

Riku-Henrik Laine

Toiminnallisen kuntoutuksen merkitys  
mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn kuntoutumiskeskus  
Jopissa.

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2011



Satakunnan ammattikorkeakoulu

TOIMINNALLISEN KUNTOUTUKSEN MERKITYS  
MIELENTERVEYSKUNTOUJIENTOIMINTAKYKYYN  
KUNTOUTUMISKESKUS JOPISSA

Laine, Riku-Henrik

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Pori

Huhtikuu 2011

Ohjaaja: Flinck, Marja

Sivut: 37 + liitteitä 3 kpl

Asiasanat: mielenterveyskuntoutus, toimintakyky, mielenterveyshäiriöt,  
kuntoutuminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien mahdollisia toimintakyvyn muutoksia kuntoutujien näkökulmasta kuntoutumisjakson aikana. Tavoitteena oli tuottaa kuntoutusmittari kuntoutumiskeskukseen ja selvittää kuntoutujien kokemuksia toimintakyvyn muutoksiin vaikuttaneista tekijöistä. Kuntoutujat saivat myös esittää muutostoivomuksia kuntoutumiskeskuksen toimintaan.

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla kuntoutumiskeskuksen kuntoutujilta keväällä 2010. Kyselylomakkeita vietiin 55 kappaletta, joihin vastasi 44 kuntoutujaa. Vastausprosentiksi muodostui 80 %.

Suurin osa kuntoutujista koki oman toimintakykynsä parantuneen kuntoutumisjaksolla. Vain vaatehuoltoa, siisteyttä, henkilökohtaista hygieniaa ja päivittäistä ulkoliikuntaa koskevissa kohdissa enemmistö kuntoutujista ei ollut kokenut muutosta.

Oman toimintakyvyn muutoksiin vaikuttavista tekijöistä kysyttäessä suurin osa (70 %) kuntoutujista piti henkilökunnan vaikutusta huomattavana. Laajin vaikutus oli Jopissa tehtävillä työtehtävillä. Suurin osa kuntoutujista koki vaikuttavina tekijöinä myös yhteisöllisyyttä, henkilökunnan panosta, omaa motivaatiota kuntoutumiseen, vertaistukea ja lääkitystä.

Kyselyn lopussa olevaan avoimeen muutosehdotuskysymykseen kuntoutujat vastasivat toivovansa henkilökunnalta lisää aikaa sekä ymmärrystä, parempia työllistymismahdollisuuksia ja suurempaa kannustusrahaa.

## EFFECTS OF FUNCTIONAL THERAPY ON MENTAL REHABILITANTS ABILITY TO FUNCTION IN REHABILITATION CENTER JOPI

Laine, Riku-Henrik

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta Pori

April 2011

Flinck, Marja

Pages: 37 + 3 attachments

**Key words:** mental health rehabilitation, ability to function, mental disorders, rehabilitation

---

The purpose of the present thesis is to inspect how mental rehabilitants experience change in their ability to function during the rehabilitation progress. The objective of the study was to develop a rehabilitation scale for the rehabilitation center and to inspect which factors the rehabilitants considered to have had an effect on their ability to function. The rehabilitants were also given a chance to write down their own ideas and wishes on what changes should be done in the rehabilitation center.

The quantitative method was employed in the present thesis. Material for the thesis was collected in spring 2010 by using a structured questionnaire that was handed out to the rehabilitants in the rehabilitation center. Out of 55 questionnaires that were sent, 44 were answered. Final response rate was 80 %.

The survey showed that most of the rehabilitants felt that their ability to function had improved during their rehabilitation process. Only in subjects of personal hygiene, daily exercise and personal management of clothing, most of the rehabilitants did not see any change in their ability to function.

When asked about the factors that have affected the rehabilitants ability to function, majority (70 %) of them considered the effort of the staff to be an especially important factor. Rehabilitants also felt that the jobs they do in the rehabilitation center had an wide impact. Majority of the rehabilitants also considered things like personal motivation, medication, sense of community, peer support and the effort made by the staff to be important factors.

In the last part of the questionnaire, the rehabilitants were given the chance to express their own ideas of improvement for the rehabilitation center. Rehabilitants hoped for bigger compensation from the jobs, more time and understanding from the staff and better chances of employment after the rehabilitation period.

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	6
3	KESKEISET KÄSITTEET .....	7
3.1	MIELENTERVEYSHÄIRIÖT .....	7
3.1.1	Skitsofrenia .....	7
3.1.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö .....	8
3.1.3	Masennus .....	10
3.2	TOIMINTAKYKY .....	11
3.3	MIELENTERVEYSKUNTOUTUS .....	13
3.3.1	Lääkinnällinen kuntoutus .....	13
3.3.2	Sosiaalinen kuntoutus .....	14
3.3.3	Ammatillinen kuntoutus .....	14
3.3.4	Kasvatuksellinen kuntoutus .....	14
3.4	KUNTOUTUMINEN .....	15
4	KOHDEJOUKKO JA TUTKIMUSMENETELMÄ.....	15
4.1	KOHDEJOUKKO .....	15
4.2	TUTKIMUSMENETELMÄ .....	16
5.	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET .....	18
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	18
6.1	TAUSTAMUUTTUJAT .....	18
6.2	RAHANKÄYTTÖ .....	19
6.3	HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA JA VAATEHUOLTO .....	20
6.4	VUOROKAUSIRYTMII JA ARJEN SUUNNITELMALLISUUS. ....	20
6.5	KOTITÖIDEN JA JOPIN TARJOAMIEN TÖIDEN HOITAMINEN. ....	21
6.6	KAUPOISSA JA VIRASTOISSA ASIOIMINEN. ....	21
6.7	TERVEYTTÄ EDISTÄVÄT ELÄMÄNTAVAT .....	22
6.8	TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTANEET TEKIJÄT.....	22
6.3	KUNTOUTUMISJAKSON PITUUDEN JA TOIMINTAKYVYN MUUTOKSIIN VAIKUTTANEIDEN TEKIJÖIDEN VERTAILU .....	24
6.4	AVOIMEEN KYSYMYKSEEN SAADUT VASTAUKSET. ....	28
7	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	29
7.1	TULOSTEN TARKASTELU .....	29
7.2	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS .....	31
7.3	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS.....	32
7.4	OMA OPPIKOKEMUS JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUS .....	32

## LIITTEET

Liite 1: Yhteistyösopimus

Liite 2: Tutkimuslupa-anomus

Liite 3: Kysymyslomake

## 1 JOHDANTO

Kuntoutumiskeskus Jopi on Porissa sijaitseva, erikoissairaanhoidollista psykiatriasta avokuntoutusta tarjoava kuntoutumiskeskus. Jopissa työskentelee psykiatri, osastonhoitaja, neljä mielenterveyshoitajaa ja käytettävissä on myös sosiaalityöntekijä sekä toimistos sihteeri. Sosiaalityöntekijä ja toimistos sihteeri työskentelevät Torin kuntoutumisyksikössä, mutta ovat myös kuntoutumiskeskus Jopin käytettävissä. (Kuntoutumiskeskus Jopi 2008.)

Vuosittain 1,5 % väestöstä sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön. Joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Mielenterveyden häiriöt ovat tavallisin työkyvyttömyyden syy ja vaikeat häiriöt lisäävät ennen aikaisen kuoleman riskiä. (Aromaa, Gould, Hytti & Koskinen 2005.)

Kuntoutumiskeskus Jopi tarjoaa mielenterveyskuntoutusta lähinnä nuorille, alle 50-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille. Jopin kuntoutujat sairastavat vakavia mielenterveyshäiriöitä kuten skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, masennusta ja kasvavissa määrin myös autismin kirjoa. Kyseisessä kuntoutumiskeskuksessa kirjoilla on noin 55 mielenterveyskuntoutujaa, joista 30 – 40 käy päivittäin kyseisessä yksikössä. Kuntoutujalla voi olla Jopissa 3-5 käyntipäivää viikossa yksilöllisen suunnitelman mukaan. Jopiiin kuntoutuja saapuu erikoissairaanhoidon eri yksiköistä arviointijaksolle, jonka aikana mietitään toiminnallisen kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutussuunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutumisjaksolle tarvitaan lääkärin lähete. (Kuntoutumiskeskus Jopi 2008.)

Jopissa mielenterveyskuntoutujien kuntoutusajat vaihtelevat kuudesta kuukaudesta useisiin vuosiin. Jopissa kuntoutujat tekevät erilaisia alihankintatöitä kuten siivous-, pakkaus-, kokoamis-, liimaus-, lajittelu-, testaus- ja pussitustöitä sekä laadunvalvontaa. Ruokala toimii kuntoutujien keittiöryhmän voimin ja vastuualueisiin kuuluvat ruoka-aineiden ostaminen, valmistaminen, tarjoaminen ja ruokalan kassan hoitaminen. Kaikesta tehdystä työstä saa pientä kannustusrahaa,

joka määräytyy tehdyn työn laadun ja määrän mukaan. Kuntoutujille on tarjolla myös ryhmätoimintoja kuten liikuntaryhmiä ja oireenhallintaryhmiä. (Viinamäki 2004.)

Opinnäytetyön ajankohtaisuus tuli kuntoutumiskeskus Jopin pyynnöstä tuottaa heille kuntoutusmittari kuntoutujien toimintakyvyn muutoksesta kuntoutumisjakson aikana. Opinnäytetyötä aloitettaessa tutkija haastatteli kuntoutumiskeskus Jopin henkilöstöä. Esiin nousi keskeisiä päivittäisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä kuntoutujien rahankäytöstä, vuorokausirytmistä ja ulkoisesta siisteydestä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kuntoutusmittari kuntoutujien toimintakyvyn arvioimiseksi Jopissa kuntoutumisjakson aikana. Tarkoituksena on myös kyseisen mittarin avulla selvittää niitä mahdollisia muutoksia, joita kuntoutujissa on tapahtunut kuntoutumisjakson kuluessa päivittäisten toimintojen alueella.

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kuntoutumisjaksolla olevien mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn mahdollisia muutoksia kuntoutumisjakson kuluessa. Tutkimuksesta saadun aineiston pohjalta tarkoituksena on myös tuottaa kuntoutusmittari kuntoutumiskeskus Jopin käyttöön. Tutkimuksessa käytetään Jopin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia päivittäisten toimintojen mahdollisista muutoksista kuntoutumisjakson kuluessa. Kuntoutujat arvioivat omaa nykytilannettaan verraten sitä tilanteeseen ennen kuntoutumisjaksoa Jopissa. Tutkimuksessa käytetään kyselylomakkeita (liite 3), jotka jaettiin kuntoutumiskeskus Jopiin keväällä 2010.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia päivittäisen toimintakyvyn muutoksia mielenterveyskuntoutujat kokivat kohdallaan tapahtuvan kuntoutumisjakson kuluessa kuntoutumiskeskus Jopissa?

2. Mitkä tekijät vaikuttivat mielenterveyskuntoutujien päivittäisen toimintakykyyn kuntoutumisjakson kuluessa?

3. Mitä kehittämisajatuksia kuntoutujilla on kuntoutumisjaksoon liittyen?

### 3 KESKEISET KÄSITTEET

#### 3.1 Mielenterveyshäiriöt

##### 3.1.1 Skitsofrenia

”Skitsofrenia on vakava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö” (Lönqvist, Partonen, Marttunen, Henriksson & Heikkinen 2001, 31). Skitsofrenialle ei ole yksittäistä tunnusomaista oiretta, vaan diagnoosiluokitus on jaettu useisiin alamuotoihin, joiden kliinistä kuvaa hallitsevat tietyt oireet. Skitsofrenia ja sen alamuodot kuuluvat oireiltaan, hoidettavuudeltaan ja ennusteeltaan mielenterveyshäiriöiden vaikeimpaan ydinryhmään. (Lönqvist ym. 2001, 31.) Skitsofreniaan sairastuvan henkilön toimintakyvyn heikkeneminen voi olla niin voimakasta, että se estää hänen kykynsä huolehtia päivittäisistä asioista. Toimintakyvyn lasku vaikuttaa negatiivisesti mm. rahataloudesta, ulkoasusta, terveydestä, turvallisuudesta ja hygieniasta huolehtimiseen. Toimintakyvyn heikkenemisellä on myös vaikutus sairastuneen aikuistumiseen, itsenäistymiseen sekä ihmissuhteiden ylläpitämiseen ja aloittamiseen. Skitsofrenia on Suomen suurin yksittäinen työkyvyttömyyden aiheuttaja ja rahassa mitattuna se aiheuttaa enemmän kustannuksia kuin tupakointi. Noin joka kolmanneksella skitsofreniaa sairastavalla häiriö jää krooniseksi. Suomessa yli puolet psykiatrisista sairaansijoista käytetään skitsofreniapotilaiden hoitoon, vaikkakin sairaansijojen vähentäminen 1990-luvulla on antanut avohoidolle ja perusterveydenhuollolle aiempaa tärkeämmän aseman. (Isohanni ja Joukamaa 2002, 37, 45.)

Skitsofrenia alkaa usein nuorella aikuisiällä ja se ilmenee psyykkisten toimintojen hajoamisena, psykoottisina oireina, sosiaalisena eristäytymisenä, ajattelun ja

tunne-elämän häiriöinä sekä toimintakyvyn heikkenemisenä. Skitsofreniaa esiintyy n.1 % väestöstä. Altistavia tekijöitä on useita, mm. varhaiset hermostolliset kehityshäiriöt, lapsuuden traumaattiset kokemukset ja pitkäaikaiset kuormittavat elämäntilanteet. Skitsofreniapotilaan kuntoutuksen tavoitteena on oireiden poistaminen tai lievittäminen, uusien psykoosijaksojen estäminen tai vähentäminen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Skitsofrenian hoito järjestetään ensisijaisesti avohoidossa. (Hirvonen ja Salokangas 2008; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 160 - 166.) Lönnqvist ym. (2001, 31) kuitenkin painottavat skitsofrenian hoidossa keskeiseksi eri hoitomuotojen yksilöllistä yhdistämistä.

Täydellinen toipuminen skitsofreniasta on harvinaista ja valtaosalla potilaista osa oireista säilyy läpi elämän. Tosin oireet usein helpottavat iän myötä. Vaikeasti sairaista potilaista huomattava osa oppii kuitenkin elämään oireidensa kanssa ja nauttimaan elämästä. (Isohanni ja Joukamaa 2002, 45). Skitsofrenian hoitoennustetta voidaan parantaa aikaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla (Isohanni ja Joukamaa 2002, 48).

### 3.1.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vahvasti perintötekijöihin liittyvä, pitkäaikainen ja yksilöllisesti vaihteleva sairaus. Sen vaikutus elämään on yleensä laaja-alainen. (Jänkälä, Saarinen & Karila 2008, 97). Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla esiintyy usein vakavia masennustilan jaksoja sekä hypomaanisia/maanisia jaksoja (Isometsä 2009). Leinosen (2002, 68) mukaan vain pienellä osalla potilaista, noin 10 - 20 prosentilla, maniat toistuvat ilman välissä olevia depressiojaksoja. Toiminnallisuuden oleellinen lisääntyminen ja mielialan nousu liittyvät tilaan, jota kutsutaan maniaksi. Maanisen vaiheen lisäksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla on usein vähintään yksi jakso, jonka aikana mieliala ja toiminnallisuus laskevat huomattavasti. Näiden depressio- ja maniajaksojen välillä potilaiden tila usein tasaantuu ja normalisoituu. (Leinonen 2002, 68).



Masennusvaiheet hallitsevat usein sairauden ajallista kulkua. Sairaus jaetaan kahteen ryhmään; tyypissä I on manian, depression sekä sekamuotoisia jaksoja ja tyypin II häiriössä vaihtelevat depressio ja hypomania. Potilaalla on vähintään kaksi jaksoa: toisessa mieliala ja toimeliaisuus ovat kohonneet ja toisessa mieliala ja toimintakyky ovat heikentyneet. Lääkitys on sairaudessa keskeinen hoidon muoto. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuuttivaiheet hoidetaan usein psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Jos avohoito arvioidaan akuuttivaiheessa riittäväksi, tulee potilaan tilaa seurata säännöllisin tapaamisin. (Isometsä 2009; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 145 - 149.)

”Varsinkin ensimmäisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön mania- tai depressiojaksojen puhkeamiseen vaikuttavat useat tekijät, mutta osalla potilaista sairauden aktivoituminen ei näytä riippuvan ulkoisista tekijöistä.” (Leinonen 2002, 69.) Sairastumisiin vaihdellaan lapsuudesta vanhuuteen, elinikäinen sairastumismahdollisuus on noin 1-1,5 prosenttiyksikön luokkaa. Sukupuolijakauma sairastuneiden välillä on tasainen, miesten ja naisten suhdeluku on arvioilta 2:3. (Leinonen 2002, 69.)

Useimmiten kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa depressiolla. Sairausjaksojen lukumäärä vaihtelee potilaiden välillä, mutta oireeton väliaika kestää useimmiten 6-9 kuukautta. Osalla potilaista sairauden muutokset vaihtelevat kuitenkin nopeammin. Mania alkaa usein äkillisesti ja hoitamattomana sen kesto vaihtelee parista viikosta 5 kuukauteen. Nopea manian hoito on tärkeää, sillä potilailla on usein taipumus sekoittaa omia asioitaan maanisen jakson aikana. Maniassa potilaan aktiivisuus ja mieliala kohoavat, mutta toisaalta arvostelukyky sekä työ- ja toimintakyky heikentyvät. Tyypillistä on myös unen ja vuorokausirytmien häiriintyminen. Hypomanian oireet ovat maniaa lievempiä ja toimintakyvyn lasku on pienempää. Pitkäaikainen ylläpitohoito mielialaa tasoittavilla lääkkeillä on usein tarpeen akuutin maanisen vaiheen jälkeen. (Leinonen 2002, 69 - 70; Jänkälä ym. 2008, 97,100.)

### 3.1.3 Masennus

Masennustila eli depressio on yleisin Suomessa esiintyvä mielenterveydenhäiriö. Depressiota esiintyy kaikenikäisillä, mutta eniten sitä esiintyy myöhäisessä keski-iässä. Lähes viidennes väestöstä sairastaa jonkin asteisen depression elämänsä aikana. Sairaus voidaan luokitella oireiden perusteella lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi masennukseksi tai psykoottiseksi depressioksi. Depressio on kaksi kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. Sairautena masennuksessa vaikuttavat yhtä aikaa fysiologiset, psykologiset sekä sosiaaliset tekijät. Masennukselle altistavia tekijöitä on lukuisia, mm. elämänkriisit, varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat, opitut negatiiviset ajattelumallit, mahdollinen perinnöllinen tekijä, tietyt lääkeaineet ja päihteet. Oireet näkyvät tunnetilan ja toimintakyvyn muutoksina. Masennuspotilaan hoito perustuu masennustilan luokitukseen ja kattavaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 145 - 149.)

Vaikka masennustila ja toistuva masennus erotetaan ICD-10 tautiluokituksessa omiksi ryhmikseen, on niillä samanlaiset oirekuvat (Leinonen 2002, 63). Masennukselle ominaisia oireita ovat mm. masentunut mieliala, mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen sekä jokapäiväistä elämää ja ihmissuhteita häiritsevä alavireisyys ja toivottomuus. Tällainen mieliala voi olla normaali reaktio elämää järkyttäviin muutoksiin, mutta sairaudeksi se määritellään yleensä vasta oireilun ollessa erityisen vaikeaa tai epätavallisen pitkäkestoista. Masennuksen aiheuttama toimintakyvyn lasku vaikuttaa myös näkyvästi kansantalouteen. Sairaslomina menetetään noin 2,5 miljoonaa työpäivää vuosittain ja noin 37 000 suomalaista on masennuksen vuoksi eläkkeellä. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29 - 30.)

Masennuksen tunnistaminen ei ole aivan yksiselitteistä. Ihmiset usein hakevat syytä oman toimintakyvyn ja mielialan laskuun ulkoisista tekijöistä tai fyysisestä sairaudesta. Masennus huomataan usein vasta sen ollessa vakava ja sen haitatessa toimintakykyä huomattavasti. Yleisiä masennukseen mahdollisesti viittaavia oireita ovat mm. unihäiriöt, vähentynyt ruokahalu, alentunut itsetunto ja itseluottamus, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, itsetuhoajatukset tai itsetuhotoimet, keskittymisvaikeudet, fyysinen kiihtyneisyys tai hidastuneisuus,

pitkittänyt kipuilu ja ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet kuten hengenahdistus, hikoilu ja vapina. (Melartin & Vuorilehto 2009, 30 - 31.)

Masennustilan vakavin seuraus on itsemurha, jopa noin viidennes depressiota sairastavista kuolee itsemurhaan (Leinonen 2002, 65). ”Masennukseen liittyy usein toivottomuutta, joka monesti ennustaa itsemurhavaaraa enemmän kuin masennuksen vakavuus” (Karila 2008, 89). Masennuksen vakavuutta määritellään sen oireiden lukumäärän mukaan. Tämä kuvaustapa jättää huomioimatta masennusoireiden keston ja kuinka hyvin aikaisemmista on hoidoista toivuttu. Masennus uusiutuu herkästi ja viidenneksellä se muuttuu krooniseksi. (Karila & Kokko 2008, 15 - 16.)

Masennustilan lamaannuttaessa potilaan toimintakykyä on hoidossa aktiivisesti autettava potilasta käytännön ongelmien ratkaisemisessa. Masennuksen hoidossa käytetään useita erilaisia terapiamuotoja. Akuuttivaiheessa keskitytään negatiivisten ajatusmallien poistamiseen ja toivon ylläpitämiseen. Masennustilaa sairastavalle potilaalle on järjestettävä riittävä seuranta ja itsemurhariskiä on syytä arvioida toistuvasti. Masennuslääkkeet ovat keskeinen hoitomuoto ja niistä hyötyy vähintään kaksi kolmasosaa potilaista. Lääkityksen riittävä kesto ja seuranta on tärkeää. Toistuvissa masennuksissa pitkäaikainen lääkkeiden ylläpitohoito vähentää uusiutumiseriskiä. Psykoottisen depression hoidossa antipsykoottisten lääkkeiden yhdistäminen antidepressiivisiin lääkkeisiin parantaa hoitotulosta huomattavasti. (Leinonen 2002, 66 - 67.)

### 3.2 Toimintakyky

Toimintakyky käsitteenä sisältää fyysisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä edellytyksiä, jotka muodostavat toimintakykyisen ihmisen. Toimintakykyinen ihminen kykenee vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa sekä tuntee selviytyvänsä jokapäiväisistä haasteista niin kotona, työssä kuin vapaa-aikanakin. Toimintakykyä tulee tarkastella ihmisen varsinaisessa elinympäristössä, koska ympäristö ja yksilö toimivat aina vuorovaikutuksessa keskenään. Ympäristöltä saatava luotettava tuki vaikuttaa kuntoutujan omaan suhtautumiseen tulevaisuudestaan myönteisesti.

Kuntoutumistarpeen taustalla olevat mielenterveysongelmat voivat pitkään jatkuessaan heikentää ihmisen toimintakykyä, joka johtaa ongelmiin niin ihmissuhteissa, itsensä huolehtimisessa, työssä kuin arkipäivän toiminnoissakin. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 14 - 16.) Koskisu (2004, 15) mainitsee toimintakykyisyyden edistämisen lisäävän hallinnan tunnetta, jolloin kuntoutus perustuu kuntoutujan käsitykseen omasta toimintakyvystään.

Toimintakykyinen ihminen pystyy asettamaan itselleen tavoitteita ja pyrkimään näitä kohti. Toimintakyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Kun tarkastellaan ihmisen toimintakykyä kokonaisuutena, niin näitä osa-alueita ei voida erottaa toisistaan. Yhdellä osa-alueella tapahtuva muutos vaikuttaa ihmiseen kokonaisuutena. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 1997, 13.)

Fyysinen toimintakyky sisältää terveydentilan, fyysisen kunnan ja elämää ylläpitävät fysiologiset perustoiminnot, jotka luovat perustan päivittäistä toiminnoista selviytymiselle. Sosiaalisesti toimintakykyinen ihminen kykenee rakastamaan ja pystyy luomaan ihmissuhteita erilaisissa elämään kuuluvissa yhteisöissä ja tilanteissa, kuten perheessä ja ystäväpiirissä. Psyykkisellä toimintakyvyllä viitataan kykyyn ottaa vastaan ja käsitellä tietoa. Kykyä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta, tuntea ja kokea. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee suunnittelemaan omaa elämäänsä, tekemään tietoisia vastuullisia valintoja ja jaksaa uskoa omaan kykyynsä selviytyä vaikeistakin tilanteista. Pitkittyneet ongelmat ihmisen toimintakyvyssä vaikuttavat kaikkiin elämänalueisiin ja arkielämästä selviytyminen vaikeutuu. (Kähäri-Wiik ym. 1997, 13 - 14.)

Tässä opinnäytetyössä toimintakyvyllä viitataan arjen päivittäisten toimintojen onnistumiseen ja perusstruktuurien muodostamiseen, joka tarkoittaa normaalia vuorokausirytmää ja yhteisten sääntöjen noudattamista, sosiaalisuutta, vuorovaikutustaitoja, siivoamista, ruuanlaittoa ja työntekoa. Heikkinen-Peltosen ym. (2008, 232 - 234) mukaan päivittäisillä toiminnoilla tarkoitetaan mm. pukeutumista ja vaatehuoltoa, kaupoissa sekä toimistoissa asioimista. Lisäksi päivittäisiin toimintoihin kuuluu ravitsemuksesta, henkilökohtaisesta hygieniasta,

kodin siisteydestä ja omaan kuntoutukseen liittyvien asioiden kuten lääkehoidosta ja sovitusta kuntoutuskäynneistä huolehtiminen.

### 3.3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutus on käsitteenä laaja ja osittain epäselvä. Yhteiskunnan hyötynäkökohdista kuntoutuksen tehtävänä on työvoiman ylläpitäminen ja yhteiskunnan menojen säästäminen. Kun puhutaan mielenterveyskuntoutuksesta laajana toimintana se vaikuttaa kuntoutujan ympäristöön sekä kuntoutujaan yksilönä. Tällöin yritetään kartoittaa mahdollisia sairaudesta tai oireilusta aiheutuvia ongelmia kuten hallinnan puutetta ja toimintakyvyn vajausta.

(Koskisuus 2004, 10 - 11.)

Mielenterveyskuntoutusta käytetään Suomessa yleiskäsitteenä kaikelle mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten kuntoutukselle. Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla pyritään palauttamaan psyykkisesti sairaan ihmisen työ- ja toimintakykyä ja oireiden helpottamista. (Kuntoutusportin [www-sivut](http://www.kuntoutusportin.fi) 2010.) Käytännössä mielenterveyskuntoutuksen suunta on muuttumassa hyvinvoinnin, osallisuuden, innostuksen ja motivaation lähteiden etsimiseksi ja tukemiseksi. Voimavarasuuntautuneisuus on yleistynyt ajatus- ja toimintamalli suomalaisessa kuntoutusmaailmassa. (Riikonen 2008, 158.) Kuntoutuksen tulisi alkaa mahdollisimman pian sairauden akuuttivaiheen jälkeen. Kuntoutus jaetaan lääkinälliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 37, 225.)

#### 3.3.1 Lääkinällinen kuntoutus

Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu arkea helpottavia kuntoutus- ja apuvälinepalveluita kuten erilaiset terapiat, kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa, kuntoutusohjaus, sopeutumisvalmennus ja apuvälinepalvelut. Näillä palveluilla pyritään tukemaan ja parantamaan kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja

sosiaalista toimintakykyä. Lääkinnällinen kuntoutus järjestetään pääasiallisesti terveydenhuollossa. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 37 - 58.)

### 3.3.2 Sosiaalinen kuntoutus

Kuntoutujan näkökulmasta sosiaalisen kuntoutus ehkäisee syrjäytymistä ja auttaa ylläpitämään kuntoutujan toimintakykyä yhteisön jäsenenä. Kuntoutusyksiköissä järjestetään sosiaalista kuntoutusta terapeuttisissa yhteisöissä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225.) ”Sosiaalinen kuntoutus on osittain sosiaalihuollon tehtävä, mutta se liittyy muidenkin organisaatioiden kuntoutuspalveluihin” (Kähäri-Wiik ym. 2007, 58).

### 3.3.3 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillinen kuntoutus antaa kuntoutujalle työkaluja koulutuksen ja ammatin suunnitteluun, oman työkyvyn arvioimiseen ja auttaa työelämään siirtymisessä ja työelämässä säilymisessä. Ammatilliseen kuntoutukseen sisältyy myös työllistymistä edistäviä toimia, kuten työkokeilut, työnohjaus, kuntoutustutkimukset, työhön valmennus ja elinkeinotuki. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225; Kähäri-Wiik ym. 2007, 63 - 67.)

### 3.3.4 Kasvatuksellinen kuntoutus

Kasvatuksellinen kuntoutus liittyy lähinnä lapsiin ja nuoriin, esimerkiksi mahdollistaen mielenterveyshäiriöistä kärsivien lasten ja nuorten opiskelun sairaalakouluissa. Kasvatuksellinen kuntoutus on osa kasvatustyötä ja se paneutuu lasten ja nuorten kasvatukseen ja koulutukseen ja niihin liittyviin erityisjärjestelyihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225; Kähäri-Wiik ym. 2007, 67 - 71.)

### 3.4 Kuntoutuminen

Koskisuus (2004, 24 - 31) toteaa kuntoutuksen olevan sitä, mitä ammattihenkilö tekee tukeakseen kuntoutumista ja että kuntoutuminen on kuntoutujassa tapahtuvaa muutosta. Kuntoutuminen on kaikkea sitä, mitä kuntoutujat itse tekevät oman elämänsä hyväksi.

Mielenterveyskuntoutuksen määritelmässä nostetaan usein esille juuri toimintakyvyn ja voimavarojen kohentuminen. Keskeisenä ideana on tukea yksilön selviytymistä omista kasvua estävistä tekijöistä siten, että hän kykenee käsittelemään niitä ja pystyy kehittymään ideaalisesti voimavaransa huomioiden. (Mattila 2009, 100.) Kuntoutumisen myötä kuntoutujan itseensä kohdistamat mielikuvat muuttuvat positiivisemmiksi. Kuntoutumisen tarkoituksena on saavuttaa kuntoutujan omalle elämälleen asettamia tavoitteita ja samalla lisätä kuntoutujan kykyä toimia elinympäristössään. Kuntoutuminen on kuntoutujan omaa toimintaa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2007.) Lähtökohtina ovat yksilön jäljellä olevien voimavarojen ja toimintamahdollisuuksien vahvistaminen ja mielekäs käyttöönotto. (Kähäri-wiik ym. 1997, 14). Kähäri-Wiik ym. (2007, 18) toteavat, että kuntoutumisen edistyessä kuntoutuja oppii uudenlaisia toimintatapoja ja löytää uusia voimavaroja sekä uusia tapoja kohdata arkipäivän tilanteita.

## 4 KOHDEJOUKKO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

### 4.1 Kohdejoukko

Kohdejoukkona ovat kaikki kuntoutumiskeskus Jopissa kirjoilla olevat mielenterveyskuntoutujat. Jopissa on noin 55 mielenterveyskuntoutujaa, joista 30 – 40 käy päivittäin. Kirjoilla olevien kuntoutujien diagnostiikka sisältää pääasiassa skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja kasvavissa määrin myös autismin kirjoja. Kuntoutujien kuntoutusaika vaihtelee puolesta vuodesta useisiin vuosiin. (Kuntoutumiskeskus Jopi 2008)

## 4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus käynnistyi kuntoutumiskeskuksen pyynnöstä tuottaa heille kuntoutusmittari. Kuntoutumiskeskuksen osastonhoitajalta pyydettiin lupaa tutkimuksen suorittamiseen kirjallisella hakemuksella. Lupahakemuksen (liite 2) liitteenä oli tutkimussuunnitelma. Jopin osastonhoitaja antoi kirjallisen suostumuksen aineiston keruuseen. Opinnäytetyön tekemisestä tehtiin myös kuntoutumiskeskus Jopia, Satakunnan ammattikorkeakoulua ja työn tekijää koskeva yhteistyösopimus (liite1). Opinnäytetyössä toteutetaan kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu myös kuntoutusmittariksi kyseiseen yksikköön. Kvantitatiivinen tutkimus hyödyntää tilastollisia menetelmiä aineiston analyysissä ja tutkimus perustuu aineiston mitattavissa olevien suhteiden tarkasteluun. (Hirsijärvi 2009, 139 - 145.) Keskeisiä asioita kvantitatiivisessä tutkimuksessa ovat mm. aikaisempien tutkimuksien johtopäätökset, käsitteiden määrittely, aiemmat teoriat ja havaintoaineiston soveltuvuus määrälliseen mittaamiseen. (Hirsijärvi 2004, 131.)

Yksi perinteinen tiedonkeruutapa on survey-tutkimus jonka keskeisenä metodina on kysely. Vastaajat muodostavat otoksen ihmisjoukosta, jota halutaan tarkastella. Tietoa kerätään kyselylomakkeella tai strukturoidulla haastattelulla. Survey-menetelmällä kerätty tieto käsitellään usein kvantitatiivisesti. Tieto kerätään standardoidusti, eli kysymykset esitetään vastaajille täysin samassa muodossa. Kyselystä saatu aineisto voidaan siirtää nopeasti käsiteltävään muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Haittapuolia ovat epävarmuus vastausten rehellisyydestä ja vaikeus ennakoida katoa eli kyselyyn vastanneiden lopullista lukumäärää. (Hirsijärvi 2004, 125, 182 - 184.)

## 4.3 Aineiston kerääminen ja analysointi

Opinnäytetyössä käytettiin strukturoituja kyselylomakkeita (liite 3), jotka opinnäytetyön tekijä toimitti henkilökohtaisesti kuntoutumiskeskus Jopiin keväällä 2010 ja asia esitettiin kuntoutujille. Lomakkeen loppuun lisättiin yksi



avoin kysymys. Kuntoutujat täyttivät kyselylomakkeen Jopi-käynnin yhteydessä. Lomakkeen pituus pidettiin mahdollisimman lyhyenä, jotta moni kuntoutuja vastaisi ja jaksaisi keskittyä kysymyksiin. Lomakkeissa ei kysytty henkilöllisyyttä ja ne tuhottiin tulosten analysoinnin jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen oli kaikille kuntoutujille vapaaehtoista. Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin kuntoutumiskeskus Jopin henkilökunnan näkemyksiä sekä alan kirjallisuutta.

Aineiston analyysitapa määräytyy tutkimustehtävän ja ongelman mukaan. Kvantitatiivista tutkimustapaa käytetään usein selittämiseen pyrkivässä ja kvalitatiivista tutkimustapaa ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa. Käytännön tutkimustyössä nämä ovat kuitenkin esillä usein rinnakkain. (Hirsijärvi ym. 2004, 212 - 213.)

Opinnäytetyön tulokset kerättiin Excel-tilaukkolaskentaohjelmaan ja tiedot siirrettiin Tixel-tilastointiohjelmaan kuvioiden ja prosenttijakaumien muodostamiseksi. Kuvioissa jokaisen kysymyksen tulos löytyy eriteltynä, mutta sanallisesti tuloksia on voitu yhdistää teemoittain tulosten lukemisen mielekkyyden edistämiseksi (esim. kysymykset hampaiden pesusta, alusvaatteiden vaihtamisesta, päivittäisestä peseytymisestä ja hiusten puhtaudesta huolehtimisesta ovat yhdistettynä hygienia käsitteen alle ja laskettu vastauksien jakaumien summajakauma). Kuntoutumisjakson pituuden riippuvuussuhdetta toimintakykyyn vaikuttaneisiin tekijöihin mitattiin myös korrelaatiokertoimen p-arvolla.

Kyselylomakkeen lopussa olleessa avoimessa kysymyksessä kuntoutujilta kysyttiin muutosehdotuksia kuntoutumiskeskuksen toimintaan. Vastauksia saatiin 22 kappaletta. Vastauksien tarkastelussa sovellettiin aineistolähteistä sisällön analyysia. Analyysiyksikkönä käytettiin yhden tai useamman lauseen muodostamaa ajatuskokonaisuutta. Saadut vastaukset kirjattiin sanatarkasti yhdelle lomakkeelle, jonka jälkeen vastaukset ryhmiteltiin niissä esiintyvien teemojen mukaisesti.

## 5. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

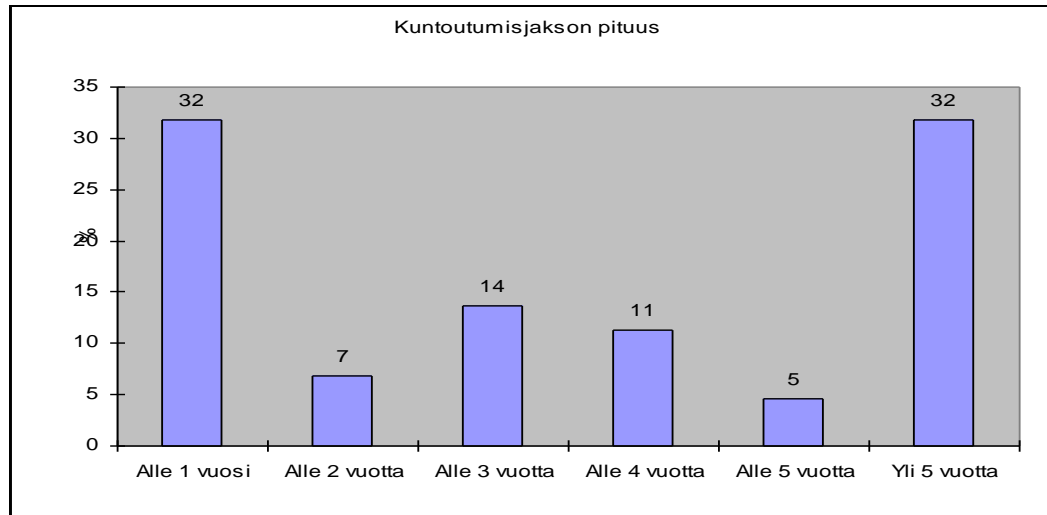
Opinnäytetyön aiheesta ei ole paljon mielenterveyskuntoutujille tehtyjä aikaisempia tutkimuksia. Hakuja tehtiin asiasanoilla eri tietokannoissa kuten Theseus, JYKDOK ja Google, mutta tulokset liittyivät suurelta osin somaattiseen kuntoutukseen tai ikääntyneiden ihmisten itsenäisen elämisen tukemiseen. Aiheita, jotka sivuaisivat tätä tutkimusta, oli hankala löytää.

Lindholm-Ventola Heidin (2010) opinnäytetyön tutkimuksen tarkoitus oli selvittää työterapian merkitystä mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiseen. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Pääosa tutkimuksen mielenterveyskuntoutujista olivat tyytyväisiä työterapiaan ja kokivat hyötynensä siitä. Suurimman hyödyn kuntoutajat olivat kokeneet sosiaalisissa muutoksissa, kuten rohkeudessa toimia muiden ihmisten kanssa. Työterapian ohjaajien koettiin tukevan kuntoutujia tarpeeksi. Muutoksia kaivattiin työn monipuolisuuden lisäämisessä ja kahdeksan euron päivämäärän nostamisessa. Kuntoutajat kokivat työterapian enemmän työnä kuin terapiamuotona ja pitivät päivämäärän nostamista motivaatiota edistävänä tekijänä. Tutkimustuloksista Lindholm-Ventola totesi työterapian olevan hyödyllinen kuntoutumismuoto suurimmalle osalle kuntoutujista.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Taustamuuttajat

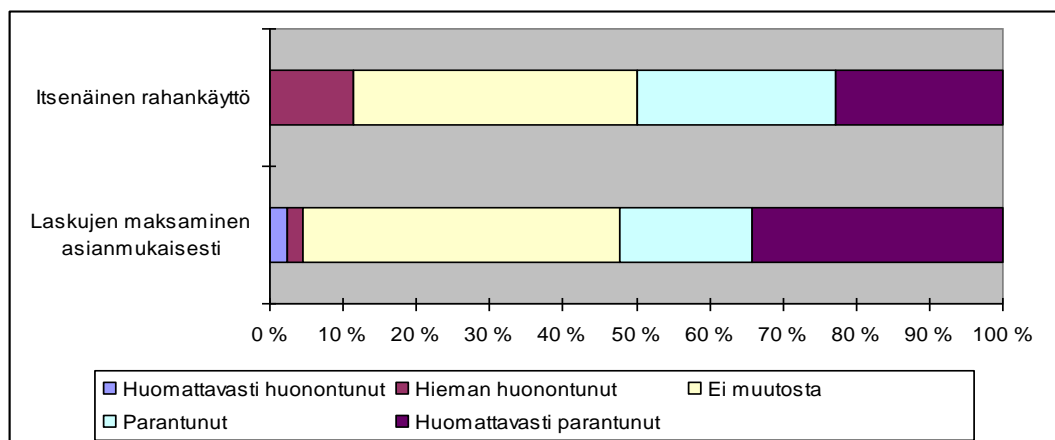
Kyselyyn vastanneiden mielenterveyskuntoutujien keskimääräinen ikä oli 38,9 vuotta ikäjakauman ollessa välillä 17 - 60 vuotta. Kuntoutumisjakson kesto vaihteli alle vuodesta yli viiteen vuoteen (kuvio 1.) Vastaajista 27 oli miehiä ja 17 naisia. Kyselylomakkeita vietiin Jopiiin 55 kappaletta. Vastauksia saatiin 47 kappaletta, mutta niistä 44 oli täytetty ohjeiden mukaisesti. Todellinen vastausprosentti oli siis 80 %.



KUVIO 1. Kuntoutumisjakson pituus.

## 6.2 Rahankäyttö

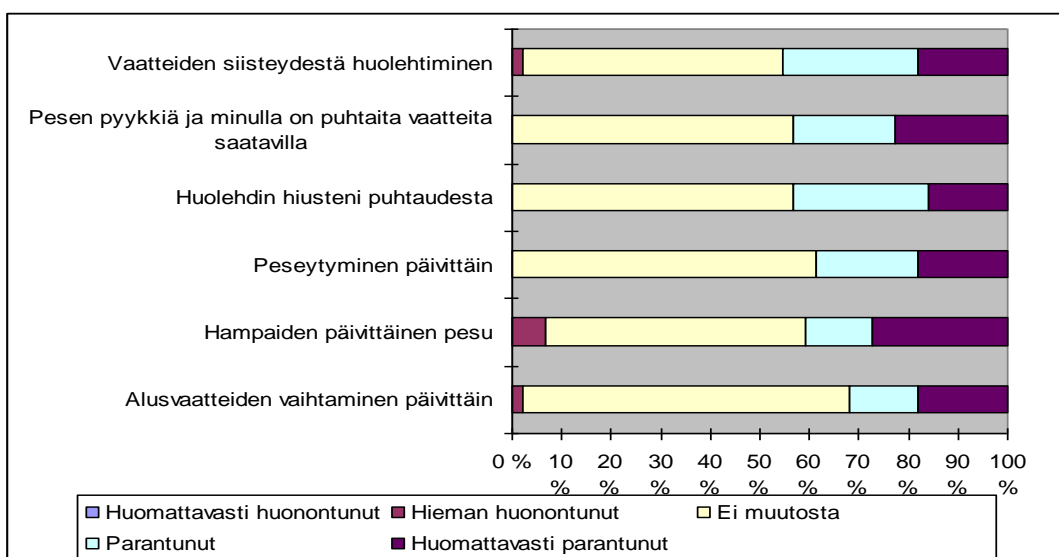
Kysyttäessä rahankäyttöön liittyvistä asioista 50 % vastanneista oli sitä mieltä, että heidän itsenäinen rahankäyttönsä on joko parantunut tai parantunut huomattavasti kuntoutumisjakson aikana. Vastaajista 39 % oli sitä mieltä, että itsenäisessä rahankäytössä ei ole tapahtunut muutosta ja 11 % vastasi rahankäytön hieman huonontuneen. Laskujen asianmukainen maksaminen oli 52 % mielestä joko huomattavasti parantunut tai parantunut. Vastanneista 43 % eivät kokeneet muutosta ja 4 % mielestä laskujen maksaminen oli joko huomattavasti huonontunut tai huonontunut (kuvio 2).



KUVIO 2. Rahankäyttö ja laskujen maksaminen.

### 6.3 Henkilökohtainen hygienia ja vaatehuolto

Vaatteiden siisteyteen ja pyykinpesemiseen liittyvissä kysymyksissä 44 % vastanneista koki asioiden parantuneen tai parantuneen huomattavasti. Vastaajista 55 % ei kokenut muutosta ja vain 1 % koki asioiden hieman huonontuneen. Henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvissä kohdissa käsiteltiin hiusten puhtaudesta huolehtimista, päivittäistä peseytymistä, päivittäistä hampaiden pesua sekä alusvaatteiden päivittäistä vaihtamista. Vastaajista 39 % koki parannusta tai huomattavaa parannusta. Vastaajista 59 % ei kokenut muutosta ja vain 2 % koki hygieniasta huolehtimisen hieman huonontuneen (kuvio 3).



KUVIO 3. Henkilökohtainen hygienia ja vaatehuolto.

### 6.4 Vuorokausirytmii ja arjen suunnitelmallisuus.

Vuorokausirytmiiin liittyvässä osiossa kysyttiin vuorokausirytmiiin säännöllisyydestä, riittävästä nukkumisesta ja aamu heräämisen helppoudesta.

Vastaajista 51 % koki asioiden parantuneen tai huomattavasti parantuneen ja 33 % ei kokenut muutosta tapahtuneen. Vastaajista 16 % sen sijaan koki asioiden hieman huonontuneen tai huomattavasti huonontuneen. Suunnitelmallisuudessa arjessa tarkoitettiin esim. päivän ohjelman suunnittelua etukäteen ja kauppalistan tekoa kauppaan mennessä. Vastaajista 50 % koki suunnitelmallisuuden

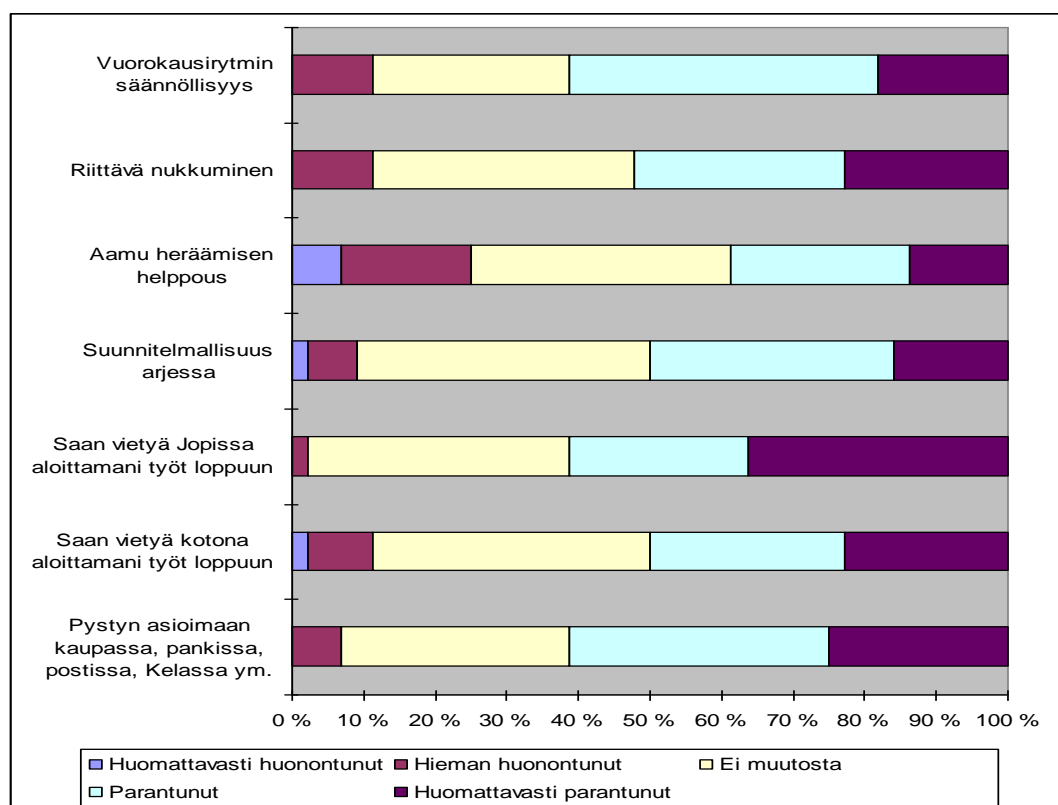
parantuneen tai parantuneen huomattavasti, mutta 41 % ei kokenut muutosta ollenkaan. Suunnitelmallisuuden huonontuneen tai huomattavasti huonontuneen koki 9 % (kuvio 4).

## 6.5 Kotitöiden ja Jopin tarjoamien töiden hoitaminen.

Töiden tekemiseen liittyvissä kysymyksissä kysyttiin kuntoutumiskeskus Jopissa tehtävistä töistä ja oman kodin kotitöistä. Vastaajista 56 % koki asioiden parantuneen tai huomattavasti parantuneen, mutta 38 % ei kokenut muutosta tapahtuneen. Asioiden huonontuneen tai huomattavasti huonontuneen koki 7 % (kuvio 4).

## 6.6 Kaupoissa ja virastoissa asioiminen.

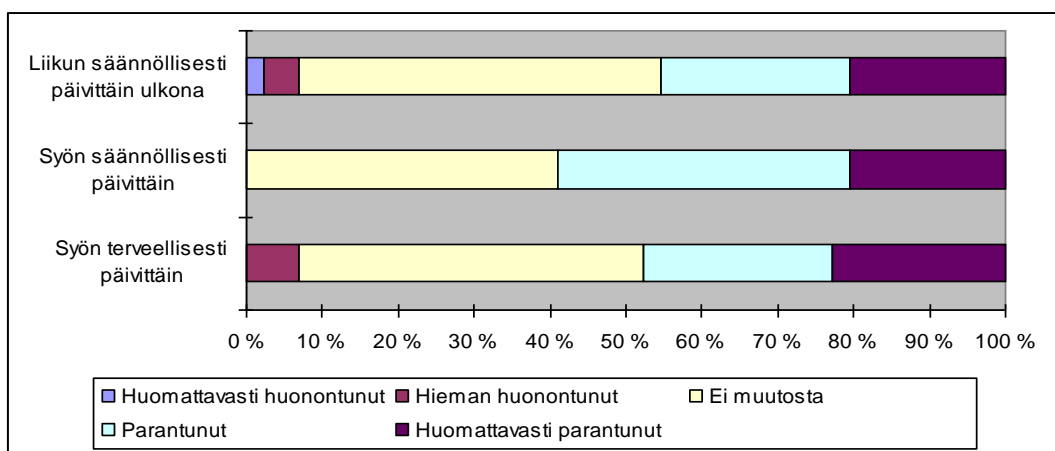
Virastoissa ja kaupassa asiointi oli 61 % mielestä parantunut tai huomattavasti parantunut. Vastaajista 32 % ei kokenut muutosta ja 7 % kertoi asioinnin hieman huonontuneen (kuvio 4).



KUVIO 4. Vuorokausirytmän ja vastuullisuus.

## 6.7 Terveyttä edistävät elämäntavat

Päivittäistä ulkona liikkumista koskevan väitteen kohdalla 45 % vastaajista koki parantumista tai huomattavaa parantumista. Vastaajista 48 % ei kokenut muutosta ja 7 % koki tilanteen huonontuneen tai huomattavasti huonontuneen. Säännölliseen ja terveelliseen ruokailuun liittyvissä väittämissä 54 % vastaajista koki parannusta tai huomattavaa parannusta. Vastaajista 43 % ei kokenut muutosta ja 3 % vastaajista koki tilanteen hieman huonontuneen (kuvio 5).



KUVIO 5. Ruokailutottumukset sekä päivittäinen liikunta.

## 6.8 Toimintakykyyn vaikuttaneet tekijät

Yhteisöllisyydellä oli 57 % mielestä huomattava vaikutus toimintakykyyn ja 32 % vastaajista koki sillä olevan hieman vaikutusta. Vastaajista 11 % ei kokenut yhteisöllisyydellä olevan vaikutusta toimintakykyyn.

Vertaistuella oli 43 % mielestä huomattava vaikutus ja 41 % koki sillä olevan hieman vaikutusta. Vastaajista 16 % ei kokenut yhteisöllisyydellä olevan vaikutusta.

Henkilökunnan vaikutus toimintakyvyn muutoksiin oli 70 % mielestä huomattavaa ja 18 % koki sillä olevan hieman vaikutusta. Vastaajista 11 % ei kokenut henkilökunnalla olevan vaikutusta.

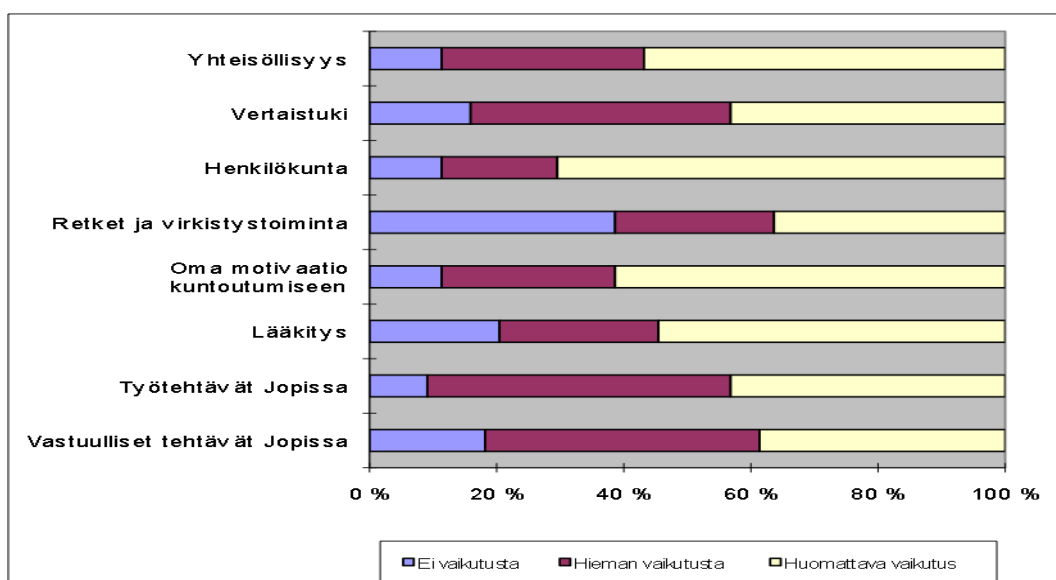
Retkien ja virkistystoiminnan vaikutuksesta kysyttäessä 36 % koki huomattavaa vaikutusta ja 25 % koki hieman vaikutusta. Vastaajista 39 % eivät kokeneet asialla olevan vaikutusta.

Oman motivaation vaikutuksesta kuntoutumiseen kysyttäessä 62 % koki huomattavaa vaikutusta ja 27 % koki hieman vaikutusta. Vastaajista 11 % ei kokenut omalla motivaatiolla olevan vaikutusta kuntoutumiseen.

Lääkityksen vaikutus oli 55 % mielestä huomattava ja 25% koki lääkityksellä olevan hieman vaikutusta. Vastaajista 20 % eivät kokeneet lääkityksellä olevan vaikutusta.

Kuntoutumiskeskus Jopissa tehtävien työtehtävien vaikutus kuntoutujien toimintakykyyn oli 43 % mielestä huomattava ja 48 % vastaajista koki sillä olevan hieman vaikutusta. Vastanneista 9 % eivät kokeneet sillä olevan vaikutusta.

Jopissa annettavien vastuullisten tehtävien vaikutus toimintakykyyn oli vastanneista 39 % mielestä huomattava. Vastaajista 43 % koki hieman vaikutusta ja 18 % vastaajista ei kokenut sillä olevan vaikutusta. Kuviossa 6 on nähtävissä toimintakykyyn vaikuttaneet tekijät.



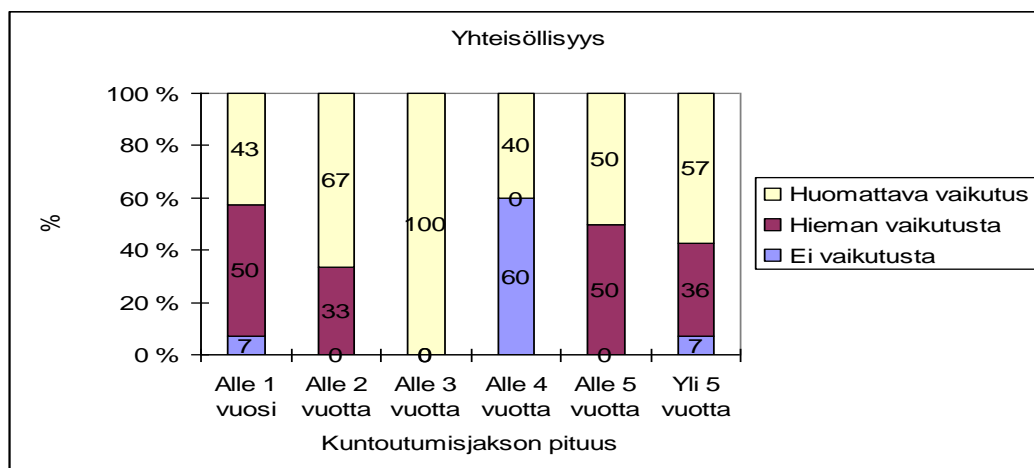
KUVIO 6. Toimintakykyyn vaikuttaneet tekijät.

### 6.3 Kuntoutumisjakson pituuden ja toimintakyvyn muutoksiin vaikuttaneiden tekijöiden vertailu

Kyselylomakkeessa kuntoutujilta kysyttiin mielipidettä heidän toimintakykyyn mahdollisesti vaikuttaneista tekijöistä.

Kuntoutumisjakson pituus kyselyyn vastanneilla vaihteli alle vuodesta yli viiteen vuoteen (kuvio 1). Kuntoutumisjaksojen pituus jakautui alle vuoden (N=14), alle 2 vuoden (N=3), alle 3 vuoden (N=6), alle 4 vuoden (N=5), alle 5 vuoden (N=2) ja yli 5 vuoden (N=14) ryhmiin.

Yhteisöllisyydellä oli kaikissa muissa ryhmissä suurimmalta osin hieman tai huomattava vaikutus (93 % - 100 % vastanneista) paitsi alle 4 vuoden kuntoutujilla joista 60 % ei kokenut vaikutusta (kuvio 7). Korrelaatiokertoimen p-arvo yhteisöllisyyden ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,93.

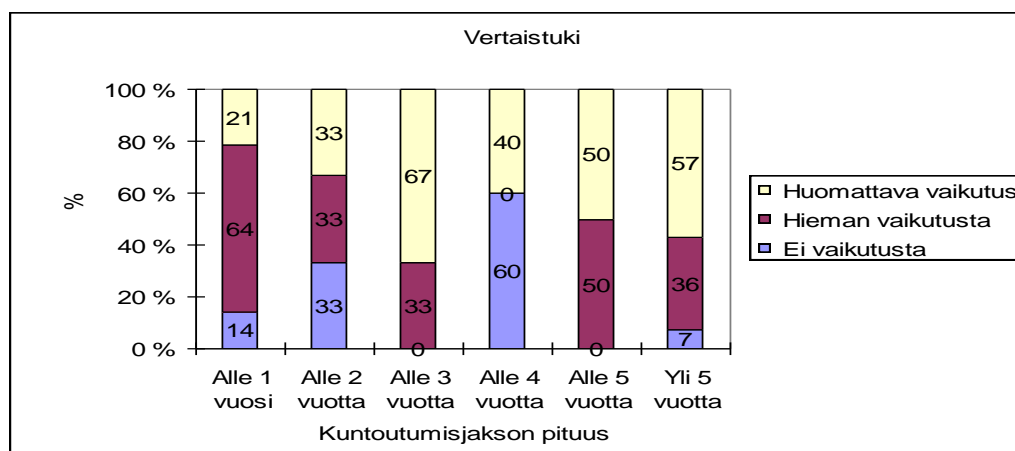


KUVIO 7. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa yhteisöllisyyteen.

Vertaistuen vaikutuksen toimintakykyyn koki hieman tai huomattavan vaikuttavaksi 85 % alle 1 vuoden, 66 % alle 2 vuoden, kaikki alle 3 vuoden, 40 % alle 4 vuoden, 50 % alle 5 vuoden ja 93 % yli 5 vuoden kuntoutujista. Loput vastaajista eivät kokeneet vaikutusta toimintakykyyn. (kuvio 8).

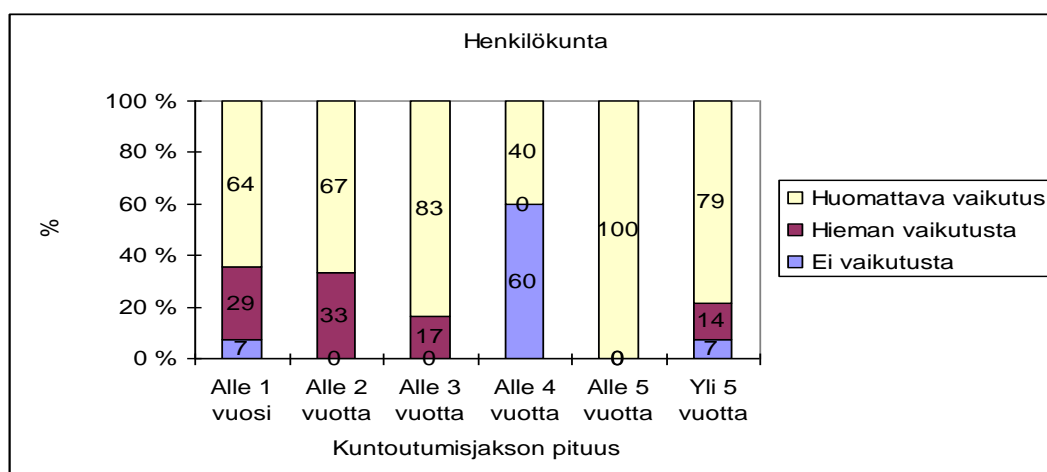


Korrelaatiokertoimen p-arvo vertaistuen ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,15.



KUVIO 8. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa vertaistuen merkitykseen.

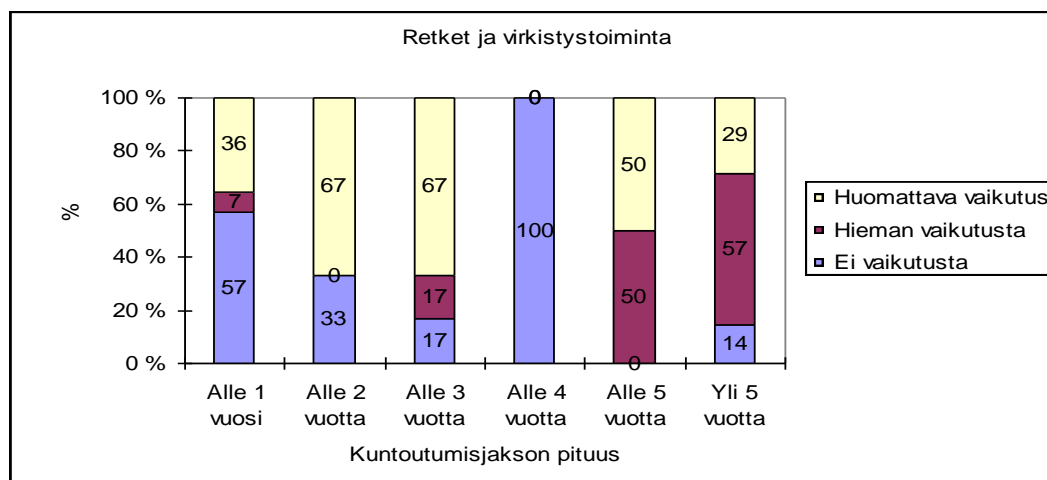
Henkilökunnan vaikutus toimintakyvyn muutoksiin jakautui ryhmien kesken siten, että hieman tai huomattavan vaikutuksen koki alle 1 vuoden ja yli 5 vuoden kuntoutujista 93 %, alle 2 vuoden ja alle 5 vuoden kuntoutujista 100 % ja alle 4 vuoden kuntoutujista 40 %. Loput kuntoutujista eivät kokeneet henkilökunnalla olevan vaikutusta (kuvio 9). Korrelaatiokertoimen p-arvo henkilökunnan ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,74.



KUVIO 9. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa henkilökunnan merkitykseen.

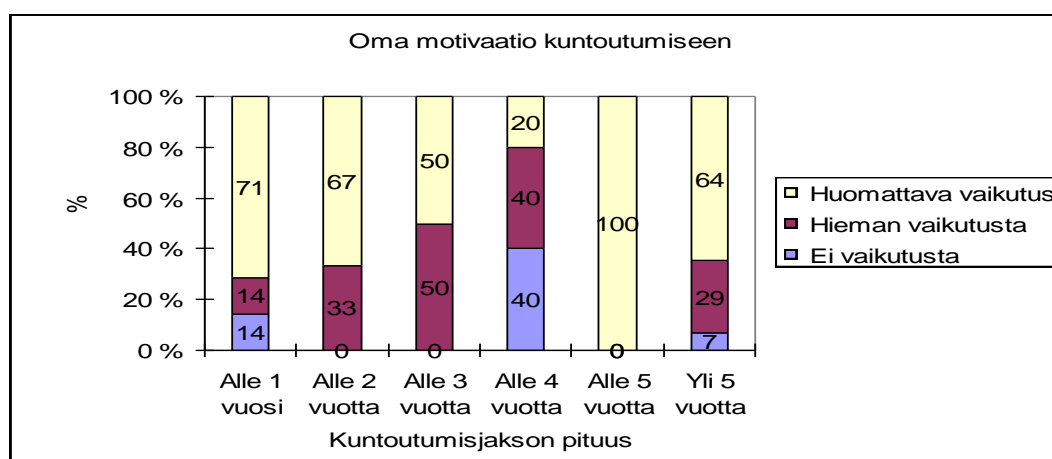
Retket ja virkistystoiminnan kokivat hieman tai huomattavan vaikuttavaksi 43 % alle vuoden, 67 % alle 2 vuoden, 83 % alle 3 vuoden, 100 % alle 5 vuoden ja 86 % yli 5 vuoden kuntoutujista. Alle 4 vuoden kuntoutujista yksikään ei kokenut

retkillä ja virkistystoiminnalla olevan vaikutusta (kuvio 10). Korrelaatiokertoimen p-arvo retkien, virkistystoiminnan ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,49.



KUVIO 10. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa retkien ja virkistystoiminnan merkitykseen.

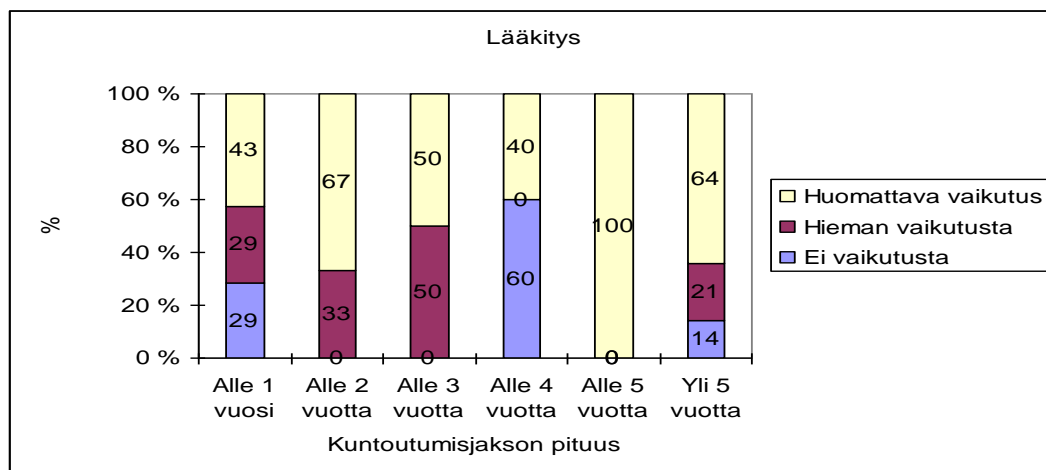
Oman motivaation vaikutusta kuntoutumiseen ja toimintakykyyn ei kokenut 14 % alle vuoden, 40 % alle 4 vuoden ja 7 % yli 5 vuoden kuntoutujista. Loput kuntoutujista kokivat hieman tai huomattavaa vaikutusta (kuvio 11). Korrelaatiokertoimen p-arvo oman motivaation ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,92.



KUVIO 11. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa oman motivaation merkitykseen.

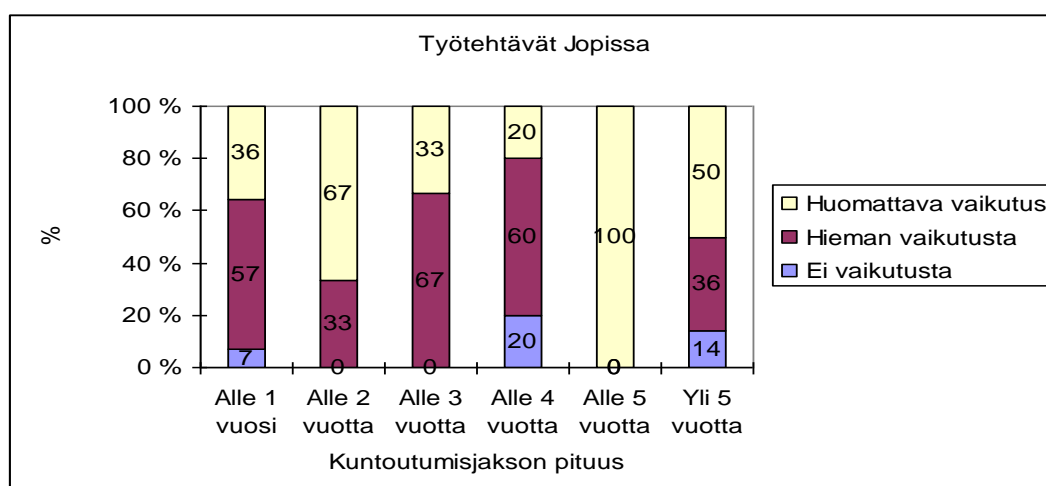
Lääkityksen vaikutuksen toimintakykyyn oli kokenut hieman tai huomattavan vaikuttavana 71 % alle vuoden, 40 % alle 4 vuoden ja 86 % yli 5 vuoden

kuntoutujista. Alle kahden, kolmen ja viiden vuoden kuntoutujista kaikki olivat kokeneet hieman tai huomattavaa vaikutusta (kuvio 12). Korrelaatiokertoimen p-arvo lääkityksen ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,32.



KUVIO 12. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa lääkityksen merkitykseen.

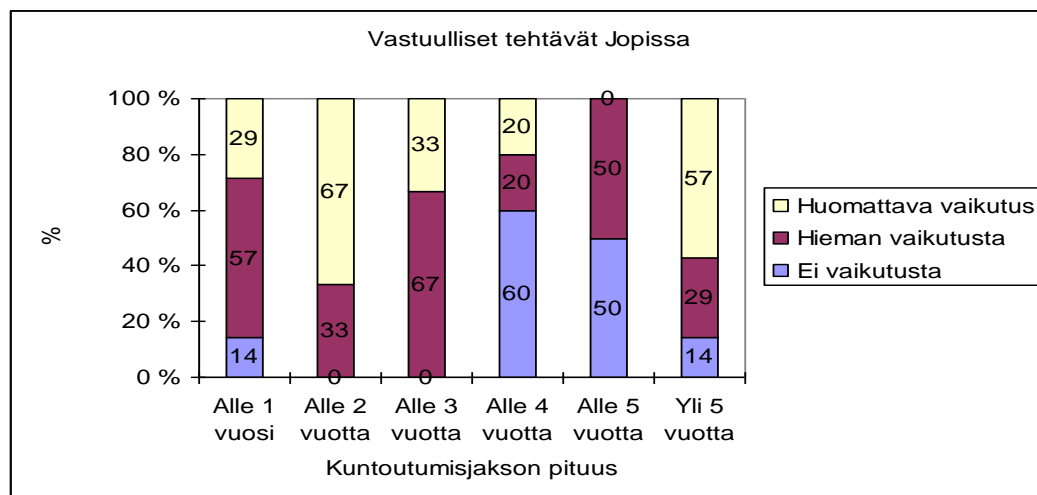
Jopin työtehtävien vaikutuksen koki hieman tai huomattavan vaikuttavana alle vuoden kuntoutujista 93 %, alle 4 vuoden kuntoutujista 80 % ja yli 5 vuoden kuntoutujista 86 %. Alle kahden, kolmen ja viiden vuoden kuntoutujista kaikki kokivat työtehtävillä hieman tai huomattavaa vaikutusta (kuvio 13). Korrelaatiokertoimen p-arvo työtehtävien ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,81.



KUVIO 13. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa Jopissa annettaviin työtehtäviin.

Jopissa jaettavista vastuullisista tehtävistä koki hieman tai huomattavaa vaikutusta 86 % alle vuoden, 100 % alle 2 vuoden, 100 % alle 3 vuoden, 40 % alle 4 vuoden

50 % alle 5 vuoden ja 86 % yli 5 vuoden kuntoutujista (kuvio 14). Korrelaatiokertoimen p-arvo vastuullisten tehtävien ja kuntoutumisjakson pituuden välillä on 0,70.



KUVIO 14. Kuntoutumisjakson pituus suhteessa Jopin vastuullisiin tehtäviin.

#### 6.4 Avoimeen kysymykseen saadut vastaukset.

Kyselylomakkeen lopussa vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä mahdollisia kehittämistoiveita Jopin toimintaan liittyen. Tähän saatiin 22 vastausta.

Suurin osa vastanneista (50 %) ei kokenut tarvetta muutokselle.

*-”Olen täysin tyytyväinen Jopin toimintaan tällä hetkellä. Töitä riittänyt kaikille tasapuolisesti. Retkiä ja muuta virkistystoimintaakin on ollut aika ajoin. Paljon erilaisia kuntoilumahdollisuuksia... Enempää ei voi vaatia!”*

Henkilökunnalta 14 % toivoi enemmän aikaa ja yhteisiä keskusteluja.

*-”Enemmän aikaa hoitajien kanssa ja muutenkin yhteisiä keskusteluja.”*

Esiin nousi myös henkilökunnan suhtautuminen kuntoutujiin (5 %).

*-”En osaa vastata, minkä pitäisi muuttua, ei ehkä minkään. Mutta työtoiminta on mielestäni ehdottomasti yksi parhaista kuntouttamismuodoista. Jopista tekee ainutlaatuisen ohjaajien ”samantasoinen” suhtautuminen kuntoutujiin. Tarkoiton tällä, etten koe*

*heidän olevan hierarkiassa yläpuolellani, vaikka he ovatkin ohjaajia ja ammatti-ihmisiä. Se ei saa ainakaan muuttua.”*

Vastanneista 14 % toivoi suurempaa kannustusrahaa, 5% parempia työllistymismahdollisuuksia ja 5% enemmän retkiä. Loputa vastanneista ei osannut sanoa.

*-”Parempi palkka!”*

*-”Enemmän retkiä ja yhteisiä harrastuksia. Esim. pelejä, taukojumppa.”*

*-”Työllistyisi paremmin Jopin jakson jälkeen.”*

## 7 TULOSTEN TARKASTELO JA POHDINTA

Opinnäytetyössä tarkasteltiin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia päivittäisen toimintakyvyn eri osa-alueiden mahdollisista muutoksista ja niihin vaikuttaneista tekijöistä. Tulokset aseteltiin tutkimusongelmien mukaan. Päivittäisen toimintakyvyn muutokset osa-alueittain, toimintakykyyn mahdollisesti vaikuttaneet tekijät ja toimintakykyyn mahdollisesti vaikuttaneet tekijät kuntoutumisjakson eri vaiheissa muodostivat kolme pääryhmää. Kyselyn loppuun lisätyn avoimen kysymyksen ensisijainen funktio oli antaa Jopin kuntoutujille mahdollisuus kertoa parannusehdotuksia ja palautetta henkilökunnalle anonyymisti.

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää millaisia toimintakyvyn muutoksia mielenterveyskuntoutajat olivat kokeneet kuntoutumisjaksolla. Mielenterveyskuntoutujista suurin osa koki toimintakykynsä parantuneen kuntoutumisjakson aikana kyselylomakkeessa esitetyillä alueilla, vain vaatehuoltoa, hygieniaa ja liikuntaa koskevissa kohdissa suurin osa ei ollut kokenut muutosta. Tulokset ovat samansuuntaiset Lindholm-Ventolan (2010) opinnäytetyön kanssa, jonka mukaan kuntoutajat kokivat työterapian olevan hyödyllinen kuntoutumismuoto. Herääkin kysymys, voitaisiinko viimeksi mainittuihin osa-alueisiin panostaa jatkossa enemmän. Kuntoutuksella pyritään

muutokseen yksilön ajattelu- ja toimintatavoissa tarkoituksena terveyden ylläpitäminen tai kohentaminen (Kurki 2004, 9-10).

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn vaikuttaneet tekijät. Huomattavia vaikutuksia kuntoutujat kokivat lähes kaikilla esitetyillä tekijöillä, lukuun ottamatta retkiä ja virkistystoimintaa. Oletettavaa on, että kuntoutumiskeskuksen varsinaisen toiminnan ulkopuolisiin aktiviteetteihin, kuten retkiin, osallistuvat kuntoutujat ovat hyväkuntoisia ja pystyvät toimimaan itsenäisemmin. Erityisesti esiin nousivat henkilökunnan panostus, oma motivaatio, yhteisöllisyys ja lääkitys. Tulokset ovat samansuuntaisia Lindholm-Ventolan (2010) opinnäytetyön kanssa, jonka mukaan mielenterveyskuntoutujat kokivat työterapiasta hyötyä sosiaalisten kontaktien lisääntymisenä ja sosiaalisten tilanteiden harjoittamisena. Tarkasteltaessa toimintakykyyn mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä kuntoutumisjakson eri vaiheissa tulokset eri ryhmien välillä olivat hyvin samansuuntaisia useimmissa kohdissa. Poikkeuksena nousi esiin alle neljän vuoden kuntoutujien ryhmä, jonka vastaukset poikkesit yleisestä linjasta monessa kohtaa. Otanta kyseisessä ryhmässä oli pieni (alle 4 vuoden kuntoutujat N=5). Korrelaation p-arvojen perusteella kuntoutumisjakson pituudella ei ollut tilastollista merkittävyyttä kuntoutujien antamiin vastauksiin.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, minkälaisia kehittämisajatuksia kuntoutujilla on kuntoutumisjaksoon liittyen. Suurin osa kuntoutujista ei kaivannut muutosta Jopin toimintaan. Henkilökunnalta toivottiin enemmän aikaa ja yhteisiä keskusteluja. Esiin nousi toiveita retkistä, suuremmasta palkasta ja paremmista työllistymismahdollisuuksista. Lindholm-Ventolan (2010) opinnäytetyön mukaan kuntoutujat kokivat rahallisen korvauksen motivaatiota nostattavana tekijänä.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksissa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Virheitä voi syntyä muun muassa itse aineistosta tai tulosten väärästä tulkinnasta. Keskeiset käsitteet luotettavuuden mittaamisessa ovat validius ja reliabiliteetti. Reliaabelius ja validius muodostavat kokonaisuuden tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa. (Hirsijärvi 2004, 216 - 218).

Validius eli tutkimusmenetelmän kyky mitata tarkoituksensa mukaista aihetta, käsittelee muun muassa tulosten pätevyyttä vastata tutkimusongelmiin. Virhetulkintoja voi syntyä tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkittavat henkilöt voivat käsittää esitetyn kysymyksen eri tavalla kuin tutkija oli alunperin tarkoittanut. (Hirsijärvi 2004, 146, 216 - 218). Opinnäytetyössä kyselylomakkeen pelkistämällä ja käsitteiden purkamisella, kuten hygieniä, pyrittiin edistämään tutkittavan ja tutkijan yhtenäistä käsitystä kysymyksestä. Ohjeiden mukaan täytettyjä lomakkeita palautettiin 44. Vastausprosentiksi saatiin 80 % jolloin kyselyn kato oli 20 %.

Reliaabelius eli mittaustulosten toistettavuus, voidaan todeta eri tavoin. Kun kaksi arvioijaa päätyy samanlaisiin tuloksiin tai samalle henkilölle eri tutkimuskerroilla suoritettu tutkimus tuottaa yhteneväisen tuloksen, voidaan tulokset tulkita reliaabeleiksi. (Hirsijärvi 2004, 216).

Opinnäytetyön reliabiliteettia pyrittiin parantamaan lukemalla alan kirjallisuutta ja haastatteleamalla kuntoutumiskeskus Jopin henkilökuntaa sekä muita psykiatrisen sairaanhoidon ammattilaisia kyselylomaketta muodostettaessa. Kyselylomakkeeseen oli liitetty selkeät ohjeet jokaiselle sivulle ja kysymykset oli pelkistetty mahdollisimman yksinkertaisiksi. Tutkimuksen tarkoitus ja kyselylomakkeen sisältö käytiin selittämässä myös Jopin kuntoutujille paikanpäällä.

### 7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä pohtiessa on hyvä huomioida tutkimusaiheen merkittävyys, ajankohtaisuus, vastaajien anonymiteetti, tutkijan sekä tutkimusprosessin rehellisyys ja tutkimuksessa käytettävien henkilöiden vapaaehtoisuus (Hirsijärvi 2004, 26 - 28).

Opinnäytetyön aihe saatiin kuntoutumiskeskus Jopin pyynnöstä tuottaa heille kuntoutusmittari kuntoutujien kokemista mahdollisista päivittäisen toimintakyvyn muutoksista kuntoutumisjakson aikana. Aihe tuntui heti kiinnostavalta, koska olin työskennellyt Jopissa sijaisena ja olin erittäin kiinnostunut Jopin käyttämän toiminnallisen kuntoutuksen vaikutuksista. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja nimettömyys varmistettiin suljetulla vastauslaatikolla. Aihe ja opinnäytetyön kyselylomake käytiin selittämässä Jopin kuntoutujille paikanpäällä. Aineistoa käsiteltiin vääristämättä ja rehellisesti.

### 7.4 Oma oppikokemus ja jatkotutkimusehdotus

Opinnäytetyön aiheen rajaus oli hankalaa ja vaati tekijältä useamman version. Lähdemateriaalia löytyi niukasti, etenkin toimintakyvyn muutoksista työterapiassa. Aikaisempia tutkimuksia aiheesta ei löytynyt, mutta aihetta sivuavia tutkimuksia löytyi muutama. Kysymysten asettelu mielenterveyskuntoutujille sopivaksi oli hankalaa ja kysymyksiä mietittiin myös yhdessä Jopin henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, josta tekijällä ei ole aikaisempaa kokemusta. Opinnäytetyön aikataulu oli alkuperäisen suunnitelma mukaan lyhyempi, mutta olosuhteiden muuttuessa koko prosessi kesti lopulta noin 1,5 vuotta. Tänä aikana on tekijä joutunut hakemaan motivaatiota monesta ilmansuunnasta, mutta nyt kyseinen projekti alkaa olla päätöksessään.

Jatkotutkimusehdotuksia pohtiessani huomaan varsinkin nykyisen asuinkuntani Jyväskylän vahvan linjauksen mielenterveyspalvelujen keskittämisestä



avohoitoon ja liikkuvien työryhmien lisäämisen. Tarve toiminnalliseen kuntoutukseen varsinkin aikuispsykiatrian puolella on vahva. Monet aikuiset hyötyisivät työterapiamuotoisesta päivätoiminnasta. Olisikin mielenkiintoista tutkia miten Jopin kaltaisissa kuntoutumisyksiköissä olevat mielenterveyskuntoutajat sijoittuvat työelämään ja miten he pystyvät vielä kouluttautumaan kuntoutumisen edetessä.

## Lähteet

Aromaa, A., Gould, R., Hytti, H. Ja Koskinen, S. 2005. Suomalaisen terveys. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Helsinki: Duodecim Oy. Viitattu 6.3.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00023&p\\_haku=ty%F6kyvytt%F6myys](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00023&p_haku=ty%F6kyvytt%F6myys)

Göös, R-L. 2007. Arkielämän ABC. Opetushallitus

Hirvonen, J. ja Salokangas, R. 2008. Lääkärin käsikirja. Duodecim Oy. Viitattu 8.3.2010.  
[http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=kuntoutus](http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kuntoutus)

Hirsijärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. uud. p. Helsinki: Tammi

Hirsijärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. ja Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima Oy

Isohanni, M. Ja Joukamaa, M. 2002. Skitsofrenia. Teoksessa Hakola, P., Isohanni, M., Joukamaa, M., Koponen, H., Leinonen, E. ja Lepola, U. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy, 37-53.

Isometsä, E. 2009. Lääkärin käsikirja. Duodecim Oy. Viitattu 8.3.2010.  
[http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=kuntoutus](http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kuntoutus)

Jänkälä, K., Saarinen, M. ja Karila, I. 2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. ja Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3 uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 97-119.

Karila, I. ja Kokko, A. 2008. Krooninen masennus. Mitä on tehtävissä? Helsinki: Edita Publishing Oy

Karila, I. 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. ja Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3 uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 71-96.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy

Kuntoumiskeskus Jopi. 2008. Toiminnan kuvaus. Pori: Kuntoutumiskeskus Jopi

Kuntoutusportin www-sivut 2010. Viitattu 15.3.2010

<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/mielenterveyskuntoutus/>

Kurki, M. 2004 Missä kunnossa kuntoutukseen, entä kuntoutuksen jälkeen? Tules- ja Aslak kurssit pystyvyysarvioiden vahvistajina. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: MSS

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. Ja Rantanen, A. 1997. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. ja Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5 uud.p. Helsinki: WSOY

Leinonen, E. 2002. Mielialahäiriöt. Teoksessa Hakola, P., Isohanni, M., Joukamaa, M., Koponen, H., Leinonen, E. ja Lepola, U. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy, 60-76.

Lindholm-Ventola, H. 2010. Mielenterveyskuntoujien kokemukset työterapian merkityksestä. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Lönnqvist, J., Partonen, T., Marttunen, M., Henriksson, M. ja Heikkinen, M. 2001. Psykiatria. Kysymyksiä ja vastauksia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Mattila, E. 2009. Ohjaava kuntoutus. Teoksessa Hentinen, K., Ilja, A., Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 94-104.

Melartin, T., Vuorilehto, M. 2009. Masennus. Teoksessa Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. Ja Vuorilehto, M. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino, 29-34.

Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa P. Rissanen (toim.), T. Kallanranta (toim.), A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. 2 uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 158-166.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Viitattu 23.12.2009.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista ja kuntoutusta fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista+ja+kuntoutusta+fi.pdf)

Torin Kuntoutumisyksikkö. Torin kuntoutumisyksikön toiminnan kuvaus. Viitattu 13.11. 2009.

<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/PSYKIATRIA2/AIKUISPSYKIATRIA/PORINMTK/TOIMINTAA/TORI.PDF>

Vanhala, R. 2009 Lääkärin käsikirja. Duodecim Oy. Viitattu 10.3.2010.  
[http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=autismi](http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=autismi)

Viinamäki, M. 2004. Selvitys Porilaisten vammaisten ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tarpeesta. Asumispalvelusäätiö

ASPA. Viitattu 16.1.2010. <http://www.aspa.fi/files/119/pori.pdf>

Vähäkylä, L. 2009. Työtä tehden. Mielenterveyskuntoutuja työelämässä. Helsinki:  
Kirjapaja

LIITELUETTELO

YHTEISTYÖSOPIMUS

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

KYSYMYSLOMAKE

## LIITE 1



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tiedepuisto 3  
28600 PORI

OP07  
SOPIMUS  
OPINNÄYTETYÖN  
TEKEMISESTÄ

## SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Laine Riku-Henrik	Opiskelijanumero: [REDACTED]	Aloitusryhmä: [REDACTED]
Koulutusohjelma: Hoitotyö		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Flinck Marja, [REDACTED]		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Kuntoutumiskeskus Jopii, Tina Yrriälä [REDACTED]		
Opinnäytetyön nimi: Toiminnallisen kuntoutuksen vaikutus kuntoutujien toimintakykyyn Kuntoutumiskeskus Jopissa		
Työn etenemisaikataulu: Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
<p><b>Vakuutukset.</b> Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteeseen. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen.</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (m. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p><b>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin.</b> Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p><b>Immateriaalioikeudet.</b> Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu.</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatuasteesta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovit. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p><b>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus.</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: 23.2.2010		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys: OH [REDACTED] Tina Yrriälä	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: [REDACTED] SARANMARIA KANENEN	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: [REDACTED]		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 26.11.2009

## LIITE 2

Riku-Henrik Laine

XXXXXX

GSM: XXXXX

e-mail: [XXXXXX](mailto:XXXXXX)

## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan Ammattikorkeakoulusta, Porin yksiköstä. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tarkastella mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn kehitystä kuntoutumiskeskus Jopissa. Lisäksi opinnäytetyö toimii kuntoutusmittarina kuntoutumiskeskus Jopiin.

Kerättyä tietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen ja kuntoutusmittarina. Pyydän lupaa saada suorittaa tutkimus kuntoutumiskeskus Jopin mielenterveyskuntoutujille. Tässä opinnäytetyössä käytetään määrällistä lomaketutkimusta. Kysymykset ovat strukturoituja. Lomakkeen loppuun on lisätty yksi avoin kysymys. Kysymykset käsitellään sekä analysoidaan nimettöminä sekä täysin luottamuksellisesti. Aineiston analysointi ja julkistaminen tehdään siten, että kenenkään vastauksia ei ole mahdollista tunnistaa.

Jyväskylässä 21.1.2010 Riku-Henrik Laine



## LIITE 3

## KYSELYLOMAKE

**Taustatiedot**

Täytä ikäsi alla olevalle viivalle ja merkitse sukupuolesi ja kuntoutumisjakson pituus rastilla (X)

Ikä\_\_\_\_\_

**Sukupuoli**

Mies\_\_\_\_\_ Nainen\_\_\_\_\_

**Kuntoutumisjakson pituus**

Olen ollut Kuntoutumiskeskus Jopissa kuntoutujana

Alle 1 vuosi\_\_\_\_\_ Alle 2 vuotta\_\_\_\_\_ Alle 3 vuotta\_\_\_\_\_

Alle 4 vuotta\_\_\_\_\_ Alle 5 vuotta\_\_\_\_\_ Yli 5 vuotta\_\_\_\_\_

Vastatessasi kysymyksiin **vertaa kysymystä aikaan ennen kuntoutumisjaksoa**. Esim. Jos koet hallitsevasi rahankäytön huomattavasti paremmin nyt kuin ennen kuntoutumisjaksoa ympyröit numeroista kohdan 5. Jos taas koet rahankäyttösi huomattavasti huonontuneen kuntoutumisjakson aikana ympyröit numeroista kohdan 1.

**1 = Huomattavasti huonontunut**

**2 = Hieman huonontunut**

**3 = Ei muutosta**

**4 = Parantunut**

**5 = Huomattavasti parantunut**

**Rahankäyttö**

1. Itsenäinen rahankäyttö 1 2 3 4 5  
(teen kohtuullisia ostoksia,  
lainaan harvoin rahaa muilta ym.)

2. Laskujen maksaminen asianmukaisesti 1 2 3 4 5

## 2. Siisteys

a. Huolehdin vaatteideni siisteydestä 1 2 3 4 5

b. Pesen pyykkiä ja minulla on puhtaita vaatteita  
saatavilla 1 2 3 4 5

c. Huolehdin hiusteni puhtaudesta 1 2 3 4 5

d. Peseytyminen päivittäin 1 2 3 4 5

e. Hampaiden peseminen päivittäin 1 2 3 4 5

f. Alusvaatteiden vaihtaminen päivittäin 1 2 3 4 5

**Huomattavasti huonontunut = 1**

**Hieman huonontunut = 2**

**Ei muutosta = 3**

**Parantunut = 4**

**Huomattavasti parantunut = 5**

## 3. Vuorokausirytmii

a. Vuorokausirytmii säännöllisyys 1 2 3 4 5

b. Riittävä nukkuminen 1 2 3 4 5

c. Aamu heräämisen helppous 1 2 3 4 5

d. Suunnitelmallisuus arjessa 1 2 3 4 5

(esim. ostoslistan teko ennen kauppaan menoa,  
päivän ohjelman suunnittelu etukäteen)

e. Saan vietyä Jopissa aloittamani työt loppuun 1 2 3 4 5

f. Saan vietyä kotona aloittamani työt loppuun 1 2 3 4 5

(Kotityöt kuten siivous, tiskaus ja pyykinpesu)

g. Pystyn asioimaan kaupassa, pankissa, 1 2 3 4 5

postissa, Kelassa ym.

#### 4. Elintavat

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a. Liikun säännöllisesti päivittäin ulkona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Syön säännöllisesti päivittäin          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Syön terveellisesti päivittäin          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Mitkä tekijät koet vaikuttaneen oman toimintakykysi muutoksiin kuntoutumisjaksolla?**

**Huomaa että nyt numeroita on vain kolme ja niiden merkitys on muuttunut:**

**1 = Ei vaikutusta**

**2 = Hieman vaikutusta**

**3 = Huomattava vaikutus**

	Ei vaikutusta		
1. Yhteisöllisyys	1	2	3
2. Vertaistuki (toisen kuntoutujan tuki)	1	2	3
3. Henkilökunta (Ohjaajien antama tuki)	1	2	3
4. Retket ja virkistystoiminta	1	2	3
5. Oma motivaatio kuntoutumiseen	1	2	3
6. Lääkitys	1	2	3
7. Työtehtävät Jopissa	1	2	3
8. Vastuulliset tehtävät Jopissa	1	2	3

Avoin kysymys: Minkä toivoisit muuttuvan Jopissa?