

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

*Olen tipahtanut paikaltani,
säpähtänyt säpäleiksi. Sirpaleiden
raunioista, yritän palata takaisin
normaaliin elämään.*

*(Rissasen (2015) päiväkirja
syksyiltä 1994)*

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoidtaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2018
Krista Juuti
Virve Seppälä-Kattides

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

HEISKANEN, KRISTA
SEPPÄLÄ-KATTIDES, VIRVE

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien
kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Sairaanhoitajan opinnäytetyö, 54 sivua.

Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli esitellä narratiivisen kirjallisuuskatsauksen muodossa, kuinka hoitajan asenteet ja suhtautuminen vaikuttavat mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kuntoutumiseen ja kuinka palvelujärjestelmä vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja -pääsemiseen, sekä mitä asioita kuntoutujat itse kokevat tärkeiksi omassa kuntoutumisprosessissa. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen narratiivista, eli kuvailevaa, kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä. Opinnäytetyön aineisto koostuu vertaisarvioituista tutkimuksista, jotka kerättiin valikoiduista ja luotettavista tietokannoista. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada koottua kirjallisuuskatsauksen muodossa mielenterveys- ja päihdetyön opetukseen sopivaa materiaalia, jolloin saadaan lisättyä tietoa alaa opiskelevien keskuudessa sekä edistää omaa, ja mahdollisesti myös jo työelämässä olevien, ammatillista kehitystä.

Kuntoutumiseen vaikuttivat negatiivisesti monet asiat: ne voivat olla yksilöllisiä tai yhteisöllisiä, palvelujärjestelmään, hoitosuhteeseen tai -kontaktiin liittyviä. Hoitaja voi omalla toiminnallaan ja suhtautumisellaan vaikuttaa joko negatiivisesti tai positiivisesti kuntoutujan kuntoutumiseen. Kun hoitaja kohtaa ja kohtelee kuntoutujaa tasavertaisena ihmisenä, kuntoutuja kokee olevansa arvokas omasta taustastaan huolimatta. Vaikein korjattavissa oleva asia on todennäköisesti kaikkien hoitoa tarvitsevien saaminen hoidon piiriin, sillä palvelujärjestelmän sokkeloisuus syrjäyttää monet hoidontarpeessa olevat. Palvelujärjestelmässä joutuu usein ”käymään monella luukulla”, ennen kuin saa apua. Tärkeimmiksi yksilöllisistä kuntoutumiseen vaikuttavista seikoista nousi esiin hyvä hoitosuhde, vertaistuki ja kouluttautuminen. Hoitotyön auttamismenetelmistä suurimpia vaikutuksia on hoitajan suhtautumisella, aidolla kuuntelulla ja läsnäololla, oikea-aikaisuudella sekä tiedolla.

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, päihde, päihdekuntoutuja, kuntoutuja, kuntoutuminen

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

HEISKANEN, KRISTA
SEPPÄLÄ-KATTIDES, VIRVE

Factors affecting the rehabilitation of
of mental health and substance
abuse patients

Bachelor's Thesis in Nursing

54 pages

Spring 2018

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to demonstrate, in the form of a narrative literature review, how nurses' attitudes and approach have an impact on the rehabilitation of mental health and substance abuse rehabilitees, how the service system impacts their willingness and ability to seek and be accepted for treatment, and what are the aspects that the rehabilitees themselves find important in their own rehabilitation process.

The thesis was done using a narrative, i.e. descriptive, literature review as the study method. The material for the thesis consists of peer-reviewed studies collected from selected and reliable databases. The objective was to collect materials, in the form of a literature review, suitable for teaching mental health and substance abuse prevention skills, to increase knowledge among the students of this subject and promote their own professional development, and possibly even the professional development of those already working in this field.

Rehabilitation can be negatively affected by several factors, either individual or communal, related to the service system, nursing relationship or nursing contact. Through their own activities and attitudes, nurses can have either a negative or positive impact on the rehabilitation of the rehabilitee. When the nurse approaches and treats the rehabilitee as an equal, rehabilitees will feel that they are valuable despite their own background. Probably the most difficult issue to correct is ensuring that all those requiring care would seek and then receive what they need, as many of those needing care are passed by due to the complexity of the service system. Rehabilitees often have to go to many different departments before they can get the help they seek.

A good nursing relationship, peer support and training emerged as the most important individual aspects affecting rehabilitation. Of the approaches adopted by nursing staff, a concerned attitude, genuine willingness to listen and be available, timely intervention and knowledge had the strongest influence.

Key words: mental health, mental health rehabilitee, substances, substance abuse rehabilitee, rehabilitee, rehabilitation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	4
2.1	Mielenterveyshäiriöt	4
2.2	Päihdeongelmat	8
2.3	Kuntoutuja, kuntoutus ja kuntoutusmuodot	10
2.4	Palvelujärjestelmä	13
2.5	Hoitajien rooli, asenteet ja suhtautuminen	14
3	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	16
3.1	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	16
3.2	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	16
3.3	Aineiston haku, rajaus ja valinta	18
3.4	Aineiston analyysi	24
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	26
4.1	Hoitoon hakeutuminen ja palvelujärjestelmä	26
4.2	Hoitajan vaikutus kuntoutumiseen	29
4.3	Kuntoutujien tärkeinä pitämiä tekijöitä omassa kuntoutuksessa	34
5	POHDINTA	39
5.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu	39
5.2	Tutkimusten luotettavuus ja eettisyys	42
5.3	Jatkotutkimusaiheet	43
	LÄHTEET	45

1 JOHDANTO

”Ihminen on mieleltään terve, kun hänellä on kyky tehdä työtä ja rakastaa.”
Sigmund Freud, psykoanalyysin isä

Mielenterveys ei ole staattinen tila, vaan se vaihtelee ja muovautuu koko ihmisen elämän kaaren ajan (THL 2014a). Terveyden yksi määritelmä mielenterveystyön näkökulmasta on ihmisen autonomia, sosiaalinen osallisuus ja ymmärrettävyys. Hyvän olon kokemus, toimintakyky ja turvallisuuden tunne kuuluvat psykologiseen terveystieteeseen. Terveyttä määritellään myös yksilöllisestä ja yhteisöllisestä näkökulmasta. Kun terveys on yksilöllistä, se määritellään sairauden puuttumiseksi. Yhteisöllisyyttä korostava terveys käsitetään yksilön ja yhteisön vuorovaikutuksena. (Laitila 2010, 51.)

Alkoholiriippuvuus, ja kaikki sen seuraukset, on yksi keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Alkoholiriippuvuudesta kärsii jossain elämänvaiheessa n. 10-15% miehistä, naiset hieman harvemmin. Naisten alkoholiriippuvuudet ovat kyllä selvästi yleistyneet viime vuosien aikana. (Huttunen 2016a.) Suomessa 4% yli 29-vuotiaista sairastaa alkoholiriippuvuutta, lääke- ja huumeriippuvuuksia esiintyy vähemmän. Päihderiippuvuus voi kehittyä minkäikäisenä ja missä elämäntilanteessa tahansa. (THL 2014b.)

THL:n (2017a.) tilaston mukaan vuonna 2015 hoidettiin 169 631 potilasta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, ja avohoitokäyntejä oli samaisena vuonna 2 miljoonaa. Psykiatrisessa avohoidossa olevien potilaiden määrä kasvoi 3,2 prosenttia, ja käyntien määrä kasvoi 7,6 prosenttia. THL:n (2017b.) tilaston mukaan 31.12.2017 psykiatriseen erikoissairaanhoidon on ollut jonossa potilaita Suomessa yhteensä 1 955. Pelkästään Päijät-Hämeen keskussairaalassa on vuonna 2015 hoidettu 5 644 psykiatrista erikoissairaanhoidoa vaativaa potilasta. (THL 2017c.)

Opinnäytetyömme aiheena on mielenterveys- ja päihdekuntoutus ja se, kuinka hoitajana voi vaikuttaa kuntoutumiseen. Tarkastelemme myös palvelujärjestelmän vaikutusta hoitoon hakeutumiseen sekä mitä asioita kuntoutujat itse kokevat tärkeiksi kuntoutumisessaan. Taustalla on mielenkiinto mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kuntoutumisen mahdollisuuksista Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Aiheen valinta alkoi keräämällä aihe-ehdotuksia yhteiseen One Drive-tiedostoon, ja lopulta vaihtoehdoista valikoitui mielenterveys- ja päihdekuntoutusmuodot. Lopulliseen valintaan vaikutti osaltaan myös tutkimustiedon saatavuus, koska kaikista ehdottamistamme aiheista ei ollut saatavilla tutkimustietoa juuri lainkaan. Tähänastisessa koulutuksessamme ei ole valitsemaamme aihetta juurikaan käsitelty, ja käytännön harjoittelujen kautta on käynyt ilmi, kuinka tärkeää olisi saada mielenterveys- ja päihde potilaat kuntoutettua. Pitkäaikaiset mielenterveys- ja päihdepotilaat ovat myös kallis investointi yhteiskunnalle.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat lisääntyvät vuosi vuodelta, ja ne ovat jo kansanterveydellinen ongelma, joten palvelujärjestelmän ja hoitajan toiminta ovat oleellinen osa päihde- ja mielenterveysongelmaisen kuntoutumista. Tilastokeskuksen (2017) mukaan vuonna 2016 152 900 henkilöä sai työkyvyttömyyseläkettä, ja suurin ryhmä (42%) oli mielenterveys häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä. Toimivan palvelujärjestelmän ja hoitosuhteen avulla voidaan pitkällä tähtäimellä vaikuttaa positiivisesti myös kansantalouteen.

Hankittua materiaalia voidaan mahdollisesti käyttää mielenterveys- ja päihdetyön opetuksessa, ja aiheesta kiinnostuneet, jo työelämässä ovat, voivat hyödyntää hankittua materiaalia itsensä kehittämiseen ja soveltaa sitä käytännön työssään. Aikaisempia tutkimuksia aiheesta käytämme valikoidusti opinnäytetyömme lähteinä. Tässä opinnäytetyössä käytetään menetelmänä narratiivista kirjallisuuskatsausta. Sen tehtävänä on nimensä mukaisesti kuvata tai kertoa aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta. Alkuluvuissa käsittelemme yleisesti mielenterveyshäiriöitä, päihdeongelmia sekä kuntoutusta. Loppuluvuissa kuvaamme

opinnäytetyötä prosessina ja kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Pohdinnassa käymme läpi opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta, esitämme jatkotutkimusaiheita, tarkastelemme opinnäytetyömme tuloksia sekä johtopäätöksiä.

2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Mielenterveyshäiriöt

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2013, 7.) määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, selviää elämän normaaleista vaikeuksista, pystyy tekemään työtä tuotteliaasti ja kykenee toimimaan yhteisönsä hyväksi. Psykkisesti terveellä yksilöllä on siis totuudenmukainen käsitys itsestään eli ehjä identiteetti. Elämän asettamien haasteiden voittamiseen taas tarvitaan paitsi todellisuudentajua myös itsesäätelykykyä, jotta realiteetit voidaan kohdata ja käsitellä. WHO painottaa myös yksilön toimintakykyä ja sosiaalisuutta. Edelleen mielenterveyteen, kuten muihinkin terveyden osa-alueisiin, vaikuttavat monet sosioekonomiset tekijät.

Positiivinen mielenterveys on laaja-alainen ja vaikeaselkoinen konsepti, joka sisältää yksilön keinot ja mahdollisuudet kehittyä psykologisesti, henkisesti, älyllisesti, sosiaalisesti ja spirituaalisesti. Positiivinen mielenterveys voidaan käsitteellistää subjektiiviseksi hyvänolon ja onnellisuuden tunteeksi, joka sisältää positiivisen itsetunnon, sinnikkyuden ja selviytymisen tunteet vaikeissakin elämän tilanteissa. Positiivista mielenterveyttä voidaan myös kuvailla seuraavilla ominaisuuksia kuvaavilla määritteillä: tietoisuus todellisuudesta, itsetuntemus, itsekontrolli, itsetunto, itsensä hyväksyminen, kyky muodostaa kiinteitä ihmissuhteita ja toimia tuotteliaana omassa yhteisössä ja yhteiskunnassa. (Barry 2009, 4 - 6). Positiiviseen mielenterveyteen sisältyy sekä parempi fyysinen terveys, elämänlaatu ja koulusaavutukset että korkeampi työllistyminen, läheisemmät ihmissuhteet ja terveemmät elämäntavat kuin negatiiviseen mielenterveyteen. (THL 2014a; Barry 2009, 7, 12).

Positiivinen mielenterveys on yksi tärkeimmistä, jos ei tärkein, sosiaalisen ja taloudellisen hyvinvoinnin tekijä yhteiskunnassa. On tärkeää huomioida, että positiiviseen mielenterveyteen liitetyt määritelmät ja kuvaukset saattavat kuitenkin olla kulttuuri, sukupuoli, aika- ja paikkasidonnaisia. Kulttuuriset, sosiaaliset erot ja normit ovat otettava huomioon, kun

määritellään, mitä tarkoittavat terveys ja sairaus, mitkä asiat tai ominaisuudet ovat osa terveyttä ja sairautta ja muodostavat osan positiivista mielenterveyttä. (Barry 2009, 4 - 6).

Masennustilojen synty on etenevänä monitekijäinen prosessi. Altistavia tekijöitä ovat perinnöllinen ja hankittu biologinen alttius sekä tietyt altistavat persoonallisuuden piirteet ja kehitystä häirinneet ympäristötekijät. Masennustilan voivat laukaista mm. elämänmuutokset, myös positiiviset muutokset, kuten esimerkiksi lapsen syntymä, vuorokausirytmien häiriövaikutukset elintoimintoihin tai hormonaaliset muutokset. (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2017.) Masennuksen oireita ovat mm. mielialanlasku, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, aloitekyvyttömyys, mielihyvän tunteiden katoaminen, unihäiriöt, ruokahaluttomuus, itsesyytökset ja riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet. Masennusta sairastavilla henkilöillä voi ilmetä myös muutoksia painossa, synkkiä ja itsetuhoisia ajatuksia, toivottomuutta ja arvottomuuden tunteita. Usein toimintakyky madaltuu, ja masentuneen henkilön voi olla hankala tai mahdotonta selviytyä arkipäivän askareista ja huolehtia itsestään. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2013, 206.) Masennukseen liittyy usein muita mielenterveydenhäiriöitä. Tyypillisimpiä näistä ovat ahdistuneisuus, persoonallisuushäiriöt ja päihdeongelmat. Jopa puolella masennusdiagnoosin saaneista henkilöistä sairastaa jotain persoonallisuushäiriötä. Kun henkilöllä esiintyy häiriöiden samanaikaisuutta, puhutaan psykiatrisesta komorbiditeetistä. (Hämäläinen, ym. 2017, 270.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on yleensä nuoruusiässä tai nuorella aikuisiällä alkava sairaus, mutta siihen voi sairastua missä iässä tahansa (Henriksson ym. 2017.) Sairaudessa esiintyy vaihdellen masennusta, hypomaniaa, maniaa ja sekamuotoisuutta. Näiden lisäksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla henkilöllä voi myös olla täysin oireettomia tai vähäoireisia jaksoja. (Hämäläinen, ym. 2017, 270.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö on elinikäinen sairaus, jota sairastavat usein kärsivät monihäiriöisyydestä. Sairauteen liittyy lisääntynyt somaattinen sairastavuus ja kohonnut itsemurhariski. (Hämäläinen, ym. 2017, 271.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, ja niillä on suuri kansanterveydellinen merkitys (Henriksson ym. 2017). Kun elimistön vireystilaa ylläpitävä säätelyjärjestelmä on häiriintynyt ja järjestelmä kytkeytyy päälle liian helposti ja nopeasti, normaali ahdistus muuttuu ahdistushäiriöksi. Tämä on voi olla usein periytyvää. (Hätönen, Kurki, Larri & Vuorilehto 2014, 149-150.) Ihminen voi kokea ahdistusta elämänsä eri vaiheissa, mutta kun siitä tulee pitkäkestoista, normaalia elämää rajoittavaa ja/tai henkisiä ja fyysisiä voimavaroja kuluttavaa, on kyseessä mielenterveydenhäiriö (Hämäläinen, ym. 2017, 247). Ahdistuneisuushäiriöihin luokitellaan mm. paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, eriaistiset stressireaktiot ja elimellisoireiset häiriöt. Ahdistuneisuutta liittyy myös moniin muihin mielenterveyden häiriöihin, kuten esimerkiksi mielialahäiriöihin ja psykoosisairauksiin. Noin 50 prosenttia masennuspotilaista sairastaa myös jotain ahdistushäiriötä. (Hämäläinen, ym. 2017, 247.)

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava mielenterveyden häiriö. Skitsofreniaan sairastuneen henkilön havaintokyky ja ajattelu vääristyvät, ja tunnetilat ovat latistuneita tai asiaankuulumattomia (THL 2012, 106). Sairaus muuttaa henkilön kokemusta itsestään, yksilöllisyydestään ja itsenäisyydestään. Sairastunut henkilö saattaa esimerkiksi kuvitella, että muut ihmiset tietävät hänen kaikki ajatuksensa. Kuulo- ja muut aistiharhat ovat tavallisia. Henkilö voi kokea, että hänen ajatuksiaan ja käytöstään kommentoidaan. Skitsofreniaan sairastavat henkilöt ovat yleensä hämmentyneitä. Hämmentyneisyys liittyy uskomukseen, että jokapäiväiset tapahtumat sisältävät pahaenteisiä, juuri potilaalle tarkoitettuja merkityksiä. Henkilön ajattelu on epämääräistä ja outoa, myös hänen puheestaan saattaa tulla käsittämätöntä. Sairaana henkilön tunne-elämä saattaa olla täysin latteaa, hänen tunteensa saattavat myös ailahtella tai olla tilanteeseen sopimattomia. (THL 2012, 106-107.) Ennuste on taudinkulusta ja paranemisesta tehty arvio, joka perustuu mm. seuraaviin tekijöihin: sukupuoli, perinnöllinen alttius, laukaisevat tekijät, samanaikaiset muut psykiatriset häiriöt ja sosiaalinen turvaverkko.

Skitsofreniaa esiintyy yhtä paljon naisilla ja miehillä. Naiset kuitenkin sairastuvat miehiä myöhemmin ja naisten ennuste on parempi. (Henriksson ym. 2017.)

Persoonallisuushäiriöt alkavat yleensä jo lapsuudessa, nuoruudessa tai varhaisella aikuisiällä. Häiriöiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa perinnölliset ja sikiökautiset tekijät, samaistuminen vanhempien käytökseen ja erilaiset lapsuuden aikaiset negatiiviset kokemukset ja traumat. (Huttunen 2016.) Persoonallisuushäiriön diagnosoinnissa ovat ensisijaisia kriteerejä psykologiset toiminnot, toisena kriteerinä on tunne-elämän voimakkuus ja asianmukaisuus, kolmantena kriteerinä on ihmisen kyky kontrolloida impulssejaan ja tarpeiden tyydyttämiseen liittyvä käyttäytyminen ja neljäntenä kriteerinä pidetään ihmissuhteiden luonnetta ja vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa (Nordling & Toivio 2009, 87). On tärkeää ymmärtää, että myös terveillä henkilöillä saattaa tietyissä tilanteissa esiintyä tapoja ja käyttäytymistä, jotka yleensä liitetään persoonallisuushäiriöön kuuluviksi. Tämä tarkoittaa sitä, että persoonallisuushäiriöön liitetyn käytöksen ja normaalin käytöksen välinen raja ei ole selkeä. On tavallista, että henkilöllä on usean eri persoonallisuushäiriön piirteitä. Miesten kohdalla yleisimpiä ovat epäluuloiset, narsistiset, epäsosiaaliset ja pakko-oireiset häiriöt. Epävakaa, riippuvainen ja huomiohakuinen persoonallisuushäiriö ovat tavallisempia naisilla. (Huttunen 2016.) Persoonallisuushäiriöt ovat varsin yleisiä ja on arvioitu, että niitä sairastaa noin 5–15 % aikuisväestöstä (Hietaharju & Knuutila 2010, 53).

Syömishäiriöt ovat psykiatrisia sairauksia, jotka ulospäin ilmenevät kehollisesti (Eklund 2012, 7). Syömishäiriöt jaetaan anoreksia nervosaan, eli laihuushäiriöön, bulimia nervosaan eli ahmimishäiriöön, näiden epätavallisiin muotoihin ja ortoreksia nervosaan (Hietaharju & Nuutila 2010, 77-78). Anoreksiaa sairastavat henkilöt pyrkivät aktiivisesti vähentämään painoaan ja ylläpitämään alipainoaan rajoittamalla energian saantiaan, runsaalla liikunnalla ja ulostus- ja nesteenoistolääkkeillä. Anorektikot kokevat itsensä liian lihaviksi, ja heidän kehonkuvansa on vääristynyt. Sairauden alkuvaiheessa anorektikot saavat usein positiivista

palautetta ja tuntevat itsensä itsevarmemmiksi ja onnistuneiksi. Heidän elämänhallinnan tunteensa kasvaa, ja siitä syntyy tarve pudottaa painoa lisää ja siten kontrolloida itseään ja elämäänsä. Anoreksiaa sairastava henkilö pelkää lihomista ja näkee sekä kokee itsensä lihavana alipainosta huolimatta. Nälkiintymistila pahentaa häiriintyneen käyttäytymisen psyykkisiä oireita, joita ovat mm. vihamielisyys, unettomuus, masentuneisuus. (Eklund 2012, 7.)

Bulimiaa eli ahmimishäiriötä sairastavien henkilöiden ajattelua hallitsevat syöminen ja lihavuuden pelko. Sairauteen kuuluu kohtauksittainen ylensyöminen, sitä seuraava oksentaminen ja laihduttaminen. (Eklund 2012, 8.) Bulimiaan sairastavan henkilön itsetunto on sidoksissa painoon ja kehon ulkomuotoon. Heillä saattaa myös esiintyä oksentamisesta johtuvaa elimistön suolojen epätasapainoa, joka aiheuttaa mm. sydämen rytmihäiriöitä. Psyykkisiä oireita ovat mm. masennus, väsymys ja haluttomuus. (Hietaharju & Nuutila 2010, 77.)

Syömishäiriöön sairastuneella käyttäytyminen saattaa myös vaihdella siten, että esimerkiksi ahmimis- ja paastoamisjaksot vuorottelevat ja paino vaihtelee. Tämä on luokiteltu epätyypilliseksi syömishäiriöksi. Syömishäiriö on epätyypilliseksi, kun kaikki laihuus- tai ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty. Epätyypillistä syömishäiriötä sairastavilta henkilöiltä puuttuu jokin keskeinen anoreksian tai bulimian oire. Yösyömishäiriö luokitellaan myös kuuluvaksi epätyypillisiin syömishäiriöihin. Yösyömishäiriö tunnetaan yleisesti, mutta sille ei ole omaa luokitusta. (Eklund 2012, 8-9.)

2.2 Päihdeongelmat

Päihderiippuvuus voi kehittyä mm. alkoholiin, nikotiiniin, lääkkeisiin sekä huumausaineisiin. Riippuvuudet, myös eri aineisiin liittyvät, muistuttavat toisiaan paljon. Riippuvuuden keskeisin oire on aineen pakonomainen käyttö sekä käytön himo. Aineen käytön hallinnan vaikeudet, kuten aloitus, määrä ja lopettaminen, kielivät riippuvuudesta. Pitkään jatkuneen riippuvuuden ja käytön myötä sietokykyä ainetta kohtaan kasvaa, ja riippuvainen joutuu siirtymään vahvempaan aineeseen tai suurempiin

käyttömääriin. Käytön lopettamisen jälkeen riippuvaiselle tulee vieroitusoireita. Päihderiippuvainen kykenee vain harvoin tunnistamaan sekä myöntämään oman riippuvuutensa aiheuttamia oireita sekä haittoja. (THL 2014b.)

Alkoholismi on krooninen sairaus, jolloin niin mieli, kuin elimistökin tulee riippuvaiseksi alkoholista. Alkoholismille ominaista on jatkuva, yleensä toistuva tai pakonomainen alkoholin käyttö. Alkoholistille kehittyy yleensä fysiologinen riippuvuus, jolloin alkoholin sietokyky, eli toleranssi, nousee ja vieroitusoireita ilmenee eriasteisina alkoholin käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä. Alkoholivieroitusoireyhtymä pakottaa yleensä jatkamaan alkoholin haitallista käyttöä. Merkittävä toleranssi tai vieroitusoireet eivät kuitenkaan aina liity alkoholismiin, vaan alkoholiriippuvuus voi ilmetä ilman niitäkin. Alkoholisti käyttää suurimman osan aikaansa jollain tapaa alkoholiin liittyen, ja siitä voi kehkeytyä ongelmia parisuhteessa, perheessä sekä työssä tai taloudellisia vaikeuksia ja rikoksia. Alkoholismin myötä lisääntyy myös masennus, univaikeudet sekä ärtyisyys. Osa pyrkii salaamaan alkoholismin mahdollisimman pitkälle ja juo siksi yksin ja salaa. (Huttunen 2016a.)

Alkoholismia voidaan selittää kahdella tasolla; psykologisella sekä biologisella tasolla. Psykologisella tasolla sen taustalla on sairastuneen taustaan sekä elämäntilanteeseen liittyv(i)ä tapahtum(i)a sekä mielelle sietämätön avuttomuuden tunne. Biologisella tasolla alkoholismin taustalla on keskushermoston toiminnan muutos, joka on aiheutunut alkoholin jatkuvan käytön ja pitkäaikaisen stressin takia. Keskushermoston toimintatavan muutos, joka ylläpitää addiktiota, eli riippuvuutta, korjaantuu hitaasti ja vaatii 3-6kk:ta kestävästä raittiin kauden. Tämän vuoksi alkoholisti tarvitsee alkoholin käytön lopettamiseen ammatillista apua tai katkaisuhoidon. (Huttunen 2016a.)

Huumaavien aineiden väärin käyttö on joko käsikauppatavaran tai reseptilääkkeiden liikakäyttöä tai aineiden käyttöä muuhun, kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen. Huumausaineista aiheutuu terveydellisiä riskejä sekä sosiaalisia ongelmia, jotka vaikuttavat niin käyttäjiin, heidän ympäristöön kuin koko yhteiskuntaankin. Huumeriippuvuus on usein

seurausta kokeilusta ja jokaisen niin sanotun satunnaiskäyttäjän olisi syytä pohtia omaa tilannettaan. Huumaavia aineita ovat mm. rauhoittavat lääkkeet, jotkin unilääkkeet (barbituraatit), kannabis, hallusinogeenit, stimulantit sekä opiaatit. (THL 2015.)

Päihteiden ongelmakäyttöä sekä huumeriippuvuuden kehittymisriskiä lisää monet psykiatriset häiriöt, sillä aineista etsitään usein helpotusta esim. Ahdistukseen, pelko- ja masennustiloihin. Usein ongelmakäyttö ja riippuvuus aiheuttavat sekä vaikeuttaa samaisia oireita. (Huttunen 2016b.) Päihderiippuvuus kehittyy saman aineen toistuvan käytön myötä, jolloin käyttö johtaa riippuvuuteen liittyviin aivo- ja psykososiaalisiin muutoksiin. Päihderiippuvuuteen sairastumiseen vaikuttaa merkittävästi myös perintötekijät, ne lisäävät arviolta 50% riippuvuuden kehittymisen riskiä. Jotkin mielenterveyshäiriöt sekä sosiaaliset tekijät altistavat myös suurempaan riskiin sairastua päihderiippuvuuteen. (THL 2014b.)

2.3 Kuntoutuja, kuntoutus ja kuntoutusmuodot

Kuntoutujaksi voidaan sanoa ketä tahansa, jolla on tarve toimintakyvyn lisäämiseen tai ylläpitämiseen selviytyäkseen omaan arkeensa liittyvistä asioista tavalla, joka tyydyttää itseään. Kuntoutus on menetelmiä ja toimintaa, jotka auttavat kuntoutujaa arjessa selviytymisessä mahdollisimman itsenäisesti. Kuntoutus voi olla mm. erilaisia palveluita tai ohjausta, jotka toteutuvat ammattilaisen toimesta yhteisymmärryksessä kuntoutujan kanssa. Kuntoutuminen on eräänlainen tavoitteellinen prosessi ja usein kuntoutustoimenpiteet ovat rajattu ajallisesti. Kuntoutuja on itse keskeisessä roolissa omassa kuntoutumisessa.

Kuntoutusprosessin aikana kuntoutujan toimintakyky, joka on heikentynyt tai jopa menetetty kokonaan, vahvistuu ja kuntoutuja kykenee pienin askelin toimimaan jatkuvasti paremmin itsensä hyväksi. (Terveyskylä 2017.)

Mielenterveyskuntoutus ja päihdekuntoutus, molemmat, koostuvat lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteistä kuten esimerkiksi psykoterapiasta, työhönvalmennuksesta, syrjäytymistä ehkäisevistä

työpajoista, päihdekuntouksesta avo- tai laitospuoleisena jne. Kuntoutus tapahtuu yhteistyössä asiakkaan kanssa ja sen avulla vahvistetaan hänen psykososiaalista toimintakykyään tai sopeutumista elinympäristöön. Kuntoutus määritellään prosessiksi, jonka avulla toimintakyvyltään heikentyneitä henkilöitä autetaan saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso. Laajasti katsoen kuntoutusta ovat kaikki ne toimet, joita hyväksi käyttäen autetaan potilasta tai toimintakyvyltään heikentyneitä henkilöä auttamaan itseään. Kuntoutuksen tavoitteiden tulee olla selkeästi määritellyt kaikissa kuntoutustoimenpiteissä, ja tavoitteiden toteutumista tulee arvioida säännöllisesti. (Fransman, Laukkala, Tuisku & Vorman 2015.)

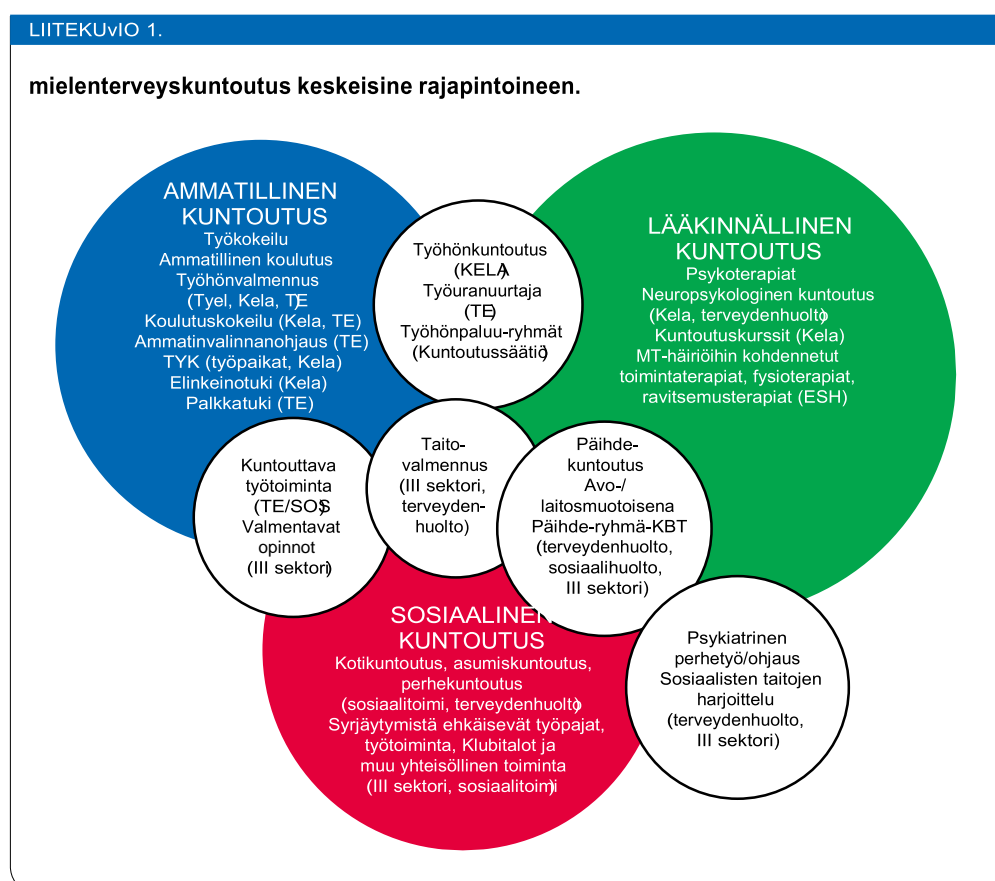
Kettusen, Kähäri-Wiikin, Vuori-Kemilän sekä Ihalaisen (2009, 22-24, 32.) mukaan kuntoutusta voidaan tarkastella myös muutoksen sekä oppimisen näkökulmasta, jolloin kuntoutuminen voidaan kuvata kuntoutujan henkilökohtaisena oppimisprosessina sekä syvällisenä muutoksena, jossa eri rooleissa ja tilanteissa muuttuvat kuntoutujan ajatukset, asenteet, tunteet ja toimintatavat. Kuntoutumisprosessin edetessä, kuntoutuja oppii pikkuhiljaa hyväksymään elämäntilanteensa muuttuneen ja näkemään uusia mahdollisuuksia. Samanaikaisesti kasvaa tietoisuus oman toiminnan vaikuttavuudesta ja katse kääntyy kohti tulevaisuutta. Kuntoutus perustuu aina kokonaisnäkemykseen kuntoutujasta ja se on aina tavoitteellista. Kuntoutus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka toteutuvat limittäin ja yhtäaikaaisesti; kuntoutumistarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laatiminen sekä toteutus ja arviointi. Tärkeään rooliin nousee jatkuva kuntoutumisen arviointi, tällä taataan myös osaltaan kuntoutumisen tavoitteellisuus.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöissä psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen raja on liukuva, varsinkin jos häiriö on pitkäkestoinen. Kuntoutuksen tavoitteena ja tarkoituksena on pyrkiä vähentämään ja/tai ehkäisemään sairauden aiheuttamaa haittaa. Esimerkiksi yksilö- ja ryhmämuotoisten oireidenhallintamenetelmien tarkoitus on samanaikaisesti sekä vähentää ja lieventää oireita, että auttaa henkilöä

selviytymään paremmin oireidensa kanssa, sopeutumaan ympäristöön ja vahvistaa hänen toimintakykyään. (Fransman, ym. 2015.)

Kuntoutus jaotellaan perinteisesti lääkinälliseen, sairauden aiheuttaman haitan vähentämiseen tähtäävään kuntoutukseen, ammatilliseen kuntoutukseen sekä sosiaaliseen, arkielämän taitoihin, elämänhallintaan ja sosiaalisessa ympäristössä selviytymiseen tähtäävään kuntoutukseen. Kuten liitekuviosta 1. käy hyvin ilmi, niin kuntoutuksen luokittelussa on päällekkäisyyksiä. Fransmanin, ym. (2015) mukaan hoitoon sitoutuminen on mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen keskeinen tavoite ja henkilön toipumisessa on ratkaisevaa jatkuva sitoutuminen mielekkääseen ja tarkoituksenmukaiseen toimintaan.

Liitekuvio 1.



Kuntoutuksia ohjaa myös lainsäädäntö. Eri organisaatioilla on erilaisia velvollisuuksia kuntouttamisen suhteen. Kunnilla on kansanterveystlain ja erikoissairaanhoidon lain mukaan velvollisuus järjestää asukkaille

lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut osana sairaanhoitoa. Sosiaalihuollolla on kuntoutusvastuu mm. päihdeongelmaisista ja heistä, joilla on toimintakyvyn ongelmia. Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen piiriin kuuluvat mm. ne, joiden työkyky on oleellisesti heikentynyt esim. mielialahäiriön vuoksi. Lisäksi kuntoutusta ohjaa mm. työeläkelaki sekä työterveyslaki. (Kuntoutusportti 2016.)

2.4 Palvelujärjestelmä

Mielenterveystyö määritellään lain mukaan työksi, joka edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua sekä ennalta ehkäisee, parantaa ja lievittää mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä. Osa mielenterveystyötä on myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen. Väestön elinolosuhteiden tulisi olla sellaiset, että ne ennalta ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntymistä ja edistävät mielenterveystyötä. (Bergman, Viveca, Moring, Juha, Nordling, Esa, Partanen, Airi & THL 2010, 31-32)

Suomessa kunnat ovat vastuussa terveydenhuollon järjestämisestä. Mielenterveyslaissa (1116/1990) mainittua ja tarkoitettua mielenterveystyötä kunnan tulee järjestää asukkailleen ehkäisevät mielenterveyspalvelut ja sellaiset mielenterveyspalvelut, joita voidaan tarjota terveyskeskuksissa. Muut kuntien mielenterveystyötä koskevat velvoitteet ovat asumisen ja kuntoutuksen järjestäminen. Edelleen kunnat ovat velvoitettuja lain mukaan huolehtimaan mielenterveystyöstä osana kansanterveystyötä ja sosiaalihuoltoa. Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) määrää erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista kuntayhtymän alueella. Jokaisen kunnan on kuuluttava sairaanhoitopiirin kuntayhtymään, ja siten taattava kuntalaistensa erikoissairaanhoito.

Mielenterveyspalveluluiden tulee olla laajuudeltaan sellaisia, että ne täyttävät kuntayhtymän tai kunnan alueella olevan tarpeen. Suositellaan, että mielenterveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti avopalveluina sekä tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. (Bergman ym. 2010, 31-32)

2.5 Hoitajien rooli, asenteet ja suhtautuminen

Psykiatristen häiriöiden hoidon painopiste on siirtynyt laitoshoidosta avohoitoon. Tosin avohoidon palvelujärjestelmä ei ole pystynyt vastaamaan tarvetta. Työn vaativuus ja kuormittavuus on oleellisesti lisääntynyt psykiatrisessa hoidossa, sillä mielenterveyshäiriöistä kärsivät ovat nykyisin enimmäkseen moniongelmaisia. Hoitoon hakeutumista ja sen toteutumista estää edelleen mielenterveyden häiriöihin liittyvä sosiaalinen leimaantuminen. (Porras 2008, 7.)

Psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana voidaan pitää sitä, että potilas saa riittävästi ammatillista tukea, joka potilas voi tunnistaa, kohdata oman sairautensa ja elämäntodellisuutensa (Porras 2008, 7). Psykiatrisen hoitotyön onnistuminen vaatii luottamuksellisen hoitosuhteen, jonka keskeisin auttamismenetelmä on vuorovaikutus. Hoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen voidaan katsoa etenevän neljän eri vaiheen kautta, jotka ovat seuraavat: orientoitumisen, samastumisen, hyväksikäytön ja päätöksen vaiheet (Porras 2008, 7). Hoitaja kohtaa potilaan kokonaisvaltaisena yksilönä ja työskentelyä ohjaavat eettiset periaatteet.

Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde. Hoitotyö on mielenterveys- ja päihdetyössä ensisijaisesti hoitosuhteessa toteutuvaa vuorovaikutuksellista toimintaa. Hoitosuhde on tärkeimpiä, jos ei tärkein, edellytys hoitotyössä (Porras 2008, 10). Vuorovaikutustaidot ovat psykiatrisen hoitotyön ydin ja ne ovat suoraan suhteessa sairaanhoitajan ammatilliseen kehittymiseen ja pätevyyden ja asiantuntijuuden näkökulmaan. Vuorovaikutuksen laatuun ja kehitykseen vaikuttavat muun muassa tekijät ympäristöstä, potilaasta ja hoitajasta. Ammatilliseen, vuorovaikutussuhteeseen kuuluu verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä, kuunteleminen ja empatia (Porras 2008, 9.) Parhaimmillaan hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on luottamuksellista, avointa, huolehtivaa ja empaattista (Karjalainen 2013, 7). Potilaan ahdistuksen ja tunteiden vastaanottaminen on osa hoitosuhteen vuorovaikutusta (Porras 2008, 9). Hoitajan tulee parhaaseen lopputulokseen pääsemiseksi olla kiinnostunut potilaasta, johdonmukainen, aito ja potilaan hyväksyvä (Karjalainen 2013,

14). Hoitosuhteen lähtökohtana on aina potilaan tarpeet ja se on henkilökohtainen. Huomioon otettavaa myös on, että hoitosuhde voi olla hyvin pitkään ja silloin usein hoitosuhde saa tärkeä aseman potilaan elämässä (Porras 2008, 9.)

Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, asenteet ja suhtautuminen.

Mielenterveyspalveluissa työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee tiettyjä persoonallisia ominaisuuksia kuten: joustavuutta, ammatillisia selviytymiskeinoja ja vahvaa identiteettiä. Eduksi on myös työkokemus ja laaja-alainen tieto mielenterveystyöstä. Kaikki edellä mainitut osa-alueet täydentävät toisiaan. Osa sairaanhoitajan osaamista ja ammatillisia selviytymiskeinoja potilastyössä ovat stressin sietokyky, aktiivinen oppimine ja päätöksen teko taidot. (Karjalainen 2013, 33-34.) Edelleen hyvää ammatillista osaamista ovat hoitajan kyky tukea potilasta sairauden kohtaamisessa ja auttaa ymmärtämään sen asettamat rajoitukset, käydä läpi niitä potilaan kanssa sekä auttaa potilasta löytämään realistisia keinoja ja voimavaran lähteitä sairauden kanssa elämisen rakentamiseen (Porras 2008, 7).

Välinpitämättömyys ja epäkunnioittava asenne voivat tuhota mahdollisuuden hoitavaan vuorovaikutussuhteeseen tai jo alkuun päässeeseen hoitosuhteen. Hoitajan tulisi olla tietoinen omasta käyttäytymisestään ja asenteistaan ja arvioida niitä jatkuvasti. Jos hoitaja työskentelee rutiininomaisesti häneltä jää helposti tunnistamatta kuntoutujan tunteet ja tarpeet. (Niemi-Mara 2017, 16 - 23.) Lapin ja Sihvon mukaan sairaanhoitajat välttelevät ja keskustelelevan vähemmän päihdepotilaiden kuin muiden potilaiden kanssa, koska he kokevat päihdepotilaat negatiivisesti. Sairaanhoitajat itse myöntävät heikentyneen työmoraaalin päihdekäyttäjien ollessa kysymyksessä. Tosin kielteiset asenteet tiedostetaan toissa hoitajissa helpommin kuin itsessä. (Lappi & Sihvo 2014, 13.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyömme tarkoituksena on esitellä narratiivisen kirjallisuuskatsauksen muodossa, kuinka hoitajan asenteet ja suhtautuminen vaikuttavat mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kuntoutumiseen ja kuinka palvelujärjestelmä vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja pääsemiseen sekä mitä asioita kuntoutujat itse kokevat tärkeiksi omassa kuntoutumisprosessissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitajan asenteet ja suhtautuminen vaikuttavat mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kuntoutumiseen?
2. Miten palvelujärjestelmä vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja hoitoon pääsemiseen?
3. Minkälaisia asioita kuntoutujat itse kokevat tärkeiksi omassa kuntoutumisprosessissa?

Tavoitteena on saada koottua kirjallisuuskatsauksen muodossa mielenterveys- ja päihdetyön opetukseen sopivaa materiaalia, jolloin saadaan lisättyä tietoa alaa opiskelevien keskuudessa sekä edistää omaa, ja mahdollisesti myös jo työelämässä olevien, ammatillista kehitystä.

3.2 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2010, 133-134.) mukaan tutkimusmenetelmä valitaan yleensä sen perusteella, mikä vastaa parhaiten tutkimusongelmaa sekä tutkimustehtävää. Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa siis tutkimuksen tarkoitus. Tutkimuksella voi olla joko yksi tai useampia tarkoituksia, joita ovat mm. kartoittaminen, selittäminen, kuvaileminen tai jonkin ilmiön ennustaminen. Kirjallisuuskatsauksen tekemiselle yhtenä perusteena on rakentaa kokonaiskuvaa tietystä

asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsausta voidaan lähestyä asettamalla sille tietyt puitteet, eli pidättäydytään oman tieteenalan alueella ja pyritään tekemään kehityskuva oman alan tutkijoiden tuottamasta aineistosta. Kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan siis jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja niiden tulokset ovat perustana kirjallisuuskatsauksen tuloksille. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan sanoa yleiskatsaukseksi, johon ei liity tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä ja se on yksi yleisimmistä kirjallisuuskatsauksen perustypeistä. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Käytettävä materiaali on laajaa ja metodiset säännöt eivät ole rajaamassa aineiston valintaa. (Salminen 2011, 5-6.)

Opinnäytetyömme menetelmä on narratiivinen, eli kuvaileva, kirjallisuuskatsaus. Sen tehtävänä on kuvata tai kertoa aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on pyrkiä kuvailemaan viimeaikaisia tai jo aiemmin tiettyyn aihealueeseen kohdennettuja tutkimuksia. Kysymyksenasettelu on useimmiten laaja, mutta se voi olla laajuudeltaan erilainen ja erilaisin rajauksin. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkastelee tyypillisesti julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, keskittyen kuitenkin lähtökohtaisesti vertaisarvioinnin käyneiden tutkimusten tarkasteluun. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää prosessin ja analyysin. Prosessiin kuuluu materiaalin hankinta ja tekstiaineiston yhdistäminen on pääsääntöisesti tehty taulukoidussa muodossa. Analyysi kuvaa jo olemassa olevan tutkimuksen merkitystä tai kontribuution osoittamisen. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.)

Salmisen (2011, 7.) mukaan narratiivinen kirjallisuuskatsaus on menetelmällisesti kevein kirjallisuuskatsauksen muoto. Sen avulla voidaan antaa laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. Siitä erotetaan tyypillisesti kolme erilaista toteuttamistapaa; toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen ideana on herättää keskustelua eikä kirjallisuuskatsaus ole sen tekijälle metodisesti tiukka, eikä sen tarkoitus ole olla objektiivinen tai puhua puolestaan. Käytämme opinnäytetyössämme menetelmänä kommentoivaa narratiivisen

kirjallisuuskatsauksen toteuttamistapaa ja pyrimme helppolukaiseen lopputulokseen.

3.3 Aineiston haku, rajausta ja valinta

Tiedon etsiminen aloitetaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja aluksi on hyvä hahmotella yleiskuva opinnäytetyön aiheesta.

Opinnäytetyön tiedon etsimisessä on oltava lähdekriittinen, niin lähteiden valitsemisessa kuin niitä tulkitessaankin. Lähteitä valitessa on erityisesti kiinnitettävä huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen, julkaisijan arvovaltaan, lähteen uskottavuuteen, lähteen ikään, tiedon alkuperään, ja lähteen todellisuuteen sekä puolueettomuuteen. (Hirsjärvi, ym. 2010, 110-115.)

Tietoperustaa lähdimme rakentamaan alan oppikirjojen sekä luotettavien internetsivustojen, kuten THL:n ja Terveyskirjaston, kautta. Lisäksi lueskelimme monia erilaisia tutkimuksia ja opinnäytetöitä aiheeseemme liittyen ja perehdyimme niissä käytettyihin lähteisiin sekä käsitteisiin. Löydetyistä lähteistä tarkastamme niiden lähdeluettelot muiden hyödyllisten lähteiden varalta. Iiron (2017) mukaan saman kirjoittajan nimen tulesa vastaan usein, tarkoittaa se yleensä sitä, että tämä henkilö on tehnyt paljon tutkimusta aiheesta. Tästä syystä yksi aineistohaku tehtiin Kuntoutussäätiön sivuilla.

Salmisen (2011, 5-6.) esittelemän Flinkin mallin mukaan kirjallisuuskatsauksen tekemisessä valitaan tutkimuskysymys ensimmäisenä, jonka jälkeen tulee kirjallisuuden sekä tietokantojen valinta. Kolmantena valitaan hakutermit. Huolellinen hakutermin valinta mahdollistaa sen, että hakutuloksien materiaali vastaa tutkimuskysymykseen. Neljäs ja viides vaihe koskevat materiaalin seulontaa. Ensin hakutuloksia karsitaan itse määriteltyjen rajaavien kriteerien mukaisesti, tämän jälkeen jäljelle jäävä materiaali seulotaan vielä niin, että lopulta käytettävä materiaali on laadukkainta mahdollista materiaalia. Tämän jälkeen on vuorossa luotettava ja pätevä katsauksen tekeminen. Viimeisenä tulee tulosten syntetisointi, joka tarjoaa myös useamman vaihtoehdon kuvailevan katsauksen ja meta-analyysin välillä.

Alkuperäistutkimusten sisäänottokriteerit:

- Alkuperäistutkimus on englannin- tai suomenkielinen.
- Tutkimus on julkaistu vuosina 2008-2018, jotta saisimme opinnäytetyömme pohjaksi mahdollisimman uutta tutkimustietoa.
- Tutkimus on saatavilla luotettavasta tietokannasta ilmaiseksi kaikille luettavaksi, jotta aiheesta kiinnostuneet voivat perehtyä paremmin opinnäytetyössämme käytettyyn materiaaliin.
- Tutkimuksen tulee käsitellä aikuisten kuntoutumista (yli 18-vuotiaita).
- Tutkimuksen tulee käsitellä mielenterveys- ja/tai päihdekuntoutumisen keinoja tai muotoja.

Alkuperäistutkimusten poissulkukriteerit:

- Alkuperäistutkimus on julkaistu ennen vuotta 2008.
- Tutkimus ei ole englannin- tai suomenkielinen.
- Tutkimus ei ole kaikille saatavilla luotettavasta tietokannasta.
- Tutkimus käsittelee alle 18-vuotiata.
- Tutkimus ei käsittele mielenterveys- ja/tai päihdekuntoutumisen keinoja tai muotoja.

Olemme hakeneet tietoa opinnäytetyöhömme erilaisista tietokannoista, mm. Masto Finna, Melinda, Medic, sekä joidenkin yliopistojen omista julkaisuarkistoista. Tiedonhaussa olemme käyttäneet seuraavia hakusanoja: mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyshäiriöt, päihdehäiriöt, päihdeongelma, päihdekuntoutuja, kuntoutusmuodot sekä kuntoutuminen. Olemme yhdistäneet näihin myös seuraavia hakusanoja: kokemus, selviytyminen, toipuminen ja sitoutuminen. Hakusanat valikoituivat tietoperustan rakennusvaiheessa kerätyistä keskeisistä käsitteistä. Englanninkielisiä lähteitä olemme etsineet Masto Finnasta, PubMedistä, sekä joidenkin yliopistojen julkaisuarkistoista yhdistellen hakusanoja: mental health, mental illness, recovery, rehabilitation ja empowerment. Valintakriteereinä ovat olleet tiedon kohdentuminen aihepiiriimme, ajoittuminen vuosille 2008–2018, julkaisijan arvovalta sekä

lähteen todellisuus, ajankohtaisuus ja puolueettomuus. Kuvaamme tarkemmin tiedonhankintaprosessia Taulukossa 1.

Taulukko 1. Tiedonhankinnanprosessin vaiheet

Tietokanta	Kaikki osumat	Otsikon perusteella tarkastellun otetut	Tiivistelmän perusteella lisätarkastellun otetut	Koko tekstin, luotettavuuden sekä tieteellisyyden arvioinnin jälkeen hyväksytyt
Medic	43	3	2	0
Finna	422	4	2	0
Tampereen yliopiston julkaisuarkisto	657	11	7	2
MastoFinna	50	2	1	0
Melinda	112	3	2	0
PubMed				
Arto	3	0	0	0
Helsingin yliopiston digitaalinen arkisto	25	2	1	1
Kuntoutussäätiön julkaisut	198	14	4	2

Salmisen (2011) mukaan narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen kerätty tutkimusaineisto ei lähtökohtaisesti käy läpi erityisen systemaattista seulaa, sillä löyhemmälläkin otteellakin on mahdollisuus päästä kirjallisuuskatsauksen mukaisen synteessin omaaviin johtopäätöksiin. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus ei siis tarjoa analyttisintä tulosta, vaan auttaa ajantasaistamaan jo olemassa olevaa tutkimustietoa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuitenkin määriteltävä jo aineiston keräämisvaiheessa, ne voivat olla mm. tiettyihin vuosiin, kieleen, luotettavuuteen tai julkaisijaan liittyviä ja noudatamme niitä koko tiedonhankinnanprosessin ajan. Sisäänottokriteerit valittiin ennen tutkimusten valintaa tutkimuskysymyksiin perustuen. Huolellinen mukaanotto- ja poissulkukriteerien muotoilu täsmentää hakutermejäkin vielä tarkemmin. (Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. 2007, 58-59; Pihlainen. 2016, 5.)

Tietokantahaut suoritettiin yhteensä kahden viikon aikana, jolloin valitsimme opinnäytetyössämme käytettävät tutkimukset sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Tämä oli mahdollista siksi, että tiivistelmän luvun jälkeen tutkimuksia jäi karsittavaksi vain 19. Tutkimusten valinta tehtiin kolmessa vaiheessa, ensimmäisessä vaiheessa tutkimukset valittiin mukaan otsikon perusteella, toisessa vaiheessa tiivistelmän perusteella ja viimeisessä vaiheessa koko tekstin sekä luotettavuuden ja tieteellisyyden arvioinnin perusteella. (Johansson ym. 2007, 59.) Hakuprosessin edetessä hylkäsimme suurimman osan hakutuloksista aiheen, otsikon, kielen, julkaisuvuoden tai saatavuuden perusteella. Lopulta valitsimme kirjallisuuskatsauksemme 5 tutkimusta, joissa käsiteltiin mielenterveys- ja päihdepotilaan kuntoutumisen muotoja. Taulukossa 2 on esiteltyinä opinnäytetyöhömmme valikoidut teokset ja tutkimukset.

Taulukko 2. Opinnäytetyöhön valikoidut teokset ja tutkimukset.

Tekijä	Teoksen/ Tutkimuksen nimi	Tarkoitus	Keskeiset tulokset
--------	---------------------------	-----------	--------------------

<p>Mattila-Aalto Minna 2009</p>	<p>Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista</p>	<p>Tarkoituksena selvittää mitä osallisuus on ja kuinka se vaikuttaa kuntoutumiseen päihdekuntoutujien ja heitä auttaneiden ihmisten näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan osallisuuden ilmeneminen voidaan jakaa kolmeen osaan; elämänhallinnan osallisuuteen, elämänpoliittiseen osallisuuteen sekä elämänorientaation osallisuuteen. Keskeisenä tuloksena on kuntoutuksen ”sosiaalinen mekanismi, joka koostuu kaikista kolmesta osallisuuden muodosta, niiden sisällöstä sekä osallisuuden reflektiomekanismista.</p>
<p>Nieminen Irja 2017</p>	<p>Koulutusinterventio osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta</p>	<p>Kehittää koulutusinterventiosta käytännön teoria osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Mitä tulisi huomioida, jotta mielenterveyskuntoutujien selviytymistä koulutuksessa voidaan tukea ja millä keinoin.</p>	<p>Koulutukseen mielenterveyskuntoutuksen osana vaikuttaa suuresti sosiaalinen vuorovaikutus, pedagoginen osaaminen, kuntoutujan sisäiset voimavarat ja valmiudet sekä tukiverkosto. Kouluttautumisen onnistumiseen vaikuttaa positiivisesti mm. koulutuksen ajoituksessa huomioitu kuntoutumisvaihe, koulutuksen tavoitteellisuus sekä tietoinen sitoutuminen koulutuksen.</p>
<p>Kuusisto Katja 2010</p>	<p>Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen</p>	<p>Tarkoituksena löytää eroja ja yhtäläisyyksiä toipumisen tavoista vertailevan asetelman kautta.</p>	<p>Jokainen toipumisprosessi on ainutlaatuinen erilaisten taustatekijöiden ja toipumiskeinojen takia, silti kaikissa</p>

			toipumisprosesseissa käydään samat vaiheet läpi. Toipumisprosessin etenemisen vaikuttavat kuntoutujan oma kokemus päihdeongelman vakavuudesta, toipumisreitti sekä kuinka päätyy avunpiiriin.
Rissanen Päivi 2015	Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta	Tarkastella sairastumis-, sairaala- ja kuntoutumiskokemuksia sekä identiteetin muuttumista sairastumisen ja kuntoutumisen eri vaiheissa.	Vuorovaikutus, kuntoutujan motivointi ja kuulluksi tuleminen tunne, henkilökemiat, oikea-aikaisuus ja kuntoutujan mielipiteiden huomioon ottaminen näyttelevät suuressa roolissa kuntoutumisprosessin jokaisessa vaiheessa.
Holma Irina	Long-Term Follow-Up Study Focusing on MDD Patients' Maintenance Treatment, Adherence, Disability and Smoking.	Tavoitteena oli tutkia masennuslääkityksen yllä- pitohoidon toteutumista, kestoa ja ennustetekijöitä, masennuspotilaiden riskitekijöitä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen suhteen ja vakavan masennustilan ja tupakoinnin pitkäaikaisyhteyksiä, alkoholihäiriötä mahdollisena sekoittavana tekijänä ja niiden keskinäisiä suhteita ajan kuluessa.	Masennustila ja sen ylläpitohoito, hoitoasenteet, hoitomyönteisyys, persoonallisuushäiriöt, päihdeongelmat ja niiden vaikutus mielenterveysongelmiin.

3.4 Aineiston analyysi

Tuomen ja Sarajärven (2009, 105-108.) mukaan sisällönanalyysiä on aineiston tarkasteleminen eritellen, eroja ja yhtäläisyyksiä etsien sekä tiivistäen. Sisällönanalyysissä, eli tekstianalyysissä, tarkastellaan tekstimuotoisia, tai sellaiseksi muunnettuja, aineistoja. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään muodostamaan reflektoitu kuvaus sisällönanalyysin, eli sanallisen tekstin sisällön kuvailun, avulla.

Sisällönanalyysi on sanallista tekstin sisällön kuvailua. Sillä voidaan tarkoittaa sekä laadullista analyysiä että määrällistä erittelyä. Molempia on mahdollista käyttää samassa työssä, samaa aineistoa analysoitaessa. Laadullisessa sisällönanalyysissä jaetaan ensin aineisto pieniin osiin, tämän jälkeen käsitteellistetään aineisto ja lopuksi järjestetään aineistosta uudenlainen kokonaisuus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-116.)

Seuraavassa kuvaamme tämän opinnäytetyön sisällönanalyysiprosessia. Sisällönanalyysin aloitimme analyysirungon luomisella, joka on ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä. Analyysirunkoon kuuluu erilaisia luokituksia tai kategorioita, jotka tässä opinnäytetyössä tarkoittavat jaottelua kuntoutujien kokemuksiin, sairaanhoitajan toimintaan sekä palvelujärjestelmän vaikutuksiin. Jaotteluun päädyimme laatimiemme tutkimuskysymysten perusteella. Ensin tutustuimme aineistoon, jonka jälkeen pelkistimme aineistosta mielestämme kaiken olennaisen tiedon, mikä vastasi tutkimuskysymyksiimme. Aineistoa lähdimme pelkistämään niin, että otimme muistisanoja ja asioita erilliselle paperille valitsemistamme väitöskirjoista, jonka jälkeen jaottelimme ne paperilla valitsemiimme kategorioihin. Kategorioiden valitsemisen jälkeen kirjoitimme muistisanojen pohjalta opinnäytetyömme tulokset. Kirjoittamisen jälkeen tulostimme opinnäytetyömme ja luimme sen läpi samalla korjaten kirjoitusvirheitä ja parannellen tekstiä. Korjailujen jälkeen tulostimme opinnäytetyömme uudelleen ja leikkelimme kaikki kappaleet ja lauseet omiksi pieniksi lapuiksi, jotta saimme ne järjestettyä loogiseen järjestykseen. Tätä kappaleiden ja lauseiden järjestämistä lattialla teimme

muutaman kerran, jotta saimme tulokset mielestämme loogisimpaan ja parhaimpaan järjestykseen. Tutkimusaineiston analyysin perusteella suurimpia kuntoutumiseen vaikuttavia seikkoja ovat hyvä hoitosuhde, vertaistuki ja kouluttautuminen. Hoitotyön auttamismenetelmistä suurimpia vaikutuksia on hoitajan suhtautumisella, aidolla kuuntelulla ja läsnäololla, oikea-aikaisuudella sekä tiedolla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 116.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

4.1 Hoitoon hakeutuminen ja palvelujärjestelmä

Hoitoon hakeutuminen on ensimmäinen askel kohti kuntoutumista. Yleensä sairastunut on sairautentunnon, eikä ymmärrä itse hakea itselleen apua, jolloin sairauden tunnistamisessa sekä myöntämisessä tärkeä rooli on puheeksi ottamisella. Puheeksi otto voi tapahtua käytännössä missä vaan, perheessä, lähipiirissä, työpaikalla tai perusterveydenhuollossa. Hoitajilla on tärkeä rooli tässä, on uskallettava ottaa puheeksi myös vaikeat asiat, eikä vaieta juuri tärkeällä hetkellä. Vastaanoton syyhyn katsomatta, on tarvittaessa uskallettava ottaa puheeksi myös mielenterveys- ja päihdeongelmat. Tapa, millä hoitoon ohjaaminen tapahtuu, on myös merkittävässä roolissa, sillä voi joko auttaa voittamaan pelkoja ja ennakkoluuloja, tai lietsoa niitä lisää. Mikäli sairastunut kohdataan ymmärtäväisesti ja ystävällisesti, mutta silti päättäväisesti ja jämäkästi, voidaan rohkaista häntä kulkemaan kohti sairauden myöntämistä ja avun hakemista. (Nieminen 2017; Rissanen 2015.)

Usein avun hakemista venytetään pakkotilanteeseen asti, aina ajatellaan, että kyllä tämä tästä vielä helpottaa. Omia ongelmia piilotellaan häpeän pelossa. Ajattelu tapa on myrkyllinen, ja usein vain vie syvemmälle sairauteen ja pitkittää samalla omaa kuntoutumista. Kun vihdoinkin uskaltautuu hakemaan apua, antaa itselleen mahdollisuuden sairastamiseen ja muutokseen. (Nieminen 2017; Rissanen 2015.)

Päihteidenkäyttäjät jaottelevat itseään ja toisiaan tietyn hierarkian mukaan, ja hierarkiassa korkealla olevia arvostetaan, kun taas hierarkian alakastiin kuuluvia halveksitaan. Hierarkia perustuu siihen, että kuinka paljon, kuinka pitkään ja mitä on käyttänyt. Usein tämä hierarkia järjestelmä mahdollistaa päihteidenkäyttäjälle ajattelutavan, jonka mukaan löytyy aina itseään alemmassa kastissa olevia päihteidenkäyttäjiä. Tämän ajattelutavan mukaan sinnitellään usein vuosia, ennen kuin muutosvalmius alkaa näyttäytyä ajatuksissa. (Mattila-Aalto 2009.)

Kuusiston (2010.) tutkimuksen mukaan päihteiden käytön loppuvaihe on usein sekä psyykkisesti että fyysisesti erittäin kuormittavaa, ja se motivoi päihteiden käytön lopettamiseen ja kuntoutumiseen. Itsetuhoiset ajatukset ja itsemurhat ovat yleisiä pitkään päihteitä käyttäneillä. Päihteiden käytöllä pyritään myös irti itsetuhoisista ajatuksista, kun ei vielä tiedä muita keinoja hallita ajatuksiaan. Tarve kuntoutumiseen voimistuu vähitellen päihteiden käytön aikana. Kuntoutumista kohti kuljettaa vuosien päihteiden käytöstä kasaantuvat ikävät seuraukset, niin kutsutut poispäin työntävät tekijät. Päihteiden käytön loppuvaiheilla kiinnostus päihteitä kohtaan vähenee ja niiden käyttö on voinut huomaamatta pikkuhiljaa jo vähentyä. Päihteiden käytöstä seuranneiden vaikutusten kasvu on merkityksellistä muutosvalmiuden lisääntymisessä. Tutkimuksessa mukana olleiden puheista kävi ilmi, että muutosvalmiuden sisäistäminen korostuu muutoksen tekemisessä. Muutoksen tekeminen ei käy nopeasti, ja muutosvalmius kypsyy usein myös pitkään, mutta kaikki tapahtumat ennen lopullisen muutoksen tekemiseen ovat kuin oppimismatka itseän, jonka kautta oppii tuntemaan itseään paremmin sekä omat retkahdusriskit ja tavat vastata niihin.

Mielenterveys- ja päihdeterveyshuollon palvelujärjestelmä on sokkeloinen ja ainakin asiakkaan näkökulmasta huonosti organisoitu. Asiakkaan hoito ei etene palvelujärjestelmässä johdonmukaisesti. Asiakas joutuu yleensä tapaamaan monia eri ammattilaisia aina uudelleen ja uudelleen. Asiakas tuntee olevansa vain pelinappula laudalla ja hänen tämä vaikuttaa hänen motivoitumiseensa ja hoitoon sitoutumiseensa negatiivisesti. Auttajien vaihtuessa jatkuvasti ei voida puhua enää kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kohtaamisesta. Hoitoprosessi hajoaa ja sillä ei ole selkeää jatkumoa. (Rissanen 2015.) Kun kuntoutuja kuntoutuu tietyn laitoksen tarjoaman mallin mukaisesti ja/tai tietynlaisia tapaa noudattaen sitoutuu hänen ajatusmallinsa raittiudesta näihin ajatus- ja toimintamalleihin. Päihdekuntoutujat esittäytyvät usein vielä vuosia kestäneen raittiutensa jälkeen päihdekuntoutujina ja hakeutuvat tai jäävät kuntoutumisensa myötä myös kuntoutustoiminnan piiriin. (Mattila-Aalto 2009.) Negatiiviset kokemukset hoitoon hakeutumisesta voivat vaikeuttaa myöhempää

hoitoon motivoitumista ja siihen sitoutumista. Moniongelmaisten asiakkaiden kohdalla sekavan palvelujärjestelmän aiheuttamat ongelmat korostuvat. Kukaan ei ota vastuuta hoidon tai kuntoutuksen kokonaisuudesta, vaan asiakkaita "pompotellaan" luukulta toiselle. Usein ei edes organisaation sisällä ole selkeää käsitystä tehtävien jaosta ja vastuualueista. Vajavaisesta koordinoinnista ja yhteistyön puuttumisesta eri toimijoiden välillä kärsii ennen kaikkea asiakas ja hänen hoitonsa. Valitettavasti on myös suuri ryhmä asiakkaita, joilla omat voimavarat ja kyvyt eivät enää riitä avun etsimiseen palvelujärjestelmän viidakosta. (Rissanen 2015.)

Osallisuus ja osallistuminen ovat laajasti tunnustettuja arvoja. Ne tukevat kuntoutujan ja kokemusasiantuntijan identiteettiä toipumisessa. Osallisuuteen sisältää mielenterveyslain pykälän 4 mukaan muun muassa oma-aloitteisen hoitoon hakeutumisen tukemisen (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 4 §) ja edelleen Mielenterveyslain 22 b § määrää, että potilasta on hoidettava yhteistyössä hänen kanssaan ja hoidosta on laadittava hoitosuunnitelma (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 22 b §). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista taas turvaa potilaalle hoitoon pääsyn, tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta tarvittaessa laadittavan suunnitelman, potilaan tiedonsaanti oikeuden ja potilaan itsemääräämisoikeuden (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/786. 4–6 §).

Terveydenhuollon rakenteet ja toimintatavat muuttuvat hitaasti ja jo tehdyt muutokset ovat entisestään heikentäneet mielenterveyspalveluja julkisella sektorilla. Yksilöt nähdään joko tulo- tai menoerinä. Mielenterveystyötä ei ole kehitetty heikon taloudellisen tilanteen vuoksi, toisaalta kyse saattaa olla myös asenteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatiot ovat edelleen erittäin byrokraattisia ja hitaasti muutoksiin reagoivia. Niiden muita negatiivisia ominaisuuksia ovat puolestaan vieraantuminen todellisuudesta, ulkopuolisuus sekä yksilöiden vieraus toisilleen. Palvelujärjestelmän tulisi olla asiakaslähtöisempi, toimivampi ja nopeammin reagoiva. Muutoksia voisi edes osittain yrittää toteuttaa kokemusasiantuntijuuden tai vertaistuen avulla. (Rissanen 2015.)

4.2 Hoitajan vaikutus kuntoutumiseen

Yksinkertaiset kysymykset ja lausahdukset saattavat olla niitä käänteen tekeviä asioita kuntoutujalle. Hoitaja voi huomaamattaan sanoa tai tehdä jotain sellaista, että kuntoutuja jää asiaa miettimään ja se voi johtaa asioiden muuttamiseen ja kuntoutuja ottaa enemmän vastuuta omasta elämästään ja kuntoutumisestaan. Käänmentekevä asia voi olla myös ”pohjakokemus”, jolloin kuntoutuja kokee olevansa niin pohjalla, ettei alemmas enää pääse, ja yksinkertaisesti kyllästyy elämäänsä ja päättää muuttaa sen. (Rissanen 2015; Kuusisto 2010.)

Se, millä käsitteellä kutsuu kuntoutujaa, on tärkeä merkitys. Käsitteet kuten ”psykkisesti sairas”, ”mielenterveysongelmainen”, ”päihdeongelmainen”, ”kuntoutuja” sekä ”kokemusasiantuntija” luovat jokainen aivan erilaisen ennakkokäsityksen niin käyttäjälle, kuin kuulijallekin. Käsitteet vaikuttavat myös siihen, miten kuntoutujaa kohdellaan ja minkälaisena hän näkee itsensä ja mahdollisuutensa. Käsitteiden käyttö vaikuttaa myös kuntoutujan uudelleen rakentuvaan identiteettiin, käsite ”kuntoutuja” luo paljon positiivisemmän kuvan kuin esimerkiksi ”päihdeongelmainen”. Kuntoutujat oppivat usein myös puhumaan ”hoitokielen” termein ja käsittein, jolloin kuntoutuja ei välttämättä osaa puhua enää omana itsenään, vaan puhuu kuin hoitajien suulla itsestään. Tämä voi aiheuttaa myös ongelmia asioiden tulkitsemisessa, jos kuntoutuja ei tarkoin tiedäkään mitä hänen käyttämät termit tarkoittavat. Hoitajan on osattava varmistaa kuntoutujalta mitä tämä tarkoittaa, mikäli kuntoutujan termien käyttö epäilyttää hiemankin. (Mattila-Aalto 2009; Rissanen 2015.)

Eri hoitovaihtoehtoja ja niiden toteutumista mietittäessä on otettava huomioon potilaan itsemääräämisoikeus, kuten lakikin jo määrää. Potilas on oikeutettu itsemääräämisoikeuden nojalla tekemään hoitojaan koskevia päätöksiä ja valita noudattaako hän hoitosuunnitelmaa vai ei. Potilaan omilla päätöksillä on luonnollisesti merkittävä vaikutus hoidon lopputulokseen. Hoitohenkilökunnalla on kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa potilaan päätöksentekoprosessiin antamalla potilaalle tietoa eri

hoitovaihtoehtojen mahdollisista seurauksista. Esimerkiksi masennuksen uusiutumisen todennäköisyydestä eri hoitovaihtoja käytettäessä.

Hoitopäätöksiä tehtäessä potilasta tulisi kohdella aktiivisena osanottajana päätöksenteossa, jos vain potilaan tila mahdollistaa sen. Potilaan kanssa yhteistyössä toiminen ja psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia ovat kaksi tärkeimmistä suotuisan hoitotuloksen tekijöistä. (Holma 2013.)

Rissasen (2015) ja Mattila-Aallon (2009) mukaan kuntoutujan identiteetin muodostumiseen vaikuttaa negatiivisesti mm se, että jotkut hoitajat ja lääkärit kuvittelevat tietävänsä kuntoutujaa paremmin, mikä häntä auttaa. Kuntoutujat ovat yksilöitä, ja kuntoutuspolku on jokaisella omanlainen, joten samat keinot eivät toimi kaikille. Hoitajien tulisi kuunnella kuntoutujia ja olla pakottamatta heitä osallistumaan esimerkiksi taitoharjoitteluryhmiin, jos kuntoutuja itse kokee, ettei ole yhtään ryhmässä toimija. Hoitaja voi helposti ajatella tällaisessa tilanteessa, että kuntoutuja yrittää vetäytyä omiin oloihin ja tämä hankaloittaa kuntoutumista, vaikka kuntoutuja itse kokee ryhmätoiminnan vain pahentavan omaa tilannettaan. Kuntoutuja kokee tällaisissa tilanteissa, että hänet yritetään ahtaa tiettyyn muottiin, eikä häntä kohdata yksilöllisesti, eikä hänen henkilökohtaisia tarpeita kuunnella ja oteta huomioon, nämä yhdessä voivat pahimmillaan johtaa hoitosuhteen päättymiseen ja sitä kautta kuntoutujan tilan romahtamiseen. Oikea-aikaisuus on yksi erittäin tärkeä seikka kuntoutuksessa, vaikkakin erittäin haastava toteuttaa aaltoilevan voinnin vuoksi.

”Älä Lasse pyri enää irti mistään,

vaan kohti jotain.

Se oli mielestäni niin hyvin sanottu että.

En pyri mistään irti, vältän vain asioita.”

Lasse, 51. (Mattila-Aalto. 2009.)

Aito ja vilpitön rohkaisu ja välittäminen voivat olla täysin uusia asioita kuntoutujille (Kuusisto 2010). Tällainen kohtelu voi aluksi tuntua kuntoutujasta ahdistavalta ja hämmentävältä, mutta samanlaisen kohtelun saaminen jatkossa auttaa kuntoutujaa näkemään uusia mahdollisuuksia

omassa elämässä. Oman elämäntilanteen näkemiseen havahtuminen on voimakas, henkinen kokemus, joka vapauttaa entisistä ajattelu- ja toimintamalleista ja avaa kuntoutujan silmät uudelleenlaisille ajattelu- ja toimintamalleille. Ajattelumallin muutos mahdollistaa mm. uudenlaisen itsensä huomioimisen sekä sosiaalisten suhteiden muuttumisen voimavaroiksi. Hoitajan yhtenä tehtävänä on auttaa kuntoutujaa luomaan uusi minäkuva, joka keskittyy korostamaan realistisesti kuntoutujan terveitä puolia. Kuntoutujan on myös osattava ajatella realistisesti heikkouksiaan, vahvuuksien rinnalla. (Nieminen 2017; Mattila-Aalto 2009.)

Läsnäolon ja turvallisuuden tunteen merkitystä ei tule vähätellä, Rissanen (2015) mukaan monet kuntoutujat kaipaavat ahdistavan olon hetkellä nimenomaan toisen ihmisen läsnäoloa ja turvallisuuden tunnetta. Ahdistusta, kuten monia muitakin tunteita, on paljon helpompi käsitellä, kun olo on turvallinen ja kokee, että joku on aidosti läsnä.

*”Eilen minä petyin,
sinä et jaksanutkaan kohdata minua,
sinä et jaksanut ottaa vastaan kipuani, tunteitani.
Sinä et jaksanut olla läsnä, vaan minä jäin yksin,
niin kuin monta kertaa aikaisemminkin.
Sitä minä eilen itkin.”*

(Rissanen (2015) päiväkirja 6.5.1993)

Hoitajan ja kuntoutujan luottamuksen molemmin puolinen kasvaminen helpottaa molempien työtä (Rissanen 2015). Kuntoutujan epävarmuus itseään ja kuntoutumista kohtaan vähenee ja kuntoutuja oppii luottamaan siihen, että saa apua, kun huomaa hoitajan luottavan itseensä. Hoitajan tehtävänä on saada lisättyä kuntoutujan kärsivällisyyttä kuntoutumiseen motivoitumiseen ja auttaa kuntoutujaa miettiä itselleen mielekkäitä ja tavoitettavissa olevia tavoitteita ja motivoida kuntoutujaa kulkemaan kohti tavoitteitaan. Päihdekuntoutujan luotettavuuden arviointiin vaikuttaa merkittävästi, kuinka tämä pystyy kantamaan vastuunsa. Päihdekuntoutujien kohdalla vastuu, ilman edellytyksiä, aiheuttaa

vastuuttomuutta, joka on päihdeongelmaisille tyypillistä. (Mattila-Aalto 2009.) Sosiaalisen kanssakäymisen vuorovaikutuksellisuus, aitous ja tasa-arvoisuus kuntoutujien ja henkilökunnan välillä on havaittu olevan yksi tärkeimpiä kuntoukseen vaikuttavista tekijöistä (Nieminen 2017).

Sosiaalinen osallisuus korostuu myös kuntoutujan arkeen palaamisessa, jolloin tärkeää ovat perhe ja ystävyysuhteet (Kuusisto 2010).

Rissasen (2015) mukaan yksi asiakassuhteen paranemista edistävä tekijä on puhuminen, jonka kuntoutuja kokee mahdolliseksi, jos hoitaja kohtaa ihmisen kokonaisena ja luo itsestään luotettavan mielikuvan. Kuntoutujalle on tärkeää, että hänen sairaudestaan puhutaan sen oikealla nimellä ja se, että hoitaja osaa auttaa kuntoutujaa näkemään oman sairautensa ja myöntämään sen. Työntekijä ovat ammattiauttaja, jonka ammattitaito pohjautuu muun muassa teoreettiseen tietoon ja ammatilliseen kokemukseen. Vertaisohjaaja on kuin silta tai tulkki ammattiauttajan ja kuntoutujien välillä. Yhteistyössä vertaisohjaajan, toisten kuntoutujien ja ammattiauttajien kokemukset ja tieto tukevat ja vahvistavat toisiaan, jolloin hoito ja kuntoutus saa sekä teoreettiset että kokemuspohjaiset raamit.

Osallisuus ja syrjäytyminen ovat muuttuvia ja relatiivisia käsitteitä.

Osallisuus ei ole välttämättä määriteltävissä syrjäytymisen, osattomuuden ja ulkopuolisuuden vastakohtaksi, sillä harvaihminen on kuitenkin täysin osaton tai osallinen. Osallistamisessa on otettava aina huomioon osallistujan omat intressit. Esimerkiksi kuntoutuksessa on toimittava siten, että kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet omaan kuntoutusprosessiinsa ovat todelliset. Täten kuntoutus palvelee ja vahvistaa kuntoutujan psyykkisiä ja fyysisiä positiivisia ja voimaannuttavia kokemuksia kuntoutuksesta ja siten hänen osallisuuden tunnettaan. Sallimalla kuntoutujan osallisuus on hyvä lähtökohta hänen kuntoutumisprosessilleen. On tärkeää, ettei kuntoutujaa yritetä pakottaa johonkin valmiiksi päätettyyn muottiin, vaan häntä kohdellaan yksilönä. Kuntoutujan motivoitumismalattia on myös tärkeä rakentaa, jotta kuntoutumisen vastuu siirtyy vähitellen kuntoutujalle itselleen enemmän ja enemmän. Kuntoutumismalattia voidaan edistää mm. ”päiväkerrallaan” - ajattelulla, tukemalla kuntoutujaa osallisuuteen, osallistumiseen sekä

hoitoon sitoutumiseen ja velvoittaa tätä pyytämään apua tarvittaessa.
(Rissanen 2015; Mattila-Aalto 2009.)

Palat helisevät sisälläni omaa musiikkiaan

Itse en pysy mukana niiden sävelissä

Ne soittavat omaa kappalettaan irrallaan minusta

Me, minä ja tunteet, emme kulje käsi kädessä

(Päiväkirja syksy 1994) (Rissanen 2015.)

Mattila-Aalto (2009) esittelee tutkimuksessaan elämönhallinnan, elämänpoliittisen sekä elämänorientaation osallisuudet, jotka rakentuvat kuntoutuksen sosiaalisissa suhteissa. Elämönhallinnan osallisuus tarkoittaa kuntoutujan ”alistumista” tiukkaan kuriin kuntoutuksessa ja suostuu noudattamaan sovittuja asioita. Elämönhallinnan osallisuutta voidaan ajatella myös kuntoutujan osallistumisena kuntoutukseen. Elämänpoliittinen osallisuus taas tarkoittaa sitä, että kuntoutuja laajentaa osallisuuttaan myös virallisen kuntoutuksen ulkopuolelle. Elämänpoliittiseksi osallisuudeksi voidaan katsoa olevan mm. osallistuminen ryhmiin, jotka tukevat kuntoutujaa. Elämänorientaation osallisuudella tarkoitetaan kuntoutujan kykyä nähdä itsensä useisiin sosiaaliin piireihin kuuluvana henkilönä sekä näiden piirien kuntoutujaan itseensä kohdistamat odotukset. Elämänorientaation osallisuus auttaa kuntoutujaa rakentamaan kuntoutujalle omaa polkua kohti tulevaisuutta.

Päihdehuollossa osa asiakkaista on niin sanottuja ongelma-asiakkaista. He epäilevät työntekijöiden asiantuntemusta ja heidän menetelmiään. Yleensä he pysyvät avun piirissä ollakseen toimintakykyisiä, edes jossain määrin, ja samalla etsivät itselleen hyväksyttävää ammattiauttajaa. He epäilevät jokaisen ammattiauttajan kykyä heidän auttamiseensa. Päihteidenkäyttäjän näkökulmasta ja hänen logiikallaan ajateltuna liian intensiivisestä kuntouttamisesta saattaa seurata sairastuminen. (Mattila-Aalto 2009.) Kuntoutusjärjestelmän sisälläkin tapahtuu osallisuutta ja syrjäytymistä. Miten paljon kuntoutuja voi vaikuttaa omaan elämäänsä ja

itsensä määrittelyyn riippuu paljolti auttajan auttamistavasta. (Nieminen 2017.)

Siirtyminen laitoshoidosta avohoitoon voi aiheuttaa kuntoutujalle haasteita ja ongelmia, joihin hän tarvitsee tukea ja apua. Kaikki käytännön asiat, kuten kaupassa käynti, ruoanlaitto ja muut arkiset asiat voivat tuntua korostetun haasteellisilta siirtymävaiheessa. Laitoshuollossa kuntoutuja pystyy tukeutumaan hoitajaan vaikka jatkuvasti, mutta avohoidossa hoitokontaktia on paljon vähemmän ja kuntoutuja joutuu selviämään itsenäisesti suurimman osan aikaa. Siirtymävaiheeseen olisikin järjestettävä riittävästi tukea, jotta kuntoutuminen voi edistyä. (Rissanen 2015.) Vastahankainen ja aina takaisin kuntoutuksen piiriin palaava asiakas on ammattilaisille haaste. Auttajan on vaikea löytää luottamusta tukevia asioita asiakkaastaan ja hänen toiminnastaan, mutta yleensä auttajan halu auttaa ja osoittaa aina uudelleen luottamusta asiakastaan kohtaan luovat perustan näiden asiakkaiden tukemiseen. (Mattiila-Aalto 2009.)

4.3 Kuntoutujien tärkeinä pitämiä tekijöitä omassa kuntoutuksessa

Diagnoosin saaminen muuttaa identiteettiä ja tekee aiemmin terveestä ihmisestä sairaan, ehkä jopa leimatun, riippuen siitä, miten kukakin asian itse ajattelee. Diagnoosin saaminen voi myös olla helpotus, sen myötä osaa suhtautua oireiluun ja ymmärtää asioita eri tavalla. Diagnoosin saaminen myös antaa luvan olla sairas, eikä tarvitse potea omantunnon tuskia jatkuvasta väsymyksestä tai sairauslomista. Oikean diagnoosin saaminen on myös avainasemassa niin hoidon kuin kuntoutuksenkin saamiseen ja sisältöön. Kuntoutujaa tulee tukea identiteetin uudelleen rakentamiseen, sillä sairastuneena identiteetti on usein pirstaleinen ja kuntoutuja kokee itsensä erilaiseksi ja leimatuksi. Identiteetin uudelleen rakentuminen on yksi tärkeä osa kuntoutumista. (Rissanen 2015.)

Kuntoutuminen on muutosprosessi, johon sisältyy monenlaisia vaiheita, kuten luopuminen potilaan roolista sekä uuden identiteetin muodostamisen kuntoutujana. Roolien, toimintatapojen, asenteiden,

tunteiden sekä ajatusten muuttuminen on oleellinen osa kuntoutumista ja uuden identiteetin rakentumista. Vaikka kuntoutuja muuttuu kuntoutusprosessin aikana, tunne siitä, että osa hänen minuudestaan säilyy, muutoksesta huolimatta, on välttämätöntä hänen uuden ja vanhan identiteettinsä yhdentymiselle. (Rissanen 2015; Kuusisto 2010.)

Kuntoutuminen on uudenlaista elämää, itsetuntemusta sekä tervettä itsekkyyttä kohti kulkemista. Kyky oppia löytämään asioita, jotka tukevat omaa kuntoutumista ja välttämään kuntoutumiseen haitallisesti vaikuttavia asioita, on edellytys kuntoutumisessa onnistumiselle. Kuntoutumiseen motivoituminen ei ole yksinkertaista. Kuntoutumisessa edistyminen voi sekä kannustaa jatkamaan, että vähentää motivaatiota ylläpitää muutosta. (Kuusisto 2010.)

Kuntoutujalle kuuluvat samat oikeudet ja velvollisuudet oman elämänsä hallintaan kuin muillakin. Keskeisimpiä tekijöitä kuntoutujalle ovat vastuu omista asioista, riippumattomuus, voimaantuminen, toimijuuden vahvistuminen, ongelmien kanssa selviäminen, selviytymiskeinojen löytäminen, stigmasta selviytyminen, hengellisyys ja yhteys toisiin ihmisiin. Tärkeä osa uuden identiteetin luomista on sairauden hyväksyminen ja sen ymmärtäminen, ettei sairaus määrittele kuntoutujan minuutta. (Rissanen 2015.)

Kuntoutujat kokevat kouluttautumisen vahvistavan positiivisia sisäisiä voimavaroja sekä auttavan itsensä tarkastelua laajemmassa perspektiivissä. Kouluttautuminen luo myös onnistumisen kokemuksia, jotka vaikuttavat positiivisesti minäkuvaan, itseluottamukseen sekä itsetuntoon. Kuntoutujat tuntevat itsensä arvostetuiksi, kun heidän kykyihin ja vahvuuksiin uskotaan. (Nieminen 2017.) Kuntoutujan kouluttautuessa, vahvistuu hänen käsitys uudenlaisesta elämästä ja vanhaan elämään kuuluvat tuttavat näyttävät ajalehtijoita vailla päämäärää ja tavoitteita. Tämän Asian huomaaminen motivoi kuntoutujaa edelleen sitoutumaan ja vaikuttamaan omaan kuntoutumiseensa. (Mattila-Aalto 2009.) Kuntoutujat itse kokevat, että työ ja työllistyminen on tärkeässä roolissa edistämässä omaa hyvinvointia ja sosiaalista verkostoitumista. Kouluttautuminen

edistää työpaikan ja harrastusten löytymistä, jotka lukeutuvat monen kuntoutujan tavoitteisiin. Koulutuksen myötä itsetunto ja rohkeus kasvaa ja työtäkin on helpompi ottaa silloin vastaan. (Nieminen 2017.)

Monet kuntoutujat kokevat, että kokemusten jakaminen ja peilaaminen vahvistaa omaa kykyä selvitä hakeista tilanteista paremmin. Omien kokemusten peilaaminen muiden kokemuksiin ei mahdollista muutosta, vaan ymmärtämisen omasta tilanteesta ja ymmärretyksi tulemisen. Kokemusten jakaminen ja peilaaminen vaativat luottamuksellisen ja helposti lähestyttävän ryhmähengen. AA-liikkeen traditioon perustuva NA:n 12 askelen toipumisohjelman yksi tärkeimmistä askeleista ohjaa päihdeongelmaista yksilöä analysoimaan itseään, minuuttaan ja ajatuksiaan. Nämä ryhmät eivät ole terveydenhuollon tarjoamia palveluita vaan itsetutkiskelun ja itsensä kohtaamisen mahdollistavia anonyymi periaatteella toimivia vertaisryhmiä. Kokemusasiantuntijuus merkitsee monelle sitä, että omilla kokemuksilla, vaikkakin vaikeilla ja huonoilla, on merkitystä ja niiden ansiosta voi olla auttamassa muita samankaltaista kokeneita. (Rissanen 2015; Mattila-Aalto 2009.)

Vertaistuki on samaan aikaan tuen saamista sekä antamista ja niin voi auttaa samanaikaisesti sekä itseään, että muita. Vertaistuella on tärkeä rooli siinä kohtaa, kun ystävien, perheen tai auttajatahon auttamiskeinot eivät yksinään riitä. Vertaistuen avulla saa kokea erityistä yhteenkuuluvuuden tunnetta toisten samankaltaisten asioiden kokeneiden kanssa. Kokemusten jakaminen vaatii luottamusta ja auttaa realisoimaan omia sairastamisen mittasuhteita. Vertaistuki mahdollistaa katseen kääntämisen kohti uusia mahdollisuuksia, sen sijaan, että jäisi murehtimaan menneitä ja menetyksiä. (Rissanen 2015.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat laajasti stigmatisoivia. Stigma aiheuttaa stereotyyppistä suhtautumista, jolloin yksilöä ei nähdä yksilönä, vaan häntä kohdellaan ja hoidetaan kuin muitakin samanlaisia. Tämä tuottaa ongelmia mm. siinä, että kaikille kuntoutujille voidaan tarjota samoja hoitomuotoja, vaikka ne tuntuisivatkin joistain kuntoutujista täysin

epäsopivilta ja usein kuntoutujan ääni jää kuulumattomiin niissä tilanteissa. (Rissanen 2015.)

Stigmaa lietsoo usein vähäinen tieto ja kuntoutujan on kohdattava niin omat, kuin muidenkin ennakkoluulot, asenteet sekä leimat ja pyrittävä pääsemään niistä irti. Ei riitä, että kuntoutuja pelkästään ajattelee olevansa normaali ihminen, vaan hänen on saatava kaikki muutkin ajattelemaan samoin, jotta saa osakseen hyväksyntää ja suvaitsevaisuutta. Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat kohtaavat syrjintää ja ennakkoluuloja mm. työnhaussa. Tämä näkyy kuntoutujalle joko työttömyytenä tai omaa koulutustasoa alhaisempaa työtä, tällainen kohtelu heikentää kenen tahansa, mutta varsinkin kuntoutujan motivaatiota kouluttautua. (Nieminen 2017.)

Rissanen (2015.) kokemuksen mukaan on tärkeää oppia erottamaan sairauden tuomat oireet ja normaalit mielialan muutokset toisistaan. Kaikki ahdistus, väsymys ja masennus ei johdu sairaudesta tai esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutuksista, vaan ovat osa lämmä. Kuntoutuminen on kokonaisvaltaista ja monipuolista identiteetin ja minuuden uudelleen rakentamista ja korjaamista. Yksi prosessin keskeisimmistä tekijöistä on kasvaa kykeneväiseksi ottamaan vastuu elämästä.

Raittiuden alkuaikoina retkahduksia estävien keinojen käyttö ja tarve ovat suurimmillaan. Selviytymiskeinot muuttuvat raittiuden jatkumisen myötä. Retkahduksen ehkäisykeinoista käytetyimpiä olivat psyykkiset keinot, kuten esimerkiksi positiivinen ajattelu, ikävien seurausten mieleen palauttaminen, keskustelu läheisten kanssa ja vertaistukiryhmät. Retkahdukset heikentävät elämänhallinnan tunnetta ja aiheuttavat rajuja itsesyytöksiä ja pettymyksen tunteita. Positiiviset tunnetilat torjuvat retkahtamista. Usein lopulliseen raitistumiseen liittyy retkahduksia ja tilanteita, jolloin kuntoutuja ei edes halua vastustaa retkahdusta. Osa kuntoutujista näkee unia retkahduksista jopa vuosien jälkeen päihteiden käytön lopettamisesta. Kuntoutujat käyttävät tästä sanontaa "juoda kuivasti" tai "ottaa kuivaa huikkaa", Tämän koetaan olevan merkki siitä, että raittiuden eteen on edelleen tehtävä työtä. Toisaalta taas esimerkiksi

John Kelleyn tutkimuksissa on havaittu, että päihdekäyttöön liittyvät unet voivat aiheuttaa retkahdusriskin lisääntymistä. Useat kokevat vanhan ystäväpiirin jättämisen tärkeänä tekijänä raittiuden suojelussa ja retkahduksen välttämiseksi. Uuden alkoholin ongelmakäytöstä vapaan ystäväpiirin löytäminen tukee puolestaan raittiuden ylläpitoa. (Kuusisto 2010.)

*”Kuitenkin se alkoholismi on semmonen
ennenaikaisesti tappava sairaus, ihan varmasti.
Mut se on myöskin semmonen,
että se ei sääliä kaipaa, se kaipaa rakkautta
ja rakkaudella ja säällillä
ei oo mitään tekemistä keskenään.”*
(Kuusisto 2010.)

Kuntoutujat kokevat tärkeimmiksi tuen antajiksi perheenjäsenet, ystävät, mielenterveyden ammattilaiset, vertaiset ja kouluttajat. Osaksi heidän tuen avulla he pystyvät kehittymään ja olemaan osana yhteisöä.

Mielenterveyskuntoutujat, kuten kaikki muutkin ihmiset, ottavat itsellensä tietyn roolin ympäristöstä riippuen. Kuntoutujille olisi tärkeää aikanakin aika-ajoin luoda ympäristö, jossa he voivat ottaa itsellensä roolin, johon ei kuulu heidän sairauttaan. (Nieminen 2017.)

Yleensä alkoholiongelma vahingoittaa huomattavasti kaikkia läheisiä ihmissuhteita. Raitistuneet alkoholin ongelmakäyttäjät kokevat läheisten anteeksiannon olevan merkittävä osa psyykkistä tervehtymistään. Yleensä lapset antavat vanhempansa alkoholin väärinkäytön helpommin anteeksi kuin puoliso. Pysyvän raittiuden saavuttaminen vaatii muutoksia myös ystävyysuhteissa. (Kuusisto 2010.)

5 POHDINTA

5.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli esitellä seikkoja, joita hoitaja voi mielenterveys- ja päihdehoitotyössä hyödyntää edistääkseen kuntoutujan kuntoutumista ja kuinka palvelujärjestelmä vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen ja pääsemiseen. Kriteerit täyttäviä tutkimuksia löytyi viisi. Tutkimuksia löytyi odotettua vähemmän, saimme kuitenkin vastattua opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin niiden avulla.

Tuloksista saimme seuraavat johtopäätökset:

- Hoitaja voi omalla toiminnallaan ja suhtautumisellaan vaikuttaa joko negatiivisesti tai positiivisesti kuntoutujan kuntoutumiseen.
- Vaikein korjattavissa oleva asia on todennäköisesti kaikkien hoitoa tarvitsevien saaminen hoidon piiriin, palvelujärjestelmän sokkeloisuus syrjäyttää monet hoidontarpeessa olevat.
- Kuntoutujan motivointi hoitosuhteen ja hoitokontaktin jatkamiseen on tärkeässä roolissa koko kuntoutumisprosessin ajan.
- Kuntoutumiseen vaikuttaa negatiivisesti monet asiat, ne voivat olla yksilöllisiä tai yhteisöllisiä, palvelujärjestelmään, hoitosuhteeseen tai -kontaktiin liittyviä.
- Tärkeimmiksi yksilöllisistä kuntoutumiseen vaikuttavista seikoista nousi esiin hyvä hoitosuhde, vertaistuki ja kouluttautuminen.
- Hoitotyön auttamismenetelmistä suurimpia vaikutuksia on hoitajan suhtautumisella, aidolla kuuntelulla ja läsnäololla, oikea-aikaisuudella sekä tiedolla.

Oman ongelmakäytön myöntäminen on vaikeaa, mutta ilman myöntämistä kuntoutumisprosessi ei voi käynnistyä. Päihteiden käytön haittojen ja hyötyjen vertaaminen kertoo jo pidemmälle edenneestä muutostarpeen heräämisestä. Kuntoutuminen kuvattiin monitasoisena työskentelynä, joka on osittain alitajuista ja osittain tietoista toimintaa. (Kuusisto 2010.)

Mattila-Aallon (2009) tutkimuksen mukaan kuntoutujat kokevat olleensa suurimman hädän hetkellä täysin yksin ja henkisesti sekavassa tilassa. Sellaisessa tilassa ei osaa ajatella selkeästi, eikä kykene löytämään selviytymiskeinoja, silloin kuitenkin useimmat lähtevät hakemaan apua itselleen. Kuntoutujat voivat aluksi olla erittäin kriittisiä auttajatahoa kohtaan, mutta lopulta ajattelevat auttajatahon olevan olleen mahdollistajana hengissä pysymiselle sekä elämänmuutoksen alkuun laittamiselle. Päihdekuntoutujien odotetaan palaavan takaisin työelämään kahden vuoden kuluttua raitistumisesta. Moni kuntoutuja on siinä vaiheessa vielä vajaakuntoinen ja liian nopea työelämään siirtyminen voi katkaista kuntoutumisen kokonaan. Liian nopea kuntoutumistahti aiheuttaa myös kuntoutujalle lisästressiä, joka osaltaan vain hidastaa kuntoutumista.

Asenteisiin ja kuntoutujalle ehdotettavaan identiteettiin kohdistuu eniten kritiikkiä, varsinkin silloin, kun auttajataho ja kuntoutuja eivät ajattele asiaa samalla tavalla. Näissä tilanteissa kuntoutuja luokitellaan usein ”hankalaksi potilaaksi”, joka ei ymmärrä omaa hoidontarvetta. Pahimmillaan hoitaja luokittelee kuntoutujan tämän menneisyyden ja sairauden perusteella tapaukseksi, joka ei koskaan tule selviytymään. (Rissanen 2015.) Tällainen luokittelu voi aiheuttaa kuntoutujan kuntoutumisen pysähtymisen ja taantumisen.

Hoitajilla voi olla hyvin erilaiset toimintatavat toisiinsa verrattuna, toinen voi katsoa olevansa kuntoutujan yläpuolella, kun taas toinen ajattelee olevansa kuntoutujan yhteistyökumppani. Nämä kaksi eri toimintatapaa luovat kuntoutujalle aivan erilaisen motiivin omaa kuntoutumistaan kohtaan. (Rissanen 2015.) Hoitajan katsoessaan olevansa kuntoutujan yläpuolella, herää kuntoutujassa herkästi sisäinen kapinallinen, eikä sellainen edistä kuntoutumista lainkaan. Kun taas hoitaja ajattelee olevansa kuntoutujan yhteistyökumppani, kuntoutujalle tulee tunne, että tässä ollaan yhdessä menossa oikeaan suuntaan ja tämä pystyy luottamaan hoitajaan ja tietää tämän olevan tukena tarpeen tullen. Hoitajan määritelmä kuntoutujasta voi vaikuttaa positiivisesti sekä negatiivisesti kuntoutujan kuntoutumiseen ja minäkuvaan. Käsitteiden

käyttö voi toisaalta myös lisätä ymmärrystä ja antaa erilaisille tunteille ja ilmiöille sanoja, joiden kautta mahdollistuu vuorovaikutus ja keskustelu.

Rissasen (2015.) mukaan sairastaminen on oikeutettu, vaikkakin epätoivottu tila, ja siihen liittyy parantumisen velvoite. Kun sairastuu, on osattava hakeutua hoitoon ja lisäksi myös noudatettava ammattilaisen antamia ohjeita sekä kyettävä yhteistyöhön ammattilaisen kanssa. Kuulostaa raskaalle tehtävälle, jos miettii itseään sairastuneeksi, hyvä jos silloin jaksaa nousta vuoteesta, saati sitten toteuttaa kaikki edellä mainitut asiat. Terveystenhoito on siis kontrolloivassa asemassa, kun mietitään yksilön oikeutta sairastamiseen ja sairaan rooliin. Lisäksi terveystenhoito määrittelee yksilön paranemisen ajankohdan, tavan sekä suunnan. Onko sairastuneen vain alistuttava terveysthollon tahtoon? Tämä riippuu aivan siitä, kuinka sairastuneen ja tätä hoitavan ammattihenkilön henkilökemiat kohtaavat ja saavatko he rakennettua toimivan ja luottamuksellisen hoitosuhteen.

Kuntoutuja voidaan pitää ns. huonoina asiakkaina, kun he eivät toimi ammattilaisten odotusten mukaisesti, eivätkä suostu asettumaan potilaan rooliin (Rissanen 2015). Tällaisissa tilanteissa olisi hyvä miettiä omaa työskentelyä, onko kuunnellut ja huomionnut aidosti potilaan yksilöllisiä tarpeita? Kuntoutuja voi luottaa omiin kykyihin ja kokemukseen oman hoitonsa suhteen ja siksi haluavat päättää itse hoitoaan koskevista asioista, tai kuntoutuja voi myös epäillä hoitajan kykyjä ja taitoja ja sen vuoksi on ns. huono asiakas.

Rissasen (2015) mukaan mielenterveysongelmista kärsiville paikkakunnan vaihto vaikuttaa kuntoutumiseen negatiivisesti, heillä hoitosuhde ja kuntoutuminen voi katketa kokonaan, kun taas Mattila-Aallon (2009) mukaan päihdeongelmaisilla paikkakunnan vaihto edistää kuntoutumista, sillä heidän on paikkakunnan vaihtaminen edistää uusien kavereiden löytymistä ja näin ollen ”juoppokaverit” eivät ole houkuttelemassa päihteiden pariin.

5.2 Tutkimusten luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessämme noudatimme parhaamme mukaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaista Hyvää tieteellistä käytäntöä, johon ei kuulu esim. plagiointi, anastaminen ja havaintojen vääristely (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 8-9).

Kirjallisuuskatsauksemme luotettavuuden pyrimme takaamaan valitsemalla aineistoa vain luotettavina pidetyistä lähteistä, analysoimalla aineistoa ja raportoimalla siitä ”puolueettomasti”. Yleisimmät luotettavuuden kriteerit kirjallisuuskatsausta arvioitaessa ovat uskottavuus, mahdollisuus vahvistaa tulokset todeksi, tutkittavan ilmiön/asian esiintyminen ja sitä kautta sen merkityksellisyys, tutkittavan ilmiön/asian yleisyys, olennaisen esille tuominen ja tulkintojen muuttumattomuus eli siirrettävyys. (Kajaanin ammattikorkeakoulu)

Tutkijan on huomioitava monia eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimuksen tekemiseen. Kaikkiin kysymyksiin ei ole olemassa valmista vastausta, vaan tutkijan on itse pohdittava oman etiikantajun mukaisesti keino toimia niissä tilanteissa. Yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet koskevat tutkimukseen liittyvään tiedonhankintaan sekä tutkimuksen julkaisemiseen ja niihin perehtymiseen sekä niiden mukaisesti toimiminen on tutkijan vastuulla. Tutkimuksen teossa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, mikäli haluaa tutkimuksen olevan eettisesti hyvä. Seuraavat periaatteet on otettava huomioon tutkimuksen kaikissa vaiheissa; toisten tekstiä, itseään tai omia tutkimuksia ei plagioida, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi, harhaanjohtavaa ja/tai puutteellista raportointia ei käytetä, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä eikä tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja käytetä väärin perustein. Tutkimuksen tekeminen on vaativa tehtävä, jos eettiset näkökohdat tulevat sekä riittävästi, että oikein huomioon otetuiksi. (Hirsjärvi, ym. 2010, 23-27.)

Eettisiä kysymyksiä kohdataan jokaisessa tutkimuksen vaiheessa ja ensimmäinen eettinen kysymys on jo tutkimusaihe. Tämän opinnäytetyön aiheeseen päädyimme yhteisestä mielenkiinnosta mielenterveys- ja

päihdetyötä kohtaan. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeutta unohtamatta. Opinnäytetyömme ei kohdistunut mihinkään tiettyyn yksikköön eikä tiettyyn henkilöön, joten opinnäytetyötämme ei voi liittää suoranaisesti keneenkään eikä mihinkään. (Hirsjärvi, ym. 2010, 24-25.)

5.3 Jatkotutkimusaiheet

Holman (2013) tutkimuksesta selvisi, että lisää tutkimusta olisi kohdistettava hoidon epäonnistumisen ja keskeyttämisen taustatekijöihin. Tämän avulla voitaisiin jo varhaisessa vaiheessa yksilöidä potilaat, joilla on erityinen riski hoidon keskeyttämiseen ja/tai epäonnistumiseen. Tulevaisuudessa tutkimukseen olisi sisällytettävä myös interventiotutkimuksia ja tutkimuksia potilaiden ja hoitoa saavien henkilöiden välisestä vuorovaikutuksesta, jotta nämä sitoutumisen ulottuvuudet selkeytettäisiin. Erityistä huomiota olisi kiinnitettävä hoitoon sitoutumisen parantamiseen työttömien kohdalla, joilla on ollut sosiaalista tukea eikä persoonallisuushäiriöitä. Tietoa hoidon noudattamisesta ja asenteesta hoitoon tarvitaan kehittämään parempia ja tehokkaampia hoitoja ja hoitolaitoksia sekä parantamaan eri hoitopaikkojen välistä yhteistyötä. Erilaisten psykoterapioiden tutkimukseen tarvitaan myös kipeästi lisää resursseja.

Työkykyyn ja erityisesti pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen liittyviä tekijöitä ei ole tutkittu riittävästi. Esimerkiksi yhteen kansantautiimme masennuksen hoitoon ja siitä johtuviin sairauslomiin sekä työttömyyseläkkeisiin liittyvät suuret kustannukset kansantaloudelle luulisivat lisäävän määrärahoja tutkimukseen. Hoidossa tarvitaan tutkimusta, jotta tunnistettaisiin paremmin ne erityishoitotoimenpiteet, jotka auttavat suuren riskin potilaita. Mitä pidempi on hoitamattoman masennuksen sairastamisaika, sitä suuremmassa vaarassa potilas on joutua työkyvyttömyyseläkkeelle. Siksi hoidon alkaminen varhaisessa vaiheessa ja hoidon riittävyys ovat välttämättömiä huolimatta nykyisestä psykiatrien pulasta. Terveystieteiden huollon hoitoon käytettävän ajan lyhentäminen on yksi

tärkeimmistä keinoista pitkäaikaisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi. (Holma 2013, 78-79)

Vertaistukea, kokemusasiantuntijuustoimintaa ja vapaaehtoistyötä on tarjolla niin kolmannen sektorin palveluissa, kuin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässäkin (Rissanen 2015). Kolmannen sektorin palveluissa toiminta perustuu täysin palkattomaan vapaaehtoistyöhön, mutta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä toiminta on palkallista. Tällainen asettelu herättää herkästi kysymyksen: kuinka vapaaehtoistyö, vertaistuki ja kokemusasiantuntijuustoiminta muuttaa muotoa, kun siitä maksetaan palkkaa, eikä perustu vapaaehtoisuuteen. Tämä olisi hyvä asia selvitettäväksi, palkallinen toiminta voi aiheuttaa sen, ettei toimijat ole mukana sydämen asian vuoksi, vaan siksi, että saavat siitä rahaa.

LÄHTEET

Bergman, V., Moring, J., Nordling, E., Partanen, A. & THL. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Helsinki: Yliopistopaino. [Viitattu: 11.03.2018.] Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/99506/Avauksia%202010%2016.pdf>

Barry, M. M., 2009. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. International Journal of Mental Health Promotion. Volume 11 issue 3. 4-7 & 12. [Viitattu: 02.09.2017.] Saatavissa: https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2786/03%202009_ja_addressing_the_determinants_of_positive_mental_health.pdf?sequence=1

Eklund, S. 2012. Aikuisten syömishäiriöiden hoito – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Pro-gradu-tutkielma. [Viitattu: 25.10.2017] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130103/urn_nbn_fi_uef-20130103.pdf

Fransman, H., Laukkala, T., Tuisku, K. & Vorman, H. 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Suomen Lääkärilehti. 21/2015 vsk 70. [Viitattu: 25.10.2017.] Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Tanja_Laukkala/publication/277475219_Psychiatric_rehabilitation_in_people_of_working_age/links/55965ec708ae5d8f39313646.pdf

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. 2017. Duodecim. Oppiportti. [Viitattu: 04.03.2018.]

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi. [Viitattu: 03.09.2017.]

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. [Viitattu: 5.11.2017]

Holma, I. 2013. Long-Term Follow-Up Study Focusing on MDD Patients' Maintenance Treatment, Adherence, Disability and Smoking. University of Helsinki. Dissartion. Tampere: Juvenes-Print. [Viitattu: 6.2.2018] [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38506/longterm.pdf?sequence=1%20\(Long-Term%20Follow-Up](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38506/longterm.pdf?sequence=1%20(Long-Term%20Follow-Up)

Huttunen, M. 2016a. Lääkärikirja Duodecim. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Terveyskirjasto. [Viitattu: 17.8.2017.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196

Huttunen, M. 2016b. Päihde ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 17.8.2017] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

- Huttunen, M. 2016c. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 03.09.2017.]
Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro. [Viitattu: 19.08.2017.]
- Hätönen, H., Kurki, M., Larri, T. & Vuorilehto, M. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy. [Viitattu: 19.08.2017.]
- Iiro. 2017. Johdannon kirjoittaminen opinnäytetyöhösi. Johtopäätösten ja pohdinnan kirjoittaminen opinnäytetyöhösi. Kirjallisuuskatsaus. Scribbr. [Viitattu: 27.05.2017.] Saatavissa: <https://www.scribbr.fi/opinnaytetyon-rakenne/johdopaeaetoesten-ja-pohdinnan-kirjoittaminen-opinnaeytetyoehoesi/>
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. [Viitattu: 19.08.2017.]
- Opinnäytetyöpakki. Tukimateriaali. Luotettavuus. 2018. Kajaanin ammattikorkeakoulu university of applied sciences. [Viitattu: 29.05.2017.] Saatavissa: <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>
- Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro. [Viitattu: 19.08.2017.]
- Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan tarvitsema osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu-tutkielma. [Viitattu: 11.03.2018.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130483/urn_nbn_fi_uef-20130483.pdf
- Kuntoutusportti. 2016. Kuntoutussuunnitelma. [Viitattu: 13.11.2017.] Saatavissa: <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutus/lainsaadanto/>
- Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu: 10.2.2018.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66569/978-951-44-7957-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteen tohtorin väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä Oy. [Viitattu: 24.08.2017.] Saatavissa: <https://core.ac.uk/download/pdf/15168145.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/786. [Viitattu: 02.03.2018]
Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lappi, M. & Sihvo, H. 2014. Päihteidenkäyttäjien lääkkeellisen kivunhoidon haasteet. Sairaanhoidajien asenteisiin vaikuttavat tekijät. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. [Viitattu: 15.03.2018.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83729/ONT_kivunhoito.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mattila-Aalto, M. 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009. [Viitattu: 15.2.2018.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23386/kuntoutu.pdf?seque>

Mielenterveyslaki.14.12.1990/1116. [Viitattu: 02.03.2018] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Niemi-Mara, M. 2017. Vuorovaikutuksen merkitys yhteistyösuhteessa skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan kanssa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. [Viitattu: 15.3.2018.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133425/Niemi-Mara%20Minna.pdf?sequence=1>

Nieminen, I. 2017. Koulutusinterventio osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Käytännön teoria. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu: 29.1.2018.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100449/978-952-03-0316-7.pdf?sequence=1>

Nordling, E. & Toivio, T. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Esa Print. [Viitattu: 03.09.2017.]

Pihlainen, V. 2016. Hoitotyön tutkimuspäivä 31102017. Itä-Suomen yliopisto. Kirjallisuuskatsaus. www.ksshp.fi/download/noname/%7B3A139223-86EB-4579-B737.../61353 download pdf-muodossa

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Tampereen yliopisto. Pro gradututkielma. [Viitattu: 14.03.2018.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78805/gradu02379.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Kuntoutus. Duodecim. [Viitattu: 5.9.2017.]

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus ? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia

88/2015. [Viitattu: 20.1.2018] Saatavissa:

https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2016/06/Paivi_Rissanen.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu:27.05.2017.] Saatavissa:

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. [Viitattu: 10.11.2017] Saatavissa:

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. [Viitattu: 10.11.2017]

Terveyskylä.fi. 2017. Kuntoutuksen osa-alueet. Terveyskylä: Kuntoutumistalo.fi. [Viitattu: 25.10.2017.]

Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutuksen-eri-muodot/kuntoutuksen-osa-alueet>

Terveyskylä. 2017. Mitä on kuntoutuminen? Terveyskylä: Kuntoutumistalo.fi. [Viitattu: 13.11.2017.] Saatavissa:

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/mita-on-kuntoutuminen>

THL. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja: Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Tampere: Juvenes Print Oy & Tampereen yliopistopaino. [Viitattu: 22.08.2017.]

Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1

THL. 2014a. Mielen hyvinvointi. [Viitattu: 02.09.2017.]

Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>.

THL. 2014b. Päihderiippuvuus. [Viitattu:15.8.2017.]

Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

THL. 2014b. Päihde- ja riippuvuusongelmat. [Viitattu: 15.3.2018]

Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle/paihde-ja-riippuvuusongelmat>

THL. 2015. Huumeet. [Viitattu: 18.8.2017.]

Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet>

THL. 2017a. Psykiatrinen erikoissairaanhoido. [Viitattu 15.3.2018]
Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoido>

THL. 2017b. Erikoissairaanhoidon jonotilanne, psykiatria. [Viitattu 15.3.2018] Saatavissa:
https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/eshjono/psyka/fact_esh_psyk

THL. 2017c. Psykiatrinen erikoissairaanhoido palveluntuottajittain. [Viitattu 15.3.2018] Saatavissa:
https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria2j/fact_thil_psykiatria2j

Tilastokeskus. 2017. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. [Viitattu: 15.3.2018]
Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/fi/76>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. [Viitattu: 25.2.2018]

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeet. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. [Viitattu: 29.05.2017.] Saatavissa:
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

WHO. 2013. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. [Viitattu: 24.08.2017.]
Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

