetelmä. Sitä voidaan pitää myös ymmärtävänä ja pehmeänä tutkimuksena, joka tutkii ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä ja asenteita. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 19, 66; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.) Laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen pyritään ymmärtämään ilmiötä tarkoin laadittujen tutkimuskysymysten kautta. Näin voidaan saada ilmiöstä syvälinen, ymmärrettävä, kokonaisvaltainen ja tarkka kuvaus. (Kananen 2014, 16–17.)

Hirsjärvi ja Hurme (2008) kirjoittavat, kuinka laadullisen menetelmän avulla saadaan esille tutkittavien näkökulma sekä heidän antamansa merkitykset aiheelle (Hirsjärvi & Hurme 2008, 27–28). Koska opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden kokemuksia saamastaan päiväosastohoidosta, sopi laadullinen tutkimusmenetelmä tutkimusmenetelmäksi parhaiten. Vaikka päiväosastohoitoa on tutkittu, ei täysin vastaavasta hoitomuodosta tutkimustietoa löydy. Tämä ei kuitenkaan ole esteenä laadulliselle tutkimukselle. Kylmän ja Juvakan (2007, 30) mukaan laadullista menetelmää käytetään yleensä juuri silloin, kun tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä on vain vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkittua tietoa. Näin saimme tuotettua uutta kokemusperäistä tietoa intensiivisestä päiväosastohoidosta Nokian mielenterveyskeskuksessa.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tutkitaan merkitysten maailmaa, ja sen tarkoituksena on saavuttaa ihmisen oma kuvaus kokemastaan todellisuudesta (Vilka 2015, 118). Jokaisen kokemus on ainutlaatuinen, joten laadullinen tutkimus ei pyri tiedon yleistettävyyteen. Tutkimukseen osallistuvien joukko ei myöskään ole satunnainen. Sen sijaan tutkimukseen valikoidaan tarkoituksenmukaisesti osallistujat, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Tavoitteena on kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman kattavasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.) Tuomen (2007, 97) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ominaista on osallistujien vähäinen määrä, ja myös Vilka (2015) painottaa, ettei laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineiston kokoa säätele aineiston määrä vaan sisällön laatu. Tutkimustavoitteeseen on mahdollista päästä pienelläkin osallistujamäärällä, jos aineiston analysointi tehdään

perusteellisesti (Vilka 2015, 150). Opinnäytetyöhömmä haastateltaviksi valikoitui neljä sekä päiväosastoryhmän entistä, että nykyistä asiakasta, kuitenkin niin, että kaikilla heillä oli takanaan jo useampi viikko päiväosastoryhmässä. Aineiston rikkauden saavuttamiseksi päiväosaston henkilökunta kuvaili valikoineensa haastateltaviksi potilaita, jotka olisivat keskenään mahdollisimman erilaisia.

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on induktiivinen päättely ja aineistolähtöisyys. Induktiivinen päättely etenee yksittäistapauksista yleistykseen, eli havainnot yksittäisistä tapahtumista yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Ideana on jäsentää todellisuutta luokittelemalla tutkittavaa todellisuutta ja sen elementtejä, minkä kautta voidaan tuottaa uutta tietoa. Päättelyn suunnan määrää tutkimusaineisto, eivätkä teoreettiset lähtökohdat ole ohjaamassa aineistonkeruuta tai analyysiä. Tavoitteena on tutkimukseen osallistuvien näkökulman ymmärtäminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23, 29.) Opinnäytetyössämme lähestyimme aihetta aineistolähtöisesti, jotta potilaiden ajatukset tulisivat parhaiten esiin.

4.2 Teemahaastattelu

Laadullista tutkimusta tehdessä on aineistoa mahdollista kerätä usealla eri tavalla. Yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisista dokumenteista saatu tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71.) Vilka (2015) tarkentaa aineistoiksi kelpaavien dokumenttien olevan kuva- ja tekstiaineistoja, esimerkiksi kouluaineita, päiväkirjoja, valokuvia tai kirjeitä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavana ilmiönä ovat usein ihmisten kokemukset, ja aineisto kerätään haastatteluina. Tutkimushaastattelun muotoja ovat avoin haastattelu, teemahaastattelu sekä lomakehaastattelu. (Vilka 2015, 122–123.) Koska Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan haastattelu aineistonkeruumenetelmänä tarjoaa mahdollisuuden joustavaan keskusteluun, väärinymmärryksien oikaisuun sekä kysymysten selventämiseen ja toistamiseen, päädyimme työelämäyhteyden kanssa pidetyssä kokouksessa yksimielisesti siihen, että haastattelut tukisivat opinnäytetyömme toteutusta parhaiten. Lisäksi todennäköisyys haastateltavien aktiiviselle osallistumiselle on haastatteluissa suurempi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73–74).

Kuten Hirsjärvi ja Hurme (2008) kirjoittavat, teemahaastattelun avulla tutkittavien näkökulma ja ääni pääsevät hyvin kuuluviin. Teemahaastattelu mahdollistaa sen, että ihmisten omat tulkinnat henkilökohtaisine merkityksineen ovat keskeisessä asemassa. (Hirsjärvi &

Hurme 2008, 48.) Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui tästä syystä teemahaastattelu. Teemahaastattelussa haastattelijat esittää tarkentavia kysymyksiä teemoihin liittyen ja pyrkii saamaan merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. Teemat käydään läpi vastaajien kannalta luontevassa järjestyksessä siten, että vastaajat voivat antaa kaikista teemoista omat kuvauksensa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75; Vilka 2015, 124.) Tuomi ja Sarajärvi (2013) kuvaavat teemahaastattelun olevan syvähaastattelun oloinen puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa haastattelulle on suunniteltu ennalta keskeiset teemat, joiden mukaan haastattelu etenee. Teemat opinnäytetyömme haastatteluihin valikoituivat työelämäpalaverin ja opinnäytetyömme tehtävien pohjalta. Teemahaastattelurunko on nähtävissä liitteessä (liite 1).

Yleisimmin tutkimushaastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina. On kuitenkin mahdollista toteuttaa haastattelut myös pari- tai ryhmähaastatteluina, jos se palvelee tutkimuksen tavoitteen saavuttamista paremmin. (Vilka 2015, 123.) Koska tarkoituksenamme oli kuvata potilaiden omakohtaisia kokemuksia päiväosastohoidosta, valitsimme opinnäytetyömme yksilöhaastattelun. Koimme lisäksi, että yksilöhaastatteluissa potilailla olisi helpompaa avautua ajatuksistaan ja tuoda esiin myös mahdollisia ongelmakohtia. Yksilöhaastattelujen kautta potilaiden henkilökohtaiset kokemukset tulivat kuulluiksi, eivätkä ainaakaan haastattelutilanteissa saaneet vaikutteita toisten potilaiden kertomuksista. Vilka (2015, 213) toteaaakin yksilöhaastattelun sopivan juuri henkilöiden kokemusten tutkimiseen.

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme neljää päiväosastohoidossa olevaa tai sen josta lopettanutta henkilöä Nokian mielenterveyskeskuksen tiloissa alkuvuoden 2017 aikana. Emme osallistuneet haastateltavien valintaan, vaan päiväosastolla työskentelevät sairaanhoitajat valitsivat haastateltavat työtämme varten yhteisen sopimuksen mukaisesti. Raskin (2016) mukaan haastateltaviksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman erilaisia potilaita, jotta aineistostamme muodostuisi monipuolinen ja mahdollisimman hyvin päiväosastoyhteisöä kuvaava. Koska menetelmänä käytimme laadullista tutkimusta, ei haastateltavien pieni määrä ollut esteenä. Tavoitteena oli monipuolisten näkökulmien kautta saada kattava, monipuolinen ja laadukas aineisto. Haastateltaviin emme tutustuneet ennalta, joten pystyimme toteuttamaan haastattelut ilman ennako-odotuksia.

Toimitimme tiedotteen opinnäytetyöstämme (liite 2) Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosaston henkilökunnalle helmikuun alussa, ja he lähettivät sen haastateltaville. Alustavasti kaikki haastattelut oli sovittu helmikuun 2017 viimeiselle viikolle kahdelle eri päivälle, mutta jälkimmäisenä päivänä toinen haastateltavista ei saapunut paikalle. Sovimme uuden haastatteluajan huhtikuun alkuun, mutta myös tällöin haastateltava estyi saapumasta paikalle. Päiväosaston sairaanhoitajien avustuksella uusi haastattelu-aika kuitenkin järjestyi samana päivänä, ja pääsimme haastattelemaan tuolloin päiväosastohoidossa olevaa potilasta. Haastateltava ei tässä tapauksessa ollut työelämäyhteyden ennalta valitsema, mutta haastattelu onnistui hyvin ja tarjosi paljon mielenkiintoista aineistoa.

Jokainen haastateltava allekirjoitti tietoisien suostumuslomakkeen (liite 2:2) ennen haastattelua. Haastattelun luottamuksellisuudesta, opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelujen nauhoittamisesta informoitiin haastateltavia etukäteen. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavilla oli mahdollisuus perua tai keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa tilassa sairaanhoitajan työhuoneessa, eikä aikaa rajattu tarkasti ennakolta. Sen sijaan haastateltaville annettiin aikaa kertoa rauhassa kokemuksistaan. Haastatteluissa etenimme teemoittain ja pyrimme tarkentavien kysymysten kautta ammentamaan potilaiden kokemusmaailmaa mahdollisimman tarkasti. Kaikki haastattelut nauhoitettiin auki kirjoitusta varten. Haastattelut sujuivat ongelmitta ja etenivät luontevasti. Haastattelujen kesto oli 25 minuutista 35 minuuttiin.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on prosessi, jossa aineisto pelkistetään (reduointi) ja tämän jälkeen ryhmitellään (klusterointi). Ryhmittely etenee vaiheittain, ja vähitellen muodostuu kokoava tai kokoavia teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.) Vilka (2015, 164) täsmentää, kuinka aineistosta karsitaan kaikki tutkimuksen kannalta hyödytön tieto pois kuitenkin hävittämättä olennaista tietoa. Tarkoituksena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96).

Opinnäytetyössämme haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Litteroinnissa noudatettiin täsmällisyyttä ja tarkkuutta, jotta kuultu saatiin kirjoitettua ylös juuri oikeassa muodossaan. Tämä edellytti useita kuuntelukertoja. Nauhoite tulee

nimittäin Vilkan (2015, 138) mukaan kirjoittaa puhtaaksi juuri siinä muodossa, missä haastateltavat asiat ilmaisevat, eikä puhuttua saa muunnella. Litteroinnin jälkeen perehdyimme haastatteluihin lukemalla ne useita kertoja läpi, jotta saimme hyvän kokonaiskäsitelmän aineistostamme. Perehdyttyämme huolella aineistoon aloitimme sen analysoinnin sisällönanalyysin mukaisesti.

Kylmä ja Juvakka (2007, 112) toteavat sisällönanalyysin tavoitteena olevan uuden tiedon tuottaminen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Teorialähtöisessä ja teoriaohjaavassa analyysimalleissa aineiston analyysiä on ohjaamassa teoria, kun taas aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saatu aineisto ohjaa sen analysointia sekä raportointia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96.) Opinnäytetyössämme käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia, koska se sopi opinnäytetyömme tarkoitukseen. Mielestämme haastatteluaineiston ohjatessa analyysiä saimme haastateltavien näkökulman esiin parhaiten.

Aloitimme sisällönanalyysin etsimällä litteroiduista teksteistä alkuperäisilmaukset, jotka liittyivät opinnäytetyömme tehtäviin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ei ole valmiiksi sovittuja analyysiyksiköitä, vaan yksiköt valitaan aineistosta tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96). Valitsimme alkuperäisilmauksiksi erimittaisia kokonaisuuksia, joihin kaikkiin sisältyi tietty johtoajatus. Kirjoitimme kaikki alkuperäisilmaukset ylös. Koska kaikkiin alkuperäisilmauksiin sisältyi punainen lanka, pystyimme tiivistämään ilmaukset: Näin toteutui sisällönanalyysin seuraava vaihe, ja syntyi noin 280 kappaletta pelkistettyjä ilmauksia (taulukko 1). Alkuperäisilmauksen pelkistämisen toteutimme yhdessä, jotta molempien näkökulmien kautta luotettavuus olisi parempi.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistämisestä

| ALKUPERÄISILMAUS | PELKISTETTY ILMAUS |
|---|--|
| <i>Hoitajien rooli oli niinku tosi tärkee siinä, että he pitivät sen keskustelun siinä aisoissa</i> | Hoitajien kyky rajata keskustelua ryhmässä |
| <i>Tunnistaa ainakin iteltänsä ne kun meinaa lähtee sinne, että rupee ruoskiin itteensä ja polkeen itteensä maahan ni tajuaa aina sen</i> | Itsetuntemuksen kehittyminen |
| <i>Vaikka kaikki pitäis olla luottamuksellista, mutta sitten se semmonen, että miten voi luottaa siihen, että ne asiat pysyy siinä</i> | Epäily ryhmäläisten luottamuksellisuudesta |
| <i>Täälä näytetään vähän niinku se periaatteessa lapsellisen tavan kautta se että mitä siä omassa päässä oikeen liikkuu</i> | Ajatusten hahmottaminen leikkimielisyyden kautta |

Tuomi ja Sarajärvi (2013, 110) kirjoittavat, kuinka ryhmittelyssä pelkistetyille ilmauksille etsitään samankaltaisia tai eroavia käsitteitä. Ryhmittely tuntui haastavalta, sillä aiheemme oli monipuolinen ja kokemukset vaihtelevia. Käytimmekin ryhmittelyyn paljon aikaa, ja mietimme yhdessä erilaisia tapoja luokitella aineistoa. Lopulta saimme pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltyä mielestämme samanlaisten ilmaisujen kanssa yhteen ja näin muodostui 39 alaluokkaa. Nimesimme alaluokat niitä kuvaavilla käsitteillä (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

| PELKISTETTY ILMAUS | ALALUOKKA |
|---|-----------------|
| Uusia näkökulmia omiin ongelmiin Ryhmäläisiltä saadut uudet ideat Ryhmäläisiltä saadut uudet näkökulmat Erialaisten ihmisten kanssa työskentely haastaa ajattelemaan Muiden ongelmien kuulemisen negatiivinen vaikutus vointiin | Uuden oppiminen |
| Epäily ryhmäläisten luottamuksellisuudesta Tiettyjen aiheiden käsittely ryhmässä yksilökeskusteluja vaikeampaa Asuinpaikkakunnan koon vaikutus luottamuksen tunteeeseen Hankalien aiheiden välttely ryhmätilanteissa | Luottamus |

Aineiston ryhmittelyn jälkeen oli vuorossa aineiston abstrahointi. Siinä alaluokat ryhmittellään yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi (taulukko 3). (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112.) Kun ryhmittely oli tehty huolella, sujui abstrahointi melko vaivattomasti. Yläluokkia opinnäytetyössämme muodostui 12 ja pääluokkia kolme. Kokonaisuudessaan aineiston abstrahointi on kuvattu opinnäytetyön lopussa (liite 3).

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston abstrahoinnista

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|---|--------------------------|---|
| Hoidon suunnitteluun osallistuminen Läheisten osallistumiseen vaikuttaminen Keskustelun sisältöön vaikuttaminen | Potilaslähtöisyys | Kokemuksia päiväosastoyhteisöön kuulumisesta |
| Sairaanhoitajien rooli Lääkärin rooli | Hoitohenkilökunnan rooli | |
| Ryhmän kokoonpanon muutokset Vuorovaikutus ryhmässä | Ryhmän vaikutus | |

Opinnäytetyön tutkimustehtäviin vastataan sisällönanalyysin avulla yhdistelemällä käsitteitä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112). Pääluokat yhdistämällä saimme lopulta yhdistäväksi luokaksi Potilaiden kokemuksia päiväosastohoidosta. Tämä vastaa opinnäytetyömme tehtäviin kuvaamalla potilaiden kokemuksia päiväosastohoidosta ja sen vaikuttavuudesta.

5 TULOKSET

Tässä luvussa on esitelty opinnäytetyömme keskeiset tulokset. Sisällönanalyysin pohjalta muodostuneet kolme pääluokkaa olivat *Kokemuksia hoidollisista tekijöistä*, *Kokemuksia päiväosastoyhteisöön kuulumisesta* ja *Kokemuksia hoidosta kokonaisuutena*. Kokemukset hoidosta kokonaisuutena vastaavat ensimmäiseen opinnäytetyömme tehtävään, joka oli potilaiden näkökulmasta kuvailla tiivistä päiväosastohoitoa Nokian mielenterveyskeskuksessa. Toisena opinnäytetyömme tehtävänä oli kartoittaa potilaiden kokemuksia saastaan intensiivisestä päiväosastohoidosta, ja tähän vastaamme kuvaillessamme kokemuksia hoidollisista tekijöistä ja päiväosastoyhteisöön kuulumisesta. Yhdistävien luokkien alle muodostui 10 yläluokkaa ja näiden alle edelleen 37 alaluokkaa. Seuraavassa tulokset on kuvattu pääluokkien ja yläluokkien mukaisesti jaoteltuina. Alaluokat on merkitty kursivoidulla fontilla tulosten lukemisen helpottamiseksi. Alkuperäisilmaukset ovat sisennettyinä.

5.1 Kokemuksia hoidosta kokonaisuutena

5.1.1 Hoidon rakenne

Haastatteluissa päiväosastohoito nähtiin *osana paranemisprosessia*. Haastateltavat olivat tyytyväisiä päiväosastohoidon oikea-aikaisuuteen. Myös hoidon sovittaminen muuhun elämään oli sujunut ongelmitta. Ne haastateltavista, jotka olivat jo päättäneet hoitajaksonsa, jatkoivat hoitoa yksilötapaamisten muodossa edelleen. Tällaista hoidon jatkuvuutta haastateltavat pitivät erittäin tärkeänä. *Hoitojakson pituudet* vaihtelivat haastateltavilla, mutta koska kaikki olivat saaneet itse vaikuttaa jakson pituuteen, olivat he siihen tyytyväisiä. Päiväosastohoidon koettiin soveltuneen hyvin silloiseen vointiin ja elämäntilanteeseen. Osa koki hoitajakson antaneen kahdeksassa viikossa sen, mitä sillä oli annettavana ja osa taas kertoi, että hoidosta olisi voinut saada saman hyödyn lyhemmäsäkin ajassa.

Ollukki tässä jo vähän semmonen että täällön nähty jo ne temput, mitä täällä on ollu tarjottavaa.

Ne haastateltavista, jotka olivat jatkaneet päiväosastohoitoa tavanomaista pidempään, kuvailivat olevansa tähän mahdollisuuteen tyytyväisiä. He olivat huolissaan jakson jälkeisestä ajasta, ja hoitajakson päättyminen tuntui pelottavalta.

5.1.2 Hoidon sisältö

Päiväosastohoidon *sisällön monipuolisuus* tuli haastatteluissa vahvasti esille. Haastateltavat kertoivat ryhmätapaamisiin kuuluvan esimerkiksi piirtämistä, elokuvien katselua, ulkoilua, rentoutusharjoituksia ja erilaisia leikkejä. Musiikkia hyödynnettiin satunnaisesti rentoutusharjoituksissa. Käsitykset siitä, miten usein erilaisia luovia menetelmiä hyödynnettiin osana hoidollisia ryhmiä, vaihteli. Osa haastateltavista kertoi, että niitä hyödynnettiin miltei puolet ryhmätapaamisista, kun taas osa kuvaili niiden käyttöä olleen yhdestä kahteen viikon välein. Joka tapauksessa luovia menetelmiä toivottiin hyödynnettävän enemmän hoidossa, ja myös tuotosten analysointiin kaivattiin lisää aikaa.

Ne oli ihan semmottia niinku jipii-päiviä ku pääsi sinne ateljeehen. Että niitä oisin niinku kaivannu enemmän, koska mulla se teki hyvää.

Hoidon intensiivisyys kuvastui haastateltaville tiiviinä, miltei päivittäisinä ryhmätapaamisina. Yksilö- ja ryhmäkeskustelujen kuvattiin muodostavan tiiviin kokonaisuuden, missä molemmat tukivat toisiaan ja ryhmätoiminta painottui. Pääsääntöisesti yksilö- ja ryhmätapaamisten määrään oltiin tyytyväisiä, mutta osa koki yksilökeskustelujen olleen liian lyhyitä asioiden syvälliseen käsittelyyn.

5.1.3 Hoidon onnistumisen edellytykset potilaalta

Haastateltavat nostivat esille päiväosastohoidon rajallisen *kohderyhmän*. Osa koki hoitomuodon itselle sopivaksi, kun taas osa koki sen olevan muita varten. Haastateltavat nostivat esille useita ominaisuuksia, joita päiväosastohoito potilaalta edellyttää. Erityisesti korostui *muutoshalukkuuden* merkitys. Haastateltavat kuvailivat motivaation hoitoon olevan edellytyksenä hoidon hyödyille. Kaiken lähtökohdaksi he nostivat avoimen ja ennakkoluulottoman suhtautumisen. Hoidon aikana muutosprosessin edellytyksenä on haastateltavien mukaan rohkeus hyväksyä muutos. Ja jotta hoitajaksosta saatu hyöty säilyisi,

korostivat haastateltavat, miten tärkeää on säilyttää rohkeus myös hoidon loputtua ja jatkaa saatujen työkalujen käyttöä.

Se on sitte itestä kii taas sitte. Siitä uskalluksesta...jaksamisesta.

Heittäytymiskyvyn haastateltavat kertoivat olleen hoitojakson aikana tärkeää. He kuvailivat, miten joutuivat päivittäin haastamaan itsensä tiedostaen kuitenkin haastamisen tärkeyden osana muutosprosessia. Hoitojakson aloittamista haastateltavat kuvailivat jännittäväksi, hieman pelottavaksi, raskaaksi ja osa jopa hirveäksi. Alkuvaiheeseen liittyi skeptisyyttä ja jännitystä, mutta samalla odottava tunne uuden omaksumisesta. Haastateltavat kuvailivat, miten *sitoutuminen hoitoon* merkitsi päätöstä osallistua ryhmätapaamisiin, oma-aloitteisuutta ja sinnikkyyttä jatkaa hoitoa vastoinkäymisistä huolimatta. Potilaan kuvattiin olevan hoitojakson onnistumisen tärkein vaikuttaja.

Jos sä haluut mennä eteenpäin, nii sun täytyy tehdä töitä siinä.

Haastatteluissa tuli esiin, miten päiväosastohoidon aikana tunnetilat vaihtelivat laidasta laitaan. *Tunnetyöskentelytaitoja*, kykyä tarkastella itseään eri tavoin, pidettiin yhtenä edellytyksenä hoidon onnistumiselle.

5.2 Kokemuksia hoidollisista tekijöistä

5.2.1 Ryhmäkeskustelujen hoidolliset tekijät

Haastatteluissa nousi esiin useita ryhmäkeskusteluihin liittyviä hoidollisia tekijöitä. Ryhmätoimintaan heittäytymisen merkitys korostui haastatteluissa. *Itensä haastaminen* nähtiin avun saannin mahdollistajana. Haastateltavat kuvasivat ryhmätilanteiden vaativan heittäytymiskykyä, mikä puolestaan edellytti ennakkoluulottomuutta ja uskoa hoitomuotoon.

Siinä oli pakko vaan mennä täysillä mukaan...jos halus apua.

Hoitajien ryhmänohjaustaidot näkyivät heidän kyvyssään reagoida potilaiden tarpeisiin ja rajata keskustelua. Haastateltavat kuvailivat, miten hoitajat poimivat keskusteluun potilaita eniten askarruttavia kysymyksiä. He huolehtivat, että kaikki ryhmän jäsenet osallistuivat keskusteluun ja ohjasivat keskustelua tarvittaessa hoidollisesti oikeaan suuntaan. Haastateltavat pitivät erittäin tärkeänä hoitajien napakkuutta ja taitoa pitää keskustelu ”ai-soissa”. Osa toivoi hoitajilta nykyistä jämäkämpää otetta ryhmänjohtamiseen. *Aihevalintojen hoidollisuus* näyttäytyi niiden selkeytenä ja tavoitteellisuutena. Haastateltavat kuvailivat, miten ryhmätilanteissa aiheiden tavoitteellisuus oli selkeästi nähtävissä ja hoitajat onnistuivat ottamaan esille myös aiheita, joiden merkityksellisyyttä potilaat eivät olleet aiemmin tiedostaneet. Hoitajien taitoa mukavuusalueelta ulos haastamiseen pidettiin erittäin tärkeänä ja sen merkitys ymmärrettiin.

Kyl sen ymmärsi, että se ei oo kiusantekoa, vaan se on sitä että halutaan auttaa.

Keskustelun intensiivisyys jakoi mielipiteet. Siinä missä toiset kokivat keskustelun olleen rakentavaa ja syvällistä, kokivat toiset taas tyytymättömyyttä keskustelun pintapuolisuudesta. Heidän mukaansa ryhmässä vaikeat tunteet sivuutettiin ja keskustelu eteni liian yleisellä tasolla. Tämä nähtiin liiallisena potilaiden suojeluna.

Jos rupes oleen liian synkkää ja vaikeeta, niin sitten se lopetettiin melko nopeesti.

Sosiaalinen kanssakäyminen ja omien ajatusten *universaalius* koettiin tärkeiksi hoidollisiksi tekijöiksi. Tunnetta siitä, ettei ole ainut samassa tilanteessa oleva, pidettiin erittäin tärkeänä. Universaaliuden kautta ajatukset itsestä poikkeustapauksena karisivat. *Yhteenguuluvuuden tunne* ja *vertaistuki* mahdollistuivat hoidollisten ryhmätapaamisten myötä. Osa kuvaili ryhmähenkeä hyväksi ja kertoi, miten ryhmässä toisia ryhmän jäseniä tuettiin puolin ja toisin. Kuitenkin haastatteluissa tuli esiin, että muiden ryhmän jäsenten motivaation puutteen ja erilaisuuden koettiin vaikuttavan kielteisesti ryhmään ja hillitsevän omaa osallistumista. Haastateltavat kertoivat dominoivien ryhmän jäsenten jarruttavan omaa osallistumista, sillä tällaisissa tilanteissa oma energia kuluu suurimmaksi osaksi toisten tarkkailuun.

--ei sitten aina oikein jaksanutkaan lähteä keskustelemaan, tavallaan tuulimyllyjä vastaan taistelemaan.

Vaikka mielenterveyden ongelmat ja yhteinen tekeminen kiinteyttivät ryhmää, kokivat haastateltavat, että *luottamus* ryhmän jäseniin oli haasteellista saavuttaa. Tämän seurauksena arkoja aiheita saatettiin vältellä ryhmäkeskusteluissa. Ryhmän jäseniltä saadut uudet näkökulmat mahdollistivat *uuden oppimisen*, mutta osa koki muiden ryhmän jäsenten huolien kuuntelun myös painolastina.

5.2.2 Luovien menetelmien hoidolliset tekijät

Luovat menetelmät koettiin pääosin hyödyllisiksi ja mielekkäiksi. Ne vaikuttivat vointiin positiivisesti tarjoamalla *hyötyä ilon kautta*. Luovista menetelmistä potilaat korostivat haastatteluissa taideateljetyöskentelyn merkitystä. Piirtäminen ja tuotosten merkitysten pohtiminen herättivät kysymyksiä ja auttoivat alitajuisten *tunteiden tiedostamisessa*.

Se on vaan vuotanu siihen paperille - - sitten mä oon vähän vasta jälkeensä tajunnu että mitä se implikoi.

Retket osaston ulkopuolelle koettiin tärkeinä, sillä ne haastoivat pois mukavuusalueelta ja tukivat yhteisöllisyyttä. *Rentoutusta* osa haastateltavista ei kokenut itselle hyödyllisenä. Työskentelyn *leikkimielisyys* auttoi hahmottamaan omia ajatuksia ja herätti keskustelua ryhmässä, vaikkakin osa koki sen alentavana ja provosoivana keinona. Päiväosastoitoa kuvailtiin aikuisten päiväkerhoksi.

Täällä näytetään vähän niinku se periaatteessa lapsellisen tavan kautta se että mitä siä omassa päässä oikeen liikkuu.

5.2.3 Yksilökeskustelujen hoidolliset tekijät

Haastatteluissa korostui arvostus hoitajien ammattitaitoa kohtaan. *Hoitajien vuorovaikutustaidot* näkyivät heidän kyvyssään lukea potilaita ja herätellä heissä ajatuksia. Vastauk-

sisä tuli esille, miten tärkeäksi potilaat kokivat hoitajien roolin keskustelun hoidollisuuden varmistajina. Luottamussuhteen kuvattiin syntyneen nopeasti. ”Oikeiden” kysymysten esittäminen sai pohtimaan aiheita, joita ei muutoin olisi tullut ajatelleeksi.

-- hyvä että tulee jotain sellasta, mikä saattaa tuntua, että tää on ihan niinku et ei liikuta mua millään lailla, vaikka sit todellisuudessa liikuttaakin.

Haastattelujen perusteella *Scid osana yksilökeskusteluja* näyttäytyi potilaiden näkökulmasta toisaalta ongelmien ymmärtämisen helpottajana ja toisaalta aikaa vievänä ja merkityksettömänä. Muu keskustelu koettiin paljon scid-haastattelua merkityksellisemmäksi. Kaiken kaikkiaan yksilökeskustelut koettiin kuitenkin hyvin *antoisina*. Arkaluontoisten asioiden käsittely oli raskasta, mutta tarpeellista ja vapauttavaa. Vaikka osa haastateltavista koki keskustelun jääneen pintapuoliseksi, oltiin *keskustelun intensiivisyyteen* pääosin tyytyväisiä. Sisällöltään yksilötapaamiset koettiin laajemmiksi ja syvällisemmiksi ryhmäkeskusteluihin verrattuna.

Lähetettiin ronkkiin aika syvältä sitte asioita, mitä en o niinku sataan vuoteen sitte miettiny.

5.2.4 Hoitokokonaisuuden anti

Päiväosasto-ympäristön *struktuurin* tärkeä merkitys korostui haastatteluissa. Säännöllisyys näyttäytyi ryhmätapaamisten aikatauluissa, yksilötapaamisten määrissä ja hoidon säännöissä. Haastateltavat kuvasivat säännöllisen päivärytmin edistävän vointia ja tuovan sisältöä arkeen. Koska hoidolliset ryhmät alkoivat aina samaan aikaan, velvoittivat ne ylläpitämään arkirytmää.

On se hyvä jotain arkee olla. Jotain semmosta ympyrää mitä juosta.

Päiväosastohoidosta kokonaisuutena haastateltavat kuvailivat saaneensa monia hyötyjä, mutta toisaalta myös kehitettävää löytyi. *Itsetuntemuksen lisääntyminen* päiväosastohoidon myötä tuli haastatteluissa vahvasti esille. Pääosin haastateltavat kokivat oppineensa hoitajakson aikana tunnistamaan ajatuksiaan ja tunteitaan, ja näkivät päiväosastohoidon ainutlaatuisena mahdollisuutena oman itsensä tarkkailuun.

On oppinu kattoon itteensä taas vähän uusien lasien läpitte. Senhän tää antaa. Tää on peili ihmiselle.

Hoitokokonaisuuden myötä haastateltavat kokivat saaneensa *uudenlaisia ajatusmalleja*. Ajatusprosessien käynnistyminen ja uusien toimintamallien sisäistäminen tukivat voinnin kohentumista ja katkaisivat negatiivisia ajatuskierteitä. Haastatteluissa korostui nimenomaan hoitajakso ajatusprosessien aloittajana ja työkalujen tarjoajana. Hoitajakso haastoi sisäistämään totuttujen kaavamaisten tapojen tilalle uusia keinoja ajatella ja toimia, mikä edellytti heittäytymiskykyä ja sitoutuneisuutta hoitoon.

-- niinkun et menny niitä helppoja uria, mikkä monta kertaa vaan on päässä.

Vastauksista ilmeni, että hoitajakso vahvisti potilaiden *elämäniloa ja uskoa tulevaan*. Tämä näkyi itsetuhoisten ajatusten väistymisenä, positiivisena tulevaisuudenkuvana ja haaveina kokemusasiantuntijuudesta. Toisaalta päiväosasto nähtiin turvapaikkana ja hoitajakson loppuminen herätti huolta ja epäilyksiä itsenäisestä selviytymisestä.

Tää on turvallinen kupla, mihin ihmiset saa tulla oleen oma ittensä.

Kokonaisuudessaan hoitajakson *vaikutus vointiin* koettiin tärkeäksi. Voinnin koettiin parantuneen jakson aikana vähitellen. Ne haastateltavista, joiden osastojakso oli jo päättynyt, kuvasivat jakson jälkeistä vointiaan vaihtelevaksi. Hankaliksi oli koettu itsenäinen pärjääminen tiiviin päiväosastojakson jälkeen sekä saamattomuuden tunteet. Konkreettisia työkaluja kotioloihin olisi kaivattu lisää.

5.3 Kokemuksia päiväosastoyhteisöön kuulumisesta

5.3.1 Potilaslähtöisyys

Keskustelun sisältöön vaikuttaminen toteutui haastateltavien mukaan hoidollisissa ryhmissä kohtalaisesti ja yksilötapaamisissa hyvin. He kokivat tulleen kuulluiksi ja saaneensa tilaisuuden keskustella itseään mietityttävistä asioista. Lisäksi ryhmätilanteissa

nousseiden aiheiden käsittelyä oli mahdollista jatkaa yksilökeskusteluissa henkilökohtaisemmalla tasolla.

Ainahan multa kysyttiin, että onko joku, mikä mieltä painaa ja mistä haluaa keskustella.

Hoidon suunnitteluun osallistuminen toteutui haastateltavien mukaan melko hyvin. Hoitojakson tavoitteet asetettiin yhdessä, asiakastarpeet huomioitiin aihevalinnoissa ja jakson pituudesta keskusteltiin hoidon edetessä yhdessä hoitoneuvotteluissa. Osa haastateltavista olisi toivonut, ettei hoitojaksolle olisi alussa asetettu lainkaan aikatavoitteita. Yksilökeskustelujen kestossa osa hoitajista jousti ajallisesti potilaiden tarpeiden mukaan. Haastatteluissa ilmeni, että *läheisten osallistumiseen vaikuttaminen* toteutui hoidossa hyvin. Läheisten mahdollisuus toimintaan tutustumiseen ja perhetapaamisiin tuotiin esille, mutta heidän osallistumisensa oli aina riippuvaista potilaiden mielipiteistä.

5.3.2 Hoitohenkilökunnan rooli

Haastatteluissa korostui arvostus sairaanhoitajien ammattitaitoa kohtaan. *Sairaanhoitajien rooli* koettiin päiväosastohoidossa hyvin merkittäväksi. Heidät nähtiin potilaan voimnin asiantuntijana, jonka tehtäviin kuului päivärytmin määrittäminen, hoidollisten ryhmien ja yksilötapaamisten järjestäminen, sekä potilaan voimnin arviointi. Haastateltavat olivat tyytyväisiä hoitajien vankkaan ja monipuoliseen työkokemukseen ja luottivat heidän ammattitaitoonsa.

Vankka ammattitaito erinäkösten ihmisten kans työskentelyyn...että se on ihan, ihan mahtavaa.

Vaikka hoitajan pysyvyyttä arvostettiin, koki osa haastateltavista, ettei hoitajan henkilöllisyydellä ole juurikaan merkitystä. *Lääkärin roolin* haastateltavat kokivat liian vähäiseksi. He kaipasivat, että henkilökohtaisia lääkärintapaamisia olisi ollut enemmän ja kuvailivat kaiken tiedon voimnista välittyvän hoitajien subjektiivisen tulkinnan kautta.

5.3.3 Ryhmän merkitys

Vuorovaikutukseen ryhmässä vaikutti haastateltavien mukaan merkittävästi henkilökemioiden toimivuus. Ryhmätilanteiden kuvattiin olleen erityisesti hoidon alussa jännittäviä ja pelottaviakin. Oman paikan löytäminen tuntui haastavalta. Haastateltavat kertoivat ryhmän kokoonpanon vaihdelleen neljästä seitsemään henkilöön ja muuttuneen useita kertoja. Hoitajakson aikana esiintyi satunnaisia poissaoloja ja äkillisiä lopettamisia. Haastateltavat kokivat *ryhmän kokoonpanon muutosten* vaikuttaneen merkittävästi hoidon sisältöön erilaisten persoonallisuuksien kautta. Ryhmän jäsenten vaihtuvuus koettiin haasteellisenä, mutta toisaalta osa koki vaihtuvuuden eräänlaisena helpotuksena. Joka tapauksessa toisten potilaiden keskeyttämiset harmittivat ja herättivät kaikissa ihmetystä.

Se tietysti toisille jätti semmosen vähän, että no minkä takia ja sitten se että olinko minä tehnyt jotakin, olenko minä sanonut jotakin mikä sai toisessa tämän tunteen aikaan.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisena hoitomuotona potilaat ovat kokeneet Nokian mielenterveyskeskuksen tiiviin päiväosastohoidon. Tehtävinämme oli selvittää, mitä potilaiden näkökulmasta tiiviillä päiväosastohoidolla Nokian mielenterveyskeskuksessa tarkoitetaan ja miten potilaat kokevat tiiviissä päiväosastohoidossa saamaansa hoidon. Kun tuloksista sisällönanalyysin kautta muodostui kolme pääluokkaa, havaitsimme, että *Kokemukset hoidosta kokonaisuutena* vastaavat opinnäytetyömme ensimmäiseen tehtävään, jona oli selvittää, mitä tiivis päiväosastohoito Nokian mielenterveyskeskuksessa tarkoittaa potilaiden näkökulmasta. *Kokemukset hoidollisista tekijöistä* ja *Kokemukset päiväosastoyhteisöön kuulumisesta* vastaavat puolestaan opinnäytetyömme toiseen tehtävään, sillä ne kuvailevat potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta.

Potilaiden *kokemukset hoidosta kokonaisuutena* liittyivät hoitomuodon rakenteeseen, sisältöön ja edellytyksiin. Nokian kaupungin (n.d.) mukaan potilaiden keskimääräinen hoitoaika Nokian intensiivisellä päiväosastolla on keskimäärin kahdeksan viikkoa, ja tämä tuli myös haastatteluissa esiin. Ajatukset hoitajakson pituuden sopivuudesta vaihtelivat haastateltavien kesken, mutta kaikki olivat tyytyväisiä mahdollisuudestaan vaikuttaa hoitajakson pituuteen. Hoidon kestoon liittyen Nokian päiväosastohoidossa toteutuu siten yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi, jollaista Karterudin ja Wilbergin (2007, 44–45) mukaan esimerkiksi Norjassa käytössä olevassa intensiivisen avohoidon mallissa ei ole. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrisella päiväosastolla tehdyn hoidon vaikuttavuuskartoituksen perusteella BDI-pisteiden lasku hoitajakson aikana oli suoraan verrannollista hoitajakson pituuteen (Räsänen 2013, 144). Lisäksi Murrin (2013, 24) kuvailema päihteenkäyttäjille tehty tutkimus viittaa siihen, että parhaat hoitotulokset saavutettaisiin yhdeksästä kahteentoista kuukauteen mittaisilla hoitajaksoilla. Herääkin kysymys, olisiko pidemmällä hoitajaksoilla potilaiden vointi parantunut enemmän.

Intensiivisen päiväosastohoidon sisältö kuvautui haastatteluissa monipuoliseksi. Haastateltavat kuvailivat hoidollisten ryhmien ja yksilökeskustelujen muodostavan tiiviin hoidollisen kokonaisuuden, jossa molemmilla hoitumuodoilla oli toisiaan tukeva ja tärkeä

merkitys. Tiiviin päiväosastohoidon viikoittaiseen tuntimäärään oltiin myös pääsääntöisesti tyytyväisiä. Karterudin ym. (2003) tutkimuksen mukaan potilaiden hoitoon sitoutuminen on parempi, kun viikoittaisia tunteja on vähemmän. He määrittelevätkin päiväosastohoidon viikoittaiseksi ihannetuntimääräksi noin kymmenen tuntia (Karterud ym. 2003, 261). Nykyisessä Nokian mielenterveyskeskuksen tiiviin päiväosastohoidon mallissa viikoittainen tuntimäärä ryhmätapaamisten osalta on 12 tuntia ja lisäksi potilailla on kahdesti viikossa yksilötapaaminen omahoitajansa kanssa, joten Karterudin ym. (2003) näkökulmasta viikoittainen ihannetuntimäärä ylittyy vain hieman. Toisaalta hyviä hoitotuloksia on saatu Räsänen (2013) mukaan myös Etelä-Savossa psykiatrisella päiväosastolla, jossa potilaiden viikoittainen tuntimäärä on 27,5 tuntia.

Potilaat kokivat, kuinka ryhmätilanteissa nousseita aiheita oli mahdollisuus käsitellä syvemmin yksilökeskusteluissa. Räsänen (2013) ja Staats (2010) kuvaavatkin hoitomuotojen tukevan toisiaan, sillä potilas voi jatkaa ryhmätilanteissa heränneiden ajattelu- ja toimintamallien työstämistä yksilökeskusteluissa (Staats 2010, 40–50; Räsänen 2013, 136). Staatsin (2010) mukaan yksilö- ja ryhmäterapiaa yhdistämällä voidaan saavuttaa lisähyötyä mielenterveydenhäiriöiden hoidossa ja vähentää jopa sairaalahoidon tarvetta tulevaisuudessa.

Heinosen ym. (2016) kliininen kokemus ja empiirinen näyttö osoittavat muutosvalmiuden, itsereflektointikyvyn ja tunnetyöskentelytaitojen tärkeyttä psykoterapiassa. Myös päiväosastohoidossa hoidon edellytyksiksi haastateltavat mainitsivat muutoshalukkuuden, motivaation, avoimuuden ja tunnetyöskentelytaidot. Lisäksi haastateltavat toivat vahvasti esiin, miten tärkeää päiväosastohoidossa on heittäytymiskyky, sitoutuminen hoitoon ja rohkeus muutoksen hyväksymiseen. Myös Jantusen (2008, 84) tutkimustulokset viittaavat siihen, että ryhmään hakeutuminen edellyttää potilaalta kykyä muutokseen ja riittävää oma-aloitteisuutta.

Haastateltavat kuvailivat *kokemuksiaan hoidollisista tekijöistä* hoitojaksoon liittyen, ja erittelivät lisäksi, miten olivat kokeneet hoidolliset ryhmät, luovat menetelmät ja yksilötapaamiset. Merkittävä hoitokokonaisuuden anti oli hoidon säännöllisyys, joka toi struktuuria ja sisältöä arkeen. Säännölliset aikataulut velvoittivat heräämään ja tulemaan päiväosastolle. Potilaat kokivatkin säännöllisen päivärhythmin edistäneen voinnin kohentamista. Struktuurin ja sääntöjen tärkeää merkitystä tukevat Brabenderin ym. (2004), Vä-

häniemen (2008), Murrón (2013) ja Lönnqvistin (2017) näkökulmat. Säännöllisen päivärytmin merkitystä tukevia tuloksia tuli esiin myös Vammalassa toteutetussa intensiivisen avohoidon pilotointimallissa, johon osallistuneet nuoret aikuiset pitivät strukturoitua toimintaa hyvin tärkeänä osana hoitokokonaisuutta (Kivelä ym. 2008, 8-21). Kivelän ym. (2008) mukaan nuoret kokivat oppineensa vaihtoehtoisia toimintatapoja, ja lisäksi heidän tyytyväisyytensä elämään oli kohentunut, ahdistus vähentynyt ja usko tulevaisuuteen vahvistunut. Haastatteluissamme tuli esiin vastaavia tuloksia, sillä päiväosastohoidon koettiin lisänsen itsetuntemusta ja tarjoavan uudenlaisia ajatusmalleja. Haastateltavat kuvailivat myös elämän ilon ja uskon tulevaan lisääntyneen hoidon myötä. Kuitenkin osalla haastateltavista esiintyi huolta itsenäisestä pärjäämisestä tarkoin strukturoidun hoitojakson jälkeen, mitä puolestaan lähdekirjallisuudessamme ei tuoda esille.

Hoidollisiin ryhmiin liittyen haastateltavat nostivat esille useita hoidollisia tekijöitä. He kuvailivat ryhmätilanteiden edellyttäneen itsensä haastamista ja painottivat hoitajalla olleen tärkeä rooli mukavuusalueelta ulos haastamisessa. Hoitajien ryhmänohjaustaitoja ja erityisesti kykyä pitää keskustelu hoidollisena pidettiin tärkeinä. Keskustelun intensiivisyyden suhteen haastateltavien mielipiteet jakoutuivat, mutta aihevalintoja pidettiin tavoitteellisina. Osa koki, etteivät ryhmäkeskustelut olleet tarpeeksi syvällisiä. Kuitenkin syy tähän voi löytyä Brabenderin ym. (2004) esille tuomasta sairaanhoitajan velvollisuudesta ottaa tarvittaessa keskustelu haltuun esimerkiksi avoimuutta rajoittamalla. Näin sairaanhoitaja kykenee ryhmätilanteissa kontrolloimaan myös ahdistusta ryhmässä (Kaukila & Lehtonen 2007, 68).

Haastateltavien mukaan hoidollinen ryhmä lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta ja tunnetta omien ajatusten universaaliudesta. Airaksisen ym. (2015) ja Lönnqvistin (2017) mukaan ryhmään kuulumisen, hyväksytyksi tuleminen ja sitä kautta osallisuuden vahvistuminen on hyvinvoinnille tärkeää. Sosiaalisen osallistumisen tärkeä vaikutus hyvinvoinnille tulee esiin myös Niemisen (2015, 7) väitöskirjasta. Haastateltavat kuvailivat ryhmän tarjonneen vertaistukea, jonka merkitystä esimerkiksi Miettisen (2008) tutkimustulokset tukevat. Ne osoittavat vertaistuella olevan tärkeä voimaannuttava merkitys mielenterveyskuntoutujille (Miettinen 2008, 77).

Hoidollisessa ryhmässä yksilöllä on mahdollisuus kehittää itsetuntemustaan ja vuorovaikutustaitojaan (Brabender ym. 2004, 100–101; Lönnqvist 2017). Nokian mielenterveys-

keskuksen tiiviillä päiväosastolla potilaat ovat taustoiltaan erilaisia (Raski 2016). Kartesrud ja Wilberg (2007) toteavat tutkimuksessaan päiväosastoryhmän heterogeenisen potilasryhmän asettavan haasteita, koska monien erilaisten tarpeiden yhteensovittaminen on haasteellista ryhmän ohjaajalle. Brabender ym. (2004, 86) puolestaan kirjoittavat, kuinka se minkä toinen potilas kokee auttavaksi, voi toiselle potilaalle olla yhdentekevää tai jopa haitallista. Ryhmän jäsenten erilaisuuden vaikutukset näkyivät haastatteluissamme esimerkiksi siinä, miten tärkeänä haastateltavat pitivät henkilökemioiden toimivuutta hoidon onnistumisen kannalta. Vaikka haastateltavat kuvailivat ryhmän jäsenten uusien näkökulmien mahdollistaneen uuden oppimisen, kertoivat he muiden ryhmän jäsenten negatiivisen tai dominoivan asenteen rajoittaneen omaa osallistumista. Luottamuksen saavuttaminen ryhmässä koettiin hankalaksi.

Luoviin menetelmiin liittyen haastateltavat nostivat esille erityisesti taiteen, jonka kautta mahdollistui alitajuisten tunteiden tiedostaminen. Taiteen merkitys itseymmärryksen lisääjänä ja sanallisen ilmaisun täydentäjänä tulee esille myös Malchiodin (2010), Lehtosen (2011) ja Leijala-Marttilan (2011) teoksissa. Luovaan työskentelyyn liittyen leikkimielisyys nousi haastatteluissa esille keinona ajatusten hahmottamisen keinona. Kuitenkin osa kuvaili sitä provosoivana ja alentavana. Airaksinen ym. (2015) muistuttavatkin, että varauksellisuus on luovaan toimintaan liittyen tyypillistä, koska se haastaa pois mukavuusalueelta.

Yksilökeskustelut koettiin antoisina ja pääosin keskustelun intensiivisyyteen oltiin tyytyväisiä. Havio (2008), Kiviniemi ym. (2014) ja Vähäniemi (2008) kuvailevat, miten yhteistyösuhteen kautta potilasta autetaan tunnistamaan käännekohtia elämässään ja löytämään omia voimavaroja lisääviä tekijöitä. Yksilökeskustelujen tärkeänä hoidollisena tekijänä haastateltavat painottivat sairaanhoitajien ammattitaitoa. Heidän vuorovaikutustaitojaan, kykyä lukea potilaita ja herätellä ajatuksia arvostettiin. Luottamussuhteen kuvattiin syntyneen nopeasti. Vähäniemen (2008) ja Kiviniemen ym. (2014) mukaan luottamus ja potilaan kokemus kuulluksi tukemisesta onkin yhteistyösuhteen perusta. Keskusteluissa sairaanhoitajan rooli hoidollisuuden varmistajana korostui ja hänen kuvailtiin kysyneen ”oikeita” kysymyksiä. Tätä tukee Liinamaan (2008) näkemys siitä, miten sairaanhoitajan ei tule antaa valmiita vastauksia, vaan esittää hyviä kysymyksiä. Scid-haastatteluhaastateltavat eivät pitäneet erityisen tärkeänä, vaikka sen on Tuomisen (2013) mukaan koettu lisäävän diagnosoinnin tarkkuutta.

Päiväosastolla potilaille, hoitohenkilökunnalla ja muilla ryhmän jäsenillä on oma tärkeä roolinsa. *Päiväosastoyhteisöön kuulumisen* kattaakin potilaiden ajatukset potilaslähtöisyydestä, muista ryhmän jäsenistä ja hoitohenkilökunnasta. Tulosten perusteella haastateltavat kokivat saaneensa vaikuttaa hoitajakson sisältöön melko hyvin. Potilaiden toiveita kuunneltiin muun muassa hoidon tavoitteiden asettamisessa, läheisten osallistumisessa hoitoon sekä keskustelujen aihevalinnoissa. Kuulluksi tuleminen ja hoidon potilaslähtöisyys koettiin tärkeinä. Myös Pesosen (2006, 39–48) tutkimustulosten mukaan potilaslähtöisyydellä on suuri merkitys, ja muun muassa osallisuudella ja aidolla yhteydellä on hyväksytyksi tulemisen kokemusta vahvistava vaikutus. Keskustelun sisältöön vaikuttaminen mahdollistui paremmin yksilökeskusteluissa kuin ryhmätilanteissa. Haastateltavat kokivat sairaanhoitajat asiantuntijoina ja olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä heidän toimintaansa. Heidät nähtiin vankkoina ammattilaisina, joiden kanssa luottamuksellinen suhde oli helppo synnyttää. Lääkärien roolin hoitokokonaisuudessa haastateltavat kokivat vähäiseksi.

Haastateltavat kuvailivat henkilökemioiden toimivuuden vaikuttaneen merkittävästi ryhmän vuorovaikutukseen. Ryhmätilanteet herättivät jännitystä ja oman paikan löytäminen ryhmässä oli haastavaa. Myös ryhmän kokoonpanon vaihtelu tuntui haastateltavista haasteelliselta. Haastateltavat kuvailivat muiden ryhmän jäsenten keskeytysten herättäneen harmia ja ihmetystä, mutta osa koki vaihtuvuuden helpotuksena. Lönnqvistin (2017) mukaan tunnesiteet ryhmän jäseniin vaikuttavat ryhmän kiinteyteen ja avoimuus on edellytyksenä ryhmän hoidollisuudelle. Suljetuista ryhmistä esimerkiksi Vammalassa toteutetussa intensiivisen päiväosaston pilottihankkeessa osallistujat kokivat hoidon antoisana, voimaannuttavana ja itseluottamusta vahvistavana (Kivelä ym. 2008, 8-21). Miettisen (2008) sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoitoa käsittelevästä tutkimuksesta käy puolestaan ilmi, miten suljettu ryhmä kiinteytyi jo kolmannella tapaamiskerralla. Ryhmän vaihtuvuuteen liittyen herääkin kysymys, vaikuttiko Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosastolla ryhmän täydentyminen hoidon vaikuttavuuteen.

Kokonaisuudessaan haastattelujen ja niiden analysoinnin perusteella voidaan todeta, että potilaat kokivat päiväosastohoidon vaikuttaneen positiivisesti vointiin. Työn tuloksissa tuli kuitenkin esille, etteivät päiväosastohoidon kokemukset olleet haastateltavien keskuudessa yksiselitteisiä ja kaikille toimivia, vaan yksilökohtaiset erot saattoivat olla suuria. Tiivis päiväosastohoito Nokian mielenterveyskeskuksessa koettiin kuitenkin kaiken kaikkiaan hyvänä hoitomuotona ja paranemisprosessin osana.

6.2 Eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen perustana toimii tutkimuksen eettisyys. On tärkeää ottaa eettiset seikat huomioon tutkimusta tehdessä ja näissä seikoissa epäonnistuminen voi viedä pohjan koko tutkimukselta. (Kylmä & Juvakka 2007, 137; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Vuonna 1964 julkaistu Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Ohjeistuksella pyritään turvaamaan tutkimuksen eettisyys Suomessa. Myös kansallinen lainsäädäntö sekä muut ohjeistukset toimivat pohjana tieteellisen tutkimuksen teolle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212, 214.) Edellä mainittujen lisäksi tutkimuksen eettisyyttä ohjaa opetus- ja kulttuuriministeriön asettama Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK (TENK 2009).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja keskustelua tutkimusetiikasta sekä ennaltaehkäistä tutkimusvilppiä. Se onkin julkaissut eettiset periaatteet ihmistieteellisille aloille. Periaatteisiin sisältyy tutkittavan vahingoittamisen välttäminen, itsemääräämisoikeuden sekä yksityisyyden kunnioittaminen ja tietosuojan ylläpito. (TENK 2009.) Myös Kylmä ja Juvakka (2007, 147) mainitsevat ihmis-oikeuksien kunnioittamisen, oikeudenmukaisuuden sekä luottamuksen olevan yleisiä eettisiä periaatteita.

Tutkimusta tehdessä on noudatettava hyviä tieteellisiä käytäntöjä, jotta tutkimus on luotettava, eettisesti hyväksyttävä ja tuloksiltaan uskottava. Näitä käytäntöjä ovat muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus jokaisessa työvaiheessa. Tutkimusta tehdessä tulee lisäksi noudattaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti avoimuutta sekä vastuullista tiedeviestintää tuloksia julkaistessa. Muiden tutkijoiden tekemää työtä tulee kunnioittaa viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Lisäksi tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia tutkimusta varten. (TENK 2013, 6.) Opinnäytetyössämme olemme kunnioittaneet hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja näin varmistaneet työn eettisen hyväksyttävyyden. Haastattelut ja niiden analysointi toteutettiin siten, että haastateltavien henkilöllisyys säilyi salassa. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitimme viittaamalla heidän julkaisuihinsa tarkasti ja aineiston analysoinnissa etenimme huolellisesti. Tulokset julkaistiin avoimesti ja kattavasti.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 127) mukaan eettinen sitoutuneisuus kuuluu hyvän tieteellisen tutkimuksen perustaan. Opinnäytetyössämme eettisyys huomioitiin aina alkuvaiheista alkaen jatkuen koko prosessin ajan. Pehdyimme hyviin tieteellisiin käytäntöihin ja tutkimuseetiikkaan ennen työn aloittamista ja kiinnitimme huomiota tutkimusta tehdessä eettisiin seikkoihin, kuten huolellisuuteen, tutkimuksen luotettavuuteen, rehellisyyteen sekä yksityisyyden kunnioittamiseen. Kylmä ja Juvakka (2007, 137) toteavatkin tutkimuseiikan olevan läsnä monissa valinta- ja päätöstilanteissa läpi koko opinnäytetyöprosessin.

Opinnäytetyömme aihe valittiin oman kiinnostuksemme mukaisesti työelämäyhteyden valmiiksi esittämistä aiheista. Aihe on hyödyllinen Nokian mielenterveyskeskukselle tiiviin päiväosastohoidon kehittämisen kannalta. Ennen aineiston keruun aloittamista haimme työelämäyhteydeltä tutkimusluvan työllemme. Hakemukseen liitimme huolellisesti tehdyn opinnäytetyön suunnitelman, saatekirjeen ja Tietoinen suostumus -lomakkeen (liite 2). Toimitimme nämä lomakkeet työelämäyhteydelle, joka toimitti ne etukäteen haastateltaville. Haastateltavat allekirjoittivat lisäksi tietoisien suostumuksen osallistumisestaan ennen haastattelun alkua. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavilla oli mahdollisuus perua osallistumisensa tai keskeyttää haastattelu ilman perusteluja missä haastattelun vaiheessa tahansa.

6.3 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on siten olennainen osa tutkimusprosessia. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Yleiset tieteellisen tutkimuksen luotettavuusmittarit ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen tavoitteiden kannalta oikeiden asioiden tutkimista ja reliabiliteetilla tutkimustulosten pysyvyyttä. (Kananen 2014, 147.) Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan validiteetti ja reliabiliteetti ovat määrälliseen tutkimukseen sopivia, mutta niiden käyttö luotettavuuden arviointimenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa aiheuttaa tutkijoiden kesken ristiriitaa. Hirsjärvi ja Hurme (2008, 185) toteavatkin, kuinka näistä käsitteistä voitaisiin jopa kokonaan luopua laadullisesta tutkimuksesta puhuttaessa. Laadullista tutkimusta voi sanoa luotettavaksi, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia, eivätkä epä-

olennaiset tai satunnaiset tekijät ole vaikuttaneet teorianmuodostukseen. Tutkimuksen tekijän tulee kuvata ja perustella valintojaan tutkimustekstissä sekä arvioida niitä. (Vilkkä 2015, 196–197.)

Tuomi ja Sarajärvi (2013, 134) toteavat, ettei laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ole yksiselitteistä. Kun määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta voidaan mitata ja laskea, on laadullisen tutkimuksen luotettavuus enemmän tutkimuksen tekijän arvioinnin ja näytön varassa (Kananen 2014, 146). Myös Vilkkä (2015) korostaa laadullisen tutkimuksen tekijän ja hänen rehellisyytensä merkitystä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Tutkimuksen tekijän tulee arvioida luotettavuutta tutkimuksen jokaisessa vaiheessa ja jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla (Vilkkä 2015, 196).

Opinnäytetyömme pohjautuu teoreettisiin lähtökohtiin, jotka tuomme työn teoriaosuudessa ilmi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyy lähdekirjallisuuden asianmukaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2013, 159). Tiedonhaussa käytettiin ainoastaan luotettavaksi tiedettyjä tietokantoja ja lähteinä toimi sekä kotimaisia että ulkomaisia julkaisuja. Mukana oli artikkeleita, tieteellisiä tutkimuksia sekä muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Pääosin käytimme korkeintaan kymmenen vuotta sitten julkaistuja lähteitä, mutta joitakin vanhempiakin julkaisuja hyödynsimme niiden ajattomuuden tai sisällön merkityksellisyyden vuoksi. Myös Hirsjärvi ja Hurme (2008, 113) kirjoittavat, kuinka kirjallisuuden ja muiden lähteiden valinnassa sekä niiden tulkinnassa tulee käyttää tarkkaa harkintaa sekä lähdekritiikkiä. Kaikki lähdeviitteet on merkitty tarkasti oppilaitoksemme kirjallisten raportointiohjeiden mukaisesti, jotta alkuperäinen aineisto on vaivatonta etsiä.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää sen useampi tekijä. Jokainen tekijä tuo aineiston analyysiin omaa näkemystään ja näin voidaan välttää yksipuolista näkökulmaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Lisäksi työmme luotettavuutta lisää se, että käytimme paljon aikaa sisällönanalyysiin ja mietimme erilaisia tapoja luokitella aineistoa. Pyrimme siihen, että haastateltavien ajatukset tulisivat ilmi mahdollisimman hyvin ja oikeissa asiayhteyksissään. Työmme luotettavuutta arvioitaessa on kuitenkin otettava huomioon, että emme itse olleet valitsemassa haastateltavia. Haastateltavat valittiin päiväosastohoidon sairaanhoidtajien toimesta, mikä voi vaikuttaa työn luotettavuuteen. Haastateltavien valitsemisprosessi ei ole aukottomasti tiedossamme, mutta tiedämme opinnäytetyöhömme osallistumisen olleen vapaaehtoista.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 184) mukaan hyvällä haastattelurungolla sekä teemojen syventämisellä lisäkysymyksien avulla voidaan vaikuttaa aineiston laadukkuuteen. Testasimme teemahaastattelurunkoa opiskelutovereillamme etukäteen varmistaaksemme kysymysten käytettävyyden ja ymmärrettävyyden haastattelutilanteessa. Testauksen perusteella muutimme joidenkin kysymystemme asettelua. Ensimmäisen haastattelun jälkeen huomasimme, että kysymysten järjestystä tulee vielä hieman muuttaa. Haastattelut suoritettiin rauhallisessa paikassa ja jokaiselle haastateltavalle annettiin aikaa, jotta he saivat kertoa rauhassa kaiken haluamansa kustakin temasta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen uskottavuudella, vahvistettavuudella, siirrettävyydellä ja reflektiivisyydellä. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavien käsityksiä tutkittavasta kohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 126–127.) Opinnäytetyössämme pyrimme varmistamaan tämän sillä, että litteroimme haastattelut huolellisesti ja luimme kirjoitettuja haastatteluja useaan kertaan. Teimme sisällönanalyysin yhteistyössä ja näin varmistimme, että olimme ymmärtäneet haastateltavien vastaukset samalla tavoin.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tekijän arviointia omasta vaikutuksestaan aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämä opinnäytetyö on molempien tekijöiden ensimmäinen opinnäytetyö ja myös haastattelijana toimiminen oli molemmille tekijöille uusi kokemus. Erityisesti ensimmäisessä haastattelutilanteessa olimme jännittyneitä, mikä saattoi vaikuttaa haastattelun kulkuun. Haastatteluissa etenimme teemoitain ja huolehdimme kysymyksiemme asettelussa sen, ettemme johdattelisi haastateltavia tiettyyn suuntaan. Muutamia johdattelevia kysymyksiä haastatteluihin sisältyi, mutta suoria lainauksia litteroinneista etsiessämme huomioimme vain potilaiden aidosti ominaan esittäneet mielipiteet.

Kylmä ja Juvakka (2007) kuvaavat vahvistettavuudella tarkoitettavan lukijan mahdollisuutta seurata tutkimusprosessin etenemisen kulkua sen kuvauksen perusteella, kun taas siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Olemme raportoineet opinnäytetyöprosessimme kulun vaihe vaiheelta. Aineiston keruu ja sen analysointi on auki kirjoitettu työhömmme, joten lukija voi seurata prosessin eri vaiheita.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullista menetelmää käyttäen, joten tutkittavien määrä oli pieni. Aihetta olisikin mielenkiintoista tutkia määrällisen tutkimusmenetelmän keinoin, jotta saataisiin kattavampi käsitys potilaiden tyytyväisyydestä hoitomuotoon. Lisäksi vertaileva tutkimus perinteisen päiväsairalan ja intensiivisen päiväosastohoidon välillä voisi tuottaa hyödyllistä tietoa toiminnan kehittämisen tueksi.

Nokian tiivis päiväosastohoito tarjosi toisaalta mahdollisuuden vaikuttaa hoitojakson pituuteen, mutta samalla ryhmä täydentyi hoitojakson kuluessa. Luottamuksen syntyminen vaatii kuitenkin aikansa, joten mielestämme ryhmän vaihtuvuuden vaikutuksia päiväosastohoidossa olisi paikallaan tutkia jatkossa. Koska osalla haastateltavista esiintyi huolta itsenäisestä pärjäämisestä hoitojakson jälkeen, olisi tärkeää myös tutkia tarkemmin tähän johtaneita syitä ja vaikutusmahdollisuuksia.

LÄHTEET

Airaksinen, R., Ala-Vannesluoma, T., Karkkulainen, M., Kastu, R. & Pirhonen, P. 2015. Toimii! Hoitajan opas luoviin menetelmiin. Keuruu: Edita Publishing Oy.

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. 2011. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal Psychiatry* 65, 125–132.

Brabender, V., Fallon, A. & Smolar, A. 2004. *Essentials of Mental Health Practise Ser: Essentials of Group Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Erkkilä, J. & Tervaniemi, M. 2012. Musiikkiterapia masennuksen hoidossa. *Suomen lääkirilehti* 67(21), 1656-1661.

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum Oy.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Havio, M. 2008. Sairaanhoidajan koulutuksen ja työelämän haasteita. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) *Tämä potilas kuuluu meille*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 75-97.

Heikkilä, T. & Lindroos, S. 2009. Perhekeskeisyys terveyskeskuksen arjessa. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57-61.

Heinonen, E., Kurri, K. & Melartin, T. 2016. Sopiiko potilaalleni psykoterapia? *Suomen lääkirilehti* 15(71), 1072-1076.

Hirsjärvi, H. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2008. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 224-225.

Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J. & Saarinen, P. 2012. Seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. *Suomen Lääkirilehti* 8 (67), 607-610.

Jantunen, E. 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivinen teoria. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(16), 1719-1725.

Kallert, T.W., Glöckner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., Nawka, P., Reguliova, H., Raboch, A., Howardova, A. & Schützwohl, M. 2004. A com-

parison of psychiatric day hospitals in five European countries: Implications of their diversity for day hospital research. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39, 777-778.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Juvenes Print Oy.

Kanerva, A. 2013. Kehittymis- ja kehittämisosaaminen mielenterveyslaitosten toiminnassa. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) *Mielenterveyslaitosten toiminta*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 301-314.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, Ø., Haavaldsen, G., Irion, T., Leirvag, H., Tørum, E. & Urnes, Ø. 2003. Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders* 17(3), 243-262.

Karterud, S. & Wilberg, T. 2007. From general day hospital treatment to specialized treatment programmes. *International Review of Psychiatry* February 2007: 19(1), 39-49.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Kivelä, K., Kukkonen-Lahtinen, L., Harjula, K., Peuramäki, T., Esko, P., Waris, R. & Marjamäki, A. 2008. Nuorten päivätoiminta, intensiivistä avohoitoa psykiatriassa. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Kontio, R., Malin, M., Joffe, G., Vastamäki, M. & Wahlbeck, K. 2013. HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitoskeskeisiä. *Terveystieteellinen tutkimus. Suomen Lääkärilehti* 7(68): 496-501.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125(21), 2333-2340.

Korkeila, J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? *Suomen Lääkärilehti* 36(66), 2591-2596.

Kuhanen, C. & Kanerva, A. 2013. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) *Mielenterveyslaitosten toiminta*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 152-179.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kåver, N. & Nilsonne, Å. 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaaan persoonallisuuden hoidossa. Suom. Bergroth, R. Helsinki: Edita Prima Oy. Alkuperäinen teos 2002.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lehtonen, J. 2011. Mielen matriisi ja tietoisuuden taiteellinen ulottuvuus. Teoksessa Leijala-Marttila, M. & Huttula, K. (toim.) Taidepsykoterapia. Psykoanalyttinen näkökulma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 78.

Leijala-Marttila, M. 2011. Kuvataide ja psykoterapia – kaksi suurta voimaa. Teoksessa Leijala-Marttila, M. & Huttula, K. (toim.) Taidepsykoterapia. Psykoanalyttinen näkökulma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16.

Liikanen, H-L. 2010. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia – ehdotus toimintaohjelmaksi 2010-2014. Opetusministeriön julkaisuja 2010: 1.

Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.

Liinamaa, R. 2008. Perhe ja dialoginen hoitotyö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 301-310.

Loat, M. 2011. Mutual Support and Mental Health: A Route to Recovery. London: Jessica Kingsley Publishers.

Lönnqvist, J. 2017. Ryhmäpsykoterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.5.2017. <http://www.oppiportti.fi/>

Malchiodi, C. 2010. Taideterapia taitona ja tieteenalana. Teoksessa Malchiodi, C. (toim.) Taideterapian käsikirja. Suom. Hietaniemi, S. UNIPress Suomi, 14-15.

Malte-Colliard, K. & Lampo, M. 2013. Voimaa taiteesta. Malleja taiteen soveltamiseen hyvinvointialalla. Tampere: Tampereen yliopisto. Tutkivan teatterityön keskus.

Mielenterveyden keskusliitto. n.d. Mitä on vertaistuki? Luettu 3.5.2017. <http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.

Miettinen, T. 2008. Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoito – Ryhmäläisten ja vetäjien kokemuksia. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Murto, K. 2013. Yhteisö terapeutina. Teoksessa Murto, K. (toim.) Terapeuttinen yhteisö. Porvoo: Bookwell, 12-27.

Mustalahti, T. 2006. Taide terveyden edistämisen keinona elämäntilanteen siirtymissä. Kirjallisuuskatsaus ja käsiteanalyysi. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Nieminen, T. 2015. Healthier together? Social capital, Health behaviour and Health. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Nokian kaupunki. 2016. Nokian mielenterveyskeskus päiväosasto -esittelylehtinen.

Nokian kaupunki. n.d. Ryhmätoiminta. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ryhmätoiminta. Luettu 6.11.2016. <http://www.nokiankaupunki.fi/>

Nokian kaupunki. 2013. Mielekäs ja turvallinen Nokia. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2015-2017. Luettu 8.11.2016. <http://www.nokiankaupunki.fi>

Oittinen, P. 2013. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 55-92.

Pesonen, A. 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaatintutkimus.

PSHP. 2016. Aikuispsykiatria suosituksia: painopiste avohoitoon ja lisää asiakaslähtöisyyttä. Luettu 5.5.2017. www.pshp.fi

Raski, M. sairaanhoitaja. 2016. Haastattelu 27.10.2016. Saarinen, H. & Tervo, S. Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosasto.

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Ryhänen, T. 2009. Dialektinen käyttäytymisterapia kroonisesti itsetuhoisten potilaiden hoidossa. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveyshoitotyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 67-75.

Räsänen, M. 2013. Terapeuttinen yhteisö psykiatrian päiväosastolla. Teoksessa Murto, K. (toim.) Terapeuttinen yhteisö. Porvoo: Bookwell, 136-146.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 28.4.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/>

Saxen, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K-M. & Korkeila, J. 2014. Psykiatrista avohoitoa tehostettu Satakunnassa. Terveystieteiden tutkimus. Suomen Lääkärilehti 6(69), 400-405.

Segercrantz, U. 2009. Ryhmäanalyysin haasteet. Teoksessa Lindroos, H. & Segercrantz, U. (toim.) Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Palmenia, 11-22.

Staats, H. 2010. Combining individual and group therapy in an out-patient setting for patients with personality disorders – useful approach or invitation to acting out? Teo-

ksessa Gerlach, A., Schloesser, A. & European federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Health Services (toim.) Crossing borders – Integrating differences: Psychoanalytic Psychotherapy in Transition. London: Karnac, 39-53.

STM. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihde-työn kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Tampere: Juvenes Print.

STM. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen musiikkiterapiayhdistys. 2015. Mitä musiikkiterapia on? Luettu 4.1.2017. www.musiikkiterapia.net.

Särkämö, T. & Huotilainen, M. 2012. Musiikkia aivoille läpi elämän. Lääkärilehti 17(67), 1334-1339.

Tampereen kaupunki. n.d. Päiväsairaalat. Luettu 23.5.2017. <http://www.tampere.fi/>

Terveystieteiden laitos. 30.12.2010/1326.

Tuisku, K., Vuokko, A., Laukkala, T., Mäntynen, J. & Melartin, T. 2012. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio – miksi, milloin ja miten? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128(21), 2251–2259.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue – johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuominen, L. 2013. Strukturoidun haastattelun käyttö skitsofreniapotilaiden tunnistamisessa. Näytönastekatsaus. Luettu 23.5.2017. <http://www.kaypahoito.fi/>

TENK. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto, 101-125.

Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. 2002. A Comprehensive Guiden to Music Therapy. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

1. Tiivis päiväosastohoito potilaiden näkökulmasta

- hoitjakson pituus ja sisältö
- hoidon aloittaminen
- edellytykset potilaalta
- omat vaikutusmahdollisuudet ja läheisten huomioiminen
- sovittaminen muuhun elämään
- jatkohoidon järjestäminen

2. Kokemukset hoidollisista ryhmistä osana päiväosastohoitoa

- vaikutukset vointiin
- ryhmän kokoonpano ja vuorovaikutus
- tapaamisten sisältö
- hoitajien ja muiden ryhmän jäsenten rooli
- luovat menetelmät

3. Kokemukset yksilötapaamisista osana päiväosastohoitoa

- vaikutukset vointiin
- tapaamisten sisältö
- scidin käyttö

4. Päiväosastohoidon mahdolliset hyödyt tai kehittämiskohteet potilaiden mielestä

- kokemukset hoitomuodosta kokonaisuudessaan
- mahdolliset erot yksilö- ja ryhmätapaamisten välillä

Liite 2. Tietoinen suostumus



Liite 2: 1(2)

TIEDOTE

xx.xx.2017

Hyvä Nokian mielenterveyskeskuksen asiakas!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kartoittaa Nokian mielenterveyskeskuksessa tiivistä päiväosastohoitoa saaneiden asiakkaiden kokemuksia hoidostaan.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Nokian kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyötä varten haastattelemme Nokian mielenterveyskeskuksen päiväosaston asiakkaita. Haastattelut nauhoitetaan, jotta aineistoa voidaan analysoida jälkikäteen. Haastattelu toteutetaan kertaluontoisesti ja pyydämme Teitä varaamaan tähän aikaa noin tunnin verran.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina ja kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä opinnäytetyön raportista pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Heta Saarinen
Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Silja Tervo
Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu



Liite 2: 2(2)

SUOSTUMUS

Kokemuksia tiiviistä päiväosastohoidosta Nokian mielenterveyskeskuksessa

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa Nokian mielenterveyskeskuksessa tiivistä päiväosastohoitoa saaneiden asiakkaiden kokemuksia hoidostaan, sekä tilaisuuden esittää opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Sisällönanalyysin eteneminen

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|---|---|---|
| Hoitojakson pituus Osa paranemisprosessia | Hoidon rakenne | Kokemuksia hoidosta kokonaisuutena |
| Hoidon intensiivisyys Sisällön monipuolisuus | Hoidon sisältö | |
| Muutoshalukkuus Oikea kohderyhmä Tunnetyöskentelytaidot Heittäytymiskyky | Hoidon onnistumisen edellytykset potilaalta | |
| Aihevalintojen hoidollisuus Keskustelun intensiivisyys Hoitajien ryhmänohjaustaidot Uuden oppiminen Luottamus Yhteenkuuluvuus Vertaistuki Universaalius Itsensä haastaminen | Ryhmäkeskustelujen hoidolliset tekijät | Kokemuksia hoidollisista tekijöistä |
| Hyötyä ilon kautta Rentoutuminen Leikkimielisyys Tunteiden tiedostaminen | Luovien menetelmien hoidolliset tekijät | |
| Hoitajien vuorovaikutustaidot Keskustelun intensiivisyys Antoisuus Scid osana keskustelua | Yksilökeskustelujen hoidolliset tekijät | |
| Struktuuri Itsetuntemuksen lisääntyminen Uudenlaiset ajatusmallit Vaikutus vointiin Elämänilo ja usko tulevaan | Hoitokokonaisuuden anti | Kokemuksia päiväosastoyhteisöön kuulumisesta |
| Hoidon suunnitteluun osallistuminen Läheisten osallistumiseen vaikuttaminen Keskustelun sisältöön vaikuttaminen | Potilaslähtöisyys | |
| Sairaanhoitajien rooli Lääkärin rooli | Hoitohenkilökunnan rooli | |
| Ryhmän kokoonpanon muutokset Vuorovaikutus ryhmässä | Ryhmän vaikutus | |