

IHMISENÄ IHMISELLE

Vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2009
Ahola Tanja
Laine Sari

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

AHOLA TANJA & LAINE SARI

Ihmisenä ihmiselle
Vertaistuen merkitys mielenterveys-
kuntoutujalle

Sairaanhoitaja suuntautumisvaihtoehto opinnäytetyö, 77 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2009

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tutkittavana ilmiönä on vertaistuki. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia vertaistuen merkityksestä sekä selvittää, miten mielenterveyskuntoutajat ovat kokeneet vertaistuen osana omaa kuntoutumistaan, tai sen merkityksen kuntoutumisessaan. Tutkimuksen tavoitteena on, että tutkimustulosten kautta voidaan kehittää vertaistukea. Tavoitteena on myös saada hyödynnettävää tietoa mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessin suunnitteluun.

Opinnäytetyö on hankkeistettu ja tutkimus on toteutettu kvalitatiivisesti. Tutkimukseen osallistuneet vastaajat olivat Päijät-Hämeen mielenterveys-työnteki ”MIETE” ry:n jäseniä, eli mielenterveyskuntoutujia. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi viisi avointa kysymystä vertaistuesta. Kyselyyn vastasi 11 eri henkilöä, joten tutkimusaineisto koostuu 11:sta avoimesta vastauksesta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen keskeisin tulos oli se, että mielenterveyskuntoutajat kokivat vertaistuen erittäin tärkeäksi heidän kuntoutumisprosessissaan. Tutkimukseen vastanneet mielenterveyskuntoutajat kokivat saaneensa vertaistuesta emotionaalista tukea, ja vertaistuki toi heille henkisen eheytyksen tunteen. Vertaistuen haittatekijöiksi mielenterveyskuntoutajat kuvasivat sekä itsestä riippuvia sisäisiä tekijöitä että itsestä riippumattomia ulkopuolisia tekijöitä. ”MIETE” ry voisi kehittää vertaistukitoimintaa laajentamalla kokonaisuudessaan yhdistyksen toimintaa. Vastaajat toivoivat yhdistykseltä muun muassa lisää jäsenten aktivointia, ja tasavertaista tukea kaikille.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että vertaistuki kannattaa ottaa tiiviimmin osaksi mielenterveyskuntoutusta. Vertaistukea kannattaa hyödyntää suunniteltaessa mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia. Tulevaisuudessa vertaistukea kannattaa hyödyntää entistä enemmän, koska se on tehokas, edullinen ja hyödyllinen tuki mielenterveyskuntoutujalle.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyskuntoutus, mielenterveyskuntoutuja, vertaistuki

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care

AHOLA TANJA & LAINE SARI

Human to Human
The meaning of mutual support for
psychiatric patients

Bachelor's Thesis in Nursing, 77 pages and 5 appendices

Spring 2009

ABSTRACT

The phenomenon researched in this thesis is mutual support. The objective of this thesis was to describe the experiences of psychiatric patients about the meaning of mutual support in their rehabilitation process. The goal of this study was to produce research results that may later be used in the development of mutual support arrangements. A secondary goal was to produce knowledge that may be utilized in the planning of psychiatric patients' rehabilitation process.

This is a commissioned thesis (project thesis) and it was carried out as a qualitative research. The respondents who participated in the study were members of "MIETE", a psychiatric rehabilitation support association in Päijät-Häme region. The research material consists of the responses of eleven psychiatric patients. The questionnaire included five open questions about mutual aid. The research method used in the research was inductive analysis.

The key finding of this research was that the psychiatric patients felt that mutual support had been very important in their rehabilitation process. The respondents said that the mutual support had provided them emotional support and created an experience of mental recovery. According to the psychiatric patients, potential obstacles to the success of mutual support were internal factors depending on them and external factors that were not under their control. "MIETE" association could develop its mutual support activities by expanding its operations in general. The respondents hoped that the association would provide more activities for its members and equal support to everyone.

The results of this study indicate that mutual support should have a more important role in psychiatric rehabilitation. The possibility of mutual support should be taken into consideration when the rehabilitation process of a psychiatric patient is being planned. In the future, mutual support should be utilized more frequently because it is an effective and inexpensive way to support psychiatric patients.

Key words: mental health, psychiatric rehabilitation, psychiatric patient, mutual support.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYS	3
2.1	Mielenterveyden määrittely	3
2.2	Mielenterveyden häiriöt	5
2.3	Mielenterveystyö	9
2.4	Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö	11
3	KUNTOUTUS	14
3.1	Mielenterveyskuntoutus	15
3.2	Mielenterveyskuntoutuja	16
3.3	Kuntoutumisprosessi	18
3.4	Avohoito mielenterveyskuntoutuksessa	20
3.5	Mielenterveyskuntoutuksen haasteet	21
3.6	Mielenterveyskuntoutus Euroopan Unionissa	22
4	VERTAISTUKI	24
4.1	Vertaistukiryhmät	25
4.2	Vertaistuen merkitys	26
4.3	Ammatillisen osaamisen yhdistäminen vertaistukeen	31
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	34
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	35
6.1	Tutkimus- ja aineistonhankintamenetelmät	35
6.2	Yhteistyötaho	35
6.3	Kohderyhmä	37
6.4	Aineiston hankinta	38
7	SISÄLLÖNANALYYSI	41
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	45
8.1	Emotionaalinen tuki	45
8.2	Henkinen eheytyminen	46
8.3	Sisäiset ja ulkopuoliset häiritteijät	48
8.4	Yhdistyksen toiminnan laajentaminen	49

9	POHDINTA	51
9.1	Tulosten tarkastelua	51
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	58
9.3	Tutkimuksen eettisyys	61
9.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	63
	LÄHTEET	66
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Mielenterveys ilmiönä on mielenkiintoinen ja ajankohtainen aihe, koska mielenterveysongelmat lisääntyvät yhteiskunnassamme koko ajan. Länsimaissa mielenterveyden häiriöiden arvioidaan aiheuttavan yli viidesosan kaikista terveyteen liittyvistä haitoista. Länsimaissa tehdyssä väestötutkimuksessa aikuisväestöstä 20–29 % kärsii diagnostiset kriteerit täyttävää mielenterveyshäiriötä. (Lönnqvist 2005b.) Suomessa mielenterveyden ongelmat vaikuttavat vähintään joka viidennen aikuisen arkipäiväiseen selviytymiseen (Suomen mielenterveysseura(a)). Suomessa tehdyn Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan väestön oireilu on pysynyt samanlaisena vuodesta 1980 vuoteen 2000. Silti suomalaisesta aikuisväestöstä 25 %:lla on runsaasti psyykkisiä oireita. Väestöstä depressiota sairastaa 6 %, alkoholi-riippuvuutta 5 %, ahdistuneisuushäiriöitä 3–5 % ja psykooseja 3 %. Joka vuosi yksi 5000 suomalaisesta tekee itsemurhan ja kaksi tuhannesta yrittää sitä. (Lönnqvist 2005b.)

Vaikka mielenterveysongelmat ovat yleisiä, silti Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan mielenterveyspalveluiden käytössä ja saatavuudessa on huomattavia puutteita. Mielenterveysongelmiin ja niiden hoitoon tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska ne vaikuttavat laajasti yhteiskuntaan: suurin osa mielenterveyspotilaista ei kykene palaamaan sairastumisen jälkeeseen työelämään. Näin ollen erityisesti mielenterveyskuntoutusta tulisi tehostaa. Mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyden aiheuttajana on kasvanut huomattavasti. Syynä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen ovat pääasiassa eriasteiset työuupumus- ja masennusoireet. Mielenterveyden häiriöiden kasvu korostuu myös nuoremmassa ikäryhmässä. Yli puolet alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä perustuu mielenterveyshäiriöihin. (Kuntoutusselonteko 2002.) Vuonna 2004 kaikista Suomessa asuvista työkyvyttömyyseläkkeensaajista 43 % oli eläkkeellä mielenterveyssyistä. Samana vuonna mielenterveyshäiriöiden takia maksettiin työkyvyttömyyseläkkeinä noin 1 200 miljoonaa euroa ja Kelan sairauspäivära-

hoina 146 miljoonaa euroa. Vuodesta 1990 vuoteen 2004 sairaspäiväraha-kustannukset mielenterveyshäiriöiden ryhmässä ovat kasvaneet 119 % (Kelan teemakatsaus 2006, 3, 5). Vaikka mielenterveysongelmat ovat tällä hetkellä iso ja kasvava ongelma, on kuntoutuminen mielenterveysongelmista kuitenkin mahdollista.

Mielenterveyskuntoutus on yksilöllinen muutosprosessi, joka etenee asetettujen tavoitteiden ja kuntoutujan omien voimavarojen mukaan. Mielenterveyskuntoutujaa voidaan pitää oman elämänsä ja kuntoutumisensa asiantuntijana. Vertaistuki on yksi tehokas ja vaikuttavuudeltaan hyvä mielenterveyskuntoutuksen muoto. (Mielenterveyden keskusliitto.)

Vertaistuki tarkoittaa avun antamista ja saamista samassa elämäntilanteessa olevien kesken. Vertaistukitoiminta on kasvanut huomattavasti sosiaali- ja terveysalalla viimeisen kymmenen vuoden aikana. Jatkuva kasvu kertoo siitä, että ihmisillä on tarve saada tietoa ja jakaa kokemuksia samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Aiheen ajankohtaisuudesta kertoo se, että vertaisuuden muodot ovat esillä myös mediassa, kuten keskusteluohjelmissa, joissa ihmiset kertovat heitä kohdanneista kriiseistä. Televisio-ohjelmissa tulee voimakkaasti esille vertaisilta saatu tuki ja ymmärrys, ja myös lehtien palstoilla olevista henkilöhaastatteluista välittyy sama ilmiö. Vertaistukiryhmät ovat yksi nopeimmin kehittyvistä tuen muodoista. (Nylund 2005, 195, 206.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan vertaistuen merkitystä mielenterveyskuntoutujalle. Vertaistuen merkitystä yleisesti on tutkittu vähän; pääasiassa aikaisemmat tutkimukset käsittelevät vertaistukiryhmiä. Aihe on perusteltu, sillä yhteiskunta tarvitsee lisää edullisia ja tehokkaita kuntoutumismuotoja. Kaikki perinteiset kuntoutumismuodot eivät sovellu kaikille, joten vertaistuki tarjoaa vaihtoehtoisia kuntoutumismallia. Siinä huomioidaan ja hyödynnetään kuntoutujan omaa asiantuntijuutta ja voimavaroja. Tutkimuksessa tutkitaan vertaistuen merkitystä, sen hyötyjä ja haittoja sekä sitä, miten tämän opinnäytetyön yhteistyökumppani Päijät-Hämeen mielenterveystyön tuki "MIETE" ry voisi kehittää vertaistukitoimintaansa.

2 MIELENTERVEYS

2.1 Mielenterveyden määrittely

Mielenterveyden määrittely yksiselitteisesti on vaikeaa, ja jopa mahdotonta. Mielenterveys käsittää monia samanaikaisesti vaikuttavia tekijöitä, ja jokainen tieteenala selittää mielenterveyden omasta näkökulmastaan. Mielenterveyttä voidaan tarkastella muun muassa biologis-geneettisestä näkökulmasta, psykodynaamisesta näkökulmasta, kognitiivisen psykologian näkökulmasta sekä kulttuurisesta näkökulmasta ja eri hoitotieteen teorioiden näkökulmasta. (Jokinen 2000, 24.)

Biologis-geneettinen näkökulma määrittelee mielenterveyden negatiivisesti sairauden oireiden puuttumiseksi. Tässä näkökulmassa ajatellaan, että normaalin ja sairaan rajat voidaan määrittellä yksiselitteisesti ja objektiivisesti. Psykodynaamisessa näkökulmassa psykologiset voimat saavat aikaan psyykkisten tapahtumien kokonaisuuden. Näkemyksessä keskeisintä ovat ihmisen subjektiivinen sisäinen maailma ja sen lainalaisuudet. Kognitiivisen psykologian näkökulmasta mielenterveys puolestaan nähdään siten, että vuorovaikutuksessa ovat keskenään kaikki ymmärtämiseen ja tietämiseen liittyvät toiminnot sekä tunteet ja käyttäytymismallit. Edellisten lisäksi mielenterveyttä voidaan tarkastella kulttuurisesta näkökulmasta, sillä eri kulttuureissa terveyttä ja mielenterveyttä tarkastellaan hyvin eri tavoin. On tärkeää saada tietoa siitä, miten eri kulttuureissa ajatellaan terveydestä ja siihen liittyvistä ilmiöistä, koska yhteiskunnat ovat muuttumassa yhä monikulttuurisemmiksi. Eri hoitotieteen teoreetikot eivät erota mielenterveyttä muusta terveydestä, vaan tarkastelevat sitä kokonaisuutena. Eri teoreetikoiden näkemyksille on yhteistä se, että sairauskeskeisestä ajattelusta on luovuttu ja terveys määritellään elämänlaaduksi ja yksilölliseksi kokemukseksi, eikä sairauden puuttumiseksi. (Jokinen 2000, 24–30.)

World Health Organizationin(a) mukaan mielenterveys on enemmän kuin sairauden oireiden puuttuminen ja se on läheisesti yhteydessä fyysiseen

terveyteen ja käyttäytymiseen. Mielen terveys voidaan käsitteellistää hyvinvoinnin olotilaksi, jossa yksilö: 1) ymmärtää hänen omat kykynsä, 2) pystyy selviytymään elämän normaaleista stressitilanteista, 3) pystyy työskentelemään aikaansaavasti ja hedelmällisesti ja 4) pystyy avustamaan omassa yhteisössään. Positiivisessa merkityksessä mielen terveys on hyvinvoinnin perusta ja tehokas toiminto yksilölle ja yhteisölle. Tämä mielen terveyden käsitteen ydinajatus on yhdenmukainen huomioon ottaen sen laajuus ja moninainen tulkinta eri kulttuureissa. (World Health Organization(a).)

Amerikan psykiatrianyhdistyksen diagnostinen tilastollinen käsikirja (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders DSM IV, 1994) määrittelee, että mielen terveys on kliinisesti merkittävä yksilön käyttäytymiseen liittyvä psyykinen oireyhtymä, tai oirekokonaisuus. Siihen liittyy akuuttia haittaa oireina tai toimintakyvyn heikentymisenä. Lisäksi siihen liittyy vaara kärsiä kivusta, toimintakyvyn haitasta, vapauden menetyksestä, tai ennenaikaisesta kuolemasta. (Lehtonen, & Lönqvist 2001, 13 mukaan.) Terveyskirjasto Duodecim (2008a) määrittelee mielen terveyden inhimillisen olemassaolon tilana, jonka keskeisiä osa-alueita ovat itsenäisyys, itsetunto, toiminta-, sopeutumis- ja ongelmanratkaisukyky. Määrityksen mukaan mielen terveyteen kuuluu kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin ja virkistäytymiseen. Terveyskirjasto Duodecimin (2008b) mukaan mielen terveyshäiriö on sairaus, jolle ominaista ovat mielen toimintoihin tai käyttäytymiseen liittyvät oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen.

Suomen Mielen terveysseuran(b) määritelmän mukaan mielen terveys on olennainen osa ihmisen terveyttä eli ihmisen psyykkistä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kokonaisuutta. Mielen terveyden määrittelyyn vaikuttavat muun muassa kulttuuri, lainsäädäntö ja aikakausi. Suomen Mielen terveysseuran mukaan hyvä psyykinen hyvinvointi ei ole pysyvä olotila, vaan vaihtelee elämän eri tilanteissa.

Lasten ja nuorten mielen terveydellä tarkoitetaan muun muassa kykyä nauttia elämästä, kykyä vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin, leikkiin ja

koulun käymiseen. Lisäksi sillä tarkoitetaan kykyä asianmukaiseen tunteiden ilmaisuun sekä pettymysten ja vastoinkäymisten sietämistä. Hyvään mielenterveyteen kuuluvat myös riittävän itsetunnon ja omanarvontunnon lisäksi toisten ihmisten arvostaminen. Lapsilla ja nuorilla mielenterveyden hyvä kehitys edellyttää riittävän hyvää hoivaa, unohtamatta pysyviä ja hyviä ihmissuhteita. (Vainikainen 2004, 7.)

2.2 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt, neurologiset häiriöt, käytöshäiriöt ja päihdeongelmat ovat koskettaneet satoja miljoonia ihmisiä maailmanlaajuisesti. World Health Organizationin vuonna 2002 tekemä arvio osoitti, että 154 miljoonaa ihmistä kärsii maailmanlaajuisesti masennuksesta, 25 miljoonaa ihmistä skitsofreniasta, 91 miljoonaa alkoholiongelmista ja 15 miljoonaa huumeongelmista. (World Health Organization(a).) Suomessa kouluikäisistä lapsista 2–9 sadasta kärsii masennuksesta (Vainikainen 2004, 35). Nuorten mielenterveyshäiriöt ovat nykypäivänä entistä yleisempiä ja vakavampia. Yhdellä kymmenestä lukioikäisestä on mielenterveydenhäiriö, joka haittaa toimintakykyä. (Järvinen 2007, 25.) Nuorilla aikuisilla arviolta 25 %:lla todetaan mielenterveydenhäiriö, ja noin 10 %:lla siitä aiheutuu toimintakyvyn rajoituksia. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia, mutta niiden aiheuttamissa haitoissa, etenkin työkyvyttömyydessä, on selvä kasvutrendi. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 169–170.)

Mielenterveyshäiriö on yleisnimike hyvinkin erilaisille psyykkisille häiriöille (Lönqvist & Lehtonen 2008, 14). Mielenterveyshäiriöistä tai psyykkisestä sairaudesta voidaan puhua silloin, kun mielenterveysongelmat ovat vakavampia eli silloin kun ne pitkittyvät tai heikentävät ihmisen kykyä selviytyä omista tehtävistään. Tällöin ihmisen mielenterveys horjuu, sekä hänen hyvinvointinsa heikkenee niin paljon, ettei hän enää selviä ilman muiden apua. Tilapäisistä mielenterveysongelmista, esimerkiksi alakuloisuudesta, tai lievästä masennuksesta huolimatta on mahdollista, että ihminen selvi-

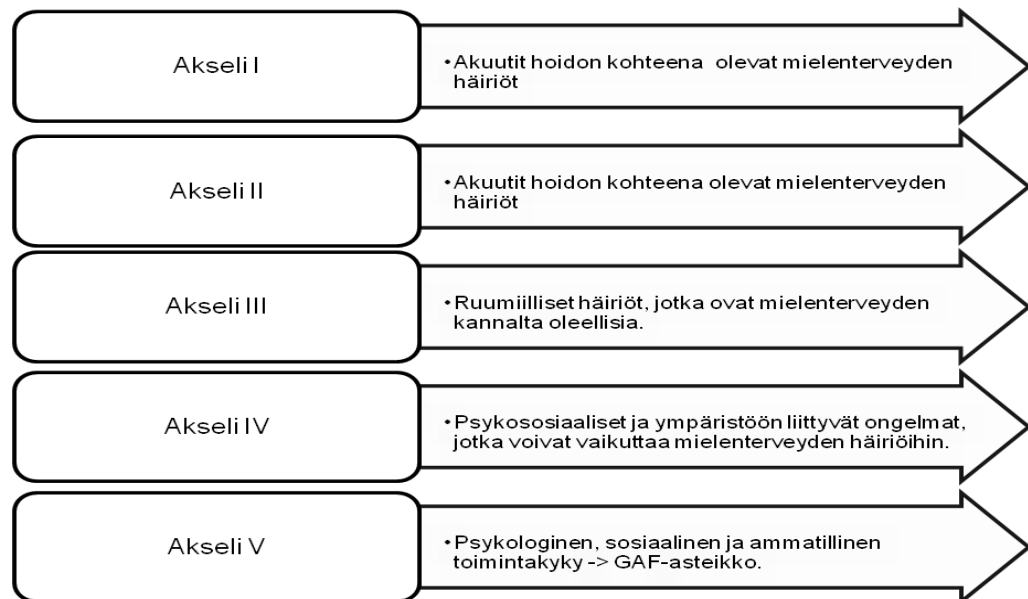
ää arkipäivän toimistaan läheistensä avulla, tai ilman ulkopuolista apua. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 13.)

Mielenterveyshäiriöt ovat ensisijaisesti kokemuksellisen tason eli toisin sanoen tunne-elämän ongelmia, riippumatta siitä viitekehuksesta, josta niitä lähdetään tarkastelemaan. (Keinänen, Lahti & Pylkkänen 2006, 1211–1222.) Psykkisesti esiintyvät oireet ovat yleisiä ja ne ovat osa ihmisen normaalia reagoitua, mikäli ne ovat tilapäisiä ja lieviä, eivätkä heikennä toimintakykyä, tai elämänlaatua (Lönnqvist 2005b). Erilaisia mielenterveyden häiriöitä ja psyykkisiä sairauksia on lukuisia. Niitä ryhmitellään esimerkiksi oireiden ja niiden vaikeusasteen perusteella. Samalla potilaalla voi olla samanaikaisesti monia oireyhtymiä. (Niemi 2001, 7.)

Mielenterveyden häiriöt ilmenevät usein kaikissa ihmissuhteissa. Ongelmissa on kysymys siitä, miten yhteisö määrittää mikä on normaalia, järkevää, tavallista, ja mikä taas epänormaalia, järjetöntä tai epätavallista. Kun ihmisen käyttäytymiselle ei löydy järkevää selitystä, sitä nimitetään mielenvikaisuudeksi (Ojanen 2003, 48.) Nuorten mielenterveyshäiriöt ovat nykypäivänä entistä yleisempiä ja vakavampia. Tietynlainen ja sopivissa määrin esiintyvä masennus ja ahdistus kuuluvat ihmisen arkeen, ja henkistä pahoinvointia voi olla kenellä tahansa. Mielenterveys ja mielensairaus ovat muuttuvia tiloja. Kun oireet rajoittavat merkittävästi työntekoa, arkielämää, kärsimystä ja sosiaalisia tilanteita, on kyseessä mielenterveyden häiriö. Sairaus voi puhjeta milloin tahansa ja psyykinen sairaus voi puhjeta myös pikkuhiljaa, eivätkä omaiset välttämättä tiedosta tilannetta. Oireina voivat olla myös fyysinen kipu ja sairastelu. (Niemi 2001, 7.)

Monet potilaista huomaavat itse oireensa, mutta toisaalta sairaus voi häiritä omia ajatuksia niin paljon, että potilas ei itse huomaa olevansa avun tarpeessa. Sitä vaikeampaa sairaudesta on selviytyä, mitä syvemmälle sairautteen ehtii vajota. Sekä potilaan että omaisen kärsimys pitkittyvät turhaan, mitä kauemmin sairauden toteaminen ja hoidon aloittaminen kestävät. (Niemi 2001, 7.)

Yllä olevien perinteisten määrittelyiden lisäksi mielenterveyden häiriöitä voidaan määritellä hieman perinteisesti poikkeavallakin tavalla, kuten moniakselijärjestelmällä. Moniakselijärjestelmä tarjoaa yhden tavan järjestellä kliinistä tietoa ja osoittaa tilanteen moniulotteisuus. DSM IV:n moniakselijärjestelmä sisältää viisi akselia, joita voidaan käyttää tarvittaessa. (Lönqvist 2008a, 65.) Tämä kyseinen akselijärjestelmä on esitelty kuviossa 1.



KUVIO 1 Moniakselijärjestelmä (Mikkonen 2008; Lönqvist 2008a, 65–66).

Mielenterveyshäiriöitä on monenlaisia ja -asteisia. Erilaiset häiriöt voidaan luokitella niihin liittyvien tyypillisten oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Luokittelu tapahtuu oireyhtymien, eikä ihmisten mukaan. Samalla henkilöllä voi olla samanaikaisesti useita hoitoa vaativia oireyhtymiä. Keskeisimmät ja yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat: skitsofrenia, ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt ja persoonallisuushäiriöt. (Jokinen & Räsänen 2000, 41.) Usein mielenterveysongelmiin liittyvät myös erilaiset päihderiippuvuudet: 75 %:lla mielenterveyspalveluita käyttävistä on myös päihteisiin liittyviä käyttöhäiriöitä (Mikkonen 2008).

Skitsofreniaa sairastaa Suomessa tällä hetkellä noin 50 000 ihmistä (Lähteenlahti 2008, 191), ja se on psykoottistasoisista häiriöistä vaikein ja yleis-

sin, ja tästä syystä se on myös erityisen suuri haaste yleisesti psykiatrialle ja psykiatriselle hoitotyölle. Skitsofreniaan sairastutaan yleensä aikuisuuden kynnyksellä. Tällöin ajankohtaisia ja tärkeitä asioita ovat opinnot, perheen perustaminen ja työhön sijoittuminen. Hoitojärjestelmälle on suuri haaste tunnistaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa skitsofreniaan sairastuvan ihmisen ennakko-oireilu. (Jokinen & Räsänen 2000, 41–42 .) Muutokset ovat alussa epämääräisiä ja suurempi oireilu tapahtuu vasta akuuttia sairastumista edeltävinä kuukausina. Tämä vaihe kestää noin viisi vuotta. Skitsofrenian ennakko-oireita ovat: ajattelun häiriöt (esimerkiksi keskittymisvaikeudet), unihäiriöt, mielialamuutokset (ärtyneisyys, masennus, epäluuloisuus), eristäytyminen, vaikeudet ihmissuhteissa, ruokahalun muutokset, ruumiilliset tuntemukset sekä motivaation ja psyykkisen energian puute. (Zedlich, Maurer, Löffler, Risher-Lössler & Häfner 1993, Jokinen & Räsänen 2002, 42 mukaan; Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 82; Käypä hoito 2008.) Skitsofrenian hoidossa keskeisintä on biologisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen niin, että potilaan yksilöllinen tilanne ja tarpeet huomioidaan (Isohanni ym. 2008, 106; Käypä hoito 2008).

Ahdistuneisuushäiriöt ovat mielenterveyshäiriöistä kaikkein yleisimpiä kaikkialla maailmassa. Ne liittyvät moniin muihin psyykkisiin ja somaattisiin sairauksiin ja sitä kautta myös ihmisen koko hyvinvointiin. Tämän vuoksi niiden merkitys psykiatrisessa hoitotyössä on suuri. Pitkään kestänyt, voimakas fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja rajoittava ahdistuneisuus on oire, johon pitää hakea apua. (Jokinen & Räsänen 2000, 41; Koponen 2008, 256.)

Mielialahäiriöistä aiheutuu ihmisille paljon inhimillistä kärsimystä, työkyvyttömyyttä ja ennen aikaisia kuolemia. Yhteiskunnalle mielialahäiriöistä aiheutuu merkittäviä taloudellisia menetyksiä. (Jokinen & Räsänen 2000, 41.) Silloin kun ihmisen tunteet ovat päivien, viikkojen, kuukausien tai vuosien ajan masentuneita, maanisia tai hypomaanisia, voidaan puhua mielialahäiriöstä. Mielialahäiriöt voidaan jakaa maniaan, masennustilaan, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, toistuvaan masennukseen, pitkäaikaiseen

mielialahäiriöön, sekä muihin ja määrittelemättömiin mielialahäiriöihin. (Jokinen & Räsänen 2000, 51, 53; Huttunen 2008; Isometsä 2008, 196.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaa Suomessa noin 50 000 ihmistä (Lähteenlahti 2008, 191). Vain puolet selvästi masentuneista ihmisistä hakee ammattiapua, vaikkakin masennus on erittäin tuskallinen sairaus. (Jokinen & Räsänen 2000, 51, 53.)

Persoonallisuushäiriöiden on kerrottu lisääntyvän ihmisten keskuudessa jatkuvasti. Myös persoonallisuushäiriöt ovat usein sidoksissa muihin mielenterveyden häiriöihin. Niiden tunnistaminen ja huomioiminen on hyvin tärkeää, sillä muutoin ne vaikeuttavat osaltaan potilaan hoitoa. (Jokinen & Räsänen 2000, 41.) Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä tiloja, jotka alkavat jo lapsuudessa, tai viimeistään varhaisessa nuoruusiässä. Ne ovat syvälle juurtuneita ja joustamattomia käytösmalleja, jotka ilmenevät usein huomattavan poikkeavana käyttäytymisenä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2008, 517.)

2.3 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden laaja-alaisen edistämisen ohella mielenterveyshäiriöiden hoito, kuntoutus ja ehkäisy. Mielenterveystyötä tekevät terveydenhuolto, sosiaalipalvelut, erilaiset hallinnonalat, kansalaisjärjestöt, sekä kansalaiset itse. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 125.) Erilaiset kansalaisjärjestöt ovat tärkeä yhteiskunnallinen sektori, sillä ne kantavat oman vastuunsa yhteiskunnan palveluiden tarjoajana (Noppari ym. 2007, 125).

Kaikilla palvelusektoreilla mielenterveyspalveluiden perustana tulisi olla kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, joka auttaa tarkastelemaan ihmisen terveyttä sekä fyysisestä että psyykkisestä näkökulmasta (Noppari ym. 2007, 20). Mielenterveystyön tulisi olla yhteiskunnan kaikilla sektoreilla tapahtuvaa. Mielenterveystyön elementteinä yhteiskunnan sektoreilla ovat: terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, häiriöiden ja sairauksien ehkäiseminen,

hoito ja kuntoutus sekä itsemurhien ehkäisy. (Lehtinen 1997, Nopparin ym. 2007,121 mukaan.)

Mielenterveystyötä määrittelee mielenterveyslaki, jonka mukaan mielen-terveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Lain mukaan mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyspalvelut, jotka kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä sairastaville henkilöille. Mielenterveystyötä on myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntymistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 §.) Mielenterveislain mukaan kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, ja erikoissairaanhoidossa tarkoitettun sairaanhoitopiirin kuntaliiton tulee huolehtia erikoissairaanhoidon annettavista mielenterveyspalveluista (Mielenterveyslaki 1116/1990, 4 §).

Mielenterveystyö voidaan jäsentää kolmeen eri osioon, joista jokainen osio kattaa mielenterveystyön toimintaluokat, eli yksilötason, ryhmätason ja yhteisötason. Ensimmäinen osio on tutkiva ja työtä ohjaava toiminta, jonka yksilötaso kattaa esimerkiksi yksilötutkimukset, todistusten laadinnat, sekä potilasvalitukseen vastaamisen. Ryhmätasossa taas ovat muun muassa perhetutkimukset ja työseminaarit ja yhteisötasossa kuntayhtymän mielenterveystyön organisaatio ja mielenterveysilmapiiritutkimukset. Toisessa osassa on korjaava ja kuntouttava toiminta, jossa yksilötasossa on yksilön hoito ja kuntoutus sekä läheteiden laadinta. Ryhmätasoon taas kuuluvat muun muassa ryhmäterapia, perheterapia ja hoitoyhteistyö, ja yhteisöllisessä tasossa ovat hoitoonmenokynnyksen käsittelyt ja hoitoa koskevat työnjaot eri organisaatioiden kesken. Kolmannessa osiossa on ennakkoiva ja ehkäisevä toiminta, joka tarkoittaa yksilötasolla muun muassa avun antamista ajoissa, sekä yksilöllistä kriisityötä. Ryhmätasolla se taas tarkoittaa mielenterveyteen vaikuttavien seikkojen ja ilmiöiden käsitteilyä erilaisissa ryhmissä sekä ennakkoivan ja ehkäisevän työn hankkeita. Yhteisöllisellä tasolla ennakkoiva ja ehkäisevä työ ilmenee esimerkiksi or-

ganisaatioihin ja säädöksiin vaikuttamista mielenterveyttä edistävästi.
(Heiska 1998, 19.)

Nopparin ym. (2007, 155) mukaan hyvän mielenterveystyön periaatteita ovat muun muassa:

- Asiakkaan kokemukset
- Itsemääräämisoikeus
- Tiedon saatavuus
- Hoidon saatavuus
- Eettinen toiminta
- Näyttöön perustuva hoitotyö
- Jatkuvuuden takaaminen
- Kuntoutumista tukeva toiminta

2.4 Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö

Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tarkoituksena ja päämääränä on auttaa yksilöä, ennen kuin hän joutuu varsinaiseen hoitoon. Jos väestön mielenterveydellistä tilannetta kartoitetaan useiden eri tahojen toimesta, pystyy yhteiskunta vastaamaan paremmin tämän hetken vaatimuksiin. Tilanteen kartoittamisen perusteella yhteiskunta tarjoaa ihmisille erilaisia palveluita heidän hyvinvointinsa takaamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuolto tekee tätä ennaltaehkäisevää työtä. Siihen kuuluvat sosiaalitoimen kaikki työmuodot ja erityisesti päivähoidon palvelut, yleinen terveydenhuolto (sisältäen neuvolapalvelut ja lääkärin vastaanotot), sekä kuntien sivistystoimi (koululaitos, nuorisotyö, kotiseututyö, kansalaisopistot), seurakunnat ja kolmannen sektorin vapaaehtoisvoimin toteutetut toiminnot. Tällä hetkellä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön pääpaino on tehokkaassa lasten- ja nuorisopsykiatrisen toiminnan kehittämisessä ja syrjäytymisen ehkäisyssä. (Punkanen 2001, 14–15,18.)

Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tavoitteena on mahdollistaa ihmisen selviytyminen, niin että yksilö kasvaa luovaksi, aktiiviseksi ja omanarvonsa tuntevaksi yksilöksi, joka pystyy vaikuttamaan itseään ja ympäristöään koskeviin kysymyksiin. Tavoitteena on myös ihmisen terveen psyykkisen kehityksen tukeminen. Tämän kautta vahvistetaan yksilön kykyä selvittää rakentavasti, joko itsenäisesti tai lähiympäristön tuella, ongelma- ja kriisitilanteita tai ongelmallisia olosuhteita. Kaikki ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimet tukevat ihmisen psyykkistä hyvinvointia antamalla tietoa ihmisen psyykkisestä kehityksestä, perustarpeista, ihmisten välisestä kanssakäymisestä sekä näihin tilanteisiin liittyvistä riskiolosuhteista. (Punkanen 2001, 17–18.)

Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö voidaan jakaa kolmeen eri tasoon, joita ovat primaaripreventio, sekundaaripreventio ja tertiääripreventio. Edellisen jaottelun lisäksi ennaltaehkäisevä työ voidaan jakaa suojaavaan ja parantavaan mielenterveystyöhön. Primaaripreventiolla tarkoitetaan toimintaa, jonka avulla vähennetään häiriöiden määrää. Primaaripreventiokeino on esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Sekundaaripreventio tarkoittaa hoitoa, joka lyhentää häiriön tai sairauden kestoa. Tällainen merkitys on esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolatoiminnalla. Tertiääripreventiosta puhuttaessa tarkoitetaan kuntouttavia toimenpiteitä, joiden avulla vähennetään häiriön aiheuttamaa pitkäaikaista toimintakyvyn alenemista. Näitä kuntouttavia toimenpiteitä ovat esimerkiksi erilaiset terapiat. (Punkanen 2001, 19.)

Rakentavalla toiminnalla tarkoitetaan yhteiskuntaan, muun muassa päivähoidon ja koulun toiminnan sisältöihin vaikuttamista. Kaikella rakentavalla toiminnalla tarkoitetaan lähinnä yhteiskunnan tasolla olevia rakenteita ja lainsäädäntöä. Suojaavan toiminnan tarkoitus on pyrkiä vähentämään riskitekijöiden haitallisia vaikutuksia lapsen ja nuoren psyykkiseen kehitykseen. Parantava toiminta tarkoittaa häiriöihin kohdistuvaa interventiota, ja se sisältää ensisijaisesti henkisen tuen ja sen ohella tarvittavan aineellisen tuen. Interventio kohdistuu sairastuneen lapsen tai nuoren lisäksi hänen sisaruksiinsa ja koko perheeseen. (Punkanen 2001, 19–20.)

Mielenterveyden ennaltaehkäisevään työhön tulisi panostaa tulevaisuudessa entistä enemmän, koska Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan eri sairausryhmistä mielenterveyden häiriöt vaikuttavat työkykyyn kaikkein voimakkaimmin. Vuonna 1996 myönnettiin mielenterveysperustein kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä 34 % ja vuonna 2005 vastaava luku oli 43 %. Vuonna 2005 myönnettiin päivärahakausia psykiatrisin perustein yli kaksi kertaa enemmän verrattuna vuoteen 1990. Euroopan Unionin tekemän arvion mukaan mielenterveydenhäiriöiden kustannukset ovat noin 3–4 % bruttokansantuotteesta, mikä on suurempi luku kuin kaikkein kalleimpien sotilasmenojen kustannukset länsimaissa. (Pylkkänen & Moilainen 2008, 170–171.)

3 KUNTOUTUS

Kuntoutus tarkoittaa ammattihenkilön toimia, joita hän tekee tukeakseen kuntoutujan kuntoutumista (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 30; Koskisuus 2004, 31). Nykyään kuntoutusta ei nähdä erillisinä kuntoutukseen liittyvinä erilaisina toimenpiteinä, vaan se nähdään asiakaslähtöisenä toimintana, sekä toiminta- ja lähestymistapana, joka tukee kuntoutumista ja jossa kuntoutujan oma aktiivinen rooli korostuu. (Kettunen ym. 2002, 29–30.)

Kuntoutus voidaan kuntoutumisen näkökulmasta määritellä ihmisen ja ympäristön, tai ihmisen sisäiseksi muutosprosessiksi. Se on monialaista ja suunnitelmallista ja usein myös pitkäjänteistä toimintaa, joka tähtää siihen, että kuntoutuja hallitsee oman elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002.) Kuntoutuminen puolestaan tarkoittaa asiaa, joka tapahtuu arkielämässä jokaisena päivänä ja johon voidaan omalla toiminnalla vaikuttaa (Koskisuus 2004, 31).

Nykyään ajatellaan kuntoutujan olevan omiin pyrkimyksiin ja tarkoitusperiin tähtäävä tavoitteellinen toimija, jonka päämääränä on tulkita, ymmärtää ja suunnitella omaa elämäänsä ja sen perustaa. Käsitys kuntoutujasta on muuttumassa asiantuntijuuden ja kuntoutuspalveluiden kohteesta aktiiviseksi tekijäksi. Erityisesti psykiatriassa tämän näkökulman muuttuminen on todella merkittävä ja se on vielä osaksi kesken. (Koskisuus 2004, 12–13.) Kuntoutujille kuntoutuminen merkitsee koko elämänaikaista prosessia, jonka aikana he vähitellen oppivat selviytymään elämästään joko sairauden tai sen mahdollisen uusiutumisen mahdollisuuden kanssa. (Koskisuus 2004, 66–67.)

3.1 Mielensterveyskuntoutus

Mielensterveyskuntoutus tarkoittaa mielensterveyskuntoutujan monimuotoista kuntouttavien palveluiden kokonaisuutta, joka on suunniteltu huomioiden kuntoutujan yksilölliset tarpeet yhteistyössä kuntoutujan kanssa (Sotiaali- ja terveysministeriö 2007). Mielensterveyskuntoutuksen keskeisiä käsitteitä ovat elämänhallinta, elämänprojektit, yhteisön jäsenyys, suunnitelmallisuus, monialaisuus, yhteistyösuhde ja kuntoutujan asiantuntijuus. Mielensterveyskuntoutus sekä muut mielensterveyspalvelut ovat nojautuneet pääasiassa sekä psykiatrian että yksilöpsykologian tietoon, näkemukseen ja tutkimukseen. Kuntoutuksen taustalla on kuitenkin suuri joukko erilaisia lähestymistapoja ja tieteitä, esimerkiksi psykologia, kliininen lääketiede ja kansanterveystiede. (Koskisuus 2004, 15–16, 21.)

Mielensterveyskuntoutuksen tavoite on kuntoutuminen eli toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen sekä omatoimisuuden ja itsenäisen arjesta selviytymisen vahvistaminen. Tavoitteena on, että kuntoutujan tyytyväisyys elämänlaatuun lisääntyy. (Kettunen ym. 2002, 30; Kuntoutusselonteko 2002.) Tavoitteena on myös sairauden saaminen hallintaan ja uusiutumisen ehkäisy (Niemi 2001, 8). Lisäksi tavoitteena on saada aikaan myönteinen muutos sekä kuntoutujassa että hänen suhteessaan yhteiskuntaan, muihin ihmisiin sekä hänen ympäristöönsä (Koskisuus 2004, 24).

Häikiö ja Malinen (1994) ovat tutkineet psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntouttavaa toimintaa yksityisissä palvelukodeissa. Myös Mattila (2002) on tutkinut millaista mielen kuntoutujan ohjaus on yksityisessä mielensterveystyön hoito- ja palvelukodissa. Häikiön ja Malisen (1994, 21,61–62) tutkimuksen mukaan kuntouttavan toiminnan päätavoitteena oli lähes kaikissa kodeissa elämän laadun parantaminen ja potilaiden siirtyminen itsenäiseen asuntoon. Tavoitteiden saavuttamiseksi puolet työntekijöistä teki kuntoutussuunnitelman. Tutkimuksen mukaan psykiatristen pitkäaikaispotilaiden kuntoutumisen esteet muodostuivat vaikeista kuntoutuslähtökohdista, yhteiskunnasta, palvelukotien työyhteisöstä, ja sijainnista johtuvista tekijöistä. Mattilan (2002, 169) tutkimuksessa taas ilmeni, että työntekijöi-

den käsitysten mukaan kuntoutumisen tärkeimmät tavoitteet olivat seuraavanlaisia: itse kuntoutujaan, yhteisöön tai työhön liittyvä oppiminen ja kehittyminen, itsearvostuksen kohoamiseen liittyvä oppiminen ja kehittyminen sekä emootioihin ja tulevaisuuden uskoon liittyvä oppiminen ja kehittyminen.

US Psychiatric Rehabilitation Assosiationin mukaan ihmiset voivat toipua jopa kaikista vakavimmista jatkuvista psyykkisistä sairauksista, kuten skitsofreniasta, masennuksesta tai kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Tutkimukset osoittavat, että yksilöt toipuvat tai huomattavasti parantuvat, kun heille tarjotaan sopivia hoitoja ja tukimuotoja. Mielen terveystalvet ovat yhteisiä, yksilöohjattuja ja yksilöllisiä, ja ne ovat myös välttämättömiä elementtejä erilaisten palveluiden kirjossa. Yksilön auttamisen päämääränä on löytää taidot ja kyvyt, joita hän tarvitsee ollakseen tyytyväinen elämään, työhön, oppimiseen ja sosiaaliseen ympäristöön.

Mielen terveystalvähäiriön vuoksi sai vuonna 2000 kuntoutusta noin 15 000 henkilöä, mikä on viidesosa Kansaneläkelaitoksen kuntoutujista. Näistä kuntoutujista noin 9 200 oli harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa. (Kuntoutusselonteko 2002.) Lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen kokeiluhanketta varten myönnettiin vuosina 2000 ja 2001 yhteensä 6,7 miljoonaa euroa Kansaneläkelaitokselle. Näitä varoja on käytetty eri puolilla maata 5–25 -vuotiaiden lasten ja nuorten musiikki- ja kuvataideterapiaan, ryhmä-, perhe- ja yksilöterapiaan ja muihin monimuotoisiin kehittämishankkeisiin. Vuoden 2001 syyskuun loppuun mennessä hyväksyttiin 21 hanketta, joihin osallistui yhteensä 380 mielen terveystalvskuntoutujaa. (Kuntoutusselonteko 2002.)

3.2 Mielen terveystalvskuntoutuja

Mielen terveystalvskuntoutujalla tarkoitetaan täysi-ikäistä henkilöä, jolla on mielen tervetvden häiriön vuoksi tarve saada kuntouttavia palveluita, ja tämän lisäksi hän ehkä tarvitsee apua asumisensa järjestämisessä tai asumispal-

veluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Salmen (2008) mukaan mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan ihmistä, joka on sairastunut mielenterveyshäiriöön, ja pyrkii kuntoutumaan siitä sairastumisvaiheen jälkeen ja näin sitä kautta saavuttamaan oman elämän hallinnan takaisin.

Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat monenlaisia palveluita ja tukea selviytyäkseen arkipäivästä. Kuntoutujalla on usein puutteita omassa motivaatiossaan hoitaa itseään ja hakea tarvitsemiaan palveluita. Mielenterveyskuntoutuja saattaa olla niin alistunut ja tottunut omaan rooliinsa potilaana, ettei hän osaa tuoda enää esiin omia tarpeitaan, mielipiteitään ja ajatuksiaan, mikäli häntä ei siihen erityisesti tueta. Suunnitelmallisen kuntoutuksen kannalta on tärkeää, että eri palveluntuottajat ovat yhteistyössä ja että niiden tavoitteet ovat samansuuntaisia. (Notko & Järvikoski 2004, 2.)

Mielenterveyskuntoutujat joutuvat usein tilanteeseen, jossa he sairauden takia menettävät elämän peruspilarit, kuten toimeentulon, sosiaaliset verkostot ja mielekkään elämän (Pöyhönen 2003, 9). Mielenterveyskuntoutujien työkykyä heikentää itse sairaus ja sen ohella erilaiset palvelujärjestelmän ja muun sosiaalisen ympäristön heikkoudet ja puutteet. Mielenterveyskuntoutujat ovat usein yksinäisiä ja heidän sosiaalinen syrjäytymisensä on yleistä. Kuntoutuja syrjäytyy myös olemassa olevista kuntoutus- ja muista palveluista esimerkiksi mielenterveyteen liittyvien ongelmien monitahoisuuden ja vaikean määrittelevyyden takia. (Notko & Järvikoski 2004,1.)

Työ ja tavoitteellinen toiminta ovat mielenterveyden ongelmista kärsivien hyvinvoinnin kannalta tärkeitä, koska ne luovat perustan itsetunnolle ja itsearvostukselle. Lisäksi ne tarjoavat mahdollisuuden sosiaaliseen vuorovaikutukseen, uusien asioiden oppimiseen sekä taitojen ja kykyjen kehittämiseen. (Pöyhönen 2003, 11.) Työn lisäksi mielenterveyskuntoutujan on usein vaikea löytää elämäänsä sisältöä, kuten harrastuksia, ystäviä ja opiskelua, jolloin myös oma sosiaalinen verkosto jää kehittymättömäksi ja kuntoutujan vapaa-aika on toimetonta ja apeaa. Olisi siis tärkeä etsiä kei-

noja, jotka muuttaisivat kuntoutujan objektista subjektiksi – hoivan kohteesta oman elämänsä toimijaksi. (Seppi 2007, 36.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että ne henkilöt, jotka ottavat osaa mielen-terveyskuntoutukseen samalla kun jatkavat muuta hoitoaan, hallitsevat sairautensa paremmin kuin ne, jotka eivät osallistu kuntoutukseen. Tutkimuksista selviää myös se, että psyykkisesti sairastuneet ihmiset ajattelevat kuntoutuksesta hieman eri tavalla kuin ammatti-ihmiset. Skitsofreniaa sairastavat ihmiset kertovat olevansa enemmänkin kiinnostuneita mahdollisuudesta elää itsenäistä ja antoisaa täyttä elämää, kuin siitä, että heidän pitäisi päästä eroon kaikista oireistaan. He haluavat määrätä omasta hyvinvoinnistaan ja hyväksyvät itsensä. Lisäksi he haluavat, että myös muut hyväksyvät heidät. (Snyder, Cur & Wasmer-Andrews 2007, 110.)

Savolainen ja Sillanpää (1999, 33–43) ovat tutkineet masentuneiden ihmisten kokemuksia masennuksesta ja kuntoutuksesta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat masentuneet ihmiset, jotka osallistuivat kuntoutuskurssille. Tutkimuksen mukaan masentuneiden kuntoutuminen alkoi siitä, kun he itse ymmärsivät kuntoutumisen mahdollisuuden ja löysivät motivaation siihen. Tutkimuksen haastateltavat kuvasivat tekijöitä, jotka olivat edistäneet kuntoutusta ennen kuntoutuskurssia. Näitä kuntoutusta edistäviä tekijöitä olivat muun muassa oma motivaatio, ammattiauttajien apu, läheisten apu sekä työhön ja eläkkeeseen liittyvät kysymykset. Tutkimuksen mukaan kuntoutuskurssilla kuntouttamistekijöitä olivat taas kurssilaisten tukitoimet, jotka koostuivat vertaistuesta, ohjaajien tuesta, kurssiohjelmasta, sekä ympäristöstä.

3.3 Kuntoutumisprosessi

Mielenterveyskuntoutusta koskeva lainsäädäntö vaatii kuntoutussuunnitelmien laatimisen, joten näin ollen mielenterveyskuntoutuksen tulee aina olla suunnitelmallista. Suunnitelma tulee laatia kirjallisena, ja siihen tulee sisältyä kuntoutujan ja ammattilaisen, sekä kuntoutujan halutessa hänen

lähiverkostonsa kanssa yhteistyössä tehty kuntoutus- ja kuntoutumisprosessin hahmotelma. Nämä yllämainitut tavoitteet eivät kuitenkaan toteudu suomalaisessa mielenterveystyössä. Suunnitelmia ei tehdä riittävästi, tai kuntoutuja ei ole tietoinen itseään koskevasta kuntoutumisuunnitelmasta. (Koskisuus 2004, 19.)

Mielenterveyspotilaan kuntoutuminen etenee omien tavoitteiden ja voimavarojen mukaan, ja se on henkilökohtainen muutosprosessi. Kuntoutuja on paras asiantuntija omassa elämässään ja kuntoutumisessaan. Mielenterveyskuntoutuksen tehtävänä on tarjota potilaalle erilaisia vaihtoehtoja, aikaa, tilaa ja tukea, jotta hän voi jäsentää kokemuksiaan, miettiä saamaansa tietoa ja selkiyttää omaa elämäntilannettaan. (Mielenterveyden keskusliitto; Koskisuus 2004, 30.) Kuntoutumisprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: 1) kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoittaminen, 2) kuntoutussuunnitelman laatiminen, 3) kuntoutussuunnitelman toteuttaminen ja kuntoutussuunnitelman arvioiminen. Nämä vaiheet toteutuvat yleensä joko samanaikaisesti tai limittäin. (Kettunen ym. 2002, 31.)

Mielenterveyden kuntoutumisen prosessi on sisällöltään samankaltainen prosessi kuin toipuminen mistä tahansa elämänkatastrofista. Sekä vaikean fyysisen sairastumisen että psyykkisen sairastumisen toipumisessa ja kuntoutumisessa on paljon samankaltaisia asioita ja kysymyksiä. Sekä fyysiseen että psyykkiseen sairastumiseen liittyy alkuvaiheessa kysymyksiä tunne-elämän odotusten ja minäkuvan murskaantumisesta sekä elämän uudelleen rakentamisesta katastrofin jälkeen. (Lähteenlahti 2008, 192–193.)

Anthony'n, Cohenin, Farkasin ja Cagnen (2002, 85) mukaan mielenterveyskuntoutuksen peruseriaatteet ovat:

- Tärkein pääpaino mielenterveyskuntoutuksessa on yksilön voimavarojen, kykyjen ja pätevyyden kehittämisessä.

- Kuntoutujan näkökulmasta mielenterveyskuntoutuksen hyötynä ovat parempi toimintakyky ja selviytyminen erilaisissa ympäristöissä.
- Tuettu riippuvuus voi johtaa mahdollisesti kasvavaan itsenäiseen toimintaan.
- Keskeiset interventiomuodot mielenterveyskuntoutuksessa ovat kuntoutujan taitojen ja kuntoutujan käytettävissä olevan tuen kehittäminen.
- Pääpaino mielenterveyskuntoutuksessa on parantaa psyykkisistä ongelmista kärsivien koulutuksellisia ja ammatillisia olosuhteita sekä toimeentuloa.
- Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen ja mukanaolo omassa kuntoutumisprosessissa ovat keskeisiä asioita.
- Pitkäaikainen lääkehoito on yleensä tarpeellinen, mutta hyvin harvoin yksinään riittävä kuntoutumisen tuki.
- Mielenterveyskuntoutus hyödyntää useita erilaisia ajattelutapoja, eikä sitä rajata vain yhteen toimintatapaan tai malliin.
- Toivo on olennainen osa kuntoutumisprosessia.

3.4 Avohoito mielenterveyskuntoutuksessa

Avohoidon tarjoamat tukipalvelut ovat tärkeässä roolissa kuntoutujan psykososiaalisen toimintakyvyn kannalta, sillä ne antavat varmuutta selviytymiseen. Myös lääkehoidon seuranta ja toteutus ovat tärkeä osa-alue kuntoutumisen tukemisessa, sillä niillä on suuri merkitys mielenterveysongelmissa. (Kettunen ym. 2002, 124.) Potilasneuvontaan ja moniammatilliseen tiimityöhön perustuva tehostettu avohoito on tehokkaampaa kuin normaali avohoitokäytäntö, kertoo psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuusarvio. Sosiaalisten taitojen harjoittelulla on ollut positiivisia vaikutuksia vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden työpaikan saamisessa, sosiaalisissa suhteissa ja työssä selviämässä. Työhön valmennus tai työharjoittelu eivät tuota niin hyviä tuloksia kuin suora tuettu työllistäminen. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Sirpa Laamasen (2004, 18, 20–47) tekemän tutkimuksen tuloksista selviää, että mielenterveyspotilaiden kuntoutusta tapahtuu niin sairaaloissa kuin avohoidossakin, mutta palveluiden toteuttamisessa on eroja riippuen paikkakunnasta. Kysely kohdistui Kajaaniin, Kokkolaan, Joensuuhun, Lappeenrantaan, Mikkeliin ja Pieksämäelle. Tutkimus osoittaa myös sen, että kuntoutuksen pääpaino tällä hetkellä on avohoidossa. Kuntoutujien mukaan heidän kuntoutumistaan edistävät parhaiten hyvät ihmissuhteet sekä usko tulevaisuuteen ja omiin kuntoutumismahdollisuuksiin. Kotona asuvien mielenterveyskuntoutujien oli vaikeaa saada apua virka-ajan ulkopuolella. Tukihenkilöinä kuntoutujille olivat perheenjäsenten lisäksi omahoitaja ja lääkäri. Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset kertoivat kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi sen, että kuntoutuja hyväksyy oman tilanteensa ja että hänellä on tarpeeksi tietoa omasta sairaudestaan.

3.5 Mielenterveyskuntoutuksen haasteet

Tällä hetkellä mielenterveyskuntoutukseen liittyvä peruskysymys on, kuinka voidaan taata eettisesti korkeatasoisia kuntoutuspalveluja, joiden päämääränä on yksilön hyvinvointi siten, että ne samalla saavuttavat yhteiskunnallisia hyötynäkökulmia. Mielenterveysongelmat, sekä niistä kärsivien ihmisten kuntoutus ja hoito ovat kokeneet muutoksia huomattavasti viime vuosikymmenten aikana. Tiedon lisääntyessä muuttuu käsitys mielenterveysongelmien luonteesta ja sitä kautta muuttuvat myös kuntoutukselle asetetut haasteet. Ajan, yhteiskunnan ja kulttuurin myötä muuttuu myös se, mitä ihmiset käsittävät mielenterveyskuntoutuksella. (Koskisuus 2004, 10.) Kuntoutuksen ydinkysymyksiä ovat tällä hetkellä kuntoutujan oma panos kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön. Kuntoutukseseen liittyvät myös yhä enemmän psykososiaaliset ja sosiaaliset ulottuvuudet. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Monenlaiset eri tutkimukset osoittavat, että tulevaisuudessa tarvitaan parempia mielenterveyskuntoutuspalveluita. Mielenterveyskuntoutuksen ly-

hyen aikavälin kasvu seuraavalla vuosikymmenellä tulee perustumaan näiden palveluiden osoitettuihin tarpeisiin ja vaatimuksiin. Mielenterveyspalveluiden sisälle on sijoitettu kokonainen kuntouttava lähestymistapa. Tämän päivän kuntoutukselle asetetut tarpeet ja vaatimukset ovat ilmiselviä niille, keitä näiden palveluiden tulisi auttaa. Lopullinen mielenterveyskuntoutuksen tehokkuuden osa-alue tulee perustumaan parantuneisiin asenteisiin sekä asiaa tutkivien tietoon ja taitoon. Lisäksi se tulee perustumaan kuntoutusohjelmien rakenteisiin sekä palveluiden erityispiirteisiin. (Anthony, Cohen, Farkas & Cagne 2002, 18.)

Suomen terveydenhuolto joutuu ratkaisemaan tulevaisuudessa vaikeita ongelmia. Väestön vanhenemisen myötä hoidon ja kuntoutuksen tarve lisääntyy. Lääketieteessä otetaan käyttöön yhä kalliimpia ja tehokkaampia hoitomuotoja. Tulevaisuudessa joudutaan ennen pitkää tekemään merkittäviä ratkaisuja eri palveluiden organisointitapoihin ja saatavuuteen liittyen, koska julkisia menoja supistetaan jatkuvasti. Lähivuosina kuntoutukselle on useita haasteita, esimerkiksi ikääntyvälle väestölle tulee järjestää lisää palveluita ja heidän toiminta- ja työkykyä tulisi ylläpitää. Näiden lisäksi hoidon saatavuutta tulisi parantaa, ja kuntoutusta tulisi lisätä väestön keskuudessa. (Puumalainen 2008, 24–25.) Stakesin Mielekäs elämä – hankkeessa ja kuntoutusasiain neuvottelukunnan mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmässä on selvitetty mielenterveyskuntoutuksen tilaa Suomessa. Eri puolilla Suomea olevat palvelujärjestelmät mielenterveysongelmien hoidossa ovat erilaisia. Myös voimavarat ja eri kuntoutusmuodot vaihtelevat kunnittain. (Kuntoutusselonteko 2002.)

3.6 Mielenterveyskuntoutus Euroopan Unionissa

Suomen jäsenyys Euroopan Unionissa merkitsee kuntoutukselle monia asioita. Lähes kaikissa EU-maissa kuntoutusta koskevat näkemykset ja mallit ovat kapeampia ja kliinisempiä kuin Suomessa. Laajemman kuntoutuksen näkemyksen ajaminen EU:hun on itsessään merkittävä haaste. EU-maissa kuntoutusta ei sellaisenaan juurikaan tueta tai ylipäätään nos-

teta esille varsinaisten tutkimus- ja kehittämisohjelmien tasolla. EU:n kansanterveysohjelmassa pääpaino on terveyden edistämässä ja siinä sivutaan kuntoutusta. (Riikonen 2008, 164–165.) EU:n mielenterveysstrategia pyrkii kuitenkin koko väestön mielenterveyden edistämiseen sekä mielenterveyden ennaltaehkäisyyn. EU:n mielenterveysstrategia pyrkii myös mielenterveyspotilaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen sekä heidän oikeusarvojensa ja ihmisarvonsa turvaamiseen. Lisäksi EU:n pyrkimyksenä on kehittää mielenterveyttä koskevia tutkimuksia, tietoa ja tiedonhankintaa. (Lönngqvist 2002c.)

4 VERTAISTUKI

Julkiset sosiaalihuoltojärjestelmät ovat syntyneet vertaistoiminnan periaatteesta. Ihmiset ovat aina tukeneet ja auttaneet toisiaan erilaisissa vaikeuksissa. Vertaistoiminta on kehittynyt eri tavoin eri maissa ja eri aikakausina. Suomessa vertaisryhmiin alettiin kiinnittää huomiota vasta 1900-luvulla, lukuun ottamatta järjestöjen vapaaehtoista ryhmätoimintaa, joka on asiantuntijavetoista ja suunnattu pääasiassa vain oman järjestön jäsenille. Nimettömät alkoholistit ovat aloittaneet toiminnan Suomessa 1990-luvun alussa. Muita Suomessa melko varhain syntyneitä vertaistukiryhmiä ovat työttömien ryhmät, Nimettömät velalliset, murrosikäisten nuorten vanhempien ryhmät ja muutamien eri sairauksien ympärille muodostuneet järjestöjen ulkopuoliset ryhmät. (Lehtinen 1997, 38–39.) Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitteitä vertaistuki ja vertaistukiryhmä. Vertaistuesta voidaan käyttää myös nimityksiä itseapu, oma-apu tai vastavuoroinen tuki. Vertaistukiryhmistä käytetään puolestaan nimityksiä oma-apuryhmät, läheisyhteisöt ja keskinäisen avun ryhmät.

Vertaistuella tarkoitetaan kahta tai useampaa ihmistä, jotka ovat samassa elämäntilanteessa tai joilla on sama ongelma (Mykkänen-Hänninen 2007, 26; Salmi 2008). Palomäki (2005, 41–42) on tutkinut mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavia tekijöitä ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. Tutkimuksen mukaan vertaistuki on oppimista tukeva ja tietoa lisäävä kuntoutumismuoto, joka edesauttaa jaksamista tunne-tasolla syntyneen ymmärryksen avulla.

Vertaistuki perustuu vastavuoroisuuteen, ja keskeisiä sille ovat kokemukset ja niiden jakaminen (Hyväri 2005, 214; Salmi 2008; Mielenterveyden keskusliitto). Mielenterveysalan vertaistuen perustana on elämänkokemuksen tuoma asiantuntijuus, keskinäinen tasa-arvoisuus, solidaarisuus, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, vastavuoroinen kommunikaatio ja ajatusten vaihto sekä vertaisten kohtaaminen ja keskinäinen tuki (Heikki-

nen 2004, 180–181; Mykkänen-Hänninen 2007, 26). Lisäksi vertaistuki koostuu tiedon ja tunteiden jakamisesta ja opitun aineiston prosessoinnista sekä toivoa ylläpitävistä asioista (Palomäki 2005, 41–42).

4.1 Vertaistukiryhmät

Vertaistuen yksi toteutumisen muoto on vertaistukiryhmä, joka on vertaistukea laajempi käsite (Hyväri 2005, 215). Unkarilainen Bella Buda (1993) määrittelee vertaisryhmän toiminnan yksinkertaiseksi ja heti tapahtuvaksi yritykseksi ratkaista ihmiselämän vaikeita kysymyksiä (Lehtinen 1997, 40 mukaan). Talvikosken (2004, 73) mukaan vertaisia yhdistää se, että heidän elämäntilanteensa on erilainen kuin heidän lähipiirillään. Ryhmässä, jossa valitsee luottamus ja hyväksyvä ilmapiiri on helppo puhua asioista (Mykkänen-Hänninen 2007, 26). Psykoterapeutti Leif Bergin (2006, 4) mukaan vertaisryhmien asiantieto rakentuu yksilöllisistä kokemuksista. Mielen-terveyskuntoutujien yhteisiä kokemuksen osa-alueita ovat muun muassa sisäiset kokemukset, psyykinen kriisi, lääkitys, hoito ja mielenterveyspalvelut sekä sosiaaliturvaan liittyvät asiat (Heikkinen 2004, 182).

Tavoitteena ryhmällä on kokemusten keskinäinen jakaminen ja uusien näkökulmien laajentaminen. Aina tavoite ei kuitenkaan toteudu, vaan jokainen ryhmä on omanlaisensa kokonaisuus. (Mykkänen-Hänninen 2007, 28.) Vertaistukiryhmien tarkoituksena on tarjota mahdollisuus molemminpuoliseen tukeen ja vastavuoroisuuteen (Berg 2006, 4). Vertaistukiryhmissä ja erilaisilla kuntoutuskursseilla kuntoutujalla on mahdollisuus peilata omia kokemuksia toisten samassa tilanteessa olevien kokemuksiin sekä ammattihenkilöiden jakamaan tietoon kuntoutumisprosessista. (Mielenterveyden keskusliitto.)

Vertaistuen toteutumisen muotoja ovat kahden ihmisen keskinäinen vertaistuki tai ryhmän kautta tuleva vertaistuki. Vertaistukiryhmät voivat olla suuria tai pieniä. Pieni ryhmä tuo intensiivisempää ja aktiivisempaa työskentelyä kun taas suuremmissa ryhmissä asioita käsitellään usein ylei-

semmällä tasolla. Vertaistukiryhmiä järjestävät nykyään erilaiset järjestöt, yhteisöt, yksilölliset palveluntuottajat, kunnat ja yhdistykset. Vertaistukiryhmät voivat olla itseohjautuvia, tai niitä voi ohjata ohjaaja, joka voi olla vapaaehtoinen tai ammattilainen. Ryhmät voivat olla henkilökohtaisen kasvun ryhmiä tai terapiaryhmiä. (Mykkänen-Hänninen 2007, 26, 28). Vertaistukiryhmät voivat suunnitella itse toimintansa, kun taas viralliset organisaatiot perustetaan lakien mukaan ja niiden toiminta on tarkoitettu jatkuvaksi. Tarpeiden huomioonottaminen ja eri toimintojen suunnittelu on pitkäkestoista. (Nylund 1996, 202–203.)

Kovalaisen (2007, 50, 53) tutkimuksen mukaan ne osallistujat, jotka kävivät suljetuissa ryhmissä, ajattelivat avointen ryhmien olevan levottomia, koska niiden jäsenmäärää ei voi rajoittaa. Suljettu ryhmä koettiin turvallisemmaksi, koska vaihtuvuus on vähäisempää kuin avoimessa ryhmässä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet haastateltavat kokivat, että avoin ryhmä tulisi tehdä tarpeettomaksi ja ryhmätoiminnan tulisi päättyä siihen. Haastateltavat kokivat tärkeäksi sen, etteivät ihmiset jäisi ryhmään kiinni vuosikausiksi. (Kovanen 2007, 53.)

4.2 Vertaistuen merkitys

Vertaistuen merkitystä on tutkittu myös nuorten näkökulmasta. Santala (2007) on tutkinut nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta Internetin keskustelupalstalla ja Karppinen ja Kärkkäinen (2004) ovat toteuttaneet opinnäytetyön, joka liittyi Mannerheimin Lastensuojeluliiton Askel –projektiin. Santalan (2007, 86–87) tutkimuksen mukaan keskustelijat tuntuivat tiedostavan vertaistuen merkityksen henkisen hyvinvoinnin lisääjänä. Keskustelupalstoilla annettiin myös konkreettista tukea ja tarjottiin apua, jos sitä pyydettiin. Karppisen ja Kärkkäisen (2004, 36–38) opinnäytetyössä tuli saman suuntaisia tuloksia. Sen mukaan vertaisryhmän kautta nuoret saivat mahdollisuuden ja tuen omien tunteiden käsittelyyn. Heillä oli mahdollisuus myös ilmaista turvallisesti pelottavia ja kipeitä tunteitaan.

Internetissä nuorille näytti olevan myös tärkeää se, että keskustelijat saivat tiedon siitä, etteivät he ole yksin sairauden kanssa. Keskusteluihin osallistuvien, itsensä erilaiseksi kokevien omasta näkökulmasta keskustelujen erilaisuus nähtiin rikkautena ja voimavarana. (Santala 2007, 100.) Ryhmästä sai tukea arjessa jaksamiseen sairastuneen isän tai äidin kanssa. Samassa tilanteessa olevat ryhmäläiset koettiin hyvin tärkeiksi, ja vertaistuki oli ryhmän keskeinen voimavara. Ymmärryksen saaminen, tilanteiden keskinäinen vertaaminen ja kokemusten jakamisen mahdollisuus auttoivat nuoria jaksamaan elämässä eteenpäin. (Karppinen & Kärkkäinen 2004, 36–38.) Kummassakin tutkimuksessa vertaistuki koettiin myönteisenä.

Ståhlberg ja Virtanen (2005) sekä Lehtinen (2005) ovat tutkineet vanhempien kokemuksia vertaistuesta. Ståhlberg ja Virtanen (2005) ovat tutkineet vertaistukea Espoon perhekeskusprojektin perhevalmennuksesta ja Lehtinen (2005) on tutkinut vanhempien kokemuksia vertaistuesta Espoon Perhekeskusprojektin laajennetusta perhevalmennuksesta. Ståhlbergin ja Virtasen (2005, 35) tutkimuksen mukaan äideistä 48 % koki saaneensa kohtalaisesti ryhmältä neuvoja vanhemmuuteen ja 36 % isistä tunki saaneen neuvoja ryhmältä kohtalaisesti. Sama määrä koki, että heidän saamansa tuki oli huonoa. Ståhlbergin ja Virtasen (2005, 35) tutkimuksen mukaan ryhmässä saatiin kohtalaisesti neuvoja vanhemmuuteen, ja myös Lehtisen (2005, 48) tutkimuksessa vastaajat kokivat saaneensa neuvoja, henkistä tukea ja apua muilta vanhemmilta. Vanhemmat kokivat, että erityisesti keskustelut muiden vanhempien kanssa tukivat heidän vanhemmuuden kehitystehtäviensä pohtimista.

Talvikoski (2004, 51–54, 64–74) on tutkinut vertaisryhmätoiminnan merkitystä yksin adoptoiville naisille. Vertaisryhmässä haluttiin tavata samassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Vertaisryhmän havainnointi vaikutti siltä, kuin osa osallistujista olisi ollut keskenään ystäviä. Haastatteluista ilmenee kuitenkin, että varsinaiset ystävät tulevat muualta kuin vertaisryhmän kautta. Osallistujat kaipasivat ryhmään selkeämpää rakennetta ja ryhmälle vetäjää. Tutkimuksen mukaan vertaisryhmä auttaa verkostoitumaan muihin

samassa tilanteessa oleviin ja tuottaa heidän kanssaan dialogisuuteen perustuvaa kanssakäymistä sekä tiedonmuodostusta. Tämä perustuu kokemusten vaihtamiseen, joka taas vahvistaa yksinadoptoivien identiteettiä ja vaimentaa erilaisuuden identiteettiä.

Vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle on merkittävä, koska se antaa tunteen siitä, ettei ole yksin ongelmiansa kanssa (Salmi 2008). Mielenterveyshäiriöt ilmenevät usein psykososiaalisina haittoina ja oireina. Mielenterveyden ongelmista kärsivät henkilöt ovat usein yksinäisiä ja sosiaalisesti eristyneitä. Psykososiaaliset taidot usein heikkenevät ja taantuvat. Vertaistuki voi merkitä uuden yhteisyyden ja vastavuoroisten ihmissuhteiden palautumista. Vertaistuen tuoma ihmissuhteiden rakentaminen ja löytyminen edesauttavat psykososiaalista kuntoutumista. (Heikkinen 2004, 179.)

Vertaistukiryhmien etuna on ryhmien yksinkertaisuus ja nopea reagointikyky ihmisten tarpeisiin jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassamme. Virallisten organisaatioiden toiminta on puolestaan hitaampaa. (Nylund 1996, 202–203.) Yleensä vertaistukiryhmät toimivat väliaikaisina avuntarjoajina eri elämänvaiheissa. Ryhmätoimintaa saattaa olla vain niin kauan, kuin jäsenet pitävät sitä tarpeellisena. Vertaistukiryhmät tarjoavat yhden tien pohtia ja selvittää omaa tilannetta muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Vertaistukiryhmien kautta saatu tuki antaa taitoja selviytyä erilaisista kriisitilanteista ja voi kohottaa ryhmäläisen itsetuntoa. (Nylund 1996, 204.) Vertaisryhmän suosiota voidaan selittää siten, että kontakti samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa vähentää huolta jaetun kuormituksen kautta ja vähentää tunnetta, että on yksin tai poikkeava. Lisäksi ryhmään osallistuminen vähentää yksinäisyydentunnetta ja syyllisyyttä. (Berg 2006, 4.)

Vertaistukeen ja vertaisryhmätoimintaan on kiinnitetty huomiota jo 1980-luvulla, jolloin Raiff (1984) tutki Recovery-vertaisryhmää, joka oli tarkoitettu entisille mielenterveyspotilaille. Jäseniä ryhmässä oli 393, joista suurin osa oli naisia ja naimisissa. Ryhmän jäsenistä ne, jotka ottivat paljon osaa

ryhmiin kokivat, ettei heillä ollut sen enempää ahdistusta heidän terveydestään kuin normaalilla väestöllä. Niillä jäsenillä, jotka olivat osallistuneet ryhmiin kahden vuoden ajan tai kauemmin, oli vähiten huolta ja eniten tyytyväisyyttä heidän terveydentilastaan. Tutkimuksessa arvioitiin myös, että jäsenien tyytyväisyysaste elämään oli yhtä korkealla tai korkeammalla tasolla kuin normaaliväestöllä. Ne jäsenet, jotka olivat osallistuneet ryhmiin vähemmän kuin kaksi vuotta, elivät alle toimeentulorajan. Lisäksi heillä oli puutteelliset sosiaaliset verkostot ja heitä hoidettiin lääkkeillä. Puutteellisten sosiaalisten verkostojen vuoksi henkilöt hyötyivät ryhmään osallistumisesta, vaikkakin vähemmällä määrällä kuin kauemmin ryhmään kuuluneet. Myös Kurtz (1988) on tutkinut vertaistukea 1980-luvulla. Kurtzin (1988, 152–155) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että 82 % 129:stä maanis-depressiivisten ja depressiivien yhdistyksen jäsenistä ilmoitti pärjäävänsä paremmin sairautensa kanssa sen jälkeen, kun he olivat liittyneet vertaistukiryhmään. Mitä kauemmin he olivat olleet jäseniä ja mitä enemmän ja tarmokkaammin he olivat mukana ryhmässä, sitä enemmän heidän toimintakyky oli parantunut. (Kyrouz & Humphreys 1997.)

Kennedy (1990) on tutkinut myös vertaistukiryhmätoimintaa Grow-ryhmässä. Ryhmä oli tarkoitettu kroonisista psyykkisistä ongelmista kärsiville ihmisille. Tässä tutkimuksessa selvisi, että 31 Grow-ryhmän jäsentä vietti merkittävästi vähemmän päiviä psykiatrisella osastolla yli 32 kuukauden mittaisella aikajaksolla kuin 31 muuta entistä psykiatrista potilasta, jotka eivät osallistuneet ryhmään. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat samanikäisiä, rotuisia, samaa sukupuolta ja heillä oli sama siviilisääty. Heillä kaikilla oli myös sama aiempien hoitajaksojen määrä ja muut tekijät. Grow-ryhmän jäsenten turvallisuuden tunne ja itsetunto nousi sekä heidän olemassa oloaan koskeva ahdistuneisuus laski. Lisäksi heidän hengellisyytensä kasvoi, ja heidän kykynsä hyväksyä ongelmat ilman itsensä tai toistensa syyttämistä kasvoi.

Muurinaho (2000, 20–25) on tutkinut Mielenterveyden Keskusliiton oma-apuryhmiä ja niiden vaikutuksia mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen hyvinvointiin. Pitkään ryhmään kuuluneet olivat tutkimuksen mukaan vä-

hemmän ahdistuneita kuin hiljattain mukaan liittyneet. Ero pitkään ryhmässä olleiden ja hiljattain liittyneiden välillä ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkittävä. Pidempään ryhmässä olleet olivat kuitenkin avoimempia ja heidän luottamuksensa oli parempi verrattuna ryhmään hiljattain liittyneillä henkilöillä. Tutkimusten tulosten pohjalta voidaan arvioida, että oma-apuryhmällä on myönteisiä vaikutuksia jäsentensä psyykkiseen hyvinvointiin.

Kovanen (2007, 52–55) on myös tutkinut mielenterveyskuntoutujien vertaistukitoimintaa. Tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutajat pitivät tärkeänä sitä, ettei ryhmässä tarvitse hävetä sairauttaan. Tutkimukseen osallistujien mukaan vertaisryhmässä ei pyritä muuttamaan ihmistä, joten siellä voi olla oma itsensä. Ryhmän aihepiirit liikkuivat pitkälti sairauden ympärillä, mutta ryhmän tarkoituksena oli, että se toisi esiin myös iloisia, toivoa herättäviä asioita ja että tutkimukseen osallistuneet nauraisivat välillä yhdessä. Haastateltavat kokivat ryhmän tärkeäksi, vaikka he eivät siellä aina kävisikään. Tietoisuus, että ryhmä on olemassa, loi haastateltaville turvallisuuden tunnetta.

Savolaisen ja Sillanpään (1999, 40–42) eräs tutkimustulos käsitteli vertaistukea, joka koettiin merkittävänä ja auttavana tekijänä kuntoutuskurssilla. Vertaisryhmässä moni koki, että ihmisten kanssa vuorovaikutus oli auttava, ja kurssin aikana haluttiin nimenomaan harjoitella sosiaalista kanssakäymistä. Tutkimuksen mukaan ryhmässä pystyttiin puhumaan rehellisesti ja avoimesti, ja tärkeäksi asiaksi nousi kokemus siitä, että ryhmässä uskoitiin toista. Oli merkittävää tavata muita samassa tilanteessa olevia ihmisiä ja se antoi uskoa siitä, ettei ole yksin. Vertaisryhmä toi myös kokemuksen, että saman kokeneet pystyivät ymmärtämään toisiaan jakamalla omia kokemuksia ja ahdistusta.

Vertaisryhmän toiminta voi joskus olla niin kiinteää, että ryhmä voi muodostua niin tärkeäksi, että jonkun henkilön oma identiteetti alkaa rakentua ryhmän varaan. Vaarana on, että ryhmän toiminnasta voi tulla identiteettiä ylläpitävä tekijä, jolloin ryhmän jäsenet eivät saakaan uusia näkökulmia

tilanteeseensa vaan jumittaa heidät johonkin rooliin, kuten uhrin-rooliin. (Mykkänen-Hänninen 2007, 29.)

4.3 Ammatillisen osaamisen yhdistäminen vertaistukeen

Vertaistukea esiintyy eniten vapaaehtoistoiminnan piirissä. Vapaaehtoistoiminta perustuu siihen, että ihmiset yhdessä alkavat parantaa elämäntilanteitaan ja voittamaan vaikeuksia. Vapaaehtoistyön periaatteena on, että kaikki siihen osallistuvat toimivat omasta halustaan vapaaehtoisesti ja täysivaltaisina subjekteina. Lisäksi itsemääräämisen periaatteen on toteuduttava. Toinen tärkeä periaate on vapaaehtoistyössä toimiminen ilman palkkaa tavallisen ihmisen ehdoin ja taidoin. Elämäntilanteen kokemus on yksi vapaaehtoistoiminnan tärkeimmistä resursseista. Osa vertaisryhmistä syntyy kriittikinä ammattityölle ja sen yliotteelle ihmisen elämässä (Lehtinen 1997, 17–20, 44).

Ryhmät eivät kuitenkaan voi kokonaan korvata ammattihenkilöiden palveluita, sillä ne sopivat vain joillekin henkilöille ja vain joihinkin elämäntilanteisiin (Nylund 1996, 205; Lehtinen 1997, 17–20). Kaikki ihmiset eivät halua jakaa asioitaan toisten kanssa, vaan haluavat enemmänkin yksilöllistä ja anonyymiä ohjausta ja apua tilanteeseensa. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että kaikki eri sektorit voivat tarjota vaihtoehtoista apua erilaisiin elämäntilanteisiin. Hyvä hoito on monien eri hoitomuotojen yhdistämistä ja siksi hoitoyksiköt ovat usein moniammatillisia. Ammatillisuus on siis hyvän hoidon ja kuntoutuksen ehto, jolloin vertaistuen ja vapaaehtoistoiminnan tulee olla aina ammatillisesti koordinoitua. (Nylund 1996, 205.)

Mikäli yhdessäolossa ei ole selvää suuntaa, samassa paikassa olemisesta ei seuraa todellista kohtaamista, eikä kuntoutumista. Ammatillisessa hoitoprosessissa kouluttamattomalla tukihenkilöllä voi olla ratkaiseva merkitys, mutta vertaistuki ei kuitenkaan korvaa ammatillista työntekijää. Perinteisen ammatillisen auttamisen rajat tulevat vastaan silloin kun ammatillinen hoito ei pure kaikkiiin. Niinpä tulisi miettiä aiempaa vakavammin, miten kunnat

voisivat toimia yhteistyössä järjestöjen vertaistuen ja vapaaehtoistyön kehittämisen lisäämiseksi. (Lund 2006, 130–135.)

Vertaistuki on syrjäytyneiden parissa tehtävän työn kasvavia aloja (Lund 2006, 130) ja se on käyttämätön voimavara, joka tavoittaa vasta pienen määrän mielenterveyskuntoutujista (Heikkinen 2004, 185). Vertaistuen yhdistäminen ammatilliseen osaamiseen ei ole helppoa, sillä ongelmana on, ettei vertaistuen paikkaa ja roolia ole pystytty selkeyttämään. Selkeyttäminen edellyttäisi nykyistä parempaa analyysia ja siihen pohjautuvaa systemaattista toimintaa. Vertaistukea tulisi osata käyttää systemaattisemmin ja määrätietoisemmin. Vertaistukeen tarvitaan siis uutta toimintamallia. (Lund 2006, 130–135.)

Vertaistuesta on toteutettu kehittämishanke TRIO: "Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen - mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa". Kuntoutussäätiön hallitus on myöntänyt kyseiselle projektille vuoden 2007 kuntouttajamitalin. (Laukkarinen 2007.) Hankkeessa koulutettiin vertaisia toimimaan kuntoutumisen asiantuntijoina, vertaisohjaajina ja kuntoutuskouluttajina. Vertaisohjauksen lähtökohtana pidettiin sitä, että vertaisohjaajat toimivat tasaveroisessa yhteistyössä ammattityöntekijöiden kanssa. Lisäksi hankkeessa koulutettiin ammattihenkilöstöä ja koulutuksessa pyrittiin tukemaan kuntoutujalähtöistä työskentelyä ja luomaan sekä valmiuksia että vaikutusmahdollisuuksia vertaistukeen painottuvaan kuntoutustyyöhön. (Hietala-Paalasmaa, Narumo & Yrttiaho 2007.)

Kovasen (2007, 68) tutkimukseen osallistuneet haastateltavat kokivat, ettei heidän vertaisryhmillään ole yhteistyötä ammattilaisten kanssa. Haastateltavien mukaan vertaistukiryhmille ei tulisi antaa tehtäviä, jotka kuuluvat julkiselle terveydenhuollolle. Ongelmana vastaajat näkivät myös sen, ettei vertaistukitoiminnan ja hoitotyön lähtökohdat ole samanlaisia, ja yhteistyö on sen takia hankalaa.

Tutkimuksessa ilmeni kritiikkiä myös siitä, ettei vertaistukiryhmässä muisteta, etteivät auttajan ja autettavan roolit kuulu siihen. Hoidollisuus koettiin

asiana, joka ei kuulu vertaistukiryhmään. Vastaajat halusivat pysyä hoitotyöstä selkeästi erillään. Tämän syyksi kuvattiin huonot kokemukset hoitojärjestelmästä sekä halu korostaa sitä, ettei ammattilaisten tekemä hoitotyö ole ainoa totuus. (Kovanen 2007, 62–63.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujan kokemuksia siitä, mikä on vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle sekä selvittää miten tutkimukseen osallistuneet mielenterveyskuntoutajat ovat kokeneet vertaistuen osana omaa kuntoutumisprosessiaan tai sen merkityksen kuntoutumisessaan. Tutkimuksen tiedolliset merkitykset hoitotyölle tulevat olemaan vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujien kuvaamana, sekä kuntoutujien kokemukset vertaistuen hyödyistä ja haitoista. Tutkimuksella tullaan antamaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja laajentamaan hoitotyön tietoperustaa.

Tavoitteena on, että vertaistukitoimintaa voidaan kehittää tutkimuksen pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena on myös saada hyödynnettävää tietoa mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessin suunnitteluun. Opinnäytetyön yhteiskunnallinen merkitys on mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessin kehittäminen saatujen kokemusten pohjalta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta kehittämällä mielenterveyskuntoutujan kuntoutumista ottamalla vertaistuki tiiviimmin yhdeksi osaksi kuntoutumisprosessia. Lisäksi Päijät-Hämeen Mielenterveys-työn tuki ”MIETE” ry voi hyödyntää tuloksia oman toimintansa kehittämisessä.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1) Kuvaila, mikä on vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle.
- 2) Selvittää, mitkä ovat vertaistuen hyödyt ja haitat mielenterveyskuntoutujalle.
- 3) Selvittää, miten vertaistukitoimintaa voitaisiin ”MIETE” ry:ssä tutkittavien mielestä kehittää.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimus- ja aineistonhankintamenetelmät

Tutkimus on toteutettu käyttäen laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ja siihen sisältyy ajatus siitä, että todellisuus on moninainen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152, 170.) Laadullisessa tutkimuksessa ei tarkoituksena ole saavuttaa tilastollista yleistettävyyttä, vaan siinä pyritään kuvaamaan ilmiötä, tapahtumaa tai ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87; Hirsjärvi ym. 2004, 171). Laadullinen tutkimusmenetelmä valittiin tähän opinnäytetyöhön sen vuoksi, että tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti ja ymmärtää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia vertaistuesta. Laadullisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti myös se, että tutkimuksella haluttiin tuoda julki osallistujien eli mielenterveyskuntoutujien omia näkemyksiä vertaistuesta ja ymmärtää heidän kokemuksiaan ilmiöstä. Tutkimukseen osallistuneiden näkökulman ymmärtäminen on yksi laadullisen tutkimuksen ominaispiirre (Kylmälä & Juvakka 2007, 23; Hirsjärvi ym. 2004, 170).

6.2 Yhteistyötaho

Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki ”MIETE” ry on perustettu vuonna 1973 tarkoituksena aktivoida, tukea ja lisätä sosiaalista toimintaa mielenterveyskuntoutujille vertaistuen keinoin. ”MIETE” ry tarjoaa vertaistukea ja sosiaalisen yhdessäolon verkoston, ja se on tarkoitettu sekä mielenterveyskuntoutujille että heidän läheisilleen tuki- ja vaikuttamisjärjestönä. Yhdis-

tyksen toimipiste Kerintien Hyvän Mielen Talo sijaitsee Lahdessa. (Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry.)

Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry on mielenterveyskuntoutujien potilasyhdistys ja Mielenterveyden keskusliiton itsenäinen jäsenyhdistys. Yhdistyksessä on hallitus, joka käyttää toimeenpanovaltaa. Hallituksessa on viisi jäsentä ja kaksi varajäsentä sekä puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja. Yhdistyksessä työskentelee toiminnanjohtaja, jonka tehtävänä on yhdistyksen toimintasisällön tavoitteellinen ja pitkäjänteinen suunnittelu ja kehittäminen. Toiminnanjohtajalla tulee olla sosiaalialan tai terveysalan koulutus ja hän vastaa toiminnan käytännön järjestelyistä ja asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Lisäksi hän kouluttaa ja tukee vertaisohjaajia. (Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry:n toimintasuunnitelma 2008, 6–7).

Yhdistyksen tavoitteena on tukea alueen mielenterveyskuntoutujia kuntoutumisprosessissa ja ennaltaehkäistä mielenterveysongelmia. Yhdistyksen toiminta perustuu vertaistukeen ja niinpä kokemusasiantuntijuudelle annetaan arvoa. Toimintamalli perustuu vertaistukeen, ja siinä kuntoutuja tukee vertaiskuntoutujaa. (Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry:n toimintasuunnitelma 2008, 6.)

"MIETE" ry tarjoaa mielenterveyskuntoutujille vertaistukea sekä suljettujen ryhmien että avoimen päiväryhmätoiminnan muodossa. Suljetut ryhmät ovat vertaiskuntoutujien vetämiä ryhmiä, joiden tarkoituksena on tukea kuntoutujaa kuntoutumisprosessissa. Nämä vertaistukiryhmät voivat myös ennaltaehkäistä sairauden uusiutumista. Avoin päiväryhmätoiminta antaa taas kuntoutujalle mahdollisuuden vuorovaikutukseen toisten kuntoutujien kanssa, jolloin vertaistuki on päivittäistä kanssakäymistä ja ehkäisee sosiaalista syrjäytymistä. Päivätoiminnan kuntoutumisprosessia tuetaan harrastetoiminnalla ja kuntouttavalla työskentelyllä. (Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry:n toimintasuunnitelma 2008, 6.) Lisäksi yhdistyksen tiloissa on mahdollisuus osallistua muihin erilaisiin ryhmiin, kuten oma-apuryhmään, painonhallintaryhmään, ompelu- ja askarteluryhmään,

sekä taidepiiriin ja levyraatiryhmään. (Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry.)

Yhteistyö yhdistyksen kanssa alkoi, kun yhdistyksen silloinen toiminnanjohtaja vastasi tämän opinnäytetyön tutkijoiden lähettämään sähköpostiin ja kertoi kiinnostuksesta yhteistyöhön. Yhdistyksen silloinen toiminnanjohtaja ehdotti myös tutkimuksen aiheeksi vertaistukea. Tutkimuksesta tehtiin hankkeistamisopimus (liite 1) yhdistyksen hallituksen puheenjohtajan kanssa.

6.3 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin Päijät-Hämeen Mielenterveystyön tuki "MIETE" ry:n jäsenet, jotka ovat mielenterveyskuntoutujia, ja tästä syystä sopivat tutkimuksen osallistujiksi. "MIETE" ry:n toiminnan perustana on vertaistuen antaminen toisille mielenterveyskuntoutujille, joten tämän vuoksi tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki, 2007, 90). Laadullisessa tutkimuksessa on olennaista, että tutkittavat henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja heillä on kokemusta siitä. Tutkimukseen osallistujien valinta tulee olla siis harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88 ; Kylmälä & Juvakka 2007, 26–27; Hirsjärvi ym. 2004, 155; Eriksson ym. 2007, 90).

"MIETE" ry:n tarjoaman tuen piiriin voivat hakeutua kaikki ne, jotka kokevat olevansa mielenterveyskuntoutujia. Tämän tutkimuksen kannalta kuntoutujien diagnoosilla ei ollut merkitystä, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yksilön kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Tässä opinnäytetyössä mielenterveyskuntoutujaa ei siis määritelty objektiivisesta näkökulmasta, vaan kuntoutujan subjektiivisen kokemuksen kautta. Nykyään hoitotieteessä korostetaan juuri kyseistä subjektiivista määrittelyä. (Eriksson ym. 2007, 80). Tämän takia kaikki yhdistyksen jäsenet, jotka kokevat olevansa

mielenterveyskuntoutujia, voivat osallistua tutkimukseen. Diagnoosin kysyminen osallistujilta ei ollut mielekästä sen takia, että se olisi ollut vastoin yhdistyksen toimintaperiaatetta, jota tutkijat halusivat kunnioittaa.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin ”MIETE” ry:n avoimeen päiväryhmätoimintaan osallistuvat jäsenet, koska tarkoituksena oli tutkia yleisesti vertaistukea. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut tutkia vertaistukea jonkin tietyn ryhmän kautta. Vertaistuen ilmiön tutkiminen on uusi näkökulma aiheeseen.

6.4 Aineiston hankinta

Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillinen piirre on, että aineisto hankitaan käyttäen laadullisia metodeja, kuten teemahaastattelua, osallistuvaa havainnointia ja erilaisten dokumenttien analyysia. Perussääntönä voidaan pitää, että mikäli halutaan saada selville ihmisten ajatuksia, mielipiteitä, tuntemuksia, uskomuksia tai kokemuksia, tutkimusmetodina kannattaa käyttää haastatteluja, kyselylomakkeita tai päiväkirjatekniikkaa. (Hirsjärvi ym. 2004, 155, 174.) Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin avoin kysymyslomake, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemuksia vertaistuesta. Tutkimukseen osallistuneet mielenterveyskuntoutajat vastasivat avoimia kysymyksiä sisältäneeseen lomakkeeseen kertoen omista kokemuksistaan tutkittavasta ilmiöstä.

Kyselyn etuna on se, että sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Lisäksi menetelmä on tehokas ja säästää tutkijan aikaa. (Hirsjärvi ym. 2004, 184.) Avoin kysymyslomake valittiin tähän tutkimukseen sen takia, että näin vastaajille taattiin täydellinen tunnistamattomuuden suoja aiheen sensitiivisyyden takia. Asia on kuitenkin kiistanalainen, sillä osa tutkijoista on sitä mieltä, että haastattelun etuna on juuri arkojen ja vaikeiden asioiden tutkiminen. Toisaalta taas osa tutkijoista on taas sitä mieltä, että avoin kysymyslomake on parempi tapa tutkia sensitiivisiä aiheita, koska tutkitta-

va voi halutessaan jäädä juuri anonymiksi ja tarkoituksellisesti etäiseksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 195.)

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi ei valittu haastattelua, koska haastattelu tarvitsee huolellisen suunnittelun sekä kouluttautumista haastattelijan rooliin että tehtäviin. Tämän opinnäytetyön tutkijat eivät mielestään olleet riittävän koulutettuja haastattelijoita. Lisäksi haastatteluun voi sisältyä monia virhelähteitä, ja luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastattelussa on taipumusta antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Haastatteluaineisto on lisäksi konteksti- ja tilannesidonnaista. (Hirsjärvi ym. 2004, 193–195.)

Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden vastaajalle sanoa, mitä he todellisuudessa ajattelevat. Avointen kysymysten kritiikkinä voidaan kuitenkin pitää luotettavuuden kyseenalaistamista ja aineiston hankaluutta sen kirjavuuden takia. Avoimet kysymykset pyrittiin laatimaan yksinkertaisiksi, helposti ymmärrettäviksi ja johdattelemattomiksi. Lomakkeen kysymyksien tulisi olla tarkasti määriteltäviä sekä lyhyitä, ja kysymyksiä, joihin sisältyy kaksoismerkintä tulisi välttää (Hirsjärvi ym. 2004, 185–190). Avoin kysymyslomake koski vertaistukea yleisesti, eikä sitä oltu rajattu ”MIE-TE” ry:n tarjoamaan vertaistukitoimintaan, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yleisesti vertaistukea.

Tämän opinnäytetyön tutkijat pitivät ”MIE-TE” ry:n tiloissa tiedoitustilaisuuden koskien opinnäytetyön tutkimusta. Tilaisuuden tarkoituksena oli herättää luottamusta mielenterveyskuntoutujissa sekä taata tutkimukselle eettinen perusta. Tiedoitustilaisuudessa mielenterveyskuntoutujille kerrottiin totuuden mukaisesti tutkimuksen haitoista ja hyödyistä, sekä tutkimuksen luotettavuudesta ja tutkijoiden vaitiolovelvollisuudesta. Kuntoutujilla oli myös mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, ja tutkijat olivatkin tilaisuuden jälkeen tavoitettavissa noin tunnin ajan. Tilaisuudessa pyydettiin kuntoutujia ottamaan tutkijoihin yhteyttä sähköpostitse, mikäli he haluavat myöhemmin lisätietoa tutkimuksesta. Tiedoitustilaisuus herätti kiivaan keskustelun vertaistuesta ja mielenterveyskuntoutajat kertoivat ko-

kevansa aiheen heille tärkeäksi. Kuntoutujat kokivat, että heidän mielipiteestään ja näkemyksistään ollaan harvoin kiinnostuttu.

Tilaisuudessa jaettiin avoin kysymyslomake tilaisuuteen osallistuneille. Avoimeen kysymyslomakkeeseen oli liitetty saatekirje, jossa kerrotaan tutkimuksesta ja tutkimuksen tekijöistä (liite 2). Kyseinen saatekirje kiinnitettiin myös yhdistyksen seinälle, ja vastauksia varten yhdistykseen toimitettiin suljettu laatikko, johon vastaukset voitiin jättää. Mielenterveyskuntoutujilla oli aikaa vastata avoimeen kysymyslomakkeeseen kahden viikon ajan. Kahden viikon jälkeen päätettiin yhdessä yhdistyksen hallituksen puheenjohtajan kanssa jatkaa vastausaikaa vielä yhdellä viikolla, jotta saisimme laajemman aineiston. Yhteensä tutkimuksen vastausaikaa oli siis kolme viikkoa.

7 SISÄLLÖNANALYYSI

Opinnäytetyöhömmme sisältyvän tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Sisällönanalyysilla voidaan analysoida aineistoa järjestelmällisesti ja objektiivisesti, ja sen avulla voidaan kuvailla, järjestää ja abstrahoida eli käsitteellistää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tiivis ja yleinen kuva tutkittavasta ilmiöstä, jolloin analyysin lopputuloksena on ilmiötä kuvaavia kategorioita. Se voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistoista lähtien tai deduktiivisesti, jolloin analyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelujärjestelmä. Sisällönanalyysia käytetään paljon hoitotieteellisissä tutkimuksissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4.)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin avoimilla kysymyslomakkeilla, joista kukin sisälsi viisi avointa kysymystä. Lomakkeita palautettiin 11 kappaletta ja niistä muodostui tässä tutkimuksessa käytetty aineisto. Vastauksien pituus vaihteli muutamasta sanasta laajoihin useiden sivujen mittaisiin vastauksiin.

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin lukemalla aineisto useita kertoja läpi, kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tämän jälkeen aineistoa ruvettiin analysoimaan induktiivisesti, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ilman ennakko-oletuksia aineistosta. Induktiivisen analyysin käyttö on lisäksi tyypillistä kvalitatiiviselle tutkimukselle (Hirsjärvi ym. 2004, 155; Kylmälä & Juvakka 2007, 31) ja sitä käytetään silloin kuin halutaan muodostaa teoria ilmiöstä, josta on vähän tietoa (Eriksson ym. 2007, 38). Aineiston analyysi ilman ennakko-oletuksia on induktiivisen päättelyn lähtökohta. Kuten edellä kävi ilmi, induktiivinen päättely on aineistolähtöistä, ja se etenee yksittäistapauksista yleiseen. (Kylmälä & Juvakka 2007, 23, 31.) Sisällönanalyysissä aikaisemmillä ha-

vainnoilla ja teorioilla ei tule olla vaikutusta aineiston analyysiin ja lopputulokseen. Kaikki etukäteistieto pyritään sulkemaan analyysin ulkopuolelle, ettei se vaikuta analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97.) Induktiivinen analyysi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja käsitteellistämisenä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Sisällönanalyysissa havainnot tehdään yksittäisistä tapauksista, ja ne yhdistetään laajemmiksi kokemuksiksi. Laadullisessa tutkimuksessa aineistona ovat merkityksiä kuvaavat sanat. (Kylmälä & Juvakka 2007, 23, 28.) Sisällönanalyysissa tulee määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana tai lause. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97.) Tämän tutkimusaineiston analysoimiseksi analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus eli lausuma, koska se vastaa parhaiten tutkimuksen tutkimuskysymykseen ja tutkittavaan ilmiöön. Lausuma voi olla yksi tai myös useampi lause.

Aineiston analysointia jatkettiin niin, että alkuperäiset vastauslomakkeet kopioitiin. Kopioimisen jälkeen kopioitujen vastauslomakkeiden kysymykset leikattiin irti, ja jokainen kysymys koottiin vastauksineen omaan pinoonsa. Tämän jälkeen jokaisen kysymyksen vastaukset käytiin yksitellen läpi merkitsemällä korostustussilla tutkimukselle merkitykselliset ajatuskokonaisuudet. Laadullisessa sisällönanalyysissa jäsennetään ainoastaan ne aihealueet, jotka ovat tutkittavan ilmiön kannalta merkityksellisiä (Kiviniemi 2001, 68). Lausumat kirjoitettiin allekkain paperille ja lausumista tehtiin pelkistettyjä ilmauksia (liite 3).

Sisällönanalyysissä pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään etsien ilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset yhdistetään samaan kategoriaan (Downe-Wambold 1992, Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 mukaan). Tämän tutkimuksen aineiston ryhmittelyssä käytettiin apuna numerointia. Numerointi tapahtui siten, että ensimmäinen pelkistetty ilmaus numeroitiin numeroksi yksi. Sen jälkeen jokainen listan pelkistetty ilmaus käytiin läpi ja jokainen ilmaus, joka tarkoitti samaa kuin ensimmäinen ilmaus, numeroitiin numerolla yksi. Seuraava numeroimaton ilma-

su numeroitiin numerolla kaksi, jonka jälkeen jokainen ilmaus, joka tarkoitti samaa kuin toinen ilmaus, numeroitiin numeroksi kaksi. Näin jatkettiin numeroimista, kunnes jokaisella pelkistetyllä ilmauksella oli numero. Numeroita tuli yhtä paljon kuin aineistossa oli eri sisältöisiä ilmauksia. Samat numerot muodostivat alustavat alakategoriat. Ryhmittelyn jälkeen jokainen numeroryhmä käytiin läpi uudelleen, ja pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelyä muutettiin tarvittaessa.

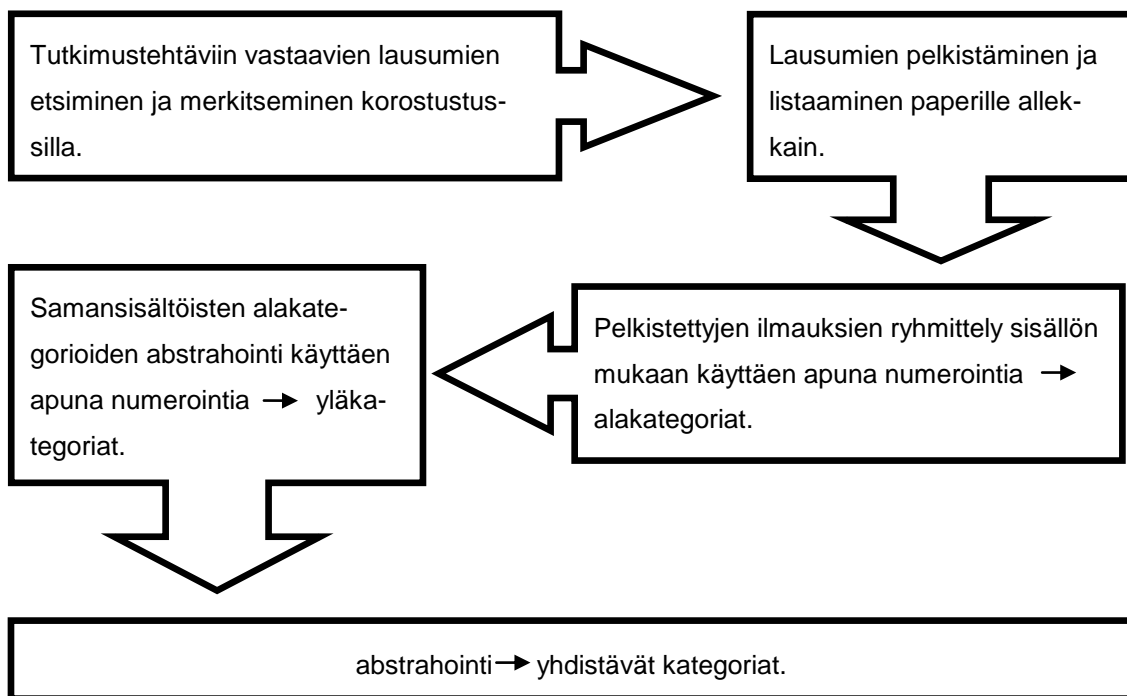
Pelkistettyjen ilmauksien ryhmistä muodostuivat tämän tutkimuksen sisällönanalyysin alakategoriat. Nämä alakategoriat nimettiin vastaamaan pelkistettyjen ilmauksien ryhmiä. Pelkistettyjen ilmauksien alakategorioita tuli yhteensä 33 kappaletta ja ne kuvasivat pelkistettyjä ilmauksia (liite 4).

Alakategorioiden alustavassa yhdistelyssä käytettiin myös apuna numerointia. Alakategoriat numeroitiin samalla periaatteella kuin pelkistetyt ilmaukset, niinpä samansisältöiset alakategoriat saivat siis saman numeron. Samojen numeroiden sisällöt yhdistettiin, jolloin syntyivät alustavat yläkategoriaryhmät. Tämän jälkeen varmistettiin, että samansisältöiset alakategoriat olivat samassa ryhmässä.

Aineistolähtöisessä analyysissä yhdistellään käsitteitä, ja käsitteiden yhdistämisestä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan aineistosta, ja sillä pyritään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin, ja tuloksista esitetään aineistosta muodostuneet käsitteet, käsitejärjestelmät tai aineistoa kuvaavat teemat. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.) Tässä aineiston analyysivaiheessa alakategorioiden ryhmien perusteella muodostettiin yläkategorioita, jotka otettiin ryhmien sisällön mukaisesti. Tämän tutkimuksen aineistosta yläkategorioita muodostui 17 kappaletta (liite 4).

Yläkategoriat yhdistettiin yhdistäviksi kategorioiksi, ja niitä tuli yhteensä neljä kappaletta. Yhdistävät kategoriat olivat: 1) Emotionaalinen tuki, 2) Henkinen eheytyminen, 3) Sisäiset ja ulkopuoliset haittatekijät ja 4) Yhdis-

tyksen toiminnan laajentaminen. Nämä yhdistävät kategoriat kuvaavat tämän tutkimuksen tutkittavaa ilmiötä. Tämän lisäksi yhdistävät kategoriat vastaavat tutkimustehtäviimme. Kuviossa 2. on kuvattu tämän tutkimuksen analyysiprosessi.



KUVIO 2. Aineiston analyysiprosessi.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Emotionaalinen tuki

Kyselyyn vastanneet mielenterveyskuntoutujat kokivat saavansa vertais-tuesta emotionaalista tukea. Yhdistävä kategoria emotionaalinen tuki muodostettiin neljästä yläkategoriasta: 1) Tuen antamista ja saamista samassa elämäntilanteissa olevilta, 2) Tuen antaminen merkittävää ja tärkeää, 3) Psykkisen tuen saaminen, 4) Sosiaalinen hyväksyntä. Seuraavaksi esitellään edellä mainitusta yhdistävästä kategoriasta muodostuneet tutkimustulokset.

Tuen antaminen toisille vertaisille sisälsi kokemuksen samassa elämäntilanteissa olevien auttamisesta, vertaisten kuuntelemisesta ja heidän tapaamisestaan. Tuen antaminen tuntui vastaajista hyvältä. Etenkin tunne siitä, että joskus pystyy auttamaan, kuuntelemaan ja neuvomaan toista toi kyselyyn osallistujille hyvän mielen. Vastaajien mielestä myös tuen antaminen muille vertaisille oli merkittävää ja tärkeää. Heidän mielestään oli tärkeää olla olkapäänä vertaiselle. Tuen antamisen kerrottiin tuovan myös sisältöä elämään.

Hyvältä tuntuu kun joskus pystyy toista auttamaan, kuuntelemaan, neuvomaa.

Tutkimuksen mukaan tuen saamista toisilta vertaisilta oli kuulluksi tulemisen tunne ja oppiminen toisilta vertaisilta. Tutkimukseen osallistuneiden mielestä merkittävää tuen saamista oli mahdollisuus ongelmista puhumiseen ja arkojen asioiden käsittelyyn toisten vertaisten kanssa. Vertaistuki tarkoitti vastanneille mielenterveyskuntoutujille myös yhdessäoloa ja ystävien tapaamista. Keskeisiä asioita, joita vertaistuki toi vastaajille, olivat apu yksinäisyyteen, sekä tunne siitä, ettei ole yksin.

Psyykkisen tuen saaminen vertaistuesta merkitsi vastaajille ymmärrystä ja välittämistä. Lisäksi psyykkiseen tukeen sisältyi ajatusten vaihto ja kokemusten jakaminen. Mielen terveystuntoutujien mielestä toiset vertaiset ymmärtävät heitä paremmin kuin muut ihmiset, koska he ovat samassa elämäntilanteessa.

Yksi vertaistuen merkityksistä vastaajille oli sosiaalinen hyväksyntä. Sosiaalinen hyväksyntä tarkoitti mielen terveystuntoutujille sitä, ettei toisilla kuntoutujilla ollut sosiaalisia ennakko-odotuksia sekä sitä, että he saivat olla ”ihmisenä ihmiselle”. Vastaajat kokivat, että vertaiset kannustavat, mutta eivät vaadi heiltä mitään. Sosiaalinen hyväksyntä merkitsi vastaajille myös sitä, ettei heidän tarvitse tuntea itseään muita huonommaksi yhdistyksessä. Mainitsematta on vielä se, että sosiaalinen hyväksyntä edesauttoi myös vastaajia rentoutumaan.

Kannustetaan, muttei vaadita.

8.2 Henkinen eheytyminen

Kyselyyn vastanneet kokivat vertaistuen saamisen ja antamisen tuovan heille henkisen eheytyksen tunteen. Yhdistävä kategoria henkinen eheytyminen muodostettiin seitsemästä yläkategoriasta, joita olivat: 1) Psyykinen hyvinvointi, 2) Sosiaalinen hyvinvointi, 3) Toimintakyvyn lisääntyminen, 4) Kuntoutumista parantava tekijä, 5) Kuntoutusta ylläpitävä tekijä, 6) Uskon ja toivon ylläpito sekä 7) Vapautuminen syyllisyydestä ja häpeästä. Seuraavaksi tarkastellaan henkisen eheytyksen yhdistävästä kategoriasta muodostuneita tutkimustuloksia.

Vertaistuen antamisen koettiin lisäävän psyykkistä hyvinvointia ja tuovan vastaajille mielihyvää. Mielihyvää vastaajat saivat toisten auttamisesta ja tukemisesta. He kokivat myös saavansa mielihyvää oman itsetunnon kohoisesta. Psyykkistä hyvinvointia edisti voimaantuminen, joka piti sisäl-

lään uskon ylläpitämisen ja voiman saamisen. Osa vastaajista koki auttamisen myös negatiivisesti. Nämä vastaajat kertoivat, että toisten auttaminen vaikutti omaan jaksamiseen väsyttävästi.

Vertaistuen antaminen paransi mielenterveyskuntoutujien sosiaalista hyvinvointia. Vastaajat kokivat, että vertaistuki toi yhteisyyden tunnetta. Kyselyyn vastanneiden mielestä vertaisten kanssa on helpompi keskustella ja solmia sosiaalisia kontakteja. Sosiaalisten kontaktien saaminen koettiin myös mukavana, ja vastaajien mielestä muiden mielenterveyskuntoutujien kanssa on helpompi tulla toimeen kuin toisten ihmisten kanssa.

Mukavaa saada sosiaalisia kontakteja olen muuten aikalalla eristyvää tyyppiä, mutta vertaisten kanssa on helpompi tulla toimeen.

Kuntoutujien mielestä vertaistuki on hyödyllistä toimintakyvyn lisääntymisen kannalta. Osallistujien mielestä vertaistuki edesauttoi arjessa selviytymistä. Vastaajien mielestä vertaistuki toi sisältöä arkipäivän ongelmiin ja toimintakykyä lisäsivät myös vertaistuen kautta saadut arjessa selviytymisen keinot, jolloin heillä oli voimaa hoitaa asioita. Vertaistuki toi vastaajille tärkeää jaksamista arjessa, sekä energisyyttä. Selviytymiskeinona kuvattiin myös vertaisilta saatu apu ja konkreettiset neuvot. Vertaiset käyttivät myös omia kokemuksiaan hyväksi ratkaistessaan arkipäivän ongelmia. Lisäksi vertaistuki toi mielenterveyskuntoutujille elämään sisältöä ja toimi kannustavana tekijänä heidän arkitoimissaan.

Hyödynnetty omien elämäntilanteiden kokemusta. Etsitty selviytymiskeinoja.

Vastaajat kokivat, että vertaistuki merkitsi kuntoutumista, joka koettiin kuntoutumista parantavana tekijänä. Vastaajien mielestä vertaistuki on auttanut heitä parantumaan psyykkisesti. Kuntoutujien mielestä vertaistuki on merkittävä heidän omaa terveydentilaansa kohentava tekijä. Vertaistuen tuoma kuntoutus koettiin niin merkittävänä, että vastaajat uskoivat olevan-

sa ilman vertaistukea ”hautuumaalla”. Lisäksi vertaistuen tuoma kuntoutuminen kannusti vastaajia itsensä toteuttamiseen, ja mahdollisti sosiaalisten taitojen harjoittelua. Tämä taas edisti kyselyyn vastaajien hyvinvointia.

Olen hyötynyt niin paljon että tuskin olisin tässä kunnossa.

Vertaistuen hyötynä koettiin psyykkistä hyvinvointia lisäävä kuntoutuminen, joka toimi kuntoutumista ylläpitävänä tekijänä. Kuntoutuksen tuoma psyykinen hyvinvointi tarkoitti piristymistä, elämän sisällön saamista toisten auttamisesta, ja ylipäätään mielialan kohenemistä. Vertaistuen hyötynä koettiin myös kokonaisvaltainen kuntoutuminen ja voimaantuminen.

Osalle vastaajista vertaistuki merkitsi uskoa ja toivoa elämään. Toivo koettiin myös yksinäisyyttä poistavana tekijänä. Lisäksi vastaajat kokivat vertaistuen hyötynä vapautumisen syyllisyydestä ja häpeästä.

8.3 Sisäiset ja ulkopuoliset häiritteijät

Mielenterveyskuntoutujien mielestä vertaistuen haittoja olivat sisäiset ja ulkopuoliset tekijät. Sisäiset tekijät olivat vastaajista itsestään riippuvia, ja ulkopuoliset tekijät olivat muista henkilöistä riippuvia. Sisäiset ja ulkopuoliset häiritteijät – niminen yläkategoria muodostettiin kolmesta yläkategorias- ta: 1) Ei häiritteä, 2) Sisäiset häiritteijät ja 3) Ulkopuoliset häiritteijät.

Seuraavaksi on kerrottu tutkimustuloksista, jotka ovat muodostuneet yhdistävästä kategoriasta: sisäiset ja ulkopuoliset häiritteijät.

Vastaajat kokivat suurimmaksi osaksi, ettei vertaistuella ole minkäänlaisia haittoja tai ettei vertaistuella ole haittoja juuri ollenkaan. Vertaistuen haittoina kuvattiin sisäisiä tekijöitä, jotka olivat itsestä johtuvia. Yksi sisäisistä tekijöistä oli jaksamattomuus, etenkin muiden vertaisten kuunteleminen oli uuvuttavaa, varsinkin silloin kun tarinat olivat pitkiä. Joskus negatiivisen palautteen vastaanottaminen muilta vertaisilta oli vaikeaa ja vastaajat kertoivat myös käsittävänsä joskus muiden viestinnän negatiivisesti.

Rakentavankin negatiivisen palautteen vastaanottaminen on minulle vaikeaa.

Useat vastaajat kuvasivat vertaistuen haittoina ulkopuolisia tekijöitä. Näitä olivat luottamuksen pettäminen, oman edun tavoittelu ja kateus. Luottamuksen pettäminen ilmeni valheiden kertomisena. Joskus vertaisten kanssa keskustellut asiat kerrottiin eteenpäin, vaikka oli sovittu, ettei niistä puhuta muille. Haittoina kuvattiin myös se, että sovituista asioista ei pidetty kiinni. Tämä ilmeni esimerkiksi niin, ettei henkilö tullut paikalle, silloin kun oli sovittu. Vertaistuen haittana vastaajat kokivat myös yleisen negatiivisen ilmapiirin ja oman edun tavoittelun. Oman edun tavoittelu koettiin usein liian näkyväksi, ja se ilmeni esimerkiksi suoranaisena rahan pyytämisenä, ”pummaamisena”. Vastaajat kuvasivat haitoiksi myös ajoittain toisten vertaisten soittamat häiriösoitot.

Joskus asiat menee eteenpäin vaikka on sopinut, että niistä ei puhuta muille!

8.4 Yhdistyksen toiminnan laajentaminen

Vastaajien mukaan ”MIETE” ry:n toimintaa voisi kehittää laajentamalla yhdistyksen toimintaa. Yhdistävä kategoria: yhdistyksen toiminnan laajentaminen, muodostettiin kolmesta yläkategoriasta: 1) Jäsenten aktivoiminen, 2) Toiminnan lisääminen ja 3) Tukea kaikille. Seuraavaksi kuvataan kyseisen yhdistävän kategorian tuomia vastauksia tutkimustehtäviin.

Vastaajat toivoivat, että yhdistys kasvaisi. Tämä tarkoittaa heidän mielestään jäsenten ja tunnettavuuden lisäämistä. Etenkin nuoria jäseniä kaivattiin mukaan toimintaan. Jäsenten mukaan tunnettavuutta voitaisiin lisätä parantamalla yhdistyksen imagoa ja mainostamalla yhdistystä. Yhdistyksen tulisi mainostaa itseään näyttävämmiin, mikä vastaajien mielestä edesauttaisi jäsenten hankkimista mukaan toimintaan. Vastaajat toivoivat,

että yhdistyksen toimintaan tulisi mukaan ammattihenkilö. Jäsenten mielestä henkilöllä jolla on koulutus, on myös edellytykset auttaa kuntoutujia. Vastaajat uskoivat, että ammattihenkilö toisi yhdistykseen tasavertaisuutta keskustelemalla kaikkien kanssa. Lisäksi ammattihenkilö saisi vastaajat uskomaan muihin ihmisiin ja itseensä.

Ottamalla sellaisen ihmisen jolla on koulutusta auttaa meitä ja jutella kaikkien kanssa tasavertaisena saa meidät uskomaan ihmisiin luottamaan itseemme!

Kyselyyn vastaajien mukaan "MIETE" ry:n tulisi kehittää jäsenoimintaa esimerkiksi aktivoimalla jäseniä mukaan toimintaan. Aktivointi voisi tapahtua niin, että jäseniä otettaisiin mukaan yhdistyksen toiminnan suunnitteluun. Vastaajien mielestä toiminnasta vastuussa olevien henkilöiden määrää pitäisi lisätä, sekä ottaa vertaistukiryhmäläisiä ryhmien vetäjiksi. Vastaajien mielestä toimintaa tulisi kehittää poistamalla yhdistyksen haittatekijät, joiksi mainittiin rahastajat, uskonnollinen toiminta ja rahasta toimivat tukityöntekijät. Vastaajien mielestä pelkästään rahasta toimivat tukityöntekijät eivät paranna yhteisön ilmapiiriä, vaan karkottavat loputkin jäsenet. Uskonnollisuuden toivottiin jäävän seurakunnille.

Jäsenoiminnan kehittämisessä toivottiin myös, että yhdistyksen toimintoja lisättäisiin. Toimintoja lisääviksi asioiksi mainittiin vertaistukitoiminnan kehittäminen, toimintojen järjeistämisen ja monipuolistaminen. Vastaajat toivoivat myös, että toimintaa voitaisiin laajentaa ulospäin järjestämällä enemmän tapahtumia ja hankkimalla lisää rahoitusta, esimerkiksi rahanautomaattiyhdistykseltä. Vastaajat toivoivat yhdistyksen hallituksen panostavan vertaistukitoiminnan kehittämiseen. Lisäksi vastaajat toivoivat yhdistykselle uutta toiminnanjohtajaa, joka osaltaan myös kehittäisi vertaistukitoimintaa.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, mikä on vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat: 1) kuvailla miten mielenterveyskuntoutajat kokevat vertaistuen merkityksen, 2) mitkä ovat vertaistuen hyödyt ja haitat mielenterveyskuntoutujalle ja 3) miten vertaistukitoimintaa voitaisiin kehittää ”MIETE” ry:ssä. Tutkimustuloksista nousi esille samoja vertaistuen elementtejä, joita käsiteltiin tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa. Aikaisemmat tutkimukset vertaistuesta käsittelevät vertaistukiryhmiä, mutta tämän tutkimuksen kohteena oli yleisesti vertaistuen merkitys riippumatta siitä missä sitä tapahtuu. Näin ollen tässä tutkimuksessa vertaistukea tarkasteltiin uudesta näkökulmasta.

Tutkimuksen keskeiseksi tulokseksi nousi se, että mielenterveyskuntoutajat kokivat vertaistuen erittäin tärkeäksi tekijäksi heidän kuntoutumiseensa. Mielenterveyskuntoutajat saivat vertaistuesta emotionaalista tukea ja he kokivat, että vertaistuki toi heille henkisen eheytyksen tunteen. Tutkimuksen mukaan vertaistuki koettiin myös kuntoutumista parantavana ja ylläpitävänä tekijänä. Vertaistuen haittoina kuvattiin sisäisiä ja ulkopuolisia haittatekijöitä, joista sisäiset tekijät olivat vastaajista itsestään riippuvia ja ulkopuoliset tekijät muista henkilöistä riippuvia. Suurimmaksi osaksi vastaajat kuitenkin kokivat, ettei vertaistuella ole haittatekijöitä. Tutkimuksen tulosten mukaan ”MIETE” ry:n jäsenet toivoivat yhdistyksen toiminnan laajentamista.

Tässä tutkimuksessa vertaistuen keskeiseksi merkitykseksi nousi tuen antaminen ja saaminen samassa elämäntilanteessa olevilta henkilöiltä. Tuen antaminen koettiin merkittävänä ja tärkeänä ja se toi mielihyvää vastaajille. Tuen saaminen tarkoitti kuulluksi tulemistä sekä mahdollisuutta

ongelmien ja kokemusten jakamiseen muiden vertaisten kanssa. Samanlaiseseen tutkimustulokseen tulivat myös Karppinen ja Kärkkäinen (2004) sekä Palomäki (2005) ja Talvikoski (2004) tutkiessaan vertaisryhmiä. Aikaisempien tutkimusten mukaan vertaisryhmä antaa mahdollisuuden turvalliseen tunteiden ilmaisuun ryhmässä (Karppinen & Kärkkäinen 2004, 36) ja auttaa omien tunteiden käsittelyssä (Palomäki 2005, 43).

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tutkijoiden mielestä ihmisen sairastuttua psyykkisesti hoitaminen tapahtuu pääasiassa hoitamalla potilaan psyykkistä ongelmaa. Psyykkisesti sairasta henkilöä tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti, mutta silti psyykkistä sairautta hoidettaessa korostuu kokemusten ja tunteiden käsittely. Kokemusten ja tunteiden käsittely saattaa olla psyykkisesti sairastuneille henkilöille hankalaa, ja tämä tuo haasteita hoitotyöhön. Sekä tähän opinnäytetyöhön sisältyvän tutkimuksen että muiden vertaistukea käsittelevien tutkimusten pohjalta voidaan todeta, että vertaistuki mahdollistaa erinomaisesti sekä tunteiden että kokemusten ja jakamisen ja käsittelyn, koska niiden jakaminen on usein helpompaa saman kokeneiden kanssa. Tämän takia vertaistuki olisi tärkeää liittää tiiviimmin mielenterveystyöhön.

Tässä tutkimuksessa vastaajat kertoivat, että vertaistuki auttoi yksinäisyyteen ja edisti sosiaalista hyväksyntää. Niemenojan ja Rintamaan (2007, 71) opinnäytetyössä tarkoituksena oli tutkia vertaistukiryhmän vaikutusta Asperger-aikuisten henkisen hyvinvoinnin kokemiseen. Tutkimuksessa ilmeni myös, että uusien ihmissuhteiden solmiminen vähensi yksinäisyyttä. Tämä tutkimustulos oli heidän tutkimuksensa parasta antia vertaistukiryhmän vaikuttavuudesta ja on myös yhdenmukainen tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulosten kanssa.

Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa sosiaalinen hyväksyntä koettiin niin, ettei muilla vertaisilla ollut ennako-odotuksia eikä vaatimuksia heitä kohtaan. Sosiaalinen hyväksyntä tarkoitti myös sitä, ettei kenenkään tarvinnut tuntea itseään muita huonommaksi. Sosiaalisten kontaktien luominen vertaisten kanssa koettiin myös helpommaksi. Palomäen (2005, 55) tutkimuk-

sen mukaan vertaistuki mahdollisti sosiaalisten verkostojen lisääntymisen ja Lehtisen (2005, 49) tutkimus osoitti, että uusien tuttavuuksien solmiminen koettiin tärkeäksi vertaistuen saamisen kannalta. Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa ei noussut esille ystävyssuhteiden solmimista, toisin kuin Ståhlbergin ja Virtasen (2005, 41) vertaisryhmätutkimuksessa, jossa ystävyssuhteita solmittiin jonkin verran. Talvikosken (2005, 51–54) tekemä tutkimus taas osoitti, että varsinaiset ystävät tulevat muualta kuin vertaisryhmän kautta, ja vertaisryhmän jäsenet nähtiin enemminkin tuttavina.

Keskustelut vertaisten kanssa lisäsivät mielenterveyskuntoutujien itseluottamusta ja virkistivät heidän mieliään (Muurinaho, 2000, 24). Myös tämän opinnäytetyön tutkimuksen mukaan vertaistuki kohotti mielenterveyskuntoutujien itsetuntoa, joka taas lisäsi mielihyvää. Itsetunnon kohoaminen on mielenterveyskuntoutujille tärkeää, koska sairastuminen saattaa edesauttaa negatiivista minäkuvaa. Kennedyn (1990) tutkimus osoitti myös, että vertaisryhmän jäsenillä kohosi itsetunto vertaisryhmän kautta.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että vertaistuki merkitsi toivoa ja uskoa elämään ja toimi yksinäisyyttä poistavana tekijänä. Yhtenä vertaistuen elementtinä voidaan pitää toivoa ylläpitäviä asioita. Vertaisten positiiviset rohkaisut ja lohdutus auttavat ylläpitämään toivoa (Palomäki 2005, 45). Myös Savolaisen ja Sillanpään (1999, 42) tutkimustulos osoitti, että samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten tapaaminen antoi uskoa siitä, ettei ole yksin. Heidän tutkimuksestaan nousi esiin myös kristillinen usko, joka koettiin vapauttavana tekijänä, sillä se vapautti kuntoutujia syyllisyydestä. Tähän opinnäytetyöhön sisältyvässä tutkimuksessa vertaistuki sinänsä vapautti vastaajia syyllisyydestä ja häpeästä.

Niemenojan ja Rintamaan (2007, 70) tutkimuksessa neljä vastaajaa seitsemästä koki, että vertaistukiryhmä toi positiivisia vaikutuksia arjessa selviytymiseen. Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa korostui myös vertaistuen merkitys arjessa selviytymiseen ja toimintakyvyn lisääntymiseen. Tutkimuksen mukaan vertaistuki toi vastaajille myös sisältöä arkeen. Myös muiden tutkimusten mukaan vertaisryhmästä saa tietoa ja tukea arjessa

jaksamiseen (Karppinen & Kärkkäinen 2004, 37), ja sen koettiin tuovan sisältöä arkeen (Muurinaho, 2000, 24).

Tämän opinnäytetyön tekijöiden mielestä mielenterveysongelmat ovat yleisiä, ja niinpä ne aiheuttavat yhä enemmän työkyvyttömyyttä väestön keskuudessa. Tämän vuoksi etenkin mielenterveyskuntoutusta tulisi tehostaa ja sitä tulisi pohtia monesta eri näkökulmasta. Perinteiset kuntoutusmuodot eivät välttämättä sovellu kaikille kuntoutujille. Mielenterveyskuntoutuksen käsitystä tulisi laajentaa, ja yhteiskunnan tulisi tarjota enemmän vaihtoehtoisia muotoja kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Vertaistuki on yksi vaihtoehto kuntoutukseen, ja sitä tulisi hyödyntää entistä enemmän.

Tässä tutkimuksessa korostui se, että vertaistuki merkitsi vastaajille kuntoutumista. Vastaajat kokivat, että vertaistuki on lisännyt psyykkistä hyvinvointia ja auttanut heitä parantumaan psyykkisesti. Samansuuntaisia tutkimustuloksia vertaistuesta henkisen hyvinvoinnin lisääjänä saivat myös Santala (2007) ja Muurinaho (2000). Pitkään ryhmään kuuluneet mielenterveyskuntoutujat olivat vähemmän ahdistuneita kuin hiljattain mukaan liittyneet (Muurinaho 2000, 22).

Mielenterveyskuntoutujat kuvasivat tutkimuksessa useita tekijöitä, jotka tukivat heidän kuntoutumistaan. Nämä osatekijät tulisi ehdottomasti huomioida myös hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön tekijöiden mielestä vertaistuen merkitystä ei ole vielä tarpeeksi tiedostettu hoitotyön ammattihenkilöstön keskuudessa. Tulevaisuudessa ammatillista osaamista tulisi hyödyntää entistä enemmän vertaistukitoiminnassa. Ammatilainen voisi hyödyntää tiedollista asiantuntijuutta, ja kuntoutuja kokemuksellista asiantuntijuutta. Nämä kaksi osatekijää yhdistämällä voitaisiin tehostaa mielenterveyskuntoutusta.

Tässä tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujat kokivat, että yksi vertaistuen hyöty on voimaantuminen. Corrigan (2003, 355) mukaan juuri voimaantuminen on ydinasia, joka johtaa mielenterveyspotilaan kuntoutumista.

Kuntoutuksen painopisteen tulisi siis muuttua kuntouttajasta enemmän kuntoutujalähtöiseksi. Näin ollen tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota enemmän juuri voimaantumiseen eli kuntoutujien omien voimavarojen huomioimiseen ja hyödyntämiseen. Vertaistuen tuoma kuntoutuminen on kuntoutujalähtöistä, ja kuntoutuja voi vaikuttaa oman kuntoutumisprosessin etenemiseen omalla asenteellaan ja toiminnallaan. Ylipäänsä yhteiskunnassa tulisi kiinnittää huomiota mielenterveyskuntoutujien omiin näkemyksiin, koska kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija. Seppisen ja Siivikon (2007, 53) tutkimus voimaannuttavasta vertaistukiryhmästä Asperger-aikuisilla tukee ajatusta siitä, että vertaistuki mahdollistaa voimaantumisprosessin.

Tämän opinnäytetyön tutkijoiden mielestä vertaistuki on myös yhteiskunnalle edullinen tapa tukea mielenterveyskuntoutujaa, koska yksi ammattihenkilö riittää tukemaan useita mielenterveyskuntoutujia yhtä aikaa. Ammattitietämyksen yhdistäminen vertaistukeen edistäisi luultavasti vertaistuesta saatua hyötyä. Välttämättä vertaistukitoiminnassa ei kuitenkaan tarvitse olla mukana ammattihenkilöä, vaan vertaiset voivat itsenäisesti toteuttaa yhteisöllistä vertaistukea sekä ryhmän kautta tapahtuvaa vertaistukea. Edullisuutta lisää se, että vertaistukiryhmätoiminta ei vaadi välttämättä ammattihenkilön läsnäoloa, vaan ryhmä voi toimia ilman ohjausta, tai vertaisohjaajien avulla. Vertaistukiohjaajien avulla ryhmän sensitiivisyys on taattu, koska ohjaajalla on omia kokemuksia käsiteltävistä aiheista. Yhteiskunnan tulisi kuitenkin tarjota puitteet vertaistuen toteuttamiseen ja koordinoida vertaistuen toteutumista. Hölttä (2006, 30) on tutkinut avun ja hoidon saannin esteitä, joita kaksoisdiagnoosipotilaat kohtaavat. Tässä tutkimuksessa haastatteluun osallistuneet potilaiden omaiset, sekä haastatteluun osallistuneet miespotilaat kokivat vertaistuen mahdollisuudet tärkeiksi ja auttaviksi. He kokivat, että vertaistukea on tarpeeksi saatavilla, mutta se ei saa korvata ammattiapua, eikä sen tulisi olla ensisijainen apu.

Mielenterveyskuntoutuksessa voitaisiin tämän opinnäytetyön tekijöiden mielestä hyödyntää enemmän Internetiä, koska sen käyttö lisääntyy koko ajan. Yksi keino yhdistää ammatillinen osaaminen ja vertaistuki on perus-

taa Internetin keskustelupalstoja, jossa vetäjänä toimii asiantuntija. Tällä hetkellä Internetin vertaistukikeskustelut tapahtuvat pääasiassa ilman ammatillista asiantuntijaa. Vertaistuki ryhmiä perustetaan jatkuvasti, joka kertoo aiheen ajankohtaisuudesta (Korpela 2003, 19). Kunnat ja yhdistykset voisivat esimerkiksi avata keskustelupalstoja omille kotisivuilleen, mikä olisi hyvin edullinen vaihtoehto mielenterveyskuntoutukseen. Internetin etuna on myös se, että se tarjoaa mahdollisuuden tuoda omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan julki täysin anonyymisti.

Tämän opinnäytetyön tekijöiden mielestä psyykkisesti sairaiden henkilöiden osastohoidossa vertaistuki toteutuu huomaamattomasti potilaiden päivittäisessä kanssakäymisessä. Osastohoidossa henkilökunta voisi huomioida enemmän yhteisöllistä vertaistukea, esimerkiksi tukemalla päiväsalissa tapahtuvaa yhteisölliseen vertaistukeen perustuvaa keskustelua. Kovasen (2002, 55) tutkimuksen mukaan vertaisryhmien merkitys on juuri yhteisö, jossa voi puhua ja tulla kuulluksi. Hildingh (1996, 86) on tutkinut sepelvaltimotautia sairastavien vertaistukiryhmiä. Hänen tutkimuksen keskeiseksi tulokseksi nousi myös, että vertaistukiryhmät ovat tärkeä yhteisöllinen voimavara, jota hoitajat voivat käyttää hyväkseen tukeakseen näitä potilaita ja heidän omaisiaan. Hänen tutkimuksessaan ilmeni, että sairaanhoitajaopiskelijoita ja sairaanhoitajia pitäisi kouluttaa ja informoida entistä enemmän vertaistukiryhmien olemassaolosta ja mahdollisuuksista.

Kovasen (2002, 55) tutkimuksen mukaan vertaisryhmien merkitys on yhteisö, jossa voi puhua avoimesti ja tulla kuulluksi. Tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujat pitivät myös tärkeänä sitä, ettei ryhmässä tarvitse hävetä sairauttaan. Tutkimukseen osallistujien mukaan vertaisryhmässä ei pyritä muuttamaan ihmistä, joten siellä voi olla oma itsensä.

Avohoidossa vertaistuki on lähes olematonta, koska potilaskontaktit perustuvat hoitajan ja potilaan väliseen kanssakäymiseen. Avohoitoon voisi perustaa ammattihenkilön vetämiä vertaistukiryhmiä, esimerkiksi eri sairausryhmittäin. Yhteiskunnan tulisi myös tukea kolmannen sektorin toimintaa enemmän, koska se usein perustuu vertaistukeen. Lisäksi kolmannen

sektorin tarjoamat palvelut tulevat korostumaan tulevaisuudessa entistä enemmän. Kuntien vähentyneet määrärahat ajavat julkista sektoria ohjaamaan potilaita järjestöjen piiriin, joten järjestöjen toimintaa tulisi kehittää (Vähäkylä 2006, 183).

Vertaistuen haittana mielenterveyskuntoutujat kokivat omasta itsestään johtuvat tekijät. Näitä tekijöitä olivat oma jaksaminen ja se, että muiden juttuja ei jaksettu aina kuunnella. Myös negatiivisen palautteen vastaanottaminen oli vaikeaa, ja muiden viestintä koettiin joskus negatiivisesti. Haittoina koettiin myös ulkopuolisia tekijöitä, jotka eivät liittyneet vastaajiin itseensä. Näitä tekijöitä olivat esimerkiksi yleinen negatiivinen ilmapiiri ja oman edun tavoittelu sekä luottamuksen pettäminen. Myös kateus kuvattiin vertaistuen haittatekijäksi.

Kovasen (2007, 60) tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä ilmeni kokemuksia siitä, että ryhmään oli tullut henkilö, joka koettiin olevan sopimaton ryhmään. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat myös tilanteista, joissa joku oli käyttäytynyt sanallisesti aggressiivisesti ja uhkailevasti. Tämän opinnäytetyön tutkijoiden mielestä yhteisöllisen vertaistuen etuna on se, että jos henkilö kokee olonsa epämiellyttäväksi tai ei jaksaa osallistua tai kuunnella muiden vertaisten keskusteluja, hän voi poistua tilanteesta ja tulla mukaan keskusteluun silloin, kun hän itse kokee olevansa siihen valmis. Mikäli ammatillinen osaaminen ja vertaistuki kytkettäisiin tiiviimmin yhteen, voisi ammattihenkilö vaikuttaa ja puuttua ulkopuolisiin haittatekijöihin ilman, että vertaiset kärsivät tilanteesta.

”MIETE” ry:n toiminnan laajentaminen nousi tärkeäksi osatekijäksi yhdistyksen toiminnan kehittämiseksi. Yhdistyksen kasvattaminen ja jäsenmäärän lisääminen muodostuivat myös tärkeiksi asioiksi. Mielenterveyskuntoutujat kaipasivat myös enemmän organisoituja ryhmiä ja tasavertaisempaa tukea. Myös Talvikosken (2004, 64) tutkimukseen osallistuneet toivoivat vertaisryhmille selkeämpää rakennetta ja ryhmälle vetäjää. Uusiin jäsenten integroitumista ryhmään helpottaisi tapaamisiin ennalta määrätty aihe. Tähän opinnäytetyöhön sisältyvän tutkimuksen tekohetkellä yh-

distyksellä ei ollut toiminnanjohtajaa. Toiminnanjohtaja nimettiin yhdistykseen toukokuussa 2008. Toiminnanjohtaja tuo yhdistyksen toimintaan ammatillista osaamista. ”MIETE” ry voisi hyödyntää tutkimuksen kautta saatuja tuloksia omassa toiminnassaan.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat, että vertaistuki pitää sisällään monia elementtejä, jotka auttavat mielenterveyskuntoutujaa saavuttamaan paremman fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden. Opinnäytetyömme pohjalta voidaan todeta, että vertaistuki on erittäin tärkeä tukimuoto mielenterveyskuntoutujille ja tätä tukimuotoa tulisi hyödyntää aiempaa enemmän mielenterveyspotilaan kuntouttamisessa. Lisäksi se on hyvin edullinen auttamisen muoto, koska se perustuu jokaisen kuntoutujan omiin henkilökohtaisiin kokemuksiin ja niiden jakamiseen muiden kesken, eikä toiminnan toteuttaminen vaadi välttämättä monia ammattihenkilöitä. Tulosten perusteella voidaan siis sanoa, että vertaistuella on myönteisiä vaikutuksia mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen hyvinvointiin.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Hoitotieteellisen tutkimuksen yksi keskeinen kysymys on luotettavuus (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseen ei ole yksiselitteisiä ohjeita (Sarajärvi & Tuomi 2002, 129–130). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tulee kohdistua koko tutkimusprosessiin käsittäen tutkimusaineiston keräämisen, aineiston analysoinnin ja tutkimuksen raportoinnin (Kiikkala & Krause 1996, 130). Tutkittaessa jotakin aihetta pyritään aina välttämään virheiden syntymistä. Tästä huolimatta sekä tulosten luotettavuus, että pätevyys vaihtelevat. (Hirsjärvi ym. 2004, 218.)

Koko opinnäytetyöprosessi on pyritty toteuttamaan luotettavasti ja huolellisesti. Luotettavuutta lisää se, että tutkijat tutustuivat tutkittavaan aiheeseen huolellisesti varhaisessa vaiheessa. Opinnäytetyön käsitteet on valit-

tu onnistuneesti ja ne kuvaavat opinnäytetyön keskeisiä teemoja. Käsitteistä muodostunut teoriaosuus on laaja ja monipuolinen. Lähteitä on käytetty runsaasti ja lähdeviitteet on tehty asianmukaisesti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tieteellisen käytännön loukkauksia ovat esimerkiksi puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin (Sarajärvi & Tuomi 2002, 129–130). Tutkijat ovat pyrkineet viittaamaan aikaisempiin tutkimustuloksiin asianmukaisesti ja oikein.

Aineiston keruussa tulee ottaa huomioon se, että tutkimukseen osallistujat tuntevat tutkittavan ilmiön ja pystyvät vastaamaan tutkimustehtäviin. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei saa missään tutkimuksen vaiheessa tulla ilmi. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 135–138.) Tutkimukseen osallistuvat henkilöt valittiin vertaistukea tarjoavasta yhdistyksestä, jossa yhdistyksen jäsenet ovat mielenterveyskuntoutujia. Tavoitteena oli, että osallistujilla oli mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Osallistujavalinta onnistui hyvin, koska kaikilla kyselyyn vastanneilla oli omakohtaisia kokemuksia vertaistuesta, jolloin tutkimuksen tulokset olivat siltä osin luotettavia. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden anonyymiydestä huolehdittiin koko tutkimusprosessin ajan, eikä tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien henkilöllisyyttä ole tutkijoiden mielestä mahdollista saada selville.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin avoimet kysymykset, jotka laadittiin huolellisesti. Avoimet kysymykset esitettiin muutamalla ulkopuolisella henkilöllä, joka takasi kysymysten ymmärrettävyyden. Luotettavuutta lisäsi se, että kysymykset toteutettiin yksinkertaisina ja johdattelemattomina. Kirjallisesti hankitussa aineistossa johdattelemisen riski on pienempi kuin haastattelussa, jolloin saatetaan johdatella liikaa vastaajaa, esimerkiksi apukysymyksien avulla. Aineistoksi saatiin 11 kirjallista vastausta, ja näin ollen aineisto oli riittävän laaja laadulliseksi tutkimukseksi. Laadullisessa tutkimuksessa vastausten laadulla on suurempi merkitys kuin vastausten määrällä. Osas- sa vastauksia toistuivat samansisältöiset asiat, mutta vastauksista nousi esille myös erisisältöisiä asioita.

Aineisto oli tarpeeksi rikas, koska sen kautta saatiin vastaukset tutkimustehtäviin. Jokaisen osallistujan kokemus tutkittavasta ilmiöstä oli merkittävä ja ainutkertainen tämän tutkimuksen tulosten kannalta. Tutkimustulosta saattaa heikentää se, että tutkijat ovat saattaneet tulkita vastauksia väärin. Laadullisessa tutkimuksessa usein aineiston kerääminen ja sen analyysi sekoittuvat toisiinsa, mutta silti raportoinnissa on pyrittävä selkeyteen.

Kvalitatiivisen aineiston analyysi vaatii tutkijalta hyvää käsitteellistä ajattelua, luovuutta ja valmiutta tarkastella asioita useasta eri näkökulmasta. Aineiston analyysi etenee todellisista havainnoista alakategorioiden kautta käsitteelliselle tasolle. Jotta tutkimus olisi luotettava, tulee käsitteellinen taso alakategorioissa ja niistä muodostuneissa yläkategorioissa olla yhdenmukainen. (Morse 1991, Nieminen, 1997, 219 mukaan.) Aineisto pyrittiin analysoimaan huolellisesti ilman ennakkokäsityksiä tai oletuksia. Aineistoa ei pakotettu ennalta määrättyihin kategorioihin, vaan kategoriat ja niiden lukumäärä muodostuivat aineiston pohjalta. Luotettavuutta lisää se, että alkuperäisiä lainauksia on esitetty analyysin tukena. Laadullisessa tutkimuksessa analyysivaiheessa keskeisintä on luokittelujen tekeminen (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Aineisto luokiteltiin niin, että se vastasi alkuperäistä aineistoa, ja koko aineisto analysoitiin. Luotettavuuden tukena on myös sisällönanalyysin yksityiskohtainen kuvaus, jolloin tutkimusta lukeva henkilö voi seurata analyysin kulkua.

Raportin kautta lukijan on tultava vakuutetuksi siitä, että tutkijan tekemät ratkaisut ovat oikeutettuja. Hyvä laadullinen tutkimusraportti on tuore, siinä on uusi näkökulma ja selkeä kirjoitustyyli. Tutkimuksen arvoa nostaa käsitteiden kuvaus ja niiden onnistunut nimeäminen. (Nieminen 1997, 220.) Opinnäytetyön raportti on pyritty kirjoittamaan selkeästi, siten että lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua ymmärrettävästi. Tämän opinnäytetyön raportti on tutkijoiden mielestä luotettava.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteessä tutkitaan inhimillistä toimintaa, joten tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä. Tutkija on vastuussa tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista itselleen, tutkittaville ja yhteiskunnalle. Eettisyys tulee ottaa huomioon koko tutkimusprosessin ajan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.) Tässä opinnäytetyössä eettisyys on pyritty huomioimaan kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa.

Tutkijoilla oli vastuu tutkimusprosessista ja siitä, ettei se aiheuttanut tutkimukseen osallistujille haittaa. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavia. Tutkittavien on tiedettävä tutkimuksen rajoituksista ja riskeistä ja toisaalta saatavasta hyödystä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 29.) Tutkimusaineistoa kerätessä on tärkeää kiinnittää huomiota tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana on, että tutkimukseen osallistujia tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti. (Leino-Kilpi 2003, 290.) Tutkimuksesta pidetty tiedoitustilaisuus mahdollisti eettisen toiminnan. Tiedoitustilaisuudessa osallistujille kerrottiin rehellisesti tutkimuksesta, tulosten hyödynnettävyydestä, ano-nymiteetistä ja luotettavuudesta. Tilaisuudessa tutkimukseen osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkijoille. Kysymyksiä oli mahdollisuus esittää myös jälkikäteen sähköpostitse. Lisäksi jokainen avoin kysymyslomake sisälsi saatekirjeen, jossa oli kerrottu tiivistetysti tutkimuksen osallistujien kannalta oleelliset asiat. Kunnioittamiseen sisältyy myös se, että tutkittavilta pyydetään lupa tutkimuksen osallistumiseen. Se edellyttää myös, että tutkittavia informoidaan etukäteen tutkimuksesta mahdollisimman monipuolisesti. Tutkittavilla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus. (Leino-Kilpi 2003, 290.) Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittava antoi luvan tutkimukseen vastaamalla kyselyyn ja palauttamalla vastauksen vastauslaatikkoon.

Tutkittaville on taattava anonymiteetti (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26; Leino-Kilpi 2003, 290). Vastaajien anonymiys taattiin koko tutkimusprosessin ajan. Vastaajat vastasivat kyselyyn nimettömänä ja palauttivat vastauksen sinetöityyn vastauslaatikkoon. Kukaan ulkopuolinen ei

ollut läsnä aineistoa käsiteltäessä, ja ainoastaan tutkijat näkivät ja lukivat vastaukset. Tutkimustuloksista ei pysty tunnistamaan vastaajaa, eikä yksittäisiä vastauksia esitetä tutkimuksen tuloksena. Anonymiteetin säilyttäminen on tärkeää, ja raporteissa ei tule paljastaa mitään sellaista, mikä aiheuttaa tutkimuksen osallistuville mahdollisesti hankaluuksia tai paljastaa yksilön näkökulmia (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). Lisäksi anonymiteetin varmisti se, että tutkijat säilyttivät vaitiolovelvollisuuden aineistosta koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusaineisto, joka sisälsi sekä alkuperäiset- että kopioidut vastaukset, hävitettiin asianmukaisella tavalla sen jälkeen, kun alkuperäisellä aineistolla ei ollut enää käyttöä tässä opinnäytetyössä.

Jotta tutkimustulosten raportointi olisi mahdollisimman avointa ja rehellistä, tulee tutkijan pyrkiä objektiivisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa tähän liittyy myös subjektiivisuuden tunnistaminen eli se, miten tutkija arvioi omaa käyttäytymistään ja reaktiotaan. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31.) Tämän opinnäytetyön tutkijat ovat pyrkineet tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä objektiivisesti, vaikkakin tutkijoiden oma subjektiivinen kokemus on vaikuttanut tähän työhön. Tätä opinnäytetyötä on ohjannut oletus, että tieto kytkeytyy aina jossain määrin sen tuottajaan, koska tutkijat ovat olleet osa sitä todellisuutta, jota he ovat tarkastelleet. Jo tutkijoiden näkemykset ja arvot ovat vaikuttaneet asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja niihin saatujen vastausten tulkintoihin. (Eriksson ym. 2007, 26.)

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla se, että tutkimuksen aihe on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää silloin, kun tutkitaan jotakin haavoittuvaa ryhmää, kuten esimerkiksi vakavasti psyykkisesti sairastuneita. (Leino-Kilpi 2003, 228–229.) Tässä opinnäytetyössä tutkittiin haavoittuvaa ryhmää, mutta kyseinen ryhmä ei ollut akuutin vaiheen mielenterveyspotilaita, vaan mielenterveyskuntoutujia. Haavoittuvien ryhmien tutkiminen on tällä hetkellä yksi kansainvälisestikin kiinnostava teema hoitotieteessä (Eriksson ym. 2007, 70). Tutkimuksen aihe oli siis tieteellisesti perusteltu. Lisäksi tutkimukseen osallistujat olivat mielissään siitä, että heidän mielipiteistään ja kokemuksistaan oltiin kiinnostuneita.

Tutkimuksen eettisyyttä tuki myös se, että tämä tutkimus toi uutta tietoa vertaistuesta. Leino-Kilven (2003, 289) mukaan tietolähteet tutkimukseen valitaan sen perusteella, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus. Laadullisessa tutkimuksessa on huomioitava, että mahdollisimman monipuolinen laatu tulee esille. On tärkeää pyrkiä valitsemaan tietolähteet niin, että se aiheuttaa mahdollisimman vähän haittaa tutkimukseen osallistujille.

9.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkittavan aiheen tulee olla ajankohtainen, jotta tutkimuksen kautta saatua tietoa voitaisiin hyödyntää hoitotyön käytäntöön, tietoperustaan ja jatkotutkimuksiin (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 158). Tämän opinäytetyön tutkittava ilmiö on ajankohtainen. Vertaistuki on kasvava ilmiö ja sitä on tutkittu suhteellisen vähän. Suurin osa tutkimuksista käsittelee vertaistukiryhmiä, itse vertaistukea käsitteleviä tutkimuksia eivät tutkijat löytäneet tiedonhaussa. Myös mielenterveystyö on ajankohtainen aihe, ja kyseisestä aihealueesta tarvitaan tulevaisuudessa entistä enemmän tietoa, koska mielenterveysongelmat kasvavat yhteiskunnassamme jatkuvasti.

Ne mielenterveyskuntoutajat, jotka eivät ole hakeutuneet vertaistuen piiriin, voivat saada opinäytetyön perusteella tietoa vertaistuesta, ja tämän kautta voivat harkita hakeutumista sen piiriin. Tutkimukseen osallistuneet mielenterveyskuntoutajat hyötyvät tutkimustuloksista niin, että he voivat peilata omia kokemuksiaan vertaistuesta muiden vastaajien kokemuksiin. Tutkimuksen avulla mielenterveyskuntoutajat saivat mahdollisuuden tuoda oman äänensä kuuluville. Tutkimustulosten avulla voidaan vertaistukea parantaa, lisätä ja kehittää, jolloin mielenterveyskuntoutajat hyötyvät vertaistuesta entistä enemmän. Mielenterveyskuntoutajat voivat hyötyä myös opinäytetyöstä, mikäli ”MIETE” ry kehittää toimintaa jäseniensä toivomalla tavalla ja ottaa yhdistyksen vertaistukitoiminnassa huomioon tutkimustulokset.

”MIETE” ry voi hyödyntää tutkimustuloksia kehittämällä yhdistyksen toimintaa. Yhdistys saa opinnäytetyöstä myös arvokasta tietoa siitä, miten yhdistyksen jäsenet tällä hetkellä kokevat vertaistuen ja yhdistyksen toiminnan. Tämän tutkimuksen kautta ”MIETE” ry voi puuttua tutkimustuloksista nousseisiin vertaistuen haittatekijöihin ja tätä kautta parantaa vertaistukitoimintaa. Lisäksi ”MIETE” ry voi mahdollisesti perustella opinnäytetyön avulla yhteiskunnalle oman toimintansa tärkeyttä, ja niinpä yhdistys saattaa tätä kautta saada lisää jäseniä, tukijoita ja määrärahoja.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös muillakin mielenterveystyön osa-alueilla, kuten esimerkiksi psykiatrisilla osastoilla, psykiatrisessa avohoidossa ja kolmannen sektorin palveluissa. Tämä tutkimus tuo tietoa vertaistuen hyödyistä, jolloin vertaistukea kannattaisi hyödyntää eri palveluissa. Hoitotyöntekijät voivat hyödyntää tutkimustuloksia käytännön hoitotyössä. Psykiatrisilla osastoilla hoitaja voi tukea vertaiskeskustelua, esimerkiksi päiväsalissa, tai ruokailujen yhteydessä. Avohoittoon voisi perustaa vertaisryhmiä, ja kolmas sektori voisi ottaa vertaistuen osaksi toimintaansa.

Tutkimus antaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja näin ollen laajentaa hoitotyön tietoperustaa. Tulosten kautta saadaan myös hyödynnettävää tietoa mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessin suunnitteluun. Yhteiskunta voi hyödyntää opinnäytetyötä ottamalla vertaistuen tehokkaammin käyttöön osaksi mielenterveyskuntoutusta ja kehittää sitä tutkimustulosten kautta. Tämä opinnäytetyö julkaistaan, jolloin ihmisten on mahdollisuus saada uutta tietoa vertaistuesta ja sen mahdollisuuksista mielenterveyspotilaan kuntoutuksessa. Opinnäytetyön lukijoiden kautta vertaistuki voidaan saada ihmisten yleisempään tietoon yhtenä tärkeänä kuntoutumismuotona. Tutkijat itse voivat tulevaisuudessa hyödyntää tuloksia työskennellessään hoitotyössä, erityisesti mielenterveystyössä.

Tulevaisuudessa vertaistukea voisi tutkia monesta eri näkökulmasta. Tämä tutkimus käsitteli vertaistukea kolmannen sektorin toiminnassa. Jatko-tutkimuksena olisi hyvä tutkia vertaistukea myös kunnallisissa palveluissa,

kuten psykiatrisessa avo- ja osastohoidossa. Tässä tutkimuksessa tutkittiin yleisesti vertaistukea mielenterveyspotilan näkökulmasta, yleisesti vertaistukea voitaisiin tutkia myös muiden potilasryhmien kautta.

Jatkossa vertaistukea voidaan tutkia myös lisää vertaistukiryhmän näkökulmasta, tai kyseisestä ilmiöstä voisi kehittää hankkeen tai projektiluonteisen työn, kuten aiemmin toteutettu TRIO-projekti. Vertaistukiryhmiä voidaan jatkossa tutkia ryhmäläisten näkökulmasta, mutta mielenkiintoista olisi tutkia ryhmän vetäjiä. Tutkimuskohteena olevat ryhmänvetäjät voisivat olla hoitotyön ammattilaisia tai vertaistukiohjaajia, jotka ovat siis itse mielenterveyskuntoutujia.

LÄHTEET

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Cagne, C. 2002. Psychiatric Rehabilitation. Second Edition. Center for psychiatric rehabilitation, Sargent College of health and Rehabilitation Sciences, Boston University. Boston, United States of America.

Berg, L. 2006. Psykoedukatiivinen vertaisryhmä. Mielekäs päivä 1/2006, 4-5.

Corrigan, P. 2003. Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. Psychiatric rehabilitation journal volume 26, 4/2003 346-358.

Dadich, A. 2005. Support groups must pitch to young people. Australian Nursing Journal 4/2005, 37.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen J. 2004 Psykonomia-aate. Teoksessa Hulmi, H. (kirj.) Tyybäkinoja, M. (toim.) Ihminen, vertainen 10 vuotta Mielenterveyden keskusliiton vertaistukitoimintaa. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto, Printway Oy, 172- 185.

Heiska, J. 1998. Ennakoiva mielenterveystyö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hietala-Paalamaa, O., Naurumo, R. & Yrttiaho, K. 2007. Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa. Mielenterveyden keskusliitto [viitattu 6.1.2007]. Saatavissa: <http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/83c6bd09a587b602b125ac2d3534a29e/1199714824/a>

pplication/pdf/10768/Trio_raportti2007.pdf

Hildingh, C. 1996. Self-help Groups Related to coronary Heart Disease. Lay and Nursing Support. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, A. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

Huttunen, M. 2008. Mikä on kaksisuuntainen mielialahäiriö? Terveyskirjasto [viitattu 20.12.2008]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00047

Hyväri, S. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, M. & Yeung A. (toim.) Vapaaehtoisuutta, arvot ja osallisuus. Jyväskylällä: Gummerus Kirjapaino Oy, 214–234.

Hölttä, J. 2006. ”Muiden silmissä vaan häirikkö.” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Tampereen yliopisto [viitattu 26.12.2008]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01228.pdf>

Häikiö, T. & Malinen, R. 1994. Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntouttava toiminta yksityisissä palvelukodeissa. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 73–106.

Isometsä, E. 2008. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 196–245.

Jokinen, M. 2000. Mielenterveys käsitteenä. Teoksessa Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. (toim.) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WS Bookwell Oy. 24–30.

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. (toim.) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WS Bookwell Oy, 41–67.

Järvinen, V. 2007. Nuorella on halu parantua. Aesculapitus 2/07, 25–26.

Karppinen, A-M. & Kärkkäinen, A. 2004. Kun vanhemmilla on mielenterveysongelma. Nuorten kokemuksia vertaisryhmän tuesta. Sairaanhoidaja 6-7/2004, 36–38.

Keinänen, M., Lahti I. & Pylkkänen, K. 2006. Psykoterapia ja näyttöön perustuva lääketiede- mielen vuorovaikutuksellinen tieteenteoria. Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti 11/2006 nro.61, 1221–1227.

Kelan teemakatsaus, 2006. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Kansaneläkelaitos [viitattu 26.12.2008]. Saatavissa: [http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/\\$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement](http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement)

Kennedy, M. 1990. Psychiatric hospitalizations of GROWers. TelosNet [viitattu 29.9.2008]. Saatavissa: <http://www.telosnet.com/review/selfres.html>

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kiviniemi, K. 2004 Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 70–85.

Koponen, H. 2008. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 256–258.

Korpela, T. 2003. Moni saa apua vertaistuesta. Socius 5/2003, 18–19.

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

Kovanen, R-L. 2007. Vertaisryhmien toiminta ja merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Valtiotieteiden tiedekunta. Helsingin Yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 12.6.2008]. Saatavissa:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2002/02/pr1064564873341/passthru.pdf>

Kurtz, L.F. 1988. Mutual Aid for Affective Disorders: The Manic Depressive and Depressive Association. TelosNet [viitattu 29.9.2008]. Saatavissa: <http://www.telosnet.com/review/selfres.html>

Kylmälä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/99, 3-12.

Kyrouz, E. & Humphreys, K. 1997. A Review of research on the effectiveness of self-help mutual aid groups. TelosNet [viitattu 29.9.2008]. Saatavissa: <http://www.telosnet.com/review/selfres.html>

Käypä hoito 2008. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä [viitattu 12.12.2008]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi35050>

Laamanen, S. 2004. Mielenterveyskuntoutus – tarvearvioinnista uusiin toimintamalleihin. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro. 40. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ky.

Laukkarinen, I. 2007. Kuntouttajamitali. TRIO-projektin Mielenterveyden keskusliitto [viitattu 6.1.2007]. Saatavissa: <http://www.mtkl.fi/uutiset/?x43=16116>

Lehtinen, S-T. 1997. Vapaaehtoistoiminta - kasvava voimavara? Näkökulmia ammattityöhön. Tampere: Mainosmakasiini.

Lehtinen, I. 2005. Veraistuesta voimaa vanhemmuuteen. Kokemuksia Espoon Perhekeskusprojektin laajennetusta perhevalmennuksesta. Diakonia-ammattikorkeakoulu [viitattu 18.2.2008]. Opinnäytetyö Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/d182b5_lehtinen4502.pdf

Lehtonen, J. & Lönqvist, J. 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim). Duodecim Psykiatria. 2. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WS Bookwell Oy, 284–297

Lund, P. 2006. Torjuttu toivottomuus. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 191–209.

Lönnqvist, J. 2008a. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 46–71.

Lönnqvist, J. 2005b. Mielenterveyden ongelmat. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 11.12.2008]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028&p_haku=mielenterveys

Lönnqvist, J. 2002c. Psykiatria eilen tänään ja huomenna. Kansanterveyslaitos [viitattu 11.12.2008]. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/mao/psykiatria_eilen__tanaan__ja_huomennaf.pdf

Lönnqvist, J. 2002d. Suomalaisten mielenterveys jokseenkin ennallaan. Kansanterveyslaitos [viitattu 11.12.2008]. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2002/5-6_2002/suomalaisten_mielenterveys_jokseenkin_ennallaan/

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2008. Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 26–30.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson M. 2008. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 517–539.

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Helsingin yliopisto. Kasvatustieteenlaitos. Väitöskirja.

Mielenterveyden Keskusliitto. Olet oman elämäsi asiantuntija. Mielenterveyden Keskusliitto [viitattu 13.6.2008]. Saatavissa: http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/olet_oman_elamasi_asiantuntija/

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Mikkonen, A. 2008. Kaksoisdiagnoosi hoitotyön haasteena – vastakainasettelusta yhteistyöhön. Luento. Lahden ammattikorkeakoulu. 23.9.2008.

Muurinaho, J. 2000. Apua oma-apuryhmistä. Tutkimus Mielenterveyden Keskusliiton oma-apuryhmistä ja niiden vaikutuksista mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen hyvinvointiin. Tampreen yliopisto. Pro-gradu -tutkielma.

Mykkänen-Hänninen, R. 2007. Vapaaehtoistyön rajapinnoilla. Helsinki: Yliopistopaino.

Niemenoja, I. & Rintamaa, M. 2007. Vertaistukiryhmän vaikutus Aspergeraikuisten henkisen hyvinvoinnin kokemiseen. Satakunnan ammattikorkeakoulu [viitattu 28.12.2008]. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/679/2007_niemenoja_ilona_rintamaa_maija.pdf?sequence=1

Niemi, H. 2001. Elämän vuoristoradalla. Mielenterveyspotilaan, kuntoutujan ja omaisen opas. Suomen Mielenterveysseura. Erikoispaino.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 70–85.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perushuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Notko, T. & Järvikoski, A. 2004. Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprojektin arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 26/2004. Helsinki: Yliopistopaino.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, M. & Yeung A. (toim.) Vapaaehtoistoiminta anti, arvot ja osallisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 195–213.

Nylund, M. 1996. Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Matthies, A-L., Kotakari, U. & Nylund M. (toim.). Välittävät verkostot. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 193–205.

Ojanen, M. 2003 Yhteisöllisyyden merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Teoksessa Pöyhönen E. (toim.) Mielenterveyskuntoutujien Klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy, 48–52.

Palomäki, T. 2005. ”Elämää vuoristoradalla” Mielenterveyspotilaiden iäkkäiltä omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos [viitattu 18.2.2008]. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00792.pdf>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997 Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 16–30.

Pyökkänen, K. & Moilanen, I. 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry toimintasuunnitelma 2008. Jäsenlehti, talvi 2008, 6-8.

Päijät-Hämeen Mielenterveystyön Tuki "MIETE" ry. Päijät-Hämeen Mielenterveystyön tuki "MIETE" ry [viitattu 20.2.2008]. Saatavissa: <http://www.phmielenterveystuki.fi>

Pöyhönen, E. 2003. Johdatus kirjaan. Pöyhönen E. (toim.) Mielentereyskuntoutujien Klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Art-Print Oy.

Raiff, N.R. 1984. Some Health Related Outcomes of Self-Help Participation. TelosNet [viitattu 29.9.2008]. Saatavissa: <http://www.telosnet.com/review/selfres.html>

Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 158–166.

Salmi, R. 2008. Päijät-Hämeen Mielenterveystyön tuki "MIETE" ry:n toiminnanjohtaja. Sähköpostihaastattelu. 4.8.2008.

Santala, E. 2007. Sairaana terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Helsingin yliopisto, kasvatustieteiden laitos [viitattu 18.2.2008]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6118/sairaant.pdf?sequence=1>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Savolainen, H. & Sillanpää, H. 1999. Masentuneiden ihmisten kuvaus ma-

sennuksesta ja kuntoutumisesta. Yhteiskuntatieteellien tiedekunta, Kuopion yliopisto, Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Stakesin monistamo.

Seppi, P. 2007. Haasteena skitsofrenian jälkikuntoutus. *Mielenterveys* 6/2007, 35–40.

Seppinen, A. & Siivikko J. 2007. Voimaannuttava vertaisryhmä. Metropolia ammattikorkeakoulu [viitattu 29.12.2008]. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1166/Asperger.pdf?sequence=1>

Snyder, K., Cur, R. & Washmer-Andrews, L. 2007. Me, myself and them, a first hand account of young person's experience with schizophrenia. New York: Oxford University Press, Inc.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2007:13. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 5.9.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/04/pr1176454313087/passthru.pdf>

Ståhlberg, M. & Virtanen, T. 2005. Vanhempien kokemuksia vertaistuesta Espoon perhekeskusprojektin perhevalmennuksessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu [viitattu 17.2.2008]. Opinnäytetyö. Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/SthlbergMarikaVirtanenTiina2005.pdf

Suomen Mielenterveysseura(a). Miten suomalainen mieli voi? Suomen Mielenterveysseura [viitattu 20.2.2008]. Saatavissa: http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mitä%20mielenterveys%20on?

Suomen Mielenterveysseura(b). Mitä mielenterveys on? Suomen Mielenterveysseura [viitattu 9.9.2008]. Saatavissa:

http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mitä%20mielenterveys%20on

Talvikoski, E. 2004. ”Siellä todellistuu se oma unelma” - Tutkimus vertais-
tukiryhmätoiminna merkityksistä yksinadoptoiville naisille. Sosiaalityö
[viitattu 17.2.2008]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:
[//www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/Gradu_Talvikoski.pdf](http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/Gradu_Talvikoski.pdf)

Terveys 2000. Terveys ja toimintakyky suomessa. Kansanterveyslaitos
[viitattu 30.12.2008]. Saatavissa:
<http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

Terveyskirjasto Duodecim 2008a. Mielenterveys. Terveyskirjasto Duode-
cim [viitattu 9.9.2008]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Mielenterveys&p_artikkeli=Ilt02122x

Terveyskirjasto Duodecim 2008b. Mielenterveyshäiriö. Terveyskirjasto
Duodecim [viitattu 9.9.2008]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02123&p_ylataso=&p_osio=&p_haku=mielenterveysh%E4iri%F6

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.
Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

US Psychiatric Rehabilitation Assosiation. Advancing a Recovery-Based
Practice. US Psychiatric Rehabilitation Assosiation [viitattu 29.12.2008].
Saatavissa <http://www.uspra.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>

Vainikainen, T. 2004. Käsikkäin, opas psyykkisesti oireilevien lasten ja
nuorten omaisille. Turku: Omaisetsielenterveystyön tukena Lounais-
Suomen yhdistys ry.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Te-

oksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Vähäkylä, L. 2006. Hoidossa vai heitteillä? Mielenterveyspotilaana Suomessa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

World Health Organization(a). Mental health. World Health Organization [viitattu 25.2.2008]. Saatavissa:

http://www.who.int/mental_health/en/index.html

World Health Organization(b). Promoting mental health. World Health Organization [viitattu 29.9.2008]. Saatavissa:

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization(c). Mentalhealth: strengthening mental health promotion. World Health Organization [viitattu 29.9.2008]. Saatavissa:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

LIITTEET

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU		SOPIMUS	
Tämä sopimus koskee HANKKEISTETTUA OPINNÄYTETYÖTÄ			
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot			
Opiskelijan nimi	Tanja Ahola	Puh.	██████████ Sähköposti tanja.ahola@lpt.fi
Opiskelijan nimi	Sari Laine	Puh.	██████████ Sähköposti lainsar1@lpt.fi
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opiskelijan nimi		Puh.	Sähköposti
Opinnäytetyön tiedot			
Opinnäytetyön aihe	Vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle		
Opinnäytetyön suunniteltu valmistusaika	Huhtikuu / 2008 (kk / vuosi)		
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Helena Sillanpää	Puh. 03-428 2781	Sähköposti helena.sillanpaa@lank.fi
Yhteistyökumppanin tiedot			
Organisaatio	Päijät-Hämeen Mielenterveysryhmän Tuki ry		
Osoite	Kerintie 2 75100 Lahti		
Yhteysten henkilön nimi	██████████	Puh.	██████████ Sähköposti p-h.mttuki@pbnet.fi
Opinnäytetyö on yhteistyökumppanin kannalta tarpeellinen ja työtä tai työyksikköä kehittävää.			
Opinnäytetyön tekemisestä aiheutuviesta kuluista on sovittu seuraavaa:			
Opinnäytetyön tekijänoikeudet säilyvät tekijöillä, mutta muuten työn käytöstä sen valmistuttua on sovittu seuraavaa:			
Tätä sopimusta on tehty kaksi kappaletta, toinen Lahden ammattikorkeakoululle ja toinen yhteistyökumppanille.			
Opiskelijoiden allekirjoitukset			
Päiväys	20.3.2008	Tanja Ahola	Sari Laine
		(nimen selvennys)	(nimen selvennys)
		Tanja Ahola	SARI LAINE
		(nimen selvennys)	(nimen selvennys)
		(nimen selvennys)	(nimen selvennys)
Ohjaajan allekirjoitus			
Päiväys	27.3.2008	Helena Sillanpää	
		(nimen selvennys)	
Yhteistyökumppanin allekirjoitus			
Päiväys	20.3.2008	██████████	
		(nimen selvennys)	

Hyvä mielenterveyskuntoutuja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveysalan laitokselta ja valmistumme keväällä 2009. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä, jonka aihe on vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä MIETE ry:n kanssa. Tämän kyselyn tarkoituksena on saada kuva kokemastanne vertaistuesta ja selvittää kannattaako vertaistuki ottaa osaksi mielenterveyskuntoutusta. Pidämme tärkeänä kuulla juuri teidän kokemuksianne saamastanne ja antamastanne vertaistuesta. Kaikki kokemuksenne ovat tutkimuksemme kannalta ensiarvoisen tärkeitä ja merkittäviä.

Pyydämme teitä hyvät mielenterveyskuntoutujat ystävällisesti vastaamaan vertaistukea koskeviin avoimiin kysymyksiin. Vastaukset voi kirjoittaa vapaamuotoisesti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja tulemme käsittelemään vastaukset luottamuksellisesti. Tutkimustuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää hoitotyön kehittämisessä, sekä MIETE ry:n toiminnan kehittämisessä.

Kerromme mielellämme tutkimuksesta lisää. Mikäli teillä herää kysymyksiä aiheesta, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä alla oleviin sähköpostiosoitteisiin. Toivomme, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyymme, sillä juuri teidän vastauksenne mahdollistavat tämän tutkimuksen toteuttamisen.

Lämmin kiitos osallistumisestanne!

Tanja Ahola tanja.ahola@lpt.fi

Sari Laine lainsar1@lpt.fi

3. Mitkä ovat saamanne vertaistuen haitat?

4. Miten koette itse toisille antamanne vertaistuen?

5. Miten MIETE ry voisi mielestänne kehittää vertaistukitoimintaa?

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE!

AINEISTON PELKISTÄMINEN

Alkuperäisilmaisu aineistosta	Pelkistetty ilmaus
- "Samankaltaisia "elämän kolhuja "kokeneiden ihmisten "toista" ihmistä myötä "ymmärtävien vertaisten tapaamista. . . "	- Samassa elämäntilanteessa olevien tapaaminen
- "Voi tulla kuulluksi"	- Kuulluksi tuleminen
- "Keskustelua aroistakin asioista"	- Arkojen asioiden käsittely
- "Mahdollisuus toteuttaa itseään ja samalla auttaa muita"	- Muiden auttaminen
- "Se on tärkeä tuki"	- Tuki
- "Sisältöä elämään"	- Elämään sisältöä
- "Tieto ryhmän olemassaolosta ja seuraavasta tapaamisesta voi kannustaa arjessa"	- Vertaisryhmä kannustava tekijä arjessa
- "Työtukea siivoukseen. . . "	- Tukea arkeen
- "Kannustetaan, mutta ei vaadita"	- Ei vaatimuksia
- ". . . ja yhdessä oloa sekä toisilta "sosiaalisen hyväksynnän" mahdollistavan itsetunnon perustuvaa vakauden-> ihmisenä ihmiselle"	- Ihmisenä ihmiselle
- "Ei tarvitse tuntea yhdistyksessä muita huonommaksi"	- Samanarvoisuuden tunne
- "Ryhmässä ei ole yksin"	- Apua yksinäisyyteen
- "Pitää yllä toivoa, en ole yksin"	- Syrjäytymisen ennaltaehkäisy
- ". . . ja yhdessä oloa. . . "	- Yhdessä oleminen

AINEISTON RYHMITTELY

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> - Samassa elämäntilanteessa olevien tapaaminen - Kuulluksi tuleminen - Arkojen asioiden käsitteleminen - Auttaminen - Toisten samassa elämäntilanteessa olevien kuunteleminen - Tuki 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuen antamista ja saamista samassa elämäntilanteessa olevilta
<ul style="list-style-type: none"> - Elämään sisältöä - Vertaistuki kannustavana tekijänä arjessa - Tukea arkeen 	<ul style="list-style-type: none"> - Arjessa selviytyminen
<ul style="list-style-type: none"> - Ei vaatimuksia - Ihmisenä ihmiselle - Samanarvoisuuden tunne 	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaalinen hyväksyntä
<ul style="list-style-type: none"> - Apua yksinäisyyteen - Syrjäytymisen ennaltaehkäisy - Yhdessä oleminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Yksinäisyyden lievittyminen

AINEISTON ABSTRAHOINTI

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - Tuen antamista ja saamista samassa elämäntilanteessa olevilta - Yksinäisyyden lievittyminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuen antamista ja saamista samassa elämäntilanteessa olevilta
<ul style="list-style-type: none"> - Arjessa selviytyminen - Psyykinen kuntoutuminen - Sosiaalisten taitojen harjoittelu 	<ul style="list-style-type: none"> - Kuntoutuminen parantava tekijä
<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaalinen hyväksyntä 	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaalinen hyväksyntä
<ul style="list-style-type: none"> - Toivon ja uskon ylläpito 	<ul style="list-style-type: none"> - Toivon ja uskon ylläpito

Yläkategoria	Yhdistäväkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - Tuen antamista ja saamista samassa tilanteissa olevilta - Tuen antaminen merkittävää ja tärkeää - Psyykkisen tuen saaminen - Sosiaalinen hyväksyntä 	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionaalinen tuki
<ul style="list-style-type: none"> - Psyykinen hyvinvointi - Sosiaalinen hyvinvointi - Toimintakyvyn lisääntyminen - Kuntoutuminen parantava tekijä - Kuntoutusta ylläpitävä tekijä - Toivon ja uskon ylläpito - Vapautuminen syyllisyydestä ja häpeästä 	<ul style="list-style-type: none"> - Henkinen eheytyminen

