



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Psykiatrian kuntoutuspoli­k­li­ni­ko­illa
järjestettävän depressiokoulun vaikutuksia
potilaiden arjessa selviytymiseen
ja kuntoutumiseen

Koskinen, Emma

Luoma, Laura

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla järjestettävän depressiokoulun vaikutuksia potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen

Koskinen Emma
Luoma Laura
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2013

Koskinen Emma, Luoma Laura

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla järjestettävän depressiokoulun vaikutuksia potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen

Vuosi 2013 Sivumäärä 41

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla järjestettävän depressiokoulun vaikuttavuutta potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen sekä selvittää, kuinka potilaat itse kehittäisivät depressiokoulun toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden depressiokouluryhmätöinnin jatkokehittämiselle.

Opinnäytetyö jatkoi aiempaa opinnäytetyötä, jossa on kehitetty psykiatristen kuntoutuspoliklinikoiden ryhmätöimintoja vuonna 2011. Kuntoutuspoliklinikoiden henkilökunta jakoi lomakekyselyn kaikille depressiokouluun osallistuneille potilaille kevään 2013 aikana, jonka jälkeen aineisto analysoitiin osittain määrällisesti ja osittain sisällönanalyysin avulla. Psykiatrian kuntoutuspoliklinikan henkilökunta jakoi kyselylomakkeita yhteensä 19 kappaletta, joista palautui 13 kappaletta eli 68 prosenttia. Kyselyyn vastanneista 54 prosenttia oli miehiä ja 46 prosenttia naisia. Suurin osa vastanneista oli 50-59-vuotiaita, heitä oli vastaajista 31 prosenttia. Suurin osa vastaajista, 38 prosenttia on käynyt psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla 2-3 vuotta.

Kyselylomakkeeseen vastanneet kokivat saaneensa depressiokouluryhmästä monenlaisia työkaluja arkeensa. Depressiokouluryhmän myötä potilaat ymmärsivät sosiaalisten suhteiden merkityksen arjessa selviytymiseen. Ehdotuksia depressiokouluryhmän kehittämiseksi saatiin jonkin verran. Depressiokoulukirja ja kotitehtävät saivat potilailta sekä kritiikkiä että positiivista palautetta. Potilailla oli myös kehitysehdotuksia ryhmän organisointiin. Depressiokouluryhmästä on tehty aiemmin tutkimuksia, joihin pystyimme vertaamaan saatuja tuloksia. Johdopäätöksinä voitiin esittää, että teoria tuki kyselylomakkeen vastauksia.

Jatkotutkimuksessa opiskelijat voisivat kehittää depressiokouluryhmää saatujen kehitysehdotusten perusteella, jonka jälkeen arvioitaisiin uudelleen depressiokouluryhmän toimintaa.

Asiasanat: psykiatrian kuntoutuspoliklinikka, mielenterveys, avohoidon mielenterveyskuntoutus.

Koskinen Emma, Luoma Laura

Effects of “Coping with Depression” group (CWD) organized by the psychiatric rehabilitation outpatient clinics to patients survive in their everyday life and rehabilitation

Year	2013	Pages	41
------	------	-------	----

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of “Coping with Depression” group (CWD) organized in the psychiatric rehabilitation outpatient clinics on how the patients manage in their everyday life and rehabilitation and to clarify how the patients would develop the function of CWD group. The aim of this thesis was to produce information for further development of psychiatric rehabilitation outpatient clinics CWD group.

This thesis continued a previous thesis in which psychiatric rehabilitation outpatient clinics’ group functions were developed in 2011. During spring 2013 the staff of rehabilitation outpatient clinic handed out a questionnaire to all the patients that had participated in the CWD group. After that the material was analysed partly with quantitative and partly with analysis method.

The staff of psychiatric rehabilitation outpatient clinic handed out 19 questionnaires and 13 of them were returned which constituted 68 % response rate. 54 percent of the respondents were male and 46 percent were female. The majority of the respondents, 31%, were 50-59 years old. The majority of the respondents which was 38 percent have been visiting the psychiatric rehabilitation outpatient clinic for 2-3 years.

The respondents of the questionnaire felt that they have received various tools for their daily life from the CWD group. With CWD group the patients understood the meaning of social relations in coping with everyday life. Some suggestions for developing CWD group were received. The patients gave the workbook and homework both criticism and positive feedback. The patients also had development suggestions for the organizing of the group. Research on CWD group had been made earlier, against which we were able to compare the received results.

As a conclusion it could be presented that theory supported the answers of the questionnaire. In the follow-up research the students could develop the CWD group on the basis of the received suggestions for the development. After that the functionality of the CWD group would be re-evaluated.

Keywords: psychiatric rehabilitation outpatient clinics, mental health, outpatient psychiatric rehabilitation.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	8
2.1	Mielenterveys	8
2.2	Mielenterveystyö	10
2.3	Avohoidon mielenterveyskuntoutus.....	11
2.4	Toimintaympäristö	12
2.5	Ryhmä	13
2.5.1	Ryhmiä rakenteen perusteella	15
2.5.2	Ryhmän kehitys	15
2.5.3	Vertaistuki	16
2.5.4	Depressiokoulu	17
3	Tutkimusongelmat	18
4	Tutkimusmenetelmät.....	18
4.1	Laadullinen tutkimus	18
4.2	Määrällinen tutkimus	18
4.3	Kyselylomaketutkimus.....	19
4.4	Aineiston analysointi.....	21
4.5	Toteutus	22
5	Tulokset.....	23
5.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	23
5.2	Määrällisten kysymysten analysointi	24
5.3	Aineiston analyysi	27
6	Johtopäätökset	30
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	30
6.2	Johtopäätökset tutkimustuloksista.....	32
6.3	Ammatillisen kasvun ja oppimisen arviointi	33
	Lähteet	35
	Taulukot	38
	Liitteet.....	39

1 Johdanto

Mielenterveys on elämään positiivisesti vaikuttava voimavara, joka tekee mahdolliseksi elämän elämisen täysipainoisesti. Henkilön toimintakyky ja hyvinvoinnin perusta muodostuvat mielenterveydestä. Mielenterveys muovautuu henkilön ja hänen ympäristönsä välisissä yhteyksissä jatkuvasti. Positiivista mielenterveyttä vahvistavat sosiaaliset ja emotionaaliset taidot. (Keskeiset käsitteet 2007.)

Mielenterveystyön ensisijainen tavoite on lisätä ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä sekä edesauttaa persoonallisuuden kasvua. Mielenterveysongelmien hoito sekä mielenterveyden edistäminen kuuluvat myös mielenterveystyöhön. Mielenterveystyö mielletään usein sairauden hoitamiseksi, vaikka tärkeintä on mielenterveyden edistäminen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 25.) Mielenterveyslaissa (1990/1116) korostetaan avohoitopalvelujen merkitystä ja tärkeyttä, sillä päämääränä on se, että potilas olisi itse aktiivinen hoitoon haikutumisessa sekä aktivoituisi itsenäisessä työskentelyssä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Mielenterveyden laatusuosituksen (2001; 9, 24-25) mukaan hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:9, 24-26).

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla toteutetaan psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitoa. Kuntoutuspoliklinikoilla on käytössä ryhmätoimintojen malli, joka koostuu neljästä eri osiosta: näyttöön perustuvat ryhmät, keskusteluryhmät, toiminnalliset ryhmät ja muu toiminta. Kuntoutuspoliklinikoiden toiminnan tavoitteena on järjestää avohoitoa toiminnallisten ja kuntouttavien menetelmien avulla. Tällä tavoin potilaan kanssa pyritään yhdessä löytämään sellaisia menetelmiä, jotka edistävät ja ylläpitävät asiakkaan elämänlaatua sekä arjessa selviytymistä. (Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat, esite 2011.)

Ryhmässä ihminen oppii ymmärtämään itseään paremmin ja ryhmä herättää tarpeita ja tunteita, jotka ovat saattaneet olla sokeaa aluettamme. Kun itsetuntemus kasvaa pystyy ihminen huomioimaan ja ymmärtämään paremmin muita ihmisiä. Lisäksi ryhmässä huomaa, että oman heikkouden näyttäminen vain vahvistaa itsetuntoa. Myös yhteistyökyky ja vuorovaikutustaidot kehittyvät ryhmässä. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 12-13.) Vertaistuki tarkoittaa samassa elämäntilanteessa olevien henkilöiden välistä kokemusten jakamista ja toistensa tukemista, joka perustuu ryhmän jäsenten tasa-arvoisuuteen, vastavuoroisuuteen ja toisen kunnioittamiseen. Vertaistuki antaa autettavalle voimavaroja, tarvittavaa tietoa ja tukea sekä päivittäisessä elämässä tarvittavaa tietoa. (Huskonen 2012; Yli-Pirilä 2012.)

Depressiokouluryhmässä opiskellaan masennuksen itsehoitoa. Se auttaa jokaista osallistujaa rakentamaan oman työkalupakkinsa masennuksen lievittämiseksi ja ehkäisemiseksi. Kurssilla opitaan taitoja, jotka auttavat selviytymään arjessa sekä elämän vaikeissa tilanteissa. Ryh-

mäprosessin tukena depressiokoulussa on käytössä työkirja, jonka tehtävien avulla opiskellaan kuinka ajatukset, ongelmanratkaisutaidot, erilaiset toiminnot ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat mielen hyvinvointiin. Depressiokouluryhmän tavoitteena on itsehoitokeinoja opettelemalla vähentää vakavien masennustilojen puhkeamista, lyhentää masennusjaksojen kestoja sekä lievittää masennusjaksojen voimakkuutta. (Koffert & Kuusi 2011, 5.)

Opinnäytetyö lähti liikkeelle työelämän tarpeesta. Opinnäytetyö jatkoi aiempaa opinnäytetyötä, jossa on kehitetty psykiatristen kuntoutuspoliklinikoiden ryhmätoimintoja vuonna 2011. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden depressiokoulun ryhmätoiminnan jatkokehittämiselle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla järjestettävän depressiokoulun vaikuttavuutta potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen sekä selvittää, kuinka potilaat itse kehittäisivät depressiokoulun toimintaa. Tutkimus toteutettiin osittain määrällisenä ja osittain laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin depressiokouluryhmän käyneiltä potilailta kyselylomakkeiden avulla keväällä 2013. Aineisto analysoitiin tilastollisesti sekä sisällönanalyysillä.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Mielenterveys

Se, mitä mielenterveydellä tarkoitetaan, riippuu kulttuurista, määrittelijästä ja aikakaudesta. Jokainen ihminen ymmärtää käsitteen mielenterveys jollakin tavalla. Mielenterveyden tarkka määrittäminen on tämän takia vaikeaa. Lääketieteellisessä ajattelussa mielenterveys sana on usein liitetty mielen sairauksiin. Tällöin mielenterveys nähdään ainoastaan yksilöön liittyvänä ominaisuutena. Psykiatria on kehittynyt viime vuosina ja nykyaikainen sairauskäsitys on huomattavasti laajentunut myös käsittämään kulttuurisia ja yhteisöllisiä tekijöitä. Mielenterveyden hahmottaminen on kehittynyt ja psyykinen hyvinvointi nähdään yhä useammin vuorovaikutuksellisuina; Ihmisen omat normit, arvot ja identiteetti rakentuvat vuorovaikutuksessa henkilön ympäristön kanssa ja näin ollen vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin. (Vuori-Kemilä 2007, 8-9.)

Mielenterveys on elämään positiivisesti vaikuttava voimavara. Mielenterveys tekee mahdolliseksi elämän elämisen täysipainoisesti. Mielenterveyttä ei voi millään tapaa erottaa terveydestä. Mielenterveys muodostaa henkilön toimintakyvyn ja hyvinvoinnin perustan. Mielenterveys mukautuu henkilön ja henkilön ympäristön välisissä yhteyksissä koko ajan. Positiivista mielenterveyttä vahvistavat hyvät sosiaaliset ja emotionaaliset taidot. (Keskeiset käsitteet 2007.)

Käsitteellä mielenterveys voidaan tarkoittaa myös samaa kuin normaalisuudella. Normaalisuus ei kuitenkaan ole yksiselitteinen käsite. Psyykkisen normaaliuden määrittäminen riippuu ajasta ja paikasta sekä kyseisen kulttuurin normeista ja arvoista. Normaali voidaan erottaa joko tilastollisesti tai eettisesti epänormaalista, jolloin normaaliksi kutsutaan sitä, mitä pidetään kulttuurissa arvokkaana tai toivottavana. Mielenterveyden kehittyminen ja psyykkisen normaaliuden määrittäminen riippuvat ihmisen elämänhistorian tapahtumista ja kulttuurista, tulee mielenterveyden määrittelyyn olla suhteessa siihen kulttuuriin, missä asiaa tai yksilöä tarkastellaan. (Vuori-Kemilä 2007, 11-12.)

Molemmat, lapsuus ja nuoruus nähdään tärkeinä rakennuspalikoina ihmisen mielenterveyden kehittymiselle. Varhaisaikuisuudessa tervemielinen henkilö on kykenevä läheisiin ihmissuhteisiin ja myöhemmässä vaiheessa luomaan uutta sukupolvea. Vanhuutta voidaan taas kutsua kypsyyden ajaksi, jolloin mieleltään terve henkilö pystyy pikkuhiljaa luopumaan työstään, lapsistaan ja lopuksi myös elämästään. (Punkanen 2006, 10.)

Mielenterveyden yhteydessä on alettu korostamaan mielenterveyden myönteisiä ominaisuuksia, joita kutsutaan *positiiviseksi mielenterveydeksi*. Positiivinen mielenterveys sisältää taidon selviytyä elämässä. Se nähdään taitona ja elämässä tavoiteltavana asiana ja arvona. Positiivinen mielenterveys voidaan siis määritellä yksilön voimavaraksi. On tärkeää kuitenkin huomata, että positiivinen mielenterveys kuuluu ja uusiutuu kaiken aikaa elämän käänteiden mukana. Positiivinen mielenterveys sisältää aatteen siitä, että monet erilaiset tekijät yksilön ympäristössä ja hänessä itsessään vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin. On tärkeää muistaa, että myös kulttuuriset, yhteiskunnalliset ja elämänhistorialliset tekijät vaikuttavat yksilön psyykkiseen hyvinvointiin, joko positiivisella tai negatiivisella tavalla. On tärkeää muistaa, etteivät mielenterveyteen vaikuta vain perinnölliset ja henkilön omat ominaisuudet. (Vuori-Kemilä 2007, 9-11.)

Positiiviseen mielenterveyteen sisältyy tärkeitä taitoja. Taito välittää toisista ihmisistä, omien tunteiden ilmaisemisen taito, halu ja kykeneminen vuorovaikutukseen, taito solmia ja pitää yllä ihmissuhteita, kyky erottaa omat tarpeet muiden ihmisten tarpeista sekä kyky tehdä työtä. Ongelmatilanteen sattuessa hyvä mielenterveys auttaa ihmistä sopeutumaan, kontrolloimaan ahdistusta ja pitämään oman identiteettinsä sekä kestämään menetyksiä ja ymmärtämään todellisuutta. (Pylkkänen 2008.)

Yksilössä ilmenevät *suotuisat eli suojaavat tekijät* mielenterveyden kannalta ovat persoonalliset valmiudet, kuten hallinnan ja omanarvon tunne, tunne omasta hyvinvoinnista sekä positiivinen elämänasenne. Lisäksi taito luoda tyydyttäviä ja kestäviä ihmissuhteita ja taito tunnistaa omia psyykkisiä tarpeita ovat edellytyksinä myönteisen mielenterveyden kehittymiselle. Hyvä fyysinen kunto ja terveys vaikuttavat myös positiivisesti yksilön kokemaan mielenterveyteen, sillä psyykinen hyvinvointi perustuu osaltaan myös ihmisen biologiaan. Sosiaalisten ihmissuhteiden laatu ratkaisee millainen merkitys yksilön mielenterveyden rakentumiseen sillä on. Suotuisissa olosuhteissa perheen vuorovaikutuksella sekä kasvatusilmapiirillä on perustavanlaatuisen merkitys varhaislapsuuden psyykkiselle kehitykselle. Mielenterveys uusiutuu ja kuuluu kaiken aikaa. Läheisiltä saatu turva ja tuki yksilön psyykkiselle hyvinvoinnille erityisen tärkeää. Läheisten tuella on myös yhteys elämän kriiseistä ja mielenterveysongelmista selviytymiseen. Turvallinen asuinympäristö, tyydyttävä työ, koulutusmahdollisuudet ja riittävä toimeentulo luovat tärkeät yhteiskunnalliset edellytykset mielenterveydelle. Suojaavat tekijät takaavat yksilölle voimavaroja selviytymiseen erilaisista elämän vastoinkäymisistä, jotka kuormittavat mielenterveyttä. (Vuori-Kemilä 2007, 10-11.)

Mielenterveyteen vaikuttavien suotuisten tekijöiden lisäksi on myös ns. *epäsuotuisia tekijöitä eli riskitekijöitä*. Riskitekijöinä voidaan pitää yksilön persoonaan liittyvää vieraantuneisuuden tunnetta, huonoa itsetuntoa tai kokemusta avuttomuudesta. Mielenterveyden riskitekijöiksi

osoittautuvat usein myös yksilön kokemus ihmissuhteiden epätyytyväisyydestä, eristäytyneisyys sekä yksilön vuorovaikutustaitojen kapea-alaisuus.

Ongelmat lapsuuden elinoloissa ja perheen kriisit hankaloittavat lapsen sosiaalista ja psyykkistä kehitystä, ellei lapsella ole riittävästi suojaavia tekijöitä ja korjaavia kokemuksia.

Ristiriidat ja pettymykset ihmissuhteissa, menetykset, syrjäytyminen, köyhyys ja päihdeongelmat uhkaavat ja koettelevat yksilön mielenterveyttä. Jos yksilöllä on suojaavia tekijöitä ympäristössään ja itsessään, hän kykenee kohtaamaan elämän mukanaan tuomat haasteet ja selviytymään niistä. (Vuori-Kemilä 2007, 10-11.)

Ympäristönsä lisäksi ihminen on kokoajan vuorovaikutuksessa kehonsa kanssa. Ihmisen fysiologia, biologinen olemus ja perimä vaikuttavat myös osaltaan mielenterveyden kehittymiseen. Psyykkiset tapahtumat vaikuttavat aina myös ihmisen fyysiseen olotilaan. Ihmisen jakaminen fyysiseen ja psyykkiseen olotilaan on käsitteellisesti mahdollista, vaan käytännössä mahdotonta. Psyykkisen olemuksen ja elimistön välinen vuorovaikutus on mahdotonta erottaa toisistaan. Esimerkiksi jokin psyykkinen kokemus, kuten ahdistus, ilmenee aina fysiologisesti hikoilun, sydämentykytyksen tai jännittyneisyyden muodossa. Fyysiseen kokemukseen, kuten kiipuun, liittyy psyykkinen kokemus, joka voi esimerkiksi olla ahdistus. (Vuori-Kemilä 2007, 12.)

Kun ihmisellä on tekemistä, on hänen elämällään merkitystä. Se, että henkilö kokee olevansa merkityksellinen vahvistaa itsetuntoa ja sitä kautta mielenterveyttä. Huumorintaju auttaa ihmisen myös monen vastoinkäymisen yli. Huumori antaa ihmisen tehdä virheen ja antaa mahdollisuuden toipua siitä ja myös esteettiset kokemukset lisäävät mielenterveyttä. Erilaiset esteettiset kokemukset esimerkiksi taiteesta tai luonnosta ovat merkityksellisiä ihmisen mielenterveydelle. Luonnossa kävely tai mielimusiikin kuuntelu lisäävät ihmisen voimavaroja. (Punkanen 2006, 13.)

2.2 Mielenterveystyö

Terveystuolain (2010/1326) mukaan kunnat ovat velvollisia järjestämään asukkaidensa hyvinvoinnin edistämiseksi tarvittavaa mielenterveystyötä, jonka tehtävänä on suojata asukkaiden mielenterveyttä sekä poistaa uhkaavia tekijöitä. Terveystuolossa toteutettava mielenterveystyö on organisoitava ja toteutettava siten, että sen on muodostettava kunnassa palveleva kokonaisuus sosiaali- ja terveystuolun kanssa. (Terveystuolain 2010/1326.)

Mielenterveystuolain (1990/1116) mukaan ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä” (Mielenterveystuolain 1116/90). Edistävällä toiminnalla tarkoitetaan psyykkisen kehityksen edistämistä vahvistamalla voimavaroja ja selviytymiskeinoja. Edistävässä toiminnassa ohjaus ja neuvonta se-

kä moniammatillinen yhteistyö ovat avainasemassa. Mielen terveyden häiriöitä ehkäisevä toiminta pyrkii varhaiseen mielen terveysriskien tunnistamiseen, minimoimiseen sekä niiden torjuntaan. (Vuori-Kemilä 2007, 21-22.)

Mielen terveyden ensisijainen tavoite on lisätä ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä sekä edesauttaa persoonallisuuden kasvua. Mielen terveysongelmien hoito sekä mielen terveyden edistäminen kuuluvat myös mielen terveyden edistämiseen. Mielen terveyden edistäminen useiden sairauksien hoitamiseksi, vaikka tärkeintä on mielen terveyden edistäminen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 25.) Mielen terveyden edistämisen kohdataan ihmisiä, jotka voivat olla hyvin alttiita erilaisille vaikutuksille. Tämän vuoksi ammattilaisen on noudatettava oman alansa sekä terveydenhuollon eettisiä periaatteita. (Kiviniemi ym. 2007, 33.) Työntekijän on myös huomioitava lait ja asetukset, jotka koskevat niin mielen terveyden edistämistä kuin toteutustakin. (Vuori-Kemilä 2007, 21; Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Sepänen, Vuokila-Oikkonen 2007, 33.) Keskeisimmin mielen terveyden edistämistä ja toteutusta säätelevät mielen terveyslaki (1116/90), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92), terveydenhuoltolaki (2010/1326) sekä mielen terveysasetus (1247/90). (Vuori-Kemilä 2007, 21.)

Mielen terveyslain (1990/1116) mukaan ”mielen terveyden edistämiseen kuuluvat mielisairauksia ja muita mielen terveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.” Mielen terveyden edistämisen tulee kehittää myös väestön elinolosuhteita siten, että ne ennaltaehkäisevät mielen terveyshäiriöiden syntyä sekä tukevat mielen terveyspalveluiden järjestämistä. Lisäksi kunnat ovat velvoitettuja vastaamaan mielen terveyspalvelujen tarjoamisesta kunnassa tai kuntaliitoksessa. Mielen terveyspalveluiden tulee vastata sisällöllisesti ja laajuudeltaan tarpeita edellyttämällä tavalla. Mielen terveyslaki sisältää yhteistyövelvoitteen, jonka mukaan useiden tahojen on tehtävä yhteistyötä, jolloin mielen terveyspalvelut toimivat kokonaisvaltaisesti sekä ovat saatavilla kaikille niitä tarvitseville. (Mielen terveyslaki 1990/1116.)

2.3 Avohoidon mielen terveyskuntoutus

Psykiatrian poliklinikalla tarkoitetaan avohoidon yksikköä erikoissairaanhoidossa. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt voivat käyttää sitä konsultaatioapunaan (Punkanen 2006, 27). Ensisijaisesti mielen terveyden ongelmia hoidetaan avohoidossa, sillä se palvelee asiakkaiden voimavaroja. Käytännössä se tarkoittaa, että potilas voi asua kotona ja käydä sieltä hoidossa. (Kuhanen ym. 2010, 46; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.)

Mielen terveyslaissa (1990/1116) korostetaan avohoitopalvelujen merkitystä ja tärkeyttä, sillä päämääränä on se, että potilas olisi itse aktiivinen hoitoon hakeutumisessa sekä aktivoituisi

itsenäisessä työskentelyssä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Mielenterveyden laatusuosituksen (2001; 9, 24-25) mukaan hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. Primäärisenä hoitotasona käytetään perusterveydenhuollon peruspalveluita ja sekundäärisenä tasona käytetään sosiaali- ja perusterveydenhuollon erityispalvelujen sekä erikoissairaanhoidon tarjoamaa avohoitoa. Hoidossa käytetään hyväksytyjä hoito-ohjelmia, alueellisia hoitosuosituksia sekä käypähoitosuosituksia. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:9, 24-26.)

Avohoito aloitetaan välittömästi täysipainoisesti ja intensiivisesti. Omaisten tarvitsema tuki ja apu otetaan myös huomioon ja tarpeelliset toimet käynnistetään pikaisesti. Lisäksi potilaan kaipaama lisätuen tarve huomioidaan. Hoito on moniammatillista, eli siinä hyödynnetään eri ammattiryhmien tietotaitoa. Hoito pyritään pitämään joustavana ja hoidon jatkuvuus on turvattua mahdollisuuksien mukaan. Hoitoa toteutetaan säännöllisesti ja sen tavoitteena on aktivoida erityisesti potilaan itsenäistä suoriutumista. Hoidon arvioinnin apuna voidaan käyttää konsultaatiomahdollisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9, 24-26.)

Mielenterveyskuntoutumista voidaan kuvata yksilölliseksi muutosprosessiksi, joka etenee omien tavoitteiden sekä voimavarojen mukaisesti (Mielenterveyden keskusliitto, 2009). Kuntouttava mielenterveyshoitotyö on pitkäkestoista ja tavoitteellista kuntouttavaa toimintaa, jonka tavoitteena on lisätä psyykkisesti sairaan potilaan selviytymiskykyä ja vahvistaa sekä tukea potilaan omaa elämänhallintaa. Mielenterveyskuntoutuksessa potilaat otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti. (Kuhanen ym. 2010, 46, 100.) Potilas tai kuntoutuja nähdään mielenterveyshoitotyössä oman elämänsä päätöksentekijänä ja aktiivisena toimijana, jolla on omia tavoitteita. (Kuhanen ym. 2010, 100).

Koskisuus (2004) määrittelee elämänhallinnan mielenterveyskuntoutuksen keskeiseksi käsitteeksi. Elämänhallinnalla tarkoitetaan arjesta suoriutumista ja suoriutumista erilaisista tehtävistä. Elämänhallinta ei kuitenkaan ole pelkkää tekemistä, vaan se pohjautuu ihmisen omiin mielikuviin. Tähän liittyvät vahvasti myös itsenäisyyden- ja omatoimisuuden käsitteet. Elämänhallintaan liittyy myös itsemääräämisoikeus, oikeus omiin valintoihin. Kuntouttavan toiminnan onkin siis sisällettävä kuntoutujan toimintakykyä lisäävää toimintaa, joka myös samalla lisää potilaan hallinnan tunnetta. (Koskisuus 2004, 13-15.)

2.4 Toimintaympäristö

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla toteutetaan psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitoa. Jokaisella psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla työskentelee kaksi koulutettua sairaanhoitajaa sekä mielenterveyshoitaja. Psykiatrian kuntoutuspoliklinikalle hakeudutaan hoitoon lähettävän yksikön aloitteesta. Lähete voidaan saada psykiatrisen sairaalan osastoilta, psykiatrian poliklinikoilta, akuutista päiväyksiköstä, kotiin kuntoutuksesta sekä asumisvalmennusyksikös-

tä. Yleisimmät psykiatristen kuntoutuspoliklinikoiden potilailla esiintyvät sairaudet ovat skitsofrenia, depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö, persoonallisuushäiriöt ja päihdeongelmat. (Salminen 2012.)

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden toiminnan tavoitteena on järjestää avohoitoa toiminnallisten ja kuntouttavien menetelmien avulla. Tällä tavoin asiakkaan kanssa pyritään yhdessä löytämään sellaisia menetelmiä, jotka edistävät ja ylläpitävät asiakkaan elämänlaatua sekä arjessa selviytymistä. Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden tukipilareihin kuuluvat pääpiirteittäin omahoitajuus, yhteisöllinen vuorovaikutus sekä toiminnallinen ryhmätyöskentely. Toiminnan suunnittelussa potilaat ovat aktiivisia toimijoita. Perheiden, läheisten ja viranomaisien kanssa tehtävä yhteistyö kuuluu myös vahvana osana potilaan kuntoutukseen. Potilaiden kanssa suunnitellaan ja rakennetaan henkilökohtainen lakisääteinen kuntoutumissuunnitelma, joka sisältää potilaan henkilökohtaiset tavoitteet ja voimavarat. Tätä suunnitelmaa seurataan säännöllisesti. (Salminen 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) velvoittaa, että hyvän hoidon organisointi, toteutus ja seuranta tulee merkitä potilasasiakirjoihin selkeästi ja ymmärrettävästi. Asiakirjoihin on merkittävä jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta, josta on käytävä ilmi sairauden muoto, hoitomuoto sekä perustelut. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009.)

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikat tarjoavat erilaisia ryhmätoimintamuotoja kuten näyttöön perustuvia ryhmiä, keskusteluryhmiä, toiminnallisia ryhmiä sekä erilaista toimintaa. Näyttöön perustuvien ryhmiin kuuluvat oireidenhallinta, depressiokoulu, keinoja omaan kuntoutukseen sekä mielekäs päivä -ryhmät. Näyttöön perustuvien ryhmien tavoitteena on vertaistuen lisäksi oppia taitoja, jotka auttavat arjessa selviytymisessä. Keskusteluryhmien tavoitteena on tiedon saanti sekä omien ajatuksien ja tunteiden ilmaisun oppiminen. Toiminnallisissa ryhmissä kartutetaan tietoja ja taitoja sekä vahvistetaan keskittymiskykyä ja itsetuntoa. Lisäksi tarjolla on erilaista toimintaa, kuten esimerkiksi liikuntaa, tietovisoja ja käsillä tekemistä. Toiminta pyrkii parantamaan psyykkistä ja fyysistä vointia sekä parantamaan ja ylläpitämään toimintakykyä. (Salminen 2012.)

2.5 Ryhmä

Ihmisille ryhmässä toimiminen ja oleminen ovat luontaista. Vaikka se onkin meille luontaista, sen ei aina pidä, eikä se tulekaan olla aina pelkästään hauskaa ja helppoa. Ryhmä ottaa ja antaa paljon jäsenilleen. Ryhmässä maailma on värikkäämpi ja rikkaampi kuin yksityinen omamaailmamme. Ryhmässä ihminen oppii ymmärtämään itseään paremmin ja ryhmä herättää tarpeita ja tunteita, jotka ovat saattaneet olla sokeaa aluettamme. Itsetuntemuksen kas-

vaessa ihminen kykenee huomioimaan ja ymmärtämään paremmin muita ihmisiä. Lisäksi ryhmässä huomaa, että oman heikkouden näyttäminen vain vahvistaa itsetuntoa. Myös yhteistyökyky ja vuorovaikutustaidot kehittyvät ryhmässä. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 12-13.) Ryhmän merkitys yksilölle on suuri. Ryhmässä tullaan kohdatuksi ihmisenä ja peilauksen kautta ihminen oppii itsestään uutta. Samalla opitaan huomaamaan miten toiset ihmiset reagoivat. Yksilö tarvitsee ryhmää, jotta hän voi kehittää ja vahvistaa omaa identiteettiään. Ilman identiteettiä ihminen on eksyksissä. Aito vuoropuhelu syntyy, kun ihminen on fyysisesti ja psyykkisesti läsnä. (Segercrantz 2009, 18-19.) Ryhmä tarjoaa sisältöä elämään. Ryhmä voi rentouttaa, olla pakopaikka, tarjota virikkeitä, kannustusta tai tarjota hyväksymistä (Kaukkila & Lehtonen 2008, 16).

Vertaistukiryhmiin osallistumisen on todettu edesauttavan kuntoutumista ja auttavan elämänhallinnassa. Kuntoutujien mielestä ilmapiiriin tulee olla vertaistukiryhmissä toiset huomiioon ottava ja välittävä. Näin ollen ryhmässä on helppo jakaa kokemuksia. Monet tuntevat muiden ryhmänjäsenten välittävän heistä ja tukevan heitä. Kuntoutujat kehittävät ja solmivat sosiaalisia suhteita sekä kokevat olevansa itsenäisempiä. (Leung & Arthur 2004, 232-241.)

Toimivassa ryhmässä jäsenet tuntevat ryhmän perustehtävän ja määrittelevät ryhmän tavoitteen ja ohjelman. Hyvin toimivassa ryhmässä ilmapiiri on luonteva ja vapautunut, kaikilla on hyvä olla ryhmässä. Kun ryhmä toimii hyvin, siellä osataan myös ilmaista tunteita ja erimielisyyksiä sekä kuunnella toisia. Ryhmän jäsenten välillä tulee olla keskinäinen luottamus. Ryhmän ilmapiiri on yksilöllisyyttä arvostava ja vapaa. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 13.)

Ryhmässä piilee myös negatiivisia puolustusmekanismeja: kateus, kilpailu ja mitätöinti ja muut puolustusmekanismit ovat vahvoja tuntemuksia ja saattavat tuhota ryhmän mahdollisuudet ellei niihin kiinnitetä huomiota ja puututa niihin. Narsistisuus, pinnallisuus ja kiire voivat vaikuttaa ryhmään samalla, haitallisella tavalla. (Segercrantz 2009, 20-21.)

Ryhmämuotoinen hoito on todettu kustannustehokkaaksi hoitomuodoksi. Vaikutusten mekanisme ei vielä täysin tunneta useista tutkimuksista huolimatta. Ryhmä voi sekä estää tai tukea muutosta. Ryhmässä on mahdollista moninkertaistaa uuden oppimista, sillä taitoja sovelletaan tai avataan esimerkein useisiin samankaltaisiin ongelmiin. Ryhmässä vaikuttavat vahvasti tunnesiteet ja arvostus. Ryhmässä on mahdollista opetella sosiaalisia taitoja sekä aitoa elämyksellisyyttä että kokemuksellisuutta. Ryhmässä saadaan tukea sekä suoraa palautetta. (Lewinsohn ym. 1989, 470-471.)

2.5.1 Ryhmiä rakenteen perusteella

Ihmiset toimivat erityyppisissä ryhmissä, jotka voidaan nimetä ja jakaa ryhmän toiminnan tarkoituksen ja rakenteen mukaan. Ryhmän suuruudella on merkitystä. Pienryhmä koostuu 2-10 henkilöstä. Pienryhmä tarjoaa mahdollisuuden käsitellä esimerkiksi omia ihmissuhteita ja omia henkilökohtaisia ongelmia. Keskikokoiseen ryhmään kuuluu noin kymmenen henkilöä. Keskikokoinen ryhmä tarjoaa hiukan laajemman käsittelymahdollisuuden. Suurryhmä puolestaan koostuu yli 10-15 henkilöstä. Avoimeen ryhmään voi tulla mukaan missä vaiheessa tahansa, koska avoimella ryhmällä ei ole selkeää alkua tai loppua. Ryhmätoiminta jatkuu vaikka osallistujat vaihtuisivat. Suljetulla ryhmällä puolestaan tarkoitetaan sitä, että kokoontumiset ja ryhmäläiset on määritelty etukäteen. Ryhmään ei pääse uusia jäseniä, vaikka joku ryhmäläinen lopettaisi ryhmässä käymisen kesken kaiken. Täydentyvässä ryhmässä taas päinvastoin pois jääneiden jäsenten tilalle otatetaan ryhmäkoon sallima määrä uusia jäseniä. Ryhmän koko tulee ottaa huomioon suunniteltaessa ryhmän tavoitteita tai käyttöä, sillä väärällä ryhmäkoon valinnalla saattaa olla ikäviä seurauksia. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 17-18; Segercrantz 2009, 19-20.)

Keskusteluryhmän muodostavat samoista asioista kiinnostuneet henkilöt. Vertaisryhmään osallistuvilla henkilöillä on joku samanlainen kokemus. Toiminnallisessa ryhmässä keskitytään konkreettiseen toimintaan. Myös muissa ryhmissä voidaan käytännön toimilla käsitellä vaikeita asioita. Harrasteryhmässä henkilöt osallistuvat itselleen hyödylliseen ja mieluiseen toimintaan. Hoidolliset ryhmät tukevat jäsentensä selviytymistä ja hoitoa. Sururyhmässä menetyksen kokeneet henkilöt vaihtavat ajatuksiaan ja tuntemuksiaan toisten ryhmän jäsenten kanssa. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 18-19.)

2.5.2 Ryhmän kehitys

Ryhmän kronologisia eli ajallisia vaiheita voidaan kutsua ryhmän kehitysvaiheiksi. Tätä ryhmän kulkua kutsutaan *ryhmän prosessiksi*. Tutkijoiden mukaan ryhmän etenemiseen kuuluu monta eri vaihetta. Näitä vaiheita on jaoteltu ja nimetty monilla eri tavoilla. Myös ryhmänohjaajan tehtävät ja rooli vaihtelevat, sekä painottuvat eri tavalla ryhmän eri kehitysvaiheissa. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 24-26.)

Kun ryhmä kokoontuu ensimmäistä kertaa, alkaa ryhmä *muotoutua*. Ryhmänjäsenet ovat riippuvaisia ryhmänohjaajasta ja tukeutuvat häneen. Aluksi ryhmässä toimitaan ja puhutaan arasti sekä ollaan etäisiä. Ryhmän jäsenet tarkkailevat toisiaan ja sitä miten muut toimivat ryhmässä, sekä mitä rooleja heillä on. Tässä samalla ryhmän jäsenet etsivät omaa asemaansa ja rooliaan ryhmässä. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 24-26.)

Ryhmän jäsenten päästessä arastelustaan ja alkukankeudestaan, alkavat ryhmäläiset pikkuhiljaa rentoutumaan ja sitä kautta keskustelemaan enemmän muiden kanssa. Tätä ryhmän vaihetta kutsutaan *kuherteluksi*. Ryhmäläiset ovat kiinnostuneita toisistaan ja haluavat tutustua toisiinsa. Ryhmäläiset ovat avuliaita ja innostuneita. Tässä vaiheessa jäsenet ovat yksimielisiä asioista, eikä konflikteja tule. Ryhmän me-henki korostuu. Roolit ryhmässä selkeytyvät. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 24-26.)

Jossakin vaiheessa kuherruskuukausi päättyy ja ryhmäläiset alkavat ilmaista eriäviä mielipiteitään ja kommentoida toisten ajatuksia. Tätä vaihetta kutsutaan *kiehumiseksi*. Vähemmän hyväksytyjä tai iloisia tunteita rupeaa nousemaan esille. Joskus ryhmäläiset alkavat myös vastustaa ja kyseenalaistaa ryhmän tehtävää. Ryhmässä voi esiintyä kapinointia ohjaajaa vastaan ja syntyä klikkejä. Ryhmäläisten välisistä ristiriidoista saattaa tulla konflikteja, joka on täysin normaalia ja terveellistä ryhmän kehityksessä. Kun konfliktit selvitetään, niin samalla parannetaan ryhmän ilmapiiriä ja toimintaa. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 24-26.)

Kun koittaa *yhteistoiminnan* vaihe ovat ryhmän jäsenet taas aktiivisia ja innostuneita. Ryhmäläiset ovat omaksuneet toimintatavat, oman roolinsa ja tavoitteet ryhmässä. Viestiminen ryhmän kesken onnistuu jälleen. Ryhmän jäsenet osaavat esittää ja käsitellä kritiikkiä. Ryhmän jäsenten välillä on kunnioitus. Henkilökohtaiset toiveet ja tarpeet sopivat yhteen ryhmän toiveiden ja tarpeiden kanssa. Ryhmäläisten energia keskittyy tavoitteiden toteuttamiseen. Ryhmän jäsenet käyttävät luovuuttaan ja toimivat siten tehokkaasti. Ryhmän sisällä muodostuneet roolit toimivat. Ryhmäläisten erilaisuutta pidetään rikkautena, jota ryhmä aktiivisesti hyödyntää. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 24-26.)

Kaikissa ryhmissä tulee aika, jolloin ryhmän toiminta loppuu, ryhmästä *luovutaan ja erotaan*. Tunteet nousevat tässä vaiheessa uudelleen esiin. Ryhmätoiminnan loppuminen aktivoi tunnetasolla aiempia luopumiskokemuksia ryhmän jäsenen elämässä. Ryhmäläiset saattavat tuntea surua, haikeutta, voimakasta eroahdistusta sekä helpotusta. Välttääkseen epämiellyttäviä tunteita, jotkut voivat jättää ryhmän jo ennen sen virallista päättymistä. Eroahdistusta pysyttään kuitenkin helpottamaan yhteisillä tapaamisilla jatkossa ja lupauksella pitää yhteyttä. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 24-26.)

2.5.3 Vertaistuki

Vertaistuki tarkoittaa samassa elämäntilanteessa olevien henkilöiden välistä kokemusten jakamista ja toistensa tukemista, joka perustuu ryhmän jäsenten tasa-arvoisuuteen, vastavuoroisuuteen ja toisen kunnioittamiseen. Vertaistuki antaa autettavalle voimavaroja, tarvittavaa tietoa ja tukea sekä päivittäisessä elämässä tarvittavaa tietoa. Vertaistuen avulla voidaan ehkäistä syrjäytymistä. Vertaistukea voidaan järjestää ammattilaisen tai koulutetun vapaaeh-

toisen ohjaamana. Autettava ja auttaja ovat yhtä tärkeitä osapuolia ja he kohtaavat toisensa tasa-arvoisina. On tärkeää, että autettavalle tulee tunne, että hänet on kuultu. Autettavan henkiset voimavarat ovat loppu vaikean elämäntilanteen tai sairauden takia, jolloin hän on kykenemätön hoitamaan arkisia asioita. Vertaistuella on mahdollisuus käsitellä autettavan koko elämänkaarta ja hänen tarpeidensa pohjalta voidaan muodostaa kohdennettuja vertaistukiryhmiä, kuten samaa psyykkistä sairautta sairastavat. (Huskonen 2012; Yli-Pirilä 2012.)

Parhaimmillaan vertaistuki auttaa kuntoutumaan ja helpottaa arjessa selviytymistä. Vertaistuen avulla monet ovat pystyneet puhumaan vaikeista asioista ja tunteista sekä tunteneet tulleensa ymmärretyiksi ja kuulluiksi. Vertaistuki helpottaa hankalaa elämäntilannetta ja helpottaa ahdistusta sekä antaa toivoa. (Huskonen 2012; Yli-Pirilä 2012.)

2.5.4 Depressiokoulu

Yhdysvalloissa on tutkittu ja kehitetty masennuksen ryhmämuotoista hoitoa aina 1970-luvulta lähtien. Masennuksen hoitoon on pyritty löytämään erilaisia kustannustehokkaita menetelmiä. Kehittäjinä toimivat Lewinsohn, Munoz, Yuongren ja Zeiss, jotka myös laativat tätä varten työkirjan. Menetelmää kutsutaan nimellä ”Coping with depression” (CWD), jota käytettiin ensiksi masennuksen riskiryhmässä oleville sekä nuorten, iäkkäämpien ihmisten ja intiaanien masennuksen hoidossa. Ajan kuluessa menetelmää on laajennettu myös auttamaan erilaisia ryhmiä. (Lewinsohn ym.1989, 481-485; Koffert 2002, 174.) Depressiokoulu on lähtöisin Kaliforniasta vuonna 1986. Se on tarkoitettu masennuksen sekä työuupumisen ehkäisy- ja itsehoitomalliksi joko lievään tai keskivaikeaan masennukseen. (Jääskeläinen 2010, 78.) Lewinsohnin ym. (1989) mukaan Depressiokoulun vaikuttavuutta on todettu monissa eri tutkimuksissa. (Lewinsohn ym.1989, 481-485.) Vuonna 2002 Katriina Kuusi ja Tarja Koffert toivat alkuperäisestä mallista kehittelemänsä version myös Suomeen. (Jääskeläinen 2010, 78.)

Depressiokouluryhmässä opiskellaan masennuksen itsehoitoa. Se auttaa jokaista osallistujaa rakentamaan oman työkalupakkinsa masennuksen lievittämiseksi ja ehkäisemiseksi. Kurssilla opitaan taitoja, jotka auttavat selviytymään arjessa sekä elämän vaikeissa tilanteissa. Ryhmä kokoontuu viikoittain ja yksityiskohdat muotoutuvat osallistujien lähtötilanteesta sekä ongelmien laadusta. Depressiokoulu koostuu keskimäärin 8-16 kokoontumiskerrasta, kotitehtävistä ja järjestelmällisestä päivittäisestä työskentelystä. Kokoontumiskerrat kestävät n. 1.5-2h. Ryhmäprosessin tukena depressiokoulussa on käytössä työkirja, jonka tehtävien avulla opiskellaan kuinka ajatukset, ongelmanratkaisutaidot, erilaiset toiminnot ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat mielen hyvinvointiin. Depressiokouluryhmän tavoitteena on opittujen itsehoitokeinojen avulla vähentää vakavia masennustiloja, lieventää niiden voimakkuutta sekä lyhentää niiden kestoja. (Koffert & Kuusi 2011, 5.)

3 Tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla järjestetävän depressiokoulun vaikutuksia potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden depressiokoulun ryhmätoiminnan jatkokehittämiselle.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten depressiokoulu on tukenut potilaita selviytymään arjessa?
2. Miten potilaat kehittäisivät depressiokouluryhmää?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kokonaisvaltainen tiedon hankinta ja aidon elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa otos valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullisen tutkimuksen määrittelyssä esiin nousee ihmisen käsitysten, kokemusten, tulkintojen tai kokemusten kuvaus ja tutkiminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-50.) Laadullisten tutkimusten teko on tärkeää siksi, että useat tutkimuskohteet ovat näkymättömiä, ihmisten välisessä keskustelussa syntyneitä, paikkaan ja aikaan sidottuja ilmiöitä. Laadullisten tutkimusten yleistyessä on ilmennyt monta uutta tapaa tarkastella ilmiöitä ja kokemuksia, jonka johdosta ymmärrys monista eri tapahtumista ja ilmiöistä on lisääntynyt. (Puusa & Juuti 2011, 31.)

Otoksen suuruuden määrää laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tarkoitus. Otos on laadullisessa tutkimuksessa yleensä huomattavasti pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella tilastollisesti merkittäviä tuloksia, vaan ainoastaan yleistettävyyttä teorian avulla. Otos valitaan henkilöistä, joilla on tutkittavasta asiasta kokemusta tai tietoa. Tutkimuksen laajuus, aineiston keräämisen laatu ja tutkimusasetelma vaikuttavat aineiston laajuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-50.)

4.2 Määrällinen tutkimus

Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan selville miten eri tekijät vaikuttavat toisiinsa ja mistä tekijöistä ilmiö koostuu. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on yleistää. Käytännössä tämä voi tarkoittaa sitä, että ilmiöön kuuluvilta kerätään tutkimusaineistoa kyselylomakkeella.

Käytetyin tiedonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa onkin kyselylomake. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2012, 135-138; Kananen 2011, 12-19.)

Kvantitatiivista tutkimusprosessia on verrattu junaan, joka etenee asemalta asemalle, ja jos jokin vaihe jää välistä, on palattava takaisin asemalle josta on lähdetty. Määrällinen tutkimus edellyttää, että muuttujat, jotka vaikuttavat tutkittavaan ilmiöön, ovat tiedossa. Tekijät, jotka vaikuttavat tutkittavaan ilmiöön, muunnetaan muuttujiksi, jonka jälkeen ne käsitellään tilastollisesti. Kvalitatiivinen tutkimus on muuttujien mittaamista sekä tekijöiden esiintymisen määrällistä laskemista ja niiden välisten vuorovaikutussuhteiden laskemista. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2012, 135-138; Kananen 2011, 12-19.)

Määrällisen tutkimuksen perusta on tutkimusongelma, johon tutkija etsii vastausta. Tiedon avulla tutkimusongelma selviää. Kun tarvittava tieto on määritelty, tulee selvittää mistä ja miten tieto saadaan ja kerätään. Tutkimuskysymykset laaditaan tutkimusongelmasta. Tutkimuskysymykset antavat vastaukset asetettuun tutkimusongelmaan. (Kananen 2011, 20-21.)

4.3 Kyselylomaketutkimus

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti (Vilkkä 2005, 74). Kyselylomake on hyvä ja perinteinen tapa kerätä tutkimusaineistoa. Sitä on pidetty yhtenä erityisimmistä aineistonkeruumenetelmistä 1930-luvulta lähtien. (Valli 2007, 102-103.) Kysely- ja haastattelututkimukset muodostavat merkittävän osan erityisesti kansanterveystieteessä tehdyistä tutkimuksista. (Luoto 2009.)

Kyselylomaketutkimuksen etuna pidetään yleisesti ottaen sitä, että sen avulla voidaan kerätä hyvinkin laaja tutkimusaineisto (Hirsjärvi ym. 2009, 195), vastaajan jäädessä kuitenkin aina tuntemattomaksi. Kyselylomaketutkimus soveltuu käytettäväksi hyvin myös silloin, kun on kyse arkaluonteisemmista asioista. (Vilkkä 2005, 74). Tutkimukseen voi osallistua suuri joukko henkilöitä ja sen avulla voidaan myös kysyä monenlaisia asioita. Kyselylomaketutkimus on lisäksi tehokas, sillä se säästää sekä tutkijan aikaa että vaivannäköä. Lisäksi aikataulu pystytään arvioimaan melko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomaketutkimuksen haittana puolestaan voidaan pitää sitä, että aineisto saattaa jäädä pinnalliseksi, eikä tiedetä, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen tai kuinka perillä he ovat siitä aihealueesta, jota kyselylomake käsittelee. Ei ole myöskään selvää, kuinka ymmärrettäviä tai onnistuneita annetut kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien mielestä tai kuinka he ovat kysymykset ymmärtäneet. Näin ollen väärinymmärryksiä on hyvin vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Kyselylomaketutkimuksessa

myös vastaamattomuusprosentti voi nousta korkeaksi (Hirsjärvi ym. 2009, 195 & Vilkkä 2005, 74).

Hyvän, toimivan ja onnistuneen kyselylomakkeen laatiminen vie paljon aikaa ja vaatii tekijältään taitoa (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Kyselylomaketutkimuksen tärkein vaihe on ehdottomasti suunnittelu (Luoto 2009). Kyselylomakkeen huolellisella ja tarkalla suunnittelulla pystytään tehostamaan tutkimuksen onnistumista. Jo suunnitteluvaiheessa on mietittävä kyselylomaketutkimuksen konkreettisia menettelytapoja sekä tarvittavia järjestelyitä. Yhtenä tärkeimmistä seikoista on miettiä, mikä on tutkimuksen kohderyhmä. Aineiston koko tulee myös ottaa huomioon jo kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa. Lomakkeen pitää olla houkuttelevan näköinen ja vastaajaystävällinen. Lomake olisi suotavaa myös testata ennen varsinaista tutkimusta, koska tutkija tulee helposti sokeaksi omalle tekstilleen ja olettaa muidenkin ymmärtävän kysymykset samalla tavalla kuin hän. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2012, 193- 198; Kananen 2011, 22.) Kohderyhmästä voidaan ottaa otos, joka voidaan tehdä eri tavoin; satunnaisotannalla, systemaattisella otannalla, ositetulla otannalla ja ryväotannalla. Perussääntönä on se, että mitä tarkempia tutkimustuloksia halutaan, sitä suurempi otoksen on oltava. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomaketta kannattaa lähteä kokoamaan tutkimusongelmien ja tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti. (Valli 2007, 102-103.) Kyselylomake tulisi suunnitella aina vastaajan näkökulmasta. Lomakkeen mukana olisi hyvä olla sekä vastausohjeet että vakuuttava saatekirje, jossa selvitetään, mitä tutkimus koskee, mikä on tutkimuksen kohde ja mihin tuloksia käytetään. Onnistunut saatekirje saattaa myös vaikuttaa vastaajien vastausmotivaatioon. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 59.) Kysymyksiä muotoiltaessa on oltava erittäin huolellinen, sillä muotoiluun liittyvät seikat aiheuttavat eniten virheitä tutkimustuloksissa. (Valli 2007, 102-103). Kyselylomakkeen kysymysten tulisi olla hyvin selkeitä ja yksinkertaisia. Mikäli vastaajan mielestä kysymys on epäselvä, he saattavat kirjoittaa lomakkeeseen omia tulkintojaan tai vastaus saattaa puuttua kokonaan. Selkeyteen voi varsinkin monimutkaisempien kysymysten osalta vaikuttaa lisäämällä ohjeita. (Luoto 2009.)

Kysymyksiä voidaan muotoilla usealla eri tavalla, mutta yleisimmin käytetään kolmea muotoa: Monivalintakysymyksiä, asteikkoihin perustuvia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot ja vastaaja valitsee lomakkeesta valmiin vastausvaihtoehdon. Monivalintakysymyksissä vastauksia on helppo vertailla ja ne eivät yleensä tuota vaikeaselkoisia vastauksia. Monivalintakysymysten vastaus-ten käsittely ja analysointi on helppoa ja melko nopeaa. Avoimissa kysymyksissä on esitetty ainoastaan kysymys, jonka alle on jätetty tyhjä tila vastausta varten. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään ja ajatuksiaan omin sanoin. Avoimista kysymyksistä on

mahdollista tunnistaa vastaajan motivaatioon liittyviä seikkoja. Niitä voi olla joskus myös hyvin vaikea analysoida. (Hirsjärvi ym.2009, 198-204.)

Tärkeimpänä kyselylomakkeen ominaisuutena pidetään selkeyttä. Kysymysten laadinnasta ei ole olemassa tarkkoja sääntöjä, kuitenkin kaikkien vastaajien tulisi ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Kysymysten määrää ja järjestystä kannattaa miettiä hyvin tarkasti. Kysymysten olisi hyvä olla mahdollisimman lyhyitä ja helposti ymmärrettäviä. Yleensä yleiset ja helpoimmat kysymykset sijoitetaan lomakkeen alkupuolelle, ja tarkemmin rajatut loppupuolelle. Kyselylomakkeessa on vältettävä johdattelevia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-204.)

4.4 Aineiston analysointi

Kaikissa laadullisissa tutkimuksissa voidaan käyttää analyysimenetelmänä *sisällönanalyysiä, eli tekstianalyysiä*. Aineiston analyysi on laadullisessa tutkimuksessa usein hyvin haastavaa. Sisällönanalyysillä saadaan tutkittavasta aiheesta tiivistetty yleismuotoinen kuvaus, josta muodostuu käsitejärjestelmiä, käsiteluokituksia, käsitekarttoja tai malleja. Sisällönanalyysin käyttämisen haasteena voidaan pitää sen säännöttömyyttä ja joustavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-135.)

Sisällönanalyysi on yksi tärkeimmistä työkaluista analysoitaessa laadullista aineistoa (Bryman, 2004, 181). Sisällönanalyysin suorittamiseen ei ole tarkkoja sääntöjä, mutta ohjeistuksesta löytyy apua sen laatimiseen. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli aikaisempaan teoriatietoon perustuen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineistoja havainnoidaan ja yhdistetään laajempiin kokonaisuuksiin. Tutkijan tietotaito kasvaa induktiivisen työskentelytavan myötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.) Deduktiivinen sisällönanalyysi ei perustu suoraan teoriaan, vaan siinä on eräänlaisia teoreettisia viitteitä. Analysoitavat asiat poimitaan aineistosta aikaisemman tiedon ohjaamana. Teoriasta saadaan tuoreita ajatuksia. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä yhdistyvät käytännöstä saatu empiirinen tieto ja teoria. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 98-99.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto tulee tiivistää siten, että tutkittavaa asiaa voidaan kuvailla lyhyesti ja sitä pystytään myös yleistämään. Aineistoa tulee tarkastella yksityiskohtaisesti, eivätkä tutkijat saa määrittää mitkä seikat ovat tärkeitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen eli redusointi, jossa aineiston alkupe räisiä ilmauksia tiivistetään. Aineistosta alleviivataan ilmaukset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Sisällönanalyysin toinen vaihe on klusterointi eli ryhmittely, jossa etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja luodaan niille yhteiset käsitteet (Janhonen & Nikkonen 2003, 28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Sisällönanalyysin kolmas vaihe on abstrahointi, jossa sa-

mansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin niille pystytään luomaan yläkäsitteet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 28).

Määrällisen aineiston vastaukset syötetään tietokantaan ja aineisto käsitellään tilastotieteen analyysimenetelmien mukaan ja tulokset tehdään sääntöjen mukaan. Menetelmät määräävät prosessin eri vaiheet, joten mitään ei voi jättää tutkijan henkilökohtaisen tulkinnan varaan. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2012, 221; Kananen 2011, 20-23.)

4.5 Toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida psykiatrian kuntoutuspoliikklinikoilla järjestettävän depressiokoulun vaikutuksia potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen sekä selvittää, kuinka potilaat itse kehittäisivät depressiokoulun toimintaa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden depressiokoulun ryhmätoiminnan jatkokehittämiselle. Psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden työntekijät päätyivät toteuttamaan potilaille kyselylomaketutkimuksen. Osallistuimme kirjallisen saatekirjeen laadintaan. Opinnäytetyö on osittain laadullinen tutkimus ja osittain määrällinen tutkimus, koska kyselylomakkeessa on sekä strukturoituja kysymyksiä että avoimia kysymyksiä.

Psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden työntekijät jakoivat esitettäväksi kyselylomakkeen neljälle psykiatrian kuntoutuspoliikklinikan potilaalle, jotka eivät ole osallistuneet depressiokoulu-ryhmään, eivätkä kyselylomakkeen testajat näin ollen osallistu poliikklinikalla tehtävään lomakekyselyyn. Psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden henkilökunta ja testajat totesivat, että testattu kyselylomake oli selkeä ja ymmärrettävä. Psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden henkilökunta muutti kyselylomakkeen vastausvaihtoehtoja loogisemmaksi kehitysehdotusten mukaisesti. Alkuperäisessä kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot olivat merkityksiltään niin, että kyselylomakkeen kysymyksiin 4-9 vastattiin seuraavasti: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = osittain samaa mieltä, 3 = osittain erimielistä, 4 = täysin erimielistä, 5 = en osaa sanoa. Psykiatrian kuntoutuspoliikklinikan henkilökunnan sekä lomakkeen testajien mielestä vastausvaihtoehdot olisivat loogisemmat hieman muutettuina, jolloin vastausvaihtoehdot korjattiin seuraavanlaiseksi: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = osittain samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = osittain erimielistä, 5 = täysin eri mieltä.

Psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden työntekijät toteuttivat kyselylomaketutkimuksen kevään 2013 aikana. Psykiatrian kuntoutuspoliikklinioiden työntekijät jakoivat saatekirjeen ja kyselylomakkeen depressiokoulu-ryhmän potilaille poliikklinikalla käynnin yhteydessä. Kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja kyselylomake palautettiin nimettömänä. Psykiatrian poliikklinioiden henkilökunta vastaanotti täytetyt lomakkeet ja opinnäytetyön tekijät hakivat tut-

kimusluvut analysoidakseen lomakkeet. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä ja strukturoitujen kysymysten vastaukset manuaalisesti.

5 Tulokset

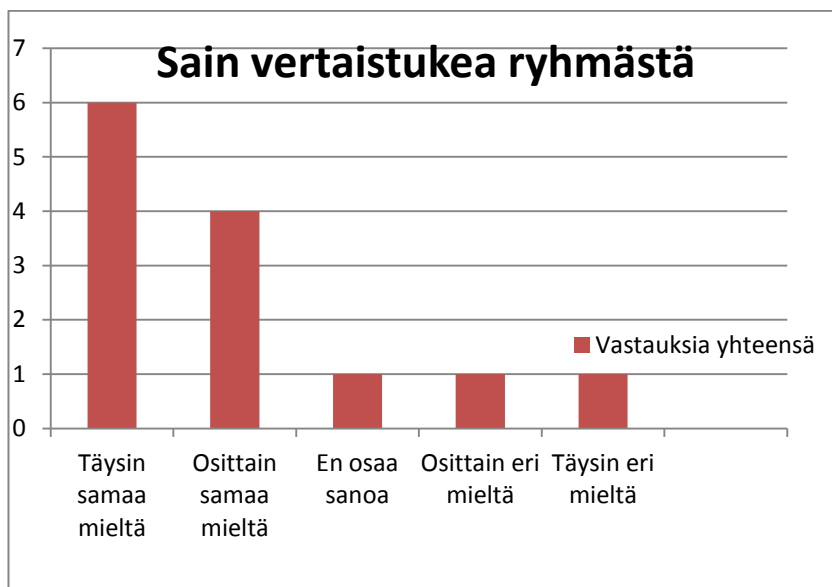
5.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Taustatieto	f	%
Sukupuoli		
Nainen	6	46
Mies	7	54
Ikä		
18-29 vuotta	1	8
30-39 vuotta	2	15
40-49 vuotta	3	23
50-59 vuotta	4	31
60-69 vuotta	3	23
yli 70 vuotta	0	0
Psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla käynti		
0-1 vuotta	3	23
1-2 vuotta	3	23
2-3 vuotta	5	38
3-4 vuotta	1	8
4-5 vuotta	1	8
yli 5 vuotta	0	0

Taulukko 1: Taustatiedot

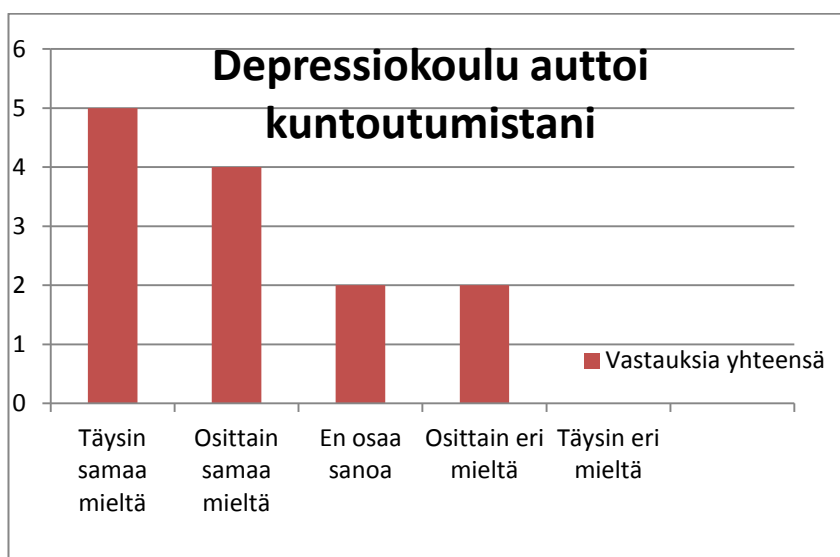
Psykiatrian kuntoutuspoliklinikan henkilökunta jakoi kyselylomakkeita yhteensä 19 kappaletta, joista palautui 13 kappaletta eli 68 prosenttia. Kyselyyn vastanneista 54 prosenttia oli miehiä ja 46 prosenttia naisia. Suurin osa vastanneista oli 50-59-vuotiaita, heitä oli vastaajista 31 prosenttia. Suurin osa vastaajista, 38 prosenttia on käynyt psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla 2-3 vuotta.

5.2 Määrällisten kysymysten analysointi



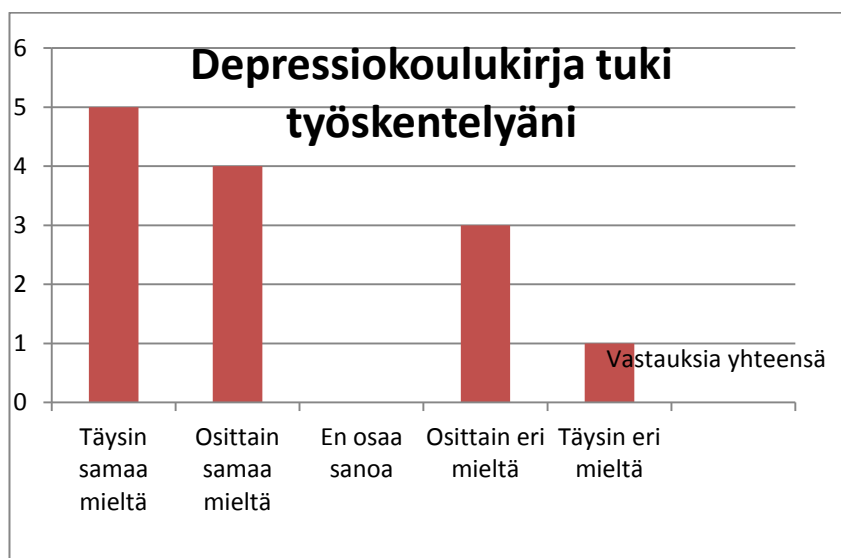
Taulukko 2: Ryhmästä saatu vertaistuki

Suurin osa vastaajista eli 46 prosenttia ($n = 6$) oli täysin samaa mieltä siitä, että he ovat saaneet ryhmästä vertaistukea. 30 prosenttia ($n = 4$) vastaajista oli osittain samaa mieltä vertaistuen saamisesta. Vastaajista 8 prosenttia ($n = 1$) ei osannut sanoa, oliko saanut ryhmästä vertaistukea. Osittain eri mieltä oli 8 prosenttia ($n = 1$) vastaajista. Vastaajista 8 prosenttia ($n = 1$) ei kokenut saaneensa ryhmästä lainkaan vertaistukea.



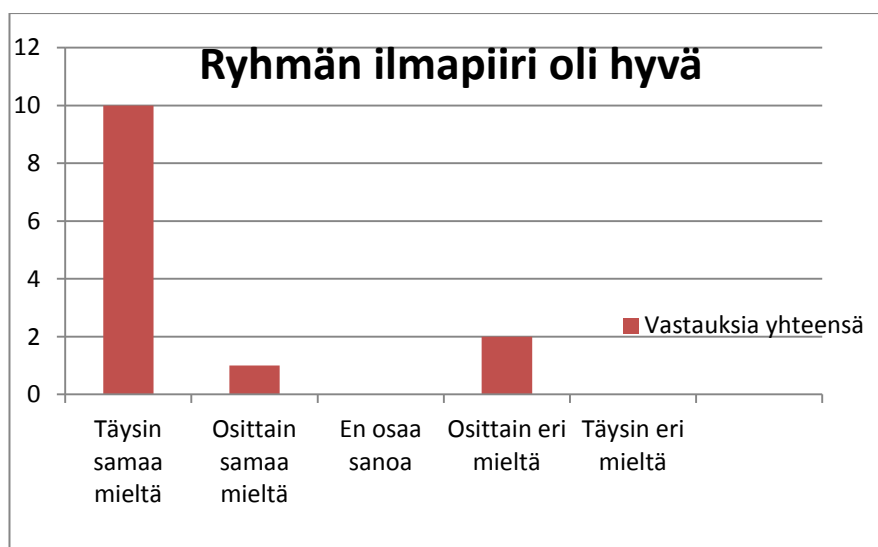
Taulukko 3: Depressiokouluryhmä auttoi kuntoutumistani

Suurin osa vastanneista 39 prosenttia (n = 5) oli täysin samaa mieltä siitä, että depressiokouluryhmä on auttanut kuntoutumisessa. 31 prosenttia (n = 4) vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että depressiokouluryhmä on auttanut kuntoutumisessa. Vastaajista 15 prosenttia (n = 2) ei osannut sanoa, oliko depressiokouluryhmä auttanut kuntoutumisessa. Osittain eri mieltä oli 15 prosenttia (n = 2) vastaajista.



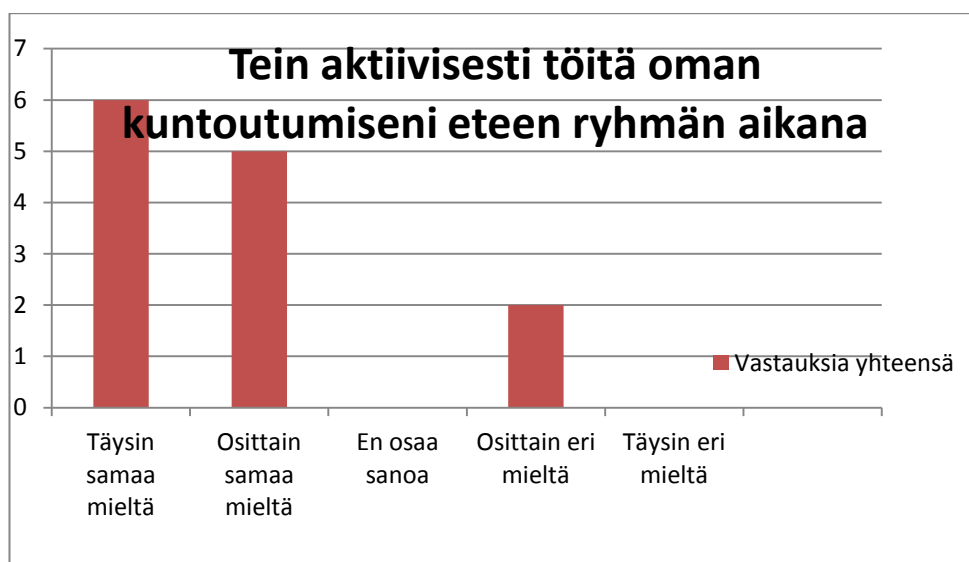
Taulukko 4: Depressiokoulukirja tuki työskentelyäni

Suurin osa vastaajista eli 39 prosenttia (n = 5) oli täysin samaa mieltä siitä, että depressiokoulukirja tuki heidän työskentelyään. 30 prosenttia (n = 4) vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että depressiokoulukirja tuki heidän työskentelyä. Osittain eri mieltä oli 23 prosenttia (n = 3) vastaajista. Vastaajista 8 prosenttia (n = 1) ei kokenut depressiokoulukirjan tukeneen heidän työskentelyä.



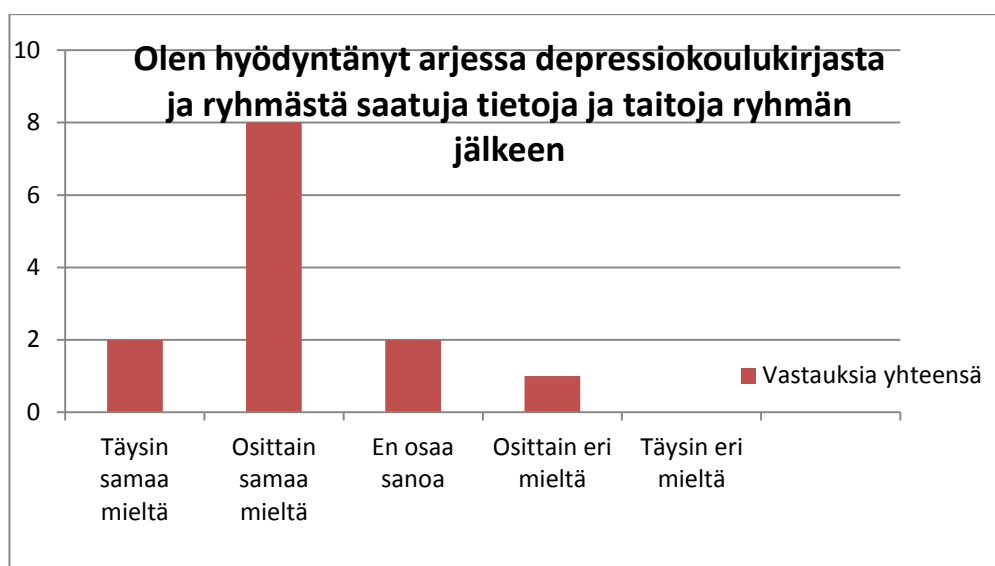
Taulukko 5: Ryhmän ilmapiiri oli hyvä

Suurin osa vastaajista eli 77 prosenttia (n = 10) oli täysin samaa mieltä siitä, että ilmapiiri oli ryhmässä hyvä. 8 prosenttia (n = 1) vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että ryhmän ilmapiiri oli hyvä. Osittain eri mieltä oli 15 prosenttia (n = 2) vastaajista.



Taulukko 6: Tein aktiivisesti töitä oman kuntoutumiseni eteen ryhmän aikana

Suurin osa vastaajista eli 46 prosenttia (n = 6) oli täysin samaa mieltä siitä, että he tekivät aktiivisesti töitä oman kuntoutumisensa eteen ryhmän aikana. 38 prosenttia (n = 5) vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että he tekivät aktiivisesti töitä oman kuntoutumisensa eteen ryhmän aikana. Osittain eri mieltä oli 15 prosenttia (n = 2) vastaajista.

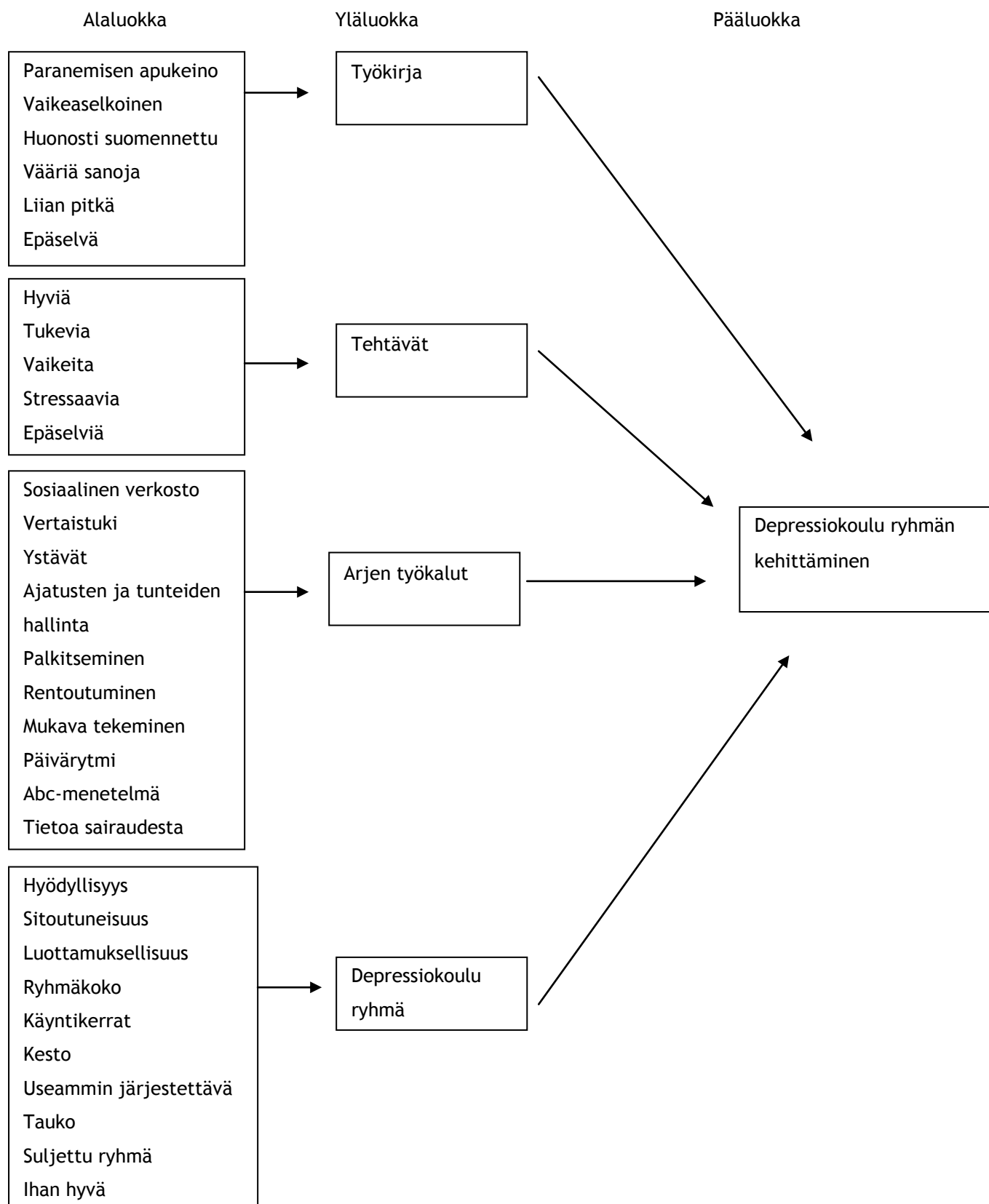


Taulukko 7: Olen hyödyntänyt arjessa depressiokoulukirjasta ja ryhmästä saatuja tietoja ja taitoja ryhmän jälkeen

Vastaajista 15 prosenttia (n = 2) oli täysin samaa mieltä siitä, että he ovat hyödyntäneet depressiokoulukirjasta ja ryhmästä saatuja tietoja ja taitoja ryhmän jälkeen. Suurin osa vastaajista eli 62 prosenttia (n = 8) oli osittain samaa mieltä siitä, että he ovat hyödyntäneet depressiokoulukirjasta ja ryhmästä saatuja tietoja ja taitoja ryhmän jälkeen. Vastaajista 15 prosenttia (n = 2) ei osannut sanoa, olivatko he hyödyntäneet depressiokoulukirjasta ja ryhmästä saatuja tietoja ja taitoja ryhmän jälkeen. Osittain eri mieltä oli 8 prosenttia (n = 1) vastaajista.

5.3 Aineiston analyysi

Saaduista kolmestatoista kyselylomakkeesta vastaukset yhdistettiin kysymysten mukaan, joista sitten ryhmiteltiin samansisältöiset lauseet omiksi ryhmikseen. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten ”Minkälaisia työkaluja olette saaneet arkeenne depressiokouluryhmästä?”, ”Miten kehittäisitte depressiokouluryhmää?” ja ”Mitä muuta haluatte sanoa depressiokouluryhmästä?” vastaukset analysoitiin kysymys kerrallaan induktiivisesti sisällönanalyysillä (Ks. Taulukko 8). Ensin alkuperäiset avoimien kysymysten vastaukset pelkistettiin alaluokiksi. Asiasisältönsä vuoksi pelkistetyistä sekä ryhmitellyistä sanoista muodostui ryhmiä kuvaavat yläluokat: työkirja, tehtävät, arjen työkalut ja depressiokouluryhmä. Yläluokkia yhdistämällä saatiin muodostettua pääluokka depressiokouluryhmän kehittäminen.



Taulukko 8: Sisällönanalyysi

Vastaajat saivat depressiokouluryhmästä monenlaisia työkaluja arkeensa. Depressiokouluryhmän myötä vastaajat ymmärsivät sosiaalisten suhteiden merkityksen arjessa selviytymiseen.

Vertaistuki, ystävät.
Riittävä sosiaalinen verkosto.

Vastaajat oppivat huomaamaan asioita, jotka vaikuttavat mielialaan ja löysivät keinoja tunteiden hallintaan.

Tiedon siitä miten ajatukset vaikuttavat mielialaani ja että voin itse vaikuttaa niihin.
Pysäyttämään negatiiviset ajatuskulut.
Oman mielialan seuraaminen.

Vastaajat ymmärsivät säännöllisen vuorokausirytmien ja tekemisen merkityksen arjessa.

Riittävästi mukavaa tekemistä.
Rytmiä päivään.

Vastaajat saivat tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, jonka avulla arjesta selviytyminen on helpompaa.

Ymmärtämään depressio tila.
Tietoa masennuksesta ja masennuksen hoidosta.

Potilaat löysivät myös itsehoitokeinoja ryhmästä, joita voivat toteuttaa arjessa.

Osaan rentoutua.
Palkitseminen.
Abc-menetelmä.

Ehdotuksia depressiokouluryhmän kehittämiseksi saatiin jonkin verran. Depressiokoulukirja ja kotitehtävät saivat vastaajilta kritiikkiä sekä positiivista palautetta. Osan vastaajista oli sitä mieltä että, tehtävät olivat liian monimutkaisia ja vaikeasti ymmärrettäviä, yksi vastaaja puolestaan koki tehtävät ja kirjan hyvinä.

Kotitehtävien käsittelyä tunnin lopussa, jotta pääsisi kärryille mitä tarkoitetaan kotitehtävillä.
Kirja voisi olla selkeämpi ja tehtävät helpompia.
Keskittymiskyky ei riitä pitkän kappaleen omaksumista.
Tehtävät olivat hyviä ja kurssia tukevia.

Vastaajilla oli myös kehitysehdotuksia ryhmän organisointiin.

Aloitus aikaisemmaksi kuin klo 13, enemmän aikaa tai käyntikertoja, tauko puolella välissä.
Ryhmäkohtaisesti mahdollisuus pidempään tapaamiseen.
Max 5 henkilöä per kurssi.
Isommat ryhmät.

Yksi vastaaja oli myös antanut kehitysehdotuksen ryhmän vetäjälle. Potilaan mielestä hiljaisia jäseniä pitäisi kannustaa puhumaan enemmän.

Ns. ”hiljaisten jäsenten” voimakkaampi ”painostaminen” kertomaan tuntemuksistaan, ongelmistaan -> ryhmän yhteinen asian käsittely-> avun saaminen, tuki, luottamus, uskallus.

Kyselylomakkeen viimeinen avoin kysymys oli ”Mitä muuta haluatte sanoa depressiokouluryhmästä”. Tähän kaksi vastaajaa oli kirjoittanut ryhmän toiminnasta. Yksi vastaajista oli vielä maininnut työkirjan hyödyt tähän viimeiseen kysymykseen.

Ryhmämme oli erittäin sitoutunut ja päättä katsoen auttoi useimpiin. Itse hyödyin siitä kovasti.

Koska olin todellakin vakavissani ryhmässä mukana, sain hyvin paljon erilaisia keinoja itseni hoitamiseen. Hyvä ryhmä kun oli suljettu niin oppi tuntemaan muut jäsenet. Luottamus muihin ryhmän jäseniin.

Työkirjaan palaaminen on ensiarvoisen tärkeä jälkikäteenkin. Löytää keinoja ongelmien käsittelyyn sekä saa ”solmujaan” avattua. Erinomainen keino ja tapa paranemisprosessin apukeinona.

6 Johtopäätökset

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

On eettisesti oikein, että tutkittava tietää, mitä aihetta tutkimus koskee (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tutkittavia tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti. Tutkittavan on saatava tutkimuksesta riittävästi informaatiota, ennen kuin tutkimus aloitetaan sekä koko tutkimuksen ajan. Tutkittavalla on oikeus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Tutkittavalla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Anonymiteetti on myös erityisen tärkeää, opinnäytetyöstä ei saa käydä ilmi vastaajien henkilöllisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177; Leino-Kilpi 2008, 367-368.) Tutkittavalla on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista tutkimuksen päätyttyä. (Leino-Kilpi 2008, 367-368.)

ETENE:n mukaan hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan tarkkuutta, rehellisyyttä ja huolellisuutta. Tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä tutkimus-, raportointi - ja arvioin-

timenetelmiä. Tulokset julkaistaan avoimesti. Muiden tutkijoiden työ otetaan huomioon ja sitä arvostetaan. Tutkimuksessa tulee ilmoittaa tutkijan sidonnaisuudet. Tutkimuksessa määritetään tutkijoiden vastuu, oikeudet, asema ja velvollisuudet. (ETENE 2002, 3.)

Opinnäytetyö on suunniteltu ja toteutettu rehellisyyden periaatetta kunnioittaen sekä mahdollisimman huolellisesti ja tarkasti. Lupa-asioista on huolehdittu asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin toimimaan rehellisesti ja huolellisesti, mikä kuuluu hyvään tutkimusetiikkaan. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, jonka psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden työntekijät jakoivat depressiokouluryhmän käyneille potilaille. Psykiatrian kuntoutuspoliklinikoiden osastonhoitaja toimitti vastatut ja palautetut kyselylomakkeet opiskelijoille. Opiskelijat eivät missään vaiheessa olleet tekemisissä potilaiden kanssa. Potilaat olivat alusta alkaen tietoisia siitä, että kyselylomakkeet pysyvät anonyymeina ja he eivät ole niistä tunnistettavissa. Opinnäytetyön kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimus tehdään nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Ainoastaan osallistuvan henkilön sukupuoli ja ikä kirjattiin tutkimukseen. Ikäryhmät ryhmiteltiin yhdeksän vuoden pituisiin väleihin, ettei osallistujan henkilöllisyys olisi tunnistettavissa. Valmiissa opinnäytetyössä potilaiden henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa.

Opinnäytetyön kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyössä ei käy ilmi missään vaiheessa missä opinnäytetyö on toteutettu, mikä lisää myös osaltaan potilaiden anonymiteettiä. Kaikki lainatut lauseet on kirjoitettu juuri niin kuin ne olivat alkuperäisissä kyselylomakkeissa. Salassapitovelvollisuus sitoi meitä opinnäytetyötä tehdessä, kuten työelämässäkin hoitoalalla. Opinnäytetyön tekijöiden on pidettävä salassa kaikki kuullut asiat sekä meille henkilökohtaisesti kerrotut asiat, jotka eivät ole opinnäytetyötä ajatellen oleellisia. Terveystieteiden ammattihenkilöistä säädetystä laista (1994/559) on myös säädetty salassapitovelvollisuudesta. ”Terveystieteiden ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.” (Laki terveystieteiden ammattihenkilöistä, 1994/559/17§.) Opinnäytetyössä on otettu tarkasti huomioon salassapitokysymykset sekä luottamuksellisuus. Kyselylomakkeita on säilytetty koko tutkimuksen ajan asianmukaisesti lukitussa kaapissa. Analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet kyselylomakkeet hävitettiin.

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten ja tutkittavan kohteen todellisuuden mahdollisimman hyvää vastaavuutta. Luotettavuuden kriteerit kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tärkeänä luotettavuustekijänä on aineiston ja tulosten välisen suhteen kuvaus, jossa kannattaa käyttää apuna taulukoita ja liitteitä, joiden avulla voidaan hyvin havainnollistaa analyysia. Tutkijan tulee itse arvioida mitkä luotettavuuden arvioinnin kriteerit on sovellettavissa aineistoon. (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on vaikeampaa arvioida kuin määrällisen tutkimuksen. Syy tähän on se, että mittarit, joita luotettavuuden arvioinnissa käytetään, ovat kehitetty lähinnä luonnontieteissä, joista ne on omaksuttu yhteiskuntatieteisiin. Sattuma saattaa päästä vaikuttamaan tutkittavaan ilmiöön, sillä ihminen ei aina toimi samalla tavalla. Ihminen on ajatteleva olento, joka pystyy muuttamaan mielipiteensä ilman syytä. Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyvät seikat on otettava huomioon heti suunnitteluvaiheessa. Aineiston keräämisen ja analysoinnin jälkeen työn luotettavuuteen ei voi enää vaikuttaa, sillä luotettavuus on otettava tarkasti huomioon opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Jälkikäteen luotettavuutta ei enää pystytä parantamaan. (Kananen 2010, 68-69.)

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan monilla yksinkertaisilla keinoilla parantaa. Yksi tärkeimmistä asioista on dokumentointi. Se tuo opinnäytetyölle uskottavuutta. Kannattaa myös pitää tarkkaa kirjanpitoa siitä, mitä milloinkin on tehnyt. Esimerkiksi päiväkirjaa on hyvä pitää kaikesta, mikä liittyy opinnäytetyöhön. Kun opinnäytetyöntekijä on valinnut sopivat tiedonkeräys-, analysointi- ja tulkintamenetelmät on hänen kirjattava työhönsä syyt valintaan ja perustelut. Tällöin on kyseessä koko opinnäytetyön arvioitavuus. Itse aineisto tuo omat luotettavuuteen liittyvät seikat: samasta tutkimusongelmasta voidaan saada monia eri tulkintoja vaihtamalla ongelman tarkastelukulmaa. On tärkeää myös tiedostaa, että samasta tutkimusongelmasta on mahdollista saada monia eri tulkintoja, riippuen tulkitsijasta. (Kananen 2010, 69-71.)

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikan henkilökunta jakoi kyselylomakkeita yhteensä 19 kappaletta, joista palautui 13 kappaletta eli 68 prosenttia. Otoksen ollessa pieni, ei opinnäytetyön tuloksia voida yleistää. Suurin hyöty tutkimuksesta on psykiatrian kuntoutuspoliklinikalle, koska saatujen tulosten perusteella voidaan kehittää depressiokouluryhmää. Käytetyt lähdemateriaalit valittiin niin, että ne ovat luotettavia. Koulun omaa tietokantaa Laurusta käytettiin apuna kirjallisuuden haussa. Lähteenä käytettiin myös luotettavia Internet lähteitä. Tutkimuksia, joita voitiin käyttää opinnäytetyön lähteinä, olivat pro gradut.

6.2 Johtopäätökset tutkimustuloksista

Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia kuin Hynnisen ja Lennon (2003) ja Niemen (2007) tutkimuksissa, jossa vertaistuki oli merkittävin ryhmässä auttanut tekijä. Ryhmäläisiltä saatu kannustus ja tuki sekä ryhmänkeskeiset keskustelut koettiin hyvin tärkeiksi. Kokemusten jakaminen ryhmäläisten kanssa auttoi ryhmäläisiä ymmärtämään, että heidän ei tarvitse selviytyä kaikesta yksin. Niemen (2007) tutkimustuloksissa asiakkaat toivat esille sosiaalisen tuen merkityksen. Suurin osa opinnäytetyömme vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he

ovat saaneet ryhmästä vertaistukea. Oli hienoa huomata vastauksia analysoitaessa, että vastaajat todella kokevat saavansa vertaistukea depressiokouluryhmästä sekä vastaajat ymmärsivät sosiaalisen tuen merkityksen sairaudesta toipuessaan.

Hynnisen ja Lennon (2003) tutkimuksessa kuntoutusasiakkaat osallistuivat kurssille aktiivisesti, mikä kertoo kurssin tärkeydestä osallistujille. Kuntoutusasiakkaista 40 % olisi toivonut enemmän käyntikertoja. Opinnäytetyömme vastaajista suurin osa oli täysin samaa mieltä siitä, että he tekivät aktiivisesti töitä oman kuntoutumisensa eteen ryhmän aikana. Vastaajat toivoivat kurssikertojen ajallista pidentämistä sekä tapaamiskertojen lisäämistä.

Niemen (2007) tutkimuksessa asiakkaat kokivat depressiokoulun työkirjan melko hyödylliseksi. Osa asiakkaista koki asioiden kirjoittamisen ja omien tunteiden analysoimisen liian haastavaksi. Tämän opinnäytetyön tuloksista selvisi, että potilaat kokivat työkirjan vaikeaselkoiseksi, kappaleet liian pitkiksi ja tehtävät vaikeiksi. Toisaalta kirja koettiin kuitenkin hyödylliseksi, johon on helppo palata jälkikäteen. Opinnäytetyön vastauksia analysoidessa pohdittavaksi jää, vaikuttiko vastaajien masennuksen vaikeusaste kotitehtävien tekemiseen ja oppikirjan ymmärtämiseen. Olisiko tutkimus ollut tältä osin luotettavampi, jos esitiedoissa olisi kysytty masennuksen vaikeusastetta ja analysoitaessa verrattu eri vaikeusasteita ja vastaajien vastauksia?

Opinnäytetyön tulokset poikkeavat Hynnisen ja Lennon (2003) tutkimuksen tuloksista depressiokoulukirjan kotitehtävien osalta. Tutkimuksen mukaan vastaajat kokivat kotitehtävät hyödyllisiksi. Tämän opinnäytetyön avoimiin kysymyksiin vastaajat olivat antaneet palautetta kotitehtävien haasteellisuudesta. Kotitehtävät koettiin vaikeiksi ymmärtää ja vastaajat toivoivat kotitehtävien tekoon ohjeet ennen tapaamisen loppua. Tästä voi päätellä, että kotitehtävistä olisi ollut vastaajille hyötyä, mikäli vastaajat olisivat saaneet ohjausta niiden tekemiseksi. Jatkotutkimuksena voitaisiin kehittää depressiokouluryhmää saatujen kehitysehdotusten perusteella, jonka jälkeen arvioitaisiin uudelleen depressiokouluryhmän toimintaa.

6.3 Ammatillisen kasvun ja oppimisen arviointi

Ammatillinen kasvu on prosessi, joka alkaa jo koulutusalaan valittaessa. Koulun edetessä kehitytään hoitotyön ammattilaiseksi ja tämä prosessi jatkuu edelleen käytännön työssä. Ammatillinen kasvu sisältää jatkuvaa uusien asioiden oppimista ja omaksumista, yksilöllisiä tietoja ja taitoja viedään jatkuvasti uudelle tasolle. Lisäksi omat työtavat ja arvot saavat työelämässä uusia näkökulmia laajasta perspektiivistä. Ammattipätevyys lisääntyy jatkuvien uusien kokemusten kautta, joita kannattaa hyödyntää toimimalla esimerkiksi asiantuntijana tai kokeilemalla ja kehittämällä uutta. Päämääränä prosessissa on opiskelijan itsemääräämisoikeus sekä valmiudet ammatillisen kasvun jatkuvuuteen. (Ora-Hyytiäinen 2004, 27.)

Opinnäytetyön tekeminen oli todella haastavaa varsinkin alussa, koska opinnäytetyön suunta muuttui useaan otteeseen ja turhien lupien hakemiseen tuhlaantui aikaa. Opinnäytetyön työryhmä koostui kahdesta opiskelijasta. Opinnäytetyön tekijöillä oli samanlaiset tavoitteet opinnäytetyön suhteen jo alusta asti ja tämä helpotti yhteistyötä. Oli myös helpottavaa tietää, että työmäärää pystyi jakamaan kahden kesken ja vaikeita kohtia pystyi pohtimaan yhdessä. Toisinaan haasteita toi kahden ihmisen aikataulujen yhteensovittaminen. Opinnäytetyön edetessä aina tarvittaessa on käytetty opinnäytetyön ohjaajan sekä työelämän edustajan apua.

Opinnäytetyötä tehdessä on tapahtunut ammatillista kasvua, uuden tiedon ja tiimityöskentelyn kautta. Asiantuntijuus on kehittynyt erityisesti opinnäytetyössä käsiteltävissä asioissa. Tiedonhaku on ollut tuloksellista ja kehittänyt ammatillista tietämystä sekä lähdekritiikkiä. Opinnäytetyötä tehdessä on opittu pitkäjänteisyyttä sekä kärsivällisyyttä, sillä eteenpäin pääseminen oli välillä hyvin hidasta. Onnistumisen tunteitakin koettiin ja ilman kahden opiskelijan välistä tukea olisi prosessi ollut vaikeampi.

Lähteet

Bryman, A. 2004. *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.

ETENE, 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 28.05.2012. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/htkfi.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huuskonen, P. Vertaistuki- "en olekaan ainut". Viitattu 15.07.2012
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki/#ots1>

Hynninen, M. & Lento, L. 2003. Coping with depression- kurssin evaluointi mielenterveyspotilaiden omaisten ja kuntoutusasiakkaiden ryhmissä. Viitattu 29.7.2013.
<http://www.students.tut.fi/~kiviranp/Gradu.pdf>

Janhonen, S., & Nikkonen, M. 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Jääskeläinen, A. 2010. Depressiokoulu eli masennuksen ryhmämuotoinen hoitomalli. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M., Tauriainen, P. 2010. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Vammala: Tammi.

Kananen, J. 2011. *Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen opas*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kananen, J. 2010. *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2008. *Ryhmästä enemmän*. Helsinki: Hansaprint Oy.

Keskeiset käsitteet. 2007. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos*. Viitattu 22.3.2012.
<http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/index.htm>

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila - Oikkonen, P. 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koffert, T. 2002. *Masennuksen ryhmämuotoinen hoito*. Teoksessa Haarakangas, K. (toim.) 2002. *Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Koffert, T. & Kuusi, K. 2011. *Depressiokoulu - Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja*. Suomen Mielenterveysseuran koulutuskeskus. Hansaprint Direct Oy.

Koskisuu Jari 2004. *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
Leino-Kilpi, H. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Finlex. 1994/559. Viitattu 6.8.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P17>

Leung, J. & Arthur D. 2004. Clients and facilitators' experiences of participating in a Hong Kong self-help group for people recovering from mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing* 13.

Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Clarke, G.N. 1989. The coping with depression course Review and future directions. *Canadian Journal Behavioral Science*.

Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2009; 125:1645-53.

Mielenterveyden keskusliitto. 2009. Olet oman elämäsi asiantuntija. Viitattu 02.04.2012.
http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/olet_oman_elamasi_asiantuntija/

Mielenterveyslaki 1990/1116. Finlex. Viitattu 22.03.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Niemi, H. 2007. Depressiokoulu - työmenetelmän arviointiselvitys. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä menetelmästä Lapin sairaan-hoitopiirin alueella. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Lapin sairaanhoitopiiri, Rovaniemi. Viitattu 29.7.2013.
http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paattyneet-hankkeet/mielenterveyshankkeet/Depressiokoulu_raportti_lokakuu2007.pdf

Ora-Hyytiäinen, E. 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi. Ammattikorkakouluopiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Viitattu 6.8.2013.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67086/951-44-6076-6.pdf?sequence=1>

Punkanen, T. 2006. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint Oy.

Pyökkänen, K. 2008. Positiivinen mielenterveys. Viitattu: 22.3.2012.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00144&p_haku=mielenterveys

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa - Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Salminen, M. 2012. Henkilökohtainen tiedonanto 4.4.2012.

Segercrantz, U. 2009. Ryhmäanalyysin haasteet. Teoksessa Lindroos, H. & Segercrantz, U. (toim.) Yksilöksi ryhmässä. Helsinki: Hakapaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu ja seurantar ryhmä. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Helsinki. Viitattu 22.03.2012.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki. Viitattu 03.04.2011.

Terveystieteiden laiton laki 2010/1326. Finlex. Viitattu 22.03.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Toim. Aaltola, J & Valli, R. Juva: PS - kustannus.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveys. Teoksessa Vuori - Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Yli-Pirilä, P. 03.05.2012. Vertaistuki.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vertaistuki

Taulukot

Taulukko 1: Taustatiedot	22
Taulukko 2: Ryhmästä saatu vertaistuki	23
Taulukko 3: Depressiokouluryhmä auttoi kuntoutumistani	24
Taulukko 4: Depressiokoulukirja tuki työskentelyäni	24
Taulukko 5: Ryhmän ilmapiiri oli hyvä	25
Taulukko 6: Tein aktiivisesti töitä oman kuntoutumiseni eteen ryhmän aikana	25
Taulukko 7: Olen hyödyntänyt arjessa depressiokoulukirjasta ja ryhmästä saatuja tietoja ja taitoja ryhmän jälkeen.....	26
Taulukko 8: Sisällönanalyysi	27

Liitteet

Liite 1 Saatekirje potilaille	40
Liite 2 Kyselylomake	41

Liite 1: Saatekirje 23.1.2013

Arvoisa depressiokouluun osallistunut,

Olette osallistuneet psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla järjestettyyn depressiokouluryhmään. Haluamme selvittää depressiokouluryhmän vaikutuksia potilaiden arjessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen. Tarkoituksenamme on myös selvittää miten potilaat itse kehittäisivät depressiokoulua.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeen avulla. Tutkimukseen voivat osallistua depressiokoulu ryhmän käyneet potilaat.

Psykiatrian kuntoutuspoliklinikan henkilökunta jakaa teille kyselylomakkeet, ja myös kyselylomakkeiden palautus tapahtuu kuntoutuspoliklinikan henkilökunnalle. Kaikki Teiltä kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoon nyt tai tulevaisuudessa.

Laurea AMK sairaanhoitajaopiskelijat osallistuvat tulosten analysointiin.

Lisätietoja tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta voitte saada psykiatrian kuntoutuspoliklinikan henkilökunnalta, sekä osastonhoitajalta.

Liite 2: Kyselylomake

Arvoisa vastaaja,
lukekaa huolellisesti jokainen kohta. Jokaiseen kysymykseen vastaaminen on erittäin tärkeää ja se auttaa saamaan mahdollisimman monipuolista tietoa.

Ympyröikää mielestänne oikea vaihtoehto

1. Sukupuoli

Mies Nainen

2. Ikä

18-29 30-39 40-49 50-59 60-69 yli 70

3. Kuinka kauan olette käyneet psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla?

0-1v 1-2v 2-3v 3-4v 4-5v yli 5v

Ympyröikää se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten tämänhetkistä tilannettanne.

(1= täysin samaa mieltä, 2= osittain samaa mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= osittain erimieltä, 5=täysin eri mieltä)

4. Sain vertaistukea ryhmästä	1	2	3	4	5
5. Depressiokoulu auttoi kuntoutumistani	1	2	3	4	5
6. Depressiokoulukirja tuki työskentelyäni	1	2	3	4	5
7. Ryhmän ilmapiiri oli hyvä	1	2	3	4	5
8. Tein aktiivisesti töitä oman kuntoutumiseni eteen ryhmän aikana	1	2	3	4	5
9. Olen hyödyntänyt arjessa depressiokoulukirjasta ja ryhmästä saatuja tietoja ja taitoja ryhmän jälkeen	1	2	3	4	5

10. Minkälaisia työkaluja olette saaneet arkeenne depressiokoulu ryhmästä?

11. Miten kehittäisitte depressiokouluryhmää?

12. Mitä muuta haluatte sanoa depressiokouluryhmästä? Voitte kirjoittaa vastauksenne lomakkeen kääntöpuolelle.

Kiitos vastauksistanne!