



**ASUKKAAN ARKI MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN
KUNTOUTUMISKODISSA**



Järvinen, Salla-Mari
Laine, Katariina

2009 Hyvinkää

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hyvinkään toimipiste

ASUKKAAN ARKI MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN
KUNTOUTUMISKODISSA

Opinnäytetyö
Salla-Mari Järvinen
Katariina Laine
Hoitotyön ko.
Lokakuu, 2009

Järvinen Salla-Mari
Laine Katariina

ASUKKAAN ARKI MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN KUNTOUTUMISKODISSA

Vuosi 2009 Sivumäärä 37

Opinnäytetyö on aiheesta Asukkaan arki mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiskodissa. Työ on toteutettu haastattelemalla ja havainnoimalla yhtä asukasta mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiskodissa. Opinnäytetyön keskeisin tavoite on yksittäisen asukkaan hoidon seuranta tuoden samalla esille hänen tuntemuksiaan ja kokemuksiaan arkielämässään. Keskinäisen luottamuksen saavuttaminen oli tärkeää tutkimuksen sujuvuuden kannalta.

Haastattelun ja havainnoinnin myötä tuli huomattua, kuinka vaikeaa mielenterveyskuntoutujan oli kertoa omista tuntemuksistaan ja kokemuksistaan arkielämässään. Haastattelu tehtiin kolmessa eri osassa ja havainnointia joka kerta kuntoutumiskodissa asukasta tavattaessa. Tarkastelu kohdistui asukkaan hoitoon kuntoutumiskodissa ja siihen, kuinka hän koki arkielämänsä siellä. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa on hyödynnetty fenomenologista tutkimussuuntausta ja tulosten analysoinnissa käytetty apuna sisällönanalyysimenetelmää.

Tulosten perusteella voi todeta, että asukas oli tyytyväinen hoitoonsa kuntoutumiskodissa. Asukkaasta näki, että hänellä oli hyvä ja turvallinen olo. Hän oli aika riippuvainen hoitajistaan, hakien turvaa ja tukea heiltä. Haastateltaessa asukasta huomasi, ettei hän itse aloitteellisesti ottanut kontaktia. Yhteisillä tapaamisilla korostuivat asukkaan usein esille tuomat tulevaisuuden haaveet.

Jatkotutkimushaasteina aiheeseen liittyen voisi tutkia hoitajan näkökulmasta asukkaan hoitoa kuntoutumiskodissa. Lisäksi voisi tutkia laajemmin useamman asukkaan hoitoa kuntoutumiskodissa ja verrata niiden tuloksia keskenään. Asukkaan kuntoutumisprosessin kuvaaminen voisi olla myös varsin mielenkiintoinen jatkotutkimushaaste. Esimerkiksi asukkaan saapumisesta kuntoutumiskotiin ja siitä kuvata kuntoutumisprosessia vaikka muutaman kuukauden ajan, kuinka asukkaan kuntoutumisprosessi etenee.

Asiasanat: Mielenterveyskuntoutuja, kuntoutuminen, psykiatrinen potilas, psykiatrinen hoito

Laurea Hyvinkää
Social services, Health Care and Sport
Degree program in nursing

Jarvinen Salla-Mari
Laine Katariina

The Daily Life of a Psychiatric Rehabilitation Patient in a Rehabilitation Home

Year: 2009

Pages: 37

The topic of the bachelor's thesis is a patient's daily life in a rehabilitation home for psychiatric patients. The thesis was carried out by interviewing and observing a patient in a rehabilitation home. The aim of the thesis was to observe the treatment of a patient and simultaneously uncover her feelings and experiences of her daily life. Gaining mutual trust was essential in carrying out the research.

In the process of interviewing and observing the patient, it became clear how difficult it was for her to share her feelings and experiences of her daily life. The interview was completed in three parts and observation was carried out during the three sessions. The observation focused on the treatment of the patient in the rehabilitation home and on how she experienced her daily life. The thesis is a qualitative research in which phenomenological method was applied. Content analysis method was used in analyzing the results.

The results showed that the patient was content with her treatment in the rehabilitation home. It was evident that the patient felt secure and comfortable. She was fairly dependent on her nurses, relying on them to provide comfort and safety. During the interviews the patient did not initiate contact or communication. During the meetings, the patient often brought up her future dreams and hopes.

Possible follow-up research projects could include observing the patient's treatment in a rehabilitation home from the point of view of a nurse or observing the patient's treatment in a broader context and carrying out a comparison between the two. Describing the rehabilitation process could also be an interesting follow-up research project, for example, starting from the arrival of the patient and describing the rehabilitation process and its progression during the next few months.

Keywords: mental health rehabilitation patient, rehabilitation, psychiatric patient, psychiatric treatment

SISÄLLYS

1 TAVOITTEET, TAUSTA, TARVE JA TARKOITUS.....	6
2 AINEISTONKERUUMENETELMÄT	7
2.1 Työn tutkimussuuntaus.....	7
2.2 Havainnointi ja sen tarkoitus.....	7
2.3 Haastattelu ja sen tarkoitus.....	9
2.4 Sisällönanalyysi	10
3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	11
3.1 Psykiatrisen hoidon arvot, päämäärät ja ihmiskäsitys.....	12
3.2 Psykiatrinen potilas	14
3.3 Psykiatrisen potilaan arki	15
3.4 Psykiatrinen hoito ja kuntoutus.....	16
3.5 Psykiatrisen potilaan kokemukset	17
4 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	21
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA TULOSTEN ANALYSOINTI	21
5.1 Havainnoinnin ja haastattelun tulokset	21
5.2 Havainnoinnin analysointi.....	23
5.3 Haastattelun analysointi.....	25
5.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	25
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI	27
7 POHDINTA	29
8 JATKOTUTKIMUSHAASTEET.....	29
LÄHTEET	30
LIITE 1 HAVAINNOINTIRUNKO.....	33
LIITE 2 HAASTATTELURUNKO	34
LIITE 3 SOPIMUS VIDEOKUVAAMISESTA OSANA OPINNÄYTETYÖTÄ.....	35
LIITE 4 TUTKIMUSLUPA	36

1 TAVOITTEET, TAUSTA, TARVE JA TARKOITUS

Teimme opinnäytetyön aiheesta Asukkaan arki mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiskodissa. Tarkoituksenamme oli havainnoida ja haastatella yksittäistä asukasta samalla tuoden esille hänen kokemuksensa kuntoutumiskodissa asumisesta. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jossa käytämme analyysimenetelmänä sisällönanalyysia. Aihe on tärkeä, koska havainnointimme koskee yhtä asukasta ja näin ollen saamme tarkasti selville, minkälaista arkielämä on kuntoutumiskodissa. Tämä opinnäytetyö voi myös auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään asukkaan tilannetta ja näin parantamaan hoidon laatua. Kuntoutuminen on tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä. Tästä syystä olemme ottaneet kuntoutumisen syvempään tarkasteluun, huomioiden hoitohenkilökunnan ja asukkaan välisen vuorovaikutussuhteen merkityksen kuntoutumisessa.

Keskeisimpänä tavoitteena opinnäytetyössämme oli yksittäisen asukkaan hoidon seuranta kuntoutumiskodissa Jokelassa, joka toteutettiin havainnoimalla ja haastatteleamalla asukkaan tuntemuksia sekä kokemuksia kuntoutumiskodissa. Tarkoituksenamme oli perehtyä kuntoutumiskodin toimintaympäristöön ja luoda luottamus asukkaaseen. Pidimme tärkeänä, että saimme asukkaan oman kokemuksen kuulumaan haastattelun avulla. Havainnoidessamme asukasta aioimme tarkastella hänen elämäänsä kuntoutumiskodissa sekä hoidon merkitystä eli mitä se merkitsi hänelle. Koska kyseessä oli mielenterveyskuntoutuja, hänelle saattoi tuottaa vaikeuksia kertoa tuntemuksistaan ja kokemuksistaan arkielämässään. Tämä oli yhtenä haasteenamme ja ongelmanamme opinnäytetyössämme. Toisena haasteenamme oli se, kuinka saamme luotua asukkaaseen kontaktin ja luottamuksen, että hän kertoisi itsestään ja elämästään.

Opinnäytetyömme kautta pystyimme tuomaan uutta tietoa asukkaan omien kokemusten ja tuntemuksien kautta. Nämä uudet tiedot olivat asioita, joita ei ollut mahdollisesti aikaisemmin tullut ilmi. Asukkaan haastattelu oli toteutettu suullisesti ja nauhuria apuna käyttäen. Suullisella haastattelulla tutkittava voi kertoa kokemuksistaan omilla ilmaisutavoillaan ilman, että haastattelija ohjaisi häntä. Yleensä haastattelut tallennetaan ääninauhalle, josta ne muutetaan sanatarkaksi tekstiksi. Analyysia varten aineisto muutetaan kirjoitetuksi tekstiksi. (Roto 2006.) Havainnoimamme asukas pysyy nimettömänä, koska kyse on hänen henkilökohtaisista ja arkaluontoisista asioistaan. Opinnäytetyö on tärkeä, koska tutkimuksessa saavutetut tulokset tuovat mahdollisesti uutta tietoa hoitohenkilökunnalle asukkaan hoitoon liittyen. Näin ollen hoitohenkilökunta pystyy kehittämään hoidon laatua kuntoutumiskodissa. Kiinnostuimme opinnäytetyöstä aiheen ja sen sisällön vuoksi.

Tutkimuksessa haimme vastausta havainnointiin ja haastatteluun liittyvillä kysymyksillä:

1. Millaisena asukkaan arki näyttäytyy kuntoutumiskodissa?

2. Millaisena asukas kokee oman arkensa kuntoutumiskodissa?

2 AINEISTONKERUUMENETELMÄT

Asukkaan havainnoinnin toteutimme tarkastelemalla ja haastatteleamalla hänen tuntemuksiinsa kuntoutumiskodissa. Tarkastelimme asukkaan käyttäytymistä kuntoutumiskodissa erilaisissa tilanteissa. Kiinnitimme myös huomiota asukkaan elekieleen eli eleisiin ja ilmeisiin arkipäivän toiminnoissa. Käytimme apuna havainnointirunkoa, jonka pidimme suhteellisen avoinna, jotta asukkaan kokemus ei jäänyt teorian alle.

2.1 Työn tutkimussuuntaus

Hyödynsimme opinnäytetyössämme fenomenologista tutkimussuuntausta. Fenomenologinen tutkimus kuuluu kvalitatiiviseen tutkimusperinteeseen eli laadulliseen tutkimukseen. Lähestymistavan tavoitteena on kerätä tietoa ihmisen elämäkokemuksista ja tarkastella sen perusrakenteita. Menetelmän keskeisenä päämääränä on kuvata ja tutkia ilmiöitä mahdollisimman aidosti laajoina kokonaisuuksina sisältäen merkityksiä, joita yksilöllä on kokemuksena. Fenomenologian tarkoitus on lisätä ihmisen ymmärtämistä pohdiskelevalla ajattelulla. (Roto 2006.)

Tutkimusaineistoa hankitaan keräämällä ja erittelemällä tutkittavasta koskevaa aikaisempaa tietoa, sillä sitä tarvitaan tutkittavan hahmottamiseksi ja työn selkiyttämiseksi ja rajaamiseksi. Fenomenologisessa tutkimuksessa valitaan tutkittaviksi niitä, jotka ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Tämänkaltaisissa tutkimuksissa jää tutkittavien määrä yleensä pieneksi. Tutkimuksessa vaikeuksina voi olla tutkijalle erottaa omat kokemukset tutkittavan kokemuksista. Tämän takia on hyvä, että tutkijalla on reflektiivinen ote työhönsä. Koko tutkimuksen ajan tutkijan on hyvä tarkkailla itseään, reaktioitaan sekä tuntemuksiaan kenttäpäiväkierjan avulla. Näin tehtyjen ratkaisujen raportointi on tarkkaa ja perusteltua. (Roto 2006.)

2.2 Havainnointi ja sen tarkoitus

Havainnointi sopii erityisesti tutkimuksiin, joissa tutkitaan yksittäisen ihmisen toimintaa sekä hänen vuorovaikutustaan toisten ihmisten kanssa. Se on myös toimiva metodi tutkittaessa esineitä, kuvia, tekstejä, luontoa ja ympäristöä. Aineiston keräämisen tapana havainnointi sopii yhtä hyvin niin määrälliseen kuin laadulliseen tutkimusmenetelmään. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä havainnot löydetään tutkijan osallistumisella enemmän tai vähemmän tutkimuskohteensa toimintaan. Ensisijaisesti havainnointia pidetään laadullisen tutkimusmenetelmän aineiston keräämisen tapana. (Viikka 2006, 38.)

Tieteellisessä tutkimuksessa havainnointi on perusmetodi, jota käytetään havaintojen keräämiseen tutkimuksessa. Havainnointi on tietoista tarkkailua eikä vain asioiden ja ilmiöiden näkemistä. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa muun muassa siitä, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Tutkimusta varten havaintoja on mahdollista kerätä havainnoinnilla luonnollisessa ympäristössä eli siellä, missä ihmiset elävät. Etuna luonnollisessa ympäristössä tehdyissä havainnoissa on se, että havainto tehdään aina siinä asiayhteydessä eli kontekstissa, jossa se ilmenee. (Vilka 2006, 37.)

Osallistuva havainnointi puolestaan tarkoittaa tutkijan osallistumista tutkimuskohteensa toimintaan tutkimuskohteen ehdoilla sekä yhdessä sen jäsenten kanssa ennalta sovitun ajanjakson. Tällainen havainnointi tapahtuu usein ennalta valitusta teoreettisesta näkökulmasta. Lisäksi havainnointi on ennalta suunniteltu jollakin tavalla valitun näkökulman avulla. Osallistuvaa havainnointia ja kenttätutkimusta voi tehostaa järjestelmällisen ja kohdistetun havainnoinnin avulla. Tämä on mahdollista vasta sen jälkeen, kun tutkimusongelma on täsmennyt ja tutkijalla on kokonais käsitys tutkimuskohteesta. (Vilka 2006, 44.)

Havainnoinnissa voi olla useita menetelmiä, mutta menetelmät voi kuvata kahdella jatkumolla. Ensimmäinen kuvaa, kuinka tiukkaan säädeltyä havainnointi voi olla eli hyvin systemaattista ja toinen luonnolliseen toimintaan mukautunutta. Kummassakin voi käyttää laadullista ja määrällistä arviointia, koska käytännössä esiintyy useita havainnointilajien välimuotoja. (Hirsjärvi ym. 2004, 203-204.) Opinnäytetyössämme oli käytössä osallistuva havainnointi, koska olimme asukkaan mukana hänen toiminnoissaan ja havainnoimme hänen toimintaa.

Kohdistetulla havainnoinnilla tarkoitetaan havainnoijan osallistumista tutkimuskohteen arkielämään, mutta havainnointia tehdään rajattuihin kohteisiin. Tämän lisäksi havainnointi kohdistetaan tiettyihin tilanteisiin, tapahtumiin tai asioihin tutkimuskohteessa. Kohdistettua havainnointia on mahdollisuus suunnata monella eri tavalla. Siinä voi lähtökohdaksi olla esimerkiksi tutkimuskohteessa syntynyt tutkijan mielenkiinto johonkin asiaan, toimintaan tai tapahtumaan. Tavallisesti näin tapahtuu etnografisessa tutkimuksessa, jossa tutkimusongelma yleensä täsmennyy havainnoinnin aikana tutkimuskohteessa. Tutkimuskohde ikään kuin johdattaa tutkijan tutkimusongelman äärelle. Kohdistettua havainnointia voivat suunnata niin teoreettinen viitekehys, muut tutkimuksessa käytetyt menetelmät kuin lähestymistavat ja tutkimusresurssit. (Vilka 2006, 44.) Aikomuksemme oli käyttää kohdistettua havainnointia. Havainnoimme asukasta viiden päivän jaksossa kahdessa osassa. Valokuvasimme myös kuntoutumiskodin tiloja havainnoinnin todellistamiseksi.

Tarkkaileva havainnointi on kohteen ulkopuolista havainnointia tarkoittaen, että tutkija ei osallistu tutkimuskohteensa toimintaan. Tutkija asettuu tutkimuskohteeseen nähden ulkopuoliseksi tarkkailijaksi. Tavoitteena on niin sanotusti oppia katsomalla. Tarkkailu toimii parhai-

ten sellaisissa olosuhteissa, joissa tilanteen luonnetta on mahdoton ennakoida tai se muuttuu nopeasti. Havainnoinnin kohteena ovat ennalta määrätyt asiat tai piirteet tutkimuskohteessa. Parhaiten tarkkaileva havainnointi soveltuu käyttäytymisen tutkimiseen, jossa havainnoidaan sitä, miten ihmiset suhtautuvat ympäristöönsä eli miten he käyttävät ja hallitsevat tilaa ympärillään. Samalla havainnoidaan myös sitä, miten ihmiset tilassa suhtautuvat toiseen ihmiseen ja ympärillä olevaan esineistöön. (Vilka 2006, 43.)

Vapaa sekä tutkittavan kohteen toimintaan mukautunut osallistuva havainnointi on tyypillistä laadullisessa tutkimusmenetelmässä. Tutkimuksen kohteena ovat tällöin sosiaalinen vuorovaikutus ja kulttuuriset merkitykset. Samassa tutkimuksessa käytetään usein myös eri havainnointitapoja havainnoinnin luotettavuuden ja tulkinnan yleistettävyyden lisäämiseksi. Vapaa havainnointi on vaativa tutkimusaineiston keräämistapa. Saatu tietomäärä havainnoitavassa tilanteessa on valtava ja sen muistiin kirjaaminen on hankalaa tutkimustilanteessa. Näin ollen tutkijalla on oltava kohteestaan paljon tietoa, mitä havainnot eivät suoraan osoita. Hänen tulee pystyä arvioimaan jatkuvasti, miten edustava yksittäinen havainto on tutkittavassa olevaan ilmiöön nähden. Tästä johtuen havainnointi vaatii ennakkovalmisteluja sekä syventymistä tutkittavan kohteen sisältöön. (Vilka 2006, 40.)

Kohdistettu haastattelu yhdistetään yleensä osallistuvalla tai tarkkailevalla havainnoinnilla saatuun havainnointiaineistoon. Tavoitteena kohdistetussa haastattelussa on saada tietoa esimerkiksi siitä, mikä on tutkimuskohteen ihannenorjasto tai käyttäytymisen ihannemuoto. Osallistuvalla tai tarkkailevalla havainnoinnilla pyritään saamaan tietoa siitä, miten tutkimuskohteen jäsenet noudattavat kuvailemaansa normia tai ihannetta. Jotta osallistuva havainnointi on mahdollista, tutkijan on päästävä sisään tutkittavaan yhteisöön. Tässä voi tärkeäksi avuksi olla niin sanottu avainhenkilö, joka tuntee yhteisön ja auttaa yhteisön jäsenten luottamuksen herättämisessä niin tutkijaan kuin hänen tutkimukseensa. Mitä arkaluontoisemmista asioista tutkimuksessa on kysymys, sitä enemmän tutkija tarvitsee avainhenkilöä takaamaan tutkimuskohteen lähelle pääsyn. (Vilka 2006, 45.)

2.3 Haastattelu ja sen tarkoitus

Haastattelussa olemme suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tässä voi kuitenkin olla etuja sekä haittoja. Haastattelu on kvalitatiivisessa tutkimuksessa päämenetelmä. Haastattelua käytetään menetelmänä silloin, kun halutaan tutkittavan antaa mahdollisuus tuoda itseään esille mahdollisimman vapaasti ja nähdä haastattelussa hänen ilmeensä ja eleensä. Haastattelussa on hyvä etukäteen tietää tutkimuksen aihe ja olla kasattuna tutkimukseen liittyvää teoriaa. Haastattelussa lisäkysymykset tarvittaessa antavat tutkittavalle mahdollisuuden avata kysymyksen vastausta, näin voimme saada halutessamme syventävää tietoa tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Saravaara 2004, 193-194.)

Haastattelun avulla tutkittavasta saa selville, mitä hän ajattelee, tuntee ja uskoo. Haastattelussa tutkittava havaitsee, mitä hänen ympärillä tapahtuu, mutta se ei kerro, mitä oikeasti tapahtuu. Havainnoimalla saadaan selville, toimiiko tutkittava niin, miten hän sanoo toimivansa. Havainnoinnissa suurimpana etuna on välitön, suora tieto yksilön, ryhmän tai organisaation käyttäytymisessä ja toiminnassa. Havainnoimalla päästään luonnolliseen ympäristöön, joka on todellisen elämän sekä maailman tutkimista. Tämän takia kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on hyvä kuvaamaan ja tutkimaan kokemuksia. (Hirsjärvi ym. 2004, 201-202.)

Mattilan (2007, 5-6.) mukaan vuorokuunteluohjauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota käytettäviin kysymyksiin, sillä ne ovat oleellinen työväline ohjaustilanteessa. Kysymyksistä heijastuvat kysyjän suhtautuminen ja asenteet, joita vastaaja puolestaan tulkitsee omakohtaisesti. Kysymykset tulee esittää yksi kerrallaan tarkentaen tarvittaessa. Oleellista on antaa ohjattavalle aikaa miettiä vastausta. Jos haastattelija täyttää hiljaisuuden omalla puheellaan, voi tämä johtaa toisen vastaamisen mitätöimiseen tai oleellisesti häiritä hänen keskittymistään vastaamiseen.

Asukkaan oman kokemuksen tavoittaminen haastattelun ja havainnoinnin turvin voi olla hyvin vaikeaa ja haasteellista. Haastattelua tehtäessä ei ole täysin varmaa, puhuuko asukas totta vai ei ja haluaako hän ylipäänsä kertoa itsestään asioita suoraan. Tässä herää myös luottamuksen syntymisen tärkeys. Meidän tuli saada mahdollisimman hyvä ja suora kontakti asukkaaseen sekä näin luoda samalla keskinäinen luottamus, jotta haastattelu toteutui ongelmitta.

2.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissa tarkoituksena on tarkastella tutkimusaineistoa eritellen ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysissa tutkitut tekstit voivat olla melkein mitä vain, kuten päiväkirjoja, haastatteluita, puheita sekä keskusteluita. Tällä pyritään muokkaamaan tutkitusta ilmiöstä tiivis kuvaus, joka puolestaan sitoo tulokset ilmiön laajempaan asiakokonaisuuteen. Sisällönanalyysillä voidaan tarkoittaa laadullista tai määrällistä sisällön erittelyä. Tämä voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka.) Käytimme opinnäytetyössämme induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa etsitään tekstin merkityksiä. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoituksena on laatia sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla aineisto järjestetään tiiviiseen ja selke-

ään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysiä tehdään laadullisessa aineistossa tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93-110.)

Aineistolähtöisen analyysin tekninen vaihe alkaa aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Aineistolle esitetään tutkimustehtävän tai -ongelman mukaisia kysymyksiä. Ensin tunnistetaan aineistosta asioita, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Sitten pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisiksi ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja luokalle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysin kriittinen vaihe on juuri luokkien muodostaminen tutkijan päättäessä oman tulkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat joko samaan tai eri luokkaan. Analyysi jatkuu samansisältöisten alaluokkien yhdistämisellä ja yläluokkien muodostamisella. Yläluokille annetaan niin ikään niiden sisältöä kuvaavat nimet. Lopulta yläluokat yhdistetään yhdeksi ja samaksi kaikkia kuvaavaksi luokaksi. Sekä alaluokkien, yläluokkien että yhdistävän luokan avulla vastataan tutkimustehtäviin tai -ongelmiin. (Tuomi ym. 2002, 102-103.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu niin tulkintaan kuin myös päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavaan ilmiöön liittyen. Teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi on prosessi, jossa tutkija muodostaa kuvuksen tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. Johtopäätöksiä ja teoriaa verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon uuden teorian muodostuessa. Teoreettisten käsitteiden luomisessa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Lisäksi tuloksissa kuvataan luokittelujen perusteella muodostetut käsitteet tai luokat sekä niiden sisällöt. Johtopäätöksiä tehdessään tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittavalle merkitsevät eli tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavaa hänen omasta näkökulmastaan analyysin joka vaiheessa. (Tuomi ym. 2002, 115.)

Tässä tutkimuksessa kävimme havainnointi- ja haastattelumateriaalin läpi sisällönanalyysin avulla. Litteroimme aineiston eli kirjoitimme sen auki, valitsimme analyysiyksikön, pelkistimme, ryhmittelimme ja konstruioimme eli havainnollistimme tutkimustamme esimerkein.

3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

Keskeisinä käsitteinä ja syvemmässä tarkastelussa tutkimuksessamme olivat viisi tutkimuksen luonteelle olennaista käsitettä. Kyseisiä käsitteitä olivat psykiatrisen hoidon arvot, päämäärät ja ihmiskäsitys, psykiatrinen potilas, psykiatrisen potilaan arki, psykiatrinen hoito ja kuntoutus sekä psykiatrisen potilaan kokemukset.

3.1 Psykiatrisen hoidon arvot, päämäärät ja ihmiskäsitys

Arvon käsite on varsin monimerkityksellinen ja tästä johtuen sitä on hyvin vaikea määritellä. Arvoille on ominaista, että ne ovat suhteellisen vakaita ja muuttuvat hitaasti, lähinnä vain sukupolvien tasolla. Arvolla voidaan tarkoittaa kaikkea tavoiteltua, tarvittua, haluttua sekä arvostettua. Valintoja tehtäessä arvoilla on tärkeä osansa ja motiivien tapaan ne säätelevät käyttäytymistä. Arvot pitävät sisällään aina positiivisen ja kulttuurisen hyväksyttävän tunnelatauksen eli halun toteuttaa aiotun teon. Arvoja on myös mahdollista määritellä uskomuksiksi tai käsitteiksi, jotka ovat sidoksissa toivottavien lopputulosten tai käyttäytymisen kanssa. Arvot siis ylittävät konkreettiset tilanteet ja näin ohjaavat valintojamme tai arviointejamme. Arvot järjestyvät niiden suhteellisen tärkeyden mukaan. Ne ovat määriteltävissä yksilön motivaatioksi tai päämääräksi. (Syrjäpalo 2006.)

Arvoilla on perustat inhimillisen olemisen tärkeimpiin edellytyksiin: biologisiin tarpeisiin, sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytysten luomiseen ja ryhmän säilymisen sekä hyvinvoinnin varmistamiseen. Vahvat arvot, kuten kauneus, totuus ja hyvyys, tunnetaan platonisina arvoina, koska jo Platon aikanaan oivalsi ihmisen tarkastelevan todellisuutta niiden kautta. Platonisilla arvoilla on erityisesti terveydenhuollossa oma tärkeä sijansa. Terveydenhuollossa esiintyvistä arvoista totuus on hyvin keskeisessä asemassa. Totuus voidaan yhdistää terveydenhuollon piirissä sekä tieteelliseen tietoon että totuudellisuuteen potilas-hoitajasuhteessa. Arvo hyvä puolestaan ymmärretään terveydenhuollossa inhimillisen kärsimyksen minimointina ja lääketieteessä elämän säilyttämisenä. Potilaan hoidossa on otettava huomioon terveydenhuollon oma arvoperusta, mutta lisäksi yhteiskunnassa vallitsevat arvot sekä yhteiskunnan hoitotyölle asettamat tavoitteet. Arvostukset näkyvät jatkuvasti toiminnassamme, asenteissamme ja kertoessamme omista toimintamme motiiveista ja aikomuksista. (Syrjäpalo 2006.)

Hoitotyössä sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Hän kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä samalla luoden hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, tavat ja vakaumus. Hän kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu pitää salassa potilaan itsestään antamat luottamukselliset tiedot ja harkita, milloin ottaa tiedot keskusteluun muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Sairaanhoitajan tarkoituksena on pyrkiä hoitamaan jokaista potilasta tasavertaisen hyvin kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan. Potilaan hoitaminen tapahtuu potilaan terveysongelmasta, uskonnosta, kulttuurista, äidinkielestä, sukupuolesta, iästä, ihon väristä, rodusta, poliittisesta mielipiteestä ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Opinnäytetyömme toteutuspaikan eli mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiskodin toimintaa ohjasivat seuraavanlaiset arvot: rehellisyys, inhimillisyys, ihmisläheisyys, luotettavuus, avoimuus, aitous, yksilöllisyyden kunnioittaminen, yhteen hiileen puhaltaminen, tasa-arvo ja asukkaiden kunnioittaminen omana ainutlaatuisena yksilönä. Vieraillessamme kuntoutumiskodissa havaitsimme kyseisten arvojen toteutuvan aina asukkaiden yksilölliset tarpeet huomioon ottaen ja jokaisen asukkaan yksilöllisyyttä kunnioittaen. Kuntoutumiskodista välittyi selkeä avoimuus ja aitous kaikin puolin, sinne oli helppo mennä kerta toisensa jälkeen toteuttamaan myös opinnäytetyötä.

Vertailllessamme opinnäytetyömme kohteena olevan kuntoutumiskodin arvoja muutamien muiden kuntoutumiskotien arvoihin huomasimme, että ne sivuavat paljon toisiaan. Kaikilla kuntoutumiskodeilla toistuvat lähes samanlaiset toimintaperiaatteet, kuten pyrkimys mielenterveyskuntoutujien yhteiseen hyvään oloon, turvallisuuteen sekä viihtyvyyteen. Opinnäytetyömme kohteena olevassa kuntoutumiskodissa jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle annettiin omaa tilaa toimia itsenäisesti eli pyrittiin kuntouttavuuteen, mutta tarvittaessa heitä myös ohjattiin.

Ihmiskäsitys on filosofinen käsite, joka muuttuu aikakautensa arvostusten ja arvojen mukaan. Se on eräs osa arvomaailmaamme, kullakin yksilöllä on oma arvomaailmansa sekä oma ihmiskäsityksensä. Ihmiskäsitys vaikuttaa kunkin yksilön tapaan toimia ainakin tiedostamattomalla tasolla. Ihmiskäsitykseen liittyy myös eettinen näkökulma tiedon lisäksi. Se sisältää näkemyksen siitä, mikä on ihmisessä olennaista eli olennaiset piirteet, kehityksen sekä mahdollisuuksien rajat ja mikä on ihmisen tehtävä ja tarkoitus. Hoitotyössä ihmiskäsitys vaikuttaa hyvin pitkälti siihen, miten asiakkaisiin suhtaudutaan, mitä asioita asiakassuhteessa pidetään tärkeänä ja mihin asioihin voidaan ihmisessä vaikuttaa. (Ihmiskäsitys ohjaa toimintaamme ja vuorovaikutustamme.)

Rauhala (2005) esittää holistisen ihmiskäsityksen kolmijakoisena ihmisen olemassaolon perusmuotoina, joita ovat tajunnallisuus eli psyykkis-henkinen olemassaolo, kehollisuus eli olemassaolo orgaanisena tapahtumana ja situationaalisuus eli olemassaolo suhteina tilanteeseen ja todellisuuteen. Tajunnallisuus tarkoittaa sitä, että ihminen kokee normaalitilassa aina jotain. Ihminen tietää, tuntee, uneksii jne. Kehollisuus puolestaan tarkoittaa ihmiskehon biologisia, anatomis-fysiologisia ja kemiallisia prosesseja. Situationaalisuus sisältää ihmisen suhteen esiinnsiin, muihin ihmisiin, maailmaan, kulttuuriin jne.

Auttamistyössä on yleensä kyse vaikuttamisesta ihmisen elämäntilanteeseen eli situatioon. Ihmisen tajunnan yleisten tapahtumisperiaatteiden ymmärtäminen on välttämätöntä auttamistyön suunnittelun ja toteutuksen kannalta. Ilman näiden tapahtumisperiaatteiden huomiointia mikään toiminta ei voi onnistua parhaalla mahdollisella tavalla. Ihmisen kehollisuuden

ymmärtäminen on myös etusijalla auttamistyötä tehtäessä. Situaatioon vaikuttaminen tapahtuu hyvin pitkälti lakisääteisesti auttamistyössä. Keskeisenä ajatuksena on, että muuntelemalla elämäntilanteen osatekijöitä, joita sosiaalityö koskettaa, on mahdollista edistää ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Psykkisten häiriöiden korjaamisessa ja ennaltaehkäisyssä pyritään parhaan mukaan vähentämään riskiryhmien elämäntilanteista sellaisia osatekijöitä, joista kokemuksen tasolla seuraisi pelkoa, huolta, stressiä, epätoivoa jne. Peruskatsomuksena sosiaali- ja terveysalalla pidetään holistista ihmiskäsitystä eli se, mitä on tilanteessa, on niin ikään tajunnallisuudessa ja kehollisuudessa. (Rauhala 2005.)

3.2 Psykiatrinen potilas

Mielenterveys on osa terveyttä eli fyysistä, henkistä, psyykkistä ja sosiaalista kokonaisuutta. Tähän määrittelyyn vaikuttaa usea tekijä, kuten kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö ja myös ihmisen omat tarpeet. Oman mielen hyvinvointi ei ehkä aina ole pysyvä olotila, vaan voi vaihdella elämässä eri vaiheissa, esimerkiksi fyysinen kunto voi muuttua. Yleisimpiä mielenterveydellisiä sairauksia ovat masennus, skitsofrenia, pakko-oireinen häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja alkoholismi. Kaikki mielenterveys- häiriöt ovat yleisiä jokaisessa ikäryhmässä. (Suomen Mielenterveysseura.)

Psykiatrisella potilaalla on usein erityisen suuria ongelmia ihmissuhteissa. Pitkäaikaiset potilaat ovat usein nuoria aikuisia, joille on hankalaa löytää sopivaa sijoituspaikkaa esimerkiksi vakavien käytöshäiriöiden ja muille tai itselle vaarallisen käyttäytymisen takia. Uusi vaikeahoitoisten potilaiden sukupolvi on suurimmaksi osaksi nuorista koostuva, jotka ovat vakavasti psyykkisesti sairaita tai usein asunnottomiksi joutuneita. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000, 25.)

Monet kuntoutumiskodin asukkaista on skitsofreniaa sairastavia. Skitsofrenialla tarkoitetaan pirstoutunutta mieltä, joka viittaa sisäisen mielen toimintojen muutokseen, havainto - ja ajatusmaailman häiriöihin. Yleensä skitsofreniaa sairastava ihminen vetäytyy ihmissuhteista omien harha-aistimusten ja harhaluulojen maailmaan. Skitsofreniaa sairastavan ihmisen sosiaalinen elämä voi kaventua ja hän voi kärsiä yksinäisyydestä. Nämä asiat voivat pahentaa sairauden oireita ja vaikeuttaa kuntoutumista. Skitsofrenia on yksi suurimpia kansansairauksiamme, jota sairastaa yli 50 000 suomalaista. Yleensä skitsofrenia on työikäisten ja nuorten aikuisten sairaus. Sairauden oireet voivat kehittyä hitaasti vuosien aikana tai jopa nopeasti muutamassa viikossa. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2007, 147.)

Skitsofrenian oireisiin liittyy aina todellisuudentajun häiriöitä. Yleisin aistiharha on äänten kuuleminen, mutta tunto-, näkö- ja makuharjoja voi myös olla. Tyypillisiä ovat virheelliset uskomukset eli harhaluulot. Arkitehtävistä selviytyminen voi vaikeutua, koska muisti ei toimi

hyvin ja keskittymisvaikeuksia voi ilmetä. Motivaatio itsensä huolehtimisen suhteen voi olla kadonnut. Skitsofreniaan liittyy usein tunteiden turtuminen, joka tarkoittaa, että sairas voi vetäytyä sosiaalisista suhteista omaan erityiseen maailmaan. (Heiskanen ym. 2007, 147-148.)

Skitsofrenia on vakava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö, joka on yksi haastavimmista ja vaikeimmista ihmiskuntaa kohtaavista sairauksista. Skitsofreniaan liittyy vieläkin potilaiden ja omaisten kärsimystä sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn laskua, vaikka hoito on kehittynyt suuresti. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti käyttäytymiseen sekä emotionaalisiin ja kognitiivisiin toimintoihin. Monilla skitsofreniaa sairastavilla oireet vaihtelevat elämänkaaren kuluessa. Skitsofrenia on luonnehdittu tiedonohjauksen säätelyhäiriöksi aivoissa, joka vaikuttaa inhimillisiin toimintoihin. (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 73.)

3.3 Psykiatrisen potilaan arki

Potilaan arki kuntoutumiskodissa on hyvin sidonnainen hänen ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Toimiva vuorovaikutussuhde on ensiarvoisen tärkeä, jotta potilaan arki sujuu ongelmitta hoitoympäristössä. Hoitohenkilökunnan järjestämällä ohjauksella ja toiminnalla on keskeinen asema potilaan arjessa. Kuntoutuksessa hoitohenkilökunnan puolesta tapahtuva kontrollointi kuuluu myös osaltaan potilaan arjessa selviytymiseen. Niin vuorovaikutus, ohjaus, toiminta kuin kontrollointi ovat tukena monella eri tavalla hoitotyön tyypin mukaan. (Latvala 1998, 54-55.)

Erilaiset auttamismenetelmät ovat osana ammatillista hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta. Auttamismenetelmille on ominaista se, että niitä on mahdollista käyttää erilaisissa tilanteissa osastoyhteisössä joko yhteisöryhmissä, keskusteluryhmissä tai toiminnallisissa ryhmissä. (Latvala 1998, 54-55.)

Hautala-Jylhän (2007) mukaan psykiatriset avohoitopalvelut ovat kasvaneet ajan kuluessa, mutta ovat edelleen suurin kehittämishaaste psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Kun psykiatrisen potilas siirtyy sairaalahoidosta avohoidon piiriin esimerkiksi kuntoutumiskotiin, hän tarvitsee tiivistä tukea ja palveluja arjessa selviytymiseen.

Tarkastellessamme tutkimuksia mielenterveyskuntoutujan arkeen liittyen esille nousi yksilöllinen arki, joka jäsenyi niin aamutoimien, päivän askareiden, iltatoimien kuin yön ympärille. Järvenpään (2003) tekemän tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujat kaipaivat enemmän mielekästä tekemistä toimeentulon arkipäivän sijaan. Elämänlaatuaan heikentäviksi asioiksi nousivat muiden muassa toimintakyvyn aleneminen, huono fyysinen terveys, väsymys, yksinäisyys sekä taloudellinen niukka tilanne. Heidän arkensa oli siis kapea-alaista, mutta

kuitenkin yksilöllistä sisällöltään. Mielenterveyskuntoutujat kokivat kuntoutusohjauksen merkitykselliseksi elämänlaadun ja arkipäivän kannalta. Kuntoutusohjauksen koettiin tuovan tukea erilaisiin elämäntilanteisiin ja sisältöä arkeen. Lisäksi se turvasi kuntoutujan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja vahvisti yksilöllisiä voimavaroja.

3.4 Psykiatrinen hoito ja kuntoutus

Psykiatrinen hoito ja hoitotyö ovat osa mielenterveystyötä. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyslaissa *yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä*. Mielenterveystyö jaetaan muiden muassa ehkäisevään, rakentavaan ja korjaavaan toimintaan. Korjaavalla mielenterveystyöllä eli hoidolla, kuntoutuksella ja tutkimuksella tarkoitetaan mielisairauksien parantamista ja lievittämistä sekä yksilöiden mielenterveydenhäiriöitä. (Syrjälä 2006.)

Hyvinvoinnin ja psyykkisten sairauksien kohdalla, rajanveto terveyden edistämisen, hoidon sekä kuntoutuksen kohdalla on erityisen hankalaa. Psykkisesti vaikeasti sairailta ihmisillä kuntoutuksen kulmakivenä voivat olla monet arkipäiväiset tilanteet ja toiminnot. Kuntoutuksella keskeisimpänä tavoitteena on tukea arkipäivän sujumista. Kuntoutuksen tarkoitus on kohdistua etsimään ja luomaan voimavaroja. Kuntoutuksen avulla on tärkeää välttää ja varoa syrjäytymistä. Kuntoutuksessa ei niinkään ole kyse asiakkaan/potilaan arvioinnista vaan yhteistyöstä, jolla yritetään pyrkiä löytämään ja tukemaan hänen voimalähteitä. (Kallanranta, Rissanen & Viikkumaa 2001, 163-165.)

Psykiatrisessa kuntoutuksessa erityispiirteenä on elämänkestoinen sairauden jatkuva hoito, pyrkien oireiden hallitsemiseen, ehkäisemiseen tai vähentämiseen. Suomessa suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja on mielenterveyshäiriöt. Niihin vaikuttavat eriasteiset masennus- ja työuupumusoireet. Tämän vuoksi myös masennuslääkkeiden käyttö on nykyään lisääntynyt huomattavasti. (Kallanranta ym. 2001, 173.)

Mielenterveysongelmia hoidetaan ensisijassa avohoidossa. Avohoidossa oleva mielenterveyskuntoutuja voi näin ollen asua ja elää omassa kodissaan ja sieltä käsin käydä hoidossa. Yhtenä avopalveluna on myös kuntoutus, siihen voidaan potilas ohjata mielenterveystoimiston tai sairaalan kautta. Yleensä kuntoutus alkaa jo sairaalassa ja sitä jatketaan, kun potilas pääsee kotiin tai kuntoutuskotiin. (Niemi 2001, 14.)

Niemen (2001, 14-15.) mukaan hoitosuunnitelmaan olisi hyvä sisältyä kuntoutussuunnitelma, joka suunnitellaan aina yksilöllisesti potilaalle. Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään itsenäisesti ja toimimaan omatoimisesti. On tärkeää saada potilaan sairaus hal-

lintaan. Psykkisesti sairaalla potilaalla voi olla vaikeuksia palata arkeen, yleensä hän voi joutua opettelemaan arkiset kotityöt uudelleen. Kuntoutuksessa on tarkoitus avohoidossa tukea mielenterveyskuntoutujaa työhön sekä sosiaalisten ja taloudellisten ongelmien ratkaisutaitoihin. Mielenterveyspotilailla voi olla ongelmana myös lääkkeiden otto, joka on hyvin tärkeää muistaa psykkisessä sairaudessa. Lääkkeiden otossa kotona kuntoutujaa voi auttaa tarvittaessa omainen tai kotisairaanhoido.

Monissa paikoissa on huomioitu myös perheenjäsenet potilaan hoidossa. Näin lähestyessä potilaan sairautta, omaisilta voi löytyä ymmärrystä paremmin. Myös perheenjäsenet voivat auttaa hoitajia tuntemaan potilaan paremmin, koska he voivat kertoa potilaan osaamisista ja missä asioissa hän on hyvä sekä mistä hän pitää. Kun perheenjäsenillä on kysyttävää ja paineita lähimmäisen sairauden takia, olisi hyvä omaisten käydä jakamassa ajatuksiaan tukiryhmässä. (Niemi 2001, 22-23.)

Potilas itse määrää, kuka on hänen tukiryhmänsä. Kyseessä voi olla sukulainen, läheinen ystävä tai ihminen, jonka kanssa hän asuu. Jos potilas ei pysty itse puhumaan hoitoon liittyvistä asioista, mahdollisesti hänen omaisensa ovat silloin mukana hoidossa. Tietojen luovuttamisesta potilaan kohdalla määrää potilas itse. Jos mahdollista, olisi omaisten hyvä olla potilaan hoidossa mukana. Silloin olisi tärkeää kertoa omaisille tietoa siitä, minkälainen sairaus on kyseessä. (Niemi 2001, 23-24.)

3.5 Psykiatrisen potilaan kokemukset

Koiviston väitöskirja nimeltään "Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi" kuvailee aikuisten potilaiden kokemuksia psykoosin sekä autetuksi tulemisen todellisuudesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Lähestymistapa tutkimuksessa on fenomenologinen. Kyseiseen tutkimukseen osallistuneet aikuiset olivat erilaisia psykooseja kokeneita ja niistä selviytyneitä sekä selviytymässä olevia. Potilaiden autetuksi tuleminen oli välttämätöntä ja samalla helpottavaa. Hoito kuitenkin jäi jäsentymättömäksi omaan sisäiseen tilanteeseen, minuuden ja hoitotoimintojen hallinnan sekä hallitsemattomuuden suhteen. Potilaiden kokemana autetuksi tuleminen merkitsi haavoittuvuudelta suojaamista ja eheytyneemmäksi tuloa niin, että yksilöllistä selviytymistä ja voimaantumista tuettiin. (Koivisto 2003.)

Yhtenäistä näille aikuisille oli se, että he kokivat psykoosin hallitsemattomana minuutena, mikä tarkoitti sekä fyysistä että emotionaalista minän muuttumisen ja lisäksi itsehallinnan menetyksen tunnetta. Lähemmin tarkasteltuna hallitsematon minuus tarkoitti herkistyneisyyden lisääntymistä itsen ja myös muiden suhteen, omaisten ja ystävien tärkeyttä sekä vaihtelevaa vaikeutta selviytyä arkielämästä. Kaiken kaikkiaan elämäntilanteeseen liittyvä hallitse-

maton minuuks oli kokonaisvaltaisesti uuvuttava kokemus. Samanaikainen sairaalahoito koettiin varsin vaikeana, mutta kaikesta huolimatta välttämättömänä. (Koivisto 2003.)

Edistäviksi tekijöiksi autetuksi tulemisessa muodostuivat osaston ilmapiiri, tietoisuus osaston hoidosta ja hoitajan roolista sekä potilaiden positiivinen kohtelu. Myös hoitotilanteet, jotka liittyivät potilaiden sisäiseen kokemukselliseen tilaan, koettiin auttavina. Vuorovaikutukselliset tilanteet, kuten keskustelut oman hoitajan tai hoitajien kanssa, hoitoneuvottelut, joihin omaiset ottivat osaa ja vaikutusmahdollisuus omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, edistivät osaltaan autetuksi tulemistä. (Koivisto 2003.)

Estäviksi tekijöiksi autetuksi tulemisessa nousivat puolestaan osaston turvattomuus, rauhattomuus, tietämättömyys hoidosta, hoitotilanteista ja hoitajien osuudesta potilaiden hoitoprosessissa. Estäviin tekijöihin liittyivät myös epäilevä asenne potilaaseen, potilaan kohtaamisen kiireellisyys, yksin jättäminen ja selitysten vähäisyys sekä pakottaminen. (Koivisto 2003.)

Erilaiset terapiat ja interventiot koettiin silloin positiivisiksi, kun ne toteutuivat nimenomaan potilaan näkökulmasta hänen tarpeitaan vastaaviksi. Lisäksi keskusteluryhmät auttoivat olemaan muiden seurassa ja jäsentämään omia asioita muiden kokemusten kautta sekä ilmaisemaan itseä. (Koivisto 2003.)

Pihlajan (2008) Pro gradu-tutkielma ”Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ” - Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta” kartoittaa aikuisten mielenterveyskuntoutujien arkipäivän oppimista. Tämän lisäksi tutkimus selvittää yhteisöllisyyden ja vertaisryhmän merkitystä kuntoutujan arjessa kahdessa eri kuntoutumisyhteisössä. Tutkimus on lähestymistavaltaan etnografinen eli aineisto on kerätty niin havainnoiden tutkimusyhteisöjen toimintaa kuin haastatellen henkilökuntaa.

Pihlajan tutkimuksen perusteella on mahdollista tehdä johtopäätös, että hoitotyöntekijät korostavat kuntoutujien toimijuutta eli subjektiivisuutta. He uskovat kuntoutujan mahdollisuuksiin kuntoutua ja tulla arjessa itsellisiksi sekä pärjääviksi oikein mitoitettun tuen turvin. Haasteellisimpia kuntoutettavia ovat nuoret aikuiset, joilla on päihde- ja mielenterveysongelmia selkeän psykiatrisen diagnoosin sijaan ja jotka ovat aloitekyvyttömiä arjen toiminnoissa. Kuntoutujaa ohjataan sekä tuetaan niin arjen toiminnoissa, fyysisessä ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä, sosiaalisten kontaktien luomisessa, ylläpitämisessä ja toiminnallisuudessa kuin taloudellisissa asioissa. (Pihlaja 2008.)

Kuntoutujat tarvitsevat sekä toisia henkilöitä että liikkumisen mahdollisuutta erilaisiin oppimistilanteisiin samalla huomioiden vaihtoehtoja missä, milloin ja miten he oppivat. Tässä korostuu toiminnallisten ryhmien tarkoituksenmukaisuus oppimista ajatellen. Yhteisöllisyyden

merkitys on ilmeistä kuntoutujalle yhteenkuuluvuuden tunteen, osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden vuoksi. Yhteisöllisyys on havaittavissa tavoitteellisena yhteisöhoitona tai puhtaasti yhtenäisyyden ilmapiirinä tutkimusyhteisöissä. (Pihlaja 2008.)

Mattilan (2002) tutkimuksessa "Miten ohjata mielen kuntoutujaa? - Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä" selvitetään, minkälaista mielen kuntoutujan ohjaus on yksityisissä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeissa Suomessa. Tutkimus vastaa kysymyksiin muiden muassa siitä, mitä mielen kuntoutujan ohjaus on, miksi ohjaus toteutuu niin kuin se toteutuu ja miten sekä millä kuntoutumisen alueilla tulee ohjausta kehittää. Tämä tutkimus pohjautuu niin hermeneuttiseen tieto- ja maailmakäsitykseen kuin existentiaalis-fenomenologiseen ihmiskäsitykseen.

Tutkimuksen tiedonantajien mukaan mielen kuntoutujan ohjaus on kolmiulotteista ohjausta, jossa normatiivinen ohjaus korostuu. Hoito- ja palvelukotien yhteisöllisyyttä tavoittelevassa työtoiminnassa, jossa päivittäisten elämisen taitojen oppiminen korostuu, on säännöillä suuri merkitys. Tulosten mukaan ohjausta tulee kehittää kokemusperäisen ohjauksen ja ohjaavan kuntoutuksen suuntaan. Ohjaava kuntoutus perustuu sekä eettiseen suhteeseen toiseen ihmiseen, luottamukseen mielen kuntoutujan kehittymisestä, ohjauksen osapuolien keskinäiseen kasvuun ja kumppanuuteen että kokemuksen merkityksen ymmärtämiseen ja tulkintaan. (Mattila 2002.)

Ohjaava kuntoutus on niin symbolien välityksellä syntyvää tasavertaista, interaktiivista kuin jännittämisestä vapaata yhteisöllisyyttä. Tämä puolestaan rohkaisee kaikkia osapuolia ilmaisemaan ajatuksiaan samalla lisäten ihmisten välistä luottamusta. Tutkimuksesta selviää, että asukkaat kokivat kuntoutumiskodissa asumisen sekä elämisen turvallisena ja tämän voi ajatella olevan tärkeä voimavara. Ristiriitaisesti asukkaat kokivat turvallisuutta turvattomuudessa ja vapautta sääntöjen ja rajoitusten keskellä. Vahvan systeemin puolestaan muodostivat työtoiminnan osatekijät. (Mattila 2002.)

Tutkimuksen tuloksista nousee esille myös sääntöjen keskeinen rooli kuntoutustyössä. Jokainen teko kuntoutumiskodissa oli etukäteen suunniteltu ja sovittu, tämä johti rutiininluontoihin operaatioihin. Elämä kuntoutumiskodissa oli näin ollen kaavamaista ja säännönmukaista. Kaikkien kuntoutumiskotiyhteisön jäsenten kesken työnjako oli selkeä. Kaikkein tärkeimmäksi resurssiksi työntekijän mielestä osoittautuivat asukkaiden henkiset voimavarat. (Mattila 2002.)

Mielenkuntoutujan elämänlaadun kannalta ensiarvoisen tärkeää on toiminnan ja työn korostaminen, mutta toiminta ei kuitenkaan saa vieroittaa kuntoutujaa älyllisistä pyrkimyksistä. On tärkeää muistaa, etteivät he aina kykene hahmottamaan omaa todellisuuttaan. Kuntoutujat

saattavat kokea oman ympäristönsä hyvinkin muuttumattomana. Kuntoutumista vaikeuttavina seikkoina nousevat esille pitkäaikaispotilaan heikko itsetunto ja motivaation puute. (Mattila 2002.)

Mattilan (2002) tutkimuksen johtopäätöksistä käy ilmi, että yksityisissä mielenterveystyön hoito- ja palvelukodeissa mielen kuntoutujan ohjaus on pääsääntöisesti sekä kokemusperäistä että opettavaa. Kuntoutumisen ohjaus toteutuu näin ohjauksen osapuolien kasvun palveluksessa. Mielenkuntoutujan ohjaus puolestaan toteutuu kuntoutuksen teorian historian hallitsemalla tavalla. Suurella osalla työntekijöistä on edelleen käytössään sosiaalisen oppimisen ohjelman mukaisia menetelmiä, joissa niin päivittäisten elämisen taitojen oppiminen kuin harjoittelu liitettynä pienryhmätoimintana korostuu. Sosiaalinen oppiminen koetaan selkeänä ja tehokkaana portaittaisen kuntoutuksen työvälineenä. Kuntoutumista tulee puolestaan kehittää ohjauksen tavoissa. Mielen kuntoutujat toivoivat sellaista ohjausta, jolla tavoitetaan aiempaa paremmin kuntoutujan ääni, edistetään hänen kehittymistään kommunikatiivisessa ja sosiaalisessa toiminnassa sekä lisätään hänen vaikutusvaltaansa.

Rissanen (2007, 85.) mukaan skitsofrenian kuntoutumisprosessissa vaaditaan paljon niin asiakkaalta, työntekijöiltä kuin heidän yhteistyöltään. Ilman kuntoutujan omaa motivoitumista ja halua parantua, kuntoutuminen ei edisty. Skitsofreniasta kuntoutumisessa vaaditaan oikeanlaista lääkitystä, paljon aikaa sekä toimivaa ja hyvää yhteistyösuhdetta. Kuntoutujan on oltava halukas luopumaan skitsofreniaa sairastavan roolista, elämäkuvasta ja identiteetistä. Rissanen kertoo, etteivät kaikki pysty kiinnittymään kuntoutumisen prosessiin saati joka hetki jaksaa panostaa siihen. Rissanen mietti myös sitä, että syynä voisi olla työntekijöiden väärä tapa auttaa kuntoutujaa tai resursseja on liian vähän. Hänen mukaan työntekijöille oli tärkeää se, että kuntoutuja loppujen lopuksi ottaa itse vastuun kuntoutumisestaan ja elämästään. Hoitajilta vaaditaan paljon vastuun ottamista, kun ihminen tulee huonossa kunnossa sairaalaan, mutta kunnan kohentuessa, kuntoutujan vastuun olisi hyvä siirtyä kuntoutujalle itselleen.

Kuntoutumisen esteeksi voi muodostua puuttuva hoitomotivaatio. Sisäinen vahvuus motivaation lisäksi on tärkeä tekijä kuntoutumisessa. Rissanen (2007, 86-88.) mukaan työntekijällä ei ollut kuntoutujan paranemiseen osuutta, vaan se on johtunut kuntoutujan omasta motivaatiosta, sisäisistä tekijöistä sekä vahvuudesta. Oman motivaation lisäksi on tärkeää hyväksyä oma sairautensa ja myönteinen suhtautuminen kuntoutukseen. Nämä asiat voivat mahdollistaa tehokkaan työskentelyn kuntoutumisen suhteen. Tuli myös ilmi, että työntekijän rehellisyys ja aito kiinnostus kuntoutujaa kohtaan lisää hoitomotivaatiota. Tuolloin kuntoutuja voi tuntea itsensä tärkeäksi ja hyväksytyksi.

4 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksemme kohteena oleva asukas on haavoittuvasta asiakasryhmästä, joten tutkimuksemme ei saanut haavoittaa häntä eikä vaarantaa hänen hoitoaan. Tutkijoina meidän tuli sopeutua kuntoutumiskodin tiloihin ilman, että aiheutimme ylimääräistä kuormitusta kuntoutumiskodissa. Hoitajien ja asukkaiden nimet eivät tule julki tutkimuksessamme. Lisäksi hävitimme havainnointi-, haastattelu- ja videokuvamateriaalin tutkimuksen valmistuttua. Valokuvat, jotka otimme kuntoutumiskodin tiloista, eivät kohdistu hoitohenkilökuntaan, eikä asukkaisiin.

Aikomuksenamme oli hyödyntää videokuvaamista osana havainnointiaineiston keräämistä, mutta huomasimme sen olevan asukkaalle haasteellista ja näin ollen hän ”skarppasi” videokuvaamisen aikana eikä ollut oma itsensä. Päätimme unohtaa videokuvaamisen jo siitä syystä, ettei vain asukkaan voinnissa tule tapahtumaan radikaaleja muutoksia videokuvaamisen myötä. Näin ollen tukeuduimme havainnointiosuuden osalta omiin muistiinpanoihimme.

Tutkija on lukijoilleen velkaa uskottavan selityksen aineiston kokoamisesta. Tutkimustulosten selkeys ja ymmärrettävyys on taattu, kun tutkija kertoo tekemisensä tarkkaan yksityiskohtaisesti. Tutkijan tulee siis antaa lukijoille riittävää tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat puolestaan arvioida tutkimuksen tuloksia. Laadullisen tutkimuksen perusvaatimuksena on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa. On myös tärkeää, että tutkijakollegat arvioivat tutkimusprosessia ja että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten sekä johtopäätösten osuvuutta. (Tuomi ym. 2002, 138-139.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on tutkijan tarkan selostuksen takana tutkimuksen toteuttamisesta. Tämä tarkkuus koskee kaikkia vaiheita tutkimuksessa. Aineiston tuottamiseen liittyvät olosuhteet olisi kerrottava niin totuuden mukaisesti kuin selvästi. Esimerkiksi havainnointi- ja haastattelututkimuksessa mainitaan paikoista ja olosuhteista, joissa aineistot on kerätty. Haastatteluihin käytetty aika, virhetulkinnat haastattelussa, mahdolliset häiriötekijät ja tutkijan oma itsearviointi tilanteesta kerrotaan tutkimuksessa. Keskeistä laadullisessa aineiston analyysissä on luokittelujen tekeminen, lukijalle tulisi kertoa luokittelun syntymisen alkujuuret sekä luokittelujen perusteet. (Hirsjärvi ym. 2004, 227.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA TULOSTEN ANALYSOINTI

5.1 Havainnoinnin ja haastattelun tulokset

Jaoimme havainnointirungon kolmeen eri osaan, johon sisällytimme asiat, mitä havainnoimme asukkaan hoidon kohdalla. Arvot olivat ensimmäisenä, mitä havainnoimme asukkaan hoidossa.

Toisena havainnoinnin kohteena meillä oli hoidon kokeminen, miten asukas koki oman hoitonsa kuntoutumiskodissa. Viimeinen osa puolestaan oli asukkaan arkielämän kokeminen. Kun aloimme purkaa havainnointirunkoa, huomasimme, että kaikkia havainnointirungon osia ei pystytty havainnoimaan.

Kohtelua havainnoitaessa kävi ilmi, että asukasta puhuteltiin omalla nimellä. Häntä ohjattiin tarvittaessa ja autettiin kotitöissä. Hoitajat hyvästelivät asukkaan työpäivänsä päätteeksi ja kertoivat, milloin näkevät uudestaan. Vuorovaikutuksessa asukas tuli hyvin lähelle hoitajia ja toisteli jotain tiettyä sanaa, kun halusi keskustella. Hoitohenkilökunta kysyi muun muassa lähtekö asukas ryhmälenkille tai tyttöjen (meidän) kanssa kahville. Itsemääräämisoikeuden kohdalla asukas ei suoranaisesti näyttänyt ymmärtävän omia oikeuksiaan. Kun asukkaalla ilmeni pakko-oireilua, hoitajat pyrkivät parhaansa mukaan rajaamaan häntä. Asukkaalle annettiin vaihtoehtoja arjen tilanteissa tapahtuviin päätöksiin. Luottamuksen kohdalla hoitajat katsoivat asukasta silmiin puhutellessaan häntä. Hoitajat olivat ymmärtäväisiä asukasta kohtaan, joten asukas haki tukea ja turvaa hoitohenkilökunnalta.

Turvallisuuteen liittyen asukas toi esiin tulevaisuuden haaveita. Kuntoutumisessa asukasta kannustettiin arjen tilanteissa ja työtoiminnassa sekä tarvittaessa ohjattiin. Hoitohenkilökunnan ajatukset kuntoutumisesta ja kuntoutumisen tavoitteista olivat asukkaan ajatuksiin verrattuna laaja-alaisemmat. Ohjauksen kohdalla asukasta autettiin tarvittaessa arkielämän askeleissa ja apu tuli usein joltain toiselta asukkaalta. Asukasta ohjattiin muun muassa kotitöissä ja uusissa tilanteissa.

Arkielämän kokemiseen liittyen asukas pystyi noudattamaan rajoituksia kuntoutumiskodissa elämäntyylistään riippumatta. Asukas ei suoranaisesti näyttänyt, ymmärsikö hän omia rajoituksiaan. Asukkaalla oli vahvat tulevaisuuden haaveet kuntoutumiskodista huolimatta, tämä ilmeni eleiden ja ilmeiden kautta.

Haastattelu oli myös jaettu kolmeen eri osaan, osat olivat samanlaiset kuin havainnointirungossa. Arvojen kohdalla asukas kertoi omasta vuorovaikutuksestaan kuntoutumiskodissa. Hän vastaili enemmän kysyttäessä kuin itse oma-aloitteisesti kyseli muilta. Kun kysyimme asukkaalta, onko hänen ja hoitohenkilökunnan välillä luottamusta, hän vastasi: *"On. Hoitajat kysyvät minulta, minkälainen olo mulla on. Kun mua ahdistaa, saan tarvittavan lääkkeen."* Jatkona kysyimme, että riittääkö tarvittava lääke vai haluaisiko asukas hoitajilta lisäksi jotain muuta? *"No, ehkä keskustella asiasta."* Asukas kuitenkin kertoi, ettei ole edes ehdottanut asiaa hoitajille.

Kysyttäessä asukkaalta kokemuksia kuntoutumiskodin hoidosta ja turvallisuudesta, asukas kertoi, että hänellä on turvallinen olo. Tästä jatkoimme muutamalla lisäkysymyksellä, kuten

onko hänellä ollut missään vaiheessa mitään mieltä painavia asioita. Asukas vastasi lyhyesti: *"On pelkotiloja."* Tämän jälkeen kysyimme tarkennusta, minkälaisia pelkotiloja hänellä on. *"Pelkään tekeväni itselleni tai jollekin muulle paha."* Tästä alkoi keskustelu hänen pelkotiloistaan. Asukas kertoi, että pelkotilat tulevat yöaikaan juuri ennen nukahtamista. Hän mainitsi myös, että pelkotiloja on ollut hänellä lähes joka ilta. Kysyttäessä asukas ei ole kuitenkaan mennyt kertomaan pelkotiloistaan hoitajille, ja että pelkotilat eivät johdu kuntoutumiskodista. Kuitenkin hän tuntee olonsa turvalliseksi pelkotiloista huolimatta.

Kysyimme asukkaalta, miten hänen mielestään kuntoutuminen näkyy hänen hoidossaan. Hänen vastauksensa siihen oli: *"Työ ja kotityöt täällä."* Asukas saa mielestään myös tarvittavan tuen sekä tarpeeksi ohjausta kuntoutumiskodissa. Asukas mainitsi kysyttäessä, että saa myös apuja muilta asukkailta arkielämän askareissa.

Kun kysyimme asukkaalta, miten hän kokee kuntoutumiskodissa oman arkensa, hän sanoi: *"No, se vähän vaihtelee."* Kysyttäessä tarkennusta, miten se vaihtelee, hän vastasi: *"Niin, että välillä ahdistaa vähän enemmän ja toisinaan vähemmän."* Kuitenkaan asukas ei osannut kertoa, mistä ahdistuksen tunteet johtuvat. Hän vain mainitsi, että ne liittyvät arkielämän asioihin. Lisäksi hän kertoi, että ahdistus liittyy jonkin verran läheisiin. Kysyttäessä onko kuntoutumiskodissa ollut kuitenkin positiivisia kokemuksia, hän vastasi: *"No, välillä kaipaisin omaa asuntoa."*

Kysyimme asukkaalta, rajoitetaanko hänen mielestään hänen arkielämää liikaa, hän vastasi: *"En tiedä."* Asukas kuitenkin kertoi, että rajoituksia on. Hän myös mainitsi, että häntä rajoitetaan joissain toiminnoissa, mitä hän tekee. Rajoitusten kohdalla kysyimme häneltä, miltä tuntuu, kun häntä rajoitetaan ja hän vastasi: *"Kyl se toisinaan aika pahalta."* Lisäksi kysyimme häneltä, ovatko rajoitukset olleet tarpeellisia, hän vastasi: *"No kyl ne varmaan on."* Viimeisenä kysymyksenä kysyimme, saako hän tarpeeksi tukea ja ymmärrystä läheisiltään tämän hetkisessä elämässään, hän vastasi: *"Joo."* Kun kysyimme tarkennusta asiaan liittyen, hän kertoi, että läheisten seurassa on turvallinen olo ja tarvittaessa voi jutella heidän kanssaan. Lisäksi kysyimme häneltä, onko hänellä mitään, mitä hän kaipaisi omailta, hän vastasi: *"No, ehkä jos huomioitaisiin vähän enemmän."* Sitten kysyimme, missä asioissa hän kaipaisi läheisten huomiota ja hän vastasi: *"Siinä, että olisi yhdessä jotain tekemistä. Semmoista niinku tota harrastuksiin liittyvää."* Tätä asukas ei ole ehdottanut läheisilleen.

5.2 Havainnoinnin analysointi

Miten arvot näkyvät:

Kohtelu

- Huomioon ottaminen

Itsemääräämisoikeus

- Tietoisuus?

- Ymmärtäväisyys

- Oikeuksien ymmärtäminen?

Vuorovaikutuksen laatu

- Passiivisuus
- Aloitekyvyttömyys
- Kyselevä kontakti

Luottamus

- Läheisyys

- Kohtelu oli ymmärtäväistä ja huomioonottavaista.
- Vuorovaikutus oli asukkaan puolelta passiivista ja aloitekyvyttöntä. Kyselevä kontakti oli sitä, että asukas vastasi kysymyksiin niin lyhyesti, että hänelle piti usein esittää jatkokysymyksiä.
- Itsemääräämisoikeuden suhteen jäi avoimeksi se, että oliko asukas tietoinen omista oikeuksistaan ja ymmärsikö hän ne.
- Luottamus ilmeni asukkaan puolelta läheisyydellä.

Miten hoidon kokeminen näkyy:

Turvallisuus

- Turvallinen olo
- Pelot, itsetarkkailu
- Hoitosuhde

Kuntoutuminen

- Työtoiminta
- Arkielämän askareet
- Uudet tilanteet/tapahtumat haastavia

Ohjaus

- Itsenäisyys
- Tarve opastukseen

- Turvallisuus välittyi turvallisen olon kautta, mukaan lukien pelot ja itsetarkkailu. Turvallisuutta loi myös hoitosuhde.
- Kuntoutumisessa tärkeänä osana oli työtoiminta. Arkielämän askareet ja uudet tilanteet/tapahtumat haastavuuksineen edistivät kuntoutumista.
- Asukas pyrki paljon toimimaan itsenäisesti, mutta ohjauksen tarve oli nähtävissä.

Miten arkielämän kokeminen näkyy:

Rajat

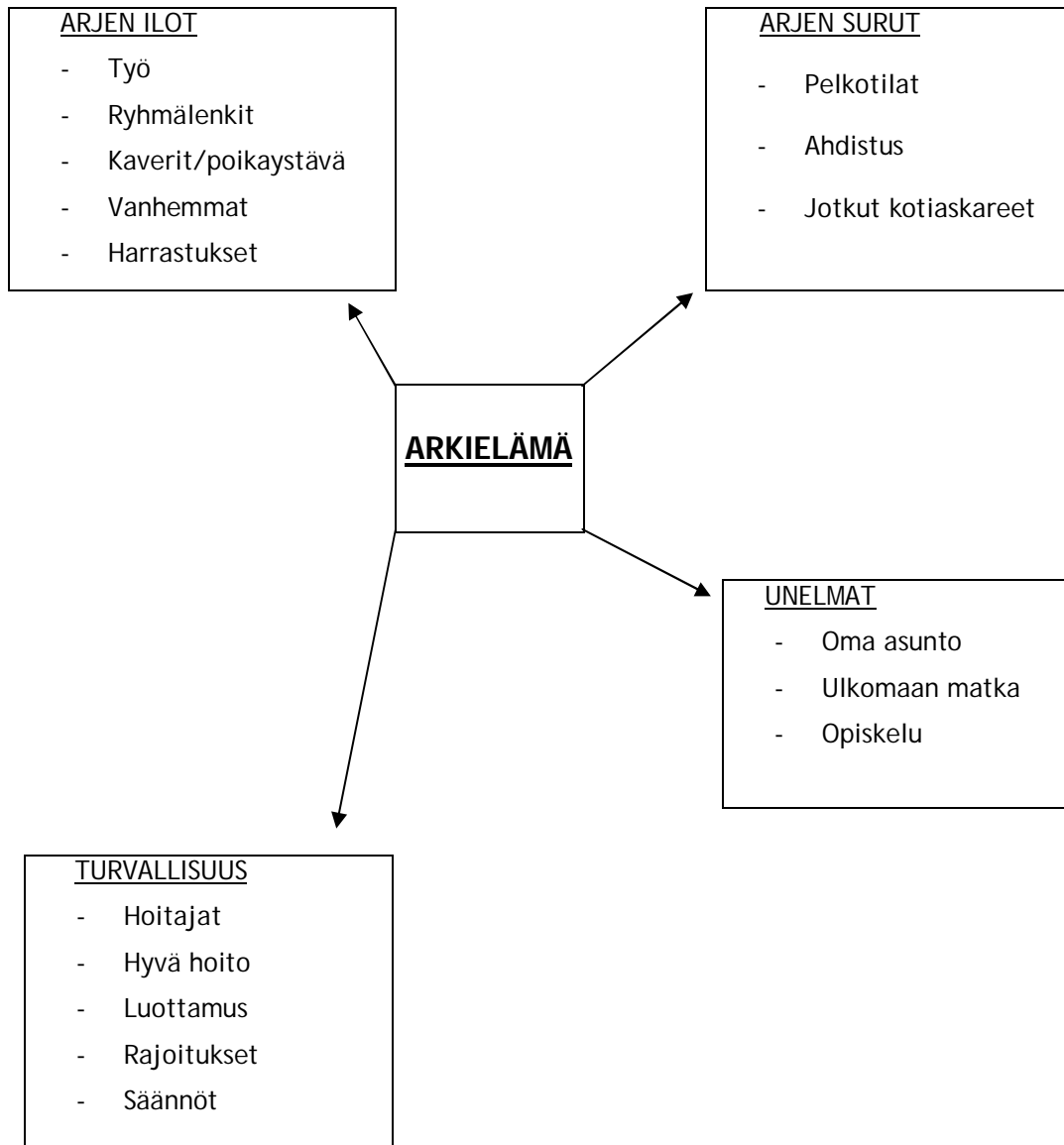
- Rajojen ymmärtäminen?
- Sääntöjen noudattaminen

Elämän kuvaaminen

- Tulevaisuuden haaveet
- Perhe
- Kaverit

- Asukas noudatti sääntöjä, mutta avoimeksi jäi rajojen ymmärtäminen.
- Elämän kuvaamisessa ilmenivät tulevaisuuden haaveet, perhe ja kaverit.

5.3 Haastattelun analysointi



KUVA nro 1: Kuntoutujan arkielämä.

- Arjen iloina ilmenivät työ, ryhmälenkit, kaverit/poikaystävä, vanhemmat ja harrastukset.
- Arjen suruina ilmenivät pelkotilat, ahdistus ja jotkut epämiellyttävät kotiaskareet.
- Turvallisuuksi loivat hoitajat, hyvä hoito, luottamus, rajoitukset ja säännöt.
- Unelmia olivat oma asunto, ulkomaan matka ja opiskelu.

5.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Kun purimme vastauksia, niistä ilmeni heti, että asukas on tyytyväinen hoitoonsa kuntoutumiskodissa. Asukkaasta havaitsi selkeästi, että hänellä on turvallinen olo kuntoutumiskodissa.

Hänestä sai kuvan, että hän on aika riippuvainen hoitajista, joten luottamus silloin löytyy toisia kohtaan. Luottamus löytyi myös asukkaan puolelta hoitajia kohtaan läheisyyden kautta.

Havainnoimme ilman videointia, koska asukkaan käytös muuttui videoinnin aikana ja hän jäähmettyi. Kun videoimme häntä, hänellä ei ilmennyt pakko-oireilua, kuten aluksi näin ajattelimme tapahtuvan. Asukkaalla ilmeni pakko-oireita usein uusissa tilanteissa, kuten lenkille tai kahville lähtiessä. Havainnoimme asukkaan toimintaa ja tunteita joka kerta, kun kävimme häntä tapaamassa kuntoutumiskodissa.

Käydessämme kuntoutumiskodissa asukasta tapaamassa, huomasimme hoitajien ottavan hänet hyvin huomioon. Tämän huomasimme lähtiessämme lenkille tai kahville, hoitaja oli aina tarkistamassa, että asukkaan lähtö onnistui hyvin. Lisäksi hoitajat kävivät työvuoronsa päätteeksi hyvästelemässä asukkaan ja kertoivat, milloin tapaavat seuraavan kerran. Asukkaasta huomasimme, ettei hän itse ottanut aloitteellisesti kontaktia, vaan hoitajat ja muut asukkaat tekivät aloitteen häntä kohtaan.

Havainnoidessamme asukkaan itsemääräämisoikeutta, huomasimme, että asukas ei täysin ymmärtänyt omia oikeuksiaan. Huomasimme myös, että asukkaan itsemääräämisoikeutta tai kykyä itsemääräämiseen on erittäin vaikea havainnoida. Asukas lähestyi hoitajia silloin, kun hän tarvitsi turvaa tai tukea. Kun asukkaan mieltä painoi jokin asia, hän toisteli usein jotakin sanaa hoitajille tai meille. Mahdollisesti hän toivoi, että tilanne rajataan mahdollisimman nopeasti eli esimerkiksi silloin, kun pakko-oireilua ilmeni ennen lenkille lähtöä. Ajoittain asukas koki rajaamisen myös turvana ja tärkeänä, että hoitajat olivat läsnä tapahtuman aikana.

Asukkaalla on selkeästi turvallinen olo kuntoutumiskodissa ja hoitosuhde myös vaikuttaa turvalliselta. Havaitimme ajoittain asukkaasta, ettei hän tuntenut oloaan itsensä kanssa turvalliseksi. Tämä ilmeni pelkona, että hänelle nauretaan tai hänet jätetään yksin. Siksi hän kovasti tarkkaili mitä puhuimme, miten ilmehdimme ja toimimme. Yksin jäämisen pelko tuli esiin usein, kun lähdimme kuntoutumiskodista, asukas tuli useaan kertaan oven rakoon hyvästelemään meidät.

Asukkaan kuntoutumisen kohdalla havaitsimme, kuinka tärkeä hänelle työtoiminta on. Videoimme asukasta työtoimissaan, nauhalta huomasimme hänen hyvän motivaation työn tekoon. Aikaisemmin mainitsemamme asukkaan puute aloitteellisesta kontaktin ottamisesta, tuli ilmi myös työtoiminnassa ja ohjauksessa. Asukas sai tarvittaessa ohjausta työtoiminnassa ja arkiaskareissa, mutta mietintään jäi se, pyytääkö asukas edes tarvittaessa ohjausta.

Arkielämän kokemisen suhteen mietimme rajojen kohdalla, ymmärtääkö asukas kaikkia rajojaan, mitä hänellä on. Rajojen havainnoimista oli vaikea toteuttaa. Asukas kuitenkin noudatti

kuntoutumiskodin sääntöjä. Havainnoidessamme asukkaan elämää, asukkaasta huomasimme selvästi hänen omat tulevaisuuden haaveet. Näistä haaveistaan hän puhui oma-aloitteisesti iloiseen sävyyn.

Mattilan (2002) tutkimuksen mukaan kuntoutumiskodin asukkaat kokivat vapautta sääntöjen ja rajoitusten keskellä ja turvallisuutta turvattomuudessa. Kyseisen asian huomasimme niin ikään tutkimuksessamme mukana olleen asukkaan kohdalla. Mattila korostaa sääntöjen keskeistä roolia kuntoutustyössä niin, että jokainen teko kuntoutumiskodissa oli etukäteen sovitun ja suunniteltun. Tutkimuksemme kohteessa oli rutiininomainen päivärhythmi ja tutkittavamme asukas noudatti arkeen liittyviä rutiineja.

Verraten saavutettuja tuloksiamme Koiviston (2003) väitöskirjaan, jossa potilaat olivat kokeneet erilaiset terapiat ja interventiot positiivisiksi asioiksi, toteutettiin ne potilaiden tarpeita vastaaviksi. Koiviston väitöskirjassa tärkeänä korostuivat myös keskusteluryhmät, jotka mahdollistivat yhdessä oloon, vertailemaan omia kokemuksia muiden kokemuksiin ja ilmaisemaan näin paremmin itseään. Tulostemme pohjalta kehittämisideana asukkaan paremman hoidon suhteen meille tuli mieleen, että hoitajat voisivat järjestää asukkaan kanssa keskusteluhetkiä. Tällä tarkoitamme sitä, että hoitajat voisivat sopia asukkaan kanssa keskusteluajan vaikka kerran viikossa tai tarvittaessa useammin. Keskusteluissa hoitajat voisivat keskittyä asukkaan arkipäivän asioihin, ajatuksiin, iloihin ja suruihin. Tämä puolestaan parantaisi asukkaan ja hoitajien välistä hoitosuhdetta.

Haastattelun myötä ilmeni, että asukas halusi harrastuksia lisää, vaikka hänellä oli jo muutama harrastus. Jos vain on mahdollista resurssien ja ajan myötä, asukkaalle voisi kehittää lisää harrastuksia tai muita aktiviteetteja. Harrastukset voisivat olla niitä, mitä asukas itse haluaa. Jos hoitajilla olisi aikaa, he voisivat lähteä asukkaan mukaan harrastuksiin, vaikka vain kannustamaan tai tukemaan asukasta. Tämä parantaisi myös osaltaan hoitosuhdetta asukkaan ja hoitajien välillä. Yhteinen tekeminen luo luottamusta hoitosuhteessa, mikä on hyvin tärkeää.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI

Keräsimme tutkimukseemme aineistoa haastattelun ja havainnoinnin avulla helmi-kesäkuun 2009 aikana. Aineiston keruun toteutimme käymällä aina viikoittain tapaamassa kuntoutumiskodin asukasta kaikkiaan kymmenen kertaa, jota vuoroin havainnoimme ja haastattelimme käyttäen apunamme laatimiamme havainnointi- ja haastattelurunkoja. Saimme havainnointiaineistoa kerättyä noin kymmenen sivua. Haastattelun toteutimme kolmena eri käyntikertana, jonka myös nauhoitimme. Toteutimme haastattelun näin siitä syystä, että asukkaan luottamus olisi saavutettavissa ja hän jaksaisi haastattelun näin paremmin. Havainnoinnin osalta teimme omia muistiinpanojamme käyntikertojen yhteydessä koko kevään 2009 ajan.

Haastattelun toteuttamiseen meni aikaa puolitoista tuntia yhdestä haastateltavasta ja hänen vastauksiensa lyhydestä johtuen. Haastattelimme asukasta kuntoutumiskodissa hänen omassa huoneessaan, joten mahdollisia häiriötekijöitä ei ilmennyt rauhallisen haastattelutilan vuoksi. Haastattelun edetessä teimme tarpeen mukaan asukkaalle tarkentavia lisäkysymyksiä haastattelurungon aiheiden puitteissa. Haastattelun nauhoittaminen onnistui suhteellisen hyvin, vaikka haastateltavamme asukas jännitti tilannetta. Haastattelun nauhoittamisen aikana asukkaalla ilmeni pakko-oireilua hänelle uudesta tilanteesta johtuen. Haastattelua aukikirjoittaessamme huomasimme hankaluudeksi saada selvää nauhalta haastateltavan puheesta, sillä hänen äänensä kuului nauhalla hyvin hiljaa. Tästä johtuen kuuntelimme nauhan moneen kertaan läpi, että saimme vastaukset kirjoitettua auki sanatarkaksi tekstiksi analysointia varten.

Keräämämme havainnointiaineisto koostui enimmäkseen kuntoutumiskodissa tapahtuneista tilanteista. Käydessämme kuntoutumiskodissa asukas halusi tavata meitä omassa huoneessaan eikä niinkään kuntoutumiskodin yleisissä tiloissa. Asukkaan oman innostuksensa mukaan veimme häntä välillä kävelylenkille ja kahvilaan, ehdotukset teimme hänelle. Asukas kävi myös työtoiminnassa, joten olimme kerran hänen mukanaan työsalilla havainnoimassa häntä. Näiden kaikkien tilanteiden puitteissa saimme havainnointiaineistoa keräytyä. Jokaisen tapaamiskerran jälkeen kävimme myös omia tuntemuksiamme ja havaintojamme läpi yhdessä.

Saatuamme haastattelun nauhalle ja havainnointimateriaalin kerättyä, kirjoitimme molemmat vielä auki. Muutimme haastattelun nauhalta sanatarkaksi kirjoitetuksi tekstiksi ja saman teimme myös havainnointiosuudelle. Tämän jälkeen ryhdyimme analysoimaan tutkimuksemme tuloksia sisällönanalyysimenetelmällä, teimme haastattelulle ja havainnoinnille analysoinnin erikseen. Jaoin pelkistettyjä ilmauksia eli sanoja/sanapareja haastattelun ja havainnoinnin pohjalta pieniksi luokiksi samalla varoen päällekkäisyyksien muodostumista. Tämän vaiheen jälkeen ryhmittelimme ne ja muodostimme luokille nimet eli alaluokat. Lopuksi yhdistimme alaluokat tutkimuksemme muodostuneisiin yläluokkiin. Yläluokkia syntyi vähän tutkimuksemme aineistokoosta johtuen.

Tutkimuksessa saavutetut tulokset ovat melko luotettavia siksi, että tutkimusmenetelminä käytetyt haastattelu ja havainnointi tukivat paljon toisiaan. Merkityksellistä tulosten kannalta oli myös se, ettei suunniteltu asukkaan videokuvaaminen onnistunut. Tästä johtuen tutkimuksen tulokset ovat entistä luotettavampia, sillä asukas oli haastattelun ja havainnoinnin aikana luontevasti oma itsensä. Aluksi luulimme, että havainnointi laatimamme rungon avulla olisi ollut helppoa, mutta se koituikin todella haasteelliseksi. Myös teorian pohjalta oli aluksi vaikea ymmärtää havainnoinnin tarkoitusta.

7 POHDINTA

Saimme aiheen opinnäytetyöllemme Laurea-ammattikorkeakoulun kautta. Aluksi teimme opinnäytetyötä Kellokosken sairaalalle, joka oli pyytänyt koululta tämän tyyppistä työtä. Opinnäytetyömme edistymistä hankaloittivat toisen ohjaavan opettajan ja työelämän edustajan pois jääminen työstämme. Kellokosken sairaalan kanssa yhteistyö ei onnistunut, joten saimme apua lehtori Mattilalta uuden toteutuspaikan tiimoilta. Aloitimme yhteistyön Jokelassa kuntoutumiskodin kanssa syksyllä 2008. Kuntoutumiskodin henkilökunta valitsi asukkaan, jonka kanssa aloitimme tutkimusprosessin alkuvuodesta 2009 kestäen kesäkuuhun 2009 asti.

Asukkaan kanssa yhteistyö onnistui hyvin, minkä myötä saimme mielestämme luotettavia tuloksia. Luottamuksen saavuttaminen onnistui hyvin, koska emme kiirehtineet haastattelun kanssa vaan tutustuimme ensin toisiimme. Päästyämme tutkimuksen kanssa kunnolla alkuun, tutkimus onnistui kaiken kaikkiaan yllättävän hyvin. Ajoittain oma panoksemme ei ole ollut parhainta ja siksi tutkimuksen edistyminen on ollut hidasta.

Kärsivällisyydestä ja hyvästä yhteistyöstä haluamme kiittää kuntoutumiskodin henkilökuntaa ja ohjaavaa opettajamme Aulikki Iijaa. Lisäksi haluamme vielä kiittää tutkimuksessamme mukana ollutta asukasta onnistuneesta ja hyvästä yhteistyöstä.

8 JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Jatkotutkimushaasteiksi ehdottaisimme tutkimusta, jossa tutkittaisiin asukkaan hoitoa kuntoutumiskodissa hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen voisi toteuttaa laadullisella tutkimusmenetelmällä, haastatteleamalla. Lisäksi useamman asukkaan hoidon tutkiminen ja niistä saatujen tulosten vertaileminen keskenään voisi olla varsin mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe. Tämän voisi toteuttaa samoilla tutkimusmenetelmillä kuin oma tutkimuksemme on tehty eli haastatteleamalla ja havainnoimalla useampaa asukasta. Silloin tästä tutkimuksesta tulisi laajemmat tutkimustulokset. Asukkaan kuntoutumisprosessin tutkiminen, esimerkiksi asukkaan saapumisesta kuntoutumiskotiin ja siitä kuvaamalla muutama kuukausi eteenpäin kuntoutumisprosessin etenemistä, olisi myös hyvä jatkotutkimushaaste.

LÄHTEET

Hautala-Jylhä Pirjo-Liisa. 2007. Psykiatrian vuodeosastojen jälkipoliklinikkatoiminta sairaalan ja avohoidon välillä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. www-dokumentti <http://www.uku.fi/vaitokset/2007/ISBN978-951-27-0804-8hautalajylha.htm> (luettu 6.6.2008)

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: StarOffset Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ihmiskäsitys ohjaa toimintaamme ja vuorovaikutustamme. www-dokumentti grundtvux.internetix.fi/fi/sisalto/liitteet/kka/ihmiskasitys.doc (luettu 30.7.2009)

Järvenpää Elina. 2003. Kuntoutusohjauksen merkitys mielenterveyskuntoutujan arkeen. Pro - gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. www-dokumentti <http://www oulu.fi/hoitotiede/jarvenpaa.htm> (luettu 30.7.2009)

Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2001. Kuntoutus. Duodecim.

Koivisto Kaisa. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. www-dokumentti <http://herkules oulu.fi/isbn951427007X/> (luettu 12.3.2008)

Kontio, R., Numminen, M. & Stjerna, A. 2006. Vaikeahoitoisuus, haaste työryhmälle. VAIHO-projekti 2002-2004. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun Yliopistopaino.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) 2005. Psykiatria. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mattila Eija. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? - Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. www-dokumentti

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/vk/mattila/mitenohj.pdf> (luettu 26.4.2009)

Mattila, E. 2007. Vuorokuunteluohjaus asiakkaan ohjauksen laatutekijänä. Artikkeliluonnos.

Niemi, H. 2001. Elämän vuoristoradalla. Erikoispaino Oy.

Nyberg Kaisa. 2001. Mielenterveyspotilaan omaisuus on vaarassa masentua. Artikkelitiedote. www-dokumentti

http://www.mielenterveys-taimi.fi/mielekas/2001_4/19.htm (luettu 25.2.2008)

Pitkänen, A., Silfver, P., Mäkinen, M., Hietalahti, P., Alanen, S. & Kajander, M. 2006. Potilaan elämänlaatu ja itsemääräämisoikeus oikeuspsykiatrisen hoitotyön haasteena. Sairaanhoidaja-lehti 19-22.

Pihlaja Katja. 2008. "Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ" - Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjesta oppimisesta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. www-dokumentti

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18982/URN_NBN_fi_jyu-200810075788.pdf?sequence=1 (luettu 26.4.2009)

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Roto Helinä. 2006. Fenomenologisen psykologian analyysimenetelmä. Perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. www-dokumentti

<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5j.html> (luettu 10.12.2007)

Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Sisällönanalyysi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. www-dokumentti

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html (luettu 9.6.2008)

Salokangas, R. K. R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A-M. & Saarinen, S. 2000. Sairaalarasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalarasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen mielenterveysseura. www-dokumentti

http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mit%E4%20mielenterveys%20on? (luettu 15.6.2008)

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. www-dokumentti

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyohjeita_ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ (luettu 23.2.2008)

Syrjälä Kyllikki. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. www-dokumentti

<http://herkules oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf> (luettu 23.2.2008)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

1 Miten arvot ilmenevät asukkaan kohtelussa kuntoutumiskodissa?

1.1 Miten asukasta kohdellaan?

1.2 Minkälaista vuorovaikutusta asukkaalla on kuntoutumiskodissa?

- Ottaako asukas kontaktia omatoimisesti?

- Millaista kontaktia hoitohenkilökunta ottaa asukkaaseen?

1.3 Miten asukas kokee itsemääräämisoikeuden toteutumisen kuntoutumiskodissa?

- Ymmärtääkö asukas omat oikeutensa?

- Miten asukasta informoidaan sairaudestaan ja arjen tilanteissa tapahtuvista päätöksistä?

1.4 Onko asukkaan ja hoitohenkilökunnan välillä luottamusta?

- Miten luottamus ilmenee? (Esim. Tapahtumien kautta)

- Luottaako asukas hoitohenkilökuntaan?

2 Miten asukas kokee oman hoitonsa kuntoutumiskodissa?

2.1 Kokeeko asukas olonsa turvalliseksi?

- Minkälainen on asukkaan henkinen tila tällä hetkellä?

- Vaikuttaako hoitosuhde turvalliselta?

2.2 Miten kuntoutuminen toteutuu asukkaan näkökulmasta hänen hoidossaan?

- Minkälaista tukea asukas saa kuntoutumisessaan?

- Ovatko asukkaan ja hoitohenkilökunnan ajatukset kuntoutuksesta ja kuntoutuksen tavoitteet yhtä pitäviä keskenään?

2.3 Saako asukas tarvittaessa ohjausta?

- Millaista ohjausta asukas saa arkielämän askareissa?

- Mihin tilanteisiin tai asioihin ohjaus liittyy?

3 Miten asukas kokee oman arkielämänsä kuntoutumiskodissa?

3.1 Miten asukas kokee rajoitukset kuntoutumiskodissa?

3.2 Miten asukas kuvaa elämäänsä? Sanat? Ilmaukset?

LIITE 2

HAASTATTELURUNKO

1 Miten arvot ilmenevät sinun kohtelussasi kuntoutumiskodissa?

1.1 Minkälaista vuorovaikutusta sinulla on kuntoutumiskodissa? Vastailletko vain kysyttäessä vai otatko omatoimisesti kontaktia muihin?

1.3 Onko sinun ja hoitohenkilökunnan välillä luottamusta? Minkälaista luottamusta teillä on?

2 Miten koet oman hoitosi kuntoutumiskodissa?

2.1 Koetko olosi turvalliseksi kuntoutumiskodissa?

2.2 Miten kuntoutuminen toteutuu sinun näkökulmastasi hoidossasi? Minkälaista tukea saat kuntoutumiskodissa?

2.3 Saatko mielestäsi tarvittaessa ohjausta? Esimerkiksi arkielämän askareissa, kuten pyykinpesu ym.

3 Miten koet oman arkielämäsi kuntoutumiskodissa?

3.1 Miten koet rajoitukset kuntoutumiskodissa?

3.2 Saatko läheisiltäsi tukea ja ymmärrystä tämän hetkisessä elämässäsi?

LIITE 3

SOPIMUS VIDEOKUVAAMISESTA OSANA OPINNÄYTETYÖTÄ

Minä suostun siihen, että sairaanhoitajaopiskelijat Katariina Laine ja Salla-Mari Järvinen videokuvaavat minua ja minun hoitoani osana opinnäytetyötään. Videokuvamateriaalia ei tulla esittämään kolmannelle osapuolelle (esim. opettajille tms.). Opinnäytetyön valmistuttua videokuvamateriaali hävitetään.

Allekirjoituksellaan kumpikin osapuoli vakuuttaa ymmärtäneensä ja hyväksyvänsä tämän sopimuksen.

Tätä sopimusta on tehty neljä (4) kappaletta, yksi jokaiselle allekirjoittaneelle ja yksi kuntoutumiskoti

..... 8.4.2009

.....

.....
Katariina Laine

.....
Salla-Mari Järvinen

LIITE 4 TUTKIMUSLUPA

Opinnäytetyön tekijä/tekijät Salla-Mari Järvinen
Katariina Laine

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot Salla-Mari.Jarvinen@laurea.fi, puh.0405583499
Katariina.Laine@laurea.fi, puh.0504661611

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden osoite/osoitteet Salla-Mari Järvinen, Urheilukatu 13
04400 Järvenpää
Katariina Laine, Lemmenmäentie 2 B 7
11120 Riihimäki

Organisaatio/yksikkö Kuntoutuskoti

Organisaation/yksikön yhteystiedot

Instituutti Hyvinkää

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaaja Aulikki Iija

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot Aulikki.Iija@laurea.fi

Opinnäytetyön nimi Asukkaan hoitokokemukset
mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiskodissa -
yksittäisen asukkaan hoidon seuraaminen
ja kokemusten kirjaaminen

Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma Yksittäisen asukkaan hoidon seuranta

Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät Haastattelu ja havainnointi

..... /..... 200.....
Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

..... /..... 200.....
Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonyymiteetin.