

PSYKIATRISSESSA TAHDONVASTAISSESSA HOIDOSSA
OLEVIEN AIKUISPOTILAIDEN
ULKOILUMAHDOLLISUUDEN TOTEUTUMINEN

Tuukka Mäkiranta

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitajakoulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

2014

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitajakoulutus

Tekijä	Tuukka Mäkiranta	Vuosi	2014
Ohjaaja	Leena Välimaa		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka		
Työn nimi	Psykiatrisessa tahdonvastaisessa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilumahdollisuuden toteutuminen		
Sivu- ja liitemäärä	47 + 5		

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla tahdonvastaisessa hoidossa (tai toiselta nimeltään tahdosta riippumattomassa hoidossa) olevien aikuispotilaiden ulkoilumahdollisuus on toteutunut. Tiedot kerättiin hoitajilta kyselyllä ja heiltä kerättiin myös kehittämisideoita kuinka potilaiden ulkoilumahdollisuuden voisi toteuttaa vastaisuudessa paremmin. Tavoitteena oli, että kerätyn tiedon avulla Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka voisi ruveta kehittämään potilaiden ulkoilun toteuttamista entistä paremmin ja näin myös lisätä potilaiden hyvinvointia. Psykiatristen potilaiden ulkoilua ja sen toteutumista on tutkittu vain vähän tähän mennessä etenkin Suomessa. Aikaisempien tutkimusten mukaan ulkoilu on tuottanut monia positiivisia vaikutuksia potilaille.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, jossa oli myös laadullisia osia. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jossa oli suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet pyrittiin jakamaan kaikkien hoitajien tavoitettaviksi vastausaikana. Avointen kysymysten avulla saatiin arvokkaita kehittämisideoita potilaiden ulkoilun suhteen.

Tulosten mukaan suurin osa hoitajista oli käyttänyt potilaita ulkoilemassa. Potilaat olivat päässeet ulkoilemaan hoitajien kanssa keskimäärin harvemmin kuin kerran viikossa. Suurin osa hoitajista ei ollut tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään ja laatuun. Potilaiden huono psyykinen terveydentila ja henkilökunnan puute olivat kaksi suurinta potilaiden ulkoilun estävää tekijää ja vastaavasti riittävä henkilökunnan määrä nähtiin suurimpana edistävänä tekijänä. Lähes kaikki hoitajat olisivat valmiita käyttämään potilaita ulkoilemassa mahdollisuuksien niin salliessa. Suurin osa hoitajista olisi valmis kehittämään ja järjestämään potilaiden ulkoilua. Suosituimpia ulkoilun kehittämisideoita olivat ”ulkoiluhoitajan” määrääminen työvuoroihin sekä ulkoilulle tarkoitetun ajan luominen päiväohjelmaan. Hoitajilla on hyvin motivaatiota lähteä ulkoiluttamaan potilaita ja kehittämään ulkoilua mikäli riittävät resurssit saadaan luotua.

Avainsanat: psykiatrinen tahdonvastainen hoito, ulkoilu, mielenterveys, kehittäminen

Social, health and sports sector of
vocational education
Registered nurse training program

Author	Tuukka Mäkiranta	Year	2014
Supervisor	Leena Välimaa		
Commissioned by	Psychiatric clinic of Lapland hospital district		
Subject of thesis	Realization of going outdoors with adult patients who are in compulsory psychiatric treatment		
Number of pages	47 + 5		

Thesis was done to examine how adult patients who are in compulsory psychiatric treatment can go outdoors during their treatment at the psychiatric clinic of Lapland hospital district. Data was collected from nurses and also improvement ideas of how to improve patients' possibilities to go outdoors in the future. The aim was that with the data collected the psychiatric clinic of Lapland hospital district could start to improve their patients' chances of going outdoors during their treatment and try this way improve their well-being also. There haven't been many studies about how psychiatric patients are able to go outdoors or how going outdoors has realized during their treatment period. Studies of this kind are very rare in Finland. Previous studies have shown that going outdoors has had many positive impacts on patients.

This thesis was carried out as a quantitative research which had also some qualitative aspects. Data was collected with questionnaire which had closed questions and some open questions. Questionnaires were available for all nurses at the psychiatric clinic during the study period. Valuable improvement ideas were collected via open questions.

Results show that majority of the nurses had taken patients outdoors. Nurses had taken patients outdoors approximately less than once per week. Majority of the nurses were not satisfied to the frequency and quality of how patients get outdoors currently. Poor mental health and lack of staff were the two main factors which prevented patients' chances to go outdoors. Sufficient number of staff was the main factor that was seen to advance patients chances of going outdoors. Majority of nurses were ready to take patients outdoors if circumstances would allow it. Majority of the nurses would be ready to improve and organize outdoor exercise for patients. Couple popular improvement ideas were to assign "outdoor nurse" to shifts and to create time to go outdoors. Nurses had motivation to take patients outdoors and improve patients' chances of going outdoors.

Key words: compulsory psychiatric treatment, outdoors, mental health, improvement

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TAHDONVASTAINEN HOITO MIELENTERVEYSLAIN MUKAAN SEKÄ TAHDONVASTAISEN HOIDON KRITTEERIT	4
3 POTILAAN ULKOILU JA LIIKUNTA PSYKIATRISISSA HOIDOSSA JA AIHEESTA TEHTYJÄ TUTKIMUKSIA	5
3.1 ULKOILUUN JA LIIKUNTAAN LIITTYVÄÄ MÄÄRITTELYÄ	5
3.2 TUTKIMUKSIA	6
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	12
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	13
5.1 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN KOHDEJOUKKO	13
5.2 KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN JA AINEISTON KERUU.....	14
5.3 AINEISTON ANALYSOINTI	15
5.4 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	16
6 TUTKIMUSTULOKSET	19
6.1 VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT	19
6.2 TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASSA HOIDOSSA OLEVIEN AIKUISPOTILAIEN ULKOILUN TOTEUTUMINEN.....	24
6.3 TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASSA HOIDOSSA OLEVIEN AIKUISPOTILAIEN ULKOILUA ESTÄVÄT JA EDISTÄVÄT TEKIJÄT.....	27
6.4 TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASSA HOIDOSSA OLEVIEN AIKUISPOTILAIEN ULKOILUN KEHITTÄMINEN.....	30
6.5 HOITAJIEN KEHITTÄMISIDEAT POTILAIEN ULKOILUN SUHTEEN	33
6.6 PALAUTTEET JA MUUT ASIAT	34
7 POHDINTA.....	37
7.1 KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELUA JA PÄÄTELMIÄ	37
7.2 TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS HOITOTYÖSSÄ.....	39
7.3 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN POHDINTAA.....	40
7.4 JATKOTUTKIMUSAIHEITA	42
7.5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA OMA AMMATILLINEN KASVU	42
LÄHTEET	45
LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla (entinen Muurolan sairaala) kuinka siellä on toteutunut tahdonvastaisessa hoidossa (tai toiselta nimeltään tahdosta riippumattomassa hoidossa) olevien aikuispotilaiden ulkoilumahdollisuus. Tietoa on tarkoitus kerätä psykiatrian klinikan neljän osaston hoitajilta kyselyn avulla. Lisäksi hoitajilta kysytään, olisiko heillä kehittämisideoita kuinka ulkoilumahdollisuuden voisi vastaisuudessa toteuttaa entistä paremmin. Tavoitteena on, että hoitajille toimitettujen kyselylomakkeiden avulla kerättyä tietoa, psykiatrian klinikka voi hyödyntää kehittäessään tahdonvastaisessa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilumahdollisuuksien toteutumista entistä paremmin ja edistää samalla potilaiden hyvinvointia.

YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen mukaan kaikki ihmiset ovat syntyneet vapaiksi ja tasavertaisiksi arvon ja oikeuksien suhteen. Jokainen ihminen on myös oikeutettu kaikkiin YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallisessa julistuksessa mainittuihin vapauksiin ja oikeuksiin riippumatta, monen muun asian ohella, ihmisen ominaisuuksista, joihin voidaan katsoa kuuluvan myös mielenterveydellinen tilanne. Julistuksessa mainitaan myös muun muassa, että jokaisella ihmisellä on oikeus vapauteen ja ihmiset saavat liikkua vapaasti. (Yhdistyneet Kansakunnat 1948.) Nämä periaatteet pätevät siis myös psykiatrisessa tahdonvastaisessa hoidossa oleviin potilaisiin.

Euroopan Neuvoston kidutuksen vastainen toimikunta, CPT (Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), kävi neljännen kerran Suomessa vuoden 2008 keväällä. Toimikunta vieraili myös kahdessa psykiatrisessa hoitoyksikössä. Toimikunta totesi vierailujensa perusteella, että psykiatrisessa hoitoyksikössä on potilaille taattava päivittäinen vähintään yhden tunnin mittainen ulkoilumahdollisuus. (Pimenoff 2008, 4522.)

Suosituksset, joita CPT antaa, koskevat kaikkia psykiatrisia hoitolaitoksia. CPT:n suositukset eivät kuitenkaan koske sellaisia hoitolaitoksia, joissa on puututtu jonkinlaiseen erityisongelmaan paikallisesti. STM:n (Suomen sosiaali- ja terveysministeriö) olisikin suositeltavaa kartoittaa Suomessa kaikki psykiatriset klinikat, joissa on potilaita tahdonvastaisessa hoidossa ja selvittää, mikä potilaiden tilanne on heidän ulkoilunsa toteutumisessa. Lisäksi STM:n olisi hyvä

ohjeistaa psykiatrisia hoitolaitoksia tarvittaviin toimenpiteisiin. (Pimenoff 2008, 4522.)

Suomen psykiatristen klinikoiden muurittomuus ja portittomuus ovat hyviä lähtökohtia ruveta luomaan päivittäisen ulkoilun mahdollistavia edellytyksiä kaikille psykiatrisille potilaille, jotka ovat siihen kykeneväisiä terveytensä puolesta. Psykiatristen potilaiden hoitoajat voivat olla melko lyhyitä ja potilaiden psyykkinen kunto voi olla samaan aikaan myös melko huono. Tällöin potilaan tarvetta päivittäiseen ulkoiluun ei pidetä aina välttämättä ilmeisenä. Tästä huolimatta myös yleissairaaloiden tahdonvastaisessa hoidossa olevilla psykiatrisilla potilailla on oltava taattu mahdollisuus päivittäiseen turvalliseen ulkoiluun. Suomessa tulisikin tehdä selvitys siitä kuinka eri vuodenaajat ja säätilat vaikuttavat laitoksissa asuvien potilaiden ulkoiluun. Lisäksi olisi selvitettävä näiden potilaiden ulkoilun frekvenssiä, kestoja, olosuhteita ja syitä. Mikäli ulkoilun toteutukselle on esteitä, ovat ne esteet poistettava mahdollisimman nopeasti. (Pimenoff 2008, 4522–4523.)

Mahdollisuus päivittäiseen ulkoiluun kuuluu ihmisoikeuksiin ja lisäksi se ylläpitää vireyttä. Ulkoilumahdollisuuden järjestäminen päivittäin kaikilla potilailla ei saa estyä huonosti suunniteltujen laitosten takia tai henkilökunnan vähyyden vuoksi. Lääkäreiden tulisi myös pyrkiä edistämään hoitolaitoksissa asuvien potilaiden ulkoilun toteutumista (Pimenoff 2008, 4523.)

Oikeusasiamies on todennut, että psykiatrisen eristyspotilaan ulkoilua ei voi täydellisesti kieltää, koska se on ristiriidassa mielenterveyslain kanssa. Mielenterveyslaissa ei ole kuitenkaan mainittu säännöksiä, jotka koskisivat potilaiden ulkoilua. Psykiatrisen potilaan päivittäinen säännöllinen mahdollisuus ulkoilemiseen kuuluu silti hyvälaatuisen psykiatriseen sairaanhoitotyöhön, ottaen huomioon potilaan terveydentila. (Eduskunnan oikeusasiamies 2014, 235.)

Oma tavoitteeni tämän opinnäytetyönprosessin suhteen on se, että pystyisin tuottamaan hyödyllistä uutta tietoa Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalle tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden ulkoilun nykytilanteesta. Tiedon avulla voidaan mahdollisesti kehittää potilaiden ulkoilumahdollisuuksia niin, että siitä on psyykkistä ja fyysistä hyötyä niin potilaille kuin hoitohenkilökunnallekin.

Lisäksi tavoitteenani on saada uutta hyödyllistä tietoa aiheesta, joka voisi hyödyttää minua tulevassa sairaanhoitajan työssä.

Terveyden edistäminen esimerkiksi potilaiden ulkoilun kautta kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävän kuvaan (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Tämän työn avulla voin saada uusia ideoita kuinka voisin itse edistää ja kehittää psykiatristen ja muidenkin potilaiden ulkoilua sekä liikuntaa tulevassa sairaanhoitajan työssäni.

2 TAHDONVASTAINEN HOITO MIELENTERVEYSLAIN MUKAAN SEKÄ TAHDONVASTAISEN HOIDON KRITTEERIT

Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) 1 §:ssä on kohta, jonka voidaan katsoa koskevan myös potilaiden ulkoilun ja liikunnan edistämistä ja tukemista. 1 §:ssä mainitaan, että: ” Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.”

Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) 22 d §:ssä mainitaan potilaiden liikkumisvapauden rajoittamisesta seuraavanlaista: ” Potilasta saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Jos potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa tai luvan saatuaan jää palaamatta sinne, hänet voidaan noutaa sairaalaan.” 22 d §:ssä mainitaan myös, että: ” Potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen saa toimintayksikön hoitohenkilökunta käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta hoitoyksikössä päättää häntä hoitava lääkäri.”

Psykiatriseen tahdonvastaiseen sairaalassa tapahtuvaan hoitoon voidaan määrätä ja toimittaa täysi-ikäinen henkilö vain seuraavien kolmen ehdon täytyessä yhtäaikaisesti: ”Henkilön on oltava mielisairas eli psykoottinen”, ”Henkilö on mielisairautensa hoidon tarpeessa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta” ja ”Mitkään muut käytettävissä olevat mielenterveyspalveluiden vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat hoidollisesti riittämättömiä” (Huttunen 2013).

3 POTILAAN ULKOILU JA LIIKUNTA PSYKIATRISISSA HOIDOSSA JA AIHEESTA TEHTYJÄ TUTKIMUKSIA

3.1 Ulkoiluun ja liikuntaan liittyvää määrittelyä

Ulkona tapahtuvia terapiamuotoja on käsitteellisesti määritelty melko vähän. Yksi tällainen terapiamuoto on ”seikkailuterapia” (adventure therapy), jossa yleensä hyödynnetään kokemuksellisia ja riskinottoa edistäviä toimintamuotoja, jotka haastavat ihmisiä niin henkisesti kuin fyysisestikin. Seikkailuterapioita on yleensä käytetty ulkona ja niissä ihmiset laitetaan tavallisesti ryhmissä uusiin tilanteisiin, joissa heidän pitää keksiä täysin uusia ratkaisuja erilaisiin ongelmiin. (Ewert–McCormick–Voight 2001, 108–109.)

Toinen ulkona tapahtuva terapiamuoto on ”erämaaterapia” (wilderness therapy), joka tapahtuu yleensä syrjäisessä luonnon kolkassa, mutta voi olla myös missä tahansa ulkoilmatilassa. Erämaaterapian keinoina ovat muun muassa sopeutuminen ympäristön muutokseen ja sosiaalinen kehittyminen. (Ewert ym. 2001, 109.)

Myöhemmin on käytetty myös termiä ”kokeellinen ulkoilmaterapia” (outdoor experiential therapy), joka sisältää osasia niin seikkailuterapiasta kuin erämaaterapiastakin. Kokeellinen ulkoilmaterapia tapahtuu myös yleensä ulkoilmaympäristössä ja sisältää suoria kokemuksia, mutta nämä eivät ole pakollisia elementtejä tässä terapiamuodossa. Kokeellinen ulkoilmaterapia pyrkii kehittämään ihmisten sosiaalisia, psykologisia sekä fysiologisia ominaisuuksia. Ulkoilmassa tapahtuvien terapiamuotojen termistö ja käytännöt tulevat luultavasti vakiinnuttamaan asemaansa hoitomuotona sitä mukaa, kun niitä käytetään yhä enemmän tulevaisuudessa. (Ewert ym. 2001, 109–120.)

Fyysinen inaktiivisuus on tila, jossa käytetään lihaksia vähäisesti tai ei ollenkaan. Tämän tilan jatkuessa elinjärjestelmien rakenteet heikkenevät ja toiminnot huononevat. Fyysisen inaktiivisuuden jatkuminen lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin. (Vuori 2010.)

Suomen psykiatrisilla klinikoilla hoitajat käyttävät potilaita ulkoilemassa resurssien puitteissa. Hoitajat voivat pelata esimerkiksi koripalloa tai muita vastaavia pelejä potilaiden kanssa ulkona ja harrastaa potilaiden kanssa erilaista ulkoilmaliikuntaa vuodenaikojen mukaan. Lisäksi fysioterapeutit

järjestävät osastoilla säännöllisesti muun muassa jumppatuokioita sekä käyttävät potilaita sekä yksittäin että yhdessä esimerkiksi kävelylenkeillä ulkona ja käyvät potilaiden kanssa kuntosalilla tai liikuntahalleilla liikkumassa. Fysioterapeutit ja hoitajat järjestävät myös erilaisia ulkoiluretkiä potilaille mahdollisuuksien mukaan.

3.2 Tutkimuksia

Suomessa on tutkittu erittäin vähän tahdonvastaisessa hoidossa olevien psykiatristen potilaiden ulkoilumahdollisuuksien toteutumista tai ylipäättään psykiatristen potilaiden ulkoilua tai ulkoliikuntaa. Tämän takia tutkimuksia aiheesta ei juuri löydy. Ulkomaisia tätä aihealuetta sivuavia tutkimuksia löytyy jo enemmän. Pysin seuraavaksi kuvaamaan jonkin verran näitä erilaisia kotimaisia sekä myöhemmin ulkomaisia tutkimuksia, koska niiden pohjalta pystyi paremmin muodostamaan tämän opinnäytetyön tiedonkeruuvälineen, kyselylomakkeen, kysymyksiä. Tutkimuksissa on todettu, että jo viiden minuutin ulkoilulla metsässä on myönteisiä vaikutuksia henkiseen hyvinvointiin (Suomen mielenterveysseura 2014).

Harjavallan psykiatrisessa sairaalassa on tehty yksi tutkimus, jossa kokeiltiin vuosien 1992-1993 aikana luontoliikunnan järjestämistä potilaille ja arvioitiin sen tuottamia kokemuksia potilaille ja henkilökunnalle. Luontoliikuntakokeiluun osallistui yhteensä 18 psykiatrista potilasta, jotka olivat sairautensa akuuteimman vaiheen jo ohittaneet ja he olivat fyysisesti sekä sosiaalisesti kuntouttavassa vaiheessa hoitoaan. Hankkeen aikana henkilökuntaa saatiin mukaan kaikille luontoliikuntaretkille, koska hankkeeseen osallistuneen henkilökunnan oma liikunta-aktiivisuus ja positiivinen asenne olivat hyvällä tasolla. Hoitajat tekivät potilaiden kanssa yhteensä 22 retkeä eri kohteisiin. Nämä retket koostuivat linturetkistä, kalastusretkistä, pyöräretkistä, vaelluksista, marjastusretkistä, hiihtoretkistä ja suunnistuksesta. (Teini 1994, 3–10.)

98 % potilaista arvioi luontoretket hyvin onnistuneiksi tai melko onnistuneiksi. Suulliset arvioinnit retkistä olivat lähes kaikki positiivisia. 85 % potilaista arvioi, että retket olivat vaikuttaneet selvästi tai jonkin verran psyykkiseen kuntoon tai mielialaan. Potilaat olivat kokeneet myös paljon onnistumisen tunteita ja monien potilaiden itseluottamus oli kohonnut. Potilaille oli tärkeää päästä pois laitoksen rutiinomaisesta arjesta. Retkiryhmään kuuluminen oli potilaille tärkeää

ryhmähengen muodostumisen takia ja ryhmähenki myös motivoi potilaita jatkamaan. Potilaat arvostivat hyvin suunniteltuja retkiä, joilla oli selkeät tavoitteet. Vain pieni osa potilaita piti retkiä psyykkisesti tai fyysisesti raskaina, eikä kukaan potilaista tarvinnut tarvittavia lääkkeitä retkien aikana. (Teini 1994, 22–24.)

Harjavallan sairaalan hoitohenkilökunnasta 90 % oli arvioinut luontoretkien sopineen hyvin laitospotilaiden hoitoihin. He arvioivat myös, että luontoliikunta sopii sellaisille potilaille, joita on vaikea motivoida tai saada perinteisiin liikuntalajeihin. 90 % hoitajista sanoi, että potilaat ottivat tarjotun luontoliikuntamahdollisuuden hyvin vastaan. 70 % hoitohenkilökunnasta oli arvioinut, että luontoliikunnalla oli ollut suoria positiivisia vaikutuksia potilaisiin, muun muassa oma-aloitteisuuden ja itsetunnon kehittymistä oli havaittu sekä masennuksen ja levottomuuden vähenemistä sekä parempaa unen laatua. Hoitohenkilökunnan mielestä luontoliikunnan järjestäminen vaati hieman työaikajärjestelyitä, mutta ei lisätyövoimaa osastolla, sillä potilaita on luontoliikunnan aikana osastolla vähemmän kuin normaalisti. Kaikki osallistuneet hoitajat olivat valmiita jatkossakin järjestämään vastaavanlaista toimintaa potilaille. Luontoliikunnan järjestämisen esteiksi hoitajat kokivat henkilökunnan vähyyden sekä negatiiviset asenteet luontoliikuntaa kohtaan. Luontoretkien järjestäminen todettiin taloudellisesti edulliseksi. (Teini 1994, 24–27.)

Toisessa Suomessa suoritetussa tutkimuksessa tutkittiin kyselylomakkeiden avulla kohteena olevien aikuisten ihmisten fyysisen aktiivisuuden suhdetta mielenterveyteen. Kyselylomakkeiden avulla ihmisiltä kysyttiin kuinka usein he harrastavat hengästyttävää liikuntaa tietyssä ajanjaksossa. Lisäksi ihmisiltä kyseltiin lukuisia mielenterveyteen liittyviä asioita erilaisten mittareiden avulla. Tulosten mukaan eniten liikuntaa harrastavilla ihmisillä oli pienimmät masennuksen astetta osoittavat BDI-pisteet (Beck Depression Inventory), he ilmaisivat omasta mielestään vähiten vihan tunteita, he kokivat vähiten stressiä, he tunsivat että heidän terveyteensä vaikutti vähiten sattuma, he tunsivat että heidän terveytensä riippui enemmän heistä itsestään, kuin muista tekijöistä, heidän yhtenäisyyden tunteensa oli suurin, he olivat sosiaalisesti enemmän yhteydessä toisiin ihmisiin, he kokivat terveytensä ja kuntonsa paremmiksi kuin

ne, jotka liikkuvat vähemmän ja he tunsivat vähiten epäluottamusta muita ihmisiä kohtaan. (Hassmén–Koivula–Uutela, 2000, 17–22.)

Ulkomaisissa tutkimuksissa on tutkittu melko paljon ulkona luonnossa sekä muissa ulkoilmaympäristöissä tapahtuvan seikkailuterapian, liikunnan tai muunlaisen toiminnan vaikutuksia erilaisiin potilas- ja ihmisryhmiin, kuten lapsiin, nuoriin, terveisiin aikuisiin ja eriasteisia vammoja omaaviin ihmisiin (Berman–Davis–Berman 2013, 51–60; Walter 2013, 151–158; Wilson–Christensen, 486–501). Vastaavia vaikutuksia aikuisiin mielenterveyspotilaisiin on tutkittu kuitenkin vain vähän (Allison 2011, 16). Fyysinen inaktiivisuus voi tutkimusten mukaan altistaa ihmisiä erilaisille somaattisille sairauksille sekä mielenterveyshäiriöille, kuten muun muassa masennukselle ja ahdistushäiriöille. Fyysinen aktiivisuus (esimerkiksi erilaiset liikunnan muodot) voi taas vastaavasti ehkäistä ja lievittää monia mielenterveyshäiriöitä sekä somaattisia sairauksia. (Ströhle 2009, 777–781; Galper–Trivedi–Barlow–Dunn–Kampert 2006, 173–178.)

Yhdysvalloissa sekä Isossa-Britanniassa on pohdittu, että mikäli ulkoiluterapiamuodot halutaan osaksi normaalia mielenterveyspotilaiden hoitoa, on tutkimustulosten osoitettava tämän terapiamuodon tehokkuus. Hyviä tutkimuksia on kyllä tehty, mutta tutkimukset ovat olleet liian vaihtelevia, jotta ne olisivat tuottaneet luotettavia näyttöön perustuvia standardoituja tuloksia. Ulkoiluterapioiden aseman parantamiseksi vastaavien tutkimusten pitäisikin olla toistettavia, tutkittavien ihmisryhmien pitäisi olla riittävän samanlaisia tulosten yleistettävyyden parantamiseksi, potilaiden jakaminen koe- ja kontrolliryhmiin tulisi olla riittävän sattumanvaraista, koeasetelmien pitäisi olla hyvin rajattuja ja tutkimusten mittausten tulisi olla valideja sekä reliaabeleja. (Berman–Davis–Berman 2013, 59.)

Yhdessä ulkoilututkimuksessa oli mukana neljä potilasta (kolme skitsofreenikkaa ja yksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava) ja heidän mukanaan oli kaksi hoitajaa. Sekä potilaat, että hoitajat olivat miehiä. Tämä ulkoiluryhmä suoritti seitsemän telttailuretkettä reilun 20 kuukauden aikana. Yksi retki kesti yhden yön ja kuusi muuta kaksi yötä. Hoitajat käyttivät potilaiden kokemusten ja oiremuutosten kuvaukseen kolmea erilaista mittaria. Pelkkien mittareiden antamat tulokset koettiin kuitenkin riittämättömiksi ja siksi potilaat

päätettiin myös haastatella laadullisella menetelmällä. Haastattelulla saadut tulokset luokiteltiin kolmeen ryhmään teeman perusteella: oireet, ympäristö ja sijainti sekä ihmissuhteet ja roolit. Tulokset osoittivat, että ulkoiluretkien tuomat kokemukset olivat auttaneet potilaita aloittamaan toipumisprosessin sairaudestaan sekä antaneet toivoa sairauden jälkeisestä elämästä. (Allison 2011, 18.)

Tämän ulkoilututkimuksen aluksi potilaat olivat olleet hieman huolestuneita, kun he jättivät tutun hoitoympäristön taakseen ja lähtivät tuntemattomaan luontoon. Lopulta suuri osa potilaista oli kuitenkin ollut tyytyväisiä retkien tuomaan ympäristön vaihteluun. Retkien aikana potilaat kokivat rentoutuvansa, koska ei ollut rutiininomaista hoitoympäristöä muistuttamassa heidän sairaudestaan. Potilaat kokivat myös yhteisöllisyyden ja joukkohengen muodostumista retkien aikana. Retket antoivat potilaille onnistumisen kokemuksia sekä tuntemuksia, että he olivat osa normaalia elämää. Retkien aikana myös hoitajat kokivat voivansa olla omia itsejään ja näkivät potilaat kanssaihmisinä, eivätkä vain potilaina. Tutkimuksessa todettiin, että tärkeä tekijä tällaisten ulkoiluretkien toteutumiselle on hoitohenkilökunta. Kaikilla hoitotasoilla henkilökunnan on voitava tehdä yhteistyötä, kehittää ideoita ja ylitettävä heidän omat ammatilliset rajansa sekä pelkonsa, jotka voivat heikentää hyviä hoitosuhteita potilaisiin. (Allison 2011, 18–19.)

Thompson Coonin ym. (2011, G-K) yhteenvetotutkimuksessa tutkittiin tuottaako ulkona tapahtuva liikunta joitakin lisähyötyjä psyykkiseen ja fyysinen hyvinvointiin verrattuna sisäliikuntaan. Ulkona luonnossa tapahtuvalla liikunnalla todettiin olevan ehkä joitakin välittömiä positiivisia vaikutuksia hyvinvointiin, mutta pitkäaikaisvaikutukset mielenterveyteen olivat epävarmoja. Maailmalla on menossa suuntaus, jossa terveystalvelujen kasvavia kustannuksia pyritään vähentämään lisäämällä ulkoliikunnan määrää hoidoissa. Yleisesti myös ulkona ”vihreissä ympäristöissä” olemisen terveysvaikutuksia hyvinvointiin on alettu tutkia yhä enemmän. Kohtuullinen liikunta voi tutkimusten mukaan lisätä henkistä hyvinvointia, erityisesti lievistä masennuksesta kärsivillä. Tulevaisuudessa tarvitaan paljon enemmän laajoja, pitkäkestoisia, tarkkoja sekä hyvin suunniteltuja tutkimuksia ulkona ja sisällä tapahtuvan liikunnan vaikutusten eroista henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin erilaisilla ihmisryhmillä.

Bartonin ja Julesin (2010, 3947–3950) yhteenvetotutkimuksessa koottiin yhteen useiden tutkimuksien tuloksia erilaisista ihmisryhmistä. Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään parhaat ulkoliikunnan tavat, joilla pyritään parantamaan itsetuntoa sekä mielialaa. Tulokset viittasivat siihen, että ihmisten itsetunto ja mieliala paranivat heti ulkoliikunnan jälkeen. Ulkoliikunta näytti parantavan itsetuntoa parhaiten kevyellä rasiustasolla. Mitä suuremmaksi rasiustaso nousi, sitä pienempi oli itsetunnon parantuminen. Mielialan parantumiseen ulkoliikunta taas näytti vaikuttavan parhaiten kevyimmällä ja raskaimmalla rasiustasoilla ja vähemmän kohtalaisella rasiustasolla. Luonnollinen ympäristö, jossa on vesialueita, näytti vaikuttavan positiivisimmin itsetuntoon ja mielialaan. Kaikilla tutkituilla ihmisryhmillä ulkoliikunta näytti parantavan selvästi itsetuntoa sekä mielialaa.

Bartonin ja Julesin (2010, 3950–3953) yhteenvetotutkimuksessa mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset näyttivät hyötyvän selvästi enemmän ulkona tapahtuvasta liikunnasta kuin terveeksi luokitellut ihmiset. Ihmisten ikä näytti vaikuttavan itsetuntoon niin, että mitä korkeampi oli ikä, niin sitä pienempi oli vaikutus itsetuntoon. Ulkoliikunta näytti vaikuttavan mielialaan eniten 31-70-vuotiailla ihmisillä ja vähemmän nuoremmilla (alle 30-vuotiaat) sekä vanhemmilla (yli 70-vuotiaat) ihmisillä. Säännöllinen ulkoliikunta voi myös parantaa työpaikkojen työilmapiiriä sellaisissa työpaikoissa, joissa se on huono. Lisäksi useiden tutkimusten perusteella ulkoliikunta voi parantaa ihmisten elämänlaatua hyvin monilla elämän eri osa-alueilla. Tulevaisuudessa pitäisi kuitenkin tehdä lisää pitkittäistutkimuksia eri ihmisryhmillä, jotta nähtäisiin, kauanko ulkoliikunnan tuoma vaikutus säilyy mielialassa. Lisätutkimuksia tarvitaan myös siksi, että nähtäisiin kasautuvatko toistuvan ulkoliikunnan tuomat mielialavaikutukset ajan myötä.

Eräässä kokeellisessa tutkimuksessa tutkittiin kuinka erilaisten ulkoympäristökuvien näyttäminen sisätilaliikunnan (juoksumatto) aikana vaikutti koehenkilöiden verenpaineeseen, itsetuntoon ja mielialaan. Kontrolliryhmä juoksi sisätiloissa ilman seinälle heijastettua kuvaa. Kuvien teemat olivat miellyttävä maalaismaisema, epämiellyttävä maalaismaisema, miellyttävä kaupunkimaisema ja epämiellyttävä kaupunkimaisema. Kontrolliryhmällä verenpaine laski, itsetunto kohosi ja mieliala parani. Miellyttävä maalaismaisema lisäsi eniten verenpaineen laskua, nosti itsetuntoa ja paransi

mielialaa. Epämiellyttävät kuvat näyttivät laskevan itsetuntoa verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimuksen mukaan miellyttävien ympäristöjen näkeminen urheillessa lisää urheilun tuottamia positiivisia psyykkisiä ja fysiologisia vaikutuksia. (Pretty – Peacock – Sellens – Griffin 2005, 319–334.)

Babyakin ym. (2000, 633–636) vertailututkimuksessa oli vertailtu kolmen eri hoitomuodon vaikutusta vakavaan masennukseen 50-vuotiailla ja sitä vanhemmilla ihmisillä puoli vuotta hoitojen jälkeen. Vertailut hoitomuodot olivat säännöllinen aerobinen liikunta kolme kertaa viikossa 16 viikon ajan, pelkkä Sertralin–masennuslääkehoito (50mg > 200mg) sekä kolmantena hoitomuotona säännöllisen liikunnan ja Sertalin–lääkehoidon yhdistelmä. Tulosten mukaan selvästi eniten täysin masennuksesta parantuneita sekä vähiten masennuksen uusiutumista oli pelkkää liikuntaa harrastavien ihmisten ryhmässä. Liikunnan ja lääkehoidon yhdistelmäryhmässä oli vain hieman enemmän masennuksesta parantuneita sekä masennuksen uusiutumista verrattuna pelkkää lääkehoitoa käyttävään ryhmään.

Babyakin ym. (2000, 636–637) vertailututkimuksessa yhdistelmäryhmässä ja pelkkää lääkehoitoa käyttävässä ryhmässä oli selvästi vähemmän täysin masennuksesta parantuneita ja selvästi enemmän masennuksen uusiutumista verrattuna pelkkää liikuntaa harrastavaan ryhmään. Tutkimuksen oletuksena oli ollut, että liikunnan ja lääkehoidon yhdistäminen tuottaisi summausperiaatteen mukaisesti suuremman positiivisen hyödyn kuin pelkkä liikunta tai lääkehoito yksistään. Tulokset näyttivät osoittavan, että lääkehoito (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI) itse asiassa vähentää mahdollisuuksia parantua masennuksesta ehkäisten liikunnan positiivisia vaikutuksia. Liikunnan harrastaminen 16 viikon koehoitajakson jälkeen näytti edelleen parantavan mahdollisuuksia parantua masennuksesta.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla tahdonvastaisessa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilumahdollisuus on toteutunut. Tavoitteena oli, että kerätyn tiedon avulla psykiatrian klinikka voisi ruveta kehittämään tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden ulkoilun toteuttamista entistä paremmin ja lisätä näin myös potilaiden hyvinvointia. Tämä opinnäytetyö auttoi minua kiinnittämään huomiota psykiatristen ja muidenkin potilaiden ulkoiluun ja liikkumiseen. Sain myös motivaatiota kehittää potilaiden ulkoilua tulevana sairaanhoitajana. Ulkoilu voi auttaa potilaita voimaan psyykkisesti ja fyysisesti paremmin hoitolaitoksissa sekä niiden ulkopuolella. Lisäksi potilaiden ulkoilutus voi tuoda hyötyjä myös hoitajille.

Tutkimusongelmat

1. Kuinka usein hoitajat ovat vieneet tahdonvastaisessa hoidossa olevia potilaita ulkoilemaan viimeisen kahden kuukauden aikana?
2. Mitkä asiat estävät ja mitkä asiat edistävät tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden ulkoilumahdollisuuden toteutumista nykyisin?
3. Minkälaisia kehittämisideoita hoitajilla on tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden ulkoilun suhteen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimus toteutettiin pääasiassa määrällisenä (kvantitatiivinen) tutkimuksena, koska tässä tutkimuksessa tavoiteltiin tilastollisesti yleistettävää tietoa suuremmasta kohdejoukosta, Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan hoitajista. Hoitajille annettavalla kyselylomakkeella (Liite 3.) kerättiin tiedot vain kerran, joten sen perusteella tämä oli poikittaistutkimus. Kyselylomakkeet jaettiin Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan kolmelle suljetulle osastolle sekä yhdelle avo-osastolle. Tässä tutkimuksessa perusjoukkona toimivat Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan kaikkien neljän osaston hoitajat. Perusjoukoksi sanotaan sitä joukkoa tutkimuskohteita, joihin tutkimuksen tuloksia yritetään yleistää. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 54, 56–57, 104–107.)

Osastojen hoitajille jaettiin kyselylomakkeet täytettäväksi ajalle 9.6.–1.7.2014, joten kaikista mahdollisista hoitajista (perusjoukosta) tavoitettiin tänä aikana todennäköisimmin yli puolet. Tosin yhdeltä osastolta oli mahdollista kerätä aineistoa vain 9.–20.6. välisenä aikana, koska tämä osasto meni kesäsulkuun ennen Juhannusta. Tämä tutkimus muodostui kokonaistutkimukseksi (Heikkilä 2008, 44). Kokonaistutkimuksella voidaan välttää otantatutkimuksen mahdollisesti aiheuttamia tilastollisia väärentymiä, kuten systemaattista virhettä. Otantatutkimus tarkoittaa siis sitä, että perusjoukosta otetaan pienempi määrä yksilöitä tutkimuksen kohteeksi (Ranta–Rita–Kouki 2002, 81–82). Mitä suurempi on otoskoko sitä varmemmin otoksen tulokset pätevät myös perusjoukkoon (Heikkilä 2008, 42).

Tekemällä määrällinen tutkimus kyselylomakkeiden avulla saavutetaan tutkimuskohteilta tietoa kerätessä objektiivisuus (puolueettomuus) paremmin kuin haastatteluilla. Haastateltaessa haastattelijan läsnäolo voi vaikuttaa haastattelun tuloksiin. Kyselylomakkeiden avulla tutkimus voidaan myös suorittaa suuremmallekin kohdejoukolle taloudellisesti, joten se sopii hyvin opinnäytetyön pienelle budjetille. Toisaalta kyselylomakkeiden huonona puolena ovat kysymysten suuri väärinymmärtämisen vaara sekä alhainen vastausprosentti. Tämän vuoksi kyselylomakkeiden kysymykset on harkittava ja

muodostettava huolellisesti aina kysymysten graafista ulkonäköä myöten. (Heikkilä 2008, 19–21, 47).

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen kysymykset olivat suurimmaksi osaksi tarkemmin rajattuja aiheita käsitteleviä suljettuja kysymyksiä, jotka laadittiin niin, että ne voitiin analysoida tilastollisesti. Suljetuissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joten niitä voidaan kutsua myös strukturoiduiksi kysymyksiksi. Suurin osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, koska niissä oli useampi kuin kaksi vastausvaihtoehtoa. Osassa suljettuja kysymyksiä oli kuitenkin vain kaksi vastausvaihtoehtoa. Kysymykset laadittiin lähdekirjallisuuden teemojen ja käsitteiden pohjalta. Kysymysten muotoilu ja järjestys harkittiin mahdollisimman tarkasti, jotta ei olisi tullut johdattelevia tai epäselviä kysymyksiä. Suljettujen kysymysten huonoina puolina voivat olla, että jotkin vastausvaihtoehdot puuttuvat vastaajien kannalta tai että vastaus voidaan antaa hetken mielijohdeesta sitä tarkemmin harkitsematta. Suljettujen kysymysten hyviä puolia ovat taas nopea ja vaivaton vastaaminen sekä eräiden vastausvirheiden (esimerkiksi vastausarkuuden poistaminen) poissulkeminen. (Heikkilä 2008, 50–52.) Muutamassa suljetussa kysymyksessä oli myös mahdollisuus avoimeen vastaukseen, jos sopivaa vaihtoehtoa ei löytynyt.

Kyselylomakkeessa oli muutama avoin kysymys. Näiden kysymysten tarkoituksena oli kerätä hoitajilta kehittämisideoita tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden ulkoilumahdollisuuksien parantamiseksi ja kartoittaa mahdollisia muita ideoita. Avoimet kysymykset ovat tyypillisiä laadullisille (kvalitatiivisille) tutkimuksille ja ne eivät rajoita vastaamista pelkkiin vaihtoehtoihin. (Heikkilä 2008, 49–50.) Avoimet kysymykset voivat aiheuttaa vastaamatta jättämistä, joten ne on hyvä sijoittaa kyselylomakkeen loppuun. Avointen kysymysten analysointi on yleensä työlästä ja siksi niiden kysymykset kannattaakin rajata tiettyyn aihepiiriin analysointityön vähentämiseksi. Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen tiukasta erottelusta on jo luovuttu ja siksi suljettuja sekä avoimia kysymyksiä voidaan käyttää yhtä aikaa esimerkiksi opinnäytetöiden kyselylomakkeissa. Nykyisin tärkeintä on itse tutkittava ilmiö ja

siitä selvitettävät asiat, joiden perusteella valitaan tarkoituksenmukaisimmat tutkimusmenetelmät. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 54).

Kyselylomaketta ei keritty esitestaamaan. Esitestauksen avulla lomakkeesta olisi voitu todennäköisesti luoda hieman selkeämpi, toimivampi ja luotettavampi. Ohjaava opettaja tarkisti kyselylomakkeen ja antoi kehittämissuhteita. Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan ylihoitajan kanssa mietittiin sopivan vastausajan pituutta. Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja antoi puolestaan kyselylomakkeen saatekirjeeseen parannusehdotuksia. Kyselylomakkeen mukaan laadittiin lopulta lyhyt ja ytimekäs saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja muut tärkeät asiat selkeästi. Saatekirje onkin tärkeä osa vastaajien motivointia (Vilka 2007, 78–79, 81–82).

Kyselylomakkeet vastauslaatikkoineen toimitettiin ensin yhdelle osastolle, jonka osastonhoitaja toimitti ne muillekin osastoille. Osastonhoitajat jakoivat sitten kyselylomakkeet hoitajille tai jättivät ne sopivaan paikkaan kuten esimerkiksi kahvihuoneeseen tai hoitajien kansliaan ajalle 9.6.–1.7.2014. Osastonhoitajat myös tiedottivat osastojensa hoitajia tutkimuksesta. Hoitajat pystyivät täyttämään lomakkeen työpäivän aikana tai täyttivät sen halutessaan kotona. Lomakkeet palautettiin osastoilla itse tekemiini suljettuihin pahvilaatikoihin. Pahvilaatikot kerättiin pois noin viikko vastausajan umpeutumisen jälkeen siltä varalta, että mikäli osa hoitajista olisi unohtanut vastata tai palauttaa lomakkeen 1.7. mennessä, olisi heillä vielä hetken aikaa tehdä se.

5.3 Aineiston analysointi

Suljettujen kysymysten tuottama aineisto analysoitiin Excel-tilastotaulukointiohjelmalla heti kun, kyselylomakkeet oli käsin tarkistettu, niiden tulokset saatu syötettyä tilastollisesti hyödynnettävään sähköiseen muotoon ja syötetyt tiedot oli vielä kertaalleen tarkistettu. Muutaman avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysi -menetelmällä. Yksinkertaisella sisällönanalyysi-menetelmällä pyritään esittämään tutkimusilmiö laajasti, mutta samalla riittävän tiiviisti. (Vilka 2007, 105–107; Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–169)

Suljettujen kysymysten tuottamaa tilastollista materiaalia käsiteltiin niin, että tieto saatiin tiivistetympään muotoon. Käytännössä tämä tarkoitti erilaisten

tunnuslukujen, kuten muun muassa frekvenssin (määrä), keskiarvon, keskihajonnan ja moodin muodostamista alkuperäisestä käsittelemättömästä tilastomateriaalista (Taulukko 1. liitteessä 1.). Näiden tunnuslukujen avulla oli helpompi tarkastella aineiston rakennetta sekä muodostaa tuloksia havainnollistavia kuvioita. (Metsämuuronen 2009, 343–353.)

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella yleisesti kahden käsitteen kautta, validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetin avulla pystytään arvioimaan sitä, että tutkimuksessa on mitattu juuri haluttuja asioita (mittarin pätevyys). Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Reliabiliteetti taas tarkoittaa sitä, että tutkimukseen laadittu mittari tuottaa aina samantyyppisiä tuloksia riippumatta siitä aineistosta missä sitä käytetään, eli mittari ei tuota tuloksia sattumanvaraisesti. Validiteettia voidaan tarkastella niin tutkimuksen mittarin kuin tulostenkin suhteen. (Kankkunen–Vehviläinen–Julkunen 2013, 189–197).

Mittarin sisäinen validiteetti on tärkein asia koko tutkimuksen luotettavuuden kannalta, sillä jos mittaria ei ole valittu oikein, on koko tutkimuksen luotettavuus kyseenalainen. Mittarin pitää olla riittävän laaja, mutta toisaalta tutkittavan asian pitää olla samalla riittävän selkeä, että sitä pystytään ylipäättään mittaamaan. Mittari pitää valita siten, että se pystyy mittaamaan oikein haluttuja asioita, mikäli valitaan valmis mittari. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla riittävän kattava. Tällöin oleelliset kirjallisuudessa esiintyvät teoreettiset käsitteet pystytään muuntamaan sellaisiksi muuttujiksi, joita pystytään mittaamaan. Mikäli laaditaan täysin uusi mittari, on tärkeää arvioida sen teoreettista rakennetta siltä kannalta, että tukeeko aineisto mittarin rakennetta. Sisäiseen validiteettiin kuuluvat myös näennäisvaliditeetti (tutkijan oma arvio mittarin luotettavuudesta), kriteerivaliditeetti (tutkimusilmiötä pystytään mittaamaan kahdella eri mittarilla), ennustevaliditeetti (yksi mittari pystyy tuottamaan ennustettavia tuloksia erillisillä mittauskerroilla) ja validiteettikerroin, jolla voidaan arvioida kriteerivaliditeetin hyvyttä. Itse mittarille voidaan määritellä myös sensitiivisyys (mittarin kyky havaita todelliset positiiviset arvot) ja spesifisyys (mittarin kyky havaita todelliset negatiiviset arvot). (Kankkunen–Vehviläinen–Julkunen 2013, 189–193.)

Mittarin ulkoisen validiteetin arvioinnissa keskitytään niihin tekijöihin, jotka, riippumatta mittauksesta, mahdollisesti vaikuttavat tuloksiin. Ulkoiseen validiteettiin voivat vaikuttaa välittävät muuttujat, jotka tekevät suoran tulosten selittämisen tiettyjen muuttujien kautta mahdottomaksi. Ulkoisen validiteetin arviointiin kuuluu myös otoksen ja kadon suhteen tarkastelu, eli katoanalyysi. Katoanalyysissä tarkastellaan menetettyjen vastaajien ja vastausten vaikutusta tutkimuksen yleistettävyyteen ja analyyseihin. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 193–194; Metsämuuronen 2009, 636.)

Mittarin reliabiliteetti voidaan jakaa sisäiseen johdonmukaisuuteen, pysyvyyteen ja vastaavuuteen. Sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa sitä, että muodostettujen osamittarien muuttujat mittaavat samaa asiaa ja lisäksi korreloivat toistensa kanssa selvästi. Mittarin pysyvyydellä taas tarkoitetaan sitä, että mittari tuottaa saman tuloksen erillisillä mittauskerroilla. Mittarin vastaavuus tarkoittaa sitä, että eri mittaajat saavat yhteneväisiä mittaustuloksia. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 194–195.)

Myös tuloksia voidaan arvioida validiteetin kautta. Tulosten validiteetti jakautuu niin ikään sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti tarkastelee kysymystä johtuvatko tulokset pelkästään koeasetelmasta vai vaikuttaako niihin mahdolliset muut tekijät, kuten esimerkiksi valikoituminen, testauksen vaikutus, historia, kypsyminen, kontaminaatio tai poistumat. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tuloksissa sitä kuinka tulokset ovat yleistettävissä laajemmin. Mikäli käytetään esimerkiksi harkinnanvaraisia otoksia, tuloksia ei pystytä yleistämään laajasti. Tutkijan tehtävä onkin itse arvioida sitä voidaanko tuloksia yleistää. Ulkoista validiteettia heikentävät esimerkiksi valikoituminen, tutkijavaikutus, asetelma, uutuusvaikutus, historia ja niin sanottu Hawthornen efekti (tutkimuksen kohteena oleva muuttaa käytöstään). (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 195–197.)

Tutkimusten eettisyyttä on sanottu tieteen tekemisen ytimeksi. Tutkimusetiikka kuuluu yleisesti normatiivisen etiikan piiriin. Normatiivinen etiikka etsii tutkimuksessa noudatettavia niin sanottuja oikeita sääntöjä. Tutkimukselle on asetettu muun muassa vaatimuksia älyllisestä kiinnostuksesta, tunnollisuudesta, rehellisyydestä, sosiaalisesta vastuusta, vaaran eliminoimisesta, ihmisarvon kunnioittamisesta, ammatinharjoittamisen

edistämisestä sekä kollegiaalisesta arvostuksesta. Tutkimuksen etiikka jaetaan tieteen sisäiseen sekä ulkopuoliseen etiikkaan. Tieteen sisäinen etiikka käsittää tieteenalan luotettavuuden ja totuudellisuuden. Tutkimusprosessin eri vaiheita arvioidaan eettisesti, tutkimusaineiston on oltava aidosti hankittu, tiedeyhteisön säännöksiä tulee noudattaa ja omaa tutkimusta on myös arvioitava kriittisesti eri näkökulmista, jotta voidaan saavuttaa parempi tieteen sisäinen eettisyys. Tieteen ulkopuolisen tutkimusetiikkaan kuuluvat esimerkiksi tutkimusaiheen valintaan vaikuttavien asioiden tarkastelu sekä tutkimuksen toteuttamistavan tarkastelu. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–217.)

Tutkimuksen aiheen valitseminen on ensimmäinen tutkijan tekemä eettinen valinta. Tutkimuksen pitäisi tuottaa enemmän hyötyä kuin haittaa ja tutkimuksen ei saa missään nimessä olla haitallinen tutkittavien kannalta. Tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa niin, että heillä on mahdollisuus jättää osallistumatta tutkimukseen tai vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Tutkittavilla tulee olla myös mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksen suhteen. Ennen tutkimusta tutkittaville on annettava mahdollisimman monipuoliset ja rehelliset tiedot tutkimuksesta, jotta he osaavat päättää kokonaisvaltaisesti osallistumisestaan tutkimukseen. Oikeudenmukaisuuden periaatteen mukaan tutkittavat tulee valita tasa-arvoisesti tutkimukseen. Tutkittavien anonymiteetti, eli tunnistamattomuus, on varmistettava niin, että tutkittavien henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan tai että heidän tietojaan ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille tahoille. Erityisen tarkkana anonymiteetistä pitää olla pienten otosten tutkimuksissa. Tutkimukseen tulee anoa tutkimuslupa, joka tässä opinnäytetyössä anottiin ja saatiin Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta 28.5.2014 (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–223.)

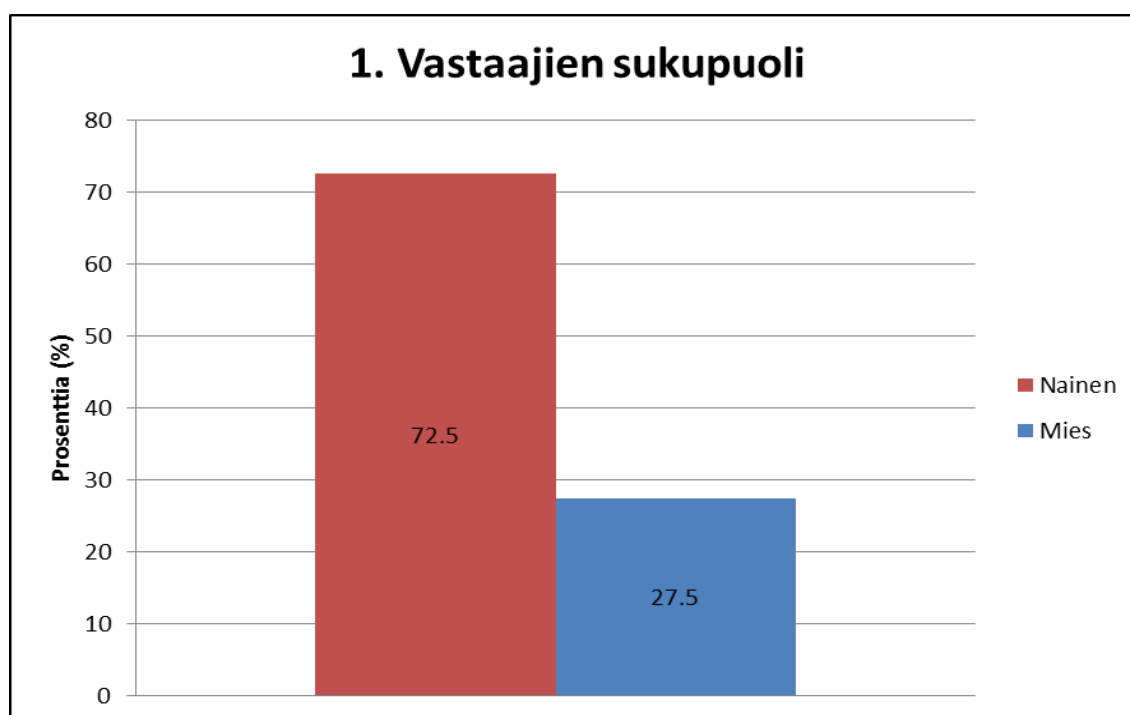
Tutkimuksen etiikkaan kuuluvat myös tutkimuksen tekemisen vaiheet. Tutkimuksessa tutkija ei saa plagioida, eli esittää toisen kirjoittamaa tekstiä tai tietoa omanaan. Toisia tutkijoita ei saa myöskään vähätellä omassa tutkimuksessa. Tutkimuksen tulosten pitää olla aitoja, eikä sepitettyjä. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 224–226.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaaajien taustatiedot

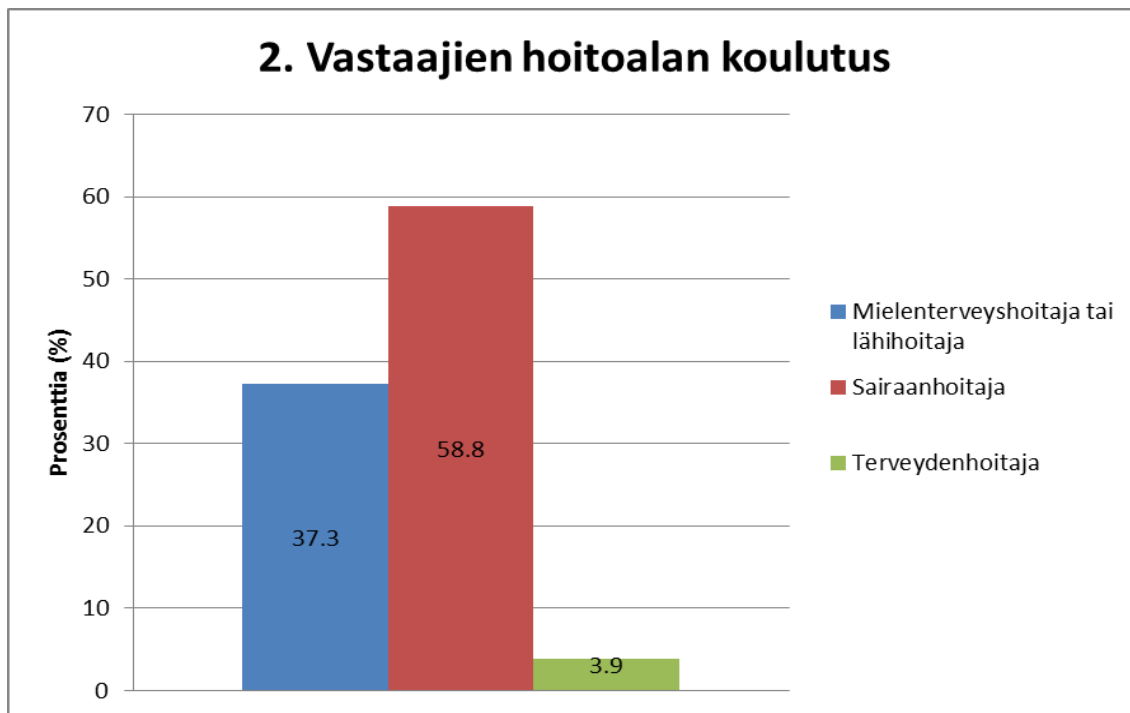
Tämän tutkimuksen kyselyyn vastasi 51 hoitajaa 93:sta ajalla 9.6.–1.7.2014 Lapin psykiatrisella klinikalla. Näin ollen kyselyn kokonaisvastausprosentti oli 54,8. Kyselylomakkeita jaettiin osastoille yhteensä 80 kappaletta (20 kappaletta osastoa kohden) ja näistä palautui 51 kappaletta, eli 63,8 prosenttia. Yhdeltäkään osastolta kyselylomakkeet eivät loppuneet kesken. Tässä tutkimuksessa käytetty hoitajien kokonaismäärä perustuu parhaaseen mahdolliseen tietoon henkilöstömäärästä kaikilta neljältä osastolta. Virheellisesti vastattiin yhteensä neljään kysymykseen (kysymykset 10. ja 11.) kolmessa eri lomakkeessa. Vastaamatta jätettiin yhteensä 78 kysymykseen. Virheellisesti vastattuja lomakkeita ei poistettu, koska suurimmassa osassa niistä oli vastattu tärkeään kehittämisideakysymykseen. Virheelliset vastaukset ja vastaamatta jätetyt kysymykset ilmoitetaan tulososiossa kutakin kysymystä käsittelevässä kohdassa. Aineistosta tehtiin myös tunnuslukutaulukko (Taulukko 1. liitteessä 1.).

Kyselyyn vastanneista hoitajista 72,5 prosenttia (n=37) oli naisia ja 27,5 (n=14) prosenttia oli miehiä (Kuvio 1.). Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



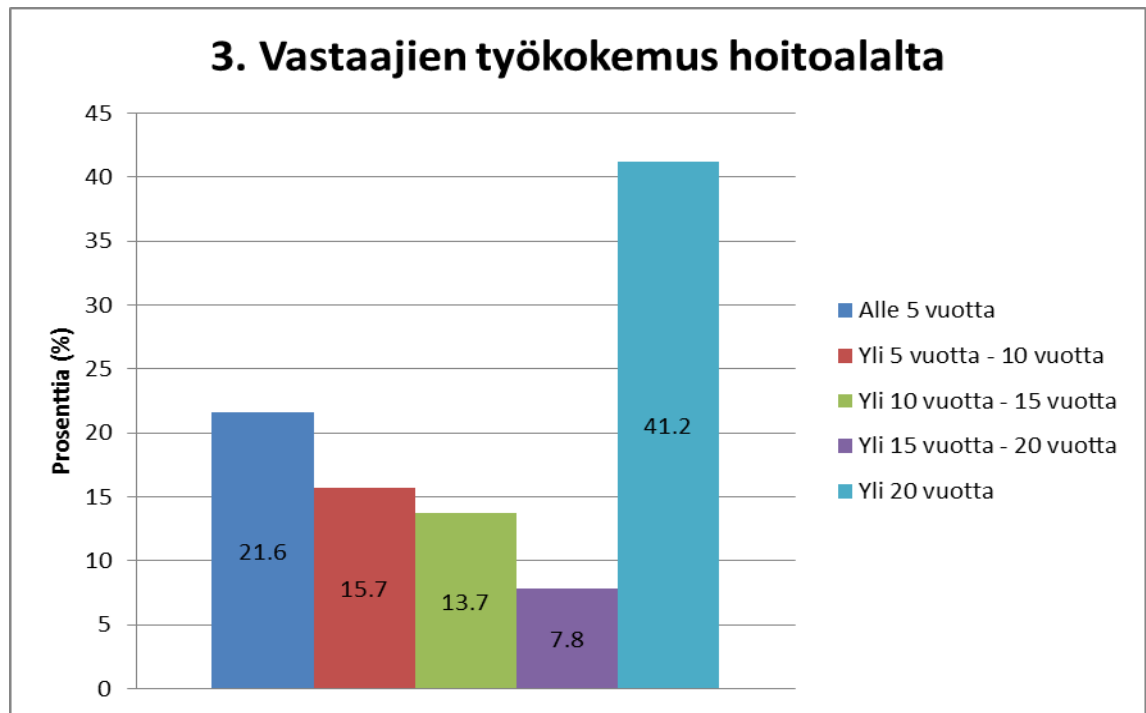
Kuvio 1. Vastaaajien sukupuoli, n=51

Kyselyyn vastanneista hoitajista 37,3 prosenttia (n=19) oli mielenterveyshoitajia tai lähihoitajia, 58,8 prosenttia (n=30) oli sairaanhoitajia ja 3,9 prosenttia (n=2) oli terveydenhoitajia (Kuvio 2.). Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



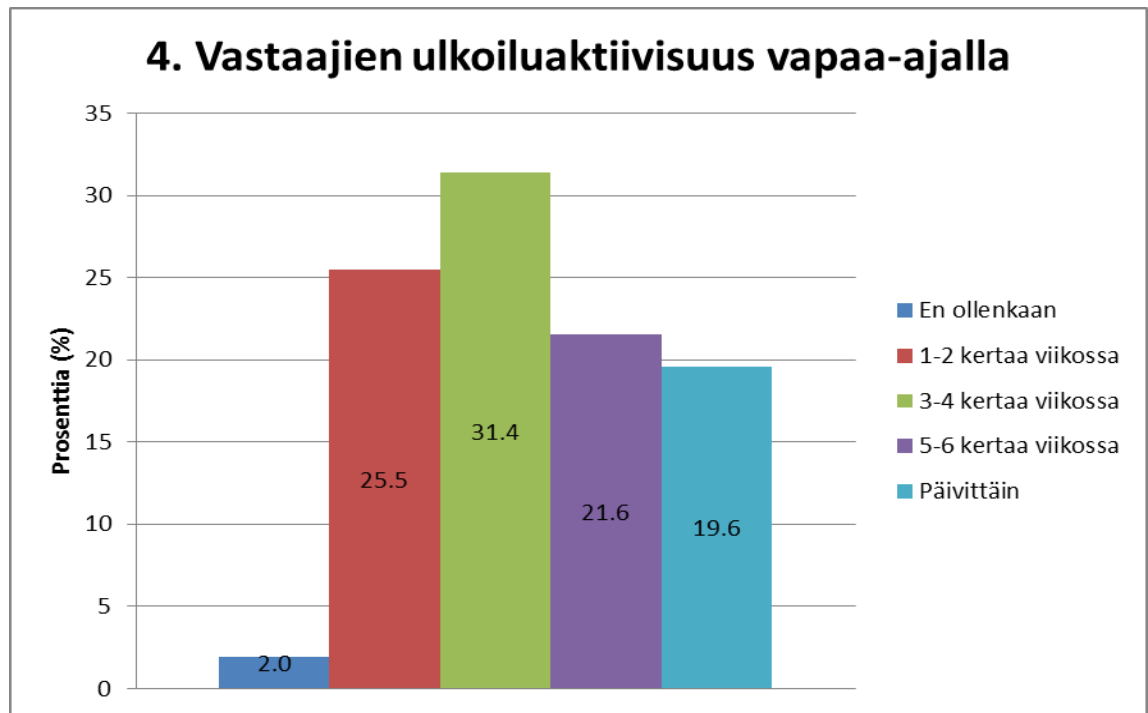
Kuvio 2. Vastaajien hoitoalan koulutus, n=51

Kyselyyn vastanneista hoitajista 21,6 prosentilla (n=11) oli kokemusta hoitoalalta alle viisi vuotta, 15,7 prosentilla (n=8) oli kokemusta viidestä kymmeneen vuotta, 13,7 prosentilla (n=7) oli kokemusta kymmenestä viiteentoista vuotta, 7,8 prosentilla (n=4) oli kokemusta 15–20 vuotta ja 41,2 prosentilla (n=21) oli kokemusta hoitoalalta yli 20 vuotta (Kuvio 3.). Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



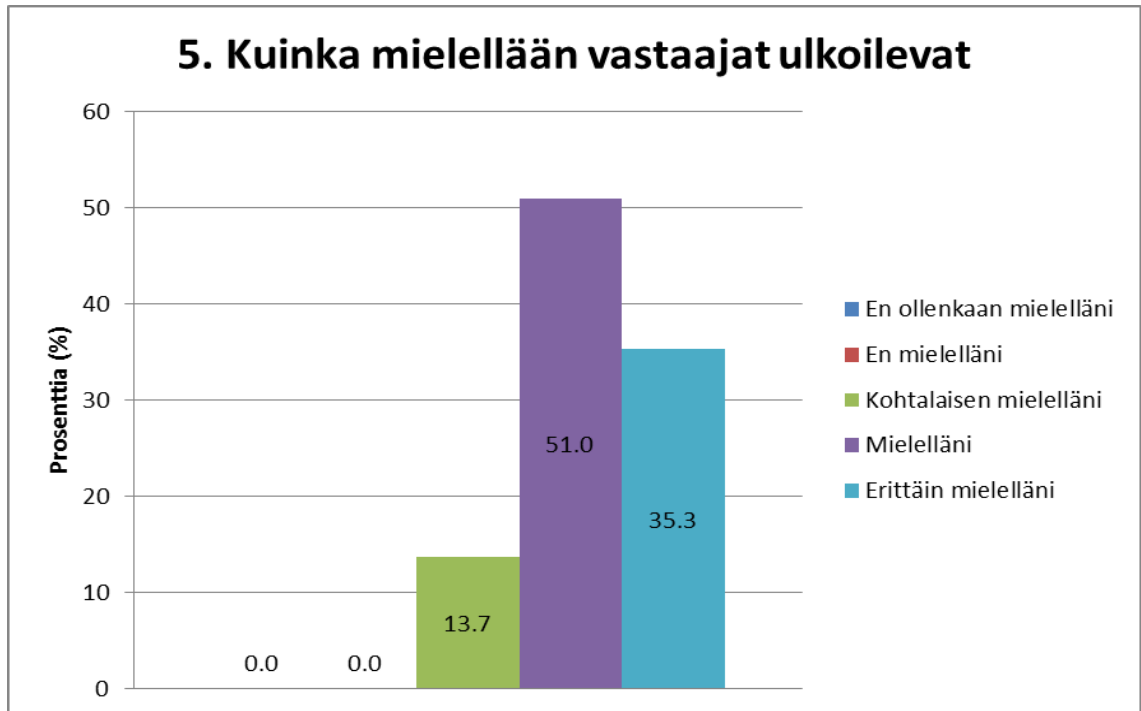
Kuvio 3. Vastaajien kokemus hoitoalalta, n=51

Kyselyyn vastanneista kaksi prosenttia (n=1) ei liikkunut ollenkaan vapaa-ajallaan (Kuvio 4.). Vastaajista 25,5 prosenttia (n=13) ulkoili vapaa-ajallaan yhdestä kahteen kertaan viikossa, 31,4 prosenttia (n=16) ulkoili kolmesta neljään kertaan viikossa, 21,6 prosenttia (n=11) ulkoili viidestä kuuteen kertaan viikossa ja 19,6 prosenttia (n=10) ulkoili päivittäin. Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuvio 4. Vastaajien ulkoiluaktiivisuus vapaa-ajalla, n=51

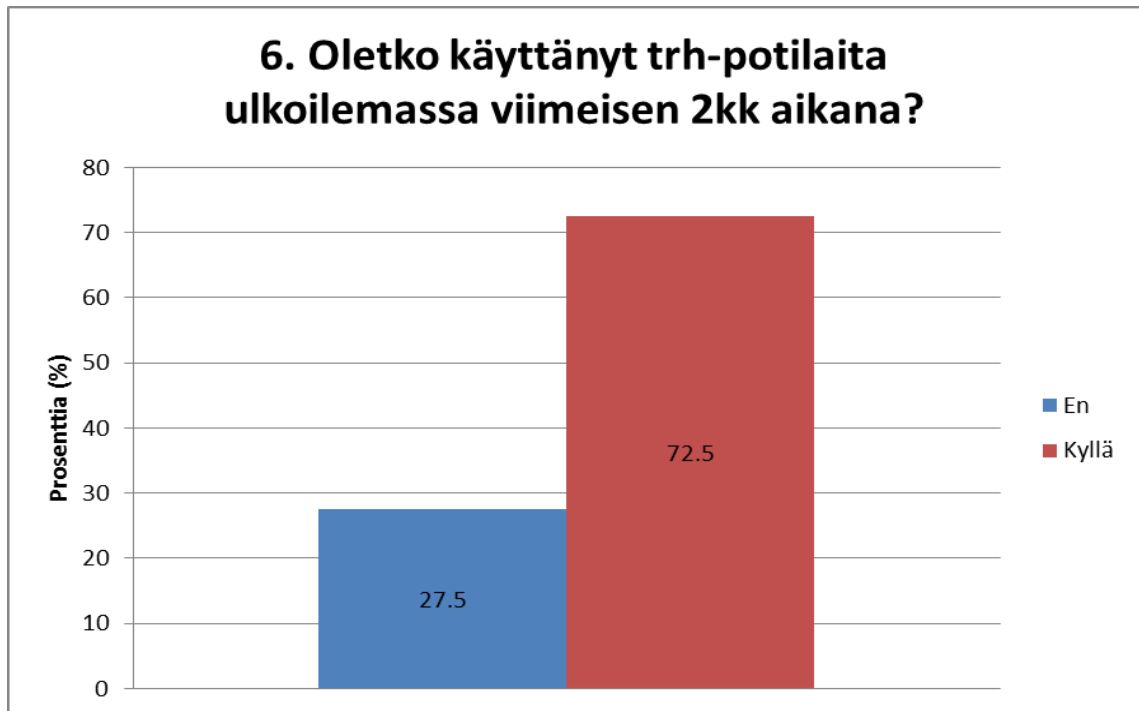
Kukaan kyselyyn vastanneista ei vastannut, että ei ulkoilisi ollenkaan mielellään tai ei ulkoilisi mielellään. Vastanneista 13,7 prosenttia (n=7) ulkoili kohtalaisen mielellään, 51 prosenttia (n=26) ulkoili mielellään ja 35,3 prosenttia (n=18) ulkoili erittäin mielellään (Kuvio 5.). Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuvio 5. Vastaajien ulkoiluhalukkuus, n=51

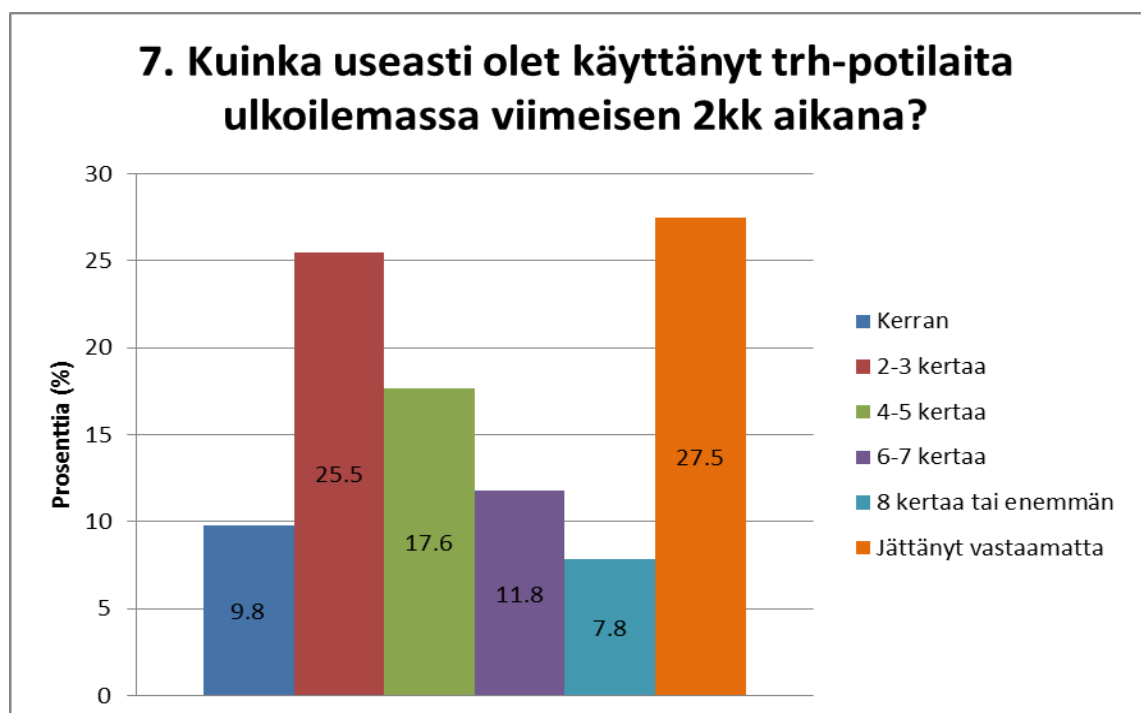
6.2 Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun toteutuminen

Kyselyyn vastanneista 27,5 prosenttia (n=14) ei ollut käyttänyt tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita potilaita ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana ja 72,5 prosenttia (n=37) oli käyttänyt potilaita ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana (Kuvio 6.). Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



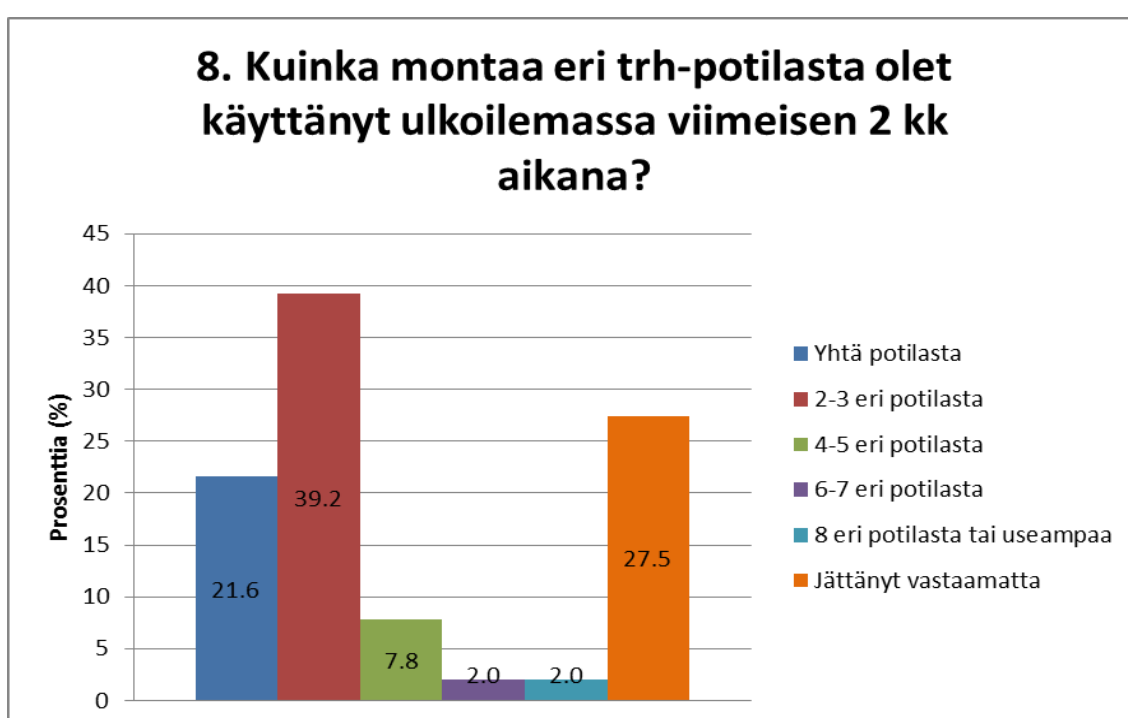
Kuvio 6. Kuinka moni vastaajista oli käyttänyt tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita potilaita (trh-potilaat) ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana, n=51

Kyselyyn vastanneista 9,8 prosenttia (n=5) oli käyttänyt tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita potilaita ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana kerran, 25,5 (n=13) prosenttia oli käyttänyt kahdesta kolmeen kertaan, 17,6 prosenttia (n=9) oli käyttänyt neljästä viiteen kertaan, 11,8 prosenttia (n=6) oli käyttänyt kuudesta seitsemään kertaan ja 7,8 prosenttia (n=4) oli käyttänyt kahdeksan kertaa tai enemmän (Kuvio 7.). Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 27,5 prosenttia (n=14) vastaajista ja kaikki nämä vastaajat vastasivat edelliseen kysymykseen (kysymys 6.), että eivät olleet käyttäneet potilaita ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana. Kukaan ei vastannut virheellisesti tähän kysymykseen.



Kuvio 7. Kuinka useasti vastaajat olivat käyttäneet tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita potilaita (trh-potilaat) ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana, n=37

Kyselyyn vastanneista 21,6 prosenttia (n=11) oli käyttänyt yhtä tahdosta riippumattomassa hoidossa ollutta potilasta ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana, 39,2 prosenttia (n=20) oli käyttänyt kahta tai kolmea eri potilasta, 7,8 prosenttia (n=4) oli käyttänyt neljää tai viittä eri potilasta, 2 prosenttia (n=1) oli käyttänyt kuutta tai seitsemää eri potilasta ja 2 prosenttia oli käyttänyt kahdeksaa eri potilasta tai useampaa ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana (Kuvio 8.). Tähän kysymykseen jätti vastaamatta 27,5 prosenttia (n=14) vastaajista ja nämä kaikki vastasivat kysymykseen numero kuusi, että eivät olleet käyttäneet potilaita ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana. Kukaan ei vastannut virheellisesti tähän kysymykseen.

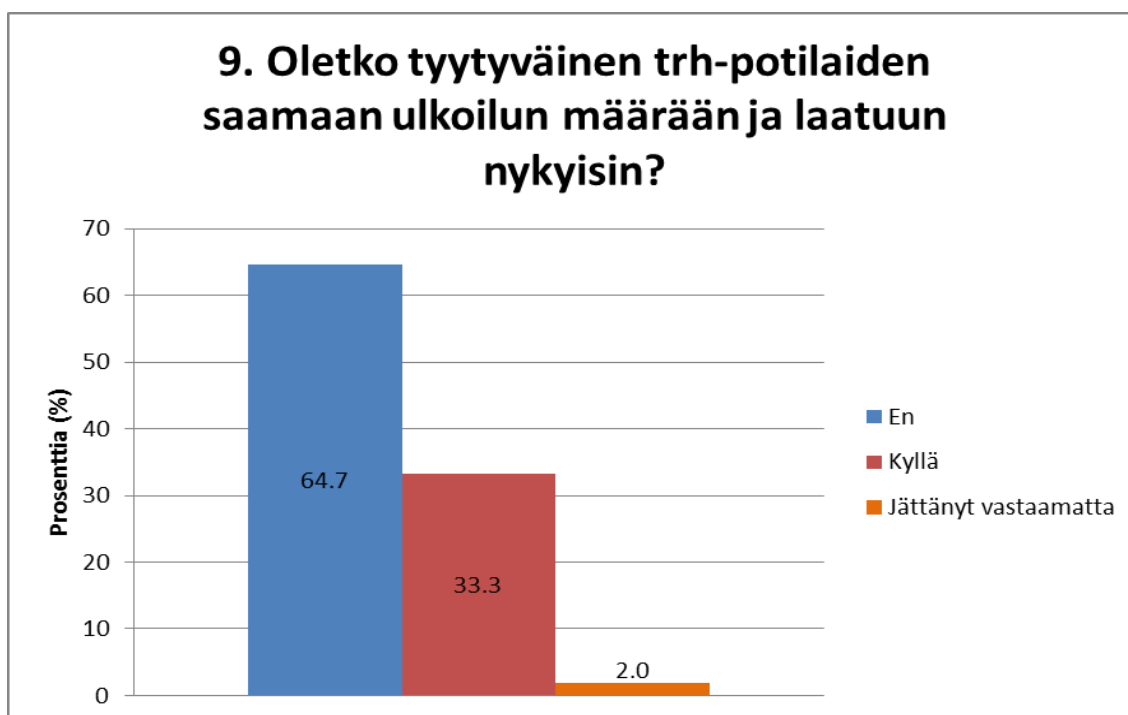


Kuvio 8. Kuinka montaa eri potilasta, jotka ovat olleet tahdosta riippumattomassa hoidossa (trh-potilaat), vastaajat olivat käyttäneet ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana, n=37

6.3 Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilua estävät ja edistävät tekijät

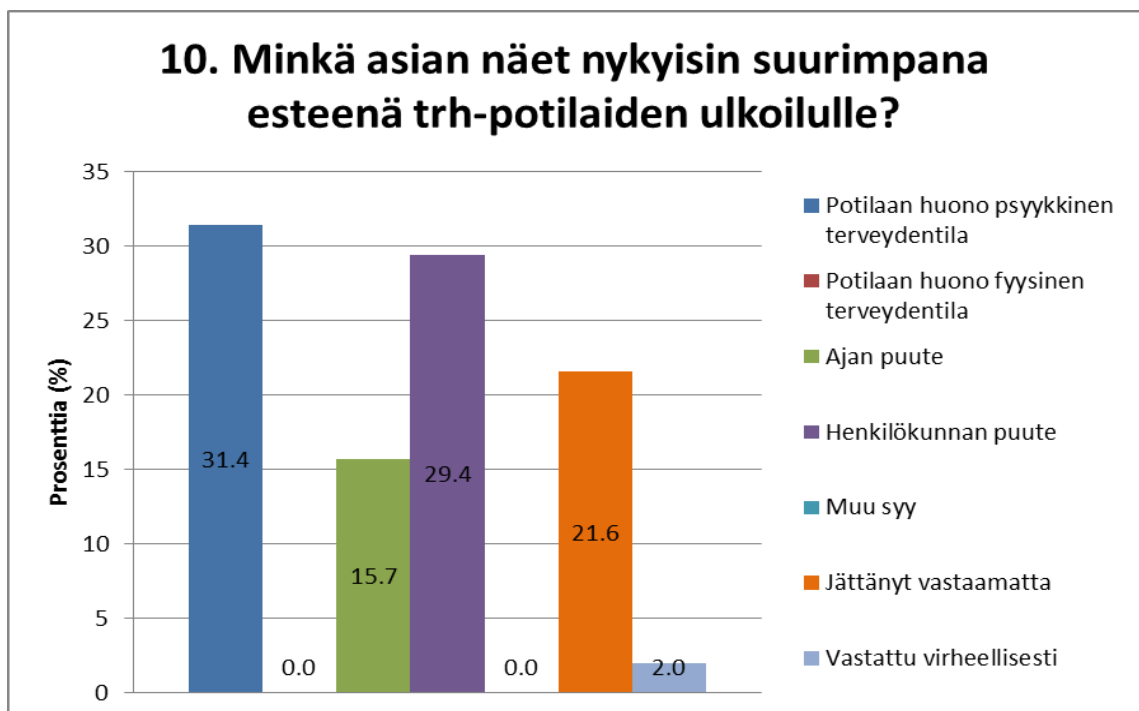
Kyselyyn vastanneista 64,7 prosenttia (n=33) ei ollut tyytyväisiä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään sekä laatuun ja 33,3 prosenttia (n=17) oli tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään sekä laatuun (Kuvio 9.). Vastaajista 2 prosenttia (n=1) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Kukaan ei vastannut virheellisesti tähän kysymykseen.

Niistä vastaajista, jotka olivat käyttäneet potilaita ulkoilemassa (kysymys 6.) 22,2 prosenttia (n=8) oli tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään sekä laatuun ja vastaavasti 77,8 prosenttia (n=28) vastaajista ei ollut tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään sekä laatuun. Niistä vastaajista, jotka eivät olleet käyttäneet potilaita ulkoilemassa 64,3 prosenttia (n=9) oli tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään sekä laatuun ja vastaavasti 35,7 prosenttia (n=5) ei ollut tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään sekä laatuun.



Kuvio 9. Vastaajien tyytyväisyys tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden (trh-potilaat) saamaan ulkoilun määrään ja laatuun nykyisin, n=50

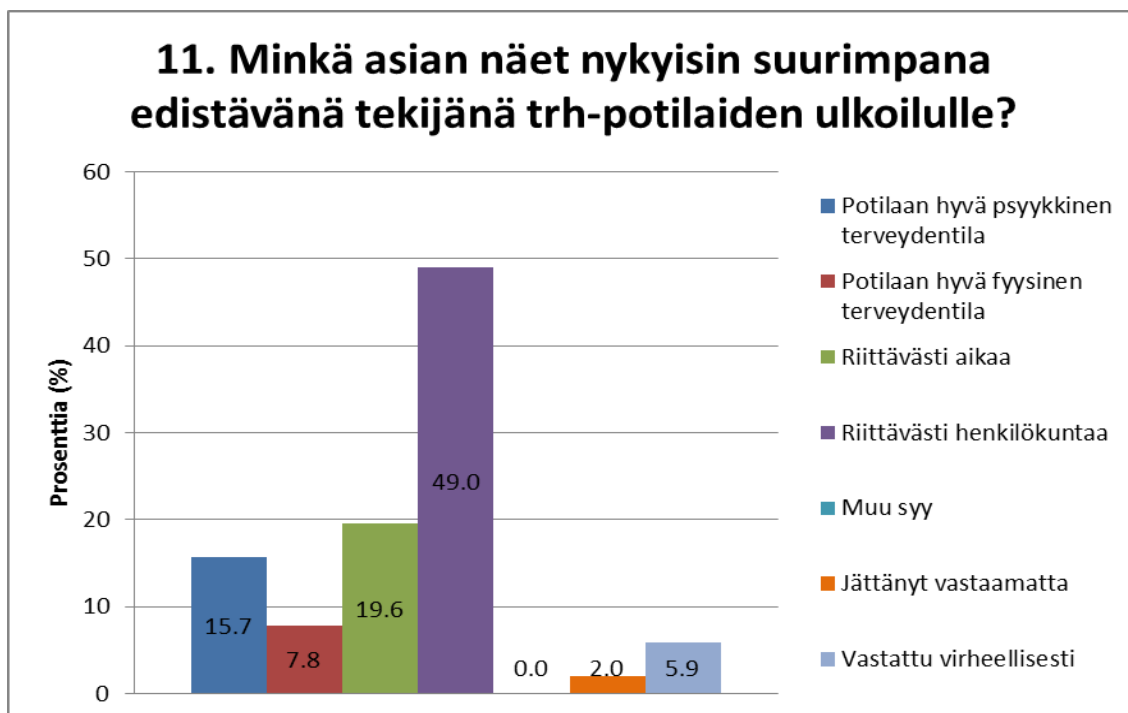
Kyselyyn vastanneista 31,4 prosenttia (n=16) näki tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden huonon psyykkisen terveydentilan suurimpana esteenä ulkoilulle (Kuvio 10.). Kukaan kyselyyn vastanneista ei nähnyt, että potilaiden huono fyysinen terveydentila olisi ollut suurin este ulkoilulle. 15,7 prosenttia (n=8) vastaajista näki, että ajan puute oli suurin este potilaiden ulkoilulle ja 29,4 prosenttia vastaajista näki, että henkilökunnan puute oli suurin este potilaiden ulkoilulle. Kukaan vastaajista ei maininnut muuta estettä potilaiden ulkoilulle. 21,6 prosenttia (n=11) vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen. 2 prosenttia (n=1) vastaajista vastasi virheellisesti tähän kysymykseen ympyröimällä kaksi vaihtoehtoa (vaihtoehdot yksi ja neljä).



Kuvio 10. Vastaajien mukaan nykyisin suurin este tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden (trh-potilaat) ulkoilulle, n=39

Kyselyyn vastanneista 15,7 prosenttia (n=8) näki tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden hyvän psyykkisen terveydentilan suurimpana edistävänä tekijänä ulkoilulle, 7,8 prosenttia (n=4) vastaajista näki potilaiden hyvän fyysisen terveydentilan suurimpana ulkoilua edistävänä tekijänä, 19,6 prosenttia (n=10) vastaajista näki, että riittävä määrä aikaa oli suurin potilaiden ulkoilua edistävä tekijä, 49 prosenttia vastaajista näki, että riittävä määrä henkilökuntaa oli suurin potilaiden ulkoilua edistävä tekijä (Kuvio 11.). Kukaan vastaajista ei maininnut muita edistäviä tekijöitä potilaiden ulkoilulle. 2 prosenttia vastaajista (n=1) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. 5,9 prosenttia (n=3) vastaajista vastasi virheellisesti tähän kysymykseen ympäröimällä kaksi vaihtoehtoa (vaihtoehdot yksi ja neljä sekä vaihtoehdot kolme ja neljä kaksi kertaa).

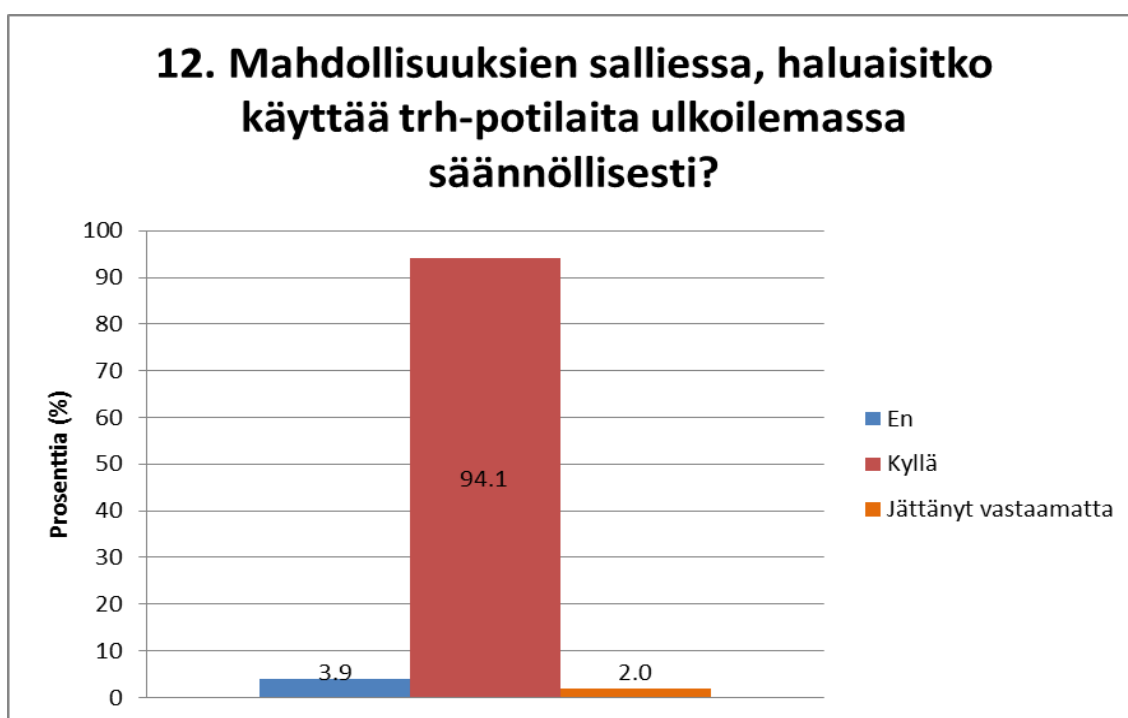
Kysymyksistä 10. ja 11. olivat vastaajat valinneet saman vaihtoehdon (esimerkiksi ensin kysymyksestä 10. kohta 1. ja sitten kysymyksestä 11. kohta 1.) 47,9 prosentissa (n=23) tapauksista.



Kuvio 11. Vastaajien mukaan nykyisin suurin edistävä tekijä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden (trh-potilaat) ulkoilulle, n=47

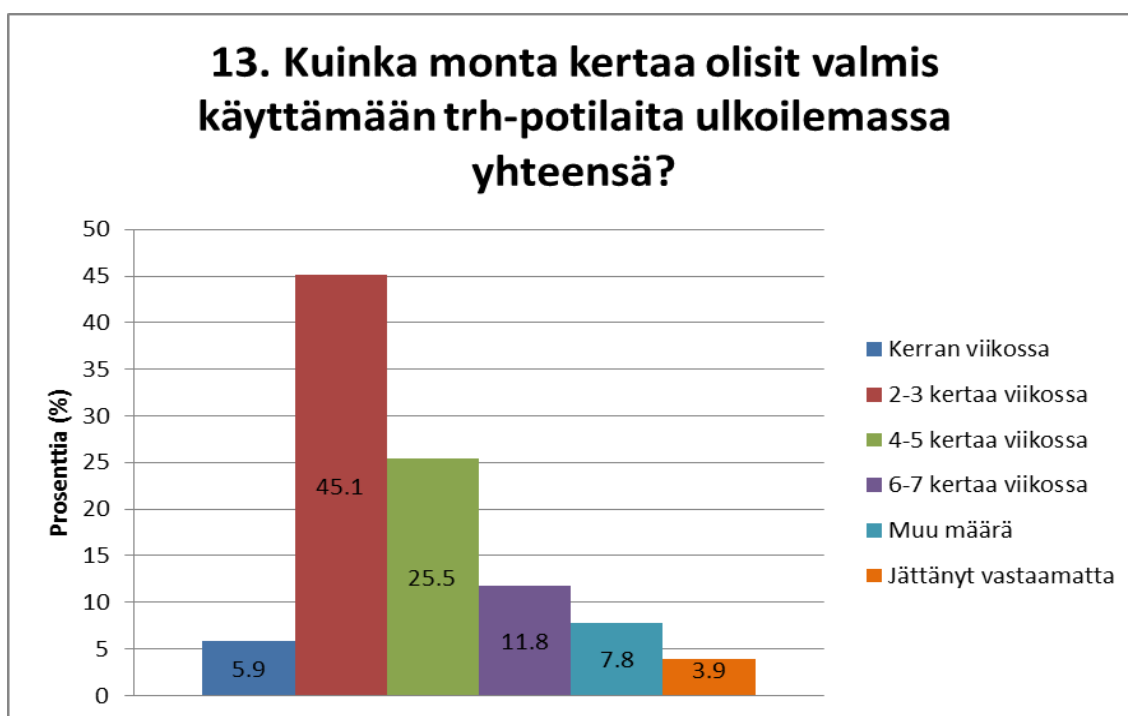
6.4 Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun kehittäminen

Kyselyyn vastanneista 3,9 prosenttia (n=2) ei haluaisi käyttää tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita ulkoilemassa säännöllisesti mikäli se olisi muuten mahdollista ja 94,1 prosenttia (n=48) haluaisi käyttää potilaita ulkoilemassa säännöllisesti mikäli se olisi muuten mahdollista (Kuvio 12.). 2 prosenttia (n=1) vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Kukaan ei vastannut virheellisesti tähän kysymykseen.



Kuvio 12. Vastaajien halukkuus käyttää tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita (trh-potilaat) ulkoilemassa säännöllisesti mahdollisuuksien niin salliessa, n=50

Kyselyyn vastanneista 5,9 prosenttia (n=3) olisi valmis käyttämään tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita ulkoilemassa kerran viikossa, 45,1 prosenttia (n=23) vastaajista olisi valmis käyttämään potilaita ulkoilemassa kahdesta kolmeen kertaan viikossa, 25,5 prosenttia (n=13) vastaajista olisi valmis käyttämään potilaita ulkoilemassa neljästä viiteen kertaan viikossa, 11,8 prosenttia (n=6) vastaajista olisi valmis käyttämään potilaita ulkoilemassa kuudesta seitsemään kertaan viikossa ja 7,8 prosenttia (n=4) vastaajista olisi valmis käyttämään potilaita ulkoilemassa muunlaisen määrän (Kuvio 13.). Näiksi muiksi määriksi ilmoitettiin seuraavat ”Potilaan tarpeen huomioiden”, ”Päivittäin”, ”Jokaisessa päivävuorossa” ja ”Jokaisessa vuorossa”. 3,9 prosenttia (n=2) vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Kukaan ei vastannut virheellisesti tähän kysymykseen.



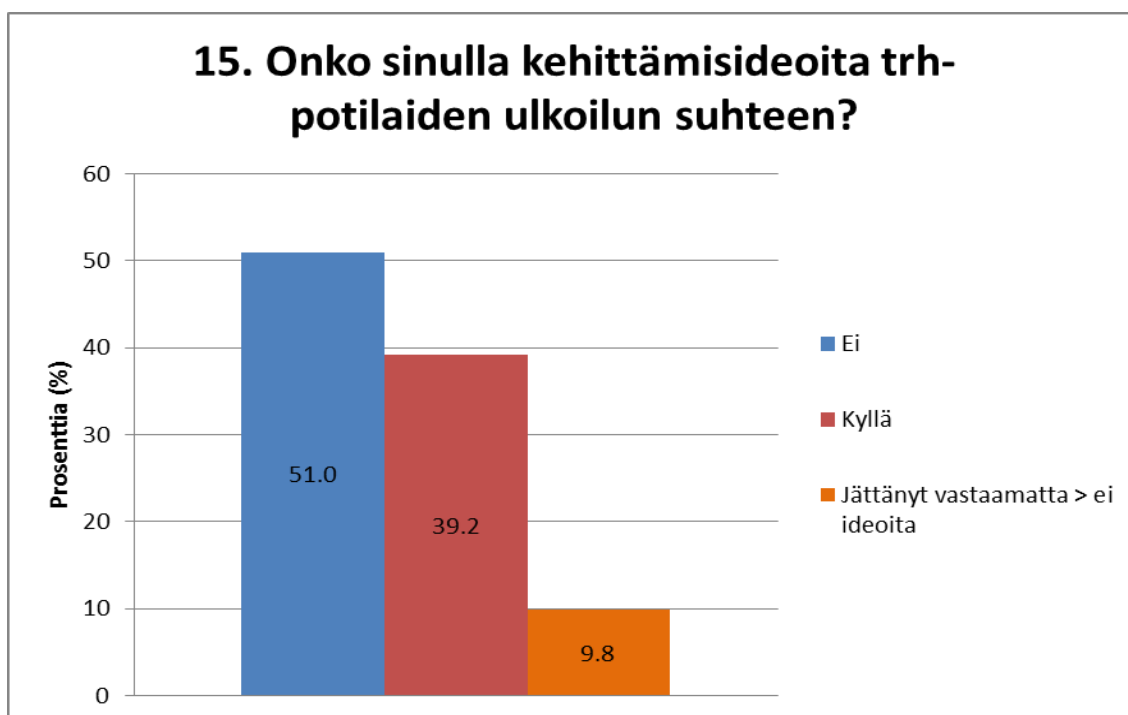
Kuvio 13. Kuinka monta kertaa vastaajat olisivat valmiita käyttämään tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita (trh-potilaat) ulkoilemassa yhteensä, n=49

Kyselyyn vastanneista 21,6 prosenttia (n=11) ei olisi valmiita kehittämään ja järjestämään tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden ulkoilua osastolla säännöllisesti ja 78,4 prosenttia (n=40) vastaajista olisi valmiita kehittämään ja järjestämään potilaiden ulkoilua osastolla säännöllisesti (Kuvio 14.). Kukaan ei vastannut virheellisesti tai jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuvio 14. Vastaajien halukkuus kehittää ja järjestää tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden (trh-potilaat) ulkoilua säännöllisesti osastolla, n=51

Kyselyyn vastanneista 51 prosentilla (n=26) ei ollut kehitysideoita tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun suhteen ja 39,2 prosentilla (n=20) vastaajista oli kehitysideoita ulkoilun suhteen (Kuvio 15.). 9,8 prosenttia (n=5) vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen, eikä näillä vastaajilla ollut kehitysideoita potilaiden ulkoilun suhteen. Kukaan ei vastannut virheellisesti tähän kysymykseen. Kyselyyn vastanneista 33,3 (n=17) prosenttia jätti palautetta tai muuta kerrottavaa viimeiseen kysymykseen (kysymys numero 16.).



Kuvio 15. Kuinka monella vastaajalla oli kehittämisideoita tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden (trh-potilaat) ulkoilun suhteen, n=46

6.5 Hoitajien kehittämisideat potilaiden ulkoilun suhteen

Kyselyn lopussa oli kaksi avointa kysymystä. Näiden kysymysten avulla haettiin vastaajilta kehittämisideoita (kysymys 15.) tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun parantamiseksi ja pyydettiin palautetta tästä tutkimuksesta tai jotain muuta kerrottavaa (kysymys 16.).

Kehittämisideoissa (kysymys 15.) tuli esille useita eri vaihtoehtoja. Kaksi yleisintä kehittämisideaa olivat, että työvuoroihin osoitettaisiin potilaiden ulkoilutukselle aika työvuorosunnittelun kautta (esimerkiksi viikko-ohjelmassa olisi ulkoilupäivät) ja että luotaisiin niin sanotun ulkoiluhoitajan toimi työvuoroihin

samaan tapaan kuin on nyt on esimerkiksi lääkehoitajat. Ehdotusten mukaan ulkoiluhoidajan myötä voisi potilaiden ulkoilutus tulla suunnitelmallisemmaksi ja aikataulu voisi löytyä ulkoilutuksiin paremmin.

Seuraavaksi yleisimmiksi kehittämisideoiksi mainittiin neljä eri ideaa, jotka olivat, että aamu- ja iltavuorojen vaihteessa olisi yksi hoitaja, esimerkiksi kello 12.00 tuleva, joka voisi käyttää potilaita ulkoilemassa tai että olisi muuten riittävästi henkilökuntaa vuorojen vaihteessa. Toinen idea oli aidattu iso ulkoilupiha, jossa potilaat voisivat ulkoilla. Kolmas idea oli, että tehtäisiin osastolta käsin potilasretkiä niin lähimaastoon kuin kauemmaksikin. Potilasretkien suunnittelua ehdotettiin tehtäväksi yhdessä potilaiden kanssa ja niin, että henkilökuntaa mitoitettaisiin riittävästi ennalta suunnitelluille retkipäiville listasuunnittelun avulla. Neljäs idea oli, että henkilökuntaa olisi riittävästi (näin voisi tietää ulkoiluun käytettävän ajan paremmin).

Edellisten lisäksi mainittiin yksittäin useita erilaisia kehittämisideoita, jotka mainitaan seuraavaksi. Fysioterapiahenkilöstöä voitaisiin ottaa mukaan potilasulkoilujen suunnitteluun. Kuntohoitajille osoitettaisiin enemmän resursseja yksikköä kohden. Potilaiden kuntoilu voisi alkaa fysioterapiasta ja jatkua sitten hoitajavetoisesti. Hoitajien asenteita voitaisiin muuttaa (ulkoilutuksille myönteisemmiksi). Hoitajien tietoa ulkoliikunnan kokonaisvaltaisista terveysvaikutuksista potilaiden hyvinvoinnille lisättäisiin (tieto pelkästään ei kuitenkaan riittäisi). Osastoilla voisi kartoittaa ulkoiluvuorojen kiinnostavuusaste. Potilaita voisi kannustaa ja aktivoida omatoimiseen ulkoiluun. Päiväohjelmien tulisi olla selkeitä (helpottaisi ulkoilun järjestämistä). Resursseja voisi olla yleisesti enemmän käytössä. Nykyisiä parvekkeita voisi hyödyntää huonokuntoisimpien potilaiden kanssa. Ulkoilu otettaisiin osaksi hoitosuunnitelmaa ja lisäksi sen toteutumista seurattaisiin. Ulkoiluryhmiä voisi olla enemmän kuin nykyisin. Olisi ulkoiluryhmä kerran viikossa ja siihen resursoitaisiin tarpeeksi hoitajia. Ulkoilulle asetettaisiin tavoitte, joita kohden pyrittäisiin. Toteutuvan ulkoliikunnan määriä seurattaisiin pidemmällä ajalla. Turvallisuustekijät otettaisiin huomioon potilaiden ulkoiluissa.

6.6 Palautteet ja muut asiat

Palautekysymykseen (kysymys 16.) vastasi 33,3 prosenttia (n=17) vastaajista. Palautekysymyksessä viisi vastaajista oli kertonut osastonsa yleisistä

käytännöistä potilaiden ulkoilun suhteen. Kolme vastaajista oli kirjoittanut, että tällainen tutkimus on hyvä ja tärkeä. Kaksi vastaajista mainitsi, että onneksi on parvekkeet, joissa voi käyttää potilaita. Kaksi vastaajista oli maininnut samansuuntaisesti, että pelkästään yksi hoitaja ei pysty useinkaan ulkoiluttamaan potilasta potilaan huonon psyykkisen terveydentilan tai muun potilaaseen liittyvän isomman riskin takia.

Palautteissa mainittiin myös yksittäin useita eri asioita, joita luettellaan seuraavissa neljässä kappaleessa. Oli koettu epävarmuutta omien vastausten soveltuvuudesta tähän tutkimukseen. Pidettiin fysioterapian järjestämiä retkiä ja muuta toimintaa erittäin tärkeinä. Pidettiin potilaslähtöiseen hoitoon kuuluvana ulkoilua raittiissa ilmassa. Yhdellä osastolla oli ollut tapana, että kello 12.00 iltavuoroon tulija kyseli potilaita ulkoilemaan, mutta tämä tapa oli jäänyt jostain syystä pois. Oli koettu, että hoitajien monet työtehtävät osastolla aiheuttavat potilaiden ulkoilutuksen kiireessä. Oli havaittu, että hoitajilla on huonosti halukkuutta lähteä ulkoiluttamaan potilaita. Hoitajien välillä oli havaittu eroa asenteissa ja työssäjaksamisessa, koska osa hoitajista on aktiivisempia kuin toiset.

Kahden hoitajan irrottaminen osastotyöstä potilaiden ulkoilutukseen koettiin monesti mahdottomaksi. Potilaan huonoa psyykkistä terveydentilaa pidettiin henkilökunnan puutteen kanssa usein painavana syynä ulkoilujen vähäiseen määrään. Kysymyksistä osaan oli mahdoton vastata vain yhdellä sopivimmalla vaihtoehdolla (esimerkiksi kysymykseen 10. olisi voinut vastata ulkoilun esteeksi myös potilaan huonon psyykkisen terveydentilan henkilökunnan puutteen lisäksi). Kysymykseen 11. oli vastattu myös sillä tavalla, että jos osastolla olisi riittävästi henkilökuntaa, olisi se suurin yksittäinen potilaiden ulkoilua edistävä tekijä. Kysymysten asettelua esimerkiksi kysymyksessä yhdeksän pidettiin sekavana.

Oli koettu, että usein valitetaan ajan vähyydestä ja resurssien puutteesta ja ratkaisuna näihin ongelmiin voisi toimia ”hukkahaavi”, jonka kautta voisi saada lisää aikaa ja resursseja. Osastolla koettiin olevan myös liikaa rutiineja ja toivottiin lupaa niiden muuttamiseen luovuutta käyttämällä. Koettiin, että jos osastolla on rauhallisempaa ja samaan aikaan on riittävästi henkilökuntaa voi hoitaja ulkoiluttaa useampaakin potilasta. Nähtiin, että osastolla ei ole tällä

hetkellä riittävästi henkilökuntaa potilaiden kunnolliseen ulkoiluttamiseen. Tutun potilaan kanssa ulkoilua sopivissa olosuhteissa pidettiin parhaimmillaan hyvänä keskustelutilanteena. Potilaiden ulkoiluttamiseen mainittiin liittyvän monia asioita muun muassa sää, potilaan psyykkinen ja fyysinen kunto, osaston tilanne, hoitajien määrä sekä avohoitopotilaiden tapaamiset jne.

Muisteltiin, että potilasretkiä oli tehty aiemmin paljon enemmän, jolloin oli ”talon auto” käytössä, joka luultavasti helpotti retkille lähtöä ja näistä retkistä oli myös hyvät kokemukset. Osaston tilanteiden koettiin vaihtelevan kovasti. Toimintaa osastolla pidettiin välillä vanhanaikaisena. Ulkoilua ja liikuntaa pidettiin tärkeänä potilaiden kuntoutumisen ja optimaalisen terveyden tukemisen kannalta. Potilaiden ulkoilun määrä koettiin nykyisin liian vähäisenä.

7 POHDINTA

7.1 Keskeisten tulosten tarkastelua ja päätelmiä

Tähän kyselyyn vastanneista hoitajista suurin osa ulkoili vapaa-ajallaan vähintään kolme kertaa viikossa ja lähes kaikki vastaajat ulkoilivat mielellään tai erittäin mielellään. Hoitajien ulkoiluaktiivisuus ja –halukkuus ovat siis ainakin hyvällä tasolla. Harjavallan psykiatrisessa sairaalassa potilaiden luontoliikuntakokeilukin onnistui suurelta osin henkilökunnan positiivisen asenteen ja liikunta-aktiivisuuden ansiosta (Teini 1994, 6).

Suurin osa vastanneista hoitajista oli käyttänyt tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita potilaita ulkoilemassa, joten osa potilaista oli päässyt kyllä ulkoilemaan. Toisaalta selvästi suurin osa hoitajista oli käyttänyt potilaita ulkoilemassa alle kahdeksan kertaa viimeisen kahden kuukauden aikana. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitajien kanssa potilaat olivat keskimäärin ulkoilleet harvemmin kuin kerran viikossa mikä on melko vähäinen määrä. Tämän takia fysioterapeuttien säännölliset potilasulkoilutukset ovat varmasti tärkeässä asemassa osastoilla, kuten palautteessakin oli mainittu. Harjavallan sairaalan luontoliikuntakokeilussa olivat myös liikuntatyöntekijät merkittävässä roolissa (Teini 1994, 25). Reilusti yli puolet hoitajista oli käyttänyt enintään kolmea eri potilasta ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana, josta voi päätellä, että ulkoilemaan päässeiden potilaiden kokonaislukumäärä on ollut melko pieni. Voi olla, että hoitajat eivät välttämättä muistaneet aivan tarkasti kuinka monta kertaa tai kuinka montaa eri potilasta he olivat ulkoiluttaneet viimeisen kahden kuukauden aikana. Toteutuneita ulkoilumääriä ei voi tämän takia pitää ehkä aivan tarkkoina, mutta ainakin suuntaa antavina.

Kolmasosa vastanneista hoitajista oli tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoiluun, mutta kaksi kolmasosaa hoitajista ei ollut tyytyväisiä nykytilanteeseen. Suurin osa niistä hoitajista, jotka olivat käyttäneet potilaita ulkoilemassa viimeisen kahden kuukauden aikana, eivät olleet tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään ja laatuun. Vastaavasti suurin osa niistä hoitajista, jotka eivät olleet käyttäneet potilaita ulkoilemassa, olivat tyytyväisiä potilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään ja laatuun. Tosin niitä hoitajia, jotka eivät olleet käyttäneet potilaita ulkoilemassa, oli huomattavasti

vähemmän. Näin ollen voisi päätellä, että ehkä niillä hoitajilla, jotka olivat käyttäneet potilaita ulkoilemassa, oli enemmän kokemusta ja näkemystä potilaiden ulkoilun nykytilanteesta tai heitä kiinnosti enemmän potilaiden ulkoiluun liittyvät asiat.

Hoitajien mielestä potilaiden huono psyykinen terveydentila ja henkilökunnan puute olivat selvästi kaksi suurinta estettä potilaiden ulkoilulle. Harjavallan sairaalan luontoliikuntakokeiluun osallistuneet hoitajat arvioivat myös henkilökunnan vähyyden olleen yksi merkittävä kokeilua hankaloittava tekijä henkilökunnan negatiivisten asenteiden ohella (Teini 1994, 25.) Kolmanneksi esteeksi mainittiin ajan puute. Selkeästi suurimmaksi potilaiden ulkoilua edistäväksi tekijäksi valittiin puolestaan riittävä henkilökunnan määrä. Hoitajien mielestä harvemmin ulkoilua edistäviä tekijöitä oli riittävän ajan löytyminen, potilaan hyvä psyykinen tai potilaan hyvä fyysinen terveydentila. Lähes puolet vastaajista oli valinnut kysymyksistä 10. ja 11. samat vastaavat vaihtoehdot. Tämä voisi tarkoittaa sitä, että vastaajat olivat ajatelleet esimerkiksi henkilökunnan puutteen ja toisaalta riittävän henkilökunnan määrän olevan samalla sekä suurin estävä että edistävä tekijä potilaiden ulkoilulle riippuen kulloisestakin osaston tilanteesta.

Lähes kaikki hoitajat olivat valmiita käyttämään potilaita ulkoilemassa, mikäli olosuhteet muuten niin sallisivat. Tämä on selvä osoitus siitä, että hoitajilla riittää kyllä halua ulkoiluttaa potilaita, mutta jotkin tekijät estävät sen, kuten ulkoilun esteiksi mainitut henkilökunnan puute ja potilaiden huono psyykinen terveydentila.

Lähes puolet hoitajista olisi valmis käyttämään potilaita ulkoilemassa kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Reilu kolmasosa hoitajista olisi valmis käyttämään potilaita ulkoilemassa vähintään neljä kertaa viikossa tai useammin. Tämän tuloksen perusteella hoitajat olisivat valmiita käyttämään potilaita ulkoilemassa nykyistä melko paljon useammin.

Lähes 80 prosenttia hoitajista olisi valmis kehittämään ja järjestämään potilaiden ulkoilua osastoilla säännöllisesti. Tämä kertoo siitä, että suuri osa hoitajista on myös motivoitunut parantamaan potilaiden ulkoilua. Hoitajat olisivat

siis valmiita tekemään potilaiden ulkoilun edistämiseksi suunnittelutöitä osastoillaan.

Alle puolella vastanneista hoitajista oli kehittämisideoita potilaiden ulkoilun suhteen. Erilaisia ideoita tuli runsaasti esille vastauksista. Kaksi suosituinta samantyyppistä ideaa olivat ulkoiluhoitajan toimen luominen työvuoroihin ja ulkoilulle osoitetun ajan luominen päivä ja viikko-ohjelmiin. Potilasretkien lisääminen ja aidatun ulkoilupihan rakentaminen olivat myös vähän useammin esiintyneet kehittämisideat. Kehittämisideoissa tuli myös esille, että hoitajia ja aikaa tarvitaan riittävästi, jotta potilaiden ulkoilutus voisi toimia paremmin. Esimerkiksi vuoronvaihteeseen ehdotettiin potilaiden ulkoilutushetkeä riittävän henkilökuntamäärän turvin. Hoitajat keksivät siis hyviä ja käyttökelpoisia ideoita potilaiden ulkoilun edistämiseksi.

7.2 Tulosten hyödynnettävyys hoitotyössä

Hoitotyössä näitä tuloksia voidaan hyödyntää kehittämällä potilaiden ulkoilun toteutumista. Erityisesti hoitajien antamat kehittämisideat (katso tulososion kohta 6.5) ovat arvokkaita ja niiden pohjalta on helppo lähteä ideoimaan ja suunnittelemaan potilaiden ulkoilun toteuttamista entistäkin paremmin. Tulosten perusteella suurin osa hoitajista on aktiivisia ulkoilijoita ja lisäksi lähes kaikki hoitajat olisivat valmiita käyttämään tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita ulkoilemassa, mikäli se olisi resurssien puitteissa muuten mahdollista. Hoitajien motivaation ei siis pitäisi ainakaan estää potilaiden ulkoilua. Resursseista etenkin henkilökunnan määrää ja ulkoiluun käytettävää aikaa tarvittaisiin enemmän hoitajien mielestä. Muun muassa ”ulkoiluhoitajan” määrääminen työvuoroihin lääkehoitajan tapaan ja työvuorosuunnittelun kautta järjestettävät määrätyt ulkoiluhetket viikko-ohjelmassa päivittäin tai tiettyinä päivinä voisivat edistää merkittävästi ulkoilun toteutumista. Suurin osa hoitajista olisi myös valmis kehittämään ja järjestämään potilaiden ulkoilua osastoilla säännöllisesti, joten hoitajia kannattaisi ottaa mukaan kehittelemään potilasulkoilutuksia. Tämä voisi myös motivoida hoitajia entistä paremmin työhönsä ja lisätä työhyvinvointia, kun hoitajat pääsisivät päättämään osittain työnsä sisällöstä.

Nyt kerätyt tulokset potilaiden ulkoilun määrästä ja tiheydestä voisivat toimia yhdenlaisena vertailupohjana, jos potilaiden ulkoilua ruvetaan kehittämään.

Vastaavat tiedot voisi kerätä uudelleen sitten, kun uusia potilaiden ulkoilukäytäntöjä on sovellettu käytännön hoitotyössä jonkin aikaa (esimerkiksi vuoden päästä), jotta pystyttäisiin arvioimaan onko muutosta parempaan päin tapahtunut. Nykyisin suuria haasteita näiden kerättyjen kehittämisideoiden toteuttamiselle luovat varmasti Suomen valtion uudelleenjärjestely- ja leikkaustoimet terveydenhuollon sektorilla, koska esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstöä ollaan jatkuvasti vähentämässä. Ulkoilu voisi kuitenkin toimia halpana ”reseptinä” esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä, koska ulkoilun pystyy toteuttamaan vähällä rahalla ja resursseilla.

7.3 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa

Tähän tutkimukseen suunnitellulla kyselylomakkeella pyrittiin tavoittamaan kaikki ajalla 9.6.–1.7. työskennelleet kyselyn kriteerit (kriteerit liitteessä 2.) täyttävät hoitajat. Vastausaikana työskennelleistä kyselyn kriteerit täyttävistä hoitajista tavoitettiin lähes 55 prosenttia. Vastausprosentti kasvoi yllättävän korkeaksi, mutta täysin yleistettäviä tuloksia sen perusteella ei pysty kuitenkaan esittämään, koska siihen olisi tarvittu mielellään vastausprosentiksi noin 70–80. Tulokset ovat tämän takia korkeintaan suuntaa antavia. Melko pitkä vastausaika varmasti osaltaan auttoi kasvattamaan vastausprosentin suuruutta.

Kyselyyn vastasivat todennäköisesti hieman valikoituen sellaiset hoitajat, joita potilaiden ulkoiluun liittyvät asiat kiinnostivat enemmän. Toisin sanoen tällainen vastaajien valikoituminen heikensi hieman tämän tutkimuksen tulosten ulkoista validiteettiä (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 195–197). Kaikkia ihmisiä eivät erilaisiin kyselyihin vastaamiset edes kiinnosta ellei kyselyn aihe ole sitten todella heitä itseään kiinnostava.

Mittarin (kyselylomakkeen) sisäinen validiteetti oli mielestäni riittävä, koska potilaiden ulkoilua koskevan kirjallisuuden käsitteistä pystyttiin muuntamaan sellaisia muuttujia (kysymyksiä), joita voitiin hoitajien avulla mitata. Useimpia sisäisen validiteetin muotoja ei pystytä tässä tutkimuksessa arvioimaan, koska aineisto kerättiin vain kerran ja tutkimus kokonaisuudessaan oli melko yksinkertainen. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–197.) Tosin mittarin luominen ei onnistunut tässä tutkimuksessa erinomaisesti, sillä virheellisiä vastauksia saatiin kahdessa eri kysymyksessä (10. ja 11.) yhteensä neljä kappaletta. Muutamassa palautteessa olikin mainittu, että osin kysymysten

asettelu koettiin epäselväksi ja osaan kysymyksistä oli vastaajien mielestä mahdoton vastata pelkällä yhdellä vaihtoehdolla. Kysymyksessä 4. vaihtoehdon yksi olisi voinut muotoilla myös hieman paremmin, jotta se olisi kattanut myös harvemmin kuin viikoittain ulkoilevat hoitajat. Kysymyksestä 9. olisi voinut jättää pois mahdollisuuden siirtyä kysymykseen 11., jos vastasi ”Kyllä”, koska tällä tavoin olisi varmasti vastaamatta jättäneiden osuus ollut selvästi pienempi kysymyksessä 10. Mikäli kyselylomaketta olisi esitettävä, olisi todennäköisesti saatu vähemmän virheellisiä vastauksia, vastaamatta jättäneiden osuus olisi ollut pienempi ja tutkimus olisi ollut kokonaisuudessaan luotettavampi (Vilkkä 2007, 78–79).

Mittarin reliabiliteettia ei pystytty tämän tutkimuksen suhteen arvioimaan, koska se olisi vaatinut kyselyn suorittamisen useampaan kertaan tai käyttämällä useampaa eri mittaajaa. Kyselylomaketta olisi pitänyt käyttää myös toisenlaisessa hoitajien perusjoukossa reliabiliteetin arvioimiseksi. Myöskään katoanalyysia ei pystytty tekemään aineistolle, koska kyselylomakkeita ei numeroitu ennakoon, kyselylomakkeita ei jaettu ennalta määrätyille hoitajille ja niihin sai vastata anonyymisti. Näin ei tiedetty varmuudella mikä osa hoitajista jätti vastaamatta kyselyyn. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 193–195.)

Tutkimuksessa noudatettiin hyvän tutkimusetiikan periaatetta. Vastauslomakkeet säilytettiin huolellisesti, niin että ne eivät joutuneet ulkopuolisten käsiin ja niiden sisältämät tiedot pysyivät koskemattomina. Täten ketään yksittäistä vastaajaa eivät myöskään ulkopuoliset pystyneet tunnistamaan esimerkiksi käsialan perusteella. Vastauslomakkeilla olleet tiedot pysyvät vain minun tiedossani vaitiolovelvollisuuden sitomina. Vastauslomakkeet hävitettiin myös niin, etteivät ne joutuneet ulkopuolisten käsiin. Tutkimuksen tulokset esitettiin anonyymissä muodossa, joten yksittäisiä vastaajia ei pystytä tunnistamaan. Tulokset esitettiin lisäksi mahdollisimman tunnollisesti ja rehellisesti. Vastaajilla oli mahdollisuus jättää täyttämättä sekä palauttamatta kyselylomake ja heille annettiin riittävästi tietoa tutkimuksesta kyselylomakkeen saatekirjeessä. Lisäksi vastaajat saivat yhteystietoni, mikäli heillä olisi ollut kysyttävää tutkimuksesta. Tutkimuslupa anottiin asianmukaisesti ja kunnioitus säilyi kaikkia tutkimukseen osallistuneita tahoja kohtaan. Tutkimukseen eivät vaikuttaneet mitkään ulkopuoliset tahot, jotka olisivat

ajaneet omaa etuaan, joten tutkimus säilyi puolueettomana. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–226.)

7.4 Jatkotutkimusaiheita

Psykiatristen potilaiden ulkoilua on tutkittu Suomessa hyvin vähän (ulkomaillaakaan ei ole tutkittu kovin paljon), joten lisää esimerkiksi tämäntyypisiä tutkimuksia tarvitaan, että saadaan laajempi tieto- ja vertailupohja tästä aihepiiristä. Suomen muissakin psykiatriassa sairaaloissa olisi hyvä selvittää potilaiden ulkoilun nykytilannetta. Tutkimuksia voisi tehdä myös potilaiden näkökulmasta ja selvittää kuinka he ovat kokeneet ulkoilumahdollisuuden toteutumisen omalta kohdaltaan.

Mikäli esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka päättäisi muuttaa tai kehittää potilaiden nykyistä ulkoilukäytäntöä, olisi mielenkiintoista suorittaa pitkäaikaistutkimus, jossa seurattaisiin muutosten vaikutusta potilaisiin sekä hoitajiin. Tällaista pitkäaikaistutkimusta tai toiselta nimeltään pitkittäistutkimusta, ei varmaankaan pystyttäisi toteuttamaan opinnäytetyölle varattujen resurssien puitteissa, joten sen toteuttaminen siirtyisi todennäköisimmin yliopistollisen hoitotieteen puolelle (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013, 56). Yksi mahdollisuus voisi tietysti olla yliopiston ja ammattikorkeakoulun yhteisprojekti, jossa osa tutkimuksesta tehtäisiin hoitotieteen pro graduna ja osa opinnäytetyönä. Loppuraportissa voisi sitten yhdistää pro gradun ja opinnäytetyön tulokset.

7.5 Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin loppuvuodesta 2013, jolloin prosessi aloitettiin etsimällä opinnäytetyölle aihe. Tätä aiemmin psykiatrian puolen harjoittelussa minulle selvisi, että psykiatrinen hoitotyö on minulle selvästi mieluisin sekä mielenkiintoisin hoitotyön osa-alue, joten päätin, että haluaisin tehdä myös opinnäytetyöni psykiatrisen hoitoon liittyen. Kyselin aiheita Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan ylihoitajalta, joka antoi kaksi aihepiiriä, joista toinen koski potilaiden ulkoilua. Valitsin ulkoiluaiheen, koska harrastan itse aktiivisesti liikuntaa sekä ulkoilua ja sen takia se tuntui mielenkiintoisemmalta. Opinnäytetyön idea esiteltiin vuoden 2014 alussa ja opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin kevätlukukauden lopussa samana vuonna.

Suunnitelmana oli saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2014 syksyllä, koska keväällä tuli tietoon syksyn palautuspäivämäärät opinnäytetöille. Hyvin tehdyn suunnitelman pohjalta oli helppo ruveta työstämään opinnäytetyötä.

Opinnäytetyöstä käytiin rakentavia keskusteluja Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa. Opinnäytetyön ohjaustuokioita pidettiin Lapin ammattikorkeakoulun ohjaavan opettajan kanssa. Lisäksi Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajan kanssa mietittiin kyselylomakkeeseen liittyviä seikkoja. Välimatka Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan ja Rovaniemen välillä oli lyhyt, joten etäisyys ei aiheuttanut ongelmia. Olin tehnyt yliopistossa määrällisen pro gradun luonnontieteelliseltä puolelta aiemmin, joten tutkimuksen teko oli tuttua, mutta hoitopuolen opinnäytetyössä tuli eteen uusia asioita, joita piti oppia.

Myönteinen yllätys oli melko runsas palautuneiden kyselylomakkeiden määrä, jonka arvelin etukäteen jäävän toteutunutta pienemmäksi. Lyhyt ja ytimekäs saatekirje ja vastausajan pituus vaikuttivat osaltaan luultavasti palautuneiden lomakkeiden määrään sekä erityisesti se kuinka aktiivisia osastonhoitajat ja muu henkilökunta olivat informoidessaan hoitajia tutkimuksesta. Aineiston analysointiin ajattelin ensin käyttää SPSS-tilastolaskentaohjelmaa, jota olin käyttänyt aiemminkin, mutta aineiston yksinkertaisuuden vuoksi sen tilastointiin ja tutkimiseen riitti lopulta Excel-tilastotaulukointiohjelma.

Opinnäytetyön tekemisen aikana löysin joitakin erittäin mielenkiintoisia tutkimuksia ulkoilun vaikutuksista psykiatrisiin potilaisiin sekä ihmisiin yleensä. Tämän tiedon karttuminen lisää varmasti ulkoliikuntaan liittyvän kuntouttavan otteen vahvistumista tulevassa sairaanhoitajan työssäni sekä halua parantaa potilaiden ulkoilumahdollisuuksien toteutumista. Ulkoilu ja liikunta vaikuttavat edullisilta ja tehokkailta oireita lievittävilä sekä ennaltaehkäisevilä menetelmilä monien sairauksien suhteen. Yksilöiden kautta ulkoilun myönteiset kokonaisterveydelliset edut sekä sairauksien ennaltaehkäisystä koituvat säästöt kertautuvat varmasti koko yhteiskunnassa. Jakamalla tarkkaa tietoa ulkoilun hyödyistä sairaanhoitajan ammatissa voi vaikuttaa monien ihmisten elämänlaatuun psykiatrisen hoitotyön ulkopuolellakin. Lisäksi motivoimalla potilaita ulkoiluun voi heidät saada oikeasti innostumaan ulkoilusta.

Hoitotieteen puolelta tulee uutta käyttökelpoista tutkimustietoa jatkuvasti ja toivottavasti etenkin potilaiden ulkoilusta. Tätä uutta tutkimustietoa on tärkeää arvioida aina kriittisesti ja ennen kaikkea lukea uusia tutkimuksia, joista voi saada lisää motivaatiota ja ideoita oman ammattitaidon kehittämiseksi. Tässä opinnäytetyössä käytettyjä tutkimuslähteitä ei pystynyt kovin hyvin arvioimaan laadullisesti, koska tätä aihepiiriä käsitteleviä tutkimuksia on toistaiseksi melko vähän. Tämän takia piti käyttää lähes kaikkia löytyneitä tutkimuksia, jotka sopivat tähän aihepiiriin. Tulosten vertailu toisiin tutkimuksiin ei myöskään ollut kovin hyvin mahdollista soveltuvien tutkimusten vähyyden takia.

Hoitopuolen tutkimuksen tekeminen avasi minulle taas uusia näkökulmia, joista on varmasti hyötyä monissa asioissa. Hoitopuolen tutkimuksessa on aivan omanlaisensa haasteet, kun ollaan tekemisissä ihmisten kanssa. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana huomasin, että tutkimuksen tekemisessä kehittyy sitä mukaa, kun kokemusta siitä kertyy enemmän. Näin tapahtui myös tämän tutkimuksen aikana.

LÄHTEET

- Allison, R. 2011. Engaging Clients Through Outdoor Activities. *Mental Health Practice*. Volume 14 Number 5, 16–19.
- Babyak, M. – Blumenthal, J. A. – Herman, S. – Khatri, P. – Doraiswamy, M. – Moore, K. – Craighead, W. E. – Baldewicz, T. T. – Krishnan, K. R. 2000. Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. *Psychosomatic Medicine* 62, 633–638.
- Barton, J. – Pretty, J. 2010. What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis. *Environmental Science and Technology*. Vol. 44 No. 10, 3947–3955.
- Berman, D. – Davis-Berman, J. 2013. The Role of Therapeutic Adventure in Meeting the Mental Health Needs of Children and Adolescents: Finding a Niche in the Health Care System of the United States and the United Kingdom. *Journal of Experiential Education* 36(1), 51–64.
- Ewert, A. W. – McCormick, B. P. – Voight, A. E. 2001. Outdoor Experiential Therapies: Implications for TR Practice. *Therapeutic Recreation Journal*. Vol. 35 No. 2, 107–122.
- Galper, D. I. – Trivedi, M. H. – Barlow, C. E. – Dunn, A. L. – Kampert, J. B. 2006. Inverse Association between Physical Inactivity and Mental Health in Men and Women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 173–178.
- Hassmén, P. – Koivula, N. – Uutela, A. 2000. Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland. *Preventive Medicine* 30, 17–25.
- Huttunen, M. 2013. Tahdonvastainen psykiatrinen sairaalahoito. Osoitteessa [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512](http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512). 14.10.2014.
- Eduskunnan oikeusasiamies 2014. Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2013. Helsinki.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kankkunen, P. – Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. 19.4.2014.

- Metsämuuronen, J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. 19.4.2014.
- Pimenoff, V. 2008. Ulkoilu mahdollistettava myös psykiatrisissa klinikoissa. Suomen lääkärilehti 51-52/2008 vsk 63, 4522–4523.
- Pretty, J. – Peacock, J. – Sellens, M. – Griffin, M. 2005. The mental and physical health outcomes of green exercise. International Journal of Environmental Health Research. 15(5), 319–337.
- Ranta, E. – Rita, H. – Kouki, J. 2002. Biometria, tilastotiedettä ekologeille. 8. painos. Helsinki: Helsinki University Press.
- Suomen mielenterveysseura 2014. Hyvän mielen metsäkävely -hanke yhdistää metsän ja mielenterveyden. Osoitteessa http://www.mielenterveysseura.fi/kehittaminen/mielenterveysosaa minen/hyvan_mielen_metsakavely. 15.10.2014.
- Ströhle, A. 2009. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. Journal of Neural Transmission. 116, 777–784.
- Teini, P. 1994. Luontoliikunnan käyttö laitoksessa – Kokemuksia psykiatrisen sairaalan luontoliikuntakokeilusta Harjavallan sairaalassa vuosina 1992–1993. Suomen Mielenterveysseura r.y. Harjavalta: SMS-Tuotanto.
- Thompson Coon, J. – Boddy, K. – Stein, K. – Whear, R. – Barton, J. – Depledge, M. H. 2011. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. Environmental Science & Technology, A – L.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vuori, I. 2010. Liikuntaan liittyviä määritelmiä. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=nix01203. 2.5.2014.
- Walter, P. 2013. Greening the Net Generation: Outdoor Adult learning in the Digital Age. Adult Learning. Vol. 24 No. 4, 151–158.
- Wilson, J. F. – Christensen, K. M. 2012. The Relationship Between Outdoor Recreation and Depression Among Individuals With Disabilities. Journal of Leisure Research. Vol. 44 No. 4, 486–506.
- Yhdistyneet kansakunnat 1948. Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. Osoitteessa <http://www.ihmisoikeudet.net/index.php?page=ykn-julistukse-ja-sopimukset>. 18.4.2014.

LIITTEET

Vastauksista tehtyjä tunnuslukuja
Kyselylomakkeen saatekirje
Kyselylomake
Toimeksiantosopimus
Tutkimuslupahakemus

Liite 1
Liite 2
Liite 3
Liite 4
Liite 5

Taulukko 1. Vastauksista tehtyjä tunnuslukuja

	Suljetut kysymykset														Avoimet kysymykset	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Määrä	51	51	51	51	51	51	37	37	50	39	47	50	49	51	46	17
Keskiarvo	1.27	1.67	3.31	3.31	4.22	1.73	2.76	1.95	1.34	2.56	3.11	1.96	2.69	1.78	1.43	0.33
Keskihajonta	0.45	0.55	1.64	1.12	0.67	0.45	1.21	0.88	0.48	1.37	1.15	0.20	1.04	0.42	0.50	0.48
Moodi	1	2	5	3	4	2	2	2	1	1	4	2	2	2	1	1
Pienin	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Suurin	2	3	5	5	5	2	5	5	2	4	4	2	5	2	2	1
Vastaamatta	0	0	0	0	0	0	14	14	1	11	1	1	2	0	5	34
Väärin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0

TUTKIMUS TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASSA HOIDOSSA OLEVIEN AIKUISPOTILAIEN ULKOILUMAHDOLLISUUDEN TOTEUTUMISESTA

Hei, opiskelen Lapin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Olen tekemässä opinnäytetyötä ja opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, että kuinka psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilumahdollisuus toteutuu. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka. Mikäli olet työskennellyt Muurolan psykiatrisella klinikalla vähintään viimeiset puoli vuotta ja olet tänä aikana hoitanut tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita aikuispotilaita, pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan tähän kyselyyn ja palauttamaan sen osastolla olevaan kyselylomakkeille varattuun palautuslaatikkoon viimeistään 1.7.2014. Tämän kyselyn voi täyttää myös kotona. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 5 – 10 minuuttia. Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti ja siten, että yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa tutkimustuloksista. Tähän tutkimukseen on anottu tutkimuslupa Lapin sairaanhoitopiirin menettelytavan mukaisesti ja lupa on myönnetty 28.5.2014. Toiveena olisi saada kerättyä tietoa mahdollisimman monelta hoitajalta (sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat sekä mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat), jotta aineistosta saataisiin kattava, monipuolinen ja luotettava. Tämä kysely jaetaan kaikille neljälle osastolle. Kerätyn tiedon avulla olisi tavoitteena kehittää psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden hyvinvointia ja hoidon laatua ulkoilun suhteen. Tämän opinnäytetyön tekijänä toimii Lapin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija Tuukka Mäkiranta. Lapin ammattikorkeakoulun puolesta työn ohjaajana toimii lehtori Leena Välimaa.

Lisätietoja: Tuukka Mäkiranta
puh: 050 325 3702
sähköposti: Tuukka.Makiranta@edu.lapinamk.fi

Kyselylomake

Vastaa tähän kyselyyn ainoastaan, jos olet työskennellyt Muurolan psykiatrisella klinikalla vähintään viimeiset puoli vuotta ja olet hoitanut tänä aikana tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita aikuispotilaita.

Ympyröi ainoastaan yksi sopivin vaihtoehto kustakin kysymyksestä.

Taustatiedot

1. Sukupuoli?

- 1.) Nainen
- 2.) Mies

2. Korkein ammatillinen koulutuksesi?

- 1.) Mielensterveyshoitaja tai lähihoitaja
- 2.) Sairaanhoitaja
- 3.) Terveystenhoitaja

3. Työkokemus hoitoalalta tähän mennessä?

- 1.) Alle 5 vuotta
- 2.) Yli 5 vuotta – 10 vuotta
- 3.) Yli 10 vuotta – 15 vuotta
- 4.) Yli 15 vuotta – 20 vuotta
- 5.) Yli 20 vuotta

4. Kuinka usein ulkoilet vapaa-ajallasi (esim. kävely, marjastus, metsästys, patikointi, soutelu, luontoretket, erilainen ulkoliikunta yms.)?

- 1.) En ollenkaan
- 2.) 1-2 kertaa viikossa
- 3.) 3-4 kertaa viikossa
- 4.) 5-6 kertaa viikossa
- 5.) Päivittäin

5. Kuinka mielelläsi ulkoilet?

- 1.) En ollenkaan mielelläni
- 2.) En mielelläni
- 3.) Kohtalaisen mielelläni
- 4.) Mielelläni
- 5.) Erittäin mielelläni

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun toteutuminen

6. Oletko käyttänyt tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa aikuispotilasta ulkoilemassa viimeksi kuluneen 2 kuukauden aikana?

- 1.) En
- 2.) Kyllä

Jos vastasit "En", niin voit halutessasi siirtyä kysymykseen numero 9.

7. Kuinka useasti olet käyttänyt tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia aikuispotilaita ulkoilemassa viimeksi kuluneen 2 kuukauden aikana?

- 1.) Kerran
- 2.) 2-3 kertaa
- 3.) 4-5 kertaa
- 4.) 6-7 kertaa
- 5.) 8 kertaa tai enemmän

8. Kuinka montaa eri aikuispotilasta, jotka ovat olleet tahdosta riippumattomassa hoidossa, olet käyttänyt ulkoilemassa viimeksi kuluneen 2 kuukauden aikana?

- 1.) Yhtä potilasta
- 2.) 2-3 eri potilasta
- 3.) 4-5 eri potilasta
- 4.) 6-7 eri potilasta
- 5.) 8 eri potilasta tai useampaa

9. Oletko tyytyväinen tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden nykyisin saamaan ulkoilun määrään ja laatuun? (Esim. fysioterapeuttien tai muiden kuin osaston hoitajien järjestämät ulkoiluretket, -tapahtumat tms.)

- 1.) En
- 2.) Kyllä

Jos vastasit "Kyllä" voit halutessasi siirtyä kysymykseen numero 11.

10. Minkä asian näkisit nykyisin yksittäisenä suurimpana esteenä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun toteutumisessa?

- 1.) Potilaan huono psyykkinen terveydentila
- 2.) Potilaan huono fyysinen terveydentila
- 3.) Ajan puute
- 4.) Henkilökunnan puute
- 5.) Muu, mikä? _____

11. Minkä asian näkisit nykyisin yksittäisenä suurimpana edistävänä tekijänä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun toteutumisessa?

- 1.) Potilaan hyvä psyykinen terveydentila
- 2.) Potilaan hyvä fyysinen terveydentila
- 3.) Riittävästi aikaa
- 4.) Riittävästi henkilökuntaa
- 5.) Muu, mikä? _____

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun kehittäminen

12. Jos olisi muuten mahdollista, haluaisitko käyttää tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia aikuispotilaita ulkoilemassa säännöllisesti?

- 1.) En
- 2.) Kyllä

Jos vastasit "En" voit halutessasi siirtyä kysymykseen numero 14.

13. Kuinka monta kertaa olisit valmis käyttämään tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia aikuispotilaita ulkoilemassa yhteensä?

- 1.) Kerran viikossa
- 2.) 2-3 kertaa viikossa
- 3.) 4-5 kertaa viikossa
- 4.) 6-7 kertaa viikossa
- 5.) Muu määrä, mikä: _____

14. Olisitko valmis osallistumaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien aikuispotilaiden ulkoilun järjestämiseen ja kehittämiseen osastolla säännöllisesti?


- 1.) En
- 2.) Kyllä

TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksi- antaja	Nimi (esim. yritys) <i>Johanna Erholtz yh LAPIN SAIRANHOITOPURIN PSYKIATRIAN KLINIKKA</i>	
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) <i>Touhke 9 97140 Muurta JOHANNA.ERHOLTZ@WSHP.FI 040-7303369</i>	
	Työn aihe <i>PSYKIATRISISSA TAHDONVASTAISISSA HOIDOSSA OLEVIEN AIKUISPOTILAIEN Ulkomailla mahdollisuuden toteutuminen</i>	
Tekijät	Nimi <i>TUUKKA MÄKIRANTA</i>	Opiskelijanumero <i>1000506</i>
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite <i>TUUKKA.MAKIRANTA@EDU.LAPINAMK.FI</i>
	Koulutusala ja -ohjelma <i>SAIRANHOITAJA, HOITOTYÖN KO.</i>	Ryhmätunnus <i>702470</i>
Ohjaaja	Nimi <i>Leena Välimaa</i>	Oppiarvo ja tehtävänimike <i>lehtori</i>
	Toimipaikka ja osoite <i>Lapin ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11, 96300 ROV</i>	Sähköpostiosoite <i>leena.valimaa@lapinamk.fi</i>
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumen- tointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportit ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
	Työ on vapaasti lainattavissa ammattikorkeakoulun kirjastossa.	<input type="checkbox"/>
Omistus- ja käyttö- oikeudet	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.	<input type="checkbox"/>
Lisäksi sovitaan	<i>1 kpl opinnäytetyöstä toimitetaan kappale</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	

	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	<i>Muuri 5. 2014</i>	<i>Johanna Erholtz</i>
Tekijä	<i>ROVANIEMI 8.5.2014</i>	<i>Tuukka Mäkiranta</i>
Ohjaaja	<i>ROVANIEMI 8.5.2014</i>	<i>Leena Välimaa</i>

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Toimeksiantaja	Nimi LAPIN SAIRAANHOITOPIIRIN PSYKIATRIAN KLINIKKA	
	Yhteyshenkilö, puhelin ja sähköposti JOHANNA ERHOLTZ KH, 040 730 3364 JOHANNA.ERHOLTZ@LSHP.FI	
	Työn aihe PSYKIATRISISSA HOIVATAKSI TAHDON VASTAISISSA HOIDOSSA OLEVIEN AIKUISPOTILTIEN ULKOILUMÄHDOLLISYDEN TOTEUTUMINEN	
Tekijä	Nimi TUUKKA MÄKIRANTA	Opiskelijanumero 1000506
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite TUUKKA.MAKIRANTA@OULU.LAPINAMK.FI
	Koulutusala ja -ohjelma HYVIÄ VOIMATILAVEUVIDEN OSAAMISALA HOITOTIIMIN KOULUTUSOHJELMA	Ryhmätunnus 702H90
Tekijä	Nimi	Opiskelijanumero
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Koulutusala ja -ohjelma	Ryhmätunnus
Ohjaaja	Nimi Leena Välimäki	Oppiarvo ja tehtävänimike lehtori
	Toimipaikka ja osoite Lapin amk, Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi	
	Puhelin 0400539680	Sähköpostiosoite leena.valimaki@lapinamk.fi
Päiväys ja allekirjoitukset	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Tekijä	27.5.2014 ROVANIEMI	
Tekijä		
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	Rovaniemi 26.5.2014	Leena Välimäki (nimenselvennös) Leena Välimäki yliopettaja lehtori

Liitteenä tutkimus-/ työsuunnitelma
 Lapin ammattikorkeakoulu
 Jokiväylä 11 C, 96300 ROVANIEMI
 puh.020 798 6000 (vaihe)
 opintotoimisto@lapinamk.fi
 www.lapinamk.fi

 Tutkimuslupa myönnetty
 28.5.2014

 Senni Meriluoma
 Sotk. Vastavain
 Maku-työkirjoitus