
**NUORI AIKUINEN MIELENTERVEYSASIAKKAANA –
HOITAJIEN KOKEMUKSIA KUNTOUTUMISVAIHEEN
HOITOTYÖSTÄ**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu 16.11.2012

Sari Sarrola

Jaana Vastamäki



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Tekijät	Sari Sarrola Jaana Vastamäki	Vuosi 2012
Työn nimi	Nuori aikuinen mielenterveysasiakkaana – hoitajien kokemuksia kuntoutumisvaiheen hoitotyöstä	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tiedon lisääminen siitä, mitkä ovat nuorten aikuisten yleisimpiä mielenterveysongelmia, minkälaista nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutus on ja millaisena hoitohenkilökunta – mielenterveyshoitajat/psykiatriset sairaanhoitajat – sen on kokenut. Tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia nuoria aikuisia mielenterveyskuntoutujia hoitavalla henkilökunnalla on heidän kuntoutumisvaiheessa tekemästään hoitotyöstä.

Tutkimuksen taustateoria muodostettiin aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä tutkimuksista. Teoriassa keskityttiin nuorten aikuisten yleisimpiin mielenterveysongelmiin, mielenterveyskuntoutuksen eri menetelmiin sekä hoitohenkilökunnan mahdollisuuksiin tukea nuorta aikuista. Aineistonkeruu suoritettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä, käyttäen kyselylomaketta. Sisällön analyysin tarkoituksena oli luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta.

Tulosten mukaan hoitajat ovat kokeneet kuntoutumisvaiheen hoitotyön haastavana, johtuen nuorten aikuisten moniongelmaisuudesta, päihteiden käytöstä. Hoitohenkilökunta kokee suurimmaksi osaksi pystyvänsä vastaamaan nuorten aikuisten mielenterveysasiakkaiden hoidon tarpeisiin. Perhe, ystävät ja vertaistuki koetaan hyvin merkityksellisenä hoidon onnistumisen kannalta. Mielenterveystyön kehittämistarpeina hoitajat toivat esiin mielenterveyshoitotyön resurssien lisäämisen, toimivamman mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyn, terapiamuotojen kehittämisen sekä matkalamman hoitoonpääsykynnyksen.

Avainsanat Nuori aikuinen, kuntoutus, mielenterveys, hoitohenkilökunta

Sivut 31 s. + liitteet 1 s.

LAHDENSIVU
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Sari Sarrola
Jaana Vastamäki

Year 2012

Subject of Bachelor's thesis

Young Adult as a Mental Health Client –
Nurses' Experiences of Rehabilitation Nursing

ABSTRACT

The aim of this study was to increase knowledge about young adults' most common mental health diseases, what their rehabilitation is like and how the nursing personnel has felt to execute it. The purpose of this study was to find out the nursing personnel's experiences of treating young adult mental health clients at their rehabilitation phase.

Theory of the thesis was collected from literature of this subject and previous researches. Theory is focused on young adults' most common mental health diseases, mental health rehabilitation treatment methods and nursing personnel's resources to support young adults. The thesis approach was qualitative and the research material was gathered by using a questionnaire. The material was analysed by using an inductive content analysis. The inductive content analysis's purpose is to clear the material and in that way produce new information about researching fact.

Main results were that nurses have experienced executing the rehabilitation phase nursing challenging, due to young adults' psychoactive drug using. Nursing personnel feels they can meet the young adults' needs for the most part. Family, friends and peer support are very meaningful in the order of the rehabilitation to work. Nurses brought to attention that increasing mental health working resources, preventing mental health problems, developing the existing therapyforms and lowering the chance of getting in to mental health treatment are the biggest developing needs of mental health work.

Keywords Young adult, rehabilitation, mental health, nursing personnel

Pages 31 p. + appendices 1 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	NUORI AIKUINEN.....	2
2.1	Nuoruudesta aikuisuuteen.....	2
2.2	Nuori mielenterveyskuntoutujana.....	3
3	TERVEYS JA SAIRAUS.....	4
3.1	Skitsofrenia.....	4
3.2	Masennustilat.....	5
3.3	Ahdistuneisuushäiriöt.....	5
3.4	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	6
4	KUNTOUTUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ.....	7
4.1	Mielenterveyskuntoutumisen tärkeitä käsitteitä.....	7
4.2	Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita.....	9
4.3	Kuntoutussuunnitelma.....	10
4.4	Kuntoutuksen monialaisuus ja moniammatillinen työryhmä.....	11
4.5	Kuntoutumista tukevat hoitomuodot.....	11
4.6	Kolmannen sektorin mielenterveyspalvelut.....	13
5	OMAISET HOIDON TUKENA.....	15
5.1	Perhekeskeinen hoitotyö.....	15
6	HOITAJA MIELENTERVEYSASIAKKAAN TUKENA.....	16
7	TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	17
7.1	Työn aikataulu ja toteutus.....	17
8	KVALITATIIVINEN TUTKIMUS.....	18
8.1	Tutkimusprosessi.....	18
8.2	Laadullisen aineiston analyysi.....	20
9	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	21
9.1	Sisällön analyysi.....	21
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	24
10.1	Opinnäytetyön validiteetti ja reliabiliteetti.....	24
10.2	Tulosten hyödynnettävyys.....	25
10.3	Kokemukset opinnäytetyöprosessista.....	26
	LÄHTEET.....	28

1 JOHDANTO

Suureksi työkyvyttömyyden aiheuttajaksi on muodostunut jo nuoruusiässä alkaneet mielenterveydenhäiriöt. Nuori jää usein jälkeen koulusuorituksissa sekä kehityksessään psyykkisten ongelmien ja häiriöiden takia, eikä tuolloin pysty itsenäistymään tai huolehtimaan ihmissuhteistaan. Aikuisuuden työkyky pystytään turvaamaan riittäväillä mielenterveyspalveluilla. (Pylkkänen 2003, 32 - 35.)

Mielenterveyspalveluiden tarjonnassa sekä toteutuksessa suuressa roolissa on hoitohenkilökunta. Hoitajat sekä motivoivat, että ohjaavat mielenterveyskuntoutujaa kehittymään sairautensa suhteen oikeaan suuntaan. Hoitajien tehtävä on yhdessä asiakkaan kanssa laatia tavoitteita kuntoutumiselle kuntoutussuunnitelmaan. Tällä tavoin hoidon edistyminen on helposti havaittavissa. (Järvikoski & Härkää 2011, 195.) Mielenterveyshoitoon sisällytetään monia asioita, yksi olennaisimmista on verkostoyhteistyö. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutukseen otetaan mukaan monen alan asiantuntijoita, jotka kaikki tuovat yhteen oman erikoisosaamisensa. Myös perheen ja ystävien sisällyttäminen hoitoon on tärkeää, tämä takaa hoidon tulosten jatkumisen myös kotiutuessa. Hoitaja on tässä kaikessa keskeisessä roolissa. (Koskisuu 2004, 21.)

Nykyaikana potilaan hoidon vaarana saattaa olla liiallinen lääkekeskeisyys. Hoidossa tulisi säilyttää ihmistä ymmärtävä näkökulma ja hyödyntää psykoterapian mahdollisuudet, sillä kohteena on kuitenkin potilas kokonaisuutena ihmisenä. Potilaan kannalta tuloksetkaampi tie voisi olla henkilökohtaisen hoitosuhteen ja psykoterapeuttisen lähestymisen avulla vaikuttaminen lukkiutuneeseen tunne-elämään (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 18).

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ”Nuori aikuinen mielenterveysasiakkaana – hoitajien kokemuksia kuntoutumisvaiheen hoitotyöstä”, koska olemme molemmat kiinnostuneita psykiatrisesta hoitotyöstä ja meillä on sivuainevalintana toimintakykyä edistävä moniammatillinen työ. Opinnäytetyössämme halusimme selvittää millaisena nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien hoitaminen koetaan hoitohenkilökunnan keskuudessa. Lisäksi selvitimme kuinka kuntoutumisvaiheen hoitotyö on vastannut henkilökunnan odotuksia ja toiveita. Opinnäytetyössämme käytämme termejä mielenterveysasiakas ja mielenterveyskuntoutuja synonyymeina.

2 NUORI AIKUINEN

Kehityspsykologiassa ihmisen nuoruusiän elämänkaari käsitetään suunnilleen seuraavasti: varhaisnuoruutta ja keskinuoruutta kuvaa ikävuodet 12 – 18, myöhäisnuoruutta puolestaan vuodet 18 – 22. Varhaisaikaisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan ikävuosia 22 – 29, jopa 34. Murros- ja nuoruusikä ovat erimittaisia. Nuoruusiän alkuvaiheessa alkaa muodostua nuoren varsinainen murrosikä eli puberteetti. Fyysinen kypsyminen tapahtuu yksilöllä eri nopeudella, ja kehityksen kulkuun saattavat myös vaikuttaa nuoren kasvuympäristö sekä toisistaan poikkeavat sosiaaliset tekijät. (Räty 2010, 3.)

Nuoren fyysinen kypsyminen ja psykososiaalinen kehitys sisältyvät nuoruusikään. Tällöin kehitys kulkee kohti itsenäistymistä ja oman aikuisen sukupuoli-identiteetin luomista. Moses ja Eglé Lauferin mukaan kehityskriisi ilmenee kehityksen vuorotteluna. Se muokkaa nuoren ruumiinkuvaa, ja sisältää seksuaalisia mielikuvia ja niiden kokeilemistä. Kehityksen aikana nuori työstää uudelleen aiemman kehityksensä kokemuksia ja luo uutta, kypsempää suhdetta sekä itseensä että ympäristöönsä. (Keinänen & Engblom 2007, 14.)

2.1 Nuoruudesta aikuisuuteen

Nuoruus on kehitysvaihe, jonka tarkoituksena on lapsen vähittäinen irrottautuminen lapsuudestaan ja oman persoonallisen aikuisuuden löytäminen. Nuoruus eroaa lapsuudesta siten, että nuorella on paljon aikuiseen samastumisen pohjalta hankittuja taitoja, ja aikuisuudesta se eroaa niin, että nuori on kypsytön ja häneltä puuttuu aikuisen kokemusmaailma. Nuoruudesta aikuisuuteen siirryttäessä ihminen etsii itseään ja minuuttaan erilaisen harrastusten ja roolikokeilujen myötä. Vanhemmat säilyvät nuoren elämän tärkeimpinä aikuisina, mutta tunnesuhteen luonne muuttuu ja ero vanhemmista tapahtuu surutyön kautta. (Rantanen 2000, 34 - 35.)

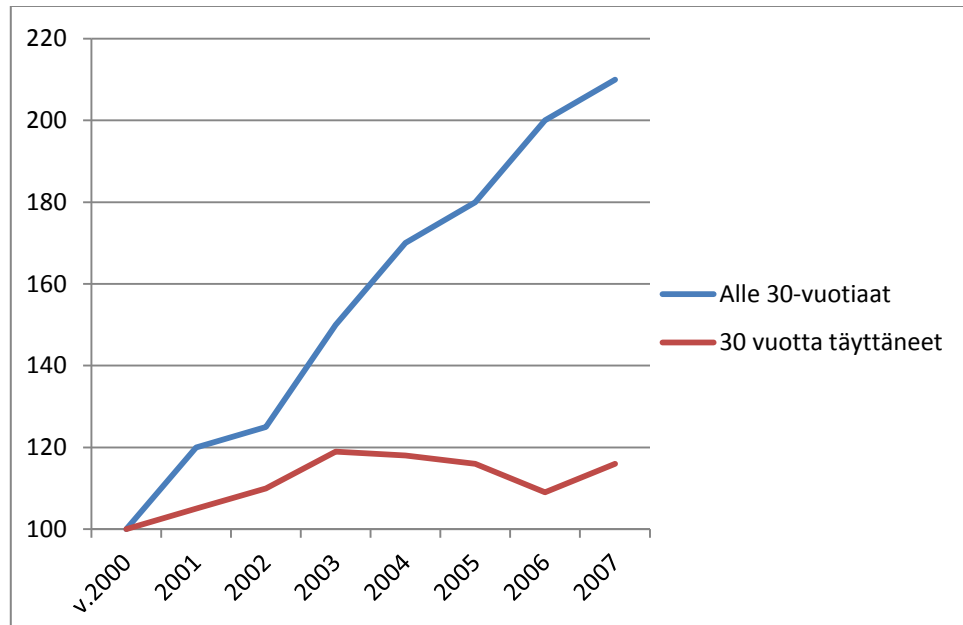
Nuoruusiän mielenterveys on mitä suurimmassa määrin biopsykososiaalinen kokonaisuus. Biologisen kypsymisen varhaisuus tai myöhäisyys näyttyy mielen kehityksen ”normaalin” vaiheen aikaistumisina tai viivästyminä. Sosiaaliset olosuhteet, arvot, rajat ja aikuisen tuen saatavuus ohjaavat vahvasti kehitystä. (Pylkkänen ym. 2003, 117.)

Itsenäisen suhteen luominen omaan menneisyyteensä on suuri haaste aikuistumisen kynnyksellä. Aikuinen ihminen haluaa olla itsenäinen ja vapaa tekemään omalla tavallaan, mutta sisäisesti, ajatus-, tunne- ja tekotaivoissaan hän ei ole vielä vapaa ja itsenäinen. Nuori aikuinen toimii usein vanhempien antaman mallin mukaan – tai sitten täysin sen vastaisesti. Tällöin on sisäistetty perheyhteisön tunnelmat, arvot, säännöt ja käytöstavat, sillä perheen vaikutuksen piirissä on eletty jo pitkään. Aikuisuudessa on usein tarve korjata elämänsuuntaa tai valita kokonaan uusi, sillä tällöin usein pysähdytään ja arvioidaan uudelleen menneisyyden valintoja. (Dunderfelt 1997, 113.)

2.2 Nuori mielenterveyskuntoutujana

Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys nuoruusiällä on selvästi suurempi kuin lapsuudessa. Kaiken kaikkiaan mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys nuorilla on noin 20 – 30 %. Vakavia, toimintakykyä merkittävästi lamaavia ja nuorisopsykiatrasta hoitoa edellyttäviä häiriöitä todetaan noin 10 % nuorista. (Pylkkänen ym. 2003, 118.)

100=2000



Kuvio 1. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet ikäryhmittäin vuosina 2000–2007

9 200 henkilöä

Kuvio 1. tuo hyvin esille sen, kuinka paljon alle 30-vuotiaiden siirtyminen työkyvyttömyyseläkkeelle on lisääntynyt 2000-luvulla. Vuonna 2000 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä alle 30-vuotiaita oli noin 2000. Vuoteen 2007 mennessä luku on jo yli kaksinkertaistunut. (Kelan Teemakatsaus 2008.)

Lääkäriin, joka kohtaa nuoren potilaan, on tärkeä tuntee riittävästi nuoruusiikään kuuluvat kehitysaskeleet, jossa liikutaan vastaanotolle tultaessa. Nuoren käytöstä on erittäin vaikea tulkita luotettavasti, johtuen ikään vääjäämättä liittyvistä ruumiillisista ja psyykkisistä muutoksista. Toisaalta se on välttämätöntä, koska nuoruusikä on kehitysvaihe sekä vaihe, jolloin vakavat mielenterveyshäiriöt saavat alkunsa ja niitä tulee hoitaa. Johtuen siitä nuori on haasteellinen potilas. (Pylkkänen ym. 2003, 118.)

Nuoruuden psyykkinen kehitys ja mielenterveyden häiriöiden esille tulo ovat osa samaa jatkumoa ja kulkevat yksi yhdessä, ja tämän vuoksi häiriöiden ymmärtämiseksi on tärkeää tuntea myös nuoruusiän normaalia kehitystä. Nuoruuden kehityspsykologinen ja psykoterapeuttinen tutkimus korostavat psykiatristen oireiden ja häiriökuvien yhteyttä psyykkisen kehityksen pysähtymiseen ja juuttumiseen. Hoidon tarkoituksena on antaa kehitykselle uusi mahdollisuus. Nuorten psykiatrisessa hoidossa psykoterapeuttisten hoitomuotojen merkitys on keskeinen, sillä tällöin normaali psyykkinen kehitys on estynyt tai juuttunut paikoilleen. (Pylkkänen ym. 2003, 118.)

3 TERVEYS JA SAIRAUS

Terveys on kasvuprosessi, jossa ihminen muuttuu ja tulee jatkuvasti joksikin. Terveys on myös kykyä tehdä valintoja, vastata elämän haasteisiin ja ottaa vastuuta omasta elämästä. Ihminen on vapaa valitsemaan tapansa, kuinka luo terveyttään. Arjen rohkeus on asia, jota ihminen tarvitsee pystyäkseen ylittämään tämän hetken rajoja. Toisaalta ihminen pyrkii mukautumaan ja sopeutumaan tämän hetkisiin oloihin, toisaalta hän myös suuntautuu eteenpäin etsien uusia mahdollisuuksia ja näkökulmia. Ihminen tekee elämäänsä koskevia päätöksiä tässä merkityksellisyyden ja turvallisuuden hakemisen jännitekentässä. (Heiskanen & Salonen 1997, 13.)

Mielenterveyttä on kuvattu monin tavoin, mutta yhtenäistä ja eri osapuolet kattavaa määritelmää ei ole olemassa. Määrittelyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisten omat tarpeet. Helpompaa on todeta, mitä mielenterveys ei ole, kuin mitä kaikkea siihen liittyy. Vaikka sana mielenterveys herättää usein luuloja mielen sairastumisesta, niin siihen liittyy kuitenkin paljon muuta kuin sairauden puuttuminen. Mielenterveys on ruumiin ja mielen hyvinvointia ja tasapainoa. Silloin kun elämässä on kaikki hyvin, mielenterveyttä ei ajattele. Kun vaikeudet kasaantuvat tielle, huomaa mitä on menettämässä. Täydellistä ruumiin ja mielen hyvinvointia ja elämäniloa tuskin voi saavuttaa, joten tärkeintä olisikin pystyä elämään itseään tyydyttävää elämää omien mahdollisuuksiensa ja toiveittensa rajoissa. Mielen hyvinvointi vaihtelee elämän eri tilanteissa, se ei siis ole pysyvä olotila. Mielenterveys ei tarkoita sitä, ettei elämässä ole ongelmia. Kukaan ei myöskään ole jatkuvasti aivan terve ja tasapainoinen; elämän solmukohdissa paha olo ilmenee sekä psyykkisinä että fyysisinä oireina. (Heiskanen & Salonen 1997,14.)

3.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on hyvin moni-ilmeinen psyykkinen häiriö. Muihin häiriöihin verrattuna sen rajat ovat hyvin epäselvät. Lisäksi sen tutkimusta vaikeuttaa huomattavasti diagnostiikan vaikeus ja epämääräisyys. (Sariola & Ojanen 1997, 12.)

Yleisesti skitsofrenia voidaan jakaa neljään päämuotoon. Hebefreeninen skitsofrenia alkaa varhaisiässä ja aiheuttaa yleensä kaikkein suurimman oireilun. Sairaus voi alkaa jo murrosiässä, ja viimeistään se puhkeaa jonkin verran 20. ikävuoden jälkeen, muttei enää myöhemmin. Sen tunnusmerkkejä ovat muuan muassa kontakteista vetäytyminen, runsaat kuuloharhat sekä itsestään huolehtimiskyvyn ja muiden toimintojen huomattava tasonlasku. Hebefrenia johtaa yleensä aina sairaalahoitoon. Skitsofrenian paranoidisen muodon alkamisajankohta on yleensä nuoruus, mutta sairaus voi puhjeta myös keski-ikässä. Tyypillisimpiä oireita paranoidisessa skitsofreniassa ovat vainoamis- tai suuruusharhaluulot. Myös mustasukkaisuusharhaluuloja esiintyy joissakin tapauksissa. Hebefreenikoihin verrattuna paranoidista skitsofreniaa sairastavat selviytyvät usein paremmin sairaalaympäristön ulkopuolella. Katatoniseen skitsofreniaan kuuluu aina ruumiillisia oireita ja häiriöitä, kuten huomattava jäykkyys ja puhumattomuus. Myös liikehännän tarkoitukseton ja poikkeuksellinen kiihtyneisyys voi olla katatonian oire. Skitsofrenian neljäs tyyppi on sen simplex-muoto. Siinä vahvoja oireita ei yleensä ilmene, mutta esimerkiksi passiivisuus ja tunnereaktioiden latistuminen voi kertoa simplex-muodosta. Tällainen henkilö voi elää vuosia joutumatta sairaalahoitoon. Skitsofrenia ei aina ilmene tiettyinä alatyypinä, vaan se saattaa eri aikoina painottua niin eri tavoin, että diagnoosin alaryhmä muuttuu kokonaan toiseksi. Sen puhkeamiseen ei ole vain yhtä tapaa, vaan skitsofrenia voi alkaa nopeasti ja yllätyksellisesti tai useiden vuosien aikana kehittymällä. (Ojanen & Sariola 1996, 14.)

3.2 Masennustilat

Masennustilat eli depressiot ovat nuoruusikäisten keskeisimpiä terveysongelmiä, ja niistä vakavien masennustilojen osuus on jopa 85 % (Korhonen & Marttunen 2006, 80). Depression pääasiallisia oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän kokemusten puuttuminen ja uupumus, mutta myös keskittymisvaikeudet, unen häiriöt, psykomotoriset muutokset ja itsetuhoikäyttäytyminen kertovat mahdollisesta masennuksesta.

Oirekuvan vakavuuden mukaan voidaan erotella lievät, keskitasoiset, vakava-asteiset ja psykoottiset masennustilat. Lievässä depressiossa oireet haittaavat vain hieman ammatillista tai sosiaalista toimintaa tai ihmissuhteita, vaikeassa muodossa oireita on runsaasti ja ne haittaavat merkittävästi toimintakykyä tai ihmissuhteita. Psykoottisissa masennustiloissa henkilöllä ilmenee harhaluuloja tai syyttäviä kuuloharhoja, joiden sisältö koostuu depressiivisistä aiheista (Terveyskirjasto 2011).

3.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöillä tarkoitetaan pitkäaikaista, tilanteeseen nähden suhteetonta ahdistuneisuutta, joka haittaa elämää. Jos ahdistuneisuus jatkuu pitkän aikaa, se voi tietävästi aiheuttaa henkilölle masennusta sekä alkoholi- ja päihdeongelmia. Paniikkihäiriö, sosiaalinen pelokkuus, pakko-

oireinen häiriö ja yleistynyt ahdistuneisuus ovat nykyisin keskeisiä ahdistuneisuushäiriöryhmiä. (Turtonen 2006, 16–17.)

Paniikkihäiriöitä luonnehtivat äkkiä alkanut äärimmäinen pelko ja lähes tyvän tuhon tunne, ja niihin liittyy usein hengityksen katkonaisuutta, sydämentykytystä, hikoilua, heikotusta ja tärinää tai vapinaa. Sosiaalinen pelokkuus ilmenee julkisen esiintymisen ja suurelle joukolle puhumisen välttelynä. Tuolloin henkilö pelkää, että omat ahdistusoireet, esimerkiksi puheäänän värinä, näkyvät ulospäin ja, että hän joutuu niiden takia negatiivisen huomion kohteeksi. Pakko-oireinen häiriö taas haittaa usein henkilön toimintakykyä. Häiriössä esiintyy pakkoajatuksia eli mieleen tunkeutuvia toistuvia, jumittuvia, ei-toivottuja ajatuksia tai mielikuvia, pakkotoimintoja eli toistuvia, tarkoituksellisia toimintoja, jotka ovat reaktioita pakkoajatuksiin ja niiden herättämään ahdistuneisuuteen tai molempia (Ranta 2006, 76). Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireena ovat toistuvat mieleen palaavat huolet. Nämä huolet voivat olla konkreettisia huolia, esimerkiksi urallaan menestymiseen liittyen. (Ranta 2006, 75–76.)

Ahdistuneisuuden psyykkisellä tasolla on tärkeää selvittää pelkojen kognitiivinen sisältö. Myös ahdistuneisuuteen liittyvään välttämiskäyttäytymiseen on syytä puuttua nopeasti. Ahdistuksen hallintakeinona voidaan esimerkiksi kokeilla niin sanottua aikalisä-tekniikkaa. Tuolloin henkilöä pyydetään ahdistuksen alkaessa pisteyttämään ahdistuksen voimakkuuden taso 0–10 -asteikolla. Sen jälkeen tulee odottaa minuutti, minkä jälkeen pisteytys tehdään uudestaan. Parhaimmillaan käsitys siitä, että paha olo kerta kaikkiaan ryöstäytyy käsistä, muuttuu ja realisoituu. Mahdollisen lääkityskokeilun arvioi asiantuntevimmin psykiatri. (Ranta 2006, 70–71.)

3.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö – toiselta nimeltään myös maanis-depressiivisyys – on nimensä mukaisesti mielialahäiriö, jossa mieliala vaihtelee manian ja masennuksen välillä. Tauti puhkeaa usein nuorena aikuisena, kuitenkin joskus myös lapsuudessa sekä keski-ikänsä kynnyksellä. Sairaus luokitellaan joko tyypiksi 1, jolloin masennuksen lisäksi henkilöllä esiintyy myös varsinaisia maanisia jaksoja, sekä tyypiksi 2, jolloin henkilöllä ei masennuksen lisäksi sairauden aikana esiinny varsinaista maniaa, ainoastaan lievempiä hypomaanisia jaksoja. (Dokumentti 2006.)

Masennusjakson aikana henkilö kärsii muun muassa hellittämättömän masentuneesta mielialasta, väsymyksestä, mielihyväkokemusten puutteesta, unihäiriöistä, ruokahaluttomuudesta, keskittymisvaikeuksista ja itsetuhoajatuksista. Vaikeisiin ja pitkäaikaisiin masennusjaksoihin liittyy huomattava itsemurhayrityksen ja merkittävä itsemurhakuoleman riski. Maniajaksojen aikana henkilön tavanomainen tunnevire muuttuu kiihkeän hyvän olon tai ärtyisyyden sävyttämäksi poikkeavaksi mielialaksi. Mielialaan liittyy voimakas energisyys ja aktiivisuus, vahvasti vähentynyt unentarve, estottomuus ja harkitsematon heittäytyminen hetken mielijohteesta välittömästi mielihyvää tuottavien toimintojen pariin. Maniasta kärsivän henkilön

todellisuudentaju on usein vääristynyt. Maniatilassa henkilö käyttää usein runsaasti päihteitä, antautuu seksuaalisiin suhteisiin ja käyttää rahaa tuhlailevasti kykenemättä näkemään toimintansa haitallisia seurauksia. (Dokumentti 2006.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa keskeisessä osassa on lääkehoito. Manian hoidossa käytetään mieltä tasaavia lääkkeitä, kuten litiumia. Depressiovaiheiden hoidossa voidaan myös käyttää litiumia tai mielialaa tasaavan lääkkeen ja masennuslääkkeen yhdistelmää. Tulee kuitenkin muistaa, ettei tavallinen masennuslääkehoito sovellu kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivälle. Erilaisten yksilö- ja ryhmämuotoisten potilasopastuksen ja psykoterapian menetelmien avulla pyritään tukemaan sairastuneen kykyä sopeutua tilaansa mahdollisimman rakentavasti (Dokumentti 2006).

4 KUNTOUTUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Kuntoutuminen on sitä, mitä ihminen itse tekee hyvinvointinsa eteen. Tämä voi toteutua erilaisissa harrastuksissa ja projekteissa, kuten yhtä hyvin myös arjessa työn keskellä. Kuntoutumiseen vaikuttaa ihmisen valinnat ja oma toiminta. Kuntoutumista tukevat kuntoutuspalvelut, joita esimerkiksi kunnat järjestävät. On oleellista erottaa kuntoutuminen (kuntoutujan omaa elämää koskeva toiminta) ja kuntoutus (kuntouttajien työ) selkeästi toisistaan. (Koskisu 2004, 30.)

Lisäksi tärkeässä roolissa henkilön kuntoutumisessa ovat ystävät ja perhe sekä vertaistuki. Ystävät ja perhe ovat potilaan tukena jokapäiväisessä arjessa ja tuntevat tämän toimintakyvyn ja voimavarat parhaiten. Lähipiirin tunteilla, ajatuksilla ja toiminnalla on suuri vaikutus potilaan tuntemuksiin asioista. Myös vertaistuella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia henkilön kuntoutumiselle. Saman kohtalon kokeneiden kanssa on usein helpompaa puhua ongelmistaan. Muun muassa mielenterveyden keskusliiton jäsenyhdistyksissä toimii lukuisia vertaistukiryhmiä. (Mielenterveyden keskusliitto.)

4.1 Mielenterveyskuntoutumisen tärkeitä käsitteitä

Toimintakyvyllä pääasiallisesti tarkoitetaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Tällöin korostuvat toiminnanvajavuudet, joita esiintyy kasvavan iän mukana. WHO on asiakirjoissaan määritellyt toiminnanvajavuuden ”toiminnallisen suoriutumiskyvyn heikkenemisenä, joka vaikeuttaa selviytymistä jokapäiväisistä tehtävistä. Sen kehittymiseen vaikuttavat fyysinen tai psyykinen vamma tai heikkous ja yksilön sopeutuminen niihin”. (Oulun yliopisto 2000.)

Toimintakyvyn käsite voidaan rajata alakäsitteisiin fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kaikki nämä kuitenkin vaikuttavat tiukasti toisiinsa. Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn alentuessa kärsii myös sosi-

aalinen toimintakyky, mikä taas puolestaan heikentää psyykkistä toimintakykyä. Nämä kolme alakäsitetä siis yhdessä luovat ihmisen kokonaistoimintakyvyn sekä hyvinvoinnin. Hyväkään älykkyys ei takaa hyvää toimintakykyä, jos tunne-elämän alueella on vaikeita ongelmia tai ympäristötekijät aiheuttavat vaikeuksia. Toimintakykyä eri tilanteissa ei siis voida ennustaa suoraan yksittäisten psyykkisten ja fyysisten kykyjen tasosta. (Oulun yliopisto 2000.)

Ensisijaisesti ihmisen toimintakykyä arvioitaessa aletaan aina mitata fyysistä toimintakykyä. Perusteena tälle on esitetty, että ensisijaisesti biologiset vanhenemisprosessit rajoittavat toimintakykyä, joten vanhenemisen seuraukset ovat selvemmin nähtävissä fyysisellä alueella. Fyysisen toimintakyvyn katsotaan muodostuvan lähinnä hengitys- ja verenkiertoelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvystä. Siihen liittyvät läheisesti käsitteet fyysinen suorituskyky ja fyysinen kunto. Vasta myöhemmin alettiin enemmän kiinnittää huomiota psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Oulun yliopisto 2000.)

Psyykkisen toimintakyvyn määrittäminen on jonkin verran ongelmallisempaa kuin fyysisen. Psyykkisen toimintakyvyn määrittely menee sen mukaan mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan: psykofysiologiset toiminat, kognitiiviset prosessit, sosioemotionaaliset tekijät vai psyykkinen hyvinvointi. Asiaa voidaan tarkastella myös selviytymiskeinojen tai luovuuden kannalta. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttaa tiiviisti myös elämän varhaisvuosina koetut hyväksynnän ja onnistumisen tunteet. Myönteiset elämäkokemukset voivat antaa ihmiselle monipuoliset valmiudet selviytyä elämänmuutoksista. (Oulun yliopisto 2000.)

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisellä olevia edellytyksiä selviytyä ja tulla toimeen toisten ihmisten kanssa, muun muassa perhe, läheiset ja työyhteisö. Tämä edellyttää kykyä myös suoriutua sosiaalisista rooleista (isä, poika, työnantaja) yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalisen toimintakyvyn toteutuminen edellyttää myös fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn toteutumista. (Oulun yliopisto 2000.)

Sosiaalinen toimintakyky käsittää eri asiaa, ihminen vuorovaikutussuhteessaan ja ihminen aktiivisena toimijana, osallistujana yhteisössään ja yhteiskunnassa. Yksilötasolla on kyse siitä, että ihminen oppii tuntemaan omat mahdollisuutensa ja hahmottamaan itsensä suhteessa ympäristöön. Ryhmätasolla yksilöiden väliset tekijät tarkoittavat ihmisten välisiä suhteita, perhettä, sukulaisia ja ystäviä. Yhteiskuntatasolla olevilla tekijöillä tarkoitetaan ihmistä sosiaalisissa organisaatioissa. (Oulun yliopisto 2000.)

Interventiolla tarkoitetaan väliintuloa tai äkillistä puuttumista johonkin tilanteeseen. Osa elämäntapahtumista voi esimerkiksi olla ihmiselle sen verran järkyttäviä, että hänelle kehittyy psyykkinen trauma. Traumaattisiin elämäntapahtumiin liittyy vakava uhka elämälle tai fyysiselle koskemattomuudelle. Useimmat ihmiset altistuvat ainakin jossakin vaiheessa elämänsä psyykkisille traumoille joutuessaan kohtaamaan esimerkiksi oman

vakavan sairastumisen tai läheisen odottamattoman kuoleman. (Lönqvist 2005.)

Kriisi-intervention yleisiin periaatteisiin kuuluu muun muassa se, että henkilö kokee tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi. Hänen on saatava kertoa kokemansa tapahtumat. Kriisi-interventiassa annetaan tilaisuus traumaattisen kokemuksen kohtaamiseen siten, että kokemukseen liittyvä psyykinen kipu ei olisi sietämätöntä. Lisäksi intervention tulisi toteutua riittävän aikaisessa vaiheessa ja niin hyvin yhdistyneenä muuhun hoitoon kuin on mahdollista. Hoidossa keskitytään kriisin aiheuttaneen tapahtuman ja sen seurausten käsittelyyn. Tavoitteena ei ole pidempiaikainen tai psyykkisen kehityksen ongelmiin kohdistuva psykoterapia. Hoidossa kunnioidetaan ihmisen omia voimavaroja kriisin luonnollisen kulun läpikäymisessä. Tarvittaessa voidaan hoitoon osallistaa myös kriisissä olevan henkilön perhe tai muut läheiset. Hoidon lopussa on arvioitava, tarvitaanko pidempiaikaista mielenterveyden jatkohoitoa. (Lönqvist 2005.)

4.2 Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita

”Mielenterveyskuntoutuksen tehtävä on: edistää kuntoutumisvalmiutta, tukea asiakasta saavuttamaan omat tavoitteensa sekä tukea yksilöllisen kuntoutumisen prosessin etenemistä ja joustaa sen mukaan” (Koskisuu 2004, 30). Suuri osa kuntoutumisen etenemisen vastuusta on siis ihmisellä itsellään. Tarkoitus ei ole yksiselitteisesti kuntouttaa potilasta vaan tukea tämän yksilöllistä, omaa kuntoutumista. On tärkeää auttaa ihmistä ymmärtämään ongelmiansa syy ja itse auttamaan itseään. Kuntoutuksen tavoitteena on, että yksilön toimintakyky paranee niissä rooleissa, joita hän itse pitää arvossa ja on valinnut. (Koskisuu 2004, 19.)

Sariolan ja Ojasen (1997) mukaan ensimmäinen mielenterveyskuntoutuksen päätavoite on haitallisten tapojen ja tottumusten väheneminen. Vuosien aikana opittuja toimintamalleja on vaikea alkaa muuttamaan. Kuitenkin tämä on tärkeää jo kuntoutuksen alkuvaiheessa, jotta henkilö alkaa oppia itselleen uusia, terveellisempiä malleja toimia yhteiskunnassa. Seuraava tavoite on mielenterveyskuntoutujan aktivoituminen: lähes mitä tahansa toimintaa voidaan pitää parempana kuin jatkuvaa toimeentuloa. Kyseessä ovat toiminnat, jotka asiakas jo ennestään hallitsee tai joiden hallitseminen ei edellytä uusia taitoja. Näiden jälkeen olennaista on uusien taitojen omaksuminen. Tällä voidaan konkreettisesti tarkoittaa esimerkiksi keskusteltaessa silmiin katsomista. (Sariola & Ojanen 1997, 285.)

Neljäntenä tavoitteena Sariolan ja Ojasen mukaan on myönteisten ja/tai realististen minäkäsitysten tai asenteiden omaksuminen. Psyykkisiin häiriöihin liittyy usein omien mahdollisuuksien ja kykyjen väheksymistä. Ja toisaalta yleistä on myös omien taitojen yliarvioimista; henkilö voi esimerkiksi luulla tulevansa loistavasti toimeen ihmisten kanssa, vaikka kaikki tätä asiaa arvioivat olisivat eri mieltä.

Lopuksi vielä kuntoutuksen tavoitteisiin kuuluu elämisen laadun paraneminen sekä elämän mielekkyyden lisääntyminen. Etenkin kauan kestänyt sairaus vie ihmisen elämästä mielekkyyden toimia. Mielekkyyden kokemista edistää muilta ihmisiltä tullut arvostus ja hyväksyntä. Kaikkien näiden tavoitteiden toteutuminen käytännössä vie vuosia aikaa, kuitenkin kuntoutus ja kuntoutuminen ovat todella tärkeitä asioita yksittäisen ihmisen elämän laadun paranemisen näkökulmasta. (Sariola & Ojanen 1997, 286.)

4.3 Kuntoutussuunnitelma

Perustana kuntoutussuunnitelman tekemiselle on ihmisen henkilökohtaiset voimavarat ja ominaisuudet. Kuntoutuksen tulisi olla hyvin asiakaslähtöistä, tuolloin korostuu myös sen yksilöllisyys. Kuntoutumisen onnistumisenkin kannalta on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan omat toiveet kuntoutuksen toteutumiseen liittyen. Jollei asiakkaan toiveita kuunnella, heikenee tämän sitoutuneisuus kuntoutukseen mikä taas johtaa itse kuntoutumisen epäonnistumiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 195.)

Kuntoutussuunnitelma on sopimus, johon kuntoutuja sitoutuu yhdessä kuntoutukseen osallistuvien asiantuntijoiden sekä organisaatioiden kanssa, ja he kaikki yhdessä myös laativat kuntoutussuunnitelman sisällön. Myös perheellä on tärkeä merkitys jo suunnitelman laatimisvaiheessa, joten asiakkaan läheisiäkkin saattaa olla kuntoutussuunnitelman sisällön laatimisessa mukana. Kirjallisesti laadittuun suunnitelmaan sisällytetään asiakkaan kuntoutumisprosessin hahmotelma. Lisäksi on tärkeää, että siinä sovitaan eri palveluista ja toimenpiteistä aiheutuvien kustannusten maksajista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 196.)

Jokainen kuntoutuja ansaitsee oman, yksilöllisen kuntoutussuunnitelman. Kuntoutussuunnitelman sisällöstä käy ilmi kuntoutustarpeen perusta – muun muassa sairauden, vamman tai muun ongelman kuvaus, toimintakyvyn sekä fyysisten ja psyykkisten rajoitusten kuvaus – , kuntoutukselle asetetut tavoitteet (osa- ja lähitavoitteet, joihin ensivaiheessa pyritään sekä lopputavoite), suunnitellut toimenpiteet kuten hoidolliset ja lääkinnälliset toimenpiteet, ammatilliset toimenpiteet, sosiaaliseen tai fyysiseen ympäristöön kohdistuvat toimenpiteet sekä toimeentuloturva, kuntoutussuunnitelman aikataulu, vastuuseen ja sopimuksellisuuteen liittyvät kysymykset, esimerkiksi rahoitus, kuntoutusprosessin seuranta sekä lopuksi kuntoutustyöntekijän ja asiakkaan allekirjoitukset. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 196.)

Ajoittain kuntoutussuunnitelmaa arvioidaan: vastaako se edelleen parhaiten potilaan tarpeita? Suunnitelmaa voidaan arvioida säännöllisesti esimerkiksi kerran vuodessa tai aina silloin, kun asiakas on yhteydessä palvelujärjestelmään. Tuolloin asiakkaan tarpeen mukaan tehdään muutoksia kuntoutuksen toteutumisessa sekä arvioidaan uudelleen kuntoutuksen kes- to jatkossa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 196.)

4.4 Kuntoutuksen monialaisuus ja moniammatillinen työryhmä

Kuntoutuksen monialaisuudella tarkoitetaan sitä, ettei yksi tieteenala tai ammatti ohjaa koko kuntoutuksen toteutumista. Perinteisesti mielenterveyskuntoutus on muiden mielenterveyspalveluiden tavoin nojautunut ensisijaisesti psykiatrian ja yksilöpsykologian tietoon, tutkimukseen ja näkemukseen. Kuntoutuksen taustalla on kuitenkin varsin moniääninen joukko eri tieteitä ja lähestymistapoja. Kuntoutus tieteenalana hyödyntää kliinisen lääketieteen ja psykologian lisäksi sosiaalitieteitä, kansanterveystiedettä, sosiologiaa, talous- ja hallintotieteitä, liikuntatieteitä sekä fysio- ja toimintaterapian taustateorioita ja käytännön työtä. (Koskisuu 2004, 21.)

Mielenterveyspalveluja suunnittelemassa ja toteuttamassa on monia eri henkilöitä monilta eri ammattialoilta. Heistä koostuu mielenterveyspalveluja tuottavien palvelujen moniammatillinen työryhmä. Moniammatillisen työryhmän jäsenet sekä heidän tarjoamansa mielenterveyspalvelut määräytyvät yleisesti sen mukaan, onko kuntoutuja erikoissairaanhoidossa vai avohoidossa. Oli henkilö sitten kummassa tahansa, niin hänellä on aina voitava olla mahdollisuus ottaa yhteyttä lääkäriin. Kuntoutujan tarpeen mukaan häntä sitten ohjataan esimerkiksi psykologille tai psykoterapeutille. Yhdessä potilaan kanssa neuvotellaan onko erikoissairaanhoidon tarpeen vai olisiko parempi vaihtoehto suunnitella jatkohoitoa mielenterveyskuntoutuksen avohoitoyksikköön. (Koskisuu 2004, 22.)

Sopivinta kuntoutusmenetelmää pohditaan hoitoneuvotteluissa yhdessä kuntoutujan, lääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Paikalla voi olla myös muita moniammatillisen tiimin jäseniä, esimerkiksi tarpeen mukaan sosiaalihoitaja, fysioterapeutti tai musiikkiterapeutti. Mielenterveyskuntoutuksessa menetelminä voidaan käyttää muun muassa omahoitajakeskusteluja, musiikkiterapiaa tai esimerkiksi käsi- ja kotitaloustöiden tekemistä. Jokaisen kuntoutusmenetelmän toteutumista valvoo sen ammattialan henkilö, jonka ammattiosaamisen piirissä toimitaan. Mielenterveyskuntoutuksessa tehdään myös paljon yhteistyötä työvoimatoimiston, vakuutusyhtiöiden ja kansaneläkelaitoksen kanssa. (Koskisuu 2004, 22.)

4.5 Kuntoutumista tukevat hoitomuodot

Lääkinnällinen kuntoutus on yksi mielenterveyskuntoutuksen osa-alueista. Muun muassa psykoterapia luetaan osaksi sitä. Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa. Terveyskeskukset ja sairaalat järjestävät lääkinällistä kuntoutusta osana sairaanhoitoa. Vastuu lääkinälliseen kuntoutuksen toteuttamisesta on kunnallisella terveydenhuoltojärjestelmällä. Lääkinälliseen kuntoutukseen sisältyy kuntoutusneuvontaa, kuntoutustarvetta selvittäviä tutkimuksia, kuntoutusjaksoja, apuvälinepalveluja, sopeutumisvalmennusta ja kuntoutusohjausta. Terveyskeskusten ja sairaaloiden lisäksi lääkinällistä

kuntoutusta ovat järjestämässä Kela, yksityiset vakuutuslaitokset ja yksityiset palveluntuottajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Tukea antava eli supportiivinen psykoterapia on psykoterapian muoto, ja se edustaa psykodynaamista ja psykoanalyttista käsitejärjestelmää. Se on loogista soveltamista erityiseen ryhmään potilaita, joiden luonteenomaisen piirteet ovat tavallisesti selvästi tunnistettavissa. (Achté 1992, 10.) Tällöin psykoterapeutin tulee omata riittävästi tietoa, osata asettaa toiminnalleen oikean päämäärän ja käyttää oikeita työskentelytapoja. Kun psykoterapeutti on saanut käsityksen niistä voimista, ristiriidoista ja muista tekijöistä, jotka psykoterapiaa tarvitsevan potilaan persoonallisuuteen sillä hetkellä vaikuttavat, hän soveltaa tätä tietoa järkevästi potilaan auttamiseksi. Supportiivisten psykoterapeuttisten menetelmien tarkoituksena on lisätä potilaan itsetuntemustaan ja tiedostamistaan eri keinoin siten, että hänen vointinsa helpottuu, oireet lievenevät sekä, että hän muuten kokee saavansa toivomaansa apua. (Achté 1992, 17.)

Kognitiivinen psykoterapia on yleisnimitys teoreettiselle osuudelle ja kehityville terapioille, joissa kognitiiviset tekijät ovat määrääviä. Nimikkeen alle sijoitetaan usein myös oppimis- eli behavioraaliterapia. Se on yleensä lyhytmuotoista terapiaa, mutta haasteellisimpien potilastapausten yhteydessä sen pituutta voidaan lisätä. Kognitiiviset psykoterapiat sisältävät monia erilaisia oppisuuntia ja psykoterapiatekniikoita. Niiden taustalla on ajatus siitä, että erilaiset aiempiin kokemuksiin perustuvat, yksilöille tyypilliset uskomukset ja asenteet eli kognitiot muokkaavat tunteita ja käyttäytymistä. Vääristyneet kognitiot aiheuttavat psyykkisiä oireita, ja kognitioita muokkaamalla voidaan poistaa psyykkisiä oireita. Kognitiivisessa psykoterapiassa on olennaista päämäärätietoisuus sekä erilaiset harjoitteet ja kotitehtävät. Hoidossa myös keskitytään asenteiden, uskomusten ja tunteiden sekä käyttäytymisen välisiin havainnoiteihin ja vääristymien korjaamiseen. (Karlsson, Laukkanen & Marttunen 2006, 243.)

Psykoanalyttinen psykoterapia perustuu teoriaan, jossa potilaan terapeuttiinsa muodostama suhde toistaa elämän aikaisempia tärkeitä tunnesuhteita ja näissä suhteissa kehittyneitä tyypillisiä vuorovaikutustapoja ja ristiriitoja. Ilmiötä kutsutaan nimellä transferenssi. Terapeutti pyrkii ymmärtämään terapisuhteessa potilaan esiin tulevia tunteita, ajatuksia ja tapaa olla vuorovaikutuksessa. Työvälineenä käytetään potilaan itsensä herättämiä tunteita. Hoidolle on keskeistä kasvun ja kehityksen tukeminen. (Luukkonen 2003, xvii.)

Psykoedukaatiota käytetään erityisesti vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Siitä hyötyy eniten kaksisuuntaista mielialahäiriöstä, skitsofreniasta sekä persoonallisuushäiriöistä kärsivät henkilöt. Psykoedukaation tavoitteena on lisätä potilaan tai tämän perheen ja lähiyhteisön ymmärrystä pitkäaikaisesta sairaudesta ja opettaa sen mahdollisimman hyvää hallintaa. Siihen kuuluvat kriisiapu, lääkehoito, keskustelut, ohjaus, yksilöllinen hoitosuhde, erilaiset yksilö- ja ryhmämuotoiset hoidot ja terapiat, asumisvalmennus, työhön valmennus ja päivätoiminta. Psykoedukaation lähtökohta-

na on sairauden olemassaolon myöntäminen ja realiteettien tunnistaminen. Psykoedukaation on todettu lisäävän lääkemyönteisyyttä ja vähentävän sairaalajaksoja. Erään tutkimuksen mukaan hoito johti useimmilla myönteisiin muutoksiin. Tiedon lisääminen auttoi kuntoutujia hahmottamaan ongelmiaan, ymmärtämään persoonallisuuttaan ja ratkaisemaan, mitä he halusivat muuttaa. Sitä suositellaan osaksi mitä tahansa kuntoutusohjelmaa. (Vähäkylä 2009, 64–65.)

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää sitä, että vajaakuntoiselle henkilölle tehdään mahdolliseksi työn saaminen, sen säilyttäminen sekä työssä eteneminen. Ammatillinen kuntoutus kohdistuu yleensä henkilöihin, joiden riski syrjäytyä työmarkkinoilta työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen on sairauden tai työkyvyn alenemisen uhkan takia tavallista suurempi (Järvikoski & Härkäpää 2011, 215). Ammatillista kuntoutumista järjestävät lähinnä työvoimatoimi, vakuutus- ja työeläkelaitokset sekä Kansaneläkelaitos yhdessä terveydenhuollon, opetustoimen, vammaisjärjestöjen ja erilaisten säätiöiden kanssa. Ammatillisen kuntoutuksen toimintamuotoja ovat muun muassa työ- ja koulutuskokeilut, työhön ja koulutukseen valmennus, ammatinvalinnan ohjaus, työhönsijoituspalvelut, työpaikkasuunnittelu ja järjestelyt työpaikalla sekä elinkeinoneuvonta ja -apu. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 215.)

Ammatillisen kuntoutuksen ensimmäisenä vaiheena on perinteisesti ammatillinen arviointi, jonka avulla pyritään määrittelemään mitkä tekijät tukevat tai estävät työllistymistä. Tämän jälkeen suunnitellaan ammatillisen kuntoutumisen tavoitteet ja kuntoutujan kannalta oikeat menettelytavat. Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan ammatillisessa kuntoutumisessa on kaksi perustrategiaa: työvoiman tarjontaan vaikuttavat strategiat sekä työvoiman kysyntään vaikuttavat strategiat. Työvoiman tarjontaan vaikuttavassa strategiassa pyritään vaikuttamaan kuntoutujan ammatillisiin valmiuksiin työelämässä. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi ammatillista perus-, uudelleen- ja täydennyskoulutusta sekä fyysisen ja psyykkisen kunnon kohentamista. Työvoiman kysyntään vaikuttavassa strategiassa pyritään vaikuttamaan työmarkkinoihin ja ulkoisiin olosuhteisiin niin, että kuntoutujan työpanokseen kohdistuva kysyntä lisääntyy. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 215.)

4.6 Kolmannen sektorin mielenterveyspalvelut

Lukuisat järjestöt tuottavat niin sanottuja järjestölähtöisiä auttamispalveluita. Järjestöjen tuottamat palvelut rahoitetaan useimmiten rahoitautomaattiyhdistyksen tuella ja ne ovat käyttäjille maksuttomia. Monien järjestöjen toimintaan voi myös itse osallistua esimerkiksi toimimalla vapaaehtoisena tukihenkilönä. Järjestöjen tarjoama apu on esimerkiksi puhelinauttamista, verkkoauttamista, kasvokkaista kriisityötä, vertaistukea tai kuntoutuskursseja. (E-Mielenterveys 2012.)

Mielenterveyden keskusliitto on mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä itsenäinen kansalaisjärjestö. Sen ovat perustaneet mielenterveys-

potilaat ja heidän läheisensä sekä alan ammattilaiset vuonna 1971. Liiton tavoitteena on mielenterveysongelmien hoitoa ja kuntoutumisen mahdollisuuksia. Mielenterveyden Keskusliittoon kuuluu noin 170 paikallista mielenterveysyhdistystä, joissa on yhteensä yli 20 000 jäsentä. Yhdistyksissä voi tavata muita samanlaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä ja osallistua oman asuinkuntansa mielenterveyspalvelujen kehittämiseen. (Mielenterveyden keskusliitto n.d.)

Suomen Mielenterveysseura on kansanterveys- ja kansalaisjärjestö. Seura edistää Suomessa asuvien mielenterveyttä, tekee ehkäisevää mielenterveystyötä ja rakentaa vapaaehtoisen kansalaistoiminnan edellytyksiä mielenterveyden alalla. Toiminnan perustana ovat yksilön ja yhteiskunnan voimavarat mielenterveyden näkökulmasta. Seuran tavoitteena on luoda hyvän elämän edellytyksiä yhteiskunnassa. Tämä tarkoittaa osallisuutta yhteisössä ja yhteiskunnassa, taloudellista perusturvaa sekä elämän kohtuullista ennakoitavuutta. (Suomen Mielenterveysseura n.d.)

Mielenterveysyhdistys HELMI on mielenterveyskuntoutujien ruohonjuuritason etujärjestö ja toimintayhteisö, jossa asiantuntijoita ovat mielenterveyspalvelujen käyttäjät, jäsenet. Se on myös etujärjestö, jonka toimintaan kuuluu yhteiskunnallinen edunvalvonta. Yhdistyksen pyrkimyksenä on vaikuttaa viranomaisiin ja lainsäädäntöön sekä parantaa mielenterveysongelmien hoitoa ja kuntoutujien elinolosuhteita. Tavoitteena on mielenterveyskuntoutujien yhdenvertaisuus ja oikeuksien toteutuminen yhteiskunnassa. (Mielenterveysyhdistys HELMI ry 2011.)

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry on mielenterveyskuntoutujien omaisten valtakunnallinen edunvalvoja ja omaistyön asiantuntijaorganisaatio. Keskusliitto tukee toiminnallaan mielenterveyskuntoutujien omaisten yhdistyksiä ja tätä kautta yksittäisiä omaisia. Se toimii omaisyhdistysten keskusjärjestönä. Sen päätavoitteena on mielenterveyskuntoutujien läheisten tukeminen ja heidän sosiaalisen ja psyykkisen statuksensa parantaminen. (Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry 2012.)

Tukinetissä voi saada henkilökohtaista tukea kriisikeskusten työntekijöiltä tai vapaaehtoisilta, osallistua erilaisiin keskusteluryhmiin, tai voi etsiä tietoja Tukinetin palveluhausta tai aineistokannasta. Tukinet on Vammala-Huittisten Mielenterveysseura ry:n ylläpitämä. (E-Mielenterveys 2012.)

Valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoaa välitöntä keskusteluapua kriiseissä oleville ja heidän läheisilleen. Puhelimessa vastaavat sekä kriisityöntekijät että koulutetut vapaaehtoiset tukihenkilöt. Valtakunnallista kriisipuhelinta päivystetään seitsemällätoista eri paikkakunnalla ympäri Suomea. (E-Mielenterveys 2012.)

5 OMAISET HOIDON TUKENA

Suomalaisessa hoitokulttuurissa potilas on se, johon keskitetään kaikki hoidon voimavarat. Potilaan kanssa käytävät keskustelut koetaan luottamuksellisiksi eikä niistä voi puhua omaisille. Hoitoajattelussa on entistä kirkkaammin siirrytty avohoitomalliin ja omaiset ovat osa hoitoketjua. Heidän pitäisi saada paljon tietoa sairauden etenemisestä ja sen eri vaiheista voidakseen tukea potilasta oikeana hoitoajankohtana. (Jaatinen 2004, 9.)

Suomalainen sairaanhoitojärjestelmä on budjetoinut hyvin heikosti aikaa ja tiloja omaisten huomioon ottamiseksi hoitotyössä. Jossain määrin koetaan jopa, että se ei ole sopivaa, koska silloin saatetaan rikkoa salassapitosääntönsä. Hyvin helposti tämä tulee vastaan tilanteissa, joissa vähän kauempana olevat ihmiset (ei-lähiomaiset) ottavat yhteyttä voidakseen seurata potilaan selviytymistä. Tällöin helposti epäillään yhteyden ottajien motiiveja. Sairaaloissa on käytäntö, että vain lähiomaiset voivat saada tietoa potilaan tilasta. Sairauden äkillisyys, kroonisuus, diagnoosi sekä potilaan ensimmäinen sairaalaan vienti ja tapa, jolla omaiset otetaan vastaan vaikuttavat heidän jaksamiseensa. (Jaatinen 2004, 9-10.)

Kun läheinen sairastuu psyykkisesti, omaisen ensireaktio on usein asian kieltäminen. Vaikka oireita on ehkä seurattu kasvavalla huolella pitempäänkin, kieltämisen mekanismi toimii ihmisessä sitkeästi. Se suojelee sorkilta ja murtumiselta, kunnes vastaanottokyky kasvaa pikkuhiljaa, alitajunnan työskennellessä. Ensireaktio, varsinkin nuoren vanhemmilla, on usein epäusko, mutta toisaalta omainen voi olla myös helpottunut. Diagnoosin saaminen voi myös auttaa. Sokki, kauhu ja häpeä seuraavat sairauden toteamista, usein yhtä aikaa kieltämisreaktion kanssa. Tämän vuoksi on tärkeää, että omainen saa heti alussa hyvää, luotettavaa tietoa ja rauhallista suhtautumista osakseen hoitohenkilökunnan taholta. (Jaatinen 2004, 9-10.)

Potilaat yleensä haluaisivat hoitohenkilökunnalta parempaa läsnäoloa sekä avoimempaa ja ymmärrettävämpää tietojen antamista. Omaiset puolestaan toivovat tietoa hoitovaiheesta sairaalassa, kotiinpääsyttilanteesta, sairauden uusiutumisesta, tyypillisyydestä ja hoidoista. Omaiset tarvitsevat tietoa myös erilaisista toimenpiteistä sekä niiden etu- ja jälkikäteisjärjestelyistä. Liian helposti tämä jätetään potilaan informaation varaan. Potilaan kyky vastaanottaa tietoa taas on riippuvainen hänen erilaisista kiputilanteistaan ja psyykkisestä vastaanottokyvystä. (Jaatinen 2004, 10.)

5.1 Perhekeskeinen hoitotyö

Perhekeskeisessä hoitotyössä tärkeää on se, että perheen eri osapuolet voivat ilmaista tunteitaan vapaasti, olivat ne sitten positiivisia tai negatiivisia. Tunteiden ilmaisu on tärkeä osa perheenjäsenten kommunikaatiota. Erityi-

sesti rajatila- ja psykoottisista häiriöistä kärsiville lapsille keskinäinen kommunikaatio sekä häiriökäyttäytymiseen puuttuminen on tärkeää. Sanaton viestintä käsittää suurimman osan viestintäkeinoista. Se välittää erityisesti tunnetiloja. Koskettaminen on myös yksi sanattoman viestinnän muoto. Kehon kielen hyväksikäyttö perheenjäsenten välisessä kommunikaatiossa on erittäin merkityksellinen asia esimerkiksi isä-äiti-osajärjestelmässä, isän suhteessa lapseen ja äidin suhteessa lapseen. (Ahlfors, Saarikoski & Sova 1992, 103.)

Perhekeskeisellä hoitotyöllä ei tarkoiteta perheterapiaa, vaan sitä, että potilaan hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jolloin otetaan myös huomioon tämän elinympäristö, johon olennaisesti vaikuttaa myös perhe. Potilaan avulla hoidosta keskustellaan aktiivisesti muiden perheenjäsenten kanssa. Perheterapialla pyritään muuttamaan niitä omaisverkoston rakenteita, jotka tukevat mielenterveyshäiriötä ja estävät sen kehittymisen rakentavaan suuntaan. Tämä tapahtuu erityisesti tavoittelemalla perheen vuorovaikutuksessa olevia myönteisiä voimavaroja ja mahdollisuuksia. Jos vuorovaikutussuhteissa huomataan olennaisesti olevan jotain vikana, voidaan perheelle suositella osallistumista perheterapiaan, jossa psykoterapian avulla pyritään vaikuttamaan perheen välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Psykoedukaation tavoin käydään myös läpi tieto sairaudesta, lääkityksestä, hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista sekä ennusteesta. Tarvittaessa koko perheelle annetaan tukea ja neuvontaa. (Aaltonen 2009.)

6 HOITAJA MIELENTERVEYSASIAKKAAN TUKENA

Mielenterveyshoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvan ydin on mielenterveyspotilaan perushoidosta huolehtiminen, potilaan ohjaus, neuvonta ja opastus päivittäisissä toiminnoissa, psyykkisten kriisien läpikäyminen potilaan kanssa, erilaisten toiminnallisten ja keskusteluryhmien kuntouttavana ohjaajana toimiminen sekä potilaan sosiaalisten taitojen ylläpitäminen. Työn päämuotona on vuorovaikutus potilaiden kanssa eli keskusteleminen, kuunteleminen ja tukeminen. Tehtäviin kuuluu pitää yhteyttä potilaan omaisiin ja toimia tiiviissä yhteistyössä myös muiden hoitoryhmän jäsenten kanssa ja luoda verkostoja potilaan kokonaishoidon tueksi. (SMTHL 2010.)

Työssään mielenterveyshoitaja toimii lääkärin ohjeen mukaan. Hän on potilaan omahoitaja ja suunnittelee potilaan hoidon. Mielenterveyshoitaja voi olla työssä potilasryhmissä ja osallistua esimerkiksi musiikki- ja taideterapiaan. Hän tekee potilaiden kanssa retkiä, pelaa pelejä, käy kävelyllä, askartelee ja kuuntelee musiikkia. Mielenterveyshoitaja tekee myös kotikäyntejä potilaan luokse. Hän opettaa potilaille arjen taitoja, muun muassa rahankäyttöä, ruoanlaittoa ja puhtautta. (Uimonen 2004.)

Mielenterveyshoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat tekevät työtä psykiatrisissa sairaaloissa lasten, nuorten ja aikuisten osastoilla, mielenterveys-toimistoissa, kuntoutuskodeissa, ryhmäkodeissa, päiväosastoilla, kotipalvelussa, yksityisissä hoitokodeissa, kehitysvammalaitoksissa, kriminaali-

huollossa, päihdehuollon eri yksiköissä, terveyskeskuksissa sekä eri järjestöjen palveluksessa. (SMTHL 2010.) Mielenterveyshoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat tekevät työtä yksilöiden, perheiden, ryhmien sekä yhteisöjen parissa arvioiden millaista mielenterveystyön apua he tarvitsevat. Psykiatriset sairaanhoitajat tekevät hoitosuunnitelman, aloittavat hoitoprosessin ja arvioivat sen vaikuttavuutta. (American psychiatric nurses association APNA 2007.)

Psykiatrinen sairaanhoitaja muotoilee ja tuottaa itsenäisesti hoitotyön interventioita. Hoitotyöhön liittyy olennaisesti hoitaja-potilassuhde. Psykiatrisen hoitotyön omaleimaisuus on juuri persoonallisen vaikuttamisen mahdollisuus. Psykiatrisen hoitajan keskeisenä tehtävänä on mielenterveyden edistäminen niiden henkilöiden kohdalla, jotka ovat hänen vaikutuspiirissään. (Linnainmaa 2006, 25.)

7 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia nuoria aikuisia mielenterveyskuntoutujia hoitavalla henkilökunnalla on heidän kuntoutumisvaiheessa tekemästään hoitotyöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitkä ovat nuorten aikuisten yleisimpiä mielenterveysongelmia, minkälaista nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutus on ja millaisena hoitohenkilökunta – mielenterveyshoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat – sen on kokenut.

Tutkimuksen tarkoitus on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisena nuoria aikuisia mielenterveysasiakkaita hoitava henkilökunta on kokenut kuntoutumisvaiheen hoitotyön?
- 2) Kuinka kuntoutumisvaiheen hoitotyö on vastannut henkilökunnan odotuksia ja toiveita?

7.1 Työn aikataulu ja toteutus

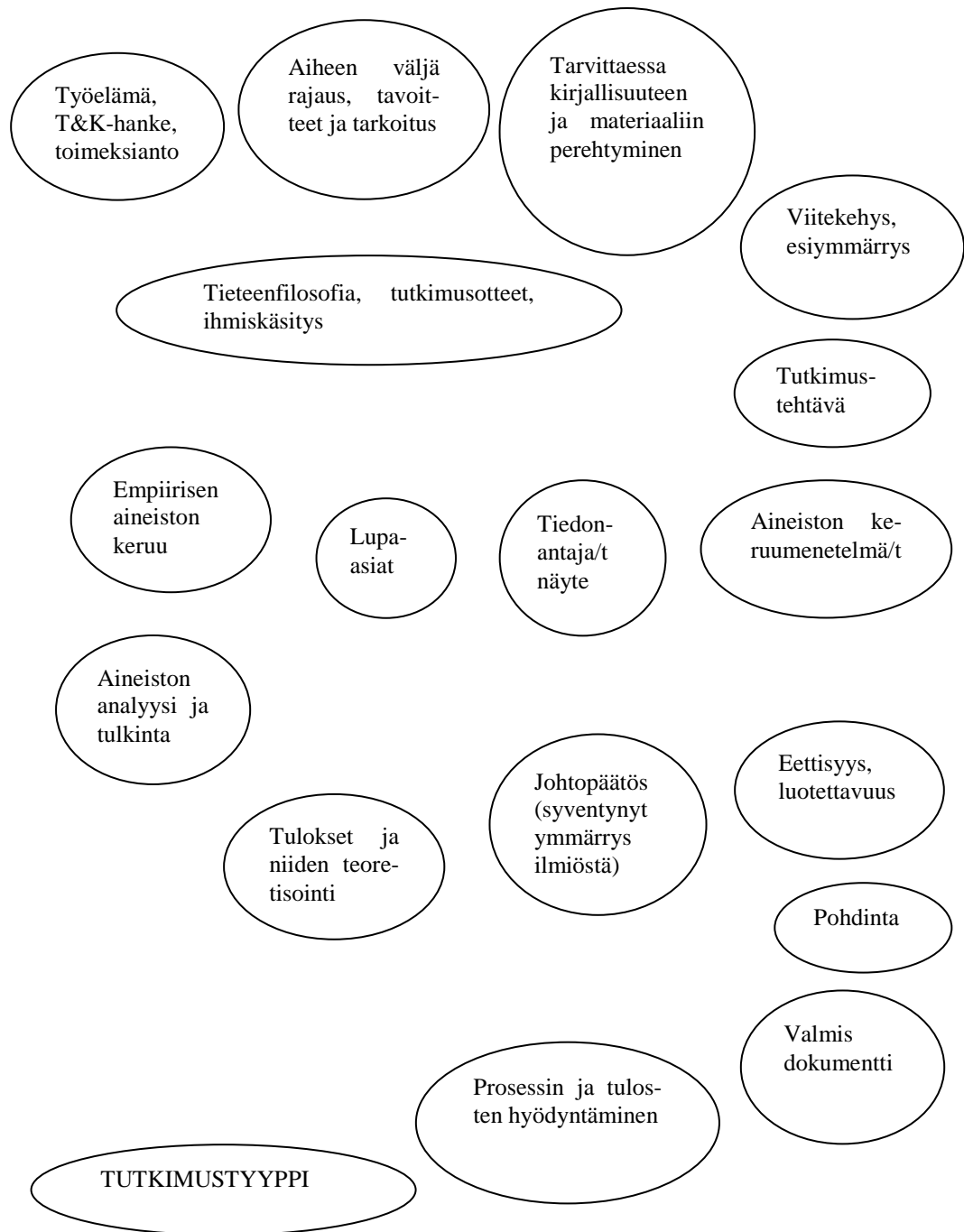
Opinnäytetyömme tekemisen aloitimme keväällä 2011 ideaseminaarilla, jossa esittelimme tutkimuksemme aiheen sekä perusidean siitä, kuinka aioimme sen toteuttaa. Teoreettista viitekehystä aloimme kirjoittaa syksyllä 2011 ja sitä olemmekin täydentäneet koko tutkimuksen toteuttamisen ajan. Väliseminaarin pidimme kesäkuun alussa 2012 ja kesän ajan toteutimme varsinaista tutkimusta Hämeenlinnan alueella. Toisin sanoen valmisteimme kyselylomakkeet ja veimme ne saatekirjeineen eri mielenterveyspalveluüksiköihin. Lopuksi keräsimme vastaukset yhteen ja analysoimme ne. Syksyllä 2012 viimeistelimme opinnäytetyömme teorian ja pidimme loppuseminaarin marraskuussa.

8 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusmetodia, jossa syvennyttään tutkimusaiheeseen niin, että siitä saadaan uutta teoriatietoa. Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu erityisen hyvin tutkimukseen silloin, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista eikä niinkään niiden yleisluontoisesta jakaantumisesta. Tämän lisäksi ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista. Lisäksi se soveltuu hyvin, kun halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi tai joissa ei voida kontrolloida läheskään kaikkia vaikuttavia tekijöitä. Kvalitatiivista tutkimusotetta voidaan käyttää myös silloin, kun halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 12-13.)

8.1 Tutkimusprosessi

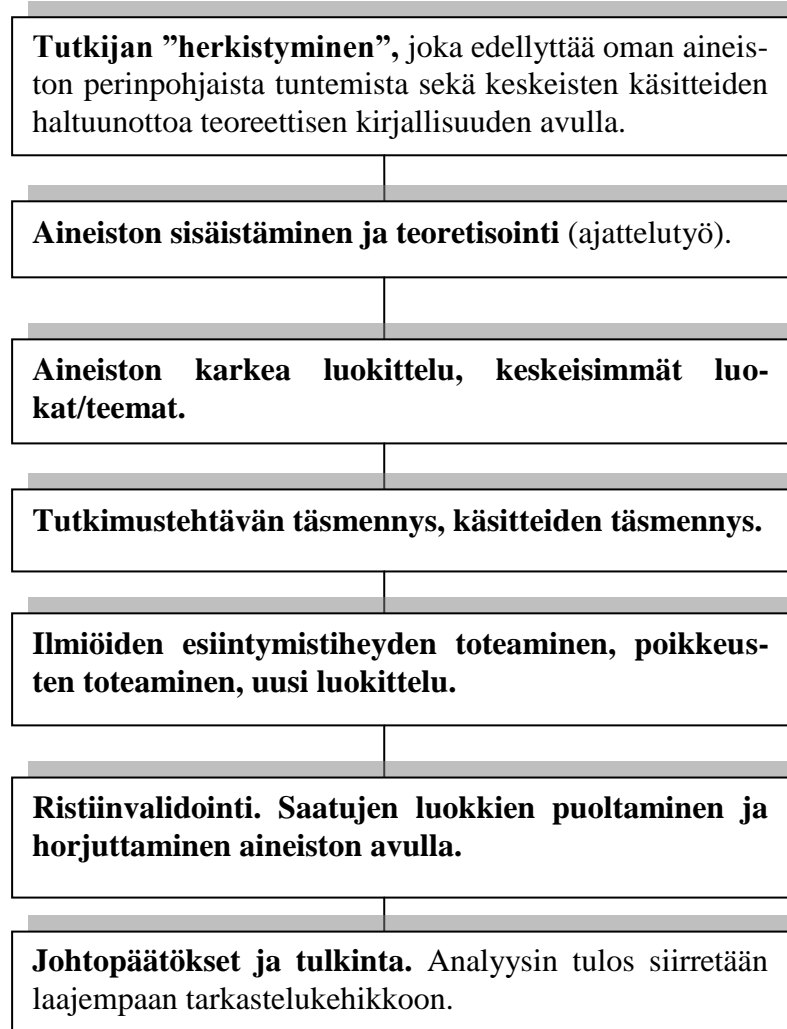
Tutkimusprosessin ensimmäinen vaihe on löytää tutkimustyöhön suunnattu ongelma-alue. Toisessa vaiheessa rajataan tutkimusaihe ja määritellään sen tavoite ja tarkoitus. Tarvittaessa perehdytään kirjalliseen materiaaliin eli selvitetään, mitä tutkimusalueelta tiedetään ennestään. Seuraava askel on tutkimuksen viitekehyksen toteuttaminen, minkä jälkeen päätetään aineiston keruumenetelmä. Seuraavaksi on hankittava tutkimuslupa. Luvan saannin jälkeen voi alkaa toteuttaa empiirisen aineiston keruuta. Tutkimustulokset analysoidaan ja teoretisoidaan. Niistä tehdään johtopäätökset sekä pohdinta. On myös tärkeää pohtia tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Tutkimusprosessin lopussa voidaan miettiä saatujen tutkimustulosten hyödyntämismahdollisuuksia. (Kuvio 2.) (Kajaanin ammattikorkeakoulu.)



Kuvio 2. Tutkimusprosessi

8.2 Laadullisen aineiston analyysi

Syrjälän, Ahosen, Syrjäläisen ja Saaren (1994, 90) mukaan lopullinen sisällönanalyysi voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin:



Kuvio 3. Sisällön analyysin vaiheet

Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä pyritään aineisto tiivistämään kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota. Päinvastoin, pyritään informaatioarvon kasvattamiseen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on kontekstuaalisuuden muistaminen. Tällöin taustateoria on tarpeellinen tulkintojen lähtökohdaksi, mutta siihen ei sitouduta. Jos tulkinnat antavat siihen aiheita, voidaan aineiston pohjalta luoda uutta teoriaa. (Eskola & Suoranta 1996, 104.) Analyysin toistettavuus tarkoittaa, että luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija niitä soveltaen päätyy samoihin tuloksiin (Apo, Ehrnrooth, Eskola, Heiskala, Hoik-

kala, Montonen, Mäkelä, Nuolijärvi, Sulkunen, Tigerstedt & Vilkkö, luentosarja kevät 1989).

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Toteutimme kyselyn Hämeenlinnassa erilaisissa mielenterveyspalveluyksiköissä. Näihin yksiköihin jaoimme kyselylomakkeita yhteensä 30 kappaletta. Kyselyyn vastasi 14. Tutkimuksemme vastaajaprosentti on siis 47 %. Kyselyyn vastanneista suurin osa on töissä avopuolella mielenterveyskuntoutujien palvelukodeissa. Näissä palvelukodeissa kuntoutujien ikäkauma on 20–70-vuotta. Lisäksi kyselyyn vastasi kaksi päivätoimintatyypissä paikassa työskentelevää henkilöä.

9.1 Sisällön analyysi

Analysointiprosessissa erotimme aineistosta tutkimustehtäväkysymysten näkökulmasta oleelliset lausumat. Nämä lausumat olivat hoitohenkilökunnan ilmi tuomia sanoja tai fraaseja, mitä esiintyi vastauksissa. Lausumat muutimme pelkistetyiksi ilmaisuiksi, joista muodostui sisällön analyysin alakategoriateemat. Nämä teemat ovat: moniongelmaisuus, haastavuus, itsenäisyys, vastuun ottaminen elämästä, resurssien vähäisyys, motivaatio, vertaistuen/ tukiverkoston tärkeys, yksinäisyys, verkostoyhteistyö, matalampi kynnys hoitoon pääsyyn, käytettyjen terapiamuotojen vähäisyys, kuntoutussuunnitelma, riippuvaisuus tukiverkosta, kiinnostavuus, kohtaamisen luonnollisuus/ helppous, työllistymisen tukeminen sekä ongelmien ennaltaehkäisy. Esille tulleet teemat kuvaavat hoitajien tunteita sekä kokemuksia heidän toteuttamastaan hoitotyöstä.

Teemat ryhmittelimme yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi eli ryhmiteltiin samaan kategoriaan ja annettiin kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Yläkategoriamme ovat: hoitajien kokemukset kuntoutumista edistävästä tekijöistä, hoitajien kokemukset kuntoutumista ehkäisevistä tekijöistä sekä hoitajien kokemia tunteita nuoren aikuisen mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta. Itsenäisyys, vastuun ottaminen elämästä, motivaatio, vertaistuen/ tukiverkoston tärkeys, matalampi kynnys hoitoon pääsyyn, verkostoyhteistyö, työllistymisen tukeminen, ongelmien ennaltaehkäisy sekä kuntoutussuunnitelma ovat kuntoutumista edistävien tekijöiden alakategoriat. Moniongelmaisuus, resurssien vähäisyys, käytettyjen terapiamuotojen vähäisyys, riippuvaisuus tukiverkosta sekä yksinäisyys ovat kuntoutumista ehkäisevien tekijöiden alakategoriat. Hoitajien kokemia tunteita nuoren aikuisen mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta ovat haastavuus, kiinnostavuus sekä luonnollisuus/ helppous.

Taulukko 1. Sisällön analyysin kategoriat

ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGORIAT
Itsenäisyys Vastuun ottaminen elämästä Motivaatio Vertaistuen/ tukiverkoston tärkeys Matalampi kynnys hoitoon pää- syyn Verkostoyhteistyö Työllistymisen tukeminen Ongelmien ennaltaehkäisy Kuntoutussuunnitelma	Kuntoutumista edistävät tekijät
Moniongelmaisuus Resurssien vähäisyys Käytettyjen terapiamuotojen vähäi- syys Riippuvaisuus tukiverkostosta Yksinäisyys	Kuntoutumista ehkäisevät tekijät
Haastavuus Kiinnostavuus Luonnollisuus/ helppous	Hoitajien kokemia tunteita nuoren aikuisen mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta

Kysyimme hoitajilta, minkälaisena he ovat kokeneet nuorten aikuisten (18–30 -vuotiaiden) mielenterveyskuntoutujien kohtaamisen. Vastanneista moni koki sen haastavana. Hoitotyön haastavuus korostui vastaajien mukaan mielenterveyskuntoutujien moniongelmaisuuksien takia. Suurella osalla on taustalla ongelmia päihteiden käytön kanssa ja hoitajien mielestä hoidon sujuvuutta hankaloittaa, kun mielenterveysongelman lisäksi pitäisi hoitaa myös päihdeongelmaa. Hoitohenkilökunnan mukaan moni nuori aikuinen tarvitsee apua asioidensa hoidossa sekä vastuun ottamisessa omasta elämästään, mutta nämä koetaan kuitenkin kuntoutumista edistävinä tekijöinä. Pääosin nuorten aikuisten mielenterveyspotilaiden kohtaaminen koetaan siis haastavana, mutta kaksi vastaajaa oli kuvannut omia kokemuksiaan kohtaamisesta luonnollisiksi sekä helpoiksi. Molemmat kuitenkin vastauksissaan korostivat, että jokaisen asiakkaan kohtaaminen on yksilöllistä; toisten kanssa tulee paremmin toimeen kuin toisten.

”Haastavaksi. Nuorella on usein takanaan todella rankkoja kokemuksia, joista hän ei halua puhua, mutta oirehtii sitäkin enemmän.”

”Luonnollista ja helppoa kohdata, riippuu tietenkin henkilöstä.”

Muutama vastaaja oli myös kuvannut kohtaamista kiinnostavaksi, perustuen siihen, että monen nuoren aikuisen sairaus on vielä akuuttivaiheessa ja sairauden kanssa vasta opetellaan elämään.

Kyselyyn vastaajat kokevat pääosin pystyvänsä vastaamaan nuorten aikuisten hoidon tarpeisiin, mutta tarvittaisiin enemmän resursseja mielenterveyskuntoutujien onnistumis-kokemusten luomiseen. Hoidon onnistumisen koetaan olevan kiinni asiakkaan motivaatiosta ja sen hetkistä voimavaroista. Tarpeiden kartoittamisessa sekä hoidon tavoitteiden saavuttamisessa kuntoutussuunnitelma on tärkeässä asemassa.

”Kyllä. Tosin moni nuori tarvitsisi esim. onnistumisia oikeassa työelämässä, mitä ei voida tarjota. Lisäksi toisinaan tuntuu siltä, ettei nuorten kanssa ole resursseja tehdä riittävän intensiivistä työtä, kun työaika kuluu erilaisiin kirjallisiin tehtäviin.”

Kyselyyn vastanneista kaikki olivat sitä mieltä, että perhe, ystävät ja vertaistuki ovat nuoren aikuisen kuntoutumisen kannalta ensiarvoisen tärkeitä. Kuntoutujalla on hyvä olla tukiverkosto myös hoitopaikan ulkopuolella.

”Vertaistuki on tärkeää, jolloin voi jakaa omia kokemuksia saman kokeneille ja saada tukea muilta.”

Hoidon loppuessa nuori aikuinen saattaa helposti jäädä yksin mielenterveysongelmansa kanssa. Hoidon onnistumisen kannalta on kuitenkin tärkeää, ettei kuntoutuja ole riippuvainen perheestään eikä perhe kuntoutujasta. Tällöin tukiverkosto pystyy ohjaamaan kuntoutumista oikeaan suuntaan, eikä taannuta sitä.

”On hyvin tärkeää, että sosiaalisia kontakteja on myös kuntoutusyksikön ulkopuolella. Toisaalta ”perheen tuki” voi olla liiallista riippuvuutta, josta taas nuoren aikuisen olisi hyvä irtaantua.”

Halusimme myös tutkimuksellamme selvittää, mitä kehitettävää hoitohenkilökunnan mielestä on nuorten aikuisten saamassa kuntouttavassa mielenterveystyössä, eli kuinka kuntoutumisvaiheen hoitotyö on vastannut henkilökunnan odotuksia ja toiveita. Suurin osa on sitä mieltä, että palveluiden saamiseen pitäisi olla matalampi kynnyks. Toivotaan myös, että nuorille aikuisille olisi tarjolla enemmän omalle ikäryhmälle tarkoitettuja palveluja. Täten myös vertaistuki olisi oman ikäistä sekä koostuisi samassa elämäntilanteessa olevista henkilöistä. Kyselyyn vastanneista moni haluaisi enemmän terapiaa tarjolle; nykyään saadun hoidon painopiste on liikaa lääke-

hoidossa. Hoitohenkilökunnan mukaan kehitettävää löytyy myös verkostoyhteistyön parissa. Olisi tärkeää, että kuntoutuksessa olisi mukana useamman ammattikunnan asiantuntijoita, sekä etenkin kuntoutujan läheisiä.

”Enemmän tukea lähipiirille. Paljon yhteisiä tapaamisia lähiverkon kanssa moniammatillisesti.”

Yhtenä nuorten aikuisten hoidon tavoitteena on työllistymisen tukeminen, tällöin hoitajien mukaan nuori aikuinen pystyisi paremmin ottamaan itse vastuuta elämästään ja näin saamaan otteen niin sanotusti normaalista elämästä. Tärkeimmäksi kehitysaskeleeksi koetaan kuitenkin varhainen puuttuminen nuoren/ nuoren aikuisen ongelmiin ja mahdollisten ongelmien ennaltaehkäisyyn.

”Verkostoyhteistyö eri toimijoiden kanssa. Varhainen puuttuminen helpommaksi, matalat kynnykset palveluihin”

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tarkoituksenamme oli alkujaan tutkia nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntoutumisvaiheen hoitotyöstä. Opinnäytetyömme tutkimuksen toteuttamisvaiheessa päädyimme kuitenkin tarkastelemaan aihetta hoitajien näkökulmasta. Syynä tähän oli se, että nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien kyky kertoa sairaudestaan ja kokemuksestaan vieraille henkilöille osoittautui liian hankalaksi näin henkilökohtaisessa asiassa. Koska aihe oli kuitenkin mielestämme hyvin mielenkiintoinen, halusimme pysytellä samalla tutkimusalueella, vaihtaa vain näkökulmaa. Hoitajien työnkuvaa sekä heidän tärkeitä ominaisuuksiaan on tutkittu paljon, mutta kokemuksia hoidon onnistumisesta vähän. Tämän vuoksi koimme kyseessä olevan aiheen hyväksi tutkimuskohteeksi.

Mielestämme olemme pystyneet opinnäytetyöllämme vastaamaan aiemmin asettamiimme tutkimustehtäviin. Onnistuimme asettamaan kyselylomakkeen kysymykset niin, että saamamme tulokset vastaavat tutkimustehtäviamme. Olimme positiivisesti yllättyneitä siitä, kuinka paljon vastauksia saimme ja kuinka monipuolisesti niihin oli vastattu. Etenkin kysymykseen viisi oli vastattu todella laajasti ja selkeästi moni hoitaja oli halunnut tuoda hyvin henkilökohtaisen näkökulman kehittämistarpeisiin. Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä selvitimme nuorten aikuisten yleisimpiä mielenterveysongelmia sekä millaista heidän mielenterveyskuntoutuksensa on. Tutkimuksen toteutusvaiheessa saimme tietää millaisena hoitajat heidän kuntoutuksensa kokevat.

10.1 Opinnäytetyön validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetilla eli tutkimuksen pätevyydellä ja luotettavuudella tarkoitetaan tietyn tutkimusmenetelmän avulla selvittää sitä, mitä on tarkoitus selvittää. Jos mittaustulokset osoittavat, että saatu tieto vastaa jo valmiina olevaa

teoriaa tai pystyy tarkentamaan ja parantamaan sitä, on tulos validi. Suurin ongelma muodostuu siitä, että mittausten ulkopuolelle jäävää, todellista tietoa ei ole yleensä käytettävissä. Validiteetin arvioinnissa huomio kohdistuu kysymykseen, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat sitä asiaa, jota halutaan tutkia. Mikäli tutkimuksesta puuttuu validiteetti kokonaan, on tutkimus arvoton. Tällöin siis tutkitaan aivan muuta asiaa kuin alun perin ollut tarkoitus tutkia. Puutteellinen validiteetti puolestaan merkitsee sitä, että koko tutkimus itsessään kohdistuu sivuun siitä, mikä oli tarkoituksena. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2012.)

Opinnäytetyömme pystyimme toteuttamaan validisti lähes oikein. Koska kysymyksiin vastaaminen tapahtui anonyymisti, uskomme saaneemme rehellisiä ja luotettavia tuloksia. Nimettömänä vastaaminen takasi hoitohenkilökunnalle sen, että heidän kertomansa asiat eivät tule muille julki. Opinnäytetyöstämme ei käy ilmi mistä tutkimusaineisto on kerätty, koska tutkimuksen toteutus on suoritettu useammassa mielenterveysyksikössä Hämeenlinnassa. Kysyimme tutkimuksessamme ainoastaan aiheen kannalta olennaisia asioita. Näin vastaajille oli koko ajan selvää mitä tutkimuksellamme halusimme selvittää. Kuitenkin on todennäköistä, että hoitajat eivät kuvanneet kaikkia kokemuksia, mitä heillä on toteuttamastaan hoitotyöstä nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien parissa. Tuolloin mittausten ulkopuolelle jää jonkin verran sitä tietoa, mitä opinnäytetyöllämme halusimme tutkia.

Reliabiliteetilla eli mittarin tai menetelmän luotettavuudella viitataan käytetyn tutkimusmenetelmän kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämä siis tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä saavuttaa tarkoitettuja tuloksia. Reliabiliteetin arvioinnin ja tarkistamisen kannalta on ensiarvoista, että tutkimusaineisto on sellaisessa muodossa, että se on tutkimuksen kommentoijien saatavilla ja tarkastettavissa. Kuitenkin tutkimusmenetelmä voi olla reliaabeli eli luotettava vaikka tutkimus ei olisiakaan validi eli pätevä. Tällöin käytettyjen menetelmien avulla voidaan päätyä kiinnostaviin tuloksiin, vaikka ne eivät vastaakaan sitä, mihin tutkimuksella tähdättiin. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2012.)

Opinnäytetyömme tuloksista tekee reliaabelin se, että emme itse tee työtä psykiatrisen hoitotyön parissa, joten pystymme tarkastelemaan aihetta ulkopuolisen näkökulmasta. Näin emme tiedostamattamme vaikuttaneet kysymysten asetteluun tai tutkimustuloksiin. Reliabiliteettia lisää myös tutkimusaineiston kerääminen useammasta kohteesta. Tällä tavoin yhden työpaikan sisäiset ongelmakohdat eivät vaikuta tuloksiin. Toisaalta tutkimuksen reliabiliteettia heikentää, että se on toteutettu pienellä alueella ja pienellä otannalla. Näin määrälliseen tutkimukseen liittyvä tavoite yleistävyydestä ei toteudu laajalti.

10.2 Tulosten hyödynnettävyys

Tutkimuksemme tuloksista käy ilmi paljon asioita, joita hoitajat toivovat kehitettävän tulevaisuudessa. Monella mielenterveyskuntoutujalla on on-

gelmia päihteiden käytön kanssa ja hoitajat kokevat työnsä haastavaksi, kun mielenterveysongelman lisäksi joutuvat hoitamaan myös päihdeongelmaa. Tässä kohtaa verkostoyhteistyön merkitys korostuu. Nuoren aikuisen hoidon olisi hyvä järjestyä niin, että hän saisi mahdollisesti samasta paikasta apua molempiin ongelmiinsa, mutta useamman ammattikunnan asiantuntijoilta.

Hoitajat lisäksi ilmaisivat toiveensa resurssien lisäämisen suhteen, tällä hetkellä ei siltä saralta pystytä vastaamaan kaikkiin kuntoutujien tarpeisiin. Ei ole tarpeeksi resursseja onnistumisen kokemusten luomiseen. Toivotaan myös, että nuorille aikuisille olisi tarjolla enemmän omalle ikäryhmälle tarkoitettuja palveluja, jolloin vertaistuki olisi helpommin saavutettavissa. Varhainen puuttuminen sekä ongelmien ennaltaehkäisy koetaan kuitenkin suurimmaksi kehitysaskeleeksi tulevaisuudessa. Niillä helpotettaisiin kuntouttavan mielenterveystyön toteuttamista kauttaaltaan. Kaikkiin mainittuihin asioihin olisi hyvä tulla muutos; saatuja opinnäytetyön tuloksia voisi hyödyntää nuorten aikuisten kuntouttavan mielenterveyshoitotyön kehittämisessä jatkossa.

10.3 Kokemukset opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessista teki mielekkään opinnäytetyötiimimme. Yhteistyömme sujui koko prosessin ajan hyvin, johtuen säännöllisistä tapaamisista. Työnjako oli tasavertainen ja molemmat pitivät sovitusta aikarajosta kiinni. Opinnäytetyön edistymistä vauhditti oma kiinnostuksemme aiheeseen ja innostus saada tietää tutkimuksen tulokset.

Aloitimme opinnäytetyöprosessin keräämällä tietoa teoreettista viitekehystä varten. Opinnäytetyön teon myötä olemme kehittyneet tiedonhaussa ja lähdekriittisyytemme on kasvanut. Tiedonhaussa kiinnitämme enemmän huomiota tutkitun tiedon etsimiseen. Lisäksi opimme ymmärtämään tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheet. Pohdimme paljon työme eettisyyttä ja sen kunnioittamista, etenkin työn toteutusvaiheessa. Käytimme myös paljon aikaa siihen, että tutkimukseen osallistujien on mahdollista vastata kyselyyn rehellisesti, moni kehitysasia kun koski muun muassa työorganisaation resursseja.

Opinnäytetyön tekemisen aikana koimme ajoittain myös turhautumista. Kevään 2012 aikana opinnäytetyöprosessi ei edistynyt haluamallamme tavalla, johtuen hankaluuksista löytää tutkimukseen tarvittavan ikäisiä vastaajia. Tämän vuoksi jouduimme vaihtamaan alkuperäistä opinnäytetyönäkökulmaa, mikä aiheutti lisää turhautumista. Lisäksi koska opinnäytetyön tekeminen oli molemmille uusi asia, tuntui sen aloittaminen hankalalta.

Olimme positiivisesti yllättyneitä kyselyyn vastanneiden määrästä ja myös vastausten laajuudesta. Vastauksista huomasi, että niitä oli pohdittu pitkään ja oma näkökulma asioista haluttiin tuoda innokkaasti esille. Koska alkuperäistä opinnäytetyöideamme – Nuori aikuinen mielenterveysasiak-

kaana - kokemuksia kuntoutumisvaiheen hoitotyöstä – ei ole tutkittu aikaisemmin, olisi se mielestämme hyvä tutkimusaihe jatkossa.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Duodecim terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. 2011. Viitattu 1.3.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus=

Achté, K. 1992. Tukea antava psykoterapia. Helsinki: WSOY.

Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. 1992. Psykiatrinen auttamistyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Almqvist, F., Ebeling, H., Heinälä, P., Kaivosoja, M., Karhu, J., Kumpulainen, K., Linna, S-L., Lyytinen, H., Länsimies, E., Mervaala, E., Moilanen, I., Nieminen, P., Piha, J., Piippo, S., Rantanen, P., Räsänen, E., Solantausta T. & Tamminen, T. 2000. Nuoruusikä. Teoksessa toim. Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus.

American psychiatric nurses association APNA. 2007. About psychiatric mental-health nurses (PMHNs). Your resource for psychiatric mental health nursing. Viitattu 19.9.2012.

<http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3292#10>

Apo, S., Ehrnrooth, J., Eskola, K., Heiskala, R., Hoikkala, T., Montonen, M., Mäkelä, K., Nuolijärvi, P., Sulkunen, P., Tigerstedt, C. & Vilkkö, A. 1992. Luentosarja. Helsingin yliopiston sosiologian laitos. Kevät 1989. Helsingin yliopisto. Teoksessa Mäkelä, K (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Priima-Offset Ky.

Dokumentti. 2006. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 8.2.2012.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1995,5866>

Dunderfelt, T. 1997. Elämänkaaripsykologia. Helsinki: WSOY.

E-Mielenterveys. 2012. Mielenterveyspalvelut. Kolmannen sektorin auttavat palvelut. Viitattu 1.3.2012.

<http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/kolmannen-sektorin-auttavat-palvelut/>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopisto. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Heiskanen, T. & Salonen K. 1997. Miten hoidan mielenterveyttäni. Jyväskylä: Gummerus.

Jaatinen, E. 2004. Kun läheisen mieli murtuu. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Aineistolähtöinen eli laadullinen tutkimusprosessi. Opinnäytetyöpakki. Viitattu 22.10.2012.
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLaadullinen.aspx>

Karlsson, L., Laukkanen, E. & Marttunen, M. 2006. Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa toim. Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Keinänen, M. & Engblom, P. 2007. Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Helsinki: Otava.

Kelan Teemakatsaus. 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys edelleen kasvussa. Viitattu 19.9.2012.
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/%28WWWAllDocsById%29/7CCA649CC3E98A10C225751B002C654F/\\$file/TK_08_12_08_Nuorten_mielenterv_Raitasalo_Maaniemi.pdf](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/%28WWWAllDocsById%29/7CCA649CC3E98A10C225751B002C654F/$file/TK_08_12_08_Nuorten_mielenterv_Raitasalo_Maaniemi.pdf)

Korhonen, V. & Marttunen, M. 2006. Masennustilat. Teoksessa toim. Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy.

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

Linnainmaa, P. 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Luukkonen, P. 2003. Psykoanalyttinen psykoterapia vs. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lönnqvist, J. 2005. Traumaattisen psyykkisen trauman hoitaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.1.2012.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psyykkisen_kriisin_kohtaaminen

Mielenterveyden keskusliitto. Tietopankki. Kuntoutuminen. Viitattu 10.10.2011.
<http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/>

Mielenterveyden keskusliitto. Liitto. Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.mtkl.fi/liitto/>

Mielenterveysyhdistys HELMI ry. 2011. Esittely. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.mielenterveyshelmi.fi/?tavoitteet>

Ojanen, M. & Sariola, E. 1996. Skitsofrenia – tie paranemiseen. Helsinki: Otavan kirjapainolaitokset.

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. 2012. Etusivu. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.omaisten.org/>

Oulun yliopisto. 2000. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen.: Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Toimintakyky. Viitattu 4. 1.2012.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/html/x224.html>

Pylkkänen, K. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2003:13. Helsinki: Edita.

Pylkkänen, K., Syvälahti, E. & Tamminen, T. 2003. Keskeistä käytännönpsykiatriaa. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Ranta, K. 2006. Ahdistuneisuus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa toim. Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Räty, P. 2010. Nuori aikuisuus elämänvaiheena. Oulun yliopisto. Ohjaus- ja työelämäpalvelut. Viitattu 6.10.2011.
http://www.oulu.fi/careerservices/ohjauksen_kehittaminen/Nuori_aikuisuus.pdf.

Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Helsinki: Otavan Kirjapaino.

SMTHL. 2010. Mielenterveyshoitajan ammatin kuvaus. Suomen mielenterveyshoitotoiminnan liitto ry. Viitattu 19.9.2012.
<http://www.smthl.net/liitto/ammattikuvaus.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkinnällinen kuntoutus täydentää sairaanhoitoa. Viitattu 17.2.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laakinnallinen_kuntoutus

Suomen Mielenterveysseura. Mielenterveysseura. Mielenterveysseura edistää henkistä hyvinvointia Suomessa. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.mielenterveysseura.fi/mielenterveysseura>

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapa. Rauma: Kirjayhtymä Oy.

Terveyskirjasto. 2011. Masennus. Erilaisia masennustiloja. Viitattu 13.2.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=depressio&p_artikkeli=dlk00389

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat: Mistä apua? Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uimonen, E. 2004. Mielenterveyshoitaja, lähihoitaja. Työministeriön julkaisu. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 22.10.2012.

<http://www.amiedu.net/jokeri/suomenkieli/mater/hoitoala/mielenterveyshoitaja.htm>

Virtuaaliammattikorkeakoulu. 2012. Tutkimuksen reliabiliteetti. Viitattu 17.10.2012.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>

Virtuaaliammattikorkeakoulu. 2012. Tutkimuksen validiteetti. Viitattu 17.10.2012.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413809750/1194415367669.html>

Vähäkylä, L. 2009. Työtä tehden: Mielenterveyskuntoutuja työelämässä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

HENKILÖKUNNAN KYSELYLOMAKE

1. Minkälaisessa mielenterveyskuntoutusyksikössä olet töissä tällä hetkellä?

2. Minkälaisena olet kokenut nuorten aikuisten (18–30-vuotiaiden) mielenterveyskuntoutujien kohtaamisen?

3. Koetko pystyväsi hoitamaan nuorta aikuista hänen tarpeidensa mukaisesti? Selitä lyhyesti.

4. Kuinka merkityksellisenä koet nuoren aikuisen mielenterveyskuntoutujan saaman tuen perheeltä, ystävilta sekä vertaistuelta? Kerro lyhyesti.

5. Mitä kehitettävää olisi nuorten aikuisten saamassa kuntouttavassa mielenterveyshoitotyössä?

Kiitos vastauksistasi!

