

”ME OLLAAN IHAN TAVALLISIA IHMISIÄ”

Palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien osallisuus

Tiivistelmä

Tekijät Lindroos, Erika Pelto, Emma	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 47 + 2	Valmistumisaika Kevät 2019
Työn nimi ”Me ollaan ihan tavallisia ihmisiä” Palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien osallisuus		
Tutkinto Sosionomi AMK		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli edistää mielenterveyskuntoutujien osallisuutta. Viherlaakson asukkaat ovat mielenterveyskuntoutujia ja opinnäytetyömme tavoitteena oli tutkia Viherlaakson asukkaiden osallisuutta, sekä tuottaa tietoa osallisuudesta hyödynnettäväksi kuntoutustyöskentelyssä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituina haastatteluina marraskuun 2018 aikana. Vapaaehtoiset haastateltavat (seitsemän henkilöä) valikoituivat Viherlaakson mielenterveyskuntoutujien keskuudesta. Tutkimuksessa noudatettiin hyvää eettistä toimintatapaa hävittämällä haastattelunauhut sekä litteroidut aineistot tutkimuksen lopuksi. Haastattelut analysoitiin abduktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tulokset jaoteltiin osallisuuden muodostumiseen, osallisuutta vahvistaviin ja osallisuutta estäviin tekijöihin. Tulokset olivat pääasiassa kannustavia – suurin osa haastatelluista koki elävänsä omannäköistä elämää. Kritiikkiä haastatellut antoivat joihinkin asukkaiden omiin asioihin, kuten rahaan liittyvän itsemääräämisoikeuden puutteesta sekä mielekkään tekemisen puutteesta Viherlaaksossa.</p> <p>Vertaisuus ja asioiden jakaminen niin omaan sairauteen kuin muihinkin asioihin liittyen nousi tutkimuksessa esiin. Kaikilla haastatelluilla oli kokemusta vertaistuesta, ja kaikki pitivät sitä mittaamattoman tärkeänä. Myös kuulluksi tuleminen välittyi haastattelujen kautta.</p>		
Asiasanat Mielenterveys, mielenterveyskuntoutus, kuntoutuminen, osallisuus, palveluasuminen, toipumisorientaatio		

Abstract

Authors Lindroos, Erika Pelto, Emma	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 47 + 2	Published Spring 2019
Title of publication “We’re just normal people” Inclusion of mental health rehabilitators living in sheltered housing		
Name of Degree Bachelor of social services		
Abstract <p>The purpose of our thesis was to promote the inclusion of mental health rehabilitators. The residents of Viherlaakso are mental health rehabilitators and the aim of our thesis was to study the inclusion of Viherlaakso residents and to provide information on inclusion as a method used in rehabilitation work.</p> <p>The study was conducted as half-structured interviews during November 2018. The seven volunteers were chosen among the customers of Viherlaakso. The taped interviews and transcribed data were destroyed after the study was conducted according to good and ethical study procedures. The interviews were transcribed and analyzed using an abductive content analysis.</p> <p>The results were segmented into three parts: Building inclusion, strengthening inclusion and obstructing inclusion. The results were mostly encouraging. The majority of the interviewed volunteers considered themselves to be able to lead their own lives. Some criticism arose from the lack of autonomy regarding personal finances and not having enough meaningful recreational activities available in Viherlaakso.</p> <p>Experiences of peer support and sharing experiences about their illnesses and other matters were also highlighted in the interviews. All the interviewees had experiences of peer support and considered it to be extremely important for them. The experience of being heard was also conveyed in their interviews.</p>		
Keywords Mental health, mental health rehabilitation, inclusion, sheltered housing, recovery approach orientation		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	2
2.1	Opinnäytetyön tausta.....	2
2.2	Tarkoitus ja tavoite.....	2
2.3	Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätio.....	3
3	MIELENTERVEYS.....	5
3.1	Mielenterveyden määritelmä.....	5
3.2	Mielenterveyden edistäminen	6
3.3	Mielenterveyden häiriöt.....	7
3.4	Mielenterveyskuntoutus	9
3.5	Kuntoutuminen ja muutostyö	10
3.6	Toipumisorientaatio	11
4	OSALLISUUS	14
4.1	Osallisuuden määritelmä	14
4.2	Mielenterveyskuntoutujien osallisuus.....	15
4.3	Osallisuuden edistäminen.....	17
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	19
5.1	Tutkimusmenetelmä	19
5.2	Tutkimusaineisto.....	19
5.3	Aineistonkeruu.....	20
5.4	Sisällönanalyysi ja tutkimuksen tulkinta	21
6	TULOKSET.....	24
6.1	Osallisuuden muodostuminen.....	24
6.2	Osallisuutta vahvistavat tekijät.....	27
6.3	Osallisuutta estävät tekijät	30
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	32
8	YHTEENVETO	35
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	35
8.2	Pohdinta	37
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Suomen hallitus ja Euroopan unioni ovat nostaneet osallisuuden edistämisen keskeiseksi keinoksi syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja köyhyden vähentämiseksi. Edistämällä osallisuutta voidaan vähentää eriarvoisuutta. (THL 2018d.) Mielenterveyskuntoutujat ovat usein eriarvoisessa asemassa, ja näin ollen ammattilaiset ovat avainasemassa asiakkaiden osallisuuden edistämässä. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa todetaan palvelujen käyttäjien todellisen osallistamisen palvelujen kehittämiseen olevan yksi hyvä menetelmä koostaa toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut (Moring, Bergman, Nordling, Markkula, Partanen, Soikkeli 2013, 3).

Suomessa mielenterveyden hoito on pitkään määritelty sairastaa – ei sairasta -näkökulmasta. Toipumisorientaatio eli Recovery approach orientation on vaihtoehto perinteiselle kuntoutukselle. Toipumisorientaatiossa ei tavoitella täydellistä paranemista tai paluuta aikaan ennen sairastumista vaan uuden itselle merkityksellisen elämän luomista. (Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto 2018.)

Yksi toipumisorientaatiota toteuttavista tahoista Suomessa on Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö, joka toimi opinnäytetyömme toimeksiantajana. Säätiön arvoja ovat osallisuus, vastuullisuus ja yhdenvertaisuus. Osallisuus on yksi toipumisen kulmakivistä. Säätiö edistää omalla toiminnallaan yhdenvertaisuutta ja vastuullisuutta sekä vahvistaa osallisuutta. Asiakkaiden osallisuutta vahvistetaan tukemalla oman elämän haltuunottoa. Osallisuus on myös yksi säätiön palvelulupauksista sekä toipumisorientaation pääperiaatteista. (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö 2018f.)

Opinnäytetyömme aiheena on mielenterveyskuntoutujien osallisuus. Opinnäytetyömme raportissa avaamme aluksi hyvää mielenterveyttä ja sen edistämistä sekä perehdymme mielenterveyshäiriöihin ja psykoosisairauksiin. Käymme läpi teoriaosuudessa toipumisorientaation pääperiaatteita ja avaamme osallisuuden käsitettä. Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys koostuu näiden käsitteiden avaamisesta. Opinnäytetyömme toimintaympäristönä toimi Viherlaakson palvelukeskus, jossa asuu mielenterveys- ja päihdekuntoutujia.

Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisena tutkimuksena puolistrukturoidun haastattelun menetelmällä. Kysymykset nousivat osallisuuden teoreettisesta viitekehyksestä, ja siitä johtuen päädyimme abduktiiviseen sisällönanalyysiin. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina haastateltavien aktiivisemmän ja avoimemman osallistumisen mahdollistamiseksi. Raportissa käytetään rinnakkain käsitteitä kuntoutuja, asiakas ja palvelunkäyttäjä.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Opinnäytetyön tausta

Idea opinnäytetyön aiheesta syntyi talvella 2018. Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön (myöhemmin säätiö) toiminnan viitekehyksenä toimiva toipumisorientaatio ja asukkaiden osallisuus on ajankohtainen ja ammatillisesti kiinnostava aihe. Aiheesta käytiin keskustelua säätiön johdon kanssa, ja sille saatiin hyväksyntä. Halusimme lähteä toteuttamaan tätä ainutlaatuista ja mielenkiintoista tutkimusta, jonka avulla saisimme kerättyä arvokasta tutkimustietoa mielenterveyskuntoutujien osallisuudesta.

Toinen tutkijoista työskentelee Viherlaaksossa ohjaajana sekä tiiminvetäjänä ja on aiemmalta koulutukseltaan mielenterveys- ja päihdetyön lähihoitaja. Työkokemuksen kautta osaaminen mielenterveystyöstä ja kuntoutuksesta on vahvaa, ja sosionomiopinnot ovat tuoneet lisäosaamista aikuisten parissa tehtävään sosiaalityöhön. Sosionomien erityisenä tehtävänä onkin ehkäistä syrjäytymistä ja edistää osallisuutta (LAMK 2019). Työn ohessa opiskelu on tuonut tullessaan paljon hyvää teorian ja käytännön yhdistämisen kautta.

Toinen tutkijoista on alanvaihtaja, jolla ei ole aiempaa työkokemusta sosiaali- tai terveysalalta lukuun ottamatta A-Klinikan vieroitushoitoyksikössä, huumevieroitusyhteisössä ja kuntoutusyhteisössä suorittama aikuissosiaalityön harjoittelujaksoa. Kiinnostus mielenterveys- ja päihdepuolen sosiaalityöhön on harjoittelujakson myötä lisääntynyt, ja harjoittelujakso konkretisoi mielenterveys- ja päihdetyössä tarvittavaa osaamista sosionomin osalta.

2.2 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää mielenterveyskuntoutujien osallisuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia ja tuottaa tietoa Viherlaakson asukkaiden osallisuuden kokemuksista hyödynnettäväksi kuntoutustyöskentelyssä. Osallisuus on yksi toipumisen kulmakivistä, joten siitä on tärkeää tuottaa tutkittua tietoa (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiö 2018f). Tutkimustulosten myötä tehdään mahdollisia kehittämissuhteita asukkaiden osallisuuden edistämiseksi.

Päättökysymyksemme on: Mitä osallisuus on mielenterveyskuntoutujan elämässä?
Alatutkimuskysymykset ovat: Mistä osallisuuden tunne muodostuu? Mitkä tekijät vahvistavat osallisuutta? Mitkä tekijät voivat estää osallisuutta?

2.3 Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. Säätiö on Lahdessa ja Lahden seudulla toimiva voittoa tavoittelematon, alueellinen ja yleishyödyllinen yhteisö, joka kuuluu Suomen sosiaalipsykiatrisen yhteisöjen keskusliiton jäsenjärjestöihin. Säätiö tuottaa mielenterveyspalveluja sekä kouluttaa ja toimii työnantajana. Säätiön toiminnan tarkoituksena ovat mielenterveyden edistäminen, mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen sekä avohuollon piiriin kuuluvien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hyvinvoinnin ja osallisuuden lisääminen. Työskentelyä ohjaavat osallisuus, vastuullisuus ja yhdenvertaisuus. (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö 2018a.)

Säätiö tuottaa psykososiaalisen kuntoutuksen palveluita ja asumispalveluita. Asumispalvelut jakautuvat palveluasumiseen, tehostettuun palveluasumiseen sekä nuorten tuettuun asumiseen. Palveluasuminen soveltuu henkilöille, jotka eivät tarvitse hoitohenkilökunnan ympärivuorokautista läsnäoloa, mutta arkipäivän toiminnot edellyttävät harjaannuttamista. Säätiön palveluasumisen keskuksista kaksi sijaitsee Lahdessa ja yksi Heinolassa. (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö 2018b ja 2018c.)

Viherlaakson palvelukeskus

Viherlaakson palvelukeskuksessa on 48 palveluasumiseen tarkoitettua asuntoa. Yksikössä asuu pääasiassa yli 35-vuotiaita mielenterveyskuntoutujia. Viherlaakson palvelukeskus tuottaa kuntouttavaa palveluasumista niille, joiden toimintakyky estää vähemmän tuetun tai itsenäisemmän asumisen, mutta jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista ohjausta, neuvontaa ja valvontaa. (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö 2018d.)

Viherlaaksossa asuminen on tavoitteellista, ja siellä harjoitellaan intensiivisesti arkielämän taitoja. Ensisijaisena tavoitteena on vähemmän tuettuun asumiseen muuttaminen. Toimintaa ohjaavat toipumisorientaation keskeiset periaatteet, joita ovat toivo, kohtaaminen, toimijuus ja osallisuus. Asukkaita tuetaan oman elämän haltuunotossa. Oman elämän haltuunotossa pyritään siihen, että asukas pystyy hyväksymään sairautensa, löytämään elämänsä toivoa sekä luottamaan itseensä. Tärkeimpiä tavoitteita ovat asukkaiden osallisuuden lisääminen sekä elämän tarkoituksen löytyminen. Työntekijöiden tehtävänä on tukea ja rohkaista asukkaita ottamaan enemmän vastuuta omasta elämästään ja sitä kautta muuttua vastaanottajasta toimijaksi. (Viherlaakson palvelukeskuksen omavalvontasuunnitelma 2018.)

Viherlaaksossa tehtävässä kuntoutustyössä korostuu toipumisorientaation mukaisesti itsemääräämisoikeuden periaate – asukkailla on oikeus päättää, minkälaisen elämän he haluavat itselleen rakentaa. Kuntoutus keskittyy voimavarojen ja hyvinvoinnin tukemiseen

sekä asukkaiden itse määrittelemiін tavoitteisiin. Kuntoutumisen tarkoituksena ei ole parantua tai palata entiseen, vaan asukkaille pyritään rakentamaan yhteistyön avulla mahdollisimman hyvä, oman näköinen ja mielekäs elämä, jota on hyvä elää sairaudesta huolimatta. (Anonyymi 2018.)

Viherlaaksossa kaikille asukkaille tehdään yksilölliset kuntoutussuunnitelmat yhdessä asukkaan verkoston sekä tilaajan kanssa. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan asukkaan omat päätavoitteet ja lyhyemmän aikavälin tavoitteet. Myös tuen tarve kirjataan yhdessä suunnitelmaan. (Viherlaakson palvelukeskuksen omavalvontasuunnitelma 2018.) Kuntoutussuunnitelman teossa käytetään apuna Muutoksen ruori -itsearviointimittaria. Mittarissa on kahdeksan eri osa-aluetta, jotka ovat arjen hallinta, psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, itsestä huolehtiminen, riippuvuudet, opiskelu ja työ tai muu merkityksellinen ajankäyttö, itsetuntemus sekä luottamus ja toivo. Itsearviointimittarin avulla asukkaat pystyvät hahmottamaan kokonaisemman kuvan toipumisestaan sekä huomioimaan ne elämän osa-alueet, joissa tarvitsevat vielä muutosta ja tukea. (Muutoksen ruori 2017.) Asukkaille tehdään myös toiminnalliset viikko-ohjelmat, jotka pohjautuvat kuntoutussuunnitelman tavoitteisiin. Asukkaat saavat itse päättää viikko-ohjelmansa sisällön, eli mitä he minäkin päivänä haluavat tehdä. (Anonyymi 2018.)

3 MIELENTERVEYS

3.1 Mielenterveyden määritelmä

Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta (THL 2018a). THL: n (2018b) mukaan hyvä itsetunto, tunne oman elämähallinnasta, optimismi, mielekäs toiminta, keinot toimia vastainkäymisissä sekä taito solmia sosiaalisia suhteita kuuluvat hyvään mielenterveyteen. Maailman terveysjärjestö WHO: n (2005) mukaan mielenterveys on sellainen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sietää normaalielämään kuuluvaa stressiä ja kykenee työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti sekä toimii yhteisön jäsenenä.

Mielenterveyden määrittelyt eroavat toisistaan lähestymistavasta riippuen. Sairauslähtöisessä lähestymistavassa mielenterveys nähdään oireiden puuttumisena. (Lönnqvist & Lehtonen 2014.) Positiivisen lähestymistavan mukaan mielenterveys on voimavara, jota on kaikilla – toisilla enemmän, toisilla vähemmän. Ihminen, joka kokee voivansa hyvin, voi sanoa mielenterveyttään hyväksi. Henkilöillä, joilla on mielenterveyden häiriöitä, on yleensä voimavaroja selviytyä joistakin elämän osa-alueista hyvin, mutta joistakin osa-alueista huolehtimiseen voimavarat eivät riitä. Aiemmin on ajateltu, että hyvä mielenterveys olisi sairauksien ja oireiden puuttumista, mutta kyseinen ajatusmalli on vanhentunut, ja tänä päivänä puhutaan enemmän positiivisesta mielenterveydestä. (Hätönen, Kurki, Larri & Vuorilehto 2014, 13.)

Positiivisen mielenterveyden määrittelyyn liittyy salutogeneesiteoria, joka on israelilais-amerikkalaisen Aaron Antonovskyn esittämä teoria mielenterveyden alkuperään liittyen. Salutogeneettinen malli perustuu koherenssin tunteeseen ja yleisiin vastustusvoimiin. Koherenssin tunteella tarkoitetaan tapaa nähdä maailma ymmärrettävänä ja hallittavana paikkana. Yleiset vastustusvoimat auttavat moninaisten stressitekijöiden käsittelyssä ja ovat edellytys koherenssin tunteen synnylle. (Eriksson & Lindström 2014, 70-71.)

Mielenterveys on psyykinen tila, joka muovautuu koko ihmisen eliniän ajan. Positiivinen mielenterveys ei tarkoita mielenterveyden häiriöiden puuttumista vaan mielen hyvinvointia. Henkilöllä voi siis olla mielenterveydellisiä haasteita, mutta mieliala on yleisesti ottaen hyvä ja henkilö pärjää tilanteensa kanssa. (Appelqvist-Schmidlechner, Nordling, Solin, Tamminen & Tuisku 2016, 1759.) Positiivisen mielenterveyden haasteena on sen monimuotoisuus ja mitattavuus. Mittareita, jotka mittaisivat nimenomaan hyvää mielenterveyttä eikä vain siihen liittyviä tekijöitä, ei ole vielä keksitty. Tähän asti mielenterveyttä on tutkittu pääasiassa häiriöiden ja oireiden näkökulmasta, mutta tulevaisuudessa mielenterveyden tutkimus ja määritelmä muuttunevat. Yksi esimerkki tästä on Warwick-Edinburgh Mental

Well-Being Scale (WEMWBS), jossa myös mielenterveyden positiivinen puoli tulee huomioiduksi mielenterveyttä arvioitaessa. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1764.)

3.2 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistämistä tapahtuu kaikkialla ja kaiken aikaa. Yleisesti ottaen kaikkea toimintaa, jonka avulla ihmisten elinolosuhteita ja ympäristöä pyritään parantamaan, voidaan kutsua mielenterveyden edistämiseksi (Hätönen ym. 2014, 15). Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on lisätä mielenterveyttä suojaavia ja vahvistavia tekijöitä. Hyvän mielenterveyden toteutumista tuetaan, ja yhteisötasolla positiivisen mielenterveyden lisäämisellä saattaa olla ehkäisevä vaikutus mielenterveyshäiriöiden syntymiseen. (THL 2018b.)

Edistävää mielenterveystyötä toteutetaan erilaisissa ympäristöissä ja eri tasoilla. Työ on laaja-alaista, ja sen tulisi toteutua yksilöiden, vapaaehtoisjärjestöjen, Suomen hallituksen, teollisuuden toimijoiden ja median toimesta. Mielenterveyttä edistää yksilöiden pärjävyyden vahvistaminen sekä niiden perheiden ja yhteisöjen tukeminen, joissa yksilöt elävät, tekevät työtä, opiskelevat ja leikkivät. Pärjävyyttä vahvistetaan viemällä edistävää ja ehkäisevää työtä perheen, koulun, työpaikkojen ja yhteisöjen alueelle sekä tuottamalla näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, yleistä tietoa ja hyväksyntää mielenterveysasioihin liittyen. (Power 2010, 2343–2346; Muñoz, Beardslee & Leykin 2012, 285–295; Wahlbeck 2015, 36-42.)

Mielenterveyslaki määrittelee, että mielenterveystyön avulla on väestön elinolosuhteita kehitettävä sellaisiksi, että ne ennaltaehkäisevät mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat riittävien mielenterveyspalvelujen järjestämistä niitä tarvitseville (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Samuli Koskisen (2016, tiivistelmä) pro gradu -tutkielman yhtenä tuloksena on kuvaus mielenterveysasiakkaiden hyvin toimivista peruspalveluista. Kuvaus on yhteneväinen kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ajatuksen kanssa, jonka mukaan asiakkaan tulisi saada tarvittavat palvelut ensisijaisesti yhden luukun periaatteella.

Mielenterveyttä pyritään edistämään lisäämällä suojaavia tekijöitä. Yhteiskunnallisilla olosuhteilla on merkitystä mielenterveydelle. Turvallisuus ja tasa-arvo ovat tärkeässä asemassa. Koulutus, hyvät ihmissuhteet, mieluinen työpaikka sekä perimä ovat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. Suojaavien tekijöiden vastakohtat tai puuttuminen kokonaan voivat heikentää mielenterveyttä. Mielenterveystyön avulla pyritään suojatekijöiden lisäämisen ohella poistamaan näitä heikentäviä tekijöitä, kuten kiusaamista, köyhyyttä ja eriarvoisuutta. (Hätönen ym. 2014, 15.)

3.3 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyshäiriöt ovat sairausryhmä, joka heikentää elämänlaatua enemmän kuin monet fyysiset sairaudet (Suvisaari 2010, 17). Globaalisti tarkasteltuna mielenterveyden häiriöt ovat suurin toimintakyvyn vajetta aiheuttava tekijä (Global Burden of Disease Study Collaborators 2013, 743–800). Mielenterveyshäiriöiden aiheuttama taakka on lisääntynyt 37,6 % vuosien 1990 ja 2010 välillä. Taakka ilmenee menetettyinä elinvuosina, ennenaikaisen kuoleman aiheuttamina menetettyinä elinvuosina sekä menetettyinä terveinä elinvuosina. (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine, Charlson, Norman, Flaxman, Johns, Burstein, Murray & Vos 2013; 1575–1586.) Terveys 2011 –tutkimuksen mukaan 17 % suomalaisista naisista ja 14 % suomalaisista miehistä oli kärsinyt edeltävän kuukauden aikana merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta. Masennusjakson oli sairastanut viimeisen vuoden aikana seitsemän prosenttia naisista ja neljä prosenttia miehistä. Vakavaa työuupumusta esiintyi naisista kolmella ja miehistä kahdella prosentilla. (Suvisaari, Ahola, Kiviruusu, Korkeila, Lindfors, Mattila, Markkula, Marttunen, Partonen, Peña, Pirkola, Saarni, Saarni & Viertiö 2012, 98-99.)

Mielenterveyden häiriöt ovat yleinen nimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille, eli oireyhtymille, joista aiheutuu ihmiselle kärsimystä tai haittaa ja joihin liittyy merkittäviä psyykkisiä oireita. Vakavimmissa mielenterveyden häiriössä ihmisen toimintakyky ja elämänlaatu voivat alentua merkittävästi. Vaikka vakavat mielenterveyden häiriöt aiheuttavat usein myös kärsimystä, voi sairaudesta huolimatta hyvän hoidon ja riittävän tuen turvin elää hyvää ja itseä tyydyttävää elämää. (THL 2018c.)

Mielenterveys voi kuormittua elämän eri vaiheissa monista eri syistä. Tilapäiset ongelmat mielenterveyden kanssa ovat täysin normaaleja, ja on tärkeää kyetä erottamaan varsinaiset mielenterveyden ongelmat tilapäisistä oikean hoidon varmistamiseksi. Vakavien mielenterveyden häiriöiden taustalla on usein useamman altistavan tekijän summa, jonka jokin yksittäinen stressitekijä lopulta laukaisee. (THL 2018c.) Sairaudelle tunnusomaiset piirteet lähtevät muodostumaan erilaisten osatekijöiden vaikutusten kasvaessa niin suuriksi, ettei yksilö kykene selviytymään niistä. Ihmisessä käynnistyy tällöin biologisia sekä psykologisia reaktioita. Yleisesti on ajateltu, että vakavien mielenterveyden häiriöiden taustalla olisi aivojen aineenvaihdunnan poikkeavuuteen liittyvä perinnöllinen alttius. Varsinaiset psyykkiset sairaudet tarvitsevat kuitenkin kehittyäkseen myös psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. (Härkäpää & Järvikoski 2011, 233.)

Mielenterveysongelmat ja niihin liittyvä häpeäolema saattavat asettaa avun hakemiselle korkean kynnyksen. Mielenterveysongelmainen saatetaan kokea oudoksi ja jättää yhteisön ulkopuolelle. Taustalla on usein ympäristön ymmärtämättömyyttä, ennakkoluuloja ja

negatiivista asennetta. Mielenterveysongelmista kärsivät voivat kokea itsensä arvottomiksi ja jättää kertomatta ongelmistaan läheisille. Läheisten tuki mielenterveysongelmalliselle voisi kuitenkin olla korvaamattoman arvokasta, ja syrjäytymistä voitaisiin tätä kautta ehkäistä. (Hätönen ym. 2014, 16.)

Psykoosisairaudet

Psykoosi on sairaus, jossa todellisuudentaju hämärtyy vakavasti. Vakavin ja yleisin psykoosin muoto on skitsofrenia. Psykoosi voi puhjeta myös fyysisen sairauden, kuten aivotai umpierityssairauden, tulehduksen, nestetasapainon häiriön tai lääkkeiden ja päihteiden käytön seurauksena. Ikäihmisillä elimellisistä syistä johtuvat sekavuus- ja harhaisuustilat ovat tavallisia, ja fyysisen sairauden pikainen hoitaminen rauhoittaa usein myös psyykettä. (Hätönen ym. 2014, 168-169.)

Skitsofrenia puhkeaa noin joka sadannella nuorella aikuisella. Tyypillisiä oireita ovat ajatteluun ja havaitsemiseen liittyvät vääristymät sekä aistiharhat. Skitsofreenikon toimintakyky tavallisesti laskee ja tunneilmaisu laimenee. Itsemurhariski on skitsofreniapotilailla melko korkea. Skitsofreniasta on eri tyyppisiä muotoja; osalla skitsofreenikoista oireilu on jatkuvaa, mutta he kykenevät tunnistamaan harha-aistimukset. Toisilla sairaus on enemmän jaksottunutta, jossa jaksojen välillä voi olla oireettomia tai lähes oireettomia kausia. (Hätönen ym. 2014, 169.)

Skitsofreniapotilaita yhdistää se seikka, että positiivinen oireisto vaihtelee mutta negatiivinen oireisto on luonteeltaan melko muuttumatonta (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2010, 73-139). Kognitiivisten toimintojen häiriöt yleensä jatkuvat yleensä senkin jälkeen, kun positiiviset oireet on saatu helpottumaan lääkehoidon avulla (Muzio, Oksanen, Luoma, Kimmelma-Paajanen & Ruohonen 2010, 909-914; Green, Schooler, Kern, Frese, Granberry, Harvey, Karson, Peters, Stewart, Seidman, Sonnenberg, Stone, Walling, Stover & Marder 2011, 400-407). Koska kognitiivisten toimintojen on todettu heikenevän skitsofreniapotilailla, häiriöt näissä toiminnoissa ovat skitsofreniassa olennaisin sairautta määrittävä piirre (Shrivastava, Johnston, Shah, Thaker & Stitt 2011, 194-199).

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n Käypä hoito -työryhmän mukaan skitsofrenia pohjautuu alttius-stressi -malliin (Salokangas, Honkonen, Jyväsjärvi, Koponen, Laukkala & Wahlberg 2001). Mallia on täydennetty huomioimalla suojaavien tekijöiden vaikutus koetun kuormituksen kokonaismäärässä (Corcoran, Walker, Huot, Mittal, Tessner, Kestler & Malaspina 2003, 671-692). Nykykäsityksen mukaan skitsofreniapotilaiden neurologiset poikkeamat tekevät heidät erityisen herkiksi ympäristön kuormitukselle. Liiallinen kuormitus saattaa laukaista psykoosin henkilöllä, joka on herkkä kuormitukselle ja jolla on lisäksi biologinen alttius reagoida kuormitukseen psykoottisesti.

(O'Connor 1994, 231-237). Haarakangas ja Seikkula (1999, 161-171) näkevät psykoosissa dialogisen ongelman – psykoositilassa oleva ihminen kokee ympäristönsä ja tilanteensa toisen havainnoista poikkeavalla tavalla. Psykoottinen ihminen tulkitsee aistiensa ja kokemaansa merkityksin, joita kanssaihminen on vaikea nähdä tai ymmärtää.

Lähes kaikki sairastuneet saavat apua psykoosioireistoa lievittävästä lääkityksestä, jolla pyritään sekä lyhentämään sairausjaksoja että estämään uusia. Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi monelle skitsofreniaa sairastavalle psyko-, perhe- ja pariterapioiden ohella. Skitsofreniaa hoidetaan pääasiassa avohoitona, ja sairaalajaksot pyritään pitämään lyhyinä. Hoidon haasteena on potilaiden huono sitoutuminen sairautensa hoitoon. Lääkehoidon keskeytymisellä on selvä yhteys psykoosin uusiutumiseen. Skitsofreniapotilaille on lisäksi keskimääräistä suurempi alttius sairastua päihderiippuvuuteen. Kaksoisdiagnoosipotilaita hoidetaan tavallisesti erikoissairaanhoidossa päihdepsykiatrian poliklinikalla. (Hätönen ym. 2014, 174.)

3.4 Mielenterveyskuntoutus

Kenen tahansa mieli voi sairastua. Osaa mielen sairauksista voidaan hoitaa, mutta sairauden kanssa voi myös oppia elämään oikeanlaisen hoidon ja tuen avulla. Kuntoutuminen on yksilöllinen, usein hidaskäyttöinen prosessi, jossa tarvitaan tukea, tietoa ja turvallista ympäristöä. Ohjaajan ammattitaito korostuu kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Kuntoutuminen on muutosta, joka etenee yksilön omien tavoitteiden ja voimavarojen mukaan. Paras asiantuntija omalle kuntoutumisprosessille on aina kuntoutuja itse. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.)

Mielenterveyslain (14.12.1990/1116, 4§) mukaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä kysyntää vastaavat mielenterveyspalvelut, joiden sisältö ja laajuus ovat suhteessa tarpeisiin. Mielenterveyskuntoutusta voidaan tarvita yhtä lailla tilapäisissä haasteissa kuin vaikeissa mielen sairauksissa. Mielenterveysongelmat ja sairastuminen voivat aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn heikkenemistä ja kuntoutuksen avulla pystytään edistämään kuntoutujan osallistumismahdollisuuksia. (Mielenterveystalo 2018a.) Rissanen (2007) määrittelee kuntoutusta toimintana, josta yksilö saa hyvää ja samanaikaisesti yhteiskuntaa hyötyä (Järvikoski & Härkäpää 1995a, 12; Järvikoski 1996, 1, Rissanen 2007, 77 mukaan).

Mielenterveyskuntoutus ja hoito ovat edelleen käsitteinä vaikeasti eroteltavissa. Yksinkertaistettuna hoidon tavoitteena on vähentää sairastuneen oireita sekä helpottaa sairaudesta johtuvaa hätää ja ahdistusta. Mielenterveyshoidon tulisi aina perustua hoitosuunnitelmaan, jonka pohjalla on psykiatrinen diagnoosi. Hoitokeinoina käytetään lääkehoitoa

sekä psykoterapiaa, toisaalta psykoterapiaa käytetään hoidon lisäksi myös kuntoutuksen tukena. Mielenterveyskuntoutuksessa huomioidaan ihmisen kokonaistilanne ja pyritään tukemaan elämässä ja arjessa selviytymistä elämäntilanteeseen sopivissa sosiaalisissa rooleissa ja toimintaympäristöissä. (Härkäpää & Järvikoski 2011, 237.)

Elämänhallinta on yksi kuntoutumisen keskeisiä käsitteitä ja kokemuksellisenä se liittyy olennaisesti itsenäisyyden sekä omatoimisuuden käsitteisiin. Elämänhallinta voidaan nähdä kuntoutuksen näkökulmasta arjesta sekä erilaisista elämään kuuluvista rooleista suoriutumisenä. Mielenterveyskuntoutujien käsitys elämänhallinnasta saattaa olla sairauden vuoksi heikko. Itseensä voi olla vaikea uskoa ja luottaa, eikä omien tekojen syy- ja seuraussuhteita aina ymmärretä. Mielenterveyskuntoutuja voi kokea, että koko elämä on sairauden tai muiden ulkoisten voimien hallinnassa, eikä siihen voi itse juurikaan vaikuttaa. Heikentynyt toimintakyky ja heikko elämänhallinta voivat johtaa riippuvuuteen, jossa mielenterveyskuntoutujan on helpompi toimia ja tehdä niin kuin muut sanovat. Riippuvuus ei yleensä ole tietoinen valinta, vaan kuntoutuja tuntee pelkoa ja uskoo oireiden pahenevan, jos hän koettaa selviytyä omaan elämään liittyvistä asioista itsenäisemmin. Tällaisessa tilanteessa kuntoutujaan pyritään valamaan uskoa, että elämä on muutakin sairaus eikä oman elämän tarvitse olla toisten ihmisten hallitsemaa. Mielenterveyskuntoutujien oman elämän hallintakäsitysten parantaminen on eräs mielenterveyskuntoutuksen tavoitteista. (Koskisuus 2004, 13-15.)

Patricia Deegan (1988, 15) kuvaa kuntoutumista prosessina, jossa kuntoutuja ottaa kaksi askelta eteen ja yhden taakse päin. Tämä tarkoittaa, että kuntoutumisprosessi ei ole lineaarinen, vaan välillä kuntoutuja vetäytyy tai taantuu, jonka jälkeen hän aloittaa taas uudestaan. Kuntoutuja ottaa suunnan kohti tulevaisuutta ja tulee osaksi ympäröivää yhteisöä. Kuntoutujan tulee löytää voimaantumisen ja ottaa elämänhallinta omiin käsiinsä. Deegan toteaa, että yksilön tärkein tavoite on työskennellä ja elää yhteisön jäsenenä.

3.5 Kuntoutuminen ja muutostyö

Kuntoutuminen on henkilökohtainen ja yksilöllinen muutosprosessi, joka tapahtuu suhteessa omaan itseen sekä ympäristöön. Tällaista muutosprosessia on mahdollista tukea ja ohjata kuntoutuksen eri menetelmillä, mutta niillä ei voida määrätä muutoksen vauhtia, mitä siihen kuuluu tai millä tavoin se etenee. Kuntoutuminen on muutosta, joka tapahtuu kuntoutujassa. (Koskisuus 2004, 24.) Rissanen (2007, 82-83) määrittelee kuntoutumisen tärkeimmäksi vaatimuksesi kärsivällisyyden. Yleensä kuntoutus kestää pitkään ja etenee hitaasti. Arjessa otetaan pieniä askeleita kohti omia tavoitteita ja muutosprosessi voi olla hidasta sairauksissa, jotka ovat kestäneet pitkään.

Kuntoutumista voidaan kuvailla pitkänä matkana, jossa kuntoutuja etsii oman reittinsä, mutta tarvitsee perille pääsemiseksi toisten ihmisten tukea ja apua. Kun ihminen lähtee kulkemaan kuntoutumisen polkua ja käymään läpi muutosprosessia, hän hyväksyy oman sairautensa ja luo itselleen uuden minäkuvan, jossa psyykinen häiriö on vain osa identiteettiä. Mielenterveysongelman hyväksyminen, toivon herättäminen, aktiivinen osallistuminen sekä vastuunotto omasta elämästä ovat keskeisiä kuntoutumista määritteleviä teemoja. (Hyväri & Salo 2009, 20-21.)

3.6 Toipumisorientaatio

Viime aikoina toipumisella on alettu viitata henkilökohtaiseen toipumiseen. Henkilökohtaisella toipumisella tarkoitetaan sosiaalisesti mielekkään elämän viettämistä mahdollisen kliinisen toipumisen jäädessä vähäisemmäksi. Kuntoutujaa pyritään opastamaan elämään mahdollisimman hyvää elämää sairaudesta huolimatta. (Korkeila 2017, 2865.) Toipumista eivät kuvaa oireiden lievittyminen tai retkahdusten ehkäisyssä onnistuminen, vaan toipujien kokemus elämänlaadusta ja elämönhallinnasta (Kankaanpää & Kurki 2013, 10-11). Vakavasta psykiatrisesta sairaudesta kärsivä voi toipua parempaan elämään, vaikka oireisto olisi ajoittain vaikeakin (Korkeila 2017, 2865).

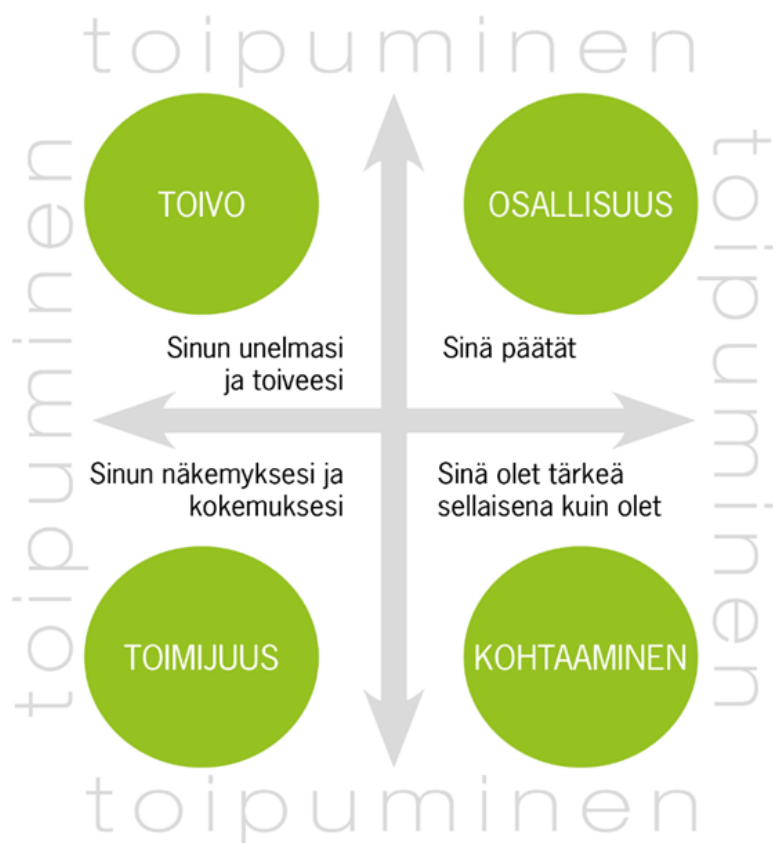
Yliääkäri, psykiatrian professori Jyrki Korkeila kertoo Lääkärilehden pääkirjoituksessaan 1950-luvun puolivälissä alkaneesta Vermontin kuntoutusprojektista, jossa oli ajatuksena tiedustella mielisairaalan asukkailta, mitä he omasta mielestä tarvitsivat päästäkseen pois sairaalasta (Chittick, Brook, Irons & Deane 1961, Korkeilan 2017 mukaan). Bostonin yliopiston psykiatrisen kuntoutuskeskuksen johtaja William Anthony alkoi kehittää uutta henkilökohtaiseen toipumiseen perustuvaa kuntoutusmallia. Kuntoutujia kirjattiin yliopiston opiskelijoiksi, joiden tavoitteena oli oppia mahdollisuuksista edistää omaa kuntoutumista. Yliopiston opiskelijan roolin omaksuminen potilaan roolin sijaan innosti kuntoutujia edistämään omaa toipumistaan ja siirtymään pois sairastuneen roolista. (Anthony 1992, 164-171, Korkeilan 2017 mukaan.)

Korkeila jatkaa artikkelissaan henkilökohtaisen toipumisen kuvaamista kertoen sen olevan matka kohti parempaa elämää sairaudesta huolimatta. Vetäytymisen sijaan pyritään sosiaalisuuteen ja henkiseen kasvuun. Henkilökohtaisen toipumisen aikana omatoimisuuden kokemus vahvistuu, omat vahvuudet ja heikkoudet hahmottuvat paremmin, omia taitoja oppii hyödyntämään paremmin ja kokemus toipumisesta vahvistuu. (Davidson & Strauss 1992, 131-145, Korkeilan 2017 mukaan.) Toipumisen mahdollistamiseksi kuntoutujan tulee voida vaikuttaa hoitopäätöksiin ja tehdä itseä koskevia valintoja. Avoimuuden ja rehellisyyden periaatteet, toivon ilmapiirin luominen ja ylläpitäminen mielenterveyspalveluissa edistävät tätä. (Korkeila 2017, 2865.)

Toipumisorientaatio säätiön toiminnan viitekehyksenä

Vaikka toipumisorientaatiosta eli recoverysta on hiljalleen tullut keskeinen menetelmä mielenterveyspalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen monissa maissa, Suomessa recovery tunnetaan vielä kohtalaisen heikosti. Tilanne on kuitenkin muuttumassa. Toipumisorientaatioissa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys sekä positiivinen mielenterveys. (Nordling 2018, 1476-1482.) Perinteinen lääketiede jakaa ihmiset sairaisiin ja terveisiin. Recoveryssa ei tavoitella täydellistä parantumista tai oireiden poistumista vaan itselle uuden merkityksellisen elämän luomista. (Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto 2018.)

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön kuntoutusohjelma perustuu toipumisorientaatioon. Palveluita kehitetään yhteistyössä Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliiton sekä kansainvälisten toimijoiden kanssa. Kuntoutusohjelma sisältää toipumisorientaation pääperiaatteiden lisäksi palvelulupaukset, erilaiset työmenetelmät sekä työvälineet. Kuva 1 havainnollistaa toipumisorientaation pääperiaatteita. ”Toipumisorientaation keskiössä ovat merkityksellinen elämä, identiteetti, usko ja toivo, osallisuus ja ihmissuhteet sekä valtaistuminen”. (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiö 2018f.) Säätiö haluaa edistää asiakkaiden toipumisorientaation tuntemusta ohjaamalla asiakasta hänen toipumis- ja kuntoutumisprosessissaan recoveryn periaatteiden mukaisesti (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiö 2018f).



KUVA 1. Toipumisorientaation pääperiaatteet (Suomen sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto 2018)

Recovery-orientoituneesti toimivissa organisaatioissa keskeinen voima on yksilön kokemus. Palvelut lähtevät käyttäjien tarpeista, eivät ammattilaisten määrittelyistä. Henkilökunta pyrkii järjestämään palvelunkäyttäjän käyttöön sellaisia resursseja, jotka edesauttavat elämänhallintaa. Ammattilaisten tietoa tarvitaan esimerkiksi eri hoitovaihtoehtojen tuntemisessa ja ryhmien toiminnan ohjaamisessa. Sekä palvelunkäyttäjien että ammattilaisten osaamista ja tietotaitoa tarvitaan. (Nordling 2018, 1476-1482.)

4 OSALLISUUS

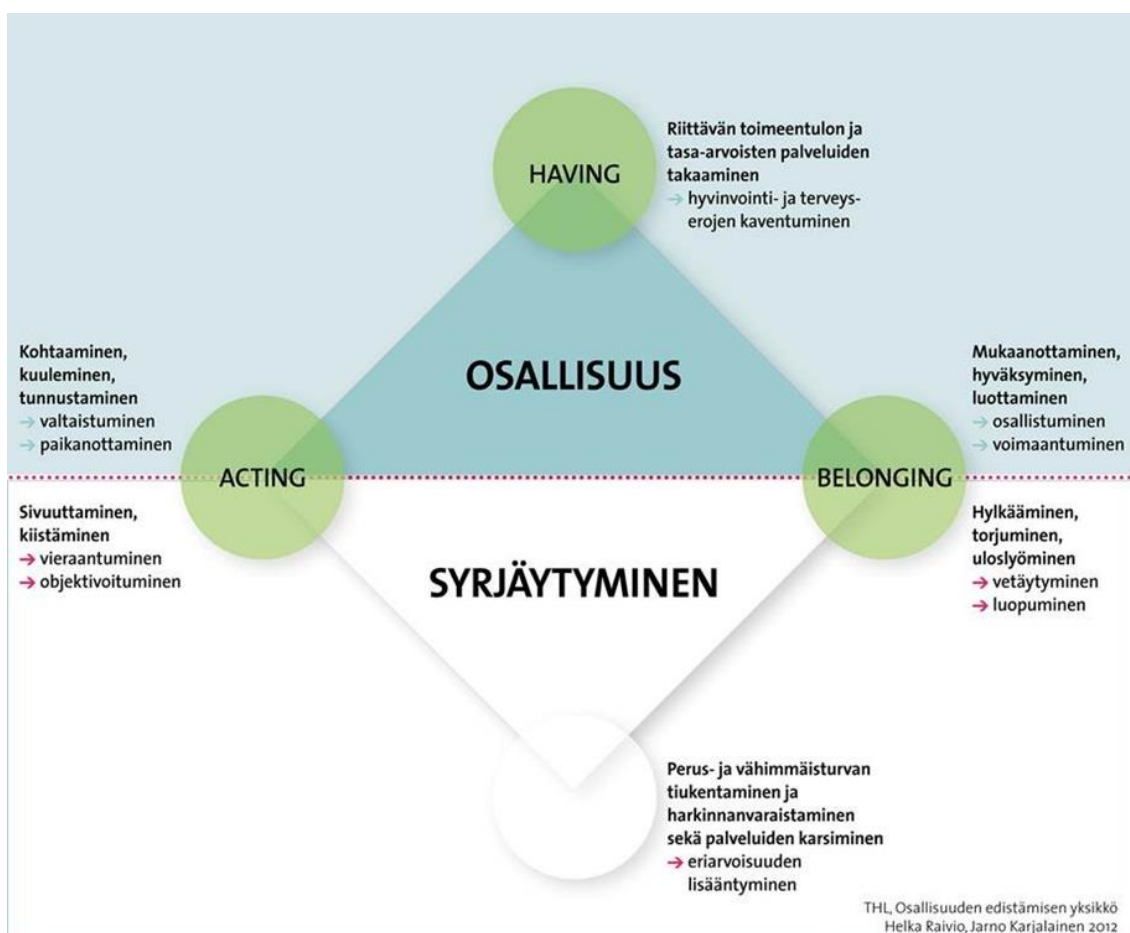
4.1 Osallisuuden määritelmä

Osallisuus tuo elämään mielekkyyttä ja luo tärkeää yhteenkuuluvuuden tunnetta. Osallisuudella tarkoitetaan sitä, että ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa omiin ja ympäristöönsä koskeviin asioihin sekä olla aktiivisena toimijana niissä. (Hätönen ym. 2014, 31.) Osallisuutta kuvataan myös tunteena, joka syntyy, kun ihminen on osallisena vaikkapa työssä, koulussa, järjestö- tai harrastustoiminnassa. Yhteisössä osallisuus näkyy mahdollisuutena vaikuttaa ja tulla arvostetuksi, luottamuksen saantina sekä tasavertaisuutena muiden kanssa. (THL 2018d.)

Osattomuus merkitsee ihmiselle enemmän kuin yhteiskunnasta syrjässä olemista. Se on omasta tavoiteltavasta elämästä luopumista ja sillä on vaikutusta ihmisen kokemuksen itsestään. Osattomuus merkitsee kokonaisvaltaista ulkopuolisuuden kokemusta yhteiskunnan eri tasoilla. Sairausvaiheessa luovutaan opiskelusta, työstä, toimeentulosta, harrastuksista, arkisista askareista sekä ihmissuhteista. Osallisuuden puuttuminen näissä yhteiskunnallisesti arvostetuissa asioissa saa ihmisen tuntemaan itsensä näkymättömäksi ja arvottomaksi. (Koivula 2018, 67.)

Osallisuuden kuvataan muodostuvan elämänhallintavalmiuksista, identiteetistä sekä voimaantumisesta. Osallisuus omassa elämässä tarkoittaa sitä, että ihminen sitoutuu omaan kohtaisesti, toimiminen ja vaikuttaminen ovat omasta itsestä lähtöisin ja, että on mahdollisuutta ja halua vaikuttaa omaa elämää koskeviin asioihin sekä ottaa vastuuta seurauksista. Keskeistä osallisuudessa on se, että tulee kuulluksi, voi luottaa ja kykenee sitoutumaan. Voidaankin sanoa, että osallisuus näkyy ja tuntuu monella eri elämänosa-alueella olleen aina henkilökohtainen kokemisen, tuntemisen, kuulumisen ja tekemisen muodostama kokonaisuus. (Jämsen & Pyykkönen 2014, 9.)

Osallisuudella voidaan nähdä kolme eri edellytystä; riittävä toimeentulo ja hyvinvointi, toiminnallinen osallisuus sekä kuuluminen yhteisöihin ja niissä jäsenenä oleminen (Kuva 2). Ihmisen kokema osallisuus voi vähentyä, mikäli jollakin edellä mainituista edellytyksistä on vajeita. Osallisuuden vähentyminen saattaa lisätä syrjäytymisen riskiä. (THL 2018d.) Myös Järvikosken ja Härkäpään (2011, 138-139) sekä Saleniuksen (2009, 31) mukaan ihminen haluaa pohjimmaltaan kuulua johonkin yhteisöön. Sosiaalinen osallisuus viittaa paitsi henkilön mahdollisuuteen osallistua aktiivisena yhteisön toimintaan ja hyötymään siitä, myös mahdollisuuteen olla osallistumatta.



KUVA 2. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Karjalainen & Raivio 2012)

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa painotetaan osallisuuden edistämistä ja syrjäytymisen ehkäisyä. Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on osallisuuden vahvistamisen lisäksi riittävistä ja toimivista peruspalveluista huolehtiminen sekä toimeentulon mahdollisuuksien takaaminen. (STM 2018.) Yhteiskunnassa osallisena oleminen on siis sitä, että kaikilla yhteiskunnan jäsenillä on mahdollisuus riittävään toimeentuloon, terveyteen, työhön ja koulutukseen, asumiseen sekä itselle sopiviin sosiaalisiin suhteisiin (THL 2018d).

4.2 Mielenterveyskuntoutujien osallisuus

Osallisuudella tarkoitetaan mahdollisuutta vaikuttaa itseän ja ympäristöön liittyviin asioihin sekä aktiivista toimimista niissä. Osallisuus on syrjäytymisen vastavoima. Mielenterveys-työssä osallisuudella tarkoitetaan aktiivista roolia omaan hoitoon liittyvissä asioissa ja päätöksissä. Jokainen tuntee oman elämänsä parhaiten itse ja tietää, mitkä asiat edistävät tai heikentävät omaa hyvinvointia ja toipumista. Osallistuminen ja osallisuus edellyttävät jonkin verran elämänhallintaa ja kykyä selviytyä arkipäivän pulmatilanteista. Elämänhallinta yleensä lisääntyy iän karttuessa, ja läheiset ihmissuhteet ovat merkittävä vahvistava tekijä. (Hätönen ym. 2014, 31.)

Kokemus itsestä mitättömänä ja taakkana heijastavat myös yhteiskunnan vaatimuksia, joihin mielenterveysongelmien kanssa kamppailevat eivät usein sairausvaiheessa yllä. Kokemus itsestä taakkana ja näkymättömänä saavat pohtimaan myös ihmisten suhtautumista mielenterveysongelmiin ja niitä sairastaviin yhteiskunnassamme. Näkymättömyyden kokemuksessa ihminen ohitetaan ihmisenä ja omine tarpeineen. Hän myös liukuu kauemmas siitä ihmisestä, kuka on tottunut olemaan ja kuka voisi olla ilman sairautta. Sairastuminen ja sen aikaiset kokemukset muovaavat leimattua identiteettiä, jota toiseuden kokemukset vahvistavat. (Koivula 2018, 67-68.)

Kaarina Mönkkönen kuvaa väitöstutkimuksessaan (2002, 42-43) sosiaalisen vuorovaikutuksen perustaitoja, joihin myös osallisuuden voidaan nähdä lukeutuvan. Mönkkösen tutkimuksen mukaan osallisuus voi toteutua joko osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen tai osallisuutena palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen. Osallisuudella tarkoitetaan lisäksi vuorovaikutusta muiden asiakkaiden kanssa, jolloin siihen liittyy näkökulma yhteistoiminnallisuudesta ja vuorovaikutuksen luonteesta. Aiheeseen on enemmän paneutunut Carl J. Couch (1986, 114-139), jonka viiden hierarkkisen perusmuodon mallin Mönkkönen tuo tutkimuksessaan esiin. Alimmalla tasolla osapuolet ovat läsnä tilanteessa esimerkiksi tehtävänsä tai roolinsa vuoksi, mutta he eivät erityisesti panosta vuorovaikutuksen syntymiseen. Seuraavalla tasolla, sosiaalisessa vaikuttamisessa, toinen osapuoli käyttää tilanteessa valtaa ja toisen osapuolen rooli mitätöityy tai jää vähäiseksi. ”Pelitassolla” toinen tai molemmat osapuolet yrittävät ”voittaa pelin” pelaamalla itselleen etuisasti. Yhteistyötasolla osapuolet sitoutuvat, näkevät ja pyrkivät löytämään yhteisiä tavoitteita ja päämääriä sekä etenevät niitä kohti. Korkeimmalla, yhteistoimintatasolla, molemmat osapuolet luottavat toisiinsa sekä kunnioittavat ja arvostavat toisiaan. Asiakasosallisuuden voidaan nähdä toteutuvan kahdella ylimmällä tasolla, jossa palvelun käyttäjät ja niitä tarjoavat tahot suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat asioita ja toimintatapoja yhdessä.

Palvelun käyttäjät otetaan mukaan toiminnan arviointiin ja kehittämiseen, ja he tulevat kuulluiksi suunnitelmia ja päätöksiä tehtäessä. Asiakastyössä osallisuutta lisää asiakkaan mielipiteen ja näkökulman kuuleminen ja kuunteleminen työntekijän kertoessa hänelle hoitoon liittyvistä suunnitelmista. Erilaisia asiakasosallisuuden muotoja tarvitaan erilaisille asiakkaille. (Rissanen 2013, 12.)

Laitila tutki vuonna 2010 väitöstutkimuksessaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien osallisuutta. Tutkimukseen osallistuneiden palvelunkäyttäjien mukaan heillä on paras asiantuntijuus siitä mitä palvelujen tulisi pitää sisällään. Palvelujen käyttäjät pitivät osallistumista palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen tärkeänä, mutta kokivat, etteivät saa ääntään kuuluviin. Mielenterveysongelmista kärsivät eivät aina jaksaa tai halua osallistua

vaikkapa verkostotapaamisiin. Stigma ja häpeä vaikuttavat osallistumishalukkuuteen. Osa palvelun käyttäjistä ei näe osallistumista tärkeänä, vaan luottaa ammattihenkilöiden apuun. (Laitila 2010, 87-88.)

4.3 Osallisuuden edistäminen

Asiakasosallisuus tarkoittaa käytännössä arkisia asioita ja dialogista vuorovaikutusta. Sen toteuttamiseen vaaditaan kuitenkin toimintatapojen ja asenteiden muuttamista. Asiakasosallisuutta voidaan lisätä esimerkiksi asiakaspalautteita keräämällä, asiakasraadin avulla tai asiakkaiden ja työntekijöiden yhteistutkimuksella. Tutkimuksen muotoja voivat olla esimerkiksi kokemus- ja vertaisasiantuntijuus, jossa kuormittavan tilanteen aiemmin läpikäynyt henkilö voi toimia kokemusasiantuntijana henkilölle, jolla prosessi on vielä kesken. (Rissanen 2013, 12.)

Viherlaakson palvelukeskuksessa asukkaiden osallisuutta edistetään monin eri keinoin. Asukkaat osallistuvat ryhmiin ja retkiin jo suunnitteluvaiheessa. Säätiö järjestää myös kaikille yhteisiä koulutus- ja kehittämispäiviä, joihin asukkailla on mahdollisuus osallistua. Asukkailta kerätään palautetta palveluasumisen laatukriteerien toteutumisesta vähintään kerran vuodessa. Palautteet kootaan yhteen ja käydään läpi asukkaiden kanssa sekä valitaan yhdessä kehittämiskohteet. Asukkailla on myös mahdollisuus antaa palautetta palautelaatikkoon, ja palautteen antamiseen kannustetaan viikoittain asukaskokouksen yhteydessä. Asukaspalautetta käytetään apuna vuosisuunnitelmien teossa. Tarkoituksena on myös, että jokaisessa asukasdemokratiakokouksessa käsitellään ja toimeksi pannaan vähintään yksi asukasaloitteesta syntyvä päätös. Säätiöllä on lisäksi työryhmiä, joissa suunnitellaan, toteutetaan ja kehitetään säätiön palveluja. Näihin osallistuu asukkaita eri yksiköistä, kokemusasiantuntijoita sekä omaisyhdistyksen edustajia. (Viherlaakson palvelukeskuksen omavalvontasuunnitelma 2018.)

Jämsenin ja Pyykkösen (2014, 27-28) mukaan osallisuuden edistämiseen on pyritty vaikuttamaan myös lainsäädännön avulla. Sosiaalihuoltolain keskeisiä asioita on huomioida asiakkaan osallisuuden toteutuminen koko palveluprosessin ajan (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Yhtymäkohtia osallisuuden edistämiseen löytyy myös sosiaalihuollon asiakaslaista (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812), perustuslaista (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731) sekä kuntalaista (Kuntalaki 410/2015). Nämä edellä mainitut lait koskevat myös mielenterveyskuntoutujia ja heille annettavia palveluja.

Osallisuuden edistäminen on erityisen tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollossa niiden ihmisten kohdalla, joilla on muita heikommat vaikutusmahdollisuudet. Sosiaalinen

syrjäytyminen sekä ongelmat toimeentulon kanssa ovat yleisiä mielenterveyskuntoutujien kohdalla. (Laitila 2010, 3.) Sosiaali- ja terveysministeriö tavoittelee mielenterveys- ja päihdekuntoutujien stigman vähentymistä, tasavertaisuutta muiden palvelujenkäyttäjien kanssa sekä aitoja mahdollisuuksia osallistua omien palvelujen kehittämiseen (STM 2009).

Deeganin (1992) mukaan asiantuntijat saattavat olla sitä mieltä, ettei mielenterveyskuntoutuja pysty tekemään itseään koskevia päätöksiä. Heillä on usein myös mielipide siitä, mikä olisi mielenterveyskuntoutujalle parasta. Tällaisen näkemyksen vaarana on, että asiantuntijataho ottaa vallan kuntoutujan elämässä ja kuntoutujan rooli vaihtuu avun tarvitsijan rooliksi. Tällaista mallia Deegan nimittää onnistuneesti ”hyvää tarkoittavan alistamisen kehäksi”. (Järvikoski 2004, 155-156.)

Panostus ehkäisevään mielenterveystyöhön näyttää kehittyneen viime vuosina mielenterveyspalveluissa myönteiseen suuntaan. Varhaiseen puuttumiseen on panostettu vuosina 2013-2016 enemmän kuin edeltävinä vuosina. Kurki-Kankaan pro gradu -tutkielman (2016, 60) mukaan erityisesti johto-, esimies- ja asiantuntijatasolla työskentelevät näkivät, että varhaista puuttumista oli mielenterveystyössä lisätty. Sen sijaan työntekijätasolla ja asiakkaan edustajistossa nähtiin, että varhaista puuttumista ei ole riittävästi tapahtunut. Jääkin jatkotutkimusten varaan, onko kyseessä muutos, joka on mahdollisesti vasta siirtymässä kohti käytäntöä vai onko kyse läpäisyvoiman puutteesta ja ehkäisevän työn jäämisestä merkinnäksi johtoryhmän suunnitelmiin ja muistioihin ilman onnistunutta käytäntöön viemistä.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä. Menetelmän valintaan vaikuttaa paitsi se, millaiseen ongelmiin haetaan vastausta, myös omat kiinnostuksen kohteet sekä saatavilla oleva aineisto. Päädyimme laadulliseen tutkimukseen, koska opinnäytetyömme tutkimusosuuden tekemiseksi tarvitsimme tietoa mielenterveyskuntoutujien osallisuudesta. Tässä laadullinen tutkimus – kuten haastattelu – on hyvä ratkaisu. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä käsiteltävään asiaan tutustutaan kirjallisuuteen ja aikaisempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin paneutumalla. Käytetyn lähdekirjallisuuden ja aiempien tutkimusten tarkoituksena on tukea ja kirkastaa työn päätutkimuskysymystä. (Vuori 2017.)

Yhtä oikeaa tapaa tehdä laadullista tutkimusta ei ole, vaan oma tapa muodostuu monien valintojen summana (Jyväskylän yliopisto 2015). Pääpaino työssämme on osallisuuden ymmärtäminen Viherlaakson asukkaiden näkökulmasta, ei niinkään tilastollisten yhteyksien etsiminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijat myös aktiivisesti osallistuvat tutkimusprosessiin eivätkä ole ulkopuolisia tarkkailijoita tai mittaajia. (Vuori 2017.) Koska laadullisen tutkimuksen toteuttamiseksi ei ole määritelty tarkkoja viitekehyksiä, etenee tutkimuksen prosessi vaiheittain. (Kananen 2008, 24.)

Mielenterveyskuntoutujien osallisuutta tutkittaessa emme pyrkineet kohti tilastollisia analyyseja, vaan olimme aidosti kiinnostuneita siitä, miten nämä ihmiset kokevat, näkevät ja tuntevat omaa elämäänsä ja ympäristöään. Laadullinen tutkimus tehdään aina oikeassa aidossa ympäristössä ja tutkijat menevät ilmiön luokse. (Kananen 2008, 25.) Tässäkin tutkimuksessa haastattelut toteutettiin osallistujien omissa kodeissa. Mielenterveyskuntoutujien osallisuus on lisäksi ilmiönä melko vähän tutkittu. Mitä vähemmän ilmiöstä ennalta tiedetään, sen paremmin menetelmäksi sopii laadullinen tutkimus.

5.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona toimi laadullinen haastatteluaineisto, joka on kerätty marraskuun 2018 aikana asukkaiden kotona Viherlaakson palvelukeskuksessa. Aineistona on seitsemän (7) nauhoitettua asukkaan ja kahden tutkijan välistä keskustelua. Tutkimukseen osallistui 7 omasta aloitteestaan hakeutunutta asukasta. Seitsemän haastattelun aikana huomasimme, että aineisto on riittävä sillä, vastauksissa alkoi esiintyä samankaltaisuutta ja aineistolle tapahtui kylläntyminen. Yksittäisten keskusteluiden pituus vaihteli 10 minuutista

40 minuuttiin. Tutkimusaineistoa nauhoitettiin yhteensä 6 tuntia 15 minuuttia ja aukikirjoitettiin 10 sivua, fonttikoko 10.

Tutkimusaineiston keruuseen saatiin tutkimuslupa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymältä. Tutkimusluvassa mainittiin, että nauhoitetut ja litteroidut aineistot tulee hävittää ja tämä tulee kuvata opinnäytetyön raportissa. Teimme myös toimeksiantosopimuksen Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön kanssa. Lisäksi jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla tutkittavalta kerättiin kirjallinen suostumus haastatteluaineiston käyttöön opinnäytetyössämme. Kirjalliset suostumukset talletettiin tutkimukseen osallistuvien asukaskansioihin.

5.3 Aineistonkeruu

Opinnäytetyömme menetelmäksi valitsimme siis laadullisen tutkimuksen, ja aineiston keruumenetelmäksi puolistrukturoidun eli teemahaastattelun. Tutkimushaastattelun tavoitteena on suorittaa tutkimustehtävä, ja haastattelua tarvitaan tutkimusaineiston saamiseksi. Saatua aineistoa analysoidaan ja tulkitaan, jotta saadaan tutkimuskysymyksiin vastauksia (Vuori 2017). Aineiston- eli tiedonkeruuvaiheessa tutkijat määrittelevät mitä tietoa he tarvitsevat tutkimuksessaan ja mistä he tiedon saavat. Kerättävän tiedon ominaisuudet vaikuttavat myös analyysimenetelmään. Tiedonkeruu ja analyysivaihe kulkevat myös laadullisessa tutkimuksessa rinnakkain. (Kananen 2008, 56.)

23.10.2018 Viherlaakson ruokailusalissa pidetyssä tilaisuudessa kerroimme opinnäytetyömme tavoitteista ja tarkoituksesta sekä jaoimme asukkaille kirjalliset haastattelukutsut (Liite 1). Kutsussa oli kerrottu suurin piirtein samat asiat kuin mitä kerroimme tilaisuudessa. Tilaisuus herätti paljon mielenkiintoa, sillä paikalle tuli lähes 40 asukasta. Mahdollinen osasyys suureen osanottoon oli tilaisuuden pullakahvitarjoilu. Asukkaat vaikuttivat kiinnostuneilta tutkimukseen osallistumisesta ja yksi ilmoittautui jo ennen tilaisuuden päättymistä mukaan. Kerroimme, ettei yksittäistä vastaajaa ole mahdollista tunnistaa haastatteluvien joukosta; kenenkään nimi, ikä tai sukupuoli eivät tule vastauksista esiin. Haastattelut nauhoitetaan haastattelun jälkeisen litteroinnin helpottamiseksi, mutta nauhat tuhoetaan välittömästi sen jälkeen.

Motivoimme asukkaita lähtemään haastatteluun muistuttamalla, että tutkimukseen osallistamalla he pääsevät kertomaan, miten osallisuus näkyy heidän arjessaan ja miten he osallisuuden kokevat – pitäisikö jotain muuttaa vai ovatko asiat pääsääntöisesti hyvin? Haastattelu on mahdollisuus päästä vaikuttamaan, sillä tutkimuksen tuloksia pyritään hyödyntämään kuntoutustyöskentelyssä. Lisäporkkanana haastatteluun lähtemiseksi toimii haastattelun jälkeinen koko ryhmän yhteinen lounas- tai pizzeriaruokailu. Lopuksi

asukkaat saivat esittää kysymyksiä, ja niitä tulikin laidasta laitaan sosionomien työllisyystilanteesta ammattikorkeakouluun pääsykoeasioihin asti. Varsinaisia tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ei avointen kysymysten joukosta esiin noussut.

Puolistrukturoitua haastattelua kutsutaan myös teemahaastatteluksi. Haastattelua ohjaavat tietyt keskeiset teemat tai avaavat kysymykset, jotka on valittu etukäteen. Haastatteluumme kuului 15 kysymystä (Liite 2), joiden avulla haettiin vastauksia osallisuuden muodostumiseen, osallisuutta vahvistaviin sekä osallisuutta estäviin tekijöihin. Kysymykset perustuvat aiheen teoreettiseen viitekehykseen, eli siihen mitä tutkittavasta ilmiöstä tiedetään ennestään. Teemahaastattelussa metodologisesti nousee esiin se, miten ihmiset asioita tulkitsevat ja minkälaisia merkityksiä he niille antavat. Myös ihmisten keskinäinen vuorovaikutus voi antaa asioille erilaisia merkityksiä. (Sarajärvi & Tuomi, 2009, 75.)

Aineistonkeruu eli haastattelut toteutettiin kahdessa osassa marraskuun 2018 aikana. Ensimmäisessä osassa oli kolme (3) haastateltavaa ja toisessa osassa neljä (4) haastateltavaa. Molemmat tutkijat olivat kaikissa haastatteluissa paikalla. Tutkijat esittivät kysymyksiä vuorotellen ja kummatkin tekivät myös havaintoja haastattelun aikana. Työnjako oli sujuvaa ja tutkijat täydensivät toisiaan esittämällä tarpeen mukaan avaavia tai täydentäviä kysymyksiä haastatteluun liittyen. Jokaisen haastattelun alussa kertosimme aiheen ja muistutimme haastateltavia heidän yksityisyydensuojastaan, lisäksi kerroimme, miten haastattelujen nauhat hävitetään tutkimuksen jälkeen. Kävimme haastateltavien kanssa läpi myös tutkimuksen analysointia, sovimme esittelevämme tutkimustulokset tutkimukseen osallistuneille yhteisen ruokailutilaisuuden yhteydessä opinnäytetyön valmistuttua tammi-helmikuun 2019 aikana.

5.4 Sisällönanalyysi ja tutkimuksen tulkinta

Sisällönanalyysi on joustava analyysimenetelmä, johon useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat. Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien. Sisällönanalyysi on diskurssianalyysin tavoin tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkittavat tekstit voivat olla melkein mitä vain – esimerkiksi päiväkirjoja, kirjoja tai keskusteluita. Sisällönanalyysissa muodostetaan tutkittavasta aineistosta tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset laajempaan kontekstiin ja muihin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.)

Sisällönanalyysin ohella puhutaan joskus myös sisällön erittelemisestä. Tuomen ja Sarajärven (2009, 107-108) mukaan tällöin tarkoitetaan kvantitatiivista dokumentin analyysia, jossa kuvataan määrällisesti tietyn dokumentin tai tekstin sisältöä. Tutkimusongelmasta

riippuen voidaan laskea esimerkiksi jonkin sanan tai sanaparin esiintyvyyttä tekstissä. Sisällönanalyysi tarkoittaa sanallista tekstin sisällön kuvailua.

Sisällönanalyysi voi sisältää myös määrällistä ilmaisua. Sisällönanalyysi on pääpiirteittäin seuraavanlainen: Aiheiston keruu > aineistoon tutustuminen ja litterointi > aineiston lukeminen useita kertoja > aineiston koodaus > aineiston pelkistäminen > aineiston ryhmittely > samankaltaisten ilmaisujen yhdistäminen samaan alakategoriaan > samansisältöisten kategorioiden yhdistäminen toisiinsa > yläkategorioiden muodostaminen > yläkategorioiden yhdistäminen ja aineiston käsitteellistäminen. (Lahtinen 2018.)

Sisällönanalyysi voi siis tarkoittaa niin laadullista sisällönanalyysia kuin sisällön määrällistä erittelyä. Molempia voidaan hyödyntää saman aineiston analyysissa. Sisällönanalyysia voidaan jatkaa tuottamalla sanallisesti kuvattua aineistosta määrällisiä tuloksia. Laadullisessa sisällönanalyysissa aineisto pilkotaan ensin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestellään uudeksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Eroina näissä on aineiston Luokittelun perustuminen joko aineistoon tai valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 109-116.)

Abduktiivinen sisällönanalyysi

Noudatimme opinnäytetyössämme abduktiivista sisällönanalyysia, jossa tulokset sekä teoria muodostetaan aineiston ja teoreettisen viitekehyksen perusteella ja teoreettinen viitekehys ohjaa tutkimuskysymysten muotoilua. Induktiivisessa sisällönanalyysissa tulokset muodostetaan aineiston perusteella ja tutkimuskysymykset muotoutuvat analyysin edetessä. Abduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin tärkeimpänä erona onkin se, että abduktiivisessa analyysissa aineiston analyysi ei suoraan perustu teoriaan, mutta yhteyksien ovat havaittavissa. Aineistosta tehdyille löydöksille etsitään tulkintojen tueksi yhtäläisyyksiä teoriasta selitystä tai vahvistusta. Tutkimuksen aikana tutkijat voivat myös havaita tulosten vastaamattomuutta aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin liittyen. (KvaliMOTV 2006.)

Noudatimme opinnäytetyössämme suurimmaksi osaksi edellä mainittua sisällönanalyysin kaavaa. Aineiston keruun eli tässä tapauksessa haastattelujen tekemisen jälkeen nauhoitetut haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin auki eli litteroitiin. Litteroidusta aineistosta etsittiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja ohjaavien teemojen eli haastattelun kysymysten alle koottiin pelkistetyt ilmaukset.

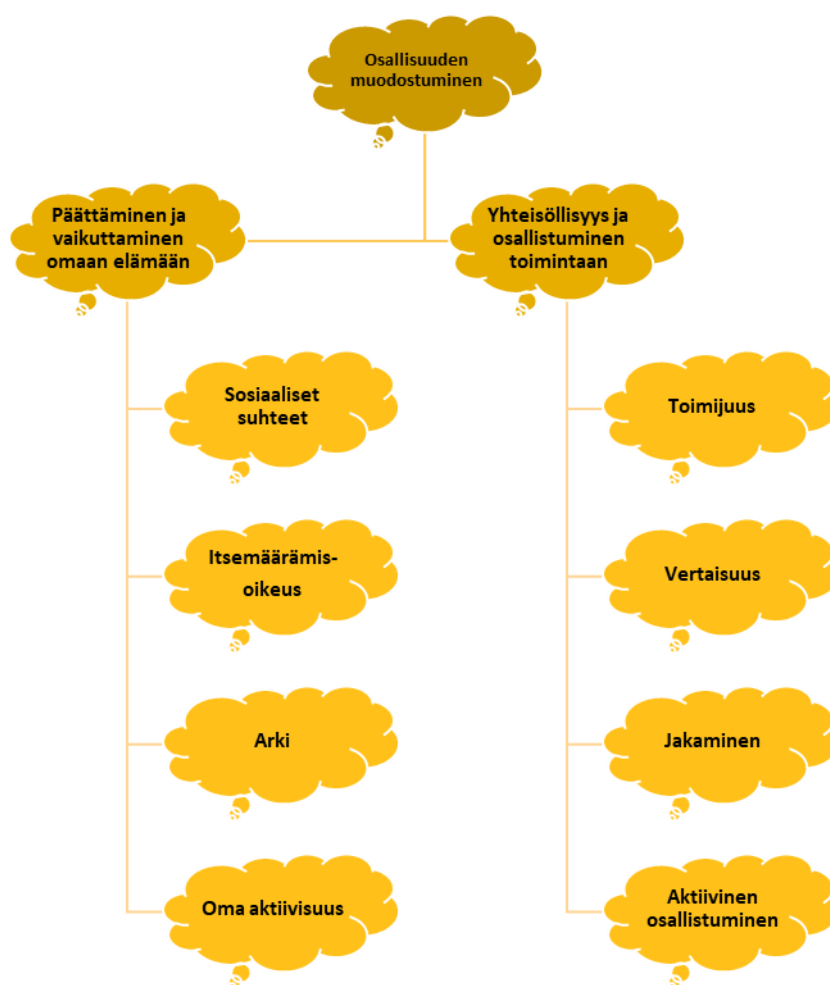
Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä kävimme aineiston läpi ja etsimme samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi, ja

nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla nimekkeellä. Aineiston ryhmittelyssä yhdistimme samankaltaiset ilmaisut samaan alakategoriaan. Alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi ja aineisto käsitteellistettiin kolmen pääkäsitteen ja samalla tutkimuskysymyksen alle: osallisuuden muodostuminen, osallisuutta vahvistavat tekijät sekä osallisuutta estävät tekijät.

6 TULOKSET

6.1 Osallisuuden muodostuminen

Osallisuuden muodostuminen (Kuvio 1) pääkategorian osa-alue vastaa tutkimuskysymykseemme: mistä osallisuuden tunne muodostuu. Osallisuuden kokemusten alle muodostui analyysissä yläkategoriat ”päättäminen ja vaikuttaminen omaan elämään” sekä ”yhteisöllisyys ja osallistuminen toimintaan”. Osallisuuden tunteen muodostumista haastateltaville kartoitettiin kysymyksillä, jotka liittyivät oman elämän asioista päättämiseen ja niihin vaikuttamiseen, sosiaalisiin suhteisiin, vertaistukeen ja yhteenkuuluvuuden tunteen muodostumiseen, sekä ryhmiin ja muuhun yhteiseen toimintaan osallistumiseen.



Kuvio 1: Osallisuuden muodostuminen

Päättäminen ja vaikuttaminen omaan elämään

Yläkategoriaan päättäminen ja vaikuttaminen omaan elämään sisältyy neljä (4) alakategoriaa, jotka ovat arki, sosiaaliset suhteet, oma aktiivisuus ja itsemääräämisoikeus.

Vastaajat kokivat voivansa päättää oman elämänsä sisällöstä melko monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti. Vastauksissa esiintyi samankaltaisuutta. Alakategoria arki koostui vastauksista, joissa kerrottiin siitä, mistä kaikesta haastateltavat voivat elämässään päättää. Vastausten perusteella haastateltavat mielenterveyskuntoutujat voivat päättää siitä mitä päivittäin tekevät, mihin osallistuvat ja missä käyvät. Raha-asioista päättäminen koettiin myös hyvinvointia edistävänä tekijänä.

Voin päättää yllättävän paljonkin: siivoukset, lääkkeenjaot, ryhmiin osallistumiset, ruokailuihin menot. Pääseekö markkinoille ja milloin käyn kampaajalla tai kaupassa, mitä saan ostaa. Kaikki arkiset asiat, milloin pesen pyykit. Milloin näkee sukulaisia, ystäviä ja muita.

Alakategoria sosiaaliset suhteet muodostettiin vastauksista kysymykseen, jossa kysyttiin päättämisen mahdollisuuksista. Jokainen haastateltava nosti esiin, että voi päättää siitä kenen kanssa on tekemisissä, keitä on ystävinä, keitä tapaa ja keneen pitää yhteyttä. Ystävyyttä ja sosiaalisia suhteita pidettiin vastauksissa erittäin tärkeinä.

Alakategoria oma aktiivisuus koostuu ilmauksista, joissa tuotiin esille vaikuttamisen mahdollisuuksia omiin asioihin. Oma aktiivisuus nostettiin esiin useassa vastauksessa. Vastaajat kokivat vaikuttamisen mahdollisuudet pääasiassa hyvinä, mutta vaativan omaa työtä ja aktiivisuutta. Asukasedustajuus mainittiin vaikuttamisen mahdollisuuksia edistävänä tekijänä.

Koen, että on tosi hyvä mahdollisuus, asioista voi aina neuvotella, ei se ole mikään ongelma. Mielestäni pystyn tosi hyvin vaikuttamaan omaan elämäni.

Pystyn vaikuttamaan omiin asioihini, mutta tiedän sen vaativan multa enemmän työtä.

Itsemääräämisoikeus-alakategoria muodostettiin vastauksista, joissa koettiin vaikuttamisen ja päättämisen olevan tärkeää ja toimivan hyvin. Omien oikeuksien toteutuminen nostettiin myös esille ja sitä pidettiin tärkeänä. Tärkeänä koettiin myös kuntoutumisen eteneminen ja se, että saisi tulevaisuudessa muuttaa omaan asuntoon. Vastausten perusteella itsemääräämisoikeus toteutuu hyvin, sillä yksikään vastaajista ei tuonut esiin, ettei saisi itse päättää ja vaikuttaa omaan elämäänsä liittyvistä asioista.

Voin päättää monista asioista ja saan viettää melko itsenäistä elämää.

Koen tärkeänä sen, että mulla on omia oikeuksia, haluaisin kyllä vielä muuttaa omaan asuntoon.

Saan itse päättää kaikesta omaan arkeen liittyvästä.

Yhteisöllisyys ja toimintaan osallistuminen

Yläkategoria yhteisöllisyys ja toimintaan osallistuminen muodostuu neljästä (4) alakategorioista, jotka ovat toimijuus, vertaisuus, jakaminen ja aktiivinen osallistuminen.

Alakategoria toimijuus muodostettiin ilmauksista, joissa tuotiin esiin oman toimijuuden tärkeyttä. Kuntoutujien oma toimijuus näkyy vastausten perusteella erilaisiin harrastuksiin ja ryhmiin osallistumisena, asiointikäynteinä, arjen askareiden hoitamisena sekä yhteisöllisistä tehtävistä huolehtimisena. Myös ryhmien ja toiminnan vetovastuu kiinnosti kahta kuntoutujaa.

Osallistun lauluryhmään, askarteluun, liikuntaryhmään ja keittiöhommiin. Pyykinpesuun ja siivoukseen menee aikaa.

Osallistun asiakaspalavereihin ja kokouksiin, olen myös vetänyt ryhmiä.

Vertaisuus-alakategorian muodostimme niistä vastauksista, joissa kuvailtiin sosiaalisten suhteiden ja vertaistuen merkityksellisyttä. Vastauksista nousi esiin se, että on tärkeää olla joku, joka kuuntelee ja pitää yhdenvertaisena sairaudesta tai rajoitteista huolimatta. Vertaisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta kuvattiin voimaannuttavana. Vertaistuki koettiin vastauksissa rinnalla kulkemisena ja tärkeänä, samanhenkisten ihmisten läsnäololla kerrottiin olevan suuri merkitys. Vastauksissa tuli myös esiin porukkaan kuulumisen tärkeys, saa olla osa jotakin.

Mua pidetään tasavertaisena ja läheiset on empaattisia.

Vertaistuki on rinnalla kulkemista ja toisen auttamista, se on tosi tärkeää.

Alakategoria jakaminen liittyy läheisesti vertaisuuden alakategoriaan, mutta päätimme silti muodostaa siitä oman alakategorian, jotta kuntoutujien antama merkitys elämän jakamiselle ja yhteisöllisyyden merkityksellisyydelle pääsisi tulosten kautta tällä tavoin paremmin näkyviin. Jakamisen alakategoriaan kuuluu ilmauksia, joissa kuvaillaan sitä, miten tärkeää on saada keskustella muiden kanssa, jakaa ilot sekä surut ja tulla toimeen muiden kanssa. Vastusten mukaan ihminen on luotu olemaan toisen kanssa ja yhteenkuuluvuuden tunne muodostuu asioiden jakamisesta sekä siitä, että välittää muista ihmisistä.

Voi puhua samaa kokeneiden kanssa, jakaa asioita sairauksista ja sukulaisista ja harrastuksista.

Alakategoria aktiivinen osallistuminen muodostettiin ilmauksista, joiden perusteella oikeastaan jokainen haastateltava osallistuu jollakin tavalla ryhmiin ja muuhun yhteiseen toimintaan. Osallistuminen näkyy myös sosiaalisten suhteiden ylläpitämisenä, ajan viettämisinä muiden ihmisten parissa sekä haluna tukea muita ihmisiä. Ryhmiin osallistuminen

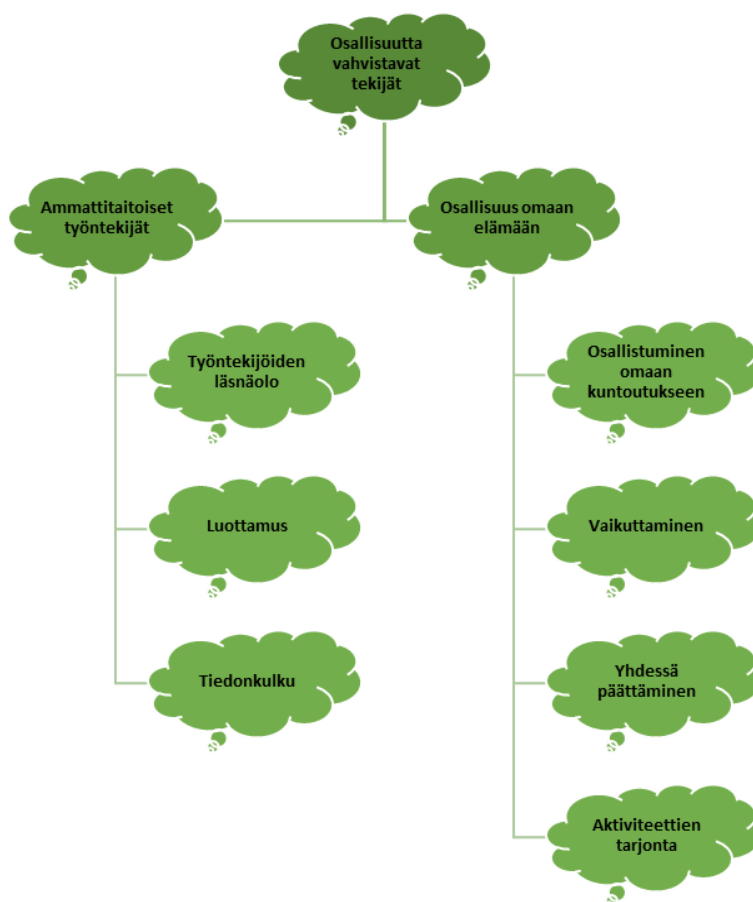
koettiin jopa terapeuttisena ja useimmat vastaajat kokivat ryhmät mielekkäänä toimintana. Toisaalta taas yhdessä vastauksessa tuotiin esiin aktiivinen kiinnostus osallistumista kohtaan, mutta oma osallistuminen koettiin kovin vähäiseksi. Haastateltavat kertoivat osallistuvansa ryhmiin pääasiassa oman mielenkiinnon mukaan, mutta haluavat kokeilla silloin tällöin myös jotain uutta.

Osallistun niihin ryhmiin mihin haluan ja kokeilen välillä uutta.

Osallistun niihin ryhmiin, jotka mua kiinnostaa.

6.2 Osallisuutta vahvistavat tekijät

Osallisuutta vahvistavia tekijöitä (Kuvio 2.) saatiin selville haastattelun kysymyksillä, jotka liittyivät vuorovaikutukseen kuntoutujien ja työntekijöiden välillä, oman kuntoutumisen ja saatavilla olevien palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen, tiedonsaantiin omista asioista, asiakaspalautteen antamiseen sekä kysymällä miten osallistumista voisi konkreettisesti lisätä tai edistää. Osallisuutta vahvistavia tekijöitä ovat tutkimuksen mukaan ammattitaitoiset työntekijät sekä osallisuus omaan elämään. Nämä edellä mainitut tekijät toimivat tutkimustulostemme yläkategorioina.



Kuvio 2: Osallisuutta vahvistavat tekijät

Ammattitaitoiset työntekijät

Yläkategoria ammattitaitoiset työntekijät muodostettiin kolmesta (3) alakategoriasta, jotka ovat työntekijöiden läsnäolo, luottamus ja tiedonkulku.

Alakategoria työntekijöiden läsnäolo muodostui vastauksista, joissa haastateltavat kertoivat ohjaajien olevan auttavaisia ja muistuttelevan tarpeen mukaan erilaisista asioista. Ohjaajien koettiin olevan riittävästi läsnä, vaikeivat he aina joka paikkaan ehdikään. Omaohjaajista oltiin kiitollisia ja vuorovaikutus ohjaajien kanssa koettiin yleisesti hyväksi, vaikka kaikkien kanssa ei aina olisikaan samalla aaltopituudella. Ohjaajien erilaisuus työntekijöinä koettiin rikkautena. Ohjaajien tuki talon ulkopuolella liikkumisessa koettiin riittäväksi, ja omaohjaajien kautta saatiin vastausten perusteella kaikki tarvittavat palvelut.

Henkilökunta lähtee mun mukaan sinne, minne pyydän.

Itsenäisesti en selviäisi kaikesta.

Luottamus-alakategoria muodostui ilmauksista, joissa kerrottiin, että ohjaajiin voi luottaa ja heille voi kertoa kaikki asiat. Ohjaajilla koettiin olevan paljon tietoa ja taitoa hoitaa kuntoutujien asioita. Yhden vastaajan mukaan parasta on se, että ohjaajat tuntevat asukkaat hyvin.

Voin kertoa ohjaajille kaiken.

Tiedonkulku-alakategoria rakentui ilmauksista, joissa kuvailtiin tiedonkulkua ja tiedonsaantia omista asioista. Vastausten perusteella tiedonkulku ja tiedonsaanti koettiin hyvänä. Tarvittava tieto tuli omaohjaajilta ja kuntoutujat kokivat saavansa tarvitsemansa tiedon. Omista asioista oltiin kiinnostuneita ja niiden selvittämiseen löytyi halukkuutta.

Tieto tulee ohjaajilta, tieto koskee mun omia asioita.

Selvitän itse tarvitsemani asiat, lisäksi ohjaajat tietää paljon mun asioita.

Osallisuus omaan elämään

Osallisuus omaan elämään koettiin osallisuutta vahvistavana tekijänä. Oman elämän osallisuuteen muodostui neljä (4) alakategoriaa, jotka ovat osallistuminen omaan kuntoutukseen, vaikuttaminen, kuulluksi tuleminen ja aktiiviteettinen tarjonta.

Osallistuminen omaan kuntoutukseen -alakategoria muodostettiin ilmauksista, jotka vastaavat kysymykseen, jolla kartoitettiin haastateltavien osallistumista omaan kuntoutukseensa. Osa vastaajista koki osallistuvansa omaan kuntoutukseen ja sen suunnitteluun aktiivisesti ehdottamalla ja toteuttamalla itselleen sopivia tavoitteita. Vastaajat kokivat pääasiassa tulleen kuulluksi. Yksi vastaajista kertoi saavansa ehdottaa asioita

kuntoutussuunnitelmaan, mutta ohjaajilla oli viimeinen sana. Kuntoutussuunnitelmissa huomioitiin vastaajien mukaan omat toiveet ja kiinnostuksen kohteet hyvin, ja kaikki tarpeelliset asiat tulivat läpikäydyiksi.

Kuntoutussuunnitelma on ihan mun näköinen, pystyn vaikuttamaan aika hyvin kuntoutukseen. Kaikki käydään läpi mitä pitääkin.

Vaikuttaminen-alakategoria muodostettiin niistä ilmauksista, joissa koettiin, että omaan elämään ja saatavilla oleviin palveluihin voitiin vaikuttaa. Parhaiten koettiin, että voi vaikuttaa olemalla mukana ja ehdottaa asioita. Erityisesti vaikuttamisen mahdollisuuksiksi mainittiin ruokien toivominen keittiöltä sekä ryhmä- ja muun yhteisen toiminnan suunnitteluun osallistuminen.

Voin vaikuttaa olemalla mukana.

Kuulluksi tuleminen alakategoria rakentui monista ilmauksista, joissa vastaajat kertoivat voivansa ehdottaa asioita ja tulevansa kuulluksi niin henkilökunnan kuin yhteisön taholta. Asukas- ja henkilöstöpalaverit koettiin paikkoina, joissa mielipiteitä arvostetaan ja oman äänen saa kuuluviin. Palautteen antamisen mahdollisuudet koettiin hyvinä, pääasiassa palautetta haluttiin antaa puhumalla. Kaksi vastaajista mainitsi palautteen antamisen kanavaksi asiakaspostilaatikon. Yksi vastaajista koki, ettei halua antaa kenenkään toiminnasta palautetta. Kuulluksi tuleminen koettiin myös niin, että saa olla osa yhteisöä ja saa olla yhdessä tekemässä yhteisiä asioita.

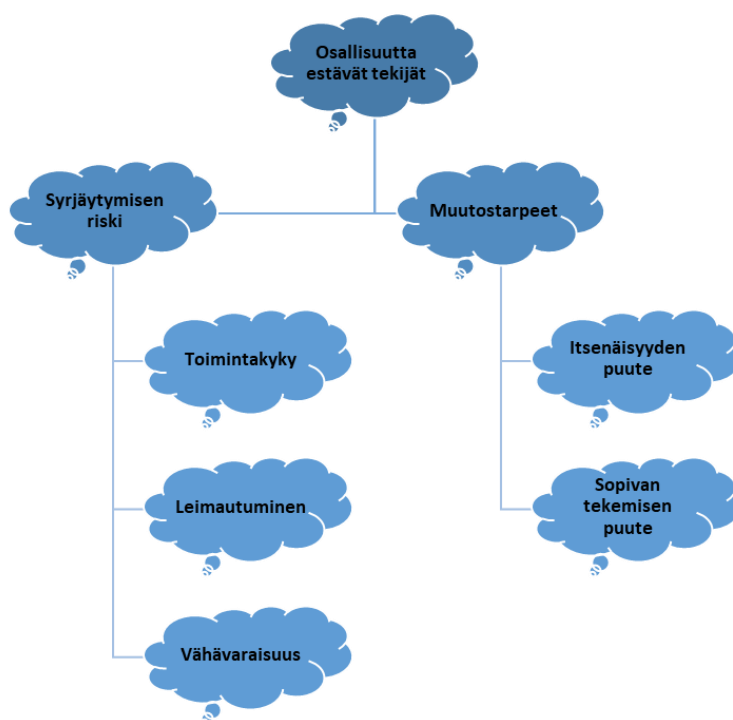
Mielipiteitäni ja kokemuksiani kuunnellaan.

Aktiviteettien tarjonta alakategoria muodostettiin vastauksista kysymykseen, jossa kysyttiin mahdollisia keinoja osallistumisen edistämiseksi tai lisäämiseksi. Viherlaakson henkilökunnalta toivottiin lisää erilaisia osallistumisen mahdollisuuksia kuten kielten opettelu, tietotekniikka ja musiikki. Erityistä painoarvoa vastauksissa sai talosta ulospäin suuntautunut toiminta. Vastaajat toivoivat, että voitaisiin lähteä yhdessä ”tuonne missä on muu maailma”. Pienet tiimit ja ryhmäkoot koettiin myös osallistumista helpottavina tekijöinä. Kaksi vastaajaa koki, että osallistumista ei ole tällä hetkellä tarvetta lisätä.

Olisihan se varmaan hyvä osallistua enemmän. Pitäisi ehkä olla toisenlaisia ryhmiä kuin mitä nyt on tarjolla. Esimerkiksi joku musiikkijuttu olisi kiva. Haluaisin käydä taidenäyttelyssä, historiallisessa museossa ja konsertissa.

6.3 Osallisuutta estävät tekijät

Osallisuutta estäviä tekijöitä (Kuvio 3.) kartoitettiin haastattelussa kysymyksillä, joissa kysyttiin osallistumista vaikeuttavia ja haittaavia tekijöitä sekä mahdollisia muutostarpeita. Osallisuutta estäviä tekijöitä tuli esille myös muutamien muun kysymyksen kohdalla. Näiden vastausten pelkistetyt ilmaukset on liitetty tämän kategorian tutkimustuloksiin. Osallisuutta estäviä tekijöitä olivat tutkimuksen mukaan syrjäytymisen riski sekä muutostarpeet.



Kuvio 3: Osallisuutta estävät tekijät

Syrjäytymisen riski

Yläkategoria syrjäytymisen riski muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka ovat toimintakyky, leimautuminen ja vähävaraisuus.

Toimintakyky-alakategoria muodostui vastauksista, joissa haastateltavat kertoivat erilaisien terveydellisten esteiden haittaavan ja estävän heidän osallistumistaan tarjolla oleviin ryhmiin tai muihin toimintoihin. Neljä vastaajaa kertoi suurimman syyn osallistumattomuuteen olevan psyykinen ja fyysinen vointi. Lisäksi omat fyysiset rajoitteet kuten hidas liikkuminen tai huonomuistisuus koettiin osallistumista haittaavina tekijöinä. Kaksi vastaajaa toi esille muutostoiveita kohdassa halun olla terve ja, että saisi muuttaa itseään.

Vointi on se iso.

Leimautuminen-alakategorian vastaukset kertoivat omaa kieltään siitä, miten mielenterveyskuntoutujien äänen koettiin jäävän piiloon. Vastaajat toivoivat avointa suhtautumista

ja sitä, että muut ihmiset ymmärtäisivät heidänkin olevan ihan tavallisia ihmisiä. Vastajat pitivät tärkeänä, että työntekijöiden ja ammattilaisten sijaan heitä itseään kuultaisiin enemmän.

Muiden pitäisi tietää, että me ollaan ihan tavallisia ihmisiä, mielenterveyspotilaiden ääni jää kuulumattomiin, olisi tärkeää, että useammin kuultaisiin meidänkin ääntä eikä vaan niitten, jotka on hoitajina, ohjaajina ja lääkäreinä.

Vähävaraisuus koottiin ilmauksista, jossa vastaajat kertoivat rahan puutteen ja liian pienen eläkkeen sekä kalliiden lääkekulujen estävän osallistumista ja vaikeuttavan asiointia sekä itsestä huolehtimista. Taksilla ja bussilla liikkumisesta aiheutuvien kustannuksen vuoksi monia palveluja toivottiin lähemmäs, jotta niiden luokse pääsisi helpommin ja ilman kuluja.

Toinen estävä tekijä on raha.

Muutostarpeet

Muutostarpeet yläkategoria muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka ovat itsenäisyyden puute sekä sopivan tekemisen puute.

Sopivan tekemisen puute -alacategoria muodostui vastauksista, joissa kuntoutujat kertoivat syitä osallistumattomuudelle ja esittivät muutostoiveita tarjolla olevien aktiviteettien suhteen. Osallistumattomuuden syinä mainittiin, että ryhmät eivät ole omien kiinnostusten kohteiden mukaisia. Vastajat toivoivat monipuolisesti uudenlaista mielekästä toimintaa, kuten musiikkia ja lyhyempiä retkiä, joihin olisi helpompi osallistua. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että kaikilla olisi jotain itseä kiinnostavaa, johon voisi osallistua. Toiveena esitettiin yhteinen toiminta myös lähialueella olevien lasten ja ikäihmisten kanssa.

Sopivien ryhmien ja kiinnostavan yhteisen tekemisen puute.

Itsenäisyyden puute alakategoriassa kritiikkiä sai ohjaajien määräysvalta raha-asioiden ja ryhmien osalta, ja vastaajat toivoivat suurempaa itsenäisyyttä näissä asioissa. Kaksi vastaajaa toi esiin voimakkaan halun muuttaa omaan asuntoon, mutta koki ettei voi itse siitä päättää. Menemisten suhteen toivottiin myös enemmän vapautta. Erityisesti yhden vastaajan itsenäisyyttä häiritsi se, ettei saa päättää omista raha-asioistaan itsenäisesti. Hän toivoikin useassa eri haastattelun kohdassa itselleen lisää päätäntä valtaa. Yksi vastaaja toi myös esiin, että asukkaiden toiveita kuunnellaan monessakin asiassa, mutta koki, että lopulta ohjaajat kuitenkin päättävät asioista heidän puolestaan.

Jossain ryhmässä pitää olla mukana, ei täällä aivan vapaasti saa olla.

Itsenäisempi elämä, että itsenäisemmiksi muuttuisi tietyt asiat, kuten raha-asiat.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yleisesti ottaen Viherlaakson mielenterveyskuntoutujat kokivat elävänsä hyvää, omannäköistä elämää, johon pystyy vaikuttamaan. Aukkaat tunnistivat päätäntävällän omaan arkeensa, sosiaalisiin suhteisiinsa ja oman aktiivisuuteensa liittyen ja olivat näihin tyytyväisiä. Alla oleva kokoava kuvio (kuvio 4) havainnollistaa tuloksia. Hoitopäätöksiin vaikuttaminen sekä mahdollisuus tehdä itseä koskevia päätöksiä mahdollistavat myös toipumisen (Korkeila 2017, 2865). Itsemääräämisoikeuteen, kuten rahankäyttöön ja menoihin liittyvää rajoittamista koki muutama. Moni toi esiin toiveen muuttamisesta omaan kotiin.



Kuvio 4: Kokoava kuva tuloksista

Yhteisöllisyyden ja toimintaan osallistumisen alakategorioista parhaiten toteutuivat vastausten perusteella vertaisuus ja jakaminen. Kaikki vastaajat pitivät vertaisuutta ja toisten kanssa asioiden jakamista tärkeänä, ja jokaisella vastaajalla oli myös omakohtaista kokemusta vertaistuesta. Kaikki vastaajat olivat keskustelleet sekä toisten kuntoutujien että omaistensa kanssa sairaudestaan, ja näkivät keskustelemisen tärkeänä ja hyödyllisenä asiana.

Toimijuus ja aktiivinen osallistuminen aiheuttivat vastaajien keskuudessa hajontaa; osa osallistui enemmän, osa vähemmän. Pääasiassa ryhmiin ja toimintaan oltiin tyytyväisiä ja niihin osallistuttiin. Vastaajista löytyi sekä aktiiviosallistujia, jotka osallistuivat yli viiteen ryhmään viikossa sekä niitä, jotka osallistuivat vain yhteen ryhmään. "Ei täällä ihan miten vaan voi olla, johonkin on osallistuttava", yksi vastaajista totesi. Useampi vastaajista mainitsi osallistumista rajoittaviksi tekijöiksi oman fyysisen tai somaattisen voinnin. Yhdeksi

osallistumattomuuden syyksi nousi mieluisten ryhmien puute, myös heikko taloudellinen tilanne mainittiin osallistumattomuuden syynä. Paula Salenius (2009, 86) käyttää Klubitalotutkimuksensa tuloksia avatessaan vähemmän osallistuvista mielenterveyskuntoutujista termiä "vene ilman airoja". Tämä ilmaus kuvastaa hyvin sellaista osallisuutta ja jäsenyyttä, jossa tarvitaan enemmän rohkaisua ja motivointia. Kyse on jonkinlaisesta tuuliajolla oleimisesta, elämästä vailla suuntaa ja tarkoitusta.

Viherlaakson ohjaajista ja henkilökunnasta yleisesti ottaen pidettiin, "ei ole asiaa mistä en voisi ohjaajille kertoa", kommentoi eräs vastaajista. Omaan terveydenhoitoon, verotukseen ja tukiin liittyvää tietoa saatiin ohjaajilta hyvin, ja näiden asioiden itsenäistä tai hie-man avustettua hoitamista pidettiin tärkeänä. Myös Heli Koivulan (2018, 69) pro gradu – tutkielman tulosten mukaan kuntoutumisen edetessä asiakkaan oman toimijuus vahvistuu, mikä vaikuttaa osallisuuden kokemuksiin positiivisesti.

Helmijoen (2018, 45-46) pro gradu- tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujien toipumisesta oma aktiivisuus, osallistuminen omien voimavarojen mukaan, ryhmissä käynti, sosiaaliset suhteet sekä muiden auttaminen olivat keskeisiä tekijöitä toipumisprosessin eteenpäin viemisessä ja vastuunotossa omasta elämästä. Yhtä lailla nämä asiat nousivat esiin meidän tutkimuksessamme osallisuuden muodostumisessa ja osallisuutta vahvistavissa tekijöissä.

Kaikki vastaajat olivat osallisina omaan elämäänsä siinä mielessä, että heitä kuultiin ja heidät otettiin mukaan esimerkiksi oman kuntoutusohjelman laadintaan. Moni haastatelluista koki olleensa suunnittelupalaverissa aktiivinen ja tehneensä ehdotuksia omaan suunnitelmaan, mutta kysyttäessä konkreettista esimerkkiä suurin osa vastaajista ei osannut nimetä ehdottamaansa asiaa. Arvelemme, että pelkkä läsnäolo palaverissa saattaa tuntua merkitykselliseltä ja tuottaa joillekin kuntoutujille vaikuttamisen tunteen, vaikka varsinainen ohjelma olisikin moniammatillisen työryhmän laatima. Oman kuntoutuksen suunnitteluun voi osallistua myös tarkkailijan roolissa – kuuntelemalla, mitä muut siitä keskustelevat.

Koivulan (2018) pro gradu –tutkielman perusteella mielenterveyskuntoutujat kokivat kuntoutumisen ja oman lisääntyneen toimijuuden myötä paikakseen yhteiskunnan jäsenyyden ulkopuolisuuden sijaan. Uusien ovien avautumien ja uudenlainen vapaus toimia ja toteuttaa itseään olivat Koivulan tutkimuksen mukaan konkretisoineet työn tekemisenä, taloudellisena vapautena ja tasavertaisuuden kokemuksena itsestä suhteessa muihin. (Koivula 2018, 73.)

Viherlaakson vaikuttamisen keinoja, kuten suoraa asiakaspalautetta, asukaskokouksia ja asiakaspostilaatikkoa pidettiin hyvinä ja niitä hyödynnettiin. Aktiviteettien tarjontaan oltiin

periaatteessa tyytyväisiä, moni vastaaja toivoi lisää talon ulkopuolisia aktiviteetteja sekä monipuolisempia ryhmiä. Vastauksista nousi esiin ymmärrys palveluasumisen asettamista reunaehdoista – jos talossa on 48 asukasta, ei ole mahdollista perustaa 48 erilaista ryhmää.

Tulosten perusteella voimme päätellä, että opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuvien mielenterveyskuntoutujien osallisuutta ja osallisuuden tunteen muodostumista voidaan kuvata samalla lailla kuin osallisuutta yleisestikin määritellään. Osallisuus tuo elämään mielekkyyttä ja tärkeää yhteenkuuluvuuden tunnetta ja tarkoittaa myös sitä, että ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa omiin ja ympäristöään koskeviin asioihin (Hätönen ym. 2014, 31). Osallisuuden viitekehyksessä osallisuutta on avattu seuraavasti:

osallisuus on liittymistä (involvement), suhteissa olemista (relatedness), kuulumista (belonginess), yhteisyyttä (togetherness). Osallisuus on yhteensopivuutta (coherence) ja mukaan ottamista (inclusion). Se on osallistumista (participation) ja siihen liittyen vaikuttamista (representation) ja demokratiaa. (THL 2017, 3).

Tätä osallisuus on meidän tutkimuksemme mukaan myös mielenterveyskuntoutujien elämässä.

Mielenterveyskuntoutujien kokema osallisuuden tunne on kuitenkin vaarassa vähentyä, mikäli jollakin osallisuuden osa-alueella esiintyy vajetta. Osallisuudella määritellään olevan kolme osa-aluetta, jotka ovat riittävä toimeentulo ja hyvinvointi, toiminnallinen osallisuus sekä yhteisöihin kuuluminen ja niissä jäsenenä oleminen (THL 2018d). Tutkimuksemme tuloksissa kävi ilmi, että osallisuutta estäviä tekijöitä olivat rahan puute, terveydelisiin seikkoihin ja toimintakykyyn liittyvät esteet sekä kuntoutujien kokema itsenäisyyden ja sopivan tekemisen puute. Samalla lailla Laitilan (2010, 87-88) tutkimuksen mukaan stigma ja häpeä vaikuttavat osaltaan osallistumishalukkuuteen ja toisaalta kuntoutujat kokivat, etteivät saa ääntään riittävästi kuuluviin.

Osallisuutta estäviin tekijöihin on syytä kiinnittää huomiota kuntoutustyöskentelyssä ja toiminnan suunnittelussa. Miten työntekijät voivat vaikuttaa siihen, että jokaiselle löytyisi sopivaa tekemistä omien voimavarojensa mukaisesti ja että jokaisella olisi mahdollisuus itselle sopiviin sosiaalisiin suhteisiin? Särkelän (2009, 62) mukaan osallisuutta olisi hyvä edistää myös niin, että lisätään omaehtoisen osallistumisen mahdollisuuksia sekä tehdään osallistuminen helpommaksi madaltamalla kynnyistä. Kuulimme tutkimuksessamme samankaltaisia toiveita Viherlaakson asukkailta osallistumisen edistämiseksi, pienemmät ryhmäkoot ja oman tutun porukan kanssa tekeminen saattaisivat mahdollistaa aiempaa enemmän osallistumista.

8 YHTEENVETO

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä tulee noudattaa sellaisia eettisiä periaatteita, jotka ohjaavat yleisesti kaikkea tieteellistä toimintaa kaikilla tieteenaloilla. Tällainen yleinen periaate on esimerkiksi rehellisyys. Eettistä ristiriitaa voi syntyä esimerkiksi tilanteissa, joissa opinnäytetyön tulokset eivät ole toimeksiantajan kannalta toivottuja tai edullisia. (KAMK 2019.)

Mielestämme työskentelymme tutkimuksen parissa on ollut avointa ja läpinäkyvää. Kävimme jatkuvaa keskustelua ohjaavan opettajan, toimeksiantajan sekä tutkimukseen osallistuvien kanssa työn etenemisestä sekä tutkimuksesta nousseista tuloksista.

Opinnäytetyössä eettisyys tulee huomioida jo aiheen valinnassa – miksi tutkitaan juuri kyseistä asiaa? Mikä prosessista saatava tieto on merkityksellistä? Aihetta pohdittaessa tulee myös miettiä, kenen ehdoilla ja kenen tarpeesta aiheenvalinta tehdään. Mitä eettisiä kysymyksiä opinnäytetyön toteuttaminen tuo tullessaan? (KAMK 2019.)

Tutkimusaiheen valintaan sekä aineistonkeruutapaan liittyviä kysymyksiä pohdimme sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan että työn toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön ohjauskeskusteluissa ennen varsinaisen työn aloittamista keväällä 2018. Tutkimusluvan saaminen oli keskeinen osa tutkittavan aineiston hankintaa. Lupa haettiin Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymältä hyvissä ajoin, ja se saatiin kahdessa viikossa hakemuksen jättämisestä. Myönteisen tutkimuslupapäätöksen saatuaamme aloitimme työn pohdinnan eettiseltä kannalta. Pohdimme muun muassa haastattelujen nauhoittamisen eettisyyttä – nauhallahan jokainen asukas puhuu omalla äänellään ja on siinä mielessä tunnistettavissa. Päädyimme siihen, että koska aineistoa kuuntelevat ja analysoivat ainoastaan tutkijat, ei eettistä ristiriitaa ole. Haastattelut nauhoitettiin haastatteluita varten hankitulla nauhurilla, ei siis matkapuhelimella, tietokoneella tai muulla laitteella, josta on yhteys internetiin ja jonka sisältö saattaisi olla kaapattavissa. Nauhat sekä litteroidut aineistot hävitettiin asianmukaisesti Viherlaakson palvelukeskuksen johtajan läsnä ollessa.

Työmme teoriaosuuden lähteiden kokoamisessa käytimme lähdekritiikkiä sekä huolellista harkintaa. Teoriatieto etsittiin luotettavista kotimaisista ja kansainvälisistä tietolähteistä sekä alan kirjallisuudesta. Kaikki lähteet olivat pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Tämä poikkeus tehtiin tiettyjen aihealueiden niukasta saatavuudesta johtuen.

Sosiaali- ja terveysalalla tutkimusta ohjaavat monet lait ja säädökset. Näitä ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), laki sosiaalihuollon asiakkaan

asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812), tietosuojalaki (5.12.2018/1050), sekä laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (21.5.1999/621). Tutkimuseettinen neuvottelukunta on myös laatinut omat ohjeet hyvän tieteellisen käytännön huomioimiseksi. Tieteellinen tutkimus täytyy olla tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta se voi olla eettisesti kestävä ja tuloksiin voidaan luottaa. Keskeistä on kuitenkin rehellinen ja huolellinen toimintatapa sekä tarkkuus tutkimusta tehtäessä, sitä tallennettaessa ja esitettäessä. (TENK 2019.)

Eettisessä opinnäytetyöprosessissa on erityisen tärkeää tutkimuksen kohteena olevien yksityishenkilöiden yksityisyyden ja oikeuksien turvaaminen. Tutkimukseen osallistuvia tulee kohdella avoimesti ja eettisesti korkeatasoisesti. Heille tulee antaa etukäteen kaikki tieto, mitä opinnäytetyöprosessin aikana tapahtuu tai saattaa tapahtua. Tutkimuskohteeksi suostumisen tulee aina olla vapaaehtoista, ja kohdetta tulee suojella vahingoittumiselta koko prosessin ajan. Opinnäytetyössä, kuten kaikessa muussakin tieteellisessä tutkimuksessa tutkimuksen aikana kerättyä tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistujan pitää voida olla varma anonymiteetistaan. Kerätty aineisto säilytetään asianmukaisesti ja hävitetään tutkimuksen päätyttyä. (KAMK 2018.)

Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen alkuinfotilaisuudessa, että saatu materiaali tulee ainoastaan tutkijoiden käyttöön, eikä kenenkään henkilöllisyyttä voida vastauksista tunnistaa. Saatu haastattelumateriaali hävitettiin asianmukaisesti analysointien jälkeen. Työn eettistä vastuuta kuvastaa myös se, että saadut tulokset ovat johdonmukaisia aineistoon nähden ja tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti. Haastattelutilanteisiin saimme käyttöömmekunakin asukkaan oman asunnon, jossa pystyimme luomaan rauhallisen ja miellyttävän tilanteen sekä luottamusta herättävän ilmapiirin. Myös Keränen toteaa pro gradu -tutkielmassaan (2008, 59), että haastattelutilanteen onnistumisen kannalta kiireettömyyden ja turvallisuuden tunne on tärkeää.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä sekä siirrettävyyttä (Laitinen 2009, 60). Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimustyön toteutuksen näkökulmasta sekä haastateltavina olleiden tutkimushenkilöiden käsitysten vastaavuudesta työn tuloksiin nähden. Uskottavuutta lisää huolellisesti tehty aineiston analyysi. Tutkimuksen vahvistettavuutta lisää työprosessin kirjaus siten, että toinen tutkija pystyy pääpiirteittäin seuraamaan prosessia. Sisällön analyysin tulee olla tehty ja dokumentoitu selkeällä tavalla. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana, lisäksi tutkijan tulee tiedostaa lähtökoh- tien vaikutus aiheen valintaan, aineiston keruuseen, analysointiin sekä tulosten esittämi- seen. Siirrettävyyden tarkastelussa kiinnitetään huomiota tutkimuksen siirrettävyyteen

toiseen toimintaympäristöön tai toiseen ihmisryhmään. Siirrettävyyttä parantavat raportista ilmenevät tutkimusympäristö, tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden valintaprosessi, aineiston keruutapa sekä tutkimuksen tulosten analysointimenetelmä. (Laitinen 2009, 60-62.) Näitä neljää kriteeriä tarkastelemalla voidaan arvioida tutkimuksen tuottaman tiedon totuudenmukaisuus (Keränen 2008, 60).

Viherlaakson asukkaita ja ohjaajia informoitiin hyvissä ajoin tiedon tulevista haastatteluilta, niiden aiheista, ajankohdista sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti haastatelluilta saatiin suostumus ja heitä tiedotettiin haastatteluiden sisällöstä sekä käsiteltävistä aiheista. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelijoille saa esittää kysymyksiä ja oman haastattelun käytön tutkimustarkoituksiin saa kieltää missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Opinnäytetyön seminaari on suunniteltu pidettäväksi helmi-maaliskuussa avoimena tilaisuutena koko säätiön henkilökunnalle sekä asukkaille. Seminaarissa esitellään tutkimuksen keskeiset tulokset.

8.2 Pohdinta

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen. Tätä tukee muun muassa sosiaali- ja terveyspolitiikan strateginen painotus osallisuuden edistämiseksi (STM 2018b). Sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmä on tällä hetkellä jatkuvassa muutoksessa, joten mielestämme mielenterveyskuntoutujien oman äänen esiin saaminen palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä on tärkeää. Tutkimus tarjosi meille ainutlaatuisen mahdollisuuden tuottaa tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemasta osallisuudesta, sitä vahvistavista sekä sitä haittaavista tekijöistä.

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen, mutta saimme melko vapaat kädet sen toteuttamiselle, ainoastaan teoreettiseen viitekehykseen saimme ohjeistuksen toimeksiantajan näkökulmasta. Yhteistyö toimeksiantajan sekä Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ohjaavien tahojen kanssa oli sujuvaa ja rakentavaa työmme etenemisen kannalta. Toimeksiantajan palaute opinnäytetyömme tuloksista oli kannustavaa. Koimme aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Jäimme käsitykseen, että tuloksia todella hyödynnetään kuntoutustyöskentelyn kehittämisessä.

Opinnäytetyöprosessi oli ammatillisesti kasvattava ja yhteistyö tutkijoiden kesken vahvistui varsinkin prosessin loppuvaiheessa. Työssämme on hyödynnetty ohjausta ja työtä on kehitetty ja korjattu saadun palautteen perusteella. Meillä oli riittävät resurssit käytössämme ja työn tekeminen jakautui riittävän suunnittelun jälkeen tasapuolisesti

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli edistää mielenterveyskuntoutujien osallisuutta ja tavoitteena tuottaa tietoa mielenterveyskuntoutujien osallisuudesta hyödynnettäväksi

kuntoutustyöskentelyssä. Pääsimme opinnäytetyöllemme asettamiimme tavoitteisiin sekä aikataulullisesti että tulosten kannalta. Löysimme tutkimuksemme avulla vastaukset kaikkiin asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Haastateltavien mukaan saaminen oli vaivatonta. Tutkimuksemme on eettisesti kestävä ja luotettavuutta lisää tutkimuksemme eri vaiheiden yksityiskohtainen avaaminen raportissamme, joka etenee johdonmukaisesti.

Opinnäytetyössämme aihe tekee näkyväksi myös sosionomin kompetenssit. Tulevina sosionomeina meidän tulee osata edistää kansalaisten osallisuutta ja osallistumismahdollisuuksia sekä tehdä kehittämistyötä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Sosionomien tärkeänä tehtävänä on ehkäistä eriarvoisuutta ja vähentää syrjäytymistä. (LAMK 2018). Osallisuutta tutkimalla olemme opiskelujemme aikana tehneet tässä osa-alueessa oman osamme ja koimme tämän ammatillisesti erittäin hyödyllisenä ja kehittävänä.

Tutkimukseemme osallistui seitsemän (7) kuntoutujaa Viherlaakson palvelukeskuksesta. Osallistujia oli jokaisesta kolmesta tiimistä. Tuloksia voitaneen käyttää kuntoutustyöskentelyn tukena jatkossa, sillä tulokset ovat hyödynnettävissä ainakin Viherlaakson ja mahdollisesti koko säätiön palveluasumisen tasolla asiakasryhmien samankaltaisuuden vuoksi. Vaikka tutkimuksessamme oli melko vähän osallistujia, ovat tulokset kuitenkin verrattavissa aiempiin samankaltaisiin tutkimuksiin osallisuudesta.

Osallisuutta edistetään Viherlaaksossa jatkuvasti ja monipuolisesti. On kuitenkin tärkeää saada kuntoutujien oma ääni kuuluviin siten, että he todella kokevat tullessa kuulluksi. Erityisesti kiinnitimme huomiota tuloksissa esiin nousseeseen mielekkään tekemisen puutteeseen. Mielekkästä tekemistä olisi mielestämme järkevää tutkia ja avata jopa oman tutkimuksen muodossa, jotta henkilökunnalla sekä kuntoutujilla olisi samansuuntainen käsitys siitä mitä mielekkään tekemisen tulisi olla, mitä oikeasti halutaan tehdä ja mitä resursseja se vaatii.

Pidämme opinnäytetyötämme tärkeänä mielenterveyskuntoutujien osallisuuden edistämisen kannalta. Yksilön kokemus osallisuus ja osallisena oleminen yhteisössä sekä yhteiskunnassa tuovat tullessaan hyvää ja tärkeää tunnetta siitä, että saa olla joku, jolla on merkitystä ja saa äänensä kuuluviin. Osallisuutta voidaan lisätä turvaamalla ihmiselle riittävä toimeentulo sekä tarjoamalla tarvittavia palveluita ja sellaista mielekkästä toimintaa, jonka avulla hän pystyy luomaan suhteita toisiin ihmisiin. (THL 2017, 25.)

LÄHTEET

- Anonyymi. 2018. Ohjaaja. Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. Haastattelu 3.9.2018.
- Anthony W.A. 1992. Perspectives. Psychiatric rehabilitation. Key issues and future policy. Health affairs 1992:11.
- Appelqvist-Schmidlechner K., Tuisku K., Tamminen N., Nordling E. & Solin P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkirlehti 24/2016 [viitattu 30.8.2018]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/230006>
- Bergman V., Markkula J., Moring J., Nordling, E., Partanen A., Soikkeli M. (toim.) 15/2013. Työpäperi. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisältöä ja rakenteellista kehittämistä 2012. THL. [viitattu 13.9.2018]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114817/URN_ISBN_978-952-245-907-7.pdf?sequence=1
- Chittick R.A., Brook G.W., Irons F.S., Deane W.N. 1961. The Vermont Story: rehabilitation of chronic schizophrenic patients. Burlington, Vt: Department of Health.
- Corcoran C., Walker E., Huot R., Mittal V., Tessner K., Kestler L. & Malaspina, D. 2003. The Stress Cascade and Schizophrenia: Etiology and Onset. Schizophrenia Bulletin 29(4)
- Couch C.J. 1986. Elementary forms of social activity. Teoksessa: Saxton S. & Katovick M. (eds.) Studies in the symbolic interaction research annual: The Iowa's school, Supplement 2 Part 2 A. London: JAI Press.
- Davidson L. & Strauss J.S. 1992. Sense of self in recovery from severe mental illness. Br J Med Psychol 1992:65
- Deegan, P. 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4).
- Eriksson M. & Lindström B. 2014 The salutogenic framework for well-being: implications for public policy. Teoksessa: Hämäläinen T. J. & Michaelson J. (toim.) Well-being and Beyond. Broadening the Public and Policy Discourse. Sitra Publication series 306. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar.
- Global Burden of Disease Study Collaborators. 2013. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet Vol. 386, No. 9995: 743–800.

Green M.F., Schooler N.R., Kern R.S., Frese F.J., Granberry W., Harvey P.D., Karson C.N., Peters N., Stewart M., Seidman L.J., Sonnenberg J., Stone W.S., Walling D., Stover E. & Marder S.R. 2011. Evaluation of functionally meaningful measures for clinical trials of cognition enhancement in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 168(4).

Haarakangas K. ja Seikkula S. 1999. Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa: Haarakangas K. ja Seikkula J. (toim.): Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä.

Helmijoki S. 2018. ”Kyllä joku päivä siihen määränpäähänsä päätyy”. Asiakkaiden tuottamat diskurssit omasta toipumisprosessistaan mielenterveyskuntoutuksessa kolmannella sektorilla. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. [viitattu 8.2.2019]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/103173/1522860075.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hyväri S. & Salo M. 2009. Elämäntarinoita kokemustutkimukseen. Mielenterveyden keskusliitto.

Härkäpää K. & Järvikoski A. 1995. Mitä kuntoutus on? Teoksessa Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY.

Härkäpää K. & Järvikoski A. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro.

Hätönen H., Kurki M., Larri T. & Vuorilehto, M. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Fioca.

Isohanni M., Honkonen T., Vartiainen H. & Lönnqvist J. 2010. Skitsofrenia. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. 5.–8. uudistettu painos. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Jyväskylän yliopisto. 2015. Koppa. Laadullinen tutkimus. [viitattu 17.9.2018]. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Jämsen A. & Pyykkönen A. 2014. Osallisuuden jäljillä. Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry.

Järvikoski A. 1996. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Yliopistopaino.

KAMK. 2019. Eettiset suositukset. [viitattu 14.1.2019]. Saatavissa: <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset#>

- Kananen J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän yliopistopaino.
- Karjalainen J. & Raivio H. 2012. THL. Osallisuuden edistämisen yksikkö. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina. [viitattu 10.9.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus/osallisuuden-osatekijat>
- Keränen S. 2008. Skitsofreniapotilaan selviytyminen avohoidossa läheisten näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Koivula H. 2018. Mielenterveys- ja päihdetyön kokemusasiantuntijoiden kuntoutumisnarratiivit. Tutkimus osallisuuden metaforista. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. [viitattu 30.1.2019]. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/103575/1527686471.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Korkeila J. Toipumisorientaation paluu. Pääkirjoitus. Lääkärilehti 49/2017. 72. vuosikerta. [viitattu 9.9.2018]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/toipumisorientaation-paluu/?public=3f6e140baeb49cdab9790eb31d5c57e0>
- Koskinen S. 2016. Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. [viitattu 4.2.2019] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100616/GRADU-1487077613.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Koskisu J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Edita.
- Kuntalaki 410/2015.
- Kurki-Kangas L. 2016. Edistävä mielenterveys- ja päihdetyö mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. [viitattu 27.1.2019]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100006/GRADU-1478589814.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lahtinen P. 2018. Laadullisen aineiston analyysi. [viitattu 18.9.2018]. Saatavissa: <http://reppu.lamk.fi/mod/resource/view.php?id=872803>
- Laitinen, M. 2009. Työnohjaus työhyvinvoinnin välineenä- Hoitotyöntekijöiden kokemuksia työnohjauksesta psykiatriisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä- Suomen yliopisto. Kuopio. [viitattu 17.9.2018]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621.

LAMK. 2018. Reppu. Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit. [viitattu 15.2.2019]. Saatavissa: https://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/660871/mod_book/chapter/4945/kompetenssit2016.pdf

LAMK. 2019. Opinto-opas. Sosionomikoulutus. [viitattu 3.2.2019]. Saatavissa: <http://opinto-opas.lamk.fi/index.php/fi/68177/fi/68143>

Lönnqvist J. & Lehtonen J. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa: Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria, Duodecim, Helsinki.

Mielenterveyden keskusliitto. 2016. Kuntoutuminen. [viitattu 4.2.2019] Saatavissa: <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kuntoutuminen/>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveystalo. 2018a. Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta. [viitattu 31.8.2018]. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx

Muñoz R. F., Beardslee W. R. & Leykin Y. 2012. Major Depression Can Be Prevented. *Am Psychol* 67(4): 285–295.

Muutoksen ruori. 2017. Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö sr. [viitattu 17.9.2018]. Saatavissa: https://ssyk.fi/wp-content/uploads/2018/05/muutoksen_ruori_itsearviointimittari.pdf

Muzio E., Oksanen J., Luoma L., Kimmelma-Paajanen T. & Ruohonen M. 2010. Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofrenia potilaiden kuntoutukseen. *Suomen lääkäri* 65(10).

Mönkkönen K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Väitöskirja.

Nordling E. 2018. Mitä toipuminen tarkoittaa mielenterveystyössä? 15/2018. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*.

O'Connor F. 1994. A Vulnerability-Stress Framework for Evaluating Clinical Interventions in Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship* 26(3).

Oksanen S. 2008. Tapaustutkimus: Skitsofrenian kognitiivisen kuntoutuksen soveltaminen psykiatrisen sairaalan kuntoutusosastolla potilaiden ja hoitajien kuvaamana. Pro gradu - tutkielma. Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto. [viitattu 5.2.2019] Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18368/URN_NBN_fi_jyu-200805141463.pdf?sequen..

Power A. K. 2010. Transforming the Nation's Health: Next Steps in Mental Health Promotion. *American Journal of Public Health* 100:12

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. 2018a. Organisaatio. [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: <https://www.phsopsyk.net/organisaatio>

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. 2018b. Palvelut. [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: <https://www.phsopsyk.net/palvelut>

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. 2018c. Palveluasuminen. [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: <https://www.phsopsyk.net/palveluasuminen>

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. 2018d. Viherlaakson palvelukeskus. [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: https://www.phsopsyk.net/viherlaakson_palvelukeskus

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. 2018e. Psykososiaalinen kuntoutus. [viitattu 31.8.2018]. Saatavissa: https://www.phsopsyk.net/psykososiaalinen_kuntoutus

Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. 2018f. Recovery- Orientaatio- Toipumisorientaatio. [viitattu 9.9.2018]. Saatavissa: https://www.phsopsyk.net/files/omat_julkisen/1_etusivu/Toipumisorientaatio_saatiolla.pdf

Raivio H. & Karjalainen J. 2013. Teoksessa Era T. (toim.) 2013. Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. [viitattu 12.12.2018]. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.pdf

Rissanen P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto

Rissanen P. 2013. Teoksessa Falk H., Kurki M., Rissanen P., Kankaanpää S. & Sinkkonen, N. 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39/2013. THL. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino. [viitattu 12.11.2018]. Saatavissa:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 2.1.2019] Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Salenius P. 2009. Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Kuntoutujien osallisuuden kokemukset, vertaistuki ja identiteetin muotoutuminen klubitaloyhteisössä. Pro gradu -tutkielma. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Jyväskylän yliopisto. [viitattu 31.12.2018]. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/22365/URN_NBN_fi_jyu-200911054382.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salokangas R. K. R., Honkonen T., Jyväsjärvi S., Koponen H., Laukkala T. & Wahlberg K. 2001. Käypä hoito – Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistysten asettama työryhmä. [viitattu 4.2.2019]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi35050#s20

Shrivastava A., Johnston M., Shah N., Thaker M. & Stitt L. 2011. Persistent cognitive dysfunction despite clinical improvement in schizophrenia: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Practice* 17(3).

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

STM. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. [viitattu 18.9.2018]. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM. 2018a. Osallisuuden edistäminen. [viitattu 13.9.2018]. Saatavissa: <https://stm.fi/osallisuuden-edistaminen>

STM. 2018b. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. [viitattu 5.2.2019]. Saatavissa: <https://stm.fi/syrjaytymisen-ja-koyhyden-ehkaisy>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Suomen Sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto. 2018. Recovery. [viitattu 3.9.2018]. Saatavissa: <https://recovery.fi/>

Suomen Sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliitto. 2018. Toipumisorientaation pääperiaatteet. [viitattu 3.9.2018]. Saatavissa: <https://recovery.fi/>

Suvisaari J. 2010. Missä mennään mielenterveys- ja päihdeasioissa? 2010. Teoksessa Partanen A., Moring J., Nordling E. & Bergman V. (toim.) Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 25.1.2019]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80006/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71.pdf?sequence=1>

Suvisaari J., Ahola K., Kiviruusu O., Korkeila J., Lindfors O., Mattila A., Markkula N., Marttunen M., Partonen T., Peña S., Pirkola S., Saarni S., Saarni S. & Viertiö S. 2012. Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 28.1.2019]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf

Särkelä M. 2009. Miten huono- osainen voi olla osallinen? Tarkastelussa päihteidenkäyttäjien, toimeentulotuen saajien, vankien ja asunnottomien osallisuus ja aktiivinen kansalaisuus. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. [viitattu 6.2.2019]. Saatavissa: http://kans.jyu.fi/tutkimuksia/copy_of_aineistot/Maisteriohjelman-gradut/Sarkela-Mona-Gradu.pdf/view

TENK. 2019. Hyvä tieteellinen käytäntö. [viitattu 6.2.2019]. Saatavissa: <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

THL. 2017. Työpaperi 33/2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Helsinki, 2017. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL. 2018a. Mielenterveys. [viitattu 26.8.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys>

THL. 2018b. Mielenterveyden edistäminen. [viitattu 26.8.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys>

THL. 2018c. Mielenterveyden häiriöt. [viitattu 27.8.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

THL. 2018d. Hyvinvointi- ja terveyserot. Osallisuus. [viitattu 10.9.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

Tietosuojalaki 5.12.2018/1050.

Tiusanen J. 2015. Skitsofreniaa sairastavien toimintakyky ja kuntoutus. Pilottitutkimus psykososiaalisen kuntoutusmallin (MATTI-kuntoutus) toimivuudesta. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto. [viitattu 4.2.109] Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150662/urn_nbn_fi_uef-20150662.pdf

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

Vuori A. 2017. Laadullinen tiedonkeruu tutkimuksessa ja opinnäytetyössä. LAMK. [viitattu 17.9.2018]. Saatavissa: <http://reppu.lamk.fi/mod/resource/view.php?id=872800>

Wahlbeck K. 2015. Public Mental Health: The Time Is Ripe for Translation of Evidence into Practice. *World Psychiatry* 2015; 14:36–42. doi: 10.1002/wps.20178

Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E., Charlson F.J., Norman R.E., Flaxman A.D., Johns N., Burstein R., Murray C.J.L. & Vos T. 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *382(9904):1575–1586*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6

WHO 2005. Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. A report if the World Health Organization, Development of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Printed in Singapore, Geneva

LIITTEET

Liite 1 Kirje tutkimushaastatteluun Viherlaakson asukkaille

Liite 2 Tutkimuskysymykset

Liite 1

Hei!

Teemme opinnäytetyötä aiheena mielenterveyskuntoutujien osallisuus. Toteutamme tutkimustyömme Viherlaakson asukkaiden parissa, ja toivomme Teitä asukkaita osallistumaan haastatteluihin. Osallisuus on ajankohtainen ja tärkeä aihe, ja osallisuuden edistäminen on myös Sosiaali- ja terveysministeriön sekä hallituksen tavoitteena.

”Terveiden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee osallisuuden tunteeksi, joka syntyy ihmisen ollessa osallisena jossakin yhteisössä. Yhteisöissä osallisuus ilmenee jäsenten arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena, sekä mahdollisuutena vaikuttaa omassa yhteisössä. Yhteiskunnassa osallisena oleminen tarkoittaa jokaisen mahdollisuutta terveyteen, koulutukseen, työhön, toimeentuloon, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. Kansallisella tasolla osallisuus vaikuttaa demokratian perusrakenteena. Tällöin kansalaisella on oikeus tasavertaisena osallistua ja vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja yhteiskunnan kehitykseen.”

Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää mielenterveyskuntoutujien osallisuutta. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa mielenterveyskuntoutujien osallisuudesta hyödynnettäväksi kuntoutustyöskentelyssä.

Toteutamme haastattelut yksilöhaastatteluina. Meitä on kaksi haastattelijaa; Emma Viherlaakson työntekijänä ja tutkijana sekä Erika tutkijana. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan sen jälkeen puhtaaksi. Nauhat hävitetään puhtaaksikirjoituksen jälkeen. Tulokset analysoidaan ja käydään läpi yhdessä Teidän kanssanne. Kenenkään henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa ilmi ja osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Toivomme teistä osallistujia 4-10 henkilöä. Voitte ilmoittautua mukaan palauttamalla tämän kutsun omalla nimellä varustettuna jollekin ohjaajista viikon kuluessa. Haastatteluun on varattu aikaa noin 1 tunti. Tutkimukseen osallistujilla on mahdollisuus lähteä yhteiselle lounaalle toivomaansa ravintolaan tutkijoiden kanssa haastattelujen jälkeen.

Tervetuloa!

Liite 2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset, joihin haetaan vastauksia:

Pääkysymys:

Mitä osallisuus on mielenterveyskuntoutujan elämässä?

Alakysymykset, joiden avulla päätutkimuskysymyksen vastausta haetaan:

Mistä osallisuuden tunne muodostuu?

Mitkä tekijät edistävät osallisuutta?

Mitkä tekijät voivat heikentää osallisuutta?

Teemahaastattelujen alustavat kysymykset/ohjaavat teemat:

Mistä asioista voit elämässäsi päättää?

Miten koet omat mahdollisuutesi vaikuttaa omiin asioihisi?

Mitä sana tarpeellinen tarkoittaa sinun elämässäsi?

Miten kuvailisit sosiaalisia suhteitasi?

Miten kuvailisit yhteenkuuluvuuden tunnetta?

Millä tavoin osallistut ryhmiin ja muuhun yhteistoimintaan?

Mitä vertaistuki merkitsee sinulle?

Miten koet vuorovaikutuksen sinun ja työntekijöiden välillä?

Millä tavoin ja minkälaista tietoa saat omista asioistasi?

Millä tavoin koet oman osallistumisesi kuntoutuksesi suunnitteluun? Entä miten voit vaikuttaa siihen?

Miten voit osallistua saatavilla olevien palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin?

Minkälaiset mahdollisuudet sinulla on antaa asiakaspalautetta?

Miten sinun osallistumistasi voisi edistää tai lisätä?

Mitkä asiat voivat vaikeuttaa osallistumistasi ja haitata osallisuutta?

Muuttaisitko jotain?