



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökoke- muksia

Saarenpää, Jari

2017 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia

Saarenpää, Jari
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2017

Saarenpää, Jari

Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia

Vuosi 2017 Sivumäärä 61

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Mielenterveystalo.fi:n ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, kokevatko ohjelman käyttäjät hyötывänsä ahdistuksen omahoito-ohjelmasta. Opinnäytetyön tilaajana toimi IT - psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja (HYKS Psykiatria), joka vastaa Mielenterveystalo.fi-verkkopalvelusta.

Mielenterveystalo on HUS:in tuottama verkkopalvelu, joka tarjoaa luotettavaa tietoa eri mielenterveyden aihepiireistä. Sivustolta löytyy oppaita, omahoito-ohjelmia, palveluohjausta, oirenavigaattori ja sivuston käyttäjän on mahdollista arvioida ongelman vaikeusastetta. Ahdistuneisuushäiriön omahoito-ohjelma perustuu yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa tehokkaiksi todettuihin ja tutkittuihin toimintatapoihin, sekä tietoon sähköisistä terveyspalveluista.

Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan poikkileikkaustutkimus, jossa tutkittavat vastasivat sähköiseen kyselyyn. Opinnäytetyön lähestymistapa oli Survey-tutkimus. Opinnäytetyö oli menetelmältään sekä kvantitatiivinen, että kvalitatiivinen ja oli luonteeltaan kartoittava ja kuvaileva. Tässä opinnäytetyössä tietoa omahoito-ohjelman käyttökokemuksista ja hyödyllisyyden kokemuksista saatiin, kun ohjelman käyttäjät vastasivat Mielenterveystalon omahoito-ohjelmaa käyttäessään sivustolla olevaan kyselyyn.

Opinnäytetyön tulosten mukaan vastaajat hyötывivät ohjelmasta ja heidän ahdistuksensa laski jonkin verran. Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttäjät kokivat siinä olevan tiedon ja harjoitukset hyödyllisinä. Omahoito-ohjelmaa käytettiin usein yhtä aikaa psykiatrisen hoitokontaktin kanssa. Ohjelma koettiin pääsääntöisesti helppokäyttöiseksi ja hyödylliseksi.

Opinnäytetyön tulosten perusteella Mielenterveystalon sivuston kehityshaasteina on palautejärjestelmän kehittäminen ja palvelun kehittäminen niin, että useampi vierailija hyödyntäisi sivustoa enemmän eli käyttäisi sivustoa kauemmin ja useampia kertoja. Lisäksi palvelua ja palvelujärjestelmää tulisi kehittää sellaiseksi, että palvelun löytäisi useampi sellainen käyttäjä, jolla ei vielä ole psykiatrista hoitokontaktia. Aiheen jatkotutkimuksissa olisi ensiarvoista voittaa haaste, joka liittyy tutkittavien määrään ja tutkimuksen luotettavuuteen.

Asiasanat: Omahoito, ahdistuneisuushäiriö, päihde- ja mielenterveyspalvelut, Mielenterveystalo.fi, sähköiset terveyspalvelut.

Saarenpää, Jari

Patient experiences of anxiety self-care program

Year	2017	Pages	61
------	------	-------	----

The aim of this study was to chart web service Mielenterveystalo.fi's anxiety self-care experiences. Also the aim was to investigate whether users of the program have found it useful. The thesis was given by the information technology department of Psychiatry and Psychosocial Care (HYKS Psychiatry), which accounts for Mielenterveystalo.fi web service.

Mielenterveystalo is a network service provided by HUS that offers reliable information on various issues related to mental health. On the site you will find guides, self-care programs, service guidance and a symptom indicator. The visitor to the site is able to evaluate the severity of the problem. Anxiety disorder self-care program is based on information on therapeutic methods of anxiety disorder and on e-health services.

The study was cross-sectional in nature. The respondents answered the electronic questionnaire. The approach of the study was to use a survey. The methodology of this thesis was both quantitative and qualitative in it was both descriptive and evaluative in nature. The information on the experiences of self-care was obtained when the program users responded to Mielenterveystalo's self-care program when using a questionnaire on the site.

According to the results of the study, the respondents benefited from the program and their anxiety diminished to a certain extent. The users of anxiety self-care program found that the knowledge and exercises were helpful. Often the program was used simultaneously with psychiatric treatment contact. The program was considered to be helpful and also easy to use.

In this study it is suggested that the future challenges of the Mielenterveystalo site are the development of a feedback system and service to a direction in which more visitors are likely to take advantage of the site, use the site longer and more often. Moreover, to reach out for those users that have no previous psychiatric treatment the service and the system related to it should be further developed. Of supreme importance to future research is to overcome the challenge associated with the number of examinees and the reliability of the data.

Keywords: Self-care, anxiety disorder, substance abuse and mental health services, Mielenterveystalo.fi, e-health services.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Omahoito.....	7
2.1	Etäkuntoutus	7
2.2	Etäauttamisen historia.....	9
2.3	Aikaisempia tutkimuksia.....	9
2.4	Ammattihenkilöstön roolin ja hoitokulttuurin muuttuminen	12
2.5	Omahoidon tulevaisuus	14
3	Ahdistuneisuushäiriö	16
3.1	Mielenterveys käsitteenä mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta	16
3.2	Ahdistuneisuushäiriö ja sen hoito	19
4	Mielenterveystalo.fi	24
4.1	Mielenterveystalon palvelut	24
4.2	Ahdistuksen omahoito-ohjelma Mielenterveystalossa.....	24
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	26
6	Opinnäytetyön toteutus.....	27
6.1	Menetelmälliset ratkaisut	27
6.2	Tutkimuksen kohde.....	27
6.3	Tutkimuksen toteutus.....	29
6.4	Aineiston analysointi	30
7	Tulokset	32
7.1	Ohjelman vaikuttavuus ja hyödyllisyys.....	33
7.2	Ohjelman käyttö.....	35
8	Pohdinta.....	38
8.1	Tulosten tarkastelu.....	38
8.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	41
8.3	Jatkohaasteet	42
	Lähteet.....	44
	Kuviot	49
	Taulukot	50
	Liitteet.....	51

1 Johdanto

Ahdistuneisuus on Koposen ja Lepolan (2016) mukaan Suomessa yksi yleisimmistä psyykkisistä oireista. Ihmisistä 25 % kärsii ahdistuneisuudesta elinaikanaan ja naiset useammin kuin miehet. Miten ahdistusta hoidetaan ja voiko ihminen itse tehdä ahdistuneisuudelle jotain?

Hallitusohjelmassa palvelujen digitalisoiminen on yksi hallituskauden 2015-2019 tavoitteista. Julkisten palveluiden rakentaminen käyttäjälähtöisiksi ja ensisijaisesti digitaalisiksi nähdään tärkeänä, jotta julkisen talouden kannalta välttämätön tuottavuusloikka onnistuu. Tavoitteena on priorisoida palvelut, joissa tuottavuushyöty on suurin. Etäkuntoutus on yksi tapa digitalisoida palveluja. (Hallitusohjelma. 2015, 24.)

Mielenterveystalo on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (jatkossa lyhenne HUS) tuottama kaikille suunnattu verkkopalvelu, jonka tarkoituksena on tarjota mielenterveyteen liittyvää tietoa valtakunnallisesti niin alueen asukkaille kuin terveysalan työntekijöillekin. Sivustolla on osiot aikuisille, nuorille ja lapsille. Verkkosivustolla on palveluohjausta, tietoa, omahoito-ohjelmia, oppaita ja työkaluja itsearviointiin. Mielenterveystalo.fi palvelusta vastaa HYKS Psykiatria IT - psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja. (Mielenterveystalo.fi.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Mielenterveystalo.fi:n ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia. Tavoitteena on saada tietoa siitä, kokevatko ohjelman käyttäjät hyötyvänsä omahoito-ohjelmasta. Omahoito-ohjelmia itsenäisesti käyttäviä potilaita on tutkittu melko vähän. Raphaelin, Buckeyn, Zbozineckin, Cartreinen ja Crasken (2013) mukaan on olemassa vähän tutkimuksia multimediaan perustuvista itseapuhjelmista. Valtaosa olemassa olevista tutkimuksista koskee ohjelmia, joissa potilaalla on hoitosuhde tai hänet identifioidaan jollain tavalla. Mielenterveystalon omahoito-ohjelmaan ei kirjauduta ja sitä käytetään anonyymisti. Tässä opinnäytetyössä tietoa omahoito-ohjelman käyttökokemuksista ja hyödyllisyyden kokemuksista saadaan kun ohjelman käyttäjät vastaavat sähköiseen kyselyyn verkossa omahoito-ohjelmaa käyttäessään.

Aiheen valikoitumiseen opinnäytetyön aiheeksi vaikutti se, että Mielenterveystalossa oli kiinnostusta saada tietoa yleisen ahdistuneisuushäiriön omahoito-ohjelman käyttökokemuksista ja vaikuttavuudesta.

2 Omahoito

2.1 Etäkuntoutus

Etäkuntoutus on käsitteenä vieras ja vähän käytetty. Etäkuntoutuksella tarkoitetaan eri asiaa kuin omahoitopalvelut. Käsitteitä tosin käytetään välillä ristiin ja epäselvästi. Etäkuntoutus on muun muuassa nettiterapiaa, virtuaali- tai mobiilikuntoutusta. Teknologian kirjo on laaja ja tulevaisuus tuo uusia mahdollisuuksia kuntoutukseen. On ehdotettu, että etäkuntoutus voisi olla sateenvarjon omainen käsite, joka kokoaisi erillisiä etähoidon elementtejä sisältävät käsitteet allensa. (Salminen, Hiekkala, & Stenberg. 2016, 11-12.)

WHO määrittelee sivuillaan eHealthin (eHealth at WHO) olevan tieto- ja viestintätekniikan soveltamista terveyteen. Euroopan Komission (Euroopan Komissio) mukaan eHealth tarkoittaa sähköisiä terveydenhuoltoalan välineitä ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintätekniikkaa ja joiden pyrkimyksenä on parantaa sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seurantaa ja terveydenhuollon hallintoa. eHealth on ollut Maailman terveysjärjestön ensisijainen tavoite vuodesta 2005 lähtien, kun Maailman terveyskokouksen päätöslauselma WHA58.28 hyväksyttiin: "eHealth on informaatio- ja kommunikaatioteknologian kustannustehokasta ja turvallista käyttöä terveydenhuollon tukemiseksi terveydenhuollon, terveystarkastuksen, terveydenhuollon kirjallisuuden ja terveystieteiden, tietämyksen ja tutkimuksen alalla." (WHO 2016, 11.)

Etäkuntoutusta voi määritellä siten, että se on erilaisten etäteknologiaa (puhelinta, matkapuhelinta, tietokonetta tai tablettitietokoneita, puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttöä sekä televisiosovelluksia) hyödyntävien sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa. Etäkuntoutus on ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa kuntoutusta. Kuten muunkinlaisella kuntoutuksella, etäkuntoutuksella on selkeä tavoite, alku ja loppu. Etäkuntoutus voidaan jakaa kahteen kategoriaan: reaaliaikaiset menetelmät (*synchronous*) ja ajasta riippumattomat menetelmät (*asynchronous*). Ajasta riippumattomilla menetelmillä tarkoitetaan ammattilaisen suosittelemaa kuntoutusta, jonka asiakas toteuttaa omatoimisesti etäteknologian, esimerkiksi sähköpostin, ääni- ja tietokonenauhoitusten sekä tietokoneharjoitusohjelmien avulla. Etäkuntoutuksen sekamallit yhdistävät reaaliaikaista ja ajassa riippumatonta etäkuntoutusta. Lisäksi ne yhdistävät etäkuntoutusta ja kasvokkaista kuntoutusta. Mobiiliteknologialla tarkoitetaan tässä yhteydessä teknologiaa, jota käytetään kuntoutuksessa ja jossa vuorovaikutus tapahtuu matka-, älypuhelimen, tabletin tai muun vastaavan laitteen avulla. Virtuaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutusta, jossa hyödynnetään erilaisia virtuaaliympäristöä hyödyntäviä teknologioita. Virtuaalista kuntoutusta voidaan hyödyntää, sekä kasvokkaisessa kuntoutuksessa, että etäkuntoutuksessa. Netti- tai verkkokuntoutuksella tarkoitetaan tietokoneavusteista tai internet välitteistä ajasta ja paikasta riippumatonta kuntoutusmuotoa, jossa voi olla lisätukena yhteys palvelua tuottavaan ammattilaiseen esimerkiksi chatin avulla. Kasvokkaisella

kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutusta, jossa terapeutti ja kuntoutuja ovat samassa tilassa. (Salminen ym. 2016, 11-13, 17.)

Koiviston (2016, 35) mukaan nettiterapia määritellään psykososiaalisesti hoitovaihtoehdoksi ja se on itsenäistä työskentelyä terapeuttin johdolla. Nettiterapiassa käyttäjän itsenäistä työskentelyä tukee ja seuraa terapeutti internet-yhteydellä. Nettiterapia on osittain automatisoitu sarjahoito, jossa mallinnettuun ja häiriöryhmäkohtaiseen psykoterapiasisältöön on lisätty tietotekniikan mukanaan tuomia esitys- ja opetusmahdollisuuksia. Hoidon etenemistä seuraa, potilasta tukee ja hänen kysymyksiinsä vastaa terapeutti-psykologi. Hoidot ovat löytäneet paikkansa Käypä hoito -suositukseen ja niiden hyödyllisyydestä on vahvaa näyttöä. Vuonna 2015 nettiterapiaa lääkärin läheteellä käytti 1249 ihmistä ja Mielenterveystalon portaalia reilut 400 000 ihmistä (Potilashoidon vuosikertomus 2015, 11). Koiviston (2016, 35) mukaan perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon läheteistä 40 prosenttia koski masennusta ja 20 prosenttia yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä. Mielenterveystalon nettiterapioissa loppuun asti käyneiden oirepisteet vähenivät yli 80 prosentilla asiakkaista. Nettiterapian soveltuvuutta arvioitaessa tärkein kriteeri on asiakkaan valmius ja aktiivinen sekä itsenäinen kiinnostus tarkastella nettiä apuna käyttäen ajankohtaisia ongelmiaan oman ajattelun ja toiminnan tasolla. Nettiterapia on kestoltaan kahdesta kuuteen kuukautta. Eniten nettiterapioista hyötävät asiakkaat käyttävät terapiaan aikaa yhdestä kahteen tuntiin viikossa. Nettiterapia ja reaaliaikainen etäpsykoterapia ovat eri asioita. Nettiterapia on ajasta riippumatonta, osin automatisoitua ja netin kautta suoritettavaa psykologista hoitoa. Nettiterapiassa hyödynnetään valmiita oppimisympäristöjä, minkä lisäksi hoidon antaja seuraa hoidon etenemistä ja antaa siihen tukea esimerkiksi viestien välityksellä. Reaaliaikaisessa etäpsykoterapiassa hoidon saaja tai kuntoutuja ja palveluntuottaja ovat reaaliaikaisessa yhteydessä toisiinsa internetin tai muun etäyhteyden avulla. Joskus käytetään myös ilmaisua videovälitteinen psykoterapia. (Koivisto 2016. 35-37. Salminen ym. 2016, 67. Mielenterveystalo.fi.)

Omahoito käsitteen alkuperää voidaan Lorigin ja Holmanin (2003, 1) mukaan sijoittaa 1960 - 70 -luvun taitteeseen, jolloin Creer kollegoineen olivat kokeneet, että self-management käsite ilmaisi sitä, että potilas oli aktiivinen osallistuja hoidossa. Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa ja ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa hoitoa. Omahoidossa painopiste on potilaan autonomiassa, ongelmanratkaisu-, sekä päätöksentekokyvyssä. Omahoidossa potilas ottaa itse vastuun omasta hoidostaan. Omahoito on yleisnimitys henkilön omatoimiseksi terveyden ja sairauden hoidolle (Mykkänen, Kortekangas, Miettinen ja Suhonen. 2015, 11). Omahoito eroaa itsehoidosta siinä, että itsehoidossa potilas hakee vaihtoehtoisia hoitoja ilman ammattihenkilön apua. Itsehoidossa käytetään erilaisia luontaistuotteita, kansanparannuskeinoja ja muita ei-lääketieteellisiä hoitoja. Itselääkintä on ilman lääkemääräystä, usein farmaseutilta tai proviisorilta saadun tiedon perusteella ostettujen lääkevalmisteiden käyt-

töä. Itsehoito on potilaan itse toteuttamaa hoitoa ilman ammattihenkilöä hoidon toteuttamisessa tai suunnittelussa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6.)

Termit omahoito, itsehoito, etähoito ja etäkuntoutus ovat tällä hetkellä vaihtelevassa käytössä terveydenhuollon kentällä ja kansalaisilla. Termiin omahoito liitetään usein myös omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen. Joissain yhteyksissä puhutaan tällöin itsehoidosta. Itsehoidosta puhutaan esimerkiksi sairaanhoitajan ohjeiden mukaisesta flunssan hoidosta kotona potilaan itse toteuttamana hoitona. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6, 11. Salminen, Hiekkala, & Stenberg 2016, 11-12. Omahoito ja itsehoito-ohjeet. Omahoitoa, terveysneuvoja ja hoito-ohjeita. Omahoito.)

2.2 Etäauttamisen historia

Salmisen ym. (2016, 11) mukaan ajatus siitä, että terapeutista apua etsivä ja apua antava ovat etäällä toisistaan, mutta apu on silti mahdollinen, on yli puoli vuosisataa vanha. Yhdysvalloissa on jo 1950-luvulla ollut radio-ohjelmia, joissa psykologi, psykiatri tai psykoterapeutti keskustelivat suorassa lähetyksessä hänelle soittaneiden kuuntelijoiden kanssa. Suomessakin Pekka Sauri keskusteli 1987 alkaen radiossa Yölinjalla ohjelmassa kuuntelijoiden kanssa heidän ongelmistaan. Yhteisöpalvelu IRC kokosi 1990-luvulla henkilöitä keskustelemaan yhteen ohjelman teemoista ja ihmisten pulmista ylipäättään. Kyseessä oli eräänlainen psykologisen etäavun toteutus ryhmässä. (Salminen ym. 2016.)

Tietoteknologiaa on Stenbergin, Joffen ja Holin (2015, 291, 295) mukaan hyödynnetty jo vuodesta 1996 oma-aputyypisten palveluiden osana A-klinikkasäätiön Päihdelinkin muodossa. Peluurin auttava puhelin on aloittanut toimintansa 2004. Alun perin rahapeliongelmissa kärsiville suunnattu palvelu auttaa nykyään myös digipeliongelmissa kärsiviä.

2.3 Aikaisempia tutkimuksia

Nettiterapian vaikuttavuutta masennuksen ja ahdistuksen hoidossa ovat tutkineet muun muassa Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy ja Titov (2010, 1). Tutkimuksessa havaittiin, että tietokone- ja nettipohjaisten kognitiivisten käyttäytymisterapioiden (Cognitive Behavior Therapy, jatkossa lyhenne CBT) hyöty oli asiakkaalle ilmeistä. Andrews ym. (2010, 1) mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitoihin. Tutkimuksen hoito-ohjelmat perustuivat itseohjautuvuuteen niin, että asiakasta tai potilasta muistutti teknikko, lähihoitaja tai klinikko, joka soitti, lähetti sähköposteja tai postitti kommentteja asiakkaalle. Joissakin ohjelmissa asiakas käytti tietokoneohjelmaa esimerkiksi klinikalla itsenäisesti. Andrews ym. (2010, 4-5) mukaan viidessä tutkimuksessa, joissa tietokonepohjaista CBT:aa ja perinteistä kasvokkain toteutettua

terapiaa oli verrattu, molemmat hoitomuodot oli havaittu yhtä hyödyllisiksi. Johtopäätöksenä tutkimuksessa todettiin erityisesti nettipohjaisten CBT hoitojen osoittautuneen tehokkaiksi ja käytännöllisiksi terveydenhuollon hoito-ohjelmiksi ahdistuneisuus- ja masennushäiriöiden hoitoon niille, jotka muuten saattaisivat jäädä hoitamatta. (Andrews ym. 2010, 2-5.)

Australialaisessa tutkimuksessa kuvataan nettipohjaisen ohjelman kehittämistä nuorten miesten mielenterveyden tukemiseksi. Lähtökohtana nettipohjaisuuteen oli asiakkaiden haastava tavoitettavuus ja nuorten miesten taipumus tukeutua mieluummin muihin hoitoihin, kuin sellaisiin, jotka perustuvat keskustelemiseen toisen kanssa. Tutkimuksen tuloksena oli, että ohjelma (WorkOut) oli houkutteleva nuorten miesten mielestä. Todettiin kuitenkin, että lisättyötä tarvitaan, jotta käyttäjät pysyisivät sitoutuneina kyseiseen ohjelmaan. (Ellis, McCabe, Davenport, Burns & Rahility 2015, 3.)

Moodhacker ohjelman vaikutusta masennusoireisiin on tutkittu yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa. Ohjelman käyttäjä kirjautuu tunnukseksi ja sähköpostiosoitteella ohjelmaan. Tutkimukseen osallistui täysi-ikäisiä ihmisiä ja heitä oli kaksi ryhmää. Toinen käytti ohjelmaa itsenäisesti ja toinen sai lisäksi ohjausta ammattihenkilöltä. Molemmat ryhmät hyötyivät ohjelmas- ta, mutta enemmän hyötyivät ammattihenkilön ohjausta saaneet osallistujat. (Birney, Gunn, Russel & Ary 2016.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tutkittiin itseohjautuvan tietokone- tai nettipohjaisen stressinhallinta- ja resilienssi- ohjelman (Smart-OP) hyötyjä. Tutkimuksessa mainittiin haasteena se, että heidän näkemyksen mukaan ei ole aikaisempia tutkimuksia multimediaan perustuvista itseapu ohjelmista. Itseapuojelma tarkoittaa tässä viitekehyksessä ammattihenkilön ohjauksen puuttumista ohjelmasta. Tutkimuksessa oli kaksi ryhmää. Toinen ryhmä työskenteli itsenäisesti SmartOp ohjelman avulla ja toinen ryhmä oli ”koulutuksellinen” ryhmä, joka sai videoita ja julkaistua materiaalia työskentelyä varten. Molemmilla ryhmillä oli tutkimuksellinen kontakti tutkimuksen järjestäjiin. Tuloksena havaittiin, että SMART-OP ryhmässä raportoitiin merkittävästi vähemmän stressiä kuin toisessa ryhmässä. (Raphael ym. 2013.)

Backhausin (2012) mukaan (ks. Stenberg 2016, 70) reaaliaikaiset etähoidot eli videovälitteiset psykoterapiat osoittautuivat toimiviksi ja vaikuttaviksi menetelmäksi psykoterapian toteuttamiseen. Simpsonin ja Reidin (2014) tutkimuksen mukaan (ks. Stenberg 2016, 70) videovälitteisten hoitojen terapiasuhteen kehittymisen on havaittu olevan samankaltaista ja yhtä hyvää kuin kasvokkaisissa terapioissa, ja yleisen tyytyväisyyden hyvää hoitoja toteuttavilla ammattilaisilla, sekä sitä saavilla potilailta. Nelson (2003) osoitti reaaliaikaisen etäterapian nopeuttavan masennusoireiden lievenemistä (ks. Stenberg 2016, 70). Dayn (1999) mukaan (ks. Stenberg 2016, 70) asiakkaiden aktiivisuus oli suurempaa etäterapiassa kuin peräkkäisessä kasvokkaisessa terapiassa. Cartreinen ym. (2010) mukaan etähoitojen yleisinä etuina pidetään kus-

tannustehokkuutta ja Been ym. (2008) mukaan (ks. Stenberg 2016, 70) helppoa saavutettavuutta. Salmisen ym. (2016, 70.) mukaan Suomessa reaaliaikaista etäterapiaa on toteutettu videovälitteisenä erityisesti pitkien etäisyyksien alueilla, mutta varsinaista alan tieteellistä tutkimusta Suomessa ei juurikaan ole. Saadut kokemukset ovat kuitenkin olleet rohkaisevia.

Sveitsiläisessä vaikuttavuustutkimuksessa pyritään tavoittamaan hoitojärjestelmän ulkopuolella olevia kokaiinin ongelmakäyttäjiä. Heitä kuvataan henkilöiksi, jotka välttelevät hoitoa stigmatisoitumisen pelossa. Nettipohjaisen itseapuohjelman (Snow Control) vaikuttavuutta tutkitaan vertaamalla kahta ryhmää. Toinen ryhmä saa ohjausta chat sovelluksella ja toinen on ilman ohjausta. Kolmas ryhmä on hoitoa odottavat potilaat. Tutkimusasetelmasta kerrotaan, että se on ensimmäinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus nettipohjaisesta itseapuohjelmasta, jossa toinen ryhmä saa ohjausta chatin kautta ja toinen ei. Lähtöoletuksena tutkimuksessa on ajatus, että tehokkaammaksi osoittautuisi hoito, johon liittyy ohjausta. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on tuottaa tietoa nettipohjaisten itseapuohjelmien hyödyistä ilman ohjausta ja ohjauksen kanssa. Tutkimuksen suuri haaste tulee olemaan tutkittavien vaihtuvuus ja kiinnittyminen. Edellä mainittu tutkimus oli vielä kesken lokakuussa 2017. (Schaub, Maier, Wenger, Stark, Berg, Beck, Quednow & Haug 2015).

Hyppösen ja Niskan (2008, 3) mukaan Suomessa sähköisten terveydenhuollon asiointipalveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta oli olemassa vasta vähän luotettavaa näyttöä. Hyppönen, Hyry, Valta ja Ahlgren (2014, 74-75) selvittivät kansalaisten sähköisten sosiaali- ja terveystietopalveluiden käyttöä, siihen yhteydessä olevia tekijöitä, käyttökokemuksia ja tarpeita. Johtopäätöksenä he toteavat, että olemassa olevien sähköisten portaalien käyttäjäkokemukset olivat pääsääntöisesti positiivisia. Hyödyllisimpänä oli koettu Mielenterveystalo ja toiseksi hyödyllisemmäksi Omakanta. Kaikkein tärkeimpänä sähköisten asiointin tavoitteina oli koettu tietoturva, päällekkäisten tutkimusten välttäminen, palveluun pääsyn ja hoidon saannin nopeutuminen ja lääkitysvirheiden välttäminen. Suurimmiksi esteiksi oli koettu, ettei sähköinen asiointi voi korvata käyntiä, epäselvät käyttöehdot ja palveluiden hankaluus. Tärkeimpinä sähköisiksi kehitettävänä toiminnallisuuksina kansalaiset pitivät laboratoriotulosten ja omien potilastietojen, sekä reseptien katselun, reseptien uusinnan, ajanvarauspalvelut, sekä luotettavan terveystiedon. (Hyppönen, Hyry, Valta, & Ahlgren 2014, 74-75.)

Mielenterveystalo on omahoito- ja tietoportaalina ollut useiden tutkimusten aiheena. (Härkönen. 2015. Ketonen. 2016. Eklund. 2016. Kajander, Mikkola & Oksanen. 2013. Kärkkäinen. 2012. Muukka. 2016. Tuominen. 2015). Joulukuussa 2016 oli meneillään masennuksen omahoito-ohjelman tutkimushanke.

2.4 Ammattihenkilöstön roolin ja hoitokulttuurin muuttuminen

Perinteisessä hoitokulttuurissa ammattihenkilöstö edellyttää potilaan noudattavan hänelle suunniteltua hoitoa. Kärjistäen voisi sanoa, että jos tämä toteutuu, niin potilaan todetaan olevan hoitomyönteinen. Tulevaisuudessa tullaan puhumaan enemmän kumppanuus- ja valmentajasuhteesta. Kumppanuussuhteessa ajatellaan hoitotuloksen riippuvan potilaan sitoutumisesta neuvoteltuun hoitoon. Valmentajasuhteessa hoito perustuu tasavertaisuuteen ja hoidon suunnittelu lähtee potilaasta. Oheinen taulukko kuvaa eri tilanteissa potilaan ja ammattihenkilön roolien muuttumista. Lisäksi potilaan identiteetti muuntuu tietyissä asiayhteyksissä asiakkaaksi tai kuluttajaksi. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7.)

Hoito		Oma hoito
ammattihenkilölähtöisyys		potilaslähtöisyys
hoitomyöntyvyys	Hoitoon sitoutuminen	Hoidosta sopiminen
auktoriteettisuhde	kumppanuussuhde	valmentajasuhde

Taulukko 1: Roolien muuttuminen

Routasalon ja Pitkälän (2009, 7) mukaan aiemmin terveydenhuollossa lääkäreillä ja muillakin ammattilaisilla oli vahva auktoriteetti suhteessa potilaisiin. Ammattihenkilölähtöisessä autoritaarisessa hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilö suunnitteli potilaalle hoidon, jota hän edellytti potilaan noudattavan. Hän arvioi potilaan toimintaa hoitomyöntyvyyden näkökulmasta. Kumppanuussuhteessa lähestytään potilaslähtöisyyttä. Siinä ammattihenkilö kertoo potilaalle erilaisista hoitovaihtoehdoista ja neuvottelee potilaan kanssa tälle sopivasta hoidosta. Hoitosuhde perustuu kumppanuuteen, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii asiantuntijana ja tiedon jakajana. Hoidon tulos riippuu potilaan sitoutumisesta neuvoteltuun hoitoon. Valmentajasuhteessa omahoidon tukeminen perustuu potilaan ja ammattihenkilön tasavertaisuuteen, jolloin terveydenhuollon ammattilainen toimii valmentajan roolissa. Hoidon suunnittelu lähtee potilaasta. Ammattihenkilö ottaa selvää potilaan toiveista, kokemuksista, peloista, uskomuksista ja arkielämästä, sekä sovittelee yhdessä potilaan kanssa hoidon juuri hänelle sopivaksi. Kuitenkaan kaikissa tilanteissa potilas ei ole halukas tai kykenevä tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Esimerkiksi akuutissa tilanteessa useimmiten ammattihenkilön edellytetään tekevän hoitopäätöksen.

Seuraava taulukko kuvaa näkökulmien eroja ja asiakassuhteen muutosta siirryttäessä auktoriteettisuhteesta valmentajasuhteeseen:

	Auktoriteettisuhde	Kumppanuussuhde	Valmentajasuhde
Lähtökohta	Ammattihenkilö ja sairaus	Ammattihenkilö ja potilas	Potilas ja hänen elämäntilanteensa
Tilannearvio ja hoito	Ammattihenkilö arvioi tilanteen ja määrää hoidon	Ammattihenkilö kertoo eri hoitovaihtoehtoista ja hoitopäätös syntyy yhdessä potilaan kanssa	Ammattihenkilö ja potilas yhdessä arvioivat tilanteen ja räättelöivät potilaalle sopivan hoidon
Hoidon tavoitteet	Ammattihenkilö asettaa tavoitteet ja kertoo ne potilaalle	Ammattihenkilö ja potilas neuvottelevat tavoitteet yhdessä	Potilaan arvot ohjaavat tavoitteiden asettelua
Hoidon toteutus	Potilas noudattaa saamia hoito ohjeita	Potilas sitoutuu yhdessä sovittuun hoitoon	Potilas pystyy sairautensa hoidosta olevien tietojensa pohjalta itsenäisesti ratkaisemaan hoitoonsa liittyviä ongelmia ja tekemään päätöksiä. Potilas sisäistää yhdessä sovitun hoidon
Vastuu hoidosta	Ammattihenkilöllä on vastuu	Ammattihenkilö ja potilas jakavat vastuun	Potilas viimekädessä päättää noudattaako hän hoitoa. Vastuuta kannetaan yhdessä
Hoidon tulos	Noin 50 %:ssa lääkehoido toteutuu ohjeiden mukaan	Sitoutumiseen liittyvät jaksottaisuus ja repsahdukset	Potilas voimaantuu ja saavuttaa pystyvyyden tunteen ja halun jatkaa hoitoaan

Taulukko 2: Asiakassuhteen ja näkökulmien erojen muuntuminen
(Routasalo & Pitkälä 2009, 9)

Routasalon ja Pitkälän (2009, 9) mukaan potilaslähtöisessä omahoidossa ammattihenkilö tuo hoidon suunnitteluun oman ammatillisen tietonsa ja osaamisensa. Ammattihenkilö on valmentaja, joka tukee, kannustaa ja rohkaisee potilasta. Potilas on oman tilanteensa ja elämänsä asiantuntija, joka päättää ja ottaa vastuun toiminnastaan. Jos potilas päättää jatkaa entistä elämäntapaansa sairaudesta ja riskeistä huolimatta, hänellä on siihen oikeus, vaikka päätös ei olisi toivottava ammattihenkilön näkökulmasta katsottuna. Helovuori (2012, 78) käyttää poti-

laskuluttaja termiä ja toteaa roolimutoksesta, että kuluttajat ovat valmiita omaksumaan terveyspalveluiden edellyttämän omatoimisen ja aktiivisen potilaskuluttajan roolin.

Seppälän ja Nykäsen (2014, 2) mukaan omahoito (self management) korostaa ihmisen autonomiaa, oikeutta tehdä omaa hoitoaan ja elämäntapaansa koskevia päätöksiä. Omahoidossa potilasta valmennetaan ongelmien ratkaisuun ja päätöksentekoon, jotka liittyvät esimerkiksi pitkäaikaissairausten hoitoon ja elintapoihin. Keskeistä potilaslähtöisessä omahoidon tuessa ovat potilaan voimaannuttaminen (empowerment), autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunteen (self efficacy) vahvistuminen.

Monet seikat vaikuttavat potilaan omahoitovalmiuteen ja niitä arvioidaan valmentajasuhteessa. Ihmisen muuntuminen terveestä henkilöstä potilaaksi voi olla pitkä ja vaativa prosessi. Hän voi joutua käyttämään lääkkeitä pitkään ja sopeuttamaan elintapojaan siten, että sairauksien aiheuttamat riskitekijät vähenevät. Prosessi ei välttämättä etene suoraviivaisesti, vaan matkalle voi mahtua perääntymisiä, epäonnistumisia, repsahduksia ja uudelleen aloittamisia. Ammattihenkilö arvioi potilaan omahoitovalmiutta joka kerta ollessaan yhteydessä potilaaseen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 9.)

2.5 Omahoidon tulevaisuus

Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut (jatkossa ODA) hanke on Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama hanke, jossa on tarkoitus tuottaa kansalaisille tarjottavien sähköisten hyvinvointipalveluiden runko. Mallin toimintoja ovat luotettavan hyvinvointitiedon jakaminen, erilaiset hyvinvointia ja palvelutarvetta mittaavat testit ja itsearviot, sekä yhteistyössä tehtävät hyvinvointisuunnitelmat. Palveluissa hyödynnetään asiakas- ja potilastietoja, sekä kansalaisen itse tuottamia tietoja. (STM 2016.)

Digitalisoituminen kohtaa vastarintaa, sekä ammattihenkilökunnan, että asiakkaiden eli potilaiden taholta. Omahoidon digitalisoitumista perustellaan sillä, että yhteiskunta terveydenhuollon ympärillä on jo digitalisoitunut ja terveydenhuoltoon on luontevaa kuulua yhä enemmän erilaisia digitaalisia palveluita. Sitran 2013 suorittaman kyselyn mukaan suomalaiset haluavat lisää sähköisiä terveys- ja hyvinvointipalveluita. (Sitra 2014.)

Omahoidon merkitys terveydenhuollossa korostuu. Raution (2017, 23) mukaan omahoitointerventiot olivat vaikuttavampia kuin pelkkä lääkehoito. Asiaan liittyy taloudelliset ja hoidolliset intressit. Routasalon ja Pitkälän (2009, 5-6) mukaan omahoito on vaikuttavaa sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä, sekä elämäntapojen kohentamisessa. Omahoidon on todettu vähentävän potilaiden terveydenhuollon palveluita, sekä tarvetta sairaalahoitoihin. Omahoito säästää resursseja eli aikaa ja rahaa.

Reposen, Kankaan, Hämäläisen ja Käräsen (2015, 5) mukaan suoraan kansalaisille tarkoitettujen sähköisen terveydenhuollon (eHealth) palvelut ovat lisääntyneet. Erityisesti suora sähköinen ajanvaraus on yleistynyt nopeasti. Puhelinpalveluista tunnisteeton neuvonta on vähentynyt ja tunnisteinen lisääntynyt. Potilaan itse tuottaman tiedon kirjaamiseen tarkoitettujen terveystilien määrä on kasvanut perusterveydenhuollossa, se oli nyt suunnitteilla tai kokeilussa 30 prosentilla vastanneista. Kaikilla terveydenhuollon organisaatiolla oli tiedottavat verkkosivut.

Vuonna 2013 sote-sektorin osuus julkisen sektorin menoista oli 19 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 16 prosenttia. Sote-osuuden kasvu oli kolme prosenttiyksikköä. Julkisen sektorin menot ovat kasvaneet vuodesta 2000 vuoteen 2013 noin 78 prosenttia. Bruttokansantuote (jatkossa lyhenne BKT) on vastaavana aikana kasvanut 48 prosenttia. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin henkilöstö on kasvanut vuodesta 2005 vuoteen 2012 mennessä noin 14 prosenttia (Veronmaksajat). Kinnulan, Malmin ja Vauramon (2015, 13-14) mukaan Suomen talous on ongelmassa, jos julkisen sektorin kulut kasvavat jatkuvasti nopeammin kuin BKT, tai jos palvelut pidetään samalla tasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa painopiste tulevaisuudessa on ennaltaehkäisyssä. Näin pyritään toteuttamaan vaikuttavaa terveydenhuoltoa vähenevillä resursseilla (Hallitusohjelma 2015, 18). Digitalisaation vahvistamisen merkittävä kannustin on suomalaisen yhteiskunnan talouden kestävyysvaje. Yli 75 vuotiaiden määrä kasvaa 123 prosentilla seuraavan 50 vuoden aikana. Veronmaksukykyisten määrä taas pysyy ennallaan. Verotulojen pysyessä ennallaan hoitokustannukset tulevat vääjäämättä nousemaan. Tilastokeskuksen (Tilastokeskus) mukaan työkäisten osuus väestöstä pienenee ennusteen mukaan nykyisestä 64 prosentista 59 prosenttiin vuoteen 2030 ja 57 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Pohjolan (2016, 1) mukaan nykyisellä verotustasolla ei tulevaisuudessa pystytä tuottamaan yhtä kattavia ja laadukkaita sosiaali- ja terveystalouksia, ellei niiden tuotannossa tapahdu merkittäviä muutoksia.

3 Ahdistuneisuushäiriö

3.1 Mielenterveys käsitteenä mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta

Milloin ahdistuneisuus on mielenterveydenhäiriö? Minkä tasoinen ahdistus on häiriö? Minkä tasoinen ahdistus on häiritsevää? Ihmisen mielenterveyden hoitamiseen liittyy kysymys, milloin ihmisen mieli on järkkynyt niin paljon, että ihmisen ajatellaan tarvitsevan ja hyötyvän mielenterveyden hoitamisesta. Mitä tarkoitetaan mielenterveydellä? Mitä silloin hoidetaan ja milloin mielenterveys on hoidettu?

Heiskasen, Salosen ja Sassin (2006,17) mukaan mielenterveys on sanana tullut Suomen kieleen vasta 1950-luvulla. Kun aiemmin puhuttiin mielenterveydestä, tarkoitettiin mielensairautta ja siitä haluttiin vain puhua vähemmän osoittelevasti. Mielenterveyttä on määritelty monin tavoin, mutta yhtä yksiselitteistä määritelmää ei ole. Nykyään katsotaan, että mielenterveyteen kuuluu niin psyykinen, fyysinen kuin henkinen ulottuvuus. Mielenterveydellä on myös itseisarvo; hyvä vointi, henkilökohtainen kokemus ja tunne hyvästä olost. Mielen sairaus ja mielen terveys ovat kaksi eri käsitettä. Mielensairauksista voidaan tehdä diagnoosi. Käsite on lääketieteellinen. Mielenterveys puolestaan on elämäntaidollinen käsite. Sitä voidaan kuvata voimavaraksi, joka mahdollistaa elämässä monia asioita. Mielenterveys ei ole pelkästään mielenterveyden häiriöiden puuttumista, vaan oma itsenäinen kokonaisuus. Mielenterveyslain (Mielenterveyslaki) mukaan Mielenterveystalon ahdistuneisuuden omahoito-ohjelma on potilaan eli asiakkaan itse suorittamaa mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä sekä lievittämistä.

Mattila (2008, 363-364) viittaa Seligmaniin ja Csikszentmihalyiin kuvatessaan positiivista psykologiaa vuosituhannen vaihteessa perustettuna psykologian uutena alueena. Positiivisen psykologian alueena on ihmisten vahvuuksien tutkiminen. Samalla siinä pyritään löytämään keinoja onnellisuuden lisäämiseksi. Ihmisten vajavuuksien, heikkouksien ja oireiden tutkimisen rinnalle positiivisessa psykologiassa tuodaan vahvuuksien, voimavarojen, kykyjen ja taitojen tutkiminen. Positiivisen psykologian mukaan ihmisen hyveet ja luonteen vahvuudet voivat toimia ”puskureina” tai ”rokotuksina” monia psykologisia ongelmia ja häiriöitä vastaan. Myös Ojanen (2009, 79) viittaa Seligmaniin positiivisen psykologian isähahmona. Seligmanin mukaan positiivisessa psykologiassa ei ole kysymys positiivisesta ajattelusta. Seligmanilla on kriittisistä suhtautumista psykoanalyttiseen ajatteluun, ”freudilaisuuteen” ja psykoanalyysiin, joka edustaa Seligmanille ”negatiivista psykologiaa” (Ojanen 2009, 79). Positiivisen psykologian tavoite on edesauttaa psykologian muutosta pelkästä elämän pahimpien asioiden korjaamisesta, myös rakentamaan parhainta laatua elämään. Seligmanin mukaan psykologia ei ole vain sairauden, heikkouden ja vaurioiden tutkimista, vaan se on myös vahvuuksien ja hyveiden tutkimista. Hoito ei ole vain sen korjaamista mikä on väärin, vaan se on myös sen rakentamista mikä on oikein. Psykologiassa ei ole kysymys vain sairaudesta tai terveydestä, vaan myös

työstä, kouluttautumisesta, oivaltamisesta, rakkaudesta, kasvusta ja leikistä. (Seligman 2002, 4.)

Sohlmanin (2004, 30) mukaan mielenterveydenmalleja on kirjallisuudessa kolmea päämallia: yksinapainen, kaksinapainen ja kahden jatkumon malli. Peltoniemen (2015, 9-10) mukaan mielen terveyden ja mielen sairauden olemassaolo vaihtelee elämän eri tilanteissa käytössä olevien voimavarojen ja kuormituksen mukaan. Tässä ajatuksessa ihminen ei voi olla pelkäänsään 'vain sairas' tai 'vain terve'. Mielenterveyden suojatekijät ja riskitekijät jaetaan ulkoiisiin ja sisäisiin tekijöihin. Suojaavat tekijät auttavat selviytymään vastoinkäymisissä ja riskitekijät vaarantavat elämän ja toimintojen vakautta, sekä heikentävät terveyttä. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 20.)

Resilienssillä tarkoitetaan samaa kuin psyykkisellä sietokyvyllä, toleranssilla, kimmoisuudella, tokenemiskyvyllä tai toipumiskyvyllä. Resilienssin kehittymistä lapsuudesta alkaen tukee ihmisen lämmin ja vahva ihmissuhde ainakin yhden aikuisen kanssa. Resilienssi käsitteessä on samaa ajatusta, kuin koherenssin tunteessa, voimavara-ajatuksessa, kaksiulotteissa mallissa, voimavaralähtöisyydessä ja suoja- ja riskitekijä teemassa. Posttraumaattinen kasvu on ilmiö, jossa elämänkriisi tai trauma vaikuttaa yksilöön voimakkaasti ja jonka seurauksena trauman kanssa käydyn psykologisen ja kognitiivisen kamppailun seurauksena syntyy kasvua. (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2515-2516, 2519.)

Leeman, Kuusio ja Hämäläinen (2015, 5) vertaavat osallisuuden käsitettä osallistumiseen siten, että osallistuminen on prosessi ja keino sosiaalisen osallisuuden edistämiseksi ja se voi olla osa tunneperäistä kokemusta sosiaalisesta osallisuudesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman, Kasteen, tavoitteena on muun muassa se, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja että riskiryhmien osallisuus, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät. Kaste-ohjelma nimeää sosiaalisen osallisuuden yhteydessä yhdeksi riskiryhmäksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujat (Kaste 2015, 18).

Nordlingin, Järvisen ja Lähteenlahden (2015, 135-137) mukaan toipumisorientaation mukaisella työotteella pyritään vahvistamaan kuntoutujan osallisuutta. Toipumisorientaatiolle ei ole yksittäistä teoriataustaa. Sen sijaan käsitteessä integroituvat monet teoriat. Palvelujärjestelmän palvelusisältöjen pitäisi kattaa tarpeiden kirjo niin, että tarveohjautuvien valintojen teko toipujalle olisi mahdollista. Näitä asioita korostaessaan toipumisorientaatio rakentuu Maslowin (1943, 371-377) tarveteorian elementtien varaan ja sen kautta myös humanistisen psykologian perinteeseen.

Nordling ym. (2015, 134-135) viittaavat Beckiin, Seligmaniin, Banduraan ja Kobasaan kuvatesaan toipumisorientaation teoriapohjan elementtejä. Beck (ks. Holmberg & Kähkönen 2006,

712) loi perususkomuksen käsitteen, jonka kautta henkilö tulkitsee elämäntapahtumiaan. Toipumisorientaatioon perustuvassa työskentelyotteessa vääristävien ja mitätöivien uskomusten valta pyritään murtamaan. Martin Seligmanin puhuu opitun avuttomuuden teoriassaan tilanteista ja prosesseista, joissa henkilö oppii siihen, ettei omalla toiminnallaan pysty muuttamaan kielteistä tilannettaan ja passivoituu ja tyytyy epätydyttävään tilanteeseen. Ihminen voi päätyä uskomaan, ettei voi vaikuttaa omaan elämäänsä (Seligman & Maier 1967, 1-2). Toipumisorientaatio saa myös vaikutteita Banduran (1994, 2-6) minäpystyvyy-, sekä Kobasan (Kobasa, Maddi & Courington 1981, 368. Tantry & Singh 2016, 1258-1259) haastehakuisuus -teorioista. Viktor Franklin (Purjo 2012, 56) logoterapia eksistentiaalisen filosofian edustajana liittyy toipumisorientaatioon käsitteeseen muun muassa elämän merkityksen ja tarkoituksen pohdinnan näkökulmasta (Nordling ym. 2015, 135).

Nordlingin ym. (2015, 135-136) mukaan Aaron Antonovskyn ajatukset terveyttä ylläpitävien tekijöiden tunnistamisesta, sekä näiden tekijöiden ylläpitämisestä ja vahvistamisesta ovat terveyden edistämisen ydintä. Salutogeneesin näkökulma tarkastelee terveyttä hyvin erilaisesta näkökulmasta kuin perinteinen lääketieteen tautioppi. Härkösen (2012, 15) mukaan Salutogeneesi-käsite on kuin käsitteiden sateenvarjo. Tuloisela-Rutasen (2012, 11-15) mukaan Salutogeneesin peruskysymys on: Mikä saa ihmisen pysymään terveenä ja selviytymään vaikeissakin olosuhteissa? Antonovskyn luoma keskeinen käsite on koherenssin tunne. Koherenssin tunne rakentuu kolmesta elementistä, jotka ovat ymmärrettävyys, hallinnan kokemus ja mielekkyys. Vahva koherenssin tunne on tutkimusten mukaan yhteydessä alhaisiin stressikokemuksiin, mikä stressi-haavoittuvuus -teorian mukaan ehkäisee psyykkistä sairastumista. Toipumisorientaatioissa elämän mielekkyys, hallinnan kokemukset ja ymmärrettävyys ovat keskeisiä tavoitteita. Antonovskyn (1996, 18) mukaan salutogeeninen malli on käyttökelpoinen kaikilla terveydenhuollon aloilla ollessaan erityisen tarkoituksenmukainen terveyden edistämisen kannalta.

Nordling ym. mukaan (2015, 133-135) toipumisorientaatio käsite lähtee hoidon ja kuntoutuksen rakenteiden ja sisällön kritiikistä. Kritiikissä nähdään, että hoitojärjestelmä vaikeuttaa toipumisprosessin etenemistä: hoitojärjestelmän byrokraattiset rajat, ohjeet ja vääränlaiset käytännöt, palveluiden huono laatu, sekä palveluihin pääsyn vaikeudet ovat kritiikin mukaan usein toipumisprosessin esteinä. Onkenin, Dumontin, Ridgwayn, Dornanin ja Ralphin (2002, 9) mukaan psykiatrisen hoidon fokuoituminen biopsykiatriseen orientaatioon jättää huomiotta inhimillisyyden sekä ihmisen psykologiset, sosiaaliset ja henkisyiden tarpeet, sekä arkielämässä vaadittavan tuen. Nordling ym. (2015, 133) kuvaavat toipumisorientaatiota hoidon ja kuntoutuksen viitekehystenä. Ajatuksessa toipumisorientaatiolla, osallisuudella ja onnistumisenkokemuksilla on keskeinen kuntoutujan selviytymistä tukeva merkitys. Toipuminen kliinisenä käsitteenä tarkoittaa sairauden oireiden vähenemistä tai oireiden loppumista, mutta toipumisorientaatio on laaja-alaisempi käsite. Nordling ym. (2015, 140) haastavat toipu-

misorientaatiokäsitteen kautta perinteistä mielenterveystyötä muutokseen. He kritisoivat toimimista pääosin rajoitteiden ja käskytyksen kautta. Muutos heidän mukaan edellyttää koulutusta ja keskustelua, joka voi johtaa henkilökunnan asenteiden muutokseen.

3.2 Ahdistuneisuushäiriö ja sen hoito

Kaikki ahdistuneisuus ei ole epänormaalia ja häiriöksi nähtävää ahdistuneisuutta. Raja normaalien ja sairaalloisten ahdistuksen välillä on liukuva. Ahdistuneisuus arkielämässä kertoo ihmiselle vaarallisesta tilanteesta ja vihjaa suojautumisen tarpeesta. Häiriöstä on kyse, jos ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja sekä psyykkistä, että sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa. Rajana voidaan pitää työ- ja toimintakyvyn menettämistä. Ahdistuneisuus on yksi yleisimmistä psyykkisten häiriöiden oireista. Ahdistuneisuudesta kärsii elinaikanaan 25 prosenttia ihmisistä, naiset useammin kuin miehet. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön elinikäinen esiintyvyys väestössä (prevalenssi) on n. 4-7 prosenttia, mutta vain 20-30 prosenttia potilaista saa oireisiinsa tehokasta hoitoa. (Koponen & Lepola 2016.)

Koposen (2017) mukaan yleistyneen ahdistuneisuuden periytyvyyden on arvioitu olevan noin 30 prosentin luokkaa. Väestöstä 1,2-6,7 prosenttia kärsii tästä oireyhtymästä. Eri epidemiologisten tutkimusten väliset esiintyvyyserot johtuvat niissä käytettyjen diagnostisten määrittelyjen erilaisuudesta. Yleistynyt ahdistuneisuus alkaa tavallisimmin noin 20 vuoden iässä, on tavallisin keski-iässä 35 ja 54 ikävuoden välillä ja yleistyneen ahdistuneisuuden esiintyvyys alenee jonkin verran 60 ikävuoden jälkeen. Häiriö on yleisempi naisilla, sekä alemmissa sosiaaliryhmissä. Geneettisten tekijöiden on esitetty olevan erityisen tärkeitä naisten yleistyneen ahdistuneisuuden kehittymisherkkyden kannalta. On oletettu, että ympäristötekijät säätelevät häiriön ilmenemismuodon - yleistynyt tuskaisuus vai masennus - kehittymistä. Koposen (2017) mukaan yleistyneen ahdistuneisuuden neurobiologiseen taustaan uskotaan liittyvän useita eri hermoverkkoja.

Yleinen ahdistuneisuushäiriö tunnistetaan ja diagnosoidaan ICD-10:ssä. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön erottamiseen sosiaalisten tilanteiden pelosta, paniikkihäiriöstä ja julkisten paikkojen pelosta liittyy se, että kyseessä on ahdistus joka on yleistynyttä ja pitkäaikaista ja jatkuvaa, eikä se rajoitu tiettyyn ympäristön olosuhteisiin, tiettyihin tilanteisiin, eikä ahdistuneisuus ole kohtauksellista. Puhutaan että ahdistus on ”vapaasti ajailehtivaa”. Yleistyneen ahdistuneisuuden oireet ovat psyykkisiä ja fysiologisia. Oireet voivat vaihdella, mutta yleisiä oireita ovat jatkuva hermostuneisuus, vapina, lihasjännitys, hikoilu, heikotus, sydämentykytykset, huimaus ja ylävatsavaivat. Psyykkisiä ilmenemisiä ovat lisääntynyt asioiden murehtiminen ja huolestuneisuus. Henkilöllä on erilaisia pelkoja itsensä tai läheisten sairastumisesta tai onnettomuuteen joutumisesta. Häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä ja siihen liittyy usein pitkäaikaisia ulkoisia rasisitustekijöitä. Oirekuva on lisäksi pitkäaikainen ja muuttuva, sekä oi-

reiston kulku vaihtelee. Diagnoosiin edellytetään kuuden kuukauden ajan esiintynyttä korostunutta jännitteisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin. (Terveysportti 2015. Aalto 2009, 40.)

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriön tunniste on F41.1 ja on eri asia kuin muutamat muut ahdistuneisuushäiriö otsikon alle sijoitetut häiriöt. Kuitenkin yleistynyt ahdistuneisuushäiriö esiintyy usein muun samanaikaisen psykiatrisen sairauden kanssa. Ahdistuneisuushäiriön kanssa samaan ryhmään kuuluvia ja osittain samankaltaisia häiriöitä on taulukossa kolme.

Paniikkihäiriö	liittyy usein agorafobiaa eli julkisten paikkojen pelkoa
Sosiaalisten tilanteiden pelko	Häiriö näyttäytyy sosiaalisten tilanteiden aiheuttamana voimakkaana ahdistuneisuutena ja siihen liittyvänä välttämiskäyttäytymisenä. Noin 3 - 8 % kärsii tästä häiriöstä.
Määräkohteinen pelko eli fobia	Tyypillisiä häiriön aiheuttajia ovat esim. korkeat paikat, pimeä ja suljettu tila, käärmeet ja hyönteiset.
Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)	Häiriö kehittyy traumaattisen kokemuksen kokemiseen. Henkilö joutuu kohtaamaan tapahtuman, johon liittyy joko kuolema tai vakava loukkaantuminen, tai niiden uhka. Jos traumaattiseen kokemukseen liittyvät oireet kestävät alle kuukauden, kyse on akuutista stressihäiriöstä.
Pakko-oireinen häiriö	Pakko-oireiset häiriöt jakautuvat karkeasti ottaen pakkoajatuspainotteisiin häiriöihin ja pakkotoimintapainotteisiin häiriöihin, sekä niiden yhdistelmiin.

Taulukko 3: Samankaltaisia häiriöitä (Koponen & Lepola 2016)

Ahdistuneisuushäiriö tulee erottaa mahdollisesta somaattisesta sairaudesta, joka voi simuloida ahdistuneisuutta (esim. anemia, monet sydänsairaudet, krooninen keuhkoembolia, astma, hypertyreoosi ym. endokrinologiset häiriöt, infektiot). Tietyt lääkkeet ja päihteet voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta (sympatomimeetit, kofeiini, huumeintoksikaatio, alkoholin ja sedatiivien vieroitusoireet). Masennusta ei tule nimittää ahdistuneisuus häiriöksi. Usein edellä mainitut häiriöt ilmenevät samanaikaisesti. Normaali huolestuneisuus on myös erotettava toimintakykyä haittaavasta ahdistuneisuudesta. (Koponen & Lepola 2016.)

Ahdistuneisuuden hoitoon ei ole Käypä hoito -suositusta (Castrén, Dunderfelt-Lövegren, Setälä & Saarni 2015, 130), sen sijaan suosituksissa viitataan traumaperäisen stressihäiriön hoitoon keskeisenä hoitosuosituksena. Suosituksissa hoitolinjan yleispiirteinä ovat häiriön tunnistaminen ja diagnostisointi, hoidon perustuminen oireiden tunnistamiseen, siihen että potilaan tieto häiriöstä ja sen luonteesta lisääntyy, sekä tilanteen jäsentämiseen ja selkiyttämiseen. Lisäksi potilaan tilannetta pyritään yleisesti helpottamaan ja kannattelemaan häntä empaatti-

sella työotteella. Hoitosuunnitelmassa arvioidaan lääkehoidon roolia häiriön vakavuusasteen ja keston mukaisesti, sekä suunnitellaan tuki ja terapeuttiset tapaamiset ja mahdollinen tuki psykiatrian ulkopuolelta. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Hoitoon hakeutuminen pitkittyy usein ja vain kaksi viidestä sairastuneesta hakeutuu hoitoon. Ahdistuneisuushäiriön toteaminen ja hoito jää usein vaillinaiseksi etenkin masennuspotilailla. Jopa 45 prosenttia ahdistuneisuushäiriöistä jää huomaamatta perusterveydenhuollossa. Tämä saattaa johtaa toistuviin somaattisiin tutkimuksiin ja käynteihin perusterveydenhuollossa. Taudinkulku on usein krooninen ja spontaani paraneminen harvinaista. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on tila, jossa jatkuva murehtiminen uuvuttaa, aiheuttaa jännittyneisyyttä ja uni- vaikeuksia altistaen potilasta eristäytymiselle ja päihdeongelmille. Näin yleistynyt ahdistuneisuushäiriö heikentää henkilön päivittäistä toimintakykyä ja elämänlaatua. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavan potilaan hoitoon hakeutumisen syynä ovat usein sydän- tai vatsaoireet. (Castrén, Dunderfelt-Lövegren, Setälä & Saarni 2015, 130.)

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on krooninen ja toimintakykyä rajoittava sairaus. Sairauden lääkehoito on usein tarpeen. Lääkkeiden määräämisen lisäksi on arvioitava mahdollisia taustalla olevia tekijöitä, kuten stressi, liiallinen lääkkeiden tai kahvin käyttö, sekä päihteiden käyttö. SSRI ja SNRI lääkkeet ovat ensisijaislääkkeitä ja bentsodiatsepiineja käyttökelpoisempia ahdistuneisuuden pitkäaikaishoidossa. Buspironia ja pregabaliinia voidaan myös käyttää yleistyneen ahdistuneisuus häiriön lääkehoidossa. (Koponen & Lepola 2016.)

Koponen ja Lepola (2015) suosittelevat yleistyneen ahdistuneisuushäiriön psykoterapiaksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Castrén ym. (2013, 130) huomauttavat, että hoidossa käytettävän terapian valinta ja soveltuvuus potilaalle on yksilöllistä. Eri terapiamuotoja ovat ratkaisukeskeinen, traumaterapeuttinen, psykodynaaminen, sekä eksistentiaalinen terapiamuoto. Hakanen (2013, 14) kuvaa kognitiivista psykoterapiaa yleiskäsitteenä, joka kattaa monia teoreettisia malleja ja käytännön sovelluksia. Keskeisiä teemoja ovat tavoitteellisuus, tutkiva yhteistyösuhde ja aktiivinen sekä tasavertainen vuorovaikutussuhde asiakkaan ja terapeutin välillä. Castrén ym. (2015, 130) määrittelevät kognitiivisen käyttäytymisterapian hoidon tavoitteiksi murehtimisen normalisoinnin, vääristyneiden murehtimiseen liittyvien uhkauskoosten ja uhkatulkintojen korjaamisen, riskien ja epävarmuuden sietämisen kasvattamisen, sekä turvallisuuden tunteen ja itseluottamuksen luomisen suhteessa tulevaisuuteen. Koposen (2017) mukaan häiriön hoidossa on saatu hyviä tuloksia psykoterapioiden lisäksi eri relaksatio- ja mindfulness-terapioista.

Huttusen (2015) mukaan yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivän, hänen läheistensä ja työtovereiden on tärkeää ymmärtää, että oireiden ilmeneminen ja niiden itsepäisyys on tahdosta riippumaton tila, joka aiheuttaa oireista kärsivälle tavattomasti kärsimystä. Henkilön

syllisyys ja häpeä oireista voivat pahentaa oireita. Oireita pahentavan kielteisen itsekuvan välttämisen kannalta on tärkeää ymmärtää oireiden itsepäinen ja tahdosta riippumaton luonne. Tilaa voi yrittää helpottaa välttämällä ylimääräistä stressiä ja sekä käyttämällä erilaisia rentoutumiskeinoja. Säännöllinen univalverytmi, liikunta ja harrastusten ylläpitäminen, sekä alkoholin ja kofeiinipitoisten juomien liikakäytön välttäminen ovat hyviä keinoja välttää oireiden mahdollisesti synnyttämää sosiaalista eristäytymistä. Itsehoitoa voi toteuttaa esimerkiksi itsehoitokirjojen avulla työstämällä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön taustalla olevia erilaisia pelkotiloja. Mielenterveystalon ahdistuneisuuden omahoito-ohjelma nähdään yhtenä itsehoitomahdollisuutena. (Huttunen 2015.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä psykiatrisia häiriöitä. Kyseiset häiriöt aiheuttavat nuorille huomattavaa toiminnallista haittaa ja lisäävät aikuisiän ahdistuneisuushäiriöiden riskiä, ja niihin liittyy merkittävää muuta sairastavuutta. Tytöt ovat häiriölle poikia alttiimpia esikouluiästä lähtien ja ero säilyy nuoruusiässä. Ahdistuneisuushäiriön esiintyvyys nuoruusikäisillä on tutkimusten mukaan keskimäärin 3-16 prosenttia. Suomalaisten 12-22-vuotiaiden nuorten ahdistuneisuushäiriöistä on vähän tutkimustietoa. Nuoruusiän liittyvät kehitykselliset tekijät vaikeuttavat nuorten ahdistuneisuushäiriöiden tunnistamista. Nuorten voimakasoireiseen ahdistuneisuuteen liittyy usein autonomisen hermoston aktivaation tuottamia somaattisia oireita kuten päänsärky ja huimaus, sekä hikoilu. Gastrointestinaalisia oireita kuten mahakipu ja pahoinvointi, sekä tuki- ja liikuntaelinten oireita kuten selkä- ja nivelkivut. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön pääoire on pitkäaikainen, huonosti hallittavissa oleva ja suhteettoman voimakas ennakoiva huolehtiminen, joka liittyy mahdollisiin tuleviin negatiivisiin tapahtumiin. Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden kanssa samanaikaisesti esiintyy useimmin toinen ahdistuneisuushäiriö tai depressio. ICD-10 määrittelee osan lapsuus- ja nuoruusiän ahdistuneisuushäiriöistä (ryhmä F93) "kehityksellisiksi äärimuodoiksi" normatiivisista ikäkautena esiintyvistä lievistä pelko- ja ahdistustiloista. Vanhemmat kertovat lastensa ahdistusoireista usein eri tavoin kuin nuoret ja nuoren omaa arviota ahdistuneisuusoireista voidaan yleensä pitää luotettavana. Nuoren samanaikaiseen ahdistuneisuushäiriöön ja depression liittyy erityisen suuri toimintakyvyn heikkeneminen ja itsemurhariski. Nuoruusiässä todetut ahdistuneisuushäiriöt suurentavat keskimääräistä riskiä sairastua aikuisena ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöön noin kaksi viiva kolminkertaiseksi. Terveystieteissä tavataan todennäköisesti jatkuvasti nuoria, joilla ahdistuneisuus ilmenee somaattisina liittännäisoina, eikä heidän ahdistuneisuutta tunnusteta. Läheskään kaikki ahdistuneet nuoret eivät hae apua eivätkä tunnista itse ahdistuneisuuttaan. Ahdistuneisuushäiriöiden systemaattiseen kartoitukseen tulisi kiinnittää huomiota, koska kliinisesti vakavimmat niistä aiheuttavat nuorelle selvää toiminnallista haittaa. (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen, Pelkonen & Marttunen 2001, 1225-1232.)

Rannan ja Koskisen (2016) mukaan lasten ja nuorten kohdalla yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä on kyse silloin, kun lapsella tai nuorella on todettavissa voimakasta ahdistusta ja

huolestuneisuutta vähintään keskimäärin joka toisena päivänä vähintään kuuden kuukauden ajan. Diagnostisten kriteerien mukaan oireilun kesto on vähintään puoli vuotta, mutta erityisesti lapsilla ja nuorilla sitä on pidetty liian pitkänä. Murehtimisen ajatellaan olevan tärkeä häiriötä ylläpitävä tekijä. Lapsilla ja nuorilla yleisen ahdistuneisuuden oirevalikoima on usein suppeampi kuin aikuisilla ja autonomisen hermoston ylitoiminnan oireet ovat lievempiä. Huolestuneisuuteen liittyy pelonsekainen ennakko-oletus, ja sitä on vaikea hallita. Häiriöön liittyy lisäksi levottomuutta, ärtyneisyyttä, hermostuneisuutta ja usein lapsi tai nuori uupuu herkästi. Keskittymisvaikeudet ovat tavallisia ja monesti lapsi tai nuori kärsii myös univaikeuksista. Huolehtimiseen ja murehtimiseen liittyy monasti myös pikkutarkkuutta, varmistelua sekä pyrkimystä täydellisyyteen. Vanhemmat kuvaavat monesti yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää lasta tai nuorta murehtijaksi. Lapsi tai nuori on jo pienestä pitäen murehtinut monenlaisia asioita, menneitä ja tulevia. Aivokuvantamistutkimuksissa on havaittu sekä rakenteellisia että toiminnallisia muutoksia yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastavilla nuorilla. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriön esiintyvyyden ennen murrosikää on eri tutkimuksissa arvioitu vaihtelevan alle yhdestä prosentista noin 11 prosenttiin. Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien lasten ja nuorten hoidossa ensisijaisia ovat psykososiaaliset hoitomuodot. Psykoterapioista eniten näyttöä on kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja sen sovelluksista. Menetelmiä tulee muokata lapsen iän ja kehitysvaiheen mukaan. Myös perheterapiaa käytetään. Perhekeskeisistä hoitomuodoista on erilaisia hoito-ohjelmia, esimerkiksi *Friends*. Perhekeskeiset hoidot ovat hyödyllisiä erityisesti silloin, kun myös vanhemmillä on ahdistuneisuushäiriö. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä tärkeämpää on työskennellä myös vanhempien kanssa. Tärkeitä elementtejä hoidossa ovat psykoedukaatio, ahdistukseen liittyvien uskomusten ja ennakko-oletusten muokkaaminen, erilaiset rentoutusmenetelmät, ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu, epävarmuuden sietäminen ja hallitseminen ja asteittainen altistus. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivät lapset ja nuoret hyötyvät usein myös erilaisista mielikuvatekniikoista. Myös tietoisien läsnäolon harjoittamista ja menetelmiä on soveltaen käytetty lapsilla ja nuorilla. (Ranta & Koskinen 2016.)

4 Mielenterveystalo.fi

4.1 Mielenterveystalon palvelut

Mielenterveystalo on HUS:in tuottama verkkopalvelu, jonka tarkoituksena on tarjota mielen-terveyteen liittyvää tietoa valtakunnallisesti niin alueen asukkaille kuin terveysalan työnteki-jöille. Sivusto tarjoaa luotettavaa tietoa mielen-terveyden eri aihepiireistä: diagnooseista, oireista, elintavoista, hoitomuodoista, mielen-terveyspalveluista eri alueilla, sosiaalipalveluis-
ta, vertaiskokemuksista. Sivustolta löytyy oppaita muun muassa psykoterapiaan hakeutujal-
le, ikäihmisen- ja kehitysvammaisen mielen-terveydestä, oppimisen ja tiedonkäsittelyn vaike-
uksista, peliriippuvuudesta, päihteistä, mielen-terveyskuntoutuksesta, psykooseista ja tietoa
sairastuneen läheiselle. Sivustolla on omahoito-ohjelmia eri mielen-terveyden teemoista: ag-
gressio, ahdistuneisuus, epävakaus, eron omahoito, ahmiminen, juominen, masennus, pakko-
oireet, paniikki, parisuhde, seksuaalisuus, traumaattinen kokemus, taloudellinen ahdinko,
hyväksyvä läsnäolo, mielen hyvinvointi, unettomuus ja viiltely. ”Hae neuvoja ja apua”-
kohdasta vierailija löytää tietoa mistä saada apua omalla paikkakunnallaan. Kohdasta löytyy
myös oirenavigaattori, jonka avulla on mahdollista arvioida oireita ja ongelman vaikeusastet-
ta. (Mielenterveystalo.fi.)

Nettiterapiat ovat nopeasti saatavilla olevia hoitoja lieviin ja keskivaikeisiin mielen-terveyden
ongelmiin. Stenbergin, Joffen, ja Holin mukaan (2015, 292-293) kyseiset HUS:in nettiterapiat
pohjautuvat kognitiiviseen viitekehykseen. Niiden toteutuksessa on hyödynnetty psykoterapi-
oita koskevaa yleistä tietoa. Hoidon tavoitteena on, että hoitoa tarvitseva saisi apua riittävän
aikaisessa vaiheessa, etteivät ongelmat pitkittyisi ja vaikeutuisi. Nettiterapioihin ohjaututaan
terveydenhuollosta tehdyn lähetteen perusteella. Paineet esimerkiksi nettiterapioiden kehit-
tämiseen tulevat osaltaan sote-uudistuksen kustannustehokkuustavoitteesta. (Kinnula, Malmi
& Vauramo 2015, 13-14.) Stenbergin ym. (2015, 292-293) mukaan HUS:in nettiterapiat sitovat
tavallista vähemmän ammattilaisen työaika, minkä takia ne ovat huokeita. (Mielenterveysta-
lo.fi.)

4.2 Ahdistuksen omahoito-ohjelma Mielenterveystalossa

Omahoito-ohjelma sisältää tietoa ja harjoituksia joiden avulla sivuilla kävijä voi saada ahdis-
tuksen tunteeseen hallintaa. Ohjelmaa voi käyttää riippumatta siitä, onko henkilöllä diag-
noosia vai ei. Omahoito-ohjelmaa voi käyttää joko itsenäisesti, tai jonkun muun hoidon tuke-
na. Ohjelmasta voi käyttää sopivimpia kohtia, tai käydä ohjelma kokonaan läpi. Omahoito-
ohjelma perustuu yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa tehokkaiksi todettuihin ja tutkit-
tuihin toimintatapoihin. Jos ohjelmasta ei ole apua, tai jos oireet ovat vakavia, kävijää moti-

voidaan ottamaan yhteyttä lääkäriin. Sivuilla on oirenavigaattori, joka auttaa kävijää löytämään hänelle lähellä olevan palvelun. (Mielenterveysyhteisö.fi.)

Ahdistuksen omahoito sivut koostuvat kolmesta moduulista, joita voi käyttää itsevalitusjärjestelmässä. Moduulit on kuvattu taulukossa neljä.

Mistä yleistyneessä ahdistuneisuudessa on kysymys?
Irti murehtimisesta.
Arki haltuun.

Taulukko 4: Omahoito-ohjelman moduulit

Ensimmäisessä moduulissa muun muassa avataan ahdistushäiriötä ja sen eroa normaaliin ahdistukseen. Moduulissa on video kokemusasiantuntijan kokemuksesta miltä ahdistuneisuus tuntuu kehossa. Moduulista löytyy GAD-7 (Viikki & Leinonen 2015), joka on ahdistuneisuuskysely ja jolla voi arvioida ahdistuneisuuden tasoa. Moduulissa avataan ahdistuneisuuden syntyyn ja kehitykseen vaikuttavia tekijöitä, ja on mahdollista tehdä harjoituksia. Moduulissa on työkaluja, hoitomenetelmiä ja ohjeita yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, sekä muiden mahdollisesti häiriöön liittyvien asioiden ja ilmiöiden hoitoon. (Mielenterveystalo.fi.)

Toisessa moduulissa keskitytään murehtimisen vähentämisen keinoihin. Teemoina ovat välttelyn karttaminen, murehtimisen rajaaminen, murehtimisuskomusten työstäminen, pelkojen kohtaaminen ja huolten haastaminen. Moduulissa on videomateriaalia kokemusasiantuntijalta, tehtäviä ja erilaisia työkaluja huolehtimisesta, murehtimisesta, peloista ja muutoksesta. (Mielenterveystalo.fi.)

Kolmannessa moduulissa kannustetaan siirtymään murehtimisesta muutokseen ja muuttamaan muutettavissa olevia asioita, avataan liikunnan ja rentoutuksen merkitystä, muita elämän osa-alueita muutoksen tukena ja mietitään eväitä jatkoon. Moduulissa on tietoa ja harjoituksia rentoutumisesta ja elämänhallinnasta, sekä video kokemusasiantuntijan keinoista hallita ahdistusta arjessa. Loppuosiossa on mahdollisuus tehdä ahdistuneisuuskysely ja jatkaa työskentelyä kirjatilauksen tai nettiterapiaan hakeutumisen muodossa. Lisäksi on mahdollista käyttää oirenavigaattoria ja antaa palautetta omahoidosta. (Mielenterveystalo.fi.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Mielenterveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttäjien käyttökokemuksia omahoito-ohjelmasta. Lisäksi kiinnostuksen kohteena oli ohjelman käyttäjien kokemus ohjelman vaikutuksesta ahdistuksen tasoon. Arvokasta oli myös yleisellä tasolla saada tietoa ohjelman käyttäjistä, sekä palautetta ohjelman käyttökokemuksesta. Opinnäytetyön tilaajana toimi IT - psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja (HYKS Psykiatria), joka vastaa Mielenterveystalo.fi -verkkopalvelusta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Miten ohjelman käyttäjät kokivat omahoito-ohjelman käyttämisen?
2. Miten ohjelman käyttäminen vaikutti ahdistuksen tasoon käyttäjien kokemana?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Menetelmälliset ratkaisut

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 134) mukaan tutkimusstrategiat voidaan jaotella kolmeen ryhmään: kokeet, survey-tutkimukset ja tapaustutkimukset. Survey tutkimuksessa kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Standardoituus tarkoittaa sitä, että tiettyä asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Ihmisjoukosta poimitaan otos yksilöitä ja aineisto kerätään jokaiselta yksilöltä strukturoidussa muodossa. Tavallisesti käytetään kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Näin kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiötä. Survey tutkimus sopii tilanteeseen, jossa tutkittava aihealue tunnetaan, mutta halutaan varmistua asian paikkansapitävyydestä. (Hirsjärvi ym. 2009, 134, 193. Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 41.)

Pitkittäistutkimuksessa seurataan jonkin ilmiön kehittymistä, tai halutaan katsoa miten asiat muuttuvat jonkin käsittelyn seurauksena ajankohdasta toiseen. Tiettyyn ajankohtaan kohdistuva poikittaistutkimus eli poikkileikkaustutkimus taas on mahdollista toteuttaa lyhyemmässä ajassa (Hirsjärvi ym. 2009, 177-178). Poikittaistutkimuksella ei voida selvittää asioiden syy-seuraussuhdetta, vaan ainoastaan niiden keskinäistä korrelaatiota (Aaltola, Valli 2010, 128). Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan poikkileikkaustutkimus, jossa tutkittavat vastasivat yhden kerran sähköiseen puolistrukturoituun kyselyyn.

Kvantitatiivisen eli määrällisen ja kvalitatiivisen eli laadullisen lähestymistavan eroja on Hirsjärven ym. (2009, 136) mukaan vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan. Menetelmiä pidetään täydentävinä, eikä kilpailevina menetelminä tai lähestymistapoina. Menetelmiä voidaan käyttää rinnakkain ja ne voivat olla peräkkäisiä vaiheita. Numerot ja merkitykset ovat menetelmissä vastavuoroisesti toisistaan riippuvaisia. Vaikka sanotaan, että kvantitatiivinen käsittelee numeroita ja kvalitatiivinen merkityksiä, niin menetelmät eivät ole toistensa vastakoh-
tia. (Hirsjärvi ym. 2009, 136-137.) Tämä opinnäytetyö oli menetelmältään kvantitatiivinen.

6.2 Tutkimuksen kohde

Loppukesästä 2016 tämän opinnäytetyön tekijä lähestyi Mielenterveystalon Marko Muukkaa (sairaanhoitaja, Projektipäällikkö. IT - Psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja) kysymällä mahdollista opinnäytetyön aihetta. Mielenterveystalossa oli kiinnostusta saada tietoa ahdistuksen omahoito-ohjelman vaikuttavuudesta. Aihe oli kiinnostava ja valikoitui opinnäytetyön aiheeksi.

Omahoito-ohjelman käyttäjän ei tarvitse kirjautua Mielenterveystalo.fi sivustolle, eikä häneltä kysytä tunnistetietoja. Omahoito-ohjelman käyttöaikaa eikä käyttökertoja ole määritelty, vaan käyttäjä saa työskennellä materiaalin ja tehtävien kanssa itseohjautuvasti.

Vallin (2010, 132) mukaan mittareiden valinnassa ensimmäinen kysymys on, käytetäänkö valmiita mittaria vai onko tarve kehittää itse mittari. Jos mittari laaditaan itse, niin tutkimuksen onnistumisen kannalta keskeistä on hyvin laadittu kyselylomake eli mittari. Opinnäytetyön kirjoittaja laati mittarin yhteistyössä työn tilaajan eli Mielenterveystalon edustajan kanssa. Muurosen (2002, 14) mukaan operationalisoinnissa on kysymys käsitteiden muuttamisesta mittaavaa muotoon. Käsitteiden operationalisoinnissa lähdettiin liikkeelle omahoito-ohjelman käyttäjien ohjelman käyttökokemuksesta ja siitä kokivatko he hyötyvänsä ohjelman käyttämisestä. Haluttiin saada tietoa ohjelman käyttökokemuksesta, sekä ohjelman hyödyllisyydestä. Ohjelman hyödyllisyys liitettiin muun muassa koettuun ahdistuksen vähenemiseen, jota kysyttiin lomakkeen ensimmäisessä kohdassa. Ohjelman hyödyllisyys -käsite liitettiin myös käyttäjän kokemukseen ohjelmassa olevassa tiedosta ja harjoituksista. Toinen väittämä antoi tietoa vastaajan kokemuksesta ohjelmassa olevan tiedon hyödyllisyydestä. Kolmas väittämä antoi tietoa vastaajan kokemuksesta ohjelmassa olevien harjoitusten hyödyllisyydestä. Laadittua mittaria esiteltiin useiden henkilöiden toimesta ja testivastaajien kokemuksia hyödynnettiin mittaria kehitettäessä. (Vehkalahti 2008, 18. Valli 2010, 136-137.)

Mittari eli sähköinen kyselylomake tehtiin Laurean eLomake työkalulla. eLomake on työkalu, joka toimii salatulla HTTPS yhteydellä. Kyseisessä yhteystyypissä käytetään SSL tai TLS salausprotokollaa (Yksityisydensuoja.fi). Kyselylomakkeen linkki sijaitsi ahdistuksen omahoito-ohjelman sivustolla. Linkki löytyi myös Mielenterveystalon FB sivustolta. Vastaajia ohjeistettiin vastaamaan kyselyyn vain yhden kerran ja silloin kun hän kokee, että on käyttänyt eli työskennellyt ohjelman kanssa omasta mielestään riittävästi. Kyselyn varsinainen saatekirje aukesi kyselylomakkeen yhteydessä. Saatekirjeessä kuvattiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tekijä, merkitys tekijälle, sekä omahoito-ohjelmalle ja Mielenterveystalolle. Saatekirjeessä kerrottiin, että vastaaminen tapahtui nimettömästi ja kerrottiin kyselyn viimeinen vastaamispäivä. (Ojasalo ym. 2009, 118-119. Hirsjärvi ym. 2009, 134, 180.)

Kysymykset oli muotoiltu henkilökohtaisiksi, jotta niihin vastaaminen tuntuisi henkilökohtaisemmalta (Valli 2010, 103-106). Keskeistä kyselylomakkeen laatimisessa oli sisällyttää kaikki sellaiset kysymykset kyselyyn, joita tarvittiin työn tavoitteiden saavuttamiseksi. Kysely ei saa olla liian pitkä, sillä liian pitkä kysely heikentää vastaamishalua. Kysely tuli mitoittaa niin, että vastausaikaa kului korkeintaan 15-20 minuuttia. Tässä opinnäytetyössä laaditun kyselyn vastaamisaika oli testeissä noin viisi minuuttia riippuen siitä, kuinka paljon vastaaja kirjoitti tekstiä avoimen palautteen kohtaan. (Ojasalo ym. 2009, 115-117.)

Perusjoukon muodostavat ne, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Tämän opinnäytetyön kohdalla perusjoukon muodostivat ne henkilöt, jotka olivat käyttäneet ahdistuksen omahoito-ohjelmaa. Otoksen muodostivat ne henkilöt, jotka valikoituvat vastaajiksi. Otannan idea on, että kooltaan perusjoukkoa huomattavasti pienemmän otoksen perusteella saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukkoa. Johtopäätösten tekemistä otoksen perusteella kutsutaan tilastolliseksi päättelyksi. Otoksen tässä työssä muodostivat ne ohjelman käyttäjät, jotka vastasivat sähköiseen kyselyyn. Otokoko vaikuttaa siihen, miten tarkasti otos kuvaa perusjoukkoa eli esimerkiksi miten tarkasti vastaajien kokemus omahoito-ohjelman käytön hyödyllisyydestä vastaa kaikkien omahoito-ohjelmaa käyttäneiden kokemusta. (Ojasalo ym. 2009, 109-111. Vehkalahti 2008, 43.)

Yhtä lukuun ottamatta mittarin kysymykset olivat suljettuja kysymyksiä. Kysymykset 1-3 olivat kyselylomakkeessa (ks. Liite 1) ryhmitelty otsikon ”Ohjelman vaikuttavuus ja hyödyllisyys” alle. Vastaukset väittämään yksi antoivat tietoa siitä, kokiko vastaaja ohjelman laskeneen hänen ahdistuneisuutta. Vastaukset kysymykseen kaksi ja kolme antoivat tietoa siitä, kokiko vastaaja ohjelman sisältämän tiedon ja harjoitukset hyödyllisiksi. Kysymykset 1-3 perustuvat Likertin asteikkoon ja sisältävät vaihtoehdon en osaa sanoa (Valli 2010, 117-119).

Kysymykset 4-6 olivat kyselylomakkeessa ryhmitelty otsikon ”Ohjelman käyttö” alle. Vastaukset kysymykseen neljä antoivat tietoa siitä, mihin tarkoitukseen vastaajat käyttivät omahoitoa (ammattilaisen arvioima vai itse arvioitu ahdistus). Vastaukset kysymykseen viisi antoivat tietoa omahoito-ohjelman käyttökerroista. Vastaukset kysymykseen kuusi antoivat tietoa omahoito-ohjelman käyttöajasta. Seitsemäs vastauskohta oli avoin palaute Mielenterveystalon omahoito-ohjelmaan liittyen.

Kysymykset 8-10 olivat taustatietokysymyksiä (Valli 2010, 104-105) ja ne oli ryhmitelty otsikon ”Taustatiedot” alle. Vastaukset kahdeksanteen kysymykseen antoivat tietoa vastaajien sukupuolijakaumasta. Vastaukset yhdeksänteen kysymykseen antoivat tietoa vastaajien ikärakenteesta. Vastaukset kymmenenteen kysymykseen antoivat tietoa vastaajien elämäntilanteesta vastaushetkellä.

6.3 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön tekijä laati ensin kyselylomakkeen tekstinkäsittelyohjelmalla (Word), jonka jälkeen kysely toteutettiin sähköisellä eLomakkeella. Seuraavassa kuvataan opinnäytetyön etenemisen vaiheita kronologisesti. Keskustelu opinnäytetyöstä työn laatijan ja HUS:in ja Marko Muukan kanssa alkoi syyskuussa 2016. Suunnitelman opinnäytetyöstä työn tekijä esitti Laurean seminaarissa joulukuussa 2016. Sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä työn tekijä sopi HUS:in kanssa 28.12.2016. Opinnäytetyön tutkimuslupapyyntöön työn tekijä lähetti postit-

se HUS edustajalle 17.1.2017. Viivästymisten myötä lopulta opinnäytetyön tekijä sai tutkimusluvan 24.3.2017. Mielenterveystalon FaceBook sivuilla (jatkoksa FB) oli ensimmäinen nosto eli mainos ahdistuksen omahoito-ohjelman opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä kyselystä 28.3.2017. Sivuilla oli myös linkki kyselyyn. Tämän opinnäytetyön tekijä nosti kyselyä esille myös oman henkilökohtaisen FB sivunsa kautta. Vastausprosenttia pyrittiin nostamaan motivoinnilla ja informoinnilla omahoito-ohjelmassa, sosiaalisen median kautta avoimella motivoimisella, HUS psykiatrian työntekijöiden kautta, sekä aluekoordinoitsijoiden kautta valtakunnallisesti.

Opinnäytetyön tekijä pyrki nostamaan vastaajien määrää kontaktoimalla psykiatrian työntekijöitä. Tavoitteena oli muistuttaa omahoito-ohjelmasta ja sen käyttökelpoisuudesta asiakastyössä, sekä kannustaa työntekijöitä motivoimaan potilaita vastaamaan kyselyyn. Opinnäytetyön tekijä oli yhteydessä Tikkurilan ja Matinkylän akuuttipsykiatrian plk:n apulaisosastonhoitajaan, Jorvin akuutti- ja konsultaatiopsykiatrian tehostetun poliklinikan apulaisosastonhoitajaan, Peijaksen psykiatrian, akuutti ja konsultaatiopsykiatrian linjan ylihoitajaan, sekä Espoon Varhain työryhmään. Tavoitteena oli saada heidän kauttaan asiakastyötä tekeviä psykiatrian työntekijöitä sitoutumaan ohjelman käyttöön työssään ja ohjaamaan heidän asiakkaita vastaamaan opinnäytetyön kyselyyn. Yhteydenpidon jälkeen opinnäytetyön tekijä sai kontakteilta toivomuksen tehdä lyhyt käsiohje erikseen työntekijöille ja potilaille. Edellä mainitut ohjeet opinnäytetyön tekijä lähetti heille huhtikuun puolessa välissä 2017. Huhtikuun kymmenes päivä opinnäytetyön tekijälle tuli tieto, ettei ahdistuksen omahoito-ohjelman sivuille saada mainosta eli popup-ikkunaa Mielenterveystalon teknisen tuen kiireiden takia. Sekä Mielenterveystalon, että opinnäytetyön tekijän FB sivuilla oli useita omahoito-ohjelman ja opinnäytetyön kyselyn nostoja kyselyn aukiolon aikana huhti- toukokuussa 2017.

19.4.2017 päätettiin pidentää opinnäytetyön kyselyä alkuperäisen huhtikuun lisäksi toukokuun loppuun alhaisen vastausmäärän takia. Huhtikuun lopussa vastauksia oli tullut 8 kappaletta. Sairaanhoidajaopintoihin liittyvän harjoittelun aikana Leppävaaran nuorisopsykiatrian poliklinikalla tämän opinnäytetyön tekijä kertoi ahdistuksen omahoito-ohjelmasta kolmelle nuorelle, joiden kanssa hän työskenteli. Opinnäytetyön tekijä kannusti ja sitoutti heitä käyttämään ohjelmaa ja vastaamaan kyselyyn. Heistä kaksi kertoi vastanneensa kyselyyn 30.4.2017 mennessä.

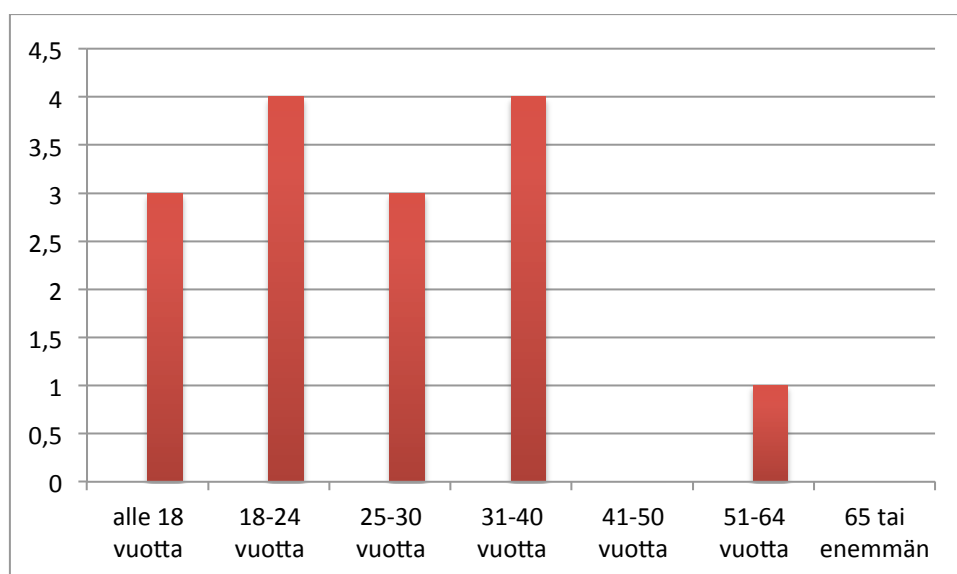
6.4 Aineiston analysointi

Saatu aineisto analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Aineiston analysointi alkoi tietojen tarkistamisesta. Yksi vastauksista arvioitiin pilavastaukseksi vastausten epäloogisuuden ja avoimen palautteen komiikan takia ja hylättiin. Kaksi vastausta oli ammattilaisten vastauksia ja niitä käytettiin vain joiltain osin. Aineiston järjestämistä helpotti eLomake työ-

kalun käyttö ja sen ja Excel-ohjelman avulla määrällisistä vastauksista pystyi muodostamaan taulukoita, jotka selkeyttivät aineiston analysointia. Saatu kvalitatiivinen aineisto, avoimen kysymyksen vastaukset, siirrettiin Word ohjelmaan. Aineistosta muodostettiin kolme ryhmää; negatiiviset, positiiviset, sekä molempia kokemuksia sisältävät vastaukset. Tämän jälkeen aineisto taulukoitiin ja järjestettiin kahden tutkimuskysymyksen perusteella. Analysointia jatkettiin laskemalla, kuinka monta kertaa kielteiset ja myönteiset kokemukset esiintyivät aineistossa kumpaankin tutkimuskysymykseen liittyen (taulukko 5). (Hirsjärvi ym. 2009, 221-222.)

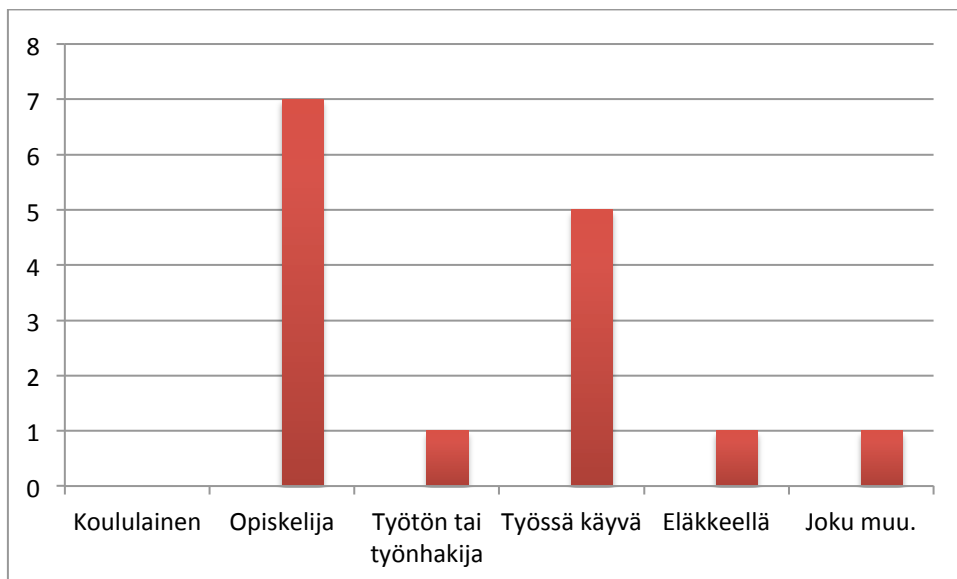
7 Tulokset

Kyselyyn vastasi yhteensä 18 vastaajaa. Vastaajista kaksi kertoi olevansa terveydenhuollon ammattilaisia eikä näitä vastauksia otettu mukaan analyysiin, vaan ne arvioitiin erikseen. Yhden vastauksen tämän opinnäytetyön tekijä tulkitsi pilavastaukseksi eikä vastausta käytetty. Käyttökelpoisia vastauksia oli 15 kappaletta. Vastaajista naisia oli 14 kappaletta ja miehiä yksi. Vastaajista kolme henkilöä oli alle 18 vuotta. 18-24 vuotiaita oli neljä kappaletta. Vastaajista 25-30 vuotiaita oli kolme kappaletta. 31-40 vuotiaita oli neljä kappaletta. Yhtään vastaajaa ei kuulunut 41-50 eikä yli 65 vuotiaiden ryhmään ja yksi vastaaja oli 51-64 vuotias. Kaksi suurinta vastaajaryhmää olivat 18-24 ja 31-40 vuotiaat. (Kuvio 1)



Kuvio 1: Vastaajan ikä

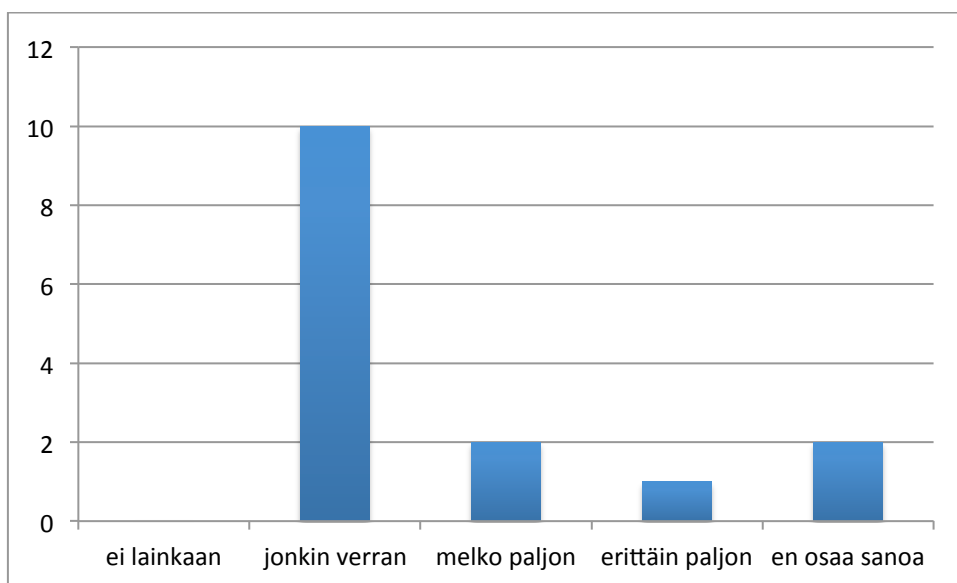
Yksikään vastaaja ei ollut koululainen. Opiskelijoita oli seitsemän kappaletta. Yksi vastaaja kertoi olevansa työtön tai työnhakija. Työssä käyviä vastaajista oli viisi kappaletta. Eläkkeellä oli yksi vastaajista ja joku muu vaihtoehdon oli valinnut yksi vastaaja. (Kuvio 2)



Kuvio 2: Vastaajan elämäntilanne

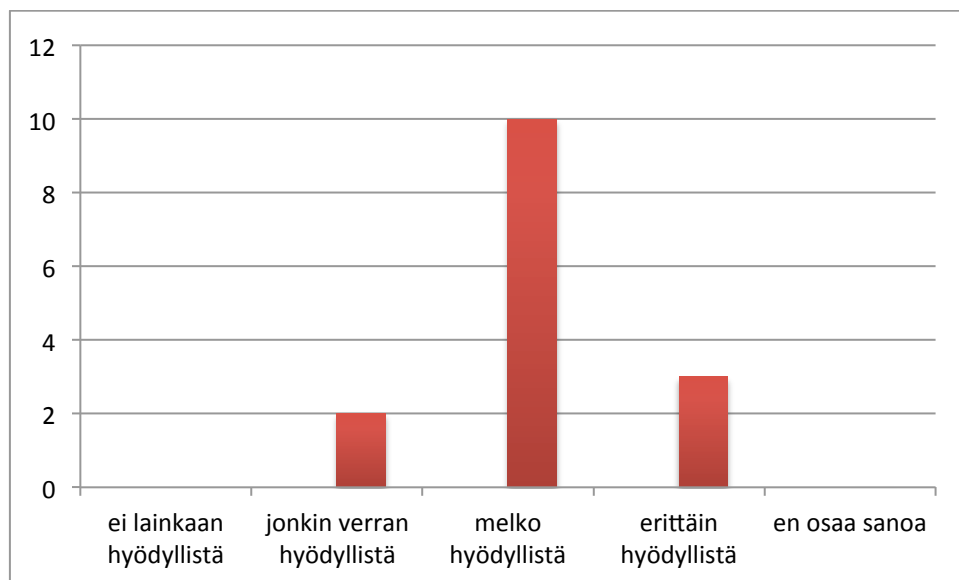
7.1 Ohjelman vaikuttavuus ja hyödyllisyys

Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia kyselyn ensimmäinen väittämä oli: ”Ohjelman käyttäminen laski ahdistuneisuuttani.” ”Ei lainkaan” vastauksia oli nolla kappaletta. Kymmenen vastaajaa kertoi ahdistuksen vähentyneen jonkin verran. Kaksi vastaajaa kertoi ahdistuksen laskeneen melko paljon ja yksi vastaaja vastasi erittäin paljon. ”En osaa sanoa” vastauksia oli kaksi kappaletta. Vastausten keskiarvo oli 1,13. Asteikolla nollasta kolmeen keskiarvo nolla tarkoittaisi ei lainkaan hyödyllistä ja keskiarvo kolme tarkoittaisi erittäin hyödyllistä. (Kuvio 3)



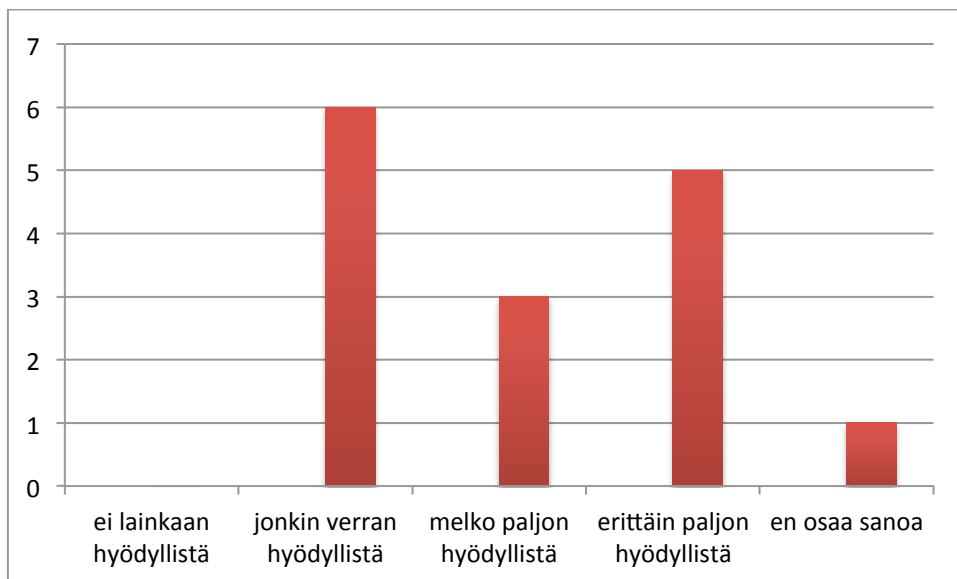
Kuvio 3: Ahdistuneisuuden väheneminen

Omahoito-ohjelman käyttökokemuksia kyselyn toinen väittämä oli: ”Ohjelmassa oleva tieto oli mielestäni hyödyllistä”. Ei lainkaan hyödyllistä vastauksia oli nolla kappaletta. Kaksi vastaajaa koki ohjelman jonkin verran hyödyllisenä ja kymmenen vastaajaa melko hyödyllisenä. Kolme vastaajaa koki ohjelman erittäin hyödyllisenä. Yksikään vastaaja ei ollut vastannut ”en osaa sanoa”. Vastausten keskiarvo oli 2,07 asteikolla nollasta kolmeen. (Kuvio 4)



Kuvio 4: Tiedon hyödyllisyys

Omahoito-ohjelman käyttökokemuksia kyselyn kolmas väittämä oli: ”Ohjelmassa olevat harjoitukset olivat mielestäni hyödyllistä.” ”Ei lainkaan hyödyllistä” vastauksia oli nolla kappaletta. Kuusi vastaajaa koki ohjelman jonkin verran hyödyllisenä. Kolme vastaajaa oli kokenut ohjelman melko paljon hyödyllisenä ja viisi vastaajaa erittäin paljon hyödyllisenä. Yksi vastaaja oli vastannut ”en osaa sanoa”. Vastausten keskiarvo oli 1,8 asteikolla nollasta kolmeen. (Kuvio 5)



Kuvio 5: Harjoitusten hyödyllisyys

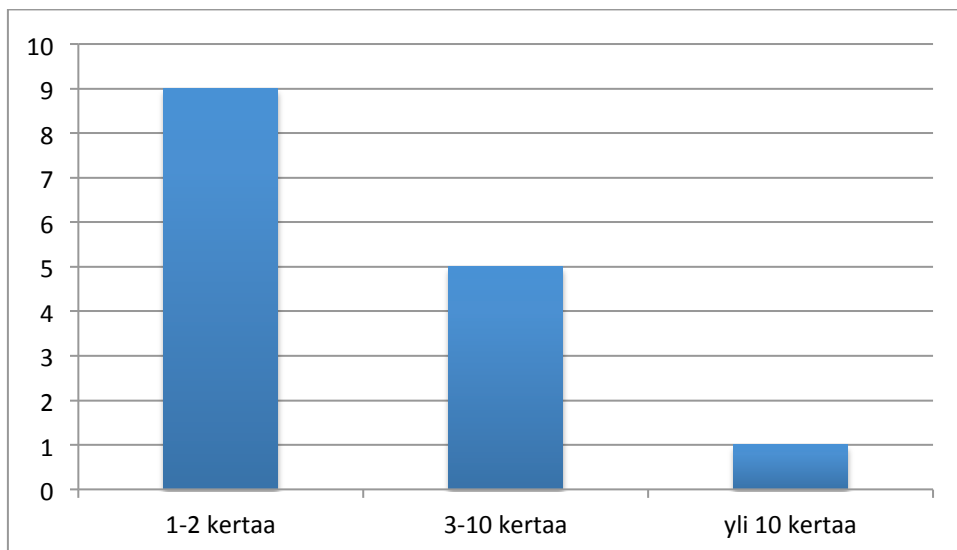
7.2 Ohjelman käyttö

Omahoito-ohjelman käyttökokemuksia kyselyn neljäs kysymys oli: ”Mihin tarkoitukseen käytit omahoitoa?” Kysymykseen oli mahdollista vastata:

- ”Minulla on terveydenhuollon ammattilaisen toteama ahdistus”
- ”Olen todennut itse, että minulla saattaisi olla ahdistusta”
- ”Jokin muu”

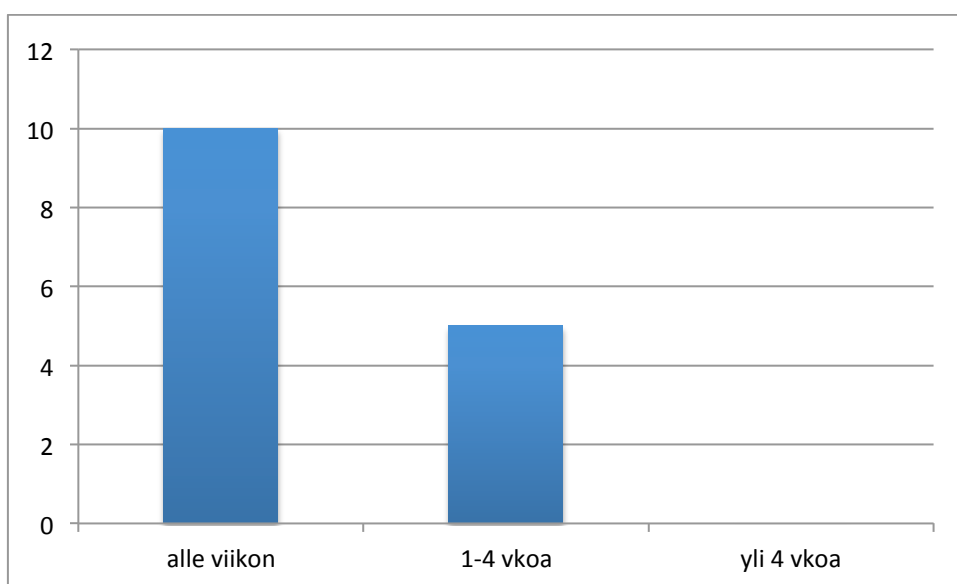
Kymmenen vastaajaa vastasi, että hänellä on terveydenhuollon ammattilaisen toteama ahdistus ja viisi vastaajaa vastasi, että on todennut itse että hänellä saattaisi olla ahdistusta.

Omahoito-ohjelman käyttökokemuksia kyselyn viidennessä kohdassa kysyttiin kuinka monta kertaa vastaaja käytti omahoito-ohjelmaa. Yhdeksän vastaajaa oli käyttänyt ohjelmaa yksi tai kaksi kertaa. Viisi vastaajaa oli käyttäneensä ohjelmaa kolmesta kymmeneen kertaa ja yksi vastaaja yli kymmenen kertaa. (Kuvio 6)



Kuvio 6: Ohjelman käyttökerrat

Kyselyn kuudennessa kohdassa kysyttiin omahoito-ohjelman käyttöaikaa. Kymmenen vastaajaa oli käyttänyt ohjelmaa alle viikon ja viisi vastaajaa 1-4 viikkoa. Yksikään vastaaja ei ollut käyttänyt ohjelmaa yli neljää viikkoa. (Kuvio 7)



Kuvio 7: Ohjelman käyttöaika

Kyselyn seitsemäs kohta kuului: ”Avoin palaute Mielenterveystalon omahoito-ohjelmaan liittyen”. Kohdassa oli mahdollista kirjoittaa avointa palautetta. Vastaukset on järjestetty tutkimuskysymysten mukaisesti ja ryhmitelty kielteisen ja myönteisen kokemuksen mukaan. Kielteisiä kokemuksia oli kuusi kappaletta ja myönteisiä kokemuksia viisi kappaletta. (Taulukko 5)

Miten ohjelman käyttäjät kokevat omahoito-ohjelman käyttämisen?	Miten ohjelman käyttäminen vaikutti ahdistuksen tasoon käyttäjien kokemana?
<p>KIELTEISIÄ KOKEUKSIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ei pysty keskittymään ohjelmaan - Osa harjoituksista lisää ahdistusta - Ohjaa liikaa itsehoitoon - Liikaa tekstiä, videot hyvä - Vaikea käyttää kännykällä <p>MYÖNTEISIÄ KOKEUKSIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helppokäyttöinen - Helposti saatavilla - Monipuolinen ja hyödyllinen, kokemus- asiantuntijan käyttö hyvä asia 	<p>KIELTEISIÄ KOKEUKSIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osa harjoituksista lisäsi ahdistusta <p>MYÖNTEISIÄ KOKEUKSIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altistusharjoituksista ollut hyötyä - Auttanut nukkumaan

Taulukko 5: Avoin palaute

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä etsittiin tietoa siitä, miten ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttäjät kokivat omahoito-ohjelman käyttämisen, ja siitä kokivatko he ohjelman käyttämisen vaikuttavan ahdistuksen tasoon.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan Mielenterveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttäjät kokivat siinä olevan tiedon ja harjoitukset hyödyllisinä. Vastausten keskiarvo väittämään ”omahoito-ohjelman käyttäjien kokemus ohjelmassa olevan tiedon hyödyllisyydestä” oli 2,07 (asteikolla 0-3). Kymmenen vastaajaa viidestätoista koki ohjelmassa olevan tiedon melko hyödyllisenä. Kolme vastaajaa kertoi hyötynensä ohjelmasta melko paljon tai erittäin paljon. Opinnäytetyön tulosten mukaan vastaajat kokivat ohjelmassa olevan tiedon hyödyllisemmäksi, kuin ohjelmassa olevat harjoitukset. Vastausten keskiarvo väittämässä ”omahoito-ohjelman käyttäjien kokemus ohjelmassa olevien harjoitusten hyödyllisyydestä” oli 1,8 (asteikolla 0-3). Vastaukset väittämässä ”kokemus harjoitusten hyödyllisyydestä” jakaantuivat enemmän kuin vastaukset väittämässä ”tiedon hyödyllisyys.” Ohjelmaa kuvataan vastauksissa myös monipuoliseksi ja hyödylliseksi ja että harjoituksista on ollut konkreettista hyötyä. Andrews ym. (2010, 1) mukaan asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä masennuksen ja ahdistuksen hoidossa tietokone- ja nettipohjaisiin (CBT) hoitoihin. (Aalto 2009, 40.)

Tämän opinnäytetyön tuloksen mukaan vastaajat kokivat hyötynensä ahdistuksen omahoito-ohjelmasta, ja he myös kokivat ahdistuksensa laskeneen jonkin verran. Tulos on yhdensuuntainen Stenbergin (2016, 65) kanssa tämän viitatessa Butleriin (2006), jonka mukaan erilaisten lievien psyykkisten häiriöiden hoidossa keskeisiä olisivat psykoterapeuttiset interventiot. Myös Kokin ym. (2012, 2) mukaan itseapu ja omahoito-ohjelmat ovat vaikuttavia. Käypä Hoito suosituksissa suositellaan psykoterapeuttisia hoitomuotoja lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa (Käypä hoito -suositus 2014). Stenberg (2016, 65) viittaa Son:n (2013) tutkimukseen, jossa havaittiin nettiterapioiden hoitotulosten aikuisten masennuksessa olevan samaa luokkaa (kohtalainen hyöty) kuin yleisesti tutkimuksissa on havaittu. Myös Andrews ym. (2010, 1) ovat havainneet, että tietokone- ja nettipohjaisten kognitiivisten käyttäytymisterapioiden (CBT) hyöty oli ollut asiakkaille ilmeistä. Salmisen (2016, 70) mukaan Suomessa reaaliaikaista etäterapiaa on toteutettu videovälitteisenä erityisesti pitkien etäisyyksien alueilla, mutta varsinaista alan tieteellistä tutkimusta Suomessa ei juurikaan ole. Nettiterapiat ovat eri hoitomuotoja kuin omahoito-ohjelmat, vaikka niitä koskeviin tutkimustuloksiin tässä viitataan.

Kysymyslomakkeen kohdassa seitsemän oli mahdollista antaa avointa palautetta. Käyttökelpoisia vastauksia saatiin kahdeksan kappaletta. Tutkimuskysymykseen: ”Miten ohjelman käyttäjät kokivat omahoito-ohjelman käyttämisen?”, löytyi viisi kielteistä ja kolme myönteistä

kokemusta. Tutkimuskysymykseen: ”Miten ohjelman käyttäminen vaikutti ahdistuksen tasoon käyttäjän kokemana?”, löytyi yksi kielteinen ja kaksi myönteistä kokemusta. Kaksi vastausta sisälsivät sekä myönteistä, että kielteistä kokemusta. Osalla vastaajista ahdistus vaikutti lisääntyvän ohjelmaa käytettäessä ja vastauksista oli luettavissa käyttökokemuksen lisäksi myös vastaajan psyykkisen voinnin haasteellisuutta (keskittymisvaikeudet, ahdistuneisuus ja murehtiminen) (Terveysportti 2015). Keskittymisvaikeudet kuuluvat ahdistuneisuushäiriön oireisiin ja altistamisharjoitukset on tarkoitettu lisäämään ahdistusta hallitulla tavalla tavoitteenaan pitkällä tähtäimellä helpottaa ahdistusta (Castrén ym. 2015, 130).

Opinnäytetyön tulosten mukaan näytti siltä, että merkittävä osa vastaajista omaa tai on omannut psykiatrisen sairaanhoidon kontaktin. Omahoito-ohjelmaa käytettiin tämän tiedon mukaan psykiatrisen hoitokontaktin tai muun vastaavan hoidon rinnalla, jälkeen ja limittäin enemmän kuin itse löydettyä ja ainoana omana omahoito-ohjelmana. Vaikutti siltä, että ainakin osa omahoito-ohjelman käyttäjistä oli samanaikaisesti sairaanhoidon palveluiden piirissä.

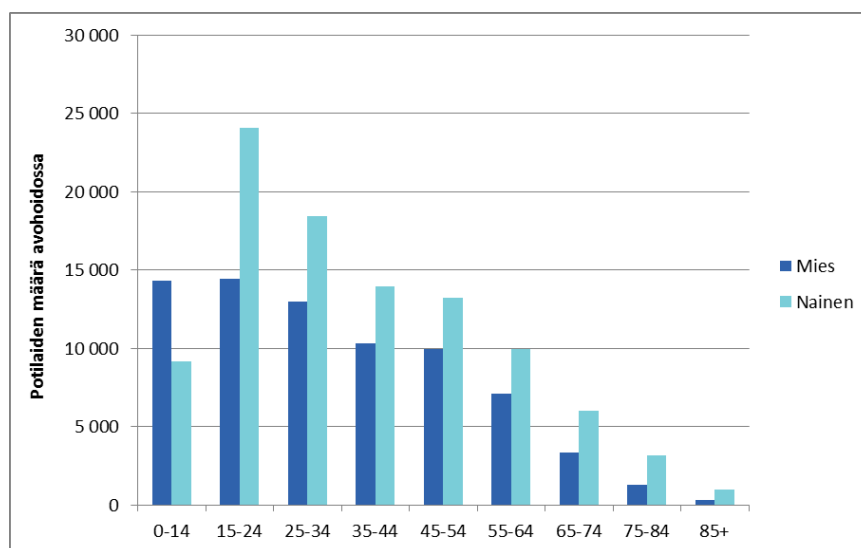
Terveystiedon ammattilaisen toteama ahdistus:	Itse todennut, että saataisi olla ahdistusta:
10 kpl	5 kpl

Taulukko 6: Kuka todennut ahdistuksen

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan merkittävä osa vastaajista käytti ohjelmaa vähän eli yksi tai kaksi kertaa ja alle viikon. Voi pohtia, liittyvätkö ohjelman lyhyet käyttöajat yleiseen nettikäyttämiseen, jolloin netissä surffaillaan nopealla tempolla viipymättä sen kauempaa tietyllä sivustolla (Venola 1999, 28). Toisaalta runsas puolet vastaajista oli käyttänyt ohjelmaa kolmesta kymmeneen kertaa tai enemmän ja yhdestä neljään viikkoa. On merkityksellistä, että osa vastaajista oli löytänyt ohjelmasta tavan työstää ahdistustaan. On myös mahdollista, että osa käyttäjistä etsikin ohjelmasta tiettyä tietoa ja koki löytäneensä etsimänsä yhdellä vierailulla sivustolla.

Kyselyyn vastaajat olivat nuoria eli alle 40 vuotiaita. Drake (2009, 18) viittaa Cotteniin ja Cuptaan, joiden mukaan terveystiedon hankkija on todennäköisemmin 40-vuotias kuin 52-vuotias. Iäkkäämpi väestö käyttää internetiä vähemmän kuin muut ja oletettavasti tämä heijastuu myös vastaajien ikäjakaumassa. Tilanne muuttunee, kun tämän päivän digitaaliseen maailmaan tottuneet nuoret aikanaan lähestyvät eläkeikää.

Kyselyyn vastanneet olivat pääsääntöisesti naisia. Vastaaajia oli 18 ja heidän joukossa oli yksi miesvastaaja. Vuonna 2015 naisten osuus psykiatrian erikoissairaanhoidon potilaista oli 58 prosenttia. Naisia on myös enemmän avohoidossa, koska heidän yleisimmät psykiatriset sairaudet ovat tavallisesti avohoidossa hoidettavia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2015). Valtaosa vastaaajista oli opiskelijoita tai työssäkäyviä. Tämä seikka sopii siihen, kenelle ohjelma on ensisijaisesti suunnattu, eli lievistä- ja keskivaikeista ahdistushäiriöistä kärsiville. Heidän voisi lähtökohtaisesti ajatella vielä kykenevän suoriutumaan opiskelun ja työelämän haasteista. Häiriön ollessa vaikea, voisi ajatella henkilön olevan työtön, eläkkeellä tai esimerkiksi kuntoutuksessa tai sairauslomalla (joku muu).



Kuvio 8: Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden määrä iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2015

Ammattilaisten vastauksia oli kaksi kappaletta. Kyselyä ei oltu suunnattu heille, joten heidän vastauksia ei sisällytetty tutkimustuloksiin. Toinen vastaaja oli sairaanhoitaja ja toinen terapeutti. Toinen käytti ohjelmaa yhdestä neljään ja toinen yli neljä viikkoa. Vastausten perusteella ammattilaiset käyttivät omahoito-ohjelmaa potilastyönsä tukena. Toinen kertoi ohjelmassa olevan tiedon olevan mielestään melko hyödyllistä ja toinen erittäin hyödyllistä. Toinen vastasi ”ei osaa sanoa” harjoitusten hyödyllisyydestä ja toinen vastasi ”erittäin hyödyllistä”. Seppälä ja Nykänen (2014, 35-36) ehdottavat kansallisen omahoidon palvelualueen kehittämisen mallia. Mallissa muun muassa toteutettaisiin kansalaisten ja ammattilaisten käyttöliittymät, jotka mahdollistaisivat oman tietovaraston käytön ja Kanta-palvelujen mahdollistaman tietojen katselun ja omahoitopalvelujen käytön. Tämä edistäisi terveydenhuollon ammattilaisten Mielenterveystalo.fi käyttöä. Mielenterveystalon sivustolla on erikseen olemassa ammattilaisille tarkoitettu osio.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa arvioidaan tutkimuksen reliabeliutta ja validiutta. Tutkimuksen reliabelius kertoo mittarin luotettavuudesta, antaako mittari saman tuloksen toistettaessa. Validius kertoo siitä, onko oikea mittari valittu, mitatako mittari tai tutkimusmietelmä sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Luotettavuutta tässä opinnäytetyössä nosti määrällisen ja laadullisen menetelmän yhtäaikainen käyttö. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233. Ojasalo ym. 2009, 93-94. Kananen 2011, 118-120.)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa havaittiin, että opinnäytetyössä käytetty mittari antoi testeissä uudestaan kysyttäessä toistuvasti samantyyppisesti vastauksia. Tämä nostaa opinnäytetyön reliabiliteettia. Mittarin validiutta arvioitaessa voitiin todeta, että kahta tutkimuskysymystä kysyttiin suoraan opinnäytetyön kolmessa ensimmäisessä väittämässä. (Kananen 2011, 118-124.)

Otoskoon riittävyys oli haaste, joka oli etukäteen tiedossa. Muukan (2016) mukaan Mielenterveystalo.fi omahoito-ohjelma sivustolla oli vuonna 2016 marraskuuhun mennessä käynyt noin 60 000 kävijää. Koko Mielenterveystalo.fi portaalia käytti vuonna 2015 reilut 400 000 ihmistä (Potilashoidon vuosikirja 2015, 11). Omahoitosivustolla oleviin palautekyselyihin oli vastannut 2016 vain 8 ihmistä (Muukka 2016).

Vehkalahden mukaan (2008, 44) kyselyn vastausprosentti on eräs tutkimuksen luotettavuuden ilmaisim. Kyselyyn vastaaminen perustui sivustolla käyneiden henkilöiden itseohjautuvuuteen. Täyttä varmuutta ei ole, onko vastaaja vastannut useamman kuin yhden kerran, eikä myöskään siitä, jatkoiko hän ohjelman käyttöä vastaamisen jälkeen. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta heikensi se, että ahdistuksen omahoito-ohjelman sivustolla käy kymmeniä tuhansia henkilöitä vuosittain ja tämän opinnäytetyön kyselyyn vastasi 18 henkilöä. Käyttökelpoisia vastauksia oli 15 kappaletta. Kanasen (2011, 121-124) mukaan ulkoinen validiteetti liittyy saatujen tulosten yleistettävyyteen. Tämän opinnäytetyön ulkoista validiteettiä heikensi alhainen vastausmäärä, eikä saatuja tuloksia voi yleistää koskemaan kaikkia ohjelman käyttäjiä. Kananen (2011, 122) mukaan sisältövaliditeetti tarkoittaa sitä, että mittari mittaa oikeaa asiaa. Tässä opinnäytetyössä ohjelman hyödyllisyys yhdistettiin kokemukseen ahdistuksen laskusta ohjelmaa käytettäessä. Tämä nostaa opinnäytetyön sisältövaliditeettiä. Sisältövaliditeetti on Kanasen mukaan (2011, 122) lähellä käsite- eli rakennevaliditeettiä. Rakennevaliditeetti käsittelee yksittäistä käsitettä. Mittarin käsitevaliditeetti on hyvä, kun teoreettisen käsitteen operationalisointi on onnistunut. Kriteerivaliditeetissa Kananen (2011, 123) mukaan tarkastellaan muiden vastaavien tutkimusten tuloksia. Verkkopohjaisista anonyymeista omahoito-ohjelmista oli melko vähän tutkimuksia löydettävissä. Raphaelin ym. (2013) mukaan on olemassa vähän tutkimuksia multimediaan perustuvista itseapuohjelmista. Kriteerivaliditeettiä oli haastava arvioida tässä opinnäytetyössä. Mielenterveystalon omahoito-ohjelmien käyttäjät

ovat haastava tutkimuskohde. Aiheeseen on sisäänrakennettuna haaste saada tietoa tutkittavista. He ovat ryhmä, jotka eivät sähköisiä palveluita käyttäessään kirjaudu eivätkä jätä yhteystietoja.

Vaikutti siltä, että ohjelman käyttäjän mahdollisella hoitosuhteella ja henkilökohtaisuudella oli merkittävä vaikutus siihen, vastasiko hän opinnäytetyön kyselyyn ohjelman käyttämisestä. Lisäksi näytti siltä, että pelkästään omahoito-ohjelman sivuilla ollut linkki ja info tuottivat vähemmän vastauksia kuin sosiaalisen median kautta tapahtunut mainostaminen. Tämän opinnäytetyön tekijä sai kyselyyn kaksi vastausta, ennen kuin linkki oli näkyvissä Mielenterveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelman nettisivuilla. Oletettavasti vastaukset perustuivat mainoksiin FB sivuilla. 15.5.2017 maanantaina oli Mielenterveystalon FB sivuilla jälleen nosto, jossa mainittiin ahdistuksen omahoito-ohjelmaan liittyvästä kyselystä. Maanantain ja tiistain aikana tuli kolme vastausta lisää. Opinnäytetyön tekijän harjoittelujaksolla nuorisopsykiatrian poliklinikalla Leppävaaralla kaksi nuorta, joiden kanssa opinnäytetyön tekijä työskenteli, kertoi vastanneensa kyselyyn 30.4.2017 mennessä.

Kehittämistyön tavoitteiden tulee olla korkean moraalien mukaisia, työ tulee tehdä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti ja seurausten on oltava käytäntöä hyödyttäviä. Tutkimuksen ja kehittämisen kohteena olevien ihmisten on tiedettävä, mitä tutkija on tekemässä, mitkä ovat toiminnan kohde ja tavoitteet ja mikä on heidän roolinsa. Tutkija tai kehittäjä joutuu miettimään suostuttelun ja pakottamisen rajaa. Jo opinnäytetyön valinnassa on pohdittava kenen ehdoilla opinnäytetyö tehdään. On aiheellista muun muassa kysyä, kuka päättää lopullisen aiheen. Tutkimuksen eettisyyttä vahvisti se, että käyttäjä ei täyttänyt henkilötietoja ohjelmaan, eikä kyselyyn vastatessaan. Hänestä ei myöskään jäänyt tunnistetta sivustolle, jonka perusteella vastaukset voitaisiin yhdistää häneen. Kyselylomakkeen vastaukset käsitteli vain tämän opinnäytetyön tekijä. Tutkimuksen eettisyyttä vahvisti se, että kyselyyn vastaavat olivat anonyymejä ja vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Opinnäytetyön tekijä sai tutkimukseen tutkimusluvan 24.3.2017 HUS:sta (Liite 5). (Hirsjärvi ym. 2009, 134, 180. Ojasalo ym. 2009, 48-49.)

8.3 Jatkoasteet

Tulevaisuutta silmällä pitäen olisi arvokasta saada ohjelmalle lisää sellaisia käyttäjiä, joilla ei vielä ole psykiatrian hoitokontaktia. Varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä esimerkiksi ahdistuksen pahenemista. Stenbergin (2016, 65) mukaan useimmat mielenterveyden häiriöt olisivat suhteellisen hyvin hoidettavissa alkuvaiheessa, kun taas pitkittyessään ne muuttuvat usein vaikeammin hoidettaviksi. Merkittävä osa vastaajista käytti ohjelmaa vähän eli yhdestä kahteen kertaa ja alle viikon. Onko niin, että sivustolla käy paljon ”uteliaita”, jotka piipahtavat katsomassa sivuja ilman, että varsinaisesti hyödyntävät sivustoa. Miten ohjelmaa voisi ke-

hittää niin, että useampi vierailija kiinnittyisi sivustolle ja alkaisi hyödyntää enemmän sivustoa? Ellisin ym. (2015, 3.) tutkimuksen mukaan käyttäjien sitoutuminen sähköisiin ohjelmiin on haastavaa.

Jatkoa ajatellen omahoito-ohjelmia olisi tärkeää tutkia siitakin mielestä, että niiden toteuttamiseen on käytetty resursseja. Olisi arvokasta saada lisää luotettavaa näyttöä omahoito-ohjelmien hoitotuloksista ja arvioida saatua hyötyä suhteessa käytettyjen resurssien määrään. Cartreinen ym. (2010) mukaan etähoitojen yleisinä etuina pidetään kustannustehokkuutta. Kokin, Annemieken, Beekmanin, Bosmansin, Neefen ja Cuijpersin (2012, 2) mukaan itse-apu on vaikuttavaa ja omahoito-ohjelmat ovat vaikuttavia. Aiheen tutkimisessa olisi tärkeää voittoa haaste, joka liittyy tutkittavien määrään ja tutkimuksen luotettavuuteen. Olisi arvokasta löytää tapa ja menetelmä toteuttaa tutkimukset siten, että niihin saataisiin riittävä määrä tutkittavia ja tutkimuksen luotettavuus olisi vahva.

Miten ahdistuksen omahoito-ohjelmaa voisi kehittää niin, että ahdistuksen mahdollisesti kasvavassa ohjelmaa käytettäessä, käyttäjä ei keskeyttäisi työskentelyä? Ohjelmaan voisi kehittää lisäämällä tukea käyttäjälle esimerkiksi osioilla, joissa validoidaan ja heijastetaan empatiaa. Vertaiskokemusvideoita voisi olla enemmän ohjelmassa, sillä niistä annettiin hyvää palautetta. Edelleen olisi syytä miettiä, voisiko ohjelmassa olla mahdollisuus kontaktoida psykiatrian henkilökuntaa. Kontakti voisi paremmin kiinnittää ohjelman käyttäjää ohjelmaan. Toisaalta tämä ajatus lähentäisi omahoito-ohjelmaa esimerkiksi nettiterapiaan ja muuttaisi omahoito-ohjelman toimintoa itsenäisenä itsekäytettävänä hoito-ohjelmana ja edellyttäisi työntekijä-resursointia. Videoiden helppous ja myönteisen kokemuksen syntyminen ohjelmaa käytettäessä lienee keskeistä ohjelmaan sitoutumisessa ja mahdollisesti saavutetussa hoitovasteessa eli hyödyssä. Sivuston rakentamisessa on ilmeisesti onnistuttu hyvin, koska sitä näissä vastauksissa kuvataan helppokäyttöiseksi. Yksi vastaaja kertoi ohjelman käyttämisen kännykällä olleen vaikeaa. Verkkopohjaisena ohjelmaa kuvataan helposti saatavilla olevaksi. Been ym. (2008) mukaan (ks. Stenberg 2016, 70) etähoitojen yleisinä etuina pidetään kustannustehokkuutta ja helppoa saavutettavuutta.

Mielenterveystalon omahoito-ohjelman palautejärjestelmää tulisi kehittää paremmin toimivaksi. Kehittämisen näkökulmasta olisi arvokasta saada palautetta ohjelman käyttäjiltä. Tällä hetkellä käyttäjät antavat palautetta ohjelman käyttökokemuksista vain vähän. Tässä opinäytetyössä kehitettyä mittaria voisi harkita käytettäväksi palautteen keräämisessä Mielenterveystalon sivustolla.

Lähteet

- Aalto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Kirjoittajat ja THL.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P. & Titov, T. 2010. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>.
- Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion.
- Bandura, A. 1994. Self-Efficacy. Stanford University. Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Birney, A., Gunn, R., Russel, J. & Ary, .D.. 2016). MoodHacker Mobile Web App With Email for Adults to Self-Manage Mild-to-Moderate Depression: Randomized Controlled Trial. <http://mhealth.jmir.org/2016/1/e8/#Results>
- Castrén, S., Dunderfelt-Lövegren, E., Setälä, S. & Saarni. 2015. Tunnista murehtija: yleistyntä ahdistuneisuushäiriötä voidaan hoitaa. Suomen Lääkäri lehti.
- Drake, M. 2009. Terveysviestinnän kipupisteitä. Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä.
- Eklund, R. 2016. Mielennerveystalon käyttöönotto Satakunnassa.
- Ellis, L., McCabe, K., Davenport, T., Burns, J. & Rahility, K.. 2015. Development and evaluation of an Internet-based program to improve the mental health and wellbeing of young men. <http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1690996877/>
- Hallitusohjelma. 2015. Ratkaisujen Suomi. Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta.
- Heiskasen, T. Salosen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden Ensiapukirja. Suomen Mielenterveysseura.
- Helovuori, S. 2012. Potilas vai terveyspalvelun kuluttaja? Sähköisellä asiointilla kohti rooli-muutosta. Helsingin Yliopisto. Taloustieteen laitos. Selvityksiä nro 76
- Herron, S. & Mortimer, R. 2000. "Mental Health": A Contested Concept. Teoksessa: Murray M.C. & Reed C.A. (toim.) 2000. Promotion of Mental Health Volume 7 2000 (s.103-112) Aldershot: Ashgate Publishing Company.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19. Painos. Helsinki. Tammi.
- Holmberg, N & Kähkönen, S. 2006. Psykoterapia. Kognitiivisen psykoterapian perusperiaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä.
- Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisten sähköisten terveyspalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Stakes, Raportteja 9/2008. Helsinki. ISBN 978-951-33-2111-6.
- Hyppönen, H. Hyry, J. Valta, K. & Ahlgren, S. Raportti 33/2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet.
- Härkönen, J. 2015. Videoitu rentoutusharjoitus Mielenterveystalo.fi palveluun.
- Härkönen, P. 2012. Elämäntyytyväisyys ja terveys. Voimavarasuuntautunut ikääntyvien henkilöiden seurantatutkimus.

Joutsenniemi, K. & Lipponen, K. 2015. Resilienssi ja posttraumaattinen kasvu. Suomen LääkäriLehti 39/2015. Tieteessä -katsaus.

Kajander, N. Mikkola N. & Oksanen, N. 2013. Verkkoterapia osana masennuksen hoitoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Toim. Heikkinen, R. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Ketonen, H. 2016. Mielenterveystalo. Avoin verkkopalvelu sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten työssä.

Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. 2015. Miten sote-uudistus toteutetaan?

Kobasa, S., Maddi, S. & Courington, S. 1981. Personality and Constitution as Mediators in the Stress-Illness Relationship. Journal of Health and Social Behavior. Vol. 22, No. 4 (Dec., 1981), pp. 368-378. http://www.jstor.org/stable/2136678?seq=1#page_scan_tab_contents

Koivisto, E. 2016. Ketkä hyötyvät nettiterapioista? Työterveyslääkäri.

Kok, R., Straten, A., Beekman, A., Bosmans, J., Neef4, M. and Cuijpers, P. 2012. Effectiveness and cost-effectiveness of web-based treatment for phobic outpatients on a waiting list for psychotherapy: protocol of a randomised controlled trial.

Lorig, K., Holman, H. 2003. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanism. Stanford University School of Medicine.

Leemann, L., Kuusio, H. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Maslow, A. 1943. Theory of Human Motivation. Psychological Review Vol 50, No 4 July 1943. <https://docs.google.com/file/d/0B-5-JeCa2Z7hNjZINDNhOTEtMWNkYi00YmFhLWI3YjUtMDEyMDJkZDExNWRm/edit>

Mattila, A. 2008, 363-364. Onnellisuudesta. Duodecim 2008;124:363-364.

Mielenterveyslaki. 1 luku, 1 §.

Muukka, M. 2016. Verkkopalvelun toteutusprojekti - Lastenmielenterveystalo.fi.

Muukka, M. 2016, haastattelu, viitattu 18.12.2016

Muuronen, Jari. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia -sarja 6.

Mykkänen, J., Kortekangas, P., Miettinen, A. & Suhonen, M. 2015. Sote-ajanvarauspalvelujen Käsitteet. Luonnos.

Nordling, E., Järvinen, M. & Lähteenlahti, Y. 2015. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehystenä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009-2015. Miten tästä eteenpäin?

Ojanen, M. 2009. Positiivista psykologiaa. Martin E. P. Seligman: Aito onnellisuus. Tieteessä tapahtuu 4-5 / 2009.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J., 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy.

Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D., Ralph, R. 2002. Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators.

Peltoniemi, S. 2015. Mielenterveyden edistäminen alakoulussa. Opettajaopiskelijoiden käsityksiä ja valmiudet mielenterveystaitojen opettamiseen alakoulussa. Pro gradu. http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/peltoniemi_susanne_gradu_kevat2015.pdf

Pohjola, I. 2016. Digitalisaation vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluihin - Tapaus Kaksineuvoinen. Diplomityö. Espoo. Aalto Yliopisto.

Potilashoidon vuosikertomus 2015. HYKS psykiatria. HUS.

Purjo, T. Toimittanut. 2012. Kärsimys ja kuolema elämän tarkoituksen kirkastajina. Viktor Frankl Institute Finlandin tutkimuksia 1. Helsinki. BoD.

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2001. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. Katsaus. Duodecim. 117:1225-32.

Raphael, R., Buckey, J., Zbozinek, T., Glenn, D., Cartreine, J. & Craske, M.. 2013. A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. <http://web.b.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=2&sid=ac6231bb-be9a-43e8-a191-32e216590c0%40sessionmgr104&hid=125&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=84745291&db=afh>

Rautio, H. 2017. Omahoidon edistäminen psykiatrian palveluissa. Kysely ahdistuneisuushäiriötä sairastaville ryhmäterapian potilaille.

Reponen, J. Kangas, M. Hämäläinen, P. ja Keränen, N.. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 12/2015.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille.

Salminen, A., Heiskanen, T., Hiekkala, S., Naamanka, J., Stenberg, J. & Vuononvirta, T. 2016. Etäkuntoutuksen ja siihen läheisesti liittyvien termien määrittelyä. Toim. Salminen, A., Hiekkala, S. & Stenberg, J. Etäkuntoutus. Kelan tutkimus.

Schaub, M., Maier, L., Wenger, A., Stark, L., Berg, O., Beck, T., Quednow, B. & Haug, S.. 2015. Evaluating the efficacy of a web-based self-help intervention with and without chat counseling in reducing the cocaine use of problematic cocaine users: the study protocol of a pragmatic three-arm randomized controlled trial.

Seligman, M. & Maier, S. 1967, 1-2. Failure to escape traumatic shock. Journal of Experimental Psychology. Vol. 74, No. 1. University of Pennsylvania. <http://homepages.gac.edu/~jwotton2/PSY225/seligman.pdf>

Seligman, M. E. P. 2002. Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy.

Seppälä, A. & Nykänen, P. 2014. Suomalaisten omahoito- ja terveystaltio- ratkaisujen tarkastelua kansallisen kehityksen näkökulmasta. Tampereen Yliopisto. Informaatiotieteiden yksikön raportteja 32/2014.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes. Tutkimuksia 137. Gummerus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

Stenberg, J., Joffe, G. & Holi, M. 2015. [Mielenterveystalo.fi](http://mielenterveystalo.fi) - Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöhanke muiden sairaanhoitopiirien, organisaatioiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015.

STM. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetään uusia sähköisiä palveluja. Tiedote 11/2016.

Tuloisela-Rutanen. 2012. Elämäkokemukset ja koherenssin tunne. Typologinen tutkimus grounded theory -metodologiaa soveltaen. Turun Yliopisto.

Tantry, A. & Singh, A. 2016. A study of psychological hardiness across different professions of Kashmir. Research article. India.

Tuominen, P. 2015. Mielenterveystalo.fi nettipalvelun hyödyntäminen sairaanhoitajaopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa.

Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toimittanut Aaltola, J & Valli, R. PS-kustannus. 3. Uudistettu ja täydennetty painos.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Venola, P. 1999. Markkinointiviestintä internetissä.

WHO: Global vision of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Sähköiset lähteet:

eHealth at WHO. Viitattu 13.10.2017. <http://www.who.int/ehealth/about/en/>.

Euroopan Komissio. Kansanterveys. Sähköiset terveystalot. Viitattu 9.9.2017. https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy_fi

Green, C. 2001. Classics in the History of Psychology. Viitattu 14.12.2016. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.html>

HUS. Potilashoidon vuosikertomus. 2015. HYKS Psykiatria. http://www.hus.fi/hus-tie-toa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS_Psykiatria/Documents/Potilashoidon%20vuosikertomus%202015.pdf

Huttunen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.11.2016. <http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>.

ICD-10. Terveystalot. 2015. Viitattu 14.12.2016.

Koivisto, E. 2016. Ketkä hyötyvät nettiterapioista? Työterveyslääkäri 3/2016. Ketkä hyötyvät nettiterapioista. Terveystalot.

Koponen, H. 2017. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Psykiatria. Oppiportti. 13.3.2017. Viitattu 8.10.2017.

Koponen, H. & Lepola, U. 2016. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Viimeisin muutos 15.6.2016, viitattu 30.10.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00851&p_haku=ahdistuneisuushäiriö.

Koponen, H & Lepola, U. 2016. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 27.08.2017.

Kärkkäinen, J. 2012. Verkkopalvelu kokemusasiantijan tarkastelussa: kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Mielenterveystalo.hus.fi -verkkopalvelun kehittämiseksi.

Käypä hoito -suositus. 2014. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 4.11.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50080>.

Mielenterveystalo. Viitattu 18.10.2016.
<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/GAD-7.aspx>

ODA - omahoito- ja digitaaliset arvopalvelut 2016. Kuntahankinnat. Viitattu 14.12.2016.
<http://kuntahankinnat.fi/fi/ict/oda-omahoito-ja-digitaaliset-arvopalvelut-2016>

Omahoito. Espoon kaupunki. Viitattu 27.08.2017.
<http://www.espoo.fi/omahoito>

Omahoitoa, terveysneuvoja ja hoito-ohjeita. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 27.08.2017.
<http://www.jyvaskyla.fi/terveys/terveysasemat/omahoito>

Omahoito ja itsehoito-ohjeet. Salon kaupunki. Viitattu 27.08.2017.
<http://www.salo.fi/sosiaalijaterveyspalvelut/terveyspalvelut/omahoitojaitsehoitoohjeet/>

Ranta, K. & Koskinen, M. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 8.4.2016. Viitattu 8.10.2017.
http://www.oppiportti.fi/op/ljn01204/do?p_haku=ahdistuneisuushäiriö#q=ahdistuneisuushäiriö

Salatut sivut. <https://www.yksityisyysdensuoja.fi/salatut-sivut>

Sitra. Digitaalisten terveys- ja hyvinvointipalveluiden potentiaali on vielä käyttämättä. 2014, viitattu 14.12.2016.
<file:///Users/jarisaarenpaa/Desktop/DeDiWe/Digitaalisten%20terveys-%20ja%20hyvinvointipalveluiden%20potentiaali%20on%20vielä%20käyttämättä,%20Sitra.webarchive>

THL. Toimia- tietokanta. 2011-2014.

Tilastokeskus. Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä. 30.10.2015. Viitattu 8.10.2017.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Tilastoraportti. 2017. 21. Psykiatrinen erikoissaaraanhoito 2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21_17.pdf?sequence=1

Veronmaksajat. Julkisten menojen kehitys. 2016.
<https://www.veronmaksajat.fi/luvut/tilastot/julkiset-menot/julkisten-menojen-kehitys/>

Viikki, M. & Leinonen, E. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Duodecim. 2015;131(6):583-90. <http://duodecimlehti.fi/duo12168>

Kuviot

Kuvio 1: Vastajan ikä	32
Kuvio 2: Vastajan elämäntilanne	33
Kuvio 3: Ahdistuneisuuden väheneminen	33
Kuvio 4: Tiedon hyödyllisyys	34
Kuvio 5: Harjoitusten hyödyllisyys	35
Kuvio 6: Ohjelman käyttökerrat.....	36
Kuvio 7: Ohjelman käyttöaika	36
Kuvio 8: Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden määrä iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2015.....	40

Taulukot

Taulukko 1: Roolien muuttuminen	12
Taulukko 2: Asiakassuhteen ja näkökulmien erojen muuntuminen.....	13
Taulukko 3: Samankaltaisia häiriöitä (Koponen & Lepola 2016)	20
Taulukko 4: Omahoito-ohjelman moduulit	25
Taulukko 5: Avoin palaute	37
Taulukko 6: Kuka todennut ahdistuksen	39

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	51
Liite 2: Saatekirje	53
Liite 3: Tutkimuslupahakemuksen tiivistelmä	54
Liite 4: Tutkimuslupahakemus.....	55
Liite 5: Tutkimuslupapäätös	57
Liite 6: Sähköposti kyselyyn vastaamisen edistämiseksi.....	58
Liite 7: Avoin palaute omahoito-ohjelma.....	59
Liite 8: Ammattilaisten avoin palaute.....	60

Liite 1: Kyselylomake

OHJELMAN VAIKUTTAVUUS JA HYÖDYLLISYYS:

Ohjelman käyttäminen laski ahdistuneisuuttani:

- Ahdistuksen väheneminen:
- Erittäin paljon
 - Melko paljon
 - Jonkin verran
 - Ei lainkaan
 - En osaa sanoa.

Ohjelmassa oleva tieto oli mielestäni hyödyllistä:

- Tiedon hyödyllisyys:
- Erittäin hyödyllistä
 - Melko hyödyllistä
 - Jonkin verran hyödyllistä
 - Ei lainkaan hyödyllistä
 - En osaa sanoa

Ohjelmassa olevat harjoitukset olivat mielestäni hyödyllisiä:

- Harjoitusten hyödyllisyys:
- Erittäin hyödyllisiä.
 - Melko hyödyllisiä
 - Jonkin verran hyödyllisiä
 - Eivät lainkaan hyödyllisiä
 - En osaa sanoa

OHJELMAN KÄYTTÖ:

Mihin tarkoitukseen käytit ahdistuksen omahoitoa?

Ohjelman käyttötarkoitus:

- Minulla on terveydenhuollon ammattilaisen toteama ahdistus
- Olen todennut itse, että minulla saattaisi olla ahdistusta
- Joku muu

Käytin omahoito-ohjelmaa:

- Käyttökerrat:
- 1-2 kertaa
 - 3-10 kertaa
 - yli 10 kertaa

Käytin omahoito-ohjelmaa:

- Käyttöaika: Alle viikon
 1-4 viikkoa
 yli 4 viikkoa

Avoin palaute Mielenterveystalon omahoito-ohjelmaan liittyen:

TAUSTATIEDOT:

Sukupuoleni on:

- Olen: Nainen
 Mies
 Joku muu

Ikäni on:

- Olen: Alle 18 vuotta
 18-24 vuotta
 25-30 vuotta
 31-40 vuotta
 41-50 vuotta
 51-64 vuotta
 65 tai enemmän

Olen tällä hetkellä:

- Olen: Koululainen
 Opiskelija
 Työtön tai työnhakija
 Työssä käyvä
 Eläkkeellä
 Joku muu

Liite 2: Saatekirje

Hei

Olen sairaanhoitaja opiskelija Jari Saarenpää ja opiskelen Laurean AMK oppilaitoksessa Hyvinvoinnilla. Opinnäytetyönäni kartoitan Mielen terveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelman hyödyllisyyttä ja käyttökokemuksia tällä sähköisellä kyselyllä. Kysely on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat käyttäneet ahdistuksen omahoito-ohjelmaa. Jokaisen vastaajan vastaus on Mielen terveystalolle, hoito-ohjelmalle ja allekirjoittaneelle tärkeä! Kyselyyn vastaamalla olet kehittämässä Mielen terveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelmaa.

Vastaaminen tapahtuu oheisen linkin kautta nimettömästi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja siten että vastaajia ei voida tunnistaa millään tavalla. Tulokset raportoidaan opinnäytetyössäni ja annetaan Mielen terveystalo.fi verkkopalvelun käyttöön. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua syksyyn 2017 mennessä.

Kyselylomakkeelle pääset alla olevasta linkistä ja vastausaikaa kyselyyn on 31.5.2017.

Paljon kiitoksia jo etukäteen, että jaksoit nähdä vastaamisen vaivan. KIITOS!

Ystävällisin terveisin Jari Saarenpää, jari.saarenpaa@student.laurea.fi.

Liite 3: Tutkimslupahakemuksen tiivistelmä

HELSINGIN JA UUDENMAAN OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSSUUNNITELMAN
SAIRAAHOITOPIIRI TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyöntekijä. Suku- ja etunimet: Saarenpää Jari Matti

Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmän tulee sisältää lyhyt kuvaus tutkimuksen lähtökohdasta ja taustasta, arvio työn merkityksestä ja tulosten sovellettavuudesta kohdeosastolle/yksiköille, kuvaus tutkimustehtävistä ja menetelmistä sekä tieto tutkimukseen osallistuvien määrästä. Tiivistelmän pituus korkeintaan 2000 merkkiä

Mielenterveystalon Marko Muukan heillä on kiinnostusta saada tietoa ahdistuksen omahoito-ohjelman vaikuttavuudesta ja käyttökokemuksista. Työ tulee antamaan tietoa ohjelman käyttökokemuksista, vaikuttavuudesta ja hyödyllisyydestä. Työn tuloksia voi käyttää suoraan ohjelman arvioimiseen kehittämiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Mielenterveystalon ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttäjien ohjelman käyttökokemuksia. Erityisen kiinnostuksen kohteena on ohjelman mahdollinen vaikutus ohjelman käyttäjän ahdistuneisuuden tason muutokseen. Arvokasta olisi myös saada tietoa yleisellä tasolla ohjelman käyttäjistä, heidän ahdistuksen tasostaan, sekä palautetta ohjelman käyttökokemuksesta. Tutkimus toteutetaan sähköisellä omahoito-ohjelman kautta aukeavalla kyselyllä. Vastaajia ovat ohjelman käyttäjät. Lähestymistapa on sekä määrällinen, että laadullinen. Kyselyssä on suljettuja ja avoimia kysymyksiä, jotka arvioidaan määrällisin ja laadullisin menetelmin. Vaikuttavuutta ja hyödyllisyyttä mittaavat kysymykset analysoidaan määrällisillä menetelmillä ja avoin kysymys laadullisilla menetelmillä. Vaikuttavuutta ja hyödyllisyyttä mittaavat kysymykset perustuvat Likertin asteikkoon. Tutkimukseen osallistujien riittävään määrään lienee 60-100. Kyselyaika olisi n. 1 kuukausi. Jos vastauksia ei ole riittävästi, jatketaan aikaa ja motivoidaan lisää. Muukan kanssa on mietitty keinoja riittävän vastaajamäärän saavuttamiseksi. Sivustolle liitetään pop-up ikkuna, joka aukeaa ko. sivustolle tultaessa. Ikkuna motivoi kävijää vastaamaan kyselyyn. Kyselyn tunnettavuutta nostetaan Mielenterveystalon FB sivujen, sekä aluekoordinaattoreiden kautta. Samalla sivuja käyttäneet motivoidaan lomakkeen täyttämiseen jälkikäteen. Ammattihenkilöstöä tiedotetaan kyselystä. Luotettavuuteen vaikuttaa epä tietoisuus vastaajan työskentelyvaiheesta sekä elämäntilanteen muutosten vaikutus ahdistuksen tasoon. Vastaajat säilyttävät anonymiteetin koska he eivät tunnistaudu kyselyyn missään vaiheessa.

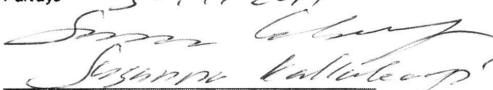
Liite 4: Tutkimuslupahakemus

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Saarenpää, Jari Matti	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta sairaanhoitajaopiskelija AMK	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm jari.saarenpaa@student.laurea.fi	
	Kotiosoite Pohjolantie 19B, 04230 Kerava	
	Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Hyvinkää	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Minna Pulli, lehtori, minna.pulli@laurea.fi, 09 8868 7611	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa opinnäytetyön tutkimussuunnitelma on esitetty opinnäytetyön seminaarissa 16.12.2016	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Marko Muukka, projektipäällikkö, IT-psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja.	
	Työpaikan osoite Välskärinkatu 12, rak 5, 2 krs., 00260 Helsinki	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm +358 50 427 2049, e-mail marko.muukka@hus.fi	
	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Projektipäällikkö, IT-psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia	
	Asiasanat (max 5 kpl) Omahoito, yleinen ahdistuneisuushäiriö, ahdistus, päihde- ja mielenterveyspalvelut, sähköiset	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteet <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? AMK opinnäyte
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. Tammikuu 2017	Arvioitu päättämispvm. 31.5.2017
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Akuutti <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu) <input type="checkbox"/> HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito (ATeK) <input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytykset (NaiS) <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätaudit ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia <input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus <input type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalueen johto	<input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? omahoito-ohjelman käyttäjät		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä Omahoito-ohjelman käyttäjät
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot Laurea Hyvinkää		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Mielenterveys <input type="checkbox"/> Ei väitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 2.1.2017 		Päiväys 
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Jari Saarenpää		HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys Marko Mäkelä
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistella HUS:ssa Päiväys 30.1.2017 		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys 23.2.2017 
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija nimenselvennys Jari Saarenpää		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvennys Jari Saarenpää

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

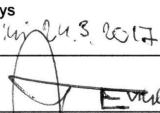
- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaihtolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

Liite 5: Tutkimuslupapäätös

Alla olevaa päätökskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>11/2017</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että

<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)	

*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
Tutkimusluvan alkamispäivä <u>24.8.2017</u>	Tutkimusluvan päättymispäivä <u>31.12.2017</u>
Päiväys <u>24.8.2017</u>	
	
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys	<u>Eemeli Isoaho, MSc. yl.</u>

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja	Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot
HUS:n vastuhenkilö	Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämistä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet.
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilavuuden myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksista eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapöytäkirjat yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista HUS:n toimintaan.
Eettinen arviointi	Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liiteaineistoa.

Liite 6: Sähköposti kyselyyn vastaamisen edistämiseksi

Vastaanottaja: Vastamäki Marjut <marjut.vastamaki@hus.fi>

Kopio: Muukka Marko <Marko.Muukka@hus.fi>; Saari Erkki
<erkki.saari@hus.fi>; minna.pulli@laurea.fi

Aihe: Ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksia. Opinnäytetyö

Hei Marjut Vastamäki

Olen sairaanhoitajaopiskelija Jari Saarenpää ja valmistun kevään - syksyn 2017 aikana. Teen opinnäytetyötä Mielenterveystalolle ahdistuksen omahoito-ohjelman käyttökokemuksista. Tällä hetkellä olen opintojen viimeisellä harjoittelujaksolla Nuorisopsykiatrian plk:lla Leppävaarassa. Opinnäytetyössäni on tarkoitus kartoittaa omahoito-ohjelman käyttökokemuksia, koki-
vatko ohjelman käyttäjät hyötывänsä ohjelmasta, oliko ohjelma vaikuttava.

Täällä Leppävaaran tiimissä lääkäri Elina Sippola antoi vinkkiä siitä, miten saisin ohjelmaa käyttäneitä henkilöitä/plaita vastaamaan kyselyyn. Aikuispuolella; esimerkiksi teillä, ymmärtääkseni suositellaan potilaille omahoito-ohjelmia etenkin jos vastaanottoaika on hieman kauempana. Haastava asia opinnäytetyön kannalta on saada ohjelman käyttäjiä vastaamaan kyselyyn.

Olisiko mahdollista, että esimerkiksi tiimissänne asia otettaisiin esille, ja työntekijöitä ohjattaisiin motivoimaan potilaita vastaamaan kyselyyn?

Linkki omahoito-ohjelmaan:

https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/ahdistuksen_omahoito/Pages/default.aspx

Linkki kyselylomakkeeseen: <https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/13594/lomake.html>

Linkki FB sivustolle: <https://www.facebook.com/Mielenterveystalo/?fref=ts>

Marko Muukka ohjaa työni Mielenterveystalon puolesta ja hän on ymmärtääkseni lähettänyt Mielenterveystalon Suomen yhteyshenkilöille tietoa meneillään olevasta opinnäytetyöstä. Laurean puolesta työn ohjaa lehtori Minna Pulli.

yst.terv.

sh opisk. Jari Saarenpää, työ 050 46 222 71, oma xxx xxxx xxxx

Liite 7: Avoin palaute omahoito-ohjelma

”En pysty keskittymään ohjelmaan.”

”Osa harjoituksista (esim. huolien haastaminen, jossa mietittiin, mikä olisi pahinta mitä voisi tapahtua, mikä olisi todennäköisin lopputulos jne.) tuntui lisäävän ahdistusta enemmän kuin parantavan sitä.”

”Toivoisin, että mielenterveyden omahoito-ohjelmissa huomioitaisiin myös ympäristön vaikutus. Välillä tulee sellainen olo, että kaikki elämän ikävät asiat pitäisi hyväksyä ja sietää, ja että esimerkiksi kiusattuna oleminen korjaantuisi vain oman asenteen muokkaamisella.”

”Helppokäyttöinen ohjelma. Pidin etenkin erilaisista tehtävistä ja metsämieliharjoituksista.”

”Erittäin hyvä keksintö muun muuassa heille joilla ahdistus tms on sitä luokkaa että jopa vain lääkärille/psykiatrille meno jo itsessään voi tuntua ylitsepääsemättömän vaikealta. Tämän ohjelman avulla saavat kaikki tarvitsevat hyviä neuvoja ja terapiaa sekä ”tietämättömät” paljon tietoa eri mielenterveys ongelmista. Mielestäni todella loistava systeemi.”

”Tutustuin ahdistuksen omahoito-ohjelmaan vasta nyt, mutta olen tehnyt samoja harjoituksia ammattilaisten ohjauksella ensimmäisen kerran jo muutama vuosi sitten. Olen jatkanut harjoituksia itsenäisesti, mitään hoitokontaktia kun ei enää ole. Minun ahdistukseni hoidossa eniten konkreettista hyötyä on tuntunut olevan altistusharjoituksilla (mm. autolla ajamisen pelko), jotka alkoivat mielikuvaharjoituksilla ja jatkuivat käytännön harjoituksilla. Omahoito-ohjelma vaikuttaa monipuoliselta, mutta keskittyy teoretiseen. Olisin kaivannut enemmän tehtäviä. Toki minulla on vielä osioita käymättä läpi, joita ohjelma minulle kätevästi suositteli. Oli mukavaa, että videoissa esiintyi kokemusasiantuntija. Yleisesti kun on totuttu, että videoissa esiintyisi ammattilainen. Tällä hetkellä oman ahdistukseni tilanne ei ole mitenkään vaikea, mutta halusin jotakin vahvistusta ettei tilanne pääsisi luisumaan käsistä. Omahoito-ohjelmasta löysin tuttua tietoa, joka oli hyvä lukea muistutuksena läpi. Ohjelma ohjasi minut Mielihyvävarasto-osioon, josta löysin juuri omaan tilanteeseeni sopivia tehtäviä ja ajatuksia. Aion palata omahoito-ohjelmaan jatkossakin ja voin suositella ohjelman käyttöä muillekin. Kiitos!”

”Liian paljon tekstiä, vaikea keskittyä lukemiseen tällä hetkellä. Löysin onneksi videot youtubesta. Rentoutusnauhoitusten avulla olen saanut nukuttua monet yöt! En voi tarpeeksi kiittää niistä!”

”Hyvä ohjelma. Tietoisuus ohjelmasta vähäinen. Osa tehtävistä vaikea suorittaa kännykän kanssa. Videopätkät tuo esiin toisen puheen. Vertailukohde - vertaistuki.”

Liite 8: Ammatilaisten avoin palaute

Ammattilaisten sanalliset palautteet:

”Omahoito ohjelmissa kattavasti tietoa eri häiriöistä. Asioista puhutaan selkeästi ja suoraviivaisesti asioiden oikeilla nimillä. On kannustava. Ohjelmaa on helppo ja mielenkiintoinen seurata. Olen sairaanhoitaja ja tutustunut ohjelmaan ohjatakseni sen käyttöä ja sisältöä asiakkaille.”

”Olen ammattilainen, terapeutti ja käyttänyt ja suositellut ohjelmaa potilaille. Kokemukset hyviä, harjoitteita olen tulostanut ja antanut kirjallisenakin potilaille.”