

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIENTÄ NÄKEMYKSIÄ
KUNTOUTTAVASTA RYHMÄTOIMINNASTA
AURORAN AVOKUNTOUTUSYKSIÖSSÄ

Hanna Rekola

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIENTÄ NÄKEMYKSIÄ KUNTOUTTAVASTA RYHMÄTOIMINNASTA AURORAN AVOKUNTOUTUSYKSIÖSSÄ

Hanna Rekola

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Rekola, Hanna. Mielenterveyskuntoutujien näkemyksiä kuntouttavasta ryhmätoiminnasta Auroran avokuntoutusyksikössä. Helsinki, kevät 2012, 102 s, 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia mielenterveyskuntoutujien näkemysten pohjalta Auroran avokuntoutusyksikön ryhmätoimintaa. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää kuntoutumisprosessia tuottamalla tietoa henkilökunnalle, jota he voivat hyödyntää kehittäessään ryhmätoimintojaan. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: miten kuntoutujat kokevat ryhmätoiminnan tukevan kuntoutumisprosessiaan ja miten sitä voisi heidän mielestään kehittää?

Auroran asiakkaina on mielenterveyskuntoutujia, joista suurin osa sairastaa skitsofreniaa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki Auroran 52 kuntoutujaa, josta tavoitettiin 85 %. Aineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla keväällä 2011. Lomake koostui 5 numeerisesta, 5 nominaalisesta sekä 4 avoimesta kysymyksestä. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadullinen aineisto induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan ryhmillä oli suuri merkitys mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiseen. Kuntoutujat kokivat ryhmät suhteellisen mielekkäiksi, arkea tukeviksi sekä edistäviksi tekijöiksi sosiaalisten suhteiden solmimisessa. Lisäksi tutkimustuloksista nousseiden seuraavien teemojen valossa kuntoutujat pitivät ryhmiä voimaannuttavina. Ryhmät antoivat emotionaalista tukea vertaistuen, yhteisöllisyyden ja toivon vahvistumisen kautta sekä toiminnallista ja tiedollista tukea. Ryhmät myös lisäsivät kuntoutujien sosiaalista toimintakykyä ja elämänhallintaa.

Tutkimustulosten perusteella ryhmätoimintoja tulisi kehittää asiakaslähtöisemmiksi niin, että kuntoutujilla olisi suurempi mahdollisuus vaikuttaa siihen, mitä ryhmiä Aurorassa järjestetään sekä kuntoutujien yksilölliset tarpeet otettaisiin paremmin huomioon ryhmissä. Lisäksi ryhmätoimintojen tarjonnan tulisi olla monipuolisempaa. Mielekkäinä ryhminä pidettiin luovaa toimintaryhmää, olkkari-ryhmää sekä peliryhmää. Kuntoutujat toivoivat Auroraan leivonta- ja ruuanlaitto-ryhmää, terveysryhmää ja käsityöryhmää. Lisäksi kuntoutujat halusivat itse järjestää liikuntaan ja pelaamiseen sekä taiteeseen liittyviä ryhmiä.

Avainsanat: tutkimus, mielenterveyskuntoutuja, ryhmätoiminta, voimaantuminen, sosiaalinen tuki

ABSTRACT

Rekola, Hanna. Mental health rehabilitators' views on group activities in a hospital rehabilitation Unit 102 p, 4 appendices. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

The purpose of the study was to examine the mental health rehabilitators' experiences of the organized group activities in a hospital rehabilitation unit. The aim was to provide information for the staff so they could develop their groups. The research questions were following: how the rehabilitators experience the group activities and, how they think groups could be developed?

The clients in the rehabilitation unit in Aurora are mental health rehabilitators who mainly suffer from schizophrenia. The target group of the study consisted of all the 52 rehabilitators in Aurora and it reached 85 % of them. The data was collected through a semi-structured survey form in spring 2011. The form consisted of 5 numerical, 4 nominal and 4 open questions. The numerical data was processed by using Excel software. The qualitative data was analyzed by using inductive content analysis.

The study showed that the groups played a major part in rehabilitation process. The rehabilitators experienced that the groups were meaningful, supportive and helped them to create social relationships. In addition the results showed that the groups can be considered to be empowering by the following themes. Groups provided emotional support which appeared as peer support, sense of community and hope. In addition, the rehabilitators received functional and informational support from the groups. The groups also increased their social functioning and life management.

The results also showed that the group activities should be developed more customer-oriented. First, the rehabilitators' opportunities for influencing on the organization on the groups should be improved. Second, the individual needs in the groups should be taken better into account. In addition, the contents of the group activities should be more versatile. The rehabilitators thought that the most meaningful groups were the creative activity group, the "living-room group" and the gaming group. The rehabilitators also hoped that the personnel would organize a baking and cooking group, a health group and a handwork group. In addition, the rehabilitators would have liked to organize themselves sport and artistic groups.

Keywords: study, rehabilitator, group activity, empowerment, social support

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA.....	10
2.1 Skitsofrenia	12
2.2 Pakko-oireinen häiriö	13
2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	14
2.4 Persoonallisuushäiriö.....	15
2.5 Aspergerin oireyhtymä	15
2.6 Kuntoutus ja kuntoutusvalmius	16
2.7 Kuntoutumisprosessi ja sen vaiheet.....	18
3 RYHMÄT KUNTOUTUKSEN TUKENA.....	20
3.1 Ryhmien merkitys mielenterveyskuntoutujalle	21
3.2 Ryhmien luovat menetelmät kuntoutuksen välineenä	23
3.2.1 Musiikki ja liikunta	24
3.2.2 Kirjallisuus ja kuvataide.....	25
4 VOIMAANTUMINEN	28
4.1 Voimaantumisen määritelmä ja voimaantumista tukevia tekijöitä	28
4.2 Sosiaalinen tuki.....	31
4.2.1 Emotionaalinen, tiedollinen ja toiminnallinen tuki	33
4.2.2 Vertaistuki ja oma-apuryhmät	34
4.2.3 Elämänhallinta	35
4.2.4 Sosiaalinen toimintakyky.....	37
4.2.5 Yhteisöllisyys	38
4.3 Asiakaslähtöisyys.....	39
5 AURORAN AVOKUNTOUTUSYKSIKKÖ.....	41
5.1 Auroran kuntoutuksen tavoitteet	42
5.2 Auroran nykyinen ryhmätoiminta.....	43
6 TUTKIMUKSEN TAVOITEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	45
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	46

7.1 Tutkimuksen lähtökohdat	46
7.2 Puolistrukturoitu kyselylomake.....	47
7.3 Aineiston analysointimenetelmät.....	49
7.3.1 Tilastollinen analyysi	49
7.3.2 Sisällönanalyysi	50
8 TUTKIMUSTULOKSET	53
8.1 Toivotut ryhmät	54
8.2 Ryhmäkoko	57
8.3 Ryhmien mielekkyys	57
8.4 Ryhmien merkitys arjen tilanteissa.....	62
8.5 Kuntoutujien itsenäisten ryhmien järjestäminen	65
8.6 Ryhmien kehittäminen	66
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	68
9.1 Voimaantuminen	68
9.1.1 Sosiaalinen tuki.....	69
9.1.2 Elämänhallinta	71
9.1.3 Sosiaalinen toimintakyky.....	72
9.2 Ryhmien kehittäminen	73
9.2.1 Asiakaslähtöisyys ja ryhmien monipuolisuus	73
9.3 Tutkimustulosten käytännön sovelluksia ja problematiikkaa	74
9.3.1 Mielekkäät ja toivotut ryhmät	75
9.3.2 Kuntoutujien oma-apuryhmät.....	76
10 POHDINTA	78
10.1 Tutkimusprosessi	78
10.2 Ammatillinen kehittyminen	79
10.3 Luotettavuus, pätevyys ja yleistettävyyys	81
10.4 Eettisyys	86
10.5 Jatkotutkimusehdotuksia.....	89
LÄHTEET	90
LIITE 1: Kyselylomake	97

LIITE 2: Tiedote kuntoutujille	100
LIITE 3: Tiedote henkilökunnalle	101
LIITE 4: Kyselylomake osastonhoitaja Tarja Palkeiselle	102

1 JOHDANTO

Sosiaalipsykiatriseen kuntoutukseen kuuluu terapeuttisen yhteisön periaate, jonka mukaan mielenterveyskuntoutujien sairasta käyttäytymistä tulisi pyrkiä vähentämään terveitä puolia tukemalla. Usein kuntoutujan riskinä on laitostuminen, joka aiheuttaa pinttyneitä tapoja kuten kahvin juontia ja tupakan polttoa. Tapojen tilalle tulisi järjestää työtä tai toimintaa, sillä tekeminen vahvistaa kuntoutujan sosiaalisia taitoja ja itsetuntoa. Mielenterveyskuntoutukseen sisältyy ryhmätoiminta, jonka tavoite on lisätä kuntoutujan sosiaalisia taitoja. Tutuissa ryhmissä saatava palaute on luonnollista, joten palautteen vastaanottaminen on helppoa. Tärkeää on palautteen välitön antaminen, struktuurit sekä toiminnan säännöllisyys. (Iija 1999, 133–134.) Kuntoutujalle jo pelkästään ryhmään kuuluminen, siellä avautuminen ja ryhmän hyväksyntä ovat vahvoja kuntoutusta edistäviä tekijöitä (Kuhanen 2010. 116). Lisäksi ryhmätoiminnan avulla voidaan tukea kuntoutujan elämänhallintaa ja elämässä selviytymisen voimavaroja (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 195).

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti kiinnostukseni mielenterveystyöhön, joten syksyllä 2009 otin yhteyttä Auroran avokuntoutusyksikköön. Seuraavana keväänä suoritin yksikössä työharjoittelun nähdäkseni lähempää mielenterveyskuntoutujien arkea. Harjoittelun aikana kiinnostukseni heräsi Aurorassa järjestettävää ryhmätoimintaa kohtaan, sillä erilaisia ryhmiä käytetään laajasti sosiaalialalla työmenetelmänä. Mielenterveyskuntoutujille suunnatussa avokuntoutusyksikön palveluissa yksi tärkeimmistä kuntoutujan arjen toiminnoista ovat erilaiset ohjatut ryhmät. Auroran ryhmätoimintojen tutkiminen oli tärkeää, jotta ryhmät edistäisivät kuntoutumisprosessia parhaalla mahdollisella tavalla.

Auroran avokuntoutusyksikkö kuuluu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosaston sairaalatoimintaan ja se on tarkoitettu täysi-ikäisille helsinkiläisille, jotka tarvitsevat psykiatrista kuntoutusta. Aurorassa mielenterveyskuntoutujien yleisin sairaus on skitsofrenia, mutta osa sairastaa myös muun muassa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, erilaisia persoonallisuus- ja pakko-oireisia häiriötä sekä Aspergerin oireyhtymää. Tässä tutkimuksessa käytetään yhteises-

ti nimityksiä mielenterveyskuntoutuja tai kuntoutuja kuvaamaan koko Auroran asiakaskuntaa. Auroran kuntoutuksen tavoitteena on, että jokaiselle kuntoutujalle saavutetaan optimaalinen elämänhallinta, löydetään elämään sisältöä, opitaan elämään oireiden kanssa ja selviytymään arjessa mahdollisimman itsenäisesti. Ryhmätoiminnan tavoitteena on kehittää kuntoutujan sosiaalisia taitoja, antaa vertaistukea, vahvistaa itsetuntoa, kannustaa itseilmaisuun ja luovuuteen sekä tarjota mielekästä tekemistä ja yhdessäoloa arkeen. (Palkeinen 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia mielenterveyskuntoutujien näkemysten pohjalta Auroran ryhmätoimintaa. Tutkimus pyrki hakemaan vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin: miten mielenterveyskuntoutajat kokevat ryhmätoiminnan tukevan kuntoutumisprosessiaan ja mitä ajatuksia heillä on ryhmätoiminnan kehittämiseksi? Auroran arvoihin kuuluu asiakaslähtöisyys (Palkeinen 2011). Asiakaslähtöisyys tarkoittaa kuntoutujan autonomiaa ja vaikuttamista omaan kuntoutukseensa. Omaan kuntoutukseen koskeviin päätöksiin osallistuminen auttaa kuntoutujaa sitoutumaan kuntoutumisprosessiinsa. (Sarajärvi ym. 2011, 71.) Tutkimuksen keskeinen tavoite oli edistää kuntoutumisprosessia kohdistamalla tutkimus kuntoutujien näkemyksiin ja sitä kautta lisätä myös Auroran ryhmätoiminnan asiakaslähtöisyyttä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota henkilökunta voi hyödyntää kehittäessään ryhmätoimintojaan. Omakohtainen tavoitteeni oli näkemykseni ja ymmärrykseni lisääminen mielenterveystyöstä. Tämä tutkimus oli pääsääntöisesti tarkoitettu Auroralle, mutta myös kaikille mielenterveystyöstä kiinnostuneille.

Tutkimus oli aiheellinen, sillä ryhmätoimintoja ei ole aiemmin Aurorassa tutkittu. (Palkeinen 2011). Muualla samantyyppisiä tutkimuksia on kuitenkin tehty suhteellisen laajasti. Kiviahteen ja Koskelan (2006, 30) opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää toiminnallisten voimavararyhmien merkitys ja niiden yhteys mielenterveyskuntoutujan voimaantumiseen. Heidän mukaansa kuntoutujat saivat voimaantumisen kokemuksia osallistuessaan toiminnallisiin ryhmiin. Ahola ja Laine (2009, 45–46) olivat tutkineet opinnäytetyössään vertaistukiryhmien hyötyjä mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Heidän tutkimuksen mukaan kuntoutujat kokivat vertaistuen auttavan kuntoutumisprosessia ryhmien antaessa

emotionaalista tukea sekä henkisen eheytyksen tunteen. Numminen ja Virtanen (2007, 30) puolestaan olivat tutkineet skitsofreniapotilaiden kokemusten pohjalta oireenhallintaryhmien hyötyjä. Tulosten mukaan potilaat kokivat saaneensa ryhmästä apua vertaistuen muodossa sekä tietoa omista varomerkeistä. Osa vastaajista kertoi ryhmien vähentäneen sairaalahoitojaksoja.

Olen rajannut opinnäytetyön lähtökohdat mielenterveyteen liittyviin käsitteisiin. Näiden käsitteiden avaaminen lisää lukijan ymmärrystä kuntoutujan lähtökohdista ja tarpeista sekä helpottaa tutkimuksen kokonaiskuvan hahmottamista. Lisäksi tarkastelen ryhmien merkitystä mielenterveyskuntoutujalle sekä ryhmien luovia menetelmiä kuten musiikkia, liikuntaa, kirjallisuutta ja kuvataidetta, sillä ne ovat osa Auroran ryhmätoimintaa. Tarkastelen myös käsitteitä kuten voimaantumisen, sosiaalinen tuki, vertaistuki, elämänhallinta, sosiaalinen toimintakyky, yhteisöllisyys ja asiakaslähtöisyys, koska ne luovat pohjan tutkimuksen johtopäätöksille.

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA

Mielenterveyskuntoutujaksi määritellään henkilö, joka on täysi-ikäinen, psyykkisesti sairastunut ja jolla on tarve ja oikeus saada kuntouttavia mielenterveys- tai psykiatrisia hoitopalveluita, erilaisia asumispalveluja tai apua asumisensa järjestämisessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Tavallisesti mielenterveyskuntoutujaan liitetään toimintakyvyn heikentyminen. Toimintakykyyn negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä ovat aloitekyvyttömyys, pelot, heikentynyt keskittymiskyky, heikko itsearvostus, passiivisuus ja yksinäisyys. (Kettunen Kähäri-Wiik, Vuorikemilä & Ihalainen 2002, 121–122.) Mielenterveyskuntoutujan psyykkinen häiriö vaikuttaa kuntoutujan arjessa selviytymiseen hankaloittamalla perustarpeiden huolehtimista ja kodinhoitoa (Kettunen ym. 2009, 79–80). Toimettomuuden ja apatian vuoksi kuntoutujan on vaikeaa tehdä yksinkertaisiakin asioita (Suvikas, Laurell & Nordman 2009, 262).

Mielenterveyskuntoutujan tyypillisiä piirteitä ovat yliherkkyys ja psyykkinen haavoittuvuus. Tunnepohjaiset sosiaalisesti vaikeat tilanteet voivat johtaa kiihtymykseen, jolloin kuntoutuja voi kokea voimakasta ahdistuneisuutta ja tarvetta eristäytyä. Mielenterveyskuntoutujalla voi olla myös puutteita tiedonkäsittelyssä, jolloin hänellä esiintyy kyvyttömyyttä käyttää opittuja asioita uusissa tilanteissa. (Suvikas ym. 2009, 262.) Psyykkisen toimintakyvyn heikentymisen vuoksi, kuntoutuja ei kykene käyttäytymään ympäristön odottamien vaatimusten mukaisesti, eikä toimimaan itselleen tarkoituksen mukaisella tavalla (Kettunen ym. 2002, 122).

On vaikeaa tietää, miksi toiset sairastuvat ja toiset eivät, joten ei ole mahdollista määritellä tarkkoja syitä mielenterveysongelmien syntyyn (Koskisu 2003, 11). Mielenterveysongelmien vaikutusta yhteiskuntaan ei tule aliarvioida, sillä ne vaikuttavat moneen eri tekijään kuten kansantalouteen, palveluiden tarpeeseen, tuottavuuden vähenemiseen, kuolleisuuteen, inhimilliseen kärsimykseen vähentämällä työ- ja toimintakykyä, vuorovaikutussuhteisiin, sosiaaliseen asemaan sekä taloudelliseen toimeentuloon. Erityisesti psykoosisairaudet tuovat suuria

haasteita kansantalouteen, sillä ne ilmenevät usein jo nuoruudessa aiheuttaen pitkäaikaissairautta sekä mahdollisesti työkyvyttömyyttä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 48–49.)

Mielenterveyskuntoutujan suurin ongelma lienee yksinäisyys. Yksinäisyydellä on yhteyksiä mielenterveyskuntoutujan subjektiivisen hyvinvoinnin kokemuksiin. (Toivio & Nordling 2009, 281.) Psykkisen sairautensa vuoksi mielenterveyskuntoutuja on erityisen altis syrjäytymiselle (Kettunen ym. 2009, 79; Toivio ym. 2009, 289). Mielenterveyskuntoutujan elämänlaadun kannalta on tärkeää löytää merkityksellisiä tekijöitä, jotka auttavat häntä selviytymään ja luomaan elämänsä sisältöä (Kettunen ym. 2009, 66). Lisäksi tulisi pyrkiä lisäämään kuntoutujan sosiaalisia toimintoja ja vuorovaikutusta muiden kanssa (Suvikas ym. 2009, 263).

Työllä ja tavoitteellisella toiminnalla on mahdollista tukea mielenterveyskuntoutujan itsetuntoa ja itsearvostusta. Myös sosiaalinen vuorovaikutus, uusien asioiden oppiminen sekä taitojen ja kykyjen kehittyminen lisääntyvät työn ja tavoitteellisen toiminnan ohella. (Pöyhönen 2003, 11.) Usein kuntoutujan vapaa-aika on toimetonta ja apeaa, joten työ myös mahdollistaa löytämään elämään sisältöä. Tavoitteena tulisi olla kuntoutujan muuttuminen objektista subjektiksi eli oman elämänsä toimijaksi hoivan kohteen sijaan olemisesta. (Seppi 2007, 36.)

Mielenterveyskuntoutujan motivaatio hoitaa itseään sekä hakea apua voi olla usein puutteellinen, sillä kuntoutuja saattaa olla jo hyvin tottunut rooliinsa potilaana. Kuntoutujan voi olla vaikeaa esittää omia tarpeitaan ja mielipiteitään, jos hän ei saa siihen tarpeeksi tukea. Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat usein paljon erilaisia palveluja kuntoutuakseen, joten eri palvelujentuottajien keskinäinen yhteistyö on tärkeää, jotta kuntoutuja saa mahdollisimman laadukasta hoitoa. (Notko & Järvikoski 2004, 2.) Mielenterveyshäiriöihin lukeutuvat psykoosit eli klassiset mielisairaudet, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, mielialahäiriöt, elimelliset aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, poikkeavat psyykkiset reaktiot, älyllinen kehitysvammaisuus, syö-

mishäiriöt, unihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä seksuaalihäiriöt (Lönqvist & Lehtonen 2011, 13).

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia luokitellaan psykoosisairaudeksi, joka on elinikäinen. Se on yksi vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä, joka vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kieseppä & Lönqvist, 2011, 70-102.) Vaikein yksittäinen tekijä sairauden taustalla on sen perinnöllisyys. Molempien vanhempien sairastaessa skitsofreniaa on lapsella noin 40 prosentin riski sairastua. (Levander, Adler, Gefvert & Tuninger 2006, 133.) Sairastumiseen vaikuttavat myös ympäristötekijät. Skitsofrenia puhkeaa tavallisemmin nuorella aikuisiällä. (Isohanni ym. 2011, 70.) Suomessa skitsofreniaa sairastaa noin 1 % väestöstä (Punkanen 2001, 110).

Skitsofrenia heikentää keskeisiä inhimillisiä toimintoja. Sairaus aiheuttaa havaintokyvyn häiriöitä, joihin liittyvät erilaiset aistiharhat eli hallusinaatiot. Niitä voi esiintyä kuulo-, näkö-, tunto-, haju- ja makuaistien alueilla, jotka heikentävät todellisuudentajua. Skitsofrenia aiheuttaa myös ajattelun ja puheen häiriöitä, joihin liittyvät erilaiset harhaluulot sekä hajanainen ja köyhtynyt puhe. Harhaluulot aiheuttavat virheellisiä uskomuksia liittyen väärin tulkittuihin kokemuksiin ja havaintoihin. Pahimmillaan vakiintuneet ja itsepintaiset harhaluulot voivat hallita kokonaan ajatuksia, sosiaalisia suhteita ja käytöstä. (Isohanni ym. 2011, 76.)

Skitsofreniaa sairastavalla voi esiintyä myös erilaisia käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä. Ne estävät tehtävien järjestelmällisyyden sekä suunnitelmallisuuden toteuttamista. Siihen liittyy tahdottomuutta, joka aiheuttaa spontaanin aktiivisuuden ja toimintatarmon puuttumisen. Erilaisten yksinkertaistenkin arkisten asioiden aloittaminen ja tekeminen sekä itsestään huolehtiminen voivat hankaloitua. Lisäksi skitsofreniaan liitetään tunne-elämään liittyviä häiriöitä kuten tunteiden latistuminen ja epäsopeva tunneilmaisuus. Skitsofreniaa sairastavalla voi olla kyvyttömyyttä tuntea ja kokea mielihyvän tunteita asioista, jotka normaalisti niitä

tuottavat. Siihen sisältyy vaikeus kiinnostua asioista sekä kaikenlaisten sosiaalisten suhteiden ja toimintojen puuttuminen. Lisäksi suurella osalla skitsofreniaa sairastavilla esiintyy myös masennusta. Yleisiä piirteitä masennuksessa ovat ahdistuneisuus, neuvottomuus, toivottomuus, hämmennys. (Isohanni ym. 2011, 77–78.)

Skitsofrenian kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisessa sairastumisen vaiheessa (Punkanen 2001, 113). Kuntoutus toteutetaan pääsääntöisesti avohoidossa ja sen tavoitteisiin kuuluvat muun muassa sairauden ymmärtäminen ja hyväksyminen, voinnin ja muutosten huomaaminen sekä oireiden hallinta (Riikonen & Järvikoski 2001, 179; Isohanni ym. 2011, 122). Olennainen osa kuntoutuksessa on myös lääkityksellinen hoito. Sen tavoitteena on lievittää psykoosioireita sekä estää uusiutuvia sairastumisvaiheita. (Lähteenlahti 2001, 184.)

2.2 Pakko-oireinen häiriö

Pakko-oireisesta häiriöstä kärsii noin 2–3 % aikuisväestöstä. Sairauden taustalla on perinnölliset tekijät, mutta erilaiset stressitilanteet ja elämänmuutokset liittyvät usein sairauden alkamiseen ja sen voimistumiseen. Sairaus puhkeaa usein murrosiässä tai nuorella aikuisiällä, mutta voi toisinaan alkaa jo lapsuudessa. Usein myöhemmällä aikuisiällä alkava sairaus on jaksottainen. Noin 20 % jatkuvista oireista kärsivillä sairaus pahentuu vuosien saatossa ja voi johtaa työkyvyttömyyteen. Sairaus lisää alttiutta muun muassa alkoholin väärinkäyttöön, masennustiloihin ja syömishäiriöihin. Usein pakkoajatuksia ja -toimintoja esiintyy skitsofrenian ja psykoottisten sairauksien yhteydessä. (Huttunen 2001.)

Pakko-oireiselle häiriölle ominaisia piirteitä ovat pakkoajatuksset tai pakkotoiminnat. Pakkoajatuksset esiintyvät toistuvina mieleen työntyvinä epämiellyttävinä tai ahdistavina ajatuksina tai mielikuvina. Pakko-ajatuksista kärsivä pyrkii eri keinojen avulla torjumaan näitä ajatuksia muun muassa lieventämällä niitä toisilla ajatuksilla tai pakonomaisilla teoilla. Pakkotoimintojen tarkoitus ei ole mielihyvän tuottaminen, vaan ahdistuksen lievittämien. Tavallisimpia pakkotoimintoja ovat

toistuva peseminen tai siivoaminen, erilaisten asioiden tarkistaminen, laskeminen, järjestely, kyseleminen ja pakonomainen rukoilu. Pakko-oireet aiheuttavat merkittävää kärsimystä ja haittaavat jokapäiväistä elämää ja ihmissuhteita. (Huttunen 2011.)

Pakko-oireita voi kuitenkin lieventää säännöllisen liikunnan ja rentoutusmenetelmien avulla. Ajatusten ohjaaminen muualle kuten katsomalla elokuvia tai lukemalla voivat olla hyviä keinoja hallita pakko-ajatuksia. Vakavista pakko-oireista kärsivät tarvitsevat kuitenkin myös ammattiapua. Lisäksi lääkkeet voivat lievittää sairauden oireita. (Huttunen 2011.)

2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaa noin 1–2 % väestöstä. Siihen liittyy vahvasti perinnöllinen alttius ja se puhkeaa usein varhaisella aikuisiällä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vakava mielenterveydellinen häiriö, joka lisää riskiä itsemurhaan ja voi johtaa päihdeongelmiin. (Haavisto 2011,132.) Sairautta kuvaa mania- ja masennusvaiheen jaksottaiset vaihtelut, joiden välissä on usein oireettomia kausia (Haavisto 2011, 132–134; Hietaharju & Nuutila 2010, 46.).

Maniavaihetta kuvaa voimakas kiihtynyt tila, jolloin usein yöunet jäävät vähäisiksi. Maniaan sisältyy impulsiivinen ja itsevarma käytös. Sairaus voi heikentää todellisuudentajua ja aiheuttaa jopa psykoosin. Mania vaihetta kuvaa myös toimeliaisuuden ja puheliaisuuden lisääntyminen, sosiaalinen estottomuus, kiihtynyt ajatustoiminta ja uhkarohkea ja vastuuton käytös, jonka riskejä sairastunut ei tunnista. (Hietaharju & Nuutila 2010. 49.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot ovat oireiltaan samanlaisia kuin masennukset (Hietaharju & Nuutila 2010, 47). Tyypillisiä piirteitä ovat alenunut mieliala, toivottomuus ja kyvyttömyys tuntea mielihyvää. Masentuneisuuteen kuuluu myös arvottomuuden tunteita, syyllisyyttä, uupuneisuutta keskittymisvaikeuksia, levottomuutta, ruokahalun puutetta ja unettomuutta. Lisäksi sai-

rauteen voi liittyä ahdistuneisuutta ja paniikkioireita. Osalla sairastuneista masennusta vähentää ja mieltä virkistää sosiaalisen tuen lisääminen, joten erilainen ryhmätoiminta voi toimia hyvin masennuksen hoidossa. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 300.)

2.4 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriöitä esiintyy noin 5–15 % aikuisväestöstä. Niiden syntyyn vaikuttavat perinnöllisyys, sikiökautiset tekijät, samaistumiset vanhempien käytökseen sekä erilaiset lapsuuden aikaiset kokemukset ja traumat. Ne ilmenevät usein jo nuorella iällä itsepäisenä jäykkänä kokemisena tai käyttäytymisen tapana, joka aiheuttaa kärsimystä tai on muuten haitallinen. Persoonallisuushäiriöihin liittyy tunneilmaisujen voimakkuus tai häilyvyys, alttius impulsiiviseen käytökseen ja vuorovaikutuskyvyn vaikeudet. Persoonallisuushäiriöisen ja normaalin pidetyn käytöksen raja on häilyvä. Myös psyykkisesti terveillä ihmisillä voi esiintyä stressitilanteissa eri persoonallisuushäiriöille ominaisia tapoja kokea tai käyttäytyä. Nämä tavat ja käytös ovat kuitenkin persoonallisuushäiriössä jäykempiä ja itsepäisempiä. Persoonallisuushäiriöstä kärsivän käytöstavat nähdään keinoina hallita tai välttää yksinäisyyteen tai ihmissuhteisiin liittyviä ahdistavia mielikuvia ja tunteita. Ne ovat luonteeltaan persoonallisuudelle ominaisia itsepintaisia reaktio- ja käytöstapoja, mutta niiden jäykkyys ja joustamattomuus voivat kuitenkin iän myötä keventyä. Persoonallisuushäiriöiden kuntoutuksessa on tavallisesti käytetty psykoterapiaa. (Huttunen 2011.)

2.5 Aspergerin oireyhtymä

Aspergerin syndrooma luokitellaan autismin alatyypiksi. Autisteista noin 80 % sairastaa Aspergerin syndroomaa. Aspergerin syndrooma on elinikäinen neurologinen sairaus, jota sairastaa noin 0,7–1,2 % väestöstä. Tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa passiivisuus, sosiaalinen eristäytyminen, ilmeettömyys, päätösten tekemisen ja eläytymisen vaikeudet sekä tunteiden hallinnan ja ajan tajun

heikkous. Muita tavallisia piirteitä ovat tunneällyn puute ja sosiaalisen kanssa-käymisten vaikeus. Aspergerin syndroomaa sairastava keskittyy helposti yksityiskohtiin ja kaipaa rutiineja, joten spontaanit tilanteet ja pienetkin elämän muutokset tuottavat vaikeuksia. Aspergerin oireyhtymän kuntoutuksessa keskitytään pääsääntöisesti erilaisten oireiden hallintaan. (Haavisto 2011, 201–203.)

2.6 Kuntoutus ja kuntoutusvalmius

Järvikosken ja Härkäpään (1995, 15–21) mukaan kuntoutus on tarkoituksenmukaista toimintaa, jossa yhdistyvät yksilöllinen ja sosiaalinen näkökulma. Yksilön psykofyysiset sekä ympäristön voimavarat ovat keskeisessä asemassa vajaakuntoisuuden syntyprosessissa ja vajaakuntoisuuden aiheuttamissa seurauksissa. Kuntoutus on toimintaa, joka reagoi ja sopeutuu yhteiskunnallisiin muutoksiin. Rissanen (2007, 77) puolestaan määrittelee kuntoutuksen olevan psyykkisesti tai fyysisesti vammautuneiden ihmisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palauttamista, parantamista tai säilyttämistä. Koskisuun (2003, 24) mukaan kuntoutuminen on syvällistä ja henkilökohtaista toimintaa, jolloin kuntoutujalla on mahdollisuus muuttaa rooliaan sekä toimintatapojaan erilaisissa tilanteissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön selonteon (2002, 3) mukaan kuntoutus määritellään seuraavasti: *Kuntoutus nähdään ihmisen tai ihmisen ja hänen ympäristönsä muutosprosessina, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. - -. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan oma elämäntilanteensa. Kuntoutuminen on siis muutosprosessi, jota tapahtuu myönteisesti yksilössä sekä hänen suhteessa ympäristöönsä, ihmisiin ja yhteiskuntaan.*

Kuntoutumisen tarvetta saavat aikaan erilaiset ongelmat ja ristiriidat kuten työkykyyn liittyvät ongelmat, avuttomuuden tunne sekä toimintaa rajoittavat tekijät. Kuntoutumisessa on tarkoitus edetä pienin askelin arjen eri tilanteissa sekä

omien tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutuminen etenee usein hitaasti, ja se keskittyy arkipäiväisten asioiden hoitamiseen. Kuntoutumisen ominaispiirteitä ovat pienistä asioista nauttiminen ja oman kasvun huomaaminen. (Koskisu 2003, 66–67.) Kuntoutumiseen kuuluvat osaksi myös ongelmat, pettymykset, tasanvaiheet sekä takapakit (Rissanen 2007, 82–84).

Kuhasen (2010, 102) mukaan kuntoutuksen tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisuuden huomioiminen. Rissanen (2007, 77–78) määrittelee kuntoutumisen tavoitteeksi kuntoutujan elämänlaadun parantamisen, elämän mielekkyyden ja kuntoutujan sosiaalisuuden lisäämisen sekä niin sanotun normaaliin elämään integroimisen. Kuhasen (2010, 102) mukaan kuntoutujien toimintakyvyn heikentymisen vuoksi tulisi toimintakykyä pyrkiä lisäämään ottamalla huomioon kuntoutujien syrjäytymisen riski tukemalla heidän yhteiskunnassa selviytymistä. Toimintakyvyn heikentyminen vaikuttaa kuntoutujan jokaiseen elämän osa-alueeseen, joten arkielämän taitojen harjoitteluun kuten kodinhoidolliset tehtävät, ovat tärkeässä roolissa varsinkin kuntoutuskodeissa. Kuntoutajat tarvitsevat tukea vuorovaikutustaitoihin muun muassa sosiaalisten suhteiden hoidossa kuntoutuakseen. Kuntoutuskodissa järjestettävä ryhmätoiminta sekä kuntoutujan yhteisöllisyyden tukeminen auttavat kuntoutumista. Koskisuun (2004, 38) ja Kettusen ym. (2002, 30) mukaan on myös tärkeää saada kuntoutuja auttamaan itse itseään sekä saada hänet tunnistamaan omat ongelmansa, sillä nämä tekijät edistävät motivoitumista kuntoutukseen.

Kuntoutumisvalmius tarkoittaa kuntoutujan mielenkiintoa omaa kuntoutumistaan kohtaan sekä hänen itseluottamustaan osallistua siihen (Peltomaa 2005, 23). Käsite kuntoutumisvalmius on kehitetty Bostonin yliopiston ja Boston Center for Psychiatric Rehabilitationin kehittämästä kuntoutusajatuksesta. Kuntoutumisvalmiudella tarkoitetaan tilaa, jolloin kuntoutuja on valmis sitoutumaan kuntoutukseen. Kuntoutumisvalmiudessa kuntoutuja on valmis muutokseen elämässään, valmis sitoutumaan johonkin tiettyyn kuntoutusohjelmaan sekä valmis sitoutumaan meneillä olevaan prosessiin. Kuntoutumisvalmiudessa on oleellista, että kuntoutuja kykenee asettamaan omaan elämäänsä koskevia kuntoutustavoitteita. Sillä ei siis tarkoiteta kykyä saavuttaa asetetut tavoitteet vaan pää-

asia on, että kuntoutuja kykenee asettamaan sekä sitoutumaan omiin tavoitteisiinsa. (Koskisuus 2004, 17–18, 93–94.)

Kuntoutuspalveluiden ajoitus on tärkeässä roolissa kuntoutumisvalmiuden kannalta. Kuntoutumisvalmiutta voisikin kuvata hetkeksi, jolloin kuntoutuja on tilassa, jossa hän kykenee itse ottamaan vastuuta omista tavoitteistaan. (Koskisuus 2004, 92.) Koskisuus (2004, 92–94) viittaa teoksessaan Cohenin teoriaan (1997), jonka mukaan suuriin elämänmuutoksiin liittyy sopeutumisprosessi. Sopeutumisprosessi on osaltaan kuntoutuksen tyyppinen kasvuprosessi, johon tarvitaan sinnikkyyttä, halua muutokseen sekä mahdollisten takaiskujen hyväksymistä.

2.7 Kuntoutumisprosessi ja sen vaiheet

Kuntoutuminen on koko elämän ajan kestävä prosessi, jonka aikana kuntoutuja oppii elämään sairautensa tai sen mahdollisen uusiutumisen vaaran kanssa (Koskisuus 2004, 67). Kuntoutumisprosessin aikana kuntoutujassa tapahtuu sisäisiä muutoksia, jotka saattavat herättää kuntoutujassa halun muuttaa elämänsä. Kuntoutujalla on mahdollisuus pysähtyä oman elämänsä äärelle ja nähdä elämänsä lähempää. (Rissanen 2007, 82.) Kuntoutumisprosessia voidaan pitää kuntoutujan työnä ja hänen elämässään tapahtuvana muutoksena (Narumo 2006, 13). Kuntoutusprosessin aikana kuntoutuja oppii tuntemaan ja uskomaan itseensä sekä kykenee auttamaan, rakastamaan ja arvostamaan sekä itseään että muita. Lisäksi hän löytää voimavaroja, jonka avulla hän kykenee kasvattamaan itseluottamustaan. Kuntoutuja kykenee tuntemaan itsensä tarpeelliseksi, hyödylliseksi ja tuottavaksi henkilöksi yhteiskunnassa. Kuntoutusprosessin aikana myös kuntoutujan vuorovaikutuksessa tapahtuu muutos, joka ilmenee kykynä nauttia elämästä, vastuun ottamisena, henkilökohtaisena vapautena, turvallisuuden tunteena ja toiveikkuutena sekä yhteyden hakemisena toisiin ihmisiin. (Koskisuus 2004, 68.)

Koskisuus (2004, 72–79) on nostanut esille amerikkalaisten psykologien Youngin ja Ensingin (1999) tutkimuksen, jonka mukaan kuntoutumisprosessi jaetaan kuntoutujan näkökulmasta kolmeen vaiheeseen. Vaiheilla on ajallinen järjestys, joissa eri teemat painottuvat eri tavalla. Ensimmäisessä vaiheessa korostuu jäməhtäneisyys. Jäməhtäneisyys kuvaa tilaa, jossa tuntuu, että mikään ei etene tai muutu. Tässä vaiheessa muutosprosessia tapahtuu usein herätys, jonka aikana vaikeimpana tehtävänä on sairauden ymmärtäminen ja hyväksyminen. Muutosprosessin toisessa vaiheessa kuntoutuja on kutakuinkin hyväksynyt tapahtuneen. Toisessa vaiheessa pyritään hankkimaan takaisin menetetty ja siirtymään eteenpäin. Toinen vaihe pitää sisällään kolme alavaihetta. Ensimmäiseen alavaiheeseen kuuluu oman tahdon löytäminen, jossa merkityksellisintä on kuntoutujan omien asenteiden muuttaminen sekä vastuunottaminen itsestään. Toisessa alavaiheessa opitaan ottamaan kuntoutus oppimisprosessina sekä muuttamaan käsityksiä omasta sairaudestaan. Samalla kuntoutujalla on mahdollisuus havaita uusia puolia itsestään. Kolmannessa alavaiheessa kuntoutuja pyrkii palauttamaan toimintakykynsä. Vaihe koostuu kolmesta ulottuvuudesta, jotka ovat ihmissuhteet (yhteyksien ylläpitämistä perheeseen ja ystäviin) itsestään huolehtiminen (huolehtiminen perustarpeistaan) sekä aktiivisuus (mielekästä tekemistä kodin ulkopuolella, lähiympäristössä). Muutosprosessin kolmannessa vaiheessa kuntoutuja pyrkii elämänlaadun parantamiseen. Tarkoituksena on suuntautua kohti omaa elämää pyrkimällä rakentamaan se uudelleen. Keskeisintä ovat uuden oppiminen, halu mielekkääseen ja järkevämpään tekemiseen sekä perustoiminnoista ja arjesta huolehtiminen.

3 RYHMÄT KUNTOUTUKSEN TUKENA

Psykiatriseen kuntoutukseen kuuluu ryhmätoiminta, jonka tavoitteena on lisätä kuntoutujan sosiaalisia taitoja (Iija 1999, 134). Kuntoutuksessa ryhmiä käytetään eri hoidon ja kuntoutuksen vaiheissa, ja niiden tarkoitus on toimia tavoitteellisesti. Ryhmät tukevat kuntoutujien elämänhallintaa sekä elämässä selviytymisen voimavaroja. Ryhmät lisäävät myös kuntoutujan reflektiivisyyttä eli itsetuntemusta antaen mahdollisuuden tutustua itseensä uudella tavalla. Ryhmissä kuntoutujan on mahdollista huomioda omaa tapaansa suhtautua muihin sekä muiden suhtautumista itseensä. Itsensä vapaasti ilmaisun kannalta on tärkeää, että ryhmän ilmapiiri on hyväksyvä ja luottamuksellinen. Tällöin kuntoutuja voi kokea ryhmässä itsensä tärkeäksi ja merkitykselliseksi myös muille. (Noppari ym. 2007, 195.)

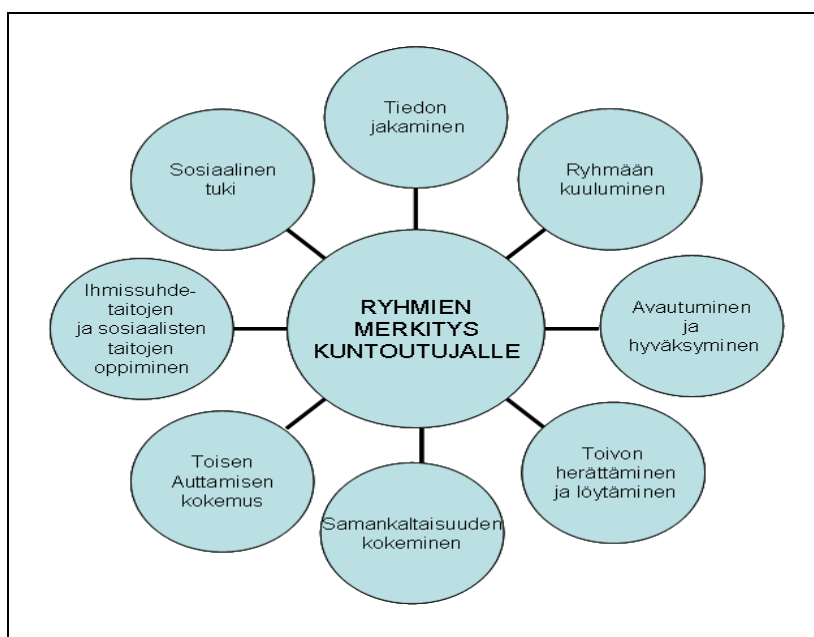
Ryhmät voidaan jakaa keskustelu- sekä toiminnallisiin ryhmiin (Noppari ym. 2007, 196). Toimintaryhmissä korostuvat yhdessä tekeminen ja oleminen (Punkanen 2001, 71). Yhdessä tekeminen ja kokeminen voivat sopia paremmin osalle mielenterveyskuntoutujista kuin keskusteleminen (Vilen ym. 2002, 218). Toiminnallisia ryhmiä ovat esimerkiksi keittiöryhmät, joihin kuuluvat osaksi suunnitelmallisuus. Tällaiseen toimintaan liittyy usein myös oheistoimintaa kuten kaupassa käyntiä, jälkien siivoamista sekä yhdessä omien tuotosten nauttimista. (Punkanen 2001, 71.) Lisäksi toiminnallinen ryhmä kuten jalkapallon pelaaminen voi olla palkitsevaa erityisesti mielenterveyskuntoutujalle, sillä ryhmä voi herättää keskustelua tuoden esille uusia näkemyksiä ja ajatuksia (Vilen ym. 2005, 71). Toimintaryhmiä voivat olla myös muun muassa ompeluryhmät, teatteri- tai elokuvaryhmät, retkiryhmät sekä kaikki vapaa-ajan viettoon liittyvät ryhmät (Punkanen 2001, 71).

Kuntoutujakeskeisessä ajatusmallissa korostetaan yksilöllisyyttä, itsenäisyyttä sekä aktiivisuutta. Kuntoutujaa pidetään toiminnan subjektina, jolla on aktiivinen rooli. Tämä pätee myös ryhmätoiminnassa. Ryhmien tavoitteiden asettamisen kannalta on tärkeää, että kuntoutuja kokee muutokset realistisiksi sekä saavu-

tettaviksi, jotta hän kykenee motivoitumaan toimintaan ryhmässä sekä omassa elämässään. Kuntoutujalla tulee myös olla riittävästi luottamusta itseensä ja omiin kykyihin. Tavoitteiden tulee olla aidosti merkityksellisiä, ja niiden saavuttamiseen tulee antaa tarpeeksi aikaa ja tukea. Hyvä tapa asettaa tavoitteita on lähteä liikkeelle käytännöllisistä tavoitteista, sillä niitä on helpompi arvioida. Toiminnalliset ryhmät kuten esimerkiksi ruuanvalmistusryhmät tarjoavat hyvät mahdollisuudet konkreettisten tavoitteiden laatimiseen sekä niiden arvioimiseen. Tavoitteiden asettamisessa voidaan lähteä hyvin pienistä asioista liikkeelle kuten saapumisesta ajoissa paikalle. Pienetkin tavoitteet ovat tärkeitä kuntoutujalle, sillä ne antavat hänelle onnistumisen kokemuksia ja mielihyvää. Parhaimmillaan positiivisen palautteen saaminen ja antaminen toimivat osana yhteistä toimintaa sekä antavat kuntoutujalle monipuolisen mahdollisuuden oppia arjessa selviytymiseen liittyviä perusasioita. (Noppari ym. 2007, 196–197.)

3.1 Ryhmien merkitys mielenterveyskuntoutujalle

Ryhmätoiminta pitää sisällään useita mielenterveyskuntoutujalle merkittäviä kuntoutusta edistäviä tekijöitä (Kuvio 1).



KUVIO 1. Ryhmien merkitys mielenterveyskuntoutujalle Mukailtu (Vilen, Lepämäki & Ekström 2005, 202–204.)

Kuviosta 1 ilmenee, että ryhmissä kuntoutujat voivat jakaa keskenään tietoa, sillä jokainen ryhmän jäsen tuo ryhmään oman asiantuntijuutensa, joka muodostuu omasta kokemuksesta sekä muuten hankitusta tiedosta. Lisäksi ryhmät tarjoavat mahdollisuuden kuulua johonkin ryhmään, jossa välitetään ja huolehditaan toisista. Usein mielenterveyskuntoutujan luonnolliset sosiaaliset suhteet eivät luo kokemusta voimaatumisesta, joten erityisesti kuntoutujalle on tärkeää tulla kuulluksi sekä jakaa kokemuksia erilaisissa ryhmissä. (Vilen ym. 2005, 202–203.)

Ryhmissä mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus avautua omista asioistaan ja saada hyväksyntää. Turvallisessa ryhmätilanteessa kuntoutuja voi vapautua ilmaisemaan sellaisia asioita, joita hän ei muuten uskaltaisi kertoa. Muiden ryhmän jäsenten hyväksyntä ja ymmärrys voivat vapauttaa syyllisyydestä ja häpeästä. Ryhmät voivat myös herättää kuntoutujassa toivoa. Vertaistukiryhmissä kuntoutujat ovat usein eri vaiheissa toipumisen ja kuntoutuksen suhteen. Muiden kokemukset asioiden etenemisestä ja ongelmien voitettavuudesta luovat toivoa muihin ryhmän jäseniin. Lisäksi ryhmät antavat kuntoutujalle tunteen samankaltaisuuden kokemisesta. Usein jokaisen ryhmän jäsenellä on samanlainen ongelma tai tavoite, joka synnyttää ryhmään normaaliuden tunteen. Kuntoutuja kokee, että on muitakin jotka yrittävät selviytyä saman asian kanssa, jolloin hän huomaa asian jopa kuuluvan omaan elämänvaiheeseen. Näin kuntoutuja voi kokea tulevansa helpommin ymmärretyksi, kun ympärillä on ihmisiä, joita kaikkia kiinnostaa sama asia. (Vilen ym. 2005, 203.)

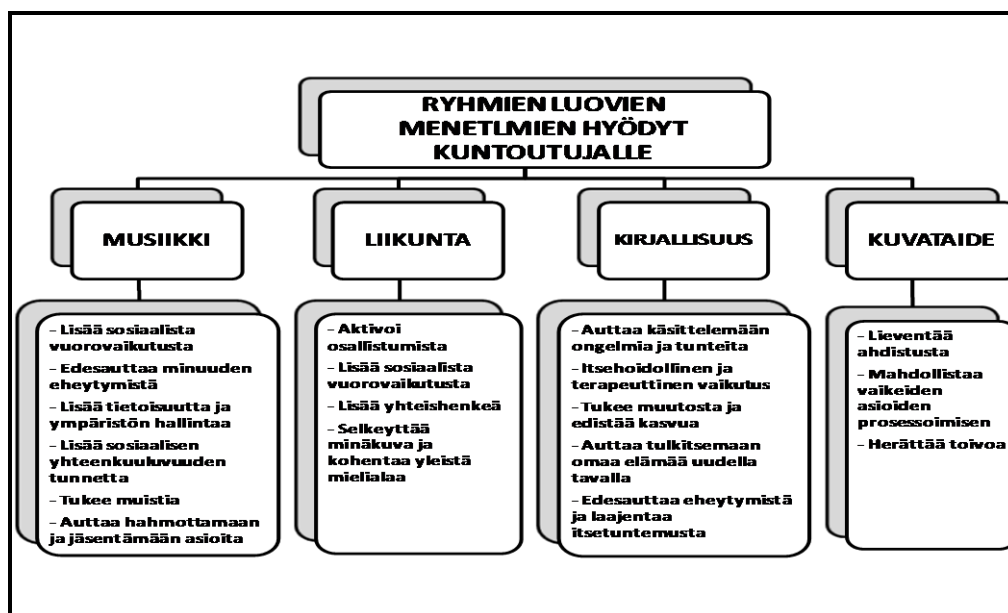
Ryhmässä mielenterveyskuntoutuja voi auttaa toista ryhmän jäsentä tilanteessa, jossa toinen kamppailee vielä ongelmansa kanssa akuutimmassa vaiheessa. Toisen auttamisen kokemuksen myötä kuntoutujan itsetunto voi kohota. Toisen auttaminen muuttaa autettavan auttajaksi ja voi hetkellisesti edistää tunnetta elämänhallinnasta. Ryhmät opettavat myös ihmissuhde- ja sosiaalisia taitoja. Ryhmä mahdollistaa kuntoutujan peilaamaan näkemyksiään itsestään sekä vuorovaikutustaidoistaan. Kuntoutuja voi oppia muilta, miten muut kokevat hänen tapansa toimia. Lisäksi ryhmät antavat sosiaalista tukea. Ryhmän kiinteytyminen sekä kannustava ilmapiiri voivat edesauttaa muutosta. Tieto ryhmän olemas-

saolosta sekä seuraavasta tapaamisesta saattavat kannustaa kuntoutujaa arjessa. (Vilen ym. 2005, 204.)

3.2 Ryhmien luovat menetelmät kuntoutuksen välineenä

Ryhmien toiminnallisiin menetelmiin luetaan luovat menetelmät. Ryhmätoiminnan tarjoamat toiminnalliset luovat menetelmät voivat olla mielenterveyskuntoutujalle merkittävä voiman ja elämänilon antaja. Niiden kautta kuntoutujalla on mahdollista käydä läpi omaa elämäänsä sekä tunnistaa ja ilmaista tunteitaan. Luovat menetelmät toimivat ilmaisun, vuorovaikutuksen ja sosiaalisen yhdessäolon välineinä. (Noppari ym. 2007, 214.) Yhteistä niillä on tekeminen sekä itseilmaisuus muun kuin puheen avulla (Punkanen 2001, 86). Kaikki aistit kuten näkö, kuulo ja tunto ovat apuna, kun kuntoutuja tavoittelee omia kokemuksiaan ja tunteitaan (Noppari ym. 2007, 214).

Luovien menetelmien käyttämistä ryhmissä voidaan kuvata luovaksi terapiaksi, taideterapiaksi tai luovuusterapiaksi. Luovaterapia- nimike voidaan jakaa musiikki- liikunta- kirjallisuus- ja kuvataideterapiaan. (Punkanen 2001, 86.) Taideterapiaa käyttävän henkilön tulee olla koulutettu, mutta luovia menetelmiä voi käyttää hyödykseen muukin psykiatrinen henkilöstö mielenterveyskuntoutujan hoidossa ilman, että ne ovat varsinaista taideterapiaa (Noppari ym. 2007, 214; Punkanen 2001, 86). Luovia menetelmiä voidaan käyttää täydentämään kuntoutusta, mutta silloin ei ole kyse varsinaisesti taideterapiasta, vaan taideterapien menetelmien soveltavasta käytöstä. Keskeistä ei ole eri teorioiden hallinta vaan oman persoonan käyttäminen niin, että jokaisen kuntoutujan erityistarpeet huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Vapaamuotoinen luovien menetelmien soveltaminen ryhmissä voi toimia terapeuttisesti kuntoutujan kokonaishoidon tukena toiminnallisuuden välineenä. (Lehtonen 1996, 12–14; Punkanen 2001, 86–87.) Kuviosta 2 ilmenee ryhmien luovien menetelmien hyötyjä mielenterveyskuntoutujalle.



KUVIO 2. Ryhmien luovien menetelmien hyödyt mielenterveyskuntoutujalle. Mukailtu (Punkanen 2001, 86–87; Noppari ym. 2007, 214; Vilen ym. 2005; 220–222, 264–270; Lehtonen 1996, 11–12.)

3.2.1 Musiikki ja liikunta

Viime vuosikymmenien aikana musiikkitoiminta on hakenut mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla erityisesti mielenterveystyössä (Vilen ym. 2005, 219). Musiikin kuuntelu ja sen jälkeen keskustelu omista tuntemuksista ryhmässä voi toimia mielenterveyskuntoutujalle kuntouttavana menetelmänä. Musiikin tavoite on saada aikaan muutoksia kuntoutujan tunteissa, kehossa, aisteissa, ajatuksissa, toiminnassa ja käyttäytymisessä. (Punkanen 2001, 86.) Musiikin käyttäminen ryhmissä voi edistää kuntoutujan inhimillistä kasvua, minuuden eheytymistä sekä lisätä tietoisuuden ja ympäristön hallintaa. (Lehtonen 1996, 11–12.) Musiikki voi toimia ryhmissä myös vuorovaikutusta aktivoivana tekijänä sekä tunteiden ja kokemusten tulkkina. Ryhmissä musiikkia voidaan laulaa, soittaa, esittää, tanssia, kuunnella, tulkita sekä analysoida. (Noppari ym. 2007, 216.)

Musiikki voi olla ryhmissä taustatekijä tai virkistyskeino. Musiikin on todettu lieventävän kipua sekä vaikuttavan immunitetisysteemeihin. Musiikin kautta kun-

toutuja voi viestittää tuntemuksia, kokemuksia sekä syvempiä sisäisiä tunteita. Musiikilla on myös ihmisiä yhdistävä vaikutus. Se luo sosiaalista yhteenkuuluvuuden tunnetta. Musiikin avulla voidaan tukea kuntoutujan muistia sekä asioiden hahmottamista ja jäsentämistä. Lisäksi musiikin kautta on mahdollista käsitellä omaa sisäistä tunne-elämää sekä välittää niitä myös muille. Se voi toimia transferenssikohteena ihmisen tavalla, jolloin se voi toimia turvallisena kohteena purkaa sisäistä tunne-elämää. (Vilen ym. 2005, 221–222.)

Liikkuminen ja liike voidaan katsoa olevan kaikille ihmisille tärkeitä perustarpeita (Vilen ym. 2005, 266). Erityisen tärkeää se on etenkin mielenterveyskuntoutujalle. Yleensä liikkuminen kuuluukin jokaisen kuntoutujan kokonaishoitosuunnitelmaan. Kaikenlainen liikkuminen on hyväksi, ja samalla se aktivoi kuntoutujan osallistumista. Liikuntaryhmien tarkoituksena on keskittyä mielenterveyskuntoutujan kehonkuvaan sekä liikunnalliseen itseilmaisuun. (Punkanen 2001, 86.) Kuntoutuksessa liikuntaryhmät voivat toimia sosioemotionaalisen elämän tukena. Ryhmässä toimiminen liikkumalla voi tarjota kuntoutujalle paljon sosiaalista vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksellisuus korostuu yhdessä tekemisen ja yhteisen rytmin löytämisen kautta. Yhdessä tekeminen voi monille kuntoutujille olla helpompaa kuin yhdessä keskusteleminen. Liikunnallisissa leikeissä korostuu vuorovaikutus uudenlaisten roolien harjoitteluina. Myös tunteita ja ajatuksia voidaan viestittää liikkumisella ja kehon eri asennoilla. Sanattomat vuorovaikutustilanteet voivat synnyttää yhteishenkeä. (Vilen ym. 2005, 269–270.)

3.2.2 Kirjallisuus ja kuvataide

Mielenterveyskuntoutuksessa käytetään usein kuntoutusmenetelmänä kirjallisuutta (Vilen ym. 2005, 262). Mielenterveyskuntoutujalle kirjojen ja runojen lukemisella ja kirjoittamisella voi olla itsehoidollinen ja terapeuttinen vaikutus. Ne voivat tukea kuntoutujan muutosta ja edistää kasvua sekä auttaa tulkitsemaan omaa elämää uudella tavalla. (Noppari ym. 2007, 214.) Kirjallisuus voi auttaa käsittelemään ongelmia ja tunteita kirjoitetun tekstin kautta, sillä niissä käsitellään samoja asioita, jotka ahdistavat kaikkia ihmisiä kuten rakkautta ja vihaa,

läheisyyttä ja riippuvuutta, voimaa ja heikkoutta, iloja ja suruja jne. Itse tuottaman tekstin kautta kuntoutujalla on mahdollisuus jäsentää elämäänsä, kokemuksiaan ja ristiriitojaan uudella tavalla sekä saada niihin helpotusta. (Punkanen 2001, 86.) Kirjallisuusryhmät voivat myös konkreettisesti auttaa kuntoutujaa tiedollisten ongelmien ratkaisussa, auttaa eheytymistä sekä laajentaa hänen itsetuntemustaan (Vilen ym. 2005, 264).

Kuvallista luovaa toimintaa ja itseilmaisua liittyviä eri muotoja pidetään voimavarana mielenterveystyössä (Noppari ym. 2007, 218). Kuvallisen ilmaisun avulla pyritään löytämään kuntoutujan luovuus, selviytymisen mahdollisuuksia, herättämään toivoa ja lievittämään hänen ahdistustaan. Kuntoutujan vireystila nousee hänen keskittyttyä tekemiseen ja muut asiat unohtuvat. Kuvataideryhmissä kuntoutuja voi käsitellä myös vaikeita asioita sekä antaa niille uusia muotoja. Kuvataideryhmien avulla kuntoutujalla on mahdollisuus kertoa itsestään maalamalla, piirtämällä, muovailemalla sekä rakentamalla. (Punkanen 2001, 87.) Luova kuvallinen ilmaisu voi edistää kuntoutujan itsetuntemusta, eläytymiskykyä, empatiaa ja tunteiden moninaisuuden ymmärtämistä (Noppari ym. 2007, 218). Kuva toimii erinomaisen hyvin mielenterveyskuntoutujan sosiaalisen kanssakäymisen välineenä, sillä hänen verbaalinen vuorovaikuttaminen voi olla heikkoa. Kuvaa apuna käyttäen voi masentunut tai psykoosista kärsivä kuntoutuja löytää parhaan keinon ilmaista sisäistä maailmaansa sekä itselleen että muille. Kuvataiteen avulla kuntoutuja voi työstää omaa persoonaansa. (Vilen ym. 2005, 236, 242.)

Kuvataideryhmissä voidaan hyödyntää myös valokuvia, elokuvia ja videoita (Punkanen 2001, 87). Kuvat voivat olla omia valokuvia tai muualta otettuja kuvia. Valokuvia voi myös lähteä kuvamaan itse ja yhdessä muiden kanssa. Jotkut kokevat itse ottamien kuvien tekemisen terapeuttiseksi. Kuvan terapeuttista vaikutusta voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Hahmoterapeuttinen näkökulma korostaa kuvan kasvattavaa vaikutusta. Psykodynaaminen painottaa puolestaan kuvan merkitystä tiedostamattomana lähteenä. Kaikki näkökulmat voivat olla oikeita ja tuloksellisia. Tärkeintä on tavoite, johon kuntoutujan kanssa tähdätään. (Vilen ym. 2005, 238.)

Kuvataiteeseen voidaan lukea myös elokuvat. Elokuvaa voidaan pitää työkaluna mielenterveyskuntoutujien välisessä vuorovaikutuksessa, sillä se muistuttaa näkö- ja kuuloaistien avulla todellista, oikeaa ja aitoa elämää. Kuntoutuksessa elokuvia voi käyttää analyyttisesti eli oivallusta tuottavana keinona tai supportiivisesti eli tukea antavana välineenä. Analyyttisen keinon periaate on, että elokuvan jälkeen läpikäydään elokuvan herättämiä tunteita ja kokemuksia. Supportiivinen keino perustuu positiivisuuteen ja elämänmyönteisyyteen. Se pyrkii antamaan asioille ja arvoille sisältöä. (Mäkipää 1996, 5, 15–18.) Elokuvan katseleminen yhdessä kuntoutujan kanssa on vuorovaikutuksellinen tapahtuma, joka palvelee monenlaisia tavoitteita. Siihen sisältyy yhdessäoloa, viihdykettä, taidenautintoa ja tietoa. Samalla on mahdollisuus saada parantavia merkityskokemuksia. Erityisesti mielenterveyskuntoutujalla, jolla voi olla vaikeaa ilmaista itseään muilla tavoilla, voi elokuva toimia vuorovaikutuksen välineenä. (Vilen ym. 2005, 250–251.)

4 VOIMAANTUMINEN

Mielenterveyskuntoutukseen liittyy käsitys, jonka mukaan terveys on kuntoutujan sisäistä voimaantumista (Noppari ym. 2007, 138). Voimaa voidaan tarkastella henkisen hyvinvoinnin näkökulmasta, jolla tarkoitetaan myönteistä kokemusta omasta elämästä. Se pitää sisällään rakentavan asenteen elämän suhteen, itsensä hyväksymisen omine puutteineen ja vahvuuksineen sekä kyvyn selviytyä epävarmoista ja kohtuullisista vastoinkäymisistä voimavaroja käyttämällä. (Räsänen 2006, 90.) Mielenterveyskuntoutuksen lähtökohtana on asettaa kuntoutujan tavoitteeksi elämänhallinta ja voimaantuminen. Elämänhallinta ja voimaantuminen mahdollistuvat vain, jos asiakaslähtöisyys on selkeästi mukana kuntoutuksessa. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 36.)

4.1 Voimaantumisen määritelmä ja voimaantumista tukevia tekijöitä

Englanninkielinen "empowerment" on hyvin moniulotteinen ja monitarkoituksellinen käsite, jonka useat eri tieteenalan toimijat ovat määritelleet (Räsänen 2006, 90 Siitonen 1999, 83). Empowerment käsitteestä voidaan käyttää suomenkielisiä sanoja kuten valtuuttaminen, mahdollistaminen, kyky vaikuttaa omaan elämään, toimintakykyisyyden lisääminen, valtaistuminen tai voimaantuminen (Siitonen 1999, 83). Räsänen (2006, 75, 77, 80) mukaan on tärkeää erottaa toisistaan käsitteet voimaantuminen ja valtaistaminen. Hänen mukaansa voimaantumisella tarkoitetaan sisäistä voiman tunnetta omista mahdollisuuksista ja niiden toteuttamisesta. Valtaistamisella puolestaan viitataan ihmisen täysivaltaiseen osallistumiseen kaikilla elämän alueilla. Voidaan sanoa, että ihminen tarvitsee valtaistumista tullakseen voimaantuneeksi eli ihmisellä tulee olla valtaa itseensä sekä elämän olosuhteiden määrittelyyn. Kyseessä on ihmisen autonomian toteutuminen.

Adams (2003, 8) määrittelee voimaantumisen keinoiksi, joilla yksilöt, ryhmät ja yhteisöt kykenevät ottamaan vastuun omista olosuhteistaan ja elämästään sekä

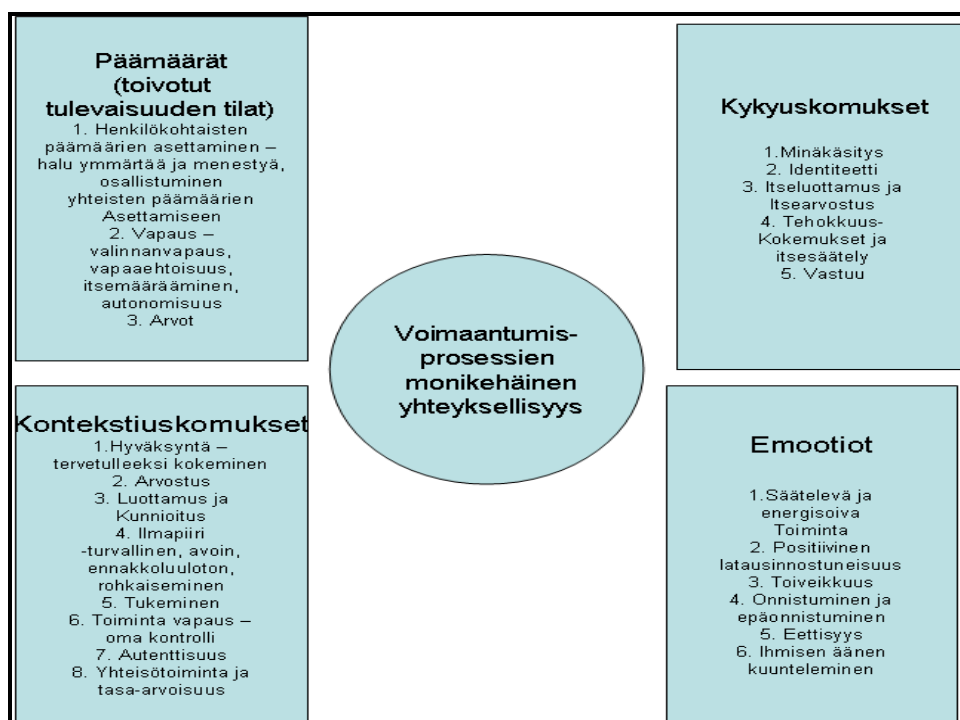
saavuttamaan tavoitteensa. Näin heillä on mahdollisuus auttaa itseään ja toisiaan sekä maksimoida elämänlaatuaan. Fettermanin (1996, 4) mukaan puolestaan voidaan puhua voimaantumista, jos se auttaa ihmistä kehittämään taitojaan niin, että hänellä on mahdollisuus itsenäisesti ratkaista ongelmiaan sekä päättää omista asioistaan. Hän määrittelee voimaantumisprosessin ihmisen yritykseksi saavuttaa kontrolli omaan elämään. Siitosen (1999, 93, 121, 161) ja Räsäsen mukaan (2006, 99) voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, joka lähtee ihmisestä itsestään. Heidän mukaansa kukaan ei pysty voimaannuttamaan toista ihmistä vaan ihmisen tulee voimaannuttaa itse itsensä. He pitävät kuitenkin sosiaalista vuorovaikutuksellista tukea välttämättömänä tekijänä voimaantumisprosessissa. Lisäksi he korostavat ihmisen itsemääräämisoikeuden saavuttamisen tärkeyttä, jotta ihmisen on mahdollista synnyttää valaistumisen ja vapautumisen tunne. Siitosen (1999, 162) mukaan itsestään lähtevä voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin.

Fettermanin (1996, 5-6) mukaan voimaantumisprosessin tarkoituksena on, että ihminen oppii jatkuvasti arvioimaan omaa edistymistään. Omien yksilöllisten tavoitteiden, suunnitelmien ja strategioiden arvioiminen ja muokkaaminen ovat keskeisessä asemassa voimaantumisprosessissa. Hän korostaa myös ryhmien merkitystä voimaantumisen mahdollistajana. Hänen mukaansa ryhmät edistävät ja tukevat ihmisen voimaantumista. Myös Wilson (1995, 82) korostaa ryhmien merkitystä voimaantumisprosessissa. Hänen mukaansa varsinkin vertaistukiryhmät antavat ihmisille mahdollisuuden jakaa samanlaisia kokemuksia ja ainutlaatuista keskinäistä tukea. Myös käytännön tietojen ja selviytymiskeinojen jakaminen ovat osa vertaistukiryhmien hyötyjä, jolloin ihmisen on mahdollista saada voimaantumisen tunteita.

Räsäsen (2006, 95, 99, 267–268) mukaan voimaantumisen lähtökohtana ovat havahtuminen ja valtaistuminen. Havahtumista voi seurata tietoisuuden syveneminen, oivallus, joka mahdollistaa lisävalon syntymisen tilanteeseen, jonka on aikaisemmin nähty vain tietyllä tavalla. Näkökulman uusiutuessa herää toivo, herkkyys, uteliaisuus ja ihmettely. Havahtuminen synnyttää intoa ja energiaa, joka voi johtaa muutostarpeeseen. Voimaantumiskeinojen valintaa liittyy oppi-

misen vaatimus. Voimaantumiskeinojen lähtökohtana on, että ihmisen omat tiedot, taidot, tunteet ja tahto ilmentävät todellisuutta. Voimaatuneisuus pitää sisällään kontrollin omasta elämästä, luottamuksen omiin kykyihin toimia itselleen tärkeissä asioissa, kyvyn tunnistaa ja kehittää toimintatapoja, tietoisuutta ja mahdollisuutta valintoihin sekä riippumattomuutta muista ihmisistä päätöksenteossa ja toiminnassa. Hyvinvoinnin mahdollistavaan yhteisöön sisältyy hyväksyvä, avoin, toista kunnioittava, tukeva, arvosta ja turvallinen ilmapiiri. Tämänlaista yhteisöä kuvaa myös toiminnanvapaus, luovuuteen kannustaminen, uusien ajatusten esittäminen, erilaisuus ja jokaisen ihmisen oman elämäntilanteen arvostaminen.

Siitosen (1999, 157–158) mukaan ihminen päättää itse omista päämääristään myös voimaantumisen suhteen. Voimaatuminen lähtee ihmisestä itsestään, mutta hänen tulee uskoa omiin kykyihinsä saavuttaakseen päämääränsä. Siitonen jaottelee voimaantumisen osaprosessit Martin Fordin motivoivien järjestelmien teoriasta sovellettuun kehikkoon, jossa ihminen jäsentää voimaatumistaan omien uskomusten, kontekstiuskomusten, päämäärien, kykyuskomusten sekä emootioiden kautta (kuvio 3).



KUVIO 3. Voimaantumisprosessien moniulotteinen yhteys (Siitonen 1999:158).

Siitosen mukaan (1999 113–115, 152, 158, 162) voimaantumisprosessin lähtökohdat liittyvät ihmisen päätökseen pyrkiä kohti päämääränsä, jolloin hän arvioi yhteisön (toimintaympäristö) ja kontekstin (kontekstiuskomukset) antamat mahdollisuudet saavuttaa asetetut päämäärät. Samalla hän arvioi omia valmiuksiaan sekä kykyjään saavuttaa aiottu päämäärä (kykyuskomukset). Emootiot antavat vihjeitä hyväksytyksi tulemisesta, ilmapiirin turvallisuudesta sekä muiden suhtautumistavasta. Emootioilla on päämäärän ja mahdollisen muutoksen suhteen voimaannuttava ja säätelevä merkitys. Muutokseen pyrkivä ihminen on herkkä vastaanottamaan tunneviestejä, joiden pohjalta hän tekee päätöksen päämäärää kohti jatkamisen tai hylkäämisen suhteen. Jos ihminen ei koe hyväksytyksi tulemista uuden ajatuksen tai muutoksen suhteen, saattaa hän luopua päämäärästään. Tämän takia kontekstiuskomuksella on suuri vaikutus yksittäiselle ihmiselle ja koko yhteisölle. Voimaantumista kuvaa muun muassa henkilökohtaisten päämäärien asettaminen, osallistuminen, valinnan- ja toiminnanvapaus, itsemäärääminen, luottamus, arvostus, kunnioitus, sosiaalisuus, vastuullisuus, oman roolin löytäminen, turvallisuus, kannustaminen, myönteisyys ja onnistuminen. (Kuvio 3)

4.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki voidaan määritellä olevan ihmisten, lähiyhteisöjen ja julkisten järjestelmien välistä toimintaa, jolla pyritään muuttamaan ihmisten elämän todellisuutta (Kinnunen 1999, 102). Kumpusalon (1991, 14–15) mukaan sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa annetaan ja saadaan henkistä, emotionaalista, tiedollista, toiminnallista sekä aineellista tukea. Nämä tuen muodot voidaan jaotella tuen määrään ja laadun mukaan sekä tuen subjektiiviseen ja objektiiviseen luonteeseen. Sosiaalisen tuen laatu on pääosin subjektiivista arviointia. Tuen määrää voidaan puolestaan mitata esimerkiksi rahassa tai lääkkeiden määrässä. Lisäksi sosiaalinen tuki voi olla suoraa henkilöltä toiselle annettavaa tai epäsuoraa järjestelmän kautta annettua tukea. Pieniyhteisöissä kuten hoitoyhteisöissä vuorovaikutus on suoraa ja tuki persoonallista.

Sosiaalisen tuen saamiseen vaikuttavat avun tarvitsijan ikä, tausta, kehitys- ja koulutustaso sekä persoonallisuus. Sosiaalisen tuen vaikuttavuudelle ja tehokkuudelle puolestaan on edellytyksenä oikea ajoitus. Tukea tulisi saada silloin, kun omat voimavarat ovat heikot ja kun tukea todella tarvitaan. Heikkolaatuisella, väärinmitoitettulla ja ennenaikaisella tuella voi olla jopa haittavaikutuksia. Esimerkiksi mielenterveyskuntoutujaan se vaikuttaa negatiivisesti lisäämällä passiivisuutta ja vähentämällä omatoimisuutta, aiheuttaa riippuvuutta sosiaalisen tuen antajiin, vähentää itseluottamusta, pakottaa sairaan rooliin sekä aiheuttaa häpeän ja syyllisyyden tunteita. (Kumpusalon 1991, 16–17, 21.)

Selviytymisen (coping) käsite kuvaa ihmisen selviytymistä, sopeutumista ja kestämistä elämän vastoinkäymisten edessä. Sosiaalinen tuki voidaan nähdä coping-strategiana eli käsittelytapana, jonka avulla ihmiset selviytyvät stressistä ja sitä aiheuttavista ongelmatilanteista. Sosiaalisen tuen avulla pyritään muuttamaan stressiä aiheuttavaa tilannetta, vaikuttamaan tilanteen tuomaan stressiin sekä stressin aiheuttamaan tunteeseen. (Kumpusalo 1991, 10). Saarenheimon ja Suutaman (2006, 465–466) mukaan tutkimukset osoittavat ihmisten selviävän stressaavista tilanteista paremmin riittävän sosiaalisen tuen avulla. Usein naiset hakevat miehiä enemmän sosiaalista tukea. Näyttäisi myös, että sukupuolten välillä on eroavaisuuksia siitä, minkälainen sosiaalinen tuki on tehokkainta. Eri-tyisesti emotionaalinen tuki näyttäisi auttavan enemmän naisia ja puolestaan sosiaalinen toveruus miehiä.

Mielenterveyskuntoutujan yksi suurimmista ongelmista on yksinäisyys (Toivio & Nordling 2009, 281). Mielenterveyskuntoutujalla on tavallisesti taipumusta eristäytyä, joka johtaa sosiaalisten suhteiden vähyyteen. Sosiaalinen tuki nähdään tärkeänä voimavarana kuntoutumisen kannalta. (Suvikas ym. 2009. 262; Vuorinen 2002, 8.) Hoitoyhteisössä kuntoutujan on mahdollista saada turvaa ja arvostuksen tunteita. Sosiaalisen tuella nähdään olevan positiivisia vaikutuksia kuntoutujan fyysiseen, sosiaaliseen sekä emotionaaliseen toipumiseen. Sosiaalisen tuen saaminen voi vähentää kuntoutujan lääkkeiden tarvetta sekä nopeuttaa oireiden häviämistä. Riittävä sosiaalinen tuki auttaa kuntoutujaa hoito-ohjeiden noudattamisessa, tukee omatoimisuutta sekä kannustaa positiiviseen

terveyteen. (Kumpusalo 1991, 14.) Lisäksi sosiaalinen tuki edistää mielenterveyskuntoutujan stressinhallinta menetelmiä sekä auttaa häntä muuttamaan käyttäytymistään terveellisempään suuntaan tarjoamalla uusia terveyden malleja. Kuntoutujan riskikäyttäytyminen vähenee ja sitä kautta lisää hänen itsearvostustaan, auttaa huolehtimaan itsestään ja kannustaa häntä jatkamaan kuntoutustaan. (Hyypä, 1997, 130.)

4.2.1 Emotionaalinen, tiedollinen ja toiminnallinen tuki

Kumpusalon (1999, 14) mukaan emotionaalinen tuki voidaan katsoa olevan empatiaa, rakkautta tai kannustusta. Saarenheimon ja Suutaman (2006, 465) mukaan emotionaalinen tuki tarkoittaa tukea, joka ilmaisee henkilön tunteita muita kohtaan sekä myötätunnon saamista muilta. Siihen ei välttämättä liity neuvojen antaminen tai pyytäminen. Se voi olla myös ongelmaan suuntautumista tai informatiivista tukea, jossa haetaan ja saadaan apua muilta ihmisiltä. Toiminnallinen tuki voi puolestaan muodostua palvelusta, kuljetuksesta tai kuntoutuksesta (Kumpusalo 1999, 14).

Tiedollinen tuki käsittää neuvoja, opastusta, opetusta tai harjoitusta (Kumpusalo 1999, 15). Mielenterveyskuntoutuksessa korostuu tiedollisen tuen antamisen ja saamisen merkitys. Tietoa tulisi antaa kuntoutujalle sairauden luonteesta, hoidosta, sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä, ennusteesta, sosiaalisista oikeuksista ja sairauden vaikutuksesta toimintakykyyn. Mielenterveyskuntoutujan saadessa tietoa omasta tilanteestaan, auttaa se häntä tunnistamaan sairautensa oireita. Näin kuntoutuja saa itse mahdollisuuden vaikuttaa elämäänsä, jolloin hänen elämänhallinnan tunteensa vahvistuu. (Noppari ym. 2007, 182, 189–190.) Henkilökunnan antaman tiedollisen tuen lisäksi mielenterveyskuntoutuksessa korostetaan vertaisten keskinäistä tiedon jakoa. Vertaisten keskinäinen tiedollinen tuki edistää kuntoutujan hyvinvointia, sillä tiedon avulla kuntoutuja voi oppia vertaiseltaan, miten hän on selviytynyt jonkin ongelman tai asian kanssa. (Vuorinen 2002, 9; Vilen 2005, 204.)

4.2.2 Vertaistuki ja oma-apuryhmät

Vertaisuuden kokemuksella voidaan tarkoittaa, että ollaan vertaisia jonkin yhteiseksi koetun asian suhteen (Hokkanen 2003, 254). Vertaisuus-käsite perustuu tasa-arvoisuuteen ja se voidaan nähdä samoja asioita kokeneiden ihmisten kokemukseen perustuvana asiantuntijuutena, jota ei voi olla kenelläkään muulla (Laimion ja Karellin 2010, 13). Suomessa vertaistuki vakiintui Sosiaali- ja terveysalan toimintamuodoksi 1990-luvun puolivälissä (Hyväri 2005, 214). Vertaistuki pitää sisällään moniulotteisen toimintamuodon, joka voidaan määritellä usealla eri tavalla (Laimio & Karnell 2010, 12) Hyvärin (2005, 214) mukaan vertaistuki voidaan määritellä olevan kohdattujen vaikeuksien kuten sairastumisen, menetyksen ja vaativien elämäntilanteiden keskinäistä jakamista. Stakes (2006) puolestaan määrittelee vertaistuen seuraavasti: *Vertaistuki on yksilön tai perheen saama vapaaehtoisuuteen perustuva tuki ja ohjaus, jota antavalla yksilöllä tai ryhmällä on omakohtaista kokemusta vastaavasta vammasta, sairaudesta tai traumaattisesta kokemuksesta kuin tuen saajalla.*

Vertaistukiryhmä voidaan määritellä usealla tavalla (Vilen ym. 2002, 210). Se voidaan nähdä olevan ryhmä, joka koostuu samassa elämäntilanteessa olevista ihmisistä eli vertaisista, jotka kokoontuvat yhteen saamaan ja antamaan tukea yhteiseksi koettuihin asioihin. Vertaistukiryhmässä jaetaan tietoa, joka perustuu henkilökohtaiseen kokemukseen. (Malin 2000, 17) Vertaistukiryhmää voidaan kutsua myös oma-apuryhmäksi. Oma-apuryhmä viittaa ryhmään, jolla ei välttämättä ole ulkopuolista ammattivetäjää. (Vilen ym. 2002, 210.) Wilson (1995, 82) kuvaa oma-apu- ja keskinäisen avun ryhmän olevan ihmisistä koostuva ryhmä, joilla on henkilökohtaista kokemusta samasta ongelmasta tai elämäntilanteesta itsellään tai heidän perheenjäsenellä tai läheisellään. Wilsonin mukaan oma-apuryhmät toimivat jäsentensä avulla, mutta ammattilaiset voivat osallistua ryhmään erilaisin tavoin ryhmän niin halutessa. Hänen mukaansa vertaisten keskinäinen tietojen ja käytännön keinojen jakaminen edistävät kuntoutujan mahdollisuutta voimaantua. Nylundin (1999, 1999) mukaan oma-apu ryhmäksi kutsutaan ainoastaan ryhmää, jonka vetäjänä ei toimi ammattilainen, vaan ryhmä toimii vertaistensa ohjaamana. Nylundin mielestä ammattilaisen ohjaamas-

sa ryhmässä kokemuksellinen tieto sekä keskinäinen tuki saattaa peittyä asiantuntijuuden alle. Toisaalta hän kokee, että ilman ammattiauttajan tukea voisi ryhmän muodostaminen olla vaikeaa. Lehtisen (1997, 45) mukaan ammattilaisella on omanlainen rooli oma-apuryhmissä. Ammattityöntekijä ei toimi ryhmässä auktoriteettina tai ongelmien asiantuntijana, vaan tehtävät rajoittuvat ryhmän käynnistämiseen, käytännön järjestelyihin ja pelisääntöjen tekemiseen yhdessä jäsenten kanssa.

Mielenterveyskuntoutujan elämässä yksi suurimmista ongelmista on yksinäisyys eli sosiaalisten suhteiden vähyys. Vertaistukiryhmät auttavat kuntoutujaa solmimaan sekä ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Vertaistukiryhmien tarjoama sosiaalinen tuki on hyvin tärkeää mielenterveyskuntoutujalle, sillä se lisää kuntoutujan hyvinvointia. (Vuorinen 2002, 8-9.) Vertaistukiryhmissä avun antaminen ja saaminen voi edesauttaa kuntoutujan aktiivisuutta, kohentaa hänen psyykkistä toimintakykyään sekä antaa hänelle voimaantumisen kokemuksia (Riikonen ja Järvikoski 2001, 170). Vertaistuen avulla mielenterveyskuntoutujan identiteetti voi vahvistua. Jo pelkkä yhdessäolo vertaistensa kanssa voi toimia elinvoimaa lisäävänä tekijänä. (Malin 2000, 17.) Lisäksi vertaistukiryhmissä mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus jakaa omia kokemuksia siitä, miten hän on oppinut hallitsemaan arkea ja uusia tilanteita. Näin kuntoutujilla on mahdollisuus muuttaa asenteitaan sekä saavuttaa parempi elämäntilanne. Vilenin ym.(2002, 208–209.)

4.2.3 Elämäntilanne

Elämäntilannetta voidaan pitää kuuluvan ihmisen perustarpeisiin (Keltikangas-Järvinen 2000, 28). Elämäntilannella voidaan tarkoittaa ihmisen kykyä hallita omaa elämäänsä. Elämäntilanne esiintyy lähinnä kriisitilanteissa, jolloin ihminen käyttää erilaisia psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä keinoja selviytyäkseen. (Kemppinen & Rouvinen-Kemppinen 1998, 38.) Elämäntilannan lähtökohdat ovat itsensä tunteminen sekä omien halujen ja toiveiden tunnistaminen (Keltikangas-Järvinen 2000, 27).

Elämänhallintaan liittyy mahdollisuudet, valinnat ja arvot, jotka muovaavat ihmisen elämäntapaa. Elämänhallintaan vaikuttavat yksilölliset ominaisuudet, persoonallisuus, kyvyt, taipumukset ja elämäkokemukset, psyykkiset puolustusmekanismit, vuorovaikutussuhteet, sairaus- ja korjauskäyttäytyminen sekä yhteisösuhteet. (Anttila ym. 2009, 10; Rissanen 2001, 512.) Elämänhallinta muodostuu sisäisestä tai ulkoisesta elämänhallinnasta. Sisäinen elämänhallinta tarkoittaa yksilöllistä kokemusta elämän hallittavuudesta ja eheydestä sekä sopeutumista tilanteisiin ja ajattelemalla positiivisesti. Ihmisen motivaatio kohoaa, usko omaan elämään ja kriisien näkemisen haasteina mahdollistuvat. Sisäisen hallinnan menettäminen kuvaa pessimististä suhtautumista tulevaisuuteen ja toivottomuutta. Ulkoinen elämänhallinta puolestaan pitää sisällään kyvyn toteuttaa itseään niin, että ulkoiset edellytykset eivät vaikuta elämään. Mielenterveyskuntoutujan ulkoista elämänhallintaa voidaan ylläpitää tukemalla kuntoutujan elämän ulkoisia puitteita, arjessa selviytymistä ja ihmissuhteita. (Ruishalme & Saaristo 2007, 14; Anttila ym. 2009, 10.)

Hyvä elämänhallinta näkyy arkielämässä tilanteiden hallintana ja niistä selviytymisenä. Lisäksi se pitää sisällään tilannehallinnan arkielämän asioissa. Tilannehallinnan menettäminen voi johtua esimerkiksi sairastumisen aiheuttamasta kriisistä, joka heikentää elämänhallintaa. Voimavarat saattavat vähentyä sairauden myötä, sillä sairaus on saattanut rajoittaa elämää, liikkumista tai arjen toiminnoista selviämistä. Erityisesti psyykkiset häiriöt vaikuttavat elämänhallinnan menettämiseen. Mielenterveyskuntoutujan kyky hallita tavallisia asioita arjessa kuten perustarpeiden ja puhtaudesta huolehtiminen voi heikentyä elämänhallinnan kadotessa. (Anttila ym. 2009, 10.) Sairauden hyväksyminen ja hyvä sisäinen kontrolli edesauttavat kuntoutujan psyykkistä hyvinvointia ja sopeutuvaa elämänhallintaa. Psyykkiseen oirehdintaan ja epäonnistuneeseen elämänhallintaa ilmenee usein, jos kuntoutuja pitää sairautta vihollisena, rangaistuksena, helpotuksena tai toimintamallina. (Rissanen 2001, 512–513.) Jos kuntoutuja ei luota omiin hallintakeinoihinsa, voi sairaus alkaa kontrolloimaan elämää. Tämä voi aiheuttaa kuntoutujalle avuttomuuden tunteita ja liiallista riippuvuutta muista ihmisistä. (Koskisu 2004, 13–15.)

Elämänhallintaan liittyy sosiaalinen tuki. Erityisesti mielenterveyskuntoutujalle on tärkeää tuntea, että hänestä välitetään ja häntä rakastetaan, arvostetaan ja kunnioitetaan sekä hänellä on mahdollisuus saada apua tarvittaessa. Mielenterveyskuntoutujiin liitetään usein yksinäisyys ja syrjäytyminen. Tämän vuoksi sosiaalisten verkostojen antama tuki vaikeissa elämäntilanteissa on tärkeää, jotta voidaan tukea ja lisätä kuntoutujan turvallisuudentunnetta ja elämänhallintaa. Sosiaalisen tuen saaminen voi olla kuntoutujalle ratkaisevaa terveyden edistämisen näkökulmasta. (Anttila ym. 2009, 11.)

Ihminen pyrkii tasapainoon erilaisten säätelykeinojen avulla. Puolustusmekanismit ovat ihmisen ahdistuksen ja uhkaavan tilanteen hallintavälineitä. Ne ovat usein tiedostamattomia ja automatisoituneita sekä välttämättömiä psyykkisen tasapainon ylläpitämisessä. Tietoiset hallintamekanismit puolestaan ovat ajattelulla ja asenteella ohjattavia elämänhallinnan taitoja. Näitä ovat muun muassa kyky huolehtia itsestään psyykkisesti, fyysisesti, sosiaalisesti ja henkisesti. Elämänhallinta pyrkii muuttamaan sekä ulkoisia että sisäisiä olosuhteita, kun ihminen kokee omien voimavarojen ylittyneen. (Kaulio & Ylitalo 2007, 66, 73.) Ihmisen toimintakyky vaikuttaa hänen elämänhallintaansa. Hyvän elämänhallinnan omaava ihminen huolehtii itsestään ja kykenee tyydyttämään tarpeensa ilman suurta vaivannäköä. Usein mielenterveyskuntoutujalla on heikko elämänhallinta, joka vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn niin, että itsestään huolehtimiseen voidaan tarvita lähimmäistä, ammattiauttajaa tai apuvälineitä. Elämänhallinta ja toimintakyky liittyvät toisiinsa, joten hyvä elämänhallinta näkyy myös hyvänä toimintakykenä. (Anttila ym. 2009, 11.)

4.2.4 Sosiaalinen toimintakyky

Parviaisen (1998, 46) mukaan toimintakykyä voidaan kuvata ihmisen terveydentilana niin, että sairaus, huono-osaisuus ja koetut oireet vähentävät ihmisen koettua hyvinvointia. Toimintakyky pitää sisällään voimavarat, jotka voivat heikentyä esimerkiksi mielenterveysongelmien myötä tilapäisesti tai hävitä jopa pysyvästi. Anttila ym. (2005, 41) puolestaan määrittelevät ihmisen toimintakyvyn tar-

koittavan kykyä tyydyttää perustarpeita ja selviytyä arjen toiminnoista. Toimintakykyyn sisältyvät ihmisen itsemääräämisoikeus ja omatoimisuus. Hyvän toimintakyvyn omaava ihminen kykenee vastaamaan elämän tuomiin haasteisiin ja selviytymään niistä. Lisäksi toimiminen vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa sekä tavoitteiden asettaminen ja niitä kohti pyrkiminen mahdollistuvat hyvän toimintakyvyn ansioista. Hyvä toimintakyky on merkittävä tekijä erityisesti mielenterveyskuntoutujan hyvinvoinnin näkökulmasta.

Toimintakyky voidaan jaotella fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalinen toimintakyky määritellään sosiaalisiksi toiminnoiksi, osallistumiseksi ja sosiaalisiksi taidoiksi. Sosiaalinen toimintakyky on keino ylläpitää ihmissuhteita, luoda kontakteja ja hankkia itselle asema ryhmässä. (Parviainen 1997, 46.) Mielenterveyskuntoutujaan liitetään usein passiivisuus ja yksinäisyys. Kuntoutujan sosiaalinen toimintakyky on usein sairastumisen vuoksi heikentynyt, jolloin kuntoutuja ei kykene käyttäytymään ympäristön odottamien vaatimusten mukaisesti, eikä toimimaan itselleen tarkoituksen mukaisella tavalla. Mielenterveyskuntoutujan sosiaalisen toimintakyvyn lisääminen on hyvin tärkeää kuntoutumisen kannalta. (Kettunen ym. 2002, 121–122) Kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä pyritään lisäämään etsimällä ja vahvistamalla kuntoutujan voimavaroja. Tavoitteena on saada kuntoutuja kiinnostumaan muista ihmisistä ja itsensä hoitamisesta, jonka kautta myös turvallisuudentunne ja usko selviytymiseen vahvistuvat. (Anttila ym. 2005, 41.)

4.2.5 Yhteisöllisyys

Ihminen elää vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa sekä kuuluu osaksi sitä, joten vuorovaikutuksesta voidaan käyttää nimeä yhteisö (Noppari, ym. 2007, 37). Yhteisöllä tarkoitetaan yleisesti ja epätarkasti sanottuna ryhmämuodostelmien yleisnimitystä (Parviainen 1997, 39). Yhteisönä voidaan pitää perhettä, sukua, koulua, työpaikkaa, asuinyhteisöä, hoitoyhteisöä tai uskonnollista yhteisöä. Yhteisö voidaan määritellä alueittain sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yhteenkuuluvuuden tunteen mukaan. Yhteisössä ympäristö voi olla fyysinen,

psykykinen tai sosiaalinen. Ympäristöjä voidaan tarkastella erilaisina yhteisöinä, joissa ihminen toimii aina jonkin yhteisön jäsenenä. Yhteisöön kuuluminen, arvostetuksi tuleminen ja osallisuus itselleen tärkeässä yhteisössä on mielenterveyden perusta. (Noppari ym. 2007, 37.)

Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat ihmisen yhteisösuhteet, joihin kuuluvat sosiaaliset verkostot. Sosiaalisten verkostojen puolestaan nähdään olevan ihmisen sosiaalisen olemassaolon perusta sekä välttämätön tarve oman identiteetin muodostumiselle. (Parviainen 1997, 43.) Yhteisöllisyydellä on todettu olevan selkeä yhteys ihmisen terveyteen, joten mielenterveyskuntoutuksessa nähdään olevan tärkeää, että kuntoutuja vastaa mahdollisimman omatoimisesti itsestään osallistumalla erilaisiin toimintoihin tai olemalla yhdessä muiden kanssa (Noppari ym. 2007, 37). Yhteisössä kuntoutuja voi saada turvaa ryhmän muodossa sekä oppia muilta erilaisia asioita tiedon jakamisen myötä (Parviainen 1997, 40; Noppari ym. 2007, 25). Yhteisöllisyys edistää kuntoutumista, sillä se lisää kuntoutujan sosiaalista ja psykologista toimintakykyä. Se tukee kuntoutujan vastuun ottamista itsestään ja muista sekä vahvistaa kuntoutujan vuorovaikutustaitoja. Lisäksi se parantaa kuntoutujan suorituskkyä, lisää aktiviteettikykyä sekä kohoittaa itsetuntoa sekä parantaa itsesäätely- ja sosiaalista adaptaatiokykyä. (Punkanen 2001, 62, 65.)

4.3 Asiakaslähtöisyys

Osallisuus tarkoittaa mielenterveyskuntoutujan autonomiaa ja vaikuttamista omaan kuntoutukseen. Usein käsitteistä osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participation) käytetään synonyymeinä viitatessa kuntoutujan osallistumiseen sekä hänen kykyihin ja haluihin osallistua kuntoutustaan koskevien asioiden päättämiseen. Molemmat käsitteet kuvaavat kuitenkin asiakaslähtöisyyttä, mutta osallisuus voidaan määritellä laajemmaksi termiksi. Asiakaslähtöisen eli osallistuvan kuntoutuksen tavoitteena on huomioida kuntoutujan toiveet, odotukset sekä mahdollisuudet osallistua omaa kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon. Kuntoutujan asiakaslähtöisyyden turvaaminen vaikuttaa hänen odo-

tuksiin, tarpeisiin ja tuloksiin sekä auttaa häntä sitoutumaan kuntoutukseensa. Asiakaslähtöisen kuntoutuksen kannalta on tärkeää, että tavoitteiden toteutumisesta arvioidaan aina yhdessä kuntoutujan kanssa. (Sarajärvi ym. 2001, 31, 68, 71.)

Kuntoutuksessa asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää vuorovaikutussuhteena, joka pitää sisällään kuntoutujan ja työntekijän keskinäisen kunnioituksen ja luottamuksen. Asiakaslähtöisyys on yhteistyökumppanuutta, jonka tarkoituksena on vastata kuntoutujan esittämiin tarpeisiin. Yhteistyössä on oleellista, että kuntoutujan katsotaan olevan ainutkertainen ja oman elämänsä asiantuntijana. Lisäksi kuntoutujan nähdään olevan aktiivinen toimija, joka tekee itseään ja elämäänsä koskevia päätöksiä. Kuntoutujan ja työntekijän välisen ytimen tulisi olla, että ihminen on yhdenvertainen muiden kanssa. (Sarajärvi ym. 2011, 69–70.) Tärkeää on, että molemmat osapuolet antavat osansa yhteiseen vuorovaikutukseen. Näin kuntoutuja voi saada kokemuksia voimaantumisesta. Työntekijän on todella kuultava kuntoutujaa ja lähdettävä hänen lähtökohdistaan. Vasta tultuaan kuulluksi voi kuntoutujan käsitykset ja ajatukset omasta tilanteestaan muuttua. (Vilen 2002, 32, 36.)

Erityisen tärkeää vuorovaikutussuhde on mielenterveyskuntoutujalle. Sairauteensa vuoksi kuntoutuja joutuu tarkastelemaan lyhyellä aikavälillä tulevaisuuttaan ja elämänkaartaan, jolloin yhteys toiseen voi olla ainut lohduttava tekijä. Kokeemus siitä, että joku kuuntelee, voi parhaimmillaan lieventää kuntoutujan psyykkistä ja fyysistä kipua. Hetkittäisetkin positiiviset tunnetilat voivat antaa kuntoutujalle voimia taistella sairauttaan vastaan. Toisen kannustus ja lohduttaminen voivat olla merkittäviä tekijöitä uskon ja toivon vahvistumisen kannalta. Ne voivat kannatella kuntoutujaa arjessa ja antaa hänelle lisää voimia itsensä hoitamiseen. (Vilen 2002, 47, 56–57.)

5 AURORAN AVOKUNTOUTUSYKSIKKÖ

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Auroran avokuntoutusyksikön kanssa. Avokuntoutusyksiköllä tarkoitetaan välivaihetta mielenterveyskuntoutujan psykiatrisessa kuntoutuspolussa ennen hänen muuttoaan omaan tai tuettuun asuntoon (Punkanen 2001, 26). Auroran avokuntoutusyksikkö on tarkoitettu vaikeasta mielenterveyshäiriöstä kuntoutuville täysi-ikäisille helsinkiläisille, jotka tarvitsevat psykiatrista kuntoutusta. Suurin osa kuntoutujista sairastaa skitsofreniaa, mutta osa sairastaa myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä, persoonallisuus- ja pakko-oireisia häiriöitä sekä Aspergerin oireyhtymää. Iältään kuntoutujat ovat 18–60-vuotiaita. Auroran avokuntoutusyksikkö kuuluu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosaston sairaalatoimintaan, jossa työskentelee osastonlääkäri, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 9 sairaanhoitajaa, 10 mielisairanhoitajaa, osastonsihteeri sekä 2 laitoshuoltajaa. (Palkeinen 2011.)

Aurora aloitti toimintansa pienellä kapasiteetilla vuonna 1996–1997. Vuonna 1999 toimintaa on laajennettu yksiköksi, joka on suunnattu 56 mielenterveyskuntoutujalle. Tällä hetkellä Aurorassa on 52 kuntoutujaa, joista 29 on miehiä ja 23 on naisia. Keskimääräinen kuntoutumisaika on noin 2-3 vuotta. Kuntoutujat tulevat pääasiassa Auroran sairaalan kuntoutusosastoilta, sekä Laakson sairaalan ja HUS psykiatrian osastoilta tai kaupungin avohoitopalveluiden kautta. Yksikkö antaa kuntoutuspalveluita myös oikeuspsykiatrian asiakkaille, jotka tarvitsevat valvottua avohoitoa. (Palkeinen 2011.)

Yksikkö sijaitsee Auroran sairaala-alueella kolmessa rivitalossa. Alue on viihtyisä, rauhallinen ja tarjoaa kodinomaiset, hoidolliset ja turvalliset puitteet arjen hallinnan ja itsestä huolehtimisen harjoitteluun. Yksikköön kuuluu 8 viisiportaista kuntoutussolua ja 16 pienkotipaikkaa. Soluasunnoissa jokaisella kuntoutujalla on oma huone sekä yhteisinä tiloina kylpyhuone, olohuone, keittiö ja kodinhoituhuone. Vähemmän tuetuissa pienkodeissa jokaisella on oma yksiö. (Palkeinen 2011.)

5.1 Auroran kuntoutuksen tavoitteet

Mielenterveyskuntoutuksessa keskeisessä asemassa on omahoitajasuhde (Noppari ym. 2007, 113). Hoitosuhdetyöskentelyn lähtökohta on, että ihminen on aina ainutkertainen yksilö ja itse vastuussa valinnoistaan (Hentinen 2009, 43). Auroran avokuntoutusyksikön osastohoitajan Tarja Palkeisen (2011) mukaan Auroran tavoitteena on muodostaa kuntoutujaan hoitosuhde perustuen kumppanuuteen ja yhteistyöhön. Lisäksi hoitohenkilökunta pyrkii kuuntelemaan kuntoutujan toiveita, jotka ohjaavat hänen kuntoutumistaan. Kuntoutus myös räätälöidään kuntoutujalle yksilöllisesti sopivaksi. Auroran arvoihin kuuluvat asiakaslähtöisyys, kestävä kehitys, oikeudenmukaisuus, taloudellisuus, turvallisuus, yrittäjämielisyys sekä terveyskeskeisyys.

Aurorassa jokaisen kuntoutujan kanssa tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma sekä viikko-ohjelma moniammatillisen työryhmän tuella. Jokaisella kuntoutujalla on omanlainen arkipäivä, mutta kuntoutussolun yhteisöasumismuodossa on tietty ”runko” ja yhteisesti sovitut tehtävät sekä vastuualueet. Kuntoutettava tarvitsee tukea selviytyäkseen arkipäivän toimista ja sairautensa hoitamisesta. Arkipäivinä kello 8–16 on ”aktiivista kuntoutusaikaa”, jolloin on eniten henkilökuntaa ohjaamassa ja tukemassa kuntoutujia. Päivä aloitetaan yhteisellä kokoontumisella, jossa käydään läpi muun muassa päiväohjelma, tehdään ruokalista ja sovitaan vastuualueiden hoidot. Lisäksi päivän aikana hoidellaan kotiaskareita, siivouksia ja ruuanlaittoa sekä käydään sovituissa ryhmissä, terapioidissa tai asioinneilla. Myös mukavaan yhdessäoloon, retkiin ja yksilöllisiin keskusteluihin varataan tarpeen mukaan aikaa. (Palkeinen 2011.)

Auroran kuntoutuksen tavoitteena on, että kuntoutujat oppivat elämään oireidensa kanssa sekä pystyvät selviytymään mahdollisimman itsenäisesti muun muassa lääke- ja raha-asoiden hoidosta, arkiaskareista sekä hygienian hoidosta. Kuntoutumisen tavoitteena on hoitaa ihmisen koko persoonaa, ei vain sairautta tai oireita, opettaa kuntoutujia arkeen liittyvissä asioissa sekä virittää toivoa. Henkilökunta pyrkii antamaan kuntoutujille haasteita. Toiminta ei rajoitu vain osaston seinien sisälle, vaan suuntautuu myös yhteisöön. (Palkeinen 2011.)

Mielenterveyskuntoutujan arkielämän tavoitteisiin kuuluvat muun muassa vuorovaikutus taitojen oppiminen, yhteyden pitäminen muihin, sekä harrastukset ja suojatyö, työ tai opiskelu (Riikkonen & Järvikoski 2001, 179). Aurorassa osa kuntoutujista opiskelee tai käy tuetussa tai osa-aikatyössä Tuettua työtä tarjoavat muun muassa Niemikotisäätiön toimintakeskukset, Klubitalo, Helmi ry. ja Lilinkotisäätiön ravintolapalvelut. Erityistä tukea vaativille opiskelijoille on hyviä koulutusmahdollisuuksia esimerkiksi Keskuspuiston ammattiopistossa, Diaconiaopistossa, Arla-instituutissa ja Luovissa. Opintojen suunnitteluvaiheessa kuntoutujia tuetaan aloittamaan opiskelu matalamman kynnyksen mielenterveyskuntoutujien työelämään tai opiskeluun valmentavalla kurssilla (KOHO, PONNARI). Tavoitteena on, että jokaiselle kuntoutujalle saavutetaan optimaalinen elämänhallinta ja tyytyväisyys elämään, löydetään sopiva asumismuoto ja elämän sisältö muun muassa opiskelun tai työ kautta. (Palkeinen 2011.)

Psykoedukaation eli potilasohjauksen tarkoituksena on antaa mielenterveyskuntoutujalle tietoa sairaudesta ja sen hallintakeinoista (Isohanni ym. 2011, 123). Se sisältää muun muassa lääkehoitoa, kriisiapua, yksilöllisen hoitosuhteen, erilaisia koulutuksellisia pienryhmiä, työ ja päivähoitotoimintaa, asumisvalmennusta sekä kuntoutujan läheisten tukemista (Riikkonen & Järvikoski 2001, 179–180). Sairastuneen läheisiä tuetaan perheinterventioiden avulla, joiden tarkoituksena on muuna muassa antaa läheisille emotionaalista tukea sekä tietoa sairaudesta (Isohanni ym. 2011, 121). Palkeisen (2011) mukaan kuntoutuspsykiatrian avaintulostavoitteita on yhteistyön kehittäminen ja lisääminen perheiden kanssa. Aurorassa tehdään perhetyötä erimuotoisesti ja tavoitteena on, että kaikille perheille tarjotaan mahdollisuus tapaamiseen omien hoitajien kanssa vapaamuotoisesti tai psykoedukatiivisen perheinterventio-mallin mukaisesti. (Palkeinen 2011.)

5.2 Auroran nykyinen ryhmätoiminta

Mielenterveyskuntoutuksessa arkipäivän ja sosiaalisten taitojen harjaannuttamista voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena (Isohanni ym. 2011, 121). Aurorassa

ryhmätoiminnan tavoitteena on kehittää kuntoutujan vuorovaikutuksellisia perustaitoja, antaa vertaistukea, harjoittaa ja vahvistaa kognitiivisia puutosoireita, opettaa uusia ja päivittää unohtuneita asioita eri keinoin sekä vahvistaa itsetuntoa. Ryhmätoiminta tarjoaa kuntoutujalle myös mahdollisuuden itseilmaisuuksiin, luovuuteen ja virikkeisiin sekä mahdollistaa mielekästä tekemistä ja yhdessäoloa arkeen.

Aurorassa erilaisia ryhmätoimintoja on jossain muodossa päivittäin. Näitä ovat muun muassa peliryhmät, laulu- ja musiikkiryhmät, kuvaryhmät, käsityöryhmät sekä toimintaryhmät, joissa tutustutaan Helsingin eri lähiöihin. Muita ryhmiä ovat pörssikurssi, jonka tavoitteena on tukea kuntoutujaa talouden hallinta-asioissa, musiikkiterapiaryhmä, elämässä eteenpäin -ryhmä, joka on tarkoitettu avokuntoutusyksiköstä pois muuttaville kuntoutujille, painonhallinta-ryhmä, tupakasta vieroittautumis- ja päihdeinterventio-ryhmät sekä olkkariyhmä, joka koostuu vapaamuotoisesta tekemisestä, leipomisesta, pelaamisesta tai runojen lausumisesta. Myös omia ryhmiä voidaan järjestää kuntoutujien tarpeen ja kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti. (Palkeinen 2011.)

Aurora ulkopuolella järjestettäviä ryhmiä ovat muun muassa liikunnalliset ja keuhonhallintaan liittyvät ryhmät. Fysioterapia- ja liikuntapalvelu, ryhmäterapiakeskus sekä toimintaterapia järjestävät monimuotoista ohjattua ryhmätoimintaa. Toimintaterapia tarjoaa nuorille suunnattuja sosiaalisten taitojen ryhmiä kuten ruuanlaittoon ja kädentaitoihin liittyviä ryhmiä sekä Citysuunnistus-ryhmiä, jotka opettavat muuan muassa hahmotusta kartan luvun avulla. Ryhmäterapiakeskus tarjoaa kuntoutujille psykoedukatiivisen ryhmän, joka on tarkoitettu lievittämään sairauden oireita äänien kuulemista, pakko-oireita, ahdistusta ja masennusta. (Palkeinen 2011.)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Empiirisen tutkimuksen tarkoitus on pyrkiä testaamaan toteutuuko jokin teorias-
ta johdettu oletamus käytännössä. Tutkimusongelmana voi olla myös syiden tai
ilmiöiden selvittäminen ja ratkaiseminen niin, miten jokin asia tulisi toteuttaa.
(Heikkilä 2008, 13.) Tämä tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Auroran avokun-
toutusyksikön kuntoutujien näkemysten pohjalta yksikössä järjestettävää ryhmä-
toimintaa. Tutkimus pyrki hakemaan vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

*1. Miten mielenterveyskuntoutujat kokevat ryhmätoiminnan tukevan
kuntoutumisprosessia Auroran avokuntoutusyksikössä?*

*2. Mitä ajatuksia mielenterveyskuntoutujilla on ryhmätoiminnan ke-
hittämiseksi?*

Auroran arvoihin kuuluu asiakaslähtöisyys. (Palkeinen 2011) Asiakaslähtöisyys
tarkoittaa kuntoutujan autonomiaa ja vaikuttamista omaan kuntoutukseensa.
Omaan kuntoutukseen koskeviin päätöksiin osallistuminen auttaa kuntoutujaa
sitoutumaan kuntoutumisprosessiinsa. (Sarajärvi ym. 2011, 71.) Tutkimuksen
keskeinen tavoite oli edistää kuntoutumisprosessia kohdistamalla tutkimus kun-
toutujien näkemyksiin ja sitä kautta lisätä myös Auroran ryhmätoiminnan asia-
kaslähtöisyyttä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota henkilökunta voi hyödyntää
kehittäessään ryhmätoimintojaan.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla keväällä 2011 (Liite 1). Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki Auroran avokuntoutusyksikön 52 mielenterveyskuntoutujaa. Kyselylomake koostui 5 numeerisesta, 5 nominaalisesta sekä 4 avoimesta kysymyksestä. Aineisto käsiteltiin Excel-ohjelman avulla. Nominaalinen ja numeerinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadullinen aineisto aineistolähtöisen sisällönanalyysiin mukaisesti.

7.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti kiinnostukseni mielenterveystyöhön, joten syksyllä 2009 otin yhteyttä Auroran avokuntoutusyksikköön. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Auroran kanssa ja yhteyshenkilönä toimi yksikön apulaisosastonhoitaja Tarja Palkeinen. Keväällä 2010 suoritin Aurorassa työharjoittelun nähdäkseni lähempää mielenterveyskuntoutujien arkea. Harjoittelun aikana kiinnostukseni heräsi Aurorassa järjestettävää ryhmätoimintaa kohtaan, sillä ryhmiä käytetään laajasti sosiaalisella työmenetelmänä.

Mielenterveyskuntoutujille suunnatussa avokuntoutusyksikön palveluissa yksi tärkeimmistä kuntoutujan arjen toiminnoista ovat erilaiset ohjatut ryhmät. Kuntoutujille ryhmät merkitsevät kuntoutumisen kannalta erilaisia asioita riippuen siitä, missä kuntoutumisen vaiheessa kuntoutuja kulloinkin on. Jokainen kuntoutuja myös mieltää kuntoutumisensa eri tavalla, joten siten myös ryhmät ovat merkitykseltään erilaiset. Henkilökunnan tulee olla hyvin motivoitunut ryhmien ohjauksesta, koska kuntoutujien tulee saada se hyöty ryhmistä, mikä niiden tarkoituskin on. Alkuperäinen suunnitelmani oli työstää Auroraan hanke liittyen ryhmiin, mutta suunnitelmiini tuli muutoksia työharjoitteluni myötä.

Harjoittelussani Aurorassa pääsin tutustumaan myös toiseen yksikköön sekä sen ryhmätoimintaa. Tein havainnon, että Auroran ryhmien kehittäminen olisi tarpeellista, joten lähdin pohtimaan, miten voisin vaikuttaa siihen, että Auroran henkilökunta voisi kehittää ryhmiään. Siirsin syrjään alkuperäisen ajatuksen hankkeen toteuttamisesta ja päädyin tekemään tutkimuksen, sillä koin, että Auroran ryhmätoiminnan tutkiminen oli merkityksellisempää, jotta ryhmille asetetut tavoitteet vastaisivat entistä paremmin kuntoutujien tarpeita. Myös Palkeisen (2011) mukaan tutkimus oli hyvin aiheellinen ja ajankohtainen.

7.2 Puolistrukturoitu kyselylomake

Aineiston keruuseen valitsin puolistrukturoidun kyselylomakkeen, koska päätte-
lin kynnyksen olevan matala vastata lomakkeeseen, jossa osa vastauksista on
valmiiksi annettuina. Lisäksi halusin saada mahdollisimman monen kuntoutujan
näkemyksen esiin. Vallin (2001, 101) mukaan kyselylomakkeen käyttäminen
isolle ryhmälle on hyvä tapa kerätä aineistoa, sillä tutkijan ei tarvitse olla tutki-
muskohteessa jatkuvasti.

Palkeinen ehdotti, että lomakkeiden täyttöaika rajattaisiin melko lyhyeksi eli noin
viikoksi, sillä mielenterveyskuntoutujien motivaatio saattaa ajoittain vaihdella ja
olla hyvinkin alhainen. Jokaisen solun seinälle sekä henkilökunnan tiloihin kiin-
nitettiin tiedotteet kertomaan tutkimuksesta (Liite 2 & 3). Kuntoutujilla oli kysely-
lomakkeen yhteydessä kirjekuori, jonka he täytön jälkeen sulkivat ja palauttivat
palautuskuoreen. Pyrin tekemään vastaamisen mahdollisimman vaivattomaksi
pyytämällä Auroran henkilökuntaa laittamaan palautuskuoren jokaisen yksikön
soluun. Yksiöissä asuville kuntoutujille puolestaan annettiin yksi yhteinen kirje-
kuori, johon he palauttivat täytetyt lomakkeet. Heille oli myös kiinnitetty erikseen
lomakkeeseen tiedote tutkimukseen liittyvistä asioista (liite 2). Kyselylomakkei-
den täyttäminen kävi odotettua helpommin saadessani apua osastonhoitaja
Palkeiselta sekä Auroran henkilökunnalta. Lisäksi Palkeisen mukaan kuntoutu-
jat olivat hyvin kiinnostuneita vastaamaan lomakkeeseen.

Tämän tutkimuksen määrälliset kysymykset ovat Likertin-asteikon muodossa. Heikkilän (1999, 52) mukaan määrällisissä mielipidetutkimuksissa käytetään usein Likertin-asteikkoa. Heikkilä (2008, 52–53) kuvaa Likertin-asteikon olevan tavallisesti 4-5 -portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko. Usein asteikon toisen ääripään vastausvaihtoehtona on täysin samaa mieltä ja toisessa puolestaan täysin eri mieltä. Vastaajan tulee valita hänen mielipidettään parhaiten kuvaava vaihtoehto. Likertin-asteikon etuna on, että asteikkotyyppisistä kysymyksistä saadaan paljon tietoa vähällä tilalla.

Kyselylomakkeessa nominaaliasteikkoja ovat kysymykset, jotka liittyvät sukupuoleen tai ikään sekä kyllä-, ei-kysymykset (Kananen 2008, 21–22). Tässä tutkimuksessa nominaalisasteikon valitseminen lomakkeeseen oli hyvin luonnollista, sillä tarkoitus oli selvittää vastaajien sukupuoli sekä eri ryhmätoimintoihin osallistujien määrän. Tavoitteena oli vertailla sukupuolten välisiä eroja, mutta loppujen lopuksi erot eivät olleet tutkimuksen kannalta merkittäviä, joten en ole tuonut niitä esille sen suuremmin. Kyselylomakkeessa oli myös neljä avointa kysymystä, sillä oli tärkeää, että vastaajat saisivat myös enemmän tilaa ilmaista omia mielipiteitään. Vallin (2001, 111) mukaan avoimien kysymysten etuna on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita, jolloin on mahdollista saada vastaajan mielipide esille perusteellisesti. Lisäksi aineistoa voi luokitella monella tavalla. Heikkilän (2008, 50) mukaan avointen kysymysten vastaukset voivat tuoda myös uusia näkökulmia tai jopa hyviä parannusehdotuksia.

Tässä tutkimuksessa puolistrukturoidun kyselylomakkeen käyttäminen oli melko toimiva ja hyvä aineiston keruumenetelmä. Eri kysymystyyppien keskinäinen käyttäminen lomakkeessa tukivat toisiaan tarjoten suhteellisen selkeän tutkimusaineiston ja kokonaiskuvan kuntoutujien näkemyksistä. Kuitenkin kaikissa sekä määrällisissä, nominaalisissa että laadullisissa kysymyksissä on omat heikkoutensa. Aineiston keruumenetelmän toimivuutta, luotettavuutta, pätevyyttä sekä tutkimustulosten yleistettävyyttä olen pohtinut luvussa 10.3.

7.3 Aineiston analysointimenetelmät

Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti aineiston keruu vaiheen jälkeen (Hirsjärven ym. 2004, 211). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin keväällä 2011. Lähdin tarkastelemaan tuloksia saadessani kyselylomakkeet takaisin, mutta suurin osa aineistosta on käsitelty syksyllä 2011. Aloitin analysoinnin syöttämällä koko aineiston Excel-ohjelmaan. Koska tutkimusaineisto oli määrällisen ja laadullisen yhdistelmä, on sen analysoinnissa käytetty kahta eri tapaa tarkastella tuloksia.

7.3.1 Tilastollinen analyysi

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen perusajatuksena on pyrkiä yleistämään. Tutkittavalta joukolta kysytään tutkittavan asian ilmiöitä tutkimusongelmaan liittyen. Kvantitatiivinen tutkimus viedään läpi vaihe vaiheelta, jolloin se voidaan nähdä prosessina. Kvantitatiivisella tutkimuksella haetaan ratkaisua tai vastausta johonkin tutkimusongelmaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään mittaamalla, joten se käsitellään tilastollisin menetelmin (Kananen 2008, 10–11; Tuomi 2007 95). Määrällisen aineiston analysointiin voidaan käyttää esimerkiksi SPSS -järjestelmää tai Excel-ohjelmaa. Excel-ohjelman käyttäminen toimii hyvin analysoidessa suhteellisen pientä aineistoa. (Heikkilän 1999, 120.) Tässä tutkimuksessa on määrällisen aineiston analysoinnissa käytetty Excel-ohjelmaa. Excel-ohjelman käyttäminen oli luonteva keino analysoida määrällistä ja nominaalista aineistoa, sillä aineisto ei ollut kovin suuri. Heikkilän (1999, 121) mukaan kyselylomakkeen tiedot syötetään Excel-ohjelmassa tavallisimmin havaintomatriisin muotoon eli taulukkoon, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystyrivit muuttujia.

Aineiston tallentamisen jälkeen alkaa aineiston analysointi. Aineistoa tulisi pyrkiä käsittelemään niin, että saadaan vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tilastollista analyysiä voidaan pitää luovana prosessina, jossa graafinen tarkastelu on merkittävässä roolissa. Aineiston käsittely aloitetaan tutkimalla

jokaisen muuttujan saamia arvoja ja niitä pyritään kuvailemaan. (Heikkilä 1999, 139–140.) Tämän tutkimuksen graafiset kuviot on aseteltu piirakka- ja pylväs-kuvion muodoissa. Tutkin graafisia kuvioita ja pyrin löytämään asioita, jotka korostuivat ja nousivat aineistosta esiin. Kuvioiden ansiosta tutkimuksen aineistoa oli suhteellisen helppo tarkastella. Tämän jälkeen liitin kuviot työhöni ja lähdin kirjoittamaan tutkimustuloksia.

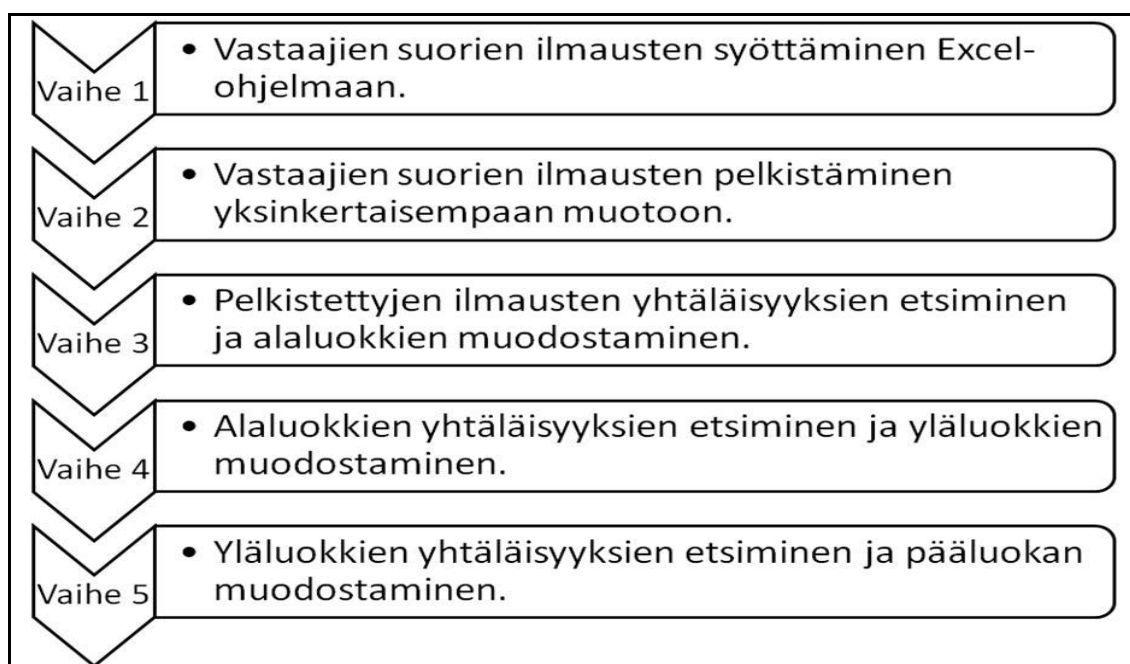
7.3.2 Sisällönanalyysi

Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on kuvata todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 152). Laadullisen aineiston analysointi on jatkuvaa päätöksentekoa ja ongelmanratkaisua (Kiviniemi 2001, 69). Laadullisen aineiston analysoinnissa objektiivinen näkökulman saaminen voi olla vaikeaa, sillä tutkija ja hänen aikaisemmat tietonsa nivoutuvat yhteen (Hirsjärvi ym. 2004, 152). Pyrin olemaan mahdollisimman objektiivinen käsitellessäni tutkimuksen laadullista aineistoa. Olin tutustunut jo tutkimuksen alku vaiheissa mielenlinterveyteen ja kuntoutukseen liittyvään kirjallisuuteen. Teoriaosio (luku 4), joka viittaa tutkimustuloksista nousseisiin teemoihin, on kirjoitettu vasta tutkimustulosten analysoinnin lomassa ja sen jälkeen.

Alasuutarin (1999, 39) mukaan laadullisen aineiston analysointi sisältää kaksi vaihetta: havaintojen pelkistämisen ja arvoituksen ratkaisemisen. Tämänlainen erottelu on mahdollista tehdä vain analyttisesti, mutta käytännössä vaiheet kietoutuvat yhteen. Tuomen ja Saarijärven (2009, 91, 95, 101 108–109) mukaan laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sen tavoitteena on kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriasidonnainen. Aineistolähtöisessä analyysissä valitaan analyysiyksiköt aineiston tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun perusteella. Analyysiyksiköitä ei sovita etukäteen, eivätkä ne ole harkittuja, vaan ne ”nousevat esiin aineistosta”. Aineistolähtöisen analyysin periaate on, että aineistolta kysytään tutkimusongelmaan liittyviä kysymyksiä. Tutkimusongelmaa ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmiäsuiksi, jotka

jaotellaan yhtäläisten ilmausjien joukoiksi. Ne, jotka tarkoittavat samaa, yhdistetään samaan luokkaan. Tämän jälkeen luokka nimetään sisältöään kuvaavaksi yläluokaksi ja yläluokat edelleen pääluokiksi. (Kuvio 4)

Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmilla havainnoilla tai teorioilla ei tulisi olla mitään tekemistä analyysin lopputuloksen kanssa. Päättelynlogiikkaa korostava aineistolähtöistä analyysiä voidaan nimittää induktiiviseksi päättelyksi. Se tarkoittaa päättelyä, joka etenee loogisesti yksityiskohdista yleistykseen. (Tuomi 2006, 107, 130.) Tämän tutkimuksen laadullinen aineisto on tarkasteltu aineistolähtöisen sisällönanalyysin sekä induktiivisen päättelyn avulla. Pyörälän (1995, 21) mukaan selkeästi esitetty laadullisen aineiston analysoinnin kuvaus tuo uskottavuutta tutkimuksen kulkuun sekä perustelee järjestelmällisesti aineistoon perustuvat tulkinnat. Kuvio 4 selventää tutkimuksen laadullisen aineiston analysointiprosessin vaiheita.



KUVIO 4 Laadullisen aineiston aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessin vaiheet. Mukailtu (Alasuutari 1999, 39; Tuomi & Saarijärvi 2009, 91, 95, 101 108–109)

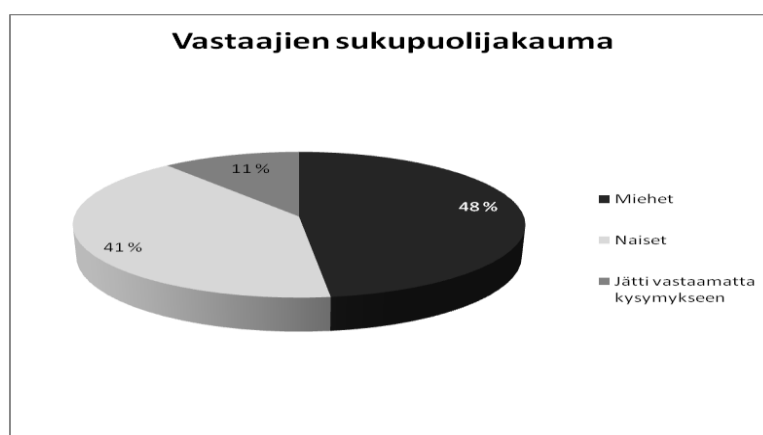
Kuviosta 4 ilmenee, että laadullisen aineiston analysointi koostui viidestä vaiheesta. Tutkimuksessa oli laadullisia kysymyksiä neljä, joten lähdin liikkeelle

laatomalla Excel-ohjelmaan neljä taulukkoa. Jokaiseen taulukkoon syötin erikseen laadullisten kysymysten aineistojen alkuperäiset ilmaisut. Tämän jälkeen pelkistin ne yksinkertaisempaan muotoon. Pelkistetyistä ilmaisuista pyrin löytämään asioita, jotka korostuivat ja nousivat esiin. Tein siis jälleen neljä uutta taulukkoa, joihin luokittelin samaan teemaan viittaavat pelkistetyt ilmaisut omaan alaluokkaan antaen niille uuden nimittäjän. Pyrin löytämään myös alaluokista yhteisiä teemoja järjestämällä alaluokat uusiin taulukoihin, joista etsin niille yhteisiä nimittäjiä. Näin sain aineistolle yläluokat. Yläluokista pyrin vielä löytämään yhden yhteisen nimittäjän eli pääluokan. Pääluokka kuvaa aineistoa yleisellä tasolla ja sitä voidaan pitää tämän tutkimuksen johtopäätöksenä. Kuitenkin tämän tutkimuksen ala- ja yläluokkien merkitystä ei tule aliarvioida, sillä ne antavat tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta.

Pyörälän (1995, 22) mukaan laadullisen aineiston esittämisessä voidaan käyttää sitaatteja, taulukoita ja kuvioita. Sitaattien käyttäminen luo tekstiin häivähdyksen aineiston rikkautta tuomalla esille tutkittavien käyttämiä käsitteitä ja tapaa hahmottaa omaa elämää ja ympäristöä. Tämän tutkimuksen laadullinen aineisto on pyritty selkeyttämään kuvioden sekä vastaajien suorien ilmaisujen avulla. Tutkimuksessa esiintyvät laadullisen aineiston kuviot ovat pelkistämisen ja luokittelemisen tulosta ja ne ovat toteutettu PowerPoint-ohjelmalla. Vastaajien suoria lainauksia on myös hyödynnetty tekstin lomassa, sillä ne ilmaisevat hyvin, mitä kuntoutujat ovat halunneet sanoa. Suorat lainaukset tuovat myös tekstiin eloisuutta sekä inhimillisyyttä.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeeseen vastasi 44 kuntoutujaa eli kohderyhmästä tavoitettiin 85 %. Vastaajien ikäjakauma oli 18–60 vuotta. Kuntoutujilta kysyttiin lomakkeessa sukupuolta. Tarkoituksena oli tarkastella, onko vastauksissa sukupuolten välisiä eroja. Erot olivat kuitenkin niin pienet, että niihin ei ole tässä tutkimuksessa kiinnitetty sen suuremmin huomiota (Kuvio 5).



KUVIO 5 Sukupuolijakauma (n=44)

Kuviosta 5 ilmenee, että vastaajista oli miehiä 48 %, naisia 41 % ja 11 % vastaajista ei ilmoittanut sukupuoltaan. Sukupuolella ei siis ole ollut merkitystä siihen, kuinka aktiivisesti lomakkeisiin vastattiin. Positiivista on, että molemmat sukupuolet olivat hyvin edustettuina. Kaiken kaikkiaan vastausprosentti oli myös suuri, joten tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suhteellisen luotettavina ja yleistettävänä.

Lomakkeeseen vastattiin melko vaihtelevasti. Osa vastaajista täytti huolellisesti koko lomakkeen, mutta osa jätti joihinkin kysymyksiin kokonaan vastaamatta. Yksi vastaaja palautti lomakkeen tyhjänä. Erityisesti lomakkeen laadullisten kysymysten vastausprosentteissa oli eroja. Kyselylomakkeessa oli neljä laadullista kysymystä. Taulukko 1 kuvaa laadullisten kysymysten vastausprosentteja. Kahden kysymyksen, *”Mikä mielestäsi ryhmätoiminnoissa on mielekkäintä?”* sekä *”Miten ryhmätoiminta on auttanut sinua arjen tilanteissa?”*, vastausprosentit oli-

vat suhteellisen suuret (66 % ja 61 %). Näihin kysymyksiin on ollut melko helppo vastata, sillä vastaukset perustuvat kuntoutujien omiin kokemuksiin.

TAULUKKO 1. Laadullisten kysymysten vastausprosentit (%)

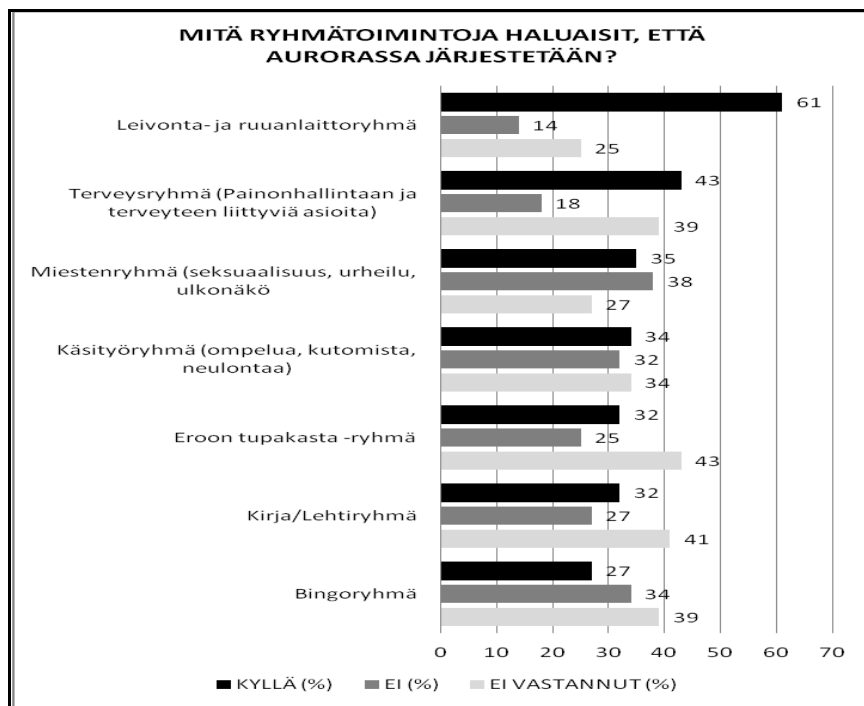
LAADULLINEN KYSYMYS	VASTAUSPROSENTTI (%)
Mikä mielestäsi ryhmätoiminnoissa on mielekkäintä?	66 %
Miten mielestäsi ryhmätoimintoja voisi kehittää?	32 %
Miten ryhmätoiminta on auttanut sinua arjen tilanteissa?	61 %
Minkälaista ryhmätoimintaa haluaisit itse järjestää?	36 %

Taulukosta 1 ilmenee, että kahden muun avoimen kysymyksen, *”Miten mielestäsi ryhmätoimintoja voisi kehittää?”* sekä *”Minkälaista ryhmätoimintaa haluaisit itse järjestää?”*, vastausprosentit olivat kuitenkin melko pienet (32 % ja 36 %). Molemmat kysymykset käsittelivät ryhmätoimintojen kehittämistä. Voidaan päätellä, että on vaikeampaa vastata kysymyksiin, jotka vaativat enemmän innovaatioita, aikaa ja motivaatiota pohtia asioita. Näiden kahden aineiston yleistämiseen tulee suhtautua melko kriittisesti. Kokonaisuudessaan vastausprosentit sekä vastausten sisällöt olivat kuitenkin tarpeeksi riittävät tutkimuksen toteuttamisen ja onnistumisen kannalta.

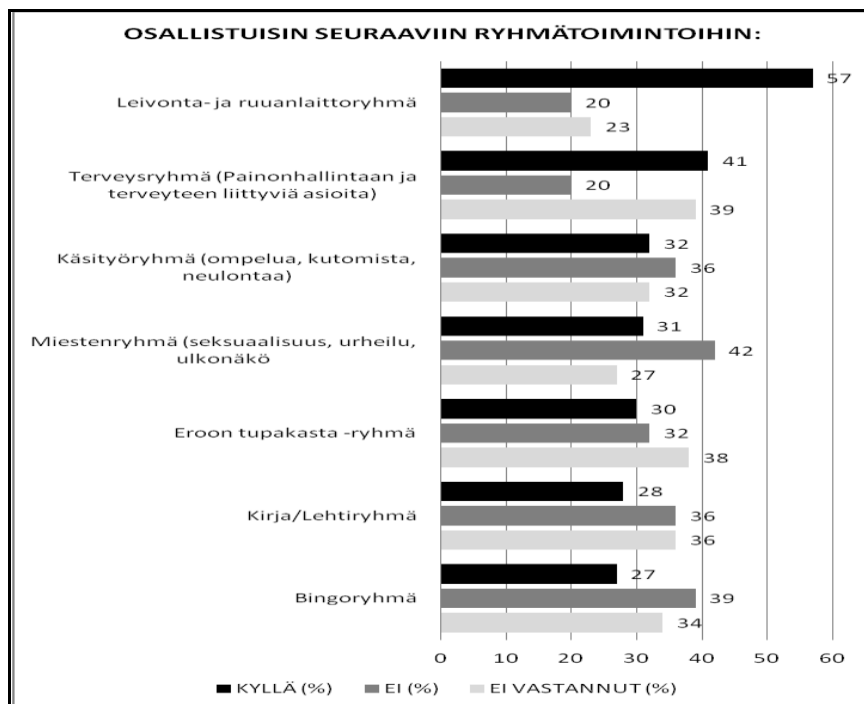
8.1 Toivotut ryhmät

Kuntoutujilta kysyttiin ryhmätoiminnoista, joita he haluaisivat Aurorassa järjestettävän sekä ryhmätoimintoja, joihin he voisivat osallistua. Kysymykset olivat hyvin samanlaisia keskenään. Lisäksi molemmissa kysymyksissä vastaukset olivat valmiiksi annettuja, mutta vastaajille oli annettu myös mahdollisuus ehdottaa muita ryhmätoimintoja, jotka eivät vastausvaihtoehdoissa ilmenneet. Tarkoituksena oli verrata, saadaanko samanlaisia vastauksia kysyttäessä kysymys hieman eri tavalla. Näin voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta, jos molempi-

en kysymysten vastaukset eivät poikkeaa kovasti toisistaan. Vastaukset olivat kutakuinkin samanlaiset molemmissa kysymyksissä, mutta niissä ilmeni kuitenkin pieniä eroavaisuuksia (Kuviot 6 ja 7)



KUVIO 6 Ryhmiä, joita kuntoutujat halusivat Aurorassa järjestettävän.



KUVIO 7 Ryhmätoimintoja, joihin kuntoutujat voisivat osallistua.

Kuvioista 6 ja 7 ilmenee, että tulokset ovat hyvin samanlaiset keskenään. Huomioitavaa on kuitenkin se, että kyllä-vastaus sai enemmän kannatusta kuviossa 6 kuin kuviossa 7. Lisäksi kuvioista käy ilmi, että kuviossa 6, jonka kysymys oli sijoitettu myös lomakkeessa ennen kuvion 7 kysymystä, on jätetty hieman enemmän vastaamatta kokonaan kuin kuvion 7 kysymykseen. Ilmiötä ei siis voi selittää sillä, että toiseen kysymykseen vastaamisen aikana motivaatio vastata olisi heikentynyt. Syitä voi olla monia, mutta tämän tutkimuksen kannalta ero oli kuitenkin niin pieni, että näitä tutkimustuloksia voidaan pitää suhteellisen luotettavina.

Kuvioista 6 ja 7 ilmenee, että suurin osa vastaajista (61 % ja 57 %) halusi, että Aurorassa järjestetään leivonta- ja ruuanlaittoryhmä. Toiseksi eniten vastaajista (43 % ja 41 %) halusi, että Aurorassa järjestetään terveysryhmä. Kolmanneksi eniten vastaajista puolestaan (34 % ja 31 %) halusi, että Aurorassa järjestään käsityöryhmä. Melkein yhtä paljon kannatusta saivat kirja- ja lehtiryhmä (32 % ja 30 %) sekä eroon tupakasta -ryhmä (32 % ja 28 %). Erityisen tärkeä näkökulma näissä tutkimustuloksissa oli, että jokaiseen ryhmään oli suhteellisen paljon halukkaita osallistua.

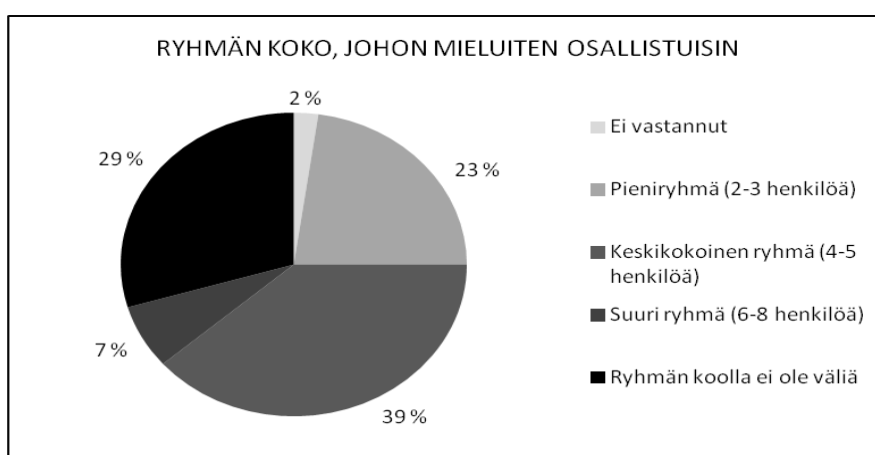
Lisäksi kuviosta 6 ja 7 selviää, että osa vastaajista jätti kokonaan vastaamatta joihinkin kysymyksiin. Esimerkiksi vastaajista 43 % ja 38 % ei vastannut ollenkaan kohtaan, jossa kysyttiin eroon tupakasta-ryhmästä. Voidaan päätellä, että kaikki kuntoutujat eivät välttämättä polta tupakkaa, jonka vuoksi he eivät myöskään ole vastanneet kumpaanakaan annettuun vaihtoehtoon. Lisäksi miestenryhmän vastauksissa on otettu huomioon vain miesten vastaukset, sillä ryhmä on suunnattu miehille. Miehistä jopa (35 % ja 31 %) osallistuisi miestenryhmään, jos sellainen ryhmä järjestettäisiin.

Molemmissa kysymyksissä annettiin vastaajille mahdollisuuden ehdottaa jotakin muuta ryhmätoimintaa, jota he haluaisivat Aurorassa järjestettävän sekä ryhmätoimintoja, joihin he osallistuisivat. Tulokset olivat molemmissa täsmälleen samanlaiset. Näihin kysymyksiin vastasi 18 % vastaajista. Eniten kannatusta saivat toimintaan liittyvät ryhmät kuten jumpparyhmä, joogaryhmä sekä biljardin

pelaaminen ja keilaaminen. Toiseksi eniten kannatusta saivat musiikkiin ja laulamiseen liittyvät ryhmät. Lisäksi eräs vastaaja halusi, että Aurorassa järjestettäisiin ryhmä, joka käsittelisi seksuaalisia asioita. Toinen vastaaja puolestaan toivoi ryhmää, jossa olisi uskonnollinen teema.

8.2 Ryhmäkoko

Vastaajilta kysyttiin ryhmän kokoon liittyvä kysymys (Kuvio 8).



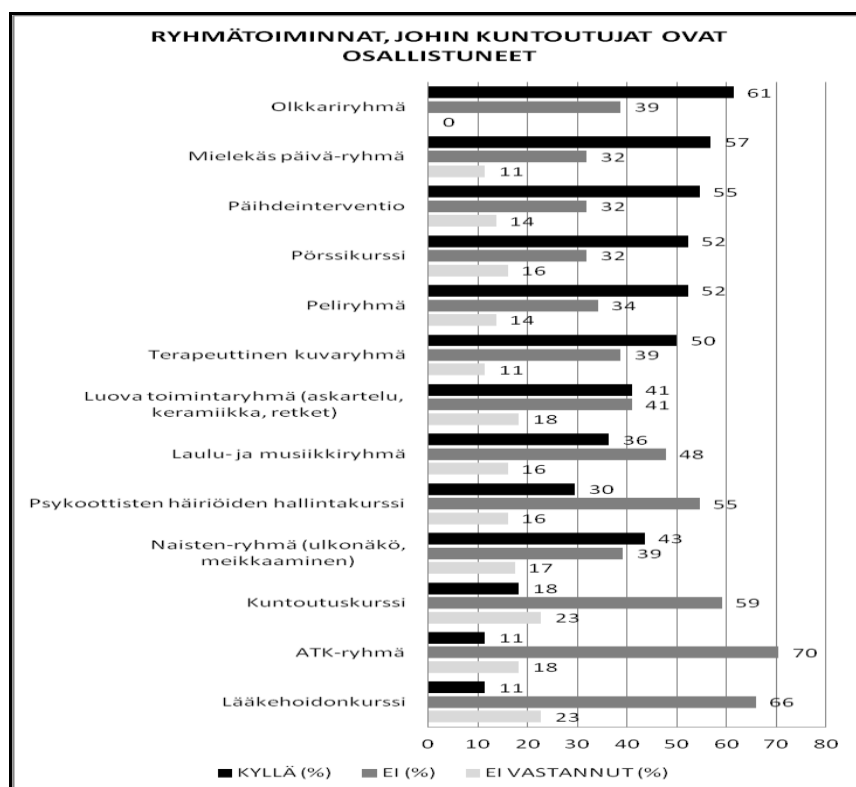
KUVIO 8. Ryhmäkoko

Kuviosta 8 selviää, että kuntoutujista suurin osa (39 %) oli sitä mieltä, että keskikokoinen ryhmä oli mieluisin ryhmän koko. Huomioitavaa kuitenkin on, että toiseksi eniten vastaajista (29 %) oli sitä mieltä, että ryhmän koolla ei ole väliä. Vähiten kannatusta sai suuri ryhmäkoko, joka sai äänistä vain 7 %. Tämän tutkimuksen mukaan voidaan päätellä, että ryhmän koolla ei ollut kovin suurta merkitystä kuntoutujille.

8.3 Ryhmien mielekkyys

Kyselylomakkeessa kuntoutujilta kysyttiin ryhmätoimintoja, joihin he ovat osallistuneet Aurorassa. Kysymyksen tarkoitus oli selvittää, millä keinoilla tällä hetkellä kuntoutujat saavat Aurorassa kuntoutusta ryhmien muodossa. Lisäksi kysymys

luo pohjaa seuraavalle kysymykselle, jossa esitetään väittämiä samaisten ryhmien mielekkyydestä. Tarkoituksena oli tarkastella, ovatko molempien kysymysten vastausprosentit kutakuinkin samanlaiset, jotta tutkimus antaisi mahdollisimman luotettavaa tietoa (Kuvio 9).

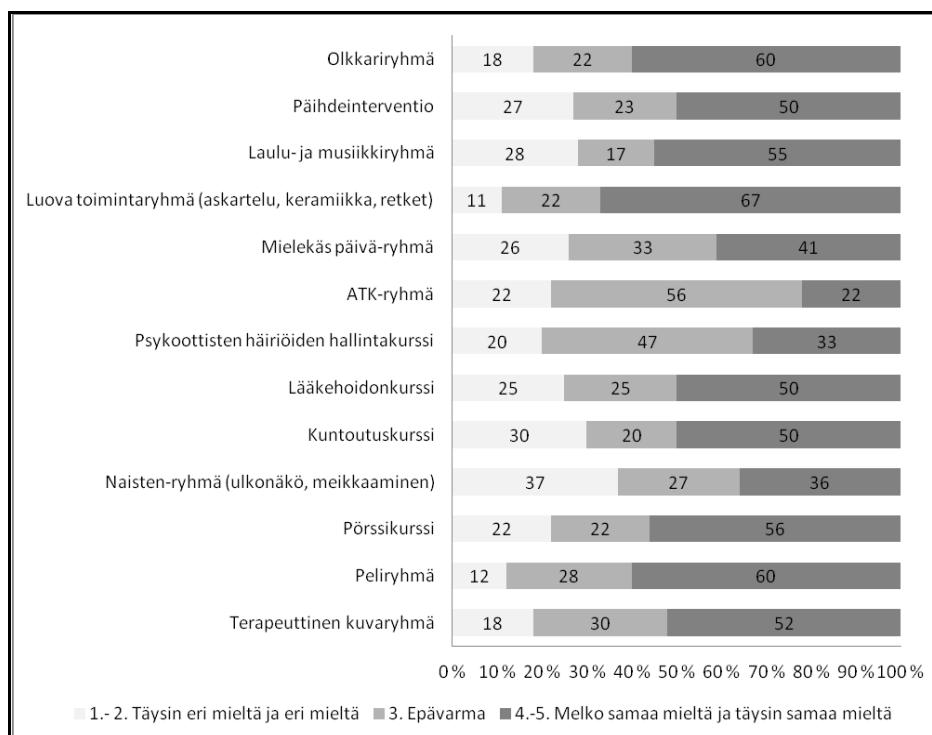


KUVIO 9. Ryhmätoiminnat, joihin kuntoutujat ovat osallistuneet

Kuviosta 9 ilmenee, että suurin osa vastaajista oli osallistunut olkkariyhmään (61 %), mielekäs päivä-ryhmään (57 %) ja päihdeinterventiotilaisuuteen (55 %). Huomioitavaa on myös, että pörssikurssiin ja peliryhmään oli osallistunut melko huomattava osa vastaajista (52 %). Lisäksi terapeuttisen kuvaryhmän osallistujien määrä oli suhteellisen korkea (50 %). Vähiten kuntoutujat olivat puolestaan osallistuneet lääkehoidonkurssille (11 %), ATK-ryhmään (11 %) sekä kuntoutuskurssille (18 %). Naistenryhmän vastauksissa on huomioitu vain naisten antamat vastaukset. Naistenryhmään oli osallistunut lähes puolet (43 %) vastaaneista naisista.

Vastaajia pyydettiin väittämän avulla arvioimaan, kuinka mielekkäinä he pitävät Aurorassa järjestettäviä ryhmiä. Vaihtoehtoina oli annettu täysin samaa mieltä,

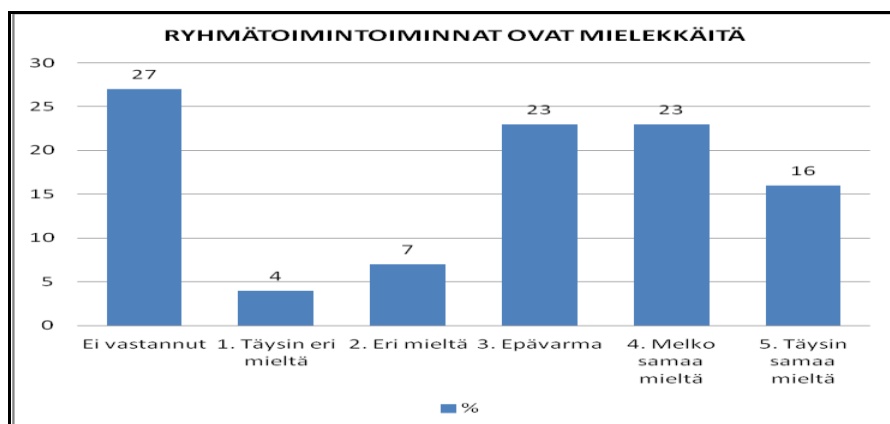
samaa mieltä, epävarma, melko eri mieltä ja täysin eri mieltä. Kuvioon 10 on yhdistetty täysin samaa mieltä ja samaa mieltä kuvaamaan kuntoutujien positiivista mielleyhtymää ja melko eri mieltä ja täysin erimielistä kuvamaan heidän negatiivista mielleyhtymää ryhmätoimintaa kohtaan, jotta kuvion ja tulosten hahmottaminen olisi helpompaa.



KUVIO 10. Arvio ryhmien mielekkyydestä

Kuviosta 10 ilmenee, että kuntoutujat pitivät mielekkäimpinä, joita Aurorassa järjestetään, luovaa toimintaryhmää (67 %), olkkariryhmää (60 %) sekä peliryhmää (60 %). Negatiivisimmin suhtauduttiin ATK-ryhmään sekä psykoottisten häiriöiden hallintakurssiin. Vastaajista vain 22 % piti ATK-ryhmää mielekkäänä, mutta huomioitavaa kuitenkin on, että jopa 56 % vastaajista oli ryhmän mielekkyyden suhteen epävarma. Lisäksi vastaajista vain 33 % piti psykoottisten häiriöiden hallintakurssia mielekkäänä, mutta tässäkin on huomioitava, että epävarmoja ryhmän mielekkyyden suhteen oli lähes puolet vastaajista.

Vastaajilta kysyttiin myös yleistä arviota ryhmien mielekkyydestä väittämän muodossa. (kuvio 11)

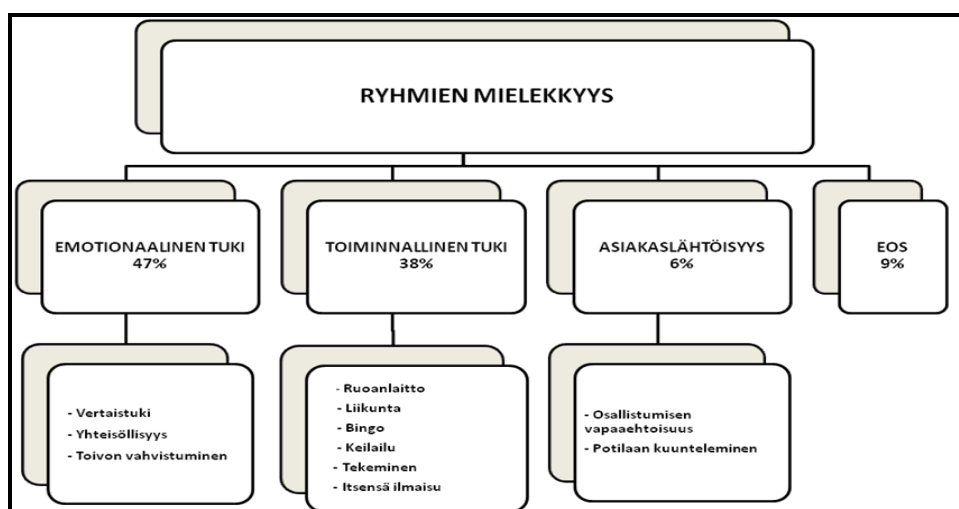


KUVIO 11. Yleisarvio ryhmätoimintojen mielekkyydestä

Kuviosta 11 käy ilmi, että suurin osa vastaajista (27 %) ei vastannut kysymykseen ollenkaan. Vastaajista 23 % oli epävarma väittämän suhteen. Täysin eri mieltä ja eri mieltä saivat vähiten kannatusta (4 % ja 7 %). Kaiken kaikkiaan kuntoutujat pitivät ryhmiä suhteellisen mielekkäinä, sillä suuri osa vastaajista oli ryhmien mielekkyyden suhteen melko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä (yhteensä 39 %).

”Mikä on mielestäsi ryhmätoiminnoissa mielekkäintä?”

Kysymykseen vastasi 29 kuntoutujaa eli kokonaisuudessaan 66 % kaikista vastaajista. Kuvio 12 selventää kuntoutujien vastauksista esiin nousseita teemoja.



KUVIO 12. Ryhmien mielekkyys

Kuviosta 12 ilmenee, että suurin osa vastaajista (47 %) koki ryhmissä mielekkäimpänä emotionaalisen tuen saamisen. Tässä tutkimuksessa emotionaalinen tuki muodostui vertaistuen, yhteisöllisyyden sekä toivon vahvistumisen kautta. Vertaistuki sai merkittävän määrän kannatusta. Tärkeänä pidettiin muuan muassa sosiaalista kanssakäymistä sekä uusien ihmisten tapaamista. Huomattava määrä vastaajista kertoi, että mielekkäintä ryhmissä oli, että saa olla muiden ihmisten kanssa, eikä tarvitse olla yksin.

Voi käsitellä asioita, nähdä ihmisiä.

Emotionaalisen tukeen lukeutuva yhteisöllisyys sai vastaajilta toiseksi eniten kannatusta. Voidaan siis päätellä, että kuntoutujat kokivat ryhmissä olevan mielekästä ryhmään kuulumisen sekä hyvä yhteishenki.

Pidän ryhmätoiminnoissa yhteisöllisyydestä.

Lisäksi toivon vahvistuminen nousi esille vastauksista. Vaikka vastausten määrä ei ollut kovin suuri, on tämä elementti kuitenkin hyvin merkittävää kuntoutumisen kannalta. Toivon vahvistuminen ilmeni vastauksista muuan muassa onnistumisen tunteen sekä oppimisen kautta.

Jos onnistuu työtehtävissä.

Kuviosta 12 ilmenee myös, että toiseksi eniten (38 %) vastauksista nousi esille toiminnallisuus. Tässä tutkimuksessa toiminnallisuuteen lukeutui muun muassa ruuanlaittoa, liikuntaa, pelaamista kuten bingoa ja keilailua, yleisesti tekemistä sekä itsensä ilmaisemista. Tämän tutkimuksen mukaan mielekästä ryhmissä oli sen antama toiminnallinen tuki.

Ne kuntouttavat hyvin ja ovat hyvää ohjelmaa päivisin, jos ei ole töissä.

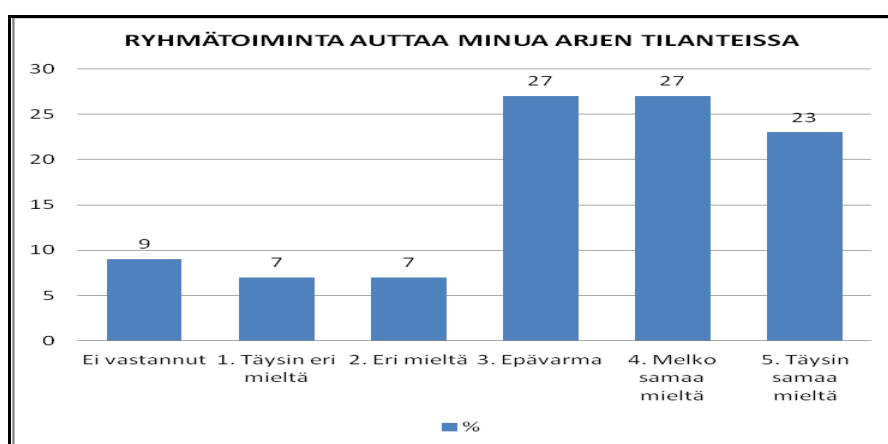
Kolmanneksi eniten (6 %) vastauksista korostui asiakaslähtöisyys. Vastausten määrä oli melko pieni, joten sen luotettavuutta ja yleistettävyyttä tulee tarkastella kriittisesti. Tässä tutkimuksessa ryhmien asiakaslähtöisyys ilmeni ryhmiin

osallistumisen vapaaehtoisuutena sekä kuntoutujan kokiessa tulleeensa kuulluksi.

Että potilasta kuunnellaan.

8.4 Ryhmien merkitys arjen tilanteissa

Vastaajilta kysyttiin väittämän avulla, auttavatko ryhmätoiminnot selviytymään arjen tilanteissa (Kuvio 13).

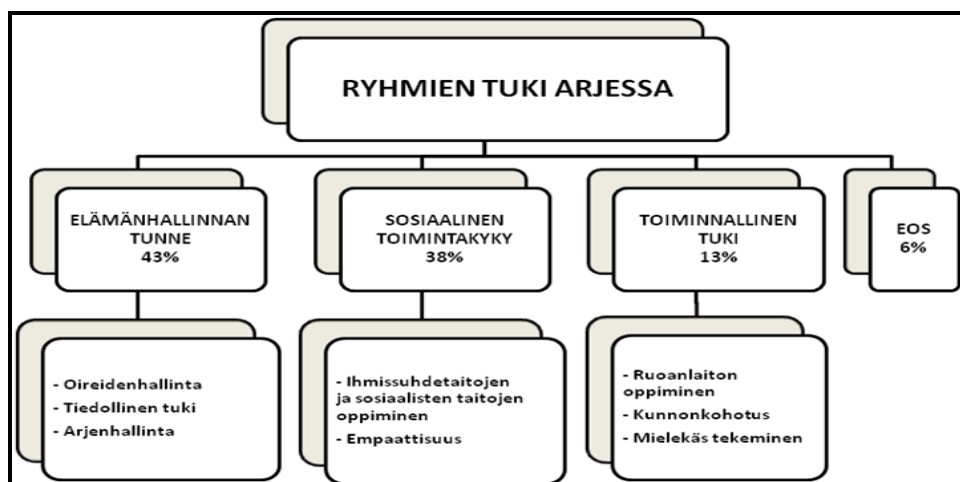


KUVIO 13. Yleisarvio ryhmien merkityksestä arjen tilanteisiin

Kuviosta 13 käy ilmi, että suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä (yhteensä 50 %). Huomioitavaa kuitenkin on, että melko suuri osa (27 %) vastaajista oli epävarma väittämän suhteen. Tämän tutkimustuloksen mukaan voidaan kuitenkin päätellä, että kuntoutujat kokivat ryhmistä olevan suhteellisen paljon hyötyä arjessa toimimisen kannalta.

”Miten ryhmätoiminta on auttanut minua arjen tilanteissa?”

Kysymykseen vastasi 27 kuntoutujaa, joten vastausprosentiksi saatiin (61 %). (Kuvio 14)



KUVIO 14. Ryhmien antama tuki arkeen

Kuviosta 14 ilmenee, että suurin osa vastaajista koki ryhmien auttavan arjen tilanteissa lisäämällä elämönhallinnan tunnetta (43 %). Tässä tutkimuksessa elämönhallintaan lukeutuivat oireiden- ja arjenhallinta sekä tiedollinen tuki. Arjenhallinta ilmeni elämän säännöllisyytenä kuten vuorokausirytmien säilyttämisellä sekä arjessa toimimisen helpottumisena. Oireidenhallinnan lisääntyminen puolestaan näkyi keskittymiskyvyn parantumisena sekä sairauden kanssa toimeen tulemisena. Eräs vastaaja kertoi arjen tehtävien hahmottamisen olevan helpompaa ryhmissä käymisen ansioista. Lisäksi tiedollisen tuen saaminen ilmeni vertaisten keskinäisellä tiedon ja neuvojen jakamisella.

Vinkeistä on ollut hyötyä, joita saan ryhmästä.

Toiseksi eniten (38 %) vastauksista nousi esille sosiaalisen toimintakyvyn lisääntyminen. Suurin osa vastaajista kertoi, että ryhmätoiminnot ovat tukeneet arkea lisäämällä ihmissuhde- ja sosiaalisia taitoja. Erään vastaajan mukaan ryhmätoiminnot ovat auttaneet vähentämään jännitystä, jonka sosiaaliset tilanteet aiheuttavat. Lisäksi vastauksista korostui sosiaalisuuden oppiminen, yhdessä oleminen sekä ystävien ja hyvän mielen saaminen.

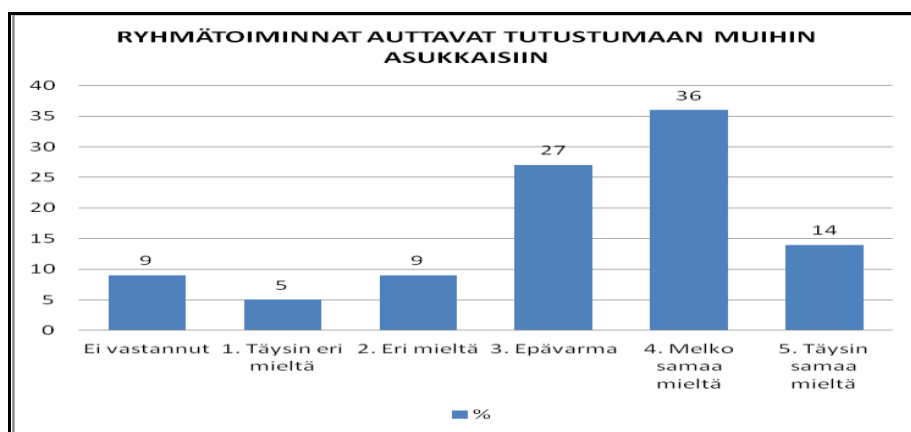
Sosiaalisuus, kun käyn ryhmissä voitan itseni.

Myös empatiakyvyn lisääntyminen lukeutui tässä tutkimuksessa sosiaaliseen toimintakykyyn. Pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että ryhmissä käyminen li-

säsi empatiakykyä. Erään vastaajan mukaan ryhmätoiminnot ovat helpottaneet huomioimaan ympärillä olevia ihmisiä.

Ottamaan osaa myös toisten potilaiden iloihin ja suruihin.

Vastaajilta kysyttiin väittämän avulla, auttavatko ryhmät tutustumaan muihin kuntoutujiin (Kuvio 15).



KUVIO 15. Ryhmien tuki sosiaalisten suhteiden solmimisessa

Kuviosta 15 ilmenee, että suurin osa vastaajista oli väittämän suhteen täysin samaa mieltä tai melko samaa mieltä (yhteensä 50 %). Yhteensä vain (14 %) vastaajista oli täysin eri mieltä tai eri mieltä väittämän kanssa. Tästä voidaan päätellä, että edellinen aineisto tukee tämän kysymyksen vastauksia, sillä edellisen aineiston mukaan 38 % vastaajista koki ryhmätoimintojen lisäävän sosiaalista toimintakykyä.

Kuviosta 14 selviää, että kolmanneksi eniten (13 %) vastauksista nousi esille toiminnallisuus. Tämän tutkimuksen mukaan voidaan päätellä, että erilainen toiminta antoi kuntoutujille toiminnallista tukea arkeen. Toiminnalliseen tukeen lukeutuvat muun muassa ruuanlaiton oppiminen, kunnon kohotus sekä mielekäs tekeminen.

Oppinut tekemään ruokaa.

8.5 Kuntoutujien itsenäisten ryhmien järjestäminen

"Minkälaista ryhmätoimintaa haluaisit itse järjestää?"

Kysymykseen vastasi 15 kuntoutujaa eli kokonaisuudessaan 34 % kaikista vastaajista (Kuvio 16).



KUVIO 16. Ryhmät, joita kuntoutujat halusivat itse järjestää

Kuviosta 16 ilmenee että, suurin osa vastaajista (33 %) halusi itse järjestää muille kuntoutujille toiminnallisia ryhmiä. Tässä tutkimuksessa toiminnalliseen ryhmään lukeutuivat liikuntaan ja pelaamiseen liittyvät ryhmät. Eräs vastaaja oli kiinnostunut järjestämään muille kuntoutujille erilaisia retkiä. Toinen taas halusi järjestää tietokilpailun. Lisäksi osa vastaajista kertoi olevansa kiinnostunut järjestämään bingoa muille kuntoutujille.

Voisin vetää Bingoa olemalla Bingoemäntä.

Toiseksi eniten (20 %) vastauksista korostui halu järjestää itse erilaisia taiteellisia ryhmiä. Eräs vastaaja halusi järjestää kuvataideryhmän. Toinen vastaaja puolestaan kertoi haluavansa järjestää musiikkiin liittyvän ryhmän.

Musikaalisuutta korostava.

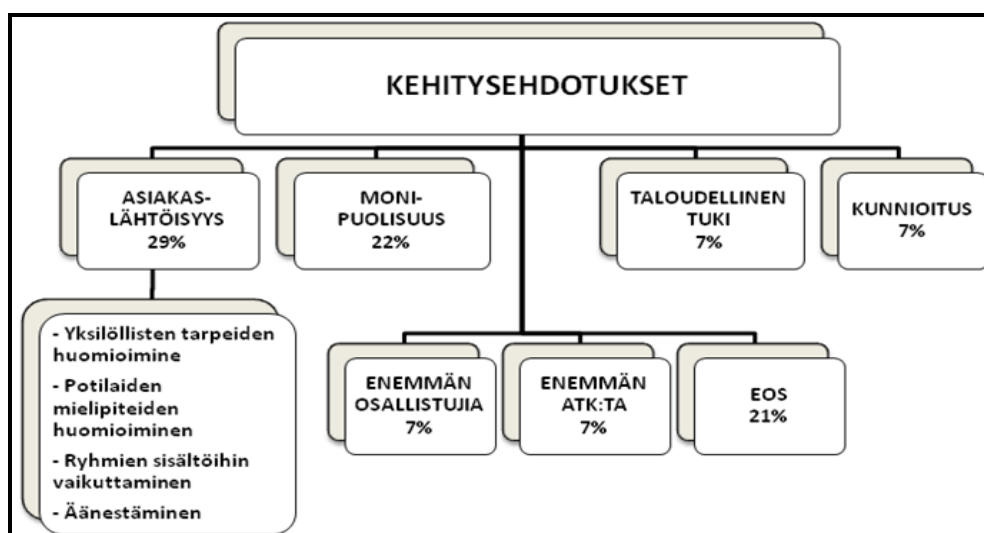
Huomioitavaa on, että erästä vastaajaa kiinnosti uskontoon liittyvän ryhmätöiminnan järjestäminen. Lisäksi eräs vastaaja puolestaan halusi järjestää ryhmän, joka kuntouttaa.

Jotain kivaa ja sosiaalista tai oikeasti hyödyllistä.

8.6 Ryhmien kehittäminen

”Miten mielestäsi ryhmätöimintoja voisi kehittää?”

Kysymykseen vastasi 14 kuntoutujaa eli kokonaisuudessaan 32 % kaikista vastaajista (Kuvio 17).



KUVIO 17. Ryhmätöiminnan kehittäminen

Kuviosta 17 ilmenee, että suurin osa vastaajista (29 %) oli sitä mieltä, että ryhmätöimintoja tulisi kehittää asiakaslähtöisimmiksi. Tässä aineistossa asiakaslähtöisyydellä tarkoitettiin, että kuntoutujilla olisi suurempi mahdollisuus vaikuttaa ryhmätöimintojen sisältöihin eli siihen, mitä ryhmiä Aurorassa järjestetään. Erään vastaajan mukaan kuntoutajat voisivat olla enemmän mukana kehittämässä ryhmiä. Eräs vastaaja ehdotti, että ryhmien sisällöistä tulisi pitää äänestys. Lisäksi erään vastaajan mukaan tulisi jokaisen kuntoutujan yksilölliset tarpeet ottaa paremmin huomioon ryhmätilanteissa.

Huomioiden yksilöntarpeita, esimerkiksi, jos on hiljainen.

Toiseksi eniten vastaajista (22 %) oli sitä mieltä, että ryhmätoimintojen tarjonnan tulisi olla monipuolisempaa. Erään vastaajan mielestä ryhmätoimintaa tulisi kehittää keksimällä ryhmille uusia sisältöjä.

Mielestäni ryhmätoimintaa voisi kehittää esim. tuomalla uusia ryhmiä vanhojen tilalle.

Yksi vastaajista toivoi enemmän ATK-ryhmiä. Eräs vastaaja puolestaan toivoi, että ryhmissä olisi enemmän osallistujia. Yksi vastaaja taas toivoi, että Auroran avokuntoutusyksiköllä olisi ryhmätoimintojen järjestämiseen enemmän rahaa käytettävissä.

Että olisi varaa ryhmien ns. materiaaleihin.

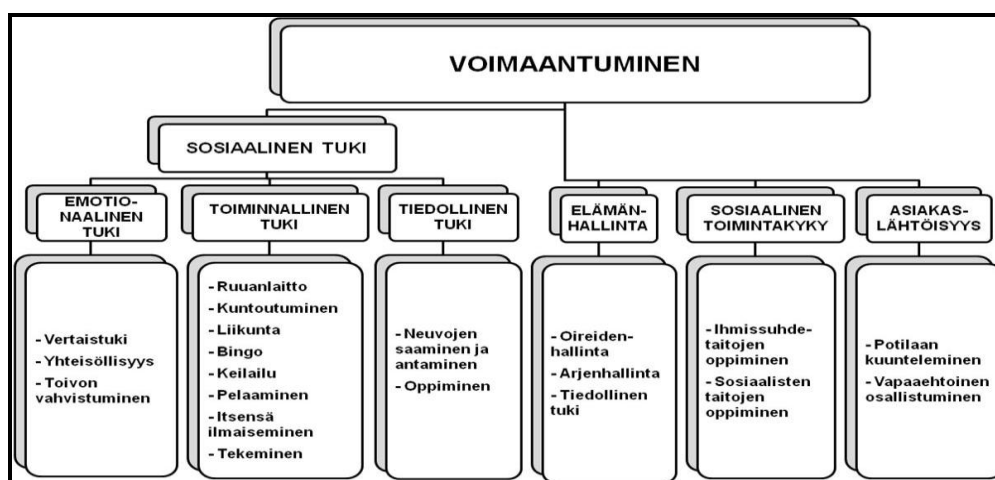
9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen hyvän vastausprosentin ja suhteellisen laajan aineiston vuoksi tutkimus antaa arvokasta ja uutta tietoa Auroran henkilökunnalle kuntoutujien näkemyksistä ryhmätoiminnan suhteen. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että tutkimustulokset vastasivat asetettuihin tutkimusongelmiin. Jo itsessään tutkimuksen toteuttaminen lisäsi asiakaslähtöisyyttä kuntoutujan vastatesa lomakkeeseen ja saadessa näin näkemyksensä esille. Tärkeimpänä vaiheena voidaan kuitenkin pitää tutkimustulosten konkretisoimista ja soveltamista käytäntöön.

9.1 Voimaantuminen

”Miten mielenterveyskuntoutujat kokevat ryhmätoiminnan tukevan kuntoutumisprosessiaan Auroran avokuntoutusyksikössä?”

Tämän tutkimuksen mukaan ryhmätoimintoihin oltiin melko tyytyväisiä, mutta kehitettävääkin löytyi. Ryhmät koettiin suhteellisen mielekkäiksi, arkea tukeviksi sekä edesauttaviksi tekijöiksi sosiaalisten suhteiden solmimisessa. Tutkimusaineiston pohjalta ryhmät edistivät kuntoutujien kuntoutumisprosessia (kuvio 18).



KUVIO 18 Ryhmätoiminnan antama tuki mielenterveyskuntoutujille

Kuviosta 18 ilmenee tutkimustuloksista nousseen esiin kuusi teemaa. Näitä olivat sosiaalinen tuki kuten emotionaalinen, toiminnallinen ja tiedollinen tuki, elämänhallinta, sosiaalinen toimintakyky ja asiakaslähtöisyys. Tämän tutkimuksen mukaan voidaan päätellä, että näiden teemojen kautta kuntoutujat saivat ryhmistä voimaantumisen kokemuksia. Järvikosken ja Härkäpään (2001, 36) mukaan mielenterveyskuntoutuksen lähtökohtana on asettaa kuntoutujan tavoitteeksi voimaantuminen. Voimaantumisen kokeminen voidaan katsoa auttavan kuntoutujia selviämään erilaisissa arjen tilanteissa sekä tarjoavan mahdollisuuden muuttaa elintapojaan ja selviytyä sairauden kanssa.

Kiviahteen ja Koskelan (2006, 30) opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää toiminnallisten voimavararyhmien merkitys ja niiden yhteys mielenterveyskuntoutujan voimaantumiseen. Myös heidän mukaansa kuntoutujat saivat voimaantumisen kokemuksia osallistuessaan toiminnallisiin ryhmiin. Heidän opinnäytetyössään voimaantumisen kokemukset ilmenivät tuen saamisen, mielen virkistymisen, itsensä toteuttamisen, toiminnan ja keskustelun yhteyden kautta.

9.1.1 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki voidaan nähdä olevan ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa annetaan ja saadaan henkistä, emotionaalista, tiedollista, toiminnallista sekä aineellista tukea (Kumpusalon (1991, 14). Räsäsen (2006, 99) ja Fettermanin (1996, 5) mukaan sosiaalisen tuen saaminen lisää kuntoutujan kokemuksia voimaantumisesta. Merja Kosonen (2010) tutki opinnäytetyössään mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisvalmiutta. Kososen (2010, 33) tutkimuksen mukaan sosiaalisen tuen saaminen edisti kuntoutumista.

Emotionaalinen tuki

Tämän tutkimuksen mukaan kuntoutujat saivat ryhmistä emotionaalista tukea *vertaistuen* kautta. Ahola ja Laine (2009) tutkivat opinnäytetyössään vertaistukiryhmien hyötyjä mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Heidän (2009, 45–

46) tutkimuksensa mukaan kuntoutujat kokivat vertaistuen tukevan kuntoutumisprosessia ryhmien antaessa emotionaalista tukea sekä henkisen eheytyksen tunteen. Malinin (2000, 17) mukaan puolestaan jo pelkkä yhdessäolo vertaistensa kanssa voi toimia mielenterveyskuntoutujalle elinvoimaa lisäävänä tekijänä. Vertaistuellla on selkeä yhteys voimaantumiseen, sillä samanlaisien kokemusten jakaminen tarjoaa ainutlaatuista keskinäistä tukea (Wilsonin 1995, 82).

Usein mielenterveyskuntoutujat kokevat sairautensa vuoksi toivottomuutta, joten usko paremmasta tulevaisuudesta ja mahdollisuuksista on tärkeää kuntoutujille (Isohanni ym. 2011, 78). Tämän tutkimuksen mukaan muutama vastaaja koki ryhmien *herättävän toivoa*. Vilenin ym. (2005, 203) mukaan erityisesti vertaistukiryhmät voivat virittää kuntoutujissa toivoa. Kuntoutujat ovat usein eri vaiheissa toipumisen ja kuntoutuksen suhteen. Muiden vertaisten kokemukset asioiden etenemisestä ja ongelmien voitettavuudesta luovat toivoa ryhmän jäseniin.

Lisäksi tässä tutkimuksessa kuntoutujat saivat ryhmistä *yhteisöllisyyden kokemuksia*. Yhteisöllisyys on erityisen tärkeää mielenterveyskuntoutujalle, sillä hänen luonnolliset sosiaaliset suhteet eivät luo kokemusta voimaantumisesta (Vilen ym. 2005, 203). Eija Lapin (2006, 31–32, 36–37, 42–46) opinnäytetyön tutkimus osoitti, että yhteisöllisyyden kokemusta voidaan pitää hyvin tärkeänä elementtinä mielenterveyskuntoutujalle, mutta ei välttämättä merkittävimpänä. Hänen tutkimuksensa mukaan kuntoutujille tärkeitä asioita olivat hyväksytyksi tuleminen sekä vertaistuki. Yhteisö opetti itsestään huolehtimista, ruuanlaitto- ja käytännöntaitoja sekä kohotti itsetuntoa ja antoi rohkeutta kokeilla rajoja. Kuitenkaan kukaan Lapin tutkimukseen osallistuneista mielenterveyskuntoutujista ei pitänyt yhteisöllisyyttä merkittävimpänä tekijänä kuntoutumisen kannalta vaan yhteisön ulkopuolisen elämän merkitys kasvoi kuntoutumisen myötä.

Toiminnallinen tuki

Usein mielenterveyskuntoutujaan liitetään toimettomuus ja apaattisuus, jotka vaikeuttavat yksinkertaisienkin asioiden tekemistä (Suvikas ym. 2009, 262). On tärkeää, että kuntoutuja osallistuu erilaisiin toimintoihin tai on yhdessä muiden kanssa. Toiminnalliset ryhmät kuten esimerkiksi ruuanvalmistusryhmät tarjoavat hyvät mahdollisuudet konkreettisten tavoitteiden laatimiseen sekä niiden arvioimiseen. Tavoitteet voivat olla pieniäkin, sillä tärkeää on, että kuntoutuja saa onnistumisen kokemuksia ja mielihyvää. (Noppi ym. 2007, 196–197.) Ryhmässä toimiminen tarjoaa kuntoutujalle myös tärkeää sosiaalista kanssakäymistä, joka voi synnyttää yhteishenkeä (Vilen ym. 2005, 270). Tämän tutkimuksen mukaan kuntoutajat saivat ryhmistä toiminnallista tukea.

Tiedollinen tuki

Ryhmätoiminta voi antaa mielenterveyskuntoutujalle mahdollisuuden jakaa tietoa ja kohottaa itsetuntoa toisen auttamisen kokemuksen myötä. (Vilenin ym. 2005, 202). Tämän tutkimusaineisto pohjalta ryhmät antoivat kuntoutujille tiedollista tukea. Tässä tutkimuksessa tiedollisella tuella tarkoitetaan vertaisten keskinäistä tiedon jakoa. Malinin (2000, 17) mukaan kokemusten vaihto muiden vertaisten kanssa antaa kuntoutujalle välineitä ongelmien ratkaisuun sekä vahvistaa hänen identiteettiään. Parhaimmillaan positiivisen palautteen saaminen ja antaminen tarjoavat kuntoutujalle monipuolisen mahdollisuuden oppia arjessa selviytymiseen liittyviä perusasioita. (Noppi ym. 2007, 196.)

9.1.2 Elämänhallinta

Usein psyykkiset häiriöt heikentävät mielenterveyskuntoutujan elämänhallintaa. Sairaus on voinut rajoittaa elämää, liikkumista tai arjen toiminnoista selviämistä ja näin vähentää kuntoutujan voimavaroja. Tavallisten asioiden hallitseminen arjessa kuten perustarpeiden ja puhtaudesta huolehtiminen vaikeutuvat elämänhallinnan kadotessa. (Anttila ym. 2008, 10.) Tämän tutkimuksen mukaan

ryhmät vahvistivat kuntoutujien elämänhallintaa oireiden- ja arjenhallinnan tunteen lisääntymisen myötä. Hyvä elämänhallinta edistää kuntoutujien eheyden tunnetta, auttaa tilanteisiin sopeutumista, kohottaa motivaatiota, edistää uskoa omaan elämään sekä mahdollistaa kriisien näkemisen haasteina. Hyvää elämänhallintaa voidaan ylläpitää tukemalla kuntoutujien arjessa selviytymistä ja ihmissuhteita. (Ruishalme & Saaristo 2007, 14; Anttila ym. 2009, 10.)

9.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Usein mielenterveyskuntoutujaan liitetään passiivisuus, yksinäisyys ja eristäytyneisyys, jotka ovat aiheutuneet toimintakyvyn heikentymisen myötä. (Kettunen ym. 2002, 121–122). Tavallisesti kuntoutujan on hankala solmia ja ylläpitää ihmissuhteita (Isohanni ym. 2011, 70). Hyvä sosiaalisen toimintakyky on tärkeää, jotta kuntoutujan on mahdollista luoda kontakteja ja hankkia itselleen asema ryhmässä (Parviaisen 1998, 46). Ryhmätoiminta voi lisätä kuntoutujan itsetuntemusta ja sitä kautta opettaa ihmissuhde- ja sosiaalisia taitoja sekä tarjota sosiaalista tukea (Vilenin ym. 2005, 201; Nopparin ym. 2007, 196). Tämän tutkimusaineiston pohjalta ryhmätoiminta lisäsi kuntoutujien sosiaalista toimintakykyä ihmissuhde- ja sosiaalisten taitojen kehittymisen myötä. Hyvä toimintakyky on kuntoutujan hyvinvoinnin kannalta merkittävänä tekijä. Sen avulla kuntoutuja kykenee vastaamaan elämän tuomiin haasteisiin ja selviytymään niistä, toimimaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa sekä asettamaan tavoitteita ja pyrkimään niitä kohti. (Anttila ym. 2005, 41.)

Lisäksi hyvä toimintakyky on tärkeä tekijä kuntoutujan voimaantumisprosessissa. Voimaantumisen kokemus lisää myös kuntoutujan elämänhallintaa. (Anttila ym. 2009, 15.) Siitosen (1999, 161) ja Räsäsen (2006, 99) mukaan sosiaalinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet edistävät kuntoutujan voimaantumista. Tämän tutkimusaineiston pohjalta voidaan päätellä, että elämänhallinnan tunteen ja sosiaalisen toimintakyvyn lisääntymisen myötä kuntoutujat saivat ryhmistä voimaantumisen kokemuksia.

Auroran kuntoutuksen tavoitteena on, että jokaiselle kuntoutujalle saavutetaan optimaalinen elämänhallinta, löydetään elämään sisältöä, opitaan elämään oireiden kanssa ja selviytymään arjessa mahdollisimman itsenäisesti. Ryhmätoiminnan tavoitteena on kehittää kuntoutujan sosiaalisia taitoja, antaa vertaistukea, vahvistaa itsetuntoa, kannustaa itseilmaisuun ja luovuuteen sekä tarjota mielekästä tekemistä ja yhdessäoloa arkeen. (Palkeinen 2011) Tämä tutkimus osoitti, että ryhmätoiminta on merkittävä kuntoutumisprosessissa edistävää tekijä. Aineistosta nousseiden teemojen valossa Auroran henkilökunta voi konkreettisesti nähdä, että ryhmätoiminta todella auttaa mielenterveyskuntoutujia saavuttamaan tavoitteita, jotka kuntoutuksen näkökulmasta ovat tärkeitä.

9.2 Ryhmien kehittäminen

”Mitä ajatuksia mielenterveyskuntoutujilla on ryhmätoimintojen kehittämiseksi?”

Tutkimustuloksissa esiintyi melko niukalti kehitysehdotuksia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että Auroran avokuntoutusyksikön ryhmien järjestämisessä ei olisi kehitettävää. Palvelun laadun sekä kuntoutumisen kannalta aktiivinen kehittäminen on avainasemassa. Vaikka kehitysehdotuksia oli tässä tutkimuksessa vähänlaisesti, ovat ne äärimmäisen tärkeitä asiakaslähtöisyyden ja sitä kautta kuntoutumisen kannalta.

9.2.1 Asiakaslähtöisyys ja ryhmien monipuolisuus

On tärkeää huomioida, että tutkimustuloksissa oli pientä ristiriitaisuutta. Kuvios-
ta 18 käy ilmi, että muutama kuntoutuja koki ryhmätoiminnat asiakaslähtöisiksi. Asiakaslähtöisyys ilmeni kuulluksi tulemisen kokemuksen ja ryhmien vapaaehtois-
toisen osallistumisen myötä. Ryhmätoiminnan asiakaslähtöisyyden toteutumi-
sessa koettiin olevan kuitenkin hieman puutteita. Ryhmiä tulisi kehittää asiakas-
lähtöisemmiksi niin, että kuntoutujien yksilölliset tarpeet otettaisiin ryhmissä pa-
remmin huomioon. Lisäksi kuntoutujille tulisi antaa suurempi mahdollisuus vai-

kuttaa siihen, mitä ryhmiä Aurorassa järjestetään. Tämän tutkimustuloksen mukaan voidaan päätellä, että kuntoutujat kokivat tutkimuksen tarpeelliseksi, sillä sen avulla he saivat mahdollisuuden vaikuttaa Auroran ryhmien järjestämiseen. Tutkimuksesta nousi esille myös, että ryhmätarjonnan tulisi olla monipuolisempaa. Erilaisia ryhmiä tulisi olla enemmän, jotta jokaiselle kuntoutujalle löytyisi omia tarpeitaan vastaavaa toimintaa.

Auroran ryhmien asiakaslähtöisyyden lisääminen on tärkeää, jotta ryhmät tukisivat parhaalla mahdollisella tavalla kuntoutumisprosessia. Järvikosken ja Härkäpään (2001, 36) mukaan kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että asiakaslähtöisyys on selkeästi osana kuntoutusta. Sarajärven ym. (2011, 71) mukaan omaan kuntoutukseen vaikuttaminen auttaa kuntoutujaa sitoutumaan kuntoutumisprosessiinsa. Lisäksi Fettermanin (1996, 6) ja Siitosen (1999, 121) mukaan valinnanvapaus on tärkeä osa kuntoutujan voimaantumisprosessia. Itsestään lähtevä voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin (Siitonen 1999, 158, 162).

9.3 Tutkimustulosten käytännön sovelluksia ja problematiikkaa

On tärkeää pohtia, miten tutkimustuloksia voidaan käytännössä soveltaa sekä, mitä mahdollisia haasteita tulosten juurruttamisessa arkeen voi esiintyä. Usein tutkimusprosessit ovat hyvin työläitä ja pitkiä. Jäin pohtimaan, että ehtivätkö osa tutkimustuloksista vanhentua? Tämän tutkimuksen aineiston keräämisen ja tulosten julkaisemisen välillä on yhdeksän kuukautta aikaa, joten osa kuntoutujien näkemyksistä on voinut muuttua. Lisäksi tutkimustulosten käytännön sovelluksen problematiikkaan liittyy työelämän tahon kiinnostus toiminnan kehittämisen suhteen. Usein haasteena on erilaisten resurssien puute, jolloin henkilökunnan tulee priorisoida asioita. Herää kysymys, kuinka paljon Auroran henkilökunnalla on resursseja käytettävissään ja kuinka tärkeänä he pitävät ryhmien kehittämistä. Laitetaanko resursseja ryhmien kehittämiseen vai kenties muualle tärkeämpiin koettuihin toimintoihin?

9.3.1 Mielekkäät ja toivotut ryhmät

Usein mielenterveyskuntoutujan vapaa-aika voi olla toimetonta ja apeaa, joten on tärkeää pyrkiä löytämään tekijöitä, jotka antavat mielekkyyden kokemuksia. Esimerkiksi erilaisten ryhmätoimintojen kautta on mahdollista löytää kuntoutujalle lisää merkitystä ja sisältöä elämään. (Rissanen 2007, 77; Seppi 2007, 36.) Kuntoutumisen kannalta olisi tärkeää, että Auroran henkilökunta järjestäisi erityisesti ryhmiä, joita kuntoutujat pitivät mielekkäinä ja toivottuina. Tutkimustuloksista nousseiden mielekkäiden ja toivottujen ryhmien järjestäminen voisi entisestään lisätä kuntoutujien kiinnostusta ryhmiä kohtaan ja sitä kautta edistää heidän aktiivisuuttaan sekä tuoda mielekkyyttä arkeen. Näin henkilökunta voisi konkreettisesti lisätä entisestään ryhmien asiakaslähtöisyyden toteutumista ja sitä kautta edistää kuntoutumisprosessia. Kuntoutujien toivomien ryhmien järjestäminen toisi myös toivottua monipuolisuutta ryhmiin.

Paunu-Laakso (2009) tutki opinnäytetyössään asumisyksikössä asuvien mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Hänen (2009, 42) tutkimuksensa mukaan yli puolet vastaajista koki erilaisten harrastusmahdollisuuksien tukevan kuntoutumista. Eniten kuntoutusta edistävinä ryhminä pidettiin liikunta-, painonhallinta- ja terveysryhmää. Tässä tutkimuksessa erityisen mielekkäänä ryhmänä pidettiin terveysryhmää. Voidaan päätellä, että varsinkin terveysryhmän järjestäminen olisi kuntoutuksen kannalta merkityksellistä. Lisäksi on tärkeää huomioida, että kaikkiin tutkimuksessa esiintyneisiin toivottuihin ryhmiin olisi suhteellisen suuri osa vastaajista valmis osallistumaan. Voidaan päätellä, että jokaisen ryhmän järjestäminen Aurorassa olisi suotavaa. Näin saataisiin ryhmien tarjontaan monipuolisuutta, jolloin jokaiselle kuntoutujalle löytyisi omia tarpeitaan vastaavaa toimintaa.

Tutkimustulosten soveltamisessa käytäntöön voi esiintyä kuitenkin problematiikkaa. Erityisen paljon kuntoutujat toivoivat, että Aurorassa järjestettäisiin ruuanlaitto- ja leivontaryhmä. Ryhmän järjestämiseen tarvitaan resursseja. Eräs vastaaja olikin toivonut, että ryhmien materiaaleihin olisi enemmän rahaa käytettävissä. Jäin pohtimaan, että kuinka paljon Auroran henkilökunta voi asiaan

vaikuttaa vai tuleeko heidän pärjätä budjetilla, joka ryhmien järjestämiseen on varattu. Haasteita voi tuoda ryhmien järjestämisen priorisointi. Millä kriteereillä perustellaan kulloiseenkin ryhmään varattavat tarvittavat materiaalit?

Ruuanlaitto- ja leivontaryhmän voisi kuitenkin mahdollisesti yhdistää osaksi arkeen. Käytännössä sen voisi järjestää niin, että se pidettäisiin iltapalan laitton yhteydessä muutaman kerran viikossa. Näin ryhmästä ei välttämättä kertyisi ylimääräisiä kuluja, vaan se toimisi osana arkea. Aurorassa on myös yhteinen ”olohuone”, jossa on keittiö, joten yhteisen tilan löytäminenkin ei muodostuisi ongelmaksi.

9.3.2 Kuntoutujien oma-apuryhmät

Oma-apuryhmien eli vertaisten keskenään järjestämien ryhmien avulla kuntoutujan on mahdollista saada voimaantumisen kokemuksia (Wilsonin 1995, 82). Tämän tutkimusaineiston pohjalta pieni osa kuntoutujista halusi itse järjestää ryhmiä muille kuntoutujille. Ryhmien asiakaslähtöisyyttä ja monipuolisuutta sekä sitä kautta kuntoutusprosessia voidaan käytännössä edistää niin, että henkilökunta tukisi kuntoutujia itsenäisten ryhmien järjestämisessä. Vaikka tarkoituksena on, että kuntoutujat itsenäisesti järjestäisivät omia ryhmiä, tulee heidän kuitenkin saada tukea henkilökunnalta ryhmien järjestämisessä. Käytännössä Auroran henkilökunta voisi pyrkiä tukemaan kuntoutujia ryhmien suunnittelussa sekä alulle panemisessa, jotta kynnys omien ryhmien järjestämiseen madaltuisi.

Tämän tutkimustuloksen konkreettinen soveltaminen käytäntöön voi olla haastavaa. Jäin pohtimaan, kuinka pitkälle tulevaisuuteen tämä tutkimustulos voi kantaa. Kuinka kiinnostuneita kuntoutujat todellisuudessa ovat järjestämään omia ryhmiä? Entä, jos vastaamishetkellä toimittiin vain hetken mielijohteesta? Entä lopahtaisiko mielenkiinto heti yhden ryhmän jälkeen vai voisiko ryhmistä mahdollisesti tulla jopa säännöllisiä tapaamisia? Ryhmien järjestäminen vaatii motivaatiota, aktiivisuutta, rohkeutta ja pitkäjänteisyyttä, joten ryhmien järjestäminen voi olla haasteellista ihan kenelle tahansa. Erityisen haasteellista se voi

kuitenkin olla mielenterveyskuntoutujalle, jonka toimintakyky on heikentynyt sairauden vuoksi.

Henkilökunta ei juuri voi vaikuttaa, jos kukaan ei haluakaan järjestää ryhmiä. Itsenäisten ryhmien järjestäminen on loppujen lopuksi kiinni kuntoutujasta itsestään. Tärkeintä on kuitenkin lähteä liikkeelle kuntoutujien omista haluista ja tarpeista. Henkilökunta voi omalta osaltaan tukea, mutta lopulta ratkaisevaa on kuntoutujan oma päätös. Tutkimustuloksen käytännön sovelluksen haasteeksi voi nousta esiin myös henkilökuntaresurssit. Ehtisikö henkilökunta kaiken kiireen keskellä tukemaan kuntoutujia ryhmien suunnittelussa? Ilman henkilökunnan tukea voi kuntoutujien itsenäisten ryhmien järjestäminen olla entistä haasteellisempaa.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessin voidaan katsoa alkaneen syksyllä 2009. Aiheen valinta oli suhteellisen helppoa, sillä oma kiinnostukseni liittyy mielenterveystyöhön. Tutkimusaineisto on kerätty keväällä 2011 ja analysointi on toteutettu pääsääntöisesti syksyllä 2011. Opinnäytetyöprosessi oli haastava, mutta mielenkiintoinen. Kokonaisuudessaan prosessi on ollut oppimiskokemus, joka on lisännyt ammatillista osaamistani kehittäen minua niin ihmisenä kuin tulevana sosiaalialan työntekijänäkin.

10.1 Tutkimusprosessi

Alun perin opinnäytetyö on aloitettu parityönä. Valitsimme yhdessä työparini kanssa opinnäytetyön aiheen, jonka jälkeen tutkimusprosessi lähti etenemään tutustumalla mielenterveyskuntoutukseen sekä tutkimusmenetelmiin liittyviin kirjallisuuksiin. Tämän jälkeen aloimme työstää tutkimuksen suunnitelmaa. Tuolloin vielä työn kokonaiskuva oli hieman taka-alalla, joten suunnitelman laatimisessa ilmeni ongelmia. Tämän vuoksi emme myöskään saaneet tutkimuslupaa heti ensimmäisellä yrityksellä. Tehtyämme kattavamman tutkimussuunnitelman saimme keväällä 2011 tutkimusluvan Helsingin kaupungin Terveyskeskukselta. Tämän jälkeen annoimme yhteyshenkilöllemme Palkeiselle kyselylomakkeet sekä tiedotteet (liitteet 1–3), jotka hän jakoi kuntoutujien omahoitajille.

Tein osastonhoitaja Palkeiselle kyselylomakkeen kevään 2011 lopulla (liite 4). Kyselylomakkeen tarkoituksena oli saada Aurorasta mahdollisimman täsmällistä ja ajankohtaista tietoa. Lähetin Palkeiselle lomakkeen sähköpostilla. Palkeisen kattavien vastauksien myötä sain paljon lisää tietoa Aurorasta, jota hyödynsin opinnäytetyötä tehdessäni.

Syksyllä 2011 jatkoin työtä yksilötyönä. Lähdin liikkeelle aloittamalla työstämään opinnäytetyön kirjallista osuutta. Kirjallisen aineiston työstäminen oli suhteelli-

sen helppoa, sillä mielenterveyskuntoutuksesta löytyi paljon lähdekirjallisuutta. Haasteelliseksi kuitenkin koin kriittisen suhtautumisen lähdeaineistoon. Useissa teoksissa kirjoittajat olivat käyttäneet laajasti lähteitä, joten alkuperäisien lähteiden löytäminen oli haastavaa. Koin myös työn kirjallisen osion rajaamisen melko työlääksi, sillä tutkimuksen laadullisesta aineistosta nousi esille suhteellisen paljon eri teemoja (alaluokat). Johtopäätöksiä kirjoittaessani pystyin kuitenkin lopulta hahmottamaan työn kokonaisuuden. Erityisen onnistuneena pidän laadullisen aineiston kuvioita, sillä ne tuovat tekstiin selkeyttä.

Käytin laadullisen aineiston analysoinnissa pelkistämistä ja luokittelua. Menetelmä tuntui hyvin sopivalta ja jäsentävältä tavalta analysoida laadullista aineistoa. Haasteita toivat kuitenkin epävarmuus siitä, olenko varmasti tulkinnut aineiston oikealla tavalla. Ongelmaan auttoi pitkäjänteinen työskentely sekä hetkellinen tauko opinnäytetyön työstämisestä.

Tutkimuksen tärkein vaihe oli viimeiset viikot, kun työstin opinnäytetyötäni loppuun. Työssäni oli jo lähes kaikki materiaali valmiina, mutta niiden looginen järjestäminen oli haastavaa. Kuvailisin vaihetta niin, että se oli kuin palapelin rakentamista. Erona palapelin kokoamiseen oli kuitenkin, että useat palaset olisivat käyneet monenkin palasen kanssa hyvin yhteen. Haasteena siis koin, että saisin tutkimuksestani mahdollisimman selkeän kokonaisuuden. Lopulta kuitenkin onnistuin saavuttamaan suhteellisen hyvin opinnäytetyölleni asettamani tavoitteet.

10.2 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöni omakohtainen tavoitteeni oli näkemykseni ja ymmärrykseni lisääminen mielenterveystyöstä. Nämä tavoitteet saavutin opinnäytetyön prosessin aikana. Tutkimuksen toteuttaminen antoi mahdollisuuden nähdä lähempää mielenterveyskuntoutujien arkea ja heidän näkemyksiään ja toiveitaan kuntoutumisen ja ryhmätoiminnan suhteen. Opinnäytetyö on lisännyt ymmärrystäni siitä, kuinka tärkeää ryhmien tarjoama tuki on mielenterveyskuntoutujalle. Käy-

tännön tuntumaa sain työharjoitteluni kautta Aurorassa ja teoreettiseen kirjallisuuteen tutustumisen avulla pääsin laajentamaan tietämystäni mielenterveys-työssä käytetyistä menetelmistä, erityisesti ryhmätoimintaan liittyvistä menetelmistä. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi ollut oppimiskokemus, joka on lisännyt ammatillista osaamistani kehittäen minua niin ihmisenä kuin tulevana sosiaalialan työntekijänäkin.

Tutkimus auttoi minua ymmärtämään tutkivan ja kehittävän työotteen periaatteita. Kyselylomakkeeni määrällisten ja laadullisten kysymysten yhdistelmä antoi minulle laajempaa tietämystä tutkimuksissa käytettävistä menetelmistä ja erilaisten aineistojen analysoinnista. Opin arvioimaan tekemiäni ratkaisuja kriittisestä ja mahdollisimman objektiivisesta näkökulmasta pohtimalla syvällisesti ja seikkaperäisesti sitä, miten olisin voinut toteuttaa tutkimuksen toisin, jotta olisin saanut työstäni entistä onnistuneemman. Näiden asioiden pohtiminen on opettanut minua ymmärtämään, kuinka tärkeää on pyrkiä jatkuvasti kehittämään sosiaalialan palveluja. Tutkimuksen toteuttaminen antoi minulle hyvät eväät tulevaisuuteen sosiaalialan kehittämistyötä varten.

Yhteistyötaitoni ovat kehittyneet opinnäytetyön tekemisen myötä. Opinnäytetyön aloittaminen parityönä opetti minua, kuinka tärkeää on toimia yhdessä sujuvasti ja ammatillisesti. Minun ja työparini näkemyserojen johdosta opin paljon uusia asioita yhteistyöstä ja koen olevani valmiimpi astumaan työelämään. Yhteistyö Auroran kanssa sujui hyvin. Pyrin ottamaan henkilökunnan mielipiteet ja ehdotukset huomioon kyselylomakkeen työstämisen vaiheessa. Näin tutkimukseni pystyi vastaamaan paremmin Auroran tarpeisiin.

Tutkimusprosessin aikana olen oppinut organisoimaan asioita sekä hahmottamaan kokonaisuuksia, sillä tutkimuksen kannalta oli tärkeää pitää koko ajan kaikki palaset hyvin ja selkeästi kasassa. Opin myös priorisointitaitoja sekä ratkaisemaan erilaisia ongelmia. Tutkimuksen aikana nousi esiin paljon kysymyksiä, jotka jouduin ratkaisemaan, jotta pääsin työssä eteenpäin. Prosessi oli myös hyvin pitkä ja työläs, joka vaati pitkäjänteisyyttä, joten omat rajat olivat koetuksella. Pyrin pitämään väillä pitempiä taukoja, jotka kestivät useita päiviä.

Taukojen pitäminen auttoi minua hahmottamaan työtä paremmin ja antoi uusia näkökulmia ja oivalluksia. Lisäksi asetin viikkoaikatauluja, joiden tavoitteet olivat realistisia ja saavutettavia. Näin sain myös onnistumisen kokemuksia ja intoa jatkaa eteenpäin.

Opinnäytetyön oppimisen ja ammatillisen kehittymisen arvioimisessa on samoja piirteitä kuin opiskeluaikaisissa työharjoitteluissa. Kaikkea opittua ei voi hahmottaa heti työn aikana tai sen jälkeen vaan suurimman osan opituista asioista havaitsee ja oivaltaa vasta tulevaisuudessa. Erityisesti myöhemmin työelämässä ja työn tuomien haasteiden kautta, voi huomata asioita, joita prosessin aikana on oppinut, mutta ei välttämättä vielä silloin tiedostanut.

10.3 Luotettavuus, pätevyys ja yleistettävyys

Tärkein kriteeri tutkimuksen luotettavuuden kannalta on, että tutkimuksessa käytetään sille asetettuja kriteerejä (Heikkilä 2008, 185). Näitä kriteerejä kuvataan määritteillä reliabiliteetti (luotettavuus) ja validiteetti (pätevyys). Reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sisäinen reliabiliteetti voidaan todeta, kun mitataan sama tilastoyksikkö useamman kerran. Mittaustulosten ollessa samat, on tutkimus reliabiliteetti. Ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa, että mittaukset voidaan toistaa myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. Reliabiliteetti on riippumaton validiudesta, mutta alhainen reliabiliteetti alentaa myös mittarin validiteettia. (Heikkilä 2008, 187.)

Tutkimusaineiston kerääminen kyselylomakkeen avulla oli haasteellinen, sillä tutkija ei voi koskaan tietää, kuinka suuren otoksen hänen on mahdollista saada. Lisäksi on mahdotonta tietää, kuinka laadukas ja käyttökelpoinen aineisto tulee olemaan. Tutkimuksen toistettavuuteen voivat vaikuttaa useat eri tekijät. Esimerkiksi mielenterveyskuntoutujan mielentila saattaa vaihdella päivittäin. Tämä on tekijä, johon tutkija ei voi vaikuttaa. Jos tutkimuksen toistaisi, saattaisi vastauksissa esiintyä muutoksia. Tutkimuksen luotettavuuteen voi myös osaltaan vaikuttaa se, missä vaiheessa kuntoutujan kuntoutuminen on. Jos kuntou-

tuja on viettänyt Aurorassa jo useamman vuoden, saattavat tulokset olla erilaiset kuin vastaajalla joka on juuri saapunut Auroraan.

Kaikissa laadullisissa, määrällisissä sekä nominaalisissa kysymystyypeissä on omat heikkoutensa. Laadullisten kysymysten luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi se, että tutkija ei voi koskaan olla täysin objektiivinen tulkintansa kanssa. Tutkimustuloksiin vaikuttaa siis aina tutkijan oma subjektiivinen näkemys tarkkuudesta huolimatta. Vallin (2001, 111) mukaan laadullisten kysymysten heikkoutena on, että kysymyksiin saatetaan jättää helposti vastaamatta, vastaukset annetaan epätarkasti tai vastaaja ei vastaa suoraan itse kysymykseen. Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että kaksi kysymystä neljästä avoimesta (kysymykset 9 ja 13), saivat melko pienet vastausprosentit. Kysymykset käsitelivät ryhmien kehittämisehdotuksia sekä ryhmiä, joita kuntoutujat voisivat itse järjestää. Nämä kysymykset olivat tutkimuksen kannalta erittäin tärkeitä ja oleellisia. Syinä saattoi olla, että kysymykset vaativat syvällisempää pohdintaa ja asiaan paneutumista. Lisäksi kenelle tahansa voi olla haastavaa pohtia, miten jotakin asiaa tai toimintaa tulisi kehittää. Positiivista tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli kuitenkin se, että yleisesti avoimiin kysymyksiin saatiin suhteellisen kattavat vastaukset puutteistaan huolimatta. Lisäksi kaiken kaikkiaan tutkimuksen vastausprosentti oli hyvin korkea (85 %). Yhtenä luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää korkeaa vastausprosenttia. Palautetuissa lomakkeissa oli ainoastaan yksi kokonaan vastaamatta jätetty lomake.

Kanasen (2008, 10–11) mukaan kvantitatiivinen tutkimus perustuu positivismiin, joka määräytyy absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen. Tämän tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että kyselylomakkeessa oli myös määrällisiä kysymyksiä, sillä niitä voidaan pitää hyvin objektiivisinä. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi kuitenkin se, että määrällisissä strukturoiduissa kysymyksissä oli valmiiksi annettu epävarma-vaihtoehto, jonka monet vastaajat olivat useampaan kertaan valinneet. Vaihtoehdon olisi voinut jättää pois, jolloin vastaajien olisi täytynyt valita negatiivisen ja positiivisen mielleyhtymän väliltä sopivampi vaihtoehto. Lisäksi Heikkilän (2008, 52–53) mukaan Likertin asteikon heikkoutena on se, ettei vastaus kerro vastaajan painoarvoa. Toinen heikkous on, että

vastaajaan saattaa vaikuttaa se, miten hän on vastannut edellisiin kysymyksiin, sillä hän pyrkii saamaan loogisuutta vastauksiinsa. Jäin pohtimaan, että johdatelivatko tutkimuksen määrälliset kysymykset vastaajia vastaamaan seuraaviin kysymyksiin, jotka olivat avoimia, tietyllä tavalla. Esimerkiksi ruuanlaittoryhmät ja erilaiset liikunnalliset ryhmät toistuivat hieman strukturoitujen määrällisten kysymysten vastaamisen jälkeen avoimiin kysymyksiin. On kuitenkin suhteellisen vaikeaa arvioida, oliko kysymysten välillä jonkinlainen yhteys.

Nominaaliasteikon ainoa sallittu laskutoimitus on määrä eli montako kappaletta tai prosenttia mitäkin vaihtoehtoa on (Kananen 2008, 21–22). Nominaaliasteikojen käyttäminen kyselylomakkeessa eivät siis antaneet tilaa syvälliselle tulkinnalle, mutta ne täydensivät oivallisesti lomaketta tukemalla tutkimuksen muita kysymyksiä.

Kyselylomakkeeseen olisi voinut laittaa myös yksittäisiä kysymyksiä jokaisen ryhmän hyvistä ja huonoista puolista. Näin tutkimus olisi antanut tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Päätin kuitenkin tehdä lomakkeesta mahdollisimman yksinkertaisen, jotta kynnyks tutkimuksen osallistumiseen madaltuisi. Lomakkeen koostuessa useasta avoimesta kysymyksestä, olisi vastaaminen voinut olla hankalaa, sillä avoimiin kysymyksiin vastaaminen on aina haastavampaa. Tämä näkyi myös tämän tutkimuksen avoimien kysymyksien kohdalla (kysymykset 9 ja 13).

Lomakkeet oli täytetty hyvin vaihtelevasti, ja osa vastaajista oli jättänyt osaan kysymyksiin kokonaan vastaamatta. Tämä ilmiö esiintyi melkein kaikissa kysymystyypeissä. Se, että tutkimuksessa oli paljon kysymyksiä, joihin ei ole vastattu, heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Esimerkiksi osa vastaajista oli aloittanut vastaamaan määrällisiin kysymyksiin, mutta ei jatkanut loppuun. Näin tutkimustuloksissa oli paljon ”ei-vastattuja” kohtia, jotka vaikuttavat tutkimuksen lopputulokseen. Syitä voi olla useita. Esimerkiksi kysymysten epäselvä asettelu voi olla yksi tekijä. Lisäksi osalle mielenterveyskuntoutujista saattaa olla melko haasteellista ymmärtää tai vastata lomakkeen kysymyksiin. Tämän ongelman pyrin ratkaisemaan jo kyselylomaketta suunnitellessani laittamalla lomakkeen

alkuun vastausohjeen. Pyrin myös asettamaan lomakkeen kysymykset mahdollisimman selkeästi. Lisäksi pyrin tekemään lomakkeesta lyhyen ja ytimekkään, jotta kaikki vastaajat varmasti jaksavat keskittyä vastaamaan lomakkeeseen. Laitoin myös lomakkeeseen kaksi kysymystä, jotka olivat toistensa kanssa melko samankaltaiset. Tarkoituksena oli taata, että tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia.

Jäin kuitenkin pohtimaan, olinko tarpeeksi huolellinen kaikkien kysymysten asettelun ja ilmaisun suhteen. Kyselylomakkeessa käytin paljon mielekäsanaa, jonka olisin voinut vaihtaa helpommin ymmärrettävään muotoon. Huomioitavaa on, että kysymykseen 7, joka käsittelee yleisesti ryhmätoiminnan mielekkyyttä, vastausprosentti on jäänyt melko pieneksi verrattuna muihin määrällisiin kysymyksiin. Voisiko se johtua siitä, että kysymys oli ilmaistu epäselvästi? Vai siitä, että kysymys oli lomakkeen kolmannen eli viimeisen sivun yläkulmassa ja se oli yksinkertaisesti jäänyt monelta huomaamatta. Koska osa vastaajista oli kuitenkin vastannut lähes kaikkiin lomakkeen kysymyksiin melko laajasti ja monipuolisesti, saattoi se osoittaa myös sen, että mielenterveyskuntoutujien psyykinen sekä sairauden sen hetkinen tila vaihtelee vastaajien välillä. Lisäksi mielenterveyskuntoutujien motivaatio ja keskittymiskyky voivat vaihdella ja olla ajoittain melko alhaista. Ennen tutkimuksen toteuttamista olisi ollut tärkeää testata lomake testiryhmällä, jonka avulla olisin jo tutkimuksen alkuvaiheessa havainnut selkeämmin lomakkeen sudenkuopat.

Aineiston keruumenetelmää ja sillä saamaani aineistoa sekä sen luotettavuutta ajatellen olen jäänyt pohtimaan, olisinko saanut syvällisemmän kuvan vastaajien näkemyksistä, jos olisin toteuttanut tutkimuksen haastattelun muodossa. Kyselylomakkeen käyttäminen aineiston keruumenetelmänä juuri tälle kohderyhmälle sisälsi omat riskinsä. Kirjallisena vastaaminen voi monelle mielenterveyskuntoutujalle tuottaa vaikeuksia, joten haastattelu olisi voinut toimia varmempana aineiston keruumenetelmänä. Haastattelemalla olisin mahdollisesti voinut saada syvällisemmän tutkimusaineiston. Lisäksi haastattelu olisi voinut toimia hyvin, sillä olin työharjoittelussa Aurorassa. Harjoittelun aikana oli mahdollista tutustua kuntoutujiin, jolloin heille olisi ollut myös helpompaa osallistua haastat-

teluun. Haastattelun heikkona puolena olisi kuitenkin ollut, että otos olisi ollut paljon pienempi, jolloin tutkimus käsittelisi vain muutaman vastaajan näkemyksiä. Näin tutkimuksen yleistettävyyttä ei olisi ollut samaa tasoa kuin kyselylomaketta käyttäessä. Päädyin siis käyttämään kyselylomaketta, sillä halusin saada mahdollisimman monen kuntoutujan äänen ja näkemyksen kuuluviin. Arvoitukseksi jää, olisiko haastattelu antanut samansuuntaisia, mutta syvällisempiä tuloksia kuin kyselylomake. Näin jälkeempäin ajateltuna kyselylomakkeen ja haastattelun rinnakkainen käyttö olisi ollut ihanteellisinta tutkimuksen aineiston määrän, luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta.

Heikkilän (2008, 185–186) mukaan validiteetilla (pätevyys) kuvataan sitä, miten on onnistuttu mittamaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksessa validiteettiin vaikuttaa se, kuinka onnistuneita lomakkeiden kysymykset ovat, eli voidaanko tutkimusongelma ratkaista niiden avulla. Sisäinen validiteetti määrittelee sen, vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosiossa olevia käsitteitä. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa, tulkitsevatko myös muut tutkijat tutkimustulokset samalla tavalla. Tämän tutkimuksen validiteetti näkyi kohderyhmän huomioinnissa. Pyrin asettelemaan kyselylomakkeen kysymykset selkeästi ja ymmärrettävästi. Kysymyksiä työstäessäni hyödynsin myös teoriaa liittyen kuntoutumiseen ja ryhmätoimintaan. Tutkimukseni validiteettia heikentää kuitenkin se, että on hyvin vaikeaa tietää, tulkitsevatko muutkin tutkijat erityisesti tutkimuksen laadullisen aineistoni samalla tavalla. Tutkimusta voidaan pitää kuitenkin melko validiteettina, sillä kyselylomakkeen kysymykset mittasivat suhteellisen hyvin asioita, jotka olivat tutkimuksen kohteena.

Kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien avulla saadaan pinnallista, mutta luotettavaa tietoa ja kvalitatiivisten menetelmien avulla puolestaan syvällistä, mutta melko huonosti yleistettävää tietoa. Parhain tulos saadaan käyttämällä molempia menetelmiä samanaikaisesti hyödyntämällä niiden parhaita puolia. (Alasuutari 1999, 231.) Tässä tutkimuksessa puolistrukturoidun kyselylomakkeen käyttäminen oli suhteellisen toimiva ja hyvä menetelmä. Eri kysymystyyppien käyttäminen lomakkeessa tukivat hyvin toinen toisiaan antaen suhteellisen selkeän tutkimusaineiston ja kokonaiskuvan kuntoutujien näkemyksistä.

Alasuutarin (1999, 235) mukaan tutkimuksen yleistettävyyttä arvioitaessa ei aina tarvitse pohtia sitä, miten tulokset pätevät johonkin muuhun tutkittuun tapaukseen. Tutkimus voi myös etsiä selityksiä ainutkertaiselle tapahtumalle. Kun tutkimuksessa hakeudutaan tutkimaan asioita, jotka ovat yleisesti tiedossa, mutta huonosti tiedostettuja, kyseessä on pitkälti sama asia. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan muihin avokuntoutusyksiköihin, sillä jokainen yksikkö on ainutlaatuinen ja omanlaisensa. Tutkimuksen määrällisten ja nominaalisten sekä kahden avoimen kysymyksen (kysymykset 8 ja 12) vastausprosentit olivat hyvin suuret (66 % ja 61 %). Näitä tutkimustuloksia voidaan siis pitää suhteellisen yleistettävinä koskemaan koko Auroran asiakaskuntaa. Ainoastaan kahteen avoimeen kysymykseen, jotka koskivat ryhmien kehittämis ehdotuksia (kysymys 9) sekä kuntoutujien oma-apu ryhmiä (kysymys 13), voidaan yleistämiseen suhtautua kriittisemmin, sillä vastausprosentit olivat melko pienet. Kuitenkin jo yhden kuntoutujan mielipide on tärkeä ja merkittävä, eikä hänen näkemyksiään tule aliarvioida. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suhteellisen suunta-antavina, sillä kokonaisvastausprosentti oli suuri (85 %).

10.4 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden pohtiminen oli haastavaa, sillä tutkimusetiikka on hyvin laaja-alainen alue. Mielestäni eettisyyden pohtiminen sekä sen säilyttäminen tutkimuksessani oli kuitenkin erityisen tärkeää. Heikkilän (1999, 30) mukaan tutkimuksen eettisyyttä tarkasteltaessa, tutkijan tulee olla avoin ja selventää tutkimuksen tarkoitus sekä käytötapa kaikille tutkimukseen osallistujille. Myös Kuulan (2006, 124, 126) mukaan ihmisen yksityisyyden kunnioittaminen kuuluu tärkeäksi osaksi tutkimuseettisiä normeja. Ihmisen yksityisyyden kunnioittaminen näkyy muuan muassa siinä, että ihmiset saavat itse päättää siitä osallistuvatko he tutkimukseen. Pyrin korostamaan tutkimuksen eettisyyttä koko tutkimusprosessin ajan kunnioittamalla tutkimukseen osallistuvia henkilöitä olemalla avoin. Tutkimuksessani tutkittavien oikeuteen kuului tietää asioista, jotka liittyivät tutkimuksen toteuttamiseen.

Heikkilän (1999, 30) mukaan lupaukset luottamuksellisuudesta tulee huomioida koko tutkimuksen ajan niin, että yksittäistä vastaaja ei voida tunnistaa tuloksista. Tutkijana minulla oli salassapitovelvollisuus sekä vastaajilla oli oikeus pysyä tuntemattomina. Tämän tutkimuksen eettisyyttä korostettiin tiedottamalla tutkimukseen osallistuville henkilöille, että heidän henkilöllisyys ei tule millään tavalla näkyviin. Tämän varmistamiseksi olin hyvin tarkka työstäessäni kyselylomaketta. Lomakkeessa ei kysytty vastaajien ikää, eikä Aurorassa vietettyä aikaa. Sukupuolen kysyminen lomakkeessa oli ainut merkki, joka viittasi vastaajan henkilöllisyyteen. Lisäksi varmistin, että kaikki Auroran kuntoutujat varmasti tietävät tutkimuksestani tekemällä tiedotteen (liite 2), joka laitettiin jokaisen solun ilmoitustaululle. Pienkodeissa asuvat kuntoutujat puolestaan saivat omat tiedotteet lomakkeen yhteydessä. Tärkeää oli tiedottaa myös Auroran henkilökuntaa, joten jo harjoitteluni aikana kerroin työntekijöille opinnäytetyöstäni. Myös Palkeinen omalta osaltaan kertoi henkilökunnalle tutkimuksesta. Lisäksi tein vielä henkilökunnalle oman tiedotteen (liite 3), josta kävi ilmi kaikki tarvittavat ja tärkeät tutkimukseen liittyvät asiat. Tutkimukselle haettiin myös tutkimuslupa Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta.

En ollut itse paikalla, kun kuntoutujat täyttivät kyselylomakkeita. Aikataulujen sovittaminen olisi ollut hyvin työlästä, koska tutkimukseen osallistujia oli paljon. Osallistumiseni lomakkeiden täyttämiseen olisi ollut hankalaa, mutta eettisyyden kannalta suotavaa. Palkeisen kertoman mukaan kuntoutujat vastasivat hyvin aktiivisesti itse lomakkeisiin, eivätkä saaneet apua henkilökunnalta lomakkeiden täytössä.

Heikkilän (1999, 30) mukaan tutkimuksen eettisyyden kannalta tutkimustulosten tulee olla objektiiviset niin, että ne eivät riipu tutkijasta eikä tutkijan vaihtaminen muuta tutkimuksen tuloksia. Lisäksi tutkijan omien poliittisten ja moraalisten vakaumusten ei tule näkyä tutkimusprosessissa. Tutkimustuloksia analysoidessani pyrin olemaan tarkkana, etteivät omat mielipiteeni vaikuttaneet tuloksiin, sillä ympäristö oli minulle tuttu harjoitteluni takia. Heikkilän (1999, 30) mukaan tutkimuksessa tulee esittää kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset, eikä kohdistaa niitä vain toimeksiantajan kannalta edullisiin asioihin. Tässä tutkimuksessa

osaan tutkimustuloksista olisi kaivattu kattavampia vastauksia, jotta tutkimuksen hyöty ja soveltaminen käytäntöön olisi entistä merkittävämpi. Tutkimukseni eettisyyttä lisää se, että suhtauduin tutkimustuloksiin hyvin objektiivisesti ja rehellisesti pyrkimällä avoimesti tuomaan tutkimuksessani esille vain sen, mitä kuntoutujat olivat halunneet sanoa.

Tutkimuksen eettisyyden lisäämiseksi tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä ja epätarkkuusriskejä tulee pohtia sekä niiden vaikutusta tulosten yleistettävyyteen. (Heikkilän 1999, 30.) Olen ottanut huomioon eettisyyden valitessani opinäytetyön aiheen. Valitsin aiheen, joka ei ole liian henkilökohtainen, eikä yksityisyyttä rikkova. Huomioin eettisyyden myös valitessani tutkimuksen aineiston keruumenetelmän. Kyselylomake takasi sen, että jokainen vastaaja pysyi varmasti anonymiä. Tutkimuksen eettisyyttä lisäsi, että pyrin pohtimaan laajasti ja kriittisesti tutkimuksen aineiston keruumenetelmän sopivuutta ja luotettavuutta sekä pyrin myös suhtautumaan kriittisesti tutkimustulosten yleistettävyyteen. Lisäksi eettisyys näkyi tavassani ilmaista omia mielipiteitäni ja tutkimustulosteni käytännön sovelluksia. Olen pyrkinyt välttämään yleistämistä. Mielenterveyskuntoutujiin saatetaan helposti yhdistää erilaisia ennakkoluuloja ja odotuksia. Liiallinen yleistäminen heikentää tutkimuksen eettisyyttä, joten pyrin korostamaan jokaisen kuntoutujan yksilöllisyyttä ilmaistessani omia mielipiteitä sekä tutkimuksesta nousseita näkökulmia.

Tutkimuksen eettisyyttä kannalta oli tärkeää, että pyrin käyttämään lähdekirjallisuutta monipuolisesti ja kriittisesti. Käytin työssäni lähteitä, jotka olivat suhteellisen tuoreita. Lisäksi tavoitteena oli käyttää aina alkuperäisiä lähteitä. Työstäni ilmenee aina, jos kyseessä ei ole alkuperäinen lähde. Heikkilän (1999, 31) mukaan eettisen tutkimuksen edellytyksenä on, että tutkija pysyy sovitussa aika-aulussa. Pyrin pitämään kiinni sovituista sopimuksista koko tutkimusprosessin ajan. Alun perin työn tuli olla valmis joulukuussa 2011, mutta työn jatkaminen yksilötyönä pidensi työn valmistumista kolmella kuukaudella. Ilmoitin tilanteesta Auroran avokuntoutusyksikön osastonhoitaja Tarja Palkeiselle sekä Helsingin terveyskeskukselle, jolta sain tutkimusluvan työlleni.

10.5 Jatkotutkimusehdotuksia

Tutkimus herätti paljon lisäkysymyksiä tutkittavasta aiheesta, joten se antaa hyvin eväitä jatkotutkimuksia varten. Ehdottaisin jatkotutkimusaiheen kohdistuvan johonkin tiettyyn teemaan ryhmätoiminnan antamasta tuesta, joka nousi esille tässä tutkimuksessa. Tutkimustuloksissa oli hieman ristiriitaisuuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisen näkökulmasta. Asiakaslähtöisyys kuuluu psykiatrisen kuntoutuksen arvoihin ja on hyvin tärkeä tekijä kuntoutumisen kannalta. Mielestäni olisi hyvin mielenkiintoista tutkia, kuinka asiakaslähtöisyys ja yksilölliset tarpeet yleisesti huomioidaan Aurorassa.

Tämän tutkimusaineiston pohjalta kuntoutujat antoivat melko positiivisen kuvan ryhmätoiminnan hyödyistä. Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisin tutkimusta, jonka tavoitteena on selvittää Auroran avokuntoutusyksikön henkilökunnan näkemyksiä ryhmätoiminnoista. Olisi hyödyllistä tietää, millä tavalla heidän mielestään ryhmiä tulisi kehittää ja kuinka tärkeänä he pitävät ryhmiä osana kuntoutusta. Tulosten vertaileminen voisi olla hyvin mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

Tämän tutkimuksen mukaan kuntoutujat kokivat Aurorassa järjestettävien ryhmien tukevan kuntoutumista. Hyvä jatkotutkimusaihe olisi tutkia, käyvätkö kuntoutujat muissa ryhmissä Auroran ulkopuolella sekä millä tavalla he kokevat hyötyvänsä niistä. Tulevaisuudessa kuntoutujat muuttavat pois Aurorasta, jolloin myös ryhmätoiminnot jäävät Auroraan, joten jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää tutkia, saavatko kuntoutujat myös pois muuton jälkeen tukea itsenäiseen elämään ja arkeen ryhmien muodossa.

LÄHTEET

- Adams, Robert 2003. Social work and Empowerment. 3.painos.: Palgrave Macmillan: Basingstoke.
- Ahola, Tanja & Laine Sari 2009. Ihmisenä ihmiselle: vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 15.12.2012.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3089/Ahola_Tanja.pdf?sequence=1
- Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Anttila, Kyllikki; Hirvelä, Mervi, Jaatinen, Tiina; Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Anttila, Kyllikki; Kaila-Mattila, Tuulikki; Kan Suvi; Puska, Eeva-Liisa & Vihunen, Riitta 2005. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Fetterman, David M. 1996, Empowerment Evaluation – An Introduction to Theory and Practice. Teoksessa David M Fetterman, Shakeh J. Kaftarian & Abraham Wandersman (toim.) Empowerment evaluation – Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. California, Sage: Thousand Oaks, 3- 46.
- Haavisto, Maija 2011. Hankala potilas vai hankala sairaus? Tietoa huonosti tunnetuista pitkäaikaissairauksista. Helsinki. Finn Lectura.
- Heikkilä, Tarja 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hentinen, Kirsti 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus – hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Eija Mattila (toim.) Kuuntele minua – mielenterveyshäiriöiden käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 40–51.
- Hietaharju, Päivi & Nuutila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveyshäiriö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Hokkanen, Liisa 2003. Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.). Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus, 254–274.
- Huttunen, Matti 2011. Pakko-oireinen häiriö. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecum. Päivitetty 5.11.2011 Viitattu 14.2.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00403
- Huttunen, Matti 2011. Persoonallisuushäiriöt. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecum. Päivitetty 22.10.2011 Viitattu 14.2.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407
- Hyväri, Susanna 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) 2005: Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 214–235.
- Hyyppä, Markku T 1997. Tunteet ja oireet, uusin psykosomatiikka. Tampere; Kustannus Oy Tamara Press.
- Iija, Aulikki; Almqvist, Sinikka & Kiviharju-Rissanen, Upu 1999. Mielenterveys-työn perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Isohanni, Matti; Suvisaari, Jaana; Koponen, Hannu; Kieseppä, Tuula & Lönnqvist, Jouko, 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 70–133.
- Jaatinen K. M. Tiina & Raudasoja, Jari 2007. Kansamme taudit. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995. Mitä kuntoutus on? Teoksessa Airi Parviainen (toim.). Kuntoutuksen ulottuvuudet. Porvoo: WSOY, 12–28.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2001. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve - kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmasta. Teoksessa Tapani Kallanranta, Paavo Rissanen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 30–41.

- Kananen, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kaulio, Pia & Ylitalo, Mia 2007. Elämän viemää: Näin selviän muutoksesta. Helsinki: Edita.
- Keltikangas-Järvinen, Liisa 2000. Tunne itsesi, suomalainen. Helsinki: WSOY
- Kemppinen, Pertti & Katriina Rouvinen-Kemppinen 1998. Tee jotakin toisin – toiminnallinen elämänhallinta. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro.
- Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, Petri 1999. Sosiaalinen tuki ja kolmas sektori. Teoksessa Liisa Hokkanen, Petri Kinnunen & Martti Siisiäinen (toim.) Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 102–114.
- Kiviahde, Anna & Koskela Terttu 2006. Toiminnallisuuden merkitys voimaantumiselle – voimavararyhmäläisten kokemuksia. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 10.2.2012.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24544/STH3SBAnnaKTerttuK.pdf?sequence=1>
- Kiviniemi, Kari 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltonen & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 68-84.
- Koskisuu, Jari. 2003. Oman elämänsä puolesta. Helsinki: Edita.
- Koskisuu, Jari. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kosonen, Merja 2010. Mielenterveyspotilaan kuntoutumisvalmius. Saimaan ammattikorkeakoulu. Lappeenranta. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 19.1.2012.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17254/Kosonen_Merja.PDF?sequence=1

- Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Kumpusalo, Esko 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Kuula, Arja 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksissa. Teoksessa Jaana, Hallamaa; Veikko, Launis, Salla, Lötjönen & Sorvali, Irma (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden Seura, 124–140.
- Laimio, Anne & Karnell, Sonja 2010. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa Laatikainen Tanja (toim.) Vertaistoiminta kannattaa. Viitattu 10.11.2011. SOLVER palvelut Oy. 9-18.
http://www.aspa.fi/files/2817/Vertaistoiminta_kannattaa.pdf
- Lappi, Eija 2006. Yhteisöllisyyden merkitys mielenterveyskuntoutujalle asumisyksikössä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Järvenpää. Diakonien sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 20.1.2012.
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Jarvenpaa2006/738986_Jrvenp_Lappi_w5843.pdf
- Lehtinen, Sini-Tuulia 1997. Vapaaehtoistoiminta – kasvava voimavara?: Näkökulmia ammattityöhön. Helsinki: Kansalaisareena.
- Lehtonen, Kimmo 1996. Musiikki, kieli ja kommunikaatio: mietteitä musiikista ja musiikkiterapiasta. Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitoksen julkaisusarja A: tutkielma ja raportteja 17.
- Levander, Stern; Adler, Hans; Gefvert, Ola & Tuninger Eva 2006. Psykiatri – En orienterande översikt. Studentlitteratur. Lund: Studentlitteratur.
- Lähteenlahti, Yrjö, 2001. Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Tapani Kallanranta, Paavo, Rissanen & Ilpo Vilkkumaa (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Lönnqvist, Jouko & Lehtonen Johannes 2001. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 12–31.

- Malin, Marja-Leena 2000. Vertaisryhmä elinvoimaa kasvattamassa. Teoksessa Marja-Leena Malin (toim.) Verkostot ja vertaiset. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys, 17–21.
- Mäkipää, Pekka 1996,. Elokuvaterapiasta eli elävän kuvan hoidollisesta käytöstä. Anjalankoski: Kuu Maa tuotanto.
- Narumo, Reija 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? Ohjaava ote mielenterveystyössä. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Noppiari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Arja Pesonen 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Notko, Tiina & Järvikoski, Aila 2004. Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprojektin arviointi. Helsinki: Kuntoutussäätiön työselosteita 26/2004.
- Numminen, Tuula & Virta, Niina 2007. Skitsofreniapotilaiden kokemuksia oireenhallintaryhmistä Raumalla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 14.12.2011. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/888/Numminen_Tuula_Virta_Niina.pdf?sequence=1
- Nylund, Marianne 1999. Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Liisa Hokkanen, Petri Kinnunen & Martti Siisiäinen (toim.). Haastava kolmas sektori: pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 116–134.
- Palkeinen, Tarja 2011. Auroran avokuntoutusyksikön osastonhoitaja. Lomakekysely 22.6.
- Parviainen, Tuire 1997. Johdatus yhteisöllisyyteen ja sen lähikäsitteisiin. Teoksessa Tuire Parviainen & Marjaana Pelkonen (toim.) Yhteisöllisyys-Avain parempaan terveyteen, työvälineitä hoitotyöhön. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1997. Helsinki: Stakes, 39–53.
- Paunu-Laakso, Marika 2009. ”Oman elämän asiantuntija.” Mielenterveyskuntoutujien näkökulmia kuntoutumiseen Hiitenhovin asumisyksikössä. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2011.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17347/samk_paunu_laakso_marika.pdf?sequence=1

- Peltomaa, Marjo 2005. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.
- Punkanen, Tiina 2008. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Pyörälä, Eeva 1995. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa. Teoksessa Jaakko Leskinen (toim.) Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 11-26.
- Pöyhönen, Eveliina 2003. Johdatus kirjaan. Teoksessa Eveliina Pöyhönen (toim.). Mielenterveyskuntoutujien Klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Stakes, 9-13.
- Riikkonen, Eero & Järvikoski, Aila 2001. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Tapani Kallanranta, Paavo Rissanen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 162–185.
- Rissanen, Paavo 2001. Terapia ja kuntoutus. Teoksessa Tapani Kallanranta, Paavo Rissanen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 510–539.
- Rissanen, Päivi 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Ruishalme, Outi & Saaristo, Liisa 2007. Elämä satuttaa: kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.
- Räsänen, Juhani 2006. Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut – yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön valtaistuminen. Järvenpää: Julkiviestintä.
- Saarenheimo, Marja & Suutama, Timo 2006. Elämänhallinta ja vanhuuteen sopeutuminen. Teoksessa Paula Lyytinen, Mikko Korkiakangas, & Heikki Lyytinen (toim.). Näkökulmia kehityopsykologiaan: Kehitys kontekstissaan. Helsinki: WSOY, 454–470.
- Sarajärvi, Anneli; Mattila, Lea-Riitta & Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta - Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro.

- Seppi, Pirkko 2007. Haasteena skitsofrenian jälkikuntoutus. Teoksessa Jarmo Vuorinen (toim.) Mielenterveys 6/2007, Helsinki; Forssan kirjapaino Oy. 35–40.
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulu University Press.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kuntoutusselonteko 2001. Viitattu 22.1.2012.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>
- Stakes 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjusanasto. Vertaistuki. Viitattu 9.11.2011. Päivitetty 4.5.2006. Tuotanto ja toimitus Stakes Viestintä. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4015/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_pket.pdf
- Suvikas, Annukka; Laurell, Leena & Nordman, Pia 2009. Kuntouttava lähihoito. Helsinki; Edita.
- Toivio, Timo & Nordlin, Esa 2009. Mielenterveysden psykologia. Helsinki: Edita.
- Tuomi, Jouni & Saarijärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valli, Raine 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 100-112.
- Vilen Marika, Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Porvoo: WSOY.
- Wilson, Judy 1995. Self-help groups as route to empowerment. Teoksessa Jack Raymond (toim.) Empowerment in community care. London UK: Chapman & Hall, 77-95.
- Vuorinen, Marja 2002. Meidän ryhmä – hyvä juttu Kokemuksia ja tuloksia oma-aputoiminnasta. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

LIITE 1: Kyselylomake

TUTKIMUS KUNTOUTTAVASTA RYHMÄTOIMINNASTA AURORAN
AVOKUNTOUTUSYKSIKÖN ASUKKAIDEN NÄKEMYKSTEN POHJALTA

Osa kysymyksistä on asteikolla 1-5. **1 = täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = epävarma, 4 = melko samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.**

Ympyröi oikea vaihtoehto.

1. Sukupuoli: mies / nainen

2. Oletko osallistunut seuraaviin ohjattuihin ryhmätoimintoihin Aurorassa?

Terapeuttinen kuvaryhmä	kyllä / ei
Peliryhmä	kyllä / ei
Pörssikurssi	kyllä / ei
Naisten ryhmä (ulkonäkö, meikkaaminen)	kyllä / ei
Kuntoutuskurssi	kyllä / ei
Lääkehoidonkurssi	kyllä / ei
Psykoottisten häiriöiden hallintakurssi	kyllä / ei
ATK-ryhmä	kyllä / ei
Mielekäs päivä-ryhmä	kyllä / ei
Luova toimintaryhmä (askartelu, keramiikka, retket)	kyllä / ei
Laulu- ja musiikkiryhmä	kyllä / ei
Päihdeinterventiotilaisuudet	kyllä / ei

3. Mielestäni seuraavat ryhmätoiminnot Aurorassa ovat mielekkäitä. (Arvioi vain ne ryhmätoiminnot, joihin olet osallistunut.)

Terapeuttinen kuvaryhmä	1 2 3 4 5
Peliryhmä	1 2 3 4 5
Pörssikurssi	1 2 3 4 5
Naisten ryhmä (ulkonäkö, meikkaaminen)	1 2 3 4 5
Kuntoutuskurssi	1 2 3 4 5

Lääkehoidonkurssi	1 2 3 4 5
Psykoottisten häiriöiden hallintakurssi	1 2 3 4 5
ATK-ryhmä	1 2 3 4 5
Mielekäs päivä-ryhmä	1 2 3 4 5
Luova toimintaryhmä (askartelu, keramiikka, retket)	1 2 3 4 5
Laulu- ja musiikkiryhmä	1 2 3 4 5
Päihdeinterventiotilaisuudet	1 2 3 4 5
Olkkariryhmä (Levyraati, pelaamista)	1 2 3 4 5

4. Osallistuisin mieluiten: (Ympyröi vain yksi vaihtoehto.)

Pieneen ryhmään (2-3 henkilöä)	X
Keskikokoiseen ryhmä (4-5 henkilöä)	X
Suureen ryhmään (6-8 henkilöä)	X
Ryhmän koolla ei ole väliä	X

5. Mitä ryhmätoimintoja haluaisit, että Aurorassa järjestetään?

Miestenryhmä (seksuaalisuus, urheilu, ulkonäkö)	kyllä / ei
Leivonta- ja ruuanlaittoryhmä	kyllä / ei
Käsityöryhmä (ompelua, kutomista, neulontaa)	kyllä / ei
Terveysryhmä (painonhallintaan ja terveyteen liittyviä asioita)	kyllä / ei
Kirja/Lehtiryhmä	kyllä / ei
Bingoryhmä	kyllä / ei
Eroon tupakasta – ryhmä	kyllä / ei
Jotain muuta: _____	

6. Osallistuisin seuraaviin ryhmätoimintoihin:

Miestenryhmä (seksuaalisuus, urheilu, ulkonäkö)	kyllä / ei
Leivonta- ja ruuanlaittoryhmä	kyllä / ei
Käsityöryhmä (ompelua, kutomista, neulontaa)	kyllä / ei
Terveysryhmä (painonhallintaan ja terveyteen liittyviä asioita)	kyllä / ei

Kirja/Lehtiryhmä	kyllä / ei
Bingoryhmä	kyllä / ei
Eroon tupakasta – ryhmä	kyllä / ei
Jotain muuta: _____	

7. Aurorassa järjestettävät ryhmätoiminnot
ovat mielekkäitä.

1 2 3 4 5

8. Mikä mielestäsi ryhmätoiminnoissa on mielekkäintä? (Avoin kysymys)

9. Miten mielestäsi ryhmätoimintoja voisi kehittää?

10. Ryhmätoiminta auttaa minua tutustumaan
muihin asukkaisiin.

1 2 3 4 5

11. Ryhmätoiminta auttaa minua arjen tilanteissa.

1 2 3 4 5

12. Miten ryhmätoiminta on auttanut minua arjen tilanteissa? (Avoin kysymys)

13. Minkälaista ryhmätoimintaa haluaisit itse järjestää? (Avoin kysymys)

KIITOS VASTAUKSESTASI!

LIITE 2: Tiedote kuntoutujille

Tiedote asukkaille

15.4.2011

Hei!

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa sosionomeiksi. Teemme opinnäytetyötä teidän kokemustenne pohjalta täällä järjestettävästä ryhmätoiminnasta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää Auroran avokuntoutusyksikön ryhmätoimintaa. Vastaamalla kyselyyn, teillä on mahdollisuus vaikuttaa.

Opinnäytetyöhön liittyy kyselylomake, johon toivoisimme teidän vastaavan 5.5.2011 mennessä. Kyselylomakkeet saatte kirjekuoressa hoitajiltanne. Täytetyn lomakkeen voitte palauttaa solunne ilmoitustaululla olevaan kirjekuoreen. Rakennuksen x asukkaat puolestaan voivat palauttaa lomakkeet rakennuksen x ilmoitustaululla olevaan kirjekuoreen.

Ystävällisin terveisin

Hanna Rekola ja työpari

LIITE 3: Tiedote henkilökunnalle

Tiedote henkilökunnalle

15.4.2011

Hei!

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa sosionomeiksi. Teemme opinnäytetyötä Auroran avokuntoutusyksikössä järjestettävästä ryhmätoiminnasta kuntoutujien kokemusten pohjalta. Opinnäytetyön työnimi on ”Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntouttavasta ryhmätoiminnasta Auroran avokuntoutusyksikössä.”

Opinnäytetyöhön liittyy kuntoutujille jaettavat kyselylomakkeet sekä kirjekuoret, jotka toivoisimme teidän jakavan kuntoutujille. Kuntoutajat voivat palauttaa lomakkeet suljetussa kirjekuoressa jokaisen solun ilmoitustaululla sijaitsevaan kirjekuoreen. Rakennuksessa x asuvat kuntoutajat puolestaan voivat palauttaa lomakkeet rakennuksen x ilmoitustaululla olevaan kirjekuoreen. Lomakkeiden viimeinen täytöpäivä on 5.5.2011.

Vastaamme mielellämme kaikkiin opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Hanna Rekola puh: s-posti: & työpari puh: s-posti

LIITE 4: Kyselylomake osastonhoitaja Tarja Palkeiselle

Hanna Rekola
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak, Etelä Helsinki

Kyselylomake
6.5.2011

1. Haastateltavan ammattinimike?
2. Yleinen kuvaus Auroran avokuntoutusyksiköstä: Missä sijaitsee? Yksityinen/Kaupungin? Alueen kuvaus? Kuinka monta kuntoutuskoteja on? Miten kuntoutujat asuvat?
3. Kauanko Auroran avokuntoutusyksikkö on ollut toiminnassa?
4. Paljonko on henkilökuntaa/ammattinimikkeet?
5. Keitä asiakkaina? Mistä tulevat? Ikähaarukka? Kuinka monta?
6. Kuntoutuspolku? Kuinka kauan kuntoutujat keskimäärin asuvat Aurorassa? Mihin kuntoutujat sijoittuvat kuntoutuksen jälkeen?
7. Millainen on tavallinen arkipäivä kuntoutuskodissa? Käyvätkö kuntoutujat töissä? Harrastukset? Opiskelu?
8. Mitkä ovat kuntoutuksen periaatteet ja menetelmät?
9. Mitkä ovat kuntoutuksen tavoitteet?
10. Keitä ovat Auroran yhteistyökumppanit?
11. Mitkä arvot ohjaavat toimintaa?
12. Millainen on työntekijöiden työnkuva?
13. Kuvaile Aurorassa järjestettävää ryhmätoimintaa: Kuinka usein ryhmätoimintaa järjestetään? Minkälaista? Tarkoitus? yms.
14. Ovatko kuntoutujien perheet mukana kuntoutuksessa? Jos ovat, niin miten?
15. Millaisena näet Auroran tulevaisuuden?