

The Diak logo is located in the top right corner of the page. It consists of the word "Diak" in a bold, sans-serif font. The letter "i" has a small white cross above it, and the letter "k" has a small white cross to its right. The background of the page features large, overlapping, light green curved shapes that create a sense of movement and depth.

Jenni Kuitunen
Mari Pihl

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja YAMK
Opinnäytetyö, 2019

TOIPUMISORIENTAATIO PSYKIATRISELLA OSASTOLLA HENKILÖKUNNAN JA POTILAIEN KOKEMUKSIA

TIIVISTELMÄ

Jenni Kuitunen

Mari Pihl

Toipumisorientaatio psykiatrisella osastolla - Henkilökunnan ja potilaiden kokemuksia
104 sivua, 4 liitettä

Marraskuu 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Johtaminen ja yhteiskunnallisesti vaikuttavan palvelutuotannon kehittäminen

Osallisuuden edistäminen ja sosiaalinen kuntoutus

Sosiaali- ja terveystieteiden YAMK-tutkinto

Sairaanhoitaja (YAMK)

Opinnäytetyössä tutkittiin toipumisorientaation toteutumista Helsingissä sijaitsevan psykiatrisen sairaalan kuntouttavalla osastolla. Tutkimuksessa selvitettiin, mitä toipumisen on koettu tarkoittavan sekä toipumisorientaation toteutumista tukevia ja estäviä tekijöitä. Toipumisorientaation toteutumista on aiemmin tutkittu Suomessa vain vähän.

Laadullisen opinnäytetyön aineisto koostui henkilökunnan ryhmähaastatteluista ja potilaiden yksilöhaastatteluista. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina ja haastatteluista saatu aineisto analysoitiin yhdistäen teoriaohjaavaa sekä aineistolähtöistä lähestymistapaa. Toipumisorientaation toteutuminen liittyi neljään luokkaan: hoito ja osaston rakenteet, vuorovaikutus ja ilmapiiri, potilas ja sairaus sekä kotiympäristö.

Haastatteluissa ilmeni runsaasti toipumisorientaatioon liittyviä tekijöitä, joiden perusteella toipumisorientaatio näytti toteutuneen osastolla hyvin. Henkilökunta kuvasi toteutaneensa toipumista tukevaa voimavarakeskeistä hoitoa osastolla jo vuosia. Henkilökunnan keskuudessa esiintyi kuitenkin merkittävää epävarmuutta siitä, mitä toipumisorientaation viitekehyksellä tarkoitetaan ja miten sitä toteutetaan käytännössä. Toipumisen kokemisessa henkilökunnan ja potilaiden välillä ei ilmennyt merkittäviä eroavaisuuksia. Henkilökunta kuvasi toipumista yleisempien käsitteiden kautta, kun taas potilaat yksityiskohtaisemmin omien kokemustensa kautta.

Tutkimuksessa keskeisimmät toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät olivat henkilökunnan ja potilaiden mukaan kuulluksi tuleminen, mielekäs tekeminen, ryhmät, läheisten tuki sekä toivon ylläpitäminen. Keskeisimmät estävät tekijät olivat sairauden oireet, pelot ja läheisten tuen puuttuminen. Merkittävänä toipumisorientaation toteutumista tukevana tekijänä näyttäytyi osaston hyvä ilmapiiri. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää jatkossa toipumisorientaatioon liittyvän tutkimus- ja kehittämistyön apuna. Jatkotutkimusaiheina tämän tutkimuksen perusteella voisi olla suomalaisen kulttuurin vaikutuksen tutkiminen jatkossa liittyen potilaiden kokemaan kuormitukseen ryhmämuotoisissa hoidoissa sekä nyt löydetyn nelikentän yleistettävyyden testaaminen toipumisorientaation toteutumisen kannalta.

Asiasanat: toipumisorientaatio, skitsofrenia, kokemuksen tutkiminen, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Jenni Kuitunen

Mari Pihl

Recovery orientation on a psychiatric ward – Experiences of staff members and patients
104p., 4 appendices

November, 2019

Master's Degree in Social Services and Health Care

Master of Health Care

The purpose of this study was to find out how recovery orientation had actualised in a rehabilitating ward in one of the psychiatric hospitals in Helsinki. The other aim of the thesis was to find out what factors had been supporting or blocking recovery orientation in that ward and how recovery was experienced by the patients and the staff members. Prior to this study, only a few studies had been conducted on recovery orientation in Finland.

The study was qualitative. The material was collected by interviewing the staff members and patients of the ward by using theme interviews as a method. Group interviews were conducted with the staff members, and the patients were interviewed individually. The material was analysed by combining theory- and databased analysing styles. According to this study, the actualisation of recovery orientation was associated with four categories: care and structures of the ward, interaction and atmosphere, patient and illness and home environment.

The data showed that there were numerous factors supporting recovery orientation in that ward, which indicated that recovery orientation had actualised there well. The staff members reported having practiced same kind of resource-centred care for years. Among the staff members there was uncertainty about what recovery orientation actually meant and how it should be carried out in practice. There were no significant differences between the staff members' and patients' experiences about the meaning of recovery. The personnel used more general terms when describing recovery, whereas the patients relied more on their personal, more detailed experiences.

In this study, the most supporting factors of recovery orientation according to both staff members and patients were the following: patient's feeling of being heard, doing meaningful things, group activities, support of loved ones, and maintaining hope. The most blocking factors were symptoms of the illness, fears and lack of support from loved ones. A significant supporting factor was a good atmosphere in the ward. The conclusions of this study can be used in developing functioning and implementing recovery-oriented care. For the future research it would be interesting to know more about the impact of Finnish culture relating to a feeling of burden by patients in group activities. It could also be interesting to test whether the four-field category found in this study could be used more widely when assessing or studying recovery orientation.

Key words: recovery orientation, schizophrenia, research of experiences, qualitative study

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 MIELENTERVEYS JA PSYKIATRINEN HOITO.....	8
2.1 Psykiatrisen hoidon järjestäminen Suomessa	8
2.2 Psykiatrisen hoidon tavoitteet	10
2.3 Psykiatrinen sairaalahoito	12
2.4 Skitsofrenia	13
2.5 Skitsofrenian hoitoperiaatteet Suomessa	16
3 TOIPUMISORIENTAATIO.....	19
3.1 Hoidon painotukset toipumisorientaation viitekehyksessä.....	20
3.2 Kansainvälinen näkökulma toipumisorientaatiosta	20
3.3 Toipumisorientaatio Suomessa	22
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	26
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä ja kokemuksen tutkiminen	27
5.2 Fenomenologis-hermeneuttinen näkökulma.....	28
5.3 Aineiston keruu.....	30
5.4 Aineiston analysointi	33
6 TULOKSET	36
6.1 Henkilökunnan ja potilaiden näkökulmat toipumisesta.....	36
6.2. Toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät	37
6.2.1 Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvät	37
6.2.2 Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät.....	39
6.2.3 Potilaaseen tai sairauteen liittyvät	40
6.2.4 Kotiympäristöön liittyvät	41
6.3. Toipumisorientaation toteutumista estävät tekijät	42
6.3.1 Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvät	42
6.3.2 Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät.....	44
6.3.3 Potilaaseen tai sairauteen liittyvät	45
6.3.4 Kotiympäristöön liittyvät.....	47
6.4 Toipumisorientaation toteutuminen osastolla.....	47
6.5 Henkilökunnan ja potilaiden kokemusten vertailu	48
6.6 Keskeiset tukevat ja estävät tekijät	60
7 POHDINTA	64
7.1 Tulosten vertailu toipumisorientaation teoriaan	64
7.2 Eettisyys.....	71

7.3. Luotettavuus.....	74
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	81
LÄHTEET.....	85
LIITE 1. Teemahaastattelurunko	95
LIITE 2. Tutkimustiedote.....	96
LIITE 3. Suostumuslomake	97
LIITE 4. Taulukot	98

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt kuuluvat keskeisimpiin kansanterveysongelmiin Suomessa (Suvisaari 2015a, 14). Skitsofreniaa sairastaa noin 1 % väestöstä. Skitsofreniaan sairastuminen aiheuttaa huomattavaa työkyvyttömyyttä sekä hoitokustannuksia. Täysiasainen toipuminen skitsofreniasta on suhteellisen harvinaista. Kansainvälisissä vertailuissa vain 10-20 % skitsofreniaan sairastuneista on työelämässä. Heikkoon työllistymiseen vaikuttaa nykyajan työelämän vaativuus. Työelämä on muuttunut entistä stressaavammaksi ja edellyttää usein laajoissa sosiaalisissa verkostoissa selviytymistä. (Jääskeläinen, Karhu, Alaräisänen, Isohanni ja Miettunen 2010, 1811–1812.)

Toipumisorientaatio on ajattelua ja toimintaa ohjaava viitekehys, jossa painottuvat voimavarat, toivo, merkityksellisyys, osallisuus sekä positiivinen mielenterveys. (Nordling 2018, 1476). Toipumisorientaation tärkein tavoite on, että potilasta autetaan kohti oman elämänsä hallintaa siten, että päätäntävalta säilyy potilaalla itsellään koko prosessin ajan (Nordling, Järvinen ja Lähteenlahti 2015, 135). Toipumisorientaation viitekehys on yhä enemmän alkanut ohjata psykiatrissa hoitotyötä kansainvälisesti. Toipumisorientaatiosta on tullut avainkäsite mielenterveyspalvelujen järjestämisessä monissa maissa, kuten Uudessa Seelannissa, Yhdysvalloissa, Australiassa ja Irlannissa sekä Iso-Britanniassa. Suomessa toipumisorientaatiosta on vielä toistaiseksi tehty vähän tutkimusta. (Nordling 2017.)

Vuonna 2016 valmistuneessa Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa tuotiin esille huoli siitä, että mielenterveyspotilaat ovat jäämässä sivuun valtaväestölle suunnitelluista palveluista. Toipumisorientaation viitekehys otettiin osana kansallista Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa viitoittamaan psykiatrisen hoidon järjestämistä Suomessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Asetetut tavoitteet haastavat hoito- ja palvelujärjestelmiä arviomaan omia toimintatapojaan ja uudistumaan lähivuosien muutosprosessissa. Useiden vuosien ajan valmisteltu Sote-uudistus kaatui alkuvuodesta 2019. Uudistuksen perustana aloitettu työ kuitenkin jatkuu ja terveyspalvelujen kehittämistä jatketaan lähivuosina jo valmistellun maakuntaudistuksen pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia toipumisorientaation toteutumista yhdellä Helsingissä sijaitsevan psykiatrisen sairaalan kuntouttavista osastoista. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää, mitkä tekijät ovat tukeneet tai estäneet viitekehyksen toteutumista. Lisäksi tutkitaan sitä, mitä toipumisen koetaan tarkoittavan ja miten toipumisorientaatio on osastolla toteutunut. Tutkimukseen haastateltiin kuntouttavan osaston henkilökuntaa moniammatillisesti ryhmähaastatteluin ja alle kymmenen vuotta skitsofreniaa sairastaneita vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita yksilöhaastatteluin. Toipumisorientaation toteutumista ei ennen tämän opinnäytetyön tekemistä oltu sairaalassa tutkittu. Työ tulee näin ollen toimimaan eräänlaisena pilottina toipumisorientaation käytännön toteutumisen arvioimisessa. Opinnäytetyöhön osallistuminen mahdollistaa potilaille tilaisuuden päästä vaikuttamaan oman hoitonsa suunnitteluun ja kehittämiseen. Tutkimusaiheen valintaa tuki myös tekijöiden mielenkiinto voimavarakeskeistä hoitoa ja skitsofreniaa sairastavien potilaiden osallisuuden tukemista kohtaan. Perustana näille oli oirekeskeisyyden painottuminen hoidossa usein sekä yhteiskunnallinen näkemys liittyen potilaisiin kohdistuvaan stigmaan. Aihevalinta tuki myös tekijöiden asiantuntijuuden kehittymistä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa käyttää sairaalassa toipumisorientoituneen hoidon kehittämisessä. Tulokset tarjoavat vastauksia toipumisorientaation toteutumisesta osastolla mahdollista jatkotutkimusta ja kehittämistyötä ajatellen.

2 MIELENTERVEYS JA PSYKIATRINEN HOITO

WHO:n (2010) määritelmän mukaan: ”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan.” Psykiatrisen hoidon päämääränä on potilaiden tukeminen tämän määritelmän tavoitteiden saavuttamiseksi. Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan erilaisia oireyhtymiä, joihin liittyy merkittäviä klinisiä oireita ja jotka aiheuttavat merkittävää kärsimystä tai haittaa. Psykkiset häiriöt määritellään oireiden ja niiden vaikeusasteen mukaan. Tällä hetkellä diagnosoinnissa on käytössä kaksi tautiluokitusjärjestelmää, Maailman terveysjärjestön kehittämä ICD- järjestelmä ja Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen luoma DSM-järjestelmä. Häiriöiden tunnistaminen on tärkeää sopivan hoidon järjestämisen kannalta. Mielenterveyshäiriöiden syntyyn vaikuttaa usein moni tekijä, kuten perimä ja ympäristötekijät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Maailmanlaajuisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöistä aiheutuva sairaustaakka on lisääntynyt 37 % vuodesta 1990 Murrayn ym. (2012) mukaan. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt kuuluvat yleisimpiin työkyvyttömyyteen johtaviin sairauksiin (Suvisaari 2015a, 13,15).

2.1 Psykiatrisen hoidon järjestäminen Suomessa

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on sovittu kuntien vastuulle. Kuntien lisäksi palveluja tuottavat sairaanhoitopiirit ja yksityisen- sekä kolmannen sektorin palveluntarjoajat ja toimijat. Tällä hetkellä palvelujen toteuttamisessa kuntien välillä on suuria eroja siten, että suurissa kunnissa on tarjolla enemmän ja monipuolisempia palveluja. Psykiatrisen hoito on järjestetty avohoitopainotteisesti. (Suomen Mielenterveysseura 2019.) Viime vuosikymmenien aikana psykiatristen palvelujen järjestämisessä on tapahtunut selkeä muutos. Sairaalapaikkojen määrää on ajettu alas ja tavoitteena on ollut hoidon painottuminen avohoidon palveluihin. Sairaalassa hoidettavien potilaiden määrä on kuitenkin viime vuosikymmeninä pysynyt melko samana, noin 30 000:ssa vuosittain. Sairaalahoitajaksojen pituus on lyhentynyt merkittävästi aikaisemmasta. Avopalvelujen, kuten päiväkeskusten ja asumispalveluyksiköiden määrä on merkittävästi lisääntynyt viime vuosina. Tämä on lisännyt yksityisen- ja kolmannen sektorin toimijoiden tarvetta

mielenterveystyön kentällä riittävien palvelujen turvaamiseksi. Sairaalakeskeisyyden vähentäminen on vaikuttanut myös sairaalahoitoon ja potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Tällä hetkellä sairaalassa hoidetaan enää vain niitä potilaita, jotka todella tarvitsevat sairaalahoitoa. Suurin osa sairaalahoitoon päätyvistä on skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia potilaita. (Tuori 2011, 1–2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa linjattiin keskeiset tavoitteet mielenterveystyölle vuosille 2009–2015. Lähtökohtana muutostarpeelle oli mielenterveys- ja päihdeongelmista aiheutuva suuri kansanterveydellinen merkitys. Mielenterveysongelmista aiheutuu vuosittain kattavat kustannukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 9–10.) Mielenterveyshäiriöiden hoitoon käytetyt kustannukset ovat Suomessa noin 5 % koko terveydenhuollon menoista (Reini 2016). Hajanaisen palvelujärjestelmän todettiin vaikeuttavan palveluita tarvitsevien hoitoon pääsyä. Suunnitelman painopisteiksi muodostuivat asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ, palvelujärjestelmän kehittäminen avohoitoa ja peruspalveluja painottaen sekä ohjauskeinojen kehittäminen. Keskeisenä muutokseen vaikutti myös uusi terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) sekä uusi sosiaalihuoltolaki (L 523/2015). Mielenterveyslain (L 438/2014) muutoksilla parannettiin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeusturvaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 10–11.)

Uuden terveydenhuoltolain (L 1326/2010) myötä asiakkaille mahdollistui erikoissairaanhoidon yksikön valitseminen aikaisempaa laajemmalta alueelta yhteistyössä lähettävän lääkärin kanssa. Vuoden 2014 alusta valinnanvapauslaki laajeni koskemaan hoitavan yksikön valintaa koko maan sisällä. Uusi sosiaalihuoltolaki (L 1301/2014) siirsi palvelujen painopistettä korjaavista toimista varhaiseen tukeen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Tavoitteena muutoksessa oli erityisesti riittävien palvelujen turvaaminen asiakkaille. Mielenterveyslaissa (L 1116/1990) on määritelty mielenterveystyön tehtäväksi yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn sekä persoonallisuuden kasvun edistäminen ja mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, lievittäminen ja parantaminen.

Mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta käynnisti elokuussa 2018 Mieli 2.0 -ohjelman, joka ohjaa poikkihallinnollisesti uuden kansallisen mielenterveys- ja päihdeohjelman tavoitteita vuoteen 2025. Ohjelman painopisteet liittyvät huoleen mielenterveyspalveluiden järjestämiseen taloudellisten resurssien pienentymisestä samalla, kun

mielenterveyspalveluiden merkitys on kasvanut. Vuonna 2015 mielenterveyspalveluiden osuus terveydenhuollon menoista oli ohjelman mukaan 4,3 %, kun se vuonna 2000 oli vielä 6 %. Mieli 2.0 -ohjelmassa tuodaan esille huolta myös palveluiden epätasaisesta jakautumisesta alueellisesti. Lisäksi palvelujen saatavuuteen, oikea-aikaisuuteen ja yhdistämisen onnistumiseen liittyy huolta. Ehkäisevien toimien lisääminen nähdään ohjelmassa ensisijaisen tärkeänä. Strategisen ohjauksen parantaminen sote- ja maakuntauudistuksen myötä on nostettu myös tärkeäksi tavoitteeksi. Käytännön painopisteet ohjelmassa liittyvät mielenterveyden edistämiseen läpi elämän, ongelmien ehkäisyyn ja varhaisen tuen palveluiden painottumiseen korjaavien palveluiden sijaan. Lisäksi ohjelmassa painotetaan ihmiskeskeisyyttä, jolla tarkoitetaan kokemusasiantuntijoiden aktiivisempaa mukana ottamista, monitoimijaisten palveluiden lisäämistä, sosiaalisten oikeuksien toteutumista, yhdenvertaisuutta ja valinnanvapautta sekä asiakastyytyväisyyden ottamista laatumittariksi entistä aktiivisemmin. (Suomen Mielenterveysseura 2018.)

2.2 Psykiatrisen hoidon tavoitteet

Suomen Psykiatriyhdistys (2019) on asettanut psykiatriselle hoidolle kymmenen tavoitetta. Lähtökohdana näille tavoitteille ovat olleet palvelujärjestelmässä huomattavat epäkohdat. Stigman vähentäminen nähtiin edellytyksenä avohoitopainotteisuuden onnistumiselle. Psykiatristen häiriöiden ennaltaehkäisy koettiin olevan puutteellista. Varhainen tunnistaminen painottui merkittävänä potilaan hoitoennusteen kannalta. Tietoisuuden lisäämistä korostettiin ohjeissa erityisesti hoitoon hakeutumisen kannalta. Hoidon saatavuutta haluttiin parantaa liittyen riittävien ja laadukkaiden avohoidon palveluiden takaamiseen. Avohoitoon esitettiin matalan kynnyksen akuuttihoitoyksikköjen perustamista. Sairaalahoidossa painotettiin vapaaehtoista hoitoa ja pakkokeinojen käytön vähentämisen tärkeyttä. Psykiatrisen hoidon järjestämistä esitettiin siirrettävän yleissairaaloitten yhteyteen, jotta potilaille turvattaisiin entistä parempi hoito somaattisiin sairauksiin. (Suomen Psykiatriyhdistys 2019.)

Psykiatristen potilaiden todettiin saavan vähemmän käypähoitosuosituksen mukaista hoitoa, kuin muiden potilasryhmien, jonka on nähty liittyvän alueellisiin ja laadullisiin vaihteluihin. Hoitosuosituksen linjaaminen nähtiin siten merkittävänä tavoitteena. Tulosten seuraamista koko hoitoprosessin ajan painotettiin, koska hyvän hoidon katsotaan

pienentävän psykiatrisista häiriöistä johtuvia inhimillisiä ja taloudellisia menetyksiä. Psykoterapeuttisen hoidon ja osaamisen turvaaminen koettiin tärkeänä jatkossa erityisesti julkisen sektorin palveluissa. Potilaan itsemääräämisoikeuden ja autonomian kunnioittaminen painottui ohjeissa myös yhtenä psykiatrisen hoidon kulmakivistä. Lisäksi ohjeissa tuotiin esille työolosuhteiden kehittämisen tärkeys ja julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön vahvistaminen jatkossa laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi potilaille. (Suomen Psykiatriyhdistys 2019.)

Käytännön psykiatrisen hoitotyön elementit liittyvät vahvasti hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Hoitosuhteessa painottuu ammattilaisten asiantuntemus ja potilaiden halu tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Psykiatrisessa hoidossa ammattilainen vaihtaa vuorovaikutuksen painotusta keskustelun sisällön mukaan. Psykiatrisen hoitotyön yksi peruselementeistä on myös potilaslähtöisyys. Tällä tarkoitetaan potilaan osallisuuden mahdollistamista ja yksilöllistä hoitoa. Lisäksi potilaskeskeisyydellä tarkoitetaan riittävää tiedon saantia ja tarjoamista potilaille. Potilaskeskeisyys tarkoittaa myös ammattitaitoisen ja ystävällisen hoidon turvaamista siten, että potilaat kokevat tulevansa kohdatuiksi ja saavansa apua. (Vuorilehto, Larri, Kurki ja Hätönen 2014, 54–55.)

Eettiset kysymykset liittyvät vahvasti psykiatriseen hoitotyöhön. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilaat ovat haavoittuvampia kuin monet muut potilasryhmät. Hoitajien vastuulla psykiatrisessa hoitotyössä on esimerkiksi tukea potilaita oman tahtonsa ja mielipiteidensä ilmaisemiseen silloin, kun ajattelu ja päätöksenteko ovat vaikeutuneet sairaudesta johtuen. Vallan käyttö potilaita koskevissa kysymyksissä on usein esillä psykiatrisessa hoitotyössä. Lähtökohtana on kuitenkin potilaiden oma päätösvalta asioistaan ja potilaiden oman elämänhallinnan tukeminen. (Vuorilehto ym. 2014, 56.) Käytännön psykiatrisen hoitotyö on usein potilaiden tukemista oire- ja elämänhallintaan liittyen. Puhutaan itsehoitoon liittyvistä elementeistä. Psykiatriset sairaudet aiheuttavat usein toimintakyvyn laskua, jolloin potilaat kokevat omat keinot ja voimavarat riittämättöminä. Tällöin läheisten tuki, vertaistuki ja internetistä saatavilla olevat työkalut muodostuvat usein tärkeiksi. Psykiatrisessa hoidossa korostuu usein toivon ilmapiirin luominen ja motivoiminen. Osallisuuden tunteen vahvistamisella potilaiden kokemus omaan hoitoon vaikuttamisen keinoista kasvaa. Lisäksi osallisuudella tarkoitetaan kokemusta itseään ja ympäristöä koskeviin asioihin vaikuttamisesta. (Vuorilehto ym. 2014, 30–31.)

Psykiatriisiin häiriöihin liittyy usein terveyden laiminlyöminen. Siksi hoidossa painottuu myös riittävän levon ja unen saanti, liikunta ja ravitseminen. Monilla potilailla on myös päihteiden käyttöä, joten usein hoidossa tuetaan myös päihteettömyyteen tai kohtuulliseen päihteidenkäyttöön. (Vuorilehto ym. 2014, 32–34.) Usein psykiatriseen hoitoon liittyy tunnetaitojen, kuten tunteiden tunnistaminen ja tunnesäätelytaitojen opettamista ja ohjaamista potilaille. Lisäksi hoitoon liittyy myös rentoutustaitoja ja tietoisuustaitojen opettelua. (Vuorilehto ym. 2014, 37, 42–43.) Erilaisten taitojen opetteluun liittyy siihen, että monet psykiatriset potilaat kärsivät ahdistuneisuudesta ja muista oireista, jotka johtuvat siitä, että he ovat joutuneet pidemmän aikaa pinnistelemään voimavarojensa äärrajoilla ennen hoitoon pääsyä (Vuorilehto ym. 2014, 39).

Potilaiden hoidossa painottuu luottamuksellisuuden, turvallisuuden ja ennakoitavuuden periaatteet. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi potilaan informoimista siitä, mikä on kunkin ammattilaisen rooli heidän hoidossaan ja kuinka pitkältä hoitajaksosta on kyse. Tavoitteiden sopiminen hoitajaksolle yhdessä potilaan kanssa on myös tärkeä hoidon elementti. (Vuorilehto ym. 2014, 66.) Psykiatrinen hoito on ennen kaikkea keskustelemista potilaiden kanssa. Puhutaan dialogisuudesta, jolla tarkoitetaan kaikkien näkökulmien kuulemistä ja huomioon ottamista. Dialogisessa keskustelussa hoitaja on kuunteleva, arvostava, myötätuntoinen, kunnioittava ja osoittaa kiinnostusta. (Vuorilehto ym. 2014, 68.) Psykiatrinen hoito on usein moniammatillista verkostotyötä, joka ei toteudu vain yksittäisessä avohoidon yksikössä tai sairaalan osastolla. Hoitoon otetaan usein mukaan myös potilaiden perhe ja muita läheisiä. (Vuorilehto ym. 2014, 72, 74, 83.)

2.3 Psykiatrinen sairaalahoito

Sairaalahoito tarjoaa tehostettua hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta psykiatrisen avohoidon tueksi niissä tilanteissa, jolloin muut hoitomuodot ovat riittämättömiä. Psykiatriseen sairaalahoitoon hakeudutaan aina läheteellä tai päivystyksen kautta. (Helsingin Kaupunki 2018.) Sairalahoidolla pyritään yksilölliseen ja inhimilliseen hoitoon. Hoidossa painotetaan oikea-aikaisuutta ja potilaiden läheiset otetaan mukaan hoidon suunnitteluun aina mahdollisuuksien mukaan. Sairaalahoitajaksot ovat suunniteltuja ja rajattuja ajallisesti. Osastoilla on usein strukturoidut hoitopaketit, joiden mukaan hoitajaksot toteutetaan. (Tampereen Yliopistollinen Sairaala 2016.) Tutkimus ja hoito toteutetaan

moniammatillisissa työryhmissä. Suurin osa työryhmien henkilökunnasta koostuu yleensä hoitohenkilöstöstä. Lisäksi työryhmissä on lääkäreitä ja tarpeen mukaan työryhmiin voi kuulua sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja mahdollisesti psykologi. Hoito perustuu tutkimukseen ja näyttöön perustuviin menetelmiin. (Mielen-terveystalo 2019.)

2.4 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö, joka alkaa yleensä nuorella aikuisiällä (Suvisaari ym. 2017). Se on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttavat niin perimä kuin ympäristötekijätkin (Suvisaari ja Pietiläinen 2015, 407). Skitsofrenia on ICD-10-tautiluokituksen mukaan jaoteltu neljään ryhmään: paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen ja erilaistumaton skitsofrenia. ICD-10 -tautiluokituksen mukaan skitsofreniaan kuuluu vahvasti henkilön vääristynyt käsitys itsestään ja yksilöllisyydestään. Henkilö saattaa kuvitella olevansa kaikkien tapahtumien keskipisteenä ja että muut tietävät tai jakavat hänen intiimeimmät ajatuksensa ja toimintonsa. Hämmentyneisyys on skitsofreniaan sairastuvilla tavallista. Se liittyy uskomukseen, että jokapäiväiset tapahtumat liittyvät usein pahaenteisesti juuri henkilön elämään. Joka sadas ihminen sairastuu skitsofreniaan elämänsä aikana ja Suomessa skitsofreniaa sairastavia on 50 000. Miehillä sairaus puhkeaa yleensä aiemmin kuin naisilla. (Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Käypä hoito -suositus 2013.) Psykoosia edeltävää vaihetta kutsutaan prodromaalivaiheeksi. Tällöin henkilöllä esiintyy yleisoireita kuten masennusta ja ahdistusta sekä lieviä psykoottisia oireita, kuten tunnetta itsen tai ympäristön muuttumisesta. Henkilö voi myös kokea, että häntä seurataan tai tarkkaillaan ja myös lyhytaikaisia aistiharhoja voi esiintyä. (Tuominen ja Salokangas 2017, 173.)

Perimällä on keskeinen merkitys sairauden puhkeamisessa. Skitsofrenian periytyvyys on 65–85 %, ja sairastuneen ensimmäisen asteen sukulaisilla on 7–9-kertainen riski sairastua muuhun väestöön verrattuna. Geneettinen tutkimus skitsofrenian ympärillä on kasvanut. On todettu, että geneettisellä tiedolla voi olla merkitystä sairastuneelle tai hänen perheelleen huolimatta siitä, mahdollistaako tieto sairauden ehkäisemisen. Oireilun varhaisella tunnistamisella ja hoidolla voidaan parantaa sairauden ennustetta. Skitsofrenian syntyyn vaikuttavat perimän lisäksi myös monet ympäristötekijät. (Suvisaari 2018, 1681.)

Ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi infektiot, toksiniit, ravintotekijät, raskauteen ja syntymään liittyvät vauriot, kehitykseen liittyvät psykologiset ja sosiaaliset tekijät sekä päihitteet. Erityisesti teini-iässä aloitettu runsas kannabiksen käyttö kohottaa kohorttitutkimusten mukaan psykoosiin sairastumisen riskin noin kaksinkertaiseksi. Kannabispsykoosi kehittyy usein myöhemmin skitsofreniaksi. (Suvisaari ym. 2017.)

Stressi-alttius -mallin eli stressi-haavoittuvuusmallin mukaan henkilöllä on perinnöllinen alttius sairastua skitsofreniaan, jonka joku stressitekijä elämässä laukaisee. Tällaisia stressitekijöitä voivat olla eri kehitysvaiheisiin, kuten aikuistumiseen liittyvät vaatimukset. Lisäksi stressitekijät voivat olla parisuhteeseen tai työhön liittyviä. Myös huumausaineisiin liittyvät toksiset vaikutukset voivat altistaa skitsofreniaan sairastumiselle. (Tuominen ja Salokangas 2017, 173.) Nykykäsityksen mukaan perinnöllisillä tekijöillä yksin on varsin pieni vaikutus sairastumisalttiuteen. Todennäköisesti jokainen kantaa jotain skitsofrenialle altistavaa geneettistä muutosta, mutta vasta muutosten kasautuminen ja niiden yhteisvaikutukset ympäristön kanssa voivat aiheuttaa sairastumisen. (Suvisaari ym. 2017.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyy jopa kaksinkertainen riski ennenaikaiseen kuolemaan muuhun väestöön verrattuna Walkerin ym. (2015) mukaan. Sairaalahoidossa mielenterveysongelmien vuoksi olleet kuolevat jopa 10-25 vuotta aikaisemmin verrattuna muuhun väestöön. Kuolleisuutta selittää myös kohonnut itsemurhariski. Skitsofreniaa sairastavilla on todettu olevan 16–17 vuotta lyhyempi elinikä kuin muulla väestöllä. Suurin osa tästä selittyy tautikuolemilla, kuten sydän- ja verisuonisairauksista johtuvat kuolemat. Kiviniemen ym. (2010) mukaan skitsofreniaa sairastavien itsemurhakuolleisuus on 12 kertainen verrattuna muuhun väestöön. Tiihosen ym. (2009) mukaan suurin kuolleisuus todettiin niillä skitsofreniaa sairastavilla potilailla, jotka olivat olleet ilman psykoosilääkitystä. Tämän arvioitiin liittyvän siihen, että ilman lääkitystä olleet potilaat eivät hakeutuneet herkästi hoitoon tai seurantaan muistakaan terveysongelmista. (Suvisaari 2015b, 21.)

Skitsofrenian oireet luokitellaan positiivisiin, negatiivisiin, emotionaalisiin ja kognitiivisiin oireisiin. Positiivisiksi oireiksi kutsutaan kuulo-, näkö- ja aistiharhoja, harhaluuloja, merkitys- ja vaikutuselämyksiä, hajanaista käytöstä ja katatonisia oireita. Katatonian oireisiin liittyy spontaanin psykomotoriikan häviämistä ja juuttumista outoihin asentoihin tai asioihin. Myös neurologisia oireita saattaa esiintyä, kuten motoriikan säätelyn

poikkeavuutta. Negatiivisia oireita ovat tunneilmaisun köyhtyminen, puheilmaisun väheneminen ja puheen sisällön köyhtyminen, anhedonia eli mielihyvän kokemisen vähentyminen, motivaation väheneminen ja apatia, sosiaalisten kontaktien köyhtyminen ja aloitekyvyttömyys. Emotionaaliset oireet liittyvät mielialan vaihteluihin ja voivat ilmetä jopa maniana ja masennuksena. Kognitiiviset oireet esiintyvät heikentymisenä muun muassa työmuistissa, lähimuistissa ja huomiokyvyssä. Myös toiminnanohjaus ja kyky toimia sosiaalisissa tilanteissa heikkenevät. (Oksanen, Vataja, Lappalainen, Lindberg ja Koponen 2016, 2795.)

Skitsofreniapotilaan kognitiiviset puutteet liittyvät tyypillisesti tarkkaavaisuuteen, muistitoimintoihin, motorisiin toimintoihin, toiminnan ohjaukseen, kielellisiin kykyihin ja yleiseen älylliseen tasoon. Tarkkaamattomuus näkyy vaikeutena pitää yllä yleistä vireystasoa, sekä vaikeutena suunnata, pitää yllä ja jakaa tarkkaavaisuutta. Lyhyt- ja pitkäkestoinen muisti, työmuisti ja tulevaisuuteen suuntaava muisti voivat myös heikentyä. Arkielämän haasteista selviytyminen on skitsofreniapotilaalle tarkkaavaisuuteen liittyvien haasteiden ja muistin ongelmien takia usein vaativaa. Potilaiden on vaikeaa keskittyä eikä usean asian tekeminen samanaikaisesti onnistu. Keskustelun seuraaminen ja siihen liittyvien asioiden palauttaminen mieleen on vaikeaa ja usein skitsofreniaa sairastava henkilö saattaa unohtaa mitä oli tekemässä tai sanomassa. (Muzio, Oksanen, Luoma, Kimmelma-Paajanen ja Ruohonen 2010, 909.)

Skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä on vaikeuksia ohjata ja säädellä omaa toimintaansa. Tämä näkyy esimerkiksi vaikeutena aloittaa toimintaa, asettaa sille tavoitteita ja toimia suunnitelmallisesti tavoitteiden saavuttamiseksi. Haasteita voi olla myös oman toiminnan arvioinnissa sekä ongelmien ratkaisussa. Toimiminen joustavasti erilaisissa muuttuvissa tilanteissa tuottaa usein myös vaikeuksia. Toiminnanohjauksen puutteet ilmenevät muun muassa aloitekyvyttömyytenä ja taipumuksena jumiutua asioihin. Perseveraatio eli juuttuminen tarkoittaa takertumista kiusallisiin tai haitallisiin toimintatapoihin. Kyvyttömyyttä estää epäasianmukaista toimintaa esiintyy myös. Erityisesti uudet ja suunnittelemattomat tilanteet tuovat vaikeudet ilmi. (Muzio, ym. 2010, 909.)

Vaikeuksia saattaa ilmetä myös kehon hahmotuksessa, käsien tahdonalaisessa toiminnassa ja liikkeiden koordinaatiossa. Kielelliset puutteet ilmenevät usein päättelykyvyn vaikeutena, puheen tuoton niukkuutena ja ajattelun epäjohdonmukaisuutena.

Konkreettinen ajattelu tuottaa vaikeuksia. Skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä saattaa olla ongelmia sosiaalisissa tilanteissa ja esimerkiksi sananlaskujen ymmärtäminen voi olla hankalaa. (Muzio ym. 2010, 909–910.) Myös kyvyttömyys huomata oman kognition puutteita ja sairaudentunnettomuus voivat liittyä skitsofreniaa sairastavan potilaan kognitiivisiin oireisiin (Oksanen ym. 2016, 2795). Kognitiiviset heikentymät voivat olla täysimittaisia jo ensimmäisen sairausjakson alkaessa, jonka jälkeen ne jäävät pysyviksi. Kognitiiviset häiriöt pysyvät, vaikka positiiviset tai hajanaiset oireet poistuisivatkin. (Torniainen 2013, 24.)

Vakavat kognitiiviset häiriöt skitsofreniassa esiintyvät yleisimmin henkilöillä, joilla esiintyi enemmän negatiivisia oireita ja oli korkeampi antipsykoottinen lääkitys. Sukupuoli ei vaikuta kognitiivisten häiriöiden vakavuuteen skitsofreniassa. Sen sijaan matala ja korkea syntymäpaino vaikutti kognitiivisten häiriöiden esiintyvyyteen enemmän, kuin keskimääräinen syntymäpaino. Sosiaalisen kognition vaikeus skitsofreniapotilailla näkyy usein kyvyttömyytenä ymmärtää toisten tunnetiloja, empatiakyvyn puutteena ja vaikeutena hahmottaa verbaalista ja non-verbaalista viestintää. Potilaiden kuntoutumisen ja elämänlaadun kannalta kognitiiviset oireet sekä negatiiviset oireet ovat merkittävämmässä asemassa, kuin positiiviset oireet. (Oksanen ym. 2016, 2792). Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan joillakin geneettisesti eristäytyneillä alueilla, kuten Kuusamossa on suuri skitsofreniaesiintyvyys muuhun maahan verrattuna. (Torniainen 2013, 9–10.)

2.5 Skitsofrenian hoitoperiaatteet Suomessa

Skitsofrenian hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa ja potilaan perhe ja lähipiiri tulee ottaa mukaan hoitoon (Tuominen ja Salokangas 2017, 174). Avohoidon psykoosiryhmät toimivat Suomessa suurimmissa kaupungeissa. Skitsofrenian hoitovaiheet jaotellaan akuuttivaiheeseen, tasaantumisvaiheeseen ja vakaaseen vaiheeseen. Sairauteen ei ole olemassa varsinaista parantavaa hoitoa, vaan skitsofrenian oireita pyritään lievittämään hoidolla ja kuntoutuksella. Tavoitteena on uusien psykoosien ehkäisy tai vähentäminen, psykososiaalisen toimintakyvyn parantaminen ja sairauden sopeutuminen. (Suvisaari ym. 2017.) Myös psykoosilääkehoidon merkitys etenkin sairauden akuuttivaiheessa on keskeinen (Koponen, Lappalainen, Leinonen 2016, 1119).

Lääkehoito jaotellaan psykoosivaiheen ja ylläpitohoidon mukaan. Psykoosivaiheessa lääkitys auttaa lähinnä positiivisten oireiden ilmenemiseen, ei niinkään negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin. Pyrkimyksenä on löytää pienin tehokas vuorokausiannos, jossa haittavaikutukset olisivat mahdollisimman pienet ja potilaan sitoutuminen lääkehoitoon paranee. Psykoosivaiheen mentyä ohi annosta vähennetään asteittain tiheästi seuraten ylläpitohoitoon, joka voidaan antaa tabletteina tai pitkäaikaisena injektiona. Injektiomuodossa annettu lääkitys sopii erityisesti potilaille, joilla on heikko sairautentunto. Ylläpitohoidon vaiheessa lääkeannokset ovat yleensä selvästi pienemmät, kuin psykoosivaiheessa. Skitsofreniapotilaan hoidossa tarvitaan usein pysyvä lääkitys. Psykoosilääkettä, joka estää psykoosin uusiutumisen tulisi jatkaa vähintään 2–5 vuotta hoitovasteen ja oireiden hallintaan saamisen jälkeen. (Tuominen ja Salokangas 2017, 175.) Klotsapiini on kaikkein tehokkain lääke skitsofrenian hoidossa (Tuominen ja Salokangas 2017, 175; Tiihonen ym. 2019, 787). Klotsapiinin lisäksi amisulpridi, olantsapiini ja risperidoni on todettu muita psykoosilääkkeitä hieman tehokkaimmiksi. Psykoosilääkkeiden tehoa on tutkittu eniten akuuttivaiheen hoidossa, jossa positiivisiin oireisiin vaste saadaan yleensä 2–6 viikon kuluessa. Negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin vaste ilmenee hitaammin. Niimenomaan näihin oireisiin tarvittaisiin tehokkaampia lääkkeitä tulevaisuudessa. (Koponen ym. 2016, 1123.)

Skitsofrenian lääkehoidossa joudutaan usein hakemaan tasapainoa tehon ja siedettävyyden välillä. On yleistä, että potilaalla käytetään useampaa kuin yhtä psykoosilääkettä samanaikaisesti. Monilääkehoidon on ajateltu lisäävän haittavaikutuksia ja näin ollen hoitosuosituksia ympäri maailmaa ovat olleet psykoosin monilääkehoitoa vastaan. Vakuuttavaa näyttöä monoterapian ja monilääkehoidon mahdollisista eroista skitsofreniarelapsin estossa ei kuitenkaan ole ollut. Tutkimusten mukaan rationaalinen skitsofrenian monilääkehoito on mahdollista, ja että nykysuosituksia tulisi muuttaa, koska mitään näyttöä siitä, että monoterapia olisi monilääkehoitoa parempi, ei ole. (Tiihonen ym. 2019, 787.)

Skitsofrenian hoidossa pitkäjänteisellä ja luottamuksellisella hoitosuhteella on tärkeä merkitys. Hoitoa suunnitellaan yksilöllisesti potilas ja hänen läheisensä huomioiden. Skitsofrenian hoidon keskeiset elementit muodostuvat psykoosilääkityksestä, psykososiaalisesta yksilöhoidosta, sekä psykoedukaatiosta, eli terapeutisesta koulutuksesta, jota olisi hyvä antaa myös potilaan kaikille läheisille. Potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua

lisävistä kuntoutuksen muodoista, kuten psykososiaalinen kuntoutus, työkuntoutus sekä tuetun työllistymisen edistäminen, on potilaille merkittävää hyötyä toipumisen edistämiseksi. Pitkäaikaishoidon tärkeitä elementtejä ovat potilaiden tukeminen hoitoon sitoutumiseen, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, mielekäs tekeminen ja päivärytmin luominen, sekä potilaiden integroiminen yhteiskuntaan. Uusien sairausjaksojen ehkäisy ja somaattisen terveyden arvioiminen ja edistäminen osana hoitoa, sekä joustavan palvelun tarjoaminen kriisitilanteessa on myös tärkeää. Hoidossa tarkoituksena on poistaa oireet tai lievittää niitä. Uusien psykoosijaksojen muodostumista pyritään estämään, tai ainakin vähentämään niiden määrää. Tavoitteena on myös kohentaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2015.) Psykososiaaliset hoitomuodot, kuten kognitiivinen kuntoutus ja sosiaalisen kognition tukeminen yhdessä lääkehoidon kanssa lievittävät potilaan oireita ja parantavat hänen toimintakykyään. Psykososiaaliset hoitomuodot lääkehoidon tukena myös estävät uusia psykoosijaksoja ja ehkäisevät tarvetta uusille sairaalahoitojaksoille. (Tuominen ja Salokangas 2017; Viertiö, Mehtälä ja Sailas 2016, 632–633.) Viime vuosina on kehitetty paljon kognitiivista toimintakykyä helpottavia erityisiä kuntoutusohjelmia, joista käytetään nimitystä kognitiivinen remediaatio tai kognitiivinen harjoittelu. Kognitiivista remediaatiota varten on kehitetty erilaisia tietokoneavusteisia ohjelmia. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä kognitiiviset puutokset ovat olleet seurannassa stabiileja, jonka takia skitsofreniapotilaiden kognition kuntoutusmahdollisuuksiin on suhtauduttu pessimistisesti. Kognitiivista toimintakykyä parantavista kuntoutusohjelmista on kuitenkin saatu rohkaisevia tuloksia skitsofreniaa sairastavilla potilailla. (Muzio ym. 2010, 910–913.)

3 TOIPUMISORIENTAATIO

Toipumisella on perinteisesti tarkoitettu tilaa, joka on saavutettu tarjotun hoidon ja sairauden väistymisen myötä (Gilburt, Slade, Bird, Oduola ja Craig 2013). Nykykäsityksen mukaan toipumisella tarkoitetaan laajemmin prosessia, jonka aikana rakennetaan yksilöllisesti merkityksellisiä ja tyydyttäviä elementtejä elämään sairauden aiheuttamista oireista ja rajoituksista huolimatta (Lassila ja Kampman 2018, 2026). Toipumisorientaatiolle ei ole olemassa yksittäistä teoriataustaa, vaan siinä integroituvat monet teoriat. Yksilön tarvelähtöisyyden myötä toipumisorientaatio liittyy humanistiseen teoriaan ja psykologian perinteeseen viitaten Maslown tarveteoriana. Ihmisen kokemuksia ja käsityksiä vaikuttamismahdollisuuksistaan käsittelee kognitiivisen ja psykologisen teorian kautta Rotterin kontrolliodotus-teoria. Teorian mukaan henkilöt, jotka kokevat voimakasta sisäisen hallinnan tunnetta, kokevat pystyvänsä vaikuttamaan elämänsä tapahtumiin yleisesti. Perususkomuksen käsitteen luonut Beck toi esille teorian, että jokainen henkilö tulkitsee tapahtumia mahdollisesti vääristävien tai mitätöivien uskomusten kautta. Samantapaiseen ajattelutapaan viittaa opitun avuttomuuden teorian kehittänyt Seligman. Antonovskyn teoria terveyttä ylläpitävien tekijöiden tunnistamisen tärkeydestä linkittyy niin ikään toipumisorientaation viitekehykseen vahvasti positiivisen mielenterveyden käsitteen kautta. (Nordling ym. 2015, 136.)

Toipumisorientaatiosta viitekehyksenä on tullut monissa maissa keskeinen mielenterveyspalveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa. (Nordling 2018, 1476). Toipumisorientaation viitekehys on lähtenyt muodostumaan hoidon ja kuntoutuksen rakenteisiin ja sisältöön kohdistuneesta kritiikistä Onkenin ym. (2002) mukaan. Hoitojärjestelmiin liittyvät rakenteet, kuten rajoitukset, ohjeet ja käytännöt vaikeuttavat usein toipumisprosessin etenemistä. Haasteena voi olla myös hoitoon pääsyn vaikeus tai palveluiden huono laatu. (Nordling ym. 2015, 135.)

3.1 Hoidon painotukset toipumisorientaation viitekehyksessä

Toipumisprosessin tavoitteena on henkilön vahvuuksien ja voimavarojen sekä mielekkäiden sosiaalisten roolien löytäminen ja sosiaalisten tukijärjestelmien aktivointi Thorntonin ja Lucasin (2011) mukaan. Toipumisprosessi näkyy yksilön kokemusmaailman positiivisena muutoksena Jacobsonin ja Greenleyn (2001) mukaan. Toipumisorientaatio edellyttää toteutuakseen muutoksia rakenteissa, käytännöissä ja asenteissa. Silloin kun ammattihenkilöstö tukee ja edistää potilaiden elämän mielekkyyttä, elämän merkityksellisyyden kokemusta sekä toiveikkuutta, he toimivat toipumisorientaation mukaisesti. Toteutuakseen toipumisorientaatio edellyttää ammattilaisilta potilaiden kokonaisvaltaista kohtaamista. (Nordling ym. 2015, 135.)

Toipumisorientaation viitekehyksestä katsottuna hoitotyössä painottuvat yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys. Potilaiden kohtaamisen on vuorovaikutuksellista ja potilailla tulisi olla mahdollisuus päättää omaa hoitoa koskevista asioista. Hoidon tulisi tukea potilaiden voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Hoidossa huomioidaan positiivista mielenterveyttä tukevat osa-alueet, merkityksellisyyttä lisäävät tekijät sekä potilaiden osallisuuden tunteen lisääminen. (Nordling 2018, 1476–1477.) Aikaisemmissa tutkimuksissa toipumisorientaation toteutumisen haasteet ovat yleensä liittyneet organisaatioiden rakenteiden aiheuttamiin esteisiin tai henkilökunnan epävarmuuteen toipumisen tukemisesta omassa yksikössä (Gilburt ym. 2013).

3.2 Kansainvälinen näkökulma toipumisorientaatiosta

Toipumisorientaatio on asetettu keskeiseksi tavoitteeksi ja viitekehyyksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä useissa maissa. Kansainvälisesti aiheesta on saatavilla monipuolisesti tutkimustietoa. Toipumisorientaation toteutumisen kannalta merkittävänä monessa tutkimuksessa on nähty henkilökunnan riittävä koulutus toimintatapojen ja asenteiden muuttamiseksi. (Tsai ja Slayers 2010, 396; Reynolds ja O’Hanlon 2011, 25; Chen 2012, 272.) Henkilökunnan koulutuksen lisäksi tärkeänä on koettu viitekehyyksen toteutumisen seuranta (Reynolds ja O’Hanlon 2011, 26). Vaikka useassa maassa toipumisorientaatio on ollut valtakunnallisesti tavoitteeksi asetettu viitekehys, sen toteutumisen koordinointi on usein näyttäytynyt puutteellisena. Lisäksi tutkimuksissa

raportoitiin päättäjien tuen puuttumista viitekehysten toteuttamisen tueksi. Tämä on näkynyt useiden tutkimusten mukaan esimerkiksi henkilökunnan- ja taloudellisten resursien puutteena. (O'Hagan, Reynolds ja Smith 2012, 61; Piat ja Sabetti 2012, 25; Humphreys ja Lembke 2014, 15.) Muutamassa tutkimuksessa henkilökunta oli kokenut viitekehysten toteuttamiseen liittyvien hoitosuunnitelmien tekemisen ja seurannan työläänä (Reynolds ja O'Hanlon 2011; Simpson ym. 2016).

Useiden tutkimusten mukaan toipumisorientaation käsite näyttäytyi vaikeana hahmottaa ja eriävät käsitykset siitä, mitä toipumisella tarkoitetaan, haastoivat viitekehysten toteutumista (Brekke, Lien, Nysveen ja Bjong 2018; Penas, Iraurgi, Ioseba, Conceptiòn ja Uriarte 2019, 30). Tutkimuksissa sairaalaympäristö näyttäytyi olevan toipumisorientaation toteutumisen esteenä. Sairaalaympäristöön liittyi osastojen fyysiset tilat ja sairaalan sijainti sekä pakkokeinojen käyttö. Henkilökunnan hierarkkinen asema suhteessa potilaisiin oli korostuneempi myös sairaaloissa, joka haastoi viitekehysten toteutumista. (Ayres, Fegan ja Noak 2014, 23–24; Kidd, McKenzie ja Virdee 2014, 246–247; Reinhardt-Wood, Kinter ja Burke 2018, 32.) Toipumisorientaation toteutumisen esteenä näyttäytyi useammassa tutkimuksessa olevan myös potilaiden kokema häpeä ja stigma sekä tuomitsevat asenteet, jotka vaikuttivat potilaiden luottamukseen omaan toipumiseensa ja kykyihinsä sekä toisaalta myös potilaiden saamiin palveluihin. (Amering, Mikus ja Steffen 2012, 18; Brekke ym. 2018; Nordling 2018, 1478, 1480).

Toipumisorientaatio toteutui parhaiten yksiköissä, joissa hoito oli yksilöllistä ja henkilökunta suhtautui potilaisiin kunnioittavasti (Tsai ja Slayers 2010, 396; Chen 2012, 57; Lakeman 2010, 71; Leese, Smithies ja Green 2014, 22). Jaettu päätöksenteko näytti tukevan viitekehysten toteutumista hyvin. Tällä tarkoitettiin potilaiden ja kokemusasiantuntijoiden ottamista mukaan aktiivisesti hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja kehittämiseen sekä vertaistuen tarjoamista potilaille. Tämä lisäsi potilaiden tunnetta osallisuudesta sekä itsehallinnasta. Vertaistuki näytti toimivan myös potilaiden toiveikkuutta vahvistavana tekijänä. (Amering ym. 2012; Ostrow ja Adams 2012; Waldemar, Arnfred, Petersen ja Korsbek 2016.) Eri hoitovaihtoehtojen tarjoaminen potilaille tuki toipumisorientaation toteutumista (Tsai ja Slayers 2010; Ayres, Fegan ja Noak 2013). Toipumisen kannalta merkityksellisenä näyttäytyi se, että potilaat kokivat hoitosuhteen terapeuttisena ja toivoa luovana (Schön ja Rosenberg 2013; Simpson ym. 2016). Lisäksi sairauden merkityksen löytäminen ja oirehallinnan keinojen lisääntyminen näyttäytyivät tärkeinä (Schön ja

Rosenberg 2013). Sosiaaliset suhteet ja ympäristötekijät tukivat potilaiden toipumista (O'Hagan ym. 2012; Schön ja Rosenberg 2013). Toipumisorientaation viitekehys näytti tutkimusten mukaan edellyttävän toteutuakseen henkilökunnan riittävää koulutusta ja toteutumisen seurantaa (Kidd ym. 2014; Basso, Boggian, Carozza, Lamonaca ja Svettini 2016). Lisäksi toteutuminen näytti tutkimusten mukaan edellyttävän selkeitä ohjeistuksia käytännön toteutukseen (Gwinner ja Ward 2013; Humphreys ja Lembke 2014).

3.3 Toipumisorientaatio Suomessa

Valtakunnallisissa 2000-luvun mielenterveys- ja päihdetyön kärkihankkeissa, Pohjanmaa-hanke, Lapin hanke ja Vantaan Sateenvarjo-projekti, luotiin perusteet asiakaskeskeisyyden vahvistamiselle. Varsinaisesti kansallisessa Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmassa 2009–2015 toipumisorientaatio määriteltiin ensimmäisen kerran palvelujen kehittämisen viitekehyyksi. (Nordling ym. 2015, 133.) Tavoitteiksi ja kärkihankkeiksi asetettiin vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen, pakkokeinojen käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa, ehkäisevään työhön panostaminen liittyen ylisukupolvisten ongelmien ehkäisyyn ja toimivien perhetyön mallien luomiseen. Lisäksi tavoitteeksi asetettiin itsemurhien ehkäisyä koskevan tiedotuksen lisääminen. (Partanen ym. 2015, 320–321.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman rahoittamilla hankkeilla, kuten Mielen Avain, Välittäjä, Tervein mielin Pohjois-Suomessa, Länsi-hanke ja Arjen mieli, on ollut toipumisorientaation viitekehyyksen vahvistumisen kannalta merkittävä rooli Suomessa mielenterveys- ja päihdetyössä (Nordling ym. 2015, 133; Nordling 2017). Toipumisorientaation viitekehyyksen toteutumista lähivuosina vie eteenpäin Lapin yliopiston johtama Euroopan sosiaalirahaston Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke 2018–2020, jossa on mukana Lapin, Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirit, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Mielenterveyden keskusliitto, Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Lisäksi vuonna 2017 perustettiin Toipumisorientaatio ry, jonka tavoitteena on lisätä tietoisuutta toipumisorientaatiosta osallistumalla aiheeseen liittyviin hankkeisiin ja järjestämällä julkaisu- ja koulutustoimintaa. (Nordling 2018, 1481.)

Suomessa ei ole vielä tehty juurikaan tutkimusta toipumisorientaatiosta. Toipumisorientaation toteutumisen katsotaan edellyttävän muutoksia rakenteissa, käytänteissä ja asenteissa. Ammatilainen toimii viitekehyksen mukaisesti, jos vuorovaikutuksessa pyritään lisäämään potilaan toiveikkuutta ja kokemusta elämän tarkoituksellisuudesta sekä mielekkyydestä. Potilaiden kokonaisvaltaisen kohtaamisen tärkeys ja tunteiden, asenteiden ja arvojen huomioiminen hoidossa ovat myös korostuneet toipumisorientaation viitekehyksen mukaan. Toipumisorientaation toteutumisen edellytyksenä on nähty luottamuksellisen ja terapeuttisen hoitosuhteen luominen, organisaatioiden kulttuurin muuttaminen viitekehyksen toteutumista tukeviksi sekä osallisuuden lisääminen ja potilaiden tukeminen yhteisöjen jäseniksi. Viitekehyksen toteutumisen kannalta korostui myös kokemuksellisten elementtien käyttäminen, jolla tarkoitetaan onnistumisen kokemuksia ja konkreettisten, pienten tavoitteiden rakentamista toipumiselle. Lisäksi potilaiden tiedollisten resurssien lisääminen nähtiin tärkeänä. Tällä tarkoitettiin esimerkiksi tiedon kertomista lääkehoidon laiminlyönnistä liittyen sairauden oireiden pahenemiseen ja sairauden hallintaan liittyvien menetelmien opettelua. (Nordling ym. 2015, 134, 136.)

Lassila ja Kampman (2018) toivat esille näkökulman näyttöön perustuvan lääketieteen ja toipumisorientaation yhdistämisestä. He kuvasivat vuonna 2010 käynnistynyttä kokemusasiantuntijakoulutusta Etelä-Pohjanmaalla. Koulutuksesta saatiin paljon positiivista palautetta esimerkiksi potilailta ryhmistä, joissa toinen ryhmän vetäjistä oli ollut kokemusasiantuntija. Palautteen mukaan kokemusasiantuntijoiden käyttö oli lisännyt kokemustiedon välittymistä, vertaisuuden kokemusta ja potilaiden toiveikkuutta tulevista. Artikkelissa tuotiin esille näkökulma, jossa painottui näyttöön perustuvan lääketieteen ja toipumisorientaation välisen vuoropuhelun tärkeys erilaisten näkökulmien ja terminologian molemminpuolisen ymmärryksen turvaamiseksi. (Lassila ja Kampman 2018, 2026–2027.)

Nordlingin (2018) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella henkilökohtainen toipuminen nähtiin viitenä erilaisena prosessina: kumppanuuteen, toivoon, optimismiin, identiteettiin, elämän tarkoitukseen ja voimaantumiseen liittyvinä prosesseina. Kirjallisuuskatsauksen mukaan toipumista estävät tekijät näkyivät haasteina siirtää toimintaperiaatteita käytännöiksi. Ammatilaisten asenteet ja sairaalaympäristö näyttivät estävän usein myös toipumisorientaation toteutumista. Tähän liittyi potilaiden nopea vaihtuvuus, sairauden akuuttivaihe, suuri potilasmäärä suhteessa henkilökunnan

mitoitukseen, osastojen ahtaus ja epäkäytännölliset rakenteet, henkilökunnan tietojen ja taidon puute, huonoon johtaminen ja byrokratian aiheuttamat rajoitukset. Esteenä toimi myös muutosvastainen hoitokulttuuri, hoitokäytäntöjen epäselvyys ja riittämätön kollegiaalinen tuki. Organisaatioiden suorituskeskeisyys näytti myös toimivan toteutumisen esteenä, johon liittyi lisäksi ammattilaisten tyytymättömyys ja asenne toipumisorientaation viitekehystä kohtaan. Esteenä näkyi vaihtelevat tulkinnat ja epäselvyys toipumisorientaation käytännön toteuttamisesta. Pakkokeinojen käytön nähtiin olevan esteenä toipumisorientaation toteutumiselle. Lisäksi esteenä näyttäytyi potilaiden omaama psyykkisesti sairaan ihmisen identiteetti sekä sosiaalisten verkostojen ja kodin puuttuminen. (Nordling 2018, 1480–1481.)

Toipumisorientaatiota vahvistavina tekijöinä nähtiin toimiva vuorovaikutusprosessi, johon liittyy voimavarakeskeisyys ja toivon luomisen elementit. Tähän katsottiin liittyvän hoidon tavoitteiden asettaminen psykososiaaliset tekijät huomioiden potilaiden osallisuutta lisäämällä. Viitekehyksen mukaan hoidossa tapahtuva päätöksenteko on jaettava päätöksentekoa ammattilaisten, potilaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Vertaistuen ja vertaistyöntekijöiden käyttö sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävä yhteistyö näyttäytyivät tärkeinä toipumisorientaation toteutumisen kannalta. Lisäksi asiakkaiden osallisuus kehittämistyössä nähtiin tärkeänä. Toteutumisen kannalta näyttäytyi merkityksellisenä myös hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantaminen sekä valinnan mahdollisuudet ja itsemääräämisoikeus. Kirjallisuuskatsauksessa esille nousi myös tasa-arvoisen ja kunnioittavan vuorovaikutussuhteen tärkeys ammattilaisten ja potilaiden välillä. Koulutus ja kurssit aiheesta näyttäytyivät myös tärkeinä. Asiakkaiden työllisyyden ja oikeuksien tukeminen koettiin myös merkityksellisinä. Toipumisorientaation katsottiin edellyttävän asiantuntijavallan uudelleen ymmärtämistä ja tutkimustiedon hyödyntämistä. Lisäksi työvälineiden käyttöön ottaminen toipumisen seurannassa ja arvioinnissa nähtiin tärkeinä. (Nordling 2018, 1479–1480.)

Raitakari, Holmberg, Juhila ja Räsänen (2018) julkaisivat tutkimuksen liittyen toipumista tukevien elementtien käyttöön mielenterveystyössä kotikäyntien yhteydessä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia positiivisen lähestymistavan elementtejä ammattilaiset käyttävät kotikäynneillä. Recovery-in -malli (RIM) korostaa potilaiden oikeuksia toimia yhteisönsä täysivaltaisena jäsenenä mielenterveyden häiriöihin liittyvistä haasteista huolimatta. RIM-mallin mukaan ammattilaiset tuovat esille potilaiden

kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa positiivisten elementtien ja voimavarakeskeisyyden kautta tukien asiakkaita tekemään oikeita asioita ja oikeanlaista persoonallisuuden kasvua. (Raitakari ym. 2018, 1441.)

Oikeiden asioiden tekemiseen tukevat interventiot liittyivät päivittäisistä asioista hoitamisen tukemiseen, kuten taloudesta huolehtiminen ja sovittuihin tapaamisiin osallistuminen. Lisäksi ammattilaiset tukivat asiakkaita kotitöiden tekemiseen, tiskaaminen, roskien vienti ja imurointi ja itsestä huolehtimiseen, kuten peseytyminen, liikunta, lääkkeiden ottaminen sovitusti, terveellinen ruokavalio ja riittävä uni. Ammattilaiset tukivat asiakkaita myös yhteisön jäsenenä toimimiseen, johon liittyi asiakkaiden tukeminen toimimaan ja käyttäytymään normaalisti sosiaalisissa tilanteissa. Oikeanlaiseen persoonallisuuden kasvuun tukevat elementit liittyivät tutkimuksen mukaan asiakkaiden tukemiseen tulevaisuuden suunnitelmien tekemiseen ja oirehallintatyökalujen tarjoamiseen ja ohjaamiseen asiakkaille. Lisäksi ammattilaiset pyrkivät lisäämään asiakkaiden itsehallinnan tunnetta tukemalla heitä omien vahvuuksien, toiveiden ja kykyjen tunnistamisessa. (Raitakari ym. 2018.)

RIM-mallin haasteena näyttäytyi se, ettei malli tuo esille osallistujien tunteita tai kokemuksia. Lisäksi tutkimuksessa tuotiin esille se, että kotikäynneillä tehtyjen interventioiden pidempi seuranta-aika olisi tarpeen, jotta voitaisiin nähdä, olivatko kotikäynneillä ammattilaisten esille nostamat asiat jääneet vaikuttamaan myös pidemmällä ajalla asiakkaiden elämässä. Mallin käytön nähtiin liittyvän vahvasti kulttuurisiin merkityksiin ja vuorovaikutukseen. RIM-malli näytti tuovan ammattilaisten käyttöön hyviä työkaluja asiakkaiden voimavarakeskeiseen arviointiin. (Raitakari ym. 2018.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia toipumisorientaation toteutumista yhdellä Helsingissä sijaitsevan psykiatrisen sairaalan kuntouttavista osastoista. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää, mitkä tekijät ovat tukeneet tai estäneet viitekehyksen toteutumista. Lisäksi tutkitaan sitä, mitä toipumisen koetaan tarkoittavan ja miten toipumisorientaatio on osastolla toteutunut. Toipumisorientaation toteutumista ei ennen tämän opinnäytetyön tekemistä ole tutkimuskohteena olevassa sairaalassa tutkittu. Opinnäytetyön tavoitteena on tästä syystä toimia myös pilottina toipumisorientaation käytännön toteutumisen arvioimisessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä toipumisen koetaan tarkoittavan?
2. Mitkä tekijät ovat tukeneet toipumisorientaation toteutumista osastolla henkilökunnan kokemusten mukaan?
3. Mitkä tekijät ovat tukeneet toipumisorientaation toteutumista osastolla potilaiden kokemusten mukaan?
4. Mitkä tekijät ovat estäneet toipumisorientaation toteutumista osastolla henkilökunnan kokemusten mukaan?
5. Mitkä tekijät ovat estäneet toipumisorientaation toteutumista osastolla potilaiden kokemusten mukaan?
6. Miten toipumisorientaatio on toteutunut osastolla?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, joka sopii hyvin kokemusten tutkimiseen. Laadullisella tutkimuksella haetaan vastauksia siihen, miten ihmiset kokevat ja ymmärtävät ympärillään olevaa maailmaa (Holloway ja Galwin 2017, 3). Koska tutkimus toteutettiin haastattelemalla yksittäisen osaston henkilökunnan ja potilaiden kokemuksia, tutkimusta ei kannattanut toteuttaa määrällisin menetelmin. Haastattelemisen ja laadullinen menetelmä olivat perusteltuja myös siksi, että tutkimuksen kohteena oli toipumisorientaation toteutuminen, jota ei ole aikaisemmin tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa tutkittu, ja josta yleisemmin myös Suomesta on vielä melko vähän tutkimustietoa. Opinnäytetyössä haluttiin optimoida näin ollen tiedon saannin määrä ja saada kuvattua haastateltavien kokemuksia mahdollisimman laajasti.

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä ja kokemuksen tutkiminen

Laadullisen tutkimuksen kohteena ovat erilaiset sosiaaliset ympäristöt ja näihin ympäristöihin liittyvät ihmiset. Laadullisella tutkimuksella haetaan vastauksia siihen, miten ihmiset asemoituvat ympäristöönsä ja miten he ymmärtävät ja kokevat ympäristönsä esimerkiksi symbolien, rituaalien, sosiaalisten rakenteiden ja roolien kautta. Laadullisella tutkimuksella voidaan tutkia myös sitä, miten henkilöt ymmärtävät itseään ja muita ihmisiä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tutkia laajasti yleistettävissä olevia ilmiöitä, vaan kuvata tarkasti yksittäisiin ryhmiin liittyviä ilmiöitä ja yhteisöjen ainutlaatuisuutta. (Lune ja Berg 2017, 15–16.) Laadullinen tutkimus liittyy vahvasti ympäristöön, jossa tutkimus toteutetaan, mikä edellyttää tutkijoilta kontekstin ymmärrystä ja herkkyyttä nähdä tutkimusympäristöön liittyviä asioita (Holloway ja Galwin 2017, 3). Laadullisen tutkimuksen vahvuuksiksi voidaan nimetä se, että tutkimus pystyy kuvaamaan osallistujien kokemia ilmiöitä syvältä ja yksityiskohtaisesti (Lewis ja Ritchie 2003, 267). Laadullinen tutkimus kohdistuu ihmisten kokemusten, tunteiden ja käyttäytymisen tutkimiseen. Tavoitteena on ymmärtää, kuvata ja tulkita ilmiöitä yksilöiden, ryhmien ja kulttuurien kautta. (Holloway ja Galwin 2017, 3.) Laadullinen tutkimus on luonteeltaan ymmärrettävää, ihmistieteellistä ja erään määritelmän mukaan myös pehmeää. Laadullisella tutkimuksella on pyritty myös perinteisesti ymmärtämään tutkimuksen kohdetta, osallistujia

ja tähän liittyviä ilmiöitä, mikä myös tuki lähestymistavan valintaa (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 53–54, 57.) Koska opinnäytetyössä tutkittiin toipumisorientaation toteutumista ja haastateltavien kokemuksia, laadullisen menetelmän käyttö oli luontevaa. Tutkimuksen kohteena oli yksittäisen osaston potilaiden ja henkilökunnan kokemukset, mikä teki tutkimuksen toteuttamisesta laadullisena perusteltua. Tutkimusotos oli melko pieni, eikä tavoitteena ollut tutkia laajaa ilmiötä.

Kokemuksen voidaan sanoa olevan yksi monimerkityksisimmistä ja vaikeimmin määriteltävissä olevista käsitteistä. Puhuessaan kokemuksista henkilö voi viitata moniin asioihin, kuten ajatuksiin, tuntemuksiin, tapahtumiin, elämyksiin tai tapoihin ja kykyihin. Kokemuksen tutkimuksessa tarkastelun kohteena ovat usein kokemuksen sisällöt ja niiden jäsenitys sekä teemoittelu tältä pohjalta. Laadullisten tutkimusmenetelmien katsotaan soveltuvan tähän hyvin. Tällä tavoin luokiteltu aineisto kuvaa esille nousseiden teemojen rakenteita, sisältöjä ja yhteyksiä. Tämän tyyppisen tutkimuksen käyttö näyttäytyy hyödyllisenä tutkittaessa käyttäjäkokemuksia ja käytettävyyttä sekä sosiaalisia vaikutuksia. (Kukkola 2018, 41–42.) Kokemuksen luonne on epävarma. Usein luullaan, että koetut asiat vastaavat tosiasioita. Kokemukseen totuutena ei voi kuitenkaan automaattisesti luottaa. Sen sijaan voidaan sanoa, että kokemuksia tutkittaessa on kyse kokemuksellisesti merkittävien asioiden merkityksellistymisestä mielekkäällä tavalla. (Kukkola 2018, 47–48.)

5.2 Fenomenologis-hermeneuttinen näkökulma

Opinnäytetyössä käytetään fenomenologis-hermeneuttista ihmiskäsitystä näkökulmana. Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus käsitteellistää tutkittavan ilmiön eli tavoitteena on tehdä jo tunnettu tiedetyksi ja nostaa tietoiseksi se mikä on koettu, mutta ei vielä tietoisesti ajateltu (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 41). Keskeisiä käsitteitä fenomenologisessa ja siihen läheisesti kuuluvassa hermeneuttisessa ihmiskäsityksessä ovat kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys (Laine 2018, 29). Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa on tärkeää ymmärtää kokonaisuuksia. Haastateltavien elämäntilannetta, perhettä ja yhteisöä tulee tulkita kokonaisuus huomioiden. Aineiston analyysi alkaa jo aineiston keruun yhteydessä. Haastattelijan kannattaa kuunnella mahdollisimman tarkasti, mitä haastateltavat sanovat. Alustavat tulkinnat tulisi kirjoittaa ylös mahdollisimman pian haastattelujen

jälkeen ja jatkojalostaa kun aineistoa kertyy enemmän. Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus on prosessi jo itsessään. (Cohen, Kahn ja Steeves 2000, 74.)

Fenomenologinen metodi ei ole suoraan käytettävissä oleva metodi aineiston keräämiseen ja tulkitsemiseen, vaan sidoksissa kokonaiseen verkostoon suuria kysymyksiä. Näitä ovat esimerkiksi tutkijan omien ennakko-oletusten pois sulkeminen, tulkinta ja ymmärtäminen. (Laine 2018, 29.) Koska tutkimme nimenomaan potilaiden ja hoitajien kokemuksia toipumisorientaatiosta, tämä ihmiskäsitys ja metodi sopii tutkittavaan ilmiöön hyvin. Fenomenologit ajattelevat, että ihmisyksilöt rakentuvat suhteessa ympäröivään maailmaan ja rajoittuu tarkastelussaan siihen, mikä ilmenee meille itse koettuna, elettyinä maailmana ja itsenä maailmassa. Jokainen kokee suhteensa asioihin, toisiin ihmisiin, sosiaalisiin tapahtumiin, esineisiin tai luonnonilmiöihin oman perspektiivinsä, kehystensä kautta, joka on rakentunut kunkin oman elämänhistorian tuloksena. Ihmistä ei voida ymmärtää irrallaan suhteestaan maailmaan.

Fenomenologisen merkitysteorian mukaan ymmärrettävät toisen kokemukset ovat luonteeltaan yhteisöllisiä ja jaettuja. Yksilöiden välisissä merkitysperspektiiveissä samanlaisuus on yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ilmiö. Tutkittavat ihmiset, kuten myös tutkijat, ovat osa jonkin yhteisön luomaa merkitysten perinnettä, jonka takia jokaisen yksilön kokemusten tutkimus paljastaa myös jotain yleistä. (Laine 2018, 32.) Koska tutkimme nimenomaan kokemuksia, mukaan tulee myös hermeneuttinen ihmiskäsitys, joka tutkii ainutlaatuisuutta ja ainutkertaisuutta. Tarkoituksena on ymmärtää tutkittavan joukon sen hetkistä merkitysmaailmaa. Hermeneuttinen ulottuvuus auttaa tulkinnassa ja ihmisten välisessä kommunikaatiossa. Analysointivaiheessa tutkimukseen kuuluu ajoittain kriittinen ja reflektiivinen vaihe. On tärkeää kyseenalaistaa kriittisesti tulkintoja, asettaa ne koetukselle. Tutkijan omat ennakkoluulot on hyvä huomioida ja tarkkailla niiden mahdollista vaikutusta tulkintoihin. (Laine 2018, 35.) Tutkimus alkaa spontaanin ymmärryksen kyseenalaistamisella ja tutkimuksen tasolle päästään reflektion ja kriittisen asenteen avulla (Laine 2018, 36). On tärkeää suhtautua aineistoon avoimesti ja pyrkiä näkemään se sellaisena, kuin se on. Yhdessä opinnäytetyön parin kanssa käytiin keskustelua aineistosta ja sanoitettiin ääneen ajatukset, jotta asia ymmärrettäisiin niin kuin haastateltavat ovat sen sanoneet.

Haastatteluaineisto on tutkittavan puhetta, jonka kanssa tutkija alkaa eräänlaiseen dialogiin. Tämän tarkoituksena on toisen toiseuden ymmärtäminen. Aineiston ja oman tulkinnan välistä kehämäistä liikettä kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi. Tässä tutkijan ymmärryksen tulisi jatkuvasti syventyä ja lisääntyä ja tarkoituksena on, että tutkija voisi vapautua oman perspektiivinsä minäkeskeisyydestä. Kehässä tutkija tavoittelee avointa asennetta toista kohtaan. (Laine 2018, 38.) Kokemuksen tutkiminen tieteellisesti pitää sisällään objektiivisuuden kohteenmukaisuudeksi ymmärrettynä. On tavoitettava tutkittavana oleva asia sellaisena kuin se tutkimuskysymysten kannalta todellisuudessaan esiintyy. (Perttula ja Latomaa 2008, 136.)

5.3 Aineiston keruu

Haastattelu kuuluu yleisimpiin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiin (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 62). Opinnäytetyön aineistonkeruu tapahtui teemahaastattelulla. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, jossa haastattelun teemat on asetettu ja kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. Haastateltavien tuomille tulkinnoille ja merkityksille jää paljon tilaa. (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 48.) Haastattelua käytettäessä saadaan tietoa siitä, miten joku asia koetaan tai mitä asiasta ajatellaan (Eskola ja Vastamäki 2010, 26). Teemahaastattelu mahdollistaa sen, että haastateltavat pystyvät kuvaamaan näkökulmiaan hyvinkin yksityiskohtaisesti. Teemahaastattelulla tutkitaan haastateltavien kokemuksia ja näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Schorn 2000.) Teemahaastattelu sopii hyvin herkkien kohderyhmien ja arkojen aihepiirien tutkimiseen, sillä se mahdollistaa haastateltavien ehdoilla etenemisen (Kallinen, Pirskanen ja Rautio 2015, 51). Menetelmän valintaan vaikutti merkittävästi halu huomioida ja tuoda esille sekä potilaiden että henkilökunnan näkökulmat. Potilaiden ottaminen mukaan hoidon kehittämiseen ja suunnitteluun on myös yksi toipumisorientaation viitekehyksen perusajatuksia. Teemahaastattelu tuntui luontevalta valinnalta, koska kohderyhmänä oli skitsofreniaa sairastavat potilaat ja heidän hoitohenkilökuntansa ja tutkimuksessa pyrittiin turvaamaan ihmisläheisyys ja luontevuus. Tavoitteena oli saada vastauksia esille myös mahdollisimman luontevasti ja vapaamuotoisesti. Teemahaastattelu valikoitui menetelmäksi tutkimukseen myös siksi, koska tavoitteena oli tutkia haastateltavien kokemuksia aiheesta ja antaa tutkittaville mahdollisimman paljon vapaamuotoista tilaa kertoa kokemuksistaan aineiston monipuolisuuden turvaamiseksi. Tavoitteena oli näin pyrkiä myös varmistumaan siitä,

että tutkijat eivät liikaa johdatelleet haastattelun kulkua rajaten teoriakehykseen takertuen turhaan haastattelun sisältöä.

Teemahaastattelua käytettäessä haastatteluteemojen valinta on tärkeä osa tutkimusprosessia ja työn suunnittelua. Teemojen muodostuminen tapahtuu tutkimuksen teoreettisten käsitteiden pohjalta syntyvien alakäsitteiden- ja luokkien kautta. Teemoja mietittäessä kannattaa keskittyä varsinaiseen tutkimusongelmaan, johon on hakemassa vastausta. (Eskola ja Vastamäki 2010, 35.) Opinnäytetyössä haastatteluteemat rakennettiin tutkimuskysymysten ja toipumisorientaation teorian perusteella. Näillä perustein ensimmäiseksi teemaksi muodostui toipumisen kokemus ja muiksi teemoiksi voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. (Liite 1.) Haastattelun alussa haasteltaville kerrottiin teemahaastattelun luonteesta. Haastateltavien informoimiseen teemahaastattelussa liittyy se, mistä aiheesta ja miksi tutkittavia haastatellaan ja että kysymykset tulevat käsittelemään tiettyjä teemoja ja haastateltavat saavat kuvata vapaasti kokemuksiaan (Schorn 2000). Haastattelutilanteessa teemat toimivat haastattelijan muistilistana ja ohjaavat keskustelun kulkua (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 66). Haastattelutilanteessa haastattelija käyttää tukilistaa ja huolehtii siitä, että kaikki teemat käydään läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella (Eskola ja Vastamäki 2010, 28-29).

Teemarunko voi koostua kolmenlaisista teemoista, joista ylimmällä tasolla ovat laajat teemat ja aihepiirit, joista on tarkoitus keskustella. Toiselle tasolle suunnitellaan haastattelijan apukysymyksiä, joiden avulla varsinaista teemaa pilkotaan pienemmiksi osa-alueiksi. Kolmannella tasolla ovat yksityiskohtaiset kysymykset, jotka otetaan käyttöön siinä tilanteessa, että muut kysymykset eivät ole tuottaneet vastausta. (Eskola ja Vastamäki 2010, 37-38.) Käytännön haastattelutilanteissa toipumisen kokemus oli aihealue, josta lähdettiin liikkeelle. Tämän jälkeen keskustelu muodostui pääsääntöisesti hyvin vapaamuotoiseksi. Potilashaastattelujen osalta varsinaisia haastatteluteemoja käytiin tarkemmin läpi, koska haastattelutilanteissa tuli esille tarvetta konkretisoida toipumisen tukemiseen liittyviä elementtejä. Toipumisorientaatio ja toipuminen sinänsä teemoina kantoivat pääsääntöisesti koko haastattelujen läpi ilman, että haastattelijoiden tarvitsi juurikaan ohjailta keskustelua sen enempää. Haastattelutilanteissa haluttiin antaa tilaa runsaasti myös teemahaastattelurungon ulkopuolelta esille tuleville teemoille.

Haastateltavien määrää suunniteltaessa ohjesääntönä on, että haastatellaan niin monta henkilöä kuin on välttämätöntä tarvittun tiedon saamiseksi (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 58). Haastattelut voi toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelu voi olla hyvä valinta esimerkiksi silloin, kun halutaan esille kollektiivinen näkemys jostain asiasta tai asioista, eikä yksilöiden ajatuksilla ole niinkään merkitystä. Ryhmähaastattelua tehtäessä korostuu haastattelijan merkitys siten, että keskustelu pysyy haastatteluteemoissa ja että jokainen osallistuja saa puheenvuoron. (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 61.) Ryhmähaastattelun etu on se, että sen avulla saadaan samanaikaisesti ja nopeasti tietoa monelta henkilöltä (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 63). Yksilöhaastattelujen tekeminen nähtiin perusteltuna, koska kyseessä oli potilaiden haastattelemineen, luottamuksellisuuden ja tietosuojan takaamisen vuoksi.

Henkilökunta haastateltiin ryhmähaastatteluin siksi, että sekä haastattelijoiden että tilaajaorganisaation toiveena oli, että henkilökunnasta mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan haastatteluihin. Lisäksi ryhmähaastattelujen toivottiin maksimoivan henkilökunnan haastatteluista saatu tiedon määrä ja toisaalta ryhmähaastattelut antoivat yksittäinkin enemmän informaatiota, kuin henkilökunnan yksilöhaastattelut olisivat antaneet, koska eri henkilöiden antama tieto täydensi toisiaan. Potilaat haastateltiin yksilöhaastatteluin yksityisyyden turvaamiseksi ja haastatteluun liittyvien ahdistavien elementtien minimoimiseksi, koska mukana oli jo kaksi potilaille vierasta henkilöä haastattelemassa ja kirjauttamassa sekä tallennukseen käytettävät laitteet. Lisäksi ajateltiin, että yksilöhaastatteluin haastattelutilanne saataisiin rauhoitettua ja haastattelijalla voisi vaikuttaa omalla vuorovaiikutuksella parhaiten ilmapiiriin luomiseksi mahdollisimman mielekkääksi.

Teemahaastattelun haasteena saattaa näyttäytyä se, jos haastattelijalla esittää eri haastateltaville kysymyksiä teemoista eri tavoin, mikä saattaa johtaa siihen, ettei kaikille haastateltaville esitetä samoja kysymyksiä. Tämä puolestaan voi vaikeuttaa varsinaisissa haastatteluteemoissa pysymistä ja vastausten saantia oikeisiin teemoihin. Toisaalta haastattelijan mahdollisuutta tuoda mukaan myös omaa persoonaa voi pitää teemahaastattelun vahvuutena. (Turner 2010, 755–756.) Haastatteluissa pyrittiin siihen, että haastateltavat saivat vastata mahdollisimman vapaamuotoisesti teemoihin liittyviin kysymyksiin. Olimme sopineet, että taka-alalla kirjaajan roolissa oleva haastattelijalla sai myös tarvittaessa kysyä asioita, jos huomasi, että haastattelu ohjautui pois varsinaisesta aiheesta tai jotain jäi välistä tarkentamatta.

Ryhmähaastattelun haasteena saattaa näyttäytyä ryhmädynamiikan ongelmat, jos esimerkiksi yksittäinen tai muutama haastateltava pyrkii dominoimaan ryhmää. Useimmiten ryhmäkeskustelut tallennetaan. Tallentamisen onnistumiseksi suositellaan, että tallennus toteutettaisiin useammalla laitteella. (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 63.) Haastattelut tallennettiin kännykällä sekä nauhurilla siltä varalta, että jompikumpi laitteista ei olisi toiminut. Ryhmähaastatteluissa pyrittiin tasapainottamaan tarvittaessa yksittäisten henkilöiden puheaikaa kysymällä näkökulmia myös heiltä, jotka olivat jääneet taka-alalle.

Haastattelututkimusta tehtäessä haastattelijan ja haastateltavan välinen suhde ja luottamuksellisuus korostuvat. Tämä tarkoittaa esimerkiksi tutkimuksen tarkoituksen kertomista haastateltavalle avoimesti ja edellyttää tutkijalta tutkimusmateriaalien säilyttämistä ja hävittämistä luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuvien anonyymiteetin tulee säilyä tutkimuksen loppuraportissa. (Ruusu vuori ja Tiittula 2005, 17.) Haastateltavat olivat saaneet tutkimustiedotteen (Liite 2.) ennen haastatteluihin osallistumista ja tutkimuksen tarkoitukseen ja käytännön toteutukseen liittyvät asiat käytiin haastattelutilanteiden alussa vielä läpi. Erityistä huolellisuutta tämän suhteen noudatettiin potilashaastattelutilanteissa. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeet haastattelutilanteissa (Liite 3.), joista jäi kopiot haastateltaville.

Haastattelut toteutettiin huhti-toukokuussa 2019. Tutkimukseen kutsuttiin henkilökunnan toimesta potilaat, jotka täyttivät tutkimuksessa määritetyt kriteerit: alle kymmenen vuotta sairastaneet vapaaehtoisessa hoidossa olevat potilaat, joilla on skitsofrenia diagnoosi. Osastonhoitaja rakensi henkilökunnan ryhmähaastattelujen kokoonpanot niin, että ryhmät olivat kooltaan 3–6 henkeä. Haastattelujen ajankohdista sovittiin siten, että osastonhoitajalle ilmoitettiin tutkimuksen tekijöille sopivat haastattelupäivät ja haastatteluajat osaston puolesta valittiin vapaasti niin, että ne sopivat osaston päivärytmiin.

5.4 Aineiston analysointi

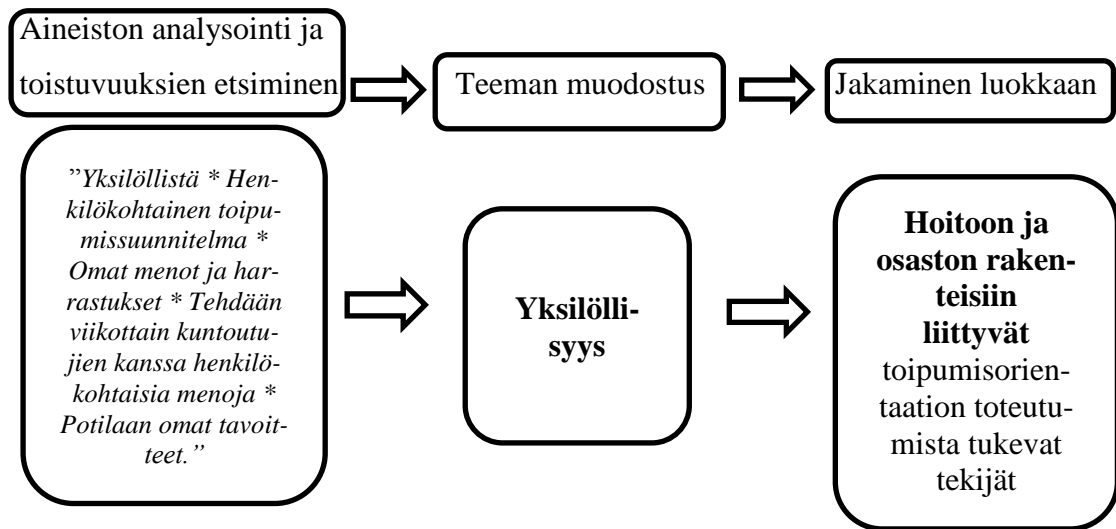
Haastattelujen jälkeen tallenteet kirjoitettiin puhtaaksi eli litterointiin. Litterointi on hyvä aloittaa heti ensimmäisten haastattelujen jälkeen (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 135). Haastattelujen litterointi aloitettiin heti samana päivänä haastattelujen jälkeen ja pyrittiin

tekemään loppuun lähipäivinä ja ennen seuraavaa haastattelua. Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan lukuun ottamatta turhia täytesanoja. Sanat, joista ei saatu selvää, merkittiin ylös. Lisäksi litterointiin merkittiin ylös selkeät tunneilmaisut, kuten nauru tai ärtymys. Toinen opinnäytetyön tekijöistä haastatteli ja litteroi henkilökunnan haastattelut ja toinen potilashaastattelut. Saman henkilön tekemällä haastattelulla ja litteroinnilla pyrittiin turvaamaan tutkimuksen luotettavuutta. Litteroitua materiaalia haastatteluista kertyi yhteensä 58 sivua. Teemahaastattelun aineisto analysoidaan useimmiten teemoittelemalla ja luokittelemalla. Teemoittelussa aineisto jäsennetään ja pelkistetään aineistosta nousseiden teemojen mukaisesti. Luokitteluvaiheessa muodostetaan aineistosta erilaisia luokkia. (Eskola ja Vastamäki 2010, 43.)

Aineiston analysointi voi olla induktiivista, jolloin päättely on aineistolähtöistä tai abduktiivista, jolloin tutkijalla on valmiina teoreettisia ideoita, joita aineiston pohjalta pyritään todentamaan (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 136). Opinnäytetyössä haastatteluteemat muodostettiin teorialähtöisesti olemassa olevan teoratiedon pohjalta. Aineiston analysointi tehtiin tutkimuskysymysten mukaisesti kuitenkin painottaen selkeästi aineistolähtöisyyttä, koska tutkimuksessa haluttiin ensisijaisesti pysyä uskollisena aineistolle ja tuoda esille kaikki haastatteluissa esille nousseet toipumisorientaatioon liittyvät teemat riippumatta siitä, olivatko ne yleisemmin aikaisempien tutkimusten mukaan esiintyviä ja toistuvia. Tutkimus toteutettiin yhdistämällä teoriaohjaava ja aineistolähtöinen lähestymistapa.

Litteroidusta materiaalista etsittiin toipumisorientaation toteutumista tukevia ja estäviä tekijöitä, jotka jaettiin luokkiin värikoodein. Estävät tekijät merkittiin sinisellä ja toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät vaaleanpunaisella. Potilaiden haastattelussa toipumisorientaation sijaan käytössä oli toipumisen termi ymmärrettävyyden turvaamiseksi. Teoratiedon pohjalta tiedossa oli, että toipuminen koetaan yksilöllisesti ja eri tavoin, joten osana tutkimusta haastateltavilta kysyttiin myös kokemusta siitä, miten he toipumisen ymmärsivät. Toipumisen kokemuksella oli analysointivaiheessa oma vihreä värikoodeinsa. Litteroidun materiaalin pohjalta aineiston analysointi tehtiin touko-kesäkuun 2019 aikana. Aineistosta etsittiin ensin vihreät toipumista kuvaavat teemat, jotka kirjattiin ylös. Tämän jälkeen aineistosta haettiin toistuvuuksia, joiden mukaan etsittiin ja luotiin toipumisorientaation toteutumista tukevat vaaleanpunaisella merkityt tekijät, jotka kirjattiin omille erillisille lapuilleen tässä vaiheessa. Tämän jaottelun jälkeen toipumista

tukevat tekijät jaettiin aineiston perusteella syntyneisiin neljään isoon luokkaan. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin sinisellä merkityt toipumisorientaation toteutumista estävät tekijät, jotka myös kirjattiin yksittäisille lapuille ja jaoteltiin myös näihin neljään isompaan luokkaan. Esimerkki teema-analyysin toteutuksesta on kuviossa 1.



KUVIO 1.

Esimerkki teema-analyysin toteutuksesta

6 TULOKSET

Opinnäytetyössä haastateltiin teemahaastattelulla osaston henkilökuntaa moniammatillisesti ryhmähaastatteluin sekä alle kymmenen vuotta skitsofreniaa sairastaneita vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita yksilöhaastatteluin. Ryhmähaastatteluihin osallistui kerralla 3–6 henkilöä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 17 henkilökunnan jäsentä ja neljä potilasta. Henkilökunnan edustajista selkeästi suurin osa, 11 henkilöä, oli hoitajia. Lisäksi tutkimukseen osallistui osastonhoitaja, lääkäri, kaksi psykologia ja kaksi toimintaterapeuttia. Haastatellut potilaat olivat noin 20–40 -vuotiaita. Haastatelluista potilaista kaksi oli naisia ja kaksi miehiä. Potilaat olivat olleet nykyisellä osastolla noin viikosta lähes vuoteen. Yhden potilaan haastattelu kesti noin 20–30 minuuttia ja henkilökunnan ryhmähaastattelu noin 40–50 minuuttia. Aineistossa toistuvia toipumista tukevia teemoja oli henkilökunnan haastatteluissa 74 ja potilaiden haastatteluissa 32. Estäviä teemoja oli henkilökunnan haastattelujen perusteella 27 ja potilashaastattelujen perusteella 23. Toipumista kuvaavia erilaisia teemoja henkilökunnan haastatteluista tuli 11 ja potilashaastatteluista 12.

6.1 Henkilökunnan ja potilaiden näkökulmat toipumisesta

Henkilökunnan käsityksen mukaan toipuminen ei tarkoittanut välttämättä täydellistä parantumista. Sen nähtiin tarkoittavan henkilökohtaista polkua ja -prosessia sekä sairauden saamista hallintaan siten, etteivät oireet rajoita merkittävästi toimintakykyä. Henkilökunta kuvasi toipumisen tarkoittavan myös voimavarojen vahvistumista ja kykyä elää normaalia elämää sekä hallinnan tunnetta omista oireista ja sairaudesta. Henkilökunnan näkemyksen mukaan toipuminen merkitsi lisäksi hyvälaatuista ja onnellista elämää ja muutosta parempaan. Henkilökunta kuvasi toipumisen merkitsevän myös sitä, että ymmärrys sairauteen liittyen olisi mahdollisimman hyvällä tasolla. Arjessa pärjääminen, lääkehoito ja toimintakyvyn säilyminen nähtiin myös osana toipumista henkilökunnan näkemysten mukaan.

”Toipuminen ei tarkoita parantumista, mutta että pystyy elämään normaalia elämää sairauden kanssa.”

Potilaiden kokemuksen mukaan toipuminen merkitsi ensisijaisesti oireiden helpottumista ja lievittymistä sekä toimintakyvyn palautumista ja arjessa toimimisen helpottumista. Lisäksi potilaat kokivat toipumisen tarkoittavan lääkityksen vaikuttavuutta ja säännöllisen lääkityksen tarpeen vähenemistä. Toipuminen koettiin kykynä tehdä omia asioita ja paluuna arkeen. Sairauden oireiden hyväksyminen ja oireiden kanssa elämään oppiminen nähtiin potilaiden kokemusten mukaan myös osana toipumista. Potilaat kokivat toipumisen merkitsevän rauhallisempaa oloa, ajatusten normalisoitumista ja keskittymiskyvyn paranemista. Kotiutuminen nähtiin myös osana toipumista. Yleisesti potilaat kuvasivat toipumisen tarkoittavan kokonaisvaltaisesti parempaa psyykkistä ja fyysistä oloa. (Liite 4, Taulukko 1.)

”Et oppii elämään sen kanssa, mitä nyt on diagnosoitu ja kaikkien psykoosioireiden vaikutukset, et oppii elää niiden kanssa. Et se on toipuminen mun mielestä.”

”Ensin oli tämmönen lääkitys, joka oli aika voimakas ja sitten siitä poistettiin iso määrä lääkkeitä ja nyt tällä hetkellä on vaan yks lääke, mitä mä syön iltaisin.”

6.2. Toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät

Toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät jaettiin neljään luokkaan, jotka olivat hoitoon tai osaston rakenteisiin liittyvät, vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät, potilaaseen tai sairauteen liittyvät sekä kotiympäristöön liittyvät tekijät.

6.2.1 Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvät

Henkilökunnan kokemuksen mukaan toiminnallisuus ja suunnitelmallisuus koettiin tärkeinä. Näihin toimintoihin liittyivät ryhmät, kuten psykoedukaatioryhmä Catalyst, retket ja tutustumiskäynnit kolmannen sektorin palveluihin ja sairaalasta ulospäin suuntautuva toiminta. Kotikäynnit ja asumisen suunnittelu, hyvä resursointi, osaston käytännöt ja struktuuri sekä moniammatillinen työryhmä edustivat myös toipumisorientaation toteutumista henkilökunnan kokemuksen mukaan. Osaston monimuotoisuus, kuten päiväsaarialatoiminta ja asteittain akuuttiosastolta kuntouttavalle osastolle siirtyminen nähtiin vahvuutena. Lisäksi henkilökunnan kokemuksen mukaan yksilöllisyys sekä

tasapuolisuus liittyivät kokemukseen toipumisorientaatiota tukevista tekijöistä. Tällä tarkoitettiin esimerkiksi lääkehoitoa, potilaan itse määrittelemiä tavoitteita sekä tavoitteiden porrastamista ja pilkkomista. Lisäksi henkilökunta toi esille potilaille annetun psyykoedukaation eli tiedon antamisen sairauteen liittyen olevan tärkeää sekä vertaistuen ja kokemusasiantuntijan käytön olevan toipumisorientaation toteutumista tukevia tekijöitä. Henkilökunta koki toimintakyvyn tukemisen ja voimavarakeskeisyyden toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä. Hyvä omahoitaja, päivittäisissä toimissa ohjaaminen, asioiden järjestäminen ja tuen tarjoaminen koettiin henkilökunnan mukaan myös tärkeinä.

Toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä nähtiin yksilötapaamiset, joilla tarkoitettiin ensisijaisesti omahoitaja- ja psykologitapaamisia. Yksilötapaamisiin liittyen haastatteluissa tuotiin esille aikaisempien hoitoon liittyvien kokemusten ja elämän historian läpi käymisen tärkeyttä toipumisen mahdollistamiseksi. Perhe- ja verkostotapaamiset sekä avohoito ja saattaen vaihtaminen avohoitoon osastolta kotiutuessa nähtiin myös merkittävänä. Toimivat yhteistyösuhteet työntekijöiden ja yhteistyötahojen välillä koettiin myös tärkeinä. Itsemääräämisoikeus, kuten mahdollisuus vaihtaa tarvittaessa omaohjaajaa, rajoitteiden vähentäminen ja perusteleminen nähtiin toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä henkilökunnan mukaan. Työntekijät kuvasivat kokevansa henkilökunnan saaman positiivisen palautteen ja tietoisuuden viitekehyksen tärkeydestä toimivan toipumisorientaation toteutumisen tukena. Työnohjaus ja koulutus koettiin myös tärkeinä. Motivoitunut ja eettisesti oikein toimiva henkilökunta koettiin myös merkityksellisenä. Tärkeinä henkilökunnan ominaisuuksina koettiin hyvä keskeneräisyyden ja epäonnistumisen sietokyky. Psykoosisairauksien pitkäaikaisen luonteen vuoksi henkilökunta nosti esille myös ajan ja pitkän hoitosuhteen merkityksen toipumisen kannalta.

”Kaikki otetaan avosylin vastaan ja mennään talon mukaisesti. Täällä on hyvätapaisia ihmisiä töissä.”

”Kokemusasiantuntijaa meillä nyt on myös jonkin aikaa kokeiltu ehkä noin kerran kuukaudessa.”

Potilashaastattelujen perusteella toteutumista tukivat hyvin ryhmät, yhdessä tekeminen ja vertaistuki. Henkilökunnalta saatu apu tuki potilashaastattelujen mukaan myös hyvin toipumisorientaation toteutumista. Lisäksi moniammatillinen työryhmä näytti tukevan

toipumisorientaation toteutumista osastolla. Onnistunut lääkehoito näyttäytyi potilashaastattelussa toipumisorientaation toteutumista tukevana tekijänä. Tulevaisuuden suunnittelu osastohoidon jälkeen ja luottamus avun saamisesta jatkossa koettiin tärkeinä. Potilashaastattelussa yksilöllisyys, kuten realistiset, pienet tavoitteet toimivat myös toipumisorientaation toteutumista tukevin tekijöinä.

”Hoitajat on tosi positiivisesti asennoitunu ja kauheesti kaikki aina auttaa toisiaan. Se on tosi hyvä juttu. Se on kyllä ehdottomasti se, mikä kannattelee tätä osastoa, on nää hoitajien asenteet, että kaikki on hyvin ja kaikilla on hyvä olla.”

”Ei yritä liikaa, eikä laita mitään liian isoja tavoitteita, vaan on tyytyväinen niihin pieniin asioihin, mitä saa tehtyä pikkuhiljaa viikko kerrallaan. Huomaa, et alkaa kaikki mennä hyvin, niin se alkaa jotenkin tuoda sitä luottamusta itteensä, et pärjää, vaikka olis vähän vielä niitä oireita. Ja sit toi lääkityskin auttaa. Siinä ei oo mitään kiirettä lopettaa sitä.”

Osaston tilat ja päivärytmi koettiin myös tärkeinä. Potilashaastattelujen perusteella merkityksellisenä toipumisorientaation toteutumisen kannalta näyttäytyi luotettava osaston toiminta, jossa rutiinit ovat tiedossa, sujuvia ja pitäviä. Potilaiden haastattelussa omat menot sairaalan ulkopuolelle olivat myös merkityksellisiä toipumisorientaation toteutumista tukevia tekijöitä. Näillä tarkoitettiin harrastuksia ja kotilomia sekä kotona harjoittelua. (Liite 4, Taulukko 2.)

6.2.2 Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät

Vuorovaikutuksen näkökulmasta henkilökunnan haastattelussa korostuivat toivon ylläpitäminen, kuulluksi tuleminen, kunnioittaminen, inhimillisuus ja luottamuksellisuus. Hoitajan aitous ja luontevuus, kiinnostuksen osoittaminen ja rauhoittaminen sekä avoin kommunikointi koettiin myös tärkeinä. Rohkaiseminen ja motivointi tulivat myös esille toteutumista tukevin tekijöinä. Henkilökunnan haastattelussa tuli esille myös potilaiden kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja huomioimisen tärkeys. Merkittävänä vuorovaikutuksen kannalta henkilökunnan kokemuksen mukaan nähtiin myös yhteinen ja ymmärrettävä kieli ja termit toipumisorientaation toteutumista tukevin tekijöinä. Henkilökunnan haastattelussa potilaiden välinen hyvä ilmapiiri sekä osaston turvallinen ilmapiiri tukivat

toipumisorientaation toteutumista. Lisäksi henkilökunta koki tärkeänä normalisoinnin ja validoinnin, eli vahvistamisen.

”Vähän pehmeämpiä termejä, motivoivampia termejä, mitkä voi houkuttaa yhteistyöhön...Niin, joitain termimuutoksia, et vaikka joku viikko-ohjelma/toipumissuunnitelma, kotiloma/harjoittelu, ulkoilupäätös/liikkumis-sopimus, et lupahan on hirveän autoritääriäinen...Niin, kyllä se jotenkin tasa-arvoistaa.”

”Sanotaan samoilla asioilla, tarkoitetaan samoja juttuja molempiin suuntiin.”

”Pitäis käyttää mahdollisimman paljon potilaan omia sanoja. Kaikella tällasella voidaan lisätä sitä tunnetta, että tuli kuulluksi.”

Potilashaastatteluiden perusteella korostuivat kuulluksi tuleminen ja kannustaminen. Tärkeinä koettiin myös henkilökunnan aito välittäminen ja positiivinen asenne. Merkityksellisenä nähtiin potilaiden kokemuksen mukaan myös se, että saa olla oma itsensä paitsi osastolla, myös sairaalan ulkopuolella läheisten seurassa. Potilashaastatteluissa toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä tuli esille osaston hyvä ilmapiiri, jota potilaat kuvasivat turvalliseksi, reippaaksi ja iloiseksi. Potilaat toivat esille tärkeänä toipumisorientaation toteutumista tukevana tekijänä myös mukavat potilastoverit. Lisäksi rauhallisuus ja kiireettömyyden tunne koettiin tärkeinä. Potilaat kuvasivat henkilökuntaa ystävällisinä, auttavaisina ja huomioon ottavina, joka myös tuki toipumisorientaation toteutumista osastolla. (Liite 4, Taulukko 3.)

”Aina saa kertoa niistä omista asioistaan ja niistä tärkeistä jutuista. Aina on mahdollisuus puhua. Se tuntuu ihan hyvältä.”

6.2.3 Potilaaseen tai sairauteen liittyvät

Henkilökunnan kokemuksen mukaan toipumisorientaation toteutumista tukevia tekijöitä potilaaseen tai sairauteen liittyen olivat hyvä sairaudentunto ja hoitomyönteisyys, ymmärrys ja tieto omista oireista ja tilanteesta sekä näiden hyväksyminen ja oireiden kanssa pärjääminen sekä osallisuus omaan toipumiseen ja hoitoon. Sairauden laantuminen iän myötä tuli esille myös tukevana tekijänä henkilökunnan haastatteluista. Lisäksi merkityksellisinä tekijöinä koettiin henkilökunnan mukaan olevan motivaatio toipumiseen ja

hoitoon sekä positiiviset ja onnistumisen kokemukset sekä positiivisen palautteen saaminen ja hoidon tuntuminen mielekkäältä. Perusasioiden ja terveyden kunnossa oleminen nähtiin myös tärkeänä toipumisorientaation toteutumiseksi. Lisäksi haastatteluissa tuli esille merkityksellisinä tekijöinä kyky haaveilla ja elämönhallinta toipumisorientaation toteutumista tukevinä elementteinä.

”Se ymmärrys ja tieto siitä omasta tilanteesta ja oireista on keskeinen asia.”

Tärkeimpinä potilaaseen tai sairauteen liittyvinä tekijöinä potilashaastattelujen perusteella tuli kokemus toipumisen edistymisestä ja oireiden sekä arjen hallinnasta ja kyvystä hoitaa omia asioita itsenäisesti. Lisäksi potilaiden haastatteluissa korostui omasta voimista puhumisen tärkeys ja sairauden merkityksen ymmärtäminen. Potilaat toivat esille lisäksi hyvien yöunien merkityksen, elämästä nauttimisen ja toivon tulevaisuudesta toipumisorientaation toteutumista tukevinä elementteinä. (Liite 4, Taulukko 4.)

”Jokainen kaipaa sellaista omaa aikaa itselleen, että siinä ei oo ketään muita ja sitten vaan nauttii elämästä.”

6.2.4 Kotiympäristöön liittyvät

Henkilökunnan kokemuksen mukaan tukevia tekijöitä olivat mielekäs tekeminen ja mielekäs arki sekä normaali elämä. Lisäksi henkilökunta toi esille kolmannen sektorin sekä kuntouttavan ja tuetun asumisen palvelujen tärkeyden toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä. Henkilökunta korosti myös sosiaalisten verkostojen tai näiden herätelyn tärkeyttä. Tähän liittyi myös osallisuus yhteiskuntaan ja johonkin pienempään yhteisöön. Mielihyvän kokemukset tulivat myös esille henkilökunnan haastatteluissa kotiympäristöön liittyvinä toteutumista tukevinä tekijöinä.

”Saa positiivisia kokemuksia toiminnasta, tekemisestä ja osallistumisesta. Ihmissuhteet on kauhean merkittävässä roolissa...niitä sosiaalisia verkostoja, mitä voidaan herätellä ja aktivoida, se on kyllä keskeinen, jos miettii elämänlaatua osastohoidon jälkeen.”

”Pyritään, että olis tutustunut osastolta käsin johonkin paikkaan ja olis sitoutunut käymään siellä kotoa käsin, kun täältä siirtyy, et se olis tuttua ja että kiinnittyminen olis jo tapahtunut.”

Potilashaastattelujen perusteella toteutumista tukevia kotiympäristöön liittyviä tekijöitä olivat omaiset, ystävät, läheiset ja sosiaalinen verkosto. Lisäksi haastatteluissa korostui vapauden ja oman ajan merkitys. Mielekäs tekeminen, ulkoilu ja liikunta sekä kolmannen sektorin palvelut koettiin tärkeinä toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä. Potilaat kokivat tärkeinä lisäksi oman kodin ja sosiaalisen median, jonka osalta korostui sosiaalisten kontaktien tärkeys. (Liite 4, Taulukko 5.)

”Tietenkin omat läheiset on kaikki kaikessa. Se on kyllä ehdottomasti niin, että ilman heitä en pärjäis.”

”Kyllä semmonen oma koti on aika ihana asia.”

”Kun joka päivä kävis näkee jotain kavereita tai kävis jossain kaupoissa. Et jos on vaan jotain niitä sosiaalisii suunnitelmiin, niin pitää niistä kiinni. Koska musta tuntuu, et siitä saa sen ilon siihen päivään, et tekee jotain.”

6.3. Toipumisorientaation toteutumista estävät tekijät

Toipumisorientaation toteutumista estävät tekijät jaettiin samoihin neljään luokkaan, kuin tukevat tekijät. Luokat olivat hoitoon tai osaston rakenteisiin liittyvät, vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät, potilaaseen tai sairauteen sekä kotiympäristöön liittyvät estävät tekijät.

6.3.1 Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvät

Henkilökunnan kokemusten mukaan potilaiden roolin ylikorostaminen, holhoaminen ja eriarvoisuus hoitosuhteessa tulivat esille toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä. Kiire, työntekijöiden vaihtuvuus ja hoitajan toivottomuus näyttäytyivät haastattelujen perusteella myös hoitoon liittyvinä estävinä tekijöinä. Hoitajan toivottomuudella tarkoitettiin esimerkiksi tilanteita, jolloin samat potilaat päätyvät toistuvasti sairaalahoittoon tai kotiutumisvaiheessa näyttäytyy todennäköisenä, että potilas joutuu pian uudelleen osastohoitoon. Lisäksi henkilökunnan haastatteluissa esille tuli hoitojärjestelmän muutos, jolla tarkoitettiin järjestelmän vaihtumista avohoitokeskeisemmäksi sekä riittämättömiä avohoidon resursseja. Myös toimimattomat rakenteet psykiatriassa koettiin

estävänä tekijänä. Tällä viitattiin jonoihin, lähetekäytäntöihin ja henkilökunnan sijoittamiseen pirstaleisesti usealle osastolle, joka henkilökunnan kokemusten mukaan vaikeutti hoitoryhmän jäsenten välistä yhteydenpitoa ja tapaamismahdollisuuksia.

Tahdonvastainen hoito ja rajoittaminen sekä potilaiden aikaisemmat kielteiset kokemukset hoidosta nähtiin toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä henkilökunnan kokemusten mukaan. Yhteistyön niukkuus perheen kanssa ja tiedon välittymisen vaikeudet koettiin henkilökunnan mukaan estävinä tekijöinä. Lisäksi ongelmat lääkehoidossa, kuten lääkkeiden sivuvaikutukset nousivat esille haasteena. Potilaiden kokemus toiminoista velvoitteena, epärealistiset tavoitteet ja aikataulujen noudattaminen nousivat esille myös estävinä tekijöinä. Toipumisorientaation toteutumista vaikeutti henkilökunnan haastattelujen perusteella lisäksi epävarmuus viitekehyksen toteuttamisesta käytännössä sekä epäselvyys siitä, mitä toipumisorientaatiolla tarkoitetaan.

”Hyvä kysymys, miten se toteutuu käytännössä?”

”Kun välillä ei oikein itekään tiedä, mistä puhutaan.”

”Mä mietin koko ajan, että mitä se toipumisorientaatio tarkoittaa?”

”Kielteiset kokemukset on selkeesti semmonen, kun on pakkohoidon aloittamiseen liittyviä kokemuksia taustalla, että se on iso peikko, jota ei ole pystytty käsittelemään.”

”Avopuolen resurssit ei kerta kaikkiaan riitä käymään siellä niin usein, kun olis tarve.”

Potilashaastattelujen perusteella osaston kokeminen kuormittavana toimi toipumisorientaation toteutumista estävänä tekijänä. Tällä tarkoitettiin hankalia tiloja, kokemusta ryhmistä hyödyttöminä, liian sitovia aikatauluja, liikaa yhteisöllisyyttä ja oman rauhan ja yksityisyyden puutetta. Hankalien tilojen osalta potilaiden kokemukset liittyivät akuutti-osastoon, eivät nykyisen kuntouttavan osaston hoitoon. Potilaiden kokemusten mukaan rajoitukset ja rajoitteiden perustelun puuttuminen toimivat toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä. Perustelun puutteellisuus liittyi pääsääntöisesti lääkitapaamiin. Ongelmat lääkehoidossa, kuten sivuvaikutukset ja kokemus siitä, ettei lääkehoito ole auttanut, näyttäytyivät toipumisorientaation toteutumisen esteenä. Lisäksi potilashaastattelussa estävänä tekijänä esille nousi jonottaminen osastolle. Tällä tarkoitettiin sitä, että

potilaat kokivat joutuneensa odottamaan siirtymistä akuuttiosastolta kuntouttavalle osastolle. (Liite 4, Taulukko 6.)

”Siellä akuuttiosastolla ei ollu parveketta, vaan sellanen pieni röökikoppi ja pieni olohuone. Et aika lailla ahdasta oli siellä.”

”Ärsyttää, että kaikkeen on tarkat aikataulut.”

”Aikasemmalla osastolla vähän venähti se oleminen, koska tänne ei päässyt. Varmaan kolme-neljä viikkoa saatoin odottaa.”

6.3.2 Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät

Henkilökunnan kokemusten mukaan välinpitämätön ja autoritäärinen hoitajien asenne, näkemyserot potilaiden ja henkilökunnan välillä sekä henkilökunnan ja omaisten välillä toimivat toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä. Henkilökemioihin liittyvät haasteet sekä potilaan hoitajassa herättämät asenteet ja tunteet tulivat esille myös estävinä tekijöinä henkilökunnan haastatteluista. Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentamiseen tarvittava pitkä aika ja muut ongelmat vuorovaikutuksessa, esimerkiksi tiedon vastaanottoon liittyvät ongelmat ja tiedon antamisen mekaanisuus näyttäytyivät myös toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä. Henkilökunnan kokemusten perusteella estävinä tekijöinä olivat myös potilaan ja omaisten väliset haastavat suhteet sekä ongelmat potilaiden välisissä suhteissa osastolla. Myös negatiivinen palaute ja vaikeasti ymmärrettävät termit ja kieli saattoivat estää toipumisorientaation toteutumista.

”Välitkin voi olla vähän hankalat ja eriskummalliset potilaalla ja omaisella.”

”Jotkut potilaiden väliset suhteet voi olla haastavia. Joskus voi olla potilaalla joidenkin työntekijöiden kanssa tiettyjä haasteita vuorovaikutussuhteissa.”

”Työntekijällä voi omat tunteet ja asenteet aktivoitua jonkun potilaan kohdalla enemmän tai työntekijä voi lähteä mukaan siihen potilaan tarjoamaan vuorovaikutussuhteeseen.”

Potilaiden haastatteluista esille tuli vaikeus luottaa henkilökuntaan ja puhua aiempien kokemusten perusteella ja kokemus siitä, ettei tule kuulluksi vuorovaikutukseen liittyvinä toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä. Toteutumista näytti estävän myös hoitajien negatiiviset asenteet, jolla tarkoitettiin esimerkiksi kokemusta unilääkkeen saamisen vaikeudesta. Lisäksi estävinä tekijöinä koettiin haasteet vuorovaikutuksessa, joilla tarkoitettiin epäselvää kommunikointia, etäisyyden kokemusta, aitouden ja läsnäolon puuttumista ja huonoa kohtelua. Potilaiden kuvaamat haasteet kommunikoinnissa painotuivat merkittävästi akuuttivaiheen hoitoon, johon liittyen potilaat arvioivat myös huomion psyykkisen voimien vaikuttaneen näiden kokemusten syntyyn. (Liite 4, Taulukko 7.)

”Mä en puhu, en uskalla.”

”Kyl mä yritän puhua, mutta siinä on parannettavaa.”

”Huono hoitaja olis sellanen, joka olis ilkeä ja koko ajan vaan valittais työkiireitä, eikä ehtis oikein jutella.”

6.3.3 Potilaaseen tai sairauteen liittyvät

Henkilökunnan kokemusten mukaan sairauden aiheuttamat oireet ja muutokset toimintakyvyssä, laitostuminen, sairautentunnottomuus ja eristäytyminen vaikeuttivat toipumisorientaation toteutumista. Toimintakyvyttömyyteen liittyvinä estävinä tekijöinä olivat haasteet asua itsenäisesti, etsiä mielekäästä tekemistä ja päivärytmin puuttuminen. Yksinäisyys ja pelot nousivat myös esille henkilökunnan haastatteluista estävinä tekijöinä. Sosiaalisten verkostojen puuttuminen ja haasteet sosiaalisten suhteiden tulivat lisäksi esille toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä.

Henkilökunnan haastattelujen perusteella estävinä tekijöinä esille tuli myös psyykkisten häiriöiden luonteen muutos ja moniongelmaisuus sekä skitsofrenian hoidon haasteellisuus ja asioiden kumuloituminen sekä tähän liittyvä suuri tuen tarve estävinä tekijöinä. Haastatteluista estävinä tekijöinä tuli esille lisäksi kuntoutumisen hitaus, relapsit ja sairauden uusiminen. Hoidon laiminlyöminen ja lääkityksen poisjättäminen omatoimisesti olivat myös henkilökunnan kokemuksen mukaan toipumisorientaation toteutumista

estäviä tekijöitä. Sairauteen liittyvät stigma ja häpeä tulivat myös esille estävinä tekijöinä. Päihteiden käyttö ja käytännön elämäntaitojen puute toimivat myös toipumisorientaation toteutumista haastavina tekijöinä. Henkilökunnan kokemuksen mukaan vaikeus kiinnittyä kolmannen sektorin palveluihin, henkilöhistorian vaikutus nykytilaan ja kotiutumisen jälkeinen toimintakyky toimivat lisäksi toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä.

”Jotenkin havaitsee aina, kuinka paljon potilasryhmässä on sairauden aiheuttamia kognitiivisia puutoksia, että jos ei pysty keskittymään, eikä muista ottaa lääkkeitään, niin tällaiset asiat voi sitten kumuloitua.”

”Osastolle tulee paljon niitä, jotka ovat toistuvasti laiminlyöneet omaa toipumistaan.”

Potilashaastatteluissa sairauden oireet ja vaikeudet tehdä asioita haluamallaan tavalla näyttäytyivät esteenä toipumisorientaation toteutumiselle. Oireiden aiheuttamat pelot, kuten vaikeus liikkua julkisilla paikoilla tai pelko siitä, ettei uskota ja muut hankalat tunteet toimivat potilashaastatteluiden perusteella myös estävinä tekijöinä. Potilaiden kuvaamat hankalat tunteet olivat häpeä, turhautuminen omaan tilanteeseen, toivottomuus, ärtymys, ahdistus ja paniikki. Lisäksi huoli omasta tilanteesta ja epätietoisuus ja epävarmuus omien oireiden syistä tulivat esille potilashaastatteluista estävinä tekijöinä. Potilaat kuvasivat myös turvattomuutta liittyen yksin pärjäämiseen ja yleisellä tasolla. Tähän liittyi myös huoli eristäytymisestä ja yksin jäämisestä. Potilashaastatteluissa estävinä tekijöinä esille tulivat lisäksi sairautentunnottomuus, huono yöuni ja motivaatio lääkehoitoon, johon liittyi aikaisemmat kokemukset siitä, ettei lääkehoito ole auttanut ja lääkityksen vähentäminen omatoimisesti. (Liite 4, Taulukko 8.)

”On koko ajan semmonen olo, että on vaikeeta lähteä liikkumaan yksin johonkin pidemmälle. Se tuntuu ylitsepääsemättömältä välillä.”

”Mulla oli aika pitkään lääkitys, mutta sitten musta tuntui, että mulla oli oireita ja aloin omapäisesti vähentämään niitä lääkkeitä, kun tuntui, että vain lihoin, niin sittenhän se olo meni ihan kamalaksi. Ja sitten mä tulin sairaalaan.”

6.3.4 Kotiympäristöön liittyvät

Kotiympäristön vaikutus ja puutteet kotona sekä taloudellinen tilanne kuvautuivat toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä henkilökunnan haastattelujen perusteella. Lisäksi palveluasumiseen jonottaminen ja paikkojen puute näyttäytyivät esteinä. Toipumisorientaation toteutumisen kannalta haasteellisena näyttäytyi henkilökunnan haastattelujen perusteella myös potilaiden palaaminen ympäristöön, jossa sairastuminen oli tapahtunut sekä vaikeus saada riittävää tukea kotiin. Lisäksi arjen rakenteiden puuttuminen ja riittämätön tukiverkosto sekä suomalaisen kulttuuriin kuuluva yhteisöllisyyden vähyys koettiin toteutumista estävinä tekijöinä. Henkilökunnan haastattelujen perusteella estävinä tekijöinä olivat myös sosiaalisen median vaikutus liittyen tiedon saannin ja tulkinnan haasteisin ja kolmannen sektorin palveluiden tuntuminen keinotekoiselta.

”Iso haaste on asuminen ja tuetun palveluasumisen puute, kun itsenäinen asuminen on liian haastavaa ja sitä tukea on tosi vaikea saada ja voi olla pitkiäkin jonotusaikoja, jolloin olet sairaalassa jonottamassa sitä paikkaa. Se estää kuntoutumista ja edistää vahvasti laitostumista”.

Potilashaastatteluista esille tulleet kotiympäristöön liittyvät estävät tekijät olivat mielekkään tekemisen puute, läheisten tuen puuttuminen ja heikko sosiaalinen verkosto, vaikeus olla kotona sekä kolmannen sektorin palvelujen tuntuminen epämielikkäältä. (Liite 4, Taulukko 9.)

”Kolmannen sektorin paikat on niin rauhallisia, ettei ne oikein riitä minun tarpeisiin.”

6.4 Toipumisorientaation toteutuminen osastolla

Henkilökunnalla oli vahva näkemys siitä, että toipumista tukevaa voimavarakeskeistä hoitoa oli toteutettu osastolla jo vuosia ennen toipumisorientaation viitekehyksen tuloa. Henkilökunta koki, että hoitokäytännöt eivät olleet merkittävästi muuttuneet viitekehyksen tuleminen myötä. Henkilökunta tunnisti kuitenkin muutoksia liittyen potilaslähtöisempään kielenkäyttöön ja termeihin sekä voimavarakeskeisempään hoitoon. Resursseja oli saatu myös lisää osastolle toipumisorientaation viitekehyksen tulon myötä.

Pakkokeinojen käytön ja autoritäärisyyden vähentyminen olivat liittyneet myös toipumisorientaation viitekehyksen tuloon.

Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi tarve konkretisoida toipumisorientaation viitekehyksen toteuttamista käytännössä. Toisaalta haastatteluiden perusteella tuli ilmi osaston toiminnan monimuotoisuus, joka selkeästi näytti tukevan potilaiden toipumista. Potilashaastatteluissa tuli ilmi potilaiden kokemus osaston hyvästä, turvallisesta ja toipumista edistävästä ilmapiiristä. Potilaat kokivat tullessa kuulluksi ja pystyvänsä vaikuttamaan hoitoonsa pääsääntöisesti hyvin.

Potilaat toivat jonkin verran esille kokemuksia oman rauhan puuttumisesta ja osaston liian tiivistä päivärytmistä sekä rajoitteiden perusteluiden puuttumisesta. Henkilökunta toi esille haastatteluissa hoitojärjestelmään liittyviä haasteita, kuten avohoidon riittämättömät resurssit, tuetun asumisen paikkojen vähyys ja osastolle jonottaminen. Henkilökunta vaikutti innostuneelta ja motivoituneelta toipumisorientaation toteuttamiseen. Kokonaisuutena henkilökunta toi esille useita teemoja, joiden perusteella toipumisorientaatio oli toteutunut osastolla monipuolisesti. Myös potilashaastattelujen perusteella viitekehys oli toteutunut osastolla hyvin. Toteutumisen haasteet näyttivät liittyvän kokemukseen siitä, ettei viitekehys merkittävästi ollut tuonut uutta sisältöä hoitoon sekä epäselvyyteen käytännön toteutuksesta. Lisäksi toteutumista haastoi hoitojärjestelmän rakenteet sekä skitsofrenian hoidon haasteellisuus ja psyykkisten häiriöiden luonteen muutos aikaisempaa haastavammaksi sekä tähän liittyvä monihäiriöisyys.

6.5 Henkilökunnan ja potilaiden kokemusten vertailu

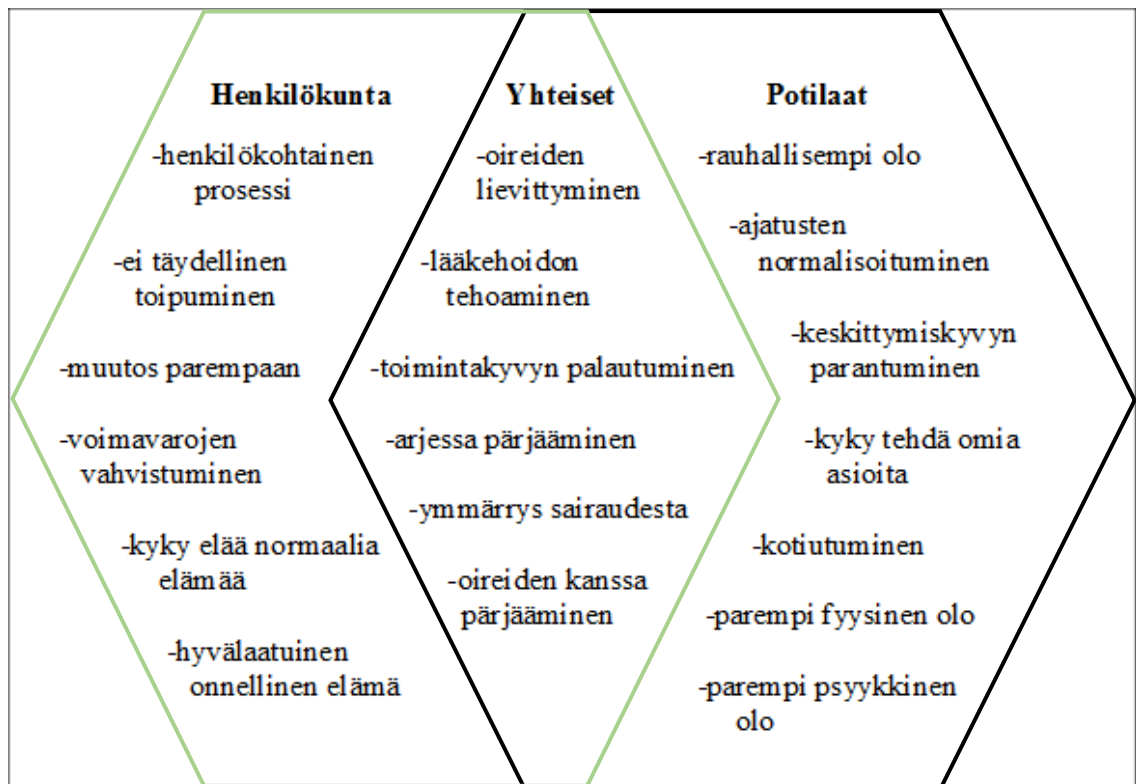
Toipumisen koettiin yhtenevästi sekä henkilökunnan että potilaiden kokemusten mukaan merkitsevän sairauden oireiden helpottumista sekä paluuta arkeen. Lisäksi sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluissa sairauden oireiden ymmärtämisen ja hyväksymisen nähtiin merkitsevän toipumista. Lääkehoidon merkitys nähtiin myös tärkeänä sekä potilaiden että henkilökunnan haastatteluissa. Erona henkilökunnan haastatteluihin potilaat kuvasivat toipumista merkitseviä muuttujia yksityiskohtaisemmin yksittäisten oireiden kautta, kuten rauhallisempi olo, keskittymiskyvyn paraneminen ja ajatusten normalisointuminen.

”Kyllä mä tykkään nyt tästä olostä, kun on rento olo ja sen verran vähän lääkkeitä, että on rauhallinen olo koko ajan.”

Henkilökunta kuvasi yleisemmin voimavarojen lisääntymisen ja oireiden helpottumisen merkitsevän toipumista. Lisäksi henkilökunta toi esille toipumisen merkitsevän hyvälaatuista ja onnellista elämää.

”Et sä pystyt sen sun sairauden kanssa elämään jatkossa mahdollisimman hyvälaatuista ja onnellista elämää ja se ymmärrys siihen omaan sairauteen olis mahdollisimman hyvällä tasolla.”

Kuviossa 2. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden näkökulmat toipumisesta.



KUVIO 2. Henkilökunnan ja potilaiden näkökulmat toipumisesta

Varsinaisia merkittäviä eroja toipumisen kokemisesta henkilökunnan ja potilaiden välillä haastatteluissa ei tullut esille. Henkilökunta kuvasi toipumista yleisempien käsitteiden kautta ja potilaat konkreettisemmin, mikä oli luonnollista, koska potilaat kuvasivat omia kokemuksiaan toipumisesta ja henkilökunta näkökulmia siihen, mitä he ymmärsivät

toipumisen tarkoittavan. Potilaiden kokemusten mukaan toipumiseen liittyi ratkaisevasti lääkityksen keveneminen ja tätä myötä lääkehaittojen väheneminen.

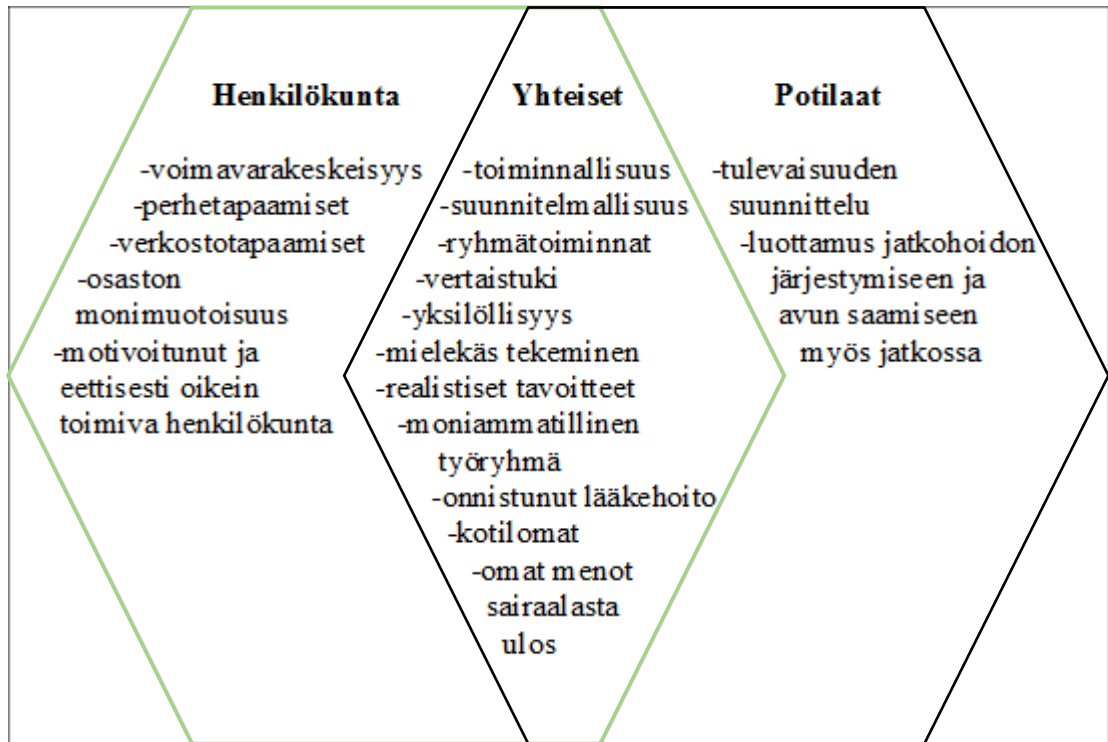
Sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluissa tärkeinä hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvinä toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä korostuivat toiminnallisuus ja suunnitelmallisuus, ryhmätoiminta, vertaistuki, yksilöllisyys, mielekäs tekeminen, realistiset tavoitteet, moniammatillinen työryhmä ja onnistunut lääkehoito. Lisäksi sekä henkilökunta että potilaat toivat esille kotilomien ja kotona harjoittelun sekä sairaalasta ulospäin suuntautuvan toiminnan ja omien menojen tärkeyden. Henkilökunnan haastatteluissa korostui voimavarakeskeisyys ja perhe- ja verkostotapaamisten tärkeys sekä osaston monimuotoisuus toipumisorientaatiota tukevinä tekijöinä. Henkilökunnan haastatteluissa painottui lisäksi motivoituneen ja eettisesti oikein toimivan työyhteisön tärkeys.

”Pidetään perhepalavereja ja kutsutaan paikalle, jos potilas vaan niin tahtoo. Me yritämme kaikkemme, että saatais motivaatiota siihenkin, että näkis, että siitä on varmasti hyötyä.”

Potilashaastatteluissa korostui tulevaisuuden suunnittelun merkitys. Lisäksi potilaat toivat esille kokevansa tärkeänä luottamuksen avun saamiseen myös jatkossa osastohoidon jälkeen.

”Että vähitellen ruvetaan suunnittelemaan sitä, mitä mä tekisin sitten arkena, kun pääsen täältä pois.”

Kuviossa 3. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden kuvaamien hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.



KUVIO 3. Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Erona henkilökunnan ja potilaiden haastatteluissa tuli esille se, että henkilökunta painotti perhe- ja verkostotapaamisten tärkeyttä toipumisorientaation toteutumisen tukena. Potilaat eivät tuoneet erikseen esille kokevansa tärkeänä esimerkiksi perheenjäsenten osallistumista hoitoon, mutta toivat esille perheenjäsenten merkityksellisyyden elämässä yleisesti. Lisäksi potilaat toivat esille kokemuksia haasteista tulla kuulluksi nimenomaan perhetapaamisissa. Potilaat toivat esille myös, että jos välit perheenjäseniin olivat huonot, he eivät toivoneet perheenjäsenten olevan edes aktiivisesti mukana hoidossa.

”Ehkä noissa perhetapaamisissa mun mielipidettä ei hirveesti kuunnella, et aina vaan siirrytään aiheesta toiseen. Sanoo aina vaan, että en tiedä ja seuraavaan aiheeseen.”

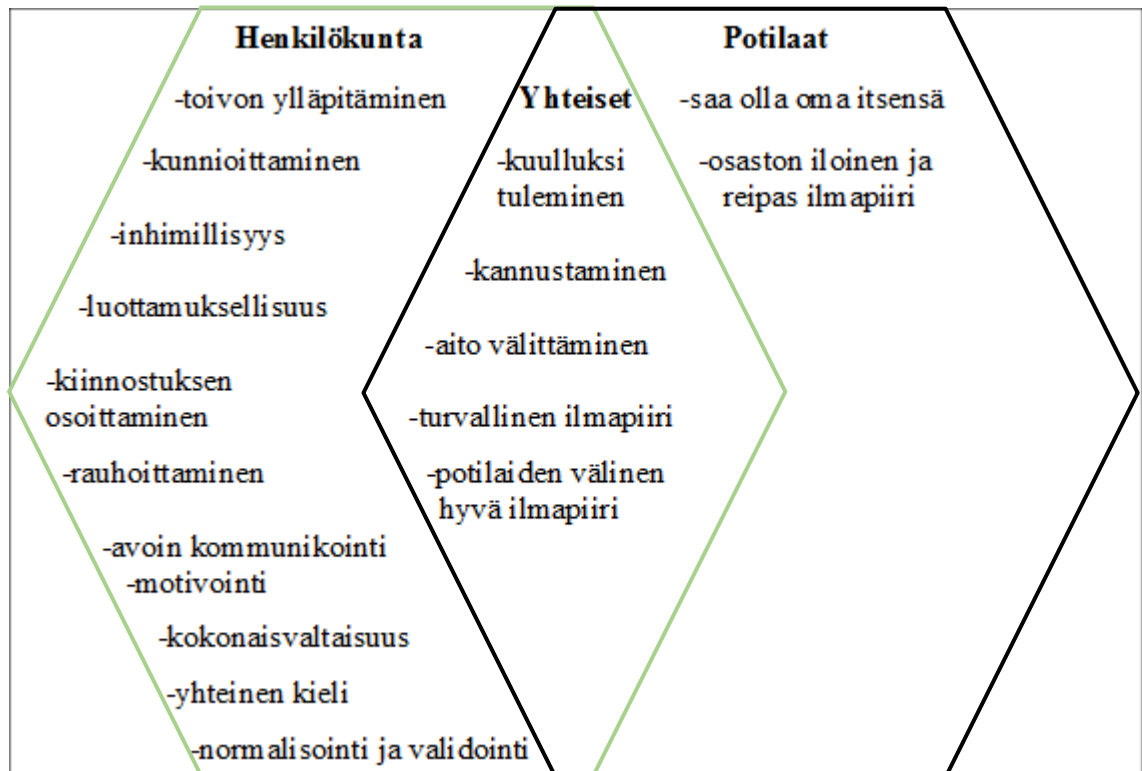
Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvinä toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluissa korostui kuulluksi tuleminen tärkeys, aito välittäminen ja kannustaminen. Turvallinen ja potilaiden välinen hyvä ilmapiiri tulivat myös esille sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluissa. Erona potilas haastatteluihin henkilökunnan haastatteluista esille tuli selkeästi hoitoon liittyviä vuorovaikutuksen elementtejä, joita henkilökunta hoidossa aktiivisesti käyttää.

”Jotenkin tuoda sitä esille, että hei, mä oon tässä, sun ei tarvi pelätä yhtään mitään.”

Potilaiden haastatteluissa painottui enemmän omana itsenään olemisen tärkeys toipumisorientaation toteutumista tukevana tekijänä. Potilaat painottivat myös osaston iloisen ja reippaan ilmapiiriin tärkeyttä.

”Täällä osastolla on hyvä porukka ja hyvät hoitajat ja sellanen hyvä ilmapiiri niin kun yleisesti.”

Kuviossa 4. on kuvattu henkilökunnan ja potilaiden esille tuomat vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.



KUVIO 4. Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Potilaaseen tai sairauteen liittyvinä tukevinä tekijöinä henkilökunnan ja potilaiden haastatteluissa molemmissa korostui sairauden ja oireiden merkityksen ymmärtäminen toipumisorientaation toteutumisen edellytyksenä. Erona potilashaastatteluihin henkilökunta

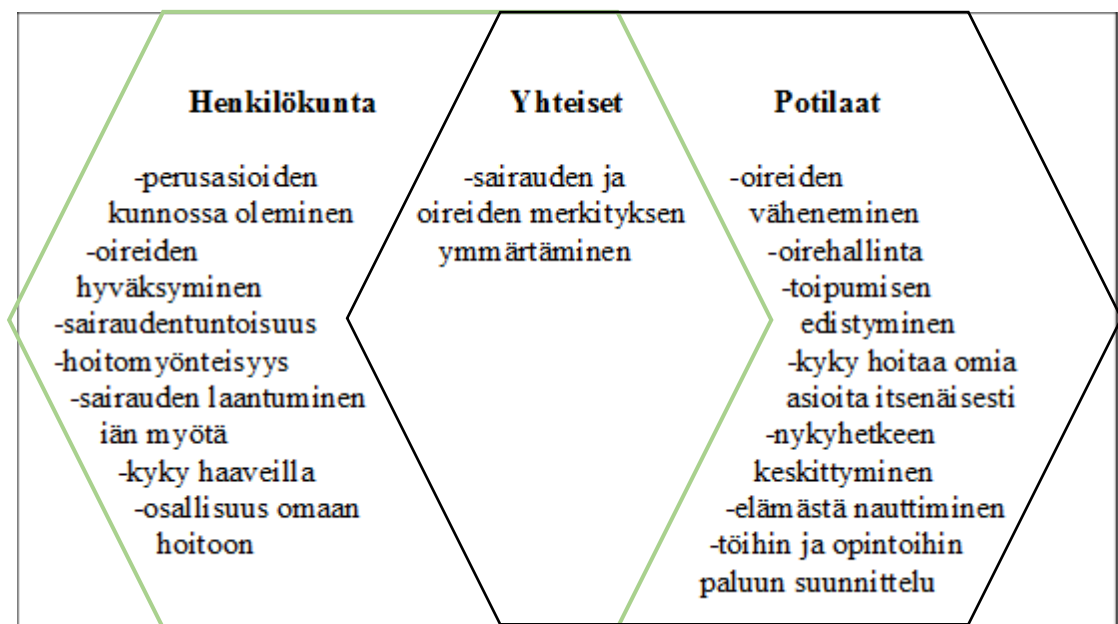
korosti perusasioiden kunnossa olemisen tärkeyttä. Lisäksi henkilökunta toi esille oireiden hyväksymisen tärkeyden.

”Positiivisen palautteen antaminen ja että hyvin suoriuduit tästä, niin se voi sitten kantaa eteenpäin.”

Potilaiden haastatteluissa korostui oireiden vähenemisen, oirehallinnan ja toipumisen merkityksen näkökulmat.

”Mutta sitten koko ajan menee parempaan, niin siitäkin saa sitä toivoa siihen, että paranee.”

Kuviossa 5. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden kuvaamien potilaaseen tai sairauteen liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.



KUVIO 5. Potilaaseen tai sairauteen liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Potilaaseen tai sairauteen liittyvinä tukevinä tekijöinä henkilökunnan mukaan korostui sairaudentuntoisuus ja hoitomyönteisyys sekä näkökulma sairauden laantumisesta iän myötä. Potilaat toivat esille konkreettisemmin kokemusta kyvystä hoitaa asioita itsenäisesti ja tämän merkityksellisyyttä. Henkilökunta toi esille ajatuksen kyvystä haaveilla toipumisorientaatiota tukevana tekijänä, kun potilaiden näkökulma liittyi enemmän nykyhetken ja elämästä nauttimiseen. Potilashaastatteluissa korostui kuitenkin myös töiden

ja opintojen pariin paluun suunnittelun tärkeys. Henkilökunta korosti osallisuuden näkökulmaa esimerkiksi liittyen omaan hoitoon osallistumiseen, kun taas potilashaastattelussa korostui omien asioiden hoitamisen kyvyn tärkeys.

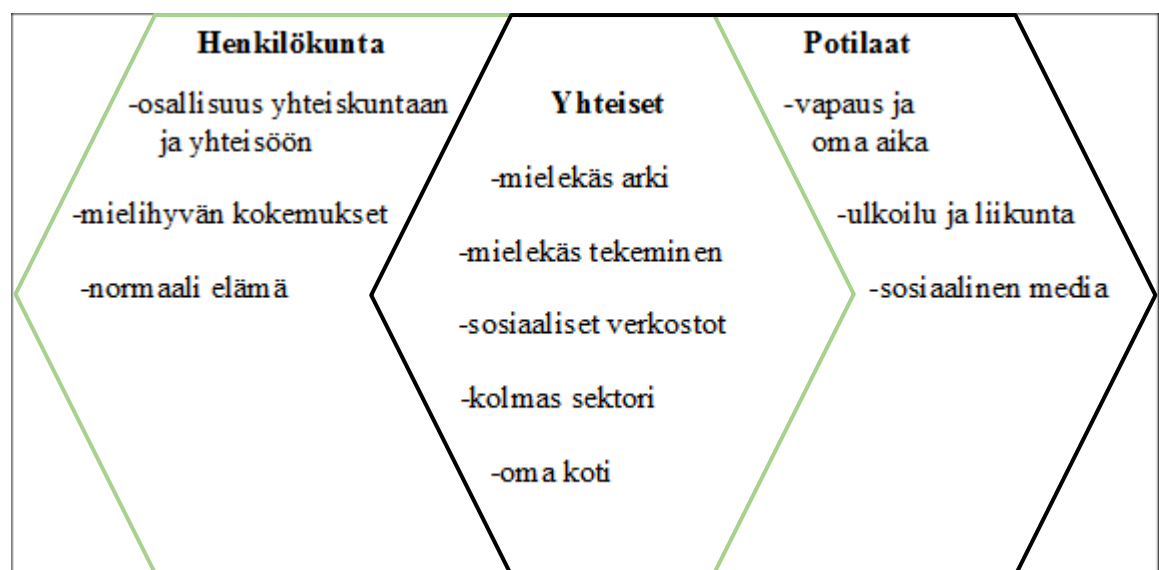
Kotiympäristöön liittyvinä toipumisorientaation toteutumista tukevinä tekijöinä henkilökunnan ja potilaiden haastatteluissa molemmissa tuli esille mielekäs arki ja tekeminen, sosiaaliset verkostot, kolmas sektori ja oma koti. Henkilökunnan haastatteluissa korostui osallisuuden näkökulma, mielihyvän kokemukset ja normaali elämä.

”Kolmannen sektorin paikat saattaa olla jollekin se ainut sosiaalinen ryhmä, mihin kuuluu ja sitä kautta saa jotain merkityksellisyyden tunnetta myös, et kuuluu johonkin ryhmään ja on osa jotain yhteisöä, niin se integroi normiyhteiskuntaan ja laitoksen ulkopuolelle.”

Potilaiden haastatteluissa korostui vapauden ja oman ajan merkitys, ulkoilu ja liikunta sekä sosiaalisen median rooli.

”Mua tukee liikunta. Liikunta auttaa, et saa paremman olon”.

Kuviossa 6. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden kuvaamien kotiympäristöön liittyvien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.



KUVIO 6. Kotiympäristöön liittyvien tukevien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Erona potilashaastatteluihin henkilökunta korosti osallisuuden tärkeyttä yhteiskuntaan liittyen, mielihyvän kokemuksia ja normaalia elämää. Potilaiden näkökulmasta korostui vapauden, oman ajan ja ulkoilun merkitys sekä sosiaalisen median rooli. Henkilökunnan haastatteluissa sosiaalinen median rooli liittyi huoleen saatavilla olevan tiedon luotettavuudesta. Potilaiden kokemusten mukaan sosiaalinen media toimi puhtaasti ainoastaan toipumisorientaation toteutumista tukevana tekijänä liittyen sosiaalisten suhteiden ja verkostojen ylläpitämiseen.

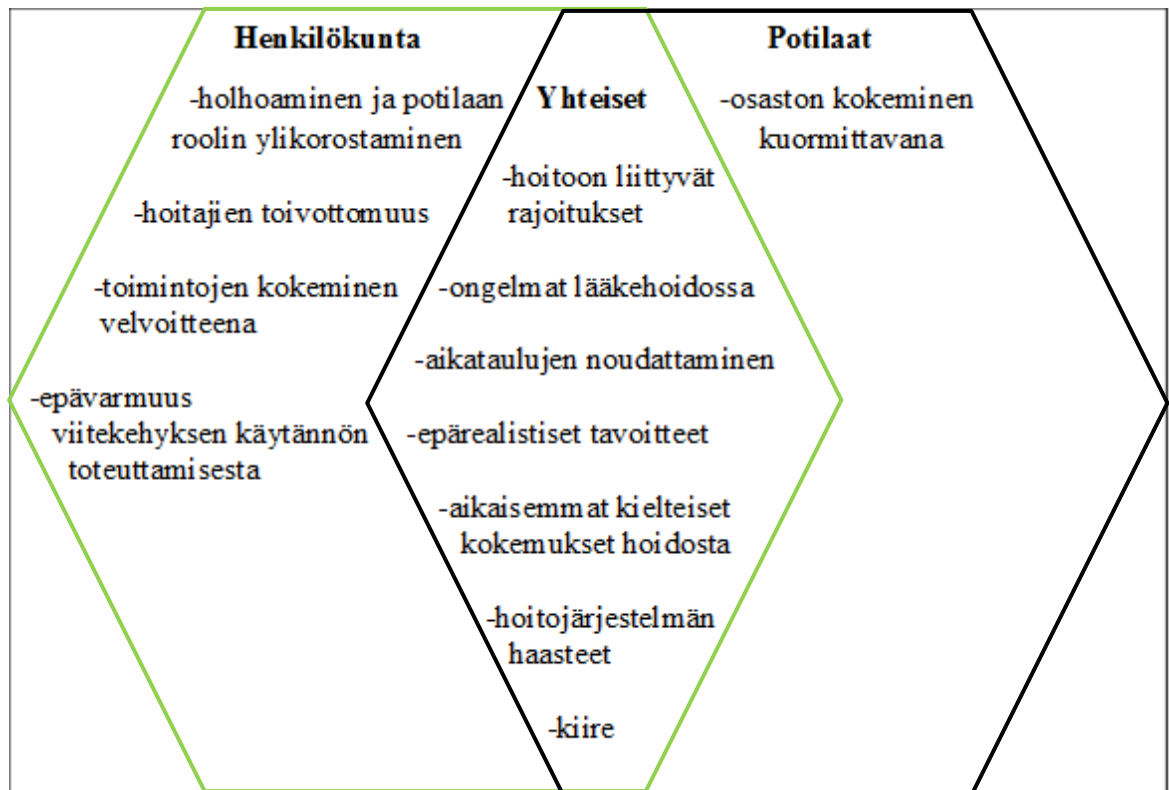
Sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluiden perusteella esille nousi toipumisorientaation toteutumista estävinä hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvinä tekijöinä hoitoon liittyvät rajoitukset ja ongelmat lääkehoidossa. Sekä henkilökunta että potilaat toivat esille myös aikataulujen noudattamisen ja epärealististen tavoitteiden voivan toimia esteenä toipumisorientaation toteutumiselle. Henkilökunnan kokemusten mukaan korostui potilaan roolin ylikorostaminen estävänä tekijänä. Henkilökunta arvioi myös potilaiden aikaisempien hoitoon liittyvien kielteisten kokemusten estävän toipumisorientaation toteutumista. Nämä kokemukset vaikuttivat myös potilaiden kertoman mukaan siten, että oli vaikea puhua voinnistaan. Hoitojärjestelmään liittyvät haasteet tulivat myös esille henkilökunnan haastatteluissa, joka myös potilashaastatteluissa tuli esille kokemuksena akuuttiosastolta eteenpäin siirtymisen hitautena. Henkilökunta toi esille avohoidon haasteita, jotka liittyivät avohoitopainotteisuuteen sekä avohoidon riittämättömiin resursseihin. Henkilökunta kuvasi hoitajien toivottomuuden toimivan toipumisorientaation toteutumista estävänä tekijänä. Toimintojen kokeminen veloitteena oli myös henkilökunnan haastattelujen perusteella estävä tekijä. Henkilökunnan haastatteluissa korostui merkittävänä epävarmuus toipumisorientaation viitekehyksen käytännön toteuttamiseen liittyen.

”On tosi pienistä seikoista kiinni, miten sitä hoitoa ja tietoa annetaan ja min-käläinen se yhteistyö on siinä, kun kerrotaan asioista, ettei se ole kauhean mekaaninen juttu ja varmaan joskus on holhoavampaa sävyä, mikä sitten huonommin menee perille.”

Erona henkilökunnan haastatteluihin potilashaastatteluissa estävänä tekijänä näyttäytyi osaston kokeminen ajoittain kuormittavana, joka liittyi yksityisyyden ja oman ajan puuttumiseen ja liialliseen yhteisöllisyyteen sekä rajoituksiin.

”Se kuormittaa, kun pitää olla 24/7 puoltuttujen ihmisten kanssa ja sitten koko ajan on hirveä ryysis. Kyllä mä mieluummin yksin olisin.”

Kuviossa 7. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden kuvaamien hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.

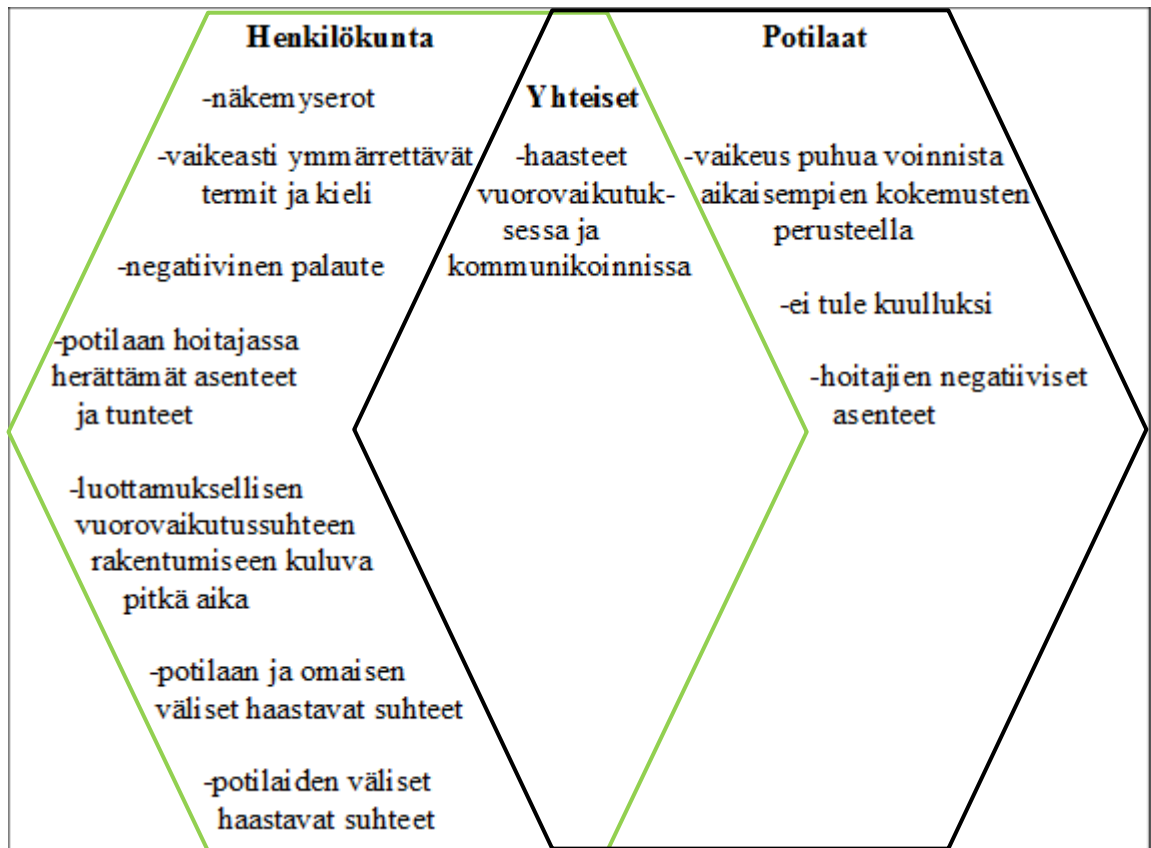


KUVIO 7. Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvinä toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluissa esille tuli yleisesti kokemukset haasteista kommunikoinnissa ja vuorovaikutuksessa. Henkilökunnan näkökulmasta korostui näkemuserot toipumisorientaation toteutumisen esteenä. Lisäksi henkilökunnan kokemusten mukaan esille tuli myös kieleen ja termeihin liittyvät haasteet sekä negatiivinen palaute. Henkilökunta toi esille myös potilaan hoitajassa herättämien tunteiden ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen muodostumiseen vievän ajan tuomat haasteet. Henkilökunnan näkökulmasta esille tulivat myös potilaiden ja omaisten välisen vuorovaikutuksen haasteet ja potilaiden väliset haastavat suhteet estävinä tekijöinä.

”Se on myös haaste, että aina ei olla samaa mieltä asioista.”

Kuviossa 8. on kuvattu henkilökunnan ja potilaiden esille tuomien vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.



KUVIO 8. Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Erona henkilökunnan haastatteluihin potilaiden haastatteluissa esille nousi potilaiden itse kokema puhumisen vaikeus ja kokemus henkilökunnan tavasta kommunikoida epäselvästi ja kuulluksi tulemiseen liittyvät haasteet sekä hoitajien negatiiviset asenteet toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä.

”Jos siinä hoitajan sanomassa menis asiat sekaisin pahasti, niin potilaatkin varmaan menisivät myöskin vähän ymmälleen, että mitä pitäis tehdä.”

Sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluista toipumisorientaation toteutumista estävinä potilaaseen tai sairauteen liittyvinä tekijöinä esille tulivat sairauden oireet, pelot, sairaudentunnottomuus, eristäytymiseen ja yksinäisyyteen sekä lääkehoidon ongelmiin liittyvät tekijät. Henkilökunnan mukaan lääkehoidon haasteisiin liittyi lääkityksen pois jättäminen ja potilaiden mukaan motivaatio lääkehoitoon. Henkilökunta kuvasi estävinä

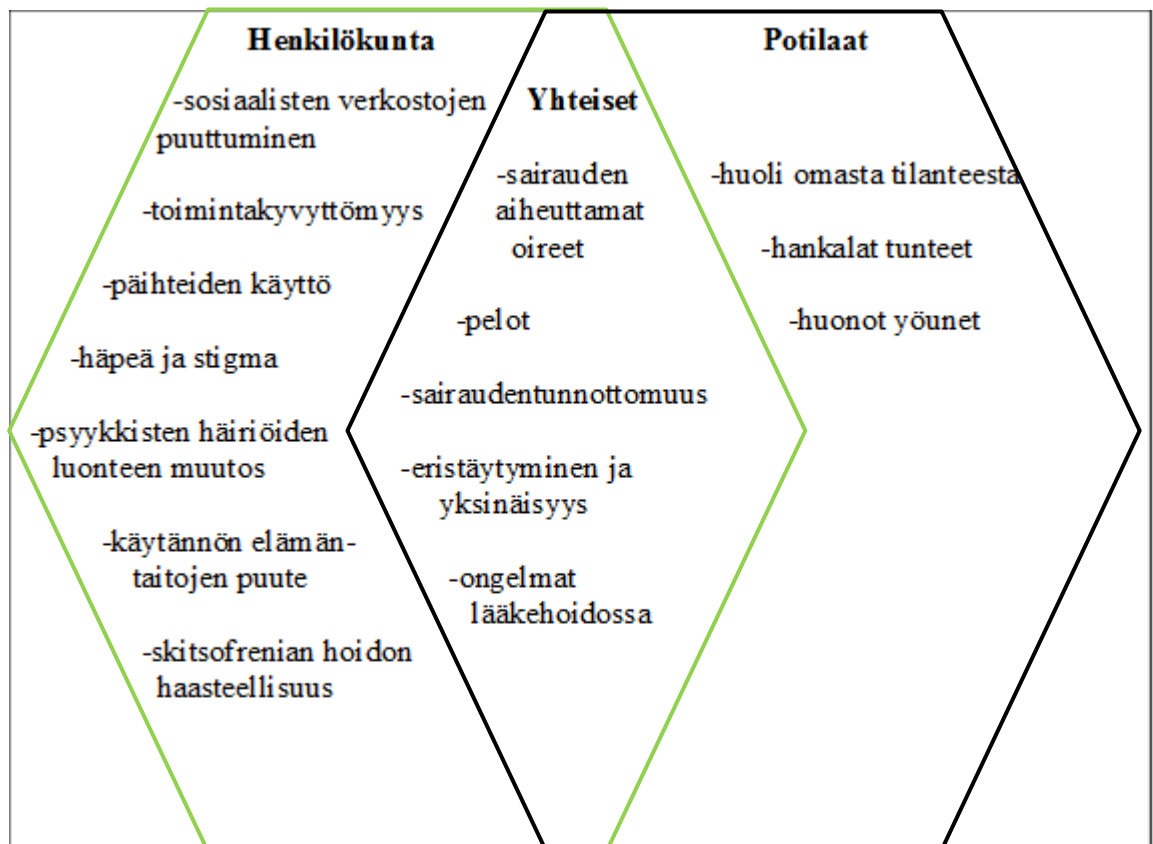
tekijöinä lisäksi sosiaalisten verkostojen puuttumisen, toimintakyvyttömyyden, päihteiden käytön, häpeän ja stigman. Henkilökunta nosti esille estävänä tekijänä myös psyykkisten häiriöiden luonteen muutoksen ja käytännön elämäntaitojen puuttumisen sekä skitsofrenian hoidon haasteellisuuden toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä.

”Jotenkin toisella tavalla niitä käden taitoja oli ennen opittu, mitä tänä päivänä on. Voi olla, että ovat keinottomia ja taidottomia lähes kaikessa.”

Erona henkilökunnan haastatteluihin potilashaastatteluisissa painottuivat huoliin liittyvät tekijät ja hankalat tunteet. Potilaat toivat esille erityisesti huolta liittyen epätietoisuuteen omista oireista. Potilaat toivat esille myös huonoon yöneen liittyvät tekijät toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä.

”Pelottaa, että en vielä pysty käymään siellä mun kotona. Mulla liittyy aika paljon pelottavia asioita siihen.”

Kuviossa 9. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden kuvaamien potilaaseen tai sairauteen liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.



KUVIO 9. Potilaaseen tai sairauteen liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

Sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluista ilmeni kotiympäristöön liittyvinä estävinä tekijöinä kolmannen sektorin palvelujen tuntuminen epämielikkäältä ja riittämättömän tukiverkoston vaikutus. Henkilökunnan haastatteluissa korostuneina näyttäytyi taloudellisen tilanteen vaikutus, palveluasumiseen jonottaminen ja arjen rakenteiden puuttuminen sekä sosiaalinen media. Yleisesti henkilökunta toi esille kotiympäristöön liittyviä puutteita, joita potilaat eivät tuoneet haastatteluissa esille.

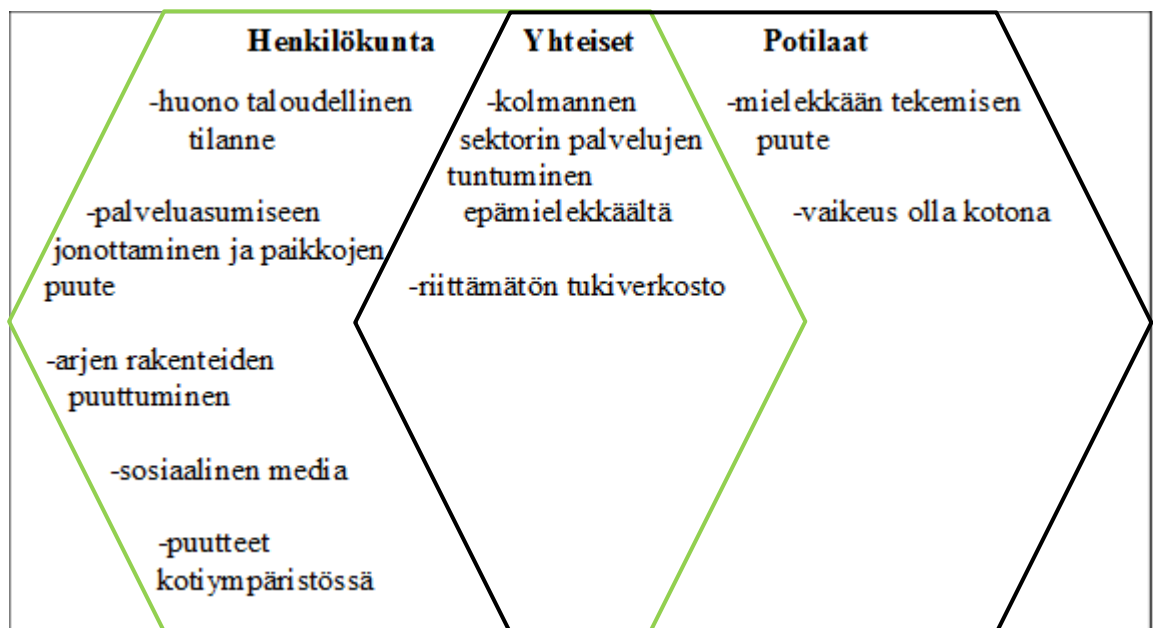
”Jos potilaan asiat on kauhean sekaisin. Taloudelliset asiat esimerkiksi saattaa painaa potilasta ja samoin asumisasiat.”

”Se on vähän suomalaiseseen kulttuuriinkin sidottu, että välttämättä se perhe ei kuitenkaan oo niin mukana, kun toivois, että olis.”

Erona henkilökunnan haastatteluihin potilaiden haastatteluissa korostui mielekkään tekemisen puuttuminen ja vaikeus olla kotona toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä.

”Mulla on ollut vaikeutena tuo oma koti. Tuntuu, että tääl sairaalassa on turvallista, mutta kun lähtee kotiin päin, niin sit siel on vaikeuksia asua.”

Kuviossa 10. on esitelty henkilökunnan ja potilaiden esille tuomien kotiympäristöön liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot.

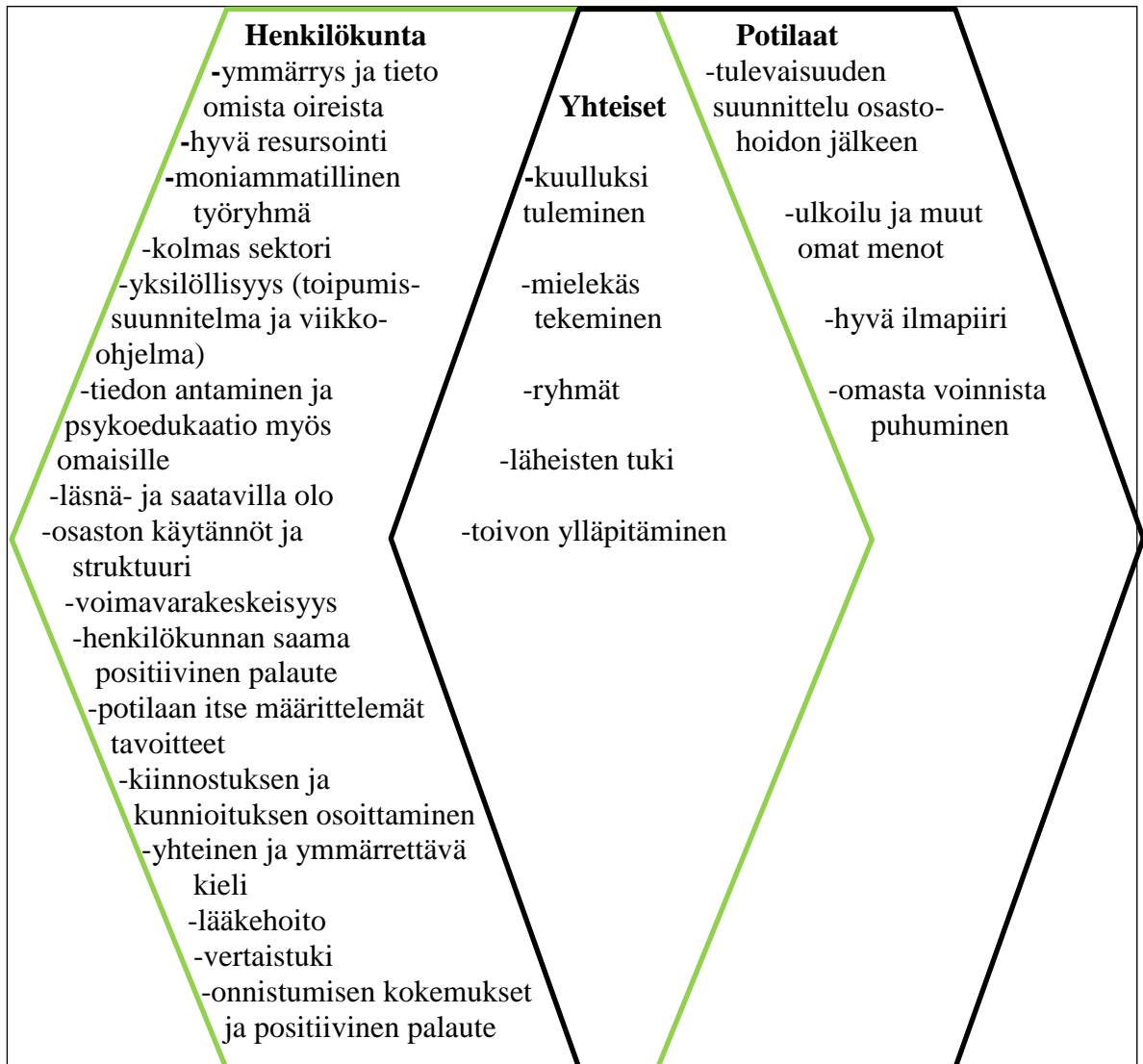


KUVIO 10. Kotiympäristöön liittyvien estävien tekijöiden yhtäläisyydet ja erot

6.6 Keskeiset tukevat ja estävät tekijät

Potilashaastattelujen perusteella keskeisimmät, 3–4 haastattelussa toistuneet toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät olivat tulevaisuuden suunnittelu, ulkoilu ja muut omat menot, hyvä ilmapiiri ja omasta voinnista puhuminen. Henkilökunnan haastattelujen perusteella keskeiset toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät olivat ymmärrys ja tieto oireista, tiedon antaminen ja psykoedukaatio, yksilöllisyys, voimavarakeskeisyys, läsnä oleminen ja kiinnostuksen ja kunnioituksen osoittaminen. Lisäksi henkilökunnan haastattelujen perusteella toteutumista tukivat hyvä resursointi ja moniammatillinen työryhmä. Haastatteluissa tuotiin esille toistuvasti, että osaston käytännöt ja struktuuri, voimavarakeskeisyys ja potilaan ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun tukivat toipumisorientaation toteutumista. Henkilökunnan haastatteluiden perusteella myös henkilökunnan saama positiivinen palaute, yhteinen ja ymmärrettävä kieli, vertaistuki, lääkehoito ja onnistumiset sekä positiivinen palaute tukivat toipumisorientaation toteutumista. Keskeisimmät toipumisorientaation toteutumista tukevia tekijöitä potilaiden ja henkilökunnan haastatteluiden perusteella olivat toivon ylläpitäminen, mielekäs tekeminen, läheisten tuki, ryhmät ja kuulluksi tuleminen.

Kuviossa 11 on kuvattu keskeiset henkilökunnan ja potilaiden kuvaamat tukevat tekijät.

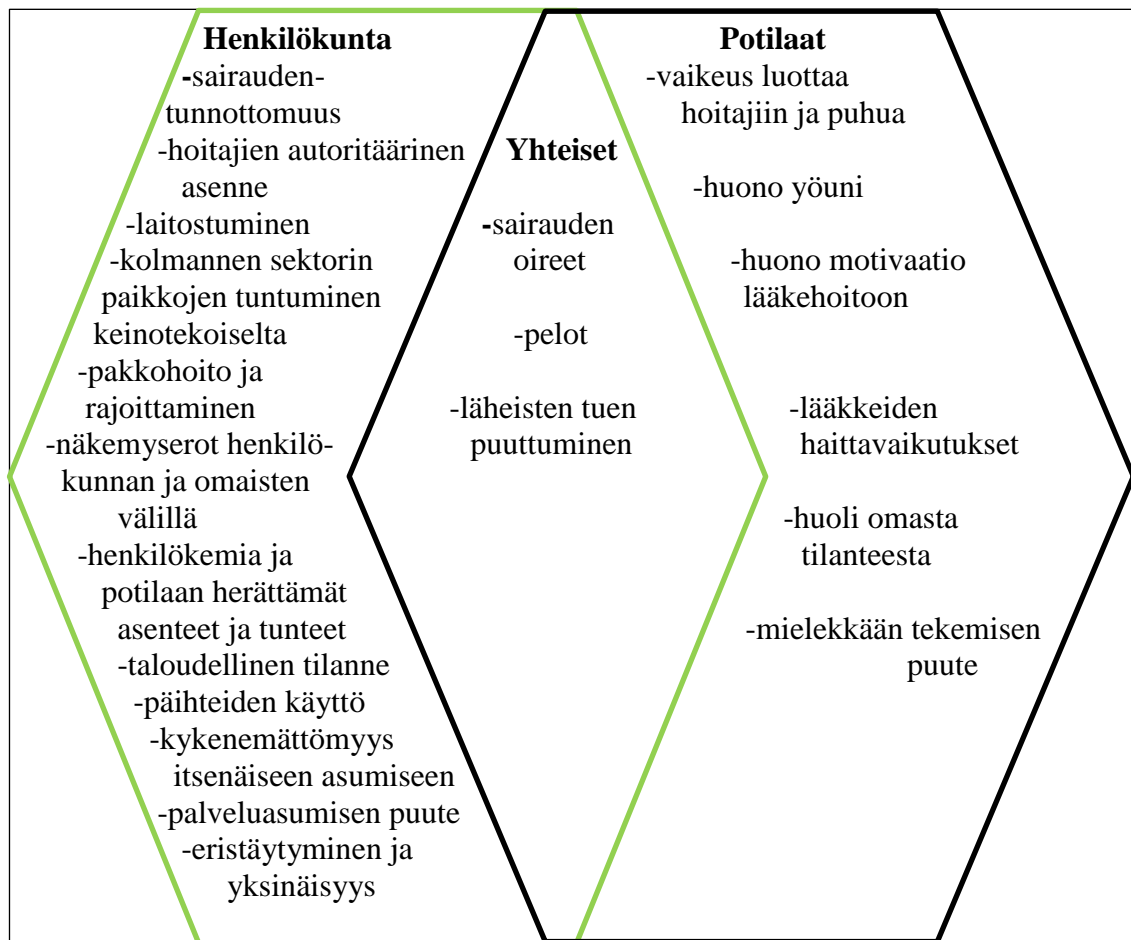


KUVIO 11. Keskeiset tukevat tekijät

Estävät tekijät painottuivat potilashaastattelujen perusteella vaikeuteen puhua omasta voinnista ja luottaa hoitajiin, vaikeuteen motivoitua lääkehoitoon ja kokemukseen lääkeshaitoista. Lisäksi potilashaastattelujen perusteella huoli omasta tilanteesta ja huonot yöunet toimivat toipumisorientaation toteutumista estävinä tekijöinä. Keskeisinä estävinä tekijöinä henkilökunnan haastattelujen perusteella oli sairautentunnottomuus, laitostuminen ja henkilökunnan autoritäärinen asenne. Lisäksi henkilökunta toi toistuvasti esille haasteita liittyen kolmannen sektorin palvelujen tuntumiseen keinotekoiselta, palveluasumisen paikkojen puutteeseen ja pakkohoidon ja rajoittamisen toimivan estävinä tekijöinä. Lisäksi henkilökunnan haastatteluissa painottuivat selkeästi näkemyserot potilaiden omaisten kanssa, potilaiden ja omaisten välisten hankalien suhteiden ja potilaiden henkilökunnassa herättämien asenteiden ja tunteiden haastavan toipumisorientaation

toteutumista. Huono taloudellinen tilanne, päihteiden käyttö, kykenemättömyys itsenäiseen asumiseen sekä eristäytyminen ja yksinäisyys olivat myös toistuvasti esillä keskeisinä tekijöinä henkilökunnan haastatteluissa. Keskeisimmät estävät tekijät sekä potilaiden että henkilökunnan haastattelujen perusteella olivat sairauden aiheuttamat oireet, pelot ja läheisten tuen puuttuminen.

Kuviossa 12. on kuvattu henkilökunnan ja potilaiden kuvaamat keskeiset estävät tekijät.



KUVIO 12. Keskeiset estävät tekijät

Taulukossa 10 on kuvattu yhteenvedona toipumisorientaatiota tukevat ja estävät tekijät potilashaastattelujen perusteella.

Taulukko 10. Keskeiset tukevat ja estävät tekijät potilaiden haastattelujen perusteella

Tukevat tekijät	Estävät tekijät
1. Omaisten ja läheisten tuki	1. Vaikeus luottaa hoitajiin ja puhua
2. Tulevaisuuden suunnittelu	2. Huonot yöunet
3. Ryhmät ja yhdessä tekeminen	3. Motivaation puute lääkehoitoon
4. Mielekäs tekeminen	4. Lääkkeiden haittavaikutukset
5. Toivo tulevaisuudesta	5. Pelot
6. Ulkoilu ja muut omat menot	6. Sairauden oireet
7. Hyvä ilmapiiri	7. Läheisten tuen puuttuminen
8. Omasta voinnista puhuminen	8. Huoli omasta tilanteesta
9. Kuulluksi tuleminen	9. Mielekkään tekemisen puute

Taulukossa 11 on kuvattu yhteenvedona toipumisorientaatiota tukevat ja estävät tekijät henkilökunnan haastattelujen perusteella.

Taulukko 11. Keskeiset tukevat ja estävät tekijät henkilökunnan haastattelujen perusteella

Tukevat tekijät	Estävät tekijät
1. Ymmärrys ja tieto omista oireista	1. Sairauden aiheuttamat oireet
2. Hyvä resursointi	2. Sairaudentunnottomuus
3. Kuulluksi tuleminen	3. Henkilökunnan autoritääriäinen asenne
4. Ryhmät	4. Potilaiden pelot
5. Mielekäs tekeminen ja omat menot	5. Laitostuminen
6. Moniammatillinen työryhmä	6. Kolmannen sektorin tuntuminen keinotekoiselta
7. Kolmas sektori	7. Pakkohoito ja rajoittaminen
8. Yksilöllisyys	8. Näkemuserot omaisten ja henkilökunnan välillä
9. Tiedon antaminen ja psykoedukaatio	9. Potilaan ja omaisten väliset hankalat suhteet
10. Läsnä oleminen	10. Henkilökemia, potilaan henkilökunnassa herättämät asenteet ja tunteet
11. Osaston käytännöt ja struktuuri	11. Huono taloudellinen tilanne
12. Voimavarakeskeisyys	12. Päihteiden käyttö
13. Henkilökunnan saama positiivinen palaute	13. Kykenemättömyys itsenäiseen asumiseen
14. Potilas mukana itse määrittelemässä tavoitteita	14. Palveluasumisen paikkojen puute
15. Kiinnostuksen ja kunnioituksen osoittaminen	15. Sosiaalisten verkostojen puuttuminen
16. Toivon ylläpitäminen	16. Eristäytyminen ja yksinäisyys
17. Yhteinen ja ymmärrettävä kieli	
18. Lääkehoito	
19. Vertaistuki	
20. Onnistumiset ja positiivinen palaute	
21. Sosiaaliset verkostot	

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tuloksia verrataan aikaisempiin tutkimustuloksiin toipumisorientaatiosta. Prosessin onnistumista on arvioitu luotettavuuden ja eettisyyden kautta.

7.1 Tulosten vertailu toipumisorientaation teoriaan

Hoidossa käytettävät termit ja näkemys toipumisesta

Toipumisen määrittelemisen on näyttäytynyt aikaisemmissä tutkimuksissa haastavana. Tutkimusten mukaan on ollut tyypillistä, että henkilökunnan keskuudessa sekä henkilökunnan ja potilaiden käsitykset siitä, mitä toipumisella tarkoitetaan, ovat eronneet toisistaan. (Gwinner ja Ward 2013, 139; Waldemar, Arnfred, Petersen ja Korsbek 2016, 599; Coffey ym. 2019, 12.) Haasteet potilaiden hoidossa ovat liittyneet myös esimerkiksi siihen, että hoitotyössä käytettävät termit eivät ole kovinkaan systemaattisia, vaan vaihtelevat paljon. Lisäksi haasteena on näyttäytynyt näyttöön perustuvien hoitojen käytön vähyys ja vaikeus määritellä, mihin teoreettiseen viitekehukseen toteutettu hoito liittyy. (Ameel, Kontio ja Välimäki 2019, 9.) Työssä tuli esille runsas määrä erilaisia teemoja, mikä liittyi henkilökunnan kokemaan vaikeuteen kuvata selkeästi, mitä toipumisorientaatiolla tarkoitetaan. Jatkossa käytettävien termien konkretisointi voisi tehdä viitekehysten toteuttamisesta selkeämpää. Toipumisorientaation viitekehystä on aikaisemmin moitittu myös siitä, ettei se sellaisenaan ole näyttöön perustuvaa hoitoa. Viitekehys kuitenkin sisältää hoidon elementtejä, jotka perustuvat näyttöön, joten viitekehys ei ole esteenä näyttöön perustuvan hoidon toteutumiselle.

Tässä opinnäytetyössä henkilökunnan ja potilaiden haastatteluissa kokemus ja näkemys toipumisesta näyttäytyi yhtenevänä liittyen toimintakyvyn palautumiseen ja lääkityksen vaikuttavuuteen. Henkilökunta ja potilaat kuvasivat toipumista hyvin samanlaisin termein. Samankaltaisen kielen käyttö potilaiden ja henkilökunnan välillä on selitettävissä mahdollisesti esimerkiksi sillä, että samassa yhteisössä olevat ihmiset alkavat yleensä käyttää samanlaista kieltä ja termejä ympäristöönsä liittyvistä asioista. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat suurimmaksi osaksi olleet osastohoidossa alle vuoden ajan,

joten samankaltaisten termien käyttö ei todennäköisesti liittynyt haastatteluun osallistuneiden potilaiden kohdalla laitostumiseen, koska he eivät olleet sairaalahoidossa kovin pitkää aikaa tai useita hoitajaksoja. Uhkana laitostumiselle oli tuetun asumisen paikkoihin jonottaminen osastolla. Haastateltujen potilaiden hoidossa oli keskitytty suuntautumaan osaston ulkopuolisiin toimintoihin ja kotiutumisen suunnitteluun, jotka suojasivat laitostumiseen liittyviltä ilmiöiltä.

Koulutuksen merkitys

Toipumisorientaation viitekehysten toteutumisen kannalta merkittävänä aikaisemmissa tutkimuksissa oli tuotu esille henkilökunnan koulutuksen tärkeyttä. Koulutuksen toteutamisessa painottui konkreettisen ja käytännön toteutuksen kouluttamisen tärkeys. Yleisluontoinen tai vain inspiroiva koulutus ei näytä jalkauttavan toipumisorientaatiota työyhteisöihin kovinkaan hyvin. (Tsai, Slayers ja Lobb 2010, 344; Reynolds ja O'Hanlon 2011, 25; Bhanbhro ym. 2016.) Haasteena oli saattanut näyttäytyä myös se, ettei interventtioiden toteuttajien ammattiryhmiä oltu määritelty. (Ameel ym. 2019, 15.) Opinnäytetyön kohdeosastolla henkilökunta oli saanut koulutusta toipumisorientaation viitekehyksestä muutamana vuoden ajan kehittämispäivien yhteydessä. Henkilökunta kuvasi tutkimuksessa viitekehysten toteuttamiseen liittyviä elementtejä runsaasti ja monipuolisesti. Samalla henkilökunta kuitenkin toi kuitenkin esille useassa haastattelussa myös epävarmuutta käytännön toteutuksesta. Viitekehys ei anna konkreettisia työkaluja juurikaan käytännön toteutukseen, koska viitekehyksessä puhutaan hoidon painotuksista yleisellä tasolla liittyen esimerkiksi osallisuuteen ja positiiviseen mielenterveyteen. Tästä johtuen nyt saatu tutkimustulos on yhtenevä aikaisempien tulosten kanssa liittyen siihen, että viitekehys tarvitsee toteutuakseen konkreettisempia työkaluja. Viitekehysten toteutumista käytännössä voisi helpottaa se, että määriteltäisiin kaikille ammattiryhmille yhteiset viitekehykseen liittyvät työkalut sekä ammattiryhmäkohtaiset toipumisorientaation kehykset konkreettisesti oman työnkuvan kautta.

Resurssit ja sairaalaympäristö

Henkilöstöresurssien puute ja tästä aiheutuva kiire ja potilaiden kanssa vietetyn ajan vähyys olivat estäneet toipumisorientaation toteutumista (Ostrow ja Adams 2012, 74; Gwinner ja Ward 2013, 134; Waldemar, Arnfred, Petersen ja Korsbek 2016, 600).

Sairaalaympäristö, kuten osaston tilat ja osastohoitoon liittyvät jännitteet tulivat myös esille estävinä tekijöinä aikaisemmissa tutkimuksissa (Chen 2012, 49; Ayres, Fegan ja Noak 2014, 24). Opinnäytetyössä henkilökunta kuvasi osastolle tulleen lisäresursseja toipumisorientaation viitekehyksen myötä ja näin ollen aikaa potilaille oli riittävästi, eikä resurssipulaan liittyviä ilmiöitä tullut potilaidenkaan haastatteluissa esille. Potilaat kuvasivat haasteita tiloihin liittyen olleen akuuttiosastolla, muttei enää nykyisellä kuntoutusosastolla lukuun ottamatta ajoittain esille tullutta kokemusta yksityisyyden tarpeesta. Potilaat toivat esille arvostavansa merkittävästi omahoitajien ja psykologien kanssa käytyjä keskusteluja. Potilaiden ja henkilökunnan kuvauksen mukaan osaston ilmapiiri oli tutkimuksen kohdeosastolla merkittävän hyvä, toisin kuin useissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Haasteet toipumisorientaation toteutumiselle sairaalaympäristössä näyttivät tämän opinnäytetyön tulosten mukaan liittyneen potilaiden kokemuksiin akuuttiosaston hoidosta. Toipumisorientaation viitekehys näytti sopineen kuntouttavalle osastolle hyvin, toisin kuin aiempien tutkimusten mukaan oli todettu. Toteutuminen oli liittynyt vahvasti potilaiden saamaan kokemukseen kuulluksi tulemisesta ja yksilöllisestä hoidosta.

Henkilökunnan toiminnan muutos

Toipumisorientaatiossa ammattihenkilöiden oma rooli auttajana vaatii erilaista suhtautumista perinteiseen hoitoon nähden (Nordling, 2018, 1477). Toipumisorientaation viitekehys näytti aikaisemmissa tutkimuksissa muuttaneen henkilökunnan toimintaa enemmän toipumisen tukemiseen painottuvaksi, kunnioittavammaksi, myötätuntoisemmaksi ja arvostavammaksi potilaita kohtaan (Lakeman 2010, 69; Coffey ym. 2019, 13). Opinnäytetyössä haastatellut henkilökunnan jäsenet kuvasivat kokeneensa, että vastaavaa voimavarakeskeistä hoitoa oli toteutettu sairaalassa jo hyvin pitkään, eivätkä toipumisorientaatioon liittyvät hoidon elementit olleet uusia. Näin olleen tutkimuksessa toipumisorientaation ottaminen hoidon viitekehykseksi ei henkilökunnan näkökulmasta ollut tuonut merkittäviä muutoksia tai eroja potilaiden hoitoon. Henkilökunta oli kokenut hoidon elementtien yhdistämisen toipumisorientaation viitekehyksen alle jossain määrin haastavana. Muutosta toimintatavoissa henkilökunta kuvasi tapahtuneen erityisesti liittyen siihen, että hoitoa oli alettu suunnitella potilaslähtöisemmin siltä osin, mitä termejä hoitoon liittyvistä elementeistä käytettiin, jotta ne olisivat potilaille mahdollisimman helposti ymmärrettäviä ja tuntuisivat mielekkäiltä. Lisäksi henkilökunta toi esille alkaneensa kysyä aiempaa aktiivisemmin potilailta heidän omista voimavaroistaan ja yleisesti kokeneensa, että

potilaat oli otettu huomioon aikaisempaa kokonaisvaltaisemmin myös hoidon suunnittelussa.

Sairauden merkityksen ymmärtäminen ja ryhmämuotoiset hoidot

Toipumisorientaation toteutuminen oli liittynyt kykyyn havainnoida itseään, jolla tarkoitettiin esimerkiksi eteen tulleiden haasteiden merkityksen ymmärtämistä omassa elämässä. (Agest ym. 2018, 54–55.) Ryhmämuotoisia hoitoja ja yhteisöllisyyttä, sekä näihin liittyvää vertaistukea ja jakamista pidettiin hyvänä tukena eristäytymisen estämiseksi (Tsai ja Salyers 2010, 396). Ryhmämuotoisia hoitoja käytetään psykiatrisessa hoidossa paljon, mutta vaihtelevasti. Ryhmän tapaamismäärien on todettu vaikuttavan esimerkiksi siihen, miten kapea-alaisesti tai voimaannuttavasti apua ryhmästä voi saada. (Ameel ym. 2019, 15.) Lisäksi sekä henkilökunta että potilaat toivat esille sairauden oireiden merkityksen ymmärtämisen tärkeyttä ja kyvyn hoitaa omia asioita itsenäisesti olevan merkityksellisiä. Sairauden merkityksen ymmärtäminen on tärkeä tekijä jokaisen toipumisen kannalta henkilökohtaisesti. Osastolla hoidossa oli panostettu tähän hyvin psykoedukaation ja tiedon antamisen kautta.

Opinnäytetyössä haastatellut kuvasivat osastolla toteutettavan useamman tyyppisiä ryhmiä, kuten psykoedukaatioryhmä ja erilaiset retket. Ryhmätoimintojen kautta potilaat saivat osallisuuden ja yhteisöllisyyden kokemuksia ja vertaistukea sekä tietoa sairaudestaan. Potilaiden ja henkilökunnan kokemusten mukaan ryhmätoiminnot olivat hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvistä tekijöistä selkeästi toipumisorientaation toteutumista parhaiten tukenut tekijä. Potilaat kuitenkin toivat esille myös liiallisesta yhteisöllisyydestä johtuvaa kuormittuneisuutta ja oman rauhan sekä omien menojen tärkeyttä. Kansainvälisestä näkökulmasta yhteisöllisyys on ollut nimenomaan etusijalla ja vahvasti painottunut. Tässä opinnäytetyössä potilaat olivat kokeneet ryhmämuotoiset toiminnot hyvinä, mutta toivat esille myös jatkuviin ryhmätoimintoihin liittyvää kuormittuneisuutta. Tämä liittyi todennäköisesti suomalaisen kulttuurin yksilökeskeisyyteen ja toisaalta myös skitsofreniaan usein liittyvään kuormitukseen sosiaalisissa tilanteissa.

Läheisten merkitys

Perheenjäsenten osallistuminen hoitoon näytti lisäävän potilaiden selviytymistaitoja. (Ameel ym. 2019, 15.) Henkilökunta korosti perheenjäsenten ottamisen tärkeyttä mukaan potilaiden hoitoon sekä psykoedukaation antamista myös läheisille. Tämä liittyi kokemuksiin vaikeuksista saada omaisia mukaan hoitoon tai käymään sairaalassa sekä erityisesti tavoitteeseen lisätä omaisten tietoa sairaudesta. Haasteet saada omaiset käymään sairaalassa liittyivät stigmaan ja häpeään sekä ymmärryksen puutteeseen sairaudesta. Läheisten vetäytyminen saattoi liittyä myös väsymiseen, jos tilanne kotona oli edeltävästi ollut kovin haastava. Läheisten mukaan ottaminen liittyi vahvasti pyrkimykseen vahvistaa potilaiden tukiverkostoa ja pyrkiä estämään yksinäisyyttä ja relapseja. Potilaat toivat esille läheisten merkityksen elämässään, mutta eivät niinkään läheisten hoitoon osallistumisen tärkeyttä. Läheisten seurassa olemisen tärkeys liittyi potilaiden mukaan erityisesti siihen, että he kokivat voivansa olla läheisten kanssa täysin omana itsenään, eivätkä joutuneet jännittämään sosiaalisessa tilanteessa läheisten kanssa. Potilaiden kokemukset haasteista tulla kuulluksi olivat liittyneet nimenomaan perhetapaamisiin, mistä johtuen potilaat eivät tuoneet niin vahvasti esille läheisten hoitoon osallistumisen tärkeyttä. Potilaat kuvasivat myös jonkin verran välien läheisiin olevan hankalat. Se, että potilaat eivät halunneet läheisten osallistuvan hoitoon, liittyi todennäköisesti toiveeseen suojella läheisiä sairauteen liittyvältä kuormitukselta tai omaisiin kohdistuvasta häpeästä. Potilaat saattoivat kokea vaikeana puhua sairaudestaan läheisille ja kokea helpompana kertoa asioistaan hoitajille. Huonot välit läheisiin näyttäytyivät mahdollisesti haasteena hoidon toteutumiselle. Vaarana oli, että henkilökunnan pyrkimys ottaa läheisiä mukaan hoitoon saattoi vaikuttaa hoitosuhteeseen, jos potilas ei kokenut läheisten mukaan ottamista mielekkäänä. Toisaalta liian aktiivinen pyrkimys ottaa läheisiä mukaan saattaisi vaikuttaa negatiivisesti myös potilaan ja läheisten suhteisiin epäonnistuessaan.

Stigma

Toipumisorientaation toteutumista estävänä tekijöinä oli ollut usein skitsofreniaa sairastaviin kohdistuva stigma, joka on vaikuttanut potilaiden hoitoon ja palveluiden piiriin pääsyyn. Stigma on saattanut kohdistua myös mielenterveyspalveluja tarjoaviin ammatilaisiin ja hoitoon. (Avdibegović ja Hasanović 2017, 900). Opinnäytetyössä henkilökunta toi esille huolta liittyen potilaisiin kohdistuvaan häpeään ja stigmaan yhteiskunnassa,

mutta potilaat eivät tuoneet esille tähän liittyviä teemoja. Tämä todennäköisesti liittyi siihen, että tutkimuksessa haastatellut potilaat eivät olleet sairastaneet skitsofreniaa vielä kovin pitkää aikaa ja olivat iältään kohtalaisen nuoria, joten heille ei ollut ehtinyt kertyä kokemuksia leimautumisesta sairastumisen vuoksi.

Vuorovaikutuksen ja ilmapiirin merkitys

Toipumisorientaation viitekehyksessä painottuu vuorovaikutuksen tärkeys hoitosuhteessa. Tällä tarkoitetaan elämän mielekkyyden, toiveikkuuden ja voimavarojen tukemista sekä potilaiden tukemista päämääriensä saavuttamiseksi. Lisäksi toipumisorientaation mukaiseen hoitoon liittyy vahvasti asiakkaan tiedon vahvistaminen liittyen omaan sairauteensa. (Nordling 2018, 1479.) Kokonaisvaltainen lähestymistapa ja onnistunut vuorovaikutus olivat merkittävässä roolissa hoidon onnistumisen kannalta. Henkilökunnan jäsenet ja potilaat kuvasivat merkittävän paljon vuorovaikutukseen kuuluvia toipumisorientaation toteutumiseen liittyviä elementtejä. Tästä johtuen vuorovaikutuksesta ja ilmapiiristä muodostui myös yksi luokka, johon teemoja jaettiin. Sekä henkilökunta että potilaat kuvasivat elämän mielekkyyden kannalta mielekkään tekemisen olevan tärkeä toipumisorientaation toteutumista tukeva elementti.

Potilaiden kokemus siitä, etteivät he tule kuulluksi esimerkiksi tilanteissa, joissa henkilökunta oli suhtautunut heihin ylimielisesti, on toiminut aikaisempien tutkimusten mukaan toipumisorientaation toteutumisen esteenä. (Chen 2012, 108, 111; Ayres, Fegan ja Noak 2014, 23–24; Agrest ym. 2018, 56.) Tutkimuksen kohdeosastolla potilaat eivät tuoneet esille kokeneensa henkilökunnan suhtautuneen heihin ylimielisesti, vaan enemmänkin tulleen pääsääntöisesti kuulluksi hyvin ja ilmapiirin olleen hyvä ja turvallinen. Henkilökunta oli aktiivisesti potilaiden saatavilla ja näkyvillä ja vaikutti aidosti kiinnostuneelta potilaiden asioista. Potilaat toivat esille kokeneensa jonkin verran, ettei lääkärin tekemiä linjauksia hoitoon liittyen oltu perusteltu riittävästi tai ymmärrettävästi ja joitain potilaiden esille tuomia asioita oli sivuutettu. Henkilökunnalle hoitoon liittyvät rajoitukset ovat usein hyvinkin selkeitä ja perusteltuja, josta johtuen rajoitusten perustelu potilaille voi unohtua tai jäädä pinnalliseksi ikään, kuin huomaamatta. Potilaiden ja henkilökunnan näkemykset potilaan voinnista saattavat ajoittain olla ristiriidassa, jolloin potilas esimerkiksi saattaa kokea olevansa paremmassa voinnissa, kuin henkilökunnan näkemyksen mukaan vielä on. Tällöin olisi tärkeää yrittää kertoa potilaalle erityisen hyvin perustelut sille,

miksi jokin asia ei vielä henkilökunnan mukaan ole ajankohtainen ja koittaa tarjota potilaille kokemus kuulluksi tulemisesta.

Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa

Hoitosuunnitelman tekoa on pidetty tärkeänä toipumisorientaation toteutumisen kannalta. Potilailla saattoi kuitenkin olla kokemuksia siitä, etteivät he ole olleet kovinkaan aktiivisessa roolissa oman hoitonsa suunnittelussa. Haasteena oli saattanut olla myös yhteisen kielen puuttumiseen liittyvät seikat tai henkilökunnan arvio siitä, ettei potilas ole kykenevä osallistumaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. (Waldemar 2018, 46; Coffey ym. 2019, 11.) Yhteinen päätöksenteko oli tukenut toipumista merkittävästi aikaisempien tutkimusten mukaan (Leese, Smithies ja Green 2014, 22; Waldemar 2018, 47). Henkilökunta kuvasi haastatteluissa aktiivisesti viikkosuunnitelman laatimista yhdessä potilaiden kanssa tärkeänä ja merkityksellisenä osana potilaiden hoitoa. Tässä tutkimuksessa henkilökunta ei tuonut esille näkemystä siitä, että potilaiden kyky osallistua oman hoitonsa suunnitteluun olisi puutteellista. Potilaat toivat aktiivisesti esille olleensa mukana oman hoitonsa suunnittelussa liittyen esimerkiksi realististen tavoitteiden ja omien menojen suunnitteluun. Potilaat vaikuttivat sisäistäneen tavoitteiden pilkkomisen tärkeyden osana toipumista.

Yksilöllinen hoito

Yksilöllisen hoidon merkitys tuli esille aikaisemmissa tutkimuksissa (Ostrow ja Adams 2012, 74; Brekke ym. 2018). Tyypillistä oli saattanut olla se, että henkilökunta kuvasi terapeuttisia hoitosuhteita ja hoitoa merkittävästi positiivisempana, kuin potilaat olivat ne kokeneet. (Coffey ym. 2019, 13.) Yksilöllisellä hoidolla tarkoitettiin kokonaisvaltaista potilaiden huomioon ottamista pelkkään sairauteen liittyviin asioiden keskittymisen sijaan (Leese ym. 2014, 22). Potilaat kokivat tullessa huomioiduksi yksilöllisesti erityisesti siten, että he kokivat henkilökunnan tukeneen omien menojen suunnitteluun osana hoitoa. Potilaat olivat kokeneet tullessa huomioiduksi yksilöllisesti ja tullessa kuulukuksi hoitotapaamisissa hoitajien ja psykologien kanssa. Potilaiden esille tuomat negatiiviset kokemukset, jotka olivat liittyneet vuorovaikutukseen, painoutuivat merkittävästi kokemuksiin akuuttiosastolla olosta. Potilaat tunnistivat psyykkisen voinnin olleen

akuuttiosastolla selkeästi nykyistä huonompi johtuen psykoosioireista ja sairaudentunnottomuudesta. Nämä olivat vaikuttaneet ikävien kokemusten syntyyn.

Voimavarakeskeiset menetelmät

Hoitajien toteuttamat interventiot tukevat hyvin potilaiden ja heidän läheistensä toimintakykyä avohoidossa voimavarapainotteisen lähestymistavan kautta. Voimavarakeskeisyys ei ole kuitenkaan painottunut yleensä yhtä hyvin osastohoidossa, vaan hoidon on katsottu painottuvan liikaa valvontaan ja tarkkailuun terapeuttisten interventioiden jäädessä taka-alalle. (Ameel ym. 2019, 1, 14.) Tulosten perusteella osastohoito näytti rakentuvan nimenomaan yksilöllisesti suunniteltujen terapeuttisten interventioiden ympärille, joissa painottui voimavarakeskeisyys. Toipumisorientaatioon liittyvät elementit näyttävät toteutuvan psykiatrisessa avohoidossa hyvin. Näihin hyvin toteutuneisiin hoitotyön interventioihin on liittynyt erityisesti toimintakyvyn tukeminen liittyen voimavarojen vahvistamiseen, opettamiseen liittyen esimerkiksi psykoedukaation antamiseen sairastumisprosessista ja lääkehoidosta sekä tukeminen sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. (Ameel ym. 2019, 15.) Tutkimuksen kohdeosastolla voimavarojen vahvistaminen ja psykoedukaatio tulivat selkeästi esille suuressa roolissa osana hoitoa. Myös toivon luomisen tärkeys tuli esille aikaisemmissa tutkimuksissa toipumista edellyttävänä tekijänä (Lakeman 2010, 67; Leese ym. 2014, 21). Toivon luomisen tärkeys tuli esille opinnäytetyössä sekä henkilökunnan että potilaiden haastatteluissa. Konkreettisesti toivon luomista toteutettiin keskustelemalla tulevaisuuden suunnittelusta ja luottamuksen rakentamisesta liittyen hyvään elämään. Yleisesti tutkimuksesta kävi ilmi, että toiveikkuuteen liittyviin asioihin keskityttiin hoidossa paljon.

7.2 Eettisyys

Prosessin aikana on pyritty huomioimaan eettiset kysymykset erityisesti liittyen psykiatriaan ja psykiatristen potilaiden haastatteluihin liittyviin seikkoihin. Skitsofrenia kuuluu vaikeisiin ja kroonisiin psyykkisiin häiriöihin, johon usein liittyy merkittävää toimintakyvyn laskua ja haasteita olla normaalissa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa (Louhiala & Launis 2009, 140). Psykiatriset potilaat ovat muita potilasryhmiä haavoittuvampia liittyen hoitosuhteessa tapahtuviin ilmiöihin (Rich 2016, 318).

Toipumisorientaation toteutumisen tutkiminen loi mahdollisuuden henkilökunnalle tuoda esille sen, miten viitekehyksen toteutuminen on koettu ja päästä vaikuttamaan jatkossa siihen, miten viitekehyksen toteutusta sairaalassa kehitetään. Haastatteluun osallistuminen toi potilaille mahdollisuuden päästä vaikuttamaan omaa hoitoa koskevan työn kehittämiseen. Tutkimusaihe ja tutkimuskysymykset pyrittiin rakentamaan potilasta ajatellen; miten tämän asian tutkiminen auttaa skitsofreniaa sairastavia ja parantaa heidän hoitoaan tulevaisuudessa. Potilaita ja henkilökunnan jäseniä pidettiin tutkimuksessa yhtä arvokaina tiedon lähteinä. Tätä painotettiin myös siten, että infokirje ja suostumuslomake olivat samat sekä potilaille että henkilökunnan jäsenille.

Tutkimukseen haastateltavat potilaat rajattiin vapaaehtoisessa hoidossa oleviin siksi, että vapaaehtoisessa hoidossa olevien potilaiden haastattelussa antamia vastauksia voi pitää luotettavampana tutkimustulosten saamisen kannalta. Tahdonvastaisessa hoidossa olevilla potilailla on vähemmän mahdollisuuksia vaikuttaa omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, mikä olisi saattanut vaikuttaa tutkimustuloksiin niitä kapeuttavasti. Lisäksi eettisesti hankalaa olisi ollut jo pelkästään perustella tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden osallistuminen tutkimukseen, koska tahdonvastaiseen hoitoon päätyminen edellyttää arviota siitä, että potilaan psyykinen oireilu on sillä hetkellä arvioitu sellaiseksi, että realiteettitaju voi olla hämärtynyt. Akuutissa psykoosivaiheessa olevia potilaita ei haastateltu myöskään siksi, koska haastattelemisen olisi voinut heikentää heidän terveydentilaansa. Jälkeenpäin ajateltuna, koska tutkimusaiheena oli kokemukset toipumisorientaatiosta, myös tahdonvastaisessa hoidossa olevia potilaita olisi voinut haastatella osana tutkimusta siltä osin, kuin se olisi heidän vointinsa huomioiden ollut mahdollista.

Haastattelututkimuksessa eettiset kysymykset liittyvät haastateltavien informointiin tutkimuksesta, luottamuksellisuuteen, siihen, mitä tutkimukseen osallistumisesta seuraa sekä tutkijan rooliin tutkimuksessa (Brinkmann ja Kvale 2018, 31). Tutkimushaastatteluja tehtäessä eettiseltä kannalta on tärkeää se, että haastateltavat on informoitu siitä, mihin haastattelumateriaaleja käytetään (Kuula ja Tiitinen 2010, 446). Nämä asiat on kerrottu haastateltaville tutkimustiedotteessa sekä suostumuslomakkeessa. Tutkimuksessa kertynyttä materiaalia käsitteli vain tutkimuksen tekoon osallistuneet henkilöt ja materiaali säilytettiin tutkimusprosessin ajan asianmukaisesti. Skitsofreniaa sairastavilla

potilailla saattaa olla epäluuloisia ajatuksia tutkijoita kohtaan, joten tutkimuksen tarkoitus tulee olla heille hyvin selvillä ennen haastattelua. Opinnäytetyön tarkoituksesta ja toteutuksesta käytiin kertomassa ennen haastattelujen alkua potilaille osaston aamukokouksessa ja henkilökunnalle henkilökunnan kokouksen yhteydessä. Haastatteluun osallistujat saivat tutkimustiedotteen ennen haastatteluja. Lisäksi haastateltavat informoitiin käytännön asioista vielä haastattelujen yhteydessä suullisesti esimerkiksi liittyen haastattelujen tallentamiseen ja haastatteluissa kertyneen materiaalin käyttöön sekä oikeuteen kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta ilman seuraamuksia. Potilaiden informointi aamukokouksessa sijoittui ajankohtaan, jolloin suuri osa potilaista oli lähtenyt jo lomille. Kun haastateltavia potilaita näytti alkavan kertyä niukasti, ehdotimme toisen infotilaisuuden järjestämistä potilaille parempana ajankohtana, mutta tämä ei toteutunut. Toinen infotilaisuus olisi saattanut lisätä tutkimukseen osallistuvien potilaiden määrää.

Skitsofreniaa sairastavien potilaiden haastattelujen kohdalla korostuu luottamuksellisuus, ja potilaat saattavat kertoa haastattelutilanteessa hyvin henkilökohtaisiakin asioita, joten kertyneen aineiston käytön rajaaminen vain opinnäytetyöhön on ennen kaikkea eettisesti perusteltua. (Kuula ja Tiitinen 2010, 446–447). Opinnäytetyössä linjattiin, että työ ja osat siitä jäävät sen sairaalan käyttöön, jossa tutkimus toteutettiin mahdollisia jatkotutkimuksia tai kehittämistyötä varten. Yhteistyötahon kanssa sovittiin anonymiteetin säilyttämisestä, ettei työssä tarkemmin kuvata sairaalaa tai osastoa, jolla tutkimus on toteutettu.

Tutkimuksessa haastattelut toteutettiin keräämättä tunniste- tai henkilötietoja, koska näitä ei tutkimuksen toteutuksen kannalta tarvittu. Erityistä huomiota kiinnitettiin potilaiden tietosuojaan ja toisaalta myös potilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Opinnäytetyössä haluttiin nimenomaan kysyä suoraan potilaiden ajatuksia, näkemyksiä ja kokemuksia siitä, millainen hoito heitä auttaa. Tarkoituksena on ollut tutkia skitsofreniaa sairastavien potilaiden osallisuutta omaan hoitoonsa, eikä tuoda esille erityisesti sairaudesta suoraan tai välillisesti johtuvia arjen ja toimintakyvyn haasteita.

Haastattelutilanteissa potilaiden jännittyneisyys oli melko näkyvää, jota pyrittiin helpottamaan vuorovaikutuksen keinoin tehden haastattelutilanteista mahdollisimman mukavia. Joissakin haastatteluista potilaat reagoivat ahdistuneisuudella, jolloin haastattelijat ammattilaisina toivat haastatteluun paljon hoitavia elementtejä vuorovaikutuksen kautta. Näissä tilanteissa tutkimuksen tekeminen jäi hetkellisesti toissijaiseksi, mutta eettiseltä kannalta perusteltua oli ensisijaisesti pyrkiä helpottamaan potilaiden vointia ja vasta sitten

jatkamaan haastattelua. Haastattelijoille jäi mielikuva, että potilaat jännittivät haastattelutilanteita ensisijaisesti vieraiden haastattelijoiden vuoksi, eivät niinkään johtuen siitä, että haastattelut nauhoitettiin. Jälkeenpäin ajateltuna myös potilaiden haastattelemisen ryhmähaastatteluun olisi voinut olla hyvä vaihtoehto, koska potilaiden hoitoon liittyi paljon ryhmämuotoista toimintaa ja potilaat olivat jossain määrin jo tuttuja toisilleen. Näin ollen ryhmässä oleminen olisi voinut olla luontevampaa, kuin yksin kahden tuntemattoman haastattelijan haastateltavaksi joutuminen, mikä olisi voinut vähentää potilaiden jännittyneisyyttä haastattelutilanteissa. Tutkimusmateriaali pidettiin hyvien tietosuojakäytänteiden mukaisesti ulkopuolisten ulottumattomissa ja hävitettiin lopuksi asianmukaisella tavalla tietoturvajätteen mukana.

7.3. Luotettavuus

Koko tutkimusprosessin ajan on pyritty noudattamaan hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöjä. Tähän on liittynyt esimerkiksi tutkimusluvan hakeminen, tieteellisen tutkimuksen mukaisten tiedonhankintamenetelmien käyttö, muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen sekä tutkimuksen suunnittelu ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Aihealueena toipumisorientaatiota ei oltu tutkittu aikaisemmin juurikaan Suomessa, eikä lainkaan sairaalassa, jonne opinnäytetyö tehtiin. Opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti kokemuksia toipumisorientaatiosta siltä osin, kuin se yksittäisen opinnäytetyön tekemisen puitteissa on ollut mahdollista. Tutkimusaihe oli työelämälähtöinen ja tutkimukselle oli selkeä tarve. Toipumisorientaatio on otettu Suomessa valtakunnallisesti mielenterveys- ja päihdetyön viitekehyyksi, mikä myös toimi vankkana lisäperusteena aiheen tutkimiselle ajankohtaisuuden vuoksi. Tutkimuksen luotettavuutta tukee se, jos konteksti ja ympäristö, joissa tutkimus toteutetaan, ovat tutkijoille tuttuja. Tämä mahdollistaa tutkittavien ilmiöiden ja haastateltavien kuvaamien asioiden ymmärtämisen mahdollisimman realistisesti. (Holloway ja Galwin 2017, 5.) Tämä piirre oli opinnäytetyössä vahvuus ja tuki luotettavuutta, koska sairaalaympäristö ja siihen liittyvät ilmiöt olivat opinnäytetyön tekijöille oman työkokemuksen kautta tuttuja. Haastattelu menetelmänä tuntui luontevimmalta, koska skitsofreniaa sairastavien voi olla vaikeaa keskittyä kirjoittamiseen tai määrällisen tutkimuksen kyselylomakkeen täyttämiseen.

Työlle pyrittiin rakentamaan riittävän vankka teoriapohja liittyen psykiatriseen hoitoon, skitsofreniaan ja kansainvälisesti toipumisorientaatioon. Opinnäytetyössä käytettiin melko laajasti kansainvälisiä tutkimuksia teoriapohjana, koska Suomesta tutkimustietoa oli vain vähän saatavilla. Vankka teoriapohja lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Diagnostisin rajaaminen skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin kapeutti haastateltavien potilaiden määrää. Yleisemmin psykoosidiagnoosilla hoidossa olevat potilaat olisivat voineet olla monipuolisempi potilasryhmä osaksi tutkimusta. Alle kymmenen vuotta sairastaneet potilaat valittiin kohderyhmäksi kroonistuneen tilanteen välttämiseksi, koska tavoitteena oli tutkia kokemuksia toipumisesta. Skitsofrenian puhkeamiseen kuluu usein aikaa useampi vuosi ja oireet alkavat vähitellen esimerkiksi asteittaisella toimintakyvyn laskulla ja vetäytymisellä enenevässä määrin kotiin. Arvioitiin, että alle kymmenen vuotta sairastaneet olisivat tällä perusteella sopiva potilasryhmä. Jonkin verran haastavana tutkimuksen kannalta näyttäytyi se, että osa potilaista oireili haastattelutilanteessa melko voimakkaasti, joka mahdollisesti jonkin verran vaikutti tulosten luotettavuuteen.

Suunnitelman mukaan tavoitteena oli saada haastateltua tutkimukseen 5–8 potilasta, mutta haastatteluja toteutui lopulta neljä. Potilaat kokivat haastattelutilanteet ahdistavina, josta johtuen haastateltavia potilaita oli vaikea saada. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti jossain määrin se, että ensimmäisten haastattelujen osalta haastattelemisessa ilmeni epävarmuutta, joka kuitenkin väistyi sitä mukaa, kun haastattelut etenivät. Haastattelut toteutettiin tiloissa ja tilanteissa, joiden vuoksi haastatteluissa tapahtui keskeytymisiä. Keskeytykset johtuivat henkilökunnan haastattelujen osalta hälytinalaitekokeiluihin, joihin haastateltavien tuli osallistua. Potilashaastattelujen osalta keskeytykset liittyivät siihen, että haastattelutilassa sijaitsevien päiväpotilaiden käytössä ollut ainoa wc-tila. Haastattelut tehtiin loppuun välittömästi keskeytymisen jälkeen. Keskeytykset saattoivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen siten, että sekä haastattelijoilta että haastateltavilta katkesi keskeytymisten vuoksi ajatus sen suhteen, mistä oli puhuttu.

Henkilökunnan haastatteluissa nauhoittaminen näytti aiheuttavan suhteessa enemmän jännittyneisyyttä kuin potilashaastatteluissa. Henkilökunnan haastatteluista esille saatiin huomattava määrä tietoa, mikä haastoi aineiston analysointia. Jälkeenpäin ajateltuna haastateltujen henkilökunnan jäsenten vähäisempi määrä olisi ollut aivan riittävä tutkimuksen luotettavan toteutumisen kannalta. Henkilökunnan haastattelemisen moniammatillisesti toi monialaista näkökulmaa ja syvyyttä tutkimustuloksiin. Esimerkiksi

toimintaterapeuttien vastaukset liittyivät vahvasti potilaiden kotiympäristöön, ja psykologien vastauksissa näkyi potilaiden kognitiiviseen kapasiteettiin liittyvä pohdinta sekä vahva peilaaminen potilaiden aikaisempien kokemusten vaikutuksiin hoidon onnistumisen kannalta. Moniammatillisuus lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska haastatteluissa viitekehysten toteutumista arvioitiin monialaisesti, eikä vain hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Jossain määrin haastateltavien aktiivisuus haastattelutilanteissa näyttäytyi vaihtelevana. Tutkimustulosten luotettavuuteen arvioitiin voivan vaikuttaa sen, uskaltuuko henkilökunta kuvaamaan totuudenmukaisesti tilannetta, koska kyseessä oli heidän työnantajansa tilaustyö. Haastattelutilanteissa ei kuitenkaan tullut sellaista vaikutelmaa, etteikö henkilökunta olisi uskaltanut antaa totuudenmukaisia vastauksia. Joissakin henkilökunnan haastatteluista esille tuli yksittäisten kysymysten kohdalla epävarmuutta siitä, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Näissä tilanteissa pyrittiin välttämään liiallista johdatte-
lua, mutta tämä mahdollisesti jonkin verran saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Haastatteluaineiston huolellinen litterointi vaikuttaa merkittävästi tutkimuksen laatuun ja luotettavuuteen (Kuula ja Tiitinen 2010, 451). Litterointivaiheessa esille voi tulla tietoja, joiden perusteella haastateltu henkilö olisi tunnistettavissa, jolloin anonymisointiin pyrkiessä on kiinnitettävä huomiota siihen, miten haastattelumateriaali litteroidaan (Kuula ja Tiitinen 2010, 453.) Litterointi toteutettiin siten, etteivät haastateltavat olleet tunnistettavissa litteroidusta materiaalista. Toinen tutkimuksen tekijöistä haastatteli henkilökunnan ja litteroi haastattelut ja toinen haastatteli potilaat ja litteroi nämä haastattelut. Litterointi toteutettiin välittömästi haastattelujen toteutumisen jälkeen. Näillä keinoin pyrittiin turvaamaan tutkimuksen luotettavuutta ja prosessin jatkuvuutta. Aineiston analysointi toteutettiin kuukautta myöhemmin opinnäytetyön tekijöiden yhteistyönä heti, kun kaikki aineisto oli saatu kerättyä. Haastatteluista oli analysointivaiheessa kulunut vain vähän aikaa, joten tämän katsottiin lisäävän analysoinnin luotettavuutta. Molempien opinnäytetyön tekijöiden yhteistyönä tekemä analysointi mahdollisti aineistosta tehtyjen löydösten täydentämisen kokonaisvaltaisemmin, kuin vain yhden tekijän tekemä analysointi olisi mahdollistanut. Lisäksi yhdessä tekeminen mahdollisti kahden suuntaisen kriittisen pohdinnan ja jatkuvan peilaamisen ja reflektoinnin analysointivaiheessa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusmenetelmään liittyvät ratkaisut täsmentyvät tutkimusprosessin edetessä liittyen esimerkiksi siihen, millaisin keinoin aineisto saadaan

parhaiten kertomaan haastateltujen kokemuksista (Kiviniemi 2018, 73). Opinnäytetyöprosessin edetessä tämä näkyi erityisesti aineiston analysointiin liittyen. Laadullisen tutkimuksen aineiston analysoinnin haasteena on usein se, että aineiston monimutkaisuutta ja määrää ei nähdä ennalta ja tutkijat aliarvioivat tästä johtuen analysointiin tarvittavan ajan määrän. Tämä voi johtaa siihen, että aineiston erittely, lohkominen ja osittaminen jäävät pinnallisiksi. Laadullisen tutkimuksen aineiston analysointi ei tapahdu lineaarisesti, vaan aineistoon palataan toistuvasti ja analysoinnin edetessä täsmennetään aineistolle esitettäviä kysymyksiä. (Holloway ja Galwin, 2017, 287.) Aineiston analysointi oli selkeästi yksi tutkimusprosessin isoimmista haasteista siksi, että vaikka aineistoa ei kertynyt sivumäärällisesti kovin suurta määrää, aineisto ei ollut yhtenäinen, vaan tuotti lukuisia eri tekijöitä ja teemoja, joiden jakaminen luokkiin sekä yleistysten etsiminen vei huomattavan paljon aikaa. Toisaalta aineiston haastavuuden vuoksi analysointivaiheen jälkeen aineistoon palattiin vielä toistuvasti uudestaan vielä työn kirjoittamisprosessin aikana, mikä tuki lopullisen analysoinnin onnistumista. Aineiston analysointiin liittyvää suunnitelmaa muutettiin aineiston näyttäytyessä laajana, jolloin luotiin erilliset luokat. Myöhemmin luokkajaottelun sisäisiä teemoja vielä tiivistettiin ja vaihdettiin parhaiten sopiviin luokkiin.

Liiallinen keskittyminen aineiston yksittäisiin tekijöihin vaarantaa tarkkanäköisten havaintojen ja yleistettävien löydösten huomaamisen aineistosta. Se, mitä aineisto pohjimmiltaan kertoo, on onnistuneen laadullisen tutkimuksen kulmakivi. Aineiston analysoinnin vaarana on myös se, että tutkijat keskittyvät liikaa omiin olettamuksiinsa haastateltavien sanomien asioiden tarkisteluun sijaan. (Holloway ja Galwin 2017, 288–289.) Kokeuttomalle tutkijalle on tyypillistä halu keskittyä kaikkiin tutkimuksen edetessä eteen tuleviin asioihin, sillä kaikki tuntuu mielenkiintoiselta. Liian moniin kohteisiin keskittymiseen liittyy aineiston hajoamisen riski. Analysoinnin onnistumisen varmistamiseksi on keskeistä, että tutkija pystyy rajaamaan aineistosta tutkittavaa kenttää tutkimuksen ytimen hahmottamiseksi. (Kiviniemi 2018, 76.) Aineiston hajanaisuuden vuoksi yleistettävyyksien ja sen löytäminen, mitä aineisto pohjimmiltaan kertoo, oli huomattavan haastavaa. Analysointivaiheessa keskityttiin hyvin pitkään yksittäisten tekijöiden kuvaamiseen. Toisaalta tämä oli välttämätöntä yleistettävyyksien ja aineiston perimmäisten viestien hahmottamiseksi, koska aineisto oli hajanainen. Analysoinnin luotettavuutta haastoi tekijöiden vähäinen kokemus vastaavasta tutkimusprosessista. Toisaalta tämä kokemattomuus myös tuki luotettavuutta siten, että aineistoon paneuduttiin huolellisesti, eikä mitään asiaa

pidetty itsestäänselvytenä. Analysoinnin luotettavuuden tukemiseksi pyrittiin siihen, että mahdolliset ennakko-oletukset jätettiin pois mielestä analysointivaiheessa. Tällä tavalla annettiin aineistolle mahdollisuus tuoda esiin kaikki haastateltavien kuvaamat tekijät mahdollisimman todenmukaisesti.

Löydetyt teemat jaettiin neljään luokkaan, jotka luotiin aineistosta syntyneen materiaalin perusteella. Tämä helpotti aineiston analysointia, koska materiaalia oli paljon ja siten vahvasti tutkimuksen luotettavuutta. Nämä ratkaisut tukivat tutkimuksen luotettavuutta. Analysointivaiheessa suunniteltua toimintatapaa muutettiin tarpeen mukaan aineistosta esille tulleiden löydösten perusteella, jotta opinnäytetyön tuloksissa aineisto pystyttiin kuvaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti. Tuloksissa haluttiin kuvata tarkasti jokainen aineistosta esille tullut tekijä jättämättä mitään pois, jotta työ palvelisi tilaajatahoa kuvaten esille tulleet asiat mahdollisimman laajasti ja realistisesti. Tulososio muodostui laajaksi, koska työssä on kuvattu sekä analysoinnin erittelyvaihe, että lopulliset pelkistetyt tulokset. Prosessin edetessä analysointi oli vaarassa jäädä kesken ja siten pinnalliseksi erittelyvaiheen kohdalla. Analysointi valmistui ihan vasta työn loppuvaiheessa. Tekijöiden osaamiseen nähden tutkimuksen alkuvaiheessa aineisto oli laaja ja siten pelkistäminen oli haastavaa. Prosessin aikana tutkijoiden osaaminen ja tietotaito tutkimusprosessin läpi viemiseen liittyen parani koko ajan.

Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu myös se, että tutkimusongelma täsmentyy prosessin edetessä (Kiviniemi 2018, 74). Opinnäytetyössä alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin ei liittynyt henkilökunnan ja potilaiden näkemysten selvittäminen liittyen toipumiseen, mutta aikaisemman teorian pohjalta tämä kysymys päätettiin ottaa yhdeksi tutkimuskysymyksistä. Teoriaohjaavuuden ja aineistolähtöisyyden yhdistämisen joustavasti prosessin edetessä koettiin lisäävän tutkimuksen luotettavuutta.

Tulosten luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota siihen, ovatko tutkimuksen tulokset luotettavia kuvaamaan tutkimuksessa mukana olleiden kokemuksia tutkitusta ilmiöstä ja vastaavatko ne luotettavasti edustamiensa ryhmien mukaista otosta. Toiseksi merkittävää on se, ovatko tutkimuksen tulokset yleistettävissä kuvaamaan tutkittua ilmiötä. Kolmas tärkeä seikka luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta on se, miten tutkimustulokset sopivat aikaisempaan jo olemassa olevaan teorian tietoon. (Lewis ja Ritchie 2003, 264.) Henkilökunnan haastattelujen perusteella eri

teemoja muodostui niin runsaasti, että selkeää toistuvuutta tai yhdenmukaisuutta oli haastava löytää. Potilashaastattelujen aineisto oli varsin yhdenmukainen, mutta jäi niukaksi, jonka vuoksi aineisto ei välttämättä täysin vastaa yleistettävissä olevia potilaiden kokemuksia osastolta. Sinänsä tutkimustulosten arvioitiin kuvaavan luotettavasti mukana olleita otosryhmiä ja heidän kokemuksiaan. Tutkimustulosten arvioitiin myös soveltuvan yleistettäväksi kuvaamaan toipumisorientaation viitekehyksestä tapahtuvaa hoitoa yleisemmin Suomessa. Tuloksista esille nousi paljon kansainvälisesti tutkittujen tulosten kanssa yhteneviä tekijöitä, mutta myös uusia asioita, jotka varmasti osaltaan liittyvät suomalaisen kulttuuriin ja hoitokulttuuriin Suomessa.

Vahvuutena opinnäytetyötä tehdessä voidaan pitää tekijöiden substanssiosaamista psykiatrisesta hoitotyöstä. Molemmilla tutkimuksen tekijöillä oli kokemusta psykiatriasta ja toimiminen skitsofreniaa sairastavien potilaiden kanssa oli tuttua. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että toisella opinnäytetyön tekijöistä oli vankka työkokemus potilaiden diagnostisesta haastattelemisesta. Haastattelujen työnjako päätettiin tämän perusteella, siten, mikä tuntui luontevimmalta haastattelujen sujuvuuden turvaamiseksi. Tutkimuksen toteutumisen suhteen uhkana saattaa näyttäytyä suunnitellun aikataulun pitkittyminen esimerkiksi aikataulujen yhteensovittamisen haasteiden vuoksi. Opinnäytetyöprosessi toteutui suunnitellun aikataulun mukaan ja yhteistyö sairaalan kanssa, jonne tutkimus tehtiin, on ollut sujuvaa ja mutkatonta. Opinnäytetyön tekijät otettiin alusta asti hyvin vastaan ja yhteistyötahosta osoitettiin positiivisella tavalla mielenkiintoa prosessia kohtaan koko sen tekemisen ajan. Luotettavuuden kannalta oli hyvä, että opinnäytetyön tekijät tulivat kohdeosaston ulkopuolisista organisaatioista. Ulkopuolelta tulevana henkilöinä tutkijat pystyivät havainnoimaan eteen tulevia ilmiöitä ilman suurempia ennakko-oletuksia ikään, kuin lintuperspektiivistä, joka lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Opinnäytetyöprosessi opetti tekijöille uudenlaisen voimavaralähtöisen lähestymistavan potilaiden hoitoon. Psykiatrisessa hoitotyössä keskitytään usein oireisiin ja muihin ongelmiin ja näiden ratkomiseen. Voimavarat ovat kuitenkin keskeisessä asemassa jaksamisen ja toipumisen mahdollistamiseksi. Lisäksi tutkimusprosessi opetti kokonaisvaltaisesti ja konkreettisesti tekijöille tieteellisen ja laadullisen tutkimuksen tekoprosessista. Tästä on ammatillisesti jatkossa merkittävää hyötyä ajatellen työtä sairaanhoitajana ja esimies- tai kehittämistehtävissä, koska työssä tarvitsee jatkuvasti osaamista ja valmiuksia perustella omaa toimintaa viimeisimpään tutkimustietoon perustuen. Opinnäytetyöprosessin läpi

vieminen lisäsi valmiuksia johtamiseen ja asiantuntijatehtävissä toimimiseen sekä opetti huomioimaan eettisesti kestävien ratkaisujen rakentamista ja antoi lisävalmiuksia huomioida heikommassa asemassa olevien hyvinvointia ja osallisuutta aikaisempaa kokonaisvaltaisemmin. Opinnäytetyöprosessin myötä tekijöiden tutkimus- kehittämis- ja innovaatio-osaaminen vahvistui merkittävästi. Lisäksi asiantuntijuuden kasvua vahvisti erityisesti koko koulutuksen tuoma sosiaali- ja terveystieteiden kentän laajemman ymmärryksen muodostuminen, yhteistyö työelämätahon kanssa, pitkäjänteisen tutkimusprosessin läpi vieminen sekä tähän liittynyt ohjaus ja parityöskentely.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Voimavarakeskeisyys näkyy positiivisena muutoksena toipumisessa ja elämän merkityksellisuuden lisääntymisenä. Viitekehys tukee potilaiden toipumista kokonaisvaltaisemmin, kuin perinteiset oirekeskeiset hoitomuodot. Tämän viitekehysten mukaisesti opinnäytetyössä lähdettiin tutkimaan sitä, miten toipumisorientaation elementit olivat tutkimuksen kohteena olevalla osastolla toteutuneet ja mitkä tekijät olivat estäneet toipumisorientaation toteutumista. Opinnäytetyön keskeisimpinä johtopäätöksinä voidaan esittää:

- 1) Henkilökunta ja potilaat kuvasivat toipumista samankaltaisin termein.
- 2) Toipumisorientaation toteutumiseen vaikutti neljä luokkaa: hoitoon ja osaston rakenteisiin, vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin, potilaaseen tai sairauteen sekä kotiympäristöön liittyvät tekijät.
- 3) Keskeiset toipumisorientaation toteutumista tukevat tekijät olivat kuulluksi tuleminen, mielekäs tekeminen, ryhmätoiminnot, läheisten tuki ja toivon ylläpitäminen.
- 4) Osaston merkittävän hyvä ilmapiiri tuki erityisen hyvin toipumisorientaation toteutumista.
- 5) Keskeiset toipumisorientaation toteutumista estävät tekijät olivat sairauden oireet, pelot ja läheisten tuen puuttuminen.
- 6) Potilaat toivat esille tarvetta omaan aikaan ja yksityisyyteen enemmän osastohoidossa ollessaan.
- 7) Henkilökunnan keskuudessa ilmeni epävarmuutta siitä, mitä toipumisorientaatiolla tarkoitetaan ja miten sitä toteutetaan käytännössä.
- 8) Toipumisorientaatio oli toteutunut osastolla hyvin.

Toipumiseen liittyvien samankaltaisten termien käyttö erityisesti potilaiden osalta viittasi siihen, että henkilökunnan antama psykoedukaatio sairauteen liittyen oli toteutunut onnistuneesti ja potilaat olivat sisäistäneet kerrotut asiat hyvin. Lisäksi samankaltaisten termien käyttö liittyi todennäköisesti siihen, että potilaat olivat pääsääntöisesti jo pitkällä toipumisprosessissaan. Henkilökunta kertoi myös toipumisorientaation viitekehysten tuen myötä alkaneensa kiinnittää enemmän huomiota termeihin, joita osastolla hoitoon liittyen käytettiin. Samassa yhteisössä pidemmän aikaa oleville on myös ominaista omak-sua toistuvien ilmaisujen samankaltainen käyttö.

Toipumisorientaation toteutumista tukevat ja estävät tekijät näyttivät liittyvän neljään luokkaan: sairaalan ja osaston rakenteisiin, vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin, potilaaseen tai sairauteen sekä kotiympäristöön. Toteutumisen kannalta merkityksellisenä näyttäytyi se, miten hyvin kunnossa nämä osa-alueet olivat tai kuinka paljon haasteita niissä ilmeni. Tällaisesta viitekehuksesta aikaisemmissa toipumisorientaatiota koskevissa tutkimuksissa ei oltu aihetta lähestytty, vaikka kaikkiin tekijöihin liittyviä elementtejä onkin yhdistetty jo aikaisemmin toipumisorientaation toteutumiseen. Opinnäytetyö toteutettiin sairaalan osastolla, josta johtuen yhdeksi ja samalla suurimmaksi luokaksi muodostui sairaalan ja osaston rakenteisiin liittyvät tekijät. Toiseksi suurin luokka oli potilaaseen tai sairauteen liittyvät tekijät. Aineistosta esille nousseiden teemojen perusteella ei ollut mahdollista aina määritellä, johtuiko jokin asia potilaasta vai sairaudesta, jonka vuoksi näistä muodostui yksi luokka. Tutkimuksen perusteella vuorovaikutukseen liittyvät tekijät muodostuivat merkityksellisiksi toteutumisen kannalta, jonka perusteella muodostui vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvä luokka. Lisäksi kotiympäristöön liittyvät tekijät näyttivät vaikuttaneen toistuvasti toipumisorientaation toteutumiseen, joten näistä tekijöistä muodostui neljäs luokka.

Henkilökunnan ja potilaiden kuvaamat toipumisorientaation toteutumista tukevat keskeisimmät tekijät olivat kuulluksi tuleminen, mielekäs tekeminen, ryhmät, läheisten tuki ja toivon ylläpitäminen. Onnistunut vuorovaikutus näyttäytyi merkityksellisimpänä tekijänä toipumisorientaation toteutumisen kannalta liittyen kokemukseen kuulluksi tulemisesta ja toivon ylläpitämisestä. Potilaan kokonaisvaltainen ja yksilöllinen kohtaaminen näytti olevan arkipäivää osastolla ja henkilökunta vaikutti pohtineen paljon tekijöitä, joiden avulla potilaat tulevat kuulluksi. Tällä tarkoitettiin erityisesti huomion kiinnittämistä siihen, että asiat ilmaistaisiin ymmärrettävästi ja potilasta kunnioittaen. Sairaalassa toteutettu hoito rakentui pitkälti ryhmämuotoisten hoitojen ympärille. Ryhmämuotoisten hoitojen etuna näyttäytyi osallisuuden ja vertaistuen mahdollistuminen, millä perusteella tämä hoitomalli tuki hyvin toipumisorientaation toteutumista. Keskeisenä tuloksena voidaan esittää, että kokemus elämän merkityksellisyydestä ja tähän liittyvät osa-alueet olivat edellytys toipumisorientaation toteutumiselle.

Erityisen hyvin toipumisorientaation toteutumista tuki osaston merkittävän hyvä ilmapiiri. Tämän perusteella voidaan todeta, että toipumisen mahdollistamiseksi tarvitaan ympäristöä, jossa on hyvä ilmapiiri. Henkilökunnan näkökulmasta osastolla vaikutti olevan

hyvä ilmapiiri työyhteisön kesken, mikä todennäköisesti tukee työviihtyvyyttä ja edistää työssä jaksamista. Henkilökunta vaikutti innostuneelta ja kiinnostuneelta potilaiden hyvinvointiin ja hoidon kehittämiseen liittyvistä asioista.

Sairauden oireet, pelot ja läheisten tuen puuttuminen olivat tutkimuksen mukaan keskeisimmät toipumisorientaation toteutumista estävät tekijät. Sairauden oireilla tarkoitettiin ennen kaikkea psykoottisia oireita sekä henkilökunnan mukaan myös kognitiivisia muutoksia. Pelot liittyivät erityisesti kotona olemisen ja ulkona liikkumisen vaikeuteen. Kotiympäristöön liittyvänä eniten toistuneena estävänä tekijänä esille tuli läheisten tuen puuttuminen, joka liittyi hankaliin väleihin läheisten kanssa ja huonoon tai niukkaan sosiaaliseen verkostoon. Hankalat ja voimakkaat sairauden oireet näyttivät estävän ja hidastavan kaikkein eniten potilaiden toipumista. Oireista hankalimpana näyttäytyi erilaiset pelot, jotka sellaisenaan yleisesti toimivat merkittävimpänä toipumista estävänä tekijänä. Ilman tukiverkosta toipuminen on yleensä merkittävästi vaikeampaa, kuin hyvän sosiaalisen verkoston omaavilla henkilöillä.

Potilaiden yksityisyys ja toive omasta ajasta tulisi huomioida jatkossa aikaisempaa paremmin. Korostuneen oman ajan ja yksin olemisen voidaan ajatella liittyvän yksilökeskeiseen suomalaiseen kulttuuriin. Oman ajan tarve ja kuormitus ryhmätilanteissa liittyi todennäköisesti myös skitsofreniaan liittyvään kuormitukseen sosiaalisissa tilanteissa. Lisäksi kuormitus saattaa liittyä elämäntilanteeseen ja siihen, millaiseen sosiaaliseen ympäristöön on tottunut, tai jopa henkilön persoonaan. Yksilökeskeisiä elementtejä ja näiden lisäämistä osaksi toipumisorientaation viitekehuksesta tapahtuvaa hoitoa voisi olla hyvä tutkia enemmän ja huomioida hoitoa suunniteltaessa jatkossa entistä paremmin.

Henkilökunnan keskuudessa oli merkittävää epävarmuutta toipumisorientaation viitekehysten käytännön toteuttamisesta sekä siitä, mitä toipumisorientaatiolla tarkoitetaan. Tähän vaikutti se, että henkilökunta koki toteuttaneensa vastaavanlaista hoitoa jo pitkään, eikä viitekehys ollut antanut merkittävästi uusia työkaluja hoitoon. Lisäksi viitekehysten konkretisointia oli todennäköisesti haastanut se, että koulutuksissa oli käyty läpi viitekehysten elementtejä yleisellä tasolla. Käytännön toteutuksen suunnittelu näytti jääneen keskeneräiseksi. Toipumisorientaation haasteena näyttäytyy juuri se, että se tarjoaa viitekehysten hoidolle, mutta ei anna konkreettisia työkaluja sen toteuttamiselle.

Aineistosta tuli esille runsaasti toipumisorientaatioon liittyviä elementtejä, joiden perusteella toipumisorientaatio näytti toteutuneen osastolla hyvin, vaikka henkilökunta toi esille epävarmuutta viitekehyksen toteutuksesta. Tutkimuksen perusteella viitekehyksen konkretisoinnin tarve jatkossa näyttäytyy selkeänä.

Suomessa on vain vähän saatavilla tutkimustietoa toipumisorientaatiosta, vaikka kansallisessa mielenterveysohjelmassa on linjattu toipumisorientaatio osaksi mielenterveys-työn kehittämistä. Jatkotutkimuksen tarve Suomessa aiheesta näyttäytyy selkeänä. Tässä tutkimuksessa esille tullut neljän tekijän lähestymistapaa voisi käyttää jatkotutkimuksessa sen arvioimiseksi, onko nyt esille tullut tulos pätevä ja yleistettävissä laajemminkin ja voisiko se toimia luotettavasti toipumisorientaation toteutumisen arvioimisessa. Opinnäytetyö toteutettiin Helsingissä sijaitsevan sairaalan yksittäisellä osastolla. Näin ollen yleistettävyyden kannalta jatkotutkimus kyseisessä sairaalassa loisi kokonaisvaltaisemman kuvan toipumisorientaation toteutumisesta. Verrattuna kansainvälisiin tutkimuksiin suomalaisen kulttuurin huomioiminen voisi olla perusteltua jatkotutkimuksissa erityisesti liittyen syrjäytymiseen ja yksinäisyyteen. Verrattuna esimerkiksi Keski-Euroopan maihin perheen ja suvun tarjoama tuki on usein huomattavasti vähäisempää Suomessa. Toipumisorientaation viitekehukseen liittyen jatkotutkimus, jossa huomioitaisiin eri sairauksien luonne ja erityispiirteet, kuten kuormittuminen sosiaalisissa tilanteissa liittyen skitsofreniaan tai esimerkiksi masennukseen, näyttäytyy tarpeellisena. Lisäksi toipumisorientaatioon liittyvän ryhmä- ja osallisuuspainotteisen hoidon mielekkyyden arviointi huomioiden Pohjoismainen ja suomalainen kulttuuri on tämän tutkimuksen perusteella jatkossa tarpeen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää jatkossa toipumisorientaatioon liittyvän tutkimus- ja kehittämistyön apuna.

LÄHTEET

- Agrest, M., Barruti, S., Gabriel, R., Zalazar, V., Wikinski, S. & Ardila-Gòmez, S. (2018). Day hospital treatment for people with severe mental illness according to users` perspectives: what helps and what hinders recovery? *Journal of Mental Health*, 27(1), 52–58. Saatavilla <http://doi:10.1080/09638237.2016.1276526> Viitattu 16.8.2019
- Ameel, M., Kontio, R. & Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (00), 1–22. Saatavilla <https://doi.org/10.1111/jpm.12543> Viitattu 16.8.2019
- Amering, M., Mikus, M. & Steffen, S. (2012). Recovery in Austria: Mental health dialogue. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 11–18. Saatavilla <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2012.655713> Viitattu 23.1.2019
- Avdibegović, E. & Hasanović, M. (2017). The stigma of mental illness and recovery. *Psychiatria Danubina*, 29(5), 900–905. Saatavilla https://www.researchgate.net/publication/322130017_The_Stigma_of_Mental_Illness_and_Recovery Viitattu 16.8.2019
- Ayres, J., Fegan, T., & Noak, J. (2014). The recovery orientation of patients and staff in a high secure hospital. *Mental Health Practice*, 17(7), 20–24. Saatavilla https://www.researchgate.net/publication/271319931_The_recovery_orientation_of_patients_and_staff_in_a_high_secure_hospital Viitattu 23.1.2019
- Basso, L., Boggian, I., Carozza, P., Lamonaca, D. & Sveltini, A. (2016). Recovery in Italy: An update. *International Journal of Mental Health* (45), 71–88. Saatavilla <http://doi.org/10.1080/00207411.2016.1159891> Viitattu 23.1.2019
- Bhanbhro, S., Gee, M., Cook, S., Marston, L., Lean, M. & Killasby, H. (2016). Recovery-based staff training intervention within mental health rehabilitation units: a two-stage analysis using realistic evaluation principles and framework approach. *BMC Psychiatry* 292(16). Saatavilla [http:// DOI 10.1186/s12888-016-0999-y](http://DOI.10.1186/s12888-016-0999-y) Viitattu 16.8.2019
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K., & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance

- use disorders: A qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 30-9. Saatavilla <http://doi:10.1186/s13033-018-0211-5> Viitattu 23.1.2019
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2018). *Doing interviews*. (2. uud. p.) Lontoo: Sage.
- Chen, S. (2012). The development of recovery competencies for in-patient mental health providers working with people with serious mental illness. Kingston: Queen's University. Saatavilla <https://search.proquest.com/docview/1512650797> Viitattu 23.1.2019
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A. & Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 115(19). Saatavilla <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2094-7> Viitattu 25.1.2019
- Cohen, M., Kahn, D. & Steeves, R. (2000). *Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse researchers*. Methods in nursing research. Sage publications.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. (2010). Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltonen & R. Valli (toim.), Ikkunoita tutkimusmetodeihin: II, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin (s.26–60). (3. uud. p.). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Gilbert, H., Slade, M., Bird, V., Oduola S. & Craig T.K.J. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry* 13(1), 167. Saatavilla <http://biomedcentral.com/1471-244X/13/167> Viitattu 23.1.2019
- Gwinner, K. & Ward, L. (2013). P.I.C.U., H.D.U., A.O.A. What treatment do we provide? Current descriptions of the function of intensive care for inpatient psychiatric health care. (2013). *Mental Health Review Journal* 18(3), 128–143. Saatavilla <http://doi 10.1108/MHRJ-02-2013-0008> Viitattu 23.1.2019
- Helsingin Kaupunki. (2018). *Psykiatrinen sairaalahoito*. Saatavilla <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/ymparivuorokautinen-hoito/psykiatrinen-sairaalahoito> Viitattu 14.8.2019

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2004). *Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Saatavilla: <https://www.elibslibrary.com/book/9789524958868> Viitattu 12.12.2018
- Holloway, I. & Galwin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chichester: Wiley.(4.uud.p.) Saatavilla <https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=66PIDAAAQ-BAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=qualitative+research+methods+nursing> Viitattu 18.9.2019
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), 13–18. Saatavilla <https://doi:10.1111/dar.12092> Viitattu 24.1.2019
- Jääskeläinen, E., Karhu, M., Alaräisänen, A., Isohanni, M. & Miettunen, J. (2010). Skitsofrenian ennuste Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 65(20), 1807–1814. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/sisallysluettelo/?year=2010&magazine=71966> Viitattu 16.12.2018
- Kallinen, K., Pirskanen, & Rautio, S. (2015) *Sensitiivinen tutkimuksessa*. Menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet. United Press Global.
- Kidd, S. A., McKenzie, K. J., & Virdee, G. (2014). Mental health reform at a systems level: Widening the lens on recovery-oriented care. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 59(5), Los Angeles: SAGE. 243–249. Saatavilla <https://doi:10.1177/070674371405900503> Viitattu 23.1.2019
- Kiviniemi, K. (2018). Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa R. Valli (toim.) *Ikku-noita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-Kustannus
- Koponen, H., Lappalainen, J. & Leinonen, E. (2016). Uusimmat psykoosilääkkeet-uutuuksia vai vanhan toistoa? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 132(12), 1119–1124. Saatavilla https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/225900/Uusimmat_psykoosil_kkeet.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 16.12.2018
- Kukkola, J. (2018). Kokemuksen tutkimuksen metatiede: kokemuksen käsitteen käytön ja kokemuksen ehtojen tutkimus. Teoksessa *Koke*

- muksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö. J.Toikkanen & I.A. Virtanen (toim.) 41–63. Rovaniemi: Lapland University Press.
- Kuula, A. & Tiitinen, S. (2010). Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö. Teoksessa J. Ruusuvoori, P. Nykänen & M. Hyvärinen. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. 446–459.
- L 1116/1990. Mielenterveyslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- L1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Saatavilla [https://www.finlex.fi/fi/laki/haku/?search\[type\]=pika&saved-Search=laki&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki&_offset=0&tab=ajantasa](https://www.finlex.fi/fi/laki/haku/?search[type]=pika&saved-Search=laki&search[pika]=terveydenhuoltolaki&_offset=0&tab=ajantasa)
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Laine, T. (2018). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. (5. uud.p.). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. (2010). *Journal of Mental Health*. 19(1), 62–74. Saatavilla <http://doi.10.3109/09638230903469194> Viitattu 23.1.2019
- Lassila, A & Kampman, O. (2018). Työmalleja toipumisorientaation pohjalta. *Suomen Lääkärilehti* 73(37) 2026–2027.
- Leese, D., Smithies, L. & Green, J. (2014). Recovery-focused practice in mental health. *Nursing Times*. 110(12), 20–22. Saatavilla https://www.researchgate.net/publication/260830704_Recovery-focused_practice_in_mental_health Viitattu 21.1.2019
- Lewis, J. & Ritchie, J. (2003). Generalising from Qualitative Research. Teoksessa J. Ritchie & J. Lewis. *Qualitative Research Practice. A guide for social science students and researchers*. London: Sage. 263–286. Saatavilla https://mthoyibi.files.wordpress.com/2011/10/qualitative-research-practice_a-guide-for-social-science-students-and-researchers_jane-ritchie-and-jane-lewis-eds_20031.pdf Viitattu 25.2.2019
- Louhiala, P. & Launis, V. (2009). *Parantamisen ja hoitamisen etiikka*. Helsinki: Edita.
- Lune, H. & Berg, B.L. (2017). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*.

- Edinburgh: Pearson. (9. uud. p.) Saatavilla <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/55902056/Ph17-Lune-QualResch9GE-wm.pdf> Viitattu 12.1.2019 Viitattu 25.2.2019
- Mielenterveystalo. (2019). *Psykiatria*. Saatavilla <https://www.mielenterveystalo.fi/ai-kuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Psykiatria.aspx> Viitattu 20.8.2019
- Muzio,E., Oksanen, J., Luoma, L., Kimmelma-Paajanen,T. & Ruohonen, M. (2010). Kognitiivinen remediaatioterapia - Uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen. Yleiskatsaus. *Suomen lääkärilehti* 65(10). 909–914. Saatavilla <https://www.hogrefe.fi/pdf/SLL-10-909-14.pdf> Viitattu 3.2.2019
- Nordling, E., Järvinen, M. & Lähteenlahti, Y. (2015). Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015*.135–142. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129592/URN_ISBN_978-952-302-538-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 20.11.2018
- Nordling, E. (2017). *Recovery – toipumisorientaatio*. THL. Saatavilla <https://slideplayer.fi/slide/12054848/> Viitattu 20.11.2018
- Nordling, E. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134(15), 1476–1483. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/15/duo14435> Viitattu 20.11.2018
- O'Hagan, M., Reynolds, P., & Smith, C. (2012). Recovery in New Zealand: An evolving concept? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 56–63. Saatavilla <http://doi:10.3109/09540261.2011.651447> Viitattu 25.1.2019
- Oksanen, J. K., Vataja, R., Lappalainen, J., Lindberg, N. & Koponen, H. (2016). Milloin epäillä skitsofreniaa? *Suomen lääkärilehti* 71(44), 2791–2795. Saatavilla <https://researchportal.helsinki.fi/sv/publications/milloin-epailla-skitsofreniaa> Viitattu 4.2.2019
- Ostrow, L. & Adams, N. (2012). Recovery in the USA: From politics to peer support. (2012). *International Review of Psychiatry* 24(1), 70–78. Saatavilla <http://doi 10.3109/09540261.2012.659659> Viitattu 20.1.2019
- Partanen, A., Karjalainen, J., Markkula, J., Moring,J., Mustalampi, S., Nordling, E., Santalahti, P., Solantaus, T. & Solin, P. (2015). THL Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toteuttamassa – THL kärkihankkeet. Teoksessa A. Partanen., J. Moring., V. Bergman., J. Karjalainen., M. Kesänen., J.

- Markkula., M. Marttunen., S. Mustalampi., E. Nordling., T. Partonen., P. Santalahti., P. Solin., T. Tuulos & S. Wuorio. (toim.) *Kansallinen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015*. 319–328. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129592/URN_ISBN_978-952-302-538-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 14.11.2018
- Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M. C., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery? A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 47(1), 23. Saatavilla <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30724328> Viitattu 25.1.2019
- Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) (2008). *Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ym-märtäminen*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Piat, M., & Sabetti, J. (2012). Recovery in Canada: Toward social equality. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 19–28. Saatavilla <http://doi:10.3109/09540261.2012.655712> Viitattu 20.1.2019
- Raitakari, S., Holmberg, S., Juhila, K. & Räsänen, J-M. (2018). Constructing the Elements of the “Recovery in” Model through Positive Assessments during Mental Health Home Visits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1441. Saatavilla <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069162/> Viitattu 13.1.2019
- Reinhardt-Wood, D., Kinter, K. & Burke, K. (2018). Inception of a peer-run wellness center at a state psychiatric hospital. *Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services* 56(12). 31–35. Saatavilla <http://doi:10.3928/02793695-20180612-01> Viitattu 23.1.2019
- Reini, K. (2016). *Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset —Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi*. Vaasan yliopiston julkaisuja selvityksiä ja raportteja 208. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavilla https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-678-4.pdf Viitattu 23.11.2018
- Reynolds, T. & O’Hanlon, L. (2011). Recovery-focused practice in mental health services. *Mental Health Practice*, 14(7), 25–26. Saatavilla <http://doi:10.7748/mhp2011.04.14.7.25.c8408> Viitattu 20.1.2018

- Rich, K. (2016). Psychiatric / Mental Health Nursing Ethics. Teoksessa J, Butts & K, Rich. *Nursing Ethics. Across the Curriculum and Into Practice*. (4.uud.p.) 317–347.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2005). (toim.) *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.
- Schorn, A. (2000). Forum: Qualitative social research: Sozialforschung. *FGS* 2(1). Saatavilla <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1092/2396> Viitattu 4.4.2019
- Schön, U-K. & Rosenberg, D. (2013). Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic countries. (2013). *Journal of Mental Health*. 22(6), 563–569. Saatavilla <http://doi.10.3109/09638237.2013.815337> Viitattu 3.2.2019
- Simpson, A., Hannigan, B., Coffey, M., Barlow, S., Cohen, R., Jones, A., Všetěčková, J, Faulkner, A, Thornton, A. & Cartwright, M. (2016). Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: A cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry*, 16, 147. Saatavilla <http://doi:10.1186/s12888-016-0858-x> Viitattu 3.2.2019
- Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Käypä hoito -suositus (13.2.2013). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/nix00191> Viitattu 23.11.2018
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus (22.1.2015). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050> Viitattu 23.11.2018
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset*. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDE-SUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 21.11.2019
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus*. Saatavilla <https://stm.fi/soteuudistus/> Viitattu 19.10.2019
- Suomen Mielenterveysseura. (2018). Suomi mielenterveyden mallimaaksi: Mieli 2.0 – *Uusi kansallinen mielenterveys- ja päihdeohjelma vuoteen 2025*. Saatavilla <https://mieli.fi/fi/suomi-mielenterveyden-mallimaaksi-mieli-20-%E2%80%93uusi-kansallinen-mielenterveys-ja-p%C3%A4ihdeohjelma-vuoteen> Viitattu 23.8.2019

- Suomen Mielenterveysseura. (2019). *Mielenterveyspalvelut*. Saatavilla <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut> Viitattu 4.2.2019
- Suomen Psykiatriyhdistys. (2019). *10 tavoitetta psykiatialle*. Saatavilla https://www.psy.fi/yhdistys/arvot/10_tavoitetta_psykiatialle Viitattu 7.9.2019
- Suvisaari, J. (2015a). Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyden ja sairastuvuuden kehitys Suomessa. Julkaisussa A. Partanen., J. Moring., V. Bergman., J. Karjalainen., M. Kesänen., J. Markkula., M. Marttunen., S. Mustalampi., E. Nordling., T. Partonen., P. Santalahti., P. Solin., T. Tuulos & S. Wuorio. (toim.) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. 13–20. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129592/URN_ISBN_978-952-302-538-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 23.11.2018
- Suvisaari, J. (2015b). Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä kuolleisuus. Julkaisussa A. Partanen., J. Moring., V. Bergman., J. Karjalainen., M. Kesänen., J. Markkula., M. Marttunen., S. Mustalampi., E. Nordling., T. Partonen., P. Santalahti., P. Solin., T. Tuulos & S. Wuorio. (toim.) *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. 21–25. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129592/URN_ISBN_978-952-302-538-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 23.11.2018
- Suvisaari, J. (2018). Skitsofrenian genetiikka – joko kliinisiä sovelluksia? *Lääketieteen aikakauslehti Duodecim* 134(17), 1681–1686. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/137092> Viitattu 2.12.2018
- Suvisaari, J. & Pietiläinen, O. (2015). Skitsofrenian geneettinen koodi purkautuu. *Lääketieteen aikakauslehti Duodecim* 131, 407–409. Saatavilla <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12142.pdf> Viitattu 2.3.2019
- Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. (2017). Psykiatria. Skitsofrenian etiologia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. <http://www.oppiportti.fi/op/pkr00506/do> Viitattu 13.3.2019
- Tampereen yliopistollinen sairaala. *Psykiatrinen sairaalahoito*. (2016). Saatavilla [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Psykiatrinen_sairaalahoito\(29854\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Psykiatrinen_sairaalahoito(29854)) Viitattu 20.8.2019

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019). *Mielenterveyshäiriöt*. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot> Viitattu 18.11.2018
- Tiihonen, J., Taipale, H., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C.U. & Tanskanen, A. (2019). Psykoosin monilääkehoito on mainettaan parempi. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*. (2019). 135(8). Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/8/duo14867?keyword=psykoosin%20monil%C3%A4%C3%A4kehoito%20on%20mainettaan%20parempi> Viitattu 2.2.2019
- Torniainen, M. (2013). *Cognitive Impairment in Schizophrenia: Related Risk Factors and Clinical Characteristics*. (Käyttätymistieteellinen laitos, käyttätymistieteiden tiedekunta. Helsingin yliopisto, 107/2013) Tampere: Juvenes print. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto) Saatavilla <https://pdfs.semanticscholar.org/72b6/beec66c7bc25f403928eb49c6ee08320cfc2.pdf> Viitattu 13.3.2019
- Tsai, J. & Slayers, M. (2010). Recovery orientation in hospital and community settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(3), 385–399. Saatavilla <http://doi:10.1007/s11414-008-9158-7> Viitattu 13.1.2019
- Tsai, J., Slayers, M. & Lobb, A. (2010). Recovery-Oriented Training and Staff Attitudes over Time in Two State Hospitals. *Psychiatr Q* 81: 335–347. Saatavilla <http://doi 10.1007/s11126-010-9142-2> Viitattu 13.8.2019
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, L. & Salokangas, K.R. (2017). Skitsofrenia.133(2): 173–176, *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/2/duo13511> Viitattu 26.3.2019
- Tuori, T. (2011). Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. THL. Saatavilla <https://thl.fi/documents/10531/1449887/Psykiatrian+rakennemuutos.pdf/02d8e3d9-7617-4b70-9fbb-1a2852a52960> Viitattu 26.3.2019
- Turner, D. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *Qualitative Report* 15(3), 754–760. Saatavilla https://researchgate.net/publication/265989424_Qualitative_Interview_Design_A_Practical_Guide_for_Novice_Investigators Viitattu 13.4.2019
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen*

- loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Saatavilla
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Viitattu
21.11.2019
- Viertö, S., Mehtälä, T. & Sailas, E. (2016). Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*. (2016).132(7) 632–638. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/duo13063> Viitattu 13.2.2019
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014). *Uudistuva mielenterveystyö*. Helsinki: Edita.
- Waldemar, A., Arnfred, S., Petersen, L. & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings: A Literature Review. *Psychiatric Services* 2016:67. 596–602. Saatavilla
<http://doi:10.1176/appi.ps.201400469> Viitattu 23.1.2019
- Waldemar, A. (2018). *Recovery orientation in clinical practice: How does it unfold in mental health inpatient settings?* (Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja, Kööpenhaminan yliopisto) Saatavilla
https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetence-centre/Rehabilitering-og-recovery/Publikationer/Documents/recovery_orientation_in_clinical_practice_2018_phd.pdf Viitattu 16.8.2019
- WHO (2010). *Mental health: strengthening mental health promotion*. Geneve: World Health Organization. Saatavilla <https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf> Viitattu 10.11.2019

LIITE 1. Teemahaastattelurunko

TOIPUMISEN TUKEMINEN OSASTOLLA

- Miten toipuminen ymmärretään
- Mikä tukee toipumista
- Mikä estää toipumista

Toiminnan muutos

- potilaiden oma toiminta/ajattelu
- henkilökunnan toiminta/ajattelu
- Mahdolliset erot toiminnassa ja hoitokulttuurissa verrattuna muihin osastoihin

Voimavarat

- asiakaslähtöisyys ja asiakkaan tavoitteet omalle hoidolle
- kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito
- vuorovaikutuksellisuus ja voimavaroihin keskittyvä toimintatapa
- sosiaaliset kontaktit ja tukijärjestelmät, asuminen, talous

Osallisuus

- potilas aktiivisena toimijana omassa hoidossa ja kuntoutumisessa
- yritteliäisyyden ja itseohjautuvuuden tukeminen
- hoitomyönteisyys

Toivo

- toivon kulttuurin vaaliminen

Merkityksellisyys

- elämän merkitys ja tarkoitus
- merkityksellinen tekeminen arjessa

Positiivinen mielenterveys

- toimintakyky
- hyvinvointistrategiat, aktiivisuus, terveellinen elämäntyyli, oireiden kanssa pärjääminen
- toipumisen ymmärtäminen

LIITE 2. Tutkimustiedote

Olemme Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja YAMK-opiskelijat ja teemme opinnäytetyömme yhdelle sairaalan kuntouttavista osastoista. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia toipumisorientaation toteutumista. Haastattemme teemahaastattelulla tutkimukseen erikseen henkilökuntaa ja potilaita. Tutkimukseen on kutsuttu osallistumaan osaston henkilökunnan jäseniä moniammatillisesti sekä alle kymmenen vuotta sairastaneita vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita, joilla on psykoosiryhmään kuuluva diagnoosi. Potilaat kutsutaan haastatteluun yhteistyössä osaston henkilökunnan, osastonhoitajan ja ylihoitajan kanssa.

Tutkimusta varten ei kerätä henkilötietoja ja tutkittavan tietosuoja säilyy koko prosessin ajan. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen kertynyt aineisto hävitetään tietoturvasäädösten mukaisesti tietoturvajätteen mukana. Valmistunut opinnäytetyömme tullaan tallentamaan Theseus-tietokantaan, jonne tallennetaan pääsääntöisesti kaikki valmistuneet ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt. Lisäksi opinnäytetyötä tai osia työstä tullaan käyttämään jatkossa sairaalassa kehittämistyössä. Opinnäytetyömme arvioitu valmistumisaika on loka-marraskuu 2019.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvalla on oikeus kieltäytyä ja vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Kieltäytyminen ei vaikuta saatavaan hoitoon tai palveluihin. Kieltäytymisestä voi ilmoittaa osaston henkilökunnalle tai tutkimuksen tekijöille suullisesti tai kirjallisesti. Haastattelut tullaan toteuttamaan huhti-toukokuun 2019 aikana.

Haastattelut nauhoitetaan litteroimista varten. Haastattelussa kertynyttä materiaalia ei tulla käyttämään muuhun, kuin opinnäytetyöhömmä ja sitä käsittelee ainoastaan tutkimuksen tekijät. Materiaalia ei luovuteta kolmansille osapuolille. Varsinaisen haastattelun yhteydessä tullaan haastateltaville antamaan vielä suostumuslomake, jossa pyydetään lupaa tutkimukseen osallistumiseen ja haastattelun tallentamiseen.

Kerromme mielellämme lisätietoja ja vastaamme kysymyksiin.
Ystävällisin terveisin,

Mari Pihl ja Jenni Kuitunen

mari.pihl@student.diak.fi ja jenni.kuitunen@student.diak.fi

LIITE 3. Suostumuslomake

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää toipumisorientaation toteutumista potilaiden ja hoitajien näkökulmasta yhdellä sairaalan kuntouttavista osastoista.

Tutkimukseen haastatellaan osaston henkilökuntaa ryhmähaastatteluin moniammatillisesti ja potilaita yksilöhaastatteluin. Tutkimukseen kutsutut potilaat on valittu vapaaehtoisessa hoidossa olevien alle kymmenen vuotta sairastaneiden joukosta osaston henkilökunnan ja ylihoitajan toimesta. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvalla on oikeus kieltäytyä ja vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa vaiheessa. Kieltäytyminen ei vaikuta hoitoon tai palvelujen saantiin. Ilmoituksen kieltäytymisestä voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti suoraan tutkimuksen tekijöille tai henkilökunnan toimesta, jolloin tieto pyydetään välittämään opinnäytetyön tekijöille. Tutkittavilta kysellään teemahaastattelurunkoa käyttäen kokemuksia toipumisorientaatiosta. Henkilötietoja tai muita tunnistetietoja tietoja ei kysytä missään vaiheessa. Tutkittavien tietosuojaa säilyy koko prosessin ajan eikä tietoja luovuteta kolmansille osapuolille. Tietoja käsittelevät ainoastaan tutkimuksen tekijät. Tulokset kootaan lopulliseen opinnäytetyön raporttiin, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa. Lopullinen raportti tulee myös sairaalan käyttöön. Tutkimus valmistuu loka-marraskuussa 2019, jonka jälkeen aineisto hävitetään tietoturvajätteen mukana. Haastattelut tallennetaan osallistujien luvalla. Suostumuslomakkeella annatte suostumuksenne haastatteluun sekä haastattelussa kertyneen materiaalin käyttämiselle opinnäytetyömme aineistona.

Annan suostumukseni haastatteluun tutkimusta varten: Kyllä

Haastattelun saa nauhoittaa: Kyllä Ei

Aika ja paikka: _____

Osapuolet:

Suostumuksen antaja:

Suostumuksen vastaanottaja:

Nimen selvennys:

Suostumuksen antajalle jää jäljennös suostumuslomakkeesta.

LIITE 4. Taulukot

Taulukko 1. Toipumisen kokeminen

Henkilökunta	Potilaat
1. osittainen parantuminen	1. oireiden helpottuminen ja lievistyminen
2. henkilökohtainen polku ja prosessi	2. toimintakyvyn palaaminen ja arjessa toimimisen helpottuminen
3. sairauden saaminen hallintaan	3. lääkityksen vaikuttaminen ja säännöllisen lääkityksen määrän väheneminen
4. voimavarojen vahvistuminen	4. kyky tehdä omia asioita
5. kyky elää normaalia elämää	5. paluu arkeen
6. hallinnan tunne oireista ja sairaudesta	6. sairauden oireiden kanssa elämään oppiminen
7. hyvänlaatuinen ja onnellinen elämä	7. rauhallisempi olo
8. muutos parempaan	8. ajatusten normalisoituminen
9. ymmärrys sairaudesta mahdollisimman hyvällä tasolla	9. keskittymiskyvyn paraneminen
10. arjessa pärjääminen	10. kotiutuminen
11. lääkehoito	11. parempi fyysinen olo
12. toimintakyvyn säilyminen	12. parempi psyykinen olo

Taulukko 2. Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvät tukevat tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. toiminnallisuus ja suunnitelmallisuus	1. ryhmät ja yhdessä tekeminen
2. tavoitteiden porrastaminen ja pilkkominen	2. päivärytmi, luotettava järjestelmä, jossa rutiinit tiedossa
3. yksilötapaamiset	3. vertaistuki
4. aikaisempien hoitoon liittyvien kokemusten läpi käyminen	4. omat menot sairaalan ulkopuolelle
5. ryhmät	5. mukavat potilastoverit
6. voimavarakeskeisyys ja toimintakyvyn tukeminen	6. kotilomat ja kotona harjoittelu
7. sairaalasta ulospäin suuntautuva toiminta	7. moniammatillinen työryhmä
8. perhe- ja verkostotapaamiset	8. onnistunut lääkehoito
9. kotikäynnit ja asumisen suunnittelu	9. tulevaisuuden suunnittelu osastohoidon jälkeen
10. avohoito	10. kokemus ja luottamus avun saamisesta jatkossa
11. hyvä resursointi	11. yksilöllisyys
12. hyvä omahoitaja	12. realistiset, pienet tavoitteet
13. toimivat yhteistyösuhteet	13. osaston tilat
14. osaston käytännöt ja struktuuri	
15. päivittäisissä toimissa ohjaaminen	
16. onnistunut lääkehoito	
17. moniammatillinen työryhmä	
18. itsemääräämisoikeus	
19. mahdollisuus vaihtaa omaohjaajaa	
20. asioiden järjestäminen	
21. rajoitteiden vähentäminen ja perusteleminen	
22. osaston monimuotoisuus	
23. tuen tarjoaminen	
24. henkilökunnan saama positiivinen palaute	
25. psykoedukaatio ja tiedon anto	
26. henkilökunnan tietoisuus viitekehysten tärkeydestä	
27. vertaistuki ja kokemusasiantuntijoiden käyttö	
28. työnohjaus ja koulutus	
29. yksilöllisyys	
30. motivoitunut ja eettisesti oikein toimiva henkilökunta	
31. tasapuolisuus	
32. keskeneräisyyden ja epätietoisuuden sietokyky	
33. potilas määrittelee itse tavoitteet	
34. aika, pitkät hoitosuhteet	

Taulukko 3. Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät tukevat tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. toivon ylläpitäminen	1. kuulluksi tuleminen
2. kuulluksi tuleminen	2. kannustaminen
3. kunnioittaminen	3. henkilökunnan aito välittäminen ja positiivinen asenne
4. inhimillisuus	4. saa olla oma itsensä
5. luottamuksellisuus	5. osaston hyvä ilmapiiri
6. hoitajan aitous ja luontevuus	6. turvallinen ilmapiiri
7. kiinnostuksen osoittaminen	7. reipas ja iloinen ilmapiiri
8. rauhoittaminen	8. mukavat potilastoverit
9. avoin kommunikointi	9. rauhallisuus ja kiireettömyyden tunne
10. rohkaiseminen	10. ystävällinen, auttavainen ja huomioitava henkilökunta
11. motivointi	
12. kokonaisvaltaisuus	
13. yhteinen ymmärrettävä kieli ja termit	
14. potilaiden välinen hyvä ilmapiiri	
15. turvallinen ilmapiiri	
16. normalisointi ja validointi	

Taulukko 4. Potilaaseen tai sairauteen liittyvät tukevat tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. hyvä sairaudentunto ja hoitomyönteisyys	1. kokemus toipumisen edistymisestä ja oireiden ja arjen hallinnasta
2. positiiviset ja onnistumisen kokemukset ja positiivinen palaute	2. kyky hoitaa omia asioita itsenäisesti
3. hoidon tuntuminen mielekkäältä	3. puhuminen omasta voinnista
4. ymmärrys ja tieto omista oireista ja tilanteesta	4. sairauden merkityksen ymmärtäminen
5. perusasiat kunnossa	5. hyvät yöunet
6. oireiden hyväksyminen	6. elämästä nauttiminen
7. hyvä terveys	7. toivo tulevaisuudesta
8. oireiden kanssa pärjääminen	
9. kyky haaveilla	
10. osallisuus	
11. elämönhallinta	
12. sairauden laantuminen iän myötä	
13. motivaatio	

Taulukko 5. Kotiympäristöön liittyvät tukevat tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. mielekäs tekeminen	1. omaiset, ystävät, läheiset ja sosiaalinen verkosto
2. mielekäs arki	2. vapaus ja oma aika
3. normaali elämä	3. mielekäs tekeminen
4. kolmannen sektorin palvelut	4. ulkoilu ja liikunta
5. talous kunnossa	5. kolmannen sektorin palvelut
6. kuntouttava- ja tuettu asuminen	6. oma koti
7. sosiaalisten verkostojen aktivointi	7. sosiaalinen media
8. osallisuus yhteiskuntaan ja yhteisöön	
9. mielihyvän kokemukset	

Taulukko 6. Hoitoon ja osaston rakenteisiin liittyvät estävät tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. rajoittaminen ja tahdonvastainen hoito	1. osaston kokeminen kuormittavaksi
2. potilaan roolin ylikorostaminen	2. rajoitukset ja rajoitusten perustelun puuttuminen
3. potilaan aikaisemmat kielteiset kokemukset hoidosta	3. ongelmat lääkehoidossa
4. holhoaminen	4. jonottaminen kuntouttavalle osastolle
5. yhteistyön niukkuus potilaiden ja perheiden välillä	
6. eriarvoisuus hoitosuhteessa	
7. kiire	
8. ongelmat lääkehoidossa	
9. työntekijöiden vaihtuvuus	
10. toimintojen kokeminen velvoitteena	
11. hoitajien toivottomuus	
12. epärealistiset tavoitteet	
13. hoitojärjestelmän muutos avohoitokeskeisemmäksi	
14. aikataulujen noudattaminen	
15. riittämättömät avohoidon resurssit	
16. epävarmuus viitekehyksen toteuttamisesta käytännössä	
17. toimimattomat rakenteet psykiatriassa	

Taulukko 7. Vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin liittyvät estävät tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. näkemyserot	1. vaikeus luottaa hoitajiin ja puhua aiempien kokemusten perusteella
2. haasteet henkilökemiassa	2. ei tule kuulluksi
3. hoitajien välinpitämätön ja autoritääri- nen asenne	3. hoitajien negatiiviset asenteet
4. potilaan hoitajassa herättämät asenteet ja tunteet	4. haasteet vuorovaikutuksessa ja kommunikoinnissa
5. luottamuksellisen vuorovaikutus- suh- teen rakentuminen on aikaa vievää	
6.ongelmat vuorovaikutuksessa	
7. tiedon antamisen mekaanisuus	
8. potilaan ja omaisen väliset hankalat suhteet	
9. potilaiden väliset hankalat suhteet osastolla	
10. negatiivinen palaute	
11. vaikeasti ymmärrettävät termit ja kieli	

Taulukko 8. Potilaaseen tai sairauteen liittyvät estävät tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. sairauden aiheuttamat oireet ja muutokset	1. sairauden oireet, ei pysty tekemään asioita, miten haluaisi
2. kuntoutuminen hidasta ja aikaa vievää	2. pelot
3. laitostuminen	3. hankalat tunteet
4. relapsit ja sairauden uusiminen	4. huoli omasta tilanteesta
5. sairautentunnottomuus	5. epätietoisuus ja epävarmuus omien oireiden syistä
6. hoidon laiminlyöminen	6. turvattomuus yksin pärjäämisestä ja yleisesti
7. eristäytyminen	7. eristäytyminen ja yksin jääminen
8. lääkityksen pois jättäminen	8. sairautentunnottomuus
9. toimintakyvyttömyys	9. huono yöuni
10. stigma	10. motivaatio lääkehoitoon
11. yksinäisyys	
12. häpeä	
13. pelot	
14. päihteiden käyttö	
15. sosiaalisten verkostojen puuttuminen ja aktivoinnin haasteet	
16. käytännön elämäntaitojen puute	
17. psyykkisten häiriöiden luonteen muutos	
18. vaikeus kiinnittyä kolmannen sektorin palveluihin	
19. skitsofrenian haasteellisuus	
20. henkilöhistorian vaikutus nykytilaan	
21. asioiden kumuloituminen	
22. kotiutumisen jälkeinen toimintakyky	
23. suuri tuen tarve	

Taulukko 9. Kotiympäristöön liittyvät estävät tekijät

Henkilökunta	Potilaat
1. kotiympäristön vaikutus ja puutteet kotona	1. mielekkään tekemisen puute
2. suomalainen kulttuuri	2. läheisten tuen puuttuminen
3. taloudellinen tilanne	3. heikko sosiaalinen verkosto
4. sosiaalinen media	4. vaikeus olla kotona
5. palveluasumiseen jonottaminen ja paikkojen puute	5. kolmannen sektorin palvelut eivät tunnu mielekkäiltä
6. kolmannen sektorin palvelujen tuntuminen keinotekoiselta	
7. palaaminen ympäristöön, jossa sairastuminen tapahtui	
8. vaikeus saada tukea kotiin	
9. arjen rakenteiden puuttuminen	
10. riittämätön tukiverkosto	