

samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

EMMI KOIVUKANGAS & KATJA NIEMISTÖ

Toipumisorientoituneen työtavan omaksumisen vahvistaminen

Ohjaajien työtavan ja asenteiden arviointia
RKI-mittarilla mitattuna eräässä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen organisaatiossa

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN
YAMK-TUTKINTO

2025

TIIVISTELMÄ

Koivukangas Emmi & Niemistö Katja

Toipumisorientoituneen työtavan omaksumisen vahvistaminen: Ohjaajien työtavan ja asenteiden arviointia RKI-mittarilla mitattuna eräässä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen organisaatiossa

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Joulukuu 2025

Sivumäärä: 95

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida tekijöitä, jotka vaikuttavat toipumisorientoituneen työtavan implementointiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa toipumisorientoituneen työtavan kehittämistavoista ja -tarpeista. Toipumistiedon yhteyttä työtapaan ja asenteisiin tarkasteltiin asetettujen tutkimusongelmien pohjalta.

Tämä opinnäytetyö oli kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin kyselynä. Strukturoitu kysely perustui teoreettiseen tietopohjaan sekä Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittariin. Kohderyhmänä olivat mielenterveys- ja päihdetyössä toimivat ohjaajat. Analyysi perustui RKI:n tuloksista havaittujen vaikutuskokojen sekä tilastollisen merkitsevyyden tarkasteluun. Tilastollinen testaus suoritettiin t-testillä ja pienen otoskoon vuoksi tulokset tarkistettiin Mann-Whitneyn U -testillä.

Vastausten perusteella toipumisorientaatiotietoisuuden vahvistamisen vaikutus työotteeseen korostui korkeakoulutetun sekä aiempaa mielenterveys- ja päihdetyön koulutusta vailla olevan henkilöstön keskuudessa. Toipumisen eri ulottuvuuksia kuvaavista osa-alueista hallittiin parhaiten itsensä määrittämisen ja vertaisten roolin osa-alue ja heikoiten toipumisprosessin epälineaarisuuden osa-alue.

Toipumisorientoituneita käytäntöjä edistävinä tekijöinä kartoitettiin ohjaajien arvioimana CHIME-osaprosessien sisältöjen hallintaa käytännön työssä. Vastaajat arvioivat hallitsevansa osaprosessit pääosin hyvin. Suurimmaksi haasteeksi toipumisorientaation käyttämisessä vastaajat kokivat asiakkaan oman motivaation puutteen.

Pienestä otoskoosta ($n=22$ vastausprosentti 12,9 %) huolimatta tulokset antavat viitteitä siitä, että toipumisorientaatiokoulutus tukee ammattilaisten toipumisorientoitunutta ajattelua, vahvistaa asiakaslähtöistä työtettä ja edistää organisaatiokulttuurin kehittymistä kohti toipumissuuntautuneisuutta. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää valtakunnallisesti toipumisorientoituneen työtavan kehittämisessä ja implementoinnissa mielenterveys- ja päihdetyössä.

Avainsanat: Toipumisorientaatio, mielenterveystyö, päihdetyö, implementointi, Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittari.

ABSTRACT

Koivukangas Emmi & Niemistö Katja

Strengthening the Adoption of a Recovery-Oriented Approach: An Evaluation of Counsellors' Working Practices and Attitudes Using the RKI Scale in a Mental Health and Addiction Rehabilitation Organisation

Master's thesis, master's degree

Health and Welfare Promotion

December 2025

Number of pages: 95

The purpose of this thesis was to evaluate the factors influencing the implementation of a recovery-oriented work approach. The aim was to gather information on methods and conditions required for developing recovery-oriented practices. The relationship between recovery knowledge, work methods and attitudes was examined through the research questions.

This thesis was a quantitative cross-sectional study conducted through a survey. The structured questionnaire was developed based on theoretical knowledge and the Recovery Knowledge Inventory (RKI). The target group consisted of counsellors working in mental health and substance abuse services. The analysis focused on examining the observed effect sizes in the RKI results and determining statistical significance. The t-test was used for statistical testing, and due to the small sample size, the results were also confirmed using the Mann–Whitney U-test.

Based on the responses, the impact of increased awareness of recovery orientation on work practices was most evident among staff with higher education and those without prior training in mental health and substance abuse. Of the various dimensions of recovery, self-determination and the role of peers was the most well understood, while the nonlinearity of the recovery process was the least well understood.

The factors that promote recovery-oriented practices were explored by assessing counsellors' mastery of the CHIME subprocess in their practical work. Respondents generally reported a good command of the subprocesses. They considered the client's lack of motivation to be the greatest challenge in applying recovery orientation.

Despite the small sample size ($n = 22$, response rate 12.9%), the results suggest that recovery-oriented training supports professionals in adopting a recovery-oriented approach, strengthens client-centred practice, and fosters an organisational culture that is aligned with a recovery orientation. The findings of this thesis could be used nationally to develop and implement a recovery-oriented approach to mental health and substance abuse work.

Keywords: Recovery orientation, mental health work, substance abuse work, implementation, Recovery Knowledge Inventory (RKI) scale.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TOIPUMISORIENTAATIO	7
2.1 Toipumisorientoituneet käytännöt.....	7
2.1.1 Asiakaslähtöisyys ja subjektiivisuus.....	8
2.1.2 Jaettu päätöksenteko ja dialogisuus	10
2.1.3 Kokemusasiantuntijuus	10
2.2 Toipumisprosessi CHIME-viitekehyksen mukaisesti	11
2.3 Implementointi	14
2.3.1 Toipumisorientoituneen työtavan implementointi	14
2.3.2 Työnohjaus ja itsereflektio	15
2.3.3 Toipumisorientaation implementointi toimeksiantajaorganisaatiossa	17
2.4 Toipumisorientaation mittaaminen.....	17
2.4.1 Yksilötaso	18
2.4.2 Organisaatiotaso.....	18
2.4.3 RKI-mittari.....	19
2.5 Teoreettisen taustan yhteenveto	22
3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	23
3.1 Tiedonhaku.....	23
3.2 Aineiston valinta	23
3.3 Aiempien tutkimusten tulokset.....	24
3.3.1 Henkilökunnan koulutuksen vaikutukset työtapaan	24
3.3.2 Toipumisorientaatio-käsitteen haasteet	26
3.3.3 Kokemusasiantuntijoiden merkitys.....	27
3.3.4 Organisaation tuki.....	27
3.3.5 Tukiverkoston tuen merkitys asiakkaan toipumisprosessissa	28
3.3.6 Toipumisorientoitunutta työtapaa edistävät tekijät	29
3.3.7 Toipumisorientoitunutta työtapaa heikentävät tekijät	30
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	31
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	32
5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	32
5.2 Aineiston keruu.....	32
5.2.1 Kohderyhmä	33
5.2.2 Kysely	34
5.3 Aineiston analysointi.....	35

5.3.1 Aineiston esikäsittely	35
5.3.2 Taustamuuttujien yhteyden havaitseminen.....	35
5.3.3 Työtavan vertailu ryhmien välillä.....	36
5.3.4 Toipumisorientaation periaatteiden hallinnan ja haasteiden kokemus.....	38
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	38
6.1 Toipumisorientoituneeseen työtapaan vaikuttavat vastaajien taustamuuttujat.....	38
6.2 Taustamuuttujien yhteys toipumisorientaatiokouluttautumiseen.....	40
6.3 Koulutus vahvistaa toipumisorientoitunutta työtapaa.....	43
6.4 Organisaatio vahvistaa toipumisorientaatiosuuntautuneisuutta.....	49
6.5 Omaksutun toipumisorientoituneen työtavan pysyvyys	50
6.6 Toipumisorientoitunutta työtapaa edistävät tekijät.....	52
6.7 Haasteet toipumisorientoituneen työotteen käytössä	55
7 POHDINTA	56
7.1 Tulosten tarkastelu	56
7.1.1 Toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus työotteeseen.....	57
7.1.2 Toipumisorientaation mukaisten käytäntöjen hallinta.....	60
7.1.3 Toipumisorientoituneiden käytäntöjen haasteet.....	62
7.1.4 Toipumisorientoituneita käytäntöjä vahvistavat tekijät	63
7.2 Opinnäytetyön etiikka	64
7.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	65
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	67
LÄHTEET.....	70
LIITE 1: TIEDONHAKU JA TUTKIMUSTEN VALINTA	76
LIITE 2. AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN KATSAUKSEN TUTKIMUKSET	77
LIITE 3. TUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI.....	82
LIITE 4. SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE	86
LIITE 5. KYSELYN KYSYMYSTEN PERUSTEET	94
LIITE 6. TAUSTAMUUTTUJIIEN YHTEYS TOIPUMISORIENTAATIOKOULUTUKSEEN OSALLISTUMISEEN.....	95

1 JOHDANTO

Toipumisorientaatio on keskeinen mielenterveys- ja päihdepalvelujen ajattelua ja toimintaa ohjaava viitekehys (Nordling, 2018). Toipumisorientoituneeseen työtapaan liittyy jatkuva arviointi sekä kehittäminen erilaisissa toimintaympäristöissä (Martin ym., 2021, s.55). Positiivinen mielenterveys on keskeinen osa toipumisorientaatiota (Martin ym., 2021, s. 9) ja ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tärkeä voimavara. Mielen hyvinvointia voidaan huomioida ja vahvistaa esimerkiksi lisäämällä yksilön myönteistä minäkäsitystä, itsetuntoa, toiveikkautta, elämänhallinnan tunnetta sekä taitoa kohdata vastoinkäymisiä. (THL, 2023.)

Tämä opinnäytetyön aihe muodostui erään mielenterveys- ja päihdetyön organisaation kehittämistarpeesta. Toimeksiantajaorganisaatio on tarjonnut työntekijöilleen toipumisorientaatiokoulutusta sekä järjestänyt mahdollisuuden kouluttautua mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkintoon.

Opinnäytetyö keskittyy mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelevien ohjaajien työtapaan vaikuttaviin tekijöihin. Tässä opinnäytetyössä työtavan toipumismyönteisyydellä tarkoitetaan toipumisorientoituneiden käytäntöjen mukaista työtapaa. Opinnäytetyössä hyödynnetään valmista ammattilaisen toipumisorientaatio-suuntautuneisuutta mittaavaa Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittaria (Bedgeral ym., 2006).

Opinnäytetyön tekijät ovat YAMK-opiskelijoita, joilla on sairaanhoitajatausta sekä lisäkoulutusta ja työkokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee toimeksiantajaorganisaatiossa, osallistuen toipumisorientoituneeseen työskentelyyn osana työtiimiä. Opinnäytetyön kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja opinnäytetyön tekijät ovat

pidättäytyneet kyselyyn vastaamisesta. Työtoverien anonymiteetin säilymisestä on huolehdittu ja tutkittu tieto on esitetty puolueettomasti.

Opinnäytetyön tekemisessä on hyödynnetty Chat Generative Pre-trained Transformer, Grammarly sekä Deepl Translate -tekoälysovelluksia. Tekoälyä on käytetty englanninkielisen tekstin kääntämiseen, parafraasien laatimiseen sekä tekstin muotoilun ja selkeyden parantamiseen. Tekoälyn jäsentämälle tai kääntämälle tekstile on suoritettu sisällöntarkastus vertaamalla tekoälyn muokkaamaa tekstiä alkuperäislähteiden tietoihin. Tarkistuksen avulla on varmistettu, että tekoälyn vaikutuksesta tekstiin ei ole tullut sisällöllisiä muutoksia ja että tekstin merkitys vastaa alkuperäislähteiden sanomaa. Tekoälyn käyttöä on ohjannut oppilaitoksen ohje tekoälyn käytöstä (Satakunnan ammattikorkeakoulu, n.d., kohta Tekoälyn käyttö SAMKin opinnäytetöissä ja tehtävissä).

2 TOIPUMISORIENTAATIO

2.1 Toipumisorientoituneet käytännöt

Toipumisorientaatio toimii monissa maissa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisen perustana. Se on monitieteinen lähestymistapa, jota hyödynnetään mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä kuntoutuksessa (Martin ym., 2021, s.9–10.) Toipumisorientaatiolähtöisten mielenterveyspalveluiden perusajatuksena on tukea asiakkaan toipumista psyykkisen sairauden lähtökohdasta riippumatta (Nordling, 2023, s.58). Ammattilaisten tulee siis tarkastella mielenterveyttä monipuolisemmin kuin mielenterveyden häiriön puuttumisena (Martin ym., 2021, s. 59). Toipumisorientoituneiden vuorovaikutteisten palveluiden avulla luodaan edellytykset toipumiselle, mutta ne eivät itsessään johda toipumiseen (Nordling, 2023, s.58).

Toipuminen ei tarkoita parantumista, vaan se voi sisältää oireettomia sekä oireellisia jaksoja (Raivio & Raivio, 2020, s. 24). Toipuminen eroaa siis

merkityksellisesti kliinisen toipumisen määritelmästä, jota terveydenhuollon ammattilaiset mittaavat oireiden vähentymisen, lievittymisen tai häviämisen perusteella. Toipuminen voi sisältää myös kliinisen toipumisen, mutta pääpaino toipumisorientaatioissa on henkilökohtaisessa toipumisessa. (Higgins ym., 2022, s. 55.)

Mielenterveyden häiriöistä ja riippuvuusongelmista voi toipua monen polun kautta, myös repsahdukset ja taantumiset ovat mahdollisia toipumismatkalla (Laitila, 2019). Psykkisten oireiden aktivoituminen nähdään toipujalle mahdollisuutena oppia ja vahvistaa itsereflektiota. Sen avulla toipuja voi tunnistaa oireita laukaisevia tekijöitä ja välttää niitä jatkossa sekä kehittää kykyään hakeutua tarvittaessa itsenäisesti hoitoon jo varhaisessa vaiheessa. Toipumisorientoitunut ajattelutapa ei väheksy turvallisen lääkehoidon merkitystä, joka voi olla edellytys elämänlaadun kohenemiselle. (Raivio & Raivio, 2020, s. 24.)

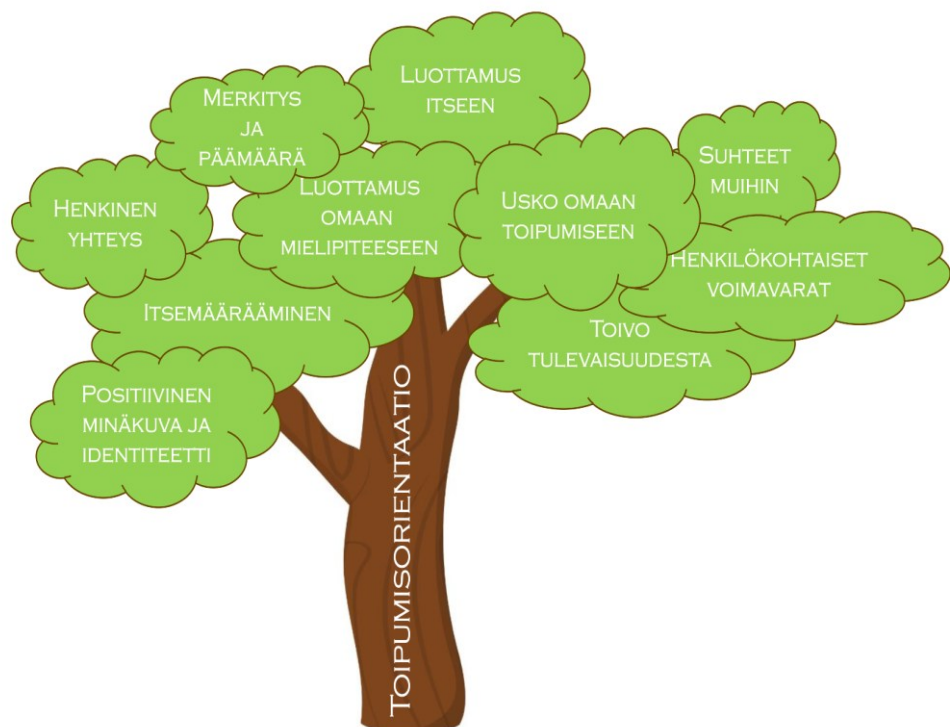
2.1.1 Asiakaslähtöisyys ja subjektiivisuus

Toipumisorientaatioissa oireiden poistumista tärkeämpänä nähdään se, että asiakas kokee elämänsä merkityksellisenä ja hänelle muodostuu tunne omasta tarkoituksestaan (Raivio & Raivio, 2020, s. 24). Toipumisorientaatio keskittyy ihmiseen kokonaisuutena: ihminen nähdään niin kuin hän itse haluaa tulla nähdyksi. Ammattilaiset eivät ryhmittele ketään sairauden perusteella, vaan tiedostavat, että ihminen voi kokea elävänsä mielekästä elämää, vaikka hän ei olisikaan parantunut kliinisten kriteerien mukaisesti. (Rapeli & Sipilä, 2024.) Toipumisprosessi onkin aina henkilökohtainen kokemus siitä, miten ihminen voi elää mielekästä ja toiveikasta elämää psyykkisen sairauden tuomista haasteista huolimatta (Williams ym., 2016).

Yksilöiden hyvinvointiin vaikuttavat erilaiset merkitykselliset tekijät, kuten perhe, läheiset, asuinympäristö, taloudellinen toimeentulo tai yhteiskunnassa osallisena oleminen. Ihmisellä voi olla erilaisia hyvinvointia edistäviä merkityksellisiä rooleja, kuten vanhempi, sisar tai työntekijä. (THL, n.d.) Toipumiseen liittyvän henkisen kasvun muutosmatka on aina ainutlaatuista ja

henkilökohtainen kokemus, jossa asenteet, arvot, päämäärät, taidot, tunteet ja roolit vahvistuvat (Nordling, 2018).

Toipumisorientaation (kuvio 1.) keskiössä ovat ihmisen voimavarat, osallisuuden vahvistaminen, toivon ylläpitäminen, merkityksellisyyden kokemukset ja positiivinen mielenterveys. Toipumisorientaatioon pohjautuvissa palveluissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, yksilöllisten tarpeiden huomioimista, ratkaisukeskeisyyttä sekä yksilön voimaantumisen ja oman toimijuuden tukemista. (Martin ym., 2021, s. 9.)



Kuvio 1. Toipumisorientaatio (mukaillen Hotus, 2022)

Toipumisorientaation arvopohjaan tulee sisällyttää myös asiakkaan kokemuksellisuus ja subjektiivisuus, sillä jokainen ihminen tekee omat tulkintansa ja merkityksensä henkilökohtaisesti koetuista elämäntilanteista ja elämäkokemuksista (Nordling, 2023, s.34–35). Ammattilaisen tulee siis luovuttaa asiantuntijan rooli asiakkaan elämän todelliselle asiantuntijalle, asiakkaalle itselleen (Chatwiriyaiphong ym.,2024).

2.1.2 Jaettu päätöksenteko ja dialogisuus

Toipumisorientoituneessa työtavassa asiakas otetaan täysivaltaisesti mukaan oman hoitonsa ja toipumisensa suunnitteluun sekä päätöksentekoon (Nordling, 2023, s.34–35). Ammattilaisten tulee nähdä asiakas aktiivisena toimijana, joka kantaa vastuuta omasta toipumisestaan tekemällä tietoisia valintoja ja ymmärtämällä niiden seuraukset. Ammatilaisen rooli on olla asiakkaan rinnalla tarjoamassa valmentavaa tukea. (Nordling, 2018.)

Ammattilaiset pyrkivät edistämään asiakkaan elämän tarkoituksellisuuden, mielekkyyden ja toiveikkuuden kokemusta. Asiakasta autetaan löytämään omat voimavaransa ja tekemään suunnitelmat, joiden avulla hänen on mahdollista saavuttaa päämääränsä. (Nordling, 2023, s.58–59.) Hoidon tavoitteiden tulee vastata asiakkaan omaa arvomaailmaa ja elämäntavoitteita (Hummelvoll & Eriksson, 2022). Käyttöön valitaan parhaiten toipumista edistävät menetelmät. Valinnat tehdään jaetun päätöksenteon keinoin. (Nordling, 2023, s.33.)

Jaettu päätöksenteko on vuorovaikutteinen prosessi, jossa asiakas ja ammattilainen keskustelelevat. Tavoitteena on löytää ratkaisu, johon molemmat osapuolet pystyvät sitoutumaan. Dialogin avulla kumpikin osapuoli tuo keskusteluun asiantuntemustaan, jota aito yhteinen päätös edellyttää. (Rapeli ym., 2024.) Dialogisessa kohtaamisessa ei ole vain yhtä oikeaa tapaa tai vaihtoehtoa. Tärkeää on osata vastata asiakkaiden pohdiskeluihin liittyen omaan toimintaan tai kokemukseen, heti sillä hetkellä, kun asiakas sanoittaa tärkeän ilmaisun tai sanan. (Seikkula, 2023, s.180.) Dialogi nähdään enemmän rakkauten tekona kuin hoitomenetelmänä. Keskeisintä on toisen ihmisen ehdoton kunnioitus, jonka myötä kohtaaminen muodostuu. (Seikkula, 2023, s.219.)

2.1.3 Kokemusasiantuntijuus

Kokemusasiantuntijatoiminta perustuu henkilökohtaiseen kokemukseen mielenterveys- tai päihdeongelmasta sairastuneen, toipuneen, palvelunkäyttäjän

tai läheisen näkökulmasta. Koulutetut kokemusasiantuntijat tarjoavat kokemustietoaan tukihenkilöinä ja toimivat eri ympäristöissä, kuten kuntoutusryhmissä, vertaisohjaajina tai koulutus- ja luennointitehtävissä. (Ketola, 2022, s. 38–39.)

Kokemusasiantuntijan työ perustuu asiakkaiden turvallisuuteen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Vertaistuki ja kokemustieto tuovat toipumisprosessiin toivoa, ja tukea voidaan tarjota sekä yksilöllisesti että ryhmissä. Kokemusasiantuntijoille maksetaan palkkaa heidän osallistuessaan mielenterveys- ja riippuvuustyöhön. (Laitila, 2019.)

Toipumisorientaatiokoulutuksissa kokemusasiantuntijat tuovat esiin asiakkaan näkökulmaa ja vahvistavat yhteistä ymmärrystä toipumisesta. Myös henkilökunnan omat kokemukset mielenterveys- tai päihdeongelmista voivat tarjota arvokkaita näkökulmia, ja avoimuus näiden kokemusten jakamisessa koetaan rohkaisevana. (Rapeli ym., 2024, s. 14.)

2.2 Toipumisprosessi CHIME-viitekehyksen mukaisesti

Kansainvälisesti toipumista on kuvailtu CHIME-viitekehyksen (kuvio 2.) viiden osaprosessin kautta (Nordling, 2018). CHIME-viitekehyksen ovat kehittäneet Leamy ym. (2011) tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli muodostaa empiirisesti perusteltu käsitteellinen malli henkilökohtaisesta toipumisesta. Ennen tätä tutkimusta, toipumista oli kuvattu pääasiassa laadullisten yksittäistutkimusten ja asiantuntijalausuntojen kautta eikä aiheesta ollut tehty kattavaa systemaattista synteesiä.

Leamy ym. (2011) toteuttivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja narratiivisen synteessin, jossa analysoitiin 97 tutkimusta, jotka käsittelivät toipumisen kokemusta ja käsitteellistämistä eri näkökulmista. Analyysin tuloksena tutkijat tunnistivat viisi keskeistä toipumisen osaprosessia, jotka toistuivat aineistossa eri lähteissä ja eri konteksteissa. Näistä prosesseista muodostettiin akronyymi

CHIME, joka on kirjainlyhenne englannin kielen sanoista connectedness, hope and optimism about the future, identity, meaning in life ja empowerment.



Kuvio 2. Toipumisen prosessit (mukaillen Nordling, 2018)

CHIME-viitekehyksen kumppanuuden osaprosessiin voi liittyä yksilön kokemia merkittäviä myönteisiä muutoksia suhteessa läheisiin ja lähiverkostoihin. Yhteisöön kuulumisen tunne voi vahvistua ja sosiaalisten suhteiden koetaan usein tukevan toipumista. Tällaiset muutokset voivat lisätä tunnetta siitä, että yksilö on osa laajempaa yhteisöä ja hänellä on merkityksellisiä ihmissuhteita. Mielenterveys- ja päihdepalvelut tarjoavat mahdollisuuksia vertaistuelle ja vahvistavat lähiverkoston roolia toipumisen tukena. Palvelut tukevat asiakasta hänen etsiessään paikkaansa yhteiskunnassa sekä auttavat mielekkään toiminnan ja elämänsisällön tavoittelemisessa. Palveluiden kehittäminen on tärkeää yksilön vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. (Martin ym., 2021, s.10.) Näitä tavoitteita voidaan edistää esimerkiksi tukeamalla vertaisten johtamien palveluiden kehittämistä sekä kannustamalla vertaisia osallistumaan koulutusten ja palveluiden kehittämiseen, toteuttamiseen ja arviointiin (Higgins ym., 2022, s. 61).

Toivon ja tulevaisuusoptimismin osaprosessi ilmenee esimerkiksi uskona omaan toipumiseen, muutosmotivaation vahvistumisena, toivoa ylläpitävinä ihmissuhteina, myönteisenä ajatteluna, haluna onnistua ja unelmien merkityksen korostumisena (Martin ym. 2021, s.10). Ammattilaiset voivat tukea tätä

toipumisen osaprosessia uskomalla henkilön kykyyn toipua diagnoosista riippumatta. Asiakkaalle ja hänen omais- ja lähiverkostonsa edustajille luodaan uskoa täyden elämän mahdollisuuteen riippumatta siitä, onko oireita vai ei. Asiakasta tulee pitää oikeutettuna samoihin unelmiin ja tavoitteisiin kuin muita yhteiskunnan jäseniä. (Higgins ym., 2022, s.61.)

Identiteetin osaprosessissa yksilö voi alkaa näkemään itsensä positiivisemmassa valossa, jolloin sairauteen liittyvä leimaavuuden kokemus voi vähentyä (Martin ym. 2021, s. 10). Ammatilaisen tulee tunnistaa asiakkaan olevan oman elämänsä asiantuntija ja tämän tulee näkyä myös palveluiden toteutuksessa. Henkilöä tuetaan arvostamaan omaa itseään ja hänen kykyään itsemääräämiseen kunnioitetaan. (Higgins ym., 2022, s.61.)

Elämän merkityksellisyyden osaprosessi voi vaihdella yksilöittäin. Joillekin se voi liittyä opiskeluun tai työelämään, kun taas toiset kokevat merkityksellisiksi ihmissuhteet, harrastukset tai henkilökohtaisen kasvun. Elämän merkityksellisyyden kokemus voi näkyä muun muassa elämänlaadun parantumisenä, elämäntavojen uudelleen arviointina, uusina elämäntavoitteina ja sairautta koskevien merkitysten muuttumisena. (Martin ym. 2021, s. 10.) Ammatilaisten tulee hyödyntää hoitosuunnitelman laatimisessa kokemuksellista tietoa, jonka asiakas ja lähiverkosto tuovat hoitosuhteeseen. Asiakasta tuetaan elämän uudelleen rakentamisessa asiakkaan valintojen ja mieltymysten mukaisilla tarkoitukseen sopivilla ja merkityksellisillä toiminnoilla. Ammatilaisen tulee myös tunnistaa, että asiakkaan antamat merkitykset mielenterveyskokemukselleen ovat luonteeltaan muuttuvia, ja ammatilaisen tulee välttää suosimasta yhtä ainoaa näkökulmaa mielenterveysongelmien luonteesta tai syistä. (Higgins ym., 2022, s.61.)

Voimaantumisen on olennainen osa toipumista. Se tarkoittaa muun muassa omasta elämästä vastuun ottamisen lisääntymistä, kasvavaa kokemusta tilanteiden hallittavuudesta sekä keskittymistä omiin vahvuuksiin ja voimavaroihin. Ammatilaisten tulee tarjota yksilöllisiin tarpeisiin vastaavia resursseja, tietoa, tukea ja verkostoja elämäntilanteen tueksi. (Martin ym. 2021, s. 10.) Asiakasta tulee arvostaa aktiivisena osallistujana omaan hoitoonsa.

Itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta edistämällä tuetaan asiakasta luottamaan ja uskomaan omiin kykyihinsä. Asiakasta tuetaan ahdistuksen hallintaan ja positiivisten riskien ottoon. Ammatilaisen tulee olla aktiivisesti yhteydessä perheeseen ja tukea myös heitä toipumisprosessissa. (Higgins ym., 2022, s.62.)

2.3 Implementointi

Näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton tavoitteena on parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja laatua. Menetelmien muuttuminen käytännöiksi koetaan olevan vaikeaa, vaikka niiden hyödyt olisivat selkeitä. Haasteita muodostuu erityisesti silloin, kun eri sidosryhmät eivät jaa yhteistä käsitystä tavoitteista ja toimintatavoista. Onnistunut implementointi edellyttää yhteistyönä valmistelua, jossa sovitaan mitä, miksi ja miten menetelmiä otetaan käyttöön. Johtamisella nähdään olevan keskeinen merkitys muutosten toteutuksessa. Menetelmien säilymiseksi osana organisaation toimintaa tulee luoda pysyvät rakenteet ja käytännöt, kuten uusien työntekijöiden koulutusjärjestelmä. Kun eri sidosryhmät ovat suunnittelusta alkaen mukana, muodostuu yhteinen ymmärrys muutoksen tarkoituksesta ja käytännön toteutuksesta. Johtotaho mahdollistaa muutoksen ohjaamalla, resursoimalla sekä seuraamalla muutoksen etenemistä. Mikäli johtoporras ei sitoudu muutokseen, saattavat toimintatavat jäädä vain irrallisiksi kokeiluiksi. Henkilökunnan vaihtuvuuden on todettu heikentävän Implementoitujen menetelmien pysyvyyttä organisaatioissa. Implementointi on hallittu muutosprosessi, jossa tavoitellaan käytäntöjen muuttuvan pysyvästi osaksi arkea. (Lindholm & Laitila 2022.)

2.3.1 Toipumisorientoituneen työtavan implementointi

Toipumisorientaation implementointi käytäntöön on pitkä prosessi, jossa oppimista tapahtuu jatkuvasti (Rapeli & Sipilä, 2024). Hoitohenkilökunnan asenteet ovat olleet myönteisiä toipumisorientaatiota kohtaan ja kouluttamisen on todettu edistävän implementointia (Rapeli ym., 2024, s. 6). Asiakkaiden ja

ammattilaisten yhteiset koulutukset ovat vahvistaneet keskinäistä yhteisyyssuhdetta. Koulutusten myötä, asiakkaiden hoitosuunnitelmien sisältö huomioi paremmin heidän tarpeitaan ja selkeyttää vastuukysymyksiä. (Nordling, 2018.)

Toipumisorientaation implementaatio mielenterveyspalveluissa on ollut hitaasti etenevää ja palvelukulttuurin muuttumisessa on koettu olevan haasteita, vaikka toipumisorientaatio on huomioitu kansallisissa ja kansainvälisissä poliittisissa ohjeissa ja linjauksissa (Nordling, 2018). WHO on muun muassa ohjannut kehittämään toipumisorientoitunutta ja kulttuurisesti sopivaa hoitoa ja tukea lisäämällä tietoisuutta sekä kouluttamalla terveys- ja sosiaalipalvelujen tarjoajia. Tämä on toteutunut sisällyttämällä toipumisorientaatiokoulutusta mielenterveysalan opinto-ohjelmiin sekä kouluttamalla ja ohjaamalla terveydenhuollon työntekijöitä käytännön työssä. (WHO, 2013.)

Toipumista tukeakseen palvelujärjestelmältä ja työntekijöiltä veloitetaan joustavuutta sopeutuakseen asiakkaan tarpeisiin, voimavarakeskeistä ajattelua sekä monipuolisia toimintoja, kuten esimerkiksi vertaistuen hyödyntämistä (Laitila, 2019). Toipumisorientaation toteutuminen on koettu vaikeaksi erityisesti psykiatrisessa sairaalahoidossa muun muassa potilaiden akuutin sairauden vaiheen, suuren määrän ja nopean vaihtuvuuden vuoksi. Potilaisiin kohdentuva pakon käyttö tai rajoittaminen estää toipumista, sillä suhtautumisen tulisi olla kunnioittavaa, ystävällistä sekä asiakkaan mieltymyksiä ja valintoja tukevaa. (Nordling, 2018.)

2.3.2 Työnohjaus ja itsereflektio

Toimintakulttuurin ja kehittämistyön implementointi vaatii johdolta sitoutuneisuutta ja tuen antamista työntekijöille, sillä uudenlaisen ajattelutavan omaksuminen ja tiedon soveltaminen vaativat kokemustiedon dialogia. Toipumisorientoituneen työtavan toteutumiseen tarvitaan ammattilaisten yhteisöllistä näkemysten ja kokemusten jakamisen mahdollisuutta, jotta voidaan kiinnittää huomiota siihen, mitä edelleen olisi kehitettävä ja miten oppimisprosessit ovat

edenneet. Uusien työntekijöiden perehdytys sekä voimavarakeskeinen työohjaus edistävät toipumisorientaation muuttumista osaksi arkea asiakaspalvelutyössä. (Rapeli, 2024, s.12.) Työnohjauksen avulla autetaan työntekijöitä kehittymään ammattilaisina sekä edistetään ammattilaisten jaksamista. Toipumisorientaation tietoinen mukaan ottaminen työnohjaukseen edistää toipumisorientaation toteutumista. (Martin ym., 2021, s.32–33.)

Toipumisorientaation oppimisprosessissa tulee ammattilaisten itse reflektoida toipumisorientaatiotiedon ja oman työskentelyn välistä suhdetta (Rapeli, 2024, s.12). Dialoginen muutos tulee näkyväksi, kun henkilön itsearviointi ja oman ajattelun tarkastelu syvenevät. Reflektio tarjoaa mahdollisuuden pohtia haastaviakin teemoja ja niiden yhteyttä omaan elämään. (Seikkula, 2023, s.180.) Geoff Shepherdin kymmenen kysymyksen (taulukko 1) avulla on helppo arvioida ja itsereflektoida, miten oma työskentelytapa vastaa toipumisorientoitunutta työtettä. Mitä enemmän myönteisiä vastauksia kysymyksiin tulee, sitä vahvemmin työote toteuttaa toipumisorientaation periaatteita. (Shepherd, 2007.)

Taulukko 1. Geoff Shepherdin kymmenen kysymystä mielenterveystyön ammattilaisille oman työtteen itsearvion tueksi (Shepherd, 2007).

1.	Autoinko asiakasta tunnistamaan ja priorisoimaan oman toipumisensa tavoitteita (ei ammattilaisten tavoitteita)?
2.	Toinko esille luottamukseni asiakkaan olemassa oleviin vahvuuksiin hänen pyrkiesseen tavoitteisiinsa?
3.	Annoinko sellaisia omiin tai asiakkaiden kokemuksiin liittyviä esimerkkejä, mitkä herättävät ja vahvistavat toivoa?
4.	Toinko esille sen, että vaikka tulevaisuus on epävarma ja takaiskuja voi sattua, niin siitä huolimatta itsemääritelyjen tavoitteiden saavuttaminen on mahdollista – annoinko tukea toivon ja positiivisten odotusten ylläpitämiseksi?
5.	Kannustinko asiakasta mielenterveysongelmien itsehallintaan antamalla tietoa, vahvistamalla olemassa olevia hallintastrategioita jne.?
6.	Kuuntelinko asiakkaan toiveita terapeuttisten interventioiden suhteen ja osoitinko hänelle sen, että olin kuunnellut?
7.	Ilmaisinko kunnioittavan asenteeni asiakasta kohtaan ja toinko esille haluni tasaverlaiseen kumppanuuteen yhdessä työskenneltäessä?
8.	Toinko esille sen, että olen valmis sitoutumaan asiakkaan auttamiseen niin, että hänellä on mahdollisuus saavuttaa tavoitteensa?
9.	Kiinnitinkö erityistä huomiota sellaisten tavoitteiden tärkeyteen, jotka ohjaavat asiakasta perinteisestä sairaan roolista auttamaan muita?
10.	Huomioinko tavoitteiden saavuttamiseksi muita kuin mielenterveyteen suoraan liittyviä voimavaroja, kuten omaisia, ystäviä, verkostoja, organisaatioita, harrastuksia tai mielenkiinnon kohteita?

2.3.3 Toipumisorientaation implementointi toimeksiantajaorganisaatiossa

Toimeksiantajaorganisaatiossa tuetaan toipumisorientoituneiden käytäntöjen kehittymistä. Organisaatiossa tarjotaan kokemusasiantuntijakoulutusta, johon asiakas osallistuu työntekijän kanssa yhdessä. Kaikille työntekijöille tarjotaan ammatillisen kasvun mahdollistavan verkkokurssin opiskelua toipumisorientaatiosta, joka käynnistää työntekijässä muutosprosessin, antaen työlle uudenlaisen näkökulman ja merkityksen.

Lisäksi työntekijöille on tarjottu mahdollisuutta opiskella mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkinto. Opinnot on suunnattu heille, joilla on jo sosiaali- ja terveysalan perustutkinto sekä työkokemusta alalta. Tutkinnon suorittanut voi toimia mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijana, jolloin hän vastaa ammatillisesta vuorovaikutuksesta sekä edistää asiakkaiden ja heidän läheistensä hyvinvointia ennaltaehkäisevässä ja kuntouttavassa mielenterveys- ja päihdetyössä (Sataedu, n.d).

2.4 Toipumisorientaation mittaaminen

Toipumisorientaation toteutumista voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, joita on kehitetty lukuisia erityisesti Yhdysvalloissa. Mittarit jakautuvat pääasiassa kahteen luokkaan sen mukaan, keskittyvätkö ne yksilön vai organisaation tasolle. (Rapeli ym. 2024). Mittareiden suuri määrä muodostaa osaltansa haasteen. Burgess ym. (2011) ovat esittäneet, että olisi tarkoituksenmukaisempaa panostaa kahteen mittariin, joista toinen mittaisi yksilötason toipumista ja toinen palvelujen toipumisorientaatiota. Validoitujen mittareiden indikaattorit tulisi sovittaa mahdollisimman hyvin yhteen, että ne olisivat toisiaan tukevia. Lisätutkimusta ja mittareiden jatkekehittämistä kuitenkin tarvitaan ennen valintaa. Mittareiden psykometrisistä ominaisuuksista, eli luotettavuudesta, johdonmukaisuudesta ja soveltuvuudesta käyttötarkoitukseensa tarvitaan lisää empiiristä tutkimusnäyttöä ennen rutiinikäyttöön ottamista.

2.4.1 Yksilötaso

Yksilötasolla toipumisorientaation mittaamisen tarkoituksena on selvittää, missä vaiheessa mielenterveysasiakas on omassa toipumisprosessissaan. Arvioinnin tekee tavallisesti asiakas itse, hänen tilanteensa hyvin tunteva ammattilainen tai läheinen. Tällöin tarkastelun kohteena ovat asiakkaan omat kokemukset ja näkemykset toipumiseen liittyvistä asioista. (Nordling ym. 2022.)

Burgess ym. (2011) mukaan yksilötason arvioinnissa mittarin tulee liittyä selkeästi henkilökohtaiseen toipumiseen, olla lyhyt ja helppokäyttöinen (enintään 50 osiota) sekä perustua asiakasnäkökulmaan. Sen on tuotettava kvantitatiivista tietoa ja oltava tieteellisesti tutkittu. Lisäksi mittarin psykometriset ominaisuudet on oltava hyvin selvitetty. Mittarin tulee myös soveltua kansalliseen toimintaympäristöön ja olla palvelunkäyttäjien hyväksymä.

Nordling, Martin ja Soronen (2022, s.118–119) ovat tutkineet toipumisorientaation mittaamisen menetelmiä. Parhaimmiksi yksilötason mittareiksi nimettiin Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) ja Recovery Assessment Scale (RAS). Katsauksessa löydettiin 31 henkilökohtaista toipumista mittaavaa mittaria, joista yhdeksän sisälsi Leamyn työryhmän dokumentoimia toipumisorientaation osaprosesseja (CHIME). Yksilötason toipumista mittaavien mittareiden todettiin olevan psykometrisiltä ominaisuuksiltaan kehittyneempiä verrattaessa organisaatio- ja järjestelmätason mittareihin (Nordling ym., 2022, s.115).

2.4.2 Organisaatiotaso

Organisaatiotasolla toipumisorientaation arvioinnin tavoitteena on selvittää, kuinka hyvin toipumisorientaation periaatteet ja niitä tukeva toimintakulttuuri ovat juurtuneet mielenterveyspalveluihin, organisaatioihin tai koko hoitojärjestelmään. Arviointia voivat tehdä asiakkaat, palveluiden ammattilaiset, organisaation johto tai muut palvelujärjestelmää tuntevat henkilöt. Mittaaminen voi

perustua joko subjektiivisiin arvioihin tai erilaisiin mitattaviin tunnuslukuihin. (Nordling ym. 2022, s. 113.)

Burgess ym. (2011) mukaan palveluiden toipumisorientaatiolähtöisyyden arviointiin käytettävän mittarin tulisi sisältää toipumisorientaatioon olennaisesti liittyviä sisältöjä sekä olla helposti hallittava ja johtamisen näkökulmasta käyttökelpoinen (enintään 100 osiota). Mittarin tulee olla kehitetty, pilotoitu ja dokumentoitu asianmukaisesti sekä ihannetilanteessa myös tieteellisesti tarkasteltu. Lisäksi sen on sisällettävä palvelunkäyttäjän näkökulma, sovelluttava kansalliseen toimintaympäristöön ja oltava palvelunkäyttäjien hyväksymä.

Nordling ym. (2022, s.119–200) löysivät organisaatio- ja järjestelmätason toipumisorientaatiomittareita yhteensä 11. Heidän mukaansa parhaita suomen-tamattomia organisaatio- ja järjestelmätason mittareita olivat Recovery Promoting Relationship Scale (RPRS) ja Recovery Self Assessment (RSA), sillä niissä on huomioitu myös asiakasnäkökulma. Organisaatiotason mittareiden kytkeytyminen CHIME-viitekehikseen oli yksilötason mittareita heikompi. Vain viiden mittarin sisäinen konsistenssi oli raportoitu. Validiteettia koskeva tieto perustui pääosin käyttäjien kokemuksiin eli niin sanottuun face-validiteettiin, mikä ei yksin osoita mittarin todellista pätevyyttä.

2.4.3 RKI-mittari

Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittari (Bedregal ym., 2006) on kehitetty Yhdysvalloissa organisaation toipumisorientoituneiden käytäntöjen mittaamiseen. Mittari kehitettiin osana aloitetta, jonka tavoitteena oli tehdä terveystalveluista toipumisorientoituneempia. RKI-mittari sisältää 20 Likert-asteikollista väittämää, joiden avulla ammattilaiset pystyvät arvioimaan työtapansa toipumissuuntautuneisuutta.

RKI-mittari mittaa toipumissuuntautuneisuutta neljällä eri osa-alueella, jotka ovat roolit ja vastuu toipumisesta (I), toipumisprosessin epälineaarisuus (II), itsensä määrittämisen ja vertaisten rooli toipumisessa (III) ja odotukset

toipumisesta (IV) (Rapeli ym., 2024). Osa-alue I mittaa seitsemän kysymystä, jotka käsittelevät itsemääräämisoikeutta, toipumisvalmiutta, riskinottoa, yksilöllistä toipumisprosessia ja kansalaisoikeuksia. Osa-alue II mittaa kuusi kysymystä, jotka käsittelevät toipumisen epälineaarisen prosessin, toivon, sairauden hyväksymisen osaksi elämää, palveluiden riittävyden ja oireiden hallinnan teemoja. Osa-alue III mittaa viisi kysymystä, jotka käsittelevät toipumisvalmiutta, merkityksellisiin aktiviteetteihin osallistumista, tukiverkostoja, itsensä uudelleen määrittelyä ja riskinottoa. Osa-alue IV mittaa kaksi kysymystä, jotka käsittelevät toivoa ja toipumisvalmiutta. Eri teemoja koskevat kysymykset ovat satunnaisessa järjestyksessä ja osaa mitataan käänteisillä skaaloilla.

RKI-mittaria on käytetty kansainvälisesti laaja-alaisesti. (Sipilä & Appelqvist-Schmidlechner, 2025, s.88.) RKI-mittaria voidaan käyttää organisaatiossa toipumisorientoituneen työtavan mittaamisessa (Rapeli ym., s.7). Sitä ei kuitenkaan suositella palvelujen toipumissuuntautuneisuuden arviointiin, vaan sen käyttö rajautuu henkilöstön tietoihin ja asenteisiin liittyväksi mittariksi. Tiedon ja asenteiden mittaaminen ei siis ole sama asia kuin palvelujen toipumismyönteisyyden mittaaminen, koska ei ole selvää, muuttuvatko tieto ja asenteet käyttäytymiseksi, joka edistää henkilön toipumista. (Burgess ym., 2011.)

Mittarin suomenkielistä versiota hallinnoi THL (Rapeli ym., s.7). Suomenkielistä mittaria on pilotoitu IPS Sijoita ja valmenna -toimintamallin arviointitutkimuksessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta (Rapeli ym., s.7). Sipilä & Appelqvist-Schmidlechner (2025) hyödynsivät suomenkielistä RKI-mittaria osana tutkimusta psykiatriseen hoitoon integroidusta IPS-työhönvalmennuksesta työllistymisen tukena. Mittaria käytettiin mittaamaan psykiatrian ammattilaisten asenteita toipumisorientaatioon perustuvaa työtettä kohtaan. Osana tutkimusta toteutettu kysely toteutettiin hankkeen alussa (n=160) sekä uudelleen vuoden kuluttua (n=122). Tuloksista ilmeni, että hankkeen alussa psykiatrian ammattilaisten tieto ja asenteet toipumisorientaatiota kohtaan olivat keskimäärin kohtalaisella tasolla. Mitä enemmän vastaajalla oli työkokemusta, sitä myönteisemmin hän suhtautui toipumisorientaatioon perustuvaan työöteeseen. Toipumiseen liittyviä odotuksia sisältävä osa-alue sai

alkumittauksessa huonoimmat pisteet. IPS-hankkeen edetessä asenteet muuttuivat myönteisimmiksi ja usko asiakkaiden kuntoutumiseen vahvistui. Toipumiseen liittyvien odotusten osa-alueen osalta muutos oli tilastollisesti merkitsevä.

Australiassa Meehan & Glover (2009) ovat tutkineet toipumisorientaatiokoulutusohjelman tehokkuutta mielenterveyspalvelujen tarjoajille. Tutkimuksessa oli kaksi vertailuryhmää: toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneet sekä he, jotka eivät osallistuneet toipumisorientaatiokoulutukseen. Toipumistietämystä mitattiin RKI-mittarilla ennen koulutusta, heti koulutuksen jälkeen sekä kuuden kuukauden kuluttua koulutuksen päättymisestä. Koulutus järjestettiin kolmena päivänä ja koulutuksen sisällöt keskittyivät toipumisajattelun periaatteisiin, ammattilaisen rooliin asiakkaan toipumisen tukemisessa ja käytännön taitojen kehittämisessä. Koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden keskuudessa tulokset osoittivat merkittävää kasvumuutosta toipumista koskevassa tietämyksessä. Edistymisen koettiin hieman heikkenevän ajan myötä, mutta muutoksen oli todettu säilyvän. Koulutuksen todettiin parantavan erityisesti ymmärrystä toipumisprosessin epälineaarisuudesta sekä realistisista toipumisodotuksista. RKI-mittari todettiin toimivaksi ja luotettavaksi mittariksi tässä otoksessa.

Hardy ym. (2022) tutkivat akuutin mielenterveyshoidon osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden tietämystä ja asenteita toipumissuuntautunutta työtettä kohtaan käyttäen RKI-mittaria. Lääkärit saivat hieman korkeammat pisteet kuin sairaanhoitajat, mutta ero ei ollut kliinisesti merkitsevä. Pidempi työkokemus oli yhteydessä parempaan tietämykseen erityisesti lääkäreillä, kun taas ikä ja sukupuoli eivät vaikuttaneet tuloksiin. Tulokset osoittivat, etteivät henkilöstön tietämys ja asenteet olleet juuri kehittyneet verrattuna yli kymmenen vuotta aiemmin tehtyihin australialaisiin tutkimuksiin, mikä viittaa kehityksen pysähtyneen. Tutkijat korostivat, että toipumissuuntautuneen työotteen vahvistaminen edellyttää jatkuvaa ja systemaattista koulutusta sekä potilaiden ja kokemusasiantuntijoiden aktiivisempaa osallistamista henkilöstön koulutukseen.

2.5 Teoreettisen taustan yhteenveto

Toipumisorientaatio on mielenterveys- ja päihdetyön keskeinen lähestymistapa, jonka tavoitteena on tukea yksilön mahdollisuuksia elää mielekästä ja toiveikasta elämää sairaudesta huolimatta. Se korostaa asiakkaan voimavaroja, toivoa, merkityksellisyyttä ja osallisuutta sekä ihmisen näkemistä kokonaisuutena, ei diagnoosin kautta. (Martin ym., 2021.) Toipuminen ei tarkoita täydellistä oireettomuutta, vaan kykyä elää hyvää elämää myös sairauden jatkussa (Raivio & Raivio, 2020). CHIME-viitekehyksen mukaan toipumisen keskeiset osaprosessit ovat kumppanuus, toivo ja optimismi, identiteetti, elämän tarkoitus ja voimaantuminen (Nordling, 2018). Ammattilaisen roolina on tukea asiakkaan omaa toimijuutta ja vahvistaa itsemääräämisoikeutta (Higgins ym., 2022, s. 61–62).

Kokemusasiantuntijuus täydentää ammatillista osaamista tuomalla esiin asiakkaiden kokemustiedon ja lisäämällä toivoa. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen sosiaali- ja terveysalan koulutuksiin ja palveluiden kehittämiseen edistää toipumisorientoitunutta työtapaa ja asiakaslähtöisyyttä. (Rapeli ym., 2024.) Toipumisorientoituneessa työtavassa painotetaan jaettua päätöksentekoa, asiakkaan arvojen ja toiveiden huomioimista sekä hänen vahvuuksiensa tunnistamista (Nordling, 2023).

Toipumisorientaation implementointi palvelujärjestelmiin on edennyt hitaasti (Hotus, 2022). Sen toteutumista voidaan kuitenkin tukea koulutuksilla, työnohjauksella ja johdon sitoutumisella (Rapeli, 2024). Toipumissuuntautunutta työtettä ja henkilöstön asenteita arvioidaan kansainvälisesti erilaisilla mittareilla, kuten Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittarilla (Bedregal ym., 2006).

3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

3.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku aikaisemmista tutkimuksista toipumisorientaation implementaatioon liittyen aloitettiin määrittämällä hakusanoja ja -lausekkeita PICO:n avulla. Käsitteiden avulla rakennettiin hakuyhdistelmiä, synonyymeja ja läheisiä termejä YSO-sanastoa sekä lääketieteellistä MeSH-sanastoa käyttäen. Hyödynsimme myös erilaisten hakupalveluiden kautta löytyvien lähteiden asiasanoja. Muodostimme englanninkielisiä hakusanoja YSO-sanaston sekä Google Kääntäjä -ohjelman avulla. Tiedonhaku tehtiin kahdeksaan tietokantaan marraskuun 2024 alussa.

WHO (2013) on ohjannut kehittämään toipumisorientoitunutta ja kulttuurisesti sopivaa hoitoa ja tukea lisäämällä tietoisuutta ja kouluttamalla terveystoimintajärjestäjien tarjoajia sisällyttämällä toipumisorientaatiokoulutusta mielen-terveysalan opinto-ohjelmiin sekä kouluttamalla ja ohjaamalla kentällä työskenteleviä terveydenhuollon työntekijöitä. Toipumisorientaation implementointia vahvistavassa REFOCUS-hankkeessa julkaistiin vuonna 2014 koulutusinterventio, jonka avulla henkilökunnan työtettä voidaan kehittää toipumisorientoituneeksi (Tölli & Tolonen, 2023). Yllä oleviin kansainvälisiin suosituksiin ja kehitystyöhön perustuen rajasimme haun vuonna 2014 tai sen jälkeen julkaistuihin tutkimuksiin, jotta saamme tietoa toipumisorientoituneen työtavan käytöstä tämän koulutusintervention julkaisemisen jälkeen. Mäntylä ym. (2013) mukaan yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä ei kannata hyödyntää, mikäli se ei ole tutkittavan aiheen näkökulmasta erittäin tärkeää.

3.2 Aineiston valinta

Opinnäytetyöt ja pro gradut rajattiin pois ei-tieteellisenä lähteenä. Mukaan otettiin tutkimukset, joiden teksti oli saatavilla suomeksi tai englanniksi. Tiedonhaku ja tutkimusten valinta on kuvailtu PRISMA-kaavion avulla (liite 1).

Tutkimuksista yhdeksän keskittyi koulutusintervention vaikutuksiin henkilökunnan työskentelytavassa. Kolme tutkimusta keskittyi muihin tekijöihin, jotka vaikuttavat toipumisorientoituneen työtavan toteutumiseen ja viisi tutkimusta tarjosi tuloksia hoidon suunnitteluun liittyviin muuttujiin sekä organisaatio- että työyhteisötasolla (liite 2).

Aikaisempien tutkimusten katsaukseen mukaan valitut tutkimukset (n=16) löydettiin seuraavista tietokannoista: PubMed (n=13), Google Scholar (n=1) ja Medic (n=1). Yksi tutkimuksista tuli mukaan aineistoon Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen suosituksesta. Yksi tutkimus oli Suomesta ja muut seuraavista maista: UK (n=3), Australia (n=4), USA (n=2), Israel (n=1), Kanada (n=2), Irlanti (n=2), Thaimaa (n=1).

Aikaisempien tutkimusten katsaukseen valikoitui lähteeksi monella eri menetelmällä tehtyjä tutkimuksia, ja tähän perustuen käyttöön valikoitui Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) -laadun arvioinnin työkalu (Hong ym., 2018). Kirjallisuuskatsauksien laadun arviointi toteutettiin Joanne Briggs Institutin kehittämällä laadun arvioinnin menetelmällä (Aromataris ym., 2015). MMAT:n kehittäjien Hong ym. (2018) mukaan yksittäisten kriteerien arvioista ei ole suositeltavaa laskea kokonaissummaa, vaan arviointitulokset suositellaan esitettäväksi kriteerikohtaisesti. Tämän vuoksi laadunarvioinnin tulokset raportoitiin erittelemällä, mitkä kriteerit täyttyivät kussakin tutkimuksessa. Tutkimusten laadun arviointi on kuvattu taulukossa (liite 3).

3.3 Aiempien tutkimusten tulokset

3.3.1 Henkilökunnan koulutuksen vaikutukset työtapaan

Aiempien tutkimusten tuloksissa todettiin, että toipumiseen suuntautuvassa henkilöstön osaamisessa on parannettavaa ja aiheeseen liittyvää koulutusta oli toivottu enemmän. Mielenterveyshoitajien mukaan heidän itseluottamustaan ja kykyjään tulisi kehittää, jotta he voisivat siirtää toipumista koskevaa tietoa osaksi mielenterveyshoitotyön käytäntöä. (Hawsawi ym., 2021.)

Lorien ym. (2020) toteavat, että henkilökunnan toipumistietämys vahvistuu selkeästi toipumiskoulutuksen myötä. Henkilöstön koulutus ja ammatillinen kehittyminen ovatkin keskeisiä edellytyksiä toipumisorientaation toteuttamiselle (Shah ym., 2014). Mielenterveyshoitotyön ammattilaisten kattava ja jatkuva koulutus koettiin tärkeäksi, jotta työotteen muutos säilyisi pitkällä aikavälillä (Hornik-Lurie ym., 2018). Stuber ym. (2014) havaitsivatkin syventävän toipumisorientaatiokoulutuksen korreloivan myönteisesti toipumisorientoituneen työotteen kanssa vuoden sisällä koulutuksesta, mutta yhteyden heikkenevän pidemmän ajan kuluttua. Myös McPherson ym. (2021) tutkimuskatsauksen tulokset osoittivat, että koulutusten vaikutus henkilöstön tietoon, asenteisiin ja osaamiseen oli rajallista sekä lyhytkestoista.

Toipumisorientoituneen työtavan kanssa vahvimmin korreloivasta koulutusmallista oli eriäviä tuloksia. Esimerkiksi Irlannissa Cusack ym. (2017) tulosten mukaan toipumisorientaatiokoulutuksen tulisi olla monialaista sekä tiimikohtaista. Lorien ym. (2020) taas havaitsivat itsenäisesti suoritettuna verkkokoulutuksen korreloivan positiivisesti toipumisorientoituneen työotteen kanssa ja ryhmäopetukseen osallistuneiden kohdalla samaa vaikutusta asenteisiin ja käytäntöihin ei aina havaittu. Toipumisorientoituneeseen työtapaan tähtäävät interventiot, jotka ottavat huomioon biolääketieteellisen lähestymistavan, olivat todennäköisemmin onnistuneita kuin ne, jotka pyrkivät radikaaliin muutokseen. Koulutuksen pitkäkestoisuus ja käytännönläheisyys olivat ratkaisevia tekijöitä työtavan muutoksessa.

Korkeammin koulutettu henkilökunta omaksui vahvemmin ajatuksen toipumisesta yksilöllisenä, epälineaarisenä prosessina, joka edellytti uskoa potilaan kykyihin ottaa vastuuta ja rooleja. Koulutetumpi henkilökunta osoitti myös suurempaa taipumusta rohkaista potilasta osallistumaan hoitoonsa tarjoamalla laajemman valikoiman hoitovaihtoehtoja, enemmän valinnanmahdollisuuksia ja käyttämällä vähemmän pakkoa. (Hornik-Lurie ym., 2018.)

McPherson ym. (2021) totesivat katsauksessaan, että toipumisorientoituneiden koulutusohjelmien vaikutukset palvelunkäyttäjien toipumiseen olivat

harvoin merkittäviä, mikä viittaa siihen, ettei pelkkä koulutus riitä muuttamaan käytännön työtä. Parhaat tulokset saavutetaan käytännönläheisillä, palautetta ja toistoja sisältävillä koulutuksilla, joita voidaan soveltaa työympäristössä. Lisäksi koulutusten tulisi olla kustannustehokkaita, helposti saavutettavia ja hyödyntää vertaistukea sekä digitaalisia ratkaisuja.

3.3.2 Toipumisorientaatio-käsitteen haasteet

Toipumisorientaation käyttöönotto mielenterveystyössä edellyttää, että henkilöstöllä on yhteinen ja selkeä käsitys siitä, mitä toipumissuuntautunut työskentely tarkoittaa käytännössä. Le Boutillier ym. (2015) tunnistivat systemaattisessa katsauksessaan, että mielenterveysalan ammattilaisten ymmärrys toipumisorientaatiosta on usein hajanaista ja monimerkityksellistä. Toipumisorientaatio hahmotetaan mielenterveysalan ammattilaisten keskuudessa henkilökohtaisena, kliinisenä tai palvelujärjestelmälähtöisenä. Näistä henkilökohtainen toipumisorientaatio vastaa yleistä käsitystä siitä, mitä toipumisorientaatiolla tarkoitetaan. Käsitteellisten epäselvyyksien vuoksi toipumisorientaation implementointi käytäntöön on haastavaa, sillä työntekijät joutuvat tasapainoilemaan yksilöllisten, ammatillisten ja organisaation asettamien prioriteettien välillä.

Kliininen toipuminen merkitsee muun muassa parantumista täysin oireettomaksi, jolloin ammattilaiset nähdään asiantuntijoina terveydenhuollossa ja kliiniset työtehtävät määrittävät toiminnan. Tällöin asiakkaan toipumista arvioidaan sairaudentunnon, käytöksen, oireiden ja toimintakyvyn muutoksina parempaan suuntaan. (Le Boutillier ym., 2015.)

Palvelujärjestelmälähtöisessä toipumisessa puolestaan hallinnolliset sekä taloudelliset ennalta määritellyt tavoitteet muovaavat hoitokäytännöt ja toipumisorientaation avulla koetaan voivan vähentää kustannuksia. Tällöin henkilökunta kokee omat mahdollisuutensa rajoittuneina hoitokäytänteissä, joissa tulisi tukea asiakkaan henkilökohtaista toipumismatkaa. (Le Boutillier ym., 2015.)

3.3.3 Kokemusasiantuntijoiden merkitys

On yhä enemmän näyttöä siitä, että toipumiskokemuksen omaavien henkilöiden osallistuminen klinisiin palveluihin ja koulutukseen voi vahvistaa toipumista edistäviä käytäntöjä (Hardy ym., 2022). Mikäli yksikössä ei ole työntekijöitä, joilla on omakohtaista toipumiskokemusta, on vaarana, että klininen ja henkilökohtainen toipuminen sekoittuvat. Tällöin työntekijät voivat virheellisesti olettaa, ettei asiakas voi osallistua toipumisorientoituneisiin palveluihin ennen tietyn hyvinvoinnin tason saavuttamista. Tällaiset käsitykset heijastavat puutteita henkilöstön ymmärryksessä toipumisen periaatteista. (Piat ym., 2021.)

Toipumisorientaation käyttöönottoon liittyykin uusien ammatillisten ja kokemuksellisten roolien, kuten kokemusasiantuntijoiden tai vertaistoimijoiden integroiminen osaksi palvelujärjestelmää. Integrointi vaatii selkeää vastuunjakoa, perehdytystä sekä henkilöstön kesken jaettua käsitystä roolien tarkoituksesta. Muutoin integrointi voi johtaa ristiriitaisiin odotuksiin ja siihen, että uusia toimijoita käytetään tehtävissä, joihin heitä ei ole tarkoitettu. Uudet roolit haastavat perinteistä ammattilaiskeskeistä kulttuuria, mikä edellyttää valmiutta jakaa asiantuntijuutta ja tunnustaa kokemustiedon merkitys. Ilman johdon tukea ja selkeitä rakenteita uusien roolien juurtuminen arkeen jää helposti pintapuoliseksi, eikä niiden potentiaali pääse toteutumaan. (Piat ym., 2021).

Chatwiryaphong ym. (2024) havaitsivat, että kokemusasiantuntijoiden tarjoama koulutus lisää hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden ymmärrystä siitä, ettei ihminen ole yhtä kuin diagnoosinsa, ja auttaa tunnistamaan kuntoutujien tarpeita ja vahvuuksia. Lisäksi ymmärrys terapeutin yhteistyösuhteen merkityksestä korostuu. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen ammattilaisten koulutuksiin syventää siten ymmärrystä toipumisen luonteesta.

3.3.4 Organisaation tuki

Organisaation tuki on ratkaisevin tekijä toipumisorientaation implementoinnin onnistumisessa. Siirtyminen biolääketieteellisestä mallista

toipumisorientoituneeseen työskentelytapaan vaatii kuitenkin useita muutoksia, kuten ajankohtaisen tutkimustiedon tuntemusta toipumisesta, kulttuurin muokkaamista kohti toipumismyönteisempää asennetta sekä henkilökunnan koulutusta. Lisäksi tarvitaan palvelunkäyttäjien osallistamista ja hoidon suunnitteluprosessien uudistamista. (Lorien ym., 2020.) Organisaation tehtävä on luoda uuden työtavan oppimiselle otollinen työympäristö, joka vaatii selkeää ja jaettava visiota toipumisen arvoista ja tavoitteista. Lisäksi tarvitaan riittävää esihenkilö- ja kollegiaalista tukea sekä vakaata tiimikokoonpanoa, joka mahdollistaa luottamuksen ja yhteisen osaamisen rakentumisen. (Fleury ym., 2018.) Organisaatioiden tulee priorisoida henkilökohtainen toipuminen, jotta työtavan muutokseen tähtäävä interventio johtaa pysyvään muutokseen käytännön hoitotyössä (Lorien ym., 2020).

Stuber ym. (2014) havaitsivat että työntekijän kokemus organisaation kulttuurista oli voimakkain ja tilastollisesti merkitsevin ennustaja työntekijän valmiuksille toimia toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti. Fleury ym. (2018) korostavat, että organisaation tuki on keskeinen edellytys toipumismyönteisen työtavan implementoinnille mielenterveyspalveluihin. Tutkimuksessa havaittiin, että vaikka useimmat yksittäiset organisaatiokulttuurin piirteet eivät olleet tilastollisesti merkittäviä, organisaation konkreettinen tuki tiimien toimintaedellytyksille oli vahvasti yhteydessä toipumisorientaatioon.

3.3.5 Tukiverkoston tuen merkitys asiakkaan toipumisprosessissa

Toipumiseen suuntaava käytäntö edellyttää yhteistyöhön perustuvaa lähestymistapaa, jossa asiakkaiden ja heidän läheistensä osallistuminen huomioidaan. Mielenterveyshoitotyön ammattilaisten tulee luoda turvallinen ympäristö, kunnioittaa myönteisiä ihmissuhteita sekä luoda empatiaa asiakkaita ja heidän perheenjäseniään kohtaan. Asiakasta ja perhettä tulee tukea sitoutumaan hoitovalintoihin ja hoidon jatkuvuuteen toipumismatkalla. (Chatwiriyaiphong ym., 2024.)

Toipumisorientaation mukaisten palveluiden tulee tukea asiakkaan mahdollisuuksia saada tarvitsemansa sosiaalinen tuki. Toipuminen edellyttää usein asiakkaan ja ystävien, perheen, tukihenkilöiden sekä ammattilaisten välistä yhteistyötä. (Nordling, 2018.) Hoidon laatua voidaan parantaa muun muassa ryhmäohjelmilla, jolloin asiakkaiden oma panos ja mieltymykset huomioidaan ja heitä kannustetaan osallistumaan (Shue ym., 2022). Shah ym. (2016) tutkimuksessa palvelunkäyttäjien kokemukset nostivat ihmissuhteiden ja sosiaalisen tuen yhdeksi toipumisen tärkeimmistä elementeistä.

3.3.6 Toipumisorientoitunutta työtappaa edistävät tekijät

Toipumisorientaatiokoulutuksen lisäksi muita henkilökunnan toipumiseen suuntautunutta osaamista ennustavia tekijöitä olivat monipuolinen työnkuva, useamman vuoden työkokemus mielenterveysalalla, osallistuminen intensiiviseen hoitoryhmään sekä käsitys työpaikan toipumiskulttuurista (Stuber ym., 2014). Yksilötasolla toipumisorientaatiota edistävät myös ammattilaisen henkilökohtaiset vuorovaikutus- ja itseilmaisutaidot sekä toipumisorientaation arvojen hyväksyminen. Keskeisiä ovat myös kumppanuustaidot, asiakkaiden tarpeiden ja vahvuuksien tunnistaminen sekä vastuullinen riskinotto työssä. Näiden taitojen omaksuminen helpottaa uuden näkökulman mukauttamista käytännöiksi. (Nordling, 2018.)

Tiimin sisäinen tuki oli yhteydessä korkeampaan toipumisorientoituneisuuden kokemukseen. Siihen sisältyivät taloudelliset sekä materiaali- ja henkilöstöressurit sekä esihenkilön ja kollegoiden tarjoama kliininen ja emotionaalinen tuki. Myös tiimin jäsenten välinen riippuvuus eli se, että työn onnistuminen perustui aidosti yhteiseen panokseen ja yhteistyöhön, vahvisti toipumisorientaatiota. Mielenkiintoista oli myös, että tiimit, joiden asiakkailla esiintyi enemmän itsetuhoisia ajatuksia, arvioivat toimintansa toipumissuuntautuneemmaksi. Tämä liittyi intensiivisempään ja yksilöllisempään työotteeseen. (Fleury ym., 2018.)

Tiimin sisäisistä sosiaalisista ja emotionaalisista tekijöistä erityisesti jäsenten keskinäinen luottamus toistensa osaamiseen ja hyvään tahtoon korosti toipumisorientaatiota. Myös jaettu käsitys tiimin tavoitteista ja arvoista, kuten toipumisen tukemisesta ja potilaskeskeisyydestä, vahvisti tätä suuntausta. Lisäksi usko moniammatillisen yhteistyön hyötyihin oli tärkeä tekijä, joka tuki toipumisorientaation vahvistumista. (Fleury ym., 2018.)

Tiimin sisäiseen vuorovaikutukseen liittyen avoimen ja aktiivisen tiedon, osaamisen ja kokemusten vaihtaminen tiimin sisällä oli yksi vahvimista toipumisorientaation ennustajista. Samoin tiimin kyky tarkastella kriittisesti omia toimintatapoja sekä oppia kokemuksista. Verkostotasolla vaikuttavia tekijöitä tarkastellessa todettiin, että tiimit, jotka tekivät aktiivista yhteistyötä esimerkiksi yhteisjärjestöjen, kriisipalvelujen tai perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa, arvioivat työnsä toipumissuuntautuneemmaksi. (Fleury ym., 2018.)

Yhteenvetona Fleury ym. (2018) korostavat, että toipumissuuntautunut hoito ei ole yksittäisen työntekijän vastuulla, vaan se rakentuu ennen kaikkea tiimin ja organisaation rakenteista sekä vuorovaikutuksesta. Riittävät resurssit, avoin tiedonvaihto, luottamuksellinen ilmapiiri ja yhteistyö yli organisaatorajojen muodostavat perustan sille, että toipumisen periaatteet voivat toteutua arjen mielenterveystyössä.

3.3.7 Toipumisorientoitunutta työtapaa heikentävät tekijät

Chatwiriyaiphong ym. (2024) mukaan toipumisorientoituneen työtavan toteuttamisen esteinä on tunnistettu olevan rajallinen tieto ja epävarmuus työtavasta, vaikka mielenterveyshoitotyön ammattilaiset ovat kokeneet toipumisorientoituneen hoidon periaatteisiin kuuluvan kokonaisvaltaisen ja yksilökeskeisen hoidon positiivisena. Lorian ym. (2020) mukaan taas henkilökunnan asenteissa ja käsityksissä toipumisorientoituneita käytäntöjä kohtaan on ilmennyt muutosvastarintaa.

Toipumisorientaation toteuttamista voivat vaikeuttaa myös ristiriitaiset tilanteet, joita syntyy esimerkiksi silloin, kun asiakkaan toipumista tuetaan rohkaisemalla häntä ottamaan positiivisia riskejä ja kantamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan, mutta samaan aikaan palveluympäristössä vallitsee riskejä karttava hoitokulttuuri (Holley ym., 2016). Lisäksi organisaation prioriteettien vaikutus henkilöstön käsityksiin ja tulkintoihin toipumisorientaatiosta saattaa muodostaa haasteen, joka johtaa painottumisen kliinisen tai palvelulähtöisen toipumisen suuntaan. Nämä tekijät puolestaan vaikeuttivat toipumisorientaation mukaisten käytäntöjen aitoa toteutumista. (Le Boutillier ym., 2015.)

Organisaatiotasolla haasteita koettiin aiheuttavan lisäksi kiireen, potilaiden suuren määrän suhteessa hoitohenkilökunnan määrään sekä tilapäisen henkilökunnan, joka ei tunne hoitoyksikköä. Haasteita aiheutti myös resurssien puute asiakkaan henkilökohtaisten toipumistavoitteiden tukemiseksi. (McKenna ym., 2014.) Lisäksi asiakkaiden osallistumattomuus tai puuttuva panos on koettu haasteena toipumiseen suuntautuneiden käytäntöjen toteutumisessa (Lorien ym., 2020).

Biolääketieteen malli, johon liittyy vakiintuneina käytäntöinä riskien minimointi, oireiden hallinta sekä diagnosikeskeinen hoitotyö, koetaan hallitsevana ja esteenä toipumissuuntautuneelle lähestymistavalle. Toimintakulttuurin muutokseen, kohti voimavaralähtöistä, osallistavaa ja merkityksiä korostavaa lähestymistapaa, tarvitaan organisaatiolähtöistä strategiaa, koulutuksen ja käytäntöjen yhdistämistä sekä pitkäaikaista sitoutumista kohti muutosta. (Lorien ym., 2020.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tarkoituksena oli arvioida millaiset tekijät vaikuttavat toipumisorientoituneen työtavan implementointiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa

toipumisorientoituneen työtavan kehittämistavoista ja -tarpeista. Tutkimusongelmana oli selvittää toipumistiedon yhteyttä työtapaan ja asenteisiin. Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten henkilöstön kouluttautuminen ja toipumisorientaatiotietoisuuden vahvistaminen vaikuttaa ohjaajien asenteisiin ja työotteeseen?
2. Miten toipumisorientaation periaatteet ja niiden mukainen toiminta hallitaan käytännön työssä?
3. Millaiset tekijät heikentävät toipumisorientoitunutta työtapaa?
4. Millaiset tekijät edistävät toipumisorientoituneita käytäntöjä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tavoitellessa yleistettävää tietoa isosta kohderyhmästä, menetelmäksi soveltuu parhaiten kvantitatiivinen lähestymistapa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aikaisempien tutkimusten katsaus on merkittävässä osassa mittausvälineen valinnan perustana, kyselylomakkeen rakentamisessa sekä testaamisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s.54.) Poikkileikkaustutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran, jolloin ei ole tarkoituksenmukaista tarkastella samaa ilmiötä myöhemmin uudelleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s. 56). Strukturoidussa kyselylomakkeessa kysymysten sisältö ja järjestys on samanlainen kaikille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s. 116).

5.2 Aineiston keruu

Toimeksiantajana oli eräs mielenterveys- ja päihdetyön organisaatio. Opinnäytetyön tekemisestä toimeksiantajaorganisaatiossa on sovittu suullisesti

yksikön johtajan ja sähköpostitse organisaation palvelutoimien kanssa. Tutkimuslupahakemukseen liitettiin opinnäytetyön suunnitelma, kyselylomake perusteineen, saatekirje, mukaanottokriteerit, kyselytiedote, tietosuojaseloste sekä aineistonhallintasuunnitelma. Tutkimuslupa myönnettiin 7.5.2025, minkä jälkeen tehtiin Satakunnan ammattikorkeakoulun ja toimeksiantajaorganisaation välinen opinnäytetyösopimus. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus tulee toteuttaa tutkimusluvan edellyttämällä tavalla ja tutkimussuunnitelman mukaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki, 2012, s. 368). Tätä periaatetta noudattaen varmistettiin, että aineiston keruu sekä myöhemmin analysointi eteni suunnitelman mukaisesti koko prosessin ajan.

Empiirinen vaihe toteutettiin kesällä 2025. Kysely lähetettiin kohdeorganisaation kahdeksaan mielenterveys- ja päihdetyön yksikköön esihenkilöille, jotka välittivät kyselyn eteenpäin kohderyhmälle eli ohjaajille. Kohderyhmälle lähetettiin muistutus vastaamisesta viikko sen jälkeen, kun kysely oli lähetetty kohdeorganisaatioon. Kysely oli avoinna ensin kaksi viikkoa ja vastauskadon vuoksi vielä toiset kaksi viikkoa, ollen kokonaisuudessaan avoinna 27.5 - 27.6.2025 välisen ajan. Kysely toteutettiin Forms-sovelluksella.

5.2.1 Kohderyhmä

Yleistämiseen pyrkivässä empiirisessä tutkimuksessa jokaisella tutkittavan ryhmän jäsenellä tulee olla yhtäläinen mahdollisuus tulla valituksi tietolähteeksi (Leino-Kilpi & Välimäki, 2012, s. 366). Mittarissa mielenkiinto kohdistui vastaajan työtapaan. Kohderyhmäksi määriteltiin kaikki organisaatiossa ohjaajina toimivat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotta toipumisorientoituneen työotteen toteutumisesta saataisiin kattava kuva. Aiempaa tietoa toipumisorientaatiosta ei vaadittu. Yksikön johtajien ja laitoshuoltajien työtehtävät poikkeavat asukastyöstä, joten heidät rajattiin tästä kyselystä pois.

Tutkittavia tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti, ja heiltä on pyydettyä suostumus osallistumiseen (Leino-Kilpi & Välimäki, 2012, s. 367). Kyselyn saatekirjeeseen (liite 4) sisällytettiin kohta tutkimukselliseen toimintaan

5.3 Aineiston analysointi

5.3.1 Aineiston esikäsittely

Aineiston käsittely aloitettiin kyselyn määräajan umpeutumisen jälkeen. Kyse-lyohjelma M365 Forms koosti kyselyn vastaukset havaintomatriisiin, jossa aineistoa ensin tarkasteltiin. M365 Excel -ohjelman avulla aineistoa muutettiin osin numeraaliseksi tilastollista testausta varten ja tarvittavat skaalat käännettiin sekä RKI-mittarin pisteet laskettiin.

Vain yhdellä havaintorivillä oli puuttuva arvo muuttujan "koulutustaso sosiaali- ja terveysalalla" kohdalla. Kuten Vilkka (2021, s. 136) suosittelee, puuttuva tieto käsiteltiin analyysissä omana luokkana ja havaintorivi säilytettiin, ettei pieni aineisto supistu entuudestaan. Puuttuvaa arvoa ei korvata esimerkiksi keskiluvulla. Vaikka ehdollistamaton keskiarvoimputointi on mahdollisesti tunnetuin imputointimenetelmä, sen käyttöä ei suositella, sillä muuttujien keskiluvun käyttö johtaa hajonnan pienenemiseen. Tällöin muuttujien välinen korrelaatio pienenee, eli havaitut yhteydet muuttujien välillä eivät olisi niin vahvoja. (Härkänen, n.d.) Ryhmäkeskiluvun käyttö taas korostaa ryhmän sisäistä samankaltaisuutta sekä ryhmien välisiä eroja (Hertel, 1976).

Havaintomatriisin esikäsittelyvaiheessa toipumisorientaatiotiedon ja oman työtavan välinen itsereflektio sekä työhön perehdytys rajattiin itsenäisinä perehtymiskeinoina, ilman luentoa, kurssia tai itseopiskelua, toipumisorientaatiokouluuttautuneisuuden ulkopuolelle. Näiden tekijöiden katsottiin tässä opinnäytetyössä kuuluvan oppimisprosessiin, muttei täyttävän toipumisorientaatiokouluuttautuneisuuden kriteerejä ainoana toipumisorientaatiotiedon saantikanavana.

5.3.2 Taustamuuttujien yhteyden havaitseminen

Tilastollinen testaus toteutettiin R-studio-ohjelmalla (versio 2025.05.1+513, Posit Software, PBC, 2025). Opinnäytetyössä käytettiin tilastollisena

merkitsevyyden rajana p-arvoa 0,05. Tämä on yleisesti riittävänä pidetty tilastollisen merkitsevyyden raja (Vehkalahti, 2008).

Toipumisorientaatiokoulutusta saaneita vastaajia (n= 17) verrattiin muihin (n = 5) taustamuuttujien perusteella (liite 6). Tässä vertailussa toipumisorientaatiokoulutettujen ryhmään sisältyivät kaikki vastaajat, jotka olivat saaneet toipumisorientaatiokoulutusta, riippumatta siitä, minkä koulutusintervention kautta koulutus oli toteutettu. Toipumisorientaatioon oli perehdytty organisaation omassa- tai tutkintokoulutuksessa, työnohjauksessa, itsenäisesti opiskellen ja luentotilaisuuksissa.

Taustamuuttujien välisen yhteyden löytämiseen päädyttiin aineiston pienen koon vuoksi käyttämällä Fisherin tarkkaa testiä. Khiin-neliötestin oletukset, korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä saa olla <5 ja yksikään odotetuista frekvensseistä ei saa olla <1 (Nieminen, n.d.), eivät tämän aineiston kohdalla täytyneet. Tällöin tulee valita käyttöön Fisherin tarkka testi (Nieminen, n.d.), sillä jos edellytykset eivät ole voimassa, johtaa testi liian helposti nollahypoteesin hylkäämiseen ja näin virheellisen johtopäätöksen tekemiseen (Heikkilä, 2014, s.201).

5.3.3 Työtavan vertailu ryhmien välillä

Toipumisorientaatioon kouluttautuneiden RKI-pisteitä verrattiin toipumisorientaatioon kouluttautumattomien RKI-pisteisiin (taulukko 2). Myös tässä vertailussa toipumisorientaatiokoulutettujen ryhmään sisältyivät kaikki vastaajat, jotka olivat saaneet toipumisorientaatiokoulutusta, riippumatta siitä, minkä koulutusintervention kautta koulutus oli toteutettu. Korkeammat RKI-pisteet viittaavat parempaan toipumistietoisuuteen ja -asenteeseen, pisteet ilmoitetaan kaikkien osa-alueiden pisteiden keskiarvona (Hardy ym., 2022).

Ryhmien keskiarvojen vertailuun valittiin Welch'in t-testi, koska se ei edellytä ryhmien varianssien olevan yhtä suuret. Tällöin testin oletuksiksi jää ainoastaan kaksi riippumatonta ryhmää ja näiden ryhmien normaalijakauma (Navarro

& Foxcroft, 2025, s.236). Koska Mann-Whitneyn U -testillä on syytä tarkistaa t-testin antamat testaustulokset etenkin pienten otoskokojen tapauksissa (Heikkilä, 2014, s.219), käytettiin molempia testejä. Tilastolliset testit suoritettiin yksisuuntaisina (alternative = greater), koska hypoteesi perustui oletukseen, että toipumisorientaatiokoulutuksen saaneilla työntekijöillä on korkeammat RKI-pisteet kuin koulutusta vaille jääneillä.

Tulokset tulkittiin perustuen tilastollisesti merkitseviin eroihin RKI-kokonaispisteissä sekä havaittujen vaikutuskokojen tarkasteluun. Kyselyn pienen osallistujamäärän vuoksi otos ei ollut riittävä kliinisten vaikutusten luotettavaan havaitsemiseen. Kliinisesti merkitsevänä erona työtavoissa pidetään RKI:n kokonaispisteiden keskiarvossa 0,38 eroa, joka perustuu aikaisempiin tutkimuksiin. Jokaisessa ryhmässä olisi tarvittu 28 osallistujan vähimmäisotoskoko havaitsemaan kliinisesti merkitsevän 0,38 eron RKI:n kokonaiskeskiarvossa luotettavasti (Hardy ym., 2022).

RKI-pisteistä raportoitiin keskiarvo, keskihajonta sekä mediaani. Pelkkä keskiarvo saattaa jättää huomaamatta aineiston tyypillisen arvon, jos havaintoja painottuu erityisesti jakauman toiseen päähän, kun taas mediaani ei ole yhtä herkkä ääriarvojen vaikutuksille ja kuvaa paremmin havaintojen keskikohtaa (Tilastokeskus, n.d.). Näin ollen sekä keskiarvon että mediaanin raportointi täydentävät toisiaan ja tarjoavat läpinäkyvämmän kuvan testin pistemäärien jakaumasta.

Organisaation sisäisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutusta työtapaan tutkiessa pyrittiin minimoimaan muiden interventioiden vaikutus tulokseen jättämällä testin ulkopuolelle ne havaintoyksiköt, jotka ilmoittivat oppineensa toipumisorientaatiosta muilla keinoin kuin organisaation koulutuksella. Kuten aiemmin, muut sallitut keinot olivat toipumisorientaatiotiedon ja oman työtavan välinen itsereflektio, sekä työhön perehdytys itsenäisinä perehtymiskeinoina – ilman luentoa, kurssia tai itseopiskelua, perustuen Rapeli ym. (2024) määritelmään toipumisorientaatiokoulutuksen käsitteestä.

5.3.4 Toipumisorientaation periaatteiden hallinnan ja haasteiden kokemus

CHIME-viitekehityksen osaprosessien hallintaa vastaajat arvioivat viisiportaisella asteikolla. Vastaukset esitettiin frekvensseinä ja prosenttiosuuksina ja tuloksia tulkittiin siten, että korkeampien vastausvaihtoehtojen ('jokseenkin hyvin' ja 'erittäin hyvin') osuudet osoittivat vahvimmin hallitut osa-alueet. Vastavasti matalampien vaihtoehtojen osuudet tunnistivat heikoimmin hallitut osa-alueet. Näiden vertailujen perusteella tehtiin johtopäätökset siitä, missä osaprosesseissa hallinnan kokemus oli vahvin ja missä oli eniten kehittämistarpeita.

Toipumisorientoituneen työtavan käyttöä haastavia tekijöitä kartoitettiin monivalintakysymyksellä, jossa vastaajat saivat valita useita vaihtoehtoja sen mukaan, mitkä tekijät heidän mielestään vaikeuttivat toipumisorientaation toteutumista. Lisäksi kysely sisälsi avoimen vastauksen kentän, johon vastaajat saattoivat kirjoittaa muita haasteita, joita valmiit vastausvaihtoehdot eivät kattaneet. Vastaukset esitettiin niin ikään frekvensseinä sekä prosentuaalisina osuuksina. Vastausjakaumaa tarkasteltiin siten, että useimmin valittu tekijä edusti vastaajien keskuudessa merkittävintä toipumisorientaatiota haastavaa seikkaa. Harvimmin valittu tai kokonaan valitsematta jäänyt tekijä puolestaan viittasi siihen, ettei sitä koettu organisaatiossa merkittäväksi haasteeksi

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

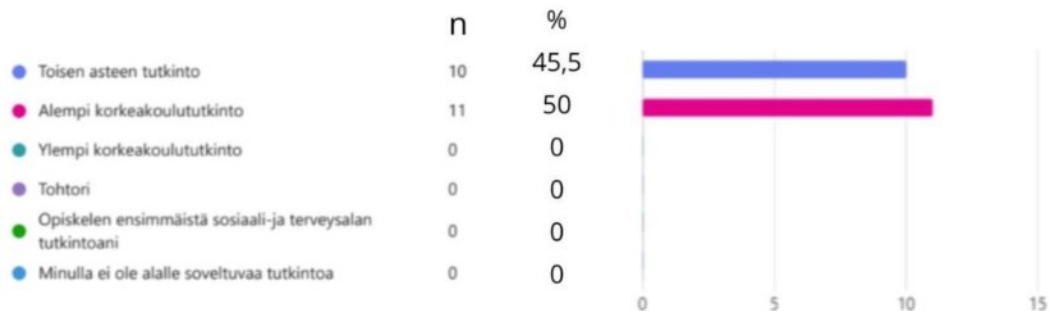
6.1 Toipumisorientoituneeseen työtapaan vaikuttavat vastaajien taustamuuttajat

Kyselyyn osallistui 22 vastaajaa. Vastaajista 82 % (18) ilmoitti olevansa pitkäaikaisessa, yli kuuden kuukauden, työsuhteessa kohdeorganisaatiossa (kuvio 3).



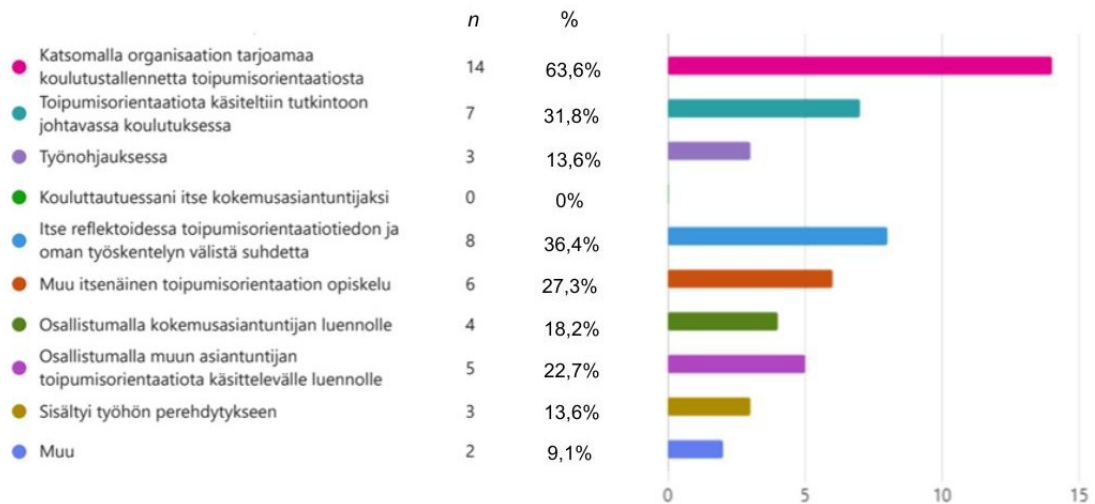
Kuvio 3. Jakauma työsuhteen pituuden mukaan

Vastaajista noin puolet ilmoitti korkeimmaksi koulutustasokseen sosiaali- ja terveysalalla toisen asteen tutkinnon, puolet alemman korkeakoulututkinnon (kuvio 4). Yksi vastaaja ei ilmoittanut koulutustaastaansa.



Kuvio 4. Jakauma sosiaali- ja terveysalan korkeimman koulutusasteen mukaan. Yksi vastaaja ei ilmoittanut koulutustaastaansa

Vastaajista 14 oli perehtynyt toipumisorientaatioon katsomalla toimeksiantaja-organisaation työntekijöillensä tarjoaman koulutustallenteen toipumisorientaatiosta. Tämä oli merkittävin toipumisorientaatiotiedon vastaanottamisen kanava (kuvio 5).



Kuvio 5. Ilmoitetut toipumisorientaatioon perehtymisen keinot

Yhdeksän vastaajaa ilmoitti osallistuneensa toipumisorientaatiokoulutukseen alle vuosi sitten. Kahdeksan vastaajaa ilmoitti toipumisorientaatiokoulutuksesta kuluneen kauemmin kuin vuosi. Viisi vastaajaa ei ollut saanut koulutusta toipumisorientaatiosta (kuviokuva 6).

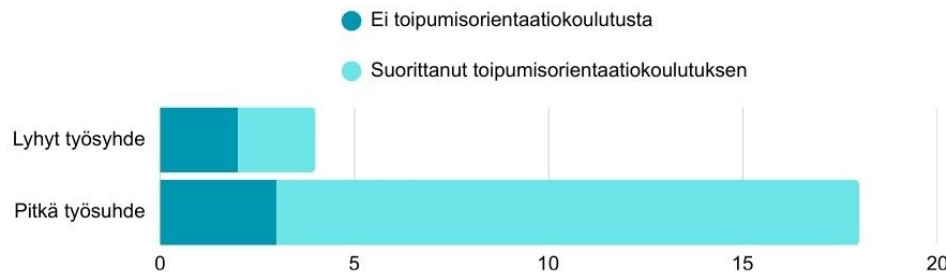


Kuvio 6. Mahdollisesta toipumisorientaatiokoulutuksesta kulunut aika

6.2 Taustamuuttujien yhteys toipumisorientaatiokouluttautumiseen

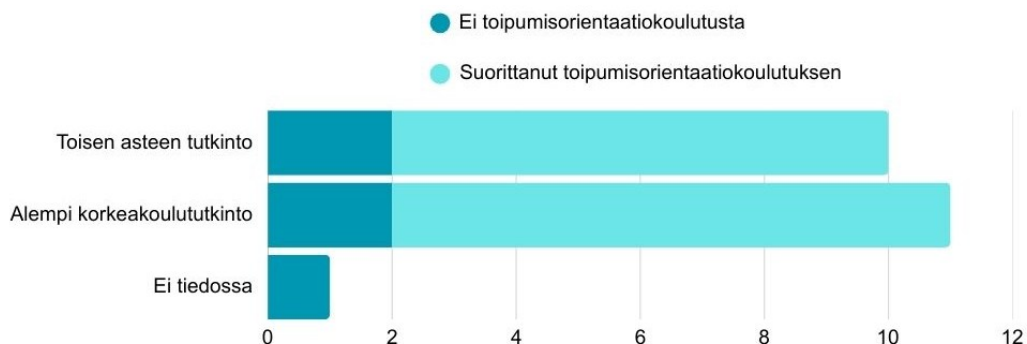
Taustamuuttujien yhteyttä toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumiseen selvitettiin tilastollisella menetelmällä (liite 6.) Fisherin tarkan testin mukaan työsuhteen pituuden (lyhytaikainen, alle 6kk työsuhde tai keikkatyö vs. pitkäaikainen, yli 6 kk työsuhde) ja toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumisen välillä (kuviokuva 7) ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p = 0,298$). Odds ratio (OR) ilmaisee todennäköisyyttä, että tietty tulos tapahtuu altistumisen seurauksena verrattuna todennäköisyyteen, että sama tulos tapahtuu ilman altistumista (Szumilas, 2010). OR oli 4.54 mikä viittaa siihen, että pitkä

työsuhde (altistuminen) saattaa lisätä toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumisen (tulos) todennäköisyyttä yli 4,5 kertaiseksi. Laaja luottamusväli (0.24–88.62) kertoo, että arvio on epävarma ja voi poiketa merkittävästi perusjoukon todellisesta arvosta (Szumilas, 2010).



Kuvio 7. Mahdollinen saatu toipumisorientaatiokoulutus työsuhteen pituuden mukaan jaoteltuna.

Koulutustason osalta (kuvio 8) Fisherin tarkka testi ei osoittanut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumisen ja koulutustason välillä ($p = 0,342$). Näin ollen koulutustaso ei tämän aineiston perusteella ollut yhteydessä toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumiseen.



Kuvio 8. Mahdollinen saatu toipumisorientaatiokoulutus koulutustason mukaan jaoteltuna.

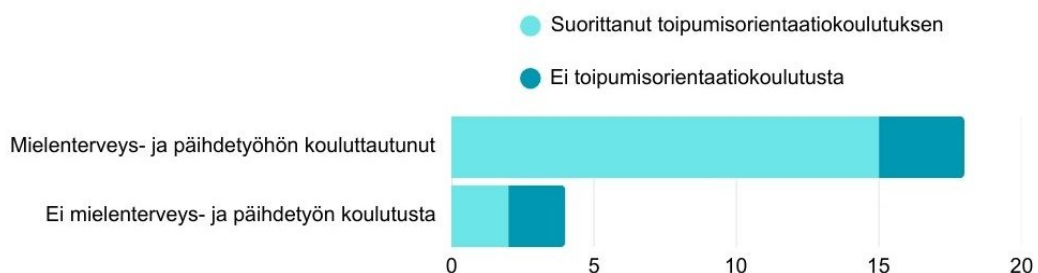
Mielenterveys- ja päihdetyön työkokemuksen osalta suurin osa (80 %) toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumattomista kuului ryhmään, jolla oli 1–5 vuoden kokemus mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskentelystä. Toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneista 47,1 % kuului 1–5 vuoden työkokemusluokkaan, 23,5 % kuului 6–10 vuoden työkokemusluokkaan ja 29,4 % yli 10 vuoden työkokemusluokkaan mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskentelystä (kuvio 9). Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä mielenterveys- ja

päihdetyön työkokemuksen ja toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumisen välillä ei kuitenkaan havaittu (Fisherin tarkka testi, $p = 0,541$). Vaikka prosenttieroja ryhmien välillä esiintyi, ne voivat selittyä sattumalla.



Kuvio 9. Jakauma mielenterveys- ja päihdetyön työkokemuksen ja toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumisen mukaan

Toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneista 88,2 % oli mielenterveys- ja päihdetyön kouluttautuneita, kun taas toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumattomista 60 % oli kouluttautunut mielenterveys- ja päihdetyöhön (kuvio 10). OR oli 4,54 joka tarkoittaa, että mielenterveys- ja päihdetyön koulutuksen omaavilla olisi noin 4,5-kertainen todennäköisyys osallistua toipumisorientaatiokoulutukseen verrattuna muihin. Laaja luottamusväli (0,24–88,62) viittaa kuitenkin epävarmuuteen tuloksen suhteen (Heikkilä, 2014, s.178), eikä yhteyttä voida pitää tilastollisesti merkitsevänä. (Fisherin tarkka testi $p = 0,210$). Laaja luottamusväli liittyy yleisesti otoskoon pienuuteen ja hajontaan tuloksissa (Heikkilä, 2014, s.278).

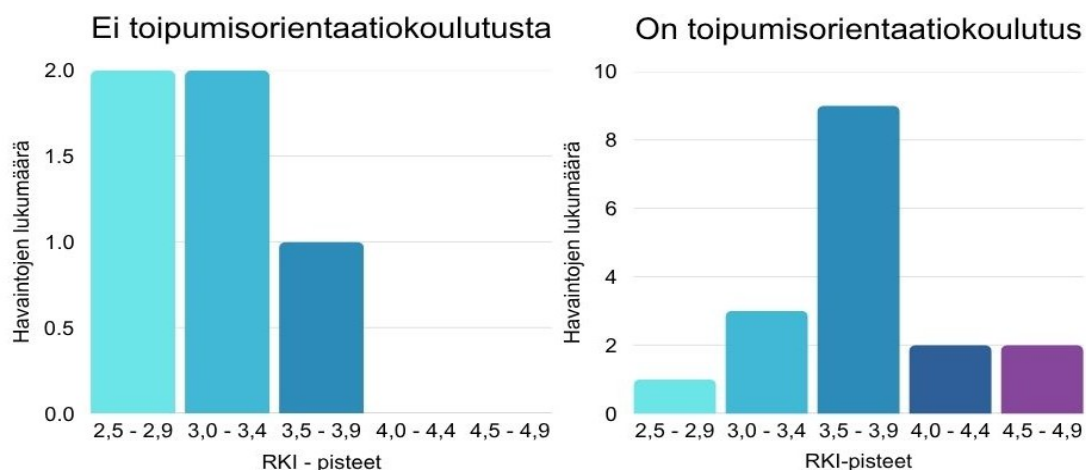


Kuvio 10. Jakauma mielenterveys- ja päihdetyöhön kouluttautumisen ja mahdollisesti saadun toipumisorientaatiokoulutuksen välillä.

Kokonaisuutena voidaan todeta, että tässä aineistossa työsuhteen pituus, koulutustaso tai mielenterveys- ja päihdetyökokemus eivät näyttäneet olevan tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumisessa. Pieni otoskoko kuitenkin heikentää tulosten yleistettävyyttä ja lisää epävarmuutta havaittujen erojen tulkinnassa.

6.3 Koulutus vahvistaa toipumisorientoitunutta työtapaa

RKI-mittarin kokonaispisteiden normaalisuuden graafinen tarkastelu (kuvio 11) osoitti toipumisorientaatiokoulutuksen käyneiden RKI-pisteiden jakauman näyttävän melko normaalilta. Toipumisorientaatioon kouluttautumattomien RKI-pisteiden jakauman normaalisuuden havainnointi graafisesti oli epäluotettavaa aineiston pienen koon vuoksi. Normaalisuus tarkistettiin kunkin taustamuuttujan mukaan muodostetun alaryhmän kohdalla erikseen tilastollisella testillä. Lisäksi normaalisuus testattiin RKI-mittarin kokonaispisteiden sekä RKI:n neljän osa-alueen pisteiden osalta toipumisorientaatioon kouluttautuneiden ja toipumisorientaatioon kouluttautumattomien välillä. Shapiro-Wilk on paras normaalisuuden testi pienen aineiston testaamiseen, erityisesti kun n on 7 ja 50 väliltä (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Kaikkien Shapiro-Wilkin testien p -arvot olivat $>0,05$ eli aineistot ovat normaalisti jakautuneet.



Kuvio 11. RKI-mittarin kokonaispisteiden jakautuminen vastaajien kesken (matalin mahdollinen pistemäärä 1,0 ja korkein mahdollinen 5,0)

Toipumisorientaatiokoulutuksen saaneita verrattiin toipumisorientaatioon kouluttautumattomiin RKI-pisteiden perusteella (taulukko 2).

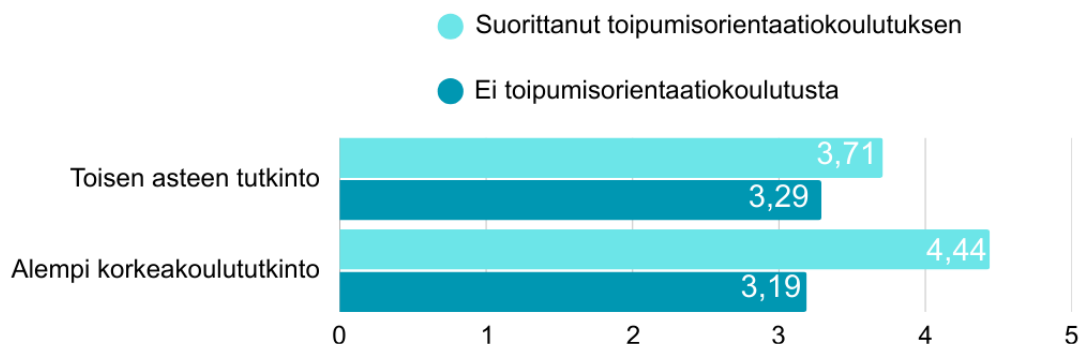
Taulukko 2. Toipumisorientaatiokoulutuksen merkitys työotteelle taustamuuttujien mukaan jaoteltuna.

	Toipumisorientaatio- koulutusta saaneet (n=17) RKI \bar{x} (SD) [mediaani]	Toipumisorientaatio- koulutusta saamat- mat (n=5) RKI \bar{x} (SD) [mediaani]	Total (n=22) RKI \bar{x} (SD) [mediaani]	t-testi (df)	Mann-Whitneyn U -testi
Ylin koulutusaste	3,71 (0,639) [3,6]	3,29 (0,202) [3,3]	3,63 (0,596) [3,6]	$t(6,4717) = 1,6036 p = .078$	$W=14 p = .073$
Toinen aste					
Alempi korkeakoulu	4,44 (0,407) [4,3]	3,19 (0,502) [3,1]	4,13 (0,698) [4,3]	$t(2,9377) = 3,9207 p = .015$	$W=26,5 p = .010$
MiPä koulutus					
On	3,68 (0,565) [3,6]	3,27 (0,333) [3,4]	3,61 (0,549) [3,6]	$t(4,739) = 1,7272 p = .074$	$W=35,5 p = .069$
Ei ole	3,73 (0,247) [3,7]	2,93 (0,106) [2,9]	3,33 (0,487) [3,2]	$t(1,3554) = 4,2018 p = .049$	$W=4 p = .167$
Työsuhteen kesto					
Lyhytaikainen	4,14 (0,609) [4,1]	3,07 (0,505) [3,1]	3,61 (0,768) [3,6]	$t(1,937) = 1,9206, p = .099$	$W=4 p = .167$
Pitkäaikainen	4,10 (0,658) [4,3]	3,33 (0,330) [3,1]	3,97 (0,675) [4,1]	$t(5,9181) = 2,9844, p = .012$	$W=38,5 p = .032$
RKI-pisteet					
Kokonaispisteet	3,69 (0,532) [3,6]	3,13 (0,305) [3,0]	3,56 (0,539) [3,4]	$t(11,95) = 2,9714 p = .006$	$W=73 p = .009$
RKI-osa-alueet					
I	4,10 (0,688) [4,3]	3,23 (0,688) [3,1]	3,90 (0,688) [3,9]	$t(11,62) = 3,8463 p = .001$	$W=76 p = .005$
II	2,86 (0,910) [2,8]	2,37 (0,361) [2,2]	2,75 (0,837) [2,8]	$t(17,557) = 1,8142 p = .043$	$W=59 p = .104$
III	4,40 (0,354) [4,2]	4,04 (0,167) [4,0]	4,32 (0,353) [4,2]	$t(14,995) = 3,1613 p = .003$	$W=68,5 p = .020$
IV	2,94 (0,868) [2,5]	2,80 (0,868) [2,5]	2,91 (0,868) [2,5]	$t(7,8155) = 0,34817 p = .369$	$W=46 p = .404$

RKI, Recovery Knowledge Inventory; SD, keskihajonta; MiPä, mielenterveys- ja päihdetyö; df, vapausaste. Huom. alternative = greater

Tilastolliset testit suoriteitiin erikseen kunkin taustamuuttujan mukaan muodostetuissa alaryhmissä, jotta voitiin tarkastella toipumisorientaatiokoulutuksen yhteyttä työotteeseen eri vastaajaryhmissä. Tulosten tulkinnassa huomiointiin sekä tilastollinen merkitsevyys että vaikutuskokojen suuruus. Luotettavan kliinisen vaikutuksen vertailun toteuttaminen ryhmien välillä edellyttäisi vähintään 28 vastaajaa ryhmää kohden. Koska otos jäi pieneksi, etenkin toipumisorientaatiokoulutusta vailla olevien ryhmän ($n = 5$), tulee tuloksiin suhtautua varauksella etenkin pienten ryhmien kohdalla

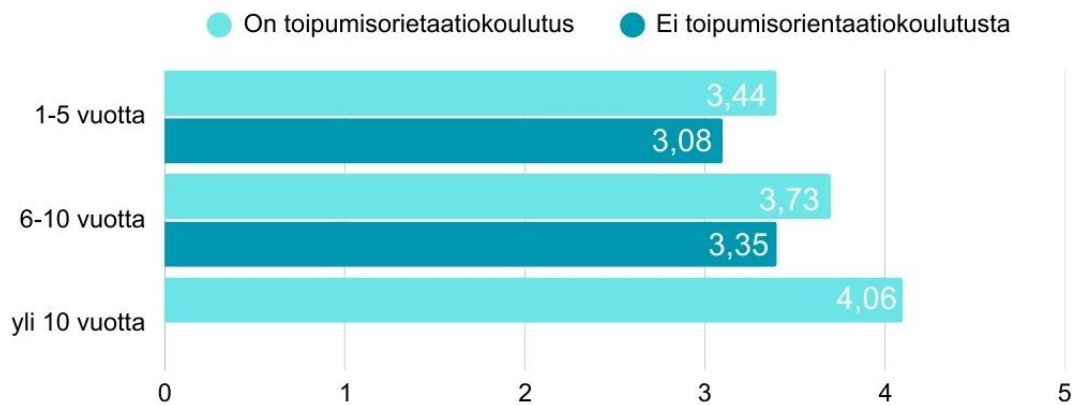
Tulokset osoittivat, että koulutusasteella saattoi olla merkitystä toipumisorientoituneiden käytäntöjen omaksumiseen työntekijöiden keskuudessa (kuvio 12). Alemman korkeakoulututkinnon suorittaneiden työntekijöiden joukossa toipumisorientaatiokoulutuksen saaneilla oli tilastollisesti merkitsevästi korkeammat RKI-pisteet verrattuna toipumisorientaatiokoulutusta vailla oleviin ($t(2,94) = 3,92, p = 0,015$). Toisen asteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä vastaavaa merkitsevää eroa ei havaittu ($t(6,47) = 1,60, p = 0,078$), vaikka toipumisorientaatiokoulutuksen saaneet arvioivat työtapansa myös tässä ryhmässä toipumissuuntautuneemmaksi.



Kuvio 12. Koulutustason ja mahdollisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus työtavan toipumismyönteisyyteen RKI-mittarin tulosten mukaan.

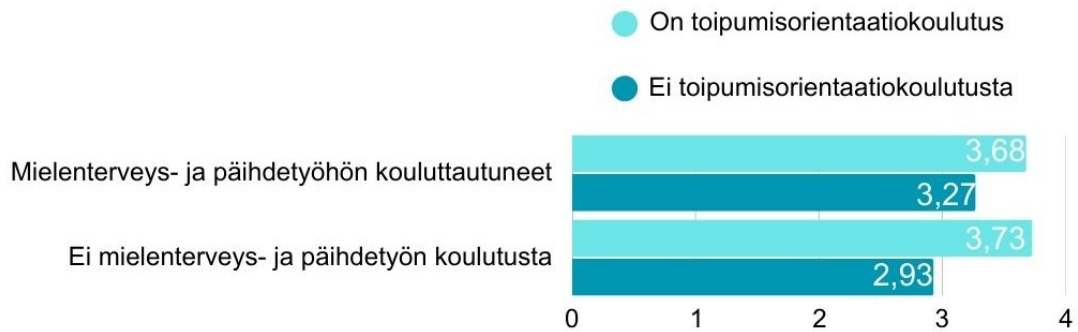
Mielenterveys- ja päihdetyön työkokemusvuosien suhteen aineisto oli vinoutunut siten, että toipumisorientaatiokoulutusta saaneita oli tasaisesti kaikissa työkokemusluokissa, kun taas toipumisorientaatiokoulutusta vailla olevista suurin osa (80 %) sijoittui luokkaan 1–5 vuotta. Yli 10 vuoden työkokemusluokassa kaikki olivat suorittaneet toipumisorientaatiokoulutuksen. Koska toipumisorientaatiokoulutusta vailla olevan ryhmän sisäinen vaihtelu oli vähäistä, ei ryhmien

välisiä vertailuja ollut tarkoituksenmukaista tehdä. Näin ollen työkokemuksen osalta toipumisorientoituneen työtavan arvioita ei raportoitu tilastollisin testein. Työkokemusluokkien väliset erot toipumisorientoituneissa käytännöissä koottiin kuitenkin ryhmitellen vaakapylväsdiagrammiin (kuvio 13). RKI-pisteitä tarkastelemalla voidaan havaita, että mielenterveys- ja päihdetyön työkokemusvuosien määrä näyttää korreloivan positiivisesti työtavan toipumismyönteisyyden kanssa.



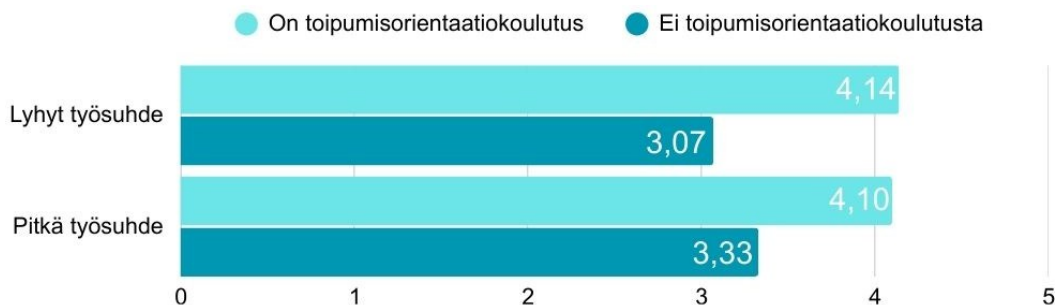
Kuvio 13. Mielenterveys- ja päihdetyön työkokemusvuosien ja mahdollisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus työtavan toipumisorientoituneisuuden RKI-mittarin tulosten mukaan.

Mielenterveys- ja päihdetyöhön kouluttautumattomista ammattilaisista toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneet arvioivat työotteensa toipumisorientoituneemmaksi kuin toipumisorientaatiokoulutusta vailla olevat. Tämä ero oli t-testin mukaan tilastollisesti merkitsevä ($t(1,36) = 4,20, p = 0,049$). Mann-Whitneyn U -testin tarkistus pienen otoskoon vuoksi antoi kuitenkin $p = 0,167$, mikä viittaa siihen, että ero on suuntaa antava, mutta tulosta tulee tulkita varovaisesti (kuvio 14). Mielenterveys- ja päihdetyöhön kouluttautuneiden ammattilaisten ryhmässä tulos oli samansuuntaista, mutta ei tilastollisesti merkitsevää ($t(4,74) = 1,73, p = 0,074$). Myös RKI-pisteiden vaihtelu tässä alaryhmässä toipumisorientaatioon koulutettujen ja kouluttautumattomien välillä on huomattavasti vähäisempää.



Kuvio 14. Mielenterveys- ja päihdetyön kouluttautumisen ja mahdollisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus toipumisorientoituneisiin käytäntöihin RKI-mittarin tulosten mukaan.

Lyhytaikaisten työntekijöiden keskiarvot RKI-pisteissä eivät eronneet tilastollisesti merkittävästi toipumisorientaatiokoulutuksen käyneiden ja ei-käyneiden välillä ($t(1,94) = 1,92, p = 0,099$). Keskiarvojen tarkastelu kuitenkin viittaa toipumisorientaatiokoulutuksella mahdollisesti olevan vaikutusta lyhytaikaisten työntekijöiden työotteeseen, sillä toipumisorientaatioon koulutettujen pisteet olivat selvästi korkeammat kuin toipumisorientaatioon kouluttautumattomien. Pitkäaikaisten työntekijöiden RKI-pisteet olivat tilastollisesti merkitsevästi ($t(5,92) = 2,98, p = 0,012$) korkeampia toipumisorientaatiokoulutuksen käyneillä verrattuna toipumisorientaatiokoulutuksen käymättömiin (kuvio 15).



Kuvio 15. Nykyisen työsuhteen pituuden ja mahdollisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus ammattilaisen työtavan toipumismyönteisyyteen RKI-mittarin tulosten mukaan.

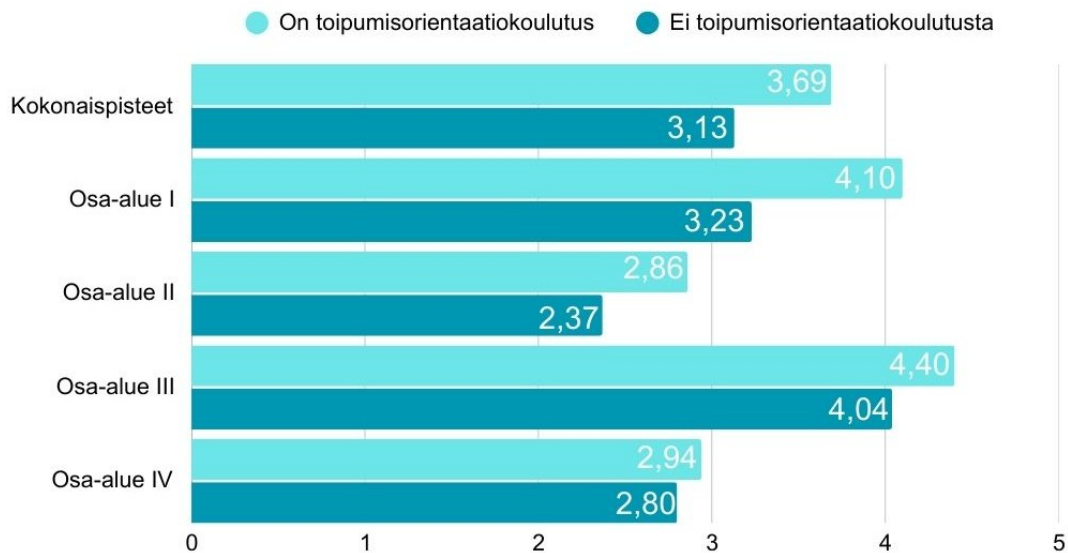
Kun tarkasteltiin RKI-kokonaispisteitä (kuvio 16), havaittiin, että toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneiden kokonaispisteet olivat korkeammat kuin toipumisorientaatiokoulutusta vailla olevien. Tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($t(11,95) = 2,97, p = 0,006$). Tämä osoitti, että toipumisorientaatiokoulutuksen saaneet arvioivat työtapansa toipumismyönteisyyden tilastollisesti merkitsevästi korkeammaksi kuin toipumisorientaatiokoulutusta vailla jääneet.

Toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutusta RKI-pisteisiin mitattiin myös RKI-mittarin osa-alueittain (kuvio 16). Osa-alueella I (roolit ja vastuu toipumisessa) toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneet ammattilaiset saavuttivat korkeammat RKI-pisteet kuin toipumisorientaatioon kouluttautumattomat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($t(11,62) = 3,85, p = 0,001$), mikä viittaa siihen, että toipumisorientaatiokoulutuksella voi olla yhteys toipumismyönteisempään työotteeseen tällä osa-alueella.

Osa-alueella II (toipumisprosessin epälineaarisuus) toipumisorientaatioon koulutettujen RKI-pisteiden keskiarvo oli niin ikään korkeampi kuin toipumisorientaatioon kouluttautumattomien. Ero oli t-testin mukaan tilastollisesti merkitsevä ($t(17,56) = 1,81, p = 0,043$). Mann–Whitneyn U -testin tarkistus pienen otokseen vuoksi antoi $p = 0,104$ viitaten siihen, että ero on suuntaa antava, mutta tulosta tulee tulkita varovaisesti.

Myös osa-alueella III (itsensä määrittämisen ja vertaisten rooli toipumisessa) toipumisorientaatioon koulutetut arvioivat RKI-mittarilla työtapansa toipumismyönteisemmäksi kuin toipumisorientaatioon kouluttautumattomat. Ero oli tilastollisten testien mukaan merkitsevä ($t(14,995) = 3,16, p = 0,003$).

Osa-alueella IV (odotukset toipumisesta) RKI-pisteissä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa toipumisorientaatioon kouluttautuneiden ja kouluttautumattomien välillä ($t(7,8155) = 0,35, p = 0,369$). RKI-pisteiden keskiarvojen tarkastelu osoittaa myös, ettei ryhmien pisteiden välillä ole havaittavissa juurikaan eroa, mikä viittaa siihen, että toipumisorientaatiokoulutus ei tällä osa-alueella ollut yhteydessä työtavan toipumismyönteisyyteen.



Kuvio 16. Mahdollisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus työtavan toipumismyönteisyyteen osa-alueittain RKI-mittarin tulosten mukaan.

Kaikkien vastaajien RKI-pisteiden keskiarvo oli 3,5 (vaihteluväli 2,65–4,7), kun suurin mahdollinen pistemäärä oli viisi. Neljästä osa-alueesta vahvimpana näyttäytyi osa-alue III (itsensä määrittämisen ja vertaisten rooli toipumisessa) ja heikoimpana osa-alue II (toipumisprosessin epälineaarisuus). Kokonaisuutena toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneet arvioivat työnsä toipumisuuntautuneemmaksi ja RKI-kokonaispisteissä ero oli tilastollisesti merkitsevä. Pienen otoskoon vuoksi tulosten yleistettävyys on rajallinen, mutta havainnot antavat viitteitä hypoteesia tukevasta yhteydestä toipumisorientaatiokoulutuksen ja toipumismyönteisen työtavan välillä.

6.4 Organisaatio vahvistaa toipumisorientaatio-suuntautuneisuutta

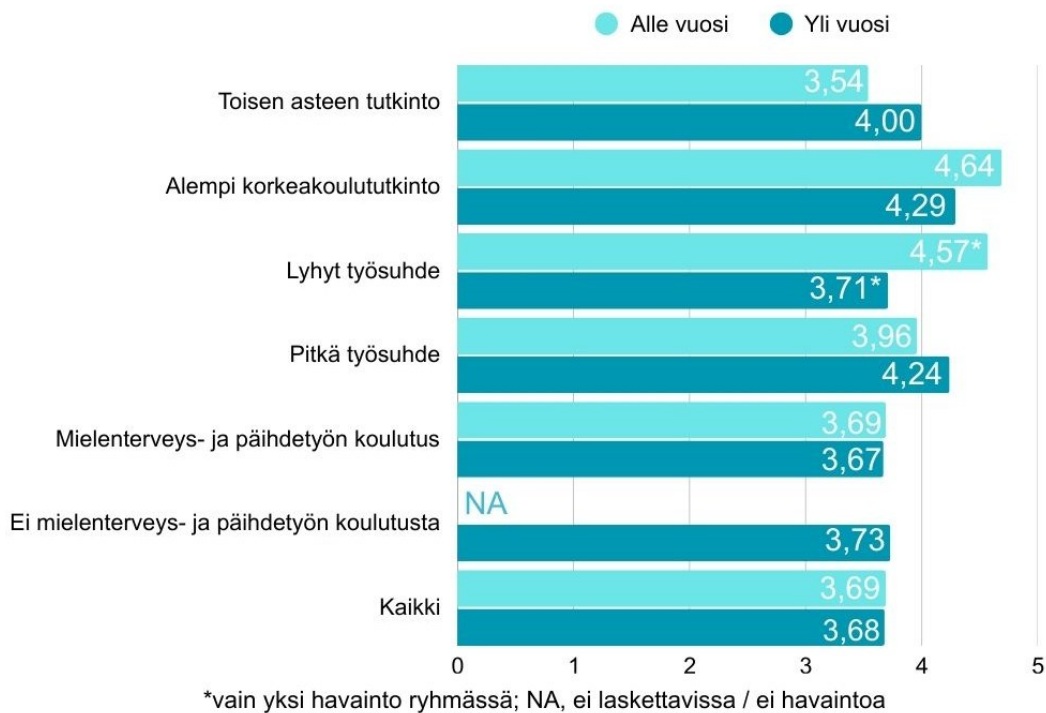
Ainoastaan neljä toipumisorientaatioon koulutautunutta vastaajaa ilmoitti, että heidän toipumisorientaatiokoulutuksensa koostui yksinomaan organisaation omasta koulutuksesta. Koska muilla vastaajilla oli myös muuta koulutusta toipumisorientaatiosta, analyysissä huomioitiin vain nämä neljä vastaajaa, jotta muiden koulutusten vaikutus ei heijastuisi tuloksiin.

Organisaation tarjoamaan toipumisorientaatiokoulutukseen osallistujien RKI-kokonaispisteet olivat keskimäärin korkeammat (keskiarvo = 3,58) kuin toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumattomien (keskiarvo = 3,13). Tämä ero

oli tilastollisesti merkitsevä kaksisuuntaisella t-testillä ($t(4,12) = -3,30, p = 0,029$). Mann-Whitneyn U -testin tulos vahvisti tämän tuloksen ($W = 14,5, p = 0,050$).

6.5 Omaksutun toipumisorientoituneen työtavan pysyvyys

Toipumisorientaatiokoulutuksessa omaksutun työtavan pysyvyyttä tarkasteltiin yli vuosi ja alle vuosi sitten toipumisorientaatiokoulutuksen saaneiden välillä (kuvio 17). Vertailu ryhmien välillä suoritettiin perustuen RKI-mittarin pisteisiin.



Kuvio 17. Toipumisorientaatiokoulutuksesta kuluneen ajan vaikutus työtavan toipumismyönteisyyteen RKI-mittarin tulosten mukaan.

Toipumisorientaatiokoulutuksesta kuluneen ajan vaikutusta tietoisuuteen ja asenteisiin toipumisorientoitunutta työtapaa kohtaan testattiin myös tilastollisesti (taulukko 3). Ennen tilastollista testausta jokaisen alaryhmän pisteiden jakauman normalisuus testattiin erikseen Shapiro-Wilkin testin avulla. Testin perusteella jakaumat olivat normaalit (p -arvo $> 0,05$).

Taulukko 3. Toipumisorientaatiokoulutuksesta kuluneen ajan merkitys työotteelle taustamuuttujien mukaan jaoteltuna.

	n (Recovery koulutuksesta alle / yli vuosi)	RKI-pisteet (Alle vuosi) \bar{x} (SD)[mediaani]	RKI-pisteet (Yli vuosi) \bar{x} (SD)[mediaani]	t-testi(df)	Mann-Whitneyn U-testi
Toisen asteen koulutus	5 / 3	3,54 (0,76) [3,57]	4,00 (0,29) [4,00]	$t(5,5) = -1,21 p = .863$	$W=3 p = .937$
Alempi korkea-koulutuskinto	4 / 5	4,64 (0,25) [4,71]	4,29 (0,46) [4,29]	$t(6,30) = 1,48 p = .093$	$W=15 p = .130$
Lyhytaikainen työsuhte	1 / 1	4,57* (NA) [4,57]	3,71* (NA) [3,71]	—	$W=1 p = .500$
Pitkä työsuhte	8 / 7	3,96 (0,83) [3,93]	4,24 (0,39) [4,29]	$t(10,25) = -0,85 p = .793$	$W=22,5 p = .759$
MIPÄ-koulutus on	9 / 6	3,69 (0,67) [3,65]	3,67 (0,43) [3,60]	$t(12,998) = 0,098507 p = .462$	$W=27,5 p = .5$
MIPÄ-koulutus ei ole	0 / 2	NA	3,73 (0,25) [3,73]	NA	NA
Kaikki	8 / 9	3,69 (0,67) [3,65]	3,68 (0,37) [3,60]	$t(12,794) = 0,051081 p = .480$	$W = 35,5 p = .538$

*vain yksi havainto ryhmässä, t-testiä ei voitu suorittaa; NA=eikä laskettavissa; RKI, Recovery Knowledge Inventory; MIPÄ, mielenterveys- ja päihdetyö; SD, keskihajonta; df, vapausaste. Huom! Alternative = greater

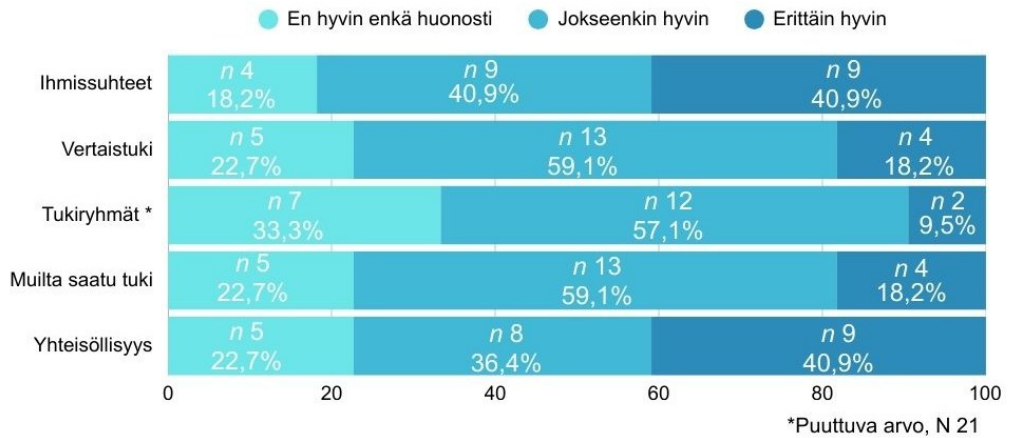
Tilastolliset testit suoritettiin niin ikään kunkin taustamuuttujien mukaan muodostetuissa alaryhmissä, jotta voitiin tarkastella työtavan pysyvyyden yhteyttä eri vastaajaryhmissä.

Lyhyen työsuhteen ryhmässä oli vain yksi havainto molemmissa vertailuryhmissä, minkä vuoksi t-testiä ei voitu suorittaa. Pienen otoskoon vuoksi tulokset tarkistettiin Mann-Whitneyn U -testillä. Kummallakaan tilastollisella testillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa toipumisorientaatiokoulutuksesta kulu- neen ajan (alle vuosi vs. yli vuosi) ja työtavan toipumismyönteisyyden (RKI) välillä missään ryhmässä ($p > 0,05$ kaikissa vertailuissa).

Erot keskiarvoissa voivat viitata mahdollisiin eroihin työtapojen toipumismyönteisyydessä, mutta niitä ei voida pitää tilastollisesti merkitsevinä. Huomioon on otettava pieni otoskoko, joka vaikuttaa heikentävästi tulosten yleistettävyyteen.

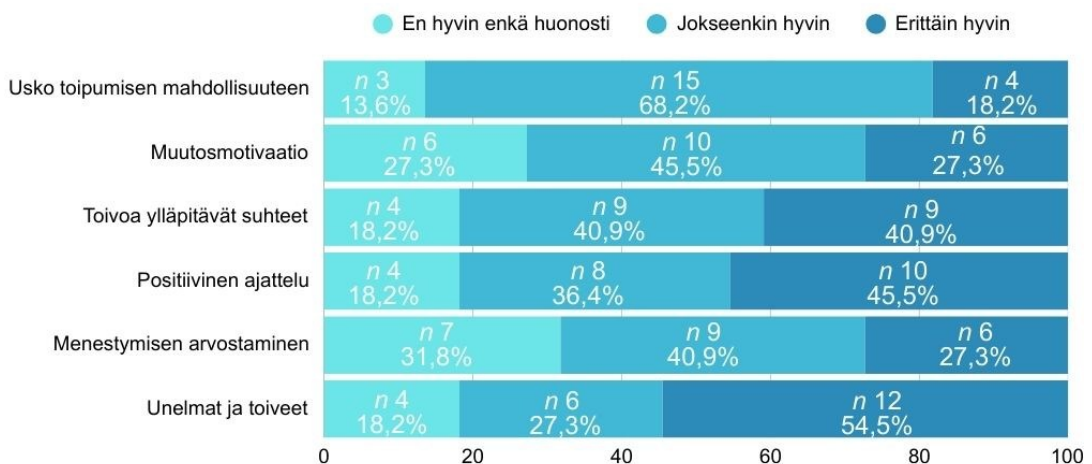
6.6 Toipumisorientoitunutta työtapaa edistävät tekijät

Ammattilaiset arvioivat hallitsevansa CHIME-osaprosessien sisällöt käytännön asiakastyössä suurilta osin jokseenkin tai erittäin hyvin. Tulokset osoittavat, että vastaajat kokivat kumppanuuden osaprosessin sisältöjen hallinnan käytännön työssä pääosin vahvaksi (kuvio 18). Vahvimmin arvioitiin hallittavan ihmissuhteet sekä vertaistuki ja muilta saatu tuki. Myös yhteisöllisyys ja tukiryhmät arvioitiin hallittavan käytännön työssä pääosin vahvasti, vaikka tukiryhmien kohdalla havaittiin hieman suurempaa vaihtelua hallinnan kokemuksissa.



Kuvio 18. Kumppanuuden osaprosessin sisältöjen hallinnan kokemus käytännön asiakastyössä

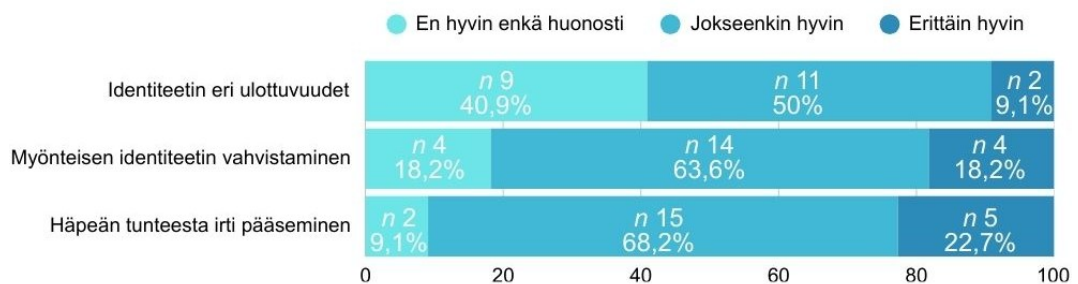
Toivon ja tulevaisuusoptimismiin liittyvien sisältöjen hallinta (kuvio 19) koettiin ammattilaisten keskuudessa pääosin vahvaksi. Selvästi vahvimaksi arvioitiin usko toipumisen mahdollisuuteen, jonka osalta 68,2 % vastaajista koki sen toteutuvan käytännön työssä jokseenkin hyvin ja 18,2 % erittäin hyvin. Myös positiivinen ajattelu sekä toivoa ylläpitävät suhteet arvioitiin hallittavan valtaosin hyvin. Muutosmotivaation ja menestymisen arvostamisen osalta vastaukset jakautuivat hieman tasaisemmin, kuitenkin hallinnan kokemuksen ollen vähintään neutraalilla tasolla. Unelmat ja toiveet arviottiin hallittavan erittäin hyvin useammin kuin muut osaprosessien sisällöt.



Kuvio 19. Toivon ja tulevaisuusoptimismin osaprosessin sisältöjen hallinnan kokemus käytännön asiakastyössä

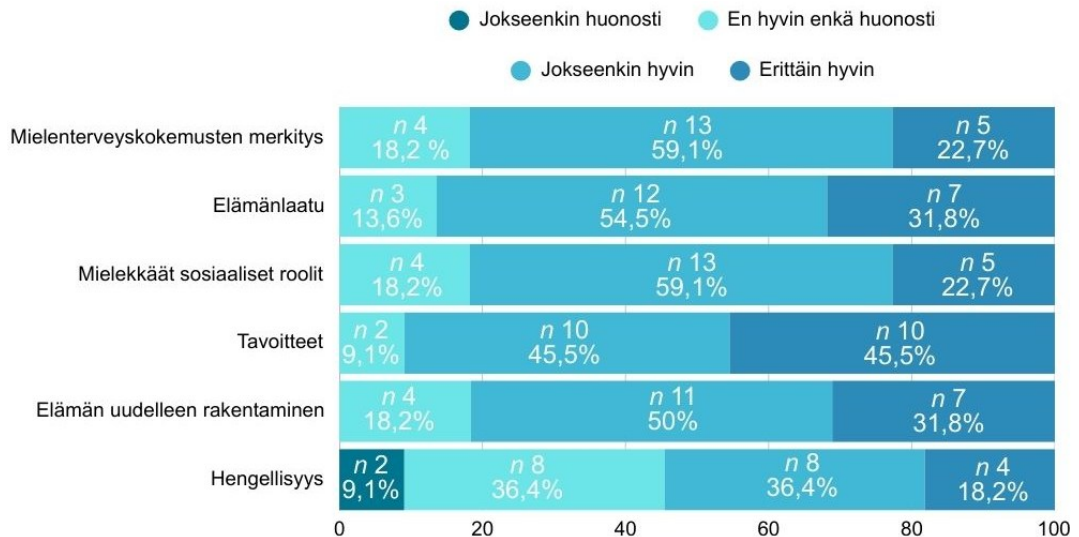
Vastaajat kokivat hallitsevansa identiteetin osaprosessin sisällöt (kuvio 20) käytännön asiakastyössä pääosin hyvin. Häpeän tunteesta irti pääseminen sai

kaikkein positiivisimmat arviot: 68,2 % vastaajista arvioi sen toteutuvan jokseenkin hyvin ja 22,7 % erittäin hyvin. Identiteetin eri ulottuvuudet arvioitiin keskimäärin neutraalimmin kuin muut osa-alueet: 40,9 % vastaajista arvioi hallitsevansa tämän käytännön työssä 'en hyvin enkä huonosti', ja vain 9,1 % koki sen toteutuvan erittäin hyvin. Tulosten perusteella identiteetin eri ulottuvuudet ovat ammattilaisten keskuudessa toinen heikoiten hallittavista osaprosessien sisällöistä. Myönteisen identiteetin vahvistaminen arvioitiin myös pääosin vahvaksi, vastausten jakauma oli hieman tasaisempi.



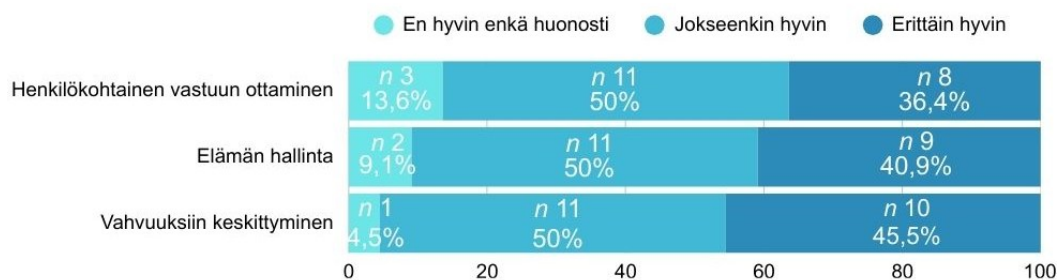
Kuvio 20. Identiteetin osaprosessin sisältöjen hallinnan kokemus käytännön asiakastyössä

Vastaajat kokivat hallitsevansa elämän merkityksellisyyteen liittyvät sisällöt (kuvio 21) käytännön työssä enimmäkseen hyvin. Tavoitteiden hallinta arvioitiin selvästi vahvaksi, sillä 45,5 % vastaajista koki sen toteutuvan jokseenkin hyvin ja 45,5 % erittäin hyvin. Myös mielenterveyskokemusten merkitys, elämänlaatu, mielekkäät sosiaaliset roolit ja elämän uudelleen rakentaminen arvioitiin ammattilaisten keskuudessa pääosin positiivisesti. Hengellisyyden osalta vastaukset olivat jakaantuneempia ja vastaajat arvioivat hengellisyyden olevan toinen heikoimmin hallituista CHIME-osaprosessien sisällöistä.



Kuvio 21. Elämän merkityksellisuuden osaprosessin sisältöjen hallinnan kokemus käytännön asiakastyössä

Verrattuna muihin osaprosesseihin voimaantumisen sisällöt (kuvio 22) arvioitiin selvästi vahvimaksi osaamisalueeksi. Vastaajat valitsivat vaihtoehdon erittäin hyvin useammin kuin muissa tarkastelluissa osa-alueissa. Vahvuuksiin keskittyminen arvioitiin selvästi positiivisimmin: 45,5 % vastaajista koki sen toteutuvan erittäin hyvin ja 50 % jokseenkin hyvin. Myös elämän hallinta arvioitiin toteutuvan vahvasti käytännön työssä. Henkilökohtainen vastuun ottaminen sai hieman hajanaisempia arvioita, mutta kokonaisuus oli edelleen positiivinen.



Kuvio 22. Voimaantumisen osaprosessin sisältöjen hallinnan kokemus käytännön asiakastyössä

6.7 Haasteet toipumisorientoituneen työotteen käytössä

Suurimmaksi haasteeksi toipumisorientoituneen työotteen käyttämisessä (kuvio 23) vastaajat nimesivät asiakkaan oman motivaation puutteen ($n 17$). Toiseksi suurimmaksi toipumisorientoituneen työtavan käyttöä haastavaksi

tekijäksi nimettiin ajan puute (n 14). Myös ristiriita positiivisen riskinoton ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen sekä pakon käytön ja rajoittamisen välillä (n 9) koettiin merkittävänä rajoittavana tekijänä toipumisorientoituneen työtavan käytölle. Neljäs merkittävä toipumisorientoituneen työtavan käyttöä haastava tekijä oli rajallinen tieto toipumisorientoituneesta työtavasta (n 9). Vastauksista ilmeni myös työyhteisöissä koettavan muutosvastarintaa toipumisorientoituneita käytäntöjä kohtaan (n 7). Vastaajat eivät kokee, että toipumisorientaatiolla tavoiteltaisiin taloudellisia säästöjä. Organisaation tuen puutetta raportoi vain kolme vastaajaa. Kliinisten kriteerien ja toipumisprosessin epälineaarisuuden ristiriitaa ei koettu toipumisorientaation käyttöä haastavaksi tekijäksi. Tämä tulos on ristiriidassa työtapaa mittaavan RKI-mittarin tulosten kanssa. Tietämys ja asenteet toipumisorientoitunutta työtapaa kohtaan osoittautuivat RKI-mittarin tulosten mukaan heikoimmaksi toipumisprosessin epälineaarisuuteen liittyvissä tilanteissa.



Kuvio 23. Koetut haasteet toipumisorientoituneen työtavan käytössä.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä mitattiin taustamuuttujien vaikutuksia työtapaan toipumisorientaatioon koulutettujen ja kouluttautumattomien välillä. Opinnäytetyö

tarjosi uutta tietoa siitä, millaiset taustatekijät tukevat toipumisorientaatiokoulutuksen tarjoaman tiedon soveltamista käytännön työssä. Opinnäytetyössä mitattiin toipumisorientaatiotietoisuuden nykytilaa toimeksiantajaorganisaatioissa työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön avulla tuotettiin tietoa toipumisorientoituneen työtavan kehittämistavoista ja -tarpeista. Opinnäytetyön tuloksien avulla arvioitiin toipumistiedon yhteyttä työtapaan ja asenteisiin. Opinnäytetyön tulokset jaettiin tutkimusongelmien mukaisesti henkilöstön kouluttautumisen ja toipumisorientaatiotietoisuuden vahvistamisen vaikutukseen työotteessa, toipumisorientaation periaatteiden mukaisen toiminnan hallintaan käytännön työssä ja toipumisorientoituneita käytäntöjä haastaviin sekä edistäviin tekijöihin. On muistettava, että pieni otoskoko heikensi tulosten yleistettävyyttä, joten tulokset olivat lähinnä suuntaa antavia.

7.1.1 Toipumisorientaatiokoulutuksen vaikutus työotteeseen

Alemman korkeakoulututkinnon suorittaneiden työntekijöiden ryhmässä toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneet saivat selvästi korkeammat RKI-pisteet kuin he, jotka eivät olleet osallistuneet toipumisorientaatiokoulutukseen (4,44 vs. 3,19). Sen sijaan toisen asteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä vastaavaa merkitsevää eroa ei löytynyt, vaikka toipumisorientaatiokoulutuksen saaneet työskentelivät myös tässä ryhmässä toipumismyönteisemmin (3,71 vs. 3,29). Aiemmassa tutkimuksessa Hornik-Lurie ym. (2018) mukaan korkeammin koulutettu henkilökunta osoitti vahvemmin uskoa potilaan kykyihin ottaa vastuuta ja rooleja. Korkeammin koulutetuilla havaittiin myös suurempaa taipumusta rohkaista potilasta osallistumaan hoitoonsa tarjoamalla laajemman valikoiman hoitovaihtoehtoja, enemmän valinnanmahdollisuuksia ja vähemmän pakkoa. Tämän opinnäytetyön tulokset osoittivat, että korkeammalla koulutustasolla työntekijöillä on mahdollisesti enemmän valmiuksia hyödyntää toipumisorientaatiokoulutuksen sisältöjä käytännön työssä.

Tuloksista voidaan päätellä, että toipumisorientaatiokoulutuksella on erityinen merkitys niille ammattilaisille, joilla ei ole taustalla muuta mielenterveys- ja päihdetyön koulutusta. Heidän kohdallaan koulutus voi tarjota uusia

näkökulmia ja välineitä työotteeseen. Tämä näkyy toipumisorientaatioon kouluttautuneiden ammattilaisten parempana tietämyksenä ja asenteena toipumisorientoituneita käytäntöjä kohtaan verrattuna toipumisorientaatioon kouluttautumattomiin ammattilaisiin (3,73 vs. 2,93). Sen sijaan mielenterveys- ja päihdetyön koulutuksen käyneiden ryhmässä toipumisorientaation mukaisia ajattelutapoja ja menetelmiä on voitu omaksua jo aiemmin. Tällöin toipumisorientaatiokoulutuksen lisävaikutus jää heikommaksi tai näkyy vain suuntaa antavasti (3,68 vs. 3,27).

Piat ym. (2021) mukaan työntekijöiden suuri vaihtuvuus heikentää toipumisorientoituneiden käytäntöjen toteutumista työyhteisössä. Tämän opinnäytetyön tulosten valossa työntekijöiden vaihtuvuus näyttää heikentävän myös toipumisorientaatiokoulutuksessa omaksutun tiedon vakiintumista käytännön työhön. Toipumisorientaatiokoulutuksen suorittamisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta työotteeseen lyhytaikaisten työntekijöiden keskuudessa (4,14 vs. 3,07). Sen sijaan pitkäaikaisten työntekijöiden RKI-pisteet olivat merkitsevästi korkeampia toipumisorientaatiokoulutuksen suorittaneilla (4,10 vs. 3,33). Tämä viittaa siihen, että pysyvä henkilöstö mahdollistaa toipumisorientoituneiden käytäntöjen kehittymisen ja koulutuksen vaikutusten toteutumisen. On kuitenkin huomioitava, että RKI-pisteiden mukaan myös lyhytaikaisten, toipumisorientaatioon koulutettujen työntekijöiden asenteet toipumisorientoituneita käytäntöjä kohtaan ovat selkeästi myönteisemmät verrattuna toipumisorientaatioon kouluttautumattomiin.

RKI-mittarin kokonaispisteitä toipumisorientaatioon kouluttautuneiden ja kouluttautumattomien välillä tarkastellessa havaittiin, että toipumisorientaatiokoulutukseen osallistuneiden kokonaispisteet olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeammat kuin toipumisorientaatioon kouluttautumattomien (3,69 vs. 3,13). Tämä tarkoittaa, että toipumisorientaatioon koulutettujen tietoisuus ja asenne toipumisorientoituneita käytäntöjä kohtaan on myönteisempi.

Tilastollisesti merkitseviä eroja toipumisorientaatioon koulutettujen ja kouluttautumattomien välillä saatiin myös RKI:n osa-alueittain. Osa-alueella I (roolit ja vastuu toipumisesta) toipumisorientaatiokoulutus näytti vahvistavan

ammattilaisen tietoisuutta toipumisen yksilöllisestä prosessista ja näyttäytyen työotteessa asiakkaan oikeuksia vahvistavana ja toipumista tukevana (4,10 vs. 3,23). Osa-alueen II (toipumisprosessin epälineaarisuus) tulokset osoittivat, että toipumisorientaatiokoulutuksen suorittaneet olivat sisäistäneet toipumisprosessin epälineaarisen luonteen vahvemmin, parantaen asenteita sairauden kanssa elämistä kohtaan ja lisäten toivoa. Toisaalta toipumisorientaatiokoulutuksen suorittaneillakin asenteet ja tietoisuus tätä osa-aluetta kohtaan olivat yhä välttävällä tasolla (2,86 vs. 2,37). Osa-alueella III (itsensä määrittämisen ja vertaisten rooli toipumisessa) toipumisorientaatiokouluttautuneisuus näkyi työotteessa tukevan identiteetin uudelleen määrittelyä sekä merkityksellisen elämän ja mielekkäiden sosiaalisten roolien saavuttamista (4,40 vs. 4,04). Osa-alueen IV (odotukset toipumisesta) kohdalla pisteiden vaihtelu ryhmien välillä oli vähäisempää (2,94 vs 2,80). Tämä viittaa siihen, ettei toipumisorientaatiokoulutus ole merkittävästi lisännyt uskoa asiakkaan kuntoutumiseen tai halua asettaa asiakkaalle odotuksia tulevaisuuden suhteen.

Tässä opinnäytetyössä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa toipumisorientaatiokoulutuksesta kuluneen ajan (alle vuosi vs. yli vuosi) ja työtavan toipumismyönteisyyden välillä missään ryhmässä. Erot keskiarvoissa voivat viitata mahdollisiin eroihin työtapojen toipumismyönteisyydessä, mutta niitä ei voida pitää tilastollisesti merkitsevinä. Tämä tulos eroaa aikaisemmista tutkimuksista. Stuber ym. (2014) mukaan syventävä toipumisorientaatiokoulutus vuoden sisällä korreloi positiivisesti toipumisorientoituneen työotteen kanssa. Hornik-Lurie ym. (2018) mukaan mielenterveyshoitotyön kattava ja jatkuva koulutus toipumisorientaatiosta koetaan tärkeänä, muutoksen säilyvyyden kannalta pidemmällä aikavälillä. Tämän opinnäytetyön tulokset ajan vaikutuksesta omaksutun työtavan pysyvyyteen tukevat aiempaa opinnäytetyön osana tehtyä ryhmävertailua toipumisorientaatioon kouluttautuneiden ja kouluttautumattomien välillä, sillä koulutuksesta kuluneen ajan huomioiminen ei muuta ryhmien välistä eroa eikä siten ole tarpeen kyseisessä vertailussa.

7.1.2 Toipumisorientaation mukaisten käytäntöjen hallinta

RKI-mittarin tulosten mukaan mielenterveys- ja päihdetyön työkokemusvuosien määrä korreloi positiivisesti työtavan toipumismyönteisyyden kanssa. Myös RKI-mittarin suomenkielistä versiota pilotoineet Sipilä ja Appelqvist-Schmidlechner (2025) olivat saaneet samansuuntaisia tuloksia. Mitä enemmän psykiatrian ammattilaisella oli työkokemusta, sitä myönteisempi hänen asenteensa oli toipumisorientaatioon perustuvaa työtettä kohtaan.

RKI-mittarin neljästä osa-alueesta omassa työskentelyssä hallittiin parhaiten osa-alue III eli itsensä määrittämisen ja vertaisten rooli toipumisessa (keskiarvo = 4,32). Myös osa-alue I, roolit ja vastuu toipumisessa, hallittiin hyvin (keskiarvo = 3,90) eli toipumisorientoitunut työtapa toteutui näiden aihealueiden ympärillä vahvasti. Tämä viittaa siihen, että vastaajat tunnistavat asiakkaan oman toimijuuden, osallisuuden ja vertaistuen merkityksen toipumisen edistäjinä. Korkeat RKI-pisteet näillä osa-alueilla osoittavat, että työssä korostuu asiakaslähtöisyys ja valmentava, toipumista tukeva asenne. Myös Sipilän ja Appelqvist-Schmidlechnerin (2025) tutkimuksessa nämä olivat psykiatrian ammattilaisten keskuudessa korkeimmat pisteet saaneet RKI-osa-alueet.

Toipumisorientoitunut työtapa toteutui heikoiten RKI-mittarin osa-alueella II, toipumisprosessin epälineaarisuus (keskiarvo = 2,75). Jos oma työote suuntautuu tavoitteellisuuteen ja toipumisen lineaariseen etenemiseen, voi toipumisen epälineaariseen luonteeseen suhtautuminen toipumisorientoituneesti olla haastavaa. Hornik-Lurie ym. (2018) mukaan korkeammin koulutettu henkilökunta omaksuu vahvemmin ajatuksen toipumisesta yksilöllisenä, epälineaarisenä prosessina.

Vastaajat arvioivat CHIME-osaprosessien sisältöjen hallinnan kokemusta viisiportaisella asteikolla. Kaikki osaprosessit (kumppanuus, toivo ja optimismi, identiteetti, elämän merkityksellisyys ja voimaantuminen) koettiin hallittavan käytännön asiakastyössä enimmäkseen jokseenkin tai erittäin hyvin.

Osaprosessien sisällöistä parhaiten koettiin hallittavan voimaantumisen osaprosessiin kuuluva vahvuuksiin keskittyminen (50 % jokseenkin hyvin, 45,5 % erittäin hyvin). Voimaantumisen osaprosessissa ammattilaisten työotteessa korostuvat asiakkaan yksilölliset tarpeet ja asiakkaan oman elämän asiantuntemus. Tällä osa-alueella toipumisen myötä asiakas pystyy luottamaan ja uskomaan omiin kykyihinsä.

Elämän merkityksellisyyden osaprosessiin kuuluvat tavoitteet (45,5 % jokseenkin hyvin, 45,5 % erittäin hyvin) arvioitiin hallittavan myös erityisen vahvasti. Tämän osaprosessin toteutuminen on hyvin yksilöllistä. Tällä osa-alueella ammattilaiset tukevat asiakasta oman näköiseen elämään tarkoituksenmukaisilla yhdessä valituilla keinoilla. Vaikutuksina voidaan huomata elämänlaadun parantumista, uusia elämäntavoitteita, elämäntavan uudelleen arviointia ja sairautta koskevien merkitysten muuttumista.

Identiteetin eri ulottuvuudet olivat toinen heikoiden hallituista kokonaisuuksista CHIME-osaprosessien sisältöjen hallinnan kokemusta mitattaessa. Vastajista yhdeksän koki hallitsevan identiteetin eri ulottuvuuksien kokonaisuuden käytännön asiakastyössä neutraalisti, vastaten en hyvin enkä huonosti (40,9 %). Identiteetin ulottuvuudella tarkoitetaan sitä, miten asiakas muodostaa käsityksen itsestään mielenterveyden tai päihdeongelman kokemuksen jälkeen tai niiden kanssa eläessään. Identiteetin osaprosessissa tapahtuvan toipumisen myötä asiakas rakentaa positiivisen kokonaiskäsityksen itsestään, vapautuen sairauden leimasta, löytäen elämän merkityksellisyyden sekä toivon elämäntavan hallinnan lisääntyessä.

Elämän merkityksellisyyteen kuuluva hengellisyys arvioitiin hallittavan heikoiden. Toimeksiantajaorganisaatiossa tähän tulokseen on mahdollisesti päädytty useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Hengellisyyden huomioimista hoitotyössä saattaa heikentää esimerkiksi epävarmuus ammatillisuuden rajojen määrittämisessä sekä kulttuurinen ilmapiiri, jossa hengellisyys mielletään usein yksityiseksi asiaksi. Myös työntekijöiden henkilökohtaiset tekijät, kuten omat kokemukset ja suhtautuminen hengellisyyteen, voivat vaikuttaa valmiuteen ottaa asia esille. Hengellisyyttä ei mahdollisesti ole käsitelty koulutuksissa

riittävästi. Tämän lisäksi kiire ja ajan puute voivat estää pysähtymisen hengellisten kysymysten äärelle, siinä missä se rajoittaa toipumisorientoituneen työotteen käyttöä myös kokonaisuudessaan.

7.1.3 Toipumisorientoituneiden käytäntöjen haasteet

Vastaajien arvioidessa haasteita toipumisorientaation käytössä vastaajat eivät juurikaan tunnustaneet kliinisten kriteerien ja epälineaarisen toipumisprosessin ristiriitaa toipumisorientoitunutta työtapaa haastavana tekijänä. Tulos oli ristiriidassa RKI-mittarin tulosten kanssa, joiden mukaan toipumisprosessin epälineaarisuuden osa-alueella toipumismyönteinen työtapa toteutui heikoiten. Myös rajallinen tieto toipumiskeskeisestä työtavasta koettiin haastavana tekijänä (41 %), mikä saattaa olla yhteydessä toipumisprosessin epälineaariseen luonteeseen liittyviin haasteisiin. Mahdollisesti vastaajien keskuudessa sekoitetaan henkilökohtainen toipuminen kliiniseen toipumiseen. Piat ym. (2021) totesivat tutkimuksessaan, että kokemusasiantuntijan työskennellessä yksikössä kliininen ja henkilökohtainen toipuminen erotetaan toisistaan paremmin sekä toipumisorientaation mukaiset käytännöt hallitaan henkilökunnan keskuudessa vahvemmin.

Suurimmiksi haasteiksi toipumisorientaation käyttämisessä vastaajat kokivat ajanpuutteen (64 %) ja asiakkaan oman motivaation puutteen (77 %). Vastauksista ilmeni myös työyhteisöissä koettavan muutosvastarintaa toipumisorientoituneen työtavan käyttöä kohtaan (32 %). Lorien ym. (2020) ovat vastaavasti todenneet henkilökunnan asenteiden, muutosvastarinnan sekä asiakailta puuttuvan osallistumisen tai panoksen haastavan toipumiseen suuntautuneiden käytäntöjen toteutumisessa. Toisaalta taas Chatwiriyaiphong ym. (2024) totesivat mielenterveyshoitotyön ammattilaisten kokeneen toipumisorientoituneen hoidon periaatteet pääasiassa positiivisina. McKenna ym. (2014) huomioivat organisaation tasolla toipumisorientoituneen työtavan käytössä haasteita aiheuttavan kiireen sekä potilaiden suuren määrän suhteessa henkilökunnan määrään.

Opinnäytetyön tulosten mukaan merkittävä haaste toipumisorientoituneen työtavan käytössä oli ristiriita positiivisen riskin oton ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen sekä rajoittamisen ja pakon käytön välillä (41 % vastaajista). Aikaisemmat tutkimustulokset ovat osoittaneet samankaltaisia haasteita. Holley, ym. (2016) olivat todenneet haasteita aiheuttavan ristiriitaisten tilanteiden positiivisten riskien ottamisessa asiakkaan toipumisessa, antamalla asiakkaan ottaa vastuuta itsestään, mikäli palveluihin sisältyi riskiä karttava hoitotyön kulttuuri. Chatwiryaphong ym. (2024) olivat todenneet rajallisen tiedon toipumisorientaatiosta sekä epävarmuuden nousevan myös käytännön esteiksi.

7.1.4 Toipumisorientoituneita käytäntöjä vahvistavat tekijät

Toimeksiantajaorganisaation tarjoama koulutustallenne toipumisorientaatiosta vahvisti toipumisorientoitunutta työtapaa. Organisaation omaan toipumisorientaatiokoulutukseen osallistujien RKI-mittarin kokonaispisteet olivat keskimäärin korkeammat kuin toipumisorientaatiokoulutukseen osallistumattomien (3,58 vs. 3,13). Opinnäytetyön tulokset vahvistavat toimeksiantajaorganisaation oman videotallennemuotoisen toipumisorientaatiokoulutuksen vaikuttavuuden työotteeseen. Cusack ym. (2017) olivat todenneet tutkimuksessaan, että toipumisorientaatiokoulutuksen tulisi olla monialaista ja tiimikohtaista, kun taas Lorien ym. (2020) mukaan itsenäisesti suoritettu verkkokoulutus korreloi positiivisesti toipumisorientoituneen työotteen kanssa ja ryhmäopetukseen osallistuneiden kohdalla samaa vaikutusta ei havaittu.

Tämän tutkimuksen vastaajat eivät kokeneet, että toipumisorientaatiolla tavoiteltaisiin taloudellisten säästöjen saavuttamista (0 %). Tämä viittaa siihen, että ohjaajilla on mahdollisuus tukea asiakkaan henkilökohtaista toipumismatkaa yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Vastaajista suurin osa koki saavansa organisaation tuen toipumisorientaation käytölle, vain 14 % oli eri mieltä.

7.2 Opinnäytetyön etiikka

Tutkimuksellisessa toiminnassa on kahdeksan eettistä vaatimusta, jotka tutkimuksessa tuli huomioida. Näitä ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimus, vaaran poistaminen, ihmisarvon kunnioitus, sosiaalisen vastuun edellytys, ammatin harjoittamisen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s.211–212.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) edistää tutkimusetiikkaa sekä käsittelee eettisiä kysymyksiä. Esimerkiksi korkeakoulujen käyttämät tieteellisen käytännön menettelyohjeet on hyväksytty tutkimuseettisen neuvottelukunnan toimesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s.216.)

Tutkimusetiikan eurooppalaisen ohjeistuksen mukaan hyvät tieteelliset menettelytavat sisältyvät kahdeksaan tieteellisen toiminnan alueeseen. Ne ovat toimintaympäristö, tieteellisen työn tekeminen, tutkimusaineistojen käsittely ja hallinta, eettisyys ja ennakointi, koulutus, ohjaus ja mentorointi, tieteellisen työn tekeminen, asiantuntija- ja arviointitehtävät, yhteistyö sekä tekijyys, julkaiseminen ja viestintä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 11.) Pyrimme noudattamaan peruseriaatteita hyvästä tieteellisestä käytännön toteutuksesta ja menettelytavoista, huomioimalla rehellisyyden, luotettavuuden, vastuunkannon sekä arvostuksen läpi työn jokaisessa vaiheessa, kuten Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa. Hyvän tieteellisen käytännön vastaista toimintaa olisi voinut muodostua huolimattomuudesta, välinpitämättömyydestä, laiminlyönnistä tai tietämättömyydestä (TENK, 2023, s.15–16). Vilpin erilaisia muotoja olisi voinut olla vääristely, sepittäminen tai plagiointi (TENK, 2023, s.15–16). Suhtauduimme työn tekemiseen huolellisesti, tiedostaen vaarojen olemassaolon.

Leino-Kilpi ja Välimäki (2012, s.367) painottavat anonymiteetin suojaamisen tärkeyttä. Sähköisen kyselyn avulla kollegojen anonymiteetti säilyi ja opinnäytetyöntekijät eivät itse osallistuneet kyselyyn vastaajina.

Vilka (2021, s. 185–186) korostaa, että tutkimusprosessissa on arvioitava omaa toimintaa kriittisesti sekä tuotava avoimesti esiin luotettavuutta heikentävät tekijät. Tätä ohjetta noudattaen arvioimme omaa toimintaamme suhteessa tuloksiin, johtopäätöksiin ja hyödynnettävyyteen. Kuvasimme avoimesti myös luotettavuuden rajoituksia liittyen tulosten yleistettävyyteen sekä ristiriitaan suhteessa aiempiin tutkimuksiin.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyö eteni Vilkan (2021, s. 185–186) suositusten mukaisesti. Luotettavuus varmistettiin noudattamalla järjestelmällistä ja reflektiivistä työtettä sekä huolellista suunnittelua, aineiston valintaa ja kokoamista sekä lähdekritiikkiä.

Kvantitatiivinen tutkimus jaetaan käsitteelliseen ja empiiriseen vaiheeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s.83–84). Määrällisessä tutkimuksessa nämä ovat erillisiä vaiheita, työmäärässä mitattuna painopiste on suunnitteluvaiheessa (Vilka, 2021, s.135). Suunnitteluvaihe sisälsi tutkimusaiheen valinnan ja rajaamisen, kirjallisuushaun tekemisen, aiheeseen tutustumisen ja teoreettisen taustan muodostamisen.

Osa lähteistä ei ollut vapaasti saatavilla. Oppilaitoksemme, Satakunnan ammattikorkeakoulun informaattikko toimitti pyynnöstä osan artikkeleista ja avusti tilaten useamman artikkelin kaukopalvelulla toisista ammattikorkeakouluista. Informaattikko ja kirjastopalvelut mahdollistivat kattavan perehtymisen aiempiin tutkimuksiin, joka auttoi sopivan mittarin valinnassa ja ilmiön kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä. Aiheeseen perehtyminen loi esiyymmärrystä kyselyn suunnittelulle ja tuki sen toteutusta, erityisesti toipumisorientoituneen työtavan implementointiin vaikuttavien tekijöiden tunnistamisessa (liite 5).

Kyselylomaketta testattiin etukäteen, kysymysten selkeyden varmistamiseksi. Tutkimuskirjallisuus korostaa testattujen ja kontekstiin soveltuvien mittareiden käyttöä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015, s. 190). Kyselyssä

hyödynnettiin aiemmista tutkimuksista peräisin olevaa RKI-mittaria sekä CHIME-viitekehukseen ja taustatietoihin liittyviä kysymyksiä.

Vastauksia saatiin 22 (12,9 %), mikä tekee otoksesta epäedustavan perusjoukkoon nähden. Mikäli perusjoukosta olisi ollut saatavilla taustatietoja, olisi niitä pystytty vertaamaan otoksen taustatietojen kanssa. Tämä olisi tarjonnut lisätietoa erityisesti 12,9 %, jotka vastasivat kyselyyn. (Vehkalahti, 2008, s.44.) Kyselyyn vastaaminen vei aikaa noin 10 minuuttia. Kyselyn vastaukset tallentuivat kaksivaiheisella tunnistautumisella suojatulle tilille Microsoft 365 -pilvipalveluun. Vastaukset olivat nimettömiä, välillisiä henkilötietoja muodostui työkokemusvuosien ja koulutustaustan muodossa.

Kvantitatiivisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Kyselyn toistaminen opinnäytetyön osana ei ollut mahdollista. Kyselyn vaikutus vastaajiin voi myös rajoittaa stabiliteetin arviointia (Kananen, 2011, s. 120). Tällä tieteenalalla tutkittavat ilmiöt ja ihmisten toiminta muuttuvat myös ympäristö- ja oppimistekijöiden vaikutuksesta (Kananen, 2014, s. 257). Nämä seikat sekä Vehkalahden (2008, s. 44) esittämä vastauskadon luotettavuutta heikentävä vaikutus huomioitiin tutkimuksen reliabiliteetin arvioinnissa. Kuten Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2015, s. 189–190) ovat ohjeistaneet, validiteetin osalta tarkasteltiin mittasiko kysely kokonaisuudessa tutkittua ilmiötä ja oliko käsitteet operationalisoitu luotettaviksi muuttujiksi. Koska kysely sisälsi sekä itselaadittuja kysymyksiä, että valmiin mittarin, validiteettia arvioitiin erityisesti sisältövaliditeetin näkökulmasta. Keskeisenä pidettiin sitä, että käytetty mittari soveltui tutkittavan ilmiön mittaamiseen, sillä väärin valitulla tai epäolennaisella mittarilla ei olisi voitu saavuttaa luotettavia tuloksia.

Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskenteli toimeksiantajaorganisaatiossa. Objektiviisuudesta huolehdittiin tutkitun tiedon käytön muodossa. Tämä tarkoittaa, että tulokset ovat riippumattomia yksilöllisestä ajattelusta ja havaittavissa kaikille tarkkailijoille (Mulaik, 2004, s. 591). Kysely perustui aiheen aiempiin tutkimuksiin (liite 5) ja analyysi kvantitatiivisen kyselyn tuloksiin. Aineisto kerättiin ja analysoitiin standardoiduilla kvantitatiivisilla menetelmillä. Tämä

minimoi tutkijan subjektiiviset tulkinnat, ennakkoluulot ja puolueellisuuden (Cambridge Proofreading, 2025). Aineistonhallintasuunnitelman mukaisesti aineisto säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen saakka, jotta tulosten oikeellisuus voidaan tarvittaessa todentaa.

Alkuperäisen, englanninkielisen Recovery Knowledge Inventory (RKI) -mittarin rakennevaliditeettia arvioitiin mittarin alkuperäistutkimuksessa alustavasti pääkomponenttianalyysillä. Väittämät muodostivat neljä toipumisen ulottuvuuksia kuvaavaa kokonaisuutta. Mittarin osa-alueiden sisäinen konsistenssi vaihteli Cronbachin alfan mukaan hyvästä (.81) heikkoon (.47), ja tekijät korostivat, että kyseessä oli vain alustava psykometrinen arviointi ilman laajempaa validointia. (Bedregal ym., 2006.) RKI-mittaria on käytetty laajasti kansainvälisesti, ja sen hyödyllisyys on tunnistettu, mutta sen käsitteellistä selkeyttä ja luotettavuutta eri kulttuureissa on myös kritisoitu. Käyttö on edelleen perusteltua (Hardy ym. 2022), vaikka lisäkehitystä tarvitaan edelleen sen pätevyyden ja luotettavuuden vahvistamiseksi (Bedregal ym., 2006).

RKI-mittarin suomalaista käyttöä hallinnoi THL, josta saatiin lupa mittarin käyttöön (Sipilä, 2025a) ja kysymysten julkaisuun opinnäytetyössä (Appelqvist-Schmidlechner, 2025). Mittari on kaksoiskäännetty englannista suomeksi THL:n IPS-arviointitutkimuksessa. Tämä tietyn kaavan mukaan etenevä käännösprosessi lisää suomenkielisen version luotettavuutta. (Sipilä & Appelqvist-Schmidlechner, 2025.) THL:n tutkimuksen yhteydessä tutkijat arvioivat käytännön kokemukseen perustuen mittarin sisällöllisesti toimivaksi suomalaisessa kontekstissa. Kyseisessä tutkimuksessa mittari oli varsin hyvin täytetty, puuttuvia tietoja ei juurikaan ollut. Tutkimuksessa oli saatu esille eroja sekä alkua ja loppumittauksien, että mittarin osa-alueiden välillä. (Sipilä, 2025b.)

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Toipumisprosessin epälineaarisuus osoittautui opinnäytetyössä kokonaisuudeksi, jota henkilöstö hallitsi heikoimmin. Toipumisprosessin epälineaarisuuden hyväksymisen haaste voi aiempien tutkimusten mukaisesti selittyä

kliinisen toipumisen ja henkilökohtaisen toipumisen sekoittumisella. Kehitettävänä asiana on edelleen kiinnitettävä huomiota henkilökohtaisen toipumisen yksilölliseen ja epälineaariseen luonteeseen tietoisuutta lisäämällä. Aiempien tutkimusten mukaan korkeampi koulutustaso auttaa henkilöstöä omaksumaan toipumisen yksilöllisenä, epälineaarisena prosessina (Hornik-Lurie ym., 2018). Myös kokemusasiantuntijoiden työskentely yksikössä auttaa erottamaan kliinisen toipumisen henkilökohtaisesta toipumisesta. Toipumiskokemusta omaavien ihmisten osallistuminen palveluihin ja koulutukseen voi myös vahvistaa toipumiseen suuntautuneita käytäntöjä. Organisaatioiden tulee asettaa henkilökohtainen toipuminen etusijalle, muutoin interventio ei johda pysyvään muutokseen käytännössä (Lorien ym. 2020).

Toipumisorientoituneen työtavan omaksuminen vaatii aikaa vakiintuakseen yksilöiden tai tiimien toimintatavaksi. Onnistumiset ja positiiviset kokemukset vahvistavat myönteistä suhtautumista toipumisorientoituneeseen työtapaan. Opinnäytetyön tulosten mukaan pysyvä, pitkäaikainen henkilökunta, joka saa toipumisorientaatiokoulutusta, tukee toipumisorientoituneen työtavan onnistunutta käyttöönottoa. Tulosten perusteella on suositeltavaa jatkaa ohjaajien toipumisorientaatiokoulutusta ja vahvistaa heidän sitoutumistaan työhönsä, edistäten näin toipumisorientoituneen työtavan implementointia. Henkilöstöä kannattaa kannustaa jatkokouluttautumiseen, sillä korkeampi koulutustaso edistää toipumisorientoituneen työtavan omaksumista.

Tämän opinnäytetyön tuloksena nousi esiin kaksi kehittämis- ja jatkotutkimusaihetta: positiivinen riskinotto sekä muutosmotivaation vahvistaminen osana toipumisorientoitunutta työskentelyä. Eettisenä haasteena koettiin erityisesti positiivinen riskienotto sosiaali- ja terveysalan riskejä välttävissä kulttuurissa. Turvallisuuden korostaminen on kuitenkin alalla luonnollista ja ymmärrettävää. Tutkimustiedon mukaan riskien välttäminen voi kuitenkin estää toipumisorientoituneen työtavan implementaatiota (Lorien ym., 2020). Positiivisen riskinoton hengessä työyhteisöissä tulisi avoimesti keskustella siitä, millaiset riskit ovat hyväksyttäviä osana toipumista edistävää työtettä. Tulosten perusteella ohjaajat voisivat hyötyä lisäkoulutuksesta myös muutosmotivaation tukemisessa,

eli siinä miten asiakkaan sitoutumista muutokseen voidaan edistää. Tämä tukisi toipumisorientoituneen työtavan tehokkaampaa hyödyntämistä.

Opinnäytetyön tulokset on jaettu myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle, joka hallinnoi RKI-mittarin suomenkielistä versiota. Mittarin suomennoksen käyttökokemukset on otettu myönteisesti vastaan, ja opinnäytetyön tulokset herättivät kiinnostusta myös THL:n tutkimushenkilöstössä (Sipilä, 2025b).

LÄHTEET

Appelqvist-Schmidlechner, K. (3.11.2025). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuspäällikkö Kaija Appelqvist-Schmidlechnerin sähköposti opinnäytetyön tekijöille.

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H. & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):132-140

Bedregal, L.E., O'Connell, M. & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Volume 30(2), s. 96–103. DOI: 10.2975/30.2006.96.103

Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267–280. DOI: 10.3109/00048674.2010.549996.

Cambridge Proofreading (2025). What is quantitative research? Key features and examples. <https://bit.ly/43njGEy>

Chatwiriyaiphong, R., Moxham, L., Bosworth, R. & Kinghorn, G. (2024). The experience of healthcare professionals implementing recovery-oriented practice in mental health inpatient units: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(3), 287–302. DOI: 10.1111/jpm.12985

Cusack, E., Killoury, F. & Nugent, L.E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Volume 24, s.93-104. DOI: 10.1111/jpm.12347

Fleury, M-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J-M., Vallée, C. & Cao, Z. (2018). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJ Psych Open*. Volume 4, s. 478 – 485. DOI: 10.1192/bjo.2018.66

Ghasemi, A & Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *Int J Endocrinol Metab.* 2012 Spring;10(2):486-489. DOI: 10.5812/ijem.3505.

Hardy, J., Parker, S., Hughes, I. & Anand, M. (2022). Factors affecting knowledge of recovery-oriented practice amongst mental health nursing and medical staff working on acute mental health inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*. Volume 31, s. 1228–1238. DOI: 10.1111/inm.13032

Hawsawi, T., Stein-Parbury, J., Orr, F., Roche, M. & Gill, K. (2021). Exploring recovery-focused educational programmes for advancing mental health nursing: An integrative systematic literature review. *International Journal Mental Health Nursing*. Volume 30, s. 1310-1341. DOI: 10.1111/inm.12908

Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. Edita.

Hertel, B. (1976) Minimizing error variance introduced by missing data routines in survey analysis. *Sociological methods & research* 4:459-474

Higgins, A., Kilkku, N. & Kristofersson, G. (2022). Perspectives and Frameworks Underpinning the Practice of Advanced Mental Health Nursing. Teoksessa Higgins, A., Kilkku, N. & Kristofersson, G.K. (toim.), *Advanced Practice in Mental Health Nursing*. s. 43-68. Springer.

Holley, J., Chambers, M. & Gillard, S. (2016). The impact of risk management practice upon the implementation of recovery-oriented care in community mental health services: a qualitative investigation. *Journal of Mental Health*. Volume 25(4) s. 315–322. DOI: 10.3109/09638237.2015.1124402

Hong, QN., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M-C. & Vedel, I. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*, version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Epstein, P. G., Ziedenberg-Rehav, L. & Moran, G.S. (2018). Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Volume 25, s. 569-581. DOI: 10.1111/jpm.12502

Hotus. (2022). Näyttövinkki®: Miten mielenterveysalan ammattilaiset hahmottavat toipumisorientaation? Näyttövinkki 12/2022. Laatijat: Kilkku, N., Lampinen, S., Saarinen, S., Marin, K., Rissanen, P. & Nordling, E. Hoitotyön tutkimussäätiö. www.hotus.fi/nayttovinkit.

Hummelvoll, J. & Eriksson, B. (2022). Mental Health Care in the Era of Growing Global Risk and Uncertainty: A Recovery and Person-Centered Approach. Teoksessa Higgins, A., Kilkku, N. & Kristofersson, G.K. (toim.), *Advanced Practice in Mental Health Nursing*. s. 221-248. Springer.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. (2023). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 27.4.2025 osoitteesta bit.ly/4ozFqpa

Härkänen, T. (n.d.). Puuttuva tieto. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Haettu 5.7.2025 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>.

Kananen, J. (2011). *Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*.

Kananen, J. (2014). Verkkotutkimus opinnäytetyönä: Laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.

Ketola, M. (2022). Monimuotoinen palkkioperustainen kokemusasiantuntija-toiminta. Teoksessa Martin, M. & Soronen, K. (toim.), Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8. (s.38–39). Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>

Laitila, M. (2019). Toipumisorientaatio riippuvuus- ja mielenterveystyössä. Päihde-linkki, A-klinikkasäätiö. Haettu 29.1.2025 osoitteesta <http://bit.ly/3LSyKE6>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 199(6):445-452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V. J., Macpherson, R., Williams, J. & Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *IS Implementation Science*. 10, Article number: 87. DOI: 10.1186/s13012-015-0275-4

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2012). Etiikka hoitotyössä. *Sanoma Pro*. S. 360–373.

Lindholm, L. H. & Laitila, M. (2022). Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. *Aikakauskirja Duodecim*. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16839>

Lorien, L., Blunden, S. & Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *International journal Mental Health Nursing*. Volume 29, s. 1035–1048. DOI: 10.1111/inm.12794

Martin, M., Nordling, E., Soronen, K. & Savelius-Koski, E. (2021). Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä: Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpapereita* 21/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0>

McKenna, B., Furness, T., Dhital, D. & Ireland, S. (2014). Recovery-oriented care in older-adult acute inpatient mental health settings in Australia: An exploratory study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(10), 1938–1942. DOI: 10.1111/jgs.13028

McPherson, P., Lloyd-Evans, B., Dalton-Locke, C. & Killaspy, H. (2021). A Systematic Review of the Characteristics and Efficacy of Recovery Training

for Mental Health Staff: Implications for Supported Accommodation Services. *Frontiers in Psychiatry*. 12:624081. DOI: 10.3389/fpsy.2021.624081

Meehan, T. & Glover, H. (2009). Using the Recovery Knowledge Inventory (RKI) to Assess the Effectiveness of a Consumer-Led Recovery Training Program for Service Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 223–226. DOI: 10.2975/32.3.2009.223.226

Mulaik, S. (2004). Objectivity in science and structural equation modeling. Teoksessa Kaplan, D. (toim.) *The Sage handbook of quantitative methodology for the social sciences*. s.591-623. Sage Publications.

Mäntylä, K., Toomar, J. & Reukauf, M. (2013). Graka kaulassa – Gradun ja kandin tekijän selviytymisopas. s.26-33. Finn Lectura.

Navarro, D., & Foxcroft, D. (2025). *Learning Statistics with Jamovi: A Tutorial for Beginners in Statistical Analysis*. Open Book Publishers.

Nieminen, P. (n.d.). Kahden riippumattoman ryhmän vertailu. Tutkijaportti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Lääketieteen Säätiö 2025. <https://www.tutkijaportti.fi/syvarit/tilastolliset-menetelmat/>

Nordling, E. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 134(15), 1476–1483. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14435>

Nordling, E., Martin, M. & Soronen, K. (2022). Toipumisen itsearviointi ja mielenterveyspalvelujen arviointi toipumisen tukemisen näkökulmasta. Teoksessa Martin, M. & Soronen, K. (toim.), *Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8. (s.110–123). Lapin yliopisto. bit.ly/4p4sQ1d

Nordling, E. (2023). *Toipumisorientaatio mielenterveystyössä*. Edita Publishing.

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C. & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review. *Systematic reviews* 10, Article number: 134. DOI: 10.1186/s13643-021-01646-0

Posit Software, PBC. (2025). R-studio (versio 2025.05.1+513) [tietokoneohjelma] <https://posit.co/download/rstudio-desktop/>

Raivio, M. & Raivio, J. (2020). *Toipuva Mieli: Opas toipumisorientaatioon*. PS-kustannus.

Rapeli, S. & Sipilä, N. (2024). Toipumisorientaatio mielenterveystyössä koulutus [video]. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Youtube. https://youtu.be/ZCMNGP6cLkK?si=SZ_I8pkmniKF7vMP

Rapeli, S., Sipilä, N. & Nordling, E. (2024). Toipumisorientaation käyttöönoton kulmakivet: Huomioita toipumisorientaation koulutusprosessista Kainuun

mielenterveys- ja päihdepalveluissa vuonna 2024. Työpaperi 58/2024. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 58/2024.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-399-7>

Sataedu. (n.d). Mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkinto. Haettu 19.10.2025 osoitteesta: bit.ly/4qTEDkD

Satakunnan ammattikorkeakoulu. (n.d.). Kirjallisten töiden ja opinnäytetyön ohjeet – Hyödyllistä tietoa opinnäytetyöstä ja kirjoittamisesta.
<https://bit.ly/4p4hJ8v>

Seikkula, J. (2023). Dialogi parantaa –mutta miksi? Mikä tekee dialogista ennennäkemättömän vaikuttavan vaikeissa kriiseissä. (toinen painos). Kuva ja Mieli ry.

Shah, S. A., Nolan, M., Ryan, M., Williams, J. & Fanno, D. (2016). Delivering recovery-focused mental health care in Ireland: implications for services and practice development. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33, s.121–128. DOI: 10.1017/ipm.2014.75

Shepherd, G. (2007). Ten Top Tips for recovery-oriented practice. Sainsbury Centre for Mental Health. bit.ly/487UEvR

Shue, S.A., Traylor, M., Kukla, M., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Henry, N., Eliačin, J., Garabrant, J. & Mc Cuire, A.B. (2022). Exploring Factors Impacting the implementation of Recovery- Oriented Treatment Planning on Acute Inpatient Mental Health Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research Volume 50*, s. 283- 295. DOI: 10.1007/s10488-022-01237-8

Sipilä, N. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2025). "Must tuntuu, että tää on just se työ, mihin mä kuulun": Psykiatriseen hoitoon integroitu IPS-työhönvalmennus työllistymisen tukena. *THL – Raportti 7/2025*.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-502-1>

Sipilä, N. (24.1.2025a). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkija Noora Sipilän sähköposti opinnäytetyön tekijöille.

Sipilä, N. (20.10.2025b). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkija Noora Sipilän sähköposti opinnäytetyön tekijöille.

Stuber, J., Rocha, A., Christian, A. & Johnson, D. (2014). Predictors of Recovery-Oriented Competencies Among Mental Health Professionals in One Community Mental Health System. *Community Mental Health Journal*. Volume 50(8), s. 909-914. DOI: 10.1007/s10597-014-9708-9

Szumilas M. (2010). Explaining odds ratios. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Aug;19(3):227-9. Erratum in: *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Winter;24(1):58.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (n.d.). Toipumisorientaatio. Haettu 23.11.2024 osoitteesta: <https://bit.ly/3Jr6pUU>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi. Haettu 1.2.2025 osoitteesta <https://bit.ly/47OWnET>

Tilastokeskus. (n.d.). Peruskäsitteet tutuiksi. Haettu 26.9.2025 osoitteesta <https://guides.stat.fi/c.php?g=686459&p=4906523>

Tölli, S. & Tolonen, J. (2023). Toipumisorientaatiota tutkitusti. OAMK Journal 25/2023. <https://oamkjournal.oamk.fi/2023/toipumisorientaatiota-tutkitusti/>

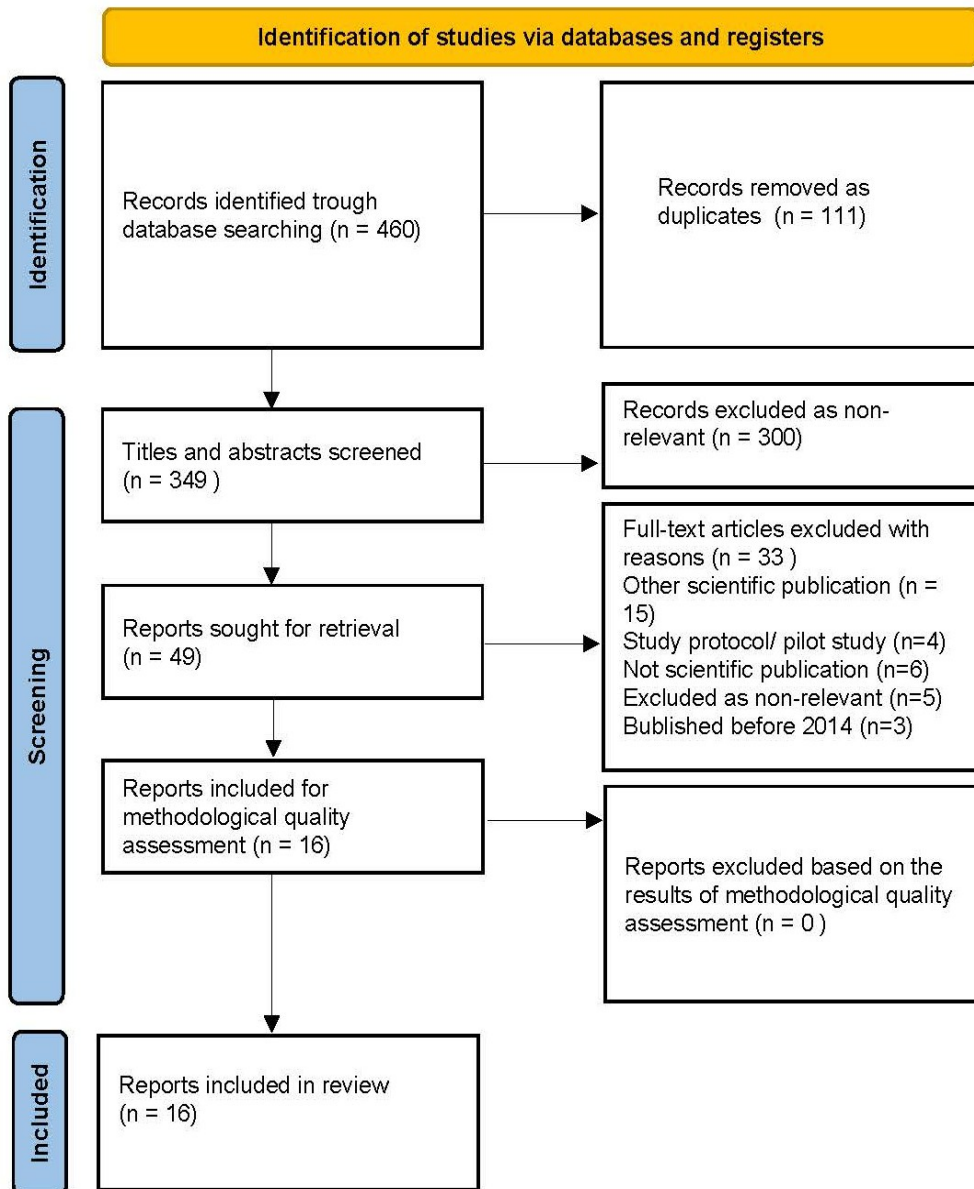
Vehkalahti, K. (2008). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosake-yhtiö Tammi.

Vilka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä, ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. PS-kustannus.

Williams, V. C., Deane, F. P., Oades, L. G., Crowe, T. P., Ciarrochi, J. & Andresen, R. (2016). Enhancing recovery orientation within mental health services: Expanding the utility of values. *Journal of Mental Health Training, Education & Practice*, 11(1), 23–32. DOI: 10.1108/JMHTEP-09-2015-0042

WHO. (2013). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

LIITE 1: TIEDONHAKU JA TUTKIMUSTEN VALINTA



LIITE 2. AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN KATSAUKSEN TUTKIMUKSET

Kirjoittaja, maa, julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi	Otos tutkittavat	Aineistonkeruu (menetelmät)	Tulokset
McPherson, P., Lloyd-Evans, B., Dalton-Locke, C. & Killaspy, H. United Kingdom (2021)	Kuvata ja vertailla mielenterveyshoitotyötä tekevien ammattilaisten toipumiskoulutusten ominaisuuksia ja tehokkuutta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Kvantitatiiviseen synteesiin sisältyvät tutkimukset (N=7). Mukaan otettiin kaikki tutkimukset, joissa otoksina olivat mielenterveyshenkilöstö.	Laadunarviointi= Cochranen + Narratiivinen synteesi	Eroavaisuutta oli koulutusinterventtioiden tavoitteissa, tiheydessä sekä kestossa. Kaikki sisälsivät CHIME-mallin sisältöä.
Hawsawi, T., Stein-Parbury, J., Orr, F., Roche, M. & Gill, K. Australia (2021)	Selvittää miten toipumiseen keskittyvät koulutusohjelmat vastasivat sairaanhoitajien oppimistarpeisiin/ kokemuksiin. (Tietojen ja asenteiden muutoksessa)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Katsaukseen sisällytetyt tutkimukset (N=39) Koulutusohjelmat (=35) Koulutusresurssit (N=55)	Integroiva systemaattinen kirjallisuuskatsaus Menetelmässä keskitytään tunnistamaan ja yhdistelemään erilaisia menetelmiä käytäviä empirisiä tutkimuksia.	Toipumiskeskeisen hoidon suunnittelun on todettu parantavan sairaanhoitajien toimintaa asiakkaan tukemisessa henkilökohtaisella toipumismatkalla.
Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T.,	Arvioida uudet innovatiiviset aikomukset muuttaa aikuisten mielenterveyskuntoutujien palveluja toipumisorientoituneiksi	Systemaattinen sekä tutkimusten katsaus.	Vertaisarvioidut tutkimukset (N=70)	Konvergentti laadullinen synteesisuunnitelma ja kehysynteesimenetelmä. Ryhmittely seitsemään luokkaan/	Tuotiin esiin kokemusasiantuntijuuden merkitys toipumisorientoituneiden palvelujen toteuttamisessa.

Préfontain, C. & Frati.F. Canada (2021)				tapaukseen, erilaisiin innovaatiotyyppeihin tapauksen sisäistä ja tapauskohtaista synteesiä varten.	
Shue, S., Traylor, M., Kukla, M., Slayers, M., Rollins, A., Henry, N., Eliacin, J., Garabrant, J. & McGuire, A. USA (2022)	Tarkastella tekijöitä, jotka vaikuttavat toipumisorientoituneen hoidon toteuttamiseen veteraanien mielenterveysosastoilla.	Laadullinen tutkimus Osa hanketta	Tutkimukseen otettiin mukaan yksiköt, jotka olivat saaneet korkeimmat (N=8) ja alhaisimmat pisteet (N=5) Yhteensä (N=13)	Hoitoyksiköt pisteytettiin ensin kehitetyllä RAIN-asteikolla. Haastattelut valikoiduille, havainnointimuihinpanot ja potilaskertomusten tarkastelut. Emergentti temaattinen analyysi. Analyysia ohjasi normalisointi prosessiteoria.	Yhteisesti kaikilla osastoilla oli akuuttihoiton hoitofilosofia. Eroavia tekijöitä olivat: veteraanien oma osallistumishalu. Toipumistavoitteiden selvittäminen, ryhmäohjelmien arvo, perheiden osallistumisen merkitys. Kuvaa toipumisorientoitunutta laitoshoidosuunnittelua
Lorien, L., Blunden, S. & Madsen, W. Australia (2020)	Selvittää miten toipumiseen suuntautuvaa käytäntöä voidaan soveltaa mielenterveyskuntoutujien sairaalamuotoisissa palveluissa ja miten se on toteutettavissa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	(N=16)	Laadulliseen synteesiin sisällytetyt tutkimukset	Toipumiseen suuntautuvien palveluiden käyttäminen on mahdollista sairaalaympäristöissä mielenterveyspalveluissa, vaikka se koetaan haastavana. Monimuotoiset lähestymistavat ovat onnistuneimpia, kun niillä on organisaation tuki. Muutosvastarinta koetaan suurimpana esteenä ja hoitajien asenteet sekä mielenterveyskuntoutujien puuttuva osallistuminen.

Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Epstein, P.G., Ziedenberg-Rehav, L. & Moran, G. Israel (2018)	Tarkastella kolmen erilaisen koulutusohjelman/ intervention vaikutusta mielenterveyshoitajien asenteisiin ja käytänteisiin. (sairauden hallinta ja toipuminen, vertaistuki ja psykiatrinen ennakoilmoitus)	Sekametodinen tutkimus.	Oli saanut toipumisorientaatio-koulutusta(N=37) Ei ollut saanut toipumisorientaatio-koulutusta(N=35)	Kvantitatiivinen vertaileva arviointi, koulutettujen ja ei koulutettujen hoitajien välillä. Haastattelut hoitajille, jotka olivat altistuneet eri interventioidille.	Toipumisorientaatiokoulutus sai aikaan myönteisen muutoksen työasenteissa, käytänteissä ja potilaan itsemääräämisoikeuden huomiomisessa. Henkilökunnan koulutukset sekä organisaation tuki nähdään tarpeellisina.
Fleury, M-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J-M., Vallée, C. & Cao, Z. Kanada (2018)	Tunnistaa muuttujat, jotka liittyvät mielenterveysalan ammattilaisten kokemaan toipumiseen suuntautuneeseen hoitoon.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus	315 mielenterveystyön ammattilaista	Kysely	Tässä tutkimuksessa yksilöitiin 11 työyhteisön ominaisuutta, jotka lisäävät toipumisorientaation käyttöä mielenterveyspalveluissa.
Cusack, E., Killoury, F. & Nugent, L. Irlanti (2017)	Tutkia psykiatrisen/ mielenterveysairaanhoidajan roolia ja määritetään taidot, pätevyudet ja tuet, joita tarvitaan toipumisorientoituneen politiikan omaksumiseksi käytännössä.	Sekamenetelmätutkimus	1249 psykiatrista sairaanhoitajaa	Tiedonkeruussa käytettiin kyselyä, fokusryhmiä ja kirjallisia lausuntoja. Aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevia tiilastoja ja temaattista analyysia.	Sairaanhoitajat tarvitsevat kehittyneitä arviointitaitoja, jotta he voivat harjoittaa toipumisorientoitunutta toimintaa.
McKenna, B., Furness, T., Dhital, D. & Ireland, S. Australia (2014)	Selvittää miten paljon nykyiset hoitokäytänteet muistuttavat toipumisorientoituneita käytänteitä, osa-alueittain ja luoda ymmärrystä nykytilasta siirryttäessä toipumisorientoituneeseen mielenterveyshoitoon.	Laadullinen tutkimus	12 hoitajaa	käytettiin eksploratiivista laadullista tutkimusasetelmaa. Induktiivinen analysointi	Saatiin käsitys lähtökartoituksena käytännöistä, miten toipumisorientaatio näkyy heidän työssä haasteineen. Kartoituksen avulla valmistaudutaan siirtymään iäkkäiden mielenterveysasiakkaiden toipumispalveluihin.

Chatwiriyaophon, R., Moxham, L., Bosworth, R. & Kinghorn, G. Thaimaa (2024)	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia toipumisorientoituneesta hoidosta mielenterveysosastoilla	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus / Laadullinen näytön synteesi	10 laadullista tutkimusta	Temaattinen integroiva analyysi	Tulokset viittaavat siihen, että terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa ymmärryksen taso toipumisorientoituneisiin käytäntöihin vaihtelee.
Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence V., Leamy, M., Bird, V., McPherson, R., Williams, J. & Slade, M. United Kingdom (2015)	Selvittää kliinikkojen ja johtajien käsityksiä toipumisorientoituneesta käytännöstä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	22 empiiristä tutkimusta	Narratiivinen synteesi	Organisaation prioriteetit vaikuttavat henkilöstön käsitykseen toipumisen tuesta, joten palvelun määrittelemä toipuminen vaikuttaa toipumisorientoituneen käytännön toteuttamiseen, hallintointiin ja arviointiin.
Nordling, E. Suomi (2018)	Selvittää mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveys-työssä	Katsaus	37 tieteellistä julkaisua	Ei raportoitu	Henkilöstön kouluttaminen on edistänyt toipumisorientaation implementointia. Palveluissa on omakuttu uudenlainen ajattelu-tapa: Miten tuetaan hyvää elämää
Holley, J., Chambers, M. & Gillard, S. United Kingdom (2016)	Tutkia, miten riskinhallintakäytäntö vaikuttaa toipumisorientoituneen hoidon toteuttamiseen mielenterveyspalveluissa.	Laadullinen tutkimus	Kahdeksan mielenterveysammattilainen – palveluidenkäyttäjä paria	Puolistrukturoidut haastattelut	Toipumisen tukeen liittyvää riskinottoa rajoitti palveluihin juurtunut riskien välttämisen kulttuuri.
Stuber, J., Rocha, A., Christian, A. & Johnson, D.	Arvioida, missä määrin mielenterveysalan ammattilaisilla on toipumista tukevaa kliinistä	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus	813 mielenterveysalan ammattilaista	Verkkokysely	Kun mielenterveysalan ammattilaiset olivat saaneet syventävää täydennyskoulutusta toipumisesta, se oli

USA (2014)	osaamista ja mitkä ovat tämän osaamisen ennusmerkit.				positiivisessa yhteydessä toipumisorientaatio-osaamiseen.
Shah, S., Nolan, M., Ryan, M., Williams, J. & Fannon, D., Irlanti (2014)	Tutkia mitä toipuminen merkitsee mielenterveyspalveluja käyttäville ihmisille ja missä määrin palvelut tukevat toipumista, sekä selvittää tulosten vaikutuksia mielenterveyspalveluihin ja ammattikäytäntöihin.	Kvantitatiivinen	10 palvelunkäyttäjää	INSPIRE-mittari	Mielenterveysalan ammattilaisten kouluttautuminen parantaa asiakkaan toipumistuloksia ja sillä on myönteistä vaikutusta positiivisten riskien mahdollistamiseen sekä CHIME-osa-alueiden toteutumiseen.
Hardy, J., Parker, S., Hughes, I. & Anand, M., Australia (2022)	Selvittää mielenterveyslaitoksessa työskentelevän klinisen henkilökunnan tietämystä ja asenteita toipumisorientoituneeseen käytäntöön.	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus	74 lääkäriä ja hoitohenkilökuntaa.	RKI-mittari, kysely	Työroolin merkitys toipumissuuntautuneen hoidon ymmärtämisessä ja soveltamisessa. Lääkärit ovat toipumismyönteisempiä kuin hoitohenkilöstö. Useamman vuoden kokemus mielenterveystyöstä korreloi positiivisesti toipumisorientoituneen työtavan kanssa.

LIITE 3. TUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI

<p>Fleury, M-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J-M., Vallée, C. & Cao, Z. (2018) Kanada</p> <p>Kvantitatiivinen poikkeileikkaustutkimus</p>	<p>S1. Onko tutkimuksella selkeät tutkimuskysymykset? + S2. Voidaanko kerätyllä tiedolla vastata tutkimuskysymykseen? + 3.1. Edustavatko osallistujat kohderyhmää? + 3.2. Ovatko mittaukset asianmukaisia sekä tuloksen että toimenpiteen (tai altistumisen) kannalta? + 3.3. Onko olemassa täydellisiä tulostietoja? + 3.4. Otetaanko hämmennykset huomioon suunnittelussa ja analysoinnissa? - 3.5. Onko interventio suoritettu (tai tapahtunut altistuminen) tutkimusjakson aikana suunnitellusti? Ei sovellettavissa</p>
<p>Cusack, E., Killoury, F. & Nugent, L. (2017) Irlanti</p> <p>Sekamenetelmä-tutkimus</p>	<p>S1. Onko tutkimuksella selkeät tutkimuskysymykset? + S2. Voidaanko kerätyllä tiedolla vastata tutkimuskysymykseen? + 5.1. Onko olemassa riittävää perustetta käyttää sekamenetelmien suunnittelua tutkimuskysymyksen ratkaisemiseksi? + 5.2. Ovatko tutkimuksen eri osat integroitu tehokkaasti vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 5.3. Onko laadullisten ja määrällisten komponenttien integroinnin tuotoksia tulkittu riittävästi? + 5.4. Otetaanko määrällisten ja laadullisten tulosten välisiä eroja ja epäjohtonmukaisuuksia riittävästi huomioon? Ei sovellettavissa. 5.5. Noudattavatko tutkimuksen eri osat käytettyjen menetelmien kunkin perinteen laatukriteerejä? +</p>
<p>Holley, J., Chambers, M. & Gillard, S. (2016) United Kingdom</p> <p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>S1. Onko tutkimuksella selkeät tutkimuskysymykset? + S2. Voidaanko kerätyllä tiedolla vastata tutkimuskysymykseen? + 1.1. Onko laadullinen lähestymistapa sopiva vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 1.2. Ovatko laadulliset tiedonkeruumenetelmät riittäviä vastaamaan tutkimuskysymykseen? - 1.3. Ovatko havainnot johdettu riittävästi tiedoista? - 1.4. Onko tulosten tulkinta riittävästi perusteltu datalla? + 1.5. Onko laadullisten tietolähteiden, keräämisen, analysoinnin ja tulkinnan välillä johdonmukaisuutta? +</p>
<p>Chatwiryaphon, R., Moxham, L., Bosworth, R. & Kinghorn, G. (2024) Thaimaa</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? + 2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? + 3. Onko hakustrategia asianmukainen? + 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? + 5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? + 6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? - 7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? + 8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? + 9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? + 10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p>

	11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +
Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence V., Leamy, M., Bird, V., McPherson, R., Williams, J. & Slade, M. (2015) UK Systemaattinen kirjalli- suuskatsaus	1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? + 2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? + 3. Onko hakustrategia asianmukainen? + 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? + 5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? + 6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? + 7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? + 8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? + 9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? + 10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? + 11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? -
McKenna, B., Furness, T., Dhital, D. & Ireland, S. (2014) Australia Laadullinen tutkimus	S1. Onko tutkimuksella selkeät tutkimuskysymykset? + S2. Voidaanko kerätyllä tiedolla vastata tutkimuskysymykseen? + 1.1. Onko laadullinen lähestymistapa sopiva vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 1.2. Ovatko laadulliset tiedonkeruumenetelmät riittäviä vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 1.3. Ovatko havainnot johdettu riittävästi tiedoista? - 1.4. Onko tulosten tulkinta riittävästi perusteltu datalla? - 1.5. Onko laadullisten tietolähteiden, keräämisen, analysoinnin ja tulkinnan välillä johdonmukaisuutta? +
Stuber, J., Rocha, A., Christian, A. & Johnson, D. (2014) USA Kvantitatiivinen poikkeikkaustutkimus	S1. Onko tutkimuksella selkeät tutkimuskysymykset? - S2. Voidaanko kerätyllä tiedolla vastata tutkimuskysymykseen? + (hypoteeseihin) 3.1. Edustavatko osallistujat kohderyhmää? + 3.2. Ovatko mittaukset asianmukaisia sekä tuloksen että toimenpiteen (tai altistumisen) kannalta? + 3.3. Onko olemassa täydellisiä tulostietoja? - 3.4. Otetaanko hämmennykset huomioon suunnittelussa ja analysoinnissa? + 3.5. Onko interventio suoritettu (tai tapahtunut altistuminen) tutkimusjakson aikana suunnitellusti? Ei sovellettavissa
Nordling, E. (2018) Suomi Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	Menetelmällisen laadun raportoinnin puutteen vuoksi arviointityökaluja ei voida soveltaa.
Shah, S., Nolan, M., Ryan, M., Williams, J. & Fannon, D., (2014) Irlanti Kvantitatiivinen tutkimus	S1. Onko selviä tutkimuskysymyksiä? + S2. Voivatko kerätyt tiedot vastata tutkimuskysymyksiin? + 2.1. Onko satunnaistaminen tehty asianmukaisesti? + 2.2. Ovatko ryhmät vertailukelpoisia lähtötilanteessa? + 2.3. Onko olemassa täydellisiä tulostietoja? + 2.4. Ovatko tulosarvioijat sokeita tarjotulle interventiolle? - 2.5. Noudattivatko osallistujat määrättyä interventiota? -
Hornik-Lurie, T., Shalev, A.,	S1. Onko selviä tutkimuskysymyksiä? + S2. Voivatko kerätyt tiedot vastata tutkimuskysymyksiin? +

<p>Haknazar, L., Epstein, P.G., Ziedenberg-Rehav, L. & Moran, G. (2018) Israel</p> <p>Sekametodinen tutki- mus</p>	<p>5.1. Onko olemassa riittävää perustetta käyttää sekamenetelmien suunnittelua tutkimuskysymyksen ratkaisemiseksi? + 5.2. Ovatko tutkimuksen eri osat integroitu tehokkaasti vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 5.3. Onko laadullisten ja määrällisten komponenttien integroinnin tuotoksia tulkittu riittävästi? + 5.4. Otetaanko määrällisten ja laadullisten tulosten välisiä eroja ja epä johdonmukaisuuksia riittävästi huomioon? - 5.5. Noudattavatko tutkimuksen eri osat käytettyjen menetelmien kunkin perinteen laatukriteerejä? +</p>
<p>Shue, S., Traylor, M., Kukla, M., Slayers, M., Rollins, A., Henry, N., Eliacin, J., Garabrant, J.& McGuire, A. (2022) USA</p> <p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>S1. Onko selviä tutkimuskysymyksiä - (Tarkasteltiin järjestelmällisesti tiettyjä tekijöitä) S2. Voivatko kerätyt tiedot vastata tutkimuskysymyksiin? + 1.1. Onko laadullinen lähestymistapa sopiva vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 1.2. Ovatko laadulliset tiedonkeruumenetelmät riittäviä vastaamaan tutkimuskysymykseen? + 1.3. Ovatko havainnot johdettu riittävästi tiedoista? + 1.4. Onko tulosten tulkinta riittävästi perusteltu datalla? + 1.5. Onko laadullisten tietolähteiden, keräämisen, analysoinnin ja tulkinnan välillä johdonmukaisuutta? +</p>
<p>McPherson, P., Lloyd-Evans, B., Dalton-Locke, C. & Killaspy, H. (2021) United Kingdom</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? + 2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? + 3. Onko hakustrategia asianmukainen? + 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? + 5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? + 6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? + 7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? + 8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? + 9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? + 10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? + 11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p>
<p>Hawsawi, T., Stein-Parbury, J., Orr, F., Roche, M. & Gill, K. (2021) Australia</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? + 2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? + 3. Onko hakustrategia asianmukainen? + 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? + 5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? + 6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? – (yksi kaksi kertaa) 7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? + 8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? +</p>

	<p>9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? +</p> <p>10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p> <p>11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p>
<p>Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontain, C. & Fрати.F. (2021) Canada</p> <p>Systemaattinen sekatutkimusten katsaus</p>	<p>1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? +</p> <p>2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? +</p> <p>3. Onko hakustrategia asianmukainen? +</p> <p>4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? +</p> <p>5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? +</p> <p>6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? +</p> <p>7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? +</p> <p>8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? +</p> <p>9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? +</p> <p>10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p> <p>11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p>
<p>Lorien, L., Blunden, S. & Madsen, W. (2020) Australia</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti? +</p> <p>2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen? +</p> <p>3. Onko hakustrategia asianmukainen? +</p> <p>4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä? +</p> <p>5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset? +</p> <p>6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin? +</p> <p>7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi? +</p> <p>8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä? +</p> <p>9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä? +</p> <p>10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p> <p>11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa? +</p>
<p>Hardy, J., Parker, S., Hughes, I. & Anand, M. (2022) Australia</p> <p>Kvantitatiivinen poikkeikkaustutkimus</p>	<p>S1. Onko tutkimuksella selkeät tutkimuskysymykset? +</p> <p>S2. Voidaanko kerätyllä tiedolla vastata tutkimuskysymykseen? +</p> <p>3.1. Edustavatko osallistujat kohderyhmää? +</p> <p>3.2. Ovatko mittaukset asianmukaisia sekä tuloksen että toimenpiteen (tai altistumisen) kannalta? +</p> <p>3.3. Onko olemassa täydellisiä tulostietoja? +</p> <p>3.4. Otetaanko hämmennykset huomioon suunnittelussa ja analysoinnissa? +</p> <p>3.5. Onko interventio suoritettu (tai tapahtunut altistuminen) tutkimusjakson aikana suunnitellusti? Ei sovellettavissa</p>

LIITE 4. SAATEKIRJE JA KYSELYLOMAKE

Olemme Satakunnan ammattikorkeakoulun Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen YAMK koulutusohjelman opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä toipumisorientoituneen työtavan oivaltamisesta. Kyselyn avulla mittaamme toipumisorientoituneen työtavan ilmenemistä organisaatiossanne sekä työtapaan mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää toipumisorientoituneen työtavan kehittämisessä edelleen.

Ystävällisesti pyydämme teitä vastaamaan anonyymisti tähän kyselyyn. Vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta oikeuksiinne tai kohteluunne työntekijänä. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen ei edellytä aiempaa tietoa toipumisorientaatiosta, kaikkien organisaationne hoitohenkilökuntaan kuuluvien vastaukset ovat tärkeitä. Saatujen vastausten perusteella toipumisorientoitunutta työtapaa voidaan edelleen organisaatiossanne kehittää. Lähettämällä vastaukset ilmaiset antavasi suostumukseksi kyselyyn osallistumiseen. Osallistujilla on mahdollisuus keskeyttää kysely tai olla lähettämättä vastauksia, mikäli kesken kaiken päättää muuttaa mielen osallistumishalukkuudestaan. Tällöin vastauksia eivät tallennu.

Lähetetyt vastaukset tallennetaan kaksoistunnistuksella suojattuun pilvipalveluun ja vastauksia käsittelevät ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Aineiston keräämiseksi on saatu lupa organisaatioltanne. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Valmis opinnäytetyö julkaistaan www.theseus.fi
Kiitos jo etukäteen vastauksistanne! Ystävällisin terveisin Emmi Koivukangas ja Katja Niemistö
Antamiesi tietojen käsittelystä voit lukea lisää tietosuojaselosteesta ([linkki](#)).


Kun lähetät tämän lomakkeen, se ei kerää automaattisesti tietojasi, kuten nimeä ja sähköpostiosoitetta, ellei anna niitä itse.

1. Työsuhteesi kesto organisaatiossa jolle kysely on osoitettu? 

- Lyhytaikainen, 6kk tai lyhyempi työsopimus tai keikkaluonteinen työ
- Pitkäaikainen, yli 6kk sopimus

2. Korkein koulutustasosi sosiaali- ja terveysalalta? 

- Toisen asteen tutkinto
- Alempi korkeakoulututkinto
- Ylempi korkeakoulututkinto
- Tohtori
- Opiskelen ensimmäistä sosiaali- ja terveysalan tutkintoani
- Minulla ei ole alalle soveltuvaa tutkintoa

3. Onko sinulla mielenterveys- ja päihdealan koulutusta? 

- Ei
- Kyllä, kerro alla mitä koulutuksia?
- Muu

4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt mielenterveys- ja päihdealalla?

Kirjoita vastaus

5. Minkälaisissa oppimistilanteissa olet saanut tietoa toipumisorientaatiosta? Valitse 1 tai useampi

-
- En ole saanut koulutusta toipumisorientaatiosta
 - Katsomalla organisaation tarjoamaa koulutustallennetta toipumisorientaatiosta
 - Toipumisorientaatiota käsiteltiin tutkintoon johtavassa koulutuksessa
 - Työnohjauksessa
 - Kouluttautuessani itse kokemusasiantuntijaksi
 - Itse reflektoidessa toipumisorientaatiotiedon ja oman työskentelyn välistä suhdetta
 - Muu itsenäinen toipumisorientaation opiskelu
 - Osallistumalla kokemusasiantuntijan luennolle
 - Osallistumalla muun asiantuntijan toipumisorientaatiota käsittelevälle luennolle
 - Sisältyi työhön perehdytykseen
 - Muu

6. Kuinka kauan on kulunut aikaa siitä kun olet viimeksi saanut toipumisorientaatiokoulutusta?

Valitse yksi

- Alle vuosi
- yli vuosi
- en ole saanut koulutusta toipumisorientaatiosta

7. Lue alla olevat väittämät ja arvioi niiden paikkansa pitävyyttä omasta näkökulmastasi asteikolla 1–5 1 täysin eri mieltä, 2 eri mieltä 3 ei samaa eikä eri mieltä 4 samaa mieltä 5 täysin samaa mieltä



	1. Täysin eri mieltä	2. Eri mieltä	3. Ei samaa eikä eri mieltä	4. Samaa mieltä	5. Täysin samaa mieltä
Ajatus toipumisesta on yhtä lailla tärkeää hoidon kaikissa vaiheissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrasta tai päihdehoitoa saavat henkilöt eivät todennäköisesti pysty päättämään oman hoitonsa tai kuntoutuksensa tavoitteista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaikkien ammattilaisten tulisi kannustaa asiakkaita ottamaan riskejä, kun tavoitellaan toipumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oireiden hallinta on ensimmäinen askel kohti toipumista mielenterveys- ja päihdehäiriöissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaikki eivät ole kykeneviä osallistumaan aktiivisesti toipumisprosessiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavia henkilöitä ei pitäisi rasittaa jokapäiväisillä arjen velvollisuuksilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vakavasta mielenterveydenhäiriöstä tai päihdehäiriöstä toipuminen saavutetaan noudattamalla ennalta määrättyä prosessia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Täysin eri mieltä	2. Eri mieltä	3. Ei samaa eikä eri mieltä	4. Samaa mieltä	5. Täysin samaa mieltä
Harrastukset ja vapaa-ajan aktiviteetit ovat tärkeitä toipumisen kannalta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ammattilaisten vastuulla on suojella asiakkaitaan mahdollisilta epäonnistumisilta ja pettymyksiltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vain kliinisesti vakaat henkilöt tulisi ottaa mukaan omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toipuminen ei ole niin ajankohtaista niiden henkilöiden kohdalla, joilla on akuutteja psykoosioireita tai päihteiden väärinkäyttöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oman itsensä määrittely sairaudesta riippumatta on olennainen osa toipumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On usein haitallista, että asiakkaisiin kohdistetaan liian suuria odotuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ammattilaiset eivät voi tehdä paljoakaan auttaakseen henkilöä toipumaan, jos hän ei itse ole valmis hyväksymään sairauttaan tai hoidontarvettaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ RKI-mittarin suomalaista käyttöä hallinnoi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Mittari on vapaasti käytettävissä ei-kau-pallisiin tarkoituksiin

	1. Täysin eri mieltä	2. Eri mieltä	3. Ei samaa eikä eri mieltä	4. Samaa mieltä	5. Täysin samaa mieltä
Toipumiselle on tunnusomaista, että henkilö ottaa asteittaisia askeleita eteenpäin ilman suurempaa takapakkia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oireiden vähentyminen on olennainen osa toipumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toipumiseen liittyvät odotukset ja toivo tulisi suhteuttaa henkilön sairauden vakavuuteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajatus toipumisesta on tärkeintä niille henkilöille, joiden aktiivinen hoito on päättynyt tai pian päättymässä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitä paremmin henkilö noudattaa hoitoa sitä todennäköisemmin pää toipuminen on	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toiset ihmiset, joilla on vakava mielenterveyshäiriö tai jotka ovat toipumassa päihdehäiriöstä, voivat olla yhtä hyödyllisiä henkilön toipumisen kannalta kuin mielenterveyshäiriön ammattilaiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Asteikolla 1-5 kuinka hyvin koet hallitsevasi kumppanuuden osaprosessin sisällöt käytännön asiakastyössä? 1. Erittäin huonosti 2. Jokseenkin huonosti 3. En hyvin enkä huonosti 4. Jokseenkin hyvin 5. Erittäin hyvin.

	Erittäin huonosti	Jokseenkin huonosti	En hyvin enkä huonosti	Jokseenkin hyvin	Erittäin hyvin
Ihmissuhteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertaituki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tukiryhmät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muilta saatu tuki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteisöllisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Asteikolla 1-5 kuinka hyvin koet hallitsevasi toivon ja tulevaisuusoptimismin osaprosessin sisällöt käytännön asiakastyössä? 1. Erittäin huonosti 2. Jokseenkin huonosti 3. En hyvin enkä huonosti 4. Jokseenkin hyvin 5. Erittäin hyvin.

	Erittäin huonosti	Jokseenkin huonosti	En hyvin enkä huonosti	Jokseenkin hyvin	Erittäin hyvin
Usko toipumisen mahdollisuuteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muutosmotivaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toivoa ylläpitävät suhteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positiivinen ajattelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menestymisen arvostaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unelmat ja toiveet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Asteikolla 1-5 kuinka hyvin koet hallitsevasi identiteetin osaprosessin sisällöt käytännön asiakastyössä? 1. Erittäin huonosti 2. Jokseenkin huonosti 3. En hyvin enkä huonosti 4. Jokseenkin hyvin 5. Erittäin hyvin.

	Erittäin huonosti	Jokseenkin huonosti	En hyvin enkä huonosti	Jokseenkin hyvin	Erittäin hyvin
Identiteetin erilliset ulottuvuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Erittäin huonosti	Jokseenkin huonosti	En hyvin enkä huonosti	Jokseenkin hyvin	Erittäin hyvin
Myönteisen identiteetin rakentaminen ja vahvistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häpeän tunteesta irti pääseminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Asteikolla 1-5 kuinka hyvin koet hallitsevasi elämän merkityksellisyyden osaprosessin sisällöt käytännön asiakastyössä? 1. Erittäin huonosti 2. Jokseenkin huonosti 3. En hyvin enkä huonosti 4. Jokseenkin hyvin 5. Erittäin hyvin.

	Erittäin huonosti	Jokseenkin huonosti	En hyvin enkä huonosti	Jokseenkin hyvin	Erittäin hyvin
Mielentervaysk okemusten merkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elämänlaatu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielekkäät sosiaaliset roolit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elämän uudelleen rakentaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengellisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Asteikolla 1-5 kuinka hyvin koet hallitsevasi voimaantumisen osaprosessin sisällöt käytännön asiakastyössä? 1. Erittäin huonosti 2. Jokseenkin huonosti 3. En hyvin enkä huonosti 4. Jokseenkin hyvin 5. Erittäin hyvin.

	Erittäin huonosti	Jokseenkin huonosti	En hyvin enkä huonosti	Jokseenkin hyvin	Erittäin hyvin
Henkilökohtain en vastuunottamin en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elämänhallinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vahvuuksiin keskittyminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Minkälaisiin tekijöihin mahdolliset haasteet toipumisorientaation käyttämisessä työssäsi ovat liittyneet? (valitse 1 tai useampi)

- Ajan puute
- Rajallinen tieto toipumiskeskeisestä työtavasta
- Työyhteisön muutosvastarinta toipumisorientoitunutta työtapaa kohtaan
- Ristiriita positiivisen riskin oton ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa verrattuna pakon käyttöön ja rajoittamiseen
- Organisaation työntekijöilleen antaman tuen puute
- Asiakkaan oman motivaation puute sitoutua omaan toipumisprosessiin
- Toipumisorientaation avulla tavoitellaan lähinnä taloudellisia säästöjä
- Kliinisten kriteereiden ja tavoitteiden mukainen toipuminen vastaan asiakkaan ei-lineaarinen toipuminen.
- En tiedä mitä toipumisorientaatio tarkoittaa.
- En koe haasteita toipumisorientoituneen työtöteen käytössä.
- Muu

LIITE 5. KYSELYN KYSYMYSTEN PERUSTEET

Työskenteletkö pitkäaikaisessa vai lyhytaikaisessa työsuh- teessa? (Valitse yksi)	Työntekijöiden suuri vaihtuvuus heikentää toipumis- myönteistä kulttuuria työyhteisössä. (McKenna ym., 2014).
Korkein koulutustasosi sosiaali- ja terveysalalta? (valitse yksi tai useampi vaihtoehto).	Mielenterveysalan ammattilaisten kouluttautuminen parantaa asiakkaan toipumistuloksia. (Shah ym., 2014; Nordling, 2018).
Onko sinulla mielenterveys- ja päihdealan koulutusta?	Tätä kysyttiin saadaksemme tietoa mahdollisesta mie- lenterveys- ja päihdetyön kouluttautumisesta.
Työkokemusvuodet mielenter- veysalalla? (Valitse yksi)	Mielenterveys- ja päihdetyön työkokemusvuodet kor- reloivat positiivisesti toipumisorientoituneen työotteen kanssa. (Stuber ym., 2014).
Minkälaisissa oppimistilanteissa olet saanut tietoa toipumisorien- taatiosta? (valitse yksi tai use- ampi).	Tutkimuksissa on eriväisiä tuloksia tehokkaimman koulutusintervention laadusta. (Hornik-Lurie ym., 2018; McPherson ym., 2021; Hawsawi ym., 2021; Stuber ym., 2014; Chatwiriyaophon, 2024).
Kuinka kauan on kulunut aikaa siitä, kun viimeksi olet saanut toi- pumisorientaatiokoulutusta? (Va- litse yksi)	Syventävä toipumisorientaatiokoulutus vuoden sisällä korreloi positiivisesti toipumisorientoituneen työotteen kanssa. (Stuber ym., 2014).
RKI-mittarin kysymykset	Mittasi henkilön toipumisorientaatio tietoisuutta ja asennetta. Vastaajan tuli peilata käytännön asiakas- työtä ja toipumisorientoitunutta tietotaitoaan vastates- saan RKI-mittarin väittämiin. (Bedregal ym., 2006).
CHIME-osaprosessit Kumppanuus Toivo ja tulevaisuusoptimismi Identiteetti Elämän merkityksellisyys Voimaantuminen	CHIME-mallin sisältöä on hyvä sisällyttää toipumis- koulutuksiin (McPherson ym., 2021). Mielenterveys- alan ammattilaisten kouluttautuminen korreloi positiivi- sesti CHIME- osaprosessien toteutumisen kanssa (Shah ym., 2016).
Minkälaisiin tekijöihin mahdolliset haasteet toipumisorientaation käyttämisessä työssäsi ovat liittyy- neet? (valitse 1 tai useampi)	Tutkimuksissa on kuvattu laajasti erilaisia haasteita toipumisorientaation implementoinnin esteenä. (McKenna ym.,2014; Piat ym., 2021; Stuber ym., 2014; Hawsawi ym., 2021; Chatwiriyaophon ym., 2024; Lorien ym., 2020; Shue ym., 2022; Holley ym., 2016; Cusack ym., 2017; Le Boutillier ym.,2015).

LIITE 6. TAUSTAMUUTTUJEN YHTEYS TOIPUMISORIENTAATIOKOULUTUKSEEN OSALLISTUMISEEN

	On toipumis- orientaatio- koulutus <i>n</i> (%)	Ei toipumis- orientaatio- koulutusta <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)	<i>p</i> - arvo (Fis- her)	OR	95 %CI
Työsuhteen kesto				.298	4.54	0.24– 88.62
Lyhyt	2 (11.8 %)	2 (40 %)	4 (18,2 %)			
Pitkä	15 (88.2 %)	3 (60 %)	18 (81,8 %)			
Yhteensä	17 (100 %)	5 (100 %)	22 (100 %)			
Koulutustaso				.342		
Toinen aste	8 (47,1 %)	2 (40 %)	10 (45,5 %)			
Alempi korkea- koulututkinto	9 (52,9 %)	2 (40 %)	11 (50 %)			
NA	0 (0 %)	1 (20 %)	1 (4,5 %)			
Yhteensä	17 (100 %)	5 (100 %)	22 (100 %)			
MIPÄ kouluttautu- minen				.210	4.54	0.24– 88.62
MIPÄ koulutus - on	15 (88.2 %)	3 (60 %)	18 (81.8 %)			
MIPÄ koulutus - ei	2 (11.8 %)	2 (40 %)	4 (18.2 %)			
Yhteensä	17 (100 %)	5 (100 %)	22 (100 %)			
MIPÄ työkokemus- vuodet				.541		
<1 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)			
1–5 vuotta	8 (47.1 %)	4 (80 %)	12 (54.5 %)			
6–10 vuotta	4 (23.5 %)	1 (20 %)	5 (22,7 %)			
Yli 10 vuotta	5 (29.4 %)	0 (0 %)	5 (22,7 %)			
Yhteensä	17 (100 %)	5 (100 %)	22 (100 %)			

OR, Odds Ratio; CI, confidence interval; MIPÄ, mielenterveys- ja päihdetyö; NA, ei tiedossa, ei ilmoittanut koulutusastetta.