

**MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN KOKEMUKSIA
HYVINVOINNISTA**

Sanna Ojala

Opinnäytetyö
Terveys- ja hyvinvointialat
Sosiaalialan koulutus
Sosionomi

2020

Social Services
Bachelor of Social Services

Author	Sanna Ojala	Year	2020
Supervisors	Sari Halttunen & Teija Kynkäänniemi		
Commissioned by	Oulu City/Mielenterveystyön Tuettu asuminen		
Subject of thesis	Mental health rehabilitees' experiences of their well-being		
Number of pages	93+ 4		

The subject of this thesis was to research and describe independently living mental health rehabilitees' subjective experiences of their well-being while living in Tuettu asuminen (Supported Living Services of the City of Oulu). This thesis was commissioned by Oulu City Mental Health Supported Living Services. The aim was to produce information about their customers well-being at the moment, so they can use it for developing the support service even more toward customer-oriented approach. The results of this thesis can be also used in some other similar mental health services.

The thesis is a qualitative research study. The material is collected by doing individual theme interviews only to the customers who live in mental health Supported Living Services of the City of Oulu. Seven volunteer customers were interviewed in this research. The theory is based on the literature that has introduced the concepts of mental health work, well-being and perspectives for welfare researches. The material of the interviews was analyzed using the content analysis method.

The main result of this study was that the group of independently living mental health rehabilitees' are satisfied with their ordinary life and support they receive for now. The experiences of interviewees on the support services were only positive. Every one of the interviewees thought that they have benefited from the service. Well-being seems to decrease the symptoms of physical illness which restraint their functionality. Adding weekly exercises the customers' well-being could increase physical, physiological and social influences.

Key words: mental health rehabilitee, well-being, welfare research, support living services, physical illness

Sosiaalialan koulutus
Sosionomi AMK

Tekijä	Sanna Ojala	Vuosi	2020
Ohjaajat	Sari Halttunen & Teija Kynkäänniemi		
Toimeksiantaja	Oulun kaupunki/ Mielenterveystyön Tuettu asuminen		
Työn nimi	Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia hyvinvoinnista		
Sivu- ja liitesivumäärä	93+ 4		

Opinnäytetyön aiheena on mielenterveyskuntoutujien kokemukset hyvinvoinnistaan tuetussa asumisessa. Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Oulun kaupungin mielenterveystyön Tuettu asuminen. Työn tavoitteena kuvailla asiakkaiden kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan ja tuen tarpeista elämän eri osa-alueilla sekä tämänhetkisen palvelun merkitystä hyvinvoinnin tukena. Tutkimuksen tulokset antavat toimeksiantajalle ajantasaista tietoa asiakkaiden tämänhetkisestä hyvinvoinnista. Toimeksiantaja voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia palvelun kehittämisessä.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmänä on käytetty puolistrukturoitua teemahaastattelua. Teemahaastattelut on toteutettu yksilöhaastatteluina Tuetun asumisen asiakkaille. Tutkimukseen osallistui seitsemän henkilöä. Haastatteluissa käytettiin avoimia kysymyksiä. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaukset on anonymisoitu. Haastatteluiden aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimuksen viitekehys rakentuu mielenterveystyön ja hyvinvoinnin käsitteistöön.

Asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä omaan arkeensa ja samaansa tukeen. Tulosten perusteella asiakkaiden hyvinvointi muodostuu tällä hetkellä sujuvasta arjesta, johon asiakkaat saavat säännöllistä tukea ja ohjausta Tuetusta asumisesta. Koettua hyvinvointia vähentävinä tekijöinä nousivat esiin psyykkiseen sairauteen liittyvät oireet, jotka rajoittavat toimintakykyä. Viikoittainen liikunnan lisääminen kohentaisi asiakkaiden hyvinvointia sen fysiologisilla, psykologisilla että sosiaalisilla vaikutuksilla.

Avainsanat: mielenterveyskuntoutuja, hyvinvointi, hyvinvointitutkimus, tuettu asuminen, psyykkinen sairaus

SISÄLLYS

ALKUSANAT.....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 MIELENTERVEYSPALVELUT	8
2.1 Mielenterveystyö.....	8
2.2 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen	10
3 OULUN KAUPUNGIN PALVELUT.....	12
3.1 Hyvinvointipalvelut	12
3.2 Erityisryhmien asumispalvelut.....	12
3.3 Tuettu asuminen	13
3.4 Hyvinvoinnin edistämistyö Pohjois-Pohjanmaalla	17
4 HYVINVOINTI.....	18
4.1 Hyvinvointitutkimuksen jaottelu.....	18
4.2 Hyvinvoinnin määritelmät.....	21
4.3 Resurssiperusteinen hyvinvointi	22
4.4 Tarveperustainen hyvinvointi	23
4.5 Arjen hyvinvointi.....	24
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	28
5.2 Menetelmä	29
5.3 Kohdejoukko ja aineiston keruu	30
5.4 Aineiston analysointi	35
5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	36
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
6.1 Tulosten esittäminen.....	39
6.2 Arki ja itsenäinen asuminen	40
6.2.1 Vapaa-aika	45
6.2.2 Sosiaaliset suhteet	46
6.3 Hyvinvoinnin kokemukset	48
6.3.1 Kokemuksia terveydentilasta ja fyysisestä kunnosta.....	49
6.3.2 Kokemuksia psyykkisestä voinnista	51

6.3.3	Taloudellinen hyvinvointi	53
6.4	Asiakkaiden kokemuksia tuetusta asumisesta	55
6.5	Tulevaisuuden haaveita	59
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	61
8	POHDINTA	85
	LÄHTEET	90
	LIITTEET	93

ALKUSANAT

Haluan kiittää opinnäytetyöni toimeksiantajaa Oulun kaupungin mielenterveys-työn Tuettua asumista saamastani mielenkiintoisesta opinnäytetyön toimeksian-nosta. Kiitokset kuuluvat myös Tuetun asumisen asiakkaille, jotka ennakkoluulot-tomasti ja innokkaasti osallistuivat haastatteluihin ja edesauttoivat minua opin-näytetyöni toteuttamisessa.

Haluan kiittää myös opinnäytetyöni ohjaavia opettajia, joilta sain rakentavaa pa-lautetta opinnäytetyön jokaisessa tärkeässä vaiheessa. Sen lisäksi kiitän perhet-täni, joka on tukenut minua henkisesti tämän prosessin kaikissa vaiheissa ja opis-kelutovereita, joilta olen saanut neuvoja ja kannustusta työni loppuun saattami-nessa.

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla Oulun kaupungin mielenterveys-työn Tuetun asumisen asiakkaiden hyvinvoinnin kokemuksia teemahaastatteluiden avulla. Kyseessä on laadullinen tutkimus, jonka teoreettisena viitekehyksenä ovat mielenterveystyö ja hyvinvoinnin ulottuvuudet. Hyvinvointi käsitteenä on laaja, moniulotteinen ja ajassa muuttuva ilmiö (Raijas 2008,2). Yleensä hyvinvoinnin osatekijät jaetaan kuitenkin kolmeen osa-alueeseen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Työn tavoitteena oli laadullisen tutkimusmenetelmän avulla selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien elämänlaatuun ja hyvinvointiin tällä hetkellä. Tutkimuksessani kartoitan tuetun asumisen asiakkaiden hyvinvoinnin osa-alueita kuten koettua terveydentilaa, taloudellista tilannetta, ihmissuhteita ja niiden merkityksiä, turvallisuuden tunnetta sekä vapaa-ajan käyttöä, jotka yhdessä luovat kokonaisuuden asiakkaan kokemasta hyvinvoinnista ja elämänlaadusta. Toinen tarkasteltava teema on itsenäinen asuminen, tuen tarpeet arjessa ja elämänhallinnan kokemukset.

Kiinnostus tutkimusaiheeseen syntyi työelämässä, jossa pääsin henkilökohtaisesti tutustumaan asiakkaiden elämään ja tuen tarpeisiin arjessa. Itsenäisen asumisen haasteet tulivat minulle työssä näkyväksi paremmin, kuin olisivat tulleet pelkkien haastatteluiden kautta. Käytännön kokemuksesta oli hyötyä suunnitlessani teemoja hyvinvoinnin tutkimiseen. Toivon, että tutkimukseni edistäisi jollain tavalla itsenäisesti asuvien mielenterveyskuntoutujien hyvinvointia.

Tuettu asuminen halusi saada vertailukelpoista tietoa oman asiakasryhmänsä tyytyväisyydestä ja hyvinvoinnin tilasta sen jälkeen, kun Saara Huttunen ja Tiia Kuopusjärvi olivat tehneet ohjaajapalveluihin opinnäytetyötutkimuksen: Asiakkaiden kokemuksia Oulun kaupungin mielenterveysasumispalveluiden ohjaajapalvelusta (2019). Vaikka tutkimuksessani ei tutkita varsinaisesti asiakastyytyväisyyttä, tulee palvelun merkitys ja hyöty vahvasti esille asiakkaiden hyvinvoinnin kokemuksissa.

2 MIELENTERVEYSPALVELUT

2.1 Mielen terveystyö

Mielen terveystyössä (Mielen terveystyölaki 14.12.1990/1116 1 §) mielen terveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden myönteisen kehityksen edistämistä, sekä mielisairauksien ja mielen terveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielen terveystyölaki 14.12.1990/1116 1 §.) Mielen terveystyöhön kuuluvat kokonaisuudessaan mielen terveyttä edistävä työ ja mielen terveyden häiriöiden ehkäisy sekä kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon mielen terveystyöpalvelut, jotka lääketieteellisin perustein arvioidun sairauden vuoksi kuuluvat mielen terveyden häiriöitä sairastaville henkilöille. (Mielen terveystyölaki 14.12.1990/1116 1 § ; Sosiaali- ja terveydenministeriö [STM] 2020.) Mielen terveystyön muotoja ovat ohjaus ja neuvonta, yksilön tarpeen mukainen psykososiaalinen tuki, sekä yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen erilaisissa kriisitilanteissa ja muut mielen terveyttä tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Julkisten ja hyvinvointialojen liitto [JHL] 2020.)

Mielen terveystyöhön kuuluu myös elinolosuhteiden kehittäminen niin, että elinolosuhteet ennalta ehkäisevät mielen terveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielen terveystyötä ja tukevat mielen terveystyöpalvelujen järjestämistä. (Mielen terveystyölaki 14.12.1990/1116 1 §.) Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat mielen terveyden hoidossa ensisijaisia. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielen terveystyöskuntoutujille asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa. (STM 2020.) Mielen terveystyölaki määrittää, että kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä mielen terveystyöpalvelut laajuudeltaan ja sisällöltään sellaisiksi, kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvät tarpeet edellyttävät. Ensisijaisesti mielen terveystyöpalvelut on järjestettävä avopalveluina ja niin, että asiakkaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (Mielen terveystyölaki 11.12.2009/1066 2 §.) Mielen terveystyön tavoitteena on

vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja poistaa sekä vähentää mielenterveyteen kohdistuvia uhkia (JHL 2020; STM 2020).

Mielenterveyskomitean mukaan mielenterveystyötoimintavat ovat yleensä joko rakentavia, ehkäiseviä tai korjaavia, ja kohdistuvat yksiihin, yhteisöihin tai koko yhteiskuntaan. **Rakentavalla** työllä halutaan taata yksilön yleinen hyvinvointi luomalla sosiaalista perusturvallisuutta ja luomalla hyvät psyykkisen terveyden perusedellytykset ihmiselle. **Ehkäisevällä** työllä tarkoitetaan puolustautumista ja suojautumista tunnettuja riskejä ja uhkia vastaan. Sen toimintamuotoina ovat häiriöiden varhainen toteaminen ja niiden käsittely tilanteisiin ja olosuhteisiin vaikuttamalla, riskiolosuhteiden korjaaminen sekä esteiden poistaminen tukemalla yksilöä tai yhteiskuntaa riskioloissa ja erilaisissa kriiseissä. **Korjaava** työ on häiriöihin puuttumista, vaurioiden korjaamista ja menetetyntoimintakyvyn palauttamista ja sen toimintamuotoina ovat kuntoutus ja erilaiset terapiat. (Hietaharju & Nuutila 2012, 16-17.)

Mielenterveystyön toimijoina ovat moniammatilliset työryhmät, jotka muodostuvat yleensä sosiaali- ja terveysalalle koulutetuista ammattihenkilöistä, asiakkaan läheisistä sekä muista asiantuntijoista ja kolmannen sektorin toimijoista. Moniammatillinen työryhmä työskentelee yhteistyössä asiakkaan edun mukaisesti ja tuo ammattitaitonsa asiakkaan kuntoutukseen ja hoitoon. (Hietaharju & Nuutila 2012, 17.)

Mielenterveystyön yksi tärkeä osa-alue on psykiatrinen hoito, jolla tarkoitetaan sairaalajaksoa psykiatrisessa sairaalassa, jotka ovat erikoistuneet vakavien mielenterveysongelmien hoitoon. Sairaalahoidolla on keskeinen rooli psykiatristen sairauksien hoidossa, mutta nykyään tavoitteena on, että asiakas hoidossa vain sairauden vaativan välttämättömän ajan. Lyhyiden sairaalajaksojen tavoite on estää laitostumista, edistää asiakkaan kuntoutumista ja pitää asiakasta kiinni ulkopuolisessa maailmassa. Koska sairaalahoido on yhteiskunnalle huomattavasti kalliimpaa kuin avohoito, sairaalajakso pyritään senkin vuoksi pitämään optimaalisen lyhyinä. (Hietaharju & Nuutila 2012, 22.)

Psykiatrisessa sairaalassa on erilaisia osastoja. Suurin ero on suljettujen ja avointen osastojen välillä. Avo-osastolla asiakkaat ja heidän läheiset voivat kulkea melko vapaasti, mutta suljettu osasto on aina lukossa. Se on tarkoitettu potilaille, jotka ovat hoidossa vasten tahtoaan, tai joiden psyykkinen vointi on niin huono, että heidän liikkumisensa osaston ulkopuolella on vaarallista ilman henkilökunnan läsnäoloa. Sen lisäksi sairaalan osastot voivat olla jaettu lyhyt- ja pitkäaikaisen hoidon osastoihin. Lyhytaikaisella eli akuuttiosastolla hoidetaan ihmisten äkillisiä kriisitilanteita ja sairastumista sekä asiakkaan arvioidaan asiakkaan tilannetta ja avuntarvetta. Hoidot pyritään pitämään lyhytaikaisina. Pitkäaikaisosastoilla puolestaan hoidetaan asiakkaita, jotka ovat sairastuneet nuorina ja olleet joko pitkään tai toistuvasti sairaalahoidossa oireidensa vuoksi. Jotkut asiakkaat voivat saada lyhytaikaisia ja ennalta sovittuja intervallijaksoja kuntoutusosastoilla, missä heidän vointiaan voidaan seurata ja omaiset saavat välillä lepoa. Kuntoutus kattaa kaikki ne osa-alueet, joissa asiakas on taantunut ja jotka estävät häntä tulemaan toimeen itsenäisesti. (Hietaharju & Nuutila 2012, 22-23.)

2.2 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveyspalveluja ohjaavasta lainsäädännöstä, hoitoon pääsyä koskevista määräyksistä ja viranomaisohjauksesta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [THL] 2020.) Kunnan tulee huolehtia laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä sekä sosiaalihuoltoa siten, kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 3§). Palveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus (THL 2020).

Mielenterveyskuntoutus on palvelujen kokonaisuus, jolla tuetaan mielenterveyskuntoutujan kuntoutumista ja itsenäistä selviytymistä (THL 2020). Mielenterveyslain 5 § säädetään mielenterveyspalvelujen yhteensovittamisesta siten, että mielenterveyshäiriötä sairastavalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen lisäksi järjestettävä myös lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvä tuki- ja palveluasuminen. Kunnallisen sosiaalihuollon ja

erityispalveluja antavien kuntayhtymien tekemässä yhteistyössä tavoitteena on se, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 11.12.2009/1066 5 §.)

Tilastojen mukaan eniten mielenterveyspalveluja tuottavat terveyskeskukset ja erikoissairaanhoido. Myös sosiaalipalveluissa ja seurakunnissa on toimintaa, joka luetaan mielenterveyspalveluiksi. Näiden lisäksi kolmas sektori lukuisine järjestöineen tuottaa monipuolisia mielenterveyspalveluja. Merkittävä avohoidon sektori on mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, joiden piirissä kuntoutetaan tällä hetkellä noin 8000 avohoidon asiakasta eri asteisesti tuetuilla asumispai-koilla, tehostetusta ympärivuorokautisesti valvotusta tukiasumiseen. (THL 2020.)

3 OULUN KAUPUNGIN PALVELUT

3.1 Hyvinvointipalvelut

Hyvinvointipalvelujen toimintaa säätelevät useat eri lait ja asetukset, joista keskeisiä ovat sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010). Palveluiden järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden palvelutarpeiden huomioiminen elämän eri vaiheissa. Hyvinvointipalvelut järjestävät oululaisille lakien ja asetusten mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja vastaavat sosiaalisten ongelmien ja niiden haittavaikutusten ehkäisemisestä. (Oulun kaupunki 2020.)

Hyvinvointipalveluiden järjestämisen päälinjaukset ovat asiakaslähtöisyys, monialaisuus, monikanavaisuus, monituottajuus ja talouden hallinta (Oulun kaupungin Intranet 2018). Oululaisten hyvinvointipalvelut rakentuvat erityyppisiin matalan kynnyksen palveluihin kuten kotona ja arkiympäristössä tapahtuviin arjen tukeen ja palveluihin, monialaisiin hyvinvointikeskuksen palveluihin sekä kaikkien oululaisten yhteisiin erityispalveluihin. Lisäksi palveluita täydentävät monipuoliset sähköiset palvelut. (Oulun kaupunki 2020.)

Perustason hyvinvointipalvelut toteutetaan viiden hyvinvointikeskuksen kautta. Palvelut järjestetään monitoimijaisesti kunnan eri sektoreiden, yksityisten palvelujen tuottajien ja kolmannen sektorin yhteistyössä. Palveluiden saatavuuden ja laadun varmistamiseksi toimintamalleja uudistetaan jatkuvasti. Kehittämisen etupäässä ovat ohjauksen ja neuvonnan monipuolinen kehittäminen sekä sähköisten palvelujen ja teknologian merkittävä hyödyntäminen prosessien uudistamisessa. (Oulun kaupungin Intranet 2018.)

3.2 Erityisryhmien asumispalvelut

Erityisryhmien asumis- ja päiväpalvelut ovat osa Oulun kaupungin hyvinvointipalveluihin sisältyviä sosiaalipalveluita. Erityisryhmien asumis- ja päiväpalvelut tarjoavat eritasoisia asumisen palveluita niille erityisryhmiin kuuluville henkilöille, jotka eivät kykene omatoimiseen ja itsenäiseen asumiseen omissa kodeissaan. (Oulun kaupungin Intranet 2018.) Asumispalveluiden

asiakkaat sairastavat usein vaikeita mielenterveyshäiriöitä, useimmiten skitsofreniaa ja he eivät pärjää hyvin itsenäisessä asumisessa. Valtaosa mielenterveysasiakkaista saa nykyään suurimmaksi osaksi avo-palveluita, ja vain osa tarvitsee sairaalahoitoa. Asumisyksikköpaikkojen lisääminen on vähentänyt sairaalahoidon tarvetta. (THL 2020.)

Palveluiden tavoitteena on tarjota asiakkaille palvelutarpeen mukainen palvelukokonaisuus, jonka avulla tuetaan asiakkaiden elämänhallintaa ja itsenäistä asumista. Toimintaperiaatteena on edistää ja ylläpitää asiakkaiden psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, sekä vahvistaa asiakkaan omatoimisuutta, itsemääräämisoikeutta ja tukea aktiivista osallisuutta yhteiskunnassa. Tavoitteena on tuottaa keveitä ja joustavia avohuollon palveluja erityisryhmiin kuuluville henkilöille, joiden palvelutarpeeseen ei pystytä vastaamaan peruspalveluina. Asiakkaita palvelun piirissä on n. 530 ja päiväpalveluissa 720 eri henkilöä. (Oulun kaupungin Intranet 2018.)

3.3 Tuettu asuminen

Oulun kaupungin mielenterveystyön Tuettu asuminen on sosiaalihuoltolain mukaista päivä- ja asumispalvelua aikuisille mielenterveyskuntoutujille ja se on aloittanut toimintansa elokuussa 2018. Palvelu tarjoaa asiakkaille kotiin päivittäistä tukea ja ohjausta oman elämän hallintaan, sekä itsenäisen asumisen onnistumiseen. Tuetun asumisen asiakkaat asuvat omissa kodeissaan asumisyksikön läheisyydessä. Asiakkaat tukeutuvat asumisyksikköön ja saavat sen henkilökunnalta päivittäistä käytännön ohjausta, tukea, apua sekä valvontaa omissa palvelun tarpeissaan. (Oulun kaupunki 2020.) Tuettua asumista tarvitaan silloin, kun asiakas ei enää tarvitse laitoshoidoa, mutta ei tule itsenäisesti toimeen omassa asunnossaan.

Tuettuun asumiseen ohjaututaan useimmiten erityisryhmien palveluohjausyksikön kautta, jossa sosiaalityöntekijä tai palveluohjaaja ohjaavat asiakkaita erityisryhmien asumispalveluiden piiriin. Sosiaalityöntekijä/palveluohjaaja laativat asiakkaille henkilökohtaisen palvelusuunnitelman tai

sosiaalityön suunnitelman ja tekevät päätöksen palveluun pääsemisestä. Päätös tehdään määrä-ajaksi ja sen tarpeellisuutta arvioidaan aina suunnitelman päivittämisen yhteydessä, asiakkaiden palvelutarpeen muuttuessa sekä päätöksen umpeutuessa. (Oulun kaupungin Intranet 2018.)

Oulun kaupungin erityisryhmien asumis- ja päiväpalveluiden toiminnan laatusuositukset määritellään IMS-toimintajärjestelmässä, jotka löytyvät Oulun kaupungin Intranetistä. Oulun kaupungin arvoja ovat: rohkeus, reiluus ja vastuullisuus. Arvot merkitsevät sitä, että tulevaisuuteen suhtaudutaan rohkeasti ja luovasti. Sen lisäksi asumis- ja päiväpalveluiden toimintaa ohjaavat lainsäädännöstä ja eri ammattiryhmien eettisistä ohjeista nousevat arvot. Näitä arvoja ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, inhimillisyys ja suvaitsevaisuus, sekä yksilöllisyys, että yhteisöllisyys. (Oulun kaupungin Intranet 2018.)

Laatusuositusten mukaisesti myös Tuetun asumisen toiminnan lähtökohtana on ihmisarvon kunnioitus. Asumis- ja päiväpalveluita suunnitellessa on tärkeää huomioida asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja heidän itsemääräämisoikeutensa, jotta kuntoutujat kokevat asumispalvelun turvalliseksi ja viihtyisäksi. Tuetun asumisen toiminnassa tuetaan sekä ihmisläheisyyttä että yhteisöllisyyttä. Toiminnan tavoitteena on lisätä vuorovaikutusta ja edistää asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa omien palveluidensa sisältöön. (Oulun kaupungin Intranet 2018.)

Tuetun asumisen toteuttama mielenterveystyö on mielestäni yhtä aikaa rakentavaa ja ennaltaehkäisevää, sillä sen toiminnassa turvataan psyykkisen terveyden perusedellytyksiä tukemalla asiakkaan lääkehoitoa, huolehditaan asiakkaan yleisestä hyvinvoinnista ja luodaan asiakkaille sosiaalista perusturvallisuutta. (Hietaharju & Nuutila 2012, 16.) Tuetussa asumisessa asiakkaan ammatillisen kohtaamisen lähtökohtana on toisen ihmisen kunnioittaminen ja ihmisarvo. Hoitajien oma ammatillisuus, persoonallisuus, luottamus ja työympäristö vaikuttavat vuorovaikutuksen syntymiseen ja luottamuksellisen asiakassuhteen rakentumiseen. Vaitiolovelvollisuus korostuu mielenterveysasiakkaiden hoidossa. Työntekijät kohtaavat asiakkaat hoitavasti, joka tarkoittaa ammatillista asennoitumista mielenterveysongelmaiseen asiakkaaseen, jossa hoitaja pyrkii ymmärtämään ja olemaan

aidosti kiinnostunut auttamaan asiakasta. Lähtökohtana on asiakkaan avuntarve, sillä asiakas tarvitsee huolenpitoa ja tukea. (Hietaharju & Nuutila 2012, 80-81.)

Asiakkaat

Tuetun asumisen asiakkaat sairastavat vaikeita ja pitkäaikaisia mielenterveyshäiriöitä, useimmat skitsofreniaa, eivätkä he pärjää kovin hyvin itsenäisessä asumisessa (THL 2020). Psykykkiseen sairauteen kuuluvat kognitiiviset häiriöt aiheuttavat vaikeuksia asiakkaiden arkitoiminnoissa ja heikentävät asiakkaan arkipäivässä selviytymistä, kuntoutumista ja elämänlaatua. Yleensä ihmisen toimintakyky alkaa heiketä vasta vanhemmalla iällä, mutta pitkäkestoihin psykooseihin, etenkin skitsofreniaan, liittyy usein toimintakyvyn heikkenemistä jo aikaisemmin. Ihmisen toimintakyky pitää sisällään sekä arkielämän askareista että elämän suurista haasteista ja vaikeuksista selviytymisen. (Skitsofreniainfo 2020.)

Skitsofrenia on monimuotoinen psyykinen sairaus, jossa ihmisen todellisuuden käsitys on muuttunut ja toimintakyky heikentynyt. Skitsofrenialle, kuten monille muillekin psykoottisille sairauksille on ominaista, että oireista kärsivä ei itse tunne itseään sairaaksi. Skitsofrenian oirekuvaan kuuluvat niin sanotut positiiviset ja negatiiviset oireet. Skitsofrenia aiheuttaa eri ihmisillä kuitenkin erilaisia oireita. Joillakin ilmenee kaikkia oireita, toisilla vain muutamia. Skitsofrenian positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, outo käyttäytyminen ja ajatushäiriöt. Negatiivisia oireita ovat tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, aloitekyvyttömyys ja vuorovaikutustaitojen puute. (Skitsofreniainfo 2020.) Skitsofrenian mielialaoireita ovat puolestaan masentuneisuus, ahdistuneisuus, tuskaisuus ja äkilliset mielialan vaihtelut sekä itsetuhoisuus (Hietaharju & Nuutila 2012, 61). Näiden oireiden lisäksi kognitiiviset oireet ovat skitsofreniapotilailla melko yleisiä ja suurin osa kärsii niistä jossain vaiheessa sairautta (Skitsofreniainfo 2020).

Kognitiivisilla ongelmilla on merkittävä rooli skitsofreniapotilaiden päivittäin kohtaamissa vaikeuksissa, kuten arkipäivän askareissa suoriutumisessa ja sosiaalisten taitojen puutteen takia aiheutuissa ongelmassa. Kognitiiviset oireet voivat

vaikuttaa asiakkaiden sosiaaliseen toimintakykyyn, elämänlaatuun, arjen hallintaan ja kotona selviytymiseen jopa enemmän kuin skitsofrenian perusoireet. Skitsofreniaa sairastavalla saattaa olla esimerkiksi vaikeuksia huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta, ruuanlaitosta, siivoamisesta tai asioiden hoitamisesta. Vaikka kognitiiviset ongelmat ovat skitsofreniassa yleisiä ja haittaavat asiakkaan arkea, asiakkaita voidaan kuitenkin auttaa oikeanlaisella hoidolla. Kognitiivisten oireiden näkökulmasta keskeisessä asemassa ovat fyysinen ja henkinen toiminta yhdistettynä oikeanlaiseen psykoosilääkitykseen. (Skitsofreniainfo 2020.)

Skitsofrenian hoidossa käytettävät psykoosilääkkeet tehoavat usein myös neurokognitiivisiin oireisiin ja osaltaan edesauttavat kognitiivista kuntoutumista. Niillä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia muun muassa motorisiin toimintoihin, tarkkaavaisuuteen ja kielellisiin häiriöihin. Oikeanlaisen lääkityksen löytäminen on tärkeää siksi, että se lisää hoitoon sitoutumista ja tukee kuntoutusta. (Skitsofreniainfo 2020.) Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidossa on olennaista pyrkiä lievittämään oireita ja estämään uusia psykoosijaksoja sekä parantaa asiakkaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua (Hietaharju & Nuutila 2012, 62).

Tuetussa asumisessa asiakkaasta huolehtimisen lähtökohtana on luottamuksellinen hoitosuhde asiakkaaseen, jonka avulla tuetaan asiakkaan toimintakykyä ja sosiaalista kanssakäymistä sekä osallisuutta yhteiskuntaan. Tavoitteena on se, että asiakas voisi elää mahdollisimman täysipainoista, mielekästä ja omannäköistä elämää. (Hietaharju & Nuutila 2012, 62.) Pienten hoitotoimenpiteiden, hoidon seurannan, ohjauksen, asiakkaan oman elämänhallinnan vahvistamisen sekä yhteiskuntaan kiinnittymisen tukemisen lisäksi tuettuun asumispalveluun liittyy muitakin käytännön toimintoja, kuten esimerkiksi ateriapalvelu, pyykinpesu ja vapaa-ajan aktiviteettien järjestäminen, joiden tarkoituksena on tukea asiakkaan arjen toimintoja ja sosiaalista osallisuutta. Palvelua toteutetaan asiakkaille viikon jokaisena päivänä klo 7-21.00. Vaikka henkilökunta ei ole paikalla yöaikaan, niin asiakkailla on mahdollisuus soittaa Färinrannan asumiskuntoutusyksikköön, mikäli siihen aikaan tarvitsee apua tai tukea. (Oulun kaupunki 2020.)

3.4 Hyvinvoinnin edistämistyö Pohjois-Pohjanmaalla

Hyvinvoinnin edistämistyö on kunnan tärkein tehtävä. Se edellyttää eri hallinnonalojen välistä yhteistyötä, kuin myös paikallisten ja alueellisen yhteistyökumppaneiden tekemää yhteistyötä, koska hyvinvoinnin edistäminen on kaikkien osa-puolten yhteinen asia. Hyvinvointiekosysteemi Pohjois-Pohjanmaalla koostuu eri toimialojen ja toimijoiden muodostamista verkostoista, joiden välinen vuorovaikutus ja tiivis yhteistyö on koko hyvinvointiekosysteemin perusta. (Pohjois-Pohjanmaan liitto, 2019.) Pohjois-pohjanmaan toimijoiden yhteistoiminta perustuu siihen, että johtamisessa, päätöksenteossa ja toiminnassa noudatetaan yhteisiä periaatteita (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimus 2019-2025, 2019).

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimuksessa olevan hyvinvointikäsityksen mukaan ihminen voi hyvin silloin, kun kokee elävänsä hyvää arkea ja mielekästä elämää. Käsityksen mukaan hyvinvointiin vaikuttavat ihmisten joka päiväiset arjen tarpeet ja askareet sekä yhteisöt ja ympäristöt, joissa ihminen elää ja toimii. Ihmisten toiminnalla ja arjen valinnoilla on vaikutuksia omaan, läheisten sekä tulevien sukupolvien hyvinvointiin. Sen lisäksi ihminen haluaa tulla kuulluksi, nähdyksi, hyväksytyksi ja ymmärretyksi ihmisenä eikä vain yksittäisten tarpeiden kautta. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimus 2019-2025, 2019.)

Hyvinvointityön arvoja ovat ihmislähtöisyys, rohkeus ja luovuus, yhdenvertaisuus. Ihmisten kokonaisvaltainen tilanne ja hyvinvointi huomioidaan ja palvelut ja tuki toteutetaan arjen kasvu- ja kehitysympäristöissä. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointityö kattaa kaikki elämänkaaren vaiheet. Hyvinvoinnin ja elinvoiman edistäminen kuuluu kaikille toimialoille ja perustuu ihmislähtöisyyteen. Kuntalaisten osallisuus ja vaikuttaminen ovat hyvinvointijohtamisen lähtökohta. Osallisuuden kehittäminen edellyttää kuitenkin koetun hyvinvoinnin mittaamista. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimus 2019-2025, 2019.)

4 HYVINVOINTI

4.1 Hyvinvointitutkimuksen jaottelu

Hyvinvointitutkimuksiin liittyy muutama jaottelu, joka erottelee tutkimussuuntauksia tosistaan. Niistä ensimmäinen koskee hyvinvointierojen vertailtavuutta. Peruskysymys kuuluu, missä määrin ulkopuolinen arvioija voi vertailla hyvinvointia ihmisten välillä tai miten ihmiset voivat päässä yhteisymmärrykseen hyvinvointinsa määrästä. Vertailusta ja sen mahdollisuuksista ollaan montaa mieltä. Joidenkin tutkijoiden mukaan hyvinvointi on mielentila ja koska sellaisesta ei voi saada luotettavaa tietoa, vertailuakaan ei voida tehdä. (Saari 2011, 34-35.)

Hyvinvointitutkimukset kykenevät kuvaamaan hyvinvointia esimerkiksi yleisellä tasolla tai hyvin spesifillä tasolla. Hyvinvoinnin käsite määritellään useimmiten ylhäältä päin tehden oletuksia siitä, mistä tekijöistä hyvinvointi muodostuu. Käytännössä hyvinvointi muodostuu kuitenkin henkilökohtaisena kokemuksena ihmisten arjessa. Nykyiset hyvinvointimittarit eivät Anu Raijaksen mukaan riittävästi saavuta ihmisten hyvinvoinnin kokemuksia arjen tasolla. Tämän selvittämiseksi Raijaksen mielestä on tutkittava sitä, kuinka ihmiset käytännössä pyörittävät ja hallitsevat arkeaan ja millaisena he kokevat sen. (Raijas 2008, 1.)

Toinen ero hyvinvoinnin tutkimisessa liittyy vertailun kohteeseen. Tutkimuksissa hyvinvointia halutaan tarkastella yhtä lailla objektiivisesti mitattavilla resursseilla, kuin myös tutkimalla ihmisen subjektiivisesti kokemaa hyvinvointia. (Saari 2011, 34-35). Raijas määrittelee objektiiviset asiat faktatiedoiksi, eli millaiset elinolot ja resurssit ihmisellä on olemassa ja subjektiiviset resurssit määrittyvät Raijaksen mukaan ihmisten omien arvostusten ja toiveiden perusteella. (Raijas 2008, 4-5.) Objektiivisesti mitattavissa olevat resurssit määritellään yleensä rahaksi tai muuksi mitattavaksi resurssiksi ja tällaiset tutkimukset perustuvat usein eri tavoin kerättyihin määrällisiin aineistoihin. Toisaalta koettua hyvinvointia voidaan mitata ihmisten omien arvioiden pohjalta tai näistä arvioista tehdyn indeksien perusteella. (Saari 2011, 34-35.) Raijaksen mukaan riittävän kokonaiskuvan muodostaminen hyvinvoinnista edellyttää sitä, että objektiivisten elinolojen lisäksi

tutkitaan myös ihmisten omaa näkemystä ja kokemusta mm. arjen hyvinvoinnista, tyytyväisyyttä arjen toimivuuteen sekä niiden merkitystä hyvinvoinnin kokemiseen. Tyytyväisyys ja asioiden tärkeys pohjautuu ihmisten sen hetkisiin elinolosuhteille ja kuvaa heidän henkilökohtaisia tuntemuksiaan. (Raijas 2008, 1.) Ristiintaulukoimalla nämä kaksi erilaista hyvinvointitutkimuksen jakolinjaa saadaan nelikenttä, joiden ääripäissä olevat näkökulmat eroavat merkittävästi toisistaan. Tutkijoiden näkemys hyvinvoinnista ei kuitenkaan ole niin mustavalkoinen, mitä nelikentän perusteella voisi ajatella. Nelikenttä helpottaa ymmärtämään hyvinvointitutkimuksen peruseroja toisistaan. (Saari 2011, 35.)

Hyvinvointierojen vertailtavuus



subjektiivisuus ↓	Heikko	Vahva
Korkea	Utilitaristinen hyvinvointikäsitys	Uuden onnellisuustutkimuksen hyvinvointikäsitys
Matala	Uusklassisen taloustieteen hyvinvointikäsitys	Resurssipohjainen hyvinvointikäsitys

Nelikentän vasempaan yläkulmaan sijoittuu perinteinen hyötyopin mukainen eli utilitaristinen käsitys hyvinvoinnista, jossa korostetaan koettua hyvinvointia. Tämän suuntauksen kannattajat ovat tavanneet korostaa, että koettua hyvinvointia ei voida helposti vertailla, koska ihmiset arvottavat keskenään eri asioita. Kuitenkin ihminen on itse oman hyvinvointinsa paras asiantuntija, eivät ulkopuoliset asiantuntijat, toteaa Raijas. Fyysisen ja henkisen terveyden ja luottamuksen omiin toimintamahdollisuuksiinsa ja kykyihinsä on tutkimuksissa todettu olevan merkittävässä yhteydessä yksilön kokemaan hyvinvointiinsa. (Raijas 2008, 14).

Toista ääripäätä nelikentän oikeassa alakulmassa edustaa resurssipohjainen käsitys hyvinvoinnista, jota tutkiessa keskitytään vertailemaan enimmäkseen

tuloeroja, mutta huomioidaan myös muita resursseja tulojen lisäksi, kuten aika, terveys, tiedot, taidot ja sosiaalinen pääoma. (Saari 2011, 36-37; Raijas 2008, 14-15) Resurssien määrä, hallinta ja mahdollisuus niiden hyödyntämiseen riippuvat ympäristön tarjoamista puitteista, elinoloista ja luonnollisesti myös henkilön ominaisuuksista (Raijas 2008, 14-15). Resurssiperusteista hyvinvointia on jokseenkin helpompi vertailla, sillä kukaan ei pysty väittämään, etteikö tuloja tai asuntojen laatua ja kokoa voisi vertailla keskenään, ja etteivätkö ne jossain määrin vaikuttaisi koettuun hyvinvointiin. (Saari 2011, 36-37.) Alhaisten tulojen, rajoittuneen resurssien hallinnan ja köyhyyden on Raijaksen mukaan todettu alentavan mahdollisuuksia toteuttaa itseään ja alentavan sen myötä koettua hyvinvointia. Tutkimuksista on selvinnyt, että taloudellisilla tekijöillä (tuloilla) sekä sosiaalisilla olosuhdetekijöillä olisi paljonkin vaikutusta hyvinvoinnin kokemiseen. Sosiodemografiset ominaisuudet kuten sukupuoli, ikä, koulutus, ammatti, elinvaihe ja asuinpaikka saattavat kuitenkin vaikuttaa käyttäytymiseen, jolloin myös arvostuksen kohteet ja onnellisuuden kokemukset muuttuvat. (Raijas 2008, 11-12.)

Saaren näkemyksen mukaan nelikentän vasempaan alakulmaan sijoittuu uusklassiseen taloustieteeseen kuuluva hyvinvointitutkimus, joka yhtenäistää hyvinvoinnin lähinnä rahan ja sen kuluttamisen erilaisiin palveluihin, vapaa-aikaan ja tavarihin. Tässä näkökulmassa ei vertailla hyvinvointieroja eikä ylipäättäen otetta huomioon muiden hyvinvointia, vaan ihminen valitsee oman kulutusrakenteensa omien arvostuksiansa mukaan. Näin ollen kulutuksen ja arvotuksen oletetaan olevan yhdenmukaisia keskenään, ja arvostukset tulevat ilmi kulutuksen kautta. Kulutuksen mukana ilmi tulleita arvostuksia ja niiden hyötyjä kuluttajille on turha vertailla tässä näkökulmassa, sillä ihmiset nähdään joka tapauksessa täysivaltaisina ja suvereenina kuluttajina. (Saari 2011, 36-37.)

Nelikentän oikeaan yläreunaan sijoittuu uusi onnellisuustutkimus, joka puolestaan korostaa koettuun hyvinvointiin liittyvien erojen välistä vertailukelpoisuutta. Tässä näkökulmassa koettu hyvinvointi eli onnellisuus oletetaan jossain määrin yhdessä jaetuksi ilmiöksi eri väestöryhmissä ja maissa. Onnellisuustutkimuksen mukaan ihmiset tiedostavat mitä onnellisuus ja tyytyväisyys elämään ovat, vaikka eivät välttämättä osaisikaan sitä täysin

selkeästi ilmaista. Siitä, pitääkö oletus paikkansa on ristiriitaisia näkemyksiä. Joidenkin mukaan onnellisuuden kokemuksissa on kulttuurillisia eroja, jonka mukaan esimerkiksi amerikkalaiset voivat korostaa onnellisuuttaan, kun taas aasialaiset aliarvioivat sitä. Toiset puolestaan viittaavat empiirisiin tutkimuksiin, joiden mukaan onnellisuutta koskeva käsitys on pitkälti yhdenmukainen ja ihmiset voivat vertailla toistensa kokemia hyvinvointia ja tehdä siitä onnellisuutta koskevia johtopäätöksiä. (Saari 2011, 38.)

Raijaksen mukaan tutkittu tieto hyvinvoinnista on hyvin pirstaloitunutta, sillä hyvinvointia sivutaan monien eri alojen tutkimuksissa. Vaikka hyvinvointitutkimuksia on tehty runsaasti Suomessa, niiden laajuudet ja syvyydet ovat vaihdelleet. Raijaksen mukaan tutkimusaluetta kehitetään jatkuvasti, mikä kertoo sekä aiheen tärkeydestä, mutta myös siitä, ettei nykyisten tutkimusten antiin ei olla täysin tyytyväisiä. Erityisesti koetun hyvinvoinnin mittaaminen vaatii kehittämistä, sillä tietämys siitä on puutteellista. (Raijas 2008,1.)

Hyvinvoinnin tutkiminen on haasteellista juuri sen moniulotteisuuden vuoksi. Useissa tutkimuksissa hyvinvoinnin on katsotaan muodostuvan kokonaisuudesta, johon vaikuttavat läheiset perhesuhteet, taloudellinen turvallisuus, työ, yhteisöllisyys ja ystävät, terveys sekä henkilökohtainen vapaus ja arvot. Tutkimusten mukaan kaikilla näillä asioilla on vaikutusta hyvinvointiin, mutta eniten hyvinvointia heikentävät avioero, työttömyys ja sairastuminen. (Raijas 2008, 4-5.)

4.2 Hyvinvoinnin määritelmät

Hyvinvointi käsitteenä on laaja, moniulotteinen ja ajassa muuttuva ilmiö (Raijas 2008,2). Yleensä hyvinvoinnin osatekijät jaetaan kuitenkin kolmeen osaluueeseen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Hyvinvoinnissa voidaan erottaa objektiivinen, mitattavissa oleva ulottuvuus ja subjektiivinen, ihmisten omiin kokemuksiin perustuva arvio hyvinvoinnista (Raijas 2008,2). Vaikka hyvinvointi on yksilöllistä, sillä on sosiaalinenkin ulottuvuus, koska hyvinvointia koetaan myös suhteessa toiseen ihmiseen, ryhmään tai ryhmiin. Ihminen vertaa

hyvinvointiaan sekä omiin hyvinvointiodotuksiinsa, että myös aikaisempiin oloihinsa ja kokemuksiinsa. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,9.)

Hyvinvoinnin sisältö ja kokemus, sekä siihen vaikuttavat tekijät ovat hyvin henkilökohtaisia, ja ne voivat vaihdella samalla yksilölläkin ajasta ja elämäntilanteesta riippuen (Raijas 14-15). On olennaista selvittää yksilöiden henkilökohtaisia kokemuksia hyvinvoinnista eikä arvioida hyvinvointia pelkästään ulkoisten tekijöiden perusteella. Hyvinvoinnissa jokainen asettaa omat hyvinvoinnin osa-alueensa itselleen tärkeimpään järjestykseen. (Kettunen ym. 2001,9.) Ihmisen hyvinvointia ei voida mitata vain aineellisin perustein. Jokaisen on olennaista löytää elämälleen subjektiivisia sisältöjä, merkityksiä ja tavoitteita. Nämä tekijät ovat pitkälti riippuvaisia ihmisestä itsestään, mutta myös heitä ympäröivien ihmisten arvostuksesta.

Ihmisen tyytyväisyys elämän eri alueilla, kuten tyytyväisyys omaan terveydentilaan, sosiaalisiin suhteisiin ja taloudelliseen tilanteeseen kokonaisuudessaan vaikuttavat hyvinvoinnin kokemukseen (Raijas 2008, 4-5). Saaren mukaan hyvinvointiin ja sen tutkimiseen keskittyminen tarkoittaa kuitenkin etäisyyden ottamista terveystutkimuksiin. Koska terveys ja hyvinvointi kulkevat käsi kädessä, tämä erottelu saattaa Saaren mukaan jossain määrin vääristää kokonaiskuvaa ihmisten hyvinvoinnista. (Saari 2011, 34.)

4.3 Resurssiperusteinen hyvinvointi

Hyvinvointi voidaan ajatella ilmenevän mahdollisuuksina. Resurssit kuten työ, tulot, asunto, terveys ja ystävät ovat voimavaroja, joilla ihmiset voivat tyydyttää yksilöllisiä tarpeitaan. Tällaisessa resurssiperusteisessa hyvinvointiajattelussa ihminen nähdään toimijana, joka itse tietää miten käyttää resursseja omaksi parhaakseen. (Kettunen ym. 2001,10.) Vaikka taloudelliset mittarit kuvaavat

hyvin niitä puitteita, jotka tarjoavat perustan ihmisten elämälle, niin hyvinvointi muodostuu muistakin osa-alueista. (Raijas 2008, 2).

Resurssilähtöinen lähestymistapa kiinnittää huomiota yksilön käytössä oleviin voimavaroihin hyvinvoinnin toteuttamiseksi. Tässä ongelmana on se, että ihminen saattaa käyttää voimavarojaan myös hyvinvointiaan heikentävällä tavalla. Voimavarojen käyttö voi muodostua ongelmaksi, jos niiden hallinnassa on puutteita. (Raijas 2008, 4-5.) Resurssien muuttuminen hyvinvoinniksi riippuu nimittäin ympäristöstä, jossa niitä käytetään, esimerkiksi vallitsevista työmarkkinoista riippuu se, onko koulutuksen tuottamasta ammattipätevyydestä hyötyä työn saannissa, jolloin se vasta muuttuu hyvinvoinniksi. (Kettunen ym. 2001,10.) Vaikka elinolot ovat parantuneet huomattavasti, onnellisuus ei ole lisääntynyt samaa tahtia. Tämä johtuu siitä, että elintason parantuessa ihmiset ovat tottuneet parempiin oloihin ja pitävät niitä itsestäänselvyyksinä. Tämän jälkeen he rupeavat haluamaan vielä parempia oloja. (Raijas 2008, 2.)

4.4 Tarveperustainen hyvinvointi

Erik Allardtin mukaan hyvinvointi lähtee ihmisen tarpeista ja niiden tyydyttämisestä. Hyvinvoinnin perustarpeet voidaan jakaa elintasaan (having), sosiaalisiin suhteisiin (loving) ja itsensä toteuttamiseen (being). (Allardt 1976, 32-38.) Tarveteoreettisessa lähestymistavassa hyvinvointi saavutetaan tarpeiden tyydyttämisellä. Ongelmana tässä lähestymistavassa on tarpeentyydytyksen tason määrittäminen välttämättömälle, riittävälle tai kohtuulliselle tasolle. Hyvinvoinnin osa-alueita voidaan mitata ja tarkastella objektiivisesti ulkoapäin ja subjektiivisesti ihmisen henkilökohtaisesti kokemina asioina. Hyvinvointi elintason näkökulmasta voidaan nähdä riippuvan ihmisen tuloista, asumistasosta, koulutuksesta, työllisyydestä ja terveydestä. On kuitenkin tärkeää arvioida ihmisen subjektiivista tyytyväisyyttä suhteessa näihin asioihin. (Kettunen ym. 2001,10.)

Hyvinvointiin liittyy olennaisesti ihmisten väliset sosiaaliset suhteet, sillä ihmisellä on tarve kokea yhteenkuuluvuutta ja kuulua johonkin ryhmään. Tällöin tarpeiden

tyytyttymistä voidaan arvioida sen mukaan, kuinka paljon ihmisellä on esim. läheisiä, ystäviä ja kontakteja erilaisiin yhteisöihin. (Kettunen ym. 2001,10.) Erilaiset yhteisöt luovat ihmisten elämään merkityksellisyyttä, sisältöä ja turvaa vastapainoksi yhteiskunnan muutoksille. Ihminen on sosiaalisten suhteiden ympäröimänä kuitenkin myös haavoittuva ja heikko. (Lääti 2013). Mielestäni Ihmissuhteiden määrää tärkeämpää on arvioida myös henkilöiden subjektiivista kokemuksellista yhteenkuuluvuutta ja ihmissuhteiden merkityksellisyyttä heille itselleen.

Erik Allardtin mukaan hyvinvointia on vaikea määritellä ja tutkia, sillä hyvinvointi on monisäikeinen ilmiö. Hyvinvointi on vaativa sana, koska siihen ei sisälly ainoastaan ihmisten perustarpeiden välttämätön täytyminen, vaan niiden korkeatasoinen tyydyttäminen. Hyvinvoinnin eri aspektien riippuvuudet ovat keskenään kuitenkin heikkoja, miltei olemattomia eli objektiivinen elintaso ja subjektiiviset kokemukset ovat irrallisia ja toisistaan riippumattomia asioita ihmisten elämässä. (Allardt 1976,10.) Mielestäni se tarkoittaa sitä, että kuka vaan voi kokea tyytyväisyyttä tai onnellisuutta elämässään, vaikkei aineellinen elintaso olisikaan korkea.

Tämä on mielestäni hyvä lähtökohta sille, kun tutkii pitkäaikaissairaiden ihmisten hyvinvointia, joiden aineellinen elintaso ei välttämättä ole korkea, toimintakyky on heikentynyt sekä psyykkisesti että fyysisesti, eikä itsensä toteuttamiseen korkeammalla tasolla riitä välttämättä aineellisia resursseja eikä psyykkisiä voimavaroja. Hyvinvointi on niin moniulotteinen käsite, että rajaan sitä tutkimuksessani asiakkaiden subjektiiviseen kokemukseen omasta arjen hyvinvoinnista elämän eri osa-alueilla.

4.5 Arjen hyvinvointi

Hyvinvointia voidaan lähestyä ihmisen elinolosuhteiden, arjen toiminnan ja resurssien näkökulmasta. Tässä yhteydessä arjella tarkoitetaan elämää, joka muodostuu kotielämästä, työstä/opiskelusta ja harrastuksista. Arjen toiminnassa tavoitellaan niiden tarpeiden tyydyttämistä, jotka ovat olennaisia arjen sujumisen kannalta ja jotka lisäävät hyvinvointia. Arki muodostuu toiminnoista erilaisissa

ympäristöissä, joissa ihmiset toimivat yksin tai vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Raijas 2011, 243.)

Ihmisten henkilökohtaisia, arjessa hyödyllisiä resursseja, ovat tulot, varallisuus, aika, terveys, tiedot, taidot sekä sosiaalinen pääoma. Resurssien määrä, niiden hallinta, sekä mahdollisuudet resurssien hyödyntämiseen, riippuvat yhtä lailla yhteiskunnan ja ympäristön tarjoamista mahdollisuuksista ja olosuhteista, kuin myös ihmisten henkilökohtaisista ominaisuuksista. Resurssien määrä kasvattaa ihmisten valinnan mahdollisuuksia arjessa, mutta resurssit ovat täysin merkityksettömiä, ellei ympäristö tarjoa mahdollisuuksia niiden hyödyntämiseen. (Raijas 2011, 249.)

Keskeisimmät arjen hyvinvointiin liittyvät mittarit ovat käytettävissä olevat tulot ja kulutusmenot. Käytettävissä olevilla tuloilla hankitaan hyödykkeitä tarpeiden tyydyttämiseen, mutta hankinnoista aiheutuu myös menoja. Kulutusmenot eivät kuitenkaan paljasta hyvinvoinnin toteutumista. Kulutusvalintoja voivat määritellä mieltymysten lisäksi myös niukat taloudelliset tulot, eivätkä kaikki hyödykkeet pitkällä aikavälillä paranna hyvinvointia. (Raijas 2011, 244.)

Suomessa työllisyys ja tulot aiheuttavat eniten variaatiota koetussa hyvinvoinnissa. Alhaisten tulojen, köyhyyden ja rajoittuneen resurssien hallinnan on todettu alentavan mahdollisuuksia toteuttaa itseään elämässä ja sitä kautta alentavan myös subjektiivisesti koettua hyvinvointia. (Raijas 2008, 11.) Kyse on siitä, etteivät kaikki ympäristössä olevat mahdollisuudet ole silloin käytettävissä. Elinkeinoelämän Valtuuskunnan arvo- ja asennetutkimuksen (2005) mukaan hyvällä toimeentulolla ja onnellisuuden kokemisen välillä on osoitettu olevan selvä yhteys. Yhteys ei kuitenkaan riipu pelkästään rahan avulla saavutetuista mahdollisuuksista, vaan myös paremmasta terveydentilasta ja kulttuuripääomasta. (Raijas 2011, 247- 248.)

Suomalasten tulot ja varallisuus ovat nousseet viime vuosina, mutta eivät tasa-
puolisesti, sillä pienituloiset ovat jääneet tulokehityksessä jälkeen ja tuloerot ovat kasvaneet 2000-luvulla. Erityisesti opiskelijat ja yksinhuoltajat ovat jääneet tulokehityksessä muita jälkeen. (Raijas 2011, 248.) Vaikka onnellisuuden ajatellaan

alhaisilla tulotasolla lisääntyvän aluksi tulojen noustessa, ei sen kasvu jatku loputtomiin. Tietyn tulotason ylittämisen jälkeen onnellisuuden lisääntymistä ei enää tapahdu. (Raijas 2008,12.) Vaikka hyvät tulot mahdollistavat ihmisten valinnan mahdollisuuksia arjen tarpeiden tyydyttämisessä, ei hyvätuloisia voida automaattisesti kategorioida kaikkein parhaiten voiviksi henkilöiksi (Raijas 2011, 248).

Erilaiset sosiaaliset indikaattorit mittaavat ihmisten henkilökohtaisia resursseja. Esimerkiksi terveydentila ja koulutus antavat ihmisille mahdollisuuksia suorittaa arjen toimintoja eri tavoilla, mutta ne valottavat hyvinvointia vain suppealta osaluueelta. Valtaosa suomalaisista ihmisistä kykenee tyydyttämään perustarpeensa hyvin, sillä elintaso ja yhteiskunnalliset olosuhteet ovat yleisesti ottaen hyvät. Merkit ihmisten hyvinvoinnin heikkenemisestä ovat lisääntyneet ja sen uskotaan johtuvan osittain ainakin siitä, ettei nykyaikana hyvinvoinnin toteutuminen liity enää elintärkeiden perustarpeiden tyydyttämiseen, vaan hyvinvoinnissa onkin keskeistä esimerkiksi elämän merkityksellisyys ja yhteisöllisyys. (Raijas 2011, 245.)

Ihmisten vapaa-ajan käytön katsotaan myös linkittyvän hyvinvointiin, koska vapaa-ajan lisääntymisen oletetaan lisäävän hyvinvointia. Yleisesti oletetaan, että vapaa-aikaa käytetään hyvinvoinnin lisäämiseksi, vaikka näin ei aina ole. Jos ajatellaan vaikka yksinäistä ikäihmistä, työtöntä tai mielenterveyskuntoutujaa, liiallinen vapaa-aika ei välttämättä ole myönteinen asia heidän kannaltaan. Tutkimusten mukaan kokopäivätyö tietystä määrin lisääsi hyvinvoinnin kokemuksia ja työttömyys puolestaan heikentäisi hyvinvointia kahdestakin syystä: sekä sosiaalisten yhteisön menettämisenä että taloudellisen epävarmuuden kautta. (Raijas 2011, 245.)

Nykypäivänä tarjolla on runsaasti erilaisia mahdollisuuksia arjen hyvinvoinnin parantamiseen ja kohonnut elintaso tekee hyödykkeiden hankkimisen joillekin helpoksi. Mikäli resurssit ovat rajalliset, niiden käyttöä joudutaan harkitsemaan ja kohdentamaan tarkemmin. Toimintakyky realisoituu valinnanmahdollisuuksina erilaisissa toiminnoissa ja vaihtoehtojen hyödyntämisenä. Arjen toiminnassa toimintakyvyn hyödyllisyys vaihtelee ajankohdasta ja ympäristöstä riippuen.

Toimintakykyä voidaan hyödyntää resurssien ja hyödykkeiden hankintaan, jotka tuovat mahdollisuuksia arjen toimintojen suorittamiseen. Ihmisen kokema hyvinvointi alkaa muodostua erilaisista toimintojen yhdistelmistä, jotka ovat subjektiivisesti merkityksellisiä hänelle itselleen. (Raijas 2011, 249.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa teemahaastattelu menetelmää käyttäen mielenterveyskuntoutujien kokemuksia henkilökohtaisesta hyvinvoinnistaan Tuetusta asumisessa, ja kuvailla mistä asioista asiakkaiden hyvinvointi tällä hetkellä muodostuu. Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Oulun kaupungin mielenterveystyön Tuettu asuminen. Oulun kaupungilla on tarve saada palaute-tietoa tukipalveluiden toimivuudesta ja hyödyistä, ja tätä tutkimustietoa voidaan hyödyntää myös muissa samantyyppisissä mielenterveyspalveluissa.

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat Tuetun asumisen itsenäisesti asuvia asiakkaita, jotka saavat intensiivistä ohjausta kotiinsa viikon jokaisena päivänä. Tutkimustavoitteeni on tuottaa ajantasaista tietoa mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnista toimeksiantajalle, joka voi hyödyntää tuloksia palvelun kehittämisessä. Asiakkaiden kokemusten kautta voidaan selvittää mielenterveyskuntoutujien tyytyväisyyttä niin hyvinvointiinsa, kuin myös tuettuun asumispalveluun, jossa he ovat asiakkaina. Tutkimuksen avulla toimeksiantaja saa arvokasta tietoa palvelunsa kehittämistä varten entistä asiakaslähtöisemmäksi ja asiakkaiden hyvinvointia lisääväksi palveluksi.

Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen myös yhteiskunnallisesti ajatellen, sillä mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet Suomessa ja mielenterveyspalveluja käyttäviä ihmisiä on koko ajan vain enemmän. (Suomen Mielenterveysseura 2020). Pohjois-Pohjanmaalla ihmisten hyvinvoinnin edistäminen nähdään kunnan tärkeimpänä tehtävänä. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimuksessa olevan hyvinvointikäsityksen mukaan ihminen voi hyvin silloin, kun kokee elävänsä hyvää arkea ja mielekästä elämää. Ihmisten hyvinvointiin vaikuttavat heidän jokapäiväiset arjen tarpeet ja askareet sekä yhteisöt ja ympäristöt, joissa he elävät ja toimivat. Ihmisten kokonaisvaltainen tilanne ja hyvinvointi huomioidaan ja palvelut ja tuki toteutetaan arjen kasvu- ja kehitysympäristöissä. Kuntalaisten osallisuus ja vaikuttaminen ovat hyvinvointijohtamisen lähtökohtia. Osallisuuden ke-

hittäminen edellyttää kuitenkin koetun hyvinvoinnin mittaamista. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimus 2019-2025, 2019.) Vaikka mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet, ei palveluiden määrään ja saatavuuteen ole panostettu yhtä lailla, kuin muuhun terveydenhuoltoon (Suomen Mielenterveysseura 2020). On siis tärkeää, että olemassa olevat mielenterveyspalvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin mahdollisimman hyvin ja edistävät heidän kuntoutumisprosessiaan. Asiakkaiden kuuleminen on tärkeä osa palveluiden kehittämistä.

Tällä opinnäytetyöllä haen vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mistä tekijöistä tuetun asumisen mielenterveyskuntoutujien hyvinvointi muodostuu. Mitä merkityksiä, sisältöjä ja tavoitteita asiakkaat itse antavat omalle hyvinvoinnilleen? Mikä tukee hyvinvointia, mikä estää, mitä puuttuu? Tarkastelussa taloudellinen tilanne, terveys, ihmissuhteet, vapaa-aika, turvallisuuden tunne ja tuen tarpeet arjessa. Työ on tarpeellinen, koska sen avulla nostetaan esille mielenterveyskuntoutujien ajatuksia omasta hyvinvoinnistaan ja tuen tarpeista elämän eri osa-alueilla. Opinnäytetyöni tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva asiakkaiden kokemasta hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

5.2 Menetelmä

Toteutin opinnäytetyöni kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena teemahaastattelua käyttäen, koska tarkoitukseni oli selvittää tietyn kohdejoukon kokemuksia tutkittavasta asiasta (Kananen 2014, 16) eli hyvinvoinnin kokemuksista ja tuen tarpeista elämän eri osa-alueilla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, koska tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen, jossa tutkittavaa asiaa pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160.)

Laadullinen tutkimus poikkeaa määrällisestä tutkimuksesta siten, että laadullisella tutkimuksella ei pyritä millään tavoin yleistämään vastauksia, kuten määrällisissä

tutkimuksissa, joiden taustalla on jo valmiiksi hyvä käsitys tutkittavan ilmiön teorioista ja malleista. (Kananen 2014,16.) Laadullisissa tutkimuksissa pyritään pikemmin löytämään ja nostamaan esille tosiasioita, kuin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 157-160.)

Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, jotta voisin käydä vapaamuotoista keskustelua valituista teemoista haastateltavien kanssa. Tavoitteenani oli antaa mielenterveyskuntoutujien itse nostaa esille heille merkityksellisiä asioita hyvinvoinnistaan. Käytin menetelmää myös siitä syystä, että odotin opinnäytetyöni näytteen eli haastateltavien joukon olevan melko suppea ja siksi laadullisen tutkimuksen toteuttaminen oli mielestäni perusteltua. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan usein yksittäisiä tapauksia, joista pyritään saamaan mahdollisimman paljon irti. Kerättyä tietoa käsitellään perusteellisesti syvyysuunnassa, koska laadullisissa tutkimuksissa ollaan kiinnostuneita merkityksistä eli siitä, miten ihmiset kokevat reaali maailman. (Kananen 2014,19.)

Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden kuvata tutkittavaa ilmiötä syvällisesti ja monipuolisesti, koska laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkia pientä havaintojoukkoa varsin perusteellisesti, kuitenkin ilman mahdollisuutta yleistämiseen. Laadullinen tutkimus tuottaa mahdollisuuden hyvälle sanalliselle kuvaukselle tutkittavasta ilmiöstä, jolla tarkoitetaan ymmärrettävää, kokonaisvaltaista, jopa tarkkaa kuvausta aiheesta. (Kananen 2014,17.) Koska halusin tutkia kokemuksia, laadullinen tutkimusmenetelmä oli mielestäni paras tutkimusmenetelmä opinnäytetyölleni.

5.3 Kohdejoukko ja aineiston keruu

Tutkimusongelmani edellytti surveytyyppistä otetta, jolle on tyypillistä, että haastatteluihin valitaan harkinnanvarainen otos eli tietyin perustein valittu joukko haastateltavia, joilta aineisto kerätään Tutkiessani mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnin kokemuksia, kohdejoukkoni valikoitui oman harkinnan mukaisesti, mutta perustellusti.(Hirsjärvi & Hurme, 2008, 58.) Kriteeri kohdejoukolle oli selkeä, eli voimassa oleva asiakkuus Oulun kaupungin mielenterveystyön Tuetussa

asumisessa, koska haluttiin selvittää juuri sen asiakkaiden tämänhetkistä hyvinvointia ja tuen tarpeita. Käytännössä otoskoko määräytyi vapaaehtoisten määrän mukaan.

Tutkimuksessa kohdejoukolle pyritään esittämään samat kysymykset samoista teemoista, jotta aineistosta voidaan laskea esimerkiksi yhteneväisyyksiä tai eroja. Keskittyminen yhteen tapaukseen tai suppeaan kohderyhmään antaa paremmat laadulliset mahdollisuudet tutkia aiheen yksityiskohtia. Jo muutamaa ihmistä haastattelemalla voidaan saada riittävästi merkittävää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisissa tutkimuksissa päämääränä on pyrkiä keräämään ja ymmärtämään syvällisemmin tutkimuksen alla olevaa ilmiötä. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 58-59.)

Ennen haastatteluiden aloittamista tuetun asumisen asiakkaille toimitettiin lyhyt ja selkeä tiedote eli saatekirje (liite 1) tästä tutkimuksesta, jossa asiakkaille kerrottiin mitä aion tutkia, minkä vuoksi teen tutkimuksen ja mihin tarkoitukseen käytän tutkimustuloksia. Saatekirje sisälsi kohdan, jossa asiakas sai valita haluaako osallistua haastatteluun ja allekirjoittaa suostumuksen haastatteluun osallistumiselle. Suostumuslomakkeella halusin varmistaa, että asiakkaat tiesivät haastattelun olevan vapaaehtoinen, ja oikeutensa kieltäytyä siitä ilman syytä tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Tiedotteesta kävi ilmi myös se, että vastaukset anonymisoidaan, eikä ketään voida tunnistaa valmiista raportista. Saatekirjeen sisältämien tietojen antamisella tutkittaville tuetaan opinnäytetyötutkimuksen eettisyyttä. Suostumuslomakkeet jaettiin työntekijöiden toimesta kaikille 20 asiakkaalle, joista jokainen vastasi ja palautti saatekirjeen. Asiakkaista seitsemän oli allekirjoittanut suostumuksensa haastatteluun.

Opinnäytetyöni lähtökohtana oli todellisen elämän ja mielenterveysasiakkaiden subjektiivisten kokemusten kuvaaminen. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Oulun kaupungin mielenterveystyön Tuetun asumisen asiakkaat. Asiakkaiden teemahaastattelut toteutettiin lokakuussa. Sovin haastatteluiden ajankohdat ja toteutuspaikat puhelimitse haastateltavien kanssa. Ennen haastatteluiden alkamista

jokainen osallistuja allekirjoitti vielä suostumuksensa siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja sitä saa käyttää osana opinnäytetyöni tutkimusaineistoa. (Liite 2.) Kaikki haastattelut suoritettiin asiakkaiden kotona, joka oli haastateltavien oma toivomus. Tavoitteenani oli tehdä haastatteluun osallistumisesta mahdollisimman helppoa ja luontevaa, joten kodissa oli helpoin taata haastateltavan turvallinen olo ja haastattelutilanteen rauhallisuus (Hirsjärvi & Hurme 2004, 74). En kokenut mitenkään ongelmalliseksi suorittaa haastatteluita kenenkään luona, sillä olin työnikin puolesta käynyt asiakkaiden kotona jo useita kertoja. Mukanani vein aina pullakahvit haastateltaville. Itse olin varustautunut maskilla, samalla tavalla kuin aina työssä ollessanikin. Se loi haastateltaville tutun ja turvallisen ilmapiirin.

Haastattelut kestivät keskimäärin noin 40 minuuttia, mutta muutamassa haastattelussa meni aikaa noin tunnin verran. Kaikki haastattelut sujuivat hyvin, ilman varsinaisia ongelmia, pieniä keskittymisongelmia lukuun ottamatta. Suurin osa haastateltavista vastasi esittämiini kysymyksiin mielestäni hyvin avoimesti ja kattavasti ja olin tyytyväinen haastateltavien halukkuuteen kertoa minulle avoimesti elämästään ja kokemuksistaan. Pienellä osalla haastateltavista oli haasteita keskittyä joihinkin teemoihin, joita haastatteluissa kävin lävitse, jonka vuoksi kaikki osallistujat eivät tasavertaisesti tuottaneet kokemuksellista tietoa jokaisesta teemasta. Se oli kuitenkin inhimillistä ja odotettavaa psykoosisairaiden kohdalla, joilla ilmenee ajatusten ja puheen häiriötä, kuten puheen köyhtymistä, epäloogisuutta, ajatusten lentoa, käsittämättömiä puheita ja ajatuspinttymiä. (Heikkinen, Peltonen, Innamaa & Virta 2014,141)

Tiedon hankinnassa käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua, jossa kysymykset olivat haastatteluun osallistuville samat, mutta vastaukset eivät olleet sidottuina valmiisiin vastausvaihtoehtoihin, vaan jokainen pystyi vastaamaan kysymyksiin omin sanoin (Hirsjärvi & Hurme 2000,47). Mielestäni puolistrukturoitu haastattelu oli paras haastattelutapa mielenterveyskuntoutujille, koska siinä edetään aina etukäteen valittujen teemojen ja niihin sopivien kysymysten pohjalta.

Teemahaastattelua tehdessä suunnitteluvaiheen tärkein vaihe on haastatteluteemojen suunnittelu. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehyk-

seen eli siihen mitä tutkittavasta ilmiöstä valmiiksi jo tiedetään. Teemojen sisältämien kysymysten suhde viitekehukseen voi vaihdella intuitiivisten ja kokemusperäisten havaintojen sallimisen ja etukäteen päätettyjen kysymysten välillä teemahaastattelun avoimuudesta riippuen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.) Haastattelurunkoa laatiessa tehdään usein pelkkä teema-alueluettelo, mutta itse päädyin tekemään valmiiksi jo melko kattavan kysymysluettelon valitsemieni teemojen pohjalta. (Liite 3.)

Hirsjärven ja Hurmeen mukaan tutkittaviin asioihin liittyvät peruskäsitteet hahmotuvat vasta, kun tutkija on ensiksi perehtynyt kattavasti teoriaan ja tutkimustietoon. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66.) Teemahaastatteluissa ei voi kysyä mitä tahansa, sillä haastattelun tavoitteena on löytää tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän kannalta merkityksellisiä vastauksia. Haastattelukysymyksiä suunnitellessani, jouduin pariinkin otteeseen muokkaamaan kysymysteni sanavalintoja ja kysymysten laatua, jotta saisin asiakkaat puhumaan juuri omista kokemuksistaan, joita tutkimuksessani tavoittelin. Muokkasin ja poistin kysymysluettelosta liian henkilökohtaisia, johdattelevia ja olettamuksia sisältäviä kysymyksiä, jotten loukkaisi millään tavalla haastateltavana olevia henkilöitä. Ennen haastatteluiden tekemistä hyväksyin haastattelukysymykset ohjaavilla opettajilla.

Haastattelua tekevän tutkijan tehtävä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, kokemuksista ja tunteista. Teemahaastattelussa haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa, yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Se tuo parhaiten tutkittavien äänen kuuluville ja vapauttaa haastattelijan pääosin tutkijan näkökulmasta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41-48.) Avointen kysymysten tavoitteena oli saada vastauksia mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnista heidän itsensä kertomina ja kokemina, jotta pystyisin realistisimmin kuvailemaan tutkimukseen osallistuvien koettua hyvinvointia ja elämään tyytyväisyyttä.

Haastattelu tutkimusmuotona on joustava ja haastattelija voi esimerkiksi vaihtaa kysymysten järjestystä ja muutenkin edetä tilanteen vaatimalla tavalla. Jos haastateltava ei ymmärrä kysymystä, on mahdollista selventää kysymystä ja varmistaa, että haastateltava on ymmärtänyt sen oikein. Lisäkysymyksiäkin voi esittää

vastauksista riippuen. Haastattelun avulla voidaan myös havainnoida haastateltavia, sitä mitä ja miten vastaus sanotaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 64-67.)

Ennen varsinaisia haastatteluja, tein koehaastattelun minulle läheiselle henkilölle, koska halusin testata teemahaastattelukysymysten toimivuutta. Ennen asiakkaiden varsinaisia haastatteluja tein jokaisen kanssa pienen nauhoitetun koehaastattelun, joka kuunneltiin yhdessä. Sen tavoitteena oli rentouttaa tunnelmaa ja kuunnella, miten hyvin ja selkeästi molempien äänet kuuluvat nauhalta. Haastattelutilanteessa käytin haastattelun runkona etukäteen suunniteltuja kysymyksiä, jotta samat teemat tulisi käsiteltyä kaikkien haastateltavien kanssa.

Haastateltavia oli yhteensä seitsemän henkilöä, joka oli minulle hieman yllättävä määrä. Koska pienempikin otos sopii laadullisen tutkimuksen luonteeseen, olin olettanut haastateltavien määrän jäävän vähäisemmäksi. Päätin kuitenkin toteuttaa kaikki haastattelut, koska olin utelias analysoimaan useampien ihmisten kokemuksia kokemastaan hyvinvoinnista. Toivoin sen vaikuttavan positiivisesti myös aineiston sisällön syvyyteen, vaikka laadullisen tutkimusmenetelmän aineiston keräämisen tavoitteena ei olekaan aineiston suuri määrä vaan aineiston sisällön laajuus.

Teemahaastatteluiden luonteeseen kuuluu haastatteluiden tallentaminen, koska siten saadaan haastattelu sujumaan nopeasti ja sujuvasti ilman katkoksia (Hirsjärvi & Hurme 2000,92). Haastatteluaineistot tallennetaan yleensä teknisesti esimerkiksi äänittämällä tai videoimalla, jonka jälkeen ne puretaan kirjalliseen muotoon litteroimalla (Tietoarkisto 2017). Päätin nauhoittaa haastattelut, koska haastatteluiden purkaminen on mielestäni helpompaa äänitallenteista, kuin yrittää kirjoittaa kaikki vastaukset ylös haastatteluiden aikana. Olin tietoisesti kysynyt luvan haastatteluiden nauhoittamisesta jo haastatteluista sopiessa, koska halusin etukäteen varautua siihen, jos joku haastateltavista kieltäytyisikin nauhoituksesta.

Äänitallenteiden purkaminen kirjalliseen muotoon on tyypillisin tapa käsitellä puheaineistot analysoitavaan muotoon. Litterointia suunniteltaessa on hyvä huomioida myös aineiston edellyttämä anonyymisointitarve, joka usein helpointa toteuttaa jo litteroinnin yhteydessä, kunhan se on hyvin ennalta suunniteltu. Perusidea

anonymisointityön helpottamisessa on jo lähtökohtaisesti välttää turhien, yksityiskohtaisten tai tutkimuksen kannalta merkityksettömien tietojen keräämistä. Huolellisessa suunnittelussa punnitaan, mitä taustatietoja ja millä tarkkuudella tietoja henkilöistä tarvitaan. Myös kysymysten muotoilulla voidaan vaikuttaa vastausten yksityiskohtaisuuteen. (Tietoarkisto 2017.) Tutustuin perusteellisesti Tietoarkiston aineistonhallinnan käsikirjaan ja kvalitatiivisen aineiston anonymisointisuunnitelmaan ja suunnittelin haastatteluni minimoinnin lähtökohdista. En halunnut, että haastateltavani olisivat millään tavoin tunnistettavissa valmiista materiaalista.

Nauhoitin asiakkaille tehtävät haastattelut puhelimen ääninauhurilla haastateltavien suostumuksella. Siirsin nauhoitetut haastattelut USB-muistitikulle haastatteluiden jälkeen ja poistin äänitiedostot omalta puhelimelta, siltä varalta, jos puhelin menisi rikki tai katoaisi. Näin varmistin myös haastateltavien tietosuojan paremmin. Litteroin haastattelut huolellisesti ja varmistin vielä niiden paikkaansa pitävyyden kuuntelemalla haastattelut samalla, kun oikoluin litteroinnista tuottamaani materiaalia. Mielestäni haastatteluiden nauhoittamiset olivat tärkeitä, jotta pystyin tarpeeksi useasti kuuntelemaan haastattelut ja varmistamaan kuulleen ja ymmärtäneeni vastaukset oikein. Anonymisoitua litteroitua materiaalia säilytin itselläni vain sen aikaa, että opinnäytetyöni oli valmis ja palautettu arvioitavaksi ja hyväksyty.

5.4 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisältöanalyysi, jota käytin tutkimukseni analysointiin. Sisältöanalyysi-menetelmällä tutkimusaineistosta etsitään tutkimukseen olennaisesti liittyvät asiat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisältöanalyysiä tehdessä aluksi on tärkeää päättää mikä aineistosta on kiinnostavaa, jonka jälkeen aineisto käydään läpi ja siitä erotetaan ne asiat, jotka sisältyvät kiinnostuksen kohteeseen. Aineistoa karsimalla siitä saadaan poistettua tutkimuksen kannalta epäolennaisia asioita ja luotua tiiviimpi kokonaisuus, josta on helpompi etsiä tutkimusteemojen mukaisia samankaltaisuuksia. Eroteltu aineisto

joko luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään, jonka jälkeen siitä voidaan kirjoittaa yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103-104.) Sisällönanalyysi-menetelmällä aineistosta nousi esiin haastateltavien tärkeinä pitämiä kokemuksia, joita kappaleessa 6 esittelen tarkemmin.

Laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyy yleensä useita kiinnostavia asioita, joita ei ole ehkä edes osannut ajatella etukäteen. Raportoidun kiinnostuksen kohteen täytyy kuitenkin olla linjassa tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman kanssa. Se mistä juuri tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, rajataan tarkasti, mutta siitä kerrotaan kaikki voidaan. Muu mielenkiintoinen materiaalia jää raportin ulkopuolella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88-89.) Valitsin tutkimukseni analyysin tavaksi teemoittelun. Teemoittelussa aineiston suuruudella ei ole suurta merkitystä, joten se soveltui hyvin tutkimukseeni, jossa haastateltavia oli seitsemän.

5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkijalla on sekä eettisiä että moraalisia velvoitteita mm. ammattialaa, tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä, toimeksiantajaa sekä yhteiskuntaa kohtaan (Arene 2020,8). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) pyrkii tutkimuseettisten ohjeiden avulla edistämään hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisten periaatteiden tunnettavuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK] 2012, 4). Ohjeiden avulla pyritään yhtenäistämään opinnäytetyön käytäntöjä, ennaltaehkäisemään epärehellisyttä ja kohentamaan opinnäytetöiden laatua tutkimuksia harjoittavissa organisaatioissa, kuten yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja tutkimuslaitoksissa. (Arene 2020, 4.)

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset uskottavia vain silloin, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksissa keskeisiä lähtökohtia ovat aina tutkijan rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä.(Helsingin yliopisto 2020.) Lisäksi tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä tulosten arviointi liittyvät näihin periaatteisiin. Opinnäytetyötä tehdessä täytyi miettiä, miten kerään tietoa tutkimustani varten ja miten arvioin tuloksia.

Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia on soveltaa kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Työssä käytettävien lähteiden ja aiempien tutkimusten huomioiminen oikealla tavalla on erittäin tärkeää. Eettisyyteen liittyy myös tutkimusluvan hankkiminen ja eettinen ennakoarviointi (TENK 2012, 6). Työhöni liittyen tutkimusluvan myönsi Oulun kaupungin sosiaalijohtaja Arja Heikkinen. Toimeksiantosopimuksesta ilmenevät opinnäytetyön tekijänoikeudet ja osapuolten vastuut. Toimeksiantosopimuksen tavoitteena on vähentää toimeksiantajan toiveiden ja opiskelijaa sitovan tieteen välistä ristiriitaa sekä luoda yhteisiä pelisääntöjä tutkimukselle. (Arene 2020, 6.)

Velvollisuuteni tutkimusyössä on toteuttaa vastuullisuutta ja rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa vaiheissa. Tutkimuksissa kuuluu aina kunnioittaa muiden tutkijoiden aiemmin tehtyä työtä ja viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys, myös omassa tutkimuksessa ja sen tuloksia julkaistaessa. (TENK 2012, 6.)

Opinnäytetyössä täytyy nykypäivänä kiinnittää nykyistä enemmän huomioita henkilötietojen käsittelyyn ja tutkimukseen osallistuvien henkilötietosuojaan (Arene 2020,7). Sen vuoksi minun täytyi etukäteen pohtia miten kerään, tallennan, ja säilytän sekä lopulta tuhoan haastatteluaineiston. Tuetun asumisen asiakasryhmä on suppea, joten minun täytyy huomioida sekin, miten haastateltavien tiedot näkyvät valmiissa materiaalista, jottei heitä voida tunnistaa niistä.

Minun täytyi painottaa haastatteluun osallistuvien asiakkaiden vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseen, sekä tiedottaa heitä tutkimuksen aiheesta ja kerättävän aineiston käyttötarkoituksesta tutkimushaastattelun eettisten ohjeiden mukaisesti (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20). Myös Arenen ohjeissa painotettiin kunnioittamaan ja turvaamaan tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja tietosuojaa sekä välttämään tutkittavan vahingoittamista (Arene 2020, 5).

Opinnäytetyöhöni liittyen tein haastatteluita ainoastaan Tuetun asumisen nykyisille asiakkaille. Esittelen opinnäytetyössäni asiakkaiden kokemukset ja mielipi-

teet siten, kun ne minulle on kerrottu, muuttamatta niitä. En ole pyrkinyt yleistämään asiakkaiden mielipiteitä enkä kokemuksia. Jos huomasin jonkin vastauksen toistuvan, esitin asian siten, että ” Suurin osa haastateltavista kertoi, että...” tai ”Useat vastasivat niin, että...”. Haastattelun ja aineiston laatua sekä luotettavuutta pyrin takaamaan muun muassa hyvällä haastattelurungolla sekä haastatteluiden jälkeisellä nopealla litteroinnilla (Hirsijärvi & Hurme 2000, 184- 185) , jonka vuoksi litteroinnin haastattelut heti haastattelupäivänä tai viimeistään seuraavana päivänä.

Opinnäytetyön aiheeni; hyvinvoinnin kokemusten tutkiminen ei lähtökohtaisesti ollut aivan ongelmaton, koska kokemusten tutkimisen rajat liittyvät joltain osin eettisyyteen. Tutkiessa sellaista ryhmää, johon ei itse kuulu, onkin oltava tarkka tutkimuksen etiikasta ja tutkimuksen teon motiiveista. Kun kysymys on erityisen herkästä tutkimusaiheesta, tutkijan on oltava hyvin sensitiivinen niin aineistonkeruussa kuin tulkintoja tehdessäänkin.

Opinnäytetyöni perustuu tietoperustaan, joka on koottu kirja- ja internetlähteistä ja erilaisista laista. Käytin lähteitä valitessani lähdekriittisyyttä, jotta tieto on varmasti luotettavaa ja asianmukaista. Käytin tekstissäni asianmukaisia lähdeviitteitä. Keräsin opinnäytetyön aineistoa myös haastattelemalla asiakkaita. En muunnellut vastauksia, enkä toiminut haastattelutilanteissa johdattelevasti. Turvasin asiakkaiden yksityisyyden, enkä ole kertonut opinnäytetyössäni asiakkaista sellaisia tietoja, joista heidät voisi tunnistaa. Asiakkaat pysyivät opinnäytetyössäni anonyymeinä. Haastatteluista tehdyt äänitteet sekä yhteystietolomakkeet tuhosi heti, kun en enää tarvinnut niitä.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Tulosten esittäminen

Olen jakanut opinnäytetyön tulokset teemahaastattelukysymysten mukaisesti kolmeen eri päälukuun. Pääluvut sisältävät alalukuja niistä hyvinvoinnin osatekijöistä, jotka sisältyivät pääteemaan, mutta kaipasivat tarkempaa tarkastelua. Olen käyttänyt jokaiseen lukuun opinnäytetyötä ajatellen olennaisia lainauksia haastateltavilta asiakkailta. Kaikki lainaukset ovat suoria lainauksia haastatteluaineistosta, mutta osaa niistä on tiivistetty poistamalla välistä turhia puheeseen liittyviä täytesanoja tai kirosanoja. Osaa lainauksista on täytynyt muuttaa siten, ettei vastaajan identiteetti selviäisi vastauksesta. Silloin korkeintaan yksittäisiä sanoja on muokattu tai poistettu, mutta se ei ole muuttanut sanoman sisältöä millään tavoin. Asiakasryhmä on niin suppea, että kaikki asiakkaat olisivat helposti tunnistettavissa jopa yksittäisistä sanoista, joista työntekijät heidät tunnistavat.

Haasteltavien esitiedot

Haastatteluihin osallistuneet asiakkaat ovat pitkäaikaissairaita ja he sairastavat vaikeita ja pitkäaikaisia mielenterveyshäiriöitä, useimmat skitsofreniaa ja heillä on haasteita pärjätä itsenäisessä asumisessa (THL 2020). Skitsofrenia on monimuotoinen psyykinen sairaus, jossa ihmisen todellisuuden käsitys on muuttunut ja toimintakyky heikentynyt (Hietaharju & Nuutila 2012, 58-61). Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi eli melisairauksiksi luokitelluista sairaustiloista ja alkaa yleensä nuorella aikuisiällä. Pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavat tarvitsevat kattavaa hoitoa ja huolenpitoa. (Hietaharju & Nuutila 2012, 58-61.)

Haastatteluihin osallistuneet asiakkaat olivat olleet tähän mennessä tuetun asumisen asiakkaina puolesta vuodesta kahteen ja puoleen vuoteen. Noin puolet vastanneista oli asunut aiemmin Färinrannan asumiskuntoutusyksikössä, jonka toiminta muuttui kesällä 2018. Siellä asuneet asiakkaat muuttivat omiin asuntoihinsa vuonna 2018 ja alkoivat saada kotiinsa intensiivistä ohjausta eli tuettua

asumista. Puolet asiakkaista olivat asuneet itsenäisesti omissa kodeissaan jo ennen tuettua asumista. Esitietoja selvitin kysymällä, kuinka kauan olet ollut tuetussa asumisen asiakkaana, ja mistä olet tullut tuettuun asumispalveluun?

”Ihan kotoa. Tuettu asuminen on käynyt viime keväästä asti” (Asiakas 4)

”Kaks vuotta, kolme kuukautta. Olen asunut tällä kadulla kaksi vuotta kolme kuukautta. Tulin Färinrannan asuntolasta, niin kangastie ykkösestä, 2018.” (Asiakas 1)

”Onkohan tämä toinen vuosi, emmä oo aatellu sitä asiaa, sen muistan millon oon tullu tähän vuokralle.” (Asiakas 3)

”Mikä tuettu? Emmä tiä, kaksi ja puoli vuotta suunnilleen. Tulin Färinrannasta, siellä asuin 3-4 vuotta” (Asiakas 5)

6.2 Arki ja itsenäinen asuminen

Asuminen hyödykkeenä on hyvin monitahoinen ja monimutkainen ilmiö. Mitä asuminen on? Mitä hyödykkeitä asumiseen tarvitaan ja mitkä niistä ovat välttämättömiä, jotta asuminen tuottaa hyvinvointia? Mitä välittömiä ja välillisiä toimintoja asumiseen kuuluu? Miten toiveet tai tavoitteet hyvästä asumisesta toteutuvat? Asumisesta saavutettu hyvinvointi muodostuu monesta eri osa-alueesta, sillä kodissa voidaan tyydyttää monenlaisia tarpeita. Asumiseen liittyvät välttämättömät toiminnot, kuten siivoaminen, ruokahuollon suunnittelu, ostosten tekeminen, ruuanlaitto, ruokailu, kodin kunnostaminen/huoltaminen, sisustaminen ja pihan ja puutarhanhoito voidaan nähdä asioina, jotka vaikuttavat hyvinvoinnin kokemukseen arjessa. (Raijas 2012, 18.) Osa näistä toiminnoista tuli vahvasti esille haastatteluissa ja niillä nähtiin olevan suuri merkitys hyvinvoinnin tuottajana.

Koti on paikka, jossa ihmisen autonomia on suurimmillaan. Siksi arjen hyvinvointia voi tarkastella kotona suoritettavien keskeisten hyvinvointia tuottavien toimin-

tojen kautta. Kodissa asutaan, mutta siellä myös muun muassa ruokaillaan, tehdään kotitöitä, vietetään vapaa-aikaa ja hoivataan. Kodeissa on olemassa runsaasti tilastojen ulottumattomissa olevia hyvinvointia tuottavia tekijöitä, jotka perustuvat ihmisten kokemuksiin ja heidän subjektiiviseen näkökulmaansa. (Raijas 2012,17.) Ruokailu liittyy vahvasti niin kotiin, kuin myös asuinympäristöön, sillä ruoanvalmistus- ja ruokailutapojen valintaan vaikuttavat aterioiden valmistus- ja nauttimisolot kotona, mutta myös asuinympäristön hyödyketarjonta eli yksityisten yritysten sekä muiden sektoreiden tarjoamat elintarvikkeet ja ruokapalvelut. Ateriat voidaan esimerkiksi valmistaa itse hankkimalla erilaisia elintarvikkeita kauposta tai sitten ostaa koko hyödyke palveluna joko kotiin tilattuna tai kodin ulkopuolella nauttien. (Raijas 2012, 18-19.)

Suurin asia, jotka asiakkaat arkeen liittyen nostivat esille, olivat syömiseen ja ruokailuun liittyvät kokemukset. Eniten omaan syömiseensä tyytyväisiä olivat ne asiakkaat, jotka hankkivat hyödykkeen ulkopuolisena palveluna eli kävivät syömässä kodin ulkopuolella. He kokivat sen lisäävän hyvinvointia moneltakin eri kantilta. Ruoka oli monipuolisempaa, valinnanvaraa oli enemmän ja jälkiruuan sai aina. Asiakkaan ei itse tarvinnut nähdä vaivaa ruokailun suunnittelemisen ja toteuttamisen kanssa. Sen lisäksi ruokailuissa näki enemmän muita ihmisiä ja sinne meneminen antoi samalla hyötyliikuntaa. Vastavuoroisesti ne asiakkaat, jotka eivät kyenneet tällä hetkellä lähtemään syömään julkisiin tiloihin kodin ulkopuolelle, kokivat sen alentavan heidän hyvinvointiaan arjessa, ihan samoista syistä. He kokivat oman ravintonsa puutteellisena tai yksipuolisena, jopa epänormaalina, jos se koostui pelkästään valmisruuista. Moni kertoi kyllä täydentävänsä ruokavaliotaan valmisruuilla. He eivät silloin kokeneet valmisruokia niin huonona vaihtoehtona, koska söivät pääsääntöisesti monipuolista ruokaa kodin ulkopuolella.

”Tuo on hyvä, et käy syömässä palvelusäätiössä. Mahtavat sapuskat siellä ja saa kahdesta valita, ja hyvät jälkiruuat. Se on iloinen asia, et saa mennä valmiiseen pöytään.”

(Asiakas 1)

”Ei vaan pysty tekemään ruokaa, ku ei oo pitkäjännitteisyyttä. Olo on semmonen, ettei oikein voi itselle keittää, niinkö aikasemmin, ku tein joka päivä ruokaa ja söin aamupuuronkin. Hirveesti tekee mieli kas-taikeruokia ja marjoja siihen, se kai on minun mielestäni parasta herkkua, perunat ja joku kastike on todella hyvää.” (Asiakas 2)

Ruokaa mä en tällä hetkellä laita, mä oon siitä antanut itelleni va-paata. Syön iltaisin valmisruokia. Muutama vuoteen en oo kokkail-lut. Onneksi valmisruuissa on nykyään paljon vaihtoehtoja. ”
(Asiakas 4)

Nälän tyydyttäminen riippuu pitkälti ruokailun merkityksestä ihmiselle itselleen, mutta myös käytettävissä olevien resurssien määrästä, halukkuudesta sekä mah-dollisuudesta käyttää niitä hyvinvointia tuottavalla tavalla. Hyvinvoinnin tason ja laadun määrittelee se, mitä tarpeita ihminen syömisellään haluaa tyydyttää. Ruokailu tyydyttää nykyisin yhä useampien ihmisten ylempiä tarpeita, koska Suo-messa välttämättömät perustarpeet on varsin hyvin tyydytetty. Olennainen seikka hyvinvoinnin kannalta on myös se, miten hyvin tarjonta ja kysyntä vastaavat sekä miten eri toimijat vaikuttavat toisiinsa – vastaako tarjonta juuri oikealla tavalla ja oikeaan aikaan kysyntään? (Raijas 2012, 18-19.) Tutkimukseen osallistuneet asi-akkaat täyttivät ruokailulla ylempiä tarpeitaan, sillä ruoka näyttäytyi selkeästi ilon ja mielihyvän tuojana monipuolisuuden, valinnan vapauden ja herkkujen myötä.

Lisäkokemuksia asumiseen ja arkeen liittyvästä hyvinvoinnista lähdin selvittä-mään kartoittamalla yksin asumisen haasteita ja tuen tarpeita, joita asiakkaat ovat arjessa kohdanneet. Kysyin asiakkailta millaisia haasteita heillä on ollut ar-jessa ja yksin asumisessa ja minkälaisiin asioihin he ovat pyytäneet apua hoita-jilta/ohjaajilta? Tällä hetkellä asiakkaat kuvailivat tarvitsevansa apua arjen pyörit-tämisessä, raha-asioiden hoidossa, ruokailuista huolehtimisesta, siivouksessa, hygieniasta huolehtimisesta, pyykin pesussa ja ahdistuksen purkamisessa. Jäl-leen kerran ruokailuun liittyvät asiat tulivat jollain tasolla jokaisen asiakkaan vas-tuksista ilmi, se oli aihepiiri, joka vaikutti kaikkien hyvinvointiin joko lisäämällä tai vähentämällä sitä.

Kokonaisuudessa asiakkaat kokivat oman asumisensa tällä hetkellä melko hyväksi. Kaikki olivat tyytyväisiä omaan asuntoonsa ja sen sijaintiin, vaikka asuntojen vuokrahintoja osa piti turhan kalliina. Parasta yksin asumisessa on lähes kaikkien mielestä se, että on oma koti ja vapaus sekä mahdollisuus tehdä mitä milloinkin haluaa. Selvittääkseni vertailun vuoksi millaista arki oli ollut aiemmin, kysyin millaista arkesi oli ennen tuettua asumista? Tällä kysymyksellä halusin selvittää, millaisena asiakkaat olivat kokeneet arjen silloin, kun olivat eläneet itsenäisesti ilman tuettua asumista. Osa kertoi pärjänneensä arjessa huonosti ennen tuettua asumista tai muuta palvelua. Monella oli ollut taloudellisia vaikeuksia, huonoa fyysistä vointia, yksipuolista ravintoa ja eräs kuvaili koneensa turvattomuutta yksin asuessaan. Ne, jotka olivat aiemminkin asuneet itsenäisesti, kertoivat kuitenkin arjen pysyneen melko samanlaisena palvelun aloittamisen jälkeen. Heille oli muodostunut rutiineja kodinhoitoon ja arjen pyörittämiseen jo useita vuosia, eivätkä siksi kokeneet tarvitsevansa niihin juurikaan ohjausta.

”No onhan se tämä oma vapaus, saa tehdä mitä haluaa. Illat olivat hankalia joskus, oli semmosta turvattomuutta, et mä oon vähän niinkö heitteillä ja ihan yksin, mut aika hyvin mä arjen askareista selvisin silloinkin” (Asiakas 4)

”Asuin omassa kämpässä, mutta se ei oikein pelittänyt. Se oli vähän vaikiaa. Mä ostelin aivan turhia juttuja, se oli semmonen ongelma.” (Asiakas 7)

”Arki on pysynyt aika samanlaisena, mut tää on mulle tällänen turvajärjestely, et ne käy täällä kattomassa.” (Asiakas 3)

”Parasta on se oma rauha ja se, et saa tehdä mitä haluaa. Se on mahtavaa. Tosi mahtavaa. Ennen pärjäsin huonosti. Tosi huonossa kunnossa olin aiemmin. (Asiakas 1)

”Se, että saa ite laittaa ruokaa milloin haluaa, se on helppoa” (Asiakas 6)

Nykyistä arkeaan asiakkaat kuvailivat hyvin yhteneväisesti ja vastauksissa oli paljon samankaltaisuutta. Kaikkien päivärytmi oli kertomusten mukaan hyvin säännöllistä ja strukturoitua. Useat laittoivat aikaisin illalla nukkumaan ja heräsivät sen vuoksi melko varhain. Osa kertoi heräävänsä useamman kerran aamussa ja laittavansa aina uudestaan nukkumaan ennen lopullista ylös nousemista. Aamukahvit, aamulääkkeiden otto ja aamutv:n katsominen oli usealle henkilölle osa aamurutiineja, ja joillekin asiakkaista hoitajien säännölliset käynnit aamulla olivat osa jokapäiväistä arkea. Jokaisen asiakkaan päivää rytmittivät säännöllisesti toistuvat rutiinit kuten hoitajien käynnit, ruokailu, työtoiminta, päiväunet sekä iltapäivisin ja iltaisin tapahtuvat ohjauksikäynnit tai videovisiitit. Asiakkaat kuvailivat arkeaan hyvin samanlaiseksi joka päivä, jopa siinä määrin, että eräs vastaanneista kertoi arkipäivien menevän sekaisin viikonloppujen kanssa, eikä huomannut mitään eroa viikonpäivissä.

”Mä herään eri aikoina, meen aikasin nukkuun kahdeksalta, niin saatan herätä jo neljän aikaan tai kuuden aikaan, normaalisti ku herään, juon eka kupillisen kahvia. Mä nukun hyvästi 8-9 h, jopa 10 tuntiakin nukun. Arki on sit hyvin säännöllistä, ku mulla on noita kellonaikoja. Aamulääke menee melko aikasin, joskus kuuden aikaan otan, se on pitkä yö.” (Asiakas 1)

”Mä herään vähän ennen, ku hoitajat tulee. Nukkumaan laitan joskus yhdeksän kymmenen aikaan.” (Asiakas 7)

”Herääminen vaihtelee, ku mä herään monta kertaa ja meen vielä uudelleen nukkumaan. Meen nukkumaan jo kahdeksalta. Otan aamukahvit ja aamuteeveetä alan kattomaan, samanlaisia jokainen päivä, arkipäivät menee sekaisin viikonloppujen kanssa, eroa ei huomaa, ku ei aina tiä, mikä päivä onkaan.” (Asiakas 2)

”Aamulla ensimmäisenä laitan kahvit tippumaan, eikait tässä oo mitään erikoista, luen ja käyn kirjastossa. Hoitajat käy aina aamuisin antamassa lääkkeitä ja samalla kattoo, et oon kunnossa. Se on mulle hirveän tärkeä.” (Asiakas 3)

”Illasta nukkuu aika helposti, mutta se on katkonaista, jos herää ja vessassa jos käy, niin sitä ei tahdo uneen päästä enää, päivällä nukun, jos väsyttää” (Asiakas 6)

6.2.1 Vapaa-aika

Ihmisten vapaa-ajan käytön katsotaan linkittyvän hyvinvointiin, koska vapaa-ajan lisääntymisen oletetaan lisäävän hyvinvointia ja ajatellaan, että vapaa-aikaa käytetään hyvinvoinnin lisäämiseksi, vaikka näin ei aina ole. Liiallinen vapaa-aika ei välttämättä ole myönteinen asia jokaisen ihmisen kohdalla riippuen hänen elämäntilanteestaan ja kyvystään käyttää vapaa-aikaa omaksi parhaakseen. Tutkimusten mukaan kokopäivätyö tietyssä määrin lisääisi hyvinvoinnin kokemuksia ja työttömyys puolestaan heikentäisi hyvinvointia kahdestakin syystä: sekä sosiaalisten yhteisön menettämisenä, että taloudellisen epävarmuuden kautta (Raijas 2011, 245).

Vapaa ajan merkitys ei noussut erityisemmin esille asiakkaiden vastauksissa. Vapaa-ajan määrittelemisen vaikeus saattoi kyllä vaikeuttaa kysymykseen vastaamiseen. Osa oli jo aiemmin tuonut ilmi, että arkipäivät ja viikonloput menevät sekaisin keskenään. Viikonloput ja illat nähtiin kuitenkin olevan vapaa-aikaa, koska silloin ei juurikaan ollut pakollisia menoja ja ainoastaan välttämättömiä hoitajien kotikäyntejä sekä viikonlopun ryhmät, jotka olivat ns. vapaa-ajan toimintaa. Vain osa kävi arkisin työtoiminnassa ja heille oli selkeämpi määritellä vapaa-aika työtoiminnan ulkopuoliseksi ajaksi. Selvittääkseni vapaa-ajan käyttöä ja sen merkitystä hyvinvoinnin tuojana, kysyin asiakkailta minkälaisia asioita he tekevät viikonloppuisin tai lomalla? Vastauksista nousivat eniten esille tavalliset vapaa-ajan viettotavat, joihin kuuluivat mm. musiikin kuuntelu, lukeminen, telkkarista/netistä seurattavat ohjelmat, ulkoilu, nukkuminen ja tuetun asumisen viikonloppuryhmiin osallistuminen.

”No mä tykkään hirveästi ulkoilla, se on aina ollu mulle hirveän tärkeitä. Musiikkia tykkään kuunnella myös ja netistä katson ohjelmia,

ne on mulle aika tärkeitä. Viikonloppuisin tykkään kattoa netistä pidempiäkin ohjelmia, joskus sarjoja ja elokuvia. Missään kauempana en juuri käy.” (Asiakas 4)

”En minä lähtis mihinkään, vaikka mulla olis paljon rahaa, mielummin laittasin semmosia laitteita, jos mulla olis rahaa lomalle. Vaihtaisin sen sen mielummin rahaksi” (Asiakas 1)

6.2.2 Sosiaaliset suhteet

Ihmisten väliset sosiaaliset suhteet liittyvät olennaisesti hyvinvointiin, sillä ihmisellä on tarve kokea yhteenkuuluvuutta ja kuulua johonkin ryhmään. Tällöin tarpeiden tyydyttymistä voidaan arvioida sen mukaan, kuinka paljon ihmisellä on esim. läheisiä, ystäviä ja kontakteja erilaisiin yhteisöihin. (Kettunen ym. 2001,10.) Läätin tutkimuksen mukaan erilaiset yhteisöt luovat ihmisten elämään merkityksellisyyttä, sisältöä ja turvaa vastapainoksi yhteiskunnan muutoksille (Lääti 2013, 3). Selvittääkseni sosiaalisten suhteiden määrää, laatua ja niiden merkitystä asiakkaille, kysyin kaikilta keitä sinulle tärkeitä ihmisiä lähipiiriisi kuuluu? Lähes jokaisella asiakkaalla oli joku tärkeä ihminen elämässään, vaikka heidän lähipiirinsä olikin hyvin suppea. Läheisimmäksi asiakkaat nimesivät mm. äidin, lapset, sisarukset ja hoitajat. Muutamalla oli ystäviä ja tuttavvia, mutta eräs kertoi menettäneensä kaikki tärkeät ihmiset lähipiiristään. Tämän teeman yhteydessä nousi esille asiakkaiden sosiaaliset suhteet ja luottamus Tuetun asumisen työntekijöihin. Suurin osa asiakkaista kertoi, että he pitävät työntekijöistä ja luottavat heihin. Asiakkaat kokivat, että voivat aina ensisijaisesti pyytää apua ja tukea työntekijöiltä, koska he eivät halua rasittaa eivätkä kuormittaa lähimmäisiään omilla ongelmillaan.

” No ensimmäisenä mä sanon äiti, äiti kaikista tärkein, soitellaan monta kertaa päivässä, sisaruksetkin on tärkeitä, toiset enemmän toiset vähemmän, ei oo kaikkiin niin läheiset välit, toisiin piän enemmän yhteyttä. On myös yks tosi mukana ystävä.” (Asiakas 4)

*” Niin mullahan on hyvin suppea tuo lähipiiri, eristäytynyt ihminen olen. Mulla ei ole kuin 1-2 tuttua. No nyt on hoitajat ja tuettu asuminen. Kyllä se merkitsee ihmiskontaktia, et en oo aivan eristyksissä. Ei mulla oo kavereita, niin mähän olisin aivan eristyksissä
(Asiakas 1)*

Yksin eläminen on Suomessa yleistynyt, myös kaikki haastatteluihin osallistuneet asiakkaat asuvat tällä hetkellä yksin. Tilastokeskuksen mukaan yksinasuvien määrä on 20 vuoden aikana kaksinkertaistunut aikuisten keskuudessa. Yksin eläminen voi olla oma valinta tai johtua esimerkiksi kumppanin menettämisestä, läheisverkoston harventumisesta, peloista tai vaikeudesta luoda toimivia ihmissuhteita tai vaikka palveluasumisesta, jonka seurauksena ihminen elää yksikseen. Yksin asuminen ei kuitenkaan aina tarkoita yksinäisyyttä tai perheettömyyttä, vaan moni viihtyy hyvin itsekseen. Yksin eläminen saattaa olla itsenäistä ja vapauttavaa eli myönteistäkin yksinäisyyttä ja vastentahtoinen yksinäisyyskin voi olla hyvin kestänyttä. (Suomen mielenterveys Ry 2020.)

Yksin elämisessä on kuitenkin omat haasteensa. Yksin asuminen on kallista ja heikko toimeentulo voi rajoittaa liikkumista, samoin kuin tuen puuttuminen. Yhteyden pitäminen toisiin ihmisiin ei aina ole helppoa. Ajan löytäminen ja ihmissuhteiden ylläpitäminen vaatii työtä. Silloin kun yksin oleminen ei ole oma valinta, se saattaa tuntua hyvinkin raskaalta. Riidat ja välirikot voivat olla vaikeimpia yksinäisyyden ja hylätyksi tulemisen kokemuksia. Toki yksin eläminen voi välillä myös kyllästyttää niitäkin, jotka ovat sen itse valinneet. (Suomen mielenterveys Ry 2020.) Osa asiakkaista koki itsenäisen asumisen tällä hetkellä vähän yksinäisenä. Yksinäisyyden kokemukseen heillä vaikuttivat läheisverkoston harveneminen, henkilökohtaiset toimintakyvyn rajoitukset ja hylätyksi tulemisen kokemukset. Heidän elämässään oli tapahtunut isoja muutoksia vuosien varrella ja nykyinen itsenäinen asuminen saattoi olla uusi asia. Osalla oli aiempaa kokemusta ja vertailupohjaa aikaan, jolloin he asuivat Färinrannan asumiskuntoutusyksikössä, jossa henkilökuntaa ja muita asiakkaita oli koko ajan enemmän ympärillä. Färinrannassa asumisesta oltiin kuitenkin montaa mieltä. Siinä nähtiin olevan yhtä lailla hyviä ja huonoja puolia kuin itsenäisessä asumisessakin.

” En tiää, vähän yksinäistä tämä, haluaisin muuttaa rakkaan kanssa Färinrantaan takaisin, siellä sain olla enemmän hänen kanssaan. Ihan oikiasti haluaisin asua hänen kanssa kahdestaan” (Asiakas 5)

”Jaa, kumpaako sanois, eka tuntuu, et se Färi oli paremmin mulle, mut onhan mulla ahistanut täälläkin. Täällä ei kukaan oo kattomassa mitä kaikkia mä täällä teen, ku mua niin ahistaa. Olihan siellä se hyvä puoli, et siellä oli muitakin.” (Asiakas 2)

6.3 Hyvinvoinnin kokemukset

Tutkimuksen pääteemana pidin koettua hyvinvointia ja tyytyväisyyttä elämään. Ihmisellä on kyky ymmärtää, ilmaista ja tulkita hyvinvointiinsa liittyviä kokemuksia, jotka ovat hänen elämänsä aikana rakentuneita, henkilökohtaisia, ainutkertaisia ja sosiaalisesti jaettuja kokemuksia. Useissa tutkimuksissa hyvinvoinnin katsotaan muodostuvan kokonaisuudesta, johon vaikuttavat läheiset perhesuhteet, taloudellinen turvallisuus, työ, yhteisöllisyys ja ystävät, terveys sekä henkilökohtainen vapaus ja arvot. Tutkimusten mukaan kaikilla näillä asioilla on vaikutusta ihmisen hyvinvointiin, mutta eniten hyvinvointia heikentävät avioero, työttömyys ja sairastuminen. (Raijas 2008, 4-5.) Näistä useat asiat nousivat esille silloin, kuin käsiteltiin asiakkaiden elämien muutosvaiheita ja käännekohtia.

Ihminen yleensä vertaa hyvinvointiaan sekä omiin hyvinvointiodotuksiinsa, että myös aikaisempiin oloihinsa ja kokemuksiinsa. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,9.) Sen vuoksi muutoksista ja elämän käännekohdista puhuminen oli tärkeää, jotta asiakas voisi muodostaa selkeämmän kuvan nykytilanteesta ja määrittellä nykyistä hyvinvointiaan tarkemmin. Kartoittaakseni enemmän asiakkaiden elämää ja aiempia kokemuksia kysyin kaikilta millaisia käännekohtia tai muutoksia heillä on ollut elämässään. Elämiensä käännekohdiksi asiakkaat nimesivät hyvin kipeitä asioita kuten läheisten kuolemat, oman sairastumisen, psykoosit, pakkohoitoon joutumisen, sairaalajaksot, työelämästä pois jäämisen ja taloudelliset vaikeudet, joilla he kertoivat olleen vaikutusta mielenterveyteen.

Vaikka kaikilla asiakkailla oli elämänsä aikana ollut isoja kriisejä, oli tämänhetkinen tilanne kaikilla suhteellisen hyvä.

”No rakkaan ihmisen kuolema on aika vaikuttava ollu, jän töistäki pois eläkkeelle. Se teki ihan toisenlaiseksi ajattelun, sitä ei välittänyt enää, et sais rahaa, vaan et saisi jostakin onnellisuutta elämään, eli mitä mielenterveysongelmaan tulee, niin se rakkaan kuolema.”
(Asiakas 3)

”No nuo psykoosithan on ollu vähän semmosia elämässä. Ensimmäinen tuli nuorena ja se kyllä pysäytti, mut mä selvisin siitä ihan hyvin. Viimeinen psykoosi on ollut sit aika paha ja syvä, että en oo siitä täysin toipunut vieläkään. Viimeisen psykoosin jälkeen jän pois palkkatöistä, se oli käänne.” (Asiakas 4)

”Kun olin pakkohoidossa ensimmäisen kerran, se oli yks käännekohta.” (Asiakas 1)

6.3.1 Kokemuksia terveydentilasta ja fyysisestä kunnosta

Saaren mukaan hyvinvointiin ja sen tutkimiseen keskittyminen tarkoittaa etäisyyden ottamista terveystutkimuksiin. Koska terveys ja hyvinvointi kulkevat käsi kädessä, tämä erottelu saattaa Saaren mukaan jossain määrin vääristää kokonaiskuvaa ihmisten hyvinvoinnista. (Saari 2011, 34.) Vaikka tässä tutkimuksessa tutkitaan hyvinvoinnin muodostumista useasta elämän osa-alueista, täytyy terveydentilan vaikutusta hyvinvointiin mielestäni tutkia myös ja ottaa se huomioon välillisesti vaikuttavana tekijänä, koska terveydentilalla on merkittävä vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä jaksamiseen. (Raijas 2012, 17.)

Haastatteluista nousi esille asiakkaiden monenlaisia kokemuksia tämänhetkisestä terveydentilastaan, jota he mielestäni kuvasivat toisistaan eriävästi. Osalla vointi oli yleisesti parantunut tuetun asumisen alkamisen jälkeen. He kertoivat hygienian ja ravinnon olevan nyt paremmalla mallilla ja sen

vaikuttavan positiivisesti hyvinvointiin. Melkein kaikki olivat kiitollisia hyvästä tai kohtalaisesta fyysisestä kunnostaan ja kyvystään liikkua, vaikka joillakin kunto oli heidän kertomansa mukaan heikentynyt kovasti aiempaan verrattuna. Kunnan heikkenemiseen nähtiin vaikuttaneen mm. oman psyykkisen voinnin vaihtelun, joka heijastui kokonaisvaltaisesti toimintakykyyn ja sitä kautta fyysiseen aktiivisuuteen, monipuoliseen ruokavalioon ja sosiaalisiin suhteisiin. Osalla vastanneista oli psyykkiselle sairaudelle tyypillistä ahdistusta ja siihen liittyviä fyysisiä oireita kuten lihaskipuja, -jäykkyyttä tai lihasheikkoutta, hengitys- ja univaikeuksia sekä kipuja ympäri vartaloa, jotka aiheuttivat heille lisähuolta ja pelkoa. Pyysin asiakkaita kuvailemaan tämänhetkistä hyvinvointiaan ja kertomaan onko jokin muuttunut voinnissa viime aikoina ja näin he vastasivat:

”Kyllä kai se, et pystyy liikkumaan, niin siitä saa olla onnellinen, et on verran kuntoa. Semmonen kohtainen kunto nyt, saa olla Jumalalle kiitollinen tästä” (Asiakas 6)

” Oon fyysisesti niin terve, ettei mulla ole ees allergioita. Mä oon hirveän hyvässä kunnossa fyysisesti, ku saatais tuo psyykkinen vointi balanssiin. (Asiakas 4)

”Hyvä vointi. Oon ollu paljon pirteämpi viime aikoina, enkö ookki, enkä sekoile.” (Asiakas 5)

”Jaa, tuo on vaikia kysymys, kuntoutus vain tässä vähän siihen kuntoon, missä on joskus ollu.” (Asiakas 2)

” Oon mä puhtaammassa kunnossa, ku sillon ennen, ku olin surkiassa kunnossa, mut niin en kyllä sanois, että olo on sen parempi, ku ennen sitä. Mulla on nyt 20% voimavaroista käytössä. Mä oon vähän huonossa kunnossa. Olis paljon mahtavampaa, ku olis parempi olo. Olo ei oo niin sutjakas, ku normaalisti pystyis olemaan.” (Asiakas 1)

”Ihan olosuhteisiin nähden hyvä. Se mun vointi vaihtelee. Fyysinen vointi on ihan hyvä.” (Asiakas 7)

Hyvinvointi on yksilöllistä, mutta ihminen vertaa hyvinvointiaan aina sekä omiin hyvinvointiodotuksiinsa, että aikaisempiin oloihinsa ja kokemuksiinsa. Asiakkailla oli selkeitä ajatuksia siitä, miten omaan hyvinvointiin voisi vaikuttaa. He vastasivat odotetusti säännöllisen liikunnan ja terveellisen ja monipuolisen ruokavalion. Monella oli tavoitteena tälläkin hetkellä parantaa fyysistä kuntoaan ja pudottaa painoa. Myös nikotiinivalmisteiden vähentäminen oli erään henkilön tavoitteena.

”Liikunta ja terveellinen ruoka, kyllä mä makiaa yritän vähän välttää, mut kyl mä välillä otan.” (Asiakas 4)

” Säännöllinen ruokailu on hyvä homma, kävelyä tulee siinä samalla ja sunnuntaisin on kävelyryhmä. Kävelyn lisääminen olis haaveena, olo olis parempi, ku olis paremmassa kunnossa. Jalat on suht koht hyvässä kunnossa, käsivoimia ei ole. On tavoitteena myös, et alkaisin taas kuntoilemaan ”(Asiakas 1)

”Tarkoitus on ollu pikkuhiljaa nostattaa kuntoa, aivan alhaalta aloitais ja nostattais kuntoa, sen huomais olossa, jaksais ees vartin kävellä. Vatsa pitäis saada jollain konstilla saada pois, ei taho taipua mihinkään, vaikia tehdä mitään hommia.” (Asiakas 2)

6.3.2 Kokemuksia psyykkisestä voinnista

Monella asiakkaalla oli elämänsä varrella ollut useitakin sairaalajaksoja psykiatrisessa sairaalassa, sillä vakavien mielenterveysongelmien hoitoon kuuluu toisinaan sairaalajakso psykiatristen sairauksien hoitoon erikoistuneessa sairaalassa. (Hietaharju & Nuuttila 2012, 22). Psyykkisesti sairas ihminen voi joutua sairaalahoitoon vastoin omaa tahtoaan, jos hänen psyykkinen vointinsa on todella huono, asiakas on esimerkiksi psykoottinen ja hänen hoitamatta jättäminen pahentaa hänen omaa psyykkistä vointiaan tai muiden terveyttä ja turvallisuutta.

Myös silloin, kun kaikki muut käytettävissä olevat palvelut ovat hoidollisesti riittämättömiä eivätkä sovellu käytettäväksi, asiakas voi olla hoidossa vasten tahtoaan. (Terveyskirjasto Duodecim 2018.) Tällä hetkellä asiakkaiden elämä oli kuitenkin tasaisempaa. Asiakkaiden lääkahoito on tällä hetkellä oikeanlaista ja säännöllistä, arki suunniteltua ja tuettua ja niiden asioiden koettiin selvästi tuovan turvallisuuden tunnetta jokaisen elämään.

Kartoittaakseni tarkemmin turvallisuuden tunteita arjessa kysyin asiakkailta mitkä asiat lisäävät turvallisuuden tunnetta arjessa ja mitkä asiat vähentävät sitä? Selvisi, että turvallisuuden tunnetta yksin asumisessa lisäsi useimmilla juuri se, että on päivittäin yhteydessä Tuetun asumisen henkilökuntaan ja siihen, että joku käy kotona katsomassa, miten asiakas voi. Myös rutiinit loivat turvallisuuden tunnetta. Turvallisuuden tunteen puuttumisesta ei kukaan juuri kertonut kokemuksiaan.

”Se on tärkeätä, et joku käy kattomassa ja illalla soittavat vielä iltalääkkeit, se on toisaalta tarpeellinen, mut se lisää myös turvallisuuden tunnetta, et ne kuulee, miten mun päivä on menny.”
(Asiakas 3)

” Turvallisuuden tunnetta tuo se, et mä oon päivittäin yhteydessä tuettuun asumiseen jollain tapaa...en mä heti hoksaakaan mikä vähentäis” (Asiakas 4)

”Rutiinit luo turvallisuuden tunnetta, se et käy syömässä, niin ei tuu vitamiinin puutetta. Pysyy hyvässä kunnossa.” (Asiakas 1)

”Rutiinit luo turvallisuuden tunnetta, se et käy syömässä, niin ei tuu vitamiinin puutetta. Pysyy hyvässä kunnossa.” (Asiakas 1)

Psykykinen vointi oli useammalla henkilöllä tasaisesta mielialasta huolimatta kuitenkin melko huono mm. ahdistuksen ja pelkotilojen vuoksi. Ahdistunut henkilö voi tuntea itsensä niin masentuneeksi, ettei jaksa aamulla edes nousta ylös sängystä eikä peseytyä tai pukeutua. Ihminen voi kokea olonsa niin pelokkaaksi,

ettei uskalla lähteä kotoa mihinkään. Monet ahdistuneet saavat paniikkikohtauksia ja kokevat sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Yleistyneeseen ahdistushäiriöön liittyy usein levottomuutta, lihasjännitystä, jännittyneisyyttä ja unihäiriöitä. Fyysisiä oireita ovat rintakipu, hengitysvaikeudet ja vatsakipu, ja ne voivat olla niinkin voimakkaita, että asiakas pelkää sairastavansa jotain vakavaa fyysistä sairautta. (Hietaharju & Nuutila 2012, 35-36.)

Ahdistuneisuutta esiintyy usein yhtä aikaa muiden psykiatristen häiriöiden kanssa ja sitä ilmenee oireena lähes kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa (Terveyskirjasto Duodecim 2018). Vähintään puolella vastanneista oli ahdistusta ja siihen liittyviä tyypillisiä oireita. Erilaisiin psykiatrisiin sairauksiin liittyvä ahdistuneisuus on usein hyvin voimakasta, ja se muistuttaa kuolemaan, hajoamiseen tai yksinjäämiseen liittyvää kauhunomaista ja lamauttavaa pelkoa. (Terveyskirjasto Duodecim 2018). Ahdistus, huoli ja fyysiset oireet aiheuttavat ihmiselle kärsimystä sekä haittaa sosiaaliselle toimintakyvylle. Ahdistus on pitkäaikainen sairaus, jonka kulku on vaihteleva. Ajoittain oireet lieventyvät, mutta voimistuvat myöhemmin uudelleen. (Hietaharju & Nuutila 2012, 35-36.)

Ahdistus on pitkäaikaista ja se voi liittyä esimerkiksi julkisiin paikkoihin tai sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa. Se saattaa esiintyä paniikkikohtauksina, jotka voivat rajudellaan säikäyttää: sydän tykyttää, henkeä ahdistaa ja rintaa saattaa puristaa. Tilanteista voi jäädä pelko, että kohtaukset uusivat, jolloin ahdistunut haluaa vältellä kyseisiä tilanteita. Ahdistuneisuushäiriössä ei ole kyse useimmille ihmisille normaalista jännittyneisyydessä tai lievistä peloista. Tämän voimakkaan ahdistuneisuuden luonteen ymmärtäminen on tärkeää tuettaessa voimakkaasta ahdistuneisuudesta kärsiviä ihmisiä. (Terveyskirjasto Duodecim 2018.)

6.3.3 Taloudellinen hyvinvointi

Yhtenä hyvinvoinnin osa-alueena tutkimuksessa tarkastelin asiakkaiden kokemuksia omasta elintasosta ja rahan merkityksestä omaan hyvinvointiin. Erik Allardtin mukaan hyvinvointi lähtee ihmisen omista tarpeista ja niiden

tydyttämisestä. Rahan merkitystä tarkasteltiin tutkimuksessa ainoastaan asiakkaiden henkilökohtaisesti kokemina asioina, sillä oli tärkeintä arvioida asiakkaiden subjektiivista tyytyväisyyttä omaan elintasoonsa. (Kettunen, ym. 2001, 10.) Hyvinvointiin tarvitaan paljon muutakin kuin materiaalisia resursseja, sillä pelkkä taloudellinen hyvinvointi ei takaa kokonaisyhyvinvointia. Taloudellinen hyvinvointi on välttämätön, mutta ei riittävä osa hyvinvointia. Tavarat sellaisenaan eivät tee ihmistä onnelliseksi, vaan vasta niiden käyttö tyydyttää ihmistä. Korkea hyvinvointi on mahdollista saavuttaa muutenkin kuin hankkimalla runsaasti hyödykkeitä tarpeiden tyydytykseen. (Raijas 2012,)

Halusin selvittää mitä raha merkitsee kenellekin ja millainen sen vaikutus oli koettuun hyvinvointiin. Vastauksista ja keskusteluista päätellen raha ei vaikuttanut olevan kovinkaan merkittävä asia yhdenkään asiakkaan elämässä, mutta oli sillä jonkinlainen merkitys juuri hyvinvointiin liittyen. Rahalla koettiin olevan vaikutusta hyvinvoinnin tuojana, koska sillä voitiin hankkia jotain itselleen tarpeellista tai mieluisia hyödykkeitä, kuten vaatteita, parempaa ruokaa ja nautintoaineita. Useammassa teemassa nousi esille se, että asiakkaiden tulot eivät olleet kovinkaan suuret, mutta niillä pärjäsi ihan kohtuullisesti. Joskus rahaa jäi pikkuisen säästöönkin ja siitä oltiin tyytyväisiä. Teatterit ja konsertit nousivat esille tärkeinä ilon tuojina, mutta moni koki ne liian kalliiksi harrastuksiksi, jonka vuoksi niitä oli korvattu ilmaisilla harrastuksilla, kuten lukemisella, musiikilla ja viihteellä.

*”No ei kai se mitään ihmeellistä, se on semmonen tarvittava asia.
(Asiakas 7)*

”No on se sillai, että mä saan sen verran eläkettä, et rahaa jää säästöönkin, mut ei se raha sillai ihan hirveen...no on se sillai tärkeä, et voi ostaa itelle jotain kivaa.” (Asiakas 4)

”Kyllä kai se raha on pelkkä maksuväline” (Asiakas 6)

Haastatteluista ilmeni vahvasti myös se, että moni asiakas tarvitsi tukea ja ohjausta oman talouden hallintaansa. Henkilö voi tarvita edunvalvojaa esimerkiksi tilanteissa, joissa vaikea sairaus tai korkea ikä ovat heikentäneet hänen kykyään

hoitaa omia asioitaan ja etuaan (Suomi.fi 2020). Edunvalvonnan tarkoituksena on valvoa niiden asiakkaiden etua ja oikeutta, jotka eivät itse pysty pitämään huolta taloudellisista tai muista asioistaan (Tukiliitto 2020). Asiakkaat saivat tukea talouden hallintaan tuetusta asumisesta ja useammalla oli myös henkilökohtainen edunvalvoja, joka aiheutti asiakkaissa ristiriitaisia tuntemuksia. Edunvalvonta jakoi asiakkaiden keskuudessa mielipiteitä. Osa piti sitä erittäin hyvänä turvajärjestelynä, mutta osa suhtautui kielteisesti edunvalvontaan ja toivoi kuntoutumista siihen pisteeseen, että voisi jatkossa huolehtia itse itsestään ja luopua kokonaan edunvalvonnasta. Tyytymättömyys edunvalvontaan johtui asiakkaan saaman käyttörahan pienuudesta, joka nähtiin edunvalvojan syyksi. Ajateltiin, että rahaa olisi ehkä enemmän käytössä ilman edunvalvontaa. Vaikka edunvalvonnan tarkoituksena on rajoittaa henkilön omia oikeuksia niin vähän kuin mahdollista (Tukiliitto 2020), niin jotkut ajattelivat sen haittaavan omaa elämää.

”Enempi saisi olla rahaa käytössä, parempia vaatteita laittaisin ja ostaisin osakkeen, jos ois paljon rahaa. Muuten tuntuu, ettei sillä oo paljonkaan merkitystä. Ostaisin ruokaa ja herkkuja, jos ois enemmän rahaa. Mietin, et edunvalvonta pitäis saada pois, jos kuntoutuis siihen pisteeseen, et saisi ite huolehtia asioista.” (Asiakas 2)

6.4 Asiakkaiden kokemuksia tuetusta asumisesta

Kolmantena teemana oli tuettu asuminen. Tuetun asumisen asiakkaat asuvat omissa kodeissaan asumisyksikön läheisyydessä. Palvelu tarjoaa asiakkaille päivittäistä tukea ja käytännön ohjausta oman elämän hallintaan, sekä itsenäisen asumisen onnistumiseen. (Oulun kaupunki 2020.) Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidossa on olennaista pyrkiä estämään uusia psykoosijaksoa, lievittää erilaisia oireita ja parantaa asiakkaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Hoidon lähtökohtana on pitkään jatkuva luottamuksellinen hoitosuhde, jonka avulla tuetaan asiakkaan toimintakykyä ja sosiaalista kanssakäymistä sekä osallisuutta yhteiskuntaan. Tavoitteena on se, että asiakas voisi elää mahdollisimman täysipainoista ja mielekästä elämää. (Hietaharju & Nuutila 2012, 62.)

Haastatteluista päätellen oli selvää, että palvelun merkitys oli asiakkaille merkittävä, sillä asiakkaiden kokemusten mukaan hoitajien säännölliset käynnit loivat turvallisuuden tunnetta ja lisäsivät päivittäistä ihmiskontaktia. Sen lisäksi asiakkaat kokivat palvelun hyödyllisenä erityisesti lääkehoidon kannalta, koska hoitajat seuraavat säännöllisesti asiakkaiden lääkehoidon toteutumista. Tuetun asumisen toiminnassa turvataan psyykkisen terveyden perusedellytyksiä tukemalla asiakkaan lääkehoitoa ja huolehditaan asiakkaan yleisestä hyvinvoinnista ja luodaan asiakkaille sosiaalista perusturvallisuutta. (Hietaharju & Nuutila 2012, 16.)

Tämän teeman sisällä keskusteltiin siitä millainen suhde asiakkailta on muodostunut työntekijöihin, millaista tukea asiakkaat mielestään tarvitsevat työntekijöiltä ja saavatko he riittävästi apua tällä hetkellä. Keskusteltiin myös tuetun asumisen merkityksestä asiakkaiden elämään ja siitä millaisena he ovat kokeneet palvelun. Asiakkaiden kokemukset tuetusta asumisesta olivat hyviä. Palvelun laatuun oltiin yhteneväisesti tyytyväisiä ja asiakkaiden kokemukset hoitajista olivat selkeästi positiivisia, asiallisesta käytöksestä kiitettävään. Asiakkaiden suhde hoitajiin oli rakentunut hyväksi ja melko luottamukselliseksi. Tuetussa asumisessa asiakkaan ammatillisen kohtaamisen lähtökohtana on toisen ihmisen kunnioittaminen ja ihmisarvo. Hoitajien oma ammatillisuus, persoonallisuus, luottamus ja työympäristö vaikuttavat vuorovaikutuksen syntymiseen ja luottamuksellisen asiakassuhteen rakentumiseen. Hoitajat suhtautuvat mielenterveysongelmaiseen asiakkaaseen ammatillisesti, jolloin he pyrkivät ymmärtämään asiakasta ja olemaan aidosti kiinnostunut auttamaan heitä. Vaitiolovelvollisuus korostuu mielenterveysasiakkaiden hoidossa ja luottamuksellisen asiakassuhteen rakentumisessa. (Hietaharju & Nuutila 2012, 80-81.) Eräs asiakas kertoikin, että juuri vaitiolovelvollisuuden vuoksi uskaltaa puhua hoitajien kanssa vaikeistakin asioista. Tämä on tärkeää asiakkaan vuoksi, jotta hän voi turvallisesti puhua asioistaan jonkun kanssa.

Asiakkaat kertoivat avoimesti mielipiteitään tuetusta asumisesta ja henkilökohtaisista tuen tarpeistaan. Kaikki kertoivat tarvitsevansa tukea vähintään jossain elämä osa-alueella, suurimmaksi osaksi tuen tarpeet nähtiin liittyvän kodin- ja taloudenhoitoon. Lisäksi asiakkaat määrittelivät tarvitsevansa apua erilaisissa han-

kinnoissa, kuten vaatteet, ruokaostokset ja isommat hankinnat sekä ohjausta ruoanlaitossa ja ulkoilussa. Näihin asioihin asiakkaat myös kertoivat saaneensa tukea ja ohjausta melkein aina, kun ovat tarvinneet. Muutenkin tuen laatuun ja määrään oltiin tällä hetkellä hyvin tyytyväisiä. Tuetussa asumisessa huomioidaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja heidän itsemääräämisoikeutensa, jotta kuntoutujat kokevat asumispalvelun turvalliseksi ja viihtyisäksi. Tuetun asumisen toiminnassa tuetaan sekä ihmisläheisyyttä että yhteisöllisyyttä ja sen toiminnan tavoitteena on lisätä vuorovaikutusta ja edistää asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa omien palveluidensa sisältöön. (Oulun kaupungin Intranet 2018.)

”Palvelu auttaa siihen, et lääkepussit pysy tallessa ja tulee otettua. Mä soitan hoitajille, jos tarvin apua kauppa-asioihin, vaateostoksiin. (Asiakas 1)

”Onhan se tärkeä, ku on niin huonossa kunnossa, ei sitä yksin pärjäis ollenkaan.” (Asiakas 2)

”Kyllä se merkitsee turvallisuutta ennen kaikkea, et mä tiän, et ne osaa huolehtia musta.” (Asiakas 3)

”Merkitsee se aika paljon, se auttaa jaksamaan arjessa.” (Asiakas 7)

Kritiikkiä palvelu ei juurikaan saanut, koska moni oli tällä hetkellä tyytyväinen palvelun laatuun ja tuen määrää, eikä kukaan halunnut juuri vähentääkään tuen määrää. Joillakin siivousapu oli jäänyt pois viime aikoina ja sen koettiin huonona asiana, koska aiemmin kodissa oli ollut siistimpää. Palvelun toteuttamisessa tapahtuvat muutokset, kuten videovisiittien (VideoVisit®) lisääminen palveluun, oli joillakin konkreettisesti vaikuttanut käyntien vähenemiseen ja toisilla videovisiittien alkaminen aiheuttanut vähintäänkin huolta kotikäyntien vähenemisestä.

VideoVisit® etäkotihoito soveltuu hyvin asiakkaan arkitoimintojen seurantaan. Hoitajat muistuttavat asiakkaita esimerkiksi lääkkeenotosta ja ruokailusta. Yhteyden aikana vaihdetaan myös päivän kuulumiset. Etäyhteyden kautta voidaan seurata muun muassa asiakkaan verenpaineen tai verensokerin mittausta sekä

insuliinipistoja. Asiakas tekee kaikki arjen askareet itsenäisesti kotona ja hoitaja ohjaa häntä. Tämä on asiakkaan toimintakykyä paremmin ylläpitävää kotihoitoa, kun hoitaja ei tee asioita asiakkaan puolesta. Virtuaalikäyntien tarkoitus ei ole kokonaan korvata fyysisesti kotiin tuotettuja palveluita, mutta se on oiva työkalu arjen tueksi, jolla osa kotikäynneistä voidaan korvata ja fyysiset käynnit saadaan paremmin kohdennettua niille asiakkaille, jotka tarvitsevat hoitajan apua kotona. VideoVisit® etähoitoratkaisu mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajille tehokkaamman tavan tarjota terveydenhuollon palveluita. (Videovisit Oy 2020.) Asiakkaat olivat tällä hetkellä jo hyvin omaksuneet videovisiitit osana palvelua ja pitivät niitä tärkeinä, vaikkei ne fyysistä tapaamista korvannutkaan.

”En minä osaa sanoa... oon tyytyväinen saamaani tukeen.”

(Asiakas 3)

”Ei tässä huonoa oo mitään, kaikki on hyvää. Se että ihmiset käy kattomassa mua ja antavat lääkettä.” (Asiakas 7)

”Se on hyvä, et mun luona käydään kerran päivässä, pelkäsin silloin, ku videovisiitti tuli, et ne vähentää käyntejä, mut onneks ei oo vähentäny. On surkia homma, et siivousapu se lopetettiin. Mulla kävi laitospulainen kerran viikossa, niin se oli mahtava homma, oli paljon siistimpää kotona, kun mä imuroin ja luutusin lattiat ja ne pyyhki pölyt ja pöytäpintoja luutusi. Se oli sata kertaa parempi. Mä tarvisin vieläkin sitä apua” (Asiakas 1)

”En mie oikein osaa sanoa....välillä tuntuu, et on useita päiviä, ettei kukaan tuu. Tympiäähän se on. Videovisiittien takia on ehkä vähentynyt aamukäynnit. Siivouspalvelu käy vieläki, se auttaa, ku saa yhdessä tehdä.” (Asiakas 2)

”En mä keksi mitään muutosta...kyllä mä koen, et tää tuki riittää mulle, mut toisinaan on sellainen olo, ettei niillä oo aina aikaa, jos soittaa...” (Asiakas 4)

Ainoastaan yksi asiakas osasi suoraan nimetä palvelusta jotain kehitettävää. Hän koki, että tuetun asumisen suurin puute on oman lääkärin puuttuminen. Hän toivoi, että tätä asiaa kehitettäisiin vielä tuetussa asumisessa.

”Nyt tuli mieleen mikä on surkia piirre tässä tuetussa, niillä ei ole lääkäriä. Se on huono. Se on kehittämisen paikka. Ei tietenkään kokopäiväistä, mutta sellainen, et hoitajat voi soittaa ja kysyä, jos tulee hätätilanne lääkkeiden tai kipujen kanssa, jotka johtuu psyykelääkkeistä esimerkiksi, niin voivat soittaa lääkärille. Psykiatri olisi hyvä.” (Asiakas 1)

6.5 Tulevaisuuden haaveita

Pääteemojen jälkeen halusin nostaa vielä lopuksi esille asiakkaiden tulevaisuuden haaveita, koska haaveilu osoittaa, että ihminen näkee tulevaisuudessaan hyviä ja odottamisen arvoisia asioita. Asiakkaiden tulevaisuuden haaveet olivat maltillisia ja melko samankaltaisia, sillä suurin osa toivoi, että elämä jatkuisi samanalaisena ja vointi pysyisi vähintään samalaisena, kuin se nyt on. Osa toivoi kuitenkin selkeästi parempaa tulevaisuutta, kuten kuntoutumista tai mielenterveyden parantumista sekä parempaa taloudellista tilannetta, jolloin pystyisi paremmin toteuttamaan itseään. Haaveet itsensä toteuttamisesta liittyvät mm. kirkolliseen- ja järjestötoimintaan osallistumiseen sekä muihin harrastuksiin. Alhaisten tulojen ja rajoittuneen resurssien hallinnan on todettu alentavan ihmisen mahdollisuutta toteuttaa itseään ja sitä kautta alentavan myös subjektiivista koettua hyvinvointia. Kyse on siitä, etteivät kaikki ympäristössä olevat mahdollisuudet ole silloin käytettävissä. Elinkeinoelämän Valtuuskunnan arvo- ja asennetutkimuksen (2005) mukaan hyvällä toimeentulolla ja onnellisuuden kokemisen välillä on osoitettu olevan selvä yhteys. (Raijas 2011, 247.) Joten oli hyvin ymmärrettävää, että tulevaisuuden haaveisiin kuului monellakin kuntoutuminen, parempi toimintakyky ja parempi rahatilanne.

"No ei kait sitä tällä iällä muuta toivo kun, et sais elää tasaista elämää. Samanlaisena voisi pysyä, muuta en osaa sanoa...et oisin tämmösessä kunnossa, kuin nyt" (Asiakas 6)

" Mää tietysti ihmeitä oottasin, et alkas elämään täysillä. Haluaisin tervettä elämää viettää tässä, tietysti mä kuvittelen myös, et mulla olis paljon rahaa, että pääsis toteuttaan omia juttuja. Mussa olis kyllä kykyjä, mut ei mulla oo nyt elämäntilanne on semmonen." (Asiakas 1)

" Samaa kuin tämä, ei oikein mitään, rahaa pikkusen" (Asiakas 5)

"Mä oon itekki miettinyt, et mitähän sitä sit tekis, jos parantuis. Aiemmin kuljin siellä 20 vuotta, hyvän mielen talolla, siellä ois varmaan vieläki tuttuja. Olon pitäis muuttua, se vaikuttaa aivan kaikkeen, se vaikuttaa ihmisten tapaamiseen täälläkin" (Asiakas 2)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen kohteena olivat Oulun kaupungin mielenterveystyön tuetussa asumisessa asiakkaina olevat mielenterveyskuntoutujat. Opinnäytetyöni toimeksiantaja oli Oulun kaupungin mielenterveystyön Tuettu asuminen. Oulun kaupungilla oli tarve saada palautetietoa tukipalvelun toimivuudesta ja hyödyistä. Tavoitteena on tuoda esille mielenterveyskuntoutujien kokemuksia omasta hyvinvoinnistaan ja peilata tietoa siihen, miten palvelu vastaa asiakkaiden tuen tarpeisiin arjessa ja miten palvelua asiakkaiden näkökulmasta voitaisiin vielä kehittää, jotta heidän hyvinvointinsa lisääntyisi. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää myös muissa samantyyppisissä mielenterveyspalveluissa.

Opinnäytetyöni päätehtävänä oli kuvailla Tuetun asumisen asiakkaiden hyvinvoinnin kokemuksia ja kartoittaa, mistä asioista mielenterveyskuntoutujien hyvinvointi tällä hetkellä muodostuu ja mitä merkityksiä, sisältöjä ja tavoitteita asiakkaat itse antavat omalle hyvinvoinnilleen? Tavoitteenani oli haastatteluiden avulla löytää vastauksia tutkimusongelmaani ja tuottaa realistista ja ajantasaista tietoa palvelun tuottajalle sen asiakkaiden tämänhetkisestä henkilökohtaisesta hyvinvoinnista ja tuen tarpeista itsenäisessä elämässä. Tutkimuksessani kartoitin asiakkaiden hyvinvoinnin ulottuvuuksia kuten itsenäistä asumista, taloudellista tilannetta, koettua terveydentilaa, ihmissuhteita ja niiden merkityksiä, turvallisuuden tunnetta sekä vapaa-ajan käyttöä, jotka yhdessä luovat kokonaisuuden asiakkaan kokemasta hyvinvoinnista ja elämänlaadusta.

Tutkimukseni teoreettisena viitekehyksenä oli mielenterveystyö ja hyvinvoinnin ulottuvuudet sekä hyvinvoinnin tutkimisen lähtökohdat. Haastatteluni jokainen kysymys pyrki etsimään vastausta siihen, millainen on tutkimukseen osallistuvan henkilökohtainen kokemus omasta hyvinvoinnistaan. Avoimilla kysymyksillä sain kuvailevia vastauksia. Tässä opinnäytetyössä keskityin mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnin tarkasteluun useammalta eri kantilta heidän itsensä kertomina ja kokemina. Asiakkaiden haastatteluissa nousi esille erilaisia asioita heidän arkeensa, asumiseensa ja tuen tarpeisiin liittyen. Analyysillä pystyin kuitenkin koamaan näitä ajatuksia yhteen ja löytämään vastauksista yhteisiä teemoja. Tiivistin teemat kolmeen kokonaisuuteen, joita analysoimalla pystyin kokoamaan

ajatuksia yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja saamaan tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemasta hyvinvoinnista.

Hyvinvoinnin tutkiminen

Lähtökohtaisesti hyvinvoinnin tutkiminen on haasteellista, ja yksi haasteellisuutta aiheuttava piirre on hyvinvoinnin moniulotteisuus. Hyvinvointi käsitteenä, samoin kuin ilmiönä, on laaja, moniulotteinen ja ajassa muuttuva. Useissa tutkimuksissa hyvinvoinnin on katsottu muodostuvan kokonaisuudesta, johon vaikuttavat läheiset perhesuhteet, taloudellinen turvallisuus, työ, yhteisöllisyys ja ystävät, terveys sekä henkilökohtainen vapaus ja arvot. (Raijas 2008, 4-5.) Tämän vuoksi oli selvää, että tutkimuksessa olisi tarkasteltava useampaa eri elämän osa-aluetta, jotta voisi muodostaa kokonaiskuvan asiakkaan kokemasta hyvinvoinnista.

Vaikeaksi hyvinvoinnin määrittelyn tekee sen kokemuksellisuus ja yksilöllisyys. Ihminen vertaa hyvinvointiaan sekä omiin hyvinvointiodotuksiinsa, että myös aikaisempiin oloihinsa ja kokemuksiinsa. On olennaista selvittää yksilöiden henkilökohtaisia kokemuksia hyvinvoinnista eikä arvioida hyvinvointia pelkästään ulkoisten tekijöiden perusteella. Hyvinvoinnissa jokainen asettaa omat hyvinvoinnin osa-alueensa itselleen tärkeimpään järjestykseen. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,9.)

Jokaisen on olennaista löytää elämälleen subjektiivisia sisältöjä, merkityksiä ja tavoitteita. Asiakkaiden kokemaa hyvinvointia lähdin selvittämään avoimilla kysymyksillä, jotta asiakkaat tuottaisivat mahdollisimman omakohtaista kokemustietoa ja nostaisivat esille omia merkityksiään ja tavoitteitaan hyvinvointiin liittyen. Hyvinvointia tutkiessa keskityttiin päällimmäisenä tähänhetkiseen kokemukseen asiakkaiden hyvinvoinnista. Hyvinvointi piti sisällään useita tarkasteltavia osa-alueita kuten asiakkaiden kokemuksia omasta fyysisestä ja psyykkisestä voinnistaan, arjen toimintakyvystä, taloudellisesta tilanteesta, sosiaalisista suhteista ja vapaa-ajan käytöstä sekä tulevaisuuden haaveista.

Asiakkaiden kokemusten tutkiminen

Tuetun asumisen asiakkaat sairastavat vaikeita ja pitkäaikaisia mielenterveyshäiriöitä, useimmat skitsofreniaa. Skitsofrenia on monimuotoinen psyykinen sairaus, jossa ihmisen todellisuuden käsitys on muuttunut ja toimintakyky heikentynyt. (THL 2020.) Skitsofreniaan liittyy monenlaisia oireita kuten harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus, tunteiden latistuminen, apaattisuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen ongelmat, ahdistuneisuus, tuskaisuus ja äkilliset mielialan vaihtelut. (Hietaharju & Nuutila 2012, 58-61.) Mikä vain näistä tyypillisistä oireista on saattanut vaikuttaa asiakkaiden omiin kokemuksiin tai heidän antamiinsa haastatteluvastauksiin, joiden pohjalta olen muodostanut kokonaiskuvan asiakkaiden kokemasta hyvinvoinnista.

Vaikka osalla haastateltavista oireet olivat selvästi läsnä haastattelutilanteessa ja keskittyminen aiheeseen oli ajoittain hyvinkin haastavaa, sain koottua jokaisesta seitsemästä teemahaastattelusta materiaalia tähän tutkimukseen. Etuni haastattelutilanteissa oli selkeästi se, että asiakkaat ja heidän oireensa olivat minulle entuudestaan tuttuja. Osasin tarvittaessa antaa asiakkaalle aikaa palata aiheeseen, jatkaa keskustelua asiakkaan johdolla ja tehdä tarkentavia kysymyksiä niistä aiheista, joista asiakas oli itse halukas kertomaan tarkemmin.

Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen, jossa tutkittavaa asiaa pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160.) Vaikka laadullisella tutkimuksella ei pyritä millään tavoin yleistämään vastauksia (Kananen 2014,16), olen kuitenkin pyrkinyt johtopäätöksissä muodostamaan jollain tapaa yhtenäisen kuvan asiakkaiden tämänhetkisestä hyvinvoinnista, vaikkei se välttämättä täydellisesti vastaisikaan jokaisen asiakkaan henkilökohtaista tilannetta eikä haastatteluiden ulkopuolelle jääneiden Tuetun asumisen asiakkaiden kokemuksia.

Fyysinen kunto

Asiakkaat olivat keskimäärin kohtuu tyytyväisiä omaan fyysiseen kuntoonsa, vaikka vastaukset vaihtelivat ääripäästä toiseen, erittäin hyvästä fyysisestä kunnosta totaaliseen liikkumattomuuteen. Melkein kaikki asiakkaat olivat kiitollisia kohtalaisesta fyysisestä kunnostaan ja kyvystään liikkua. Joillakin kunto oli iän ja sairauden myötä heikentynyt huomattavasti aiempaan verrattuna. Vaikka suurin osa oli itse tyytyväisiä tämänhetkiseen kuntoonsa, arvioin asiakkaiden fyysistä kuntoa kriittisemmin ja tulin siihen johtopäätökseen, että asiakkaat eivät liikkuneet päivittäin riittävästi ja heidän yleiskuntonsa on keskimääräistä heikompi, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta.

Asiakkaat liikkuvat säännöllisesti eri paikkoihin kävelemällä, joten rauhallista liikuntaa tulee kaikilla kohtalaisesti. On kuitenkin vaikea arvioida kuinka paljon pelkkä kävely nostattaa sydämen sykettä tasolle, jolloin voidaan vasta puhua reippaasta liikunnasta. Ja koska lihaskuntoharjoittelua ei harrastettu lainkaan, ajattelin etteivät asiakkaat liiku ainakaan suositusten mukaisesti. UKK-instituutin terveysliikunnan uudistuneiden suositusten mukaan aikuisten 18–64-vuotiaiden viikoittainen liikkumissuositus olisi yhteensä 2 tuntia 30 reipasta liikuntaa ja vähintään kaksi kertaa viikossa lihaskunnon ja tasapainon harjoittamista. (UKK-instituutti 2020.)

Liikunnan puutteesta johtuva huonontunut yleiskunto on psykoosipotilailla hyvin yleistä. Huonontunut fyysinen kunto myös nostaa kynnystä harrastaa liikuntaa. (Skitsofreniainfo 2020.) Liikunnalla on monia biologisia, sosiaalisia ja psyykkisiä vaikutuksia. Psyykkisistä vaikutuksista keskeisin lienee liikunnan mielihyvää aikaansaava vaikutus. Liikunnalla voidaan saavuttaa miellyttäviä kokemuksia ja tuntemuksia, kuten iloa ja piristymistä, joita ei voida objektiivisesti mitata. Liikunnan vaikutukset mielialaan ja henkiseen hyvinvointiin vaihtelevat yksilöittäin paljon enemmän kuin liikunnan fysiologiset vaikutukset. Tutkimusten mukaan liikkumisen puutteesta johtuvat seuraukset, kuten sairaudet ja heikentynyt toimintakyky voivat heikentää myös mielenterveyttä (UKK-instituutti 2020.)

Tutkimusten mukaan liikunta lievittää depressiivisiä oireita. Tutkimusnäyttö on osoittanut, että aiemmin vähän liikkuneet saavuttavat terveyshyötyjä myös kevyemmällä liikeyksellä, sillä kevytkin liikkuminen voi alentaa muun muassa veren-sokeri- ja rasva-arvoja. Lisäksi liikkuminen vilkastuttaa verenkiertoa sekä vetreyttää lihaksia ja niveliä. Kahdesti viikossa toistuva 45 minuutin liikuntaharjoitus olisi riittävä määrä aiemmin vähän liikkuneille. (UKK-instituutti 2020.) Mitä raskaampaa ja useammin toistuvaa liikunta on, sitä enemmän se vähentää depressio-oireita (Käypähoito 2016). Liikuntaharrastus on hyvä aloittaa pikkuhiljaa ja yrittää pitää se säännöllisenä. Fyysisen kunnon kehittymistä on hyvä seurata, sillä seuranta lisää yleensä motivaatiota liikkua. (Skitsofreniainfo 2020.)

Kuten on jo todettu, liikunnan puutteesta johtuva huonontunut yleiskunto on psykoosipotilailla hyvin tavallista. Sen vuoksi asiakkaat hyötyvät hyvin vähäisestäkin liikkumisesta ja sitä pitäisi tukea ja kannustaa mahdollisimman paljon sekä yksilöllisesti että yhteisesti. Ajattelin, että tuetussa asumisessa voitaisiin tämän tiedon pohjalta pyrkiä lisäämään asiakkaiden viikoittaista liikuntamäärää ja lisätä myös lihaskuntoharjoittelua ohjelmistoon. Ryhmässä voisi tehdä oman kehonpainolla lihaskuntoharjoitteita ja tasapainoharjoituksia, jotka ovat tärkeitä iän karttuessa. Tutkimuksista on käytetty usein ryhmässä tapahtuvaa kestävyysliikuntaa. Syynä on se, että liikunnalla on vahva sosiaalinenkin puoli, koska liikunta voi lisätä yhteenkuuluvuuden ja läheisyyden tunnetta ja antaa ihmiselle sosiaalista tukea (Käypähoito 2016). Nämä tunteet tukevat minäkuvan ja identiteetin kehittymistä, mutta lisäävät myös motivaatiota liikkumiseen. Tutkimuksissa on osoitettu, että psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tulokset ovat sitä myönteisempiä, mitä pidempään liikuntaa jatketaan. (UKK-instituutti 2020.)

Asiakkaiden fyysisen kunnon heikkenemiseen on vaikuttanut varmasti eniten pitkäaikainen psyykinen sairaus ja siitä johtuva toimintakyvyn heikentyminen, sillä esimerkiksi spontaanin aktiivisuuden puuttuminen ja tahdottomuus kuuluvat skitsofrenian oireisiin. Ne hankaloittavat yksinkertaistenkin asioiden tekemistä, kuten pukeutumista tai itsestään huolehtimista. Tahdotonta potilasta on toistuvasti ja aktiivisesti kannustettava liikkumaan tai suoriutumaan päivittäisistä askareista tai hän saattaa jäädä istumaan paikalleen. (Skitsofreniainfo 2020.)

Monella asiakkaalla oli selkä näkemys siitä, kuinka voisi parantaa omaa kokonaisvaltaista hyvinvointiaan. Hyvinvoinnin ylläpitoon tai sen parantamisen keinoihin asiakkaat vastasivat säännöllisen liikunnan ja terveellisen ja monipuolisen ruokavalion. Asiakkaat ovat aikuisia ja vertaavat hyvinvointiaan aikaisempiin kokemuksiinsa sekä omiin hyvinvointiodotuksiinsa, mutta lähes kaikilla suunnitelmia rajoittaa psyykinen sairaus ja siihen kuuluvat pelot ja rajoitukset. Vaikka monella oli haasteita itsensä huolehtimisessa ja puutteita spontaanissa aktiivisuudessa, kaikki kuitenkin enemmän tai vähemmän liikkuvat päivittäin ja ymmärsivät hyvin liikunnan merkityksen oman fyysisen kunnon ylläpitäjänä ja parantajana. Monella oli tavoitteena tälläkin hetkellä parantaa fyysistä kuntoa ja pudottaa painoa. Päättelin siitä, että kaikki vastanneet olivat kyllä riittävän tietoisia siitä, miten fyysistä hyvinvointia voisi parantaa näillä asioilla, mutta kaikkien tämänhetkinen psyykinen vointi ei antanut riittävästi voimavaroja toteuttaa näitä asioita.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin mukaan liikunnan on todettu vähentävän masennus- ja ahdistusoireita, koska se saattaa kääntää huomion pois negatiivisista ajatuksista. (Käypä hoito 2016.) Masennuksen oireisiin voidaan saada helpotusta liikunnasta, sillä se tuottaa hyvinolontunnetta ja voidaan kokea palkitsevana. Sen lisäksi liikuntaa harrastavien on todettu saavan mielihyvää enemmän myös arkisista toimista ja olevan aktiivisempia kuin vähemmän liikuntaa harrastavat. (UKK-instituutti 2020.) Vaikka psyykkistä sairautta ei voida poistaa, asiakkaat hyötyisivät merkittävästi riittävästä, säännöllisestä ja monipuolisesta liikunnasta sen psykologisten, fysiologisten että sosiaalisten vaikutusten vuoksi.

Mielestäni palveluun voisi lisätä muutamia eri vaihtoehtoja liikunnan harrastamiseen, jotta asiakas voisi halutessaan osallistua niihin, jotka kiinnostavat ja tuntuvat parhaimmilta. Palveluun voisi sisältyä erilaisia ohjattuja liikuntamuotoja kuten esimerkiksi kuntopiiriä, vesiliikuntaa, kuntosaliharjoittelua, tasapainoharjoittelua tai luonnossa liikkumista. Asiakkaille voisi joskus pitää ryhmämuotoisen tiivistetyn terveystuokion ja terveellisen ravitsemuksen miniluennon, joka saattaisi motivoita asiakkaita kiinnittämään huomiota omiin ruokailutottumuksiinsa ja viikoittaiseen liikuntamääräänsä ja parantamaan niitä omaehtoisesti.

Jatkotutkimusaiheena voisi kartoittaa asiakkaiden kiinnostusta eri liikuntamuotoihin ja kartoittaa myös mahdollisuuksia hyödyntää Oulun kaupungin erityisryhmille tarkoitettuja liikuntapalveluita Tuetun asumisen asiakasryhmälle ja koota vaihtoehtoja asiakkaiden tarpeisiin ja palvelun resursseihin sopiva palveluntarjonta, joilla voitaisiin tukea asiakkaiden liikkumista.

Psyykkinen vointi

Asiakkaiden psyykkisestä voinnista oli yhtä lailla vaikea tehdä yhtenäistä johtopäätöstä, koska vastaukset vaihtelivat hyvästä ja tasaisesta psyykkisestä voinnista erittäin ahdistavaan ja huonoon oloon. Kaikki osallistuneet eivät myöskään joko halunneet tai kyenneet arvioimaan omaa psyykkistä vointiaan, jonka päättelin johtuvan juuri asiakkaan psyykkisestä sairaudesta, jolle ominaista on, ettei oireista kärsivä itse tunne itseään sairaaksi (Skitsofreniainfo 2020.) Näin ollen johtopäätös asiakkaiden psyykkisestä voinnista muodostui asiakkaiden omista kokemuksista sekä havainnoistani, joita tein haastattelutilanteissa.

Osalla haastateltavista psyykkisen sairauden oireet olivat selvästi läsnä haastattelutilanteessa ja keskittyminen aiheeseen oli ajoittain hyvinkin haastavaa. Meikin kaikki skitsofrenialle tyypilliset oireet kuten harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus, tunteiden latistuminen, apaattisuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen ongelmat, ahdistuneisuus, tuskaisuus ja äkilliset mielialan vaihtelut (Hietaharju & Nuutila 2012, 58-61) näyttäytyivät minulle haastattelutilanteissa enemmän tai vähemmän ja loivat haasteita joidenkin asiakkaiden haastatteluiden suorittamiselle. Osalla oireet eivät joko näkyneet tai millään tavoin haitanneet haastattelutilanteessa, mutta se ei välttämättä tarkoita, etteikö asiakkaalla olisi niitä ollut. Skitsofrenian oireet vaihtelevat suuresti sekä eri potilailla että samallakin potilaalla hänen sairautensa eri vaiheissa (Terveyskirjasto Duodecim 2018).

Osa asiakkaista oli tyytyväisempiä tämänhetkiseen mielentilaansa ja psyykkiseen vointiinsa kuin toiset. Useammalla asiakkaalla mieliala oli pysynyt jo pitkään tasaisena, mutta ei välttämättä kovinkaan hyvänä. Tasainen mieliala saattoi kuitenkin luoda turvallisuuden tunnetta ja sitä myötä ”tyytyväisyyttä” huonompaankin

mielentilaan, koska tasainen mielentila varmasti vaikuttaa positiivisesti arjen askareista selviytymiseen. Joidenkin mieliala heitteli enemmän ja heillä oli usein toistuvaa ahdistuneisuutta ja pelkotiloja. Ahdistuneisuus ilmenee oireena lähes kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa ja on usein poikkeavan voimakasta, pitkäaikaista ja haittaa merkittävästi normaalia arkielämää. (Terveyskirjasto Duodecim 2018). Tasaisesti voivien arjen toimintakyky oli parempi, kuin niiden, joiden mieliala heitteli. Mielialan heittely on tyypillinen skitsofrenian mielialaoire ja se on tietysti saattanut vaikuttaa siihen, miksi päätät joidenkin toimintakyvyn heikommaksi kuin toisten. Yhtä lailla kuin mieliala, voi toimintakykykin vaihdella päivästä toiseen hyvien ja huonojen päivien mukaan.

On oleellista ymmärtää, että asiakkaiden vaihteleva psyykinen vointi vaikuttaa heidän toimintakykyynsä alentavasti. Voimakkaassa ahdistuneisuudessa ei ole kyse useimmille ihmisille tutusta jännittyneisyydestä tai lievistä peloista. Ahdistus voi olla pitkäaikaista, se voi liittyä esimerkiksi julkisiin paikkoihin tai sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa, jolloin ahdistunut haluaa välttää kyseisiä tilanteita. (Terveyskirjasto Duodecim 2018.) Näillä asiakkailla on huonoina päivinä melkein mahdotonta poistua asunnosta ihmisten ilmoille ja lähteä esimerkiksi syömään yleiseen ruokalaan, jos ahdistus on ylitsepääsemätöntä. Se taas vähentää fyysistä aktiivisuutta ja laskee kuntoa, kun hyötyliikuntaa ei matkalla tule. Huonontunut yleiskunto johtaa helposti väärin ruokailutottumuksiin, painonnousuun ja sitä myötä terveysongelmiin, kuten diabetekseen ja sydän- ja verisuonioireisiin. (Skitsofreniainfo 2020.) Monen asian vaikutuksesta syntyy huono kierre, joka vaikuttaa sekä asiakkaan psyykkiseen, fyysiseen että sosiaaliseen hyvinvointiin.

Asiakkailla on myös masennusta ja masennuksessa ihmisen kokema mielihyvän ja mielenkiinnon kokeminen on vähentynyt. Masennus näkyy aloitekyvyn menetyksenä ja passiivisuutena. (UKK-instituutti 2020.) Hieman yllättävää oli, että osa toivoi psyykkisen vointinsa pysyvän vähintään samanlaisena kuin se on nyt. Pohdin syitä sille, miksi nykyinen olotila oli usealle vastanneista riittävän hyvä ja miksei kaikki toivoneet parempaa psyykkistä olotilaa. Olen koettanut hyväksyä sen, että siihen todellisuuteen, jossa tutkittavani elävät, minulla ei ole pääsyä. En

voi koskaan ymmärtää vaikeita mielenterveyshäiriötä sairastavan ihmisen kokemusmaailmaa enkä löytänyt vastausta sille, miksi osalle nykyinen psyykinen vointi kaikkine haasteineen oli riittävä. Johtuiko se sairaudentunnotuudesta, vai aiemmista kokemuksista, jolloin vointi oli ollut vielä nykyistä huonompi, vai johtuiko se sairaudelle tyypillisestä tunne-elämän latistumisesta vai kenties sopeutumisesta nykytilanteeseen?

Yleisvointi

Asiakkaiden terveydentilasta oli mahdoton tehdä yleistävää johtopäätöstä, koska tämänhetkinen yleisvointi koostui heillä karrikoidusti joko erittäin hyvästä fyysisestä kunnosta ja huonosta psyykkisestä olost, tai sitten tasaisesta psyykkisestä voinnista, mutta erittäin huonosta fyysisestä kunnosta. Tämä todistaa sen, ettei terveydentila muodostu pelkästään toisesta osa-alueesta vaan se on kokonaisuus, johon vaikuttaa myös asiakkaan oma kokemus asiasta. Pohtiessani asiakkaiden kertomia ajatuksia omasta fyysisestä ja psyykkisestä voinnistaan ja tekemällä itse havaintoja asiakkaiden nykytilanteesta, verraten heidän aikaisempia kokemuksiaan, tulin siihen lopputulokseen, että asiakkaiden yleisvointi oli kokonaisuudessaan parantunut tuetun asumisen alkamisen jälkeen. Varmasti suurin merkitys kokonaisvaltaisen yleisvoinnin parantumisena on asiakkailla ollut lääkeshoidon turvaaminen ja sen toteutumisen seuraaminen, mutta myös se, että tällä hetkellä jonkin ulkopuolisen tahon tehtävä on ollut huolehtia asiakkaan yleisestä hyvinvoinnista, liikunnasta, ruokailun toteutumisesta, sosiaalisesta kanssa käymisestä ja ohjata asiakkaita tarvittaessa asianmukaiseen terveydenhoitoon.

On todella merkittävä asia, että tuettuun asumiseen kuuluu lääkeshoidon lisäksi myös tarvittaessa pieniä hoitotoimenpiteitä, joista asiakas ei itsenäisesti välttämättä suoriutuisi esimerkiksi haavanhoito ja erilaiset mittaukset kuten verenpaine ja verensokeri. Näillä toimenpiteillä on ollut varmasti yleisvointia parantava vaikutus. Asiakkaat vertailivat nykytilannettaan aiempaan elämäänsä ja useat kertoivat hygieniatason ja ravinnon laadun olevan nyt paremmalla mallilla. Päätelin niiden asioiden vaikuttavan positiivisesti heidän kokemaansa arjen hyvinvointiin, ja parantavan kokonaisvointia, vaikkakin joidenkin psyykinen vointi oli näistä huolimatta edelleen huono.

Ihminen on kokonaisuus ja ihmisen hyvinvointi muodostuu monesta eri tekijästä. Tutkimukset puhuvat vahvasti liikunnan monista hyvistä vaikutuksista ja olen niistä samaa mieltä. Oikein toteutetulla liikunnalla ei ole mielestäni lainkaan terveyshaittoja vaan päinvastoin. Liikunta suosituksen tavoitteena on edistää liikunnan käyttöä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja aikuisten kuntoutuksessa. (Käypähoito 2016.) Myös vähäisestä liikunnan lisäämisestä olisi monenlaisia hyötyjä asiakkaille.

Itsenäinen asuminen ja arjen toimivuus

Yhtenä teemana oli itsenäinen asuminen, elämänhallinnan kokemukset ja tuen tarpeet arjessa. Opinnäytetyön teoriassa kirjoitin, että hyvinvoinnin käsite määrittellen useimmiten ylhäältä päin tehden oletuksia siitä, mistä tekijöistä hyvinvointi muodostuu. Käytännössä hyvinvointi muodostuu kuitenkin henkilökohtaisena kokemuksena ihmisten arjessa. Nykyiset hyvinvointimittarit eivät riittävästi saavuta ihmisten hyvinvoinnin kokemuksia arjen tasolla. Tämän selvittämiseksi on tutkittava sitä, kuinka ihmiset käytännössä pyörittävät ja hallitsevat arkeaan ja millaisena he kokevat sen. (Raijas 2008, 1.)

Riittävän kokonaiskuvan muodostaminen hyvinvoinnista edellyttää sitä, että objektiivisten elinolojen lisäksi tutkitaan myös ihmisten omaa tyytyväisyyttä arjen toimivuuteen sekä sen merkitystä hyvinvoinnin kokemiseen. Tyytyväisyys ja asioiden tärkeys pohjautuu ihmisten sen hetkisiin elinolosuhteille ja kuvaa heidän henkilökohtaisia tuntemuksiaan. (Raijas 2008, 1.) Olen pyrkinyt muodostamaan kokonaiskuvan asiakkaiden arjen toimivuudesta tarkastelemalla ja yhteen kokoamalla haastatteluvastauksia, jotka liittyvät itsenäiseen asumiseen, tuen tarpeisiin, taloudelliseen tilanteeseen, vapaa-aikaan ja sosiaalisiin suhteisiin. Tavoitteena luoda kuva arjen toimivuudesta asiakkaiden omien arvostusten ja toiveiden perusteella. (Raijas 2008, 4-5.) Tässä teemassa lähdin selvittämään itsenäisen asumisen sujumista, sen haasteita ja tuen tarpeita arjessa. Asiakkaat kertoivat avoimesti kokemuksiaan itsenäisestä asumisesta ja tuen tarpeistaan nykyhetkessä.

Haasteet asiakkaiden arjessa

Ihmisen toimintakyky pitää sisällään sekä arkielämän askareista että elämän suurista haasteista ja vaikeuksista selviytymisen. Yleensä ihmisen toimintakyky alkaa heiketä vasta vanhemmalla iällä, mutta pitkäkestoisiin psykooseihin, etenkin skitsofreniaan, liittyy usein toimintakyvyn heikkenemistä jo aikaisemmin. Psykiseen sairauteen kuuluvat kognitiiviset häiriöt aiheuttavat vaikeuksia arkitoiminoissa ja heikentävät asiakkaan arkipäivässä selviytymistä, kuntoutumista ja elämänlaatua. (Skitsofreniainfo 2020.) Asiakkaiden toimintakyvyssä oli huomattavia eroja. Erot saattoivat johtua asiakkaiden iästä, sukupuolesta, persoonallisista ominaisuuksista, kasvatuksesta, tämänhetkisestä sairauden tilasta tai useammasta eri tekijästä. Vaikka asiakasryhmä on moninainen ja koostuu eri ikäisistä miehistä ja naisista, jokainen haastateltavista kertoi tarvitsevansa ohjausta ja apua vähintään yhdessä asiassa. Osa selviytyi arjesta vähäisemmällä tuen määrällä, mutta osalla oli tuen tarpeita useammassa arjen perustoiminnossa, koska toimintakyky oli sairauden seurauksena heikentynyt. Kuitenkin melkein kaikkien arki toimi tällä hetkellä hyvin palvelun avulla.

Haastateltavat toivat esille monipuolisesti erilaisia arjen asioita ja tilanteita, missä he tarvitsevat ja ovat saaneet ohjausta. Asiakkaat kuvailivat tarvitsevansa apua arjen pyörittämisessä, raha-asioiden hoidossa, ruokailuista huolehtimisesta, siivouksessa, hygieniasta huolehtimisesta, pyykin pesussa ja ahdistuksen purkamisessa. Ahdistuneisuutta esiintyy usein yhtä aikaa muiden psykiatristen häiriöiden kanssa ja sitä ilmenee oireena lähes kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa. Monen mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä ja liikkumista kodin ulkopuolella rajoittavat usein juuri ahdistus ja pelot tai heikko fyysinen kunto. Osalla asiakkaista oli tyypillisiä ahdistukseen liittyviä fyysisiä oireita kuten lihaskipuja, -jäykkyyttä tai lihasheikkoutta, sekä kipuja ympäri vartaloa, jotka aiheuttivat heille huolta ja rajoittivat heidän arkeaan merkittävästi. Erilaisiin psykiatrisiin sairauksiin liittyvä ahdistuneisuus on usein hyvin voimakasta ja pitkäaikaista. (Terveyskirjasto Duodecim 2018.) Ahdistus, huoli ja fyysiset oireet aiheuttavat ihmiselle merkittävää kärsimystä sekä haittaa sosiaaliselle toimintakyvyille (Hietaharju

&Nuutila 2012, 35-36), sillä ahdistusoireet rajoittavat menemistä julkisiin paikkoihin ja osallistumista sosiaaliin tilanteisiin muiden ihmisten kanssa (Terveyskirjasto Duodecim 2018.)

Asiakkailla oli siis arjessa monenlaisia haasteita, joita samanikäisillä perusterveillä ihmisillä ei useimmitenkaan ole. Siitä huolimatta asiakkaat kokivat arkensa sujuvan melko hyvin, kun saivat siihen tarvitsemaansa yksilöllistä ohjausta ja tukea. Tietyt sisäiset tuntemukset, joita psyykkisiin sairauksiin kuuluu ovat kuitenkin sellaisia toimintakyvyn esteitä, joihin on vaikea ulkopuolelta vaikuttaa. Tämän voimakkaan ahdistuneisuuden luonteen ymmärtäminen on kuitenkin tärkeää tuettaessa voimakkaasta ahdistuneisuudesta kärsiviä ihmisiä, sillä ahdistuneisuushäiriössä ei ole kyse useimmille ihmisille normaalista jännittyneisyydessä tai lievistä peloista. Ahdistunut henkilö voi kokea olonsa niin pelokkaaksi, ettei uskalla lähteä kotoa mihinkään. (Terveyskirjasto Duodecim 2018.)

Avohoidon lisääntyminen ja kotiin annettavat palvelut ovat lisääntyneet mielenterveyskuntoutuksessa viime vuosina. Nykypäivänä lain mukaan mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina ja niin, että asiakkaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan (Mielenterveyslaki 11.12.2009/1066 2 §). Sairaalahoidolla on keskeinen rooli psykiatristen sairauksien hoidossa, mutta nykyään tavoitteena on, että asiakas on hoidossa vain sairauden vaatiman välttämättömän ajan. Lyhyiden sairaalajaksojen tavoite on estää laitostumista, edistää asiakkaan kuntoutumista ja pitää asiakasta kiinni ulkopuolisessa maailmassa. Koska sairaalahoido on yhteiskunnalle huomattavasti kalliimpaa kuin avohoido, sairaalajakso pyritään senkin vuoksi pitämään optimaalisen lyhyinä. (Hietaharju & Nuutila 2012, 22.)

Valtaosa mielenterveysasiakkaista saa nykyään apua avohoidosta, ja vain osa tarvitsee sairaalahoidoa (THL 2020). Muutos itsenäisempään asumismuotoon, kuten omaan asuntoon, on ollut suuri ja mullistava asia monelle mielenterveyskuntoutujalla. Tällä hetkellä Suomessa pitkäaikaiset psyykkisesti sairast ihmiset asuvat pääsääntöisesti omissa kodeissa itsenäisesti avohoidon turvin ja saavat kotiin annettavaa säännöllistä tukea ja ohjausta. Haasteet ovat osalla kuitenkin

niin suuria, että ollaan mielestäni vaakalaudalla sen suhteen, miten tuki riittää vaikeimmin sairaiden kohdalla.

Tyytyväisyys arjessa

Hyvinvointia voidaan lähestyä ihmisen elinolosuhteiden, arjen toiminnan ja resurssien näkökulmasta. Tässä yhteydessä arjella tarkoitetaan elämää, joka muodostuu kotielämästä, työstä/opiskelusta ja harrastuksista. Arjen toiminnassa tavoitellaan niiden tarpeiden tyydyttämistä, jotka ovat olennaisia arjen sujumisen kannalta ja jotka lisäävät hyvinvointia. Arki muodostuu toiminnoista erilaisissa ympäristöissä, joissa ihmiset toimivat yksin tai vuorovaikutuksessa muiden kanssa (Raijas 2011, 243.)

Mielestäni asiakkaiden arki oli hyvin strukturoitua ja rutiinimaista. Rutiineilla luodaan turvaa ja se nousikin ilmi vastauksista. Jokaisen asiakkaan päivää rytmittivät tietyt tapahtumat kuten hoitajien käynnit, ruokailu, työtoiminta, päiväunet, sekä iltapäivisin ja iltaisin tapahtuvat ohjaukset tai videovisiitit. Asiakkaat kuvailivat arkeaan hyvin samanlaiseksi joka päivä. Rutiinit loivat kuitenkin turvallisuuden tunnetta arjessa. Turvallisuuden tunnetta yksin asumisessa lisäsi useimilla se, että on päivittäin yhteydessä tuettuun asumiseen ja se, että joku käy kotona katsomassa, miten asiakas voi.

Tutkimuksesta ilmeni, että asiakkaat olivat tällä hetkellä tyytyväisiä moneen asiaan arjessaan. He olivat tyytyväisiä asuntoihinsa ja niiden sijaintiin, koska asunnot olivat hyvin lähellä päivittäisiä ja välttämättömiä palveluita, kuten ruokakauppoja, apteekkia, palvelusäätiötä ja hyvinvointikeskusta. Koko asiakasryhmän kannalta palveluiden läheisyys on mielestäni merkittävä hyvinvointia lisäävä asia itsenäisessä asumisessa, jotta asiakas kokee kykenevänsä liikkumaan ja toimimaan täysipainoisesti ja itsenäisesti omassa elämässään. Riittävän lyhyet etäisyydet ja tutut reitit luovat turvallisuuden tunnetta poistua kotoa ja liikkua itsenäisesti omassa elinympäristössään. Itsenäinen asioiden hoitaminen antaa itsevarmuuden ja lisää elämänhallinnan tunnetta ja sitä kautta hyvinvoinnin kokemuksia. Tutkimuksessani ilmeni, että haastateltavat kokivat selviytyvänsä hyvin arjessa pääsääntöisesti tuen avulla.

Tuki arjessa

Asiakkaat kokivat palvelun erittäin hyödyllisenä itselleen erityisesti lääkehoidon kannalta, koska hoitajat seuraavat asiakkaiden lääkehoidon toteutumista. Lääkehoidon toteutumisen seuranta oli melkein jokaisella asiakkaalla itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edellytys. Nämä asiat tulivat ilmi useissa vastauksissa. Moni haastateltavista kertoi suoraankin, ettei pärjäisi ilman palvelua. Asiakkaat kokivat turvattomuuden vähentyneen huomattavasti nyt, kun saavat kotiinsa päivittäistä tukea ja ohjausta.

Nämä kommentit kertovat siitä, että tuki on hyvin merkityksellistä ja edistänyt näiden haastateltavien hyvinvointia. Melkein jokainen haastateltavista kuvasi hyvinvointinsa menneen parempaan suuntaan tuetun asumispalvelun vaikutuksesta. Suurin syy on ollut varmasti siinä, että tuetussa asumisessa turvataan asiakkaan psyykkisen terveyden perusedellytyksiä tukemalla asiakkaan lääkehoitoa ja luodaan asiakkaille sosiaalista perusturvallisuutta ja huolehditaan jokaisen asiakkaan yleisestä hyvinvoinnista.

Päätelin, että asiakkaille on valtavan tärkeä saada aluksi riittävästi tukea työntekijöiltä myös päivittäisten asioiden hoitoon, jotta oma elinympäristö tulee tutuksi ja turvalliseksi ja päivittäiset tärkeät asioinnit sujuvat fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta huolimatta. Pikkuhiljaa on kuitenkin syytä vähentää tuen määrää sille tasolle, että asiakas saa lisää itsevarmuutta ja luottamusta toimia itseohjautuvasti ja itsenäisesti omassa elämässään. Käytännössä se voi tarkoittaa alkuun intensiivisempää tukea esimerkiksi ruokaostoksilla, jossa työntekijä ohjaa asiakasta ruokaostosten suunnittelussa terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalioon ja neuvoo asiakasta rahan käytössä kohtuullisiin menoihin. Kun nämä asiat alkavat sujua hyvin, tukea vähennetään siten, että asiakas alkaa suunnittelemaan itsenäisesti omia ruokaostoksia ja rahan käyttöä ja tekee ostokset itsenäisesti, jonka toteutumista työntekijät seuraavat asiakkaita haastatteleamalla ja havainnoimalla. Kun asiat alkavat sujua itsenäisesti, asiakas jatkaa toimimista itsenäisesti.

Turvallisuuden tunteen puuttumisesta asiakkaat eivät kertoneet kokemuksiaan. Haluttomuus avata kokemuksia turvallisuuden tunteen puuttumisesta saattoi olla

henkilökohtaista ja liittyä vastaajien sisäiseen ajatusmaailmaan ja henkilökohtaisiin pelkoihin. Ehkä he ymmärsivät, että sisäinen ahdistus ja pelkotilat olivat subjektiivisia kokemuksia, eivätkä edes nähneet niillä yhteyttä tähän itsenäisen asumisen teemaan liittyen. Olisinko saanut enemmän vastauksia, jos olisin kysynyt aiheesta esimerkiksi hyvinvointiteeman sisällä, jolloin se oli automaattisemmin liittynyt hyvinvoinnin kokemukseen ja asiakkaat olisivat osanneet suhtautua kysymykseen eri tavalla kuin tässä itsenäisen asumisen teemassa.

Elintaso ja taloudellinen hyvinvointi

Tässä teemassa keskityttiin asiakkaiden elintasoon, taloudelliseen hyvinvointiin ja taloudelliseen turvallisuuteen. Tätä hyvinvoinnin osa-aluetta voidaan mitata ja tarkastella objektiivisesti ulkoapäin, mutta tässä tutkimuksessa asiaa tarkasteltiin subjektiivisesti asiakkaiden henkilökohtaisesti kokemina asioina. Hyvinvointi elintason näkökulmasta voidaan nähdä riippuvan ihmisen tuloista, asumistasosta, koulutuksesta, työllisyydestä ja terveydestä. On tärkeää arvioida ihmisen subjektiivista tyytyväisyyttä suhteessa näihin asioihin. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,10.)

Keskeisimmät arjen hyvinvointiin liittyvät mittarit ovat käytettävissä olevat tulot ja kulutusmenot. Käytettävissä olevilla tuloilla hankitaan hyödykkeitä tarpeiden tyydyttämiseen, mutta hankinnoista aiheutuu aina menoja. Kulutusmenot kertovat siitä kuinka paljon ihmiset käyttävät rahaa hyödykkeiden hankkimiseen, mutta eivät kuitenkaan kerro hyvinvoinnin toteutumisesta. Kulutusvalintoja voivat määrittellä mieltymysten lisäksi myös niukat taloudelliset tulot, eivätkä kaikki hyödykkeet pitkällä aikavälillä paranna hyvinvointia. (Raijas 2011, 244.)

Asiakkaat kokivat taloudellisen tilanteensa kohtalaiseksi, vaikkei tulot olleet kellekään suuret. Tulot vaikuttivat koostuvan eläkkeistä ja erilaisista tuista, sillä kukaan ei kertonut käyvänsä tällä hetkellä palkkatöissä. Osa kertoi, että heillä jää jonkin verran sääntöönkin rahaa ja se mielestäni osoitti taloudellista pärjäämistä ja loi varmasti asiakkaiden turvallisuuden tunnetta tulevaisuuteen. Kysyin tässä teemassa ainoastaan yhden kysymyksen rahaan liittyen, eli mitä raha merkitsee sinulle? Vaikka kysymyksiä oli vain yksi, pystyin kuitenkin myöhemmin kokoamaan

muistakin teemoista rahan merkitykseen liittyviä vastauksia, sillä asiakkaat itse ottivat rahan usein puheeksi muissakin vastauksissaan.

Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat eivät arvottaneet rahaa mitenkään merkittäväksi hyvinvointia lisääväksi tekijäksi, vaikka kokivat sen tarpeelliseksi ja ajattelivat parempien tulojen lisäävän jonkin verran hyvinvointiaan mielihyvän kautta. Raha ei vaikuttanut olevan kovinkaan tärkeä asia yhdenkään asiakkaan elämässä, mutta oli sillä jonkinlainen merkitys juuri hyvinvointiin liittyen. Rahalla nähtiin olevan vaikutusta hyvinvoinnin tuojana eniten siksi, että sillä voitiin hankkia jotain hyödykkeitä itselleen. Asiakkaat halusivat käyttää ainoastaan hieman enemmän rahaa ruokaan, herkkuihin, nautintoaineisiin, vaatteisiin tai omin harrastuksiin. Kukaan ei halunnut ylettömästi lisää rahaa eikä käyttää rahaa ilman mitään järkevää syytä, mikä mielestäni kertoi realistisesta sekä vastuullisesta rahan käytöstä. Pitkällä aikavälillä esimerkiksi herkkujen tai nautintoaineiden lisääminen päivittäiseen elämään nautinnon ja mielihyvän tuojana ainoastaan heikentäisi asiakkaiden fyysistä hyvinvointia, sillä niiden vaikutukset mielihyvän tuottajina ovat erittäin lyhytkestoisia ja riippuvuutta lisääviä.

Raha-asioiden ja laskujen hoitaminen edellytti kuitenkin jonkinlaista tukea melkein jokaiselle asiakkaalle. Monella asiakkaalla oli edunvalvoja. Vaikka edunvalvonta oli monelle todella tarpeellinen, aiempien talousvaikeuksien vuoksi, halusi osa päästä irti edunvalvonnasta. Halu irtaantua edunvalvonnasta saattoi olla pelkästään tunneperäistä ja liittyä kokemukseen, että on menettänyt täysin oman talouden hallinnan jollekin toiselle, eikä pysty enää koskaan vapaasti käyttämään omia rahojaan, koska rahat ja käyttövarat ovat koko ajan edunvalvojan takana. Se on mielestäni täysin inhimillinen tunne aikuisella itsenäisesti elävällä henkilöllä, jonka koko yhteiskuntakin odottaa olevan täysivaltainen toimija, joka itse tietää miten käyttää rahaa omaksi parhaakseen (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,10).

Osa ajatteli, että ilman edunvalvontaa hänellä olisi käytössä nykyistä enemmän rahaa. Se kertoo mielestäni siitä, ettei kaikilla ole välttämättä realistista kykyä arvioida omaa taloudellista tilannettaan eikä hallita omaa talouttaan pitkällä aikavälillä.

lillä. Edunvalvonta on mielestäni tarpeellinen näille asiakkaille, joiden vaikea sairaus on heikentänyt heidän kykyä hoitaa omia asioita ja omaa etuaan. (Suomi.fi 2020). Edunvalvonnan tarkoituksena on aina valvoa asiakkaiden etua ja oikeutta (Tukiliitto 2020) ja se olikin melkein joidenkin asiakkaiden itsenäisen elämän edellytys.

Sosiaaliset suhteet

Ihmisten väliset sosiaaliset suhteet liittyvät olennaisesti hyvinvointiin, sillä ihmisellä on tarve kokea yhteenkuuluvuutta ja kuulua johonkin ryhmään. Tällöin tarpeiden tyydyttymistä voidaan arvioida sen mukaan, kuinka paljon ihmisellä on esim. läheisiä, ystäviä ja kontakteja erilaisiin yhteisöihin (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,10.) Hyvinvoinnin kokemuksia kartoitin tutkimalla asiakkaiden sosiaalista kanssakäymistä ja sen merkitystä heidän kokemaansa hyvinvointiin. Kysyin asiakkailta: Keitä sinulle tärkeitä ihmisiä lähipiiriisi kuuluu? Mistä/keitä saat apua silloin kuin tarvitset?

Tutkimukseen osallistuneiden sosiaaliset verkostot olivat hyvin suppeita, mutta lähes kaikilla oli jonkinlainen läheisverkosto elämässään. Yksinäisyyden kokemus kävi vastauksista ilmi odotettua vähemmän, mistä olin yllättynyt. Asiakkaat asuivat kuitenkin yksin ja viettivät paljon aikaa yksin, joten oletin heillä olevan enemmän yksinäisyyden tunteita, koska yksinäisyys on yleisesti lisääntynyt yhteiskunnassa. Mielenterveyskuntoutujille tyypillinen ongelma, sosiaalinen eristyminen, ilmeni ainoastaan muutaman vastauksista, mutta se saattoi kuitenkin olla syy sille, miksei yksinäisyyttä koettu samalla tavoin kuin terveiden ihmisten keskuudessa. Sosiaalinen eristäytyminen voi olla oma valinta ja liittyä siihen, ettei halua kohdata muita ihmisiä joko luonteensa tai sairautensa vuoksi. Silloin eristäytyminen tuo varmasti helpotusta ihmisen elämään, eikä yksinäisyyttä koe edes negatiivisena asiana. Toinen asia mikä liittyy nykyhetkeen, on sosiaalinen eristäytyminen koronatilanteen vuoksi. Se ei asiakkailta aiheuttanut minkäänlaisia ongelmia, vaikka aiheesta keskusteltiin. Ajattelin sen johtuvan siitä, ettei asiakkaiden elämä ole muuttunut oikeastaan mitenkään, he ovat olleet sosiaalisesti vähemmän ihmisten kanssa tekemisissä jo ennen koronaa, joten tällä hetkellä

heillä on ollut jopa helpompaa noudattaa sosiaalista eristäytymistä koronaviruksen leviämiseksi.

Kaiken kaikkiaan suurin osa asiakkaista vaikutti tyytyväisiltä omiin sosiaalisiin suhteisiinsa, ja ne tyydyttivät riittävässä määrin asiakkaiden yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarpeita. Arvioidessani asiakkaiden sosiaalisia suhteita ja tyytyväisyyttä niihin, oli huomattavasti tärkeämpää arvioida henkilöiden subjektiivista kokemuksellista yhteenkuuluvuutta ja ihmissuhteiden merkityksellisyyttä heille itselleen, kuin niiden määrää. Myös Läätin gradussa todettiin, että erilaiset yhteisöt luovat ihmisten elämään merkityksellisyyttä, sisältöä ja turvaa vastapainoksi yhteiskunnan muutoksille (Lääti 2013,3).

Vapaa-aika

Vapaa-aika on resurssi, jonka lisääntymisen oletetaan useimmiten lisäävän myös ihmisten kokemaa hyvinvointia. Taustalla on ajatus, että vapaa-aikaa käytetään hyvinvoinnin lisäämiseksi, vaikka näin ei aina ole. Jos ajatellaan vaikka yksinäistä ikäihmistä, työtöntä tai mielenterveyskuntoutujaa, liiallinen vapaa-aika ei välttämättä ole myönteinen asia heidän kannaltaan. (Raijas 2011, 245.) Tuettu asuminen järjestää asiakkailleen vapaa-ajan aktiviteettejä, joilla halutaan lisätä mielekästä arkea ja osallisuuden kokemuksia. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointikäsityksen mukaan ihminen voi hyvin silloin, kun kokee elävänsä hyvää arkea ja mielekästä elämää. Hyvinvointiin vaikuttavat ihmisten jokapäiväiset arjen tarpeet ja yhteisöt ja ympäristöt, joissa ihminen elää ja toimii. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointisopimus 2019-2025, 2019.)

Tutkimukseen osallistuvilla oli käytettävissään enemmän vapaa-aikaa kuin kokopäivätyössä käyvällä ihmisellä, mutta vapaa-aika itsessään ei millään tavoin noussut esille asiakkaiden hyvinvoinnin tuojana. Syynä saattoi olla se, ettei juuri kukaan käynyt työtoiminnassa, joten erottelu työn ja vapaa-ajan välille on vaikea tehdä. Sen lisäksi psyykinen sairaus saattoi vaikeuttaa vapaa-ajasta nauttimista.

Vapaa-aikaa ja sen merkitystä hyvinvoinnin näkökulmasta selvitin kysymällä asiakkailta: Mistä pienistä asioista tulet iloiseksi päivittäin ja minkälaisia asioita teet viikonloppuisin tai lomalla? Asiakkaille mielekkäitä asioita olivat lukeminen, musiikin kuuntelu, television ja netin tarjoamat ohjelmat, ulkoilu sekä tuetun asumisen järjestämät ryhmät. Asiakkaiden osallisuuden kokemus toteutui pitkälti tuetun asumisen toiminnassa sekä yksilökäynneillä, että ryhmätoiminnoissa, mutta sen lisäksi osallisuuden kokemuksia saatiin myös kolmannen sektorin toiminnassa. Joillekin asiakkaista kolmannen sektorin paikat kuten Kipinä, Pönkkä, Hyvän mielen talo sekä seurankunnan toiminta olivat tärkeitä ilon tuojia. Ne mahdollistavat asiakkaan saaman vertaistuen ja osallisuuden kokemuksen muissakin yhteisöissä. Osallistuminen vapaa-ajantoimintoihin rajoittui tutkimukseen osallistuvilla asiakkailla kuitenkin lähes täysin ammattilaisten järjestämään toimintaan.

Tuettu asuminen

Kolmas iso teema oli tuettu asumispalvelu osana asiakkaiden elämänhallintaa. Tavoitteena oli tuoda esille mielenterveyskuntoutujien omakohtaisia kokemuksia siitä, miten tyytyväisiä he ovat tällä hetkellä saamansa palveluun ja mitkä muut palvelut tukevat heidän hyvinvointiaan arjessa. Asumis- ja päiväpalveluita suunnitellessa on tärkeää huomioida asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja heidän itsemääräämisoikeutensa, jotta kuntoutujat kokevat asumispalvelun turvalliseksi ja viihtyisäksi. Tuetussa asumispalvelussa yksikön päätökset tukevat sekä ihmisläheisyyttä että yhteisöllisyyttä. Toiminnan tavoitteena on lisätä vuorovaikutusta ja edistää asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa omien palveluidensa sisältöön. (Oulun kaupungin Intranet 2020.) Tavoittelin tällä teemalla ajantasaista tietoa asiakkaiden kokemasta hyvinvoinnista tuetussa asumisessa, jotta toimeksiantajakin saisi hyödyllistä tietoa asiakkaidensa kokemuksista palveluun liittyen.

Selvittääkseni tyytyväisyyttä tämänhetkisen palvelun laatuun esitin asiakkaille useamman haastattelukysymyksen liittyen tuettuun asumiseen. Pyrin käyttämään avoimia kysymyksiä, jotta asiakkaiden omat mielipiteet nousisivat parhaiten esille. En kysynyt suoraan, ovatko asiakkaat tyytyväisiä palveluun, sillä halu-

sin, että asiakkaat vapaasti kertovat tuen merkityksestä heidän itsenäisen elämänsä tukemisessa ja arjen sujumisessa. Kysyin heiltä avoimia kysymyksiä kuten, mitä tämä palvelu merkitsee sinulle? Minkälaisena olet kokenut saamasi tuen ohjaajilta? Minkälainen suhde sinulla on rakentunut ohjaajien kanssa? Ja mistä/keitä saat apua silloin kuin tarvitset? Tarkentaakseni vielä tyytyväisyyden kokemuksia kysyin vielä: mikä tuetussa asumisessa on hyvää ja mikä huonoa? Ja mikä kaipaisi muutosta?

Palvelun laatuun oltiin yhteneväisesti tyytyväisiä ja asiakkaiden kokemukset hoitajista olivat selkeästi positiivisia. Minimissään he kokivat saaneensa vähintään asiallista kohtelua, mutta enimmäkseen he kuvailivat saaneensa hyvää ja kiitettävää palvelua. Suhde hoitajiin oli rakentunut tärkeäksi ja luottamukselliseksi. Melkein jokaisen asiakkaan hyvinvointi näytti menneen parempaan suuntaan tuetun asumispalvelun vaikutuksesta. Haastateltavat olivat saaneet tukea hoitajilta sekä välttämättömien perustarpeiden hoitoon kuten lääkehoitoon, voinnin seurantaan, psykososiaaliseen tukeen kuin myös itsenäisen elämän kannalta tarpeellisiin arjen asioihin kuten kaupassa käyntiin, raha-asioden hoitamiseen, kodinhoidollisiin asioihin, hygieniaan ja ruokailujen tukemiseen.

Tulosten perusteella Tuetun asumisen työntekijät tukevat asiakkaiden arkea ja edistävät heidän elämänhallintaansa monin eri keinoin. Haastateltavien vastauksista tuli ilmi, palvelussa ohjaus painottuu arkipäiväisiin asioihin ja elämänhallinnan lisäämiseen. Moni haastateltavista kertoi, ettei pärjäisi ilman palvelua. Asiakkaat kokivat turvattomuuden vähentyneen huomattavasti, kun saivat päivittäistä tukea ja ohjausta. Nämä kommentit kertovat siitä, että tuki on ollut merkityksellistä ja edistänyt näiden haastateltavien hyvinvointia. Asiakkaat olivat itsekin huomanneet tuen tarpeellisuuden ja vaikuttavuuden oman kuntoutumisensa kannalta.

Mielenterveyspalveluiden muuttuminen viime vuosina on varmasti luonut asiakkailla pelkoa siitä, millaista tukea tulevaisuudessa saa. Sosiaali- ja terveyspalveluita sähköistetään kiivaalla tahdilla ja myös tuettuun asumiseen on viime aikoina tullut kotikäyntien lisäksi videovisiitti, jolla asiakas saa ohjausta videoyhteyden

kautta suoraan kotiinsa. VideoVisit® etäkotihoito soveltuu hyvin asiakkaan arki-toimintojen seurantaan. Hoitajat muistuttavat asiakkaita esimerkiksi lääkkeen-otosta ja ruokailusta ja yhteyden aikana vaihdetaan myös päivän kuulumiset. Se, että asiakas tekee itsenäisesti kaikki arjen askareet kotona hoitajan ohjaamana, tukee paremmin asiakkaan toimintakykyä, kun hoitaja ei tee asioita asiakkaan puolesta. Asiakkaat eivät lainkaan moittineet videovisiittejä itsessään, mutta pitivät tärkeänä sitä, että niiden vuoksi normaalit kotikäynnit eivät vähenisi liikaa. Tietysti se on vähän ristiriitainen toive, koska videovisiiteillä on varmasti tavoiteltu sitä, että asiakas saisi ohjausta nykyaikaisesti, mutta aiempaa pienemmällä resurssilla, sillä kotikäyntien vähentäminen vapauttaa työntekijöiden käytettävissä olevaa työaika. Virtuaalikäyntien tarkoitus ei ole kokonaan korvata fyysisesti kohtiin tuotettuja palveluita, mutta se on oiva työkalu arjen tueksi. (Videovisit Oy 2020.) Samalla virtuaalikäynnit tuovat asiakasta lähemmäs nykyaikaa ja digitaalisia palveluita, joiden käyttämien on tulevaisuudessa ehkä välttämätöntä.

Tuetulla asumisella oli merkittävä rooli myös asiakkaiden sosiaalisen kanssakäymisen ja osallisuuden tukemisessa. Tuetun asumisen järjestämät ryhmät olivat melkein kaikille tärkeitä. Itse näkisin, että erilaisia hyvinvointia tukevia ryhmiä voisi olla tuetussa asumisessa enemmänkin ja niiden sisältöä voisi kehittää. Ryhmien lisääminen ja sisältöjen monipuolinen valinnanvara parantaisi asiakkaiden hyvinvointia ja lisäisi niidenkin asiakkaiden osallistumisen mahdollisuutta, jotka eivät yleensä helposti osallistu ryhmiin.

Tuloksista päätelin, että vaikka asiakkaat ovat tällä hetkellä hyvin tyytyväisiä tuen määrään, he toivoivat, ettei tuen määrää vähennettäisi enää yhtään. Tutkimuksessa tulee ilmi, että talous, terveys ja arjen sujuvuus ovat elämänalueita, joilla asiakkaat tarvitsevat tukea ja apua jatkuvasti, eikä sen tuen määrää ole syytä vähentää jatkossakaan. Kokonaisuudessaan tuettu asuminen lisää toiminnallaan asiakkaiden kokemusta elämänhallinnasta mikä edistää heidän mielen-terveyttään ja hyvinvoinnin kokemuksiaan arjessa.

Tulevaisuus

Viimeiseksi tarkastelin asiakkaiden omia toiveita ja tulevaisuuden näkymiä kysymällä heiltä: Millaista toivot elämäsi olevan lähitulevaisuudessa (vuoden/kahden päästä)? Ja minkälaista tukea toivoisit arkeesi jatkossa? Asiakkaiden tulevaisuuden haaveet eivät olleet mahdottomia eivätkä epärealistisia. Asiakkaat toivoivat, että elämä jatkuisi samanlaisena ja vointi pysyisi vähintään samanlaisena, kuin se on nyt. Tuen määränkin he toivoivat pysyvät ennallaan. Melkein kaikki pitivät tämänhetkistä tuen määrää sopivana, mutta eivät halunneet yhtään vähentää tuen määrää. Mielestäni tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaiden arki on saatu palvelun avulla toimimaan sillä tavoin, että asiakkaat ovat tällä hetkellä tyytyväisiä oman arjen pyörimiseen. Se, että tukea ei saisi yhtään vähentää, kertoo mielestäni siitä, että asiakkaat saattavat pelätä tilanteensa ja hyvinvointinsa huonontuvan, jos tuki jostain syystä vähenee.

Työntekijöiden kotikäynneistä oli merkittävää hyötyä asiakkaiden arjen perustointojen, lääkehoidon ja fyysinen terveyden seuraamisen kannalta, mutta niillä oli myös sosiaalinen merkitys. Työntekijöiden käynnit olivat asiakkaille tärkeitä ihmiskontakteja, joita ei luonnollisestikaan haluttu juuri vähentää. Asiakkaiden omat lähiverkostot olivat hyvin suppeita, joten työntekijät olivat tärkeitä. Ainoa järkevä perustelu vähentämiselle oli tietysti kuntoutuminen siihen pisteeseen, että pärjää ilman tukea. Silti asiakkaat halusivat elämäänsä jatkossakin jotain tukea, yhtenä esimerkkinä nousi ohjaajapalvelu, joka on tuettua asumista kevyempää palvelua.

Kokemusten tulkinta

Vaikeaksi hyvinvoinnin määrittelyn ja kokemuksen tulkinnan tekee kokemusten yksilöllisyys. Hyvinvointi on yksilöllistä, mutta sillä on sosiaalinenkin ulottuvuus, koska hyvinvointia koetaan myös suhteessa toiseen ihmiseen, ryhmään tai ryhmään. Ihminen vertaa hyvinvointiaan sekä omiin hyvinvointiodotuksiinsa, että myös aikaisempiin oloihinsa ja kokemuksiinsa. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen, 2001,9.) Tässä tutkimuksessa vahvimmin asiakkaiden kokemuksissa näkyi mielestäni asioiden vertailu suhteessa omiin aiempiin oloihin ja kokemuksiin kuin

myös omiin hyvinvointiodotuksiinkin. Vähemmän asiakkaat vertailivat itseään muihin tai ainakaan se ei selvästi näkynyt vastauksista. Niinpä olen pyrkinyt muodostamaan näkemykseni asiakkaiden arjen toimivuudesta yhteen kokoamalla osa-alueita, joita olen työssäni jo avannut.

Olen tullut siihen tulokseen, että arjen sujuvuuden ja itsenäisen asumisen kannalta tuettu asuminen on vaihtelevissa määrin välttämätön apu tutkimukseen osallistuneille asiakkaille. Palvelun sosiaalinen merkitys asiakkaille oli merkittävä, sillä asiakkaiden kokemusten mukaan hoitajien säännölliset käynnit lisäsivät myös päivittäistä ihmiskontaktia. Vaikka joku asiakkaista kertomansa mukaan pärjäisi arjessa pelkän psykososiaalisen tuen voimin, suurin osa vastanneista tarvitsee kuitenkin tukea useammalla elämän osa-alueella. Myös ruokapalvelun ja siivouspalvelun käyttäminen olivat merkittävä asia monen asiakkaan arjessa, sillä niillä koettiin olevan suuri vaikutus yleisvointiin ja viihtyvyyteen omassa kodissaan. Ruokailulla kodin ulkopuolella eritoten koettiin olevan hyvinvointia lisäävä vaikutus, sillä monipuolinen ruoka nousi esille fyysisen voinnin parantajana ja suurena mielihyvän tuottajana.

Haastatteluissa nousi esille myös asiakkaiden luottamus tuetun asumisen työntekijöihin. Suurin osa asiakkaista luotti hyvin työntekijöihin ja koki, että voi aina ensisijaisesti pyytää apua ja tukea työntekijöiltä. Asiakkaat eivät halunneet rasittaa eivätkä kuormittaa lähimmäisiään omilla asioillaan, joten palvelusta saama tuki oli monelle se kaikkein tärkein tukiverkosto.

Asiakkaat eivät itse kritisoineet palvelua, eivätkä antaneet kehittämissuhteita, vaikka sitä heiltä kysyttiin. Ainoastaan siivousavun vähentäminen oli selkeästi negatiivinen asia niillä, joilla se oli aiemmin ollut käytössä. Joillakin siivousapu oli jäänyt pois vasta viime aikoina. He kokivat sen huonona, koska aiemmin oli ollut siistimpää, eivätkä he mielestään kyenneet pelkän ohjauksen avulla saavuttamaan yhtä hyvää siisteystasoa, kuin siivouspalvelun aikana.

Selkeä yhteys löytyi vastaajien palvelusta saaman säännöllisen ja kokonaisvaltaisen tuen ja koetun hyvinvoinnin välillä. Haastateltavien vastauksista tuli hyvin

esille ohjauksen hyödyllisyys heidän elämässään. Kukin haastateltavista eli täydempää elämää tuetussa asumisessa kuin pelkästään omien voimavarojensa varassa. Vaikka asiakkaat ovat tällä hetkellä pääosin tyytyväisiä tuettuun asumiseen, eivät he haluaisi yhtään vähentää tuen määrää. He toivoivat tuen määrän pysyvän vähintään samanlaisena ja pelkäsivät mm. sähköisten palveluiden vaikuttavan käyntien määrään, vaikka olivatkin hyvin sopeutuneita videovisiittiohjauksiin. Näkemykseni mukaan kotiin annettavan ohjauksen avulla on monipuolisesti edistetty asiakkaiden elämänhallintaa ja arjessa selviytymistä.

8 POHDINTA

Olin kiinnostunut hyvinvoinnin kokemuksen tutkimisesta ja sen kuvaamisesta sekä itseni, opinnäytetyön toimeksiantajan, että kaikkien muiden aiheesta kiinnostuneiden vuoksi. Nyt työn loppupuolella voin todeta, että aiheen tutkiminen on antanut minulle paljon enemmän, kuin alkuun osasin odottaakaan. Aihe on mielestäni hyvin tärkeä ja ajankohtainen, sillä mielenterveystyö painottuu enenevässä määrin avopalveluihin ja halusin tutkia ihmisten hyvinvointia arkisella tasolla.

Teoreettisen viitekehyksen kokoaminen, haastattelurunkojen suunnittelu, haastatteluiden suorittaminen sekä niiden purkaminen olivat kaikki tärkeitä vaiheita opinnäytetyöprosessissa. Kun alkuvaiheessa mietin, mitä lähteitä tulen käyttämään työni teoreettisen viitekehyksen pohjana ja miten käytän niitä niin, että saan niistä monipuolisen näkemyksen työni pohjaksi, sain ohjaavilta opettajilta neuvoja teoreettisen viitekehyksen kokoamiseen. Tutkimukseni teoreettisena viitekehyksenä oli mielenterveystyö ja hyvinvoinnin ulottuvuudet. Mielestäni molemmat olivat tärkeitä teorioita aiheelle, jossa tutkin mielenterveyspalvelun asiakkaana olevien henkilöiden kokemaa hyvinvointia.

Mielenterveystyön tietoperustan olen koonnut mielenterveyslaista, Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivuilta, sekä Päivi Hietaharjun ja Mervi Nuutilan kirjasta Käytännön mielenterveystyö. (2012.) Hyvinvoinnin tietoperusta tutkimuksessani on koottu Juho Saaren teoksesta: Hyvinvointi suomalaisen yhteiskunnan perusta (2011) sekä tutkija Anu Raijaksen esitelmästä Arjen hyvinvointi ja mahdollisuudet sen mittaamiseen (2008), joista olen koonnut tietoperustaa hyvinvointitutkimukseen liittyvistä näkökulmista, sen haasteista ja niistä osa-alueista, joita tässä tutkimuksessa tarkastelin. Täydensin teoriapohjaa vielä Kettusen, Ihalaisen ja Heikkisen teoksella : Monimuotoinen sosiaaliturva (2001) sekä Erik Allardtin : Hyvinvoinnin ulottuvuuksia (1976). Allardtin mukaan hyvinvointi lähtee ihmisen tarpeista ja niiden tyydyttämisestä. Hyvinvointitarpeet voidaan jakaa elintasoon, sosiaalisiin suhteisiin ja itsensä toteuttamiseen.

Opinnäytetyön tekeminen oli kiinnostavaa ja inspiroivaa, sillä aihe oli mielestäni kiinnostava. Asiakkaat, joiden kokemuksia tutkin olivat minulle tuttuja ja tärkeitä, joten sekin motivoi minua tekemään tutkimusta koko sydämelläni. Opinnäytetyön teon aikaan toimin välillä sijaisena tuetussa asumisessa. Se oli mielestäni hyvä asia moneltakin kantilta. Tuettu asuminen oli minulle palveluna tuttu, kuin myös sen asiakkaat. Koin, että minulla oli helpompi lähteä haastattelemaan mielenterveyskuntoutujia, jotka tunsin jo ennestään. Myös asiakkaille minun tuntemiseni oli myönteinen seikka ja lisäsi varmasti halukkuutta osallistua haastatteluihin.

Työn eettisyys

Ihmisten elämän tutkiminen on vaikeaa, koska siihen vaikuttaa niin moni asia. Kokemusten tutkiminen ei ole eettisesti ongelmaton, koska kyse on ikään kuin toisen kokemusten tulkitsemisesta ja niiden ymmärtämisen yrityksestä sekä muiden puolesta puhumisesta. Ajatus muiden puolesta puhumisesta ja äänen antamisesta herätti minussa ristiriitaisia tunteita. Kun tutkimuksen keskiössä on ihmisiä, virhetulkintojen mahdollisuus on tietysti enemmän kuin mahdollinen. Olen ryhtynyt tähän tutkimusprojektiin kuitenkin rehellisin mielin, eikä minulla ole syytä vääristellä aineistoa tai tuottaa jotakin ennalta toivottua tulosta. Koko opinnäytetyöprosessin ajan noudatin sen tekemisessä yleisiä, ammattikorkeakoulujen yhteisiä eettisiä ohjeita ja hyvän tieteellisen käytännön opinnäytetyöprosessia.

Asiakkaiden kokemusten tutkiminen oli minulle kaikkein mieluisin tapa toteuttaa opinnäytetyö. Haastattelu oli mielestäni paras tapa kerätä aineistoa asiakkaiden kokemuksista, ja sillä sainkin mielestäni kattavia vastauksia. Pohdin koko prosessin ajan sitä, miten haastatelluiden asiakkaiden anonymiys ja tietosuoja säilyvät työssäni. Asiakkaiden ja työntekijöiden välinen avoin ja luottamuksellinen suhde vaikutti siihen, että monet asiakkaat itse kertoivat työntekijöille osallistuvansa minun tutkimukseeni. Sen vuoksi olen joutunut todella miettimään raporttia kirjoittaessani ja sitaatteja laittaessani, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastuisi. Tutkimustuloksista ei voi kuitenkaan päätellä suoraan kenen haastatteluista asioita on nostettu esille, joten tämä ei ole mielestäni eettinen ongelma.

Painotin mielestäni riittävästi haastateltavien vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseeni useammassakin eri vaiheessa. Joidenkin haastatteluiden aikana jouduin muutamaankin kertaan muistuttamaan haastattelun vapaaehtoisuudesta, kun huomasin, ettei asiakas jaksanut keskittyä haastattelutilanteessa haastattelukykyysiini. Haastateltavat ymmärsivät, että voivat lopettaa haastattelut milloin vain ja näin toimittiin muutaman kohdalla. Suurin osa asiakkaista vaikutti nauttivan haastatteluista ja heillä oli vilpittön halu kertoa elämän tarinaansa ja auttaa minua opinnäytetyössäni. Olen siitä valtavan kiitollinen. Haastateltavien asiakkaiden määrä oli mielestäni sopiva, sillä kolmasosa koko palvelun asiakkaista osallistui tutkimukseeni. Olin itsekin alkuun yllätynyt haastateltavien määrästä, koska oli kuvitellut sen jäävän vähäisemmäksi.

Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön tekeminen oli minulle aikaa vievä, mutta tärkeä prosessi. Kokeemus oli minulle ennen kaikkea opettavainen ja voimaannuttava, koska kykenin tekemään sen yksin, ilman toisen opiskelijan tukea. Yksin tekemisessä oli myös se etu, että pystyin luomaan oman aikatauluni opinnäytetyöprosessille ja tekemään opinnäytetyötä omaan tahtiini. Opinnäytetyöprosessia haastoi eniten tekemäni aikataulusuunnitelman toteuttamisen mahdottomuus, sillä koko prosessi seisahtui pitkäksi aikaa keväällä 2020, kun koronakriisi iski koko maailmaan ja seisautti melkein koko yhteiskunnan hetkeksi paikoilleen. Olin juuri saanut opinnäytetyösuunnitelman läpi ennen koronakriisiä, mutta siihen työni seisahtui, kun tutkimusluvan saamisessa kesti useita kuukausia.

Mielestäni olin suunnitellut ja aikatauluttanut koko prosessin hyvin, mutta aikataulu petti siitä huolimatta. Aluksi olin todella turhautunut, etten pystynyt eteneämään oman aikatauluni mukaisesti. Välillä mietin epätoivoisena jopa aiheen vaihtamista, kun tuntui etten ikinä pääse työssä eteenpäin. Lopulta koko prosessi venyi puolta vuotta suunniteltua pidemmäksi ja pääsin kunnolla jatkamaan opinnäytetyötäni vasta syyskuussa 2020 ja loppuaika onkin ollut työn täyteistä.

Mielenkiintoisin työvaihe opinnäytetyöprosessin aikana oli haastattelujen tekeminen ja haastavin niiden analysointi. Haastattelut tehtiin asiakkaiden omissa kodeissa, mutta ne olivatkin minulle jo tuttuja paikkoja. Halusin, että osallistuminen tutkimukseen olisi asiakkaille mahdollisimman helppoa ja vaivatonta, joten olen tyytyväinen, että haastattelut päästiin tekemään niin luonnollisessa ympäristössä, kuin asiakkaan kotona, kun aiheenakin oli itsenäinen asuminen ja hyvinvoinnin kokemukset arjessa.

Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja tunnelma hyvä, vaikka menin asiakkaan luokse ensimmäistä kertaa eri roolissa kuin aiemmin. Koin, että haastateltavat vastasivat kysymyksiini hyvin avoimesti, juuri samanlaisena kuin olen oppinut heidät tuntemaan. Haastatteluja tehdessäni pohdin, aiheuttiko haastattelutilanne asiakkaalle ahdistusta tai huonoja kokemuksia ja ajatuksia omasta hyvinvoinnistaan, koska negatiivisia asioita nousi pintaan haastattelun aikana. Tutkimukseeni osallistujat asiakkaat vaikuttivat suhtautuvan tutkimukseen positiivisesti ja osa halusi selvästi auttaa minua osallistumalla haastatteluun ja toikin sen minulle ilmi. Haastattelutilanne antoi kuitenkin vastavuoroisesti asiakkaille mahdollisuuden kertoa enemmän elämästään ja kokemuksistaan, niin että olin läsnä ja kuuntelin juuri hänen tarinaansa.

Pohdin asioita, jotka ovat saattaneet vaikuttaa opinnäytetyöni laatuun. Kyseenalaistin itseäni ja kokemattomuuteni tutkijana ja haastattelijana. Tämä oli minun ensimmäinen opinnäytetyöni ja tutkimukseni, jonka suunnittelin ja toteutin yksin. Välillä kaduin, etten ollut aloittanut parityötä, koska tunsin olevani yksin ja hukassa joissakin tutkimuksen vaiheissa. Toinen merkittävä haaste tutkimukselleni oli puolen vuoden tauko työn tekemisessä. Aiheen palauttaminen mieleen puolen vuoden tauon jälkeen oli alkuun haastavaa, muttei kuitenkaan mahdotonta.

Haasteellisimmaksi koin lopulta vastata kysymykseen mistä asiakkaiden hyvinvointi koostuu. Keräämäni aineiston avulla sain kuitenkin vastauksia siihen, mitkä tekijät rajoittavat ja mitkä tukevat haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden hyvinvointia. Keskeisinä hyvinvointia parantavana tekijänä nousi esiin säännöllinen ja turvallinen arki, riittävä tuki ja ohjaus arjen pyörittämisessä ja tyytyväisyys omaan fyysiseen kuntoon. Yksipuolinen ruoka, huono psyykinen vointi ja kotiin

jämähtäminen puolestaan koettiin hyvinvointia rajoittavana tekijänä ja moni toivoi tulevaisuudessa kykenevänsä itsenäisempään ja aktiivisempaan elämään.

Ajattelen, että hyvinvoinnin kokemus syntyy silloin, kun ihminen kokee olevansa toimintakykyinen ja elävänsä omanlaista, mielekästä arkea. Mielestäni Tuetun asumisen asiakkaat kykenevät elämään itselleen mieleistä arkea, vaikka toimintakyky on jollain tasolla rajoittunut joka asiakkaalla psyykkisen sairauden myötä. Ohjaustyön merkitys ja vaikuttavuus kävi ilmi vastauksista. Asiakkaat luottivat vahvasti työntekijöiden ammattitaitoon ja tukeen. Joillekin hoitajat olivat myös tärkeä ihmissuhde päivittäisessä sosiaalisessa kanssakäymisessä, mutta hoitajat olivat tärkeitä myös arjen sujumisen kannalta. Tuetulla asumisella ja sen työntekijöillä tärkeä rooli asiakkaiden elämässä tällä hetkellä.

LÄHTEET

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY

Ammattikoulujen rehtorineuvosto arene ry. 2020. ammattikorkeakoulujen opin-
näytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 12.3.2020. http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-SET%202020.pdf?_t=1578480382

Duodecim Käypähoito suositukset 2016.Liikunta. Viitattu 17.11.2020.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50075#s27>

Helsingin Yliopisto 2020.Tutkimusetiikka. Viitattu 20.3.2020.
<https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkijan-palvelut/tutkimusetiikka>

Hietaharju, P.& Nuutila, M. 2012. Käytännön mielenterveystyö.1-2-.painos. Hel-
sinki: Sanoma Pro oy

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria
ja käytäntö. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria
ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria
ja käytäntö. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.,osin uudistettu
painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys.4. uudis-
tettu painos. Porvoo: Bookwell oy 2014

Huttunen, S. & Kuopusjärvi , T. 2019. Asiakkaiden kokemuksia Oulun kaupun-
gin mielenterveys-asumispalveluiden Ohjaajapalvelusta. Lapin ammattikorkea-
koulu. Sosiaaliala. Opinnäytetyö

Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL.2020 Viitattu 5.11.2020
<https://www.jhl.fi/tyoelama/ammattialat/sosiaali-ja-terveyspalveluala/mielenter-veystyo/>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan Kvalita-
tiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkea-
koulu

Kettunen, H, Ihalainen, J. & Heikkinen, H. 2001. Monimuotoinen sosiaaliturva. 3.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Lääti, S. 2013 Pro-gradu tutkielma. Sosiaalinen hyvinvointi mielenterveyskuntoutujan elämässä. Tutkimus sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksistä nuorempien ja varttuneiden mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Valtiotieteellinen tiedekunta . Sosiaalityö. Helsingin yliopisto. Viitattu 13.5.2020
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40975/Gradu_Laati.pdf

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Oulun kaupungin Intranet 2018. IMS-toimintajärjestelmä. Oulun kaupungin intranet. Vain sisäiseen käyttöön. Luettu 13.3.2020
https://oukasrv607.oulunkaupunki.fi/sote_tuotanto/servlet/ActionServlet?action=frameset

Oulun kaupunki 2020. Terveyspalvelut/Mielenterveyspalvelut/Arjen tuki ja asumispalvelut/ Viitattu 25.3.2020
<https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/mt-asumispalvelut>

Oulun kaupunki. 2020. Päätöksen teko ja hallinto/Organisaatio/Hyvinvointipalvelut/ Viitattu 25.3.2020
<https://www.ouka.fi/oulu/paatoksenteke-ja-hallinto/hyvinvointipalvelut>

Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2019. Aluesuunnittelu/ Hyvinvoinnin edistäminen. Viitattu 17.3.2020
https://www.pohjois-pohjanmaa.fi/aluesuunnittelu/hyvinvoinnin_edistaminen

Pohjois-Pohjanmaan Hyvinvointisopimus 2019-2025. 2019.Viitattu 17.3.2020
<https://pohjois-pohjanmaa.fi/wp-content/uploads/2020/09/Hyvinvointisopimus2019.pdf>

Raijas, A. 2008. Arjen hyvinvointi ja mahdollisuudet sen mittaamiseen. Työselosteita ja esitelmiä 2008. Viitattu 5.11.2020
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152397/Arjen_hyvinvointi_ja_mahdollisuudet_sen_mittaamiseen.pdf?sequence=1

Saari, J. 2011. Hyvinvointi Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: OY Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Skitsofreniainfo 2020. Skitsofrenia. Viitattu 15.11.2020
<http://www.skitsofreniainfo.fi/skitsofrenia>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.1301/2014

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Viitattu 5.11.2020
<https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Suomi.fi 2020. Sosiaalinen turva: edunvalvonta. Viitattu 10.11.2020
<https://www.suomi.fi/kansalaiselle/sosiaalinen-turva/edunvalvonta>

Suomen mielenterveys Ry 2019. Mielenterveys Suomessa. Viitattu 13.2.2020
<https://mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>

Suomen mielenterveys Ry 2020. Yksin asuminen on itsenäistä arkea. Viitattu 10.11.2020

<https://mieli.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/yksin-el%C3%A4minen-it-sen%C3%A4ist%C3%A4-arkea>

Tietoarkisto 2017. Aineistohallinnan käsikirja. Viitattu 15.2.2020

<https://www.fsd.tuni.fi/aineistohallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-kasittely.html>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Hyvinvointi. Viitattu 13.2.2020

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2020. Mielenterveys. Mielenterveyspalvelut.

Viitattu 6.11.2020

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Terveyskirjasto Duodecim 2018. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaala-hoito. Viitattu 6.11.2020

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Terveyskirjasto Duodecim 2018. Ahdistuneisuus. Viitattu 10.11.2020

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188&p_hakusana=ahdistus

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia print

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tukiliitto 2020. Edunvalvonta. Viitattu 10.11.2020

<https://www.tukiliitto.fi/tuki-ja-neuvot/itsemaaraamisoikeus/edunvalvonta/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 20.2.2020

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Videovisit. 2020. VideoVisit® modernisoi terveydenhuollon sähköisiä palveluita.

Viitattu 12.11.2020

<https://www.videovisit.fi/>

UKK-instituutti 2020. Aikuisten liikkumisen suositus. Viitattu 30.10.2020

<https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/aikuisten-liikkumisen-suositus/>

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Haastattelulupalomake
- Liite 3. Teemahaastattelun runko

Liite 1. Saatekirje

TUTKIMUS MIELENTERVEYSKUNTOUJIENTEN KOKEMASTA HYVINVOINNISTA

Olen Sanna Ojala, sosionomiopiskelija Lapin Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyöni Oulun kaupungin Mielenterveyspalveluiden tuettuun asumiseen. Aion haastatteluilla kerätä tietoa tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvailla mielenterveyskuntoutujien **hyvinvoinnin kokemuksia** ja kartoittaa, miten hyvinvointi heidän elämässään toteutuu. Tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää Oulun kaupungin tuetun asumisen palvelujen kehittämisessä.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä ilman syytä myös tutkimuksen myöhemmissä vaiheissa. Antamiasi tietoja tulen käyttämään ainoastaan opinnäytetyöni tekemiseen. Kaikki antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja käsitellään anonyymisti. Haastatteluista saatu aineisto hävitetään asianmukaisesti sen analysoinnin jälkeen. Haastatteluihin osallistuvia henkilöitä ei pystytä tunnistamaan valmiista opinnäytetyöstä.

Haastattelut tullaan järjestämään yksilöllisesti sopivan rauhallisessa paikassa, joka sovitaan puhelimitse. Haastattelut voidaan tarpeen mukaan järjestää myös puhelimitse vallitsevan koronatilanteen vuoksi.

Haluan osallistua tutkimukseen

puhelinnumero:

En osallistu tutkimukseen

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Osallistumisestasi kiittäen,

Sanna Ojala

Lapin AMK

Liite 2. Haastattelulupalomake

TUTKIMUS MIELENTERVEYSKUNTOUJIIEN KOKEMASTA HYVINVOINNISTA

Haastatteluilla kerään tietoa opinnäytetyöhöni, joka on tutkimus mielenterveyskuntoutujien **kokemasta hyvinvoinnista**. Tutkimuksen tavoitteina on tuoda mielenterveyskuntoutujien kokemuksia esille ja hyödyntää haastatteluiden tuloksia Oulun kaupungin tuetun asumisen palvelun kehittämisessä.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä ilman syytä myös tutkimuksen myöhemmissä vaiheissa. Antamiasi tietoja tulen käyttämään ainoastaan opinnäytetyöni tekemiseen. Kaikki antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja käsitellään anonyymisti. Haastatteluista saatu aineisto hävitetään asianmukaisesti sen analysoinnin jälkeen. Haastatteluihin osallistuvia henkilöitä ei pystytä tunnistamaan valmiista opinnäytetyöstä.

Suostun siihen, että haastattelua saa käyttää osana opinnäytetyöni tutkimusaineistoa.

Suostun siihen, että opinnäytetyöhön liittyvä haastattelu nauhoitetaan. Nauhoitus käsitellään vaitiolovelvollisuutta kunnioittaen, ja haastateltaville tataan täysi tunnistamattomuus.

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Opinnäytetyöntekijä:

Sanna Ojala

p.xxx xxxxxxxx

sanna.ojala@edu.lapinamk.fi

Liite 3. Teemahaastattelun runko

1. ESITTELY

- Kuinka kauan olet asunut tuetussa asumispalvelussa?
- Mistä olet tullut tuettuun asumispalveluun?
- Millaista arkesi oli ennen tuettua asumista?

2. ELÄMÄNTILANNE

- Minkälaiset asiat ovat sinulle arjessasi tärkeitä?
- Millaisia käännekohtia tai muutoksia sinulla on ollut elämässäsi?
- Keitä sinulle tärkeitä ihmisiä lähipiiriisi kuuluu?
- Mistä/keiltä saat apua silloin kuin tarvitset?
- Mitkä asiat ovat muuttuneet elämässäsi viime aikoina?/ Odotatko jonkin asian muuttuvan tulevaisuudessa?

3. ARKI JA ITSENÄINEN ASUMINEN

- Kuvaile tavallista arkipäivääsi.
- Minkälaisia asioita teet viikonloppuisin tai lomalla?
- Mikä yksin asumisessa on parasta?
- Millaisia haasteita sinulla on ollut arjessa ja yksin asumisessa?
- Minkälaisiin asioihin olet pyytänyt apua hoitajilta/ohjaajilta?
- Mitkä asiat lisäävät turvallisuuden tunnetta arjessa/mitkä vähentävät?
- Mitä raha merkitsee sinulle?

4. HYVINVOINTI

- Miten kuvailisit vointiasi tällä hetkellä?
- Minkälaisia muutoksia voinnissasi on ollut viimeisen vuoden aikana?
- Mistä pienistä asioista tulet iloiseksi päivittäin?
- Mitä konkreettisia keinoja sinulla on ylläpitää/parantaa hyvinvointiasi?

5. TUETTU ASUMISPALVELU

- Mitä tämä palvelu merkitsee sinulle?
- Minkälaisena olet kokenut saamasi tuen ohjaajilta?
- Minkälainen suhde sinulla on rakentunut ohjaajien kanssa?

- Mitä yleensä teet hoitajan/ohjaajan kanssa ohjauksen käynnillä?
- Mikä tuetussa asumisessa on hyvää ja mikä huonoa? Mikä kaipaisi muutosta?
- Jos et olisi asiakkaana tässä palvelussa, missä haluaisit olla?
- Mitkä muut palvelut tukevat hyvinvointiasi? Miten?

6.TULEVAISUUS

- Millaista toivot elämäsi olevan lähitulevaisuudessa (vuoden/kahden päästä)?
- Minkälaista tukea toivoisit arkeesi jatkossa?

