

Toipuminen psykiatrisessa osastohoidossa toipujien ja läheisten kokemana

Hoitotiede
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Jani Rantala

Ohjaajat:
Tohtorikoulutettava Jaakko Varpula
TtT Minna Anttila

25.10.2022
Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Jani Rantala

Otsikko: Toipuminen psykiatrisessa osastohoidossa toipujien ja läheisten kokemana

Ohjaajat: tohtorikoulutettava Jaakko Varpula, TtT Minna Anttila

Sivumäärä: 48 sivua, 5 liitesivua

Päivämäärä: lokakuu/2022

Hyvissä mielenterveyspalveluissa korostuvat saavutettavuus, vaikuttavien työmenetelmien käyttö, toipujien oikeuksien kunnioitus sekä ne ohjaavat toipujaa osallisuuteen. Toipumista edistämällä voidaan tukea toipujan osallisuutta ja asemaa hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata toipumista sekä sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä psykiatrisessa osastohoidossa olevien toipujien ja heidän läheisten kokemana. Tutkimuksen tavoite on tukea toipumisen toteutumista psykiatrisessa osastohoidossa toipumista edistävien ja ehkäisevien tekijöiden tunnistamisen avulla.

Tutkielma on laadullinen kuvaileva tutkimus. Tutkimusaineisto on kerätty 13 fokusryhmähaastatteluun lokakuussa 2017 osana VIOLIN-kehittämishanketta. Otantamenetelmä tutkimuksessa oli mukavuusotanta ja haastattelut toteutettiin kahdeksan eri sairaanhoitopiirin alueella. Otos (n = 36) sisälsi 3 toipujien läheistä ja 33 toipujaa. Haastattelujen teemarunkona toimi Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä QualityRights Tool Kit. Aineistonanalyysi toteutettiin teoriaohjaavana sisällönanalyysinä, jossa toipuminen määriteltiin CHIME-mallin mukaan sisältäen viisi toipumisen prosessia: yhteys muihin, toivo ja optimismi, identiteetti, merkityksellisyys sekä voimaantuminen.

Toipijat kokivat usein yhteyttä muihin toipujiin, mutta läheisten saavutettavuuteen toipujien näkökulmasta olisi hyvä kiinnittää huomiota. Henkilökunnan vuorovaikutus- ja ammattitaito, saavutettavuus sekä rehellisyys olivat hoitosuhteiden muodostumista tukevia tekijöitä, joista erityisesti henkilökunnan saavutettavuutta kuvattiin ajoittain puutteellisenä. Läheisille henkilökunta kuvautui ammattitaitoisena. Toivon ja optimismin kuvauksia esiintyi melko vähän tutkimuksen aineistossa. Epätietoisuus toipumisen kestosta ja keinoista kohti toipumista sekä pitkäaikainen sairaus olivat toivoa heikentäviä tekijöitä. Identiteetti ilmeni yksilöllisyyden, toipujan kokonaisvaltaisuuden huomioimisen sekä leimautumisen kuvauksina. Toipujan aseman vahvistaminen, yksilöllinen kohtaaminen ja kuuleminen sekä palveluissa esiintyvä joustavuus voisivat edistää toipumista tukevien identiteetin osa-alueiden toteutumista. Merkityksellisyyden osa-alueet olivat läsnä osastohoidon aikana. Mielekkäät aktiviteetit osastohoidon aikana sekä kotiinpaluun suuntaava toiminta olivat merkityksellisyyttä tukevia tekijöitä, joita tulisi edistää osastohoidossa. Voimaantuminen sisälsi merkityksellisyyttä sivuvia kuvauksia osaston ulkopuolisesta toiminnasta. Voimaantumisen toteutumiselle oli tärkeää mahdollisuus henkilökohtaiseen vastuuseen, mikä edellytti tiedonsaantia sekä ohjausta henkilökunnalta. Aina toipijat eivät itse toivoneet vastuunottoa vaan toivoivat henkilökunnalta vastuunkantoa toipumisen suhteen.

Tutkimuksen perusteella toipumisen eri prosessit ovat läsnä suomalaisessa psykiatrisessa osastohoidossa. Vaikka prosessit ovat läsnä hoidossa toteutuvat ne hyvin vaihdellen. Osastohoidossa tulisi kiinnittää huomiota toipujien riittävään tiedon saantiin sekä pyrkiä osaston ulkopuolisen toiminnan mahdollistamiseen, sillä niiden kuvattiin liittyvän useampaan toipumisen prosesseista.

Avainsanat: toipuminen, toipumisorientaatio, mielenterveys, psykiatrinen osastohoito, mielenterveystoipijat, läheiset

Bachelor's Thesis

Subject: Nursing Science

Author: Jani Rantala

Title: Recovery in psychiatric inpatient care as experienced by those in recovery and their relatives

Supervisors: Doctoral Researcher Jaakko Varpula, PhD Minna Anttila

Number of pages: 48 pages, 5 appendix pages

Date: October/2022

Good mental health services are accessible, they use effective work methods, they respect patients' rights and they guide patients to participation. Patient participation can be enhanced by supporting recovery-oriented practices. The purpose of the study was to describe recovery and the factors promoting and hindering recovery, as experienced by psychiatric inpatients and their relatives. The goal of the research is to support the realization of recovery in psychiatric ward treatment by identifying factors that promote and prevent recovery.

The thesis was qualitative descriptive study. The data was collected through 13 focus group interviews in October 2017 as part of the VIOLIN research and development project. Convenience sampling was used and the interviews were conducted in eight different hospital districts. The sample (n = 36) included 33 psychiatric inpatients and 3 relatives of psychiatric inpatients. The interviews were based on the WHO QualityRights Tool Kit. The data were analyzed by theory-driven content analysis with CHIME model. CHIME includes five processes of recovery: connectedness, hope and optimism about the future, identity, meaning in life and empowerment.

Inpatients often experienced connectedness with other patients, but it is worth paying attention to the accessibility of relative, according to the patients. The interaction skills, professionalism, accessibility and honesty of the staff members supported the formation of relationship between the staff and the patients. For patients, accessibility to staff was sometimes lacking. Inpatients' relatives described the staff as professional. There were few descriptions of hope and optimism about the future. Uncertainty about the duration of recovery and the means towards recovery, as well as a long-term illness were described as factors that decreased hope. Patients described identity as experiences of individuality, holistic approach and stigmatization. Strengthening the patient-centered care, individual patient encounters and flexibility in services could contribute to the realization of aspects of identity that support recovery. The aspects of meaning in life were present during ward treatment. Meaningful activities during hospitalization and activities aimed at returning home were factors that support meaning and should be promoted in inpatient care. Empowerment included descriptions of activities outside the department that partly overlapped with meaning in life. The possibility of personal responsibility was important in terms of the realization of empowerment, which required guidance and information from the staff. Patients did not always want to take responsibility themselves, but wanted the staff to take responsibility for their recovery.

According to this study, different processes of recovery are present in Finnish psychiatric inpatient care. Although the processes of recovery are present in the treatment, they are realized in different way. In inpatient care, attention should be paid to the recovering patients' access to sufficient information and efforts should be made to enable activities outside the ward, as they were described as being related to several aspects of the recovery processes.

Keywords: recovery, recovery-orientation, mental health, psychiatric inpatient care

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Keskeiset käsitteet	7
2.1	Toipuminen	7
2.2	Toipumisorientaatio	8
2.3	Mielenterveyshoitotyö ja psykiatrinen osastohoito	8
2.4	Mielenterveystoipuja ja -läheinen	9
3	Tiedonhaun kuvaus	11
4	Toipuminen psykiatrisessa osastohoidossa	13
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	18
6	Tutkimuksen empiirinen toteutus	19
6.1	Tutkimuksen kohderyhmä, otoskoko ja otantamenetelmä	19
6.2	Aineistonkeruu	19
6.3	Aineiston analyysi	21
6.4	Tutkimuksen eettisyys	23
7	Tutkimustulokset	24
7.1	Yhteys muihin	25
7.2	Toivo ja optimismi	27
7.3	Identiteetti	29
7.4	Merkityksellisyys	30
7.5	Voimaantuminen	33
8	Pohdinta	36
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu	36
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	39
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	41
	Lähteet	42

Liitteet

Liite 1. Tietokantahaut ja tulokset

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

TAULUKKO 1. PICO-MENETELMÄN MUKAINEN HAKULAUSEKKEEN LÄHTÖKOHTA	11
TAULUKKO 2. TOIPUMINEN CHIME-MALLIN MUKAAN (LEAMY YM. 2011)	21
KUVIO 1. FLOW-DIAGRAMMI TIEDONHAUSTA, MUKAUTETTU PRISMA 2009	12

1 Johdanto

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat paljon inhimillistä kärsimystä sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn laskua (Suvisaari ym. 2014). Suomessa fyysisen terveyden kohentuessa on mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus kasvanut sairastavuudessa, mutta yhä pienempi osa terveydenhuollon budjetista siirtyy mielenterveyden palveluihin (Wahlbeck ym. 2018). Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) mukaan Suomen mielenterveydenhäiriöistä johtuvat kulut ovat OECD-maiden korkeimpia, jopa yli 5 prosenttia bruttokansantuotteesta (OECD 2018).

Toipumisorientaatio ja siihen kuuluva henkilökohtainen toipuminen korostavat toipujan voimavaroja, osallisuutta, toivoa ja merkityksellisyyttä. Toipumisen juuret ovat 1960-luvulla, mutta vasta 1990-luvulta alkaen on toipumisorientaatio saanut voimakkaammin jalansijaa mielenterveystyön suunnittelua ja toteutusta ohjaavana viitekehyksenä kansainvälisesti. Suomessa potilasyhdistykset sekä esimerkiksi Mielenterveyden keskusliitto ovat kehittäneet toimintaansa toipumisorientaation mukaiseksi. Kunnallisissa palveluissa muutos on ollut hitaampaa, mutta lisääntynyttä. (Nordling 2018.)

Hyvissä mielenterveyspalveluissa korostuvat saavutettavuus, vaikuttavien työmenetelmien käyttö, toipujien oikeuksien kunnioitus sekä ne ohjaavat toipujaa osallisuuteen (Wahlbeck ym. 2018). Kansallisesti mielenterveystyön painopisteeksi on asetettu toipujan aseman vahvistamista (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016). Toipumisorientaatioon perustuva hoito tukee asiakasta kohti merkityksellistä elämää ja toipumista edistämällä voidaan tukea toipujan asemaa sekä osallisuutta hoidossa (Nordling 2018). Toipumisorientaation taustalla olevat arvot korostavat esimerkiksi toipujan itsemääräämisoikeutta, osallisuutta, yksilöllisyyttä sekä kokemuksellisuutta (Nordling & Rissanen 2020).

Tavoiteltaessa toipujakeskeisiä ja toimivia mielenterveyspalveluita tulisi toipujien sekä heidän läheisten kokemuksia toipumisesta selvittää. On huomioitavaa, että läheisille toipuminen voi merkitä eri asiaa kuin toipujille (Jacob ym. 2017, Coffey ym. 2019). Tämän tutkielman tarkoitus on kuvata toipumisen toteutumista psykiatrisessa osastohoidossa toipujien ja läheisten näkökulmasta. Tutkimuksen tavoite on tukea toipumisen toteutumista psykiatrisessa osastohoidossa tunnistamalla toipumista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkimus on toteutettu osana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen hallinnoimaa ”Käyttäjälähtöisyydellä aggressiotilanteiden hallintaan” -hanketta (VIOLIN) 2015-2020.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Toipuminen

Toipuminen voidaan kuvata kolmella eri lähestymistavalla: kliinisestä, palveluiden tai henkilökohtaisesta näkökulmasta (Nordling & Rissanen 2020). Kliinisenä käsitteenä toipuminen tarkoittaa sairauden oireiden loppumista tai vähenemistä (Nordling ym. 2015). Palveluiden näkökulmasta toipumista tarkastellaan organisaatioiden kautta, jolloin huomio kiinnitetään kustannuksellisiin tekijöihin, palveluihin pääsemiseen tai niistä pois pääsemiseen. Henkilökohtaisessa toipumisen määrittelyssä korostetaan yksilön omaa kokemusta toipumisesta sekä elämän merkityksellisyyttä ja mielekkyyttä. (Nordling & Rissanen 2020.) Tässä tutkielmassa toipumisella tarkoitetaan toipujan henkilökohtaista näkökulmaa painottavaa toipumista.

Henkilökohtainen toipuminen perustuu toipujan omaan kokemukseen toipumisesta sekä elämän mielekkyydestä ja merkityksellisyydestä (Deegan 1988, Nordling & Rissanen 2020). Toipumista kuvataan useissa lähteissä epälineaariseksi ja yksilölliseksi prosessiksi tai matkaksi (Deegan 1988, Anthony 1993, van Weeghel ym. 2019, Nordling & Rissanen 2020). Henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvalla toipumisella on ollut pitkään tarve toipujien kaivatessa hoitoonsa muutakin sisältöä, kuin pelkästään oireiden hoitoa (Anthony 1993). Vaikka toipumisorientaation juuret ulottuvat vuosikymmenten taakse löytyy toipumisen käsitteelle lukuisia toistensa kanssa osittain päällekkäisiä määritelmiä (Stuart ym. 2017, Ellison ym. 2018). Toipuminen kuvataan aktiivisena toimintana, mikä edellyttää myös toipujalta vastuunottoa. Keskeistä on yhteistyö toipujan, läheisten tai muiden tukihenkilöiden sekä ammattilaisten välillä. (Nordling & Rissanen 2020.)

Läheiset voivat kokea toipumisen eri tavalla kuin toipujat. Läheisille tärkeää voi olla oireiden vähentyminen tai hoidon tulokset, kuten toimintakyky, kun taas toipujat mieltävät toipumisen moniulotteisempänä prosessina, jossa keskeisenä on elämän mielekkyys sekä henkilökohtainen muutos (Jacob ym. 2017). On myös arvioitu, että läheiset kokevat toipujaa voimakkaammin toipujan taustan merkityksen toipumisessa. Toipujien määriteltessä toipuminen yksilöllisenä ja sisäisenä kokemuksena, läheisille toipuminen näyttäytyy havainnoitavina asioina, kuten toipujan kykyinä hoitaa asioitaan tai ylläpitää ihmissuhteitaan. (Noiseux ym. 2010.)

2.2 Toipumisorientaatio

Toipumisorientaatiolla tarkoitetaan mielenterveyspalveluiden viitekehystä, jossa toipumista tarkastellaan toipujan henkilökohtaisesta näkökulmasta (Nordling 2018).

Toipumisorientaation taustalla ei ole yhtä selittävää tai ohjaavaa teoriaa vaan toipumisorientaatio perustuu useisiin teorioihin, jotka eri näkökulmin pyrkivät tukemaan ja edistämään toipujan hyvinvointia (Nordling & Rissanen 2020). Toipumisorientaation mukaisissa palveluissa tulisi kiinnittää huomiota yksilöllisen kasvun mahdollisuuteen ja mahdollistamiseen. Tavoitteena on toipujan tukeminen oman elämän hallinnassa (Nordling ym. 2015). Toipumisorientaatio on keskeisenä mielenterveyshoitotyön viitekehysenä useissa valtioissa, kuten Australiassa, Iso-Britanniassa, Kanadassa, Uudessa-Seelannissa sekä Yhdysvalloissa (Shanks ym. 2013, Waldemar ym. 2016).

2.3 Mielenterveyshoitotyö ja psykiatrinen osastohoito

Mielenterveystyön pyrkimyksenä on mielenterveyden häiriöiden sekä niistä johtuvien seurauksien ehkäisy, lievittäminen tai hoito. Sen tarkoituksena on yksilön toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin sekä persoonallisuuden kasvun edistäminen. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Mielenterveystyötä kohdennetaan yhteiskunnan, yhteisöjen tai yksilöiden tasolla joko suoraan tai välillisesti, ja sitä toteutetaan eri tasoilla. Eri tason palvelut tarkoittavat kuntien tai kuntayhtymien perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidoa sekä kolmatta sektoria. (Hietaharju & Nuutila 2010.) Mielenterveyshoitotyö on mielenterveystyöhön sisältyvää hoitotyötä, minkä perustana on näyttöön perustuva toiminta sekä kyky moniammatilliseen yhteistyöhön. Mielenterveyshoitotyön ydinosaa on vuorovaikutuksellisuuden perustuva hoitajan ja toipujan välinen yhteistyösuhde. (Hämäläinen ym. 2017.)

Tässä tutkielmassa käsitellään psykiatrista osastohoitoa, joka kuuluu tasoltaan erikoissairaanhoidon vastuulla ovat esimerkiksi itsemurhavaarassa, toiminta- tai työkyvyltä vakavasti heikentyneet sekä vakavista oireista kärsivät toipujat (Terveystieteiden tutkimuskeskus [THL] 2022). Psykiatrisilla vuodeosastoilla hoidettiin vuonna 2020 noin 24 000 toipujaa ja hoitajaksoja oli noin 38 000. 2010-2020 vuosina vuodeosastohoitajaksojen määrä on pysynyt melko tasaisena, mutta vuodeosastojen hoitoajat ovat lyhentyneet ja lyhyiden osastohoitajaksojen (1-2 viikkoa) määrä on kasvanut. (Kyrölä & Järvelin 2021.)

Osastohoitoa voidaan toteuttaa toipujan omasta tahdosta riippumatta (Mielenterveyslaki 1190/2226), mutta osastohoitoa annetaan myös toipujan vapaaseen tahtoon perustuen. Vaikka tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan toipujan päätöksentekoa on rajattu ja päätöksentekokyky on laillisesti todettu heikentyneeksi, ei toipujan oikeudet tai kyky tehdä päätöksiä ole kokonaan hävinneet (Korkeila 2006), mitä voidaan myös lain puitteissa ohjata huomioon otettavaksi: esimerkiksi tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättävän yksilön oma kanta tulee selvittää ennen hoitoon määräämistä (Mielenterveyslaki 1990/1116). Psykiatrasta osastohoitoa on arvosteltu sen perustumisesta edelleen pitkälti kliniseen toipumiseen, eikä se huomioi riittävästi toipujan henkilökohtaista toipumista (Nordling 2018).

Toipumisen tukemiseksi hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota toipumisen osa-alueisiin (Leamy ym. 2011). Toipumisen näkökulmasta mielenterveyshoitotyön tulisi tukea toipujaa toiveikkuutta sekä elämän tarkoituksellisuuden ja mielekkyyden kokemusta kohti, mikä voi käytännössä tarkoittaa toipujan avustamista voimavarojen löytämisessä sekä tavoitteiden ja suunnitelmien löytämisessä, toteuttamisessa ja arvioinnissa (Nordling ym. 2015). Toipumisorientaation toteutumiselle osastohoidossa on kuvattu olevan haasteina muun muassa toipujin suuri määrä henkilökuntaan nähden, toipujien vaihtuvuus ja lyhyet hoitoajat, implementaatioon ja muutokseen liittyvät haasteet sekä osaston tilojen epäkäytännöllisyys (Waldemar ym. 2016).

2.4 Mielenterveystoipuja ja -läheinen

Suomen laissa tarkoitetaan potilaalla ”terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Mielenterveyspotilaalla kuvataan mielenterveyspalveluiden käyttäjää. Tässä tutkielmassa potilas-käsite on päädytty systemaattisesti korvaamaan toipuja-käsitteellä.

Tässä tutkielmassa mielenterveystoipujien omaisista, ystävistä tai muutoin läheisistä ihmissuhteista käytetään nimitystä läheinen. Sanakirjassa läheinen ihmissuhde määritellään sukulaisuuden, esimerkiksi lähiomainen, tai yhteenkuuluvuuden, kuten ystävyuden, kautta muodostuvaksi (Kielitoimiston sanakirja 2021). Lain mukaan omaisten mukaanotto hoidon suunnitteluun tai tarvittaessa toipujan tahdon ilmaisemiseen ovat potilaan ja omaisten oikeuksia (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Läheisen rooli ja tuki ovat tärkeitä toipumisprosessissa ja läheisten vastuut toipumisessa ovat lisääntyneet hoidon siirtyessä avohoitopainotteiseksi (Huttunen 2000, Paattimäki ym. 2015). Keskeinen osa

toipumista on yhteistyö toipujan, läheisten sekä ammattilaisten välillä (Nordling & Rissanen 2020).

3 Tiedonhaun kuvaus

Tutkimuksen pohjaksi toteutettiin kuvaileva narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvailla tutkimusaihetta käsittelevä aiemmin tehty tutkimustieto (Suhonen ym. 2016). Ennen tiedonhakua määriteltiin katsaukseen mukaan otettavien tutkimusten osalta mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimusten mukaanottokriteerit määriteltiin koskemaan englannin tai suomenkielisiä saatavilla olevia vertaisarvioituja empiirisiä tutkimusartikkeleita, joissa informantteina olivat yli 18-vuotiaat mielenterveystoipujat tai heidän läheiset, tutkimusten tuli koskea psykiatrasta osastohoitoa ja käsitellä toipumista tai toipumisorientaatiota. Poissulkukriteereinä käytettiin vanhus-, oikeuspsykiatrasta tai avohoitoa koskevat tutkimukset.

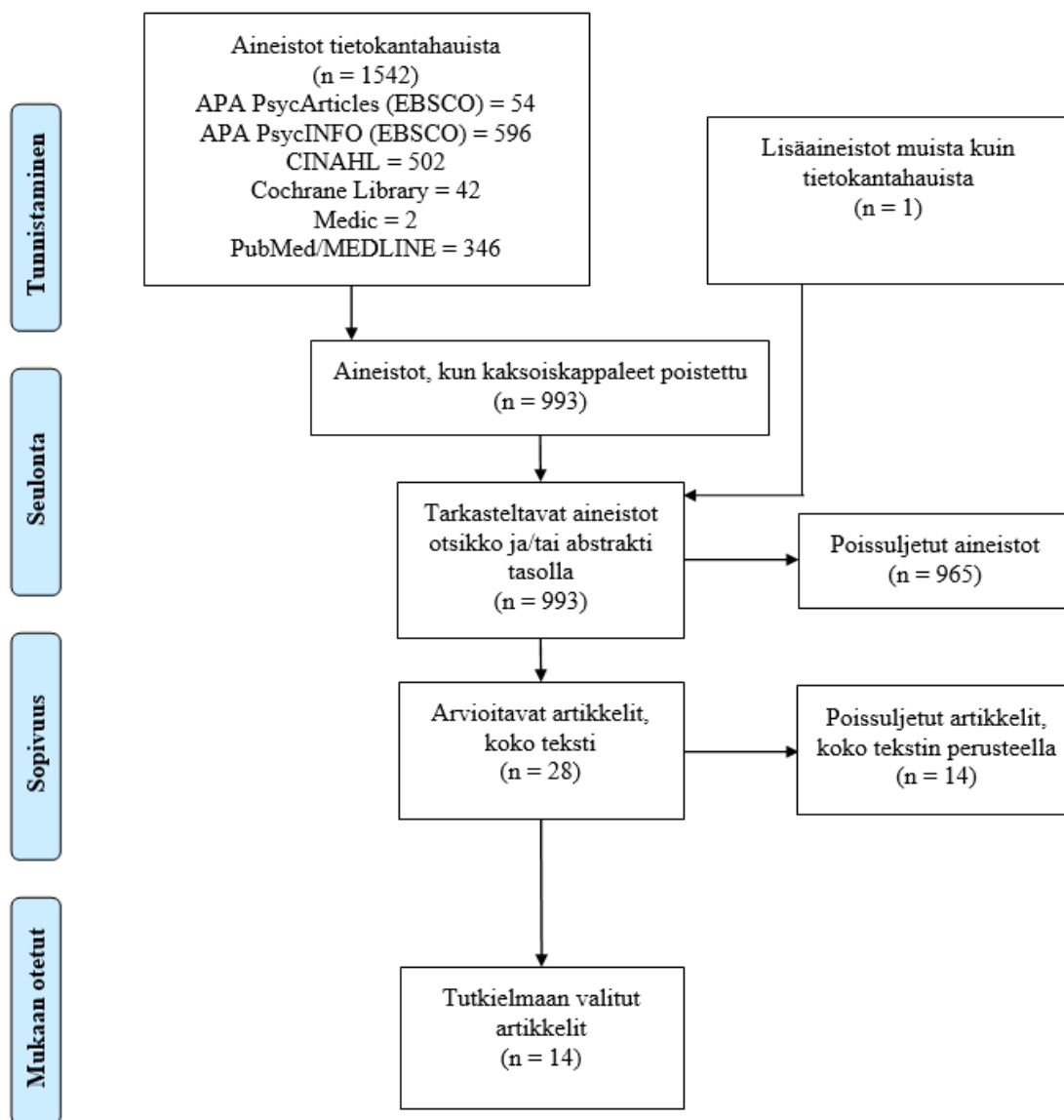
Tiedonhaku aloitettiin määrittelemällä hakulausekkeet yksilöllisesti kullekin tietokannalla käyttäen hyväksi PICO-menetelmää. PICO-menetelmässä hakulauseke muodostetaan tutkittavasta ryhmästä (P), mielenkiinnon kohteesta (I) sekä kontekstista/tutkimusympäristö (Co) (Siltanen ym. 2019). Tässä tutkimuksessa tutkittava ryhmä sisälsi mielenterveystoipujat tai heidän läheiset, mielenkiinnon kohteen oli toipuminen ja tutkimusympäristönä psykiatrinen osastohoito (Taulukko 1).

Taulukko 1. PICO-menetelmän mukainen hakulausekkeen lähtökohta

Tutkittava ryhmä (P)	Mielenkiinnon kohde (I)	Tutkimusympäristö (Co)
Mielenterveystoipujat Toipujien läheiset	Toipuminen	Osastohoito

Tutkimuksen tiedonhaku toteutettiin marraskuussa 2020 ja täydennettiin toukokuussa 2022. Tiedonhaku toteutettiin seuraaviin tietokantoihin: APA PsycArticles (EBSCO), APA PsycINFO (EBSCO), CINAHL (EBSCO), Cochrane Library, Medic ja PubMed / Medline. Tietokanta-kohtaiset hakulausekkeet sekä hakutulokset on kuvattu erillisessä taulukossa (Liite 1) ja tiedonhaun vaiheet omassa kuviossa (Kuvio 1). Tietokantahaut tuottivat yhteensä 1542 tulosta. Duplikaattien poiston jälkeen otsikko- ja/tai abstraktitasolla läpikäytäväksi jäi 992 artikkelia, joista 965 artikkelia jätettiin pois, koska ne eivät käsitelleet tutkimusaihetta, eivät täyttäneet mukaanottokriteereitä tai sisälsivät poissulkukriteerien mukaisia tekijöitä. Koko tekstin perusteella tarkasteluun valittiin 28 artikkelia, joista koko tekstin perusteella poistettiin artikkeleita niiden koskiessa oikeuspsykiatrasta hoitoa, tiedonlähteinä toimivat tilastot tai tuloksista ei pystytty erottamaan toipujien, läheisten tai osastohoitoa koskevia tuloksia.

Katsauksen lopullinen aineisto muodostui 14 artikkelista, joiden arvioitiin täyttävän tieteelliselle artikkelille asetetut kriteerit. Arvioinnin tukena käytettiin MMAT-työkalua (Hong ym. 2018).



Kuvio 1. Flow-diagrammi tiedonhausta, mukautettu Prisma 2009 (Moher ym. 2009)

4 Toipuminen psykiatrisessa osastohoidossa

Toipumisen määritelmä osastohoidossa vaihtelee. Se voi tarkoittaa esimerkiksi oireiden poistumista, mahdollisuutta elää ilman lääkitystä tai vaikeuksien voittamista (Coffey ym. 2019). Toipujat ovat kuvanneet toipumisen voivan tarkoittaa tuettomuutta, mutta myös tuen saamista oikeassa suhteessa (Bredski ym. 2015). Toipumista on kuvattu paranemiseksi tai jonkin menetetyin takaisin saamiseksi sekä epälineaariseksi matkaksi tai prosessiksi (Aston & Coffey 2011). Sekä toipujat että läheiset ovat kertoneet toipumisen vaativan aikaa (Aston & Coffey 2011, Kidd ym. 2015). Toivo, merkityksellisyys, hallinnan tunne sekä itsensä johtaminen ovat toipujien mielestä tärkeitä tekijöitä toipumisessa, myös hengellisyys ja seksuaalisuus on koettu osaksi toipumista, joskaan ei niin tärkeiksi kuin ensin mainitut (Bass ym. 2014). Läheisten mukaan toipumisen tulisi perustua yhteistyöhön sekä yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen toipujan sekä läheisten huomioimiseen (Katsikitis ym. 2017). Toipujat ja läheiset ovat toivoneet toipumista tukevien menetelmien aktiivisempaa käyttöönottoa osastohoitoon (Flecher ym. 2019). Kirjallisuuskatsauksen perusteella toipuminen osastohoidossa ilmenee toivon, toimijuuden, vuorovaikutussuhteiden, turvallisen ympäristön sekä lääkityksen kautta.

Toivo

Toivo on ollut tärkeä toipumiseen sisältyvä tekijä osastohoidossa (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015). Toivon on kuvattu muodostuvan toiveikkuuden ja toivottomuuden sekoituksesta (Bredski ym. 2015). Tulevaisuuteen suuntaava toiminta, kuten tavoitteiden asettaminen sekä hoidossa että elämässä, voi edistää toivoa. Toipujille esimerkiksi toiveet terveydestä, työstä, koulutuksesta tai ihmissuhteista olivat mainittuja tavoitteita. (Bredski ym. 2015.)

Henkilökunnalta saatavan palauteen avulla oli mahdollista tukea tai estää toipujien kokemaan toivoa ja esimerkiksi riittämätön palaute heikensi toivon tunnetta (Bredski ym. 2015).

Yleisesti toipujat ovat kokeneet toiveikkuuden osastohoidon aikana melko korkeaksi ja vaikka osa on kokenut toivon puutteellisena ei sitä olla pidetty luontaisena osastohoidolle (Bass ym. 2014). Pitkään jatkunut osastohoito, tahdosta riippumaton hoito sekä toipujan kokemus osastohoidon tarpeettomuudesta olivat tekijöitä, jotka heikensivät toiveikkuutta (Bredski ym. 2015). Osaston ulkopuolinen vapaa-aika voi edistää toiveikkuutta sekä yhteiskuntaan kiinnittymistä. Riittävä itsenäinen vapaus edisti toipujien mukaan heidän toivoa ja vähensi ikävystymistä sekä tuki heidän ihmissuhteita. (Bredski ym. 2015.)

Toimijuus

Toimijuus kuvattiin osaksi toipumista. Toimijuus tarkoittaa esimerkiksi kykyä olla mukana merkityksellisessä ja päämäärätietoisessa toiminnassa (Bredski ym. 2015). Keinot kuten aktiivinen palautteen saaminen sekä toipujan kokemusten (Bredski ym. 2015), selviytymiskeinojen (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015), päivittäisten rutiinien (Isobel 2019) tai tavoitteiden ja päämäärien hyödyntäminen (Bass ym. 2014, Waldemar ym. 2018) tukivat toimijuutta. Toipumisorientaatioon perustuvilla palveluilla oli mahdollista edistää toipujan luottamusta omiin kykyihin (Jaeger ym. 2015). Hoitojärjestelmän ylisuojelevuus tai rajoitukset puolestaan heikensivät toimijuutta (Jensen 2004, Bredski ym. 2015). Toimijuutta tukemalla voitiin edistää myös toipujien yksilöllistä hoitoa esimerkiksi toipujan kokemusten kuulemisen ja hoitoon osallistumisen keinoin (Bredski ym. 2015). Henkilökunnan opastus päivän aikatauluista, muistuttaminen hoitotapaamisista sekä ruoka- ja lääkeajoista tukivat toimijuutta (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019).

Keskeinen osa toimijuutta on ollut toipujan mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Coffey ym. 2019, Isobel 2019). Kuitenkin toipujien mukaanotto hoidon suunnitteluun on ilmennyt puutteellisuutta (Bass ym. 2014, Waldemar ym. 2018, Coffey ym. 2019, Isobel 2019) ja tahdosta riippumattomassa hoidossa toimijuus omaa hoitoa koskien on ollut heikkoa (Kidd ym. 2015, Isobel 2019). Rajoitusten käyttö ja eristäminen olivat läheisten kuvaamia haasteita toipumiselle (Jensen 2004). Kaikille toipujille hoitopäätöksiin osallistuminen ei ollut tärkeää vaan he kokivat henkilökunnan osaavan tehdä hyviä päätöksiä heidän puolesta (Waldemar ym. 2018). Tieto omasta oikeudellisesta asemasta koetaan tärkeänä osastohoidossa (Coffey ym. 2019, Isobel 2019). Toipujat ovat kuvanneet muun muassa tiedollisia puutteita koskien hoitoa ja hoidon tavoitteita (Waldemar ym. 2018, Isobel 2019). Hoidon suunnitteluun varatut tapaamiset eivät ole vastanneet toipujien toiveita saavutettavuudelta, kestolta (Coffey ym. 2019, Isobel 2019) eikä sisällöltään (Coffey ym. 2019). Toipujat ovat myös kokeneet, että heidän osastohoitojaksonsa on päätetty ilman toipujan kannan huomioimista (Waldemar ym. 2018).

Läheiset kokivat heidän mukaanoton hoitoon ajoittain puutteellisuutta (Katsikitis ym. 2017). Toipujien kokemana puutteita esiintyy esimerkiksi henkilökunnan ja läheisten välisessä yhteydenpidossa, hoitopäätöksiin osallistumisessa ja tilanteissa, joissa läheiset otetaan mukaan hoitoon, vaikka toipuja ei sitä itse toivo (Isobel 2019). Läheiset itse kertovat

kokeneensa sivuuttamista esimerkiksi tiedon antajina, mikä voisi helpottaa työskentelyä toipujan kanssa (Katsikitis ym. 2017). Läheiset kuvasivat puutteita hoidon jatkuvuudessa osastohoidon päättyessä (Jensen 2004, Hungerford & Richards 2013, Katsikitis ym. 2017), mikä näkyi esimerkiksi yksilöllisen hoitosuunnitelman puutteena (Katsikitis ym. 2017). Puutteita ilmeni myös yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista eikä toipujan voimavaroja ja taitoja huomioitu riittävästi (Katsikitis ym. 2017). Läheiset ovat kokeneet puutteita osastohoidon laadussa: osastohoito ei ole ollut mahdollisuuksiin nähden riittävän intensiivistä (Hungerford & Richards 2013) tai osastoa kuvattiin lähinnä säilytyspaikkana toipujille (Katsikitis ym. 2017).

Toipujan ja henkilökunnan välinen jaettu ymmärrys mielenterveydestä sekä sen haasteisiin reagoimisesta ovat tärkeitä toimijuuden tukemiseksi (Aston & Coffey 2011). Läheiset kokivat tärkeänä tukea toipujien oireidenhallintaa sekä kiinnittymistä toipumista tukevaan hoitosuunnitelmaan. Läheiset pitivät tärkeänä yhteistyötä osaston ja avohoidon henkilökunnan välillä osastohoidon aikana toipumisen tukemiseksi. (Hungerford & Richardson 2013.) Toipujat kokivat yleistä pelkoa menetyksestä, mitä sairastumiseen liittyi, mikä saattoi heikentää toimijuutta heidän pelätessä esimerkiksi leimautumista tai töiden saannin vaikeutta (Aston & Coffey 2011). Muina haasteita toimijuudelle kuvattiin olevan muun muassa laitostuminen (De Ruyscher ym. 2020) sekä tylsistyminen osastolla (Bredski ym. 2015, Flecher ym. 2019, Isobel 2019). Toipujille onkin ollut tärkeää pystyä suuntaamaan toimintaa osastohoidon aikana osaston ulkopuolelle (De Ruyscher ym. 2020). Ihmissuhteiden sekä aktiviteettien tuella koettiin olevan merkitystä tylsistymisen ehkäisyssä (Bredski ym. 2015, Flecher ym. 2019, Isobel 2019). Joillekin aktiviteetteihin osallistuminen saattoi olla ainoa asia osastohoidossa, joka koettiin toipumista tukevana (Bredski ym. 2015).

Vuorovaikutussuhteet

Vuorovaikutussuhteet olivat tärkeitä toipumisessa ja niillä tarkoitettiin niin toipujan ja henkilökunnan välistä hoitosuhdetta, kuin muiden ihmisten, kuten perheenjäsenten, ystävien tai toisten toipujien välisiä vuorovaikutussuhteita (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019). Läheiset toimivat toipujien tukiverkostoina ja kontakteina yhteiskuntaan, minkä vuoksi mahdollisuus heidän läsnäoloon myös osastohoidon aikana on koettu tärkeänä (Bredski ym. 2015), myös läheiset ovat tunnistaneeet tärkeytensä toipumisessa (Wyder ym. 2018). Osastohoito mahdollistaa tilaisuuden olla muiden seurassa (Waldemar ym. 2018, Isobel 2019). Toisten läsnäolon on kerrottu luovan turvallisuuden tunnetta sekä

yhteisöllisyyttä (Waldemar ym. 2018) ja vertaistyöntekijöiden osallistuminen toipujan hoitoon on kuvattu toipumista edistävänä (Fletcher ym. 2019).

Toimivilla vuorovaikutussuhteilla oli mahdollista tukea toipumista (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Coffey ym. 2019, Fletcher ym. 2019, Isobel 2019) ja esimerkiksi toipujan yksilöllinen kohtaaminen tuki yksilöllisen hoidon toteutumista (Bredski ym. 2015, Isobel 2019). Hoitosuhteen muodostumista voitiin edistää toipujan yksilöllisen kohtaamisen, henkilökunnan aktiivisen kuuntelu sekä fyysinen ja emotionaalinen läsnäolon avulla (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018). Henkilökunnan toipujia kohtaan osoittama kunnioitus, lämpimyys, tuomitsemattomuus ja aitous tukivat hoitosuhteen muodostumista (Bass ym. 2014). Henkilökunnan into työhön ja aidosti välittävä asenne kuvattiin tärkeiksi tekijöiksi hoitosuhteen muodostumisessa (Fletcher ym. 2019). Toipujan ja henkilökunnan väliset toimivat hoitosuhteet olivat itsetuntoa, itsensä arvostamista sekä vaikeiden hetkien ylittämistä edistäviä (Bredski ym. 2015). Toipujien positiivisesti kokema hoidon toipumisorientoituneisuus tuki hoitosuhteen toteutumista (Coffey ym. 2019).

Haasteiksi hoitosuhteelle on mainittu henkilökunnan suhtautuminen toipujiin, kuin pikkulapsiin tai uhkauksien antaminen (Bredski ym. 2015). Puutteita hoitosuhteissa ilmeni yksittäisten henkilökunnan jäsenten vuorovaikutuksessa toipujan kanssa sekä henkilökunnan välisissä tiedonkulun puutteissa (Isobel 2019), myös läheiset ovat tunnistaneet henkilökunnan välisen kommunikaation puutteen (Jensen 2004). Toipujat ovat raportoineet vähintään hienovaraista painostusta henkilökunnan osalta (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019), esimerkiksi pelottelua toiveiden esittämisestä tai ettei heitä kuunnella (Isobel 2019). Myös tahdosta riippumattomalla hoidolla on uhkailtu (Isobel 2019) tai tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen voi hidastaa luottamuksen rakentumista toipujan ja henkilökunnan välillä (Kidd ym. 2015). Kahdenkeskisten keskustelujen raportointi muulle henkilökunnalle on heikentänyt halukkuutta keskustella asioista henkilökunnan kanssa (Waldemar ym. 2018).

Hoitosuhteen luominen vaatii aikaa, jonka löytymisessä osastohoidon aikana on ollut haasteita (Waldemar ym. 2018, De Ruyscher ym. 2020). Vaikka henkilökunta koettiin saavutettavana osastohoidossa, ei heidän kanssa vietettävä terapeuttilinen aika vastannut toipujien toiveita (Waldemar ym. 2018, Coffey ym. 2019, Isobel 2019, De Ruyscher ym. 2020) ja toipujat saattoivat kokea vähäistä yhteenkuuluvuutta henkilökunnan kanssa (Isobel 2019). Henkilökunnan työskentely kansliassa etäännytti henkilökuntaa toipujista, minkä

vuoksi toipujat saattoivat kokea tulevansa nähdyiksi, mutta ei kohdatuiksi (Aston & Coffey 2011, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019). Toipujille välittyi kokemus olemisesta henkilökunnan tarkkailun ja arvioinnin alla (Waldemar ym. 2018, Isobel 2019), mikä koettiin uuvuttavana (Waldemar ym. 2018). Toisaalta osalle toipujista riitti, että henkilökunta oli tarvittaessa tavoitettavissa (Waldemar ym. 2018).

Turvallinen ympäristö

Toipujat kuvasivat turvallisen ympäristön tärkeänä koskien toipumista osastohoidossa (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Coffey ym. 2019, De Ruyscher ym. 2020). Turvallisessa ympäristössä toipujat kokivat voivansa olla sellaisia kuin ovat sekä saada ymmärrystä osakseen (Waldemar ym. 2018, De Ruyscher ym. 2020). Turvallisuuteen osastolla liittyy myös turvassa oleminen itseltään (Waldemar ym. 2018). Osasto voitiin kokea turvalliseksi, vaikka henkilökunta ei juurikaan keskustellut riskien arvioinnista tai hallinnasta toipujien kanssa (Coffey ym. 2019). Osastohoidossa koettu turvallisuus muodostui esimerkiksi osaston vakaudesta, ennustettavuudesta (Bredski ym. 2015) ja henkilökunnan jatkuvasta läsnäolosta (De Ruyscher ym. 2020). Yksi osa turvallisuutta oli yksityisyyden mahdollistavana ympäristö, mikä tarkoitti esimerkiksi yhden hengen huoneita (Bredski ym. 2015) sekä henkilökunnan koputtamista oviin ennen huoneisiin tuloa (Isobel 2019). Toisaalta läheiset kuvasivat toipujien kuvanneen pelkoa tai huolta muita toipujia kohtaan (Jensen 2004).

Lääkitys

Lääkitys koettiin osaksi toipumista sen vähentäessä oireita, kuten unettomuutta (Bredski ym. 2015, Isobel 2019). Lääkitykseen liitettiin myös paljon haasteita, joita olivat lääkekeskeinen hoito (Waldemar ym. 2018) sekä toipujien puutteellinen mahdollisuus vaikuttaa lääkehoitoon (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019), joka ilmeni esimerkiksi osastohoidon aikaisen lääkityksen ottamisena pakon edessä (Waldemar ym. 2018). Lääkityksen hyödyttömänä kokeneet kyseenalaistivat usein koko osastohoidon tarvetta (Bredski ym. 2015). Myös läheiset kokivat hoidon keskittyvän liiaksi lääkehoitoon ja toivoivat kokonaisvaltaisempaa terveyden hoitamista. Läheiset kokivat, ettei toipujia tuettu muihin selviytymiskeinoihin kuin lääkitykseen ja arvostelivat sairaalan olevan lähinnä säilytyspaikka. (Katsikitis ym. 2017.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata toipumista sekä sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä psykiatrisessa osastohoidossa olevien toipujien ja heidän omaisten kokemana. Tutkimuksen tavoite on tukea toipumisen toteutumista psykiatrisessa osastohoidossa toipumista edistävien ja estävien tekijöiden tunnistamisen avulla. Tutkimus on toteutettu osana Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen hallinnoimaa ”Käyttäjälähtöisyydellä aggressiotilanteiden hallintaan” -hanketta (VIOLIN) 2015-2020 (ClinicalTrials.gov, NCT02724748).

Tutkimuksen tarkoituksena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten toipuminen toteutuu toipujien ja omaisten kuvaamana?
2. Mitkä tekijät edistävät toipumista?
3. Mitkä tekijät estävä toipumista?

6 Tutkimuksen empiirinen toteutus

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä, otoskoko ja otantamenetelmä

Tutkimuksen kohderyhmän tulee olla tutkimuksen tarkoitukseen sopiva (Holloway & Wheeler 2013). Tässä tutkimuksessa kohderyhmän muodostivat suomalaisten psykiatristen sairaaloiden mielenterveystoipujat sekä toipujien omaiset. Psykiatrisessa osastohoidossa olevat toipujat ja heidän omaisensa ovat sopiva kohderyhmä kuvaamaan toipumista osastohoidossa. Mukaanottokriteereinä tutkimukseen osallistumiselle oli hoitokontakti psykiatriselle vuodeosastolle aineistonkeruun aikana, täysi-ikäisyys, suomen kielen taito, tietoon perustuva suostumus sekä vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumiselle.

Kvalitatiivisen tutkimuksen otoskoolle ei ole olemassa selkeitä raja-arvoja vaan sitä tulisi arvioida tutkimuksen laajuuden, tutkittavan ilmiö, tutkimusasetelma sekä aineiston laadun näkökulmista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Kvalitatiivisten menetelmien avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2018) ja otoskoko määrrittelevämpi tekijä on otoksen syvyys (Holloway & Wheeler 2013). Otoksen syvyyttä pyritään tukemaan harkitulla ja tarkoituksenmukaisella otannalla, jotta tutkimukseen osallistujia olisi mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tyypillisesti laadullisissa haastattelututkimuksissa otoskoko asettuu 4-40 osallistujan väliin (Holloway & Wheeler 2013). Tutkimuksen otoskooksi muodostui 36 haastateltavaa, joista 33 olivat toipujia ja 3 toipujien läheisiä. Koska tutkimuksen tarkoitus oli selvittää toipumista osastohoidossa, oli tarkoituksenmukaista haastatella osastohoidossa haastatteluhetkellä olevia toipujia tai heidän läheisiä.

6.2 Aineistonkeruu

Tutkimusaineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluilla. Fokusryhmähaastattelu on keskustelutilannetta muistuttava haastattelu, jossa ryhmä keskustelee tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Fokusryhmähaastattelussa osallistujat ovat vuorovaikutuksessa haastattelijan lisäksi muiden osallistujien kanssa, mikä voi auttaa syventämään keskustelua ja kuvausta tutkittavasta aiheesta. (Holloway & Wheeler 2013.) Fokusryhmässä vuorovaikutustapojen monipuolisuus ja keskusteluun perustuva vuorovaikutus voivat tuoda paremmin esiin osallistujien asenteita, kuin harkitut vastaukset kohdennettuihin kysymyksiin. Fokusryhmähaastattelun on mahdollista tuottaa jaettu näkökulma yksilöllisten näkökulmien lisäksi. (Kitzinger 1995, Holloway & Wheeler 2013.) Ryhmämuotoinen keskustelu voi

soveltua myös sensitiivisempiin aiheisiin avoimempien osallistujien rohkaistessa esimerkiksi muita puhumaan tai ryhmän tarjotessa keskinäistä tukea asioiden käsittelyyn (Kitzinger 1995).

Fokusryhmähaastattelun tulee olla hyvin suunniteltu, haastatteluajan tulee sopia kaikille osallistujille ja haastattelutilan tulee olla riittävä suuri koko ryhmälle. Tärkeää on myös, että haastattelulla on selkeä päämäärä, jota kohti keskustelua pyritään viemään. (Holloway & Wheeler 2013.) Tässä tutkimuksessa fokusryhmä haastattelujen päämääriä pyrittiin edistämään käyttämällä haastattelurunkona Maailman terveysjärjestön (WHO) QualityRights Tool Kit, joka on kehitetty tukemaan ihmisoikeuksien toteutumista mielenterveystyössä. Haastateltavilta selvitettiin yksilöllisyyden, valintojen, asenteiden ja oikeuksien, arvon ja kunnioituksen, yhteistyön ja kommunikaation sekä toipumisen arvioinnin toteutumista osastohoidossa. (WHO 2012.)

Fokusryhmähaastattelut ääninauhoitettiin ja kirjattiin auki analyysia varten. Ääninauhoituksen hyötyjä ovat mahdollisuus koko haastattelun tallentamiseen sekä haastattelijan mahdollisuus keskittyä paremmin haastattelutilanteeseen, kuin esimerkiksi muistiinpanoja käytettäessä. Haastattelun äänitallennus tulee pystyä toteuttamaan siten, että jokaisen osallistujan ääni on selkeästi tallennettavissa. Nauhoituksen käyttämisestä on aina sovittava haastatteluun osallistuvien kanssa ja heillä on oikeus kieltäytyä siitä. (Holloway & Wheeler 2013.) Yhden haastattelun äänitallennuksessa osallistujien yksilöiminen ei onnistunut. Kyseistä haastattelua käytettiin tulosten analysoinnissa, mutta suoria lainauksia siitä ei käytetty tulosten raportoinnin yhteydessä.

Tutkimuksen aineisto kerättiin 12 fokusryhmähaastattelulla, yksi haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna. Ryhmähaastatteluista kymmeneen osallistui pelkästään toipujia, yhteen läheisiä ja yhteen sekä toipujia että läheisiä. Haastatteluihin osallistui yhteensä 36 haastateltavaa, joista 3 olivat toipujien läheisiä ja 33 toipujia. Haastattelujen osallistujamäärät vaihtelivat yhdestä viiteen osallistujaan fokusryhmää kohden. Haastattelut toteutettiin kahdeksan sairaanhoitopiirin sairaalapalveluissa, jotka olivat VIOLIN-hankkeessa mukana. VIOLIN-hanke on kansallinen projekti, jonka tarkoitus on ollut arvioida henkilökunnan koulutusinterventiota ja sen vaikutuksia rajoitusten ja sairaalapalveluiden käyttöön, potilaiden hyvinvointiin sekä työyhteisön ilmapiiriin (Välimäki ym. 2017).

6.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Teoriaohjaavuus tarkoittaa tutkittavan ilmiön analysointia olemassa olevan teorian tai mallin mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2018). Deduktiivinen aineiston analyysi on perusteltua tilanteissa, joissa tutkittavasta aiheesta on aiempaa tutkimusta esimerkiksi teorioiden tai mallien muodossa (Elo & Kyngäs 2008). Sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda tutkittavien yksilöllisistä kokemuksista yhtenäinen kokonaisuus kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä ja siinä keskitytään tutkimaan aineiston sisältämiä suoria merkityksiä (Crowe ym. 2015).

Tämän tutkimuksen analyysin teoreettisena lähtökohtana käytettiin Leamy'n ym. (2011) toipumista kuvaava CHIME-mallia, joka on yksi käytetyimmistä henkilökohtaista toipumista kuvaavista malleista kirjallisuudessa (Stuart ym. 2017, van Weeghel ym. 2019). CHIME muodostuu viidestä yläkategoriasta: yhteys muihin, toivo ja optimismi, identiteetti, merkityksellisyys sekä voimaantuminen (Taulukko 2). Yläkategoriat jakautuvat kukin kolmesta viiteen alakategoriaan. (Leamy ym. 2011.)

Taulukko 2. Toipuminen CHIME-mallin mukaan (Leamy ym. 2011)

Käsite	Yläkategoriat	Alakategoriat
Toipuminen	Yhteys muihin	Vertaistuki ja tukiryhmät Vuorovaikutussuhteet Muilta saatu tuki Oleminen osa yhteisöä
	Toivo ja optimismi	Usko toipumisen mahdollisuuteen Motivaatio muutokseen Toivoa edistävät vuorovaikutussuhteet Positiivinen ajattelu ja menestymisen arvostaminen Halujen ja toiveiden omaaminen
	Identiteetti	Identiteetin monet ulottuvuudet Identiteetin positiivinen (uudelleen)määrittely Leimaantumisen ylipääseminen
	Merkityksellisyys	Mielenterveysongelmien merkitys ja ymmärrys Hengellisyys Elämänlaatu Merkitykselliset roolit elämässä Merkitykselliset tavoitteet elämässä Elämän uudelleenrakentaminen
	Voimaantuminen	Henkilökohtainen vastuu Elämänhallinta Vahvuuksiin keskittyminen

Deduktiivinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta: valmistautuminen, järjestely ja raportointi. Valmistautumisvaiheen keskeinen tehtävä on analysoitavan aineiston tutuksi tuleminen toisin sanoen aineiston analyysi alkaa tutustumalla aineistoon. (Elo & Kyngäs 2008.) Haastatteluista muodostunut äänitallennettu aineisto oli valmiiksi litteroitu eli puhtaaksikirjoitettu tekstimuotoon. Litteroinnin tarkkuus, esimerkiksi koko aineisto tai vain tietyt teemat, määräytyvät analyysin ja tutkimuksen tavoitteiden mukaan (Hirsjärvi ym. 2007). Tässä tutkimuksessa litterointi käsitti koko haastatteluaineiston.

Yksi valmistautumisvaiheen tehtäviä on analyysi- ja merkitysyksikön valinta (Elo & Kyngäs 2008). Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkö oli yksittäinen fokusryhmähaastattelu. Merkitysyksikkönä toimi lause, virke tai ajatuskokonaisuus, jossa tutkimukseen osallistuvat kuvasivat kokemustaan toipumisesta. Tässä tutkimuksessa valmistautuminen ja järjestely - vaiheet etenivät lomittain tutkijan tutuessa yhteen analyysiyksikköön kerralla, minkä jälkeen käsiteltävä haastattelu järjesteltiin luokittelun ja koodauksen avulla. Vasta tämän jälkeen siirryttiin seuraavaan analyysiyksikköön.

Järjestelyvaiheessa aineisto luokitellaan ja koodataan valitun luokittelurungon avulla (Elo & Kyngäs 2008). Kategoriat muodostuvat luokittelurungon mukaisista ylä- ja alakategorioista (Crowe ym. 2015). Tutkimuksen luokittelurunko muodostettiin toipumista kuvaavan CHI-ME-mallin mukaan (Leamy ym. 2011). Tutkimuksessa käytettiin aineiston hallinnan ja koodauksen apuna NVivo-tietokoneohjelmaa (Cypress 2019). Aineistosta koodattiin luokittelurunkoon soveltuvat merkitysyksiköt siten, että merkitysyksikön alkuperäinen muoto säilyi koodin yhteydessä. Koodit muodostuivat muutaman sanan mittaisiksi merkitysyksikön tutkimusaihetta käsittelevää sisältöä ilmaisevaksi pelkistetyiksi kuvauksiksi. Samansuuntaiset kuvaukset pyrittiin jo alkuvaiheessa koodaamaan yhtenäisen koodin alle. Tutkielman sisällönohjaajan kanssa käytiin läpi aineiston järjestelyyn liittyviä perusteluja analyysin alkuvaiheessa luotettavuuden tukemiseksi.

Analyysi eteni liittämällä analyysiyksiköistä koodatut merkitysyksiköt analyysirungon ylä- tai alakategorioihin. Merkitysyksiköt pyrittiin liittämään suoraan analyysirungon alakategorioihin, mutta joissain tapauksissa ne jouduttiin ensivaiheessa sijoittamaan yläkategorioihin. Merkitysyksiköiden koodauksen jälkeen analyysirungon ylä- ja alakategoriat käytiin läpi kategoria kerrallaan ja viimeisetkin merkitysyksiköt siirrettiin analyysirungon alakategorioihin. Tässä vaiheessa analyysia merkitysyksiköiden koodausta pelkistettiin siten, että saman-sisältöiset koodit siirrettiin yhden yhtenäisen koodin alle,

varmistettiin merkitysyksiköiden oikean kategorian mukainen luokittelu sekä luotiin kaksi analyysirunko joista toiseen sisällytettiin toipumista tukeva ja toiseen toipumista heikentävät kuvaukset. Lopullisessa koodauksessa kukin alakategoria sisälsi 0-7 koodia.

Raportoinnissa tulisi kuvata analyysi mahdollisimman selkeästi tulosten luotettavuuden lisäämiseksi sekä kuvata yhteys tulosten ja aineiston välillä esimerkiksi suorien lainausten avulla (Elo & Kyngäs 2008). Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten yhteydessä on kuvattu kustakin ilmenneestä alakategoriasta vähintään yksi tuloksia kuvaava lainaus haastatteluaineistosta.

6.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus noudatti Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) määrittelemiä hyvän tieteellisen käytännön ohjeita, johon kuuluvat rehellisyyden, huolellisuuden sekä tarkkuuden ylläpitäminen koko tutkimusprosessin ajan suunnittelusta tutkimusaineiston keruuseen sekä raportointiin ja arviointiin (TENK 2012). Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin osana VIO-LIN-hanketta ja haastatteluihin haettiin ennakoarviointi Turun yliopiston eettiseltä toimikunnalta (33/2015). Tutkimukseen osallistuneilta organisaatioilta on haettu kustakin lupa tutkimukseen osallistumiselle. (Välimäki ym. 2017.)

Haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja tietoon perustuvaan suostumukseen. Tutkimukseen osallistuneet ovat saaneet tietoonsa tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimusjärjestelyjä koskevan tiedon sekä kirjallisesti että henkilökohtaisesti ja osallistujilla on ollut mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimusta koskien. Tutkimukseen osallistujille on saatettu tietoon, että he voivat keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa tutkimusta eikä tutkimuksen keskeyttäminen vaikuta toipujien asemaan terveyspalveluissa. (Välimäki ym. 2017.)

Tutkielman tekijällä oli käytettävissä valmiiksi litteroidut haastatteluaineistot, jotka eivät sisältäneet henkilö- tai muita tunnistetietoja tutkimukseen osallistuneista. Haastatteluaineistot sisälsivät tiedon aineistonkeruupäivästä, -paikasta sekä haastatteluun osallistuvien määrästä ja roolista (toipuja/läheinen). Raportoinnin yhteydessä näitä tietoja ei käytetty rooleja lukuun ottamatta ja lainauksissa käytetyt haastattelut numeroitiin tunnistettavuuden minimoimiseksi. Digitaalisessa muodossa olleet aineistot säilytettiin ja jaettiin tutkielman tekijälle Turun yliopiston hallinnoimassa Seafire-pilvipalvelussa.

7 Tutkimustulokset

Tutkimuksen haastatteluissa yhteys muihin oli eniten kuvattu yläkategoria, joka käsitteli toipujien, henkilökunnan sekä läheisten välisiä vuorovaikutussuhteita. Henkilökunnan ja toipujan välisiä vuorovaikutussuhteita kuvattiin sekä positiivisina että negatiivisina.

Vuorovaikutussuhteet läheisiin ja toisiin toipujiin nähtiin useammin toipumista edistävinä kuin estävinä. Toipujien haastattelut sisälsivät kuvauksia kustakin alakategoriasta. Läheiset kuvasivat kokemuksiaan toipujan ja henkilökunnan välisistä hoitosuhteista sekä mahdollisuuksistaan olla yhteydessä toipujaan vuorovaikutussuhteiden ja muilta saatavan tuen alakategorioiden mukaisesti.

Toivoa ja optimismia kuvaavia tekijöitä kuvattiin tasaisesti sekä toipumista estävästä että edistävästä näkökulmasta. Alakategorioista positiivisen ajattelun ja menestyksen arvostamisen mukaisia kuvauksia ei haastatteluissa esiintynyt lainkaan. Toivoa edistävät vuorovaikutussuhteet oli ainoa alakategoria, jota läheiset kuvasivat toivoa ja optimismia koskien.

Toipujien haastatteluissa identiteettiä käsittelevät kuvaukset sisälsivät identiteetin moniulotteisuuden kuvauksia yksilöllisuuden tai hoidon kokonaisvaltaisuuden huomioimisena sekä leimautumisen kokemuksina. Identiteetin positiivista uudelleenmäärittelyä ei haastatteluissa kuvattu lainkaan. Läheisten kuvaukset olivat yksittäisiä ja käsitelivät niin ikään identiteetin moniulotteisuutta sekä leimautumista.

Merkityksellisyyteen liittyvät kuvaukset olivat haastatteluissa toiseksi yleisimmin kuvattuja kokemuksia ja jokainen merkityksellisyyden alakategoria ilmeni toipujien haastatteluissa. Erityisesti toipujat kuvasivat merkityksellisiä rooleja elämässä sekä mielenterveysongelmien merkitystä ja ymmärrystä. Läheisten haastatteluista esiintyneinä alakategorioina olivat elämän uudelleen rakentaminen sekä mielenterveysongelmien merkitys ja ymmärrys.

Voimaantumista koskevia kuvauksia esiintyi haastatteluissa kolmanneksi eniten, lähes yhtä paljon, kuin merkityksellisyyttä kuvaavia ilmauksia. Toipujilla erityisesti elämänhallinta sekä henkilökohtainen vastuu olivat usein mainittuja sekä toipumista tukevia että estäviä tekijöitä. Läheiset kuvasivat pääasiassa positiivisia kokemuksia elämänhallintaan sekä henkilökohtaiseen vastuuseen kuuluviin alakategorioihin.

Tutkimustulokset on esitetty CHIME-mallin akronyymien mukaisessa järjestyksessä.

7.1 Yhteys muihin

Yhteys muihin oli yläkategorioista haastatteluissa eniten kuvattu. Haastatteluissa toipujat kuvasivat runsaasti sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia toipujien ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutussuhteissa. Vuorovaikutussuhteita määriteltiin henkilökunnan vuorovaikutus- ja ammattitaidon, saavutettavuuden sekä rehellisyyden kautta. Vertaistukea sekä olemista osana yhteisöä kuvattiin pääasiassa toipumista mahdollistavina kuvauksina. Muilta saatu tuki sisälsi omaisilta tai muilta läheisiltä saatua tukea ja hoidossa mukana olemista. Läheisten haastatteluissa omaiset kuvasivat kokemuksiaan muilta saadun tuen sekä henkilökunnan ja toipujien välisten vuorovaikutussuhteiden näkökulmasta.

Oleminen osa yhteisöä osastohoidon aikana kuvattiin usein positiivisesta näkökulmasta. Osastolla oli mahdollisuus tutustua toisiin ja viettää heidän kanssa aikaa. Toisaalta puutteena kuvattiin, ettei yhteisöllisyyttä tukevaa ohjattua ryhmätoimintaa välttämättä järjestetty. Kuvauksissa ilmennettiin mahdollisuutta yhteiseen tekemiseen sekä omaan rauhaan, ja toipujien välisiä vuorovaikutussuhteita kuvattiin pääasiallisesti hyviksi. Toipujat kuvasivat jonkin verran haasteita toisten toipujien kanssa toimeen tulemisesta esimerkiksi uhkailun, varastelun tai yöunia häiritsevän tupakoinnin muodoissa. Haasteiden ilmetessä koettiin tärkeänä henkilökunnan puuttuminen tilanteisiin, mikäli jonkun toiminta oli muita häiritsevää. Vertaistuesta osastohoidossa kuvattiin vain muutamassa haastattelussa ja sisällöiltään ne olivat yhteisöllisyyden kokemusten kanssa saman suuntaisia:

sä oot mun kämppäkaveri, siis samassa huoneessa ollaan ja mä monesti sanonut sen sulle että sä oot paras kämppäkaveri mikä mulla oli ja toivotaan että ei mikään siirto ei tule, jos tulee uus potilas. Haastattelu 10, T1

Muilta saatu tuki sisälsi kuvauksia läheisiltä saadusta tuesta tai hoidossa mukana olemisesta. Toipujat kuvasivat sairaalahoidon asettavan haasteita yhteyden saamiseksi läheisiin, esimerkkeinä kuvattiin tilanteita, joissa toipujalla ei ollut omaa puhelinta tai luottamus läheisiin saattoi olla mennyttä. Toipujat saattoivat kokea myös aiheuttavansa turhaa huolta omaisille ottaessaan yhteyttä heihin huonossa voinnissa. Kuitenkin mahdollisuus omaisten tai muiden läheisten vierailuihin osastolla tai sen ulkopuolella koettiin yhteyttä ylläpitävänä. Osa toipujista kuvasi omaisia otettavan aktiivisesti mukaan hoitoon, mutta myös omaisten sivuuttamista koettiin eikä esimerkiksi jätettyihin soittopyyntöihin vastattu. Omaiset saattoivat olla myös tukena toipujalle siten, että he hoitivat hänen asioitaan sekä sairaalassa että sen ulkopuolella. Osastohoito saattoi tarkoittaa osalle ainakin tilapäistä yhteyden menetystä kavereihin:

tuo just se kanssa semmonen tosiaan hullu tilanne että et että kaveri se yhteys menee niinku kaveri soittaa, ai sä oot pöpilässä, niin totani että et välttämättä voi tietää että totani. Haastattelu 4, T5

Läheisten haastatteluissa kuvattiin positiivisia kokemuksia omaisten mahdollisuuksista tukea toipujia ja osallistua heidän elämään osastohoidon aikana:

Haastattelija2: mites teidän sitte näkemyksiä ja kokemuksia ja tätä näitä mielipiteitä on otettu huomioon täällä

L2: no niinku sanoin aikasemmin niin ihan tosi minusta tosi hyvin on otettu

Haastattelija2: on kuunneltu

L1: niin, niin, että on ihan otettu, niin on kuunneltu kyllä. Haastattelu 7, L1 & L2

Vuorovaikutussuhteilla kuvattiin toipujien ja henkilökunnan välisiä vuorovaikutuksellisia hoitosuhteita. Toipujat kuvasivat haastatteluissa melko tasaisesti sekä toipumista tukevia että estäviä kuvauksia vuorovaikutussuhteista. Henkilökunnan vuorovaikutus- ja ammattitaito, saavutettavuus sekä rehellisyys olivat tekijöitä, joita liitettiin vuorovaikutussuhteiden muodostumiseen. Toipujat kokivat ja odottivat rehellisyyttä sekä henkilökunnalta että itseltään. Toipujat kuvasivat henkilökunnan rehellisen vuorovaikutuksen tavoitteina olevan esimerkiksi toipujan vastuunotto tilanteestaan. Toisaalta koettiin, ettei heille puhuta rehellisesti vaan asioita kaunistellaan liikaa ja erityisesti lääkehoidosta keskustelu oli epäsuoraa. Toipujille itselleen oli tärkeä pystyä puhumaan avoimesti henkilökohtaisista asioistaan ja oireistaan, mutta luottamus henkilökuntaan saattoi olla heikko osastohoidon aikana:

henkilökuntaankaan en oikeestaan luottanu, ja nyt sitten kun tota, se oli ehkä minun vika siinä että tota vaikea kun sanotaan että minusta ei näkyny päältä eikä puheesta kuulunu mut että se epäluottamus oli kuitenkin tota minulla aika suuri, tota näitä potilaita ja henkilökuntaa kohtaan. Haastattelu 13, T2

Henkilökunnan saavutettavuudesta puhuttiin useissa haastatteluissa esimerkiksi henkilökunnan kohtaamisella osaston yleisissä tiloissa sekä kansliassa. Henkilökunnan kuvattiin sanoittaneen mahdollisuutta toipujille hakeutua keskusteluihin halutessaan, minkä koettiin helpottavan henkilökunnan saavutettavuutta. Puutteita saavutettavuudessa kuvattiin siten, ettei henkilökunta itse tarjonnut keskustelun mahdollisuutta, henkilökunta oli kiinni työtehtävissä tai kansliassa. Henkilökunnan vaihtuvuus ja vastuun siirtäminen henkilökunnan sisällä koettiin saavutettavuutta heikentävänä. Hyvänä koettiin, jos vastuuhoitaja kävi esittäytymässä toipujalle jokaisessa vuorossa, mutta tämä toiminta vaihteli ja osassa osastoja toipujat kävivät itse kysymässä asiaa tai lukivat sen listalta:

sit semmonen et joutuu jatkuvasti käydä kysymässä jotain perusasioita että, jotkut hoitajat esimerkiksi käy aina potilaille sanomassa vaikka että olen sinun vastuuhoidajasi tänä iltana nii mä oon kohdannu monta kertaa tällä osastolla sitä että pitää itte kysellä tommosia. Haastattelu 10, T2

Henkilökunnan vuorovaikutus- ja ammattitaito sisälsivät positiivisia kuvauksia esimerkiksi tasavertaisesta, huomaavaisesta ja ystävällisestä kohtaamisesta. Tärkeänä pidettiin, että vuorovaikutus toipujien ja henkilökunnan välillä oli vastavuoroista. Toisaalta toipujat kuvasivat myös negatiivisia kokemuksia henkilökunnan vuorovaikutus- ja ammattitaidosta, mikä tarkoitti törkeää tai huutavaa puhetta toipujia kohtaan sekä välinpitämättömyyttä tai mielivaltaista toimintaa. Huonoja kokemuksia kuvattiin yksittäisenä kokemuksena osaston hoitokulttuuriin liittyväksi, mutta useimmiten yksittäisiin henkilökunnan jäseniin:

on tuntunu et hoitajat on aitoja ja sen kyllä niinku huomaa jos halua oikeesti auttaa, ja sitte joistain näkyy vähän läpi se että tekee niinku tavallaan sen mitä on pakko mutta ei yhtään enempää, jotain yksittäistapauksia. Haastattelu 10, T2

Läheiset kokivat henkilökunnan ja toipujien välisten vuorovaikutussuhteiden toteutuneen pääasiassa hyvin. Yksittäisiä kokemuksia läheiset kuvasivat muun muassa siinä, ettei toipujan tilanteeseen perehdytty kunnolla tai hoitosuhteen luominen oli verkkaista. Läheiset kuvasivat henkilökuntaa ammattitaitoiseksi ja aidoksi:

henkilökunta on ihan oikeassa paikassa töissä, niinku sillai että näkkee että ne tekkee työtä mistä ne oikeesti tavallaan välittääki siitä työstä mitä tekkee.
Haastattelu 7, L2

7.2 Toivo ja optimismi

Haastatteluissa toipujat kuvasivat melko tasaisesti toivoa edistäviä sekä ehkäiseviä tekijöitä. Positiivisen ajattelun ja menestyksen arvostamisen alakategoriaan soveltuvaa kuvausta ei ilmennyt yhdessäkään haastattelussa. Läheisten haastatteluissa esiintyi ainoastaan yksi toivoa ilmaiseva kuvaus toivoa edistävästä vuorovaikutussuhteista.

Halujen ja toiveiden omaaminen kuvautui haastatteluissa lähinnä toiveena lääkkeettömyydestä. Toipujat kuvasivat haasteita siinä, ettei lääkkeettömyyteen ollut mahdollista siirtyä niin nopeasti kuin he halusivat ja toisaalta kokeilu lääkkeettömyydestä oli saattanut johtaa osatohoitioon. Jollekin oma tilanne ja sairauden pitkään jatkuminen saattoi aiheuttaa toivottomuuden tunnetta ja vaikeuksia:

mutta mä sairastan kroonistunutta sairautta ja yks iso osa mun problematiikkaa on se että mä oon semmosessa kierteessä ja toivottomassa tilassa ku mä en niinku ite

tiedä mikä mua vois auttaa, ja semmonen toivoton olo sen suhteen, niin se vaikeuttaa asiaa ku mä en osaa esittää oikeen sitte toiveita sen takia siitä, ei muuta. Haastattelu 10, T2

Motivaatio muutokseen sisälsi kuvauksia toipujan oman aktiivisen roolin toteuttamisesta. Osastohoidon kuvattiin antavan hyvät eväät, mutta todellinen toipuminen vaatii vielä toipujan omaa aktiivisuutta ja pyrkimystä kohti toipumista. Toisaalta osastohoitoa ei aina koettu omien halujen ja pyrkimysten toteuttamisen kannalta parhaana ympäristönä. Vaikka halua muutokseen olisi ei sitä voinut aina toteuttaa:

niin minkä takii sun pitää olla sisällä jos sä oot mököttäny kolme kuukautta sisällä, joutunu tänne, niin miks sun pitää jatkaa sitä mökötystä tääl sisällä, et ei vois pihalla käydä, se on ehkä ainut. Haastattelu 1, T2

Toipujat kuvasivat toivoa edistäviä vuorovaikutussuhteita esiintyvän sekä toipujien ja henkilökunnan että toipujien ja läheisten välillä. Haasteina toipumista tukeville vuorovaikutussuhteille toipujan ja henkilökunnan välillä kerrottiin olevan henkilökunnan vaihtuvuuteen liittyvät haasteet sekä henkilökunnan välinen heikko vuorovaikutus. Henkilökunnalta saatu tuki ja turva sekä suuntaa antavat aikataulut toipumisen suhteen koettiin toivoa tukevaksi. Myös henkilökunnan tarjoama rohkaisu kohti uusia ratkaisuja koettiin toiveikkautta edistävänä. Läheisiltä saatavat kannustavat sanat ja tuki kuvattiin toivon lähteinä, myös yksi läheisistä kuvasi pyrkivänsä tukemaan toipujan kokemaa toivoa. Toipujien kokemana tuki saattoi esiintyä esimerkiksi rohkaisuna avun hakemisessa tai sen tarpeen tunnistamisessa:

mul on taas kovastikin läheiset suhteet vanhem.. vanhempiin ja he aina roh.. rohkasee sitte ottamaan tännepäin yhteyttä jos on semmonen vaihe että tulee just joku että masennuskausi tai tämä muuten niin ni mä oon silti sen takia seurannassa kerran kuussa suunnilleen tossa mielenterveystoimiston puolella mutta et että sitten sitten rohkaseevat tänne tänne tulemaan akuutin kautta sitte jos tuntuu että se ei toimi pelkästään kotihoidolla. Haastattelu 11, T2

Toipujat kuvasivat useammin haasteita, kuin edistäviä tekijöitä uskossaan toipumista kohtaan. Haasteita saattoivat aiheuttaa epä tietoisuus toipumisen ennusteesta, kestosta tai keinoista kohti toipumista. Yhden toipujan mukaan toipuminen osastohoidossa estyi puutteellisten resurssien vuoksi, jolloin jatkohoitopaikkaa joutui odottamaan avohoidossa, vaikka vointi kuvautuisi heikkona:

mut kuitenkin on se tarkoitus et tältä osastolta siirryn suoraan pitkäaikaosastolle, ja sitte ku kuitenkin selkeesti vointi menny huonompaan, sanotaan että ku jos se venyy mun pitäs mennä sinne avohoitoon jonottamaan ni, todennäköisesti ei ole

lääkäri sitä mieltä että mä oon koti-kuntonen mut se on rahan takia pakko siellä sitte, vaikka hän ei sitä sano. Haastattelu 10, T2

7.3 Identiteetti

Haastatteluissa toipujat kuvasivat identiteetin moniulotteisuuden ilmenevän yksilöllisyytenä sekä kokonaisvaltaisena huomioimisena. Läheisille toipujien identiteetti ilmeni kuvauksena siitä, että toipuja oli oma humoristinen itsensä sairauden vaikeampinakin hetkinä.

Leimautumista toipujat kuvasivat esiintyvän itsestä sekä muista lähtien, mutta läheisille osastohoitoon liittyvää leimautumista ei ilmennyt.

Toipujat kuvasivat yksilöllisyyden olevan osa identiteetin ulottuvuuksia. Yksilöllisyys voi olla hyvin pieniäkin tekoja, kuten toipujan kutsuminen nimeltä. Yksilöllisyyttä oltiin huomioitu vaihtelevasti ja sen huomioimisen kuvattiin riippuvan paljon henkilökunnasta. Yksilöllisyyden puute koettiin puutteina kohtaamisessa ja oikeanlaisen tuen tai hoidon saamisessa. Myös osaston käytäntöjen tai henkilökunnan joustamattomuuden kuvattiin toimivan yksilöllisyyttä heikentävänä. Identiteetin moniulotteisuuden huomioiminen koettiin osana kokonaisvaltaista hoitoa:

mulla on ainakin semmonen olo että sillain tosi kokonaisvaltasesti otetaan niinkö potilas huomioon ja sillai niinkö oikeesti niinkö, tavallaan perehdytään siihen potilaaseen että se ei oo pelkästään se sairaus mistä puhutaan vaan nimenomaan niinku kaikkia muitaki. Haastattelu 6, T2

Mielenterveysongelmissa koettiin edelleen olevan leimaantumista, joka saattaa ilmetä esimerkiksi tuttujien, kuten työkavereiden kyräilevänä suhtautumisena toipujaan, halventavana kohteluna tai nimittelynä. Omaiset eivät kokeneet osastohoidossa ilmenevän leimaamista tai syrjintää. Toipujat kuvasivat leimautumista itsestä sekä muista ihmisistä ja yhteiskunnasta lähteväksi, jonka kuvattiin kuitenkin kehittyneen eikä osastohoidosta koeta yhtä voimakasta leimautumista kuin aiemmin:

tänä päivänä onneks tää psykiatria on vähän niinku kuitenkin tullu enemmän pinnalle että sillee niinku ei sitä enää ajatella että sehän on valmis ku sä meet hullujenhuoneelle. Haastattelu 4, T2

Toipujat kuvasivat, että jonkinlainen sairauden leima pysyy pitkään heidän tiedoissaan ja henkilökunta suhtautuu usein toipujia koskeviin kirjauksiin hyvin tarkasti eikä toipujaa itseään uskota. Erityisesti päihteiden tai runsaan lääkkeiden käytön koetaan aiheuttavan

leimautumista, mikä voi estää rehellistä vuorovaikutusta leimautumisen pelossa. Toipujat voivat kokea myös heidän menneisyytensä leimaavan nykyisyyttä, mikä voi toimia esteenä toipumiselle:

Kyllä mä oon sitte laittanu ihan kunnolla kampoihiin että niinku hulluna hullulassa. Haastattelu 4, T4

7.4 Merkityksellisyys

Merkityksellisyyteen liittyviä kuvauksia esiintyi haastatteluissa toiseksi eniten. Haastattelujen perusteella osastohoidossa elämän uudelleenrakentamisen kuvaukset painottuivat kotiin suuntaavina toiveina, elämänlaatu kokonaisvaltaisen terveyden hoitamisena, hengellisyys sen mahdollistamisena, merkitykselliset roolit aktiviteettien ja päivittäisten rutiinien avulla, merkitykselliset toiveet yksilöllisten tavoitteiden ja mielenterveysongelmien merkitys tiedon saannin ja voinnin arvioinnin avulla. Läheisillä kokemuksia merkityksellisyydestä oli niukasti, mutta toiveena oli riittävä tiedonsaanti sairautta ja toipumista koskien sekä toipujakeskeinen työote.

Elämän uudelleenrakentuminen kuvautui osastohoidossa ensisijaisesti hoidon ja toiveiden suuntautumisena kotiin. Keskeisenä tukena toipujat kuvasivat osastolta saatavan tuen esimerkiksi asumiseen liittyvien asioiden selvittämisessä, myös läheiset kuvasivat tärkeänä toipujien sosiaalityöntuen tarpeen toipumisessa. Kotiin suuntaavat ajatukset ja esimerkiksi osastolla harjoitellun päivärytmin siirtämistä kotiin pidettiin osana elämän uudelleen rakentumista. Kotiin suuntautuminen tapahtui tyypillisesti lomien kautta ja toipujat toivoivat riittävää tukea kotiin suuntautumiseen. Haasteina toipujat kuvasivat tilanteita, joissa kotiutuminen oli hidasta. Asioiden hoitaminen osastolta käsin koettiin haastavana ja joillekin osasto ympäristönä oli toipumista heikentävä ympäristö kotiin verrattuna:

No siis, ei niistä oikeestaan mulle mitää hyötyä oo ollu että, ainut mikä huomaa et ite teke-mällä just että ite on niinku mulle parempi ku mä oon kotona olla ja tehdä ja oma rytmi ja sitten käyny psykologilla tai jossain juttelemassa, mutta niinku tää osasto ei oo jotenki vaan toiminu mun kohalla. Haastattelu 2, T3

Keskeinen osa toipumista tukevaa elämänlaatua oli fyysisten vaivojen ja fyysisen terveyden huomioiminen, mistä toipujat kuvasivat sekä puutteita että hyviä kokemuksia. Haastatteluissa kuvattiin, ettei psyykkiseen sairauteen keskittyminen riitä, vaan myös fyysiset vaivat ja sairaudet tulee huomioida. Puutteina toipujat nimesivät tilanteita, joissa heidän kipuaan ei

huomioitu riittävästi, heidät toimitettiin psykiatriseen osastohoitoon, vaikka olivat kokemuksensa mukaan somaattista hoitoa vailla tai jo todettujen sairauksien hoito oli heikkoa. Toisaalta osa toipujista koki saaneensa apua fyysisten vaivojen selvittelyyn ja hoitoon osastohoidon aikana. Hyvänä pidettiin, jos toipujaa tuettiin kohti itsenäisempää fyysisen oireilun hoitoa:

se katetrointi annettiin mulle itselle, minä pystyin sen itse tekemään kun mulle tuolla opetti ensimmäisen kerran kun tehtiin siinä silleen kun itse tein, ja ne anto mulle sielläkin tehdä sen itse, ja sitte mä oon itse tehny sitä täällä. Haastattelu 13, T2

Hengellisyys kuvautui muutamissa haastatteluissa lähinnä uskon toteuttamisena osastohoidon aikana. Uskoon suhtauduttiin neutraalisti ja sitä pidettiin jokaisen henkilökohtaisena asiana, jota pystyi toteuttamaan myös osastohoidon aikana, kunhan se ei kohdistunut muihin toipujiin.

niin tuota ni, tohon heng.. sanotaan nyt hengellisyyteen tai yleensä noihin uskon-asioihin ja muihin vakaumusasioihin ni, mä luulen että se on niin että täällä saa ite omassa huoneessaan perehtyä niihin jos haluaa, mutta sitä ei saa ruveta toiselle työn-tämään eikä höpöttämään. Haastattelu 12, T3

Merkitykselliset roolit elämässä, kuvautuivat haastatteluissa aktiviteettien mahdollisuutena, mahdollisuutena liikuntaan ja liikkumiseen sekä päivittäisten rutiinien kautta. Yleisesti toipujat kertoivat osastohoidon aikana olevan hyvin mahdollisuuksia osallistua mielekkäisiin aktiviteetteihin, jotka saattoivat sisältää liikuntaa, rentoutusta, kuvataidetta tai käsitöitä ja esimerkiksi oman harrastuksen toteuttamista osastohoidon aikana pidettiin merkityksellisyyttä tukevana. Puutteita kuvattiin yksittäisissä tilanteissa, joissa osastolla ei yleisesti järjestetty toimintaa tai henkilökunta ei ollut kiinnostunut aktiviteettien järjestämiseksi. Päivittäiset rutiinit saattoivat olla yhteisten tilojen, kuten ruokailu- tai tupakkahuoneen, ylläpitosiivousta tai omasta hygieniasta, vaatteista ja vuodepaikan siisteydestä huolehtimista. Haasteena kuvattiin oman rytmin vastaista elämistä. Mahdollisuutta liikkua osaston ulkopuolella pidettiin tärkeänä ja jo lyhyetkin itsenäiset ulkoilut tai ryhmässä ulkoilu koettiin merkityksellisenä.

joo, että se on niinku hyvä asia täällä ja tääl on hyvät harrastusmahollisuuget ja niinkun ai-naki oon kokenu sen että ku ite saa valitakki asioita ja vaikuttaa... nii, ja sitte se et nii se nimenommaan et ite voi vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa just sen kautta et on niitä toimin-nallisen kuntoutuksen hetkiä ja näin pois päin. Haastattelu 2, T2

Merkityksellisinä tavoitteina kuvattiin osastohoitoon liittyviä tavoitteita tai osatavoitteita, joiden määrittelyssä henkilökunta tuki toipujia. Joku kuvasi tavoitteet toipumisen kliinisemmästä näkökulmasta, kuten lääkehoidon toteutumisesta tai oireiden lievenemisestä, ja toiselle tavoitteet saattoivat olla henkilökohtaisempia:

minä otan semmosena kiintopisteenä tavallaan ne että ne on semmosia niinkun minun henkilökohtasia tavoitteita ne jotka sitte toivon mukkaan ajan kanssa sitte myös sitte toteu-tuuki. Haastattelu 2, T2

Mielenterveysongelmien merkitystä ja ymmärrystä toipujat kuvasivat haastatteluissa toipujien kokemuksen huomioimisen, oireiden ja hoidon yksilöllisyyden, sairautta koskevan tiedon saannin sekä voinnin arvioinnin näkökulmista. Läheisillä kokemuksia oli niukasti, mutta toiveena heillä oli riittävä tiedonsaanti sairautta ja toipumista koskien sekä toipujakeskeinen työote. Toipujat kuvasivat puutteita, jotka sisälsivät oirekokemusten vähättelyä sekä tahdosta riippumattoman hoidon toteutusta, vaikka toipuja olisi itse sitoutunut hoitoon. Toipujan kokemuksen sivuuttamista kritisoiitiin myös sillä, ettei henkilökunta kykene täysin ymmärtämään toipujan kokemusta kirjallisuuteen perehtymällä. Yksilöllisen toipumisen huomioiminen kuvautui haastatteluissa monipuolisten ja sopivien hoitomenetelmien käyttönä, yksilöllisen hoidon suunnitteluna sekä joustavuutena hoidossa. Puutteina yksilöllisyydelle kuvattiin olevan hoidon lääkekeskeisyys ja keskustelutuen puute, esimerkiksi hoitajia kuvattiin lääkkeiden antajina ilman vuorovaikutussuhdetta ja lääkäreitä pelkkänä päätöksentekijänä. Yksilöllisen toipumisen kuvattiin olevan myös haaste, koska toipumista ei voida taata:

minä tiedän sen että kun ihminen sairastuu tällä tavalla, niin koskaan ei voida tietää mikä on jatko, mitä jatkossa seuraa, mitkä ovat niinku tota kunkin mahdollisuudet selviytyä ja miten pitkälle kuntoutuu ja minkälainen on tulevaisuus ja ja sen takia pitäis ottaa tämä ihmi-sen yksilöllisyys enemmän huomioon että, joltain sairaus on taas erilainen ja tota, ei pitäis ei voi olla mitään yhtä lääkettä, yhtä hoitomallia kaikkia varten, että se että jokainen on yksilö ja tota jokaisen sairaus on, ei, on vähän erilainen kun toisen. Haastattelu 13, T2

Toipujat kuvasivat tärkeäksi kiinnittää toipujien omien kokemusten huomioimiseen enemmän huomiota:

ehdottoman tärkeä että olis kuunnella vielä enemmän potilasta ja hänen omaa näkemystään ja kokemustaan omasta tilanteesta, hoidosta. Haastattelu 10, T2

Tiedon saanti sairaudesta sisälsi toiveita, että henkilökunta käyttäisi asiantuntijuuttaan sairauksiin liittyen hyväksi ja kertoisivat niistä suoraan. Toipujat kuvasivat tiedonsaannin ole-

van ajoittain liian pinnallista eikä esimerkiksi toipumisen tai sairauden kestosta keskusteltu riittävästi. Myös läheiset kuvasivat haasteena sen, ettei keskustelua toipumisen kestosta käyty. Toipumista kuvattiin arvioitavan jatkuvasti esimerkiksi käyttäytymisen, keskustelujen tai hoitokokousten avulla ja positiivisissa kuvauksissa toipujat saivat suoraa palautetta voinnistaan. Voinnan arvioinnissa vähäisemmässä roolissa olivat toipujien mukaan lomakkeet, ja jos niitä käytettiin ei niitä käyty toipujan kanssa yhdessä läpi. Toipujat toivoivat voinnan arviointiin sisältyvän myös tavoitteita sekä yhteisiä arviointeja henkilökunnan kanssa sillä toipujat kuvasivat ulkopuolisuutta voinnan arvioinnissa:

no hoitotiimi arvioi näköjään, mä ihmettelen että ku psykiatri käy osastolla ja juttelee ni mikä ihmeen hoitotiimi se minuaki arvioi ku mä en nää koko hoitotiimiä.
Haastattelu 4, T3

7.5 Voimaantuminen

Yksi runsaasti sekä toipujien että läheisten haastatteluissa esiintyneistä toipumisen osa-alueista oli voimaantuminen. Voimaantumista koskevia kuvauksia esiintyi haastatteluissa kolmanneksi eniten, lähes yhtä paljon, kuin merkityksellisyyttä kuvaavia ilmauksia. Toipujilla erityisesti elämänhallinta sekä henkilökohtainen vastuu olivat usein mainittuja sekä toipumista tukevia että estäviä tekijöitä. Läheiset kuvasivat pääasiassa positiivisia kokemuksia toipujan huomioimisesta hoidosta sekä voimaantumisen tukemisesta toipujan tilanteen mukaan.

Toipujien elämänhallintaa ilmaisevat kuvaukset jaoteltiin haastatteluaineistossa selviytymiskeinoihin tai itsesäätelyyn sekä avohoitoa kohti tukemiseen. Itsesäätelyn ja selviytymiskeinojen mahdollisuuksista toipujat kuvasivat vaihtelevasti. Keskeistä oli saada mahdollisuus toteuttaa itselleen toimivia keinoja, joiksi nimettiin muun muassa oma rauha tai yhteinen tekeminen, ulkona tai sisällä käveleminen ja joissain tilanteissa jopa tupakointi. Voimaantumiselle puolestaan haasteita loivat tilanteet, joissa itselleen sopivia selviytymiskeinoja ei voinut käyttää ja esimerkiksi tupakointia tai kävelyä osaston käytävillä rajoitettiin. Elämänhallintaan koettiin liittyvän vahvasti myös avohoitoa kohti tukeminen sekä asioiden hoito, joka osastolta käsin koettiin haastavana ja joissain tapauksissa koettiin sitä jopa estettävän henkilökunnan toimesta. Tukevissa kokemuksissa toipujat kertoivat osastohoidon aikaisten kotilomien olleen oikein ajoitettuja; heikentävissä tilanteissa osastohoidon kestävän liian pitkään, mutta myös kotiutumista keskenkuntona kuvattiin useammassa haastatteluissa:

ja sitte just se et se jokapäiväinen kokopäiväinen tota tuki ja turva ni se on niinku semmonen asia joka mietityttää hieveesti että, et mitenkä ne tulee sitte siellä jatkohoidossa onnistumaan ja. Haastattelu 12, T1

Henkilökohtainen vastuu oli useimmiten kuvattu alakäsité voimaantumisen yhteydessä. Haastatteluissa toipujat kuvasivat tätä käsitettä mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoon ja lääkitykseen, tiedonsaantiin omasta hoidosta ja oikeuksista sekä henkilökunnalta saadusta tuesta kohti vastuunottoa. Vaikka omaan hoitoon vaikuttamiseen kuvattiin runsaasti mahdollisuuksia, koettiin lääkehoitoon vaikuttamismahdollisuudet selvästi rajallisempina. Läheiset kuvasivat sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia toipujan vastuuttamisesta. Yhdessä kuvauksessa toipujan vastuun koettiin toteutuvan sopivassa suhteessa eikä vastuuta siirretty toipujalle liian aikaisin, toisessa kuvauksessa puolestaan läheisellä oli kokemus siitä, että hoitoa ei viedä loppuun vaan toipuja kotiutetaan, vaikka vointi olisi vaillinainen:

se on ainaki huono johtopäätös että siirretään kotiin että tässä on nyt seurattu vaan tilannet-ta ja sitte siirretään kotiin, todetaan et se on huonontunu koko ajan mutta paiskataan sitte kotiin. Haastattelu 10, L1

Vaikka vastuunotto omasta hoidosta oli monille tärkeää, kuvasivat toipujat jossain tilanteissa toiveen siitä, että henkilökunta ottaisi suuremman vastuun heidän hoidosta. Toipujat kuvasivat esimerkkejä, joissa oma vointi oli heikko ja henkilökunta rajasi esimerkiksi potilaan toimintaa. Toipujille oli tärkeää, että päivittäiset tarpeet tulivat huomioituiksi ja esimerkkejä ruokailuihin ”pakottamisesta” kuvattiin onnistuneina ja epäonnistuneina. Vaatimus kohti omaa vastuuta saattoi ensin tuntua ikävältä. Myös tuen pyytäminen saattoi olla hankalaa:

nii ja sitte se vaatii vielä että tämmönenki tila mikä itellä on päällä niin se vaatii semmosta tietynlaista niinkun asennoitumista ja uskallusta paljon enemmän mitä normaalisti, niinku siihen nimenommaan siihen että kysyy, apua niinku silloin kun tarttee sitä, se on aika haas-teellista joskus kysyä ku tuntuu että siitä on tavallaan vaivaa tai sillee. Haastattelu 2, T2

Lääkehoitoon vaikuttamisen puute ilmeni useissa haastatteluissa. Osa haastateltavista koki, että heillä oli mahdollisuus vaikuttaa lääkehoitoon, mutta enemmän toipujat kuvasivat haasteita lääkehoitoon vaikuttamisessa. Osastohoidossa lääkehoito koettiin pakkokeinona, esimerkiksi uhkailu, tai sitä tuputettiin. Toipujilla ei myöskään ollut riittävästi tietoa lääkityksestä koskien sen haittoja tai lääkehoidon kestoa. Toipujat kuvasivat tilanteita, joissa lääkitys vaihdettiin keskustelematta toipujan kanssa:

kyllä se on niitä, sanotaan ihmisiä.. potilaan perusoikeuksia että pitäs niinku kuitenkin aina tietää missä mennään, että ei niinkun, ei voi niinku lätkästä jottain lääkettä tuosta vaan tule-maan että sitä ei kerrota sen tarkemmin että mikä se lääke

on ja mihin se on tarkotettu ja miten sinua nyt auttaa ja niinku ne yleisimmät
haittavaikutukset. Haastattelu 9, T1

Toipujat kuvasivat, ettei hoidon aikana juurikaan keskitytty heidän vahvuuksien
selvittämiseen tai vahvuuksia ei käytetty hyödyksi toipumisen tukemisessa. Yksi läheisistä
pohti toipujalta löytyvän useita vahvuuksia, mutta osastohoidon aikainen huono vointi saattoi
asettaa haasteita niiden selvittämiseksi tai hyödyntämiseksi:

minusta tuntuu että varmaan sille vahvuuksistaki itse asiassa niitäkin saattaa
löytyä use-ammastakin asiasta mutta kaveri on tällä hetkellä niin hajallaan että se,
ei siitä niinku pysty, varmaan täällä nämä hoitajatkaan pysty niinku vielä niihin, et
ei ottaa kantaa eikä niinku sille tekemään oikeen mittään. Haastattelu 7, L2

8 Pohdinta

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata toipumista osastohoidossa toipujien ja heidän läheisten näkökulmasta. Tutkimuksen tulokset analysoitiin ja raportoitiin CHIME-viitekehyksen mukaan, jossa toipumisen prosessit jaettiin seuraavasti: yhteys muihin, toivo ja optimismi, identiteetti, merkityksellisyys sekä voimaantuminen (Leamy ym. 2011).

Yleisesti osastohoito kuvattiin yhteisöllisenä positiivisessa mielessä. Myös aiemmissa tutkimuksissa yhteisöllisyyden tunne on kuvattu osaksi osastohoitoa (Waldemar ym. 2018, Isobel 2019). Puutteena koettiin se, ettei yhteisöllisyyttä pyritty edistämään palveluiden toimesta. Myös vertaistuki kuvautuu toipujista itsestä lähteväksi eikä vertaistuen hyödyntämistä osastohoidossa ilmennyt, vaikka vertaistyöntekijöiden osallistumien hoitoon voisi tukea toipumista (Fletcher ym. 2019) ja Suomessa vertaistoimintaa on pyritty ottamaan aktiivisemmin mukaan mielenterveyspalveluihin (STM 2016).

Yhteydenpito läheisiin saattoi olla rajoittunut osastohoidon aikana, mitä voidaan vierailuja mahdollistamalla helpottaa. Toipujat kuvasivat saavansa läheisiltä tukea asioiden hoidossa osaston ulkopuolisissa asioissa. Läheisten rooli toipujan tukena sekä kontaktina yhteiskuntaan on tunnistettu aiemminkin (Bredski ym. 2015). Läheisillä on tärkeä rooli toipumisen tukemisessa (Wyder ym. 2018) ja tässä tutkimuksessa läheiset kokivat mahdollisuutensa tukea toipumista osastohoidon aikana hyväksi.

Mielenterveyshoitotyön ydinosuamista on vuorovaikutuksellisuuteen perustuva hoitajan ja toipujan välinen yhteistyö- eli hoitosuhde (Hämäläinen ym. 2017). Toimiva hoitosuhde on nimetty useissa tutkimuksissa toipumista tukevaksi (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Coffey ym. 2019, Fletcher ym. 2019, Isobel 2019). Tutkimuksessa henkilökunnan vuorovaikutus- ja ammattitaito, saavutettavuus sekä rehellisyys olivat hoitosuhteiden muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tasavertaisuutta, ystävällisyyttä sekä vastavuoroisuutta kuvattiin ominaisuuksiksi, jotka kuuluivat toipumista tukevaan hoitosuhteeseen. Puutteita hoitosuhteissa kuvattiin yksittäisten henkilökunnan jäsenten kohdalla, myös Isobel (2019) on todennut vastaavaa tutkimuksessaan. Läheisille henkilökunta näyttäytyi ammattitaitoisena. Henkilökunnan saavutettavuus ilmeni tutkimuksessa puutteellisena, mihin liittyi keskustelutuen tarjoamisen vähäisyys, kansliassa oleminen ja henkilökunnan vaihtuvuus sekä vastuunsiirto. Vastaavat puutteet henkilökunnan saavutettavuudessa on tunnistettu haaste

monissa aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Aston & Coffey 2011, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019).

Toivoon liittyviä kuvauksia tutkimuksessa ilmeni verrattain vähän, vaikka toivo on kuvattu aiemmissa tutkimuksissa tärkeäksi osaksi toipumista (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015) ja toivon olevan läsnä myös osastohoidossa (Bass ym. 2014). Pitkäaikaisen sairauden kohdalla toivon kokeminen kuvattiin vaikeammaksi, kuten myös epätietoisuus toipumisen etenemisestä, kestosta tai keinoista kohti toipumista. Tiedon saanti toipumisesta ilmeni puutteellisena ja kiinnittämällä siihen huomiota voisi olla mahdollista tukea toipujien toivoa, sillä henkilökunnan antaman riittävän palautteen on koettu lisäävän toiveikkuutta (Bredski ym. 2015).

Identiteetin ilmeneminen osastohoidossa kuvattiin yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomioimisena. Yksilöllisyys ja kokonaisvaltainen toipujan huomioiminen ovat myös läheisten ilmaisemia keskeisiä tekijöitä toipumisessa kirjallisuuden perusteella (Katsikitis ym. 2017). Tutkimuksen mukaan yksilöllisyys ilmenee esimerkiksi toipujan yksilöllisenä kohtaamisena. Yksilöllisen kohtaamisen on kuvattu tukevan yksilöllistä hoidon toteutumista (Bredski ym. 2015, Isobel 2019) sekä hoitosuhteen muodostumista (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018). Osaston käytäntöjen tai henkilökunnan joustamattomuus heikensi yksilöllisyyden kokemusta. De Ruyscher ym. (2020) ovat todenneet toipujan ja henkilökunnan neuvotteluihin perustuvien käytäntöjen helpottavat niiden hyväksymistä, mikä voisi olla yksilöllisyyden kokemusta edistävä keino myös suomalaisessa osastohoidossa.

Identiteetin kuvauksiin sisältyivät kokemukset leimautumisesta, jota toipujat edelleen kokevat vaikka kehitystä parempaan suuntaan on myös koettu. Pahimmillaan leimautumisen kuvattiin vähentävän toipujan omaa mahdollisuutta osallistua hoitoonsa tai estävän toipumista esimerkiksi toipujan menneisyyden vaikuttaessa hoitoon eikä toipujaa itseään uskottu. Leimautuminen on voinut esimerkiksi heikentää toipujien toimijuutta (Aston & Coffey 2011) ja hoitoon sitoutuminen voi olla heikompaa (STM 2016). Toipujan kuulemisella puolestaan voitaisiin tukea yksilöllisen hoidon toteutumista sekä omaisten että toipujien mukaan (Bredski ym. 2015, Kidd ym. 2015).

Elämän uudelleen rakentaminen osastohoidon aikana ilmeni kuvauksina kotiinpaluusta tai osastolla harjoitellun päivärytmin siirtämisestä kotiin. Tilanteet, joissa kotiutuminen oli hidasta, asioiden hoito osastolta oli haastavaa tai osasto ympäristönä ei tukenut toipumista, koettiin elämän uudelleenrakentamisen kannalta haasteina. Rajoitukset ja hoitojärjestelmän

ylisuojelevuus ovat olleen koettua toimijuutta estäviä tekijöitä (Jensen 2004, Bredski ym. 2015) ja osaston ulkopuolelle suuntaavan toiminnan on puolestaan koettu edistävän toimijuutta (De Ruyscher ym. 2020). Osastohoidon pitkittyminen on koettu heikentävän myös toivon kokemusta (Bredski ym. 2015).

Elämänlaatuun puolestaan liitettiin kuvaukset toipujien somaattisen terveyden huomioimisesta tai huomiotta jättämisestä. Aiemmassa tutkimuksessa Katsikitis ym. (2017) ovat tuoneet esiin huolta toipujien somaattisen terveyden huomioimisen puutteesta osastohoidossa sekä osastohoidon aikaisen fyysisen aktiivisuuden vähäisyydestä. Toipujien somaattinen sairaudenhoito toteutuu muuta väestöä heikommin sekä Suomessa että kansainvälisesti (Suvisaari ym. 2019).

Merkitykselliset roolit osastohoidossa sisälsivät kuvauksia päivittäisistä rutiineista tai mahdollisuudesta aktiviteetteihin. Toipujille tärkeää oli, että toimintaa tarjottiin, mutta joillekin päivittäiset rutiinit ja rytmi saattoi olla oman rytmin vastaista. Aiemmissa tutkimuksissa merkityksellisyyttä on kuvattu toimijuutta edistävänä tekijänä, mitä voi tukea merkityksellisen toiminnan, päivittäisten rutiinien ja toipujan tavoitteiden tai päämäärien hyödyntämisen avulla (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018). Tämän tutkimuksen kohdalla esimerkiksi toipujille itselleen merkityksellisten tavoitteiden asettamista ilmeni vain yksittäisenä kuvauksena. Toipujille merkityksellisten tavoitteiden asettaminen ja niihin tukeminen voisivat edistää myös toivon kokemusta osastohoidossa.

Toipujien kokemusten perusteella tiedon santiin sairaudesta voitaisiin kiinnittää huomiota enemmän, mikä myös on toipujien oikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Toipujien kokemukset voinnin arvioinnista sekä siihen osallistumisesta vaihtelivat, mikä saattoi heikoimmillaan tarkoittaa ulkopuolisuutta omassa hoidossa. Bredski ym. (2015) ovat kuvanneet aktiivisen palautteen voivan tukea toivoa sekä toipujan toimijuutta. Toipujien passiivinen rooli voinnin arvioinnissa on aiemmissakin tutkimuksissa esiintynyt kokemus, jolloin henkilökunta ikään kuin tarkkailee toipujia etäältä (Waldemar ym. 2018, Isobel 2019).

Toimijuutta voitu tukea selviytymiskeinojen avulla (Bass ym. 2014, Bredski ym. 2015). Tässä tutkimuksessa selviytymiskeinojen kuvattiin tukevan toipujien voimaantumista elämänhallinnan kautta, ja keskeistä kuvauksissa olivat yksilölliset keinot, jotka saattoivat toipujien välillä olla lähes vastakkaisia, kuten yhdessä tekeminen tai oma rauha. Elämänhallinnan kuvauksiin kuului mahdollisuus osaston ulkopuoliseen asiointiin ja kotona käyminen tai lomailu osastolta.

Toipujat kuvasivat henkilökohtaisen vastuun ilmenevän mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoon, tiedonsaantiin hoidosta sekä oikeuksista ja henkilökunnalta saadusta tuesta kohti vastuunottoa. Vaikka hoitoon yleisesti koettiin voivan vaikuttaa, oli mahdollisuus vaikuttaa lääkehoitoon vähäisempää. Puutteellinen vaikutusmahdollisuus lääkehoitoon osastohoidon aikana on tunnistettu haaste myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Bredski ym. 2015, Waldemar ym. 2018, Isobel 2019). Toipujat kuvasivat ajoittaista toivetta siitä, että henkilökunta ottaisi suuremman vastuun toipumisesta. Waldemar ym. (2018) tunnistivat tutkimuksessaan vastaavia kuvauksia, joissa toipujat antoivat henkilökunnalle vastuun tehdä hoitopäätöksiä heidän puolestaan. Henkilökunnan asiantuntijuuden tavoitteena on tukea toipumisprosessia (Nordling ym. 2015).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisissa tutkimusmenetelmissä luotettavuuden arviointiin kuuluut tutkimuksen uskottavuuden arviointi. Uskottavuuden tukemiseksi tutkimuksessa käytettyjen aineistonkeruumenetelmien tulisi olla perusteltuja ja aineiston laatua tukevaa (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin fokusryhmähaastatteluin, minkä vahvuuksina pidetään esimerkiksi vuorovaikutuksen monipuolisuutta tai osallistujien esimerkin kautta avoimuuteen rohkaisevaa ilmapiiriä (Kitzinger 1995, Holloway & Wheeler 2013). Haastatteluissa keskustelun teemoja kysyttiin yleisesti koko ryhmältä, mutta myös kohdennetusti, jotta useampi näkökulma tuli kuulluksi. Tutkimuksen otoskoko (n= 36) voidaan pitää kvalitatiiviselle aineistolle hyvänä. Läheisten pientä osuutta tutkittavista (n= 3) voidaan kuitenkin pitää puutteena tutkimuksen laadulle. Läheisiä koskeva tutkimus on ollut kansainvälisestikin vähäisempää (Jacob ym. 2017, Vera San Juan ym. 20121) ja läheisten kokemus toipumisesta on voinut erota toipujien kokemukseen nähden (Jacob ym. 2017). Tutkimuksen informaatioarvo olisi voinut olla suurempi, mikäli läheisten osuus tutkimukseen osallistuneista olisi ollut suurempi. Nyt tutkielma kuvaa lähinnä toipujien näkökulmaa tutkimusaiheesta.

Keskeinen osa laadun arviointi on tutkimuksen analyysin arvioiminen ja analyysiprosessin kuvaaminen merkitysyksikön määrittelystä raportointiin tukee uskottavuutta. Analyysissa tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi merkitysyksikön laajuuteen. Merkitysyksikön tulisi olla riittävän laaja, mutta ei kuitenkaan niin laaja, että se sisältäisi useampia merkityksiä. (Graneheim & Lundman 2004.) Tutkimuksessa määritellyt merkitysyksiköt muodostuivat pääasiassa yhdestä virkkeestä tai lauseesta. Tulosten raportoinnissa käytetyt lainaukset antavat

hyvän yleiskuvauksen merkitysyksiköistä niin sisällöllisesti kuin laajuudeltaan.

Fokusryhmähaastattelun vahvuuksia hyödyntäen osa merkitysyksiköitä muodostui myös useamman haastateltavan jaetusta kokemuksesta. Tutkimuksen analyysiprosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti aineiston analyysi -otsikon alla kohdassa 6.3.

Luotettavuuden osa-aluetta paikkansapitävyys voidaan tukea siten, ettei tutkimuksen aineistonkeruu muutu merkittävästi tutkimusprosessin aikana (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin käyttämällä haastatteluissa samaa haastattelurunkoa koko aineistonkeruun ajan. Tutkielman tekijä ei osallistunut haastatteluihin vaan eri tutkijat toteuttivat haastattelut, jolloin tutkimuskysymykset tai ennakkotiedot tutkimusaiheesta eivät ohjanneet haastatteluja. Aineisto analysoitiin olemassa olevan toipumista kuvaavan mallin mukaan (Leamy ym. 2011). Aineistonkeruussa käytetty haastattelurunko ei kuitenkaan perustunut analyysissä käytettyyn malliin, mitä voidaan pitää luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa esimerkiksi siirrettävyyden arviointi jää tutkimuksen lukijan vastuulle (Graneheim & Lundman 2004), joskin myös tutkimuksen tekijöille kuvataan kuuluvan vastuu siirrettävyyden pohtimiseksi (Morse 2015). Arviointia siirrettävyydestä voidaan helpottaa kuvaamalla mahdollisimman tarkasti tutkimusympäristö, kohderyhmä sekä tutkimusaineiston keräys sekä analyysi. Tulosten esittelyssä tärkeää on luoda rikas kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja käyttää sen tukena soveltuvin osin suoria lainauksia tutkimuksen aineistosta. (Graneheim & Lundman 2004.) Tutkielman teossa on pyritty huomioimaan mahdollisimman tarkasti siirrettävyyden arviointia tukevien tekijöiden kuvaaminen.

Tutkimuksen tekijän tausta voi vaikuttaa tulkintaan. Olisi tärkeä tuoda esiin tutkijan tausta tutkimusaiheen kannalta sekä kiinnittää huomiota siihen, ettei aineistosta haeta merkityksiä, joita siinä ei ole. Tulkinta aineistosta voidaan tehdä joko suorien tai piilevien merkitysten kautta. (Graneheim & Lundman 2004). Tutkielmassa pyrittiin käsiteanalyysin mukaisesti suorien merkitysten löytämiseen aineistosta (Crowe ym. 2015). Tutkielman kirjoittajan kokemus ja näkemys vuorovaikutuksen keskeisyydestä mielenterveyshoitotyössä on saattanut osaltaan vaikuttaa tulosten analysointiin, mutta tätä pyrittiin vähentämään keskittymällä analyysissä haastateltavien antamiin suoriin merkityksiin tutkimusaiheesta. On kuitenkin todettava analyysirungon yhteys muihin -yläkategorioiden ilmausten esiintyneen useimmiten haastatteluissa. Analyysirungon käsitteellinen epätarkkuus aiheutti jonkin verran

kategorioiden päällekkäisyyttä, minkä haasteen ovat myös Stuart ym. (2017) katsauksessaan todenneet. Tutkielman tekijä on tällöin joutunut tekemään päätöksen, mikä haastatteluissa esiintyneistä merkityksistä oli ensisijainen.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata toipumista sekä sitä edistäviä tai estäviä tekijöitä psykiatrisessa osastohoidossa. Tutkimuksen perusteella toipumisen eri prosessit ovat läsnä suomalaisessa psykiatrisessa osastohoidossa. Tulosten ja kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta toipumisen ja siihen liittyvien tekijöiden ilmenevän suomalaisessa psykiatrisessa osastohoidossa hyvin paljon samaan tapaan, kuin aiemmassa kansainvälisessä kirjallisuudessa. Vaikka prosessit ovat läsnä hoidossa toteutuvat ne hyvin vaihdellen, mikä voi selittyä sillä, ettei palveluiden järjestämistä Suomessa ohjaa toipumisorientaation viitekehys.

Tutkimuksen tavoite on tukea toipumisen toteutumista psykiatrisessa osastohoidossa, mitä voitaisiin edistää kiinnittämällä huomiota entistä enemmän toipumisen prosesseihin ja madaltamalla tuloksissa ilmenneitä toipumisen esteitä. Tutkimuksen perusteella toipumisen prosessit eivät ole keskenään täysin erillisiä vaan osastohoidossa esimerkiksi tiedon saanti ja osaston ulkopuolinen aika liittyivät useampiin prosesseihin. Tiedon saanti kuvautui yleisesti tutkimuksessa jonkin verran puutteellisena, mikä vaikutti sekä voimaantumisen, merkityksellisyyden että toivon kokemuksiin. Osaston ulkopuolelle suuntaavat toiminnot tai mahdollisuus siihen tukivat yhteyttä muihin, merkityksellisyyttä sekä voimaantumista. Merkityksellisyyteen ja voimaantumiseen sisältyviä kuvauksia ilmeni sekä tässä että aiemmissa tutkimuksissa myös toivoa tukevana.

Tutkimustulosten ollessa saman suuntaisia aiempien tutkimusten kanssa olisi perusteltua suunnata jatkotutkimusta toipumisorientaation viitekehysten koulutusta ja toipumisen interventioita kohtaan. Interventioiden ja koulutuksen siirtäminen suomalaiseen palvelujärjestelmään voisi olla mahdollista ja sen soveltuvuutta olisi ainakin tärkeä selvittää. Kansainvälisesti toipumista edistäviä interventioita on kehitetty melko paljon ja tutkimuksen painopistettä tulisi kansainvälisesti siirtää kohti implementoinnin tutkimusta (Lorien ym. 2020).

Lähteet

- Anthony, W. A. 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Aston, V., & Coffey, M. 2012. Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 257-263.
- Bass, H., Tickle, A., & Lewis, N. 2014. The recovery-orientation of three mental health units. *Mental Health Review Journal*, 19(3), 163–175.
- Bredski, J., Forsyth, K., Mountain, D., Harrison, M., Irvine, L. & Maciver, D. 2015. What in-patients want: A qualitative study of what's important to mental health service users in their recovery (Wayfinder Partnership). *Mental Health Review Journal*, 20(1), 1–12.
- ClinicalTrials.gov. Managing Patient Aggression in Mental Health Services (Violin). NCT02724748. 2016. Managing Patient Aggression in Mental Health Services - Full Text View - ClinicalTrials.gov.
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A. & Simpson, A. 2019. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: A cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 115.
- Crowe, M., Inder, M. & Porter, R. 2015. Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623.
- Cypress, B. S. 2019. Data Analysis Software in Qualitative Research: Preconceptions, Expectations, and Adoption. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 213-220.
- Deegan, P. E. 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.

- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Tomlinson, P., & Vanheule, S. 2020. A qualitative exploration of service users' and staff members' perspectives on the roles of inpatient settings in mental health recovery. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 1-13.
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. 2018. Explication and definition of mental health recovery: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91–102.
- Elo, S., & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S., Sutherland, G., King, K., Tellez, J. J., Harvey, C. & Brophy, L. 2019. Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 538-550.
- Graneheim, U. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105–112.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Sinivuori, E., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita (13. osin uud. laitos.). Helsinki: Tammi.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2013. Qualitative Research in Nursing and Healthcare (3rd ed.). Chichester: Wiley.
- Hong, Q. N., 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. 2018. Mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018: user guide. Montreal: McGill University.

- Hungerford, C., & Richardson, F. 2013. Operationalising Recovery-oriented services: The challenges for carers. *Advances in Mental Health*, 12(1), 11–21.
- Huttunen, M. 2000. Psykiatri, potilas ja omainen. *Duodecim*, 116(17), 1801–1802.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö (5., uudistettu painos.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Isobel, S. 2019. “In some ways it all helps but in some ways it doesn’t”: The complexities of service users’ experiences of inpatient mental health care in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 105–116.
- Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. J., & Griffiths, D. 2017. Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian*, 24 (1), 53-61.
- Jaeger, M., Konrad, A., Rueegg, S., & Rabenschlag, F. 2015. Patients’ subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(3), 188–195.
- Jensen, L. 2004. Mental Health Care Experiences: Listening to Families. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(1), 33–41.
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro.
- Katsikitis, M., Lane, B., Ozols, I., & Statham, D. 2017. Consumer and carer perspectives in the development of a mental health research, treatment and teaching facility: A thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 534–544.
- Kidd, S., Kenny, A. & McKinstry, C. 2015. Exploring the meaning of recovery-oriented care: An action-research study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 38–48.

- Kielitoimiston sanakirja. 2021. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus. URN:NBN:fi:kotus-201433. Verkkojulkaisu HTML. Päivitettävä julkaisu. Päivitetty 11.11.2021. Viitattu 10.4.2022 <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/1%C3%A4heinen?searchMode=all>.
- Kitzinger, J. 1995. Introducing Focus Groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299–302.
- Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? *Duodecim* 122 (18), 2251–2257.
- Kyrölä, A., & Järvelin, J. 2021. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2020. THL Tilastoraportti, 44, 2021.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- 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. *British Journal Of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
- Lorien, L., Blunden, S., & Madsen, W. 2020. Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1035-1048.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339(7716), b2535.
- Morse, J. M. 2015. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative health research*, 25(9), 1212-1222.

- Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D. & Gagnier, F. 2010. The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-14.
- Nordling, E. 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim* 134 (15), 1476–1483.
- Nordling, E., Järvinen, M., & Lähteenlahti, Y. 2015. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santa-lahti, P., Solin, P., Tuulos, T. & Wuorio, S. (toim.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Miten tästä eteenpäin? Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 20/2015*, 133-41.
- Nordling, E. & Rissanen, P. 2020. Mielenterveystyö uudistuu: toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat.
- OECD. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle*.
- Paattimäki, H., Huhtala, O., Joutsiluoma, J., Lampinen, S., Ojanen, P., Penttilä, P. & Nordling, E. 2015. Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010-2014) loppuraportti.
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. 2013. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric Services*, 64(10), 974-980.
- Siltanen, H., Heikkilä, K., Parisod, H, Tuomikoski, A., Tuomisto, S & Holopainen A. 2019. Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja suositusryhmille. Versio 1.1. Saatavilla 27.11.2020 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hoitosuosituskasikirja-final-26022019-1.pdf>.

- STM. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Saatavilla 23.2.2022
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. 2017. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), 291–304.
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. 1 Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksesta: Stolt, Axelin, A., & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (2. korjattu painos.). Turun yliopisto.
- Suvisaari, J., Eskelinen, S., Keinänen, J., Ahlgrén-Rimpiläinen, A., & Viertiö, S. 2019. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät.
- Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. 2014. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T., & Aal-berg, V. 2014. Psykiatria (11. uud. p.). Helsinki: Duodecim.
- TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Saatavilla 28.5.2022 https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- THL. 2022. Hoidon porrastus aikuispsykiatriassa. Saatavilla 9.4.2022
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/hoidon-porrastus-aikuispsykiatriassa>.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D. & Hasson-Ohayon, I. 2019. Conceptualizations, Assessments, and Implications of Personal Recovery in Mental Illness: A Scoping Re-

- view of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169–181.
- Vera San Juan, N., Gronholm, P. C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., & Evans-Lacko, S. 2021. Recovery from severe mental health problems: A systematic review of service user and informal caregiver perspectives. *Frontiers in psychiatry*, 1361.
- Välimäki, M., Yang, M., Normand, S., Lorig, K. R., Anttila, M., Lantta, T., Pekurinen, V. & Adams, C. E. 2017. Study protocol for a cluster randomised controlled trial to assess the effectiveness of user-driven intervention to prevent aggressive events in psychiatric services. *BMC Psychiatry*, 17 (1).
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtio-neuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Saatavilla 30.9.2020 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf.
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. 2016. Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596-602.
- Waldemar, A. K., Esbensen, B. A., Korsbek, L., Petersen, L. & Arnfred, S. 2018. Recovery orientation in mental health inpatient settings: Inpatient experiences? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1177–1187.
- WHO. 2012. WHO QualityRights Tool Kit. Saatavilla 30.9.2020 https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/.
- Wyder, Bland, R., McCann, K., & Crompton, D. 2018. The Family Experience of the Crisis of Involuntary Treatment in Mental Health. *Australian Social Work*, 71(3), 319–331.

Liitteet

Liite 1. Tietokantahaut ja tulokset

Liite 1. Tietokantahaut ja tulokset

Tietokanta	Hakulauseke	Tulokset	Pvm.
PubMed / Medline	(patient* OR patients OR rehabilite* OR "Patients"[Mesh] OR consumer* OR relativ* OR "family member*" OR carer* OR "Family"[Mesh] OR spous* OR "Spouses"[Mesh]) AND ("recovery orien*" OR "recovery-orient*" OR "recovery approa*" OR "Mental Health Recovery"[Mesh]) AND (inpatien* OR "in-patien*" OR ward OR hospital*)	346	15.5.2022
CINAHL	(patien* OR MH "Psychiatric Patients+" OR rehabilite* OR consumer* OR client* OR customer* OR relative* OR "family member*" OR MH "Family+" OR carer* OR spous*) AND ("recovery orien*" OR "recovery-orient*" OR "recovery approa*") AND (inpatien* OR "in-patien*" OR ward OR hospital*)	502	15.5.2022
Medic	"recovery orientation" OR "recovery-orientation" OR "recovery approach" OR toipumisorientaatio	2	15.5.2022
APA PsycINFO (EBSCO)	(patien* OR MH "Psychiatric Patients+" OR rehabilite* OR consumer* OR client* OR customer* OR relative* OR "family member*" OR MH "Family+" OR carer* OR spous*) AND ("recovery orien*" OR "recovery-orient*" OR "recovery approa*") AND (inpatien* OR "in-patien*" OR ward OR hospital*)	596 rajaus: academic journals	15.5.2022
APA PsycArticles (EBSCO)	(patien* OR MH "Psychiatric Patients+" OR rehabilite* OR consumer* OR client* OR customer* OR relative* OR "family member*" OR MH "Family+" OR carer* OR spous*) AND ("recovery orien*" OR "recovery-orient*" OR "recovery approa*") AND (inpatien* OR "in-patien*" OR ward OR hospital*)	54	15.5.2022
Cochrane Library	patien* OR rehabilite* OR consumer* OR client* OR relative* OR family NEXT member* OR carer* OR spous* AND recovery NEXT orien* OR recovery NEXT approa* AND inpatien* OR in-patien* OR ward OR hospital*	42	15.5.2022

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Tekijät (vuosi) Maa	Otsikko	Menetelmä	N	Keskeiset tulokset
Aston & Coffey (2011) Iso-Britannia	Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery	kval.	n = 6 toipujaa	Tarkoitus kuvata mitä toipuminen tarkoittaa toipujille ja henkilökunnalle sekä miten se soveltuu osastohoitoon. Toipuminen pitkä ja epälineaarinen prosessi, kuvattu matkaksi. Toipujille se voi tarkoittaa menetetyin takaisin saamista tai paranemista. Toipumisen haasteita: leimautuminen, henkilöunta viettää aikaa kansliassa ja pelko menetyksestä.
Bass ym. (2014) Iso-Britannia	The recovery-orientation of three mental health units.	kvant. + kval.	n = 14 toipujaa	Tarkoitus mitata toipujien ja henkilökunnan mielipiteitä toipumisesta psykiatrisessa osastohoidossa ja määritellä tekijät toipumisessa ovat tärkeitä toipujille. Kvantitatiiviset tulokset: Toipujat sekä avo- että suljetulla osastolla arvostivat samoja toipumisen tekijöitä: hallinnan tunne, itsensä johtaminen, merkityksellisyys sekä toivo. Hengellisyys ja seksuaalisuus olivat vähemmän merkityksellisiä, mutta myös niihin tukeminen oli vähäisempää. Päätöksentekoon osallistuminen oli vähäistä. Toipujat kokivat olevansa toiveikkaita. Henkilöunta tuki toiveikkuutta, mutta ei niinkään merkityksellisyyttä. Kvalitatiiviset tulokset: Toipujille henkilökunnan fyysinen ja emotionaalinen läsnäolon sekä henkilökunnan kyky osoittaa kunnioitusta, lämpöä, tuomitsemattomuutta sekä aitoutta tukivat toipumista. Toipujien omat selviytymiskeinot (vaikuttaa mm. kontrollin tunteeseen ja itsenäisyyteen) ja avoimen keskustelun taito tukevat toipumista. Toipujat toivoivat riittävää henkilökunnan määrää sekä toiveiden asettamisen sekä niihin pääsemisen tukemista keskeisiksi kehityskohteiksi.
Bredski ym. (2015) Iso-Britannia	What in-patients want: A qualitative study of what's important to mental health service users in their recovery (Wayfinder Partnership)	kval.	n = 31 toipujaa	Tarkoitus kuvata toipujien kuvaamia toipumista tukevia tekijöitä psykiatrisessa osastohoidossa. Neljä toipumista tukevaa yläteemaa: suhteet, toivo, toimijuus ja mahdollisuus. Yllä mainittuja teemoja tukevat: osastoympäristön, joka tarjoaa yksityisyyttä, turvallisuutta, rauhaa sekä henkilökunnan, joka kuuntelee, välittää, tukee, auttaa sekä hoitaa potilaita kunnioittaen ja yksilöllisesti.
Coffey ym. (2019) Iso-Britannia	Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute	kvant. + kval.	Kvant. n = 301 toipujaa,	Tarkoitus selvittää toipujien, omaisten ja henkilökunnan näkökulmia toipumista tukevista ja estävistä tekijöistä akuutissa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Toipujat ja omaiset kuvasivat toipumista laajana käsitteenä sisältäen oireiden hoitoa, toiveen elämästä ilman lääkitystä sekä vaikeuksien voittamisen.

	inpatient mental health settings: A cross national comparative mixed methods study		28 läheistä Kval. n = 36 toipujaa, 9 läheistä	<p>Toipujien kokemukset olivat yksilöllisiä ja vaihtelevia; mikä toisella toteutui hyvin, ei välttämättä toisella toteutunut. Myös toipujien, omaisten ja henkilökunnan väliset kokemukset vaihtelivat.</p> <p>Toipujien kokiessa toipumisorientaation olevan korkea, kokivat hoidon laadun olleen korkea. Toipumisorientaatiolla oli positiivinen yhteys terapeuttisen suhteen laadun kanssa.</p> <p>Toipumista vaikeutti heikkoa vastaanottoa hoidon suunnitteluun, joustamattomuus ja yksilöllisyyden haasteet. Toipumista tuki johdonmukaisuus, jatkuvuus ja turvallisuus.</p>
De Ruyscher ym. (2020) Belgia	A qualitative exploration of service users' and staff members' perspectives on the roles of inpatient settings in mental health recovery.	kval.	n = 10 toipujaa	<p>Tarkoitus kuvata päivittäisiä käytäntöjä, jotka edistävät hoitoon sitoutumista psykiatrisessa vapaaehtoisessa osastohoidossa. Tuloksissa osasto kuvattiin kolmesta eri jaetusta kokemuksesta: turvapaikkana, erityislaatuksena paikkana sekä siirtymävaiheen paikkana.</p> <p>Osasto on turvapaikka, jossa on suojassa ja saa vain olla. Turvana koettiin henkilökunnan läsnäolo ympäri vuorokauden. Osastolla olon mukavuus voi aiheuttaa laitostumisen riskin. Tulee keskittyä osaston ulkopuolelle motivointiin.</p> <p>Erytislaatuinen paikka sisälsi kuvauksia yksilöllisyydestä ja sen mahdollisuuksista identiteetin kehittämisessä, joka voi edetä esimerkiksi henkilökohtaisten kiinnostusten tai sosiaalisten roolien avulla. Tarkoitus löytää merkitys elämässä. Osastohoidossa laadukas vuorovaikutus henkilökunnan kanssa voi jäädä vähäiseksi.</p> <p>Siirtymävaiheen tila kuvaa tavoitetta siirtyä kohti merkityksellistä elämää yhteiskunnassa. Toipujilla kokemuksia siitä, että osastohoito on häirinnyt päivittäistä elämää. Osastolla olon sijaan olisi tärkeämpää, että toipujilla olisi mielekkäitä aktiviteetteja osaston ulkopuolella. Tulisi olla koti mihin mennä.</p>
Fletcher ym. (2019) Australia	Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice.	kval.	n = 9 toipujaa, 9 läheistä	<p>Tarkoitus arvioida toipumisorientaation mukaisia ehdotuksia suljetun osaston rajoitusten vähentämiseksi. Yleisesti koettiin, että akuuttiosastojen tulisi ottaa toipumisorientaatio käyttöön.</p> <p>Yleisimmin kuvattu ehdotus oli tylsyyden välttäminen osastolla sekä toipujien että omaisten kohdalla. Merkitykselliset aktiviteetit vähentävät tylsistymistä. Tarve erilaisille aktiviteeteille ja mahdollisuus valita, mitä tekee.</p> <p>Tarve vertaistuelle. Vertaiset voivat kuunnella, jakaa kokemuksiaan sekä toimia asianajajina ja toimia toipujan tukena hoidon alusta loppuun.</p> <p>Henkilökunnan kouluttautuminen toipumista tukeviin menetelmiin. Henkilökunnan into työhön ja rehellinen välittäminen koetaan tärkeäksi.</p>
Hungerford & Richardson (2013) Australia	Operationalising recovery-oriented services: The challenges for carers	kval.,	n = 10, läheistä	<p>Tarkoitus selvittää toipujien läheisten käsityksiä toipumisorientaatiosta.</p> <p>Läheiset kokivat tärkeänä kiinnittää huomiota sekä heille että toipujille tarjottavaan psykoedukaatioon toipumisesta sekä oireidenhallintaa koskien hoitosuunnitelmaan kiinnittymistä tukien. Osasto- ja avohoidon yhteistyön tulisi olla tiiviimpää. Osastohoito ei ollut riittävän intensiivistä ja tuki osastohoidon jälkeen koettiin puutteellisenä.</p>

Isobel (2019) Australia	'In some ways it all helps but in some ways it doesn't': The complexities of service users' experiences of inpatient mental health care in Australia.	kvant. + kval.	n = 67 toipujaa	<p>Tarkoitus oli kerätä toipujien kokemuksia osastohoidosta. Tuloksissa kvantitatiiviset aineistot ilmaisivat hyviä hoidon tuloksia, mutta kvalitatiiviset haasteita hoidon toteutumisessa.</p> <p>Kvantitatiivisen aineiston mukaan toipujat kokivat hyvinä asioina henkilökunnan saavutettavuuden sekä pyrkimyksen toipujien tarpeiden ymmärtämiseen, henkilökunnan haluavan heidän toipumista sekä kokevansa turvaa osastolla. Yli 70 % koki interventoiden tähtäävän toipumiseen. Vaikka toipujat kuvasivat hoidon kokemuksia yleisesti positiivisiksi ja tehokkaaksi, eivät he kokeneet yksilöllisyyden toteutuneen riittävästi.</p> <p>Kvalitatiivisessa aineistossa toipujat kuvasivat yksilöllisiä ja vaihtelevia kokemuksia seuraavista kategorioista: vuorovaikutus henkilökunnan kanssa, hoitoon mukaan ottaminen, hoitoympäristö sekä hoito. Sekä haastavia kokemuksia kategorioissa: pelko tuoda julki omaa itseä, voimattomuuden tunne ja ulkopuolisuuden tunne.</p>
Jaeger ym. (2015) Sveitsi	Patients' subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit.	kvant.	n = 73 toipujaa	<p>Tarkoituksena oli selvittää toipujien kokemuksia hoidosta liittyen kunnioitukseen ja tyytyväisyyteen, terapeuttiin hoitosuhteisiin ja toipumiseen liittyviin tekijöihin, kuten optimismiin, toivoon, autonomiaan ja elämänlaatuun.</p> <p>Asenteet toipumista kohtaan alateemat: toipuminen on kaikille mahdollista sekä toipuminen on mahdollista, olivat parantuneet projektin myötä.</p>
Jensen (2004) Yhdysvallat	Mental health care experiences: listening to families.	kval.	n = 30 läheistä	<p>Tarkoituksena oli selvittää läheisten positiivisia ja negatiivisia kokemuksia toipujien saamista mielenterveyspalveluista. Monet läheiset kokivat sairaalahoidon yleisesti huonona. Omaisten kokemana toipujat pelkäsivät muita potilaita osastohoidon aikana. Rajoituksia ja eristämistä käytettiin liikaa. Puutteita henkilökunnan välisessä yhteistyössä, yksilöllisyydessä sekä osastohoidon jälkeisessä tuessa.</p>
Katsikitis ym. (2017) Australia	Consumer and carer perspectives in the development of a mental health research, treatment and teaching facility: A thematic analysis.	kval.	n = 9 toipujaa n = 9 läheistä	<p>Tarkoituksena oli selvittää läheisten ja toipujien näkemyksiä, mitä hoidossa tulisi ottaa huomioon.</p> <p>Läheiset kokivat, ettei hoidon jatkuvuutta ole avohoitoon siirryttäessä eikä yksilöllinen hoidon suunnittelu toteudu. Läheiset kokivat henkilökunnan toimesta sivuuttamista ja huomiotta jättämistä. Läheiset kokivat, että esimerkiksi vaihtoehtohoitojen toteutuminen osastohoidossa oli tehty lähes mahdottomaksi. Läheiset kokivat kokonaisvaltaisessa terveyden huomioimisessa puutteita ja osastohoitoa viitattiin säilytyspaikaksi. Läheisten mukaan toipujien voimavaroja ja taitoja ei huomioitu riittävästi.</p>
Kidd ym. (2015) Australia	Exploring the meaning of recovery-oriented care: an action-research study.	kval.	n = 6 toipujaa, n = 1 läheinen	<p>Tutkimus tarkoitus oli kuvata toipujien, läheisten sekä ammattilaisten näkökulmia toipumisorientaation mukaisesta hoidosta sen kehittämiseksi. Toipujat kuvasivat haasteina toipumiselle ajan, tahdosta riippumattoman hoidon haasteet toimijuudessa ja luottamuksen rakentumisessa sekä puutteet toipujan kuulemisessa.</p>

Waldemar, A. ym. (2018) Tanska	Recovery orientation in mental health inpatient settings: Inpatient experiences?	kval.	n = 14 toipujaa	Tarkoitus kuvata toipujien kokemuksia toipumisorientaatiosta kahdella psykiatrisella vuodeosastolla. Kokemuksista tunnistettiin kuusi teemaa. Toipujat kokivat hyväksyntää ja suojelua osastolla sekä he kokivat muiden läsnäolon mukavana, toisaalta he kokivat tarvetta puhua enemmän henkilökunnan kanssa. Toipujat kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa hoitoonsa, eikä heillä ollut riittävästi tietoa hoitoaan koskien. Hoito koostui lähinnä lääkityksestä. Toipujat kokivat olevansa henkilökunnan tarkkailun ja arvioinnin alla ja erillään henkilökunnasta.
Wyder ym. (2018) Australia	The Family Experience of the Crisis of Involuntary Treatment in Mental Health	kval.	n = 19 läheistä	Tarkoitus kuvata läheisten kokemuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta. Läheiset kuvaavat toipumisen edellyttävän: turvallisen paikan, jossa toipujat saavat hoitoa, omaisten yhteistyöhön mukaan ottamista sekä tiedon saantia toipujaa koskien sekä tarve tulla huomioiduksi tärkeänä henkilönä toipujan elämässä.