

TOIMINTATERAPIA-ARVIOINTI OSANA KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUA KUNTOUTUSTYÖRYHMÄSSÄ

Sanna Rantanen
Riitta Pehkonen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011

Toimintaterapia
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) RANTANEN, Sanna PEHKONEN, Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 05.12.2011
	Sivumäärä 94	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi TOIMINTATERAPIA-ARVIOINTI OSANA KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUA KUNTOUTUSTYÖRYHMÄSSÄ		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HEISKANEN, Tuija, RITSILÄ, Jaana		
Toimeksiantaja(t) Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmä		
Tiivistelmä Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli löytää sopivia, näyttöön perustuvia ja moniammatillisesti hyödynnettäviä toimintaterapian arviointimenetelmiä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän käyttöön. Opinnäytetyön tutkimus oli kvalitatiivinen ja se toteutettiin ryhmämuotoisella teemahaastattelulla, sekä kirjallisuuskatsauksella. Kuntoutustyöryhmän haastattelussa selvitettiin PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujien arjen ongelmia viimeisen vuoden aikana. Kirjallisuuskatsauksella etsittiin tutkimuksia Inhimillisen toiminnan malliin perustuvien toimintaterapia-arviointimenetelmien käytöstä aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa. Tutkimuksen perusteella ehdotettiin kuntoutustyöryhmän käyttöön sopivia toimintaterapian arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa kuntoutujilla ilmeni arjen ongelmia kaikilla Inhimillisen toiminnan mallin alueilla. Eniten ongelmia ilmeni toiminnallisen suoriutumisen (taidot), tahdon ja ympäristön osa-alueilla. Tottumuksien osa-alueella ongelmia ilmeni vähiten. Kirjallisuuskatsauksessa löytyi julkaisuja aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa käytettävistä Inhimillisen toiminnan malliin pohjautuvista arviointimenetelmistä: MOHOST, OSA, AMPS, OPHI-II, WRI, WEIS v.2, VQ, Role Checklist, Modified Interest Checklists, ACIS ja OQ. Moniammatillisesti hyödynnettäviä arviointimenetelmiä ovat MOHOST, VQ, Role Checklist, Modified Interest Checklist ja OQ. Tutkimuksen tuloksissa näkyi, että kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla fyysisen toimintakyvyn ongelmia ilmeni vain muutamia, mutta muita toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä löytyi laaja-alaisesti. Tästä syystä kuntoutustyöryhmässä osana toimintakyky arviointeja on perusteltua käyttää toimintaterapian arviointimenetelmiä, jotka arvioivat ihmisen toimintaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä kokonaisvaltaisesti. Toimintaterapia-arviointien avulla kuntoutustyöryhmässä voidaan löytää ne kuntoutujat, joiden kuntoutumista toimintaterapialla voidaan edistää. Kaikkien kuntoutujien kohdalla toimintaterapia ei ole välttämätöntä, mutta toimintaterapia-arvioinnin pohjalta luodut tavoitteet auttavat edistämään kuntoutumista muiden PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän työntekijöiden ohjaamana ja tukemana.		
Avainsanat (asiasanat) Mielenterveyskuntoutus, Näyttöön perustava käytäntö, Toimintakyky, Toimintaterapia, Inhimillisen toiminnan malli, Arviointimenetelmät, Laadullinen tutkimus		
Muut tiedot		



Author(s) RANTANEN, Sanna PEHKONEN, Riitta	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 05122011
	Pages 94	Language finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT AS A PART OF PLANNING REHABILITATION IN A REHABILITATION TEAM		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) HEISKANEN, Tuija, RITSILÄ, Jaana		
Assigned by The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia (PKSSK)		
Abstract <p>The main goal in this Bachelor's thesis was to find appropriate and evidence-based occupational therapy assessments, which can also be used by other professionals in the PKSSK Psychiatric Clinic Rehabilitation Team. The research approach was qualitative, and the study was implemented by interviewing the work team and by conducting a literature review. The purpose of interviewing the members of the Rehabilitation Team was to find out what kind of problems their clients had had during the last year. The purpose of the literature review was to find evidence-based information about occupational therapy assessments used in mental health rehabilitation with adults. Based on the interviews and literature review, recommendations for occupational therapy assessments suitable to the Rehabilitation Team in the PKSSK Psychiatric Clinic were given.</p> <p>In the study problems were found in all areas of the Model of Human Occupation. Most of the problems were found in the areas of performance capacity, volition and environment. The least problems were found in the area of habituation. Evidence-based information about occupational therapy assessments based on The Model of Human Occupation and used in mental health rehabilitation with adults were found in: MOHOST, OSA, AMPS, OPHI-II, WRI, WEIS v.2, VQ, Role Checklist, Modified Interest Checklists, ACIS ja OQ. Assessments which can be used partly by other professionals were: MOHOST, VQ, Role Checklist, Modified Interest Checklist and OQ.</p> <p>The results showed that the clients of the Rehabilitation Team had only a few problems in their physical function. However, they had a wide range of other problems affecting their function. Because of this, there is a reason to use occupational therapy assessments which holistically and comprehensively evaluate function and factors affecting it. With the help of occupational therapy evaluation it is possible to find those clients who can benefit from occupational therapy. Occupational therapy is not necessary with every client, but the goals that are created with occupational therapy assessments help to advance the rehabilitation process when supported by the other members of the Rehabilitation Team of PKSSK Psychiatric Clinic.</p>		
Keywords Mental Health Rehabilitation, Function, Evidence-based practice, Occupational Therapy, A Model of Human Occupation, Assessments, Qualitative research		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 TOIMINTAKYKY.....	5
2.1 Arviointi.....	6
2.2 ICF – luokituksen mahdollisuudet mielenterveyskuntoutuksessa	7
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS	8
4 TOIMINTATERAPIA MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSESSA.....	13
5 INHIMILLISEN TOIMINNAN MALLI	15
6 INHIMILLISEN TOIMINNAN MALLIN AIKUISILLE KOHDENNETTUJA ARVIOINTIVÄLINEITÄ	19
6.1 Haastattelumenetelmät.....	20
6.2 Havainnointimenetelmät	21
6.3 Itsearviointimenetelmät.....	22
7 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TAVOITE	23
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
8.1 Tutkimushaastattelu ja aineiston analyysi	25
8.2 Kirjallisuuskatsaus.....	28
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
9.1 Arjen ongelmia, joita PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla on ollut viimeisen vuoden aikana.....	31
9.1.1 TAHTO.....	31
9.1.2 TOTTUMUKSET	36
9.1.3 TOIMINNALLINEN SUORIUTUMINEN	38
9.1.4 YMPÄRISTÖ.....	45
9.2 Inhimillisen toiminnan mallin arviointivälineet, joita voidaan käyttää aikuispsykiatrian kuntoutustyöryhmän kuntoutujien toiminnan arvioinnissa arjen ongelmien perusteella	51
10 POHDINTA.....	58
10.1 Näyttöön perustuva arviointi mielenterveyskuntoutuksessa	63
10.2 Tutkimuksen luotettavuus, toistettavuus ja eettisyys	66
10.3 Jatkotutkimuksen tarve.....	67

11 JOHTOPÄÄTÖKSET	68
LÄHTEET	69
LIITTEET	84
Liite 1 Yhteistyösopimus.....	84
Liite 2 Tutkimusluvan viranhaltijapäätös.....	86
Liite 3 Saatekirje.....	88
Liite 4 Teemahaastattelun runko	90
Liite 5 Äänitys- ja videointilupa	91

KUVIOT

KUVIO 1. Toiminnallisen mukautumisen prosessi Inhimillisen toiminnan mallin mukaan.....	19
KUVIO 2. Teorialähtöisen analyysin eteneminen	28
KUVIO 3. Tahdon osa-alueiden ongelmat.....	35
KUVIO 4. Tottumuksien osa-alueiden ongelmat.....	38
KUVIO 5. Toiminnallisen suoriutumisen osa-alueiden ongelmat	45
KUVIO 6. Ympäristön osa-alueiden ongelmat.....	51
KUVIO 7. Toiminnallinen mukautumisprosessi kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla	59
KUVIO 8. Kuntoutustyöryhmän käyttöön sopivat arviointimenetelmät.....	62

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tietokantojen hakutulokset.....	29
---	----

1 JOHDANTO

Mielenterveyskuntoutukselle perustana on psykiatrinen diagnoosi tai psyykinen sairaus, joka merkittävästi haittaa tai alentaa toimintakykyä (Koskisu 2004, 11). Kuntoutuminen mielenterveyden ongelmista voi kestää jopa vuosia. Oireista huolimatta voidaan elää hyvää elämää ja uskoa selviytymiseen. Mielenterveyskuntoutuksella luodaan edellytyksiä mielekkäälle elämälle. (Koskisu 2003, 15.) Kuntoutus voidaan nähdä kapeana tai laaja-alaisena. Kapeasti nähtynä kuntoutuksella pyritään ratkaisemaan sairauden aiheuttamia spesifejä ongelmia, parantamaan toimintakykyä ja vähentämään haittoja. Laajemmin nähtynä kuntoutus vaikuttaa yksilöön ja hänen ympäristöönsä, jolloin kuntoutuksessa toimintakykyyn vaikuttavien ongelmien selvittämisen lisäksi etsitään myös mielenterveyttä vahvistavia tekijöitä. Kapean ja laaja-alaisen kuntoutusnäkökulman yhdistäminen tuo mielenterveyskuntoutukselle haasteen luoda näkökulma, joka huomioi sekä diagnoosin, oireet ja ongelmat että selviytymiskeinot, osallistumisen ja yksilön oikeudet ”täysimittaiseen kansalaisuuteen”. (Koskisu 2004, 11–12.)

Opinnäytetyön aihevalintaa ohjasi halu kehittää kotona tehtävää toimintaterapiaa. Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli löytää sopivia, näyttöön perustuvia ja moniammatillisesti hyödynnettäviä toimintaterapian arviointimenetelmiä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen (PKSSK) aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmässä käytettäväksi. Toimintaterapian arviointimenetelmien käyttö mahdollistaa kuntoutusnäkökulman laajenemisen Koskisuun (2004) esittämään suuntaan. Arviointimenetelmillä voidaan saada selville esimerkiksi kuntoutujan vahvuuksia ja osallistumista sekä selviytymiskeinoja mahdollistavia tekijöitä. Kuntoutustyöryhmällä oli tarpeena kehittää toimintakyvyn arviointikäytäntöjä, joiden perusteella kuntoutuksen tavoitteiden asettelu selkiintyisi. Arviointimenetelmillä myös kuntoutuksen tuloksellisuus saataisiin mitattavaan muotoon ja näkyväksi sekä asiakkaille, työntekijöille, esimiehille, että päättäjille. Päättäjät ja maksajat vaativat jatkuvasti objektiivista näyttöä kuntoutuksen tuloksellisuudesta ja kustannustehokkuudesta (Urish 2008, 370–371).

Kuntoutustyöryhmä on yksi PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan työryhmistä. Työryhmään kuuluu kolme sairaanhoitajaa ja kolme mielenterveyshoitajaa. Työryhmä työskentelee työpareittain kuntoutujien kotona. Työryhmän tukena toimii psykiatri, sosiaalityöntekijä, psykologi ja toimintaterapeutti. Toimintaterapeutti on työskennellyt osana kuntoutustyöryhmää elokuusta 2011 alkaen. Tämän vuoksi tilaus opinnäytetyölle oli ilmeinen.

Tutkimus rajattiin koskemaan Inhimillisen toiminnan mallin (Kielhofner 2008) arviointivälineitä. Rajaus tehtiin, koska Inhimillisen toiminnan malli on toimintaterapiassa paljon käytetty ja tutkittu teoreettinen viitekehys ja siihen pohjautuvia arviointimenetelmiä on kehitetty toimintaterapian tarpeisiin. Näyttöön perustuvien teoreettisten mallien käyttö voi tukea toimintaterapeutteja kehittämään työtään (Kielhofner 2009, 13). Suurta osaa Inhimillisen toiminnan malliin perustuvista arviointimenetelmistä on tutkittu laajasti (Kielhofner 2008, 466–474). Parkinsonin, Shenfieldin, Reecen & Fisherin (2011) artikkelin mukaan Inhimillisen toiminnan mallin käyttö sanoittaa toimintaterapeuttien ammatillista päättelyä. Inhimillisen toiminnan malliin pohjautuva työ kehitti näyttöön perustuvien arviointimenetelmien käyttöä, asiakastapausten kokonaisvaltaista hahmottamista (case formulation) ja mitattavien tavoitteiden asettelua. Mallin käyttö edisti myös asiakaskeskeistä työtä, asiakkaiden toiminnallisten tekijöiden ja tarpeiden ymmärtämistä, hoidon suunnittelua, tiimityöskentelyä sekä lisäsi toimintaterapeuttien ammatillista itsetuntoa. Toimintaterapia palveluntarjoajat ja niiden käyttäjät pitivät tärkeänä selkeää prosessia arviointimenetelmien käytössä ja tavoitteiden asettelussa. (Parkinson ym. 2011.)

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin ryhmämuotoisella teemahaastattelulla (liite 2) sekä tarkasti rajatulla kirjallisuuskatsauksella. Ryhmähaastattelussa selvitettiin PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujien arjen ongelmia viimeisen vuoden aikana. Kirjallisuuskatsauksella etsittiin tutkimuksia Inhimillisen toiminnan malliin perustuvien toimintaterapia-arviointimenetelmien käytöstä aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa. Tutkimuksen perusteella kuntoutustyöryhmän käyttöön ehdotetaan sopivia toimintaterapian arviointimenetelmiä.

2 TOIMINTAKYKY

Toimintakykyä voidaan tarkastella sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Yksilöiden toimintakyky vaikuttaa yhteiskunnan käytössä oleviin resursseihin. Toimintakykyä arvioidaan mittareilla, joilla määritellään onko henkilön toimintakyky riittävä vai riittämätön, onko henkilö työkykyinen ja tarvitseeko hän kuntoutuspalveluita. Toimintakyky tulee esille ihmisen itsenäisen elämisen, itseilmaisun ja läheisten ihmissuhteiden vaalimisen mahdollisuutena. Se näkyy ihmisen elämänlaatuna ja vaikuttaa ihmisen selviytymiseen kotona ja työssä. Toimintakyvyn heikkeneminen lisää palvelujen tarvetta ja rajoittaa tai estää työn tekemistä. Toimintakyky on subjektiivista ja suhteellista. Rajoituksista aiheutuvat haitat toiminnalle riippuvat tehtävistä, toimintaympäristöistä ja henkilöstä itsestään. Ihminen voi kompensoida puuttuvia toimintakyvyn osa-alueita muilla toiminnoilla tai ympäristöä muokkaamalla. (Lehto 2004, 18–20).

Toimintakyky voidaan jakaa Pohjolaisen (2009) mukaan kolmeen, toistensa kanssa vuorovaikutuksessa olevaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen, osa-alueeseen. **Fyysisellä toimintakyvyllä** tarkoitetaan elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysisistä toiminnoista. Hengitys- ja verenkiertoelimistö sekä tuki- ja liikuntaelimistö mahdollistavat fyysisen toimintakyvyn. (Pohjolainen 2009, 48.) **Psyykkinen toimintakyky** mahdollistaa tiedon vastaanottamisen ja sen käsittelyn, käsitysten muodostamisen ympäröivästä maailmasta sekä taidon kokea ja tuntea (Heimonen 2009, 55–56). **Sosiaalista toimintakykyä** ei voi määritellä yksiselitteisesti ja sen määrittelyyn on olemassa useita eri teorioita (Simonen 2009, 64). Tiikkaisen & Heikkisen (2011) mukaan sosiaalinen toimintakyky koostuu yksilöstä ja yksilötekijöistä (sosiaaliset taidot, temperamentti, motiivit, tavoitteet, arvostukset), jotka ovat vuorovaikutuksessa sosiaaliseen verkostoon, ympäristöön, yhteisöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalinen toimintakyky voi näkyä esimerkiksi rooleissa suoriutumisenä, sosiaalisena osallistumisena sekä yhteisöllisyytenä. (Tiikkainen & Heikkinen, 2011.)

Toimintakyky on taitoa selviytyä elämän eri vaiheissa ja tilanteissa jokapäiväisistä haasteista: itsestä huolehtimisesta, työstä, vapaa-ajasta ja harrastuksista. Toimintakykyä on tasapaino omien tavoitteiden, taitojen ja ympäristön välillä. Toimintakyvyn tarkastelu fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta tekee toimintakyvyn helposti lähestyttäväksi, mutta samalla näkemys toimintakyvyn kokonaisvaltaisuuudesta voi kadota. (Karppi 2011.)

2.1 Arviointi

Toimintakyvyn arvioinnin tavoitteena on kerätä tietoa kuntoutujasta ja hänen elinympäristöistään sekä hänen taidoistaan toimia niissä. Arvioinnilla saatava tieto on tarkoitettu työtekijöiden lisäksi ennen kaikkea kuntoutujalle itselleen. Arviointia käytetään apuna maksimoimaan kuntoutujan suoriutumista toiminnassa, kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyssä ja kuntoutussuunnitelman teossa. (Koskisuu 2004, 203.)

Kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia on alettu arvostamaan. Arvostus näkyy toimintakyvyn arvioinneissa, joissa hyödynnetään eri tieteenalojen yhteistyötä. Toimintakyvyn arvioinneissa tehdään usein objektiivisia havaintoja, mutta tutkittavan oma-arvio ja kokemus toiminnasta voivat jäädä ulkopuolelle. Toimintakyvyn subjektiivisen, yksilöllistä tietoa tuottavan näkemyksen esille tuominen on toimintakyvyn arvioimisen kehityshaaste. (Harra, Aralinna, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen & Onkalo-Okkonen 2006, 554-561.)

Mielenterveyskuntoutuksessa arvioidaan ihmistä ympäristöissä, joissa hän kokee arvioinnin olevan tarpeellista. Arvioinnissa huomioidaan ympäristön asettamat vaatimukset ihmiselle. (Anthony, Cohen, Farkas & Cagne 2002, 81–82.) Haasteet toimintakyvyn arviointien kehittämisessä koskevat itsearviointimenetelmiä sekä muita, luotettavasti kuntoutujan selviytymistä, eri ympäristöissä ja rooleissa kuvaavia ja mittaavia menetelmiä. Toimintaterapeutit arvioivat toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja heidän työpanoksensa lisääminen mielenterveyskuntoutuksen kentälle on tärkeää. Toimintaterapeuteilla on käy-

tettävissä näyttöön perustuvia välineitä ja työtä ohjaavia viitekehyksiä, joilla mielenterveyskuntoutusta voidaan kehittää. (Koskisuus 2004, 203.)

Teoksessa Hemphill-Pearson Urish (2008, 371–372) tuo ilmi, että näyttöön perustuvassa toimintaterapia-arvioinnissa käytetään valideja ja reliabeleja arviointivälineitä. Hiltusen (2009) mukaan validiteetilla tarkoitetaan mittarin/arviointimenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen on ollut tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä ilmaista kuinka luotettavasti mittari/arviointimenetelmä mittaa tutkittavaa asiaa. (Hiltunen 2009.)

Toimintaterapia-arvioiden perusteella määritetään potilaan toimintaa edistäviä ja rajoittavia tekijöitä sekä tavoitteita toimintaterapialle. Näiden pohjalta tehdään terapiasuunnitelma. Suunnitelma sisältää tarkan kirjauksen terapiaan käytettävästä ajasta ja keinoista. Suunnitelmassa tulee näkyä ne toivottavat muutokset potilaan käyttäytymisessä, joihin interventiolla pyritään. (Page 2008, 32.) Toimintaterapia-arvioinnin perusteella voidaan suunnitella tehokas, tutkimuksiin ja työntekijän asiantuntemukseen perustuva terapia (Urish 2008, 371–372).

2.2 ICF – luokituksen mahdollisuudet mielenterveyskuntoutuksessa

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) on kansainvälinen viitekehys, joka kuvaa ”toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa”. ICF:n avulla määritellään terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä osatekijöitä. ICF ryhmittelee aiheet, joilla kuvataan toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä henkilön lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä. Nämä aiheet kuvataan eri näkökulmista: ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Näiden lisäksi, ICF luokittelee näihin osatekijöihin vuorovaikutuksessa olevan ympäristön osatekijät. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2005, 3.)

ICF - luokituksen näkökulma ruumiin/kehon toiminnot kuvaavat elinjärjestelmän fysiologisia ja psykologisia toimintoja. Ruumiin rakenteilla tarkoitetaan ruumiin anatomisia osia, esimerkiksi raajoja tai elimiä. Näkökulmassa suoritukset ja osallistuminen, suorituksella tarkoitetaan yksilön toteuttamaa tehtävää. Osallistumisella tarkoitetaan yksilön osallisuutta eri tilanteisiin elämässä. Ympäristötekijät koostuvat fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä, joissa ihmiset elävät. Ympäristöt ovat vuorovaikutuksessa ruumiin/kehon toimintojen, ruumiin rakenteiden sekä suorituksen/osallistumisen kanssa. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2005, 47–169.)

ICF -luokituksen tavoitteina on muun muassa antaa tieteellinen pohja ymmärtämään toimintaan vaikuttavaa terveydentilaa sekä terveydentilaan vaikuttavaa toimintaa. ICF on moniammatillinen ja monikielinen luokitus, jolla voidaan helpottaa yhtenäistä kirjausta ja käyttäjien välistä viestintää. Luokituksen avulla on mahdollista verrata tietoja, esimerkiksi eri maissa, eri erikoisaloilla ja eri ajankohtina. ICF -luokituksella voi olla monta käyttötarkoitusta. Sen avulla saatavaa tietoa voidaan soveltaa yksilöiden terveydenhoitoon esimerkiksi ennaltaehkäisyssä tai terveyden edistämisessä. Luokitusta voidaan hyödyntää terveydenhuollon tutkimuksissa: toiminnan arvioinnissa, toimintaohjelmien luomisessa sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arvioimisessa. ICF -luokitus käsittää ihmisen terveyden hyvin laajasti. Sen avulla voidaan nähdä terveyteen liittyvät näkökannat. Se koskee kaikkia ihmisiä eikä vain niitä, joilla on toimintarajoitteita. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2005, 5-7.) Tässä opinnäytetyössä tutkimushaastattelu on rakennettu ICF -luokituksen teemojen mukaisesti.

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

Mielenterveyskuntoutusta käytetään yleiskäsitteenä mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten kuntoutukselle. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on

ihmisen työ- ja toimintakyvyn edistäminen, ei pelkästään oireiden helpottaminen. (Kuntoutussäätiö 2011.) Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää itsenäistä suoriutumista, työ- ja toimintakykyä, omien tavoitteiden löytämistä ja toteuttamista sekä toimintaan osallistumista yhteiskunnassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Mielenterveyskuntoutus auttaa psykiatrisista ongelmista kärsiviä ihmisiä lisäämään toimintakykyä, joko taitoja kehittämällä tai kehittämällä ympäristön tukea niin, että ihmisen toimiminen siinä vahvistuu. (Anthony ym. 2002, 3.)

Kirjallisuudessa termiä mielenterveyskuntoutus tai psykiatrinen kuntoutus käytetään niin paljon, että on tarpeellista selvittää mitä se on. Termin osa, mielenterveys tai psykiatrinen, kuvaa sitä kohdetta, johon kuntoutus tulee kohdistaa. Psykiatrisen hoidon toteutuminen ainoastaan psykiatrisilla hoitotoimenpiteillä, esimerkiksi psykoterapialla, ei tarkoita kuntoutusta. *Kuntoutus* viittaa taitojen parantumiseen tietyssä ympäristössä. Nykyään mielenterveyskuntoutuksen tarve on huomioitu, mutta se ei välttämättä toteudu riittävän hyvin. (Anthony ym. 2002, 3.) On tärkeää erottaa kuntoutus *kuntoutumisesta*. Kuntoutuminen on kuntoutujan sisäinen oppimisprosessi, joka tapahtuu hänen omassa elämässään. Kuntoutuminen on selviytymisen opettelua elämään liittyvissä asioissa, sopeutumista tilanteeseen ja oman tahdon sekä tavoitteiden määrittelyä. Kuntoutuksella tuetaan ja siihen kuuluvalla vuorovaikutussuhteella edistetään kuntoutumista. (Koskisuus 2004, 28–30.) Tässä työssä termiä mielenterveyskuntoutus käytetään tarkoittamaan myös psykiatrista kuntoutusta.

Mielenterveyskuntoutus keskittyy ihmisiin, joilla on psykiatrisia ongelmia ja vaikeus toimia eri rooleissa ja ympäristöissä sekä rajoittunut kyky toteuttaa tehtäviä. Vaikeudet näkyvät asumis-, oppimis-, työskentely- tai sosiaalisissa ympäristöissä selviämisessä. Psykiatrisia ongelmia tai sairauksia voidaan lähestyä eri tieteen näkökulmista. Riippumatta lähestymiskannasta ongelmista kärsivät ihmiset voivat hyötyä mielenterveyskuntoutuksesta. (Anthony ym. 2002, 4-10.)

Mielenterveyskuntoutusta ohjaavat arvot ovat vaikuttaneet mielenterveyskuntoutuksen kehittämiseen ja vaikuttavat sen harjoittamiseen. Mielenterveyskuntoutus perustuu vuorovaikutussuhteen rakentamiseen, joka tarkoittaa aitoa kiinnostumista kuntoutujan mielenkiinnon kohteista, arvoista, vahvuuksista, unelmista ja peloista. Mielenterveyskuntoutuksessa painotetaan positiivisen käyttäytymisen vahvistumista ja negatiivisen käyttäytymisen säätelyn hallintaa. Mielenterveyskuntoutus on auttamista ja tukemista. Ihmistä tuetaan niin pitkään, kuin on tarve ja niin pitkään kuin ihminen sitä haluaa. Ihminen voi kokea tukemisen häiritsemisenä jos se annetaan tavalla, jota ihminen ei halua, ilman hänen suostumustaan tai vääränä ajankohtana. (Anthony ym. 2002, 81–82.)

Jokaisella ihmisellä on oikeus osallistua omaan elämäänsä liittyviin päätöksiin ja neuvotteluihin. Mielenterveyskuntoutustyötä tehdään ihmisen kanssa, ei ihmiselle. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on taitojen parantuminen ja tarvittavan tuen antaminen, jotta ihmisen itsenäinen päätösten teko mahdollistuisi. Kuntoutuksen tavoitteiden tulee olla havainnoitavissa ja mitattavissa ihmisten tyytyväisyydellä ja menestyksellä omassa ympäristössään. Menestyksellä tarkoitetaan ihmisen kykyä vastata ympäristön vaatimuksiin. Tyytyväisyydellä tarkoitetaan hänen omaa kuvausta kokemuksistaan ympäristössä. Mielenterveyskuntoutustyötä ohjaa usko ihmisten kykyyn kasvaa ja kehittyä, huolimatta sairauden vakavuudesta. (Anthony ym. 2002, 82–84.)

Arvojen lisäksi mielenterveyskuntoutusta ohjaavat periaatteet, jotka toimivat yleisluonteisesti riippumatta työpaikasta tai sen toimintatavoista. Kuntoutuksessa keskitytään ihmisen vahvuuksiin enemmän kuin heikkouksiin. Mielenterveyskuntoutus tukee ihmistä ottamaan apua vastaan muilta. Avun pyytäminen ja sen vastaanottaminen jollain toisella elämänalueella tai toisessa ympäristössä voi lisätä ihmisen itsenäistä toimintaa muulla elämänalueella tai muussa ympäristössä. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on taitoja harjoittelemalla ja ympäristön tukea kehittämällä parantaa ihmisen toimimista asumiseen, opiskeluun, työskentelyyn tai vapaa-aikaan liittyvissä rooleissa. Mielenterveyskuntoutuksessa on tärkeää, että ihminen osallistuu aktiivisesti

omaan kuntoutukseensa. Kuntoutusprosessin täytyy olla selkeä, jotta kynnyks siihen osallistumiseen olisi pienempi. (Anthony ym. 2002, 84–97.)

Mielenterveyskuntoutuksessa tulee huomioida lääkehoidon vaikutus kuntoutumiseen. Se on usein tarpeellinen, mutta sillä ei voi korvata kuntoutusta. Lääkehoidolla voidaan ihmistä valmistella kuntoutusprosessiin ja hyvin onnistunut kuntoutus voi mahdollistaa lääkityksen vähentämisen. Ehdotonta mielen-terveyskuntoutuksessa on toivo, sitä tarvitaan aina. Toivon lisäksi mielen-terveyskuntoutustyössä voidaan käyttää erilaisia asiakasta hyödyntäviä kuntoutusmenetelmiä. (Anthony ym. 2002, 84–97.)

Henkilökunnan asennoituminen vaikuttaa toiveikkuuden ylläpitämiseen ja on olennaista kuntoutumista tukevan vuorovaikutuksen kannalta. Työntekijän usko kuntoutujan mahdollisuuteen kuntoutua on tärkeämpää, kuin tarkka tieto kuntoutujan auttamiskeinoista. (Koskisuu 2004, 25.)

Visio ihmisen toipumisesta, mielen-terveyskuntoutuksen arvot ja periaatteet ovat perusta mielen-terveyskuntoutukselle. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on auttaa mielen-terveysongelmista kärsiviä ihmisiä lisäämään taitoa toimia menestyksekkäästi ja olemaan tyytyväinen itse valitsemis-ään ympäristöissä. Tavoitteeseen tulisi pyrkiä mahdollisimman vähäisellä määrällä eri palveluita. (Anthony ym. 2002, 101–102.)

Mielenterveyskuntoutus on moniammatillista ja siinä työskentelee eri ammattiryhmiä. Yhdessä työskentelevien työntekijöiden tulee löytää oman ammatillisen näkökulman lisäksi yhteinen arvopohja. On syytä keskustella siitä, mikä tekee yhdessä eri näkökulmista mielen-terveyskuntoutusta ja kuinka kuntoutusajattelu näkyy käytännössä: työn suunnittelussa, sisällössä ja työotteessa. Mielenterveyskuntoutus ja hoitotyö täydentävät toisiaan. Aikaisemmin tämä ei ole ollut itsestään selvää. Mielenterveyskuntoutusta ei välttämättä ole käytetty lainkaan hoitoa täydentävänä, vaan sitä on käytetty vasta hoidon jälkeen tai harkittu vaihtoehtona, jos hoito on epäonnistunut. Monet niin sanotut kuntou-

tusohjelmat ovat keskittyneet ainoastaan psykiatrisiin hoitomenetelmiin kuntoutuksen sijasta. (Anthony ym. 2002, 11–15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa (2001) painotetaan kuntoutuksellista työtä ja avohoidon tärkeyttä. Kuntoutusta psykiatrisen hoidon osaksi suositellaan silloin, kun kyky selviytyä arkielämän tilanteista on heikentynyt tilapäistä muutosta pysyvämmiin. Suosituksessa painotetaan kuntoutussuunnitelman tekoa osana kuntoutusta. Kuntoutussuunnitelmaa varten tulee huomioida ja arvioida toimintojen ja lähipiirin/ympäristön mahdollisuudet sekä tuen tarve. Kuntoutussuunnitelma tulee tarkistaa säännöllisesti. (Koskisu 2004, 215.)

Kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija. Kuntoutuksen tehtävänä onkin tuoda esille ja arvostaa kuntoutujan omaa näkemystä ja asiantuntijuutta omassa elämässään. Tämä on haaste perinteiselle psykiatrisen hoidon- ja kuntoutuksen kulttuurille. Kun kuntoutus perustuu kuntoutujälähtöisyydelle, työntekijä ohjaa kuntoutujaa löytämään oman äänen, tahdon ja tavoitteet ilman oletuksia tai ennakkoluuloja. (Koskisu 2004, 22.)

Mielenterveyskuntoutuksen tarve on ollut näkyvä jo jonkin aikaa ja siitä on raportoitu useissa eri julkaisuissa ja tutkimuksissa. Tutkimukset kertovat tarpeesta kehittää mielenterveyskuntoutuspalveluita. Kehitystä on tapahtunutkin, mutta edelleen on tarve kehittää mielenterveystyötä tekevien ihmisten asenteita, tietoja ja taitoja sekä heidän työtään ohjaavia rakenteita, ohjelmia ja niiden luonnetta. On toivottavaa, että pitkän ajan tähtäimellä kehitys mielenterveyskuntoutuksessa perustuisi kuntoutuspalvelujen tehokkuutta selvittäviin tutkimuksiin. (Anthony ym. 2002, 16–18.)

Mielenterveyskuntoutuksesta on saatu näyttöön perustuvaa tietoa, vaikkakin kokeellisia ja kontrolloituja tutkimuksia on vähän. Tutkimuksien vähäisen määrän vuoksi mielenterveyskuntoutuksen tulee perustua niihin tutkimuksiin, joita on tehty ja jatkuvaan arviointiin mielenterveyskuntoutuspalvelujen kehittämistarpeista ja mahdollisuuksista. (Anthony ym. 2002, 72.)

4 TOIMINTATERAPIA MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSESSA

Toimintaterapiaa ohjaa filosofia, joka keskittyy voimaantumiseen lisäämällä ihmisen elämän taitoja. Toimintaterapiassa ollaan kiinnostuneita merkityksellisistä toiminnoista, joiden avulla roolit, ihmissuhteet ja rutiinit määräytyvät. Nämä antavat tarkoituksen ja muodon elämälle sekä takaavat elintärkeät ai-
nekset hyvinvoinnin tunteelle. (Blair, Hume & Creek 2008, 28.)

1950- ja 1960-luvulla Suomessa toimintaterapeutin ammattia alettiin markkinoida lääkäreiden toimesta osaksi terveydenhuollon- ja kuntoutuksen palveluita. Psykiatrian alueella toimintaterapia tuki muita psykiatrisia hoitomuotoja (psykoterapia), auttoi diagnoosin määrittämistä ja tuki potilasta ottamaan vastuuta sosiaalisesta ja taloudellisesta asemastaan sekä madalsi potilaan kynnystä palata osaksi yhteiskuntaa. Toimintaterapiassa vuorovaikutussuhde potilaan ja terapeutin välillä nousi tärkeäksi terapeutiksi tekijäksi, samoin kuin potilaan ja ympäristön yhteyden löytyminen. (Hautala 2005, 63–69.)

Toimintaterapiassa keskitytään siihen miten sairaus tai vamma vaikuttaa ihmisen toimintaan. Toimintaterapian ainutlaatuisuus perustuu näkemykseen, että ihmisillä on kyky vaikuttaa terveyteensä tekemisen kautta. Toimintaterapian päätavoitteena on kehittää yksilöiden potentiaalia kasvaa ja oppia, edistää elämänlaatua ja hyvinvoinnin tunnetta tyydytyksen lisäämiseksi päivittäisessä elämässä sekä parantaa osallistumisen mahdollisuutta eri elämäntilanteissa. Toimintaterapian ytimenä on toiminnan analyysi, soveltaminen, synteesi ja johtopäätökset. Intervention tuloksen tulisi olla se, että asiakas pystyy ottamaan osaa toimintoihin, jotka tukevat toipumista, terveyttä, hyvinvointia, tyytyväisyyttä ja pätevyyden saavuttamisen tunnetta. (Creek & Lougher 2008, 37.)
Toiminnan analyysissa terapeutti tekee kliinistä päättelyä potilaan toimintaan vaikuttavista taidoista ja toimintaterapian odotetuista vaikutuksista ja hyödyis-

tä. Analyysi perustuu ammattia ohjaavaan teoreettiseen viitekehykseen. (Page 2008, 32.)

Toimintaterapeutit työskentelevät kaikenikäisten ihmisten kanssa, joilla on ongelmia itsenäisissä tai omaisten ja hoitohenkilökunnan tukemissa tehtävissä ja toiminnoissa. Terapia voidaan toteuttaa varhaisessa vaiheessa pulmien tai niiden vaikutusten ennaltaehkäisemiseksi. Interventiot ovat tehokkaimpia silloin, kun asiakas osallistuu ja sitoutuu sekä tavoitteiden asetteluun, että prosessiin. Asiakslähtöisessä toimintaterapiassa terapeutti, asiakas ja muut asianomaiset tekevät yhteistyötä. Mikäli asiakkaan on sairautensa vuoksi mahdollonta osallistua täysin voimin toimintaterapiaan, terapeutti voi ottaa vastuun päätöksenteosta kuntoutuksessa. Tällöin toimintaterapeutin täytyy olla tietoinen, etteivät hänen omat tavoitteensa ja arvonsa muutu asiakkaan tavoitteiksi ja arvoiksi. (Creek & Louger 2008, 37–38.) Kuntoutuksen edetessä kuntoutuja pystyy ottamaan vastuuta kuntoutuksestaan sekä miettimään mihin, millaista ja keneltä tukea tarvitsee. Kuntoutujan pyrkimys tavoitteisiin pääsemiseksi edellyttää häneltä muutostarpeiden tiedostamista ja aktiivisia toimia tavoitteiden toteutumiseksi. (Koskisuus 2003, 95.)

Terveystieteiden ja kuntoutuksen haasteena on löytää työn tueksi luotettavaa tietoa. Tähän pyrkii vastaamaan näyttöön perustuva käytäntö (evidence-based practice, EBP) ja näyttöön perustuva toimintaterapia (evidence-based occupational therapy, EBOT). Näillä viitataan uusimman ja parhaaksi arvioitun tiedon järjestelmälliseen käyttöön toimintaterapian arvioinnissa, suunnittelussa, toteutuksessa ja kuntoutuksen tulosten seurannassa. Näyttöön perustuva käytäntö tarkoittaa tutkimustiedon, oman asiantuntijuuden, asiakkaan valinnan ja kliinisen harkinnan yhteen saattamista. (Taylor 2009, 211–230; Urish 2008, 371.)

Asiakkaan toiminnassa on mahdollisuus saada parannusta aikaan, kun toimintaterapiapalveluiden tuottajat hyödyntävät näyttöön perustuvaa käytäntöä. Palvelujen tuottajien tulee ajanmukaiseen näyttöön perustuvien menetelmien lisäksi pitää mielessä asiakkaan arvot, tarpeet ja tavoitteet. (Urish 2008, 371.)

Toimintaterapeutit työskentelevät nykypäivänä hyvin eri elämänvaiheissa ja tilanteissa olevien asiakkaiden kanssa. Jatkuvasti muuttuvissa terveys- ja sosiaalipalveluissa, toimintaterapeuttien täytyy pystyä tehokkaasti tarjoamaan toimintaterapiaa mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille. Toimintaterapeuttien tulisi työssään pitää mielessä, ammatin perustamiseen johtavat ajatukset ja uskoa merkityksellisen toiminnan terapeutitseen arvoon, ihmissuhteen tärkeyteen ja eri toimintojen (työ, itsestä huolehtiminen ja vapaa-aika) taseeseen. (Paterson 2008, 13-14.)

5 INHIMILLISEN TOIMINNAN MALLI

Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan malli (The Model of Human Occupation, MOHO) on toimintaterapeuttien työtä ohjaava viitekehys, joka on julkaistu ensimmäisen kerran lähes kolme vuosikymmentä sitten. Mallissa korostetaan toiminnallista osallistumista, toiminnallista suoriutumista ja toiminnallisia taitoja. Mallin mukaan toimintaan motivoitumiseen vaikuttaa tahto eli ihmisen käsitys itsestään toimijana, hänen arvonsa ja mielenkiinnon kohteensa. Ihmisen toimintaan vaikuttavat hänen tapansa tehdä erilaisia toimintoja sekä rutiinit, joita hän on omaksunut elämänsä aikana. Suorituskykyyn vaikuttavat ihmisen motoriset taidot, prosessitaidot sekä vuorovaikutustaidot. Toiminta tapahtuu jossain ympäristössä ja ympäristöllä on aina vaikutus ihmisen toimintaan. Ympäristö sisältää fyysisen, sosiaalisen, kulttuurisen, taloudellisen ja poliittisen kontekstin tekijät. (Kielhofner 2008, 11- 23).

Tahto (volition) käsite sisältää ajatukset ja tunteet siitä, mitä ihminen pitää tärkeänä (arvot), missä tilanteissa hän pitää itseään kyvykkäänä ja tehokkaana toimimaan (henkilökohtainen vaikuttaminen) ja minkä toimintojen tekemisestä hän nauttii (mielenkiinnon kohteet). Arvot, henkilökohtainen vaikuttaminen ja mielenkiinnon kohteet vaikuttavat toimintoihin, joita ihminen valitsee

tehtäväkseen. Tahtoon vaikuttaa ympäröivä kulttuuri, toimintaolosuhteet, henkilökohtaiset taipumukset, aikaisemmat kokemukset, pätevyyden tunne toimissa, toiminnasta nauttiminen ja toiminnan arvostaminen. (Kielhofner 2008, 34–46).

Ihmisen toimintaan motivoitumiseen vaikuttaa tieto omista kyvyistä suoriutua tehtävästä sekä tunne oman toiminnan tehokkuudesta (Kielhofner 2008, 36). Teoksessa Kielhofner (2008, 36) Burken, DeCharmsin & Goodmanin mukaan henkilöt, jotka tuntevat itsensä kyvykkäiksi ja tehokkaiksi, etsivät enemmän mahdollisuuksia toimia. He käyttävät hyödyksi toiminnan aikana saamaansa palautetta korjaamaan ja muuttamaan toimintaa, saavuttaakseen tavoitteita. Henkilöt, jotka tuntevat kyvyttömyyttä ja tehottomuutta, välttelevät toimintaa, eivätkä jaksaa ponnistella toiminnan päämäärien eteen. (Burge 1977; DeCharms 1968; Goodman 1960.)

Arvot ovat vahvassa yhteydessä kulttuuriin, jossa ihminen elää. Ihmisen arvot vaikuttavat hänen valintoihinsa. Ihminen on sitoutunut asioihin, joita pitää hyvinä, oikeina ja tärkeinä. Arvot ovat sidoksissa henkilökohtaiseen vakaumukseen ja velvollisuuden tunteeseen. Arvot vaikuttavat niihin ihmisen valintoihin mitä hän haluaa tehdä ja mitkä asiat tuovat hänelle omanarvon tuntua. (Kielhofner 2008, 13–41.)

Ihmisen mielenkiinnon kohteet kertovat mieltymyksistä, minkälaisista toiminoista hän pitää ja millainen toiminta antaa nautintoa. Mielenkiinnon kohteet heijastavat ihmisen odotuksia, valintoja, kokemuksia ja tulkintoja omista toiminoistaan. Nautintojen lähde vaihtelee pienten arkisten asioiden tekemisestä suuriin intohimoihin. Tyydytystä voivat antaa eri tekijät esimerkiksi liikunta, älyä vaativat harrasteet, käsin tehtävät toiminnat, toverisuhteet ja luovat toiminnat. (Kielhofner 2008, 42–44).

Tottumus (habituation) on sisäistä valmiutta olla johdonmukaisesti jossain roolissa ja tehdä rutiineja. Roolit ja tavat (rutiinit) toteutuvat aina jossain ajallisessa, fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä. Sosiaalinen ja persoonalli-

nen asema tulee esiin erilaisten roolien kautta. Roolien kautta voidaan tarkastella ihmisen tehtäviä ja tekoja, toiminnan sisältöä ja tyyliä. Roolit vaikuttavat ajankäyttöön. Tavat ohjaavat ihmisen tekemistä ja käyttäytymistä tutussa ympäristössä ja tilanteissa. (Kielhofner 2008, 52–61).

Suorituskykyyn (performance capacity) vaikuttavat ihmisen fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä ihmisen sisäinen, subjektiivinen tuntemus omasta kyvystään suoriutua toiminnoista. Ihmisen kokemukset muokkaavat sitä kuinka hän toimii. Inhimillisen toiminnan mallissa fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien vaikutus toimintaan huomioidaan, mutta niitä ei tarkastella tarkemmin. Fyysisiä ja psyykkisiä ominaisuuksia selvitetään tarkemmin muissa viitekehyksissä. (Kielhofner, Tham, Baz & Hutson 2008, 68–69).

Ympäristö vaikuttaa ihmisen toimintaan motivoitumiseen, toiminnan organisoimiseen ja suoriutumiseen toiminnassa. Ympäristöön kuuluu

- esineet joita ihmiset käyttävät tehdessään asioita
- tilat, missä ihmiset toimivat
- tehtävät ja toiminnot, joita ympäristö tarjoaa tai edellyttää ihmisen tekevän
- sosiaaliset ryhmät, joiden kanssa ihminen on tekemisissä (perhe, ystävät, työkaverit, naapurit)
- ympäröivä kulttuuri, joka vaikuttaa ympäristön fyysisiin ja sosiaalisiin tekijöihin
- poliittinen ja taloudellinen konteksti, joka vaikuttaa vapautteen valittuun toimintaan sekä resursseihin, joita tarvitaan toiminnassa.

Ympäristö tarjoaa mahdollisuuksia toimintaan ja edellyttää tietynlaista toimintaa. Se voi myös ehkäistä ja estää toimintaa. (Kielhofner 2008, 86- 88.)

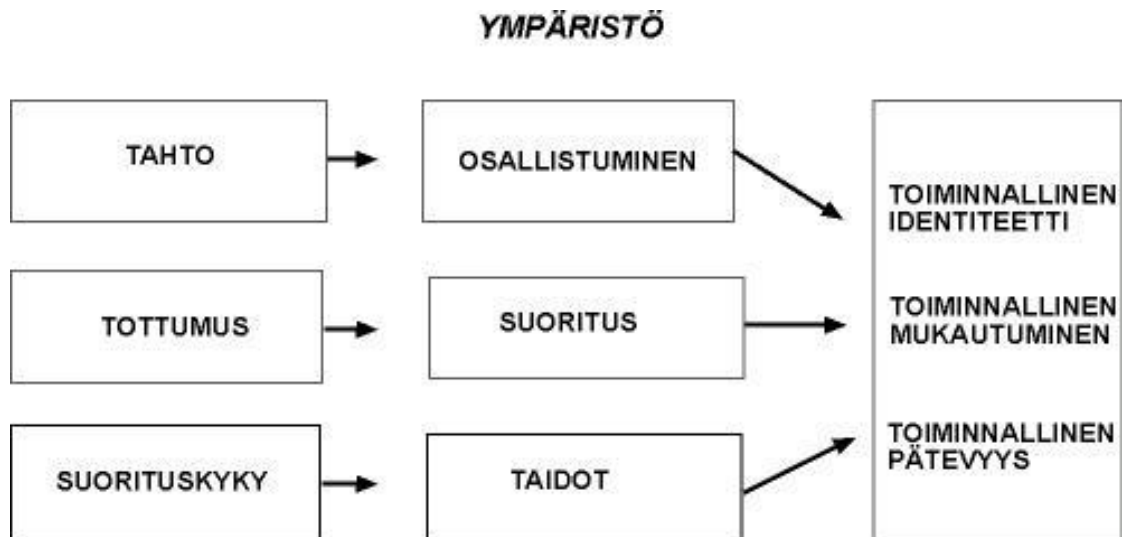
Inhimillisen toiminnan mallissa elämän aikana toimintoihin osallistumisen seurauksena kuvataan **toiminnallisen mukautumisen** (occupational adaptation)

prosessina (kuvio 1). Elämänsä aikana ihminen osallistuu erilaisiin toimintoihin tekemällä erilaisia asioita. Tässä prosessissa ihminen on jatkuvassa vuorovaikutuksessa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa, jotka toiminnoista tulleiden kokemusten lisäksi muokkaavat tahtoa, tapoja ja toiminnallista suoriutumista. Tahto, tavat ja toiminnallinen suoriutuminen yhdessä ympäristön kanssa vaikuttavat toiminnalliseen osallistumiseen. Ajan kuluessa toimintoihin osallistumisen vaikutuksesta ihmiselle muodostuu oma toiminnallinen identiteetti ja pätevyys. (Kielhofner 2008, 106–108.)

Toiminnallinen identiteetti tarkoittaa ihmisen toiminnallisen historian perusteella muodostunutta käsitystä itsestä ja siitä millaiseksi hän haluaa tulla. Toiminnallinen identiteetti muodostuu siitä, kuinka ihminen käsittää oman suoriutuskäytöksensä, tehokkuutensa, velvollisuutensa sekä tärkeät asiat, tutut elämän rutiinit, ympäristön odotukset ja niiden tuen omalle toiminnalle. Näiden lisäksi toiminnallista identiteettiä määrittävät toiminnot, jotka ihminen kokee mielenkiintoisiksi ja tyydyttäväiksi sekä ihmissuhteiden ja roolien kautta syntyvä käsitys siitä kuka olen. **Toiminnallisen pätevyyden** tunne syntyy siitä, kuinka paljon ihminen voi toteuttaa toiminnallista identiteettiään. Toiminnalliseen pätevyyteen kuuluu:

- mahdollisuus toimintaan, joka täyttää omat rooli- ja arvo-odotukset sekä oman vaatimustason
- mahdollisuus ylläpitää rutiineja velvollisuuksien hoitamiseksi
- mahdollisuus osallistua toimintaan, joka tuottaa tyydytystä, hallinnan tunnetta ja antaa käsityksen omista kyvyistä
- mahdollisuus pyrkiä arvojen mukaiseen toimintaan ja tavoitteeseen.

(Kielhofner 2008, 106–108.)



KUVIO 1. Toiminnallisen mukautumisen prosessi Inhimillisen toiminnan mallin mukaan (Kielhofner 2008, 108.)

Toiminnallinen identiteetti ja pätevyys selkiintyvät ihmisen kehityksen myötä ja elämässä tapahtuvien muutosten kautta. Useimmat ihmiset kokevat ainakin kerran elämässään uhan tai ongelmia toiminnallisen mukautumisen prosessissaan. Tämä vaatii toiminnallisen identiteetin ja pätevyden uudelleen rakentamista. (Kielhofner 2008, 106–108.)

6 INHIMILLISEN TOIMINNAN MALLIN AIKUISILLE KOHDENNETTUJA ARVIOINTIVÄLINEITÄ

Inhimillisen toiminnan malliin pohjautuvat arviointimenetelmät keskittyvät sairauksien ja puutteiden sijasta arkipäivän toimintoihin. Ne tuovat esiin potilaiden ainutlaatuiset toiveet, kokemukset ja mielipiteet. Toiminnan arviointi näillä menetelmillä auttaa rakentamaan potilaan luottamusta itseensä ja terapeuttiin. (Kielhofner, Mentrup, Miranda, Schulte & Shepherd 2008, 380.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään aikuisille mielenterveyskuntoutujille sopivia arviointimenetelmiä.

6.1 Haastattelumenetelmät

OCAIRS - Occupational Circumstances Assessment- Interview and Rating Scale (Forsyth, Deshpande, Kielhofner, Henriksson, Haglund, Olson, Skinner & Kulkarni 2005) kerää tietoa asiakkaan tämän hetkisestä toiminnallisesta osallistumisesta. Haastattelumenetelmän manuaalissa on esitetty kysymykset käytettäväksi fyysisen toimintakyvyn ongelmien, ikääntymisen ja mielenterveysongelmien vuoksi hoidossa ja kuntoutuksessa oleville sekä käytettäväksi mielenterveysyksikössä, vankilassa ja vankimielisairaalassa. (Kielhofner, Forsyth, Clay, Ekbladh, Haglund, Hemmingsson, Keponen & Olson 2008, 262–266.)

Toiminnallista elämänhistoriaa kartoittava haastattelu **OPHI II** - Occupational Performance History Interview (Kielhofner, Mallinson, Crawford, Nowak, Rigby, Henry & Walens 2004) kerää tietoa asiakkaan toiminnallisesta mukautumisesta menneisyydessä ja nykyisyydessä. Arviointi on kolme osainen. Se sisältää haastattelun, joka antaa tietoa asiakkaan toiminnallisesta historiasta, mittaa asiakkaan toiminnallista identiteettiä, toiminnallista pätevyyttä ja ympäristön vaikutusta niihin. Elämänhistorian haastattelu on suunniteltu poimimaan toiminnallisesta historiasta laadukkaita hetkiä. (Kielhofner ym. 2008, 266–272.)

Työroolia arvioiva haastattelu **WRI** - The Worker Role Interview (Veloza, Kielhofner & Fisher 1998) haastattelumenetelmä on suunniteltu tunnistamaan työhön paluuseen ja työssä menestymiseen vaikuttavia psykososiaalisia ja ympäristöllisiä tekijöitä. WRI kerää tietoa henkilökohtaisesta vaikuttamisesta, arvoista, mielenkiinnon kohteista, rooleista, tavoista ja ympäristön havaitsemista. (Kielhofner ym. 2008, 278–283.)

Työympäristön vaikutuksia arvioiva menetelmä **WEIS v.2** - The Work Environment Impact Scale (Moore-Corner, Kielhofner & Olson 1998) on haastattelu ja pisteytysasteikko, joka on suunniteltu keräämään tietoa kuinka asiakkaat, joilla on fyysisiä tai psykososiaalisia vaikeuksia, kokevat työympäristönsä.

WEIS selvittää, kuinka työympäristö ja siinä olevat tekijät vaikuttavat asiakkaaseen. WEIS voi antaa tietoa myös siitä kuinka entiset työympäristöt ovat aikaisemmin vaikuttaneet asiakkaan työn tuottavuuteen ja tyytyväisyyteen työssä. WEIS:ä suositellaan käytettäväksi asiakkailla, jotka ovat työelämässä tai palaamassa työelämään. (Kielhofner ym. 2008, 283–286.)

AOF-CV - The Assessment of Occupational Functioning- Collaborative Version (Watts, Kielhofner, Bauer, Gregory & Valentine 1986) on alun perin suunniteltu haastattelumenetelmäksi. Sitä on myöhemmin muokattu käytettäväksi myös itsearviointimenetelmänä. Menetelmän avulla saadaan yleiskuva asiakkaan toiminnallisesta osallistumisesta. AOF-CV kokoaa tietoa asiakkaan toimintaan sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä, siitä mikä vaikuttaa tarpeeseen tai haluun tehdä asioita. Se voi myös tunnistaa tarpeen tarkemmalle arvioinnille. (Kielhofner ym. 2008, 288–293.)

6.2 Havainnointimenetelmät

Motoristen ja prosessitaitojen havainnointimenetelmä **AMPS** - The Assessment of Motor and Process Skills (Fisher 2003) ja kommunikaatio ja vuorovaikutustaitojen arviointimenetelmä **ACIS** -The Assessment Communication and Interaction Skills (Forsyth, Salamy, Simon & Kielhofner 1998) on kehitetty koostamaan tietoa ihmisen taidoista havainnoimalla toimintaa ja tunnistamaan sekä vahvuuksia että heikkouksia toiminnassa. AMPS:lla arvioidaan motorisia ja prosessitaitoja havainnoimalla ihmisen valitsemaa päivittäistä toimintaa, sisältäen itsestä huolehtimisen ja kodin hoidon tehtäviä. AMPS arviointimenetelmän käyttö vaatii erillisen koulutuksen. ACIS:n avulla havainnoidaan ihmisen kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja, joita hän käyttää ryhmässä tapahtuvassa toiminnassa, vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Kielhofner, Cahill, Forsyth, De Las Heras, Melton, Raber & Prior 2008, 217–223.)

Tahdon havainnointimenetelmä **VQ**- Volitional Questionnaire (De Las Heras & Kielhofner 1997) sopii arvioimaan niiden ihmisten tahtoa, joilla oman tahdon ilmaiseminen ja itsearviointi ei onnistu. VQ:lla arvioidaan niiden ihmisten

tahdon ilmaisua, jotka eivät osaa verbaalisesti ilmaista tahtoaan ja arvojaan. Arviointimenetelmä soveltuu käytettäväksi esimerkiksi asiakkaiden arviointiin, joilla on dementia, aivovamma tai vaikeuksia ilmaista tahtoaan ympäristön rajoitusten vuoksi. VQ:n avulla voidaan tunnistaa asiakkaan motivaatiota, joka voi vaihdella eri ympäristöissä riippuen siitä, kuinka ympäristö tukee asiakkaan mielenkiinnon kohteita, arvoja ja henkilökohtaista vaikuttamista. VQ on hyödyllinen tahdon muutosten seurannassa ja sen avulla asiakasta voidaan opettaa seuraamaan omaa motivaation tasoaan. VQ menetelmä sisältää erillisen lomakkeen moniammatillisen henkilökunnan käyttöön. (Kielhofner ym. 2008, 226–228.)

Inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi **MOHOST**- The Model Of Human Occupation Screening Tool (Forsyth & Parkinson 2006) on toiminnan havainnointimenetelmä, joka kokoaa asiakkaasta oleellista tietoa liittyen Inhimillisen toiminnan mallin alueisiin. MOHOST antaa kokonaisvaltaisen näkemys asiakkaan toiminnasta. Menetelmä kerää tietoa asiakkaan vahvuuksista ja korostaa tahdon, tapojen, taitojen ja ympäristön vaikutusta toiminnallisuuteen. MOHOST:n avulla voidaan tunnistaa muiden arviointimenetelmien käytön tarve. MOHOST- arvioinnilla on mahdollista saada yleiskuva asiakkaan toiminnallisesta osallistumisesta. Arvioinnissa käytetään pöytäkirjalomaketta, jonka avulla toimintaterapeutti, muut ammattialan työntekijät tai läheiset voivat havainnoida ja pisteyttää asiakkaan toimintaa. (Kielhofner ym. 2008, 293–294.)

6.3 Itsearviointimenetelmät

Toimintamahdollisuuksien itsearviointimenetelmä **OSA**- Occupational Self Assessment (Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer & Wolenski 2006) tuo esille asiakkaan näkökulman toimintojen merkityksellisyydestä ja tyytyväisyydestä. OSA:n avulla asiakas pystyy määrittelemään tavoitteet terapialle ja strategiat niihin pääsemiseksi. (Kielhofner, Forsyth, Suman, Kramer, Nakamura-Thomas, Yamada, Cordeiro, Keponen, Pan & Henry, A. 2008, 246-248.)

Modified Interest Checklist (Kielhofner & Neville 1983) kerää tietoa asiakkaan tämän hetkisistä ja aikaisemmista mielenkiinnonkohteista. Menetelmän avulla saadaan tietoa mielenkiinnonkohteiden muutoksista sekä osallistumisesta tai halukkuudesta osallistua niihin nyt tai tulevaisuudessa. (Kielhofner ym. 2008, 238–240.)

OQ- Occupational Questionnaire (Smith, Kielhofner & Watts 1986) selvittää asiakkaan viikoittaisiin toimintoihin osallistumista. OQ selvittää kuuluuko toiminta asiakkaan mielestä työhön, vapaa-aikaan, päivittäisiin toimintoihin vai lepoon. Kuinka paljon asiakas nauttii toiminnasta, kuinka tärkeää se hänelle ja kuinka hyvin hän siitä suoriutuu. (Kielhofner ym. 2008, 241–243.)

Role Checklist (Oakley, Kielhofner & Barris 1985) on kehitetty toiminnallisten roolien arviointiin ja arvioimaan asiakkaiden rooleille asettamia arvoja menneisyydessä, tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. (Kielhofner ym. 2008, 258.)

7 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TAVOITE

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin suunnittelulla yhdessä PKSSK:n aikuis- ja lasten psykiatrian työntekijöiden kanssa. Opinnäytetyön aihetta lähdettiin suunnittelemaan tarkoituksena kehittää kotona toteutettavaa toimintaterapiaa. Yhteisessä suunnittelupalaverissa tuli esille tarve kehittää PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän toimintaa. Aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmä toivoi käytännön työtä kehittäviä menetelmiä kuntoutujien toimintakyvyn arviointiin. Arviointimenetelmien toivottiin olevan moniammatillisesti hyödynnettäviä, näyttöön perustuvia ja, että niiden avulla voitaisiin seurata kuntoutuksen tuloksellisuutta.

Opinnäytetyön aiheeseen perehdyttiin tutustumalla PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän toimintaan ja aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Perehtymisen seurauksena muotoutui tarkempi opinnäytetyön aihe. Aihe-seminaarin avulla ja kuntoutustyöryhmän ensimmäisessä tapaamisessa tammikuussa 2011 opinnäytetyön lopullinen aihe saatiin rajattua ja tutkimusongelmat sekä tutkimuksen tavoitteet tarkentuivat.

Tutkimuksen tavoitteena oli vastata tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä arjen ongelmia PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla on ollut viimeisen vuoden aikana?
2. Mitä Inhimillisen toiminnan mallin arviointivälineitä voidaan käyttää aikuispsykiatrian kuntoutustyöryhmän kuntoutujien toiminnan arvioinnissa arjen ongelmien perusteella?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on kuvata todellista elämää ja pyrkiä mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimukseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastausta haastattelun, haastatteluaineiston analyysin ja kirjallisuuskatsauksen avulla.

Tutkimuskysymykseen yksi vastattiin teemahaastattelun avulla, joka tehtiin PKSSK:N aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän työntekijöille ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu antaa työntekijöille mahdollisuuden esittää näkemyksensä potilaiden ongelmista keskustelunomaisesti sekä auttaa haastateltavia kuulemaan kollegoidensa näkemyksiä ongelmista ja palauttamaan mieleen työssä esille tulleita potilaiden arjen ongelmia. Hirsjärven ja muiden (2009) mukaan ryhmähaastattelulla saadaan paljon tietoa usealta henkilöltä samanaikaisesti. Ryhmässä haastattelutilanne on luonteva, kes-

kustelunomainen. Ryhmä auttaa muistamaan sekä korjaamaan mahdollisia väärinymmärryksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 210.)

Ryhmähaastattelusta tehtiin teorialähtöinen analyysi Inhimillisen toiminnan mallin mukaan. Laadullisen tutkimuksen analyysi sisältää tutkimusaineiston systemaattisen luokittelun ja jäsentämisen eri teema-alueisiin, jotka jäsentyvät lopulliseen muotoonsa vähitellen useiden analysointivaiheiden jälkeen (Kiviniemi 2007,80). Kanasen mukaan teorialähtöisessä analyysissä luokittelu tehdään olemassa olevaan tietoon ja teoriaan perustuen. Analyysissä käytettävät käsitteet johdetaan teoriasta. (Kananen 2008, 91.)

Tutkimuskysymykseen kaksi vastattiin tekemällä tarkasti rajattu, kuvaileva kirjallisuuskatsaus teemahaastattelun tuloksista. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tuoda esille aiempia tutkimuksia, niiden näkökulmia ja yhteyttä meillä olevaan tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 111).

8.1 Tutkimushaastattelu ja aineiston analyysi

Ensimmäinen tutkimuskysymys ja siihen liittyvät haastattelun teemat **rajattiin** koskemaan PKSSK:n aikuispsykiatrian kotikuntoutuksen kuntoutujien arjen ongelmia viimeisen vuoden aikana, koska työryhmän yksi jäsen oli työskennellyt ryhmässä kolme kuukautta, loput useamman vuoden ajan. Rajaus asetti haastateltavat ”samalle lähtöviivalle” sekä kohdisti kysymyksen arjen ongelmista lähimenneisyyteen. Kuntoutujien hoitosuhteet kestävät muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin, jolloin vuoden aikana on ollut sen verran kuntoutujia, että haastateltavat pystyivät keskustelemaan mahdollisimman monipuolisesti kuntoutujien arjen ongelmista.

Haastattelun teemoiksi valittiin International Classification of Functioning (ICF) – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitus (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2005), koska se on moniammatillinen ja kattava terveydenhuollon käsitteistö sekä antaa puolueet-

toman lähtökohdan haastattelulle. Haastattelun teemat painottuivat ICF:n alueille: suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Teemojen painotus noille alueille on tärkeää, koska muun muassa Suomen toimintaterapeuttiliiton suosituksissa (2010, 8) todetaan, että toimintaterapiassa ensisijaisena kohteena on yksilön, ympäristön ja toiminnan välinen vuorovaikutus, joka on lähellä ICF- luokituksen osallistuminen käsitettä. Valtioneuvoston kuntoutusse-lonteko (2002a) korostaa, että kuntoutuksessa on tärkeää pohtia kuntoutujan ympäristöä ja osallisuutta kuntoutumisprosessiinsa (Sosiaali- terveystieteiden tutkimuskeskus 2002a).

Teemahaastattelu pilotoitiin PKSSK:n lastenpsykiatrian osaston työntekijäl-lä. Koehaastattelun avulla haastattelun teemat tarkentuivat. Haastattelua on hyvä kokeilla etukäteen haastatteluteemojen sopivuuden testaamiseksi ja, että osataan huomioida erityyppiset haastateltavat. (Hirsjärvi ym. 2009, 211). Esi-haastattelun avulla voidaan etukäteen arvioida haastattelun kestoa ja suju-vuutta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72).

Opinnäytetyöstä tehtiin **yhteistyösopimus** (liite 1) PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan osastonhoitajan kanssa. Tutkimuslupa (liite 2) haettiin aikuispsy-kiatrian poliklinikan ylihoitajalta. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi laadittiin haastateltaville saatekirje 17.2.2011 (liite 3). Saatekirjeessä selvitettiin haas-tattelun tarkoitus, teemat, toteutusaika, toteutustapa ja tallennusmenetelmät. Tutkimuslupa saatiin 1.3.2011.

Haastattelu **toteutui** teemahaastatteluna (liite 4) 23.3.2011 aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän tiloissa. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten muoto ja järjestys puuttuvat (Hirs-järvi ym. 2009, 208). Teemahaastattelu tuo haastateltavien äänen kuuluviin huomioimalla heidän tulkintansa asioista ja niille antamansa merkitykset (Hirs-järvi & Hurme 2010, 47- 48).

Haastateltavia oli seitsemän kuntoutustyöryhmän työntekijää. Haastattelu tal-lennettiin sekä videoiden että äänittäen. Tallennettua materiaalia haastattelus-

ta kertyi 1 h 24 min. Hirsjärven ja Hurmeen (2010) mukaan ryhmähaastattelun äänitys ja videointi yhdessä helpottavat haastattelun purkamista varsinkin jos haastateltavia on useita. Videointi antaa tietoa siitä, kuka milloinkin puhuu, kun taas pelkän äänityksen avulla purkaminen voi olla vaikeaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 63.)

Työntekijöiltä pyydettiin äänitykseen ja videointiin kirjallinen suostumus (liite 5) ennen haastattelua. Haastateltavien nimiä ei julkaista haastateltavien tunnistamisen välttämiseksi. Hirsjärvi & Hurme (2010) toteavat, että silloin kun tutkimus julkaistaan sähköisesti siinä olevat tunnistetiedot voivat levitä laajalle. Tämä voidaan ehkäistä tunnistetiedot häivyttämällä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 191.)

Haastattelussa haastattelijoiden tehtävä oli esittää keskusteltava teema ja ohjata haastateltavia pysymään niissä. Haastattelussa huomioitiin, että kaikki haastateltavat saivat mahdollisuuden osallistua keskusteluun. Hirsjärvi & Hurmeen (2010) mukaan haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa osapuolet huomioivat toisensa. Haastattelijalta vaaditaan erilaisia taitoja, kuten tilanneherkkyyttä, luotettavuutta ja taitoa olla ohjaamatta liikaa keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 68, 94.)

Tutkimushaastattelu **litteroitiin** 24.–25.3.2011. Litteroitua materiaalia kertyi sanatarkasti purettuna, fontilla Arial, koko 14 ja rivivälillä 1, 30 sivua. Litterointia eli puhtaaksikirjoitusta pidetään tärkeänä, kun haastateltavia on useita ja tallennettua materiaalia on paljon. Litterointi helpottaa päätelmien tekoa antamalla mahdollisuuden tarkastella haastattelumateriaalia useita kertoja. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138–140.)

Litteroitu aineisto **analysoitiin** teorialähtöisesti Inhimillisen toiminnan mallia käyttäen. Litteroidusta aineistosta etsittiin kaikki kuntoutujien arjen ongelmat, jotka luetteloidtiin. Ongelmaluettelossa esiintyi useita samoja ongelmia. Ongelmat tiivistettiin taulukkoon niin, että ne mainitaan vain yhden kerran. Aineistosta ei poistettu mitään ongelmia. Analyysissä sijoitettiin haastattelussa ilmen-

neet PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujien viimeisen vuoden aikana ilmenneet arjen ongelmat Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden alle. Kielhofnerin (2008) mukaan Inhimillisen toiminnan malli käsitteellistää ihmisen toiminnan kolmeen eri osa-alueeseen: tahto, tottumus ja toiminnallinen suoriutuminen. Mallin mukaan toiminta tapahtuu aina jossain tietyssä ympäristössä. (Kielhofner 2008, 12–21.) Analyysiprosessi on kuvattu kuviossa 2.



KUVIO 2. Teorialähtöisen analyysin eteneminen.

8.2 Kirjallisuuskatsaus

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytetään tutkimuksissa yleisesti. Tutkittava asiaa voidaan selvittää laajasti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla ilman tarkkoja sääntöjä aineiston valintaan. Tutkimuskysymykset voivat olla väljempinä systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tai meta-analyysiin verrattuna. (Salminen 2011, 6.)

Tarkasti rajatussa ja kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettävät **hakusanat muodostettiin** tutkimushaastattelun analyysin jälkeen. Hakusanat muodostettiin sen perusteella, millä Inhimillisen toiminnan mallin osa-alueilla ongelmia ilmeni. Inhimillisen toiminnan mallin osa-alueista englanninkielisiksi hakusanoiksi muodostui volition, occupational performance, habituation ja en-

vironment, suomeksi tahto, toiminnallinen suoriutuminen, tottumus ja ympäristö. Kun tarkoituksena oli selvittää mitä Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmiä voisi käyttää PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmässä, englanninkielisiksi hakusanoiksi muodostui lisäksi Model of Human Occupation ja Assessment, suomeksi Inhimillisen toiminnan malli ja arviointi. Tiedonhaussa käytettiin erilaisia yhdistelmiä näistä hakusanoista.

Tiedonhaku tehtiin tietokantoihin Cinahl(Ebsco), PubMed, Otseeker ja Google Scholar 18.6.2011. Haku Google Scholarista uusittiin 16.8.2011. Hakuehtoina Cinahl (Ebsco) tietokannassa käytettiin: hae kaikilla hakusanoilla (Find all my search terms) ja julkaisut vuosilta 2000–2011. Vuosiluvut rajattiin tarkoituksena löytää uusimpia julkaisuja tuloksiksi. Hakutuloksista valittiin vain tutkimukselle oleelliset osumat.

Kirjallisuuskatsauksella haettiin aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa käytettäviä Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmiä ja niistä tehtyjä tutkimuksia. Tutkimuksen rajaus on kannanotto aineiston ydinsanomaa, joka halutaan nostaa tarkasteluun (Aaltola & Valli 2007, 73). Taulukossa 1 on havainnollistettu hakupäivämäärä, käytetyt tietokannat ja niistä saadut tutkimukselle oleelliset hakutulosten määrät.

TAULUKKO 1. Tietokantojen hakutulokset

HAKUPÄIVÄMÄÄRÄ	TIETOKANTA	HAKUTULOKSET (n)
18.6.2011	Cinahl (Ebsco)	14
18.6.2011	PubMed	2
18.6.2011	OtSeeker	0
16.8.2011	Google Scholar	6

Tiedonhaussa Inhimillisen toiminnan malliin perustuvia arviointimenetelmiä ja niihin liittyviä julkaisuja löytyi enemmänkin, mutta ne koskivat eri ikä- ja sairausryhmiä, kuin tutkimukseen tarkoitettut. Hakutuloksina löydetyistä julkaisuista käytiin läpi lähdeluettelot, joista löytyi opinnäytetyössä hyödynnettäviä lähteitä.

Kirjallisuuskatsauksen lisäksi haettiin tietoa muusta alan kirjallisuudesta, tieteellisistä julkaisuista ja internet-lähteistä. Tutkimukseen sopivista, näyttöön perustuvista tutkimuksista luettiin kirjoista: Model Of Human Occupation, Theory and Application 4th edition (Kielhofner 2008) ja Assessments in Occupational Therapy Mental Health 2nd edition (Hemphill-Pearson 2008). Lähteitä etsittiin tieteellisistä julkaisuista British Journal of Occupational Therapy ja The American Journal of Occupational Therapy. Internetistä tietoa hakemalla tietokannoista löytyi sopivia, mutta maksullisia artikkeleita. Tutkimuksessa niiden hankkimiseen ei ollut varattu resursseja.

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset on analysoitu ja luokiteltu Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden mukaan (tahto, tottumus, toiminnallinen suoriutuminen ja ympäristö). Tutkimustulosten esittelyssä on nostettu esiin esimerkkejä PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän haastattelusta. Luettavuuden helpottamiseksi kommentteista on poistettu tarpeettomia lisäsanoja, jotka eivät vaikuta asiasisältöön. Haastattelussa ilmenneet ongelmat sekä niiden luokittelu ovat näkyvissä kuvioissa 3,4,5 ja 6.

Tutkimuksessa ilmeni kaksi ongelmaa valmiuksien alueella (lihasvoima, hermotus). Näitä ongelmia ei analysoida, koska ne eivät kuulu Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden alle. Kielhofner (2008) täsmentää, että muut mallit ja viitekehykset selittävät tarkemmin ihmisen fyysisiä ja psyykkisiä osa-tekijöitä, jonka vuoksi niitä ei selitetä tarkoin Inhimillisen toiminnan mallissa. Inhimillisen toiminnan malli lähestyy toiminnallista suoriutumista näkökulmasta, jossa

huomioidaan subjektiivinen kokemus ja sen vaikutus ihmisten tapaan tehdä asioita. (Kielhofner 2008, 18.)

9.1 Arjen ongelmia, joita PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla on ollut viimeisen vuoden aikana

Tutkimuksessa arjen ongelmia ilmeni kaikilla Inhimillisen toiminnan mallin alueilla. Ongelmia ilmeni yhteensä tahdon osa-alueella 20, tottumuksien (rutiinit) osa-alueella kahdeksan, toiminnallisen suoriutumisen (taidot) osa-alueella 21 ja ympäristön osa-alueella 20. Luokittelun avulla saatiin tietoa siitä mitkä Inhimillisen toiminnan mallin alueet tulee huomioida, kun valitaan sopivia toimintaterapian arviointimenetelmiä kuntoutustyöryhmän kuntoutujille.

9.1.1 TAHTO

Tahdon alueella erilaisia ongelmia ilmeni yhteensä 20: henkilökohtaisen vaikuttamisen alueella 12 ongelmaa, arvojen alueella viisi ongelmaa ja mielenkiinnonkohteiden alueella kolme ongelmaa. (Ks. kuvio 3, s. 36.)

Henkilökohtaisen vaikuttamisen (yksilön tunne omasta kyvykkyydestä ja tehokkuudesta) alueella ongelmat koskivat häpeän tunnetta eri asioista, pelkoja eri asioita kohtaan, oman toiminnan hallinnan vaikeuksia, itsensä syyllistämistä, epärealistista kuvaa omasta itsestä ja sairaudesta sekä voimattomuutta saavuttaa toimintoja.

Häpeän tunne omasta sairaudesta vaikeuttaa työhön paluuta.

”Työkaverit on tietosia siitä, että on psyykkisesti sairastunut. Niin sit voi olla hirmu vaikee hakkee sen alan töitä, kun aattelee, että kaikki ihmiset sieltä tietää, että minä oon sairas, se estää myöskin töitten hakemista sieltä.”

Häpeän tunne aiheuttaa tarpeen muuttaa elinympäristöä.

”Nytkin miettii alanvaihtoo tai sitten paikkakunnalta muuttoo. Se-kin on aika voimakkaasti esillä, että hän lähtöö jonnekin muualle, pakkaa kimpsusa ja kampsusa ja lähtee.”

Pelko siitä, että ei ole työkykyinen.

”Kun minä nyt oon kuitenkin suht hyvässä kunnossa, minun pitäis jo mennä töihin takasi ja kun vaan ei sitten kuitenkaan kykene. Ja jos sinne meneekin liian aikaisin ja huomaa, ettei siellä sit kuitenkaan pärjää.”

Pelko omien taitojen riittämättömyydestä eri toiminnoissa estää toimimisen.

”Tää atk-aika, että onhan siellä ihmisiä, jotka on hyvinkin perillä vaikka on psyykkinen sairaus. Mut ei sit ilkee eikä oo sitä uskallusta lähtee ees yrittämään sellasta sitten.”

Pelko, että ei osaa hallita omaa toimintaansa.

”Ite haluai olla luterilainen, niin kyllä se niinku ristiirian tuopi siihen, että sitten on helvetinlieskat aina välillä makuuhuoneen lattialla kun ahistaa.”

”Hän ei pysty lähtemään esimerkiksi tavalliselle kävelylle, vaan siitä tulee helposti joku viientoista kilometrin lenkki, että hän ei semmoseen pysty.”

Oman toiminnan hallinta on vaikeaa.

”Ei uskalla lähtee tuntemattomien ihmisten kanssa kauppa-asioita hoitamaan, jos hänelle tulee huono olo, sen takia, että hän ei oo syöny. Ja hän pyörtyy sinne kauppaan sen fyysisen heikkouven takia”

Itsensä syyllistäminen tarpeettomista hankinnoista

”Ja sitten siitä seuraa se, että alkaa tämä, tämä moraalinen harmittelu ja itsensä syyllistäminen siitä, että tulin taas tuommosta tehneeksi.”

Pelko, että ei selviä asioimisesta.

”Miten selviytyä kaupan kassalla vaikka. Että tuleeko ne paniikki-kohtaukset siellä? Pystyykö hoitamaan asioita yksin?”

Epärealistinen kuva omasta sairaudesta

”Haluis opiskelemaan. Sitten voi ne omat tavoitteet olla vähän liian korkeet suhteessa siihen jaksamiseen.”

”On semmoisia kuntoutujia, jotka eivät koe itse olevansa psyykkisesti sairaita.”

Pelko estää liikkumisen.

”Jos on ollu, esimerkiksi seksuaalista hyväksikäyttöä lapsena tai sit on yks nainen joka on tässä joitakin vuosia sitten raiskattu, niin sehän myös aiheuttaa niitä pelkoja. Monesti sitten miehiä kohtaan tai yksin liikkumista kohtaan. Et ei uskalla yksin lähtee.”

Pelko ettei selviydy yksin kotona.

”Etukäteen pelättiin, et miten se elämä järjestyy sen, kun hän jääkin yksin”

Toimintoihin menemiseen käytettävä matka tuntuu ylivoimaiselta.

”Sanotaan kolmekymmentä kilometriä matkaa, niin se on aivan kauheen ettäällä, ei voi missään nimessä lähtee. Se on liian kaukana.”

Arvoja koskevat ongelmat liittyivät itsensä hoitoon ja kuntoutukseen, omaan ulkonäköön, ravintoon ja harrastuksiin.

Omaa kuntoutusta ei pidetä tärkeänä.

”Hän ei antaisi itensä kuntoutua, vaan hänen pitäisi tehdä sitä työtä, auttaa toisia kokoajan ja olla toisten tukena.”

”Kyllähän se voi olla käynnin estekin, et jos on vaikka rakennuskynsien laitto, niin se voi olla tärkeämpi juttu.”

Lääkehoitoa ei pidetä tärkeänä.

”On aika monelle, jonkinlainen ongelma ettei syö niitä.”

Ei olla tyytyväisiä omaan ulkonäköön.

”Sovitaan tapaamisia, ja sitten kun se tapaaminen konkretisoituu. Se voi jäädä viimeiseksi tapaamiseksi, koska sitten nähdäänkin fyysisesti toinen toisemme. Ja jos nainen ei olekaan niin sen oloinen, mitä ehkä on ajateltu, niin siinä sitten, ainakin tässä on tullu hänen kohdallaan sitä aika isoja pettymyksiä siitä. Ne suhteet on sitten pysähtyneet kuitenkin siihen, kun on se tapaamisvaihe tapahtunu. Ja sitä taas ajatukset omaan kehoon liittyen vahvistuu.”

Terveellistä ravintoa ei pidetä tärkeänä.

”Ruokavalio tottumukset nehen liittyy ihan painonhallintaa ja sitten tietysti tämä suun kautta saatu hyvä olo tulee syömällä jotain herkkuja, on yksi tärkeä asia. Hyvä olo tulee syömällä ja painonhallinta on vaikeeta sitten sitä kautta. Se ruokavalio-ohjaus sitten on monellekii tarpeellinen, mitenkä siinä onnistuu, on se niksi, kun ei oo motivaatiota ollenkaan siinä.”

Harrastuksia ei pidetä tärkeänä.

”Tuohon kansalaisopiston piiriin, niin siinä se alote kynnyksii on todella korkea.”

Ongelmat **mielenkiinnonkohteissa** liittyivät harrastuksiin, ylipäätään toimintaa kohtaan ja seksuaaliseen toimintaan.

Harrastuksia ei koeta tarpeeksi mielenkiintoisiksi.

”Ilmoittaudutaan ja sit se jää, ja sit välillä miettii onko se lupautuminen meille vai itselle.”

Ei ole mielenkiintoa toimintaan.

”Opiskeluun nähen nuorilla on myöskin se, että mikkään opiskelu ei kiinnosta.”

Seksuaalinen mielenkiinto lakkaa.

”Aviopuolisonkin kanssa jääpi tietyt projektit vähäsemmiks.”

TAHTO (ongelmat n=20)
<p>HENKILÖKOHTAINEN VAIKUTTAMINEN (yksilön tunne omasta kyvykkyydestä ja tehokkuudesta)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häpeän tunne omasta sairaudesta vaikeuttaa työhön paluuta • Häpeän tunne aiheuttaa tarpeen muuttaa elinympäristöä • Pelko siitä, että ei ole työkykyinen • Pelko omien taitojen riittämättömyydestä eri toiminnoissa estää toimimisen • Pelko, että ei osaa hallita omaa toimintaansa • Oman toiminnan hallinta on vaikeaa • Itsensä syyllistäminen tarpeettomista hankinnoista • Pelko, että ei selviä asioimisesta • Epärealistinen kuva omasta sairaudesta • Pelko estää liikkumisen • Pelko ettei selviydy yksin kotona • Toimintoihin menemiseen käytettävä matka tuntuu ylivoimaiselta <p>ARVOT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omaa kuntoutusta ei pidetä tärkeänä • Lääkehoitoa ei pidetä tärkeänä • Ei olla tyytyväisiä omaan ulkonäköön • Terveellistä ravintoa ei pidetä tärkeänä • Harrastuksia ei pidetä tärkeänä <p>MIELENKIINNON KOHTEET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harrastuksia ei koeta tarpeeksi mielenkiintoisiksi • Ei ole mielenkiintoa toimintaan • Seksuaalinen mielenkiinto lakkaa

KUVIO 3. Tahdon osa-alueiden ongelmat

9.1.2 TOTTUMUKSET

Tottumuksien alueella ilmeni yhteensä yhdeksän erilaista ongelmaa: tapojen alueella neljä ongelmaa ja roolien alueella neljä ongelmaa. (Ks. kuvio 4, s. 39.)

Tapoihin ja rutiineihin liittyen ongelmat koskivat itsestä huolehtimisesta, toisista huolehtimisesta, kodin hoitoa, raha-asioiden ja muiden elämään liittyvien asioiden hoitoa.

Itsestä- ja toisista huolehtiminen on vaikeaa.

”Jääpi hyvin yksipuoliseksi tätä kautta se ruokavalio.”

”Hiki tuoksuu aika voimakkaalle. Suihkussa käyntiin on jäänyt pitkä aika väliin, tukasta näkkee, että on täynnä rasvaa, vaatteet liikkeiset päällä, pyykit jääpi pesemättä, on vain iso läjä. Ja sit joillakin, joilla itsestä huolehtiminen, puhtauden huolehtiminen jääpi niin pahasti, että siellä tulee jo sitten haavaumia ja tämmösiä.”

”Hammaslääkärissä käynnit jää ja muutenkin tämmöiset fyysinen huolehtiminen itestään, et sais vaikka tämmöisiä peruslabroja otettua silloin tällöin.”

”Lääkkeiden ottaminen on niin vastenmielinen ajatus, että joittenkin kohdalla usseestikin keskustellaan, joka lääkärikäynnillä että onko tämä nyt tarpeellinen, eikö tätä lopetettas.”

Kodin hoitaminen on vaikeaa.

”Koti huolehtimisesta, lasten kanssa yhdessä oleminen jää vähäseks”

Raha-asioiden hoitaminen on vaikeaa.

”Pikavipit on toinen asia, tämä on aika hankala asia, niistä tulee ehkä vippi vipin päälle, jolla maksetaan vippejä pois.”

Asioita suoritetaan pakonomaisesti.

”Perheen rutiinit mitä mahdollisesti oli, niin hän teki ne. Joka oli sinänsä hyvä, koska hän ei ollut niitä aikaisemmin tehnyt, siihen aikaan kun mies oli kotona. Ne oli jäänyt tekemättä. Niin hän teki ne aamulla kaikki järjestyksessä paniikinomaisesti, suorituksina eteenpäin ja sit sen jälkeen kun ne oli tehty, hän meni peiton alle ja niin kauan kun mies tuli kotia.”

Rooleissa ongelmat koskivat vaikeutta hyväksyä itsensä ja vaikeutta toimia elämän eri rooleissa.

Itsensä hyväksyminen sairaan roolissa on vaikeaa.

”Joillain on ihan tarve salata tämä psyykkinen sairaus. Ja sehän sitten tietysti vie hirmuisesti energiaa kanssa ihmiseltä, että pyritään sallaamaan.”

Vaikeus toimia vanhemman roolissa.

”Ei jakseta hoitaa sitä roolia mikä kenties oikeesti niin kuin olisi. Että on perheen äiti tai perheen lapsi. Ja meillä ainakin on korostunut tää perheen äidin roolin omaksuminen, et se on vaikeeta, että ei olla aina realiteetia, nähdä sitä et missä vaiheessa lapset on kehityksessä tai mitä odotuksia tai mitä lapset odottaa esimerkiksi äidiltä.”

”Tuosta äitiyvestä vielä myös, että sitten sairaus silleen ilmenee, että tunteet lapsia kohtaan jäävät vähä etäisiksi, ei tule läheistä, että lapsia voi pitää sylissä. Että on vähän niinkun yhdessäki tapauksessa ne on, jääny lapset, en nyt ihan sanoisi, että suoras-

taan esineiksi, mutta tuota, jos lapsi huutaa ja kinuaa syltiin niin mää pois, vähän niin kuin että tuota mää pois, älä häirihe. Ei niin oteta syltiin, pietä lähellä, semmonen tunne saataa hävitä.”

”Ruuasta huolehtimisesta tai siivoukset, pyykinpesut tai, että äiti voi jäädä aamulla nukkumaan, kun lapset lähtee aamulla kouluun ja lapset voi lähtee itekseen kouluun.”

Muutos puolison roolissa toimimisessa

”Ja sitten toisaalta niin aviopuolisoiden välillä se rooli helposti näyttää muuttuvan niin, että se sairas jotenkin voi jäädä alakyn-teen.”

Vaikeus ottaa vastuuta perheen elatuksesta.

”Talous menee rempalleen, niin se vaikuttaa sitä kautta myös perheen sisäiseen, siitä tulee aviopuolison kanssa riitoja, vaikuttaa siihen suhteeseen sitten paljonkin.”

TOTTUMUKSET (ongelmat: n=8)
<p>TAVAT (rutiinit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itsestä- ja toisista huolehtimisen on vaikeaa • Kodin hoitaminen on vaikeaa • Raha-asioiden hoitaminen on vaikeaa • Asioita suoritetaan pakonomaisesti <p>ROOLIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itsensä hyväksyminen sairaan roolissa on vaikeaa • Vaikeus toimia vanhemman roolissa • Vaikeus toimia puolison roolissa • Vaikeus ottaa vastuuta perheen elatuksesta

KUVIO 4. Tottumuksien osa-alueiden ongelmat

9.1.3 TOIMINNALLINEN SUORIUTUMINEN

Toiminnallisen suoriutumisen (taidot) alueella erilaisia ongelmia ilmeni yhteensä 21: motoristen taitojen osa-alueella kolme, prosessitaitojen osa-

alueella 11 ja viestintä- ja vuorovaikutustaitojen osa-alueella seitsemän ongelmaa. (Ks. kuvio 5, s. 45.)

Motoristen taitojen alueella ongelmat näkyivät vaikeuksina liikkua, käsitellä esineitä ja kipujen vaikutuksena itsensä huolehtimiseen ja kodin hoitoon.

Liikkuminen on vaikeaa.

”Liikkumisongelmat myös, eli kaikki ylösnousemiset ja liikkeelle lähdöt ja sitä kautta kaatumispelot sitten.”

”Liikapainoon liittyvät, että jos henkilö painaa jo 170 kiloo, niin siihen liittyy hirveen paljon erilaisia ihan jo siihen peseytymiseen, liikkumisiin”

Esineiden käsittely on vaikeaa.

”Astioita ja tavaroita voi tippua kädestä.”

Kivut vaikeuttavat itsestä huolehtimista ja kodinhoitoa.

”Ei pysty tekemään niitä kotitöitä, ei pysty nostelemaan raskaita tavaroita.”

Prosessitaitojen vaikeudet näkyivät toiminnan ohjailun, keskittymisen, muistamisen, huonon paineensietokyvyn, energian vähyyden, tiedon soveltamisen ja ajan käytön ongelmina.

Toimintojen suunnitteleminen on vaikeaa.

”Menneekin yllättävän kauan niissä ostosten tekemisessä, kun ei oo semmosta kauppalistaa tai muuta. Vaan se on semmoista poukkoilemista aina sen mukkaan mitä muistaa. Saattaa mennä yllättävänkin kauan pyöriessä siellä kaupassa, ennen kuin ne kaikki tavarat on siellä mitä on aiottu ostaa.”

”Ei voi suunnitella, että otanko minä tämän vai tämän, edullisemman vai tuon kalliimman? Vain, että se on se ensimmäinen tavara mikä aina hyllystä tulee, se koppaan ja ulos.”

Toimintojen aloittaminen on vaikeaa.

”Jääpi siivoomatta asunto, pyykit pesemättä, kaikkee tämmöstä siinä on. Keittiö pöytä täynnä likasia astioita, kaikkeen tähän, ainakii kodinhoidollisissa asioissa. Jaksaminen, aloitekyky, paljo liittyy siihen muualle lähtemisiin, se on ylleensä aika kokonaisvaltaista.”

”Ei pääse aamulla, mejjän nähden, aamulla ylös, suorittamaan sitä päivä arkea. Vaan on, sitten petissä, eikä saa mittään tehtäväks.”

Toimintoihin lähteminen on vaikeaa.

”Lähtemisen vaikeus ja asiat vaan... Hän rupee kertomaan jotakin ja siinä mennee aikaa tai ehtii tavaroita, istahtaa, polttaa tupakan, mieltii mitkäs kengät nyt laittas. Jotenkin se vaan, se ei oo semmoista pakkotoimintoo, se vaan jotenkin se asia niin kuin leviää. Siinä saattaa hurahda tunti, et sitten hän on valmis ja hän vois lähtee.”

Toiminnoissa eteneminen on vaikeaa.

”Potilas istu ylioppilaskirjoituksissa, suomen äidinkieltä, ussempaan kertaan, mut kertaakan ei saanu riviäkään paperiin aikaiseksi. En tiedä mikä se siinä sitten oli. Varmaanki tietoa monesta tilanteesta oli, mutta siinä tilanteessa sitten ei pystynykkään kirjoittamaan.”

Keskittyminen toimintaan on vaikeaa.

”Opiskelun suhteen tietysti on, useimmallakin tahtoo jäähä kesken tai pitkittyy hirvittävästi, että ei riitä se keskittyminen siihen opiske-

lun jatkamiseen. Lukeminen, yksinkertaisesti ei voi lukkee, kun viis minnuuttii pitusen pätjän.”

”Sit karkaa johonkin muuhun asiaan se mitä itse asiassa oli tekemässä. Nimenommaan, että niissä piti mennä opiskeluhommat, mut siellä sotkeuvutaan sinne ostoskanavoille.”

Asioiden, tehtävien ja toimintojen muistaminen on vaikeaa.

”Pitää sitten olla tietynlaisia muistutuksia. Joillekin vaikka tiskikaappiin oveen, että huolehdi aina ruokailun jälkeen. Se on niin kuin lakkiin viemistä. Nää nyt liittyy enemmän näihin neuropsykologisiin kuntoutujiin. Kun heidän kohallaan on näitä muistamisongelmaa. Siellä pitää olla kännykkämuistutukset tai tekstiviestillä tai sähköpostiviestillä. Et ne ei muista muuten asioita.”

Paineensietokyky on matala.

”Sitten vielä tämä stressinsieto. Niin joku tällöinenkin voi aiheuttaa jos sovitaan jotakin, et viikon aikana teet. Niin se voi aiheuttaa jo aikamoisia paineita.”

”Hän niin kuin etukäteen suunnitteli ja pysty niin kuin hahmottamaan asioita, mut jos sinne tuli pienikin muutos, niin kyllä meillä monta puhelua saman päivän aikana siitä muutoksesta sitten, miten hän selviytyy siitä.”

Energian vähyys haittaa toimintoja.

”Voi olla pikku puutarha pihalla odottamassa, kun pitää vaan saada kasvia paljon. Ja ne on siellä kun ei sitten voimat enää riitä siihen, että niille pitäis jotain tehdäkin.”

Uusien taitojen opetteleminen on vaikeaa.

”Kun on tää teknistyminen yleistynyt, pankkikortit ja tämmöset. Niihin opetteleminen, maksupäätteelle lähteminen maksamaan, opettelemaan niitä tuottaa myös ongelmia.”

Opitun taidon siirtäminen käytäntöön on vaikeaa.

”Niin ja jos vaikka tietoa on, vaikka tuota nyt tästä laihdutus ja ruoka-asioista ja näin. Et se tieto on ja jopa kirjattuna sinne, mutta se ei vaan lähe toimintaan sitten. Jostain syystä se ei etene se juttu”

”Isompien asiayhteyksien ymmärtäminen ja muistaminen sitä, että jos paljo tulee asioita, että mitä niinkun sanottiin. Ihan semmosia, että jos yksin olisi ollu vastaanotolla, niin varmasti lähtiessä ei olis muistanu ennää yhtään mittään mitä oli sanottu tai mitä pitäis tehdä ja missä pitäis käyvä.”

Ajankäytön hallinta on vaikeaa.

”Sovittuna aikana jossain oleminen se ei sitten saata onnistuu mil-lään. Ei mennä ollenkaan tai ollaan tunti myöhässä. Näin voi käy-vä. Sit ajankäyttöön liittyy sekin, että sovittuja tapaamisia unohde-taan tai sitten ei välttämättä unohdeta, mutta ei ajatella asioiden tärkeyttä vaan siihen otetaan jälkeinpäin joku muu juttu sen aikaa päällekkäiseksi. Monet asiat päällekkäin. Joku jääpi välliin sitten.”

”Vuorokausirytmä menee aivan sekasin.”

Ongelmat **viestintä- ja vuorovaikutustaitojen** alueella ilmenivät sosiaalisina pelkoina, ihmissuhteiden vaikeuksina, kommunikoimisen vaikeuksina, sitou-tumisen vaikeuksina sekä vaikeutena rentoutua sosiaalisissa tilanteissa.

Sosiaalinen pelko estää asioimisen.

”Vaikka kaupat on ihan vieressä, mutta hän ei voi niihin mennä. Naapurit tulloo vastaan.”

”Vastaavasti hoitavat ne siellä netissä, niin ei sit tarte sitäkään vähää lähteä minnekään.”

Sosiaalinen kanssakäyminen kodin ulkopuolella on vaikeaa.

”Erräällähin ihan selekeestti oli: sanotaan kotiin vetäytymistä ja sairauven puhjettua sitten, ei oo liikkunu missään, niin kaiken suurin peleko siinä lähtemisessä oli, että tulee tuttuja vastaan ja ei osaa jäähä juttelemmaan. Mitä ne arvellee? Ossaako hän sanoo heille mittään? Ja sitten se ajatus, että mitähän ne arvellee, kun hän on sairastunut? Sitten tuota, mikä se on se heidän ajatus hänestä? Itellä se nousoo isommaks peloks, möykyks, että ne aatellee että hän on tämmöne hullu. Tämä estää sen sosiaalisen kanssakäymisen.”

Ihmissuhteet katkeilevat tai puuttuvat omasta toiminnasta johtuen.

”Isossa porukassa pitäis olla ja muihenkin ihmisten kanssa kanssakäymisessä. Se on suuri rajoite tässä opiskeluun lähtemisessä.”

”Harrasteisiin osallistuminen kodin ulkopuolella lakkaa lähes tyystin. Sanottaanko entiset kaikki hyvät harrasteet kaikki pois, kaikki muutkin ihmissuhteet siinä kodin ulkopuolella vähän niinku heikkenee, katkeillee sitten.”

”Ei oikein jaksu vieraillla, ei kuhtuu vieraitakkaan, että siinä on se tämmöisen syrjäytymisen yksi juttu.”

Puhuminen muille ihmisille on vaikeaa .

”Ei sitä apua oo siinä, että mikä estää sit sen soittamisen? Eikö oo tarve, uskalla, ossaa?”

”Arastellaan yksinkertaisesti ihmisten kohtaamisia ja tuntemuksia, että ei osaa sanoa mitään järkevää, jos lähtöö jonnekii tai ei osaa keskustella vieraitten ihmisten kanssa.”

Sitoutuminen yhdessä sovittuihin asioihin ei onnistu.

”Jonkun liikuntaryhmän alottaminen, puhutaan siitä, sitten ilmoitetaan ja sit se jää.”

Ei voi olla muiden ihmisten seurassa ilman alkoholia.

”Ei vois lähteä muuten, kuin jos on alkoholia ottanut tai jotain muuta. Että mennä bussiin tai junaan tarvii erilaisia keinoja, että uskaltaa lähteä.”

”Jos lähtee jonnekin bailaamaan, tosiaan niin, pittää ottaa rohkaistut vähintään ennekuin uskaltaa.”

Ihmissuhteet läheisiin ovat vaikeita.

”Tää syömisen ongelma. Kyllähän se vaikuttaa suhteessa sukulaisiin, suhteessa äitiin.”

TOIMINNALLINEN SUORIUTUMINEN (TAIDOT) (ongelmat: n=21)
<p>MOTORISET TAIDOT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liikkuminen on vaikeaa • Esineiden käsittely on vaikeaa • Kivut vaikeuttavat itsestä huolehtimista ja kodinhoitoa <p>PROSESSITAIIDOT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen suunnitteleminen on vaikeaa • Toimintojen aloittaminen on vaikeaa • Toimintoihin lähteminen on vaikeaa • Toiminnoissa eteneminen on vaikeaa • Keskittyminen toimintaan on vaikeaa • Asioiden, tehtävien ja toimintojen muistaminen on vaikeaa • Paineensietokyky on matala • Energian vähyys haittaa toimintoja • Uusien taitojen opetteleminen on vaikeaa • Opitun taidon siirtäminen käytäntöön on vaikeaa • Ajankäytön hallinta on vaikeaa <p>VIESTINTÄ –JA VUOROVAIKUTUSTAIIDOT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen pelko estää asioimisen • Sosiaalinen kanssakäyminen kodin ulkopuolella on vaikeaa • Ihmissuhteet katkeilevat tai puuttuvat omasta toiminnasta johtuen • Puhuminen muille ihmisille on vaikeaa • Sitoutuminen yhdessä sovittuihin asioihin ei onnistu • Ei voi rentoutua muiden ihmisten seurassa ilman alkoholia • Ihmissuhteet läheisiin ovat vaikeita

KUVIO 5. Toiminnallisen suoriutumisen osa-alueiden ongelmat

9.1.4 YMPÄRISTÖ

Tutkimushaastattelussa **ympäristön** osa-alueella ilmeni yhteensä 20 erilaista ongelmaa: fyysisen ympäristön osa-alueella seitsemän, sosiaalisen ympäristön osa-alueella seitsemän, kulttuurisen ympäristön osa-alueella kolme ja taloudellisen ympäristön osa-alueella kolme. Poliittisen ympäristön osa-alueella ei ilmennyt ongelmia. (Ks. kuvio 6, s. 52.)

Fyysiseen ympäristöön liittyvät ongelmat koskivat oman ympäristön ja sen toimintamahdollisuuksien tunnistamista, teknologian käyttöä, tilojen ja tarvikkeiden puutetta sekä ympäristössä olevia muita tekijöitä.

Omaa toimintaympäristöä tai sen toimintamahdollisuuksia ei tunneta.

”Jos on sairastunut pitempään, jotta oman ympäristön tunteminen jääpi vähemmälle kanssa. Välttämätä tietä ees, mistä löytyy tämmöset toimistot ja muut. ”

Fyysisessä ympäristössä teknologian käytön osaamista vaativat toiminnot ovat vaikeita.

”Ne on aika monimutkaiset ne toiminnot mitä meidänkin yhteiskunta edellyttää. Ja vaikka kaupassa plussakortin lukija. Se laite, joka on aika mystinen, että miten päin se kortti tulee siihen. ”

Toimimista tai liikkumista ympäristössä rajoittaa kulkuvälineen tai kulkumahdollisuuksien puuttuminen.

”Ei ole sitä kulkuvälinettä käytettävissä”

”Ja rahan lisäksi on monella se este, että ei oo kulkumahdollisuuksia. Palvelut on niin kaukana, että ei yksinkertaisesti pääse.”

Toimintaa rajoittaa tarvittavien tilojen ja tarvikkeiden puute.

”Tai joillakinhan voi olla, jos fyysistä ympäristöä ajattelee, se kotikin semmoinen, että siinä voi olla vaikea suorittaa niitä arjen asioita.”

”Ettei ole sisävessaa, kun ei tule vesiä tai ei mene vettä. Mikä on nyt kuitenkin vielä ollut niin, kyllähän se sitä oma-aloitteisuutta edelleen vielä vie alaspäin ja kyl se näkyy siinä kaikessa siisteystasossa.”

Sopeutuminen ympäristön muutoksiin on vaikeaa.

”Minkälaisia valmiuksia ja taitoja ja kykyjä vaatii vaikka joku kaupungin läpi ajaminen ja mihin parkkeerata ja tämmöinen pitää pystyy kun liikennejärjestelyt muuttuu.”

Kotieläimet vaikeuttavat toimimista kotona.

”Koti on niin kun enempi eläinten koti. Että sen takia ei voi esimerkiksi liettä käyttää, koska kissat voi liikkua siinä ja polttaa tassunsa siinä liedellä. Siinä on tämmöisiäkin ongelmia tai sit eläimet pissii sohvalle ja siellä on ulosteita ja muuta. Ei pysty sen takia istumaan sohvalla.”

Lääkitys vaikeuttaa toimintaa ja aiheuttaa tunteen toiminnan huononemisesta.

”Pienetkin muutokset lääkityksessä aiheuttaa ihan hirveitä epävarmuutta ja pelkoo siitä, että vointi huononee ja sairaalaan joutuu”

”Minäpä lopetan tämän lääkityksen vaikka toisaalta kukin sitä tarvitsee, mutta sairauden tunteminen, että minäpä pääsen eroon tästä lääkityksestä niin minä olen psyykkisesti terve. Minä en niitä lääkkeitä tarvitse. Sitten minä voin olla niin kuin muutkin ihmiset. Sitten minä voin vaikka lähtee kavereiden kanssa käymään iltakierroksella, baariloissa ja tällä tavalla, mitä et voi tehdä, kun on lääkitys. Osa kokkee, et se estää heiltä normaalia elämää.”

Sosiaalisessa ympäristössä ihmissuhteiden luomisessa ilmeni olevan vaikeuksia ja sosiaalinen tuki oli vähäistä.

Internetin käyttäminen tekee kotoa poistumisen tarpeettomaksi ja haittaa fyysistä kontaktia muuhun maailmaan.

”Aika paljon pietään netin kautta yhteyksiä ystäviin ja myöskin tämmösiin harrastepiireihin, sitten siellä keskustellaan siitä mitä ite harrastaa. Sitä kautta sit ei tarvii lähtee mihinkään. Ystävät on siellä netissä.”

Internetissä luodaan omaa elämää vaikeuttavia ihmissuhteita.

”Kun siellä pystyy näitä suhteita myös luomaan, niin sitten siinä vauhtivaiheessa tulee luoduksi sellasia suhteita, jotka taas sitte hankaloittaa kuntoutumista ja sitä perhe-elämän hoitamista.”

Tukiverkosto puuttuu.

”Sairastunut ihminen, kun se vetäytyy sinne kotiinsa, niin se ei käy esimerkiksi naapureissa tai ne ei vieraile, välttämättä. Sitä sitten jotenkin tulloo vastaus, kun nekään ei käy. Yksin jääminen saa vähän semmoisen kierteen.”

”Yhteisöstä poisjättäminen, syrjäyttäminen jonkun teon jälkeen. Tai seuran toiminnasta - ei hyväksytä enää mitä sitä on tehnyt. Ja vielä vuosien päästäkin se on iso asia ihmiselle. Ja kaikista tällaisista harrasteista, kun on siirretty pois. Ne on semmoisen tehnyt, niin ikinä en anna anteeksi, olen omillani.”

Pelko työssä ja työympäristössä selviytymisessä

”On iso pelko siitä, että hänet tullaan näiden sairaslomien tiimoilta irtisanomaan.”

”Kuntoutujalla paineita, että pitäis nyt päästä äkkiä töihin, ja enää ei voi olla - ja on häpeän tunne tai sitten sisäistetty se, että pitäis olla semmoisessa protestanttisen työetiikan maassa.”

Ihmissuhteet ovat vaikeutuneet.

”Aika monella on taustalla, että onkin ollut koulukiusaamista. Ja sillä perusteella pelkää ja jännittää muita ihmisiä vieläkin, vaikka siitä on vuosia mennyt, mutta se jättää aika kovat ongelmat ihmiselle sitten.”

”Toiselta puolelta haluttiin hirveen vahvasti leimata hänen psyykkistä oireilua syyksi, että hän ei voisi hoitaa lasta. Et hän joutu te-

kemään tavallista enemmän töitä todistaakseen sen, että hän on kykenevä äiti. ”

”Kontaktit katkee esimerkiksi lähisukuun, ei olla niin paljon yhteydessä, että se vie yllättävän paljon voimia.”

Sairauden aiheuttamien oireiden peittely uuvuttaa.

”Kun lapset on paikalla, niin silloin muuttuu ilmeet ja eleet ihan toisiin, ja yrittää sitä jaksamista näyttää lapsille ja olla kiinnostunut. Joka sit taas toisaalta uuvuttaa sekini.”

Läheiset alistavat kuntoutujan.

”Aviopuoliso alistaa häntä ja mitätöi hänen tekemisiään.”

”Samalla tavalla voi käydä tässä avioerotilanteessa, että jos aatel- laan, että lapsi on toisella puolisoilla ja tää sairas ihminen asuu yksin, niin siinä myöskin se, että ei pysty pitämään omia puoliaan tapaamisasioissa, eikä tuua niitä omia tarpeitaan esille. Jää taval- laan sen lapsen elämän ulkopuolelle pikkuhiljaa.”

Kulttuurisessa ympäristössä uskonnollinen vakaumus aiheutti ongelmia.

Tukiverkosto ei auta vakaumuksen vuoksi.

”Hengellisyys on sillä tasolla, että koetaan, että se on tuolla korkeimman käsissä mitä pojalle tai tytölle käy. Että näillä teidän hoitotoimenpiteillä ei ole minkäänlaista sanomista siihen asiaan. ”

Perheenjäsenet yrittävät vaikuttaa omien uskomusten vastaiseen toimintaan.

”Jehovan todistajia osa sisaruksista ja ne painostaa siihen. ”

”Siitä käyvään keskustelua melkein joka kerta kun käyvään, että missä uskossa sitä tänä päivänä ollaan. Kyl se on, joillakin, joka- päiväistä se uskonnon kanssa taistelu. ”

Läheiset arvostelevat kuntoutujan toimintaa.

”Kun nuori polvi ei enää olekaan kaikki samaa mieltä kun vaikka vanhemmat ja suku, niin on selvästi ihan aistittavissa sitä ristiriitaa. Että onko tässä osannut oikein kasvattaa lasta, kun ei olekaan enää sen saman asian takana mitä vanhemmat on, saatikka suku.”

Taloudellisessa ympäristössä ongelmat aiheutuivat heikosta taloudesta tai vaikeudesta hoitaa sitä.

Huono taloudellinen tilanne estää toimintoihin osallistumisen.

”Heillä ei oo taloudellisia voimavarojakaan lähtee kodin ulkopuolisiin toimintoihin.”

Huono taloudellinen tilanne estää toimintoja mahdollistavan kulkuvälineen hankinnan.

”Ei ole sitä kulkuvälinettä käytettävissä tai rahaa siihen kulkuvälineeseen.”

Taloudellinen tilanne ei kestä sairaudesta johtuvaa hallitsematonta rahan käyttöä.

”Tulee tehtyä niin paljon sellaisia hankintoja, jotka sitten ei taas talous enää kestä, vaan ostetaan tavaraa tietämättä tarviiko niitä koskaan.”

”Tullee lähetty reissuun, vaikka minnekä päin maailmaa ja sielläkin saattaa tulla ongelmia, siellä selviytymisessä se raha-asia. Kun tulee pois, siellä on tullu sitten tehtyä ja ostettua.”

YMPÄRISTÖ (ongelmat: n=20)	
FYYSINEN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ei tunneta omaa toimintaympäristöä tai sen toimintamahdollisuuksia • Teknologian käytön osaamista vaativat toiminnot ovat vaikeita • Toimimista tai liikkumista ympäristössä rajoittaa kulkuvälineen tai kulkumahdollisuuksien puuttuminen • Toimintaa rajoittaa tarvittavien tilojen ja tarvikkeiden puute • Sopeutuminen ympäristön muutokseen on vaikeaa • Kotieläimet vaikeuttavat toimimista kotona • Lääkitys vaikeuttaa toimintaa ja aiheuttaa tunteen • toiminnan huononemisesta
SOSIAALINEN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Internetin käyttäminen tekee kotoa poistumisen tarpeettomaksi ja haittaa fyysisen kontaktin ottamista muuhun maailmaan • Internetissä luodaan omaa elämää vaikeuttavia ihmissuhteita • Tukiverkosto puuttuu • Pelko työssä ja työympäristössä selviytymisessä • Ihmissuhteet vaikeutuneet • Sairauden aiheuttamien oireiden peittäminen uuvuttaa • Läheiset alistavat kuntoutujan
KULTTUURINEN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Tukiverkosto ei auta vakaumuksen vuoksi • Perheenjäsenet yrittävät vaikuttaa omien uskomusten vastaiseen toimintaan • Läheiset arvostelevat kuntoutujan toimintaa
TALOUDELLINEN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Huono taloudellinen tilanne estää toimintoihin osallistumisen • Huono taloudellinen tilanne estää toimintoja mahdollistavan kulkuvälineen hankinnan • Taloudellinen tilanne ei kestä sairaudesta johtuvaa hallitsematonta rahan käyttöä

KUVIO 6. Ympäristön osa-alueiden ongelmat

9.2 Inhimillisen toiminnan mallin arviointivälineet, joita voidaan käyttää aikuispsykiatrian kuntoutustyöryhmän kuntoutujien toiminnan arvioinnissa arjen ongelmien perusteella

Kirjallisuuskatsauksessa aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa käytettävistä Inhimillisen toiminnan malliin pohjautuvista arviointimenetelmistä tutkimuksia löytyi arviointivälineistä: MOHOST, OSA, AMPS, OPHI-II, WRI, WEIS v.2, VQ, Role Checklist, Interest Checklists, ACIS ja OQ. Kielhofnerin (2008) teoksessa mainituista tutkimuksista on näkyvissä tiivistelmä MOHO Clearinghouse

(2011) internet sivustolla. Näitä kirjallisuuskatsauksessa esille nousseita menetelmiä on tutkittu monilla eri mielenterveyskuntoutuksen asiakasryhmillä.

MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) arviointimenetelmää on tutkittu useassa eri tutkimuksessa, joissa muun muassa sen validiteetti ja käytettävyys on todettu hyväksi ja monipuoliseksi (Kielhofner, Fogg, Brave-man, Forsyth, Kramer & Duncan 2009; Hawes & Houlder 2010; Pan, Fan, Chung, Chen, Kielhofner, Wu. & Chen 2011).

Kielhofnerin ja muiden (2009) tutkimus todensi, että MOHOST arvioi kaikkia Inhimillisen toiminnan mallin osa-alueita (tahto, tottumus, toiminnallinen suorittuminen ja ympäristö) ja antaa lisänäyttöä MOHOST:n validiteetista. Hawes & Houlder (2010) toteavat, että MOHOST:a voidaan käyttää menestyksellisesti ja se antaa näyttöön perustuvan mallin, jota on selkeä käyttää ihmisten kanssa, joilla on oppimisvaikeuksia. MOHOST on helppokäyttöinen menetelmä, jota voidaan käyttää moniammatillisesti, sekä hyödyntää lausuntojen kirjaamisessa. MOHOST:n oppimiseen ja käyttöön tarvittavat resurssit ovat realistisia toteuttaa. Sen käytöllä on mahdollista parantaa kuntoutumisen tuloksia taaten, että arvioinnissa kuntoutujien toiminnallinen osallistuminen huomioidaan kokonaisvaltaisesti. (Hawes & Houlder 2010.) Pan ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että MOHOST:n kiinankielinen versio on validi arviointimenetelmä käytettäväksi ihmisten kanssa, joilla on mielenterveysongelmia. Tulosten mukaan MOHOST on pätevä mittaamaan ammatillisia palveluja saavien mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten tahtoa, toimintatapaa, viestintä- ja vuorovaikutustaitoja, prosessitaitoja, motorisia taitoja ja ympäristöä. (Pan ym. 2011.)

OSA:n (Occupational Self Assessment) käytettävyttä, reliabilititeettia ja validiteettia on tutkittu useissa tutkimuksissa: Kielhofner & Forsyth 2001; Fisher & Savin-Baden 2001; Gorde, Helfrich & Finlayson 2004; Pan, Sarah, Lylnn, Tsyr-Jang & Ping-Chuan 2006; Sousa 2006; Kielhofner, Forsyth & Iyenger 2007; Yazdani, Jibril & Kielhofner 2008.

Kielhofner & Forsyth (2001) toteavat, että OSA on validi ja reliabeli mittamaan asiakkaan toiminnallista pätevyyttä, arvoja ja toimintaympäristön vaikutusta toimintoihin. OSA:a voidaan käyttää kansainvälisesti, eri-ikäisillä ja eri diagnoosiryhmillä toimintaterapian alkuarvioinnissa ja muutoksen arvioinnissa. Mielenkiintoisiksi osoittimiksi koettiin arvot, jotka liittyvät toiminnalliseen pätevyyteen. Tutkittavat eivät pitäneet tärkeänä osoittimia, jotka liittyvät yleensä toiminnallisen elämän laatuun. Tutkijat ehdottavat, että OSA:n osoittimien avulla tulisi tutkia elämänlaadun ennustettavuutta. (Kielhofner & Forsyth 2001.)

Pan ym. (2006) toteavat, että OSA ennustaa Taiwanilaisten masennusoireisten potilaiden elämänlaatua sosiaalisella- ja ympäristön alueella. Tutkimus suosittelee toimintaterapeuttia masennusoireisten kuntoutukseen, koska he voivat auttaa potilaita löytämään toimintoja, joihin osallistua ja sitoutua. (Pan ym. 2006.)

Jordanian yliopiston opiskelijoiden keskuudessa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että MOHO:n osatekijät ovat yhteneväisiä subjektiivisen hyvinvoinnin tekijöiden kanssa. Tietoa kerättiin muun muassa Inhimillisen Toiminnan malliin perustuvilla OSA ja Role Checklist arviointimenetelmillä. MOHON käsitteet selittävät tekijöitä, jotka vaikuttavat Jordaniaalaisten yliopisto-opiskelijoiden kemaan hyvinvointiin. (Yazdani ym. 2008.)

Teoksessa Kielhofner (2008) Fisher & Savin-Baden (2001) mukaan OSA:a voidaan käyttää osana toimintaterapia-arviointia nuorilla ihmisillä, joilla on psykoosi. Gorden ja muiden (2004) tutkimuksen mukaan OSA:a voidaan käyttää apuna ymmärtämään paremmin naisia, jotka ovat kotiväkivallan uhreja. Kielhofner ja muut (2007) toteavat tutkimuksessaan, että OSA on validi ja tarpeeksi herkkä mittaamaan kansainvälisesti ihmisten toiminnallista pätevyyttä ja arvoja. Sousa (2006) esittää tutkimuksessaan, että OSA:n portugalilainen versio on reliabeli ja johdonmukainen käytettäessä aikuispsykiatrian asiakkaiden arvioinnissa. OSA:a voidaan käyttää eri sairaaloissa mittaamaan eroja

toiminnallisessa pätevydessä, arvoissa, tottumuksissa ja tahdossa eri lähtökohdissa olevilla asiakkailla. (Sousa, 2006.)

McNulty & Fisher (2001) ovat tutkineet **AMPS:n** (The Assessment of Motor and Process Skills) validiteettia ja käytettävyyttä, kun arvioidaan turvallisuutta kotona selviytymisessä psykiatrisen diagnoosin ja kognitiivisia häiriöitä omaavilla potilailla. Tulokset osoittavat, että päivittäisten toimintojen arviointi AMPS:lla suoritettuna antoi perustellun arvion osallistujien turvallisuudesta. Tulokset osoittavat, että turvallisuuden arviointien tekeminen kotona ennusti paremmin potilaan turvallisuutta, kuin arviontien tekeminen sairaalassa. (McNulty & Fisher 2001.)

Sulopuisto (2002) on tutkinut Pro-gradu tutkielmassaan **WRI:n** (The Worker Role Interview) johdonmukaisuutta ja tutkittavien henkilöiden taustatekijöiden vaikutusta WRI haastattelun tuloksiin. Tutkimus osoitti, että WRI:n avulla saadaan kokonaiskuva asiakkaasta ja se on johdonmukainen haastattelumenetelmä. WRI:n osiot mittaavat toisiinsa liittyviä asioita ja haastattelun kokonaisreliabiliteetti on hyvä. WRI mittaa luotettavasti henkilökohtaista vaikuttamista, arvoja, mielenkiinnon kohteita, rooleja ja tapoja. Ympäristön osalta tulokset eivät olleet luotettavia. Työympäristön arviointiin Riitta Sulopuisto suosittelee WEIS:ä (The Work Environment Impact Scale). (Sulopuisto 61–65.)

Kielhofnerin (2008) teoksessa Ekbladh, Haglund & Thorell (2004) tutkimuksen mukaan ruotsalaisilla asiakkailla, joilla on ollut vaihtelevasti tuki- ja liikuntaelin oireita ja mielialaoireita, WRI:n osiot: henkilökohtaisen vaikuttaminen, roolit ja ympäristö ennustivat pätevästi työhön paluuta. Jackson, Harkess & Ellis (2004) tutkimus osoitti WRI:n parantavan työkyvyn raportointia (fyysiset vaatimukset, yksilö- ja ympäristötekijät) asiakkailla, joilla oli fyysisiä ja psyykkisiä oireita.

Asmundsdottirin (2004) mukaan WRI:tä voidaan käyttää, työhön palaamassa olevilla psykiatrisesti sairailta asiakkailla, mahdollistamaan työtä koskevien asenteiden ja mielipiteiden ilmaisua. WRI:tä voidaan käyttää myös osana työ-

kykyä edistävissä kuntoutusohjelmissä. Ingvarsson & Theodorsdottir (2004) tutkivat, että WRI:tä voidaan hyödyntää erilaisten asiakkaiden ammatillisessa kuntoutusohjelman arvioinneissa. Tutkimuksen mukaan WRI on validi ja herkkä mittari mittaamaan psykososiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat työhön paluuseen. Forsyth, Braveman, Kielhofner, Ekbladh & Haglund (2006) tekemä tutkimus kertoo, että WRI on kansainvälisesti tutkittuna pätevä ja herkkä mittaamaan psykososiaalisia kykyjä, jotka vaikuttavat työhön paluuseen. Fenger & Kellerin (2007) tutkimuksen tulokset osoittavat, että WRI:n islantilainen versio on validi ja reliaabeli mittaamaan psykososiaalista kykyä palamaan takaisin työhön.

WEIS:ä v 2.0 (Work Environment Impact Scale v.2.0) koskien on julkaistu Williams ja muiden 2010 tekemä tutkimus. Tutkimuksessa todetaan, että WEIS v2.0 on tehokas väline näkökulmien löytymiseen työympäristöstä työntekijöillä, joilla on psykiatrisia vaikeuksia. Tutkijat esittävät, että tarvitaan lisää näyttöön perustuvaa tutkimusta selvittämään työympäristön tekijöitä, jotka tukevat mielenterveys ongelmista kärsiviä henkilöitä työympäristössä. (Williams ym. 2010.)

OPHI II:sta (Occupational Performance History Interview) koskien Ennals ja muut (2009) ovat julkaisseet tutkimuksen, joka toteaa, asiakaan subjektiivisen kokemuksen, tahdon ajatusten sekä tunteiden arvioimisen arvokkuuden. Tutkimus tuo ilmi myös miten ne voivat edistää toipumiseen suuntautunutta käytäntöä.

Kielhofnerin (2008) teoksessa Gray & Fossey (2003) esittävät, että OPHI:a voidaan käyttää ymmärtämään australialaisten kroonisesta uupumuksesta kärsivien (chronic fatigue syndrome) miesten ja naisten kokemuksia. Kielhofner, Mallinson, Forsyth & Lai (2001) osoittavat, että OPHI II mittaa validisti toiminnallista pätevyyttä, toiminnallista identiteettiä ja toiminnallista ympäristöä, kansainvälisillä otoksilla ihmisistä, joilla on fyysisiä ja psyykkisiä oireita. OPHI II on myös pätevä mittaamaan toiminnallista mukautuvuutta ja sen eroa-

vaisuuksia ihmisillä. Tutkimus osoittaa, että terapeutit eri maista voivat käyttää OPHI:a validisti, kun apuna käytetään manuaalia. (Kielhofner ym. 2001.)

Chaffey & Fossey (2004) esittävät että OPHI II:a voidaan käyttää kuvaamaan kokemuksia ja hoivan merkitystä äideillä, jotka huolehtivat aikuisista skitsofreniaa sairastavista pojistaan. Apte, Kielhofner, Paul-Ward & Braveman (2005) tutkimuksen mukaan terapeutit ja asiakkaat näkevät OPHI II:n narratiivisuuden merkityksellisenä ja asiakkaan kertomuksen rakentajana terapiassa.

Ritsilä on tutkinut Pro gradu -tutkielmassaan (2002) **VQ** (Volitional Questionary). VQ- arviointi soveltuu mielenterveyspotilaiden arviointiin erityisesti paikoissa, joissa terapeutilla on mahdollisuus kuntouttaa ihmisiä pidempi aikaisesti, kuten kuntoutumiskodissa tai asuntolassa. Siellä on mahdollista suunnitella yksilöllinen motivoimisprosessi ja toteuttaa seuranta. (Ritsilä 2002, 60.) Kielhofnerin teoksessa (2008) Li & Kielhofnerin (2004) tutkimuksen perusteella VQ on validi mittaamaan tahtoa potilailla, jotka kärsivät psykiatrisista oireista ja HIV/AIDS:sta.

Kielhofnerin (2008) mukaan **Role Checklistiä** koskien on tehty useita eri tutkimuksia liittyen sen käytettävyyteen mielenterveyskuntoutuksessa. Eklundin (2001) tutkimuksessa Role Checklistiä on käytetty toimintaterapiassa psykoottisilla ja ei-psykoottisilla asiakkailla raportoimaan rooliin sitoutumista ja roolien arvoja psykiatrisen hoidon eri hetkinä. Lee, Strauss, Wittman, Jackson & Carstens (2001) tutkimuksessa Role Checklistiä käytettiin aikuisten mielenterveyspotilaiden omaishoitajilla valaisemaan hoitajien surua ja rooliin sitoutumisen suhdetta menneisyydessä ja nykyisyydessä. Hachey, Boyer & Mersier (2001) toteavat, että Role Checklistin ranskalaista versiota voidaan käyttää tutkittaessa sitoutumista roolien arvoihin henkilöillä, joilla on skitsofrenia. Colon & Haertlein (2002) kertovat, että Role Checklistin espanjalainen versio hyväksyttävästi läpäissyt monikielisen reliabiliteetti testin.

Schindler & Baldwin (2005) ovat tutkineet, että Role Checklist:ä on käytetty aikuisilla psykiatrisilla potilailla tavoitteena tunnistaa rooleja sitoutuessa inter-

ventioon, jossa tavoitteena on hankkia rooleja. Hakansson, Eklund, Lidfelt, Nerbrand, Samsioe & Nilsson (2005) ovat selvittäneet tutkimuksessaan, että Role Checklist:llä voidaan pystyä näkemään eroja työntekijän roolin arvostuksessa, ruotsalaisten naisten välillä, jotka ovat terveitä ja ovat työskennelleet ilman keskeytyksiä sekä naisten, jotka ovat raportoineet joutuneensa keskeyttämään työnsä sairauden vuoksi. Cordeiro, Camelier, Oakley & Jardim (2007) tutkimuksen perusteella Role Checklistin brasilialais-portugalilaista versiota voidaan käyttää luotettavasti keräämään tietoa toiminnallista sitoutumisesta ja niiden roolien arvoista.

Teoksessa Kielhofner (2008) Heasmanin ja Atwalin 2004 mukaan **Interest Checklist:ä** on käytetty osana yksilöllistä interventio ohjelmaa aikuisilla, joilla on psykiatrisia ongelmia. Menetelmää käytettiin tavoitteellisesti sitouttamaan asiakas yhteen uuteen aktiviteettiin.

Teoksessa Kielhofnerin (2008) mukaan Aubin, Hachey & Mercier (2002) tutkimuksessa **OQ:n** (Occupational Questionnaire) ranskankielistä versiota käytettiin aikuisilla mielenterveysongelman omaavilla potilailla arvioimaan päivittäisten aktiviteettien ja rutiinien tärkeyttä ja mielekkyyttä.

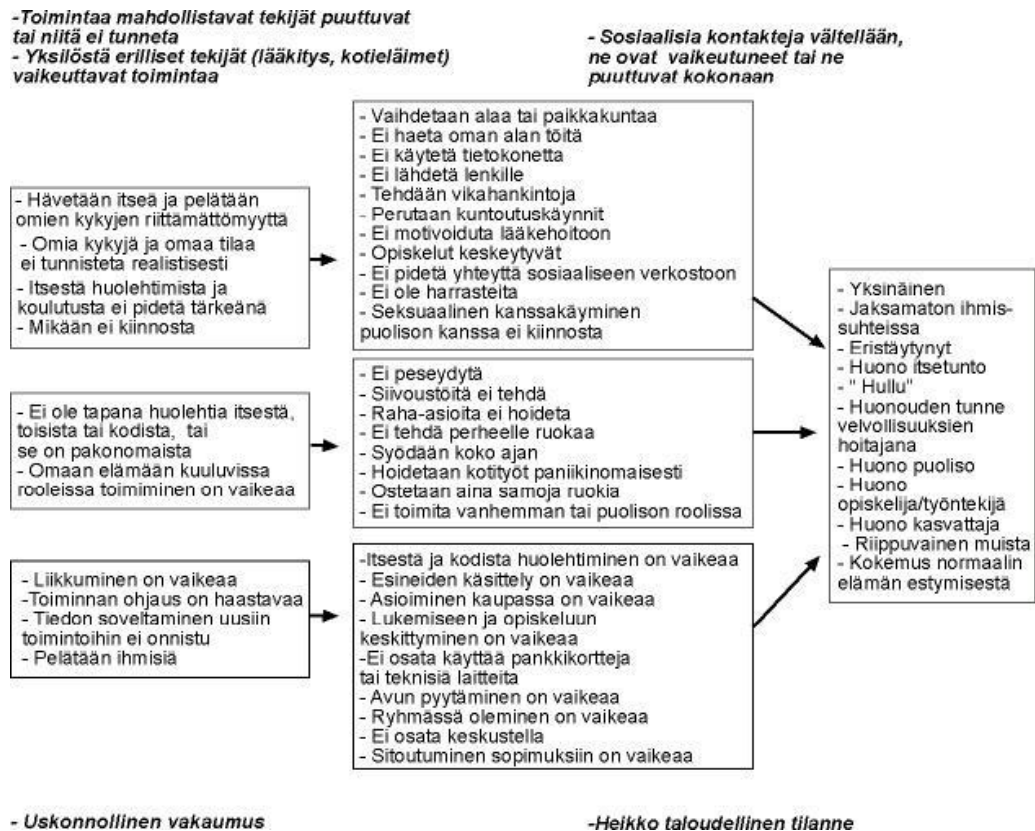
Teoksessa Kielhofner (2008) Kjellberg, Haglund, Forsyth & Kielhofner (2003) tutkimuksessa **ACIS:n** (Assesment of Communication and Interaction Skills) ruotsalaista versiota tutkittiin asiakkailta, joilla on erilaisia oppimisvaikeuksia, mielenterveysoireita tai neurologisia oireita. ACIS:n osoittimet ja pisteytyskaala ovat tutkimuksen mukaan valideja osoittamaan kommunikaatio ja vuorovaikutustaitojen rakennetta. Haglundin & Thorellin (2004) tutkimus varmentaa, että kommunikaatio ja vuorovaikutustaidot ovat riippuvaisia kontekstista asiakkailta, joilla on skitsofrenia ja mielialaongelmia.

Teoksessa Kielhofner (2008) Heasmanin & Atwallin mukaan (2004) **OCAIRS:a** (Occupational Circumstances Assessment- Interview and Rating Scale) voidaan käyttää alkuhaastattelussa, tavoitteena tunnistaa vapaa-ajan toiminnan tavoitteita nuorilla aikuisilla, joilla on mielenterveysongelmia.

10 POHDINTA

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla arjen ongelmia viimeisen vuoden aikana ilmeni kaikilla Inhimillisen toiminnan mallin osa-alueilla. Tutkimushaastattelun tulosten yhteenvetoa lukiessa tulee huomioida, että tutkimushaastattelussa ongelmista puhuttiin yksilötasolla eikä ongelmia voi yleistää niin, että jokaisella kuntoutujalla olisi kaikki mainitut ongelmat.

Tutkimushaastattelun mukaan kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla ilmeni monenlaisia ongelmia, toisilla enemmän ja toisilla vähemmän. Eniten ongelmia ilmeni toiminnallisen suoriutumisen (taidot), tahdon ja ympäristön osa-alueilla. Tottumuksien osa-alueella ongelmia ilmeni vähiten. Ongelmat näillä alueilla ovat vaikuttaneet kuntoutustyöryhmän kuntoutujien osallistumiseen, suoriutumiseen ja taitoihin ja sitä kautta toiminnalliseen identiteettiin, toiminnalliseen mukautumiseen ja toiminnalliseen pätevyyteen. Vaikutusta kuvataan toiminnallisen mukautumisen prosessin avulla (Ks. alkuperäinen kuvio 1, s. 19), jota PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujien kohdalla kuvataan kuviossa 7.



KUVIO 7. Toiminnallinen mukautumisprosessi kuntoutustyöryhmän kuntoutujilla

Tuloksista käy ilmi, että usealla kuntoutujalla ilmenee häpeän tunnetta itseä kohtaan. He saattavat pelätä, että heidän omat kykynsä eivät riitä toimimiseen tai he eivät välttämättä tunnista realistisesti omia kykyjään tai omaa tahtoa, jotta toiminta mahdollistuisi. Osa kuntoutujista ei pidä tärkeänä itsestä huolehtimista, koulutusta tai ylipäätään erilaisia toimintoja tai heillä ei ole kiinnostusta niihin. Tulosten mukaan omaan elämään kuuluvissa rooleissa toimiminen on joillekin kuntoutujille vaikeaa. Kuntoutujilla ei ole välttämättä tapana huolehtia itsestä, toisista tai kodista tai huolehtiminen voi olla pakonomaista suoritusta. Osalla kuntoutujista on liikkumisen vaikeuksia, toiminnan ohjauksen haasteita ja olemassa olevan tiedon soveltaminen uusissa toiminnoissa voi olla heille vaikeaa. Lisäksi joillakin kuntoutujilla ilmeni pelkoa muita ihmisiä kohtaan.

Joidenkin kuntoutujien ympäristöstä toimintaa mahdollistavat tekijät voivat puuttua tai niitä ei välttämättä tunneta. Ympäristössä olevat tekijät, kuten oma

tai ympäristön uskonnollinen vakaumus, taloudellinen tilanne, lääkitys tai kotieläimet voivat vaikeuttaa kuntoutujien toimintaa. Osa kuntoutustyöryhmän kuntoutujista välttelee sosiaalisia kontakteja tai heidän sosiaaliset suhteensa voivat olla vaikeutuneet tai puuttua kokonaan.

Kuntoutujilla työelämä, opiskelu tai omalla paikkakunnalla asuminen on saattanut olla hankalaa ja aiheuttanut työ-, opiskelu- tai asuinpaikan muutoksia. Heillä on voinut olla vaikeuksia sitoutua kuntoutumiseen tai motivoitua lääkahoitoon. Vapaa-ajan toimintoja osalla kuntoutujista on ollut vähän tai ne ovat puuttuneet kokonaan. Myös sosiaalinen kanssakäyminen ihmisten kanssa on kuntoutujilla saattanut olla vähäistä. Ongelmana joillain kuntoutujilla ilmeni kiinnostuksen puute seksuaaliseen kanssakäymiseen puolison kanssa.

Toimintatapojen vuoksi jotkut kuntoutujat eivät suoriudu itsestä huolehtimisesta, asioimisesta tai kodin hoidosta tai he saattavat tehdä niitä paniikinomaisesti. Joillakin kuntoutujilla ongelmat saattavat näkyä vaikeuksina toimia vanhemman tai puolison rooliin kuuluvissa tehtävissä tai vaikeuksina keskittyä, keskustella, olla ryhmässä, pyytää apua tai sitoutua sopimuksiin.

PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujien toiminnalliseen identiteettiin, mukautumiseen ja pätevyyteen viimeisen vuoden aikana olleet arjen ongelmat ovat vaikuttaneet niin, että kuntoutujat ovat tunteet itsensä yksinäisiksi, jaksamattomiksi ihmissuhteissa, eristäytyneiksi tai ”hulluiksi”. Jotkut kuntoutujista ovat kokeneet itsensä huonoksi puoliseksi, kasvattajaksi, opiskelijaksi, työntekijäksi tai huonoksi hoitamaan velvollisuuttaan. Jotkut ovat taas kokeneet riippuvaisuutta muista. Lisäksi joillain kuntoutujilla on ollut tunne, että esimerkiksi lääkitys estää normaalin elämän.

Toimintakyvyn arvioinnit mielletään usein pelkästään fyysisen toimintakyvyn kartoitukseksi. Tutkimuksen tuloksissa näkyi, että fyysisen toimintakyvyn ongelmia ilmeni vain muutamia, mutta muita toimintakyvyn vaikuttavia tekijöitä löytyi useita. Tästä syystä kuntoutustyöryhmässä osana toimintakyky arvioin-

teja on perusteltua käyttää toimintaterapian arviointimenetelmiä, jotka arvioivat ihmisen toimintaa ja siihen vaikuttavia eri tekijöitä kokonaisvaltaisesti.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kuntoutustyöryhmässä käytettäväksi sopivia Inhimillisen toiminnan malliin perustuvia arviointimenetelmiä ovat: **MOHOST** (Forsyth & Parkinson 2006), **OSA** (Baron ym. 2007), **AMPS** (Fisher 2003), **OPHI-II** (Kielhofner ym. 2004), **WRI** (Veloza ym. 1998), **WEIS v.2** (Moore-Corner ym. 1998), **VQ** (De La Heras & Kielhofner 1997), **ACIS** (Forsyth ym. 1998), **OCAIRS** (Forsyth ym. 2005), **OQ** (Smith ym. 1986), **Role Checklist** (Oakley ym. 1985), **Modified Interest Checklist** (Kielhofner & Neville 1983). Kirjallisuuskatsauksessa esille tulleiden tutkimusten mukaan arviointimenetelmät arvioivat toiminnan eri osa-alueita mielekkäissä toiminnoissa, toimintamahdollisuuksia, toiminnallista elämänhistoriaa, motorisia- ja prosessitaitoja, kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja, työroolia, työympäristön vaikutusta, toiminnallista osallistumista, viikoittaisia toimintoja, elämän eri rooleja sekä mielenkiinnonkohteita. Tutkimuksia koskevat lähdetiedot löytyvät kirjallisuuskatsausta koskevasta luvusta 9.2.

Kaikkien näiden arviointimenetelmien käytöstä löytyi tutkimuksia koskien aikuisten mielenterveyskuntoutuksessa käytettyä toimintaterapia-arviointia. Inhimillisen toiminnan malliin pohjautuvia arviointimenetelmiä oli tutkittu aikuisilla mielenterveysoireisilla, skitsofreniaa sairastavilla, psyykoottisilla, masennusoireisilla ja kroonisesti uupuneilla potilailla. Arviointimenetelmiä oli tutkittu myös kognitiivisia ja neurologisia häiriöitä sekä tuki- ja liikuntaelin oireita omaavilla potilailla. Lisäksi tutkimuksia arviointimenetelmien käytöstä oli tehty yliopisto-opiskelijoiden, työntekijöiden sekä yllättäen myös omaishoitajien ja kotiväkivallan uhrien keskuudessa. Arviointimenetelmät ovat tutkimusten mukaan tarkoituksenmukaisia ja luotettavia välineitä käytettäväksi aikuisten mielenterveyskuntoutujien toimintaterapia-arvioinnissa.

Arviointimenetelmistä moniammattillisesti hyödynnettäviä ovat MOHOST, VQ, Role Checklist, Modified Interest Checklist ja OQ. Role Checklist, Modified Interest Checklist ja OQ ovat ladattavissa MOHO Clearinghouse (2011)

sivustolta. Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmiä käytettäessä on välttämätöntä tuntea Inhimillisen toiminnan malli. Mikäli arviointimenetelmiä käytetään moniammatillisesti, yhteenvedon arviointimenetelmän tuloksista tekee Inhimillisen toiminnan malliin perehtynyt toimintaterapeutti. Arviointimenetelmän täyttämisen, yhdessä esimerkiksi työtovereiden tai läheisten kanssa, on eduksi, sillä se vahvistaa yhteistyösuhdetta ja auttaa jakamaan tietoa toimintaterapiasta sekä toiminnan merkityksestä (Keponen 2008, 41). Arviointimenetelmät ja niiden moniammatillinen hyödynnettävyys on koottu kuvioon 8.

Arviointimenetelmä	Huomioitava
MOHOSTS	Moniammatillinen
OSA	
AMPS	
OPHI-II	
WRI	
WEIS V.2	
VQ	Moniammatillinen
ACIS	
OCAIRS	
OQ	Moniammatillinen
ROLE CHECKLIST	Moniammatillinen
MODIFIED INTEREST CHECKLIST	Moniammatillinen

KUVIO 8. Kuntoutustyöryhmän käyttöön sopivat arviointimenetelmät

Tutkimustulosten perusteella edellä mainittuja Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmiä voidaan suositella käytettäväksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmässä.

10.1 Näyttöön perustuva arviointi mielenterveyskuntoutuksessa

Opinnäytetyöprosessin aikana ei löydetty vastaavanlaisia tutkimuksia, joissa olisi selvitetty kuntoutujien ongelmia sekä niiden perusteella etsitty sopivia toimintaterapian arviointimenetelmiä. Spaniolin (2000) ja Laurin (2004) tutkimuksissa oli selvitetty kuntoutumisprosessin eri vaiheissa kuntoutumista tukevia ja estäviä tekijöitä. Arviointimenetelmiin liittyvissä tutkimuksissa oli tutkittu niiden käyttöä, niistä saatuja kokemuksia sekä niiden validiteettia ja reliabiliteettiä.

Näyttöön perustuva käytäntö on tiedostettu palvelujen tuloksellisuuden- sekä terveydenhuollon kustannusten seurannassa. Tämä on herättänyt kiinnostusta näyttöön perustuvan käytännön yhä kasvavaan käyttöön psykiatrisessa toimintaterapiassa. Toimintaterapian näyttöön perustuvat arviointimenetelmät tuottavat tietoa kuntoutuksen tuloksista ja pyrkivät vastaamaan maksajien ja päättäjien vaatimuksiin. Toimintaterapiapalvelujen tuottajat vastaavat kukin osaltaan näyttöön perustuvan käytännön harjoittamisesta. Tätä odottavat niin asiakkaat, maksajat, kuin päättäjätkin. Laadukkaissa toimintaterapiapalveluissa tavoitteena on toteuttaa työtä, jossa käytetään näyttöön perustuvia arviointimenetelmiä. (Urish 2008, 370–371.)

Inhimillisen toiminnan malliin perustuvien palveluiden tuloksellisuuden tutkiminen on yksi tulevaisuuden toimintaterapiatutkimuksen haaste. Tuloksellisuuden tutkiminen on haasteellista ja kallista. Toimintaterapeuttien arviointimenetelmiin pohjautuvien kirjausten hyödyntäminen kuntoutuksen tuloksellisuuden seurannassa on hyvä vaihtoehto saada näyttöön perustuvaa tietoa. (Kielhofner 2008, 466–474.) Inhimillisen toiminnan malliin perustuvat arviointivälineet mahdollistavat kuntoutuksen tulosten seuraamisen.

Toimintaterapia-arviointimenetelmät auttavat kokoamaan tietoa asiakkaasta, huomaamaan muutoksia sekä antavat kokonaisvaltaisen, holistisen näkemyksen asiakkaasta. Toimintaterapian arviointimenetelmien avulla kuntoutusnä-

kemys laajenee, kun saadaan kartoitettua esimerkiksi yksilön vahvuuksia ja hyödynnettyä niitä kuntoutuksen suunnittelussa. (Parkinson ym. 2011.) Toimintaterapia-arviointeja voidaan hyödyntää toiminnallisuuden ja toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa, kuntoutuksen, avun- ja palvelutarpeen määrittelyssä sekä pohjana sosiaalietuksien myöntämispäätöksissä. Toimintaterapia-arvioinnin käyttö osana moniammatillista arviointia auttaa saamaan asiakkaan tilanteesta jaetun kokonaisnäkemyksen, joka on laajempi kuin yksittäisten työntekijöiden tai asiakkaan näkemys. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 12–13.) Toimintaterapian arviointimenetelmät auttavat ihmistä tunnistamaan omia vahvuuksiaan. Vahvuuksien tunnistaminen auttaa voimavarojen suuntaamisessa ja käyttämisessä onnellisemmän elämän tavoittelussa. (Koskisu 2004, 226.)

Opinnäyteyön tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että osa kuntoutujista ei arvosta ihmissuhteiden ylläpitoa. Voiko kuitenkin olla niin, että kyse ei olekaan arvostuksen puutteesta, vaan kuntoutujien voimattomuudesta toimia arvojen mukaisesti? Mielen terveyden ongelmiin sairastuneen arvot ja mielenkiinnonkohteet jäävät usein pelkojen ja jaksamattomuuden takia epäselväksi. Tästä epäselvyydestä johtuen kuntoutujien toimintaa ja siihen liittyviä tekijöitä, esimerkiksi arvoja, mielenkiinnonkohteita, tulee arvioida monipuolisesti, jotta kuntoutus osataan suunnitella ja kohdistaa kuntoutumisen kannalta oleellisiin asioihin.

On myös tärkeää arvioida kuntoutujan toiminnallista historiaa, ajalta ennen sairastumista. Kun toiminnallinen historia tunnetaan, voidaan kuntoutuksessa tarjota mielekää toimintaa, josta kuntoutuja on aikaisemmin ollut kiinnostunut. Tämä auttaa häntä palauttamaan hyviä tuntemuksia tuttujen toimintojen avulla, lisäämään onnistumisen kokemuksia ja täten vahvistamaan toiminnallista pätevyyttä ja identiteettiä. Kun kuntoutujan toiminnallinen identiteetti ja pätevyys vahvistuvat, hänen näkemyksensä esimerkiksi omista toiminnallisista kyvyistään ja mielenkiinnonkohteistaan voi laajentua ja edistää kuntoutumista. Toimintaterapian arviointimenetelmät mahdollistavat muun muassa mielenkiinnonkohteiden, arvojen ja toiminnallisen historian arvioimisen.

Kuntoutujien ongelmille ei ole vain yhtä selitystä. Elämän tapahtumat, niistä saadut kokemukset ja seuraukset vaikuttavat ihmisen taitoihin ja uskallukseen osallistua toimintaan. Taitojen puute voi aiheuttaa pelkoja ja jopa lamaannuttaa ihmisen. Toimintaterapia-arvioiden avulla valmiuksien ja taitojen arvioiminen on tärkeää, koska sairastuminen voi esimerkiksi rajoittaa kognitiivisia kykyjä ja estää mielenkiinnonkohteiden tunnistamisen. Arviointien perusteella asetettujen tavoitteiden laatiminen konkretisoi muutostarpeen kuntoutujalla ja pitää yllä toivoa mahdollisuudesta muutokseen.

Toimintaterapia-arviointien avulla voidaan luoda konkreettiset tavoitteet taitojen harjoittamiseen ja kohdentaa toimintaterapia tehokkaasti. Taitoja tulee harjoitella, jotta yksilö voisi toteuttaa itseään ja yhteiskunta hyötyisi yksilön kyvyistä toimia. Tämä mahdollistaa yksilöiden tasavertaisen jäsenyyden toimivana ihmisenä.

Toimintaterapia-arviointien lisääminen vakinaiseksi toimintatavaksi, osaksi PKSSK:n aikuispsykiatrian poliklinikan kuntoutustyöryhmän kuntoutujien toimintakyvyn arviointia, lisääisi kuntoutustyön näyttöön perustuvuutta ja moniammatillista näkökulmaa. Toimintaterapia-arviointimenetelmät ovat luotettava keino arvioida kuntoutujan toimintaa ja toimintaympäristöä monipuolisesti ja ilman työntekijän tulkintoja. Lisäksi toimintaterapia-arviointi toisi kuuluville kuntoutujan äänen. Toimintaterapia-arvioinnin hyödyntämistä osana toimintakyvyn arviointia olisi hyvä pohtia myös muissa aikuispsykiatrian palveluissa. Jo ensuuhun tulevan uuden psykiatriatalon myötä PKSSK:n psykiatrian palveluiden kartoitus olisi nyt ajankohtaista toteuttaa. Uuden PKSSK:n psykiatriatalon hankesuunnitelma on luettavissa internetissä (PKSSK 2010).

10.2 Tutkimuksen luotettavuus, toistettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössä toteutetun tutkimushaastattelun teemat rakennettiin ICF-luokituksen mukaan sen kattavuuden ja puolueettomuuden takia. Tavoitteena oli luokitella aineisto Inhimillisen toiminnan mallin osa-alueisiin. ICF-luokitus ohjasi rakentamaan haastattelun teemoja yleiselle tasolle, ilman johdattelua Inhimillisen toiminnan mallin käsitteisiin.

Tutkimushaastattelun sujuvuus varmistettiin pilotoimalla se ennen varsinaista haastattelua. Esihaastattelun avulla voidaan haastattelun etenemistä ja haastattelurunkoa harjoitella, arvioida haastatteluun kuluva aikaa sekä muokata näitä käyttöön sopivaksi (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72). Haastateltavia informoitiin haastattelusta ajoissa kirjallisesti. Kirjeessä kerrottiin ICF-luokituksesta ja kehoitettiin haastateltavia perehtymään haastattelun teemoihin. Tällä pyrittiin siihen, että haastateltavat ehtivät palauttaa mieleensä viimeisen vuoden aikana esiintyneitä kuntoutujien arjen ongelmia ja, että saatiin mahdollisimman laaja näkemys kuntoutujien arjen ongelmista. On silti mahdollista, että työntekijät unohtivat joitain kuntoutujien arjen ongelmia. Haastattelu tallennettiin sekä videoimalla että äänittämällä varmistaen litteroinnin onnistuminen. Haastattelun tallentaminen on tarpeellista ja kun se tehdään laadukkailla välineillä, saadaan varmistettua puheen selkeys (Hirsjärvi & Hurme 2000, 75). Tutkimuksen raportointi on esitetty vaihe vaiheelta pyrkimyksenä saada tutkimuksesta toistettava.

Siitä huolimatta, että Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmiä käytetään maailmanlaajuisesti, arviointimenetelmiä on tutkittu yllättävän vähän. Tämä näkyi myös tiedonhaussa, jossa tutkimuksessa hyödynnettäviä tuloksia arviointimenetelmistä löytyi vähän. Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus takaamiseksi tiedonhakua laajennettiin aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja muihin tieteellisiin julkaisuihin. Hirsjärven ja muiden (2009) mukaan lisätietoa tutkimukseen voidaan saada jo valmista aineistoa käyttäen. Tätä niin sanottua sekundääristä aineistoa hyödynnetään omaan tutkimukseen sopivalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 186.)

Tutkimuksen eettisyys on huomioitu tekemällä tutkimushaastattelun raportointi nimettömänä, jotta haastateltavia ja haastattelussa esiin tulleiden potilaiden ongelmia ei voi yhdistää toisiinsa tunnistettavasti. Tämän avulla potilaiden tunnistetietojen suoja varmennetaan. Eettisenä velvollisuutena on myös tuoda esille toimintaterapeuttien ammatillisia menetelmiä tavoitteena kehittää mielenterveyskuntoutusta ja puolustaa mielenterveyskuntoutusta tarvitsevien henkilöiden oikeutta saada tarpeen- ja ajanmukaisia palveluita.

10.3 Jatkotutkimuksen tarve

Tämän opinnäytetyön pohjalta ehdotetaan jatkossa tutkittavaksi kuntoutustyöryhmään suositeltujen toimintaterapia-arviointimenetelmien käyttöönottoa, käyttötapoja, kuntoutuksen edistymisen seuranta sekä menetelmien sopivuutta kuntoutustyöryhmän kuntoutujien arvioinnissa.

Kaikista Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmistä ei löytynyt tutkimuksia lainkaan tai tutkimukset olivat vanhentuneita. Toimintaterapian mahdollisuuksien esille tuomiseksi toimintaterapian arviointimenetelmiä ja terapian vaikutuksia tulisi tutkia maailmanlaajuisesti, säännöllisesti ja eri asiakasryhmillä. Suomessa tulisi tutkia toimintaterapiapalveluita ja niiden saatavuutta eri asiakasryhmien kohdalla.

Työikäisillä aikuisilla esiintyy paljon uupumista ja mielenterveysongelmia. Työterveyshuollossa olisi suositeltavaa arvioida työssä jaksamiseen ja työssä menestymiseen vaikuttavia psykososiaalisia tekijöitä. Näitä mittaa esimerkiksi toimintaterapian arviointimenetelmä WRI- työroolia arvioiva haastattelumenetelmä. Olisi mielenkiintoista tutkia ja nähdä, onko menetelmän käytöllä ja siitä seuranneilla toimenpiteillä vaikutusta työssä jaksamiseen ja uupumisen ennaltaehkäisyyn.

Kuntoutuksen tuloksellisuuden seurantaan tulee panostaa tulevaisuudessa yhä enemmän. Tutkimuksen avulla kuntoutuspalveluja on mahdollista kehittää ja kohdentaa resursseja tarkemmin palveluja tarvitseville sekä edistää kuntoutuspalveluiden monipuolistumista ja moniammatillistumista.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Toimintaterapia-arviointien avulla kuntoutustyöryhmässä voidaan löytää ne kuntoutujat, joiden kuntoutumista toimintaterapialla voidaan edistää. Kaikkien kuntoutujien kohdalla toimintaterapia ei ole välttämätöntä, mutta toimintaterapia-arvioinnin pohjalta luodut tavoitteet auttavat edistämään kuntoutumista muiden kuntoutustyöryhmän työntekijöiden ohjaamana ja tukemana.

Tutkimuksessa ilmenee miten paljon erilaisia toimintakykyyn vaikuttavia ongelmia aikuispsykiatrian kuntoutujilla on. Ongelmat ovat laaja-alaisia ja voivat olla niin pitkälle edenneitä, että niitä tulisi ennaltaehkäistä terveydenhuollon eri alueilla jo perusterveydenhuollosta lähtien esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja perheneuvoloissa. Perheellisillä kuntoutujilla ongelmat heijastuivat koko perheeseen ja lähi-ihmisiin. Yhteistyötä lasten-, nuorten- ja aikuispsykiatrian poliklinikoiden välillä tulisi tehostaa ja tehdä avoimemmaksi, esimerkiksi näkemällä mahdollisuus työparityöskentelyyn perhetyöntekijän kanssa.

Erikoissairaanhoidon olisi hyvä kartoittaa palvelunsa ja tarkastella vastaavatko ne potilaiden tarpeisiin, ovatko ne ajanmukaiset ja riittävän monipuoliset. Terveydenhuollon päättäjien on tarpeellista miettiä, onko heillä varaa olla panostamatta ongelmien ennaltaehkäisyyn ja jättää huomioimatta toimintaterapian mahdollisuudet siinä.

LÄHTEET

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Cagne, C. 2002. *Psychiatric Rehabilitation 2nd Edition*. Yhdysvallat: Center for Psychiatric Rehabilitation Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences Boston University.

Apte, A., Kielhofner, G., Paul-Ward, A., & Braveman, B. 2005. Therapists' and clients' perceptions of the occupational performance history interview. *Occupational Therapy in Health Care*, 19, 173-192. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 483.

Asmundsdottir, E. E. 2004. The Worker Role Interview: A Powerful Tool in Icelandic work rehabilitation. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 22, 1, 21-26. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 489.

Aubin, G., Hachey, R. & Mercier, C. 2002. The significance of daily activities in persons with severe mental disorders (French). *Canadian Journal of Occupational therapy*, 69, 218-228. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 482.

Baron, K., Kielhofner, G., Iyenger, A., Goldhammes, V. & Wolenski, J. 2006. *The Occupational Self Assessment (OSA) (Version 2.2)*. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois.

Blair, S. E. E., Hume, C. A. & Creek, J. 2008. Occupational perspectives on mental health and well-being. Teoksessa: *Occupational Therapy and Mental Health*. Fourth edition. Creek, J. & Lougher, L. 2008. China: Churchill Livingstone, 17-30.

Burke, J. P. 1977. A clinical perspective on motivation: Pawn versus origin. *American Journal of Occupational Therapy*, 31, 254-258. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 36.

Chaffey, L. & Fossey, E. 2004. Caring and daily life: Occupational experiences of woman living with sons diagnosed with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 199-207. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 481.

Colon, H. & Haertlein, C. 2002. Spanish translation of the Role Checklist. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 586-589. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Cordeiro, J. R., Camelier, A., Oakley, F. & Jardim, J. R. 2007. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 33-40. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Creek, J. & Lougher, L. 2008. *Occupational Therapy and Mental Health*. Fourth edition. China: Churchill Livingstone.

DeCharms, R. E. 1968. Personal causation: The internal affective determinants of behaviors. New York: Academic. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 36.

De Las Heras, C., Geist, R. & Kielhofner, G. 1997. A User's Guide to the Volitional Questionnaire. Chicago: The Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois at Chicago.

Ekbladh, E., Haglund, L., & Thorell, L. 2004. The Worker Role Interview: Preliminary data on the predictive validity of return to work clients after an insurance medicine investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 14, 2, 131-141. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 489.

Eklund, M. 2001. Psychiatric patients occupational roles: changes over time and associations with self-rated quality of life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 125-130. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Ennals, P. & Fossey, E. 2009. Using the OPHI-II to support people with mental illness in their recovery. *Occupational Performance History Interview (OPHI-II)*. *Occupational Therapy in Mental Health* 25, 2, 138-50.

Fenger, K. & Kramer, J. M. 2007. Worker Role Interview: Testing the psychometric properties of the Icelandic version. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 14,3, 160-172. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 490.

Fisher, A. G. 2003. Assessment of motor and process skills. 5th edition. Ft. Collins, CO: Three Star.

Fisher, A. & Savin-Baden, M. 2001. The benefits to young people experiencing psychosis, and their families, of an early intervention programme: Evaluating a service from the consumers' and the providers' perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 58-65. Teoksessa: Model of Human Oc-

cupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 483.

Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S. & Kielhofner, G. 1998. The Assessment of Communication and Interaction Skills (version 4.0). Chicago: Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.

Forsyth, K., Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, C., Haglund, L. Olson, L., Skinner, S. & Kulkarni, S. 2005. The Occupational Circumstances Interview and Rating Scale (OCAIRS) (version 4.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois.

Forsyth, K., Braveman, B., Kielhofner, K., Ekbladh, E., Haglund, L., Fenger, K. & Keller, J. 2006. Psychometric properties of the Worker Role Interview. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 27, 313-318. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 490.

Forsyth, K & Parkinson, S. 2006. MOHOST: The Model of human occupation screening tool. The Model of Human Occupation Clearinghouse. Department of Occupational Therapy. College of Applied Health Sciences. Chicago: UIC University of Illinois.

Forsyth, K., Kielhofner, G., Bowyer, P., Kramer, K., Ploszaj, A., Blondis, M., Hinson-Smith, R. & Parkinson, S. 2008. Assessments Combining Methods of Information Gathering. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 288-310.

Goodman, P. 1960. *Growing up absurd*. New York: Vintage. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 36.

Gorde, M. W., Helfrich, C. A., & Finlayson, M. L. 2004. Trauma symptoms and life skill needs of domestic violence victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 691-708. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 483.

Gray, M. L. & Fossey, E. M. 2003. Illness experience and occupations of people with chronic fatigue syndrome. *Australian Occupational Therapy Journal* 50, 127-136. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 481.

Hachey, R., Boyer, G. & Mersier, C. 2001. Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 112-120. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Haglund, L. & Thorell, L. 2004. Clinical perspective on the Swedish version of the Assessment of communication and Interaction Skills: stability of assessments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 417-423. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Hakansson, C., Eklund, M., Lidfelt, J. Nerbrand, C., Samsioe, G. & Nilsson, P. M. 2005. Well-being and occupational roles among middle-aged women. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 24, 341-351. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Harra, T., Aralinnä, V., Heikkilä, M., Korkiatupa, R., Löytönen K. ja Onkalo-Okkonen, R. 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2006, 122, 5, 554-62.

Hautala, T. 2005. Teoksessa: Mistä TOI on tullut? Suomalainen toimintaterapia muotoutuu. Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. Toim. T. Joutsivuo. Helsinki: Edita Prima Oy, 54-71.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki:Edita Prima.

Hawes ,D. & Houlder, D. 2010. Reflections on using the Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. British Journal of Occupational Therapy, 73, 11, 564 -567.

Heasman, D. & Atwal, A. 2004. The Active Advice pilot project: Leisure enhancement and social inclusion for people with severe mental health problems. British Journal of Occupational Therapy, 67, 511-514. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 478-479.

Heimonen, S. 2009. Psyykkinen toimintakyky. Teoksessa: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Oraita 1/2009. Ikäinstituutti. 55-63.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Luentomateriaali. Graduryhmä 18.2.2009. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.10.2011.
http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Raamatutrükikoda.

Hirsjärvi,S., Remes, S. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Ingvarsson, L., & Theodorsdottir, M. H. 2004. Vocational rehabilitation at Reykjalundur Rehabilitation Center in Iceland. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 22, 17-19. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 489

Jackson, M., Harkess, J., & Ellis, J. 2004. Reporting patients' work abilities: How the use of standardized work assessments improved clinical practice in Fife. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 129-132. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 489.

Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teorit ja käytänteet. Toim. Ijäs, E. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Karppi, S-L. 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. 14.12.2009. Kansaneläkelaitos. Viitattu 1.10.2011.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>

Keponen, R. 2008. MOHOST: Inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi. Käsikirja. Helsinki: Psykologien kustannus Oy. Alkuperäisteos: Forsyth, K. & Parkinson, S. 2006. MOHOST: The model of human occupation screening tool. Chicago: UIC University of Illinois.

Kielhofner, G. & Neville, A. 1983. The modified interest checklist. Julkaisematon käsikirjoitus. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois.

Kielhofner, G. & Forsyth, K. 2001. Measurement properties of a client self-report for treatment planning and documenting therapy outcomes. *Scandinavian Journal Occupation Therapy*, 8, 131–139.

Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K. & Lai, J. S. 2001. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 260-267.

Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition.

Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 480.

Kielhofner, G., Mallison, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A. & Walens, D. 2004. Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II) (version 2.1). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois.

Kielhofner, G., Forsyth, K. & Iyenger, A. 2007. Creating a client self-report measure: part 1, Assuring validity and sensitivity. *Julkaisematon käsikirjoitus*. Chicago: University of Illinois. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 483.

Kielhofner, G. 2008. *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. Tham, K., Baz, T. & Hutson, J. 2008. Performance Capacity and the Lived Body. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 68-84.

Kielhofner, G., Cahill, S. M., Forsyth, K., De Las Heras, C., Melton, J., Raber, C. & Prior, S. 2008. Observational Assessments. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 217-236.

Kielhofner, G., Forsyth, K., Suman, M., Kramer, J., Nakamura-Thomas, H., Yamada, T., Cordeiro, J. R., Keponen, R., Pan, A.W. & Henry, A. 2008. Self-

Reports: Eliciting Clients' Perspectives. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 237-261.

Kielhofner, G., Forsyth, K., Clay, C., Ekbladh, E., Haglund, L., Hemmingsson, H., Keponen, R. & Olson, L. 2008. Talking With Clients: Assessments That Collect Information Through Interviews. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 262-287.

Kielhofner, G., Mentrup, C., Miranda, C., Schulte, D. & Shepherd, J. 2008. Enabling Clients to Reconstruct Their Occupational Lives in Long-Term Settings. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 379-404.

Kielhofner, G. 2009. Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice. Edition 4. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Kielhofner, G., Fogg, L., Braveman, B., Forsyth, K., Kramer, J. & Duncan, E. 2009. A factor analytic study of the Model of Human Occupation Screening Tool of hypothesized variables. *Occupational Therapy in Mental Health* 25, 2, 127-37.

Kjellberg, A., Haglund, L., Forsyth, K. & Kielhofner, G. 2003. The measurement properties of the Swedish version of the Assessment of communication and interaction skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 271-277. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 475.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalla tutkijalle tutkimuksen teoreetisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Uudistettu painos. Toim. J. Aaltoja & R. Valli. Juva: PS-Kustannus, 70-85.

Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielen terveystuntoutujan työkirja. Mielen terveyden keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille – Mitä mielen terveystuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Kramer, J., Bowyer, P. & Kielhofner, G. 2008. Evidence of Practice from the Model of Human Occupation. Teoksessa: Model of Human Occupation. Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 466-505.

Kuntoutussäätiö. 2011. Kuntoutusportti. Mielen terveystuntoutus. Viitattu: 2.2.2011.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/mielen_terveystuntoutus/

Lauri, Kaisa. 2004. Pienin askelin. Tutkimus kuntoutujalähtöisestä mielen terveystuntoutuksesta. Sosiaalityön Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto.

Lee, A. L., Strauss, L., Wittman, P., Jackson, P. & Carstens, A. 2001. The effects of chronic illness on roles and emotions of caregivers. Occupational Therapy in Health Care, 14, 47-60. Teoksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Lehto, M. 2004 Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Teoksessa: TOIMINTAKYKY arviointi ja kliininen käyttö. Toim. Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 18-21.

Li, Y. & Kielhofner, G. 2004. Psychometric properties of the Volitional Questionnaire. The Israel Journal of Occupational Therapy, 13, E85-E98. Teo-

ksessa: Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition.
Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 488.

McNulty, M. & Fisher, A. 2001. Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *American Journal of Occupational therapy*, 55(6), 2001, 649-655.

MOHO Clearinhouse. 2011. Reference List for Evidence Briefs. Viitattu 13.10.2011. <http://www.uic.edu/depts/moho/evidencebriefs.html>

Moore-Corner, R., Kielhofner, G., & Olson, L. 1998. Work Environment Impact Scale (WEIS) (Version 2.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois.

Oakley, F., Kielhofner, G., & Barris, R. 1985. An occupational therapy approach to assessing psychiatric patient's adaptive functioning. *American Journal of Occupational functioning*. *American Journal of Occupational Therapy*, 29, 147-154.

Page, M. 2008. Interviewing in Occupational Therapy. Teoksessa: Teoksessa: Assessments in Occupational Therapy Mental Health. An Integrative Approach Second edition. Hemphill-Pearson, B. J. 2008. Yhdysvallat: SLACK Incorporated, 15-33.

Pan, A-W., Sarah, C. P., Lynn, C., Tsy-Jang, C. & Ping-Chuan, H. 2006. Quality of life in depression: Predictive models. *Quality of Life Research* 15, 39-48.

Pan, A-W., Fan C-W., Chung L., Chen T-J., Kielhofner, G., Wu M-Y. & Chen Y-L. 2011. Examining the validity of the Model of Human Occupation Screening Tool: using classical test theory and item response theory. *British Journal of Occupational Therapy* 74,1, 34-40.

Paterson, C. F. 2008. A short history of occupational therapy in psychiatry. Teoksessa: Occupational Therapy and Mental Health. Fourth edition. Creek, J. & Lougher, L. 2008. China: Churchill Livingstone, 3-16.

Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. 2006. The Model of Human Occupation Screening Tool (version 2.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University Illinois.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK) 2010. Hankesuunnitelma. Psykiatriatalo laajennus L. Tilatoimikunta 11.11.2010 § 38. Viitattu 1.12.2011.
<http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/PKSSKjulkaisu/kokous/2010118-6-3296.PDF>

Pohjolainen, P. 2009. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Oraitia 1/2009. Ikäinstituutti, 48-54.

Ritsilä, J. 2002. Toimintaterapeuttien käsityksiä tahdosta ja kokemuksia tahdon arviointimentelmän käyttöönotosta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos: Toimintaterapia. Viitattu 31.8.2011.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12546/G0000106.pdf?sequence=1>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan Yliopisto. Viitattu 16.10.2011. http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Schindler, V. P. & Baldwin, S. A. M. 2005. Role development: application to community-based clients. Israeli Journal of Occupational Therapy, 14, E3-18. Teoksessa: Kielhofner, G. 2008. Model of Human Occupation Theory and Application, 4th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 487.

Simonen, M. 2009. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toim. Pohjolainen, P. & Heimonen, S. Oraita 1/2009. Ikäinstituutti, 64-73.

Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. 1986. The relationship between volition, activity pattern and life satisfaction on the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40, 278-283.

Sousa, S. 2006. Reliability and validity of the Occupational Self Assessment with psychiatric inpatients in Portugal. Julkaisematon käsikirjoitus. Teoksessa: *Model of Human Occupation Theory and Application*, 4th edition. Kielhofner, G. 2008. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 484.

Spaniol, LeRoy. 2000. Phases of Recovering Journey. Luentomateriaali. International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, Congress, Washington DC.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu ja seurantaryhmän esitys. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Valtioneuvosto kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Julkaisuja 2002:6.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2005. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sulopuisto, R. 2002. Työroolia arvioiva haastattelu (WRI) - näkökulmana arviointivälineen soveltuvuuden tutkiminen suomalaisessa toimintaterapiassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Pro Gradu tutkielma. Liikunta- ja terveystieteiden

den tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Viitattu: 31.8.2011.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12540/risulo.pdf?sequence=1>

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. 2010. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. Viitattu: 15.11.2011. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi>

Taylor, M. C. 2009. Finding and appraising the evidence. Teoksessa: Skills for practice in Occupational Therapy. Toim. Duncan, E. A. S. China: Churchill Livingstone Elsevier.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksessa 26.1.2011. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansainvälinen asiantuntijaverkosto. Viitattu: 1.10.2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>.

Urish, C. 2008. Evidence-Based Assessments Used With Mental Health. Teoksessa: Assessments in Occupational Therapy Mental Health. An Integrative Approach Second edition. Hemphill-Pearson, B. J. 2008. Yhdysvallat: SLACK Incorporated, 369-386.

Velozo, C., Kielhofner, G. & Fisher, G. 1998. Worker Role Interview (WRI) (version 9.0). Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, University of Illinois.

Yazdani, F., Jibril, M. & Kielhofner, G. 2008. A study of the relationship between variables from the Model of Human Occupation and subjective well-being among university students in Jordan. Occupational Therapy in Health Care, 22, 2-3, 125-38.

Watts, J. H., Kielhofner, G., Bauer, D., Gregory, M., & Valentine, D. 1989. The Assessment of Occupational Functioning: The second revision. *Occupational therapy in mental health*, 8, 4, 61-87.

Williams, A., Fossey, E. & Harvey, C. 2010. Sustaining employment in a social firm: use of the Work Environment Impact Scale v. 2.0 to explore views of employees with psychiatric disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 11, 34-40.

LIITTEET

Liite 1 Yhteistyösopimus



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

1 (2)

SOPIMUS OPINNÄYTEYHTEISTYÖSTÄ

Sopijaosapuolet

Toimeksiantaja PKSSK psyykkinen kuntoutus

Toimeksiantajan edustaja _____

Toimeksiantajan yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyötä ohjaava(t) opettaja(t)

Tuija Heiskanen

Yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti)

Opiskelija(t)

Sanna Rantanen
Riitta Penttinen

Yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti)

Opinnäytetyön aihe

Opiskelija laatii opinnäytetyön aiheesta

Tukea ajassa toimimiseen
toimintaterapian välinein, PKSSK aikuispsykiatrisena
kerhotoimintana

Ohjaus

Ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.

Dokumentointi

Työstä laaditaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys joka luovutetaan toimeksiantajalle ja ammattikorkeakoulun kirjastoon julkaistavaksi.

Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat Opiskelijalle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden teokseen sen valmistuttua. Muut mahdolliset teollisoikeudet ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta.

Keksinnöt

Jos opinnäytetyön tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen Jyväskylän ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia.

Työsuhte

Mahdollisesta työsuhteesta tai työstä maksettavasta palkkiosta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen. Opinnäytetyötä tekevät opiskelijat ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun tapaturmavakuutuksen piirissä mikäli heillä ei ole työsuhdetta opinnäytetyön toimeksiantajaan.

Opinnäytetyön julkisuus

Jyväskylän ammattikorkeakoulu noudattaa opetusministeriön suositusta, ettei opinnäytetöihin sisällytetä salassa pidettävää aineistoa ja että opinnäytteet ovat julkisia heti, kun ne on hyväksytty. Arvioitavaan opinnäytetyöhön ei sisällytetä toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuuksia, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon.



Luottamukselliset tiedot

Toimeksiantaja sitoutuu ohjauksellaan myötävaikuttamaan siihen, että opinnäytetyöhön ei sisällytetä luottamuksellista aineistoa. Toimeksiantajan nimeämälle edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöhön viimeistään kaksikymmentä (20) päivää ennen aiottua tarkastukseen luovuttamista. Toimeksiantajalla on oikeus vaatia muokkauksia opinnäytetyöhön, mikäli julkaiseminen vaarantaa mahdollista Toimeksiantajan patentin hakua tai muuta immateriaali oikeudellista suojaamista tai sisältää Toimeksiantajan luottamuksellisia tietoja. Kieltävä päätös tulee perustella. Opiskelijalla on oikeus saada aineisto, jonka sisällyttämiseen opinnäytetyöhön Toimeksiantaja on antanut kielteisen päätöksen, muokattavaksi yhteistyössä Toimeksiantajan kanssa ja opinnäytetyö jätettäväksi tarkastukseen sen jälkeen kun Toimeksiantajan etuja haittaavat kohdat on poistettu. Mikäli Toimeksiantaja ei edellä mainittuna määräaikaana vaadi muutoksia opinnäytetyöhön, on opiskelijalla oikeus jättää opinnäytetyö sellaisenaan tarkastukseen.

Opinnäytetyön esitys

Opinnäytetyön esitys on aina julkinen. Työn teettäjä ja tekijä määrittävät yhdessä esityksen sisällön siten, että esitys ei loukkaa salassapitosopimusta.

Salassapito

Ohjaava opettaja ja opinnäytetyön tekijä ovat velvolliset pitämään luottamuksellisina ja salassa kaikki toimeksiantajan liike- ja ammattisalaisuudet. Mikäli toimeksiantaja sitä vaatii, tehdään opinnäytetyötä koskeva erillinen salassapitosopimus.

Vastuut

Sopijaosapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista vahingosta. Vastuun ulkopuolelle on rajattu välilliset vahingot. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.

Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samasanaista kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus astuu voimaan allekirjoitushetkellä.

Julkaisu


Opinnäytetyön ja sen tiivistelmän saa julkaista myös elektronisesti.

Kyllä Ei Toimeksiantaja pidättää oikeuden päättää elektronisesta julkaisemisesta myöhemmin

Paikka ja aika

10/2009 17.2.2011


Allekirjoitukset

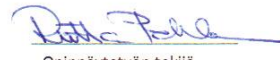


Toimeksiantajan edustaja


Ohjaava opettaja


Ohjaava opettaja


Opinnäytetyön tekijä
Sanna Kautanen


Opinnäytetyön tekijä
Jutta Pehkonen

Liite 2 Tutkimusluvan viranhaltijapäätös

Tutkimusluvan myöntäminen "Tukea arjessa toimimiseen toimintaterapian välinein" opinnäytetyön tekemistä varten/Sanna Rantanen ja Riitta Pehkonen

Selostus asiasta Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimintaterapian koulutusohjelmassa opiskelevat Sanna Rantanen ja Riitta Pehkonen pyytää tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemistä varten.

Päätös Myönnän Jyväskylän ammattikorkeakoulun toimintaterapeuttiopiskelijoille Sanna Rantaselle ja Riitta Pehkoselle luvan opinnäytetyöhön kuuluvan tutkimuksen tekemiseen. Opinnäytetyön aihe on "Tukea arjessa toimimiseen toimintaterapian välinein". Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna aikuispsykiatrian kotikuntoutuksen työryhmässä.

Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa opetuskoordinaattori Kaisa Laatikaiselle Pohjois-Karjalan keskussairaalaan.

Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Kuntayhtymän johtosääntö 12 §, 13a § tai 14 §

Allekirjoitus ja virka-asema

[Redacted signature]

Ylihoitaja psykiatrian hoitotyö

Tiedoksianto
Tiedoksi

Annettu tiedoksi sähköpostilla 1.3.2011

Tiedoksiantaja
Otto-oikeus

[Redacted name]
Yhtymähallitus

Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Jäsenkunnan ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämistä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Lähettäjä on vastuussa siitä, että oikaisuvaatimus saapuu perille oikaisuvaatimusajan kuluessa.

Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitus
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Liite 3 Saatekirje

Riitta Pehkonen ja Sanna Rantanen

Torstai 17.2.2011

Aikuispsykiatrian kotikuntoutusryhmä

Pohjois-Karjalan keskussairaala

Tikkamäentie 16, talo 6/2

80210 Joensuu

Hyvä Aikuispsykiatrian kotikuntoutusryhmä;

Kiitos, että olette lupautuneet haastateltaviksi opinnäytetyöhömmme liittyen. Haastattelu toteutetaan keskiviikkona 23.3.2011 klo 8.30-10.00 aikuispsykiatrian kotikuntoutuksen tiloissa. Videoimme ja äänitämme haastattelun, ja siihen pyydämme teiltä luvan ennen haastattelun aloittamista. Toivomme, että videointi ja äänitys sopii kaikille, sillä se on tärkeää haastattelun luotettavan purkamisen vuoksi. Haastattelun toteutamme ryhmämuotoisena teemahaastatteluna, joka tarkoittaa sitä, että ryhmässä keskustellette vapaamuotoisesti tietyistä etukäteen sovituista teemoista. Haastattelun teemana on: millaisia arjen ongelmia potilaillanne on ollut viimeisen vuoden aikana? Haastattelun tarkentavat teemat on rakennettu toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) pohjalta. **Haastattelussa on tarkoitus keskustella potilaiden arjen ongelmista, jotka liittyvät potilaiden ruumiin ja kehon-**

toimintoihin, ruumiin rakenteisiin, erilaisten tehtävien ja toimintojen toteuttamiseen, toimintoihin osallistumiseen sekä fyysiseen-, sosiaaliseen- tai asenneympäristöön.

Stakesin tekemän (2005, 3-8) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus kirjan mukaan **ICF** määrittelee monipuolisesti terveydentilaan liittyviä toimintakyvyn alueita. Se kuvaa toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän toiminnallisen tilan kansainvälisesti yhtenäisellä ja sovitulla kielellä. ICF on suunniteltu käytettäväksi monilla eri tieteen aloilla ja toimialoilla. Sen tarkoituksena on parantaa eri käyttäjäryhmien välistä viestintää. ICF -luokitus koostuu eri osaluokista:

1. Ruumiin ja kehontoiminnot sekä ruumiin rakenteet
2. Suoritukset ja osallistuminen
3. Ympäristötekijät

Näillä kuvataan ihmisen toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä puhuttaessa yksilön lääketieteellisestä terveydentilasta.

Toivomme, että ennen haastattelua pohditte viimeisen vuoden aikana hoidossanne olleiden potilaiden ongelmia yllä olevien teemojen mukaisesti.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiin. Puhelinnumeromme on [REDACTED]

Parhain terveisin

Riitta Pehkonen ja Sanna Rantanen

Liite 4 Teemahaastattelun runko

Millaisia arjen ongelmia kotikuntoutuspotilailla on ollut viimeisen vuoden aikana?

Ruumiin rakenteet sekä ruumiin ja kehon toiminnot	Suoritukset ja osallistuminen	Ympäristö
<p>1. Millaisia arjen ongelmia potilailla on ollut liittyen kehonrakenteisiin?</p> <p>2. Millaisia arjen ongelmia potilailla on ollut liittyen sairauteen tai häiriöön?</p>	<p>1. Millaisia arjen ongelmia potilailla on ollut liittyen erilaisten tehtävien tai toimintojen toteuttamiseen?</p> <p>2. Millaisia arjen ongelmia potilailla on ollut liittyen eri toimintoihin osallistumiseen:</p> <p>Tarvittaessa tarkennuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppiminen, opitun tiedon soveltaminen tai päätöksien tekeminen • Tehtävien suunnittelu, aloittaminen, jatkaminen tai lopettaminen • Ajankäytön suunnittelu • Stressin ja muiden psyykkisten paineiden käsittely • Kommunikointi • Liikkuminen kotona tai ympäristössä (kulkuvälineillä tai ilman) • Itsestä huolehtiminen • Kotielämä ja kodinhoito • Vuorovaikutussuhteet • Opiskelu, työ, vapaaehtoistyö • Yhteisöllisyys, virkistäytyminen ja vapaa-aika, uskonto, ihmisoi-keudet ja politiikka 	<p>1. Millaisia arjen ongelmia potilailla on ollut liittyen ympäristöön?</p> <p>Tarvittaessa tarkennuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fyysinen ympäristö • Sosiaalinen ympäristö • Asenneympäristö • Palveluympäristö

(Stakes 2005, 47-203.)

