



ePooki 9/2012

OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULUN TUTKIMUS- JA KEHITYSTYÖN JULKAISUT

Hilikka Honkanen, Liisa Kiviniemi, Jari Kylmä (toim.)

# PIIRILTÄ YLIOPISTON KAUTTA SIVIILIIN

DOSENTTI MERJA NIKKOSEN JUHLAKIRJA

ePooki - Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut

© Tekijät ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Julkaisu on tekijänoikeussäädösten alainen. Teosta voi lukea ja tulostaa henkilökohtaista käyttöä varten. Käyttö kaupallisiin tarkoituksiin on kielletty.

Julkaisija Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
www.oamk.fi/epooki  
Oulu 2012

ISBN 978-951-597-088-6 (PDF)

ISSN 1798-2022

Pysyvä osoite: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-088-6>

Ulkoasu: Viestintäpalvelut

Kuvat: Shutterstock

**ePooki 9/2012**

OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULUN TUTKIMUS- JA KEHITYSTYÖN JULKAISUT

Hilkka Honkanen, Liisa Kiviniemi, Jari Kylmä (toim.)

# PIIRILTÄ YLIOPISTON KAUTTA SIVIILIIN

DOSENTTI MERJA NIKKOSEN JUHLAKIRJA

# Sisällys

5	<b>ESIPUHE</b>
6	<b>LUKIJALLE</b>
7	<b>THT, DOSENTTI MERJA</b>
9	<b>ASIAKKAAN OSALLISUUS MIELENTERVEYSPALVELUISSA. KUULLUKSI TULEMISTA JA INHIMILLISTÄ KOHTAAMISTA</b> Minna Laitila, Anna-Maija Pietilä
17	<b>LUOTTAMUKSESTA YLEISESTI JA ERITYISESTI ENSIPSYKOOSIPOTILAAN HOIDOSSA</b> Nina Kilku
23	<b>NIUVANNIEMEN ERITYISROOLIT</b> Kaija Vuorio, Osmo Vuorio
31	<b>JOHTAMISELLA TOIVOA PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ</b> Jari Kylmä
38	<b>PSYKIATRISISSA HOIDOSSA OLLEIDEN NUORTEN AIKUISTEN KOKEMUKSIA VOIMAVAROISTAAN</b> Liisa Kiviniemi
43	<b>YLÄKOULULAISEN SOSIO-EMOTIONAALISEN EHEYDEN EDISTÄMINEN OPPITUNNEILLA JOUSTAVASSA PERUSOPETUKSESSA</b> Sirpa Janhonen
50	<b>MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSKOULUN ALAKOULUSSA, YLÄKOULUSSA, LUKIOSSA, AMMATILLISESSA KOULUTUKSESSA JA AMMATTIKORKEAKORKEAKOULUSSA</b> Päivi Vuokila-Oikkonen
59	<b>MONIKULTTUURISUUDEN HAASTEITA NUORTEN MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ</b> Pirjo Kinnunen
65	<b>OSALLISUUDEN EDISTÄMINEN KEHITTÄMISPROSESSEISSA. ETNOGRAFISEN LÄHESTYMISTAVAN MAHDOLLISUUDET</b> Hilkka Honkanen

## Esipuhe

Tämä julkaisu on toinen juhlakirja Oulun seudun ammattikorkeakoulun (Oamk) tutkimus- ja kehitystyön verkkojulkaisusarja ePookissa. Ensimmäisenä juhlakirjana tuotettiin professori, emerita Sirpa Janhosen juhlakirja nimeltään Tutkimuskohteina hoitaminen ja hoitamaan oppiminen. Se julkaistiin 25.2.2011.

ePooki luotiin vuonna 2008 Oamkin henkilökunnan julkaisukanavaksi. ePookin ensisijaisena tavoitteena on julkaista ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämishankkeissa tuotettuja tuloksia hyödyntäen verkkojulkaisemisen moderneja tapoja. ePookin tarkoituksena on lisätä ammattikorkeakoulun tunnettua ja tuoda esille korkeakoulun monipuolista osaamista toiminta-alueen hyvinvoinnin edistämiseksi. ePookin tärkeänä kohderyhmänä ovatkin työ- ja elinkeinoelämä sekä ammattikorkeakoulun sidosryhmät. Ammattikorkeakoulun henkilöstö, erityisesti opettajat nähdään yhä selvemmin työelämän, tutkimuksen ja koulutuksen välisen yhteistyön rakentajina ja toimijoina.

Tässä juhlakirjassa korostuu työelämän ja erityisesti hoitamisen kehittäminen. Dosentti Merja Nikkonen on toiminut esimerkillisenä urauurtajana psykiatrisen hoidon ja mielenterveystyön kehittäjänä koko hänen työuransa ajan jo ennen hänen akateemisia opintojaan. Hän väitteli vuonna 1996 Oulun yliopiston hoitotieteen laitokselta ensimmäisten väittelijöiden joukossa. Sen jälkeen hän on työskennellyt erilaisissa monitieteellisissä tutkimusryhmissä sekä myös kansainvälisissä tutkimusympäristöissä. Nikkosen vahva ja pitkä kokemus hoitotyöstä sekä hänen monitieteinen akateeminen koulutuksensa on varmistanut merkittävän poikkitieteellisen yhteistyön useissa eri konteksteissa. Lisäksi hän on toiminnassaan osoittanut, kuinka tutkimusta voi ja tulee hyödyntää uuden oppimisessa.

Kiitän lämpimästi kaikkia, jotka kirjoittajina osallistuivat tämän juhlakirjan tekemiseen. Erityisesti kiitän kirjan toimittajia yliopettaja Liisa Kiviniemeä ja yliopettaja Hilikka Honkasta Oulun seudun ammattikorkeakoulusta sekä dosentti Jari Kylmää Tampereen yliopistosta.

Oulussa 23.5.2012

Irene Isohanni  
tutkimus- ja kehitysohjaaja

## Lukijalle

Kirjan artikkelit edustavat läpileikkausta mielenterveystyön moninaisesta kentästä. Kirjoittajat ovat joko Merjan oppilapsia tai kollegoita.

Minna Laitilan ja Anna-Majja Pietilän artikkeli osallisuudesta sekä Nina Kilkun artikkeli luottamuksesta edustavat kirjan eettistä näkökulmaa. Minnan ja Anna-Majjan artikkelissa kuvataan mielenterveystyössä ja -palveluissa 1980-luvulta lähtien tapahtuneita muutoksia erityisesti mielenterveystyön asiakkaiden osallisuuden näkökulmasta. Nina tarkastelee artikkelissaan luottamusta ensin yleisesti, sitten hoitotieteessä tehtyjen käsitteanalyysien kautta ja lopulta fokusoiden tarkastelua ensipsykoosipotilaiden hoitoon.

Mielenterveystyön eettisiin kysymyksiin liittyy vahvasti myös Kaija ja Osmo Vuorion artikkeli Niuvanniemen erityisrooleista. Artikkelissa kuvataan mielenkiintoisella tavalla maan vaikeimpien psykiatristen potilaiden hoidon ja sen rinnalla perusoikeuksien kehitystä. Artikkelissa luodaan hyvä katsaus psykiatristen hoidon historiaan etenkin pakkokeinojen ja tahdonvastaisen hoidon osalta.

Jari Kylmän artikkelissa on uusi ja mielenkiintoinen näkökulma psykiatristen hoitotyön johtamiseen: toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen johtamisessa. Artikkelissa lähestytään aihetta aikaisempiin tutkimuksiin perustuen. Artikkelit etenee toivon käsitteestä toivon merkitykseen hoitajalle ja viimeisenä tarkastellaan toivoa ylläpitävää ja vahvistavaa johtamista psykiatrisessa hoitotyössä.

Liisa Kiviniemen artikkeli kuvaa yhteiskunnallisesti ja tässä ajassa merkittävää aihetta; psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten

voimavaroja; tekijöitä, jotka auttavat nuorta aikuista haastavassa elämänvaiheessa löytämään tahtoa ja toivoa elämänsä rakentamiseen. Artikkelissa tuodaan hyvin esille, miten eksistentiaalisfenomenologisella lähestymistavalla toteutetussa tutkimuksessa voi yksittäisen ihmisen kokemus muokkautua tieteellisen tutkimuksen tiedoksi ja yhteiskunnassa vaikuttavaksi asiaksi.

Päivi Vuokila-Oikonen ja Sirpa Janhonen ovat artikkeleissaan mielenterveyden edistämisen ytimessä, kouluissa toteutuvassa toiminnassa. Päivi kuvaa artikkelissaan mahdollisuuksia lapsen ja nuoren mielenterveyden edistämiseen eri kouluasteilla kahden käytännön tutkivan kehittämishankkeen avulla. Sirpan artikkelissa tarkastellaan joustavassa perusopetuksessa olevan yläkoululaisen nuoren sosiaalis-emotionaalisen eheyden tukemista oppituntien aikana.

Pirjo Kinnunen tarkastelee artikkelissaan monikulttuurisuuden tuomia haasteita, ja pohtii sitä, miten voisimme ymmärtää nuoria maahanmuuttajia nykyistä paremmin ja tukea heidän mielenterveyttään. Käsitys mielenterveydestä vaihtelee kulttuurien sisällä ja siksi maahanmuuttajanuoren mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen voi olla erityisen haasteellista.

Hilkka Honkasen artikkeli ei liity suoranaisesti mielenterveystyöhön. Merja Nikkosen innoittamana hän kiinnostui etnografiasta tutkimusmenetelmänä ja kuvaa artikkelissaan sen soveltuvuutta tutkimukselliseksi lähestymistavaksi työelämän kehittämiseen. Työelämän kehittäminen on yhä enemmän arjessa tapahtuvaa, sisältäpäin ohjautuvaa ja työyhteisöä osallistavaa. Silloin myös tutkimuksen tulee integroitua kiinteäksi osaksi kehittämisprosessia.

Toimittajat

# THT, Dosentti Merja

Olen syntynyt vuonna 1946. Teatteriperheen lapsena kävin koulua eri puolilla Suomea, ylioppilaaksi tulin vuonna 1965 Lohjan Yhteislyseosta ja aloitin opinnot samana vuonna Helsingin yliopiston teologisessa tiedekunnassa. Teologian opinnot jäivät kesken, sillä käytännön työ alkoi kiinnostaa minua.

## **TYÖ JA SIIHEN LIITTYVÄ OPISKELU**

Valmistuin sairaanhoitajaksi 1974 ja erikoissairaanhoitajaksi (psykiatrisen sairaanhoito) 1976. Siirryin valmistuttuani Oulun Keskusmielisairaalaan vakinaiseksi pitkäaikaisspotilaiden kuntoutusosaston osastonhoitajaksi syksyllä 1976. Osaston tehtävänä oli kuntouttaa pitkäaikaisspotilaat selviytymään omassa kotikunnissaan tuetusti.

Opinnot ja työ ovat nivoutuneet koko työurani ajan tiiviisti yhteen. Suoritin sairaanhoidon hallinnollisen tutkinnon Oulun Sairaanhoitopäiväkeskuksessa vuonna 1980 ja myöhemmin sairaanhoidonopettajan tutkinnon samassa oppilaitoksessa 1988. Pitkäaikaishoidon ja kuntoutuksen ylihoitajaksi minut nimitettiin vuonna 1981. Toimin välillä myös johtavana ylihoitajana.

Tätä urani ensimmäistä vaihetta leimasi psykiatrisen pitkäaikaishoitotyön ja kuntoutuksen käytäntöjen uudistaminen. Pitkäaikaisspotilaiden kuntoutusta suunnattiin aiempaa enemmän heidän henkilökohtaisten toiveidensa mukaisesti. Selkeä tavoite oli mahdollisimman monen laitoksesta omaan asuntoon asteittain siirtyminen ja aiempaa tiiviimpi yhteydenpito läheisiin. Hoitotyön henkilöstöltä tämä edellytti

merkittävää opetuksen ja ohjauksen lisäämistä hoidossa. Käytännössä se oli monenlaista sairaalan asettamien rajojen ylittämistä.

## **AKATEEMISUUS**

Johtamis- ja hoitotyön ohella minua alkoi kiinnostaa opiskelu. Palasin yliopistomaailmaan ja suoritin työn ohessa Kasvatustieteiden maisterin tutkinnon Oulun yliopistossa 1987. Syksyllä 1987 minut kutsuttiin Oulun yliopistoon perustetulle hoitotieteen laitokselle päätoimiseksi tuntiopettajaksi. Sairaalaista virkavapaalla ollen määräaikaiset virkanimikkeeni vaihtelivat vuosittain lehtorista yliassistenttiin ja apulaisprofessoriin.

Opetustyön ohella suoritin terveydenhuollon lisensiaatin tutkinnon vuonna 1991. Sen jälkeen siirryin vuonna 1992 alussa aloittaneen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) sosiaalitutkimusyksikköön vs. erikoistutkijaksi. Tuona aikana suoritin loppuun Tampereen yliopistossa aloittamani sosiologian syventävät opinnot sivulaudatur-tutkielmineen ja opiskelin kulttuuriantropologiaa Oulun yliopistossa. Palasin vuonna 1993 Oulun yliopistoon hoitotieteen laitokselle ja toimin yliassistenttina vuosina 1995–1999.

Väittelin terveydenhuollon tohtoriksi Oulun yliopistossa 1996. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen dosentiksi minut nimitettiin vuoden 1999 alusta. Oulun yliopiston hoitotieteen yliassistentiksi minut nimitettiin uudelleen vuosiksi 2000–2004.

Yksi psykiatrisen hoitotyön ohella kiinnostavimmista 1990-luvun lopun ja 2000-luvun hankkeista, joissa olin useita vuosia mukana lehtori Kari Sirkan kanssa oli EU:n Leonardo da Vinci -ohjelman rahoittamat kolme peräkkäistä tutkimushanketta. Hankkeilla pyrittiin kartoittamaan vanhustyön tilaa Euroopassa sekä kehittämään ammattikäytäntöjä tulevaisuuden haasteiden näkökulmasta. Tutkimme haastatellen ja havainnoiden vanhustyön käytäntöjä Unkarissa, Hollannissa, Puolassa ja Suomessa. Tämän pitkäkestoisen tutkimuksen opetuksiin kuului, ettei vanhuksen hyvinvointi tai onnellisuus riipu vain ulkoisista puitteista. Yksilön hyvinvointia tulee peilata yhteiskunnan tilaan ja yksilön elämänhistoriaan. Tämä pätee myös psykiatristen potilaiden kohdalla.

Tässä toisessa vaiheessa uutta oli paitsi siirtyminen ”hospitaalista yliopistoon” myös monitieteisyys, mikä sisälsi kasvatustieteen, sosiologian ja hoitotieteen sekä hieman myöhemmin vielä kulttuuriantropologian opinnot. Tutkimuksilleni tunnusomainen piirre ”laadullinen näkökulma” ja erilaisten laadullisten menetelmien käyttö tutkimuksessa välittyi vahvasti. Stakesin monitieteisessä sosiaalitutkimusyksikössä työskentely rohkaisi minua myös sosiokulttuurisen näkökulman valintaan ja uusien tieteenalojen, kuten esimerkiksi naistutkimuksen tiedon yhdistämiseen hoitotieteen väitöskirjassani. Ohjasin Oulussa useita psykiatrisen hoitotieteen väitöskirjoja ja ohjattavani siirtyivät myöhemmin kanssani Kuopion yliopiston tohtoriopiskelijoiksi.

#### **KULTTUURINEN HOITOTIEDE**

Siirryin Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle ma. professoriksi 2003–2006. Keskeinen opetus- ja tutkimusalueeni oli Kulttuurinen hoitotiede, joka sisälsi teorian, tutkimuksen ja käytännön opintojaksot. Kuopiossa työhöni liittyi muun muassa vuosittainen kulttuuritutkimuksen opetus Italiassa Modenan yliopistossa, jossa esittelin ohjattavieni psykiatrista hoitotyötä koskevia tutkimuksia ja etnografista tutkimusta.

Yhtenä Kuopion ajan merkittävämpänä saavutuksena pidän dosentti Jari Kylmän kanssa rakentamaamme Psykiatrisen hoitotyön tutkimusprojektia ”Mielenterveyden edistäminen monitieteisen laadullisen terveystutkimuksen kohteena”, josta on valmistunut kymmenen väitöskirjaa ja suuri määrä pro gradu -tutkimuksia.

Vuoden 2006 syksystä kevääseen 2011 toimin Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen yliassistenttina. Tuona aikana ohjasin muun muassa Jyväskylässä ja sen lähikunnissa kaksi ja puolivuotta kestäneen psykiatrisen hoitotyön kehittämisprojektia ja toimin myös asiantuntijaluonnoitsijana.

Vaikka olen liikkunut erilaisilla tutkimuskentillä ja erilaisten tieteenalojen piirissä tutkimukseni keskiössä on kuitenkin ollut psykiatrisen hoito ja mielenterveystyö. Monitieteinen akateeminen koulutukseni on mahdollistanut poikkitieteellisen yhteistyön ja tutkimuksen sekä uuden oppimisen.





## Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa. Kuulluksi tulemistä ja inhimillistä kohtaamista

**Minna Laitila, Anna-Maija Pietilä**

*"Kyllä silloin vuonna 1981 ne asenteet täällä sairaalan ulkopuolella olivat aikamoiset, että pidettiin vaan enemmänkin hulluna. Ne ovat muuttuneet, koska tänä päivänä melkein jokaisen lähipiirissä tai lähellä on joku, joka sairastaa psyykkisesti ja varsinkin masennusoireet ovat lisääntyneet valtavasti, uupumus, sitä on sitä. Mutta esimerkiksi skitsofreniasta ei ole paljokaan puhuttu julkisuudessa, se on vielä semmoinen..."*

Yllä olevassa lainauksessa mielenterveyskuntoutuja kuvaa näkemystään siitä, kuinka asenteet ja suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin ovat muuttuneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Tarkastelemme tässä artikkelissa mielenterveystyössä ja -palveluissa 1980-luvulta lähtien tapahtuneita muutoksia erityisesti mielenterveystyön asiakkaiden osallisuuden näkökulmasta. (Laitila 2010; Laitila ym. 2011; Laitila & Pietilä 2012.)

Asiakkaiden ja palveluidenkäyttäjien osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksien parantamista korostetaan useissa kansallisissa ja kansainvälisissä ohjelmissa ja julkilausumissa (esim. EU 2007; STM 2008; STM 2009; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326; STM 2011). Mutta se, mitä osallisuudella tarkoitetaan ja miten se käytännössä

voisi toteutua, on usein epäselvää. Mitä tarkoitetaan asiakkaan osallisuudella mielenterveystyössä? Miten osallisuus voi toteutua käytännössä ja millaisia mahdollisuuksia tai haasteita palvelujärjestelmä tuo osallisuuden toteutumiseksi?

### **OSALLISUUS MONIMUOTOISENA ILMIÖNÄ**

Palveluidenkäyttäjien osallisuutta korostavan keskustelun taustalla voidaan nähdä erilaisia motiiveja ja taustateorioita. Yhtäältä asiaa voidaan tarkastella yksilön näkökulmasta. Henkilöllä, myös mielenterveyspalveluiden käyttäjällä, on lähtökohtaisesti oikeus olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa. Lisäksi on todettu, että osallisuuden kokemuksella on terapeuttinen ja voimaannuttava merkitys, joka voi vaikuttaa positiivisesti hallinnantunteeseen ja itsetuntoon (Hickey & Kipping 1998; Heikkilä & Julkunen 2003).

Toisaalta osallisuuden tärkeyttä voidaan tarkastella yhteiskunnan näkökulmasta. Osallisuuskokemus voi tukea yhteiskuntaan integroitumista, vähentää stigmatisoitumista ja mielenterveysongelmiin liittyvää syrjintää (Truman & Raine 2002; Moring 2010). Kolmas näkökulma on palvelujärjestelmäkeskeinen: järjestelmän halu tuottaa laadukkaita, asiakkaiden tarpeita ja toiveita vastaavia palveluja (Heikkilä & Julkunen 2003; Andreassen 2008).

Osallisuuskehityksen taustalla voidaan nähdä ainakin kaksi erilaista mallia tai teoriaa. Konsumerismi ja markkinoituminen korostavat palveluidenkäyttäjän roolia asiakkaina, kuluttajina ja yhteistyökumppaneina. Demokraattinen näkökulma taas painottaa asiakkaiden äänen kuulemistä, voimaantumista, vallan tasa-arvoista jakautumista sekä kansalaisuutta, yhtäläisiä mahdollisuuksia ja kansalaisoi-keuksien toteutumista. (Rush 2004; Dalrymple & Burke 2006; Hui & Stickley 2007; Hänninen ym. 2007.) Mallien eroa kuvaa se, että palveluiden käyttäjien osallisuus on yhtäältä keino tavoitteen saavuttamiseksi ("means to an end"; esimerkiksi laadukkaampien palvelujen saavuttamiseksi) ja toisaalta päämäärä itsessään ("end in itself") (Patterson ym. 2008).

Osallisuus on vaikeasti määriteltävä käsite (Ristaniemi 2005; Julkunen & Heikkilä 2007), joka usein kuvataan lineaarisena tai hierarkkisena mallina. Osallisuuden lähikäsitteitä ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, voimaantuminen, itsemäärääminen ja autonomia sekä sosiaalinen inkluusio (Laitila 2010). Käsitteitä osallisuus ja asia-kaslähtöisyys on joskus käytetty jopa synonyymeina (Kujala 2003).

Mielestämme asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys liittyvät läheisesti toisiinsa, mutta kuvaavat eri ilmiöitä. Käsite asiakkaan osallisuus kuvaa asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista, ja asiakaslähtöisyys vastaavasti organisaatioiden tai työntekijöiden toimintatapa. Tutkimuksen (Laitila 2010) tuloksena asiakkaan osallisuus määriteltiin palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Osallisuuden katsottiin voivan toteutua kolmella eri tasolla: osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen ja palveluiden järjestämiseen.

Myös käsitteitä osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participation) käytetään välillä synonyymeinä. Yhdymme kuitenkin näkemykseen siitä, että osallisuus on laajempi käsite kuin osallistu-minen (ks. esim. Julkunen & Heikkilä 2007; Thompson 2007). Osalli-suus sisältää oletuksen siitä, että palveluiden käyttäjän tai asiakkaan toiminnalla on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin.

Osallisuuden kuvaamista hierarkisena mallina on kritisoitu sen yksi-olotteisuudesta. Nykyajan yhteiskunta on kompleksinen ja muuttuva, joten osallisuuden kuvaamisen tulisi ottaa paremmin huomioon erilaisten palvelunkäyttäjien mahdollisuudet olla osallisina sekä palveluiden käyttäjien, yhteisöjen, vapaaehtoisjärjestöjen ja virallisen sektorin välinen kanssakäyminen. (Tritter & McCallumb 2006.) Osalli-suus voi toteutua yhtäaikaaisesti eri tasoilla ja siirtyä tasolta toiselle tilanteen, tarpeen tai ajankohdan mukaan (Smith ym. 2008). On myös väitetty nykyisten osallisuuden mallien vahvistavan olemassa olevia valtasuhteita ja näennäisosallisuutta eli vallan säilyessä orga-nisaatioilla ja työntekijöillä (Hodge 2005; Stickley 2006).

Warren (2008) on kuvannut osallisuutta neljänä samanarvoisena palveluiden käyttäjän ja organisaation välisenä suhteena. Osallisuus voi olla osallistumista, voimaantumista, informaatiota tai konsultoin-tia. Tämän holistisen mallin keskiössä on palveluiden käyttäjä, ja

osallisuuden eri muodot ovat keskenään samanarvoisia. Malli pyrkii huomioimaan sen, että erilaiset osallisuuden toteutumistavat voivat soveltua erilaisille palveluiden käyttäjille eri ajankohtina ja erilaisissa tilanteissa.

Huolimatta osallisuutta korostavista periaatteista ja suunnitelmista on osallisuuden toteutumisessa edelleen puutteita. Mielen terve-yden häiriöistä kärsivät henkilöt kohtaavat yhä ennakkoluuloja ja leimaamista (Aromaa 2011; Mielen terveysbarometri 2011), tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään Suomessa kansainvälisesti verrattuna paljon (Karlsson & Walhbeck 2010), asiakkaat eivät aina tiedä oikeuksiaan eivätkä tunne tarjolla olevia palveluja, tukitoimia tai haettavissa olevia etuuksia ja heillä kokemuksia huonosta kohtelusta (Karinen 2010).

Osallisuuden käytännön toteutumiseen ovat vaikuttamassa yhteis-kunnan tasolla muun muassa lainsäädännön asettamat reunaehdot sekä organisaatioiden säännöt ja toimintakäytännöt (Dalrymple & Burke 2006; Julkunen & Heikkilä 2007; Goodwin & Happell 2008; Eronen ym. 2009). Työntekijöiden asenteilla, koulutuksella sekä käytettävissä olevilla resursseilla on todettu olevan suuri merkitys (Truman & Raine 2002; Goodwin & Happell 2007; Lester ym. 2006; Fischer ym. 2008; Patterson ym. 2008). Myös asiakkaiden oma motivaatio, kyky ja halua ottaa vastuuta sekä psyykinen ja fyysinen vointi ovat vaikuttamassa osallisuuden toteutumiseen (Hickey & Kipping 1998; Hansen ym. 2004; Goodwin & Happell 2008).

## **OSALLISUUS MIELENTERVEYSTYÖN PALVELUJÄRJESTELMÄN KOKONAISUUDESSA**

Evers (2003) on tarkastellut palveluiden käyttäjien osallisuuden saa-mia merkityksiä suhteessa palvelujärjestelmän kehittämiseen. Hän erottaa viisi erilaista mallia, joissa kussakin palveluiden käyttäjien osallisuus näyttäytyy eri tavalla.

Hyvinvointivaltioallinen malli viittaa palveluiden järjestämiseen siten, että ne olivat kattavia ja yhtäläisiä. Palveluiden käyttäjien osallisuus voi toteutua lähinnä edustuksellisen demokratian kautta. Professionaalisille tyypillistä ovat vahvat professiot, asiakaslähtöisyyttä ko-rostavat eettiset ohjeet sekä halu työskennellä asiakkaan puolesta, ei hänen kanssaan. (Evers 2003; Toikko 2006.)

Konsumerismi korostaa palveluiden käyttäjien valinnanmahdollisuutta ja palveluntuottajien keskinäistä kilpailua, mitkä takaavat asia-kaskeksen toiminnan. Palveluiden käyttäjien osallisuutta voidaan parantaa turvaamalla asiakkaan asemaa esimerkiksi lainsäädännöllä sekä poistamalla taloudellisia, tiedollisia ja taidollisia esteitä kulutta-jana toimimisen tieltä. (Evers 2003; Toikko 2006.)

Managerialismin näkökulmasta julkiset palvelut ovat potentiaalista markkina-aluetta, joiden toimintaa tulisi tehostaa. Mielenkiinnon koh-teena ei ole palvelunkäyttäjää, vaan palveluntuottaja, poliittinen johto sekä kansalainen äänestäjänä ja veronmaksajana. (Evers 2003; Toikko 2006.)

Osallistumisen malli korostaa mahdollisuutta osallistua henkilökohtaisesti palveluiden tuottamiseen, yhteisöjen merkitystä, paikallisuutta ja erilaisia alueellisia tarpeista lähteviä toimintatapoja. Osallistumisen malli lupaa palvelun käyttäjälle vahvaa vaikuttamisen mahdollisuutta, mutta edellyttää häneltä halua ja kykyä osallistua palveluiden kehittämiseen ja tuottamiseen. (Evers 2003; Toikko 2006.)

### **PALVELUJÄRJESTELMÄN MUUTOS 1980-LUVULLA**

Suomessa mielenterveyspalvelut olivat pitkään varsin laitosvaltaisia, ja 1980-luvun alussa maassamme oli noin 20 000 psykiatrista sairaansijaa (Arki mielisairaala 1995; Hyvönen 2004). Sairaalahjärjestelmän purkamisen aloitettiin vasta 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin pitkään sairastaneita ja pitkään sairaalassa olleita potilaita alettiin kuntouttaa. Potilaiden siirtymistä niin sanottuihin puoliavoiimiin hoitomuotoihin oli osaltaan mahdollistamassa kehittynyt lääkehoito sekä erityisesti näille ihmisille kehitetty ja hyvin soveltuva portaittainen kuntoutus. (Lehtinen ym. 1989; Stengård & Nordling 2011.) Myös laaja vuosina 1981–1987 toteutettu skitsofreniaa sairastavien potilaiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelma (Ojanen 1995) edisti kuntoutuksen kehittämistä.

Rakennemuutoksen taustalla olivat sekä taloudelliset seikat että myös ideologiset muutokset. Pyrkimyksenä oli inhimillistää hoitoa ja tarjota psykiatrisille potilaille erilaisia vaihtoehtoja. (Hyvönen 2004; myös Karlsson & Wahlbeck 2010.) Tavoitteena oli lisätä ja kehittää avohoittoa, puoliavoiimia hoitomuotoja ja asuntolatoimintaa sekä vähentää psykiatrisia laitospaikkoja (Nikkonen 1996; Korkeila 1998).

Voidaan todeta, että mielenterveystyössä vallalla olivat laitosparadigma, jossa asiakas nähdään passiivisena toimenpiteiden kohteena, sekä kuntoutusparadigma, jossa asiakas on palvelunsaaja tai suojatti. Kuntoutusparadigmassa palveluiden käyttäjällä oli niukasti valinnanvapautta ja käytännössä valinnanmahdollisuus rajoittui joko standardoidun palvelun käyttämiseen tai sen ulkopuolelle jäämiseen. (Aspvik 2003; Vuorela 2005.)

Toisaalta esimerkiksi yhteisöhoitoon periaatteissa oli nähtävissä jo 1980-luvulla potilaan aktivoimiseen ja osallistumiseen tähtävää ideologiaa (Välimäki 2004). Periaatteissa ja sosiaalisen kuntoutuksen ohjelmissa korostettiin psykiatristen potilaiden aktiivisuuden tukemista ja osallistumisen lisäämistä (Isohanni 1983) sekä potilaiden omaa vastuuta, tavoitteiden asettamista ja valintojen tekemistä (Ojanen & Sariola 1986).

Jos tarkastellaan 1980-luvun mielenterveystyötä suhteessa Eversin (2003) esittämiin malleihin, voidaan todeta ajanjakson kuvaavan hyvinvointivalttiollista ja professionaalista mallia. Mielenterveystyössä ja -palveluissa pyrittiin universaaleihin, standardoituihin ja tasalaatuisiin palveluihin, joiden laatua valvottiin valtion ja ammattilaisten omavalvonnan avulla. 1980-luvun mielenterveys- ja päihdetyön asiakas oli kohdeasiakas, jonka rooliin kuului noudattaa annettuja ohjeita ja sitoutua työntekijän määrittämiin tavoitteisiin (Niiranen 2002).

### **KOHTI PALVELUIDEN MARKKINOITA**

Vielä 1990-luvun alkupuolella valtaosa psykiatristen sairaaloiden potilaista oli pitkäaikaispotilaita ja lähes 40 prosenttia tuli hoitoon vastentahtoisesti (Arki mielisairaala 1995). Vuonna 1991 voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki (1989/1062) yhdisti mielisairaanhoidopiirit ja keskussairaalahoidopiirit sairaanhoidopiireiksi (Nordling & Ojanen 1990; Korkeila 1998).

Rakennemuutos sairaalakeskeisyydestä kohti avohoitokeskeisyyttä kiihtyi 1990-luvun laman aikana. Psykiatristen sairaansijojen vähentämistä jatkettiin säästöjä tavoitellen eikä vapautuneita resursseja ohjattu avohoidon kehittämiseen (Nordling 2007; Stengård & Nordling 2011). Julkisuudessa puhuttiin jopa psykiatristen potilaiden heitteillejätöstä (Salo 1996; Nikkonen 1998), vaikka toisaalta on näytetty siitä, että psykiatrinen hoitojärjestelmä selvisi vaikeuksista huolimatta hyvin (Korkeila 1998). Vaikka avohoidon resursseja ei lisätty samassa suhteessa kuin laitoshoidon purettiin, avohoitopaikkojen ja -käyntien määrä lisääntyivät 1980-lukuun verrattuna (Korkeila 1998; Harjajärvi ym. 2006).

Valtionosuusjärjestelmän uudistus 1990-luvun alussa mahdollisti sen, että kunnat saivat entistä vapaammin päättää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Kuntien kesken syntyi erilaisia tapoja järjestää muun muassa mielenterveyspalvelut. Kuntien erilaisten käytäntöjen on väitetty johtaneen palveluntarjoajan määrälliseen ja laadulliseen kirjavuuteen (Nikkonen 1996, 1998; Hyvönen 2004; STM 2004). Yksityisten palveluntuottajien rooli vahvistui, ja merkittävä osa niin sanottujen puoliavointien hoitomuotojen järjestämisestä on siirtynyt yksityisten palveluntuottajien tai yhdistysten vastuulle.

1980-luvun loppupuolella alkanut kehitys kohti markkinointumista ja suunnittelutaloudesta kohti kilpailutaloutta kiihtyi 1990-luvulle tultaessa. Julkiselle sektorille pyrittiin soveltamaan yksityisen sektorin johtamistapaa kustannusten hillitsemiseksi ja toiminnan tehostamiseksi (Kaukonen 2005). Palvelujärjestelmässä tapahtui siirtymistä kohti puollittaismarkkinoita, welfare mix- ja tilaaja-tuottaja -mallia (Niiranen 2002; Julkunen 2004). Muun muassa yksityisten sosiaalipalveluyritysten määrä kolminkertaistui 1990-luvulla (Kovalainen 2004).

Eversin (2003) luokituksessa 1990-lukua kuvaavat managerialismi ja konsumerismi, vaikka hyvinvointivalttiollinen ja professionaalinen malli olivat edelleen myös vaikuttamassa. Myös osallistumisen mallin ituja oli nähtävissä järjestötoiminnan vahvistuessa (Eskola 2007; Stengård & Nordling 2011).

Asiakas- ja potilaskeskeisyys korostuivat 1990-luvulla muun muassa eri ammattiryhmien eettisten normistojen kehittämisen ja lainsäädännön kautta (Välimäki 2004). Vuonna 1992 voimaan tuli laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Mielenterveyslaki (1990/1116) painottaa avohoidon ensisijaisuutta, oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Toisaalta markkinoita ja valinnanvapautta korostava palvelujärjestelmä näkee palveluiden käyttäjän asiakkaana ja kuluttajana, jonka mielipiteet ja palaute ovat tärkeitä palvelujärjestelmän kehittämiseksi (Alasuutari & Lampinen 2006; Julkunen 2006). Kuluttaja-asiakkuuteen liittyy valin-

nanmahdollisuus, mikä taas edellyttää sitä, että asiakkaalla on tietoa eri vaihtoehdoista ja kykyä vertailla niitä (Niiranen 2002).

## OSALLISEKSI YHTEISKUNTAAN

Suomalaisessa mielenterveystyössä on edelleen kehittämistarpeita. Mielenterveystyö on yhä painottunut häiriöiden hoitoon mielenterveyden edistämisen, häiriöiden ehkäisyn ja psykososiaalisen kuntoutuksen jäädessä liian vähälle huomiolle (Wahlbeck 2007). Sairaalaapaikojen vähentämisestä huolimatta mielenterveyspalvelujärjestelmä on laitosvaltainen, monipuolisia ja riittäviä avohoitopalveluita ei ole tarjolla ja tahdonvastaista sairaalahoitoa käytetään eurooppalaisittain paljon (Wahlbeck & Pirkola 2008; Karlsson & Wahlbeck 2010).

Hoitoajat ovat lyhentyneet, mutta sairaalaan palaaminen on lisääntynyt. Yhä useammin hoitoon hakeutuvilla henkilöillä on mielenterveysongelman lisäksi päihdeongelma, elämäntilanteen ongelmia tai taloudellisia vaikeuksia (Salokangas ym. 2000; Stengård & Nordling 2011). Asumispalveluiden määrä on lisääntynyt sairaalaapaikojen vähentyessä ja asumispalveluiden laatuun ja toiminnan kuntouttavuuteen tulee kiinnittää yhä enemmän huomiota, jottei korvata pitkäaikaista laitoshoidoa toisella (Karlsson & Wahlbeck 2010; Stengård & Nordling 2011).

Mielenterveystyössä on siirrytty resurssiohjauksesta informaatio-ohjaukseen. Valtio ohjaa toimintaa ja sen kehittämistä velvoittavan puitelainsäädännön ja erilaisten suositusten avulla. Mielenterveystyön kokonaisuuden johtaminen ja koordinointi eivät ole selkeää, palveluiden saatavuus vaihtelee alueittain ja palvelujärjestelmä on hajanainen (Harjajärvi ym. 2006; Wahlbeck & Pirkola 2008).

Monimutkaistuvasta ja eri toimijoista rakentuvasta palvelujärjestelmästä uhkaavat pudota eritoten ne asiakkaat, joilla on monta yhtäaikaista ongelmaa (Partanen 2010). Oikeuslaitoksesta on tullut tärkeä taho, kun määritellään sitä, mikä on lakisäätelisten palveluiden riittävä ja lainmukainen taso (Alavaikko 2006). Tämä oikeudellistumiskehitys merkitsee aktiivisten ja oikeuksistaan tietoisien asiakkaiden oikeuksien vahvistumista (Rajavaara 2008).

Palvelujärjestelmän muuttuminen palvelumarkkinoiksi on lisännyt sopimisen ja sopimusten merkitystä. Palvelun käyttäjästä tulee aktiivinen asiakas, jolta edellytetään vastuunottoa, tietoa ja voimavaroja. Sopimuksellisuus edistää parhaimmillaan joustavuutta, yksilöllisyyttä, asiakkaan itsemääräämistä ja osallistumista (Määttä & Kalliomaa-Puha 2006; Määttä 2007; Raitakari ym. 2011). Pahimmillaan se voi johtaa palveluiden ulkopuolelle jäämiseen, jos ihmisellä ei ole resursseja, mahdollisuuksia tai motivaatiota sopimusten tekemiseen tai noudattamiseen (Juhila 2006; Valokivi 2008).

Vaikuttaa siltä, että 2000-luvun mielenterveystyön palvelujärjestelmässä on piirteitä kaikista Eversin (2003) esittämistä malleista. Palvelujärjestelmässä on mukana niin hyvinvointivaltiollisen palvelujärjestelmän kuin palvelumarkkinoiden elementtejä. Myös ammatillisella osaamisella on edelleen merkittävä asema (Julkunen 2004). Vertaistuen ja järjestötoiminnan lisäksi mielenterveystyössä on nähtävissä merkkejä osallistumisen mallista. Valtakunnallinen mielenterveys- ja

päihdesuunnitelma (STM 2009) korostaa asiakkaiden aseman vahvistamista, ja keskustelussa tunnustetaan kokemustiedon (Raitakari ym. 2011) ja yhteiskunnallisen toimijuuden (Karlsson & Wahlbeck 2010) merkitys. Mielenterveyskuntoutuksessa ollaan siirtymässä kohti osallisuutta, yhteisöllisyyttä ja voimaantumista korostavaa ajattelua (Stengård & Nordling 2011).

## LOPUKSI

Edellä on lyhyesti kuvattu mielenterveyspalveluiden kehitystä viime vuosikymmeninä ja eritoten sitä, minkälaisia mahdollisuuksia ja rajoituksia palvelujärjestelmä on kulloinkin tarjonnut asiakkaan osallisuuden toteutumiselle. Osallisuuden määrittely ja toteutuminen mielenterveystyössä edellyttävät jatkuvaa kriittistä tarkastelua. Kaikilla asiakkailla ei ole kykyä, resursseja tai motivaatiota olla osallisina (Laitila 2010). Tarvitaan siten erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. On tärkeää tunnistaa tilanteita, joissa ihmisellä on oikeus olla hoidettavana ja vastaavasti tilanteita, joissa työntekijöillä on velvollisuus tehdä päätöksiä asiakkaan puolesta.

Osallisuuden ja osallistumisen mahdollisuuksiin vaikuttavat mielenterveystyön ja -palveluiden järjestämisen tapa, käsitykset asiakkaasta ja hänen roolistaan sekä järjestelmän tarjoamat mahdollisuudet osallistua. Viimeisten vuosikymmenten aikana mielenterveystyössä on tapahtunut suuria muutoksia, ja tuo muutos on osaltaan edelleen kesken. Asiakkaan osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien korostuminen haastavat sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisiä käytäntöjä ja rakenteita (Kaseva 2011). Taulukossa 1 on kuvattu yhteenvetona asiakkaan osallisuuden piirteitä ja painotuksia eri vuosikymmeninä.

Jo 1990-luvulta lähtien on kansainvälisessä kirjallisuudessa tuotu esiin recovery-käsitteen merkitystä mielenterveyspalveluissa ja -kuntoutuksessa. Recovery-käsitteelle on vaikeaa löytää suomenkielistä vastinetta, mutta se voitaisiin kääntää toipumis- tai kuntoutumisprosessiksi. Recovery-ajattelun lähtökohdana on, että ihminen voi elää täysipainoista ja mielekästä elämää mielenterveyden häiriöstä tai sen oireista huolimatta (Shepherd ym. 2008). Kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi, mutta siinä on kuvattu myös joitain yleisiä ominaispiirteitä (Koskisu 2004; Shepherd ym. 2008; Slade 2009; Scottish Recovery Network 2012):

- Toivo, optimismi ja voimavara- ja lähtövoima
- Osallisuus, itsemäärääminen ja vastuu omasta elämästä
- Omahoito
- Mielekäs elämä ja toiminta
- Ihmissuhteet ja niistä saatu tuki
- Minäkuvan uudelleen rakentaminen

Muun muassa USA:ssa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa on yksilöllisen kuntoutumis- tai toipumisprosessin tukeminen otettu mielenterveyspalveluiden kehittämisen lähtökohdaksi. Tällöin pal-

**Taulukko 1.** Asiakkaan osallisuuden piirteitä mielenterveyspalveluissa 1980–2010 -luvuilla.

Ajankohta	Käsitykset asiakkaasta ja hänen roolistaan	Palvelujärjestelmän tarjoamat mahdollisuudet ja rajoitukset osallisuuden toteutumiseksi
1980-luku	1. passiivinen toimenpiteiden kohde 2. palvelunsaaja tai suojatti	3. niukasti valinnanvapautta 4. pyrkimys hoidon inhimillistämiseen ja kuntoutuksen kehittämiseen 5. aktivoimisen ja osallistumisen ideologiaa nähtävissä esim. yhteisöhoidon periaatteissa
1990-luku	6. palveluiden käyttäjä asiakkaana ja kuluttajana 7. kuluttaja-asiakkuus	8. asiakkaan mielipiteet ja palaute tärkeitä palvelujärjestelmän kehittämiseksi 9. asiakas- ja potilaskeskeisyys korostuvat eri ammattiryhmien eettisissä normeissa ja lainsäädännössä
2000-luku	10. aktiivinen asiakas 11. useita samanaikaisia ongelmia	12. asiakkaalta edellytetään vastuunottoa 13. korostetaan asiakkaiden aseman vahvistamista, kokemustiedon ja yhteiskunnallisen toimijuuden merkitystä 14. palvelujärjestelmän monimutkaisuus 15. oikeudellistumiskehitys 16. sopimuksellisuus
2010-luku?	17. kansalainen 18. osallinen omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen	19. kohti osallisuutta, yhteisöllisyyttä ja voimaantumista korostavaa ajattelua 20. recovery-ajattelu mielenterveyspalveluiden kehittämisessä

velujärjestelmän ja siinä työskentelevien ammattilaisten roolina on mahdollistaa ja tukea ihmisten, asiakkaiden, potilaiden tai palveluidenkäyttäjien, omaa yksilöllistä kuntoutumisprosessia. (Shepherd ym. 2009; Slade 2009.) On mielenkiintoista nähdä, lähdetäänkö myös Suomessa kehittämään mielenterveyspalveluita kohti recovery-ajattelua, jossa keskiössä on järjestelmän sijaan ihminen ja hänen yksilöllinen prosessinsa.

Dosentti Merja Nikkonen on tutkimustyössään nostanut esiin palveluiden käyttäjien kokemusta palvelujärjestelmästä ja sen muutoksesta. Tämän lisäksi hän on korostanut kulttuuristen tekijöiden merkitystä hoitamisen kokonaisuudessa. Merja Nikkonen on vahvasti tuonut esille, että mielenterveystyön ja -palvelujärjestelmän muutokset eivät tapahdu tyhjiössä, vaan niihin ovat vaikuttamassa laajat sosiokulttuuriset tekijät.

Hänen näkökulmansa olivat rikastamassa keskustelua myös väitöskirjatyössä (Laitila 2010), jossa tarkasteltiin asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä. Alla oleva mielenterveyspalveluita käyttäneen henkilön kommentti tukee ajatusta siitä, että palvelujärjestelmämme on siirtymässä tai ainakin sillä olisi mahdollisuus siirtyä kohti entistä vahvempaa asiakkaiden osallistumista.

*”On niin vähän aikaa siitä, kun ihmiset survottiin laitoksiin ja, että tuota kaikkihan pikkuhiljaa kehittyi. Ja kyllä mielen-terveyskuntoutujissakin on paljon sellaisia, joilla on kaiken-*

*laista, monenlaista kokemusta alalta ja sanomistakin. Että tavallaan potilaan ehdoillahan tässä pitäisi toimia loppujen lopuksi, että niin paljo kuin vaan pystytään. Semmoinen ylhäältä päin saneleminen, niin se tavallaan monessa muusakin asiassa on jo taakse jäänyttä.”*

#### KIRJOITTAJAT

##### Minna Laitila

TtT, post doc -tutkija, projektipäällikkö  
Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta,  
hoitotieteen laitos  
Välittäjä 2013 -hanke, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Merja toimi väitöskirjani toisena ohjaajana ja sen jälkeen olemme yhdessä pääohjaajan Anna-Maija Pietilän kanssa kirjoittaneet muutaman artikkelin.

##### Anna-Maija Pietilä

THT, professori  
Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta,  
hoitotieteen laitos  
Perusteruva ja terveydenhuolto, Kuopion kaupunki

## Lähteet

- Alasuutari, P. & Lampinen, M. 2006. OECD ja suomalaisen projektiyhteiskunnan synty. Teoksessa K. Rantala & P. Sulkunen (toim.) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 56–68.
- Alavaikko, M. 2006. Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu - keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Teoksessa K. Rantala & P. Sulkunen (toim.) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 39–55.
- Andreassen, T.A. 2008. Asymmetric mutuality: User involvement as a government-voluntary sector relationship in Norway. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 37(2), 281–299.
- Arki mielisairaalassa. Selvitys psykiatrisen potilaan arjesta. 1995. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto..
- Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Väitöskirja. Tutkimus 69. Helsinki: THL.
- Aspvik, U. 2003. Psykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminta: toiminnan kehittämisprosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Series D 750 Medica. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Dalrymple, J. & Burke, B. 2006. Anti-oppressive practice. *Social care and the law*. 2. ed. Maidenhead: Open University.
- Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062. Hakupäivä 21.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Eronen, A., Londén, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2009. Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveys-turvan keskusliitto ry.
- Eskola, J. 2007. Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa J. Eskola & A. Karila (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita, 13–44.
- EU 2007. Valkoinen kirja. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013. Hakupäivä 21.12.2011. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_fi.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fi.pdf)
- Evers, A. 2003. Current strands in debating user involvement in social services. Discussion Paper for the "Group of Specialists on User Involvement in Social Services (CS-US)" Council of Europe.
- Fischer, J., Neale, J., Bloor, M. & Jenkins, N. 2008. Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3(21). Hakupäivä 21.12.2011. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/21>.
- Goodwin, V. & Happell, B. 2008. Psychiatric nurses' attitudes toward consumer and carer participation in care. Part 2 - Barriers to participation. *Policy, Politics & Nursing Practice* 9(4), 249–256.
- Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E. & Ruud, T. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 292–297.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Helsinki: Stakes & Suomen Kuntaliitto.
- Heikkilä, M. & Julkunen, I. 2003. Obstacles to an increased user involvement in social services. A commissioned background document. Council of Europe. Group of Specialists in Social Services (CS-US). Hakupäivä 21.12.2011. [http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/socservices\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/socservices_en.asp).
- Hickey, G. & Kipping, C. 1998. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7(1), 83–88.
- Hodge, S. 2005. Participation, discourse and power: a case study in service user involvement. *Critical Social Policy* 25(2), 164–179.
- Hui, A. & Stickley, T. 2007. Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59(4), 416–426.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1028. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hänninen, K., Julkunen, I., Hirsikoski, R., Högnabba, S., Paananen, I., Romo, H. & Thomasen, T. 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-menetelmän oppimisen kehistä. Raportteja 6. Helsinki: Stakes.
- Isohanni, M. 1983. Uudistuva psykiatrisen sairaala. Helsinki: WSOY.
- Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, I. & Heikkilä, M. 2007. User involvement in personal social services. In R. van Berkel & B. Valkenburg (eds.) Making it personal. Individualising activation services in the EU. UK: The Policy Press University of Bristol, 87–103.
- Julkunen, R. 2004. Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 168–187.
- Julkunen, R. 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Karinen M. 2010. Mielenterveyskuntoutujan oikeusturvasta. Teoksessa M. Pajukoski (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Helsinki: THL, 71–78.
- Karlsson, N. & Wahlbeck, K. 2010. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Raportti 24/2010. Helsinki: THL.
- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki: STM. Hakupäivä 21.12.2011. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf).
- Kaukonen, O. 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(3), 311–322.

- Korkeila, J. 1998. Perspectives on the public psychiatric services in Finland. Evaluating the deinstitutionalisation process. Väitöskirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kovalainen, A. 2004. Hyvinvointipalvelujen markkinoituminen ja sukupuoli-sopimuksen muutos. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 187–209.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Acta Universitas Tamperensis 914. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31.
- Laitila M, Nikkonen M, Pietilä A-M. 2011. Involvement in mental health and substance abuse work: conceptions of service users. *Nursing Research and Practice*, vol. 2011, Article ID 672474. doi:10.1155/2011/672474. <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/672474/>
- Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva Hoitotyö* 10(1), 22–31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Hakupäivä 21.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehtinen, V., Alanen, Y.O., Anttinen, E.E., Eerola, K., Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Taipale, V. 1989. Sosiaalipsykiatria. Helsinki: Painokaari Oy.
- Lester, H., Tait, L., England, E. & Tritter, J. 2006. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice* 56(527), 415–422.
- Mielenterveysbarometri 2011. Yhteenveto 2011. Hakupäivä 21.12.2011. <http://www.mtkl.fi/?x752385=1230924>
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Hakupäivä 21.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Moring, J. 2010. THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, E. Nordling, & V. Bergman (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: THL, 64–70.
- Määttä, M. 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiologian laitos.
- Määttä, M. & Kalliomaa-Puha, L. 2006. Sopivaksi kasvattava yhteiskunta. Teoksessa K. Rantala & P. Sulkunen (toim.) Projektityhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 179–193.
- Niiranen, V. 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa K. Juhila, H. Forsberg & I. Roivainen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: SoPhi, 63–80.
- Nikkonen, M. 1996. Piiriltä siviiliin. Etnografinen tutkimus hoitamisesta psykiatristen pitkäaikaispotilaiden avohoitovalmennuksessa ja valmennettujen potilaiden elämäntavasta mielisairaalan ulkopuolella. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Nikkonen, M. 1998. Laitospotilaasta sosiaalseksi toimijaksi? Ruukin palvelukoti psykiatrisen potilaan sosiaalisen minän uudelleenrakentajana. Teoksessa R. Haverinen, L. Simonen & I. Kiikkala (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Helsinki: Stakes, 228–245.
- Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Väitöskirja. Acta Universitas Tampereensis 1245. Tampereen yliopisto, psykologian laitos.
- Nordling, E. & Ojanen, M. 1990. Henkilökunnan ja johtoryhmien käsitykset psykiatriasta erikoissairaanhoidon osana. Vertaileva tutkimus sairaanhoitopiireissä ja mielisairaanhuoltopiireissä. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Ojanen, M. 1995. Kulttuuri, skitsofrenia ja psykiatrinen hoito. Teoksessa T. Haapoja, E. Nordling & V. Somppi. *Eväitä elämään. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja*. Vaasa: Ykkös-Offset Oy, 57–75.
- Ojanen, M. & Sariola, E. 1986. Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Helsinki: Otava.
- Partanen, A. 2010. Päihdepalvelujärjestelmä. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, E. Nordling & V. Bergman (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: THL, 35–39.
- Patterson, S, Weaver, T, Agath, K, Albert, E, Rhodes, T, Rutter, D. & Crawford, M. 2008. 'They can't solve the problem without us': A qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England. *Health and Social Care in the Community* 17(1), 54–62.
- Raitakari, S, Günter, K. & Saario, S. 2011. Markkina- vai kumppanuussuhteessa mielenterveystyön tulevaisuus? Teoksessa A. Kärkkäinen (toim.) Tahtoa ja tekemisen paloa. Puheenvuoroja mielenterveystyöstä. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 50–62.
- Rajavaara M. 2008. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutus* 2, 43–47.
- Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan "armahtava todellisuus"? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Helsingin yliopisto.
- Rush, B. 2004. Mental health service user involvement in England: lessons from history. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 313–318.
- Salo, M. 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen: mielisairaala-reformit Italiassa ja Suomessa. Väitöskirja. Tampere: Vastapaino.
- Salokangas, R.K.R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A-M. & Saarinen, S. 2000. Sairaala-yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiutamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Stakes. Raportteja 248. Saarijärvi: Gummerus.
- Scottish Recovery Network. 2012. Key themes of recovery. Hakupäivä 29.3.2012. <http://www.scottishrecovery.net/Key-themes-of-recovery/key-themes-of-recovery.html>

- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. 2008. *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Hakupäivä 29.3.2012. [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making\\_recovery\\_a\\_reality\\_policy\\_paper.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf)
- Shepherd, G., Boardman, J. & Burns, M. 2009. *Implementing recovery: a new framework for organisational change*. Position Paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Hakupäivä 29.3.2012. [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Implementing\\_recovery\\_methodology.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Implementing_recovery_methodology.pdf)
- Slade, M. 2009. 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals. *Rethink recovery series: volume 1*. London: Rethink. Hakupäivä 29.3.2012. <http://www.rethink.org/document.rm?id=8914>
- Smith, E., Ross, F., Donovan, S., Manthorpe, J., Brearley, S., Sitzia, J. & Beresford, P. 2008. Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: A review of evidence and practice. *International Journal of Nursing Studies* 4, 298–315.
- Stengård, E. & Nordling, E. 2011. Psykososiaalisen kuntoutuksen vuosikymmenet ja tulevaisuudennäkymät. Potilaasta ja maatyöläisestä mielenterveys-työn asiantuntijaksi. Teoksessa A. Kärkkäinen (toim.) *Tahtoa ja tekemisen paloa*. Puheenvuoroja mielenterveystyöstä. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry, 17–26.
- Stickley, T. 2006. Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 570–577.
- STM 2004. *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki: STM.
- STM 2008. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: STM.
- STM 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: STM.
- STM 2011. *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Helsinki: STM.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Hakupäivä 21.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Thompson, A.G.H. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64, 1297–1310.
- Toikko, T. 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 3, 13–22
- Tritter, J.Q. & McCallumb, A. 2006. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76, 156–168.
- Truman, C. & Raine, P. 2002. Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in the Community* 10(3), 136–143.
- Valokivi, H. 2008. *Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikköjen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1286. Tampereen yliopisto.
- Vuorela, M. 2005. Sosiaalipsykiatrinen yhdistys paradigmojen murroksessa. Teoksessa T. Haapoja, M. Karlsson, J. Palmu, R. Tiainen & V. Somppi (toim.) *Eväitä elämään II*. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 20-vuotisjuhlakirja. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys, 48–60.
- Välimäki, M. 2004. Potilaan osallistuminen mielenterveystyössä: Näkökulmia itsemääräämisoikeuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 253–258.
- Wahlbeck, K. 2007. *Mielenterveyspalvelut*. Teoksessa M. Heikkilä & T. Lahti (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Helsinki: Stakes, 87–101.
- Wahlbeck, K. & Pirkola, S. 2008. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa U. Ashorn, & J. Lehto (toim.) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes, 131–145.
- Warren, J. 2008. *Service user and career participation in social work*. Exeter: Lear



# Luottamuksesta yleisesti ja erityisesti ensipsykoosipotilaan hoidossa

**Nina Kilku**

Merja Nikkosen juhlaKirjaan kirjoittaminen oli kunniatehtävä, johon mielelläni osallistuin. Merja toimi väitöskirjani ohjaajana vuosien ajan, ilman häntä tutkimukseni ei kenties olisi vieläkään valmis. Yhdessä olemme jakaneet pitkään kestäneen prosessin ilot ja surut. Väitöstutkimukseni lopputuloksena syntyneessä teoriassa ensipsykoosipotilaiden potilasopetuksesta keskiöön nousi luottamus ja sen uudelleen rakentuminen hoidon aikana.

Artikkelin aihetta pohtiessani luottamus tuli itsestään selvästi myös tähän aiheeksi. Jälkeenpäin ajatellen on mielenkiintoista huomata, millaista luottamusta Merja osoitti kykyihini tutkimuksen tekijänä ja tutkimuksen valmistumiseen vuosien kuluessa. Yhteistyömme alkaessa emme tunteneet toisiamme kovinkaan hyvin, mutta jostain luottamus välillemme syntyi. Luottamus on ollut mielenkiintoinen ilmiö tässäkin yhteydessä. Yhteistyömme kesti kaiken kaikkiaan kahdeksan vuotta, joiden aikana Merja uupumattomasti matkusti Oulusta Tampereelle tai pysähtyi matkallaan Oulun ja Kuopion välillä. Kiitos niistä vuosista sinulle, Merja! Tässä artikkelissa tarkastelen luottamusta pohtivalla otteella. Tyhjentävästä esityksestä ei ole kyse, vaan enemmänkin kurkistuksista aiheeseen eri näkökulmien kautta.

## LUOTTAMUS

Luottamusta pidetään niin yksilölliseen identiteettiin ja hyvinvointiin kuin yhteiskunnan instituutioidenkin oleellisesti liittyvänä asiana (Kotkavirta 2000, 10). Käytännössä luottamus on yleensä huomattoman tekijä, joka otetaan vaistomaisesti valinnoissa huomioon (Harisalo & Miettinen 2010, 23). Luotamme yleensä siihen, että pääsääntöisesti asiat yhteiskunnassamme toimivat, voimme luottaa läheisiin ihmisiin ja he suhtautuvat meihin positiivisesti, sairastuessamme saamme apua eri palveluista ja niin edelleen. Luottamus ”elämän kantamiseen” elää meissä vahvana.

Luottamusta vastaavasti koettelevat erilaiset kokemamme uhat. Luottamus mielletäänkin usein positiivisena käsitteenä, jonka yhteyteen liitetään myös toivon käsite. Toivon käsitettä on myös mielenterveyshoitotyön alueella ansiokkaasti tutkittu (mm. Kylmä ym. 2006), luottamuksen osalta tutkimus on vielä vähäisempää (Brown ym. 2009). Kotkanvirran (2000, 5) mukaan toivo ja luottamus kuuluvatkin ”yksilöllisten ja kollektiivisten identiteettien välttämättömiin perusrakenteisiin”. Ilman niitä emme voi elää, ne kannattelevat meitä niin yksilöinä kuin erilaisten institutionaalisten kokonaisuuksien jäseninä (Kotkanvirta 2000, 5).

Luottamus voidaan nähdä ”*pääomana, joka sitoutuu ihmisten välisiin suhteisiin*” (Saarikoski 2006). Identiteettimme rakentuu kokemuk-sellisissa suhteissa maailmaan ja toisiimme sekä näihin liittyvissä

ihmissuhteissa. Samalla tavoin luottamus maailmaan ja toisiin ihmisiin vaikuttaa itseluottamukseen, joka on identiteetin tärkeimpiä ominaisuuksia. Luottamus, itseluottamus ja toivo liittyvätkin läheisesti yhteen. (Kotkanvirta 2000, 11–12.) Toivon ja luottamuksen merkitys huomataan usein vasta silloin, kun ne menetetään. Näin voi käydä yksilöllisellä tasolla esimerkiksi läheisen ihmisen, terveyden tai taloudellisen perustan menetyksen yhteydessä. (Mannermaa 2000, 47.)

Luottamuksen kehittämisessä kiintymyssuhteet ovat merkittävässä roolissa. Se millä tavoin lapsi on kiinnittynyt, turvallisesti tai turvattomasti, vaikuttaa siihen millaiset kehitystehtävät ja -haasteet hänellä on edessään (Sinkkonen & Kalland 2005). Luottavainen, turvallisen kiintymyssuhteen omaava lapsi kokee äidin rakastavan ja ymmärtävän häntä (Hautamäki 2005). Sinkkonen ja Kalland (2005) kuvaavat kiintymyssuhdetta eräänlaisena lapsen oletus- ja työskentelymallina, jonka avulla lapsi arvioi omaa itseään, toista ihmistä ja vuorovaikutusta itsen ja muiden välillä. Lapsuuden varhaisessa vaiheessa opittu luottamus toiseen ihmiseen johtaa luottamuksen syntymiseen myös suhteessa itseen (Keltinkangas-Järvinen 2008).

Tutkimukset ovat tuottaneet uutta tietoa myös neurofysiologisesta näkökulmasta (Sandström 2010) ja muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen, aivojen kehityksen ja toiminnan sekä emotionoiden kehittymisen välisestä suhteesta (Mäntymaa ym. 2003). Erityisesti oksitosiiniilla on todettu olevan yhteyttä luottamuksen syntyyn (Kosfeld ym. 2005; Lee ym. 2010). Oksitosiini vaikuttaa yksilön halukkuuteen ottaa sosiaalisia riskejä vuorovaikutustilanteissa (Kosfeld ym. 2005).

Lee ym. (2010) mukaan oksitosiini lisää luottamuksen tunnetta, kenties vaikuttaa myös kiintymyksen tunteisiin niin vanhemmassa kuin lapsessa ja näin vahvistaa vanhemman antamaa hoivaa sekä vaikuttaa erityisesti toisen ihmisen tunteiden ymmärtämiseen eli empatiaan. Fries ym. (2005) tutkimustulosten mukaan saattaa olla, että varhainen hoivan puute vaikuttaa lapsen kykyyn muodostaa sosiaalisia suhteita ja säädellä omia tunnereaktioitaan ja stressivasteitaan, koska hoivan puutteen vuoksi arginiini-vasopressiini- ja oksitosiinijärjestelmät eivät kehity normaalisti. Tutkijat itse muistuttavat kuitenkin, että kaikilla lapsilla näin ei välttämättä tapahdu (Fries ym. 2005; Sandström 2010, 65).

Neurofysiologisten tutkimusten tulokset antavat meille mielenkiintoista, uutta tietoa ja vahvistusta käsitykselle ihmisen kokonaisvaltaisuu-desta sekä ymmärrystä luottamuksen monimuotoisuudelle. Mielenterveyshoitotyönkin alueella meidän on tärkeää olla tietoisia myös neurofysiologisista syistä ja niiden vaikutuksista esimerkiksi kykyyn luottaa toiseen ihmiseen ja edelleen hoidosta saatavaan apuun.

Yhteiskuntatieteiden, erityisesti sosiologian ja psykologian alueella, luottamusta on tarkasteltu useista eri näkökulmista (Sellman 2007). Asiaan on perehtynyt muun muassa Kaj Ilmonen yhdessä Kimmo Jokisen kanssa teoksessaan *Luottamus modernissa maailmassa* (Ilmonen & Jokinen 2002) sekä Risto Harisalo ja Ensio Miettinen teoksessa *Luottamus – Pääomien pääoma* (Harisalo & Miettinen 2010). Mielenkiintoinen tutkimus luottamuksesta on myös Jalavan väitös (2006) Luhmannin systeemiteorian näkökulmasta. Luottamuksen suhdetta sosiaalisen pääoman käsitteeseen on myös pohdittu ja keskustelua käydään siitä onko luottamus sosiaalisen pääoman lähde vai sosiaalisen pääoman avulla saavutettava lopputulos (Keskinen & Teräs 2008).

Usein luottamusta tarkasteltaessa keskeisenä teoreetikkona esitellään Anthony Giddens ja hänen rakenteistumisteoriaansa sekä kiinnostus minän merkityksen tarkastelemiseen. Giddens korostaa ihmisen ensimmäisten elinvuosien tärkeyttä minuuden rakentumiselle, luottamaan oppimiselle ja edelleen ihmisen identiteettityölle koko elämän ajan. Luottamus määrittynyt näin identiteetin ytimeksi. (Ilmonen & Jokinen 2002, 69–83.)

En lähde tässä tarkastelemaan yhteiskuntatieteen polkuja luottamukseen liittyen tämän tarkemmin, oma tietämyksenikään ei siihen riitä, vaan lähdän kiinnittämään luottamuksen käsitettä osaksi väitöskirjatutkimukseni tuloksena syntyneen teorian eri vaiheita ja aiheesta löytynyttä, hoitotyötä ja pääsääntöisesti mielenterveyshoitotyötä kuvaava kansainvälistä kirjallisuutta. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että luottamus ei ole uusi ja hoitotieteen parissa ainoastaan esille tullut käsite, vaan esimerkiksi yhteiskuntatieteissä tällä tutkimuksella on jo pitkä historia ja paljon annettavaa myös muille tieteenaloille.

## LUOTTAMUKSEN KÄSITE HOITOTIETEESSÄ

Luottamuksen merkitystä hoitotyössä ja erityisesti potilas-hoitajasuhteessa on pidetty tärkeänä (Brown ym. 2009; Hupcey ym. 2001; Johns 1996). Johns (1996) mukaan luottamusta voidaan pitää ydinkäsitteenä, jota voidaan tarkastella sekä prosessina että tuloksena. Prosessina luottamus on peräkkäisten vaiheiden kautta etenevä, kun taas tulospäätelmästä voidaan tarkastella aina yksittäistä prosessin vaihetta tietyssä hetkenä. Prosessin ensimmäinen vaihe on tiedon sisäistäminen, johon sisältyy käsityksiä toisesta henkilöstä, tilanteesta, arvioidusta riskistä ja mahdollisista hyödyistä. Lisäksi tiedot luottamuksen kohteen pätevydestä, luotettavuudesta ja aiemmat kokemukset liittyvät tähän vaiheeseen.

Seuraava vaihe on päätöksenteko, jossa prosessoidaan edellisen vaiheen tietoa. Prosessoinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, pidetäänkö toista henkilöä luotettavana ja tätä käsitystä verrataan suhteessa riskeihin ja hyötyihin. Jos luottamuksen kohdetta pidetään tämän prosessoinnin perusteella luottamuksen arvoisena luottamuksellinen suhde voi syntyä tässä kolmannessa vaiheessa. Suhteeseen liittyy sekä halukkuus näyttää oma haavoittuvuus että luottamus siihen, että toinen käyttäytyy odotetulla tavalla. Tämä vaihe ei ole stabiili vaan kehittyvä ja dynaaminen. Luottamuksen taso voi muuttua ja vaihdella ajan kuluessa. Neljäs vaihe sisältää luottamuksellisen suhteen seuraukset, joita ovat odotettujen hyötyjen realisointuminen, odottamattomat

seikat sekä paikallaan pysyvä, lisääntynyt tai vähentynyt luottamuksen taso. Prosessi jatkuu tästä neljännestä vaiheesta takaisin ensimmäiseen vaiheeseen ja tuottaa sinne tietoa. (Johns 1996.)

Hiukan erilaiseen tulokseen ovat päätyneet Bell & Duffy (2009) potilas-hoitajasuhteen luottamuksen käsitteanalyysissa, joka rakentuu neljästä eri ominaisuudesta: pätevyuden odotuksesta, toisten hyväntahtoisuudesta, haavoittuvuudesta ja riskin elementistä. He määrittelevät luottamuksen ”*huolellisen arvioinnin jälkeen tapahtuvaksi haavoittuvan tilanteen positiiviseksi odotukseksi, jossa luottaja uskoo, että luottamuksen kohteella on ensisijaisesti hänen parhaansa tarkoituksena.*” (Bell & Duffy 2009, 50.)

Johnsin (1996) prosessinomainen ajatus voidaan hyvin nähdä tässä määrittelyssä taustalla, vaikka Bellin ja Duffyn määritelmä onkin stabiilimpi, vähemmän muutosta huomioiva. Sellmanin (2007) mukaan luottamuksesta on kyse, kun uskomme, että niillä joihin olemme aikeissa luottaa, on meidän parhaamme tarkoituksena. Jos tiedämme, että meille tarkoitetaan hyvää, kyse ei hänen mukaansa ole enää luottamuksesta, vaan tietämisestä. Tässä mielessä luottamus liittyy aina epävarmuuteen ja sitä voidaan ajatella ikään kuin luottamisen ja ei-luottamisen keskiarvona. Teemme oletuksia toisen tulevasta käytöksestä sen perusteella, arvelemmeko hänen tarkoittavan meidän parastamme.

Luottamusta pidetään usein positiivisena asiana ja epäluuloa (distrust) negatiivisena. Näin musta-valkoisesti asiaa ei voi kuitenkaan lähestyä; esimerkiksi sokeaa luottamista voi pitää enemmän patologisena luottamuksena kuin positiivisena seikkana. (Sellman 2007.)

Hupcey ym. (2001) analysoivat luottamus -käsitettä hoitotieteen, lääketieteen, sosiologian ja psykologian näkökulmasta. Eri tieteiden tarkastelunäkökulmissa on eroja, mutta yhteneväisyyksiäkin on löydettävissä. Analyysin tuloksena he määrittelivät monitieteisestä näkökulmasta luottamuksen seuraavasti:

*”Luottamus näyttäytyy tunnustettuna tarpeena, joka edellyttää toisen apua ja riskin arviointia luottamuksesta toiseen tämän tarpeen tyydyttäjänä. Luottamus on haluttu riippuvuus toisen toimille, rajatulla tarpeiden alueella, ja se sisältää sekä tietoista että tiedostamatonta testausta. Luottamuksen tuloksena syntyy arvio luotetun toisen henkilön ja hänen toimiensa yhdenmukaisuudesta.”* (Hupcey ym. 2001.)

Lynn-McHale & Deatrick (2000) ovat tehneet luottamuksen käsitteanalyysin perheen ja työntekijöiden välisten suhteiden näkökulmasta. Edellytyksinä luottamukselle olivat pätevyys, kunnioitus, luotettavuus, kommunikaatio, toistensa tunteminen ja neuvottelutaito. Omnaisuuksina vastaavasti olivat yhteinen tarkoitus, aika, luottamuksen prosessinomaisuus ja luottamuksen tason vaihtelu, vastavuoroisuus ja odotukset.

Luottamuksen tuloksena syntyi perheen ja työntekijän vuorovaikutussuhde ja kommunikaatio, perheen osallistumisen tuki hoidossa sekä potilaan ja perheen hyötyminen. Luottamusta ei ollut tai epäluotta-

musta syntyi, jos tarkoitusta (intention) ja aikaa ei ollut tai prosessi ei edennyt. Myös pinnallisuus, ei-vastavuoroinen käytös ja täyttymättömät odotukset johtivat siihen, että luottamusta ei ollut lainkaan tai perheen ja työntekijöiden välille syntyi epäluottamus. (Lynn-McHale & Deatrick 2000.)

Luottamusta hoitotyön alueellakin tulisi kuitenkin tarkastella laajemmin kuin ainoastaan potilas-hoitajasuhteeseen liittyvänä. Luottamus on tärkeää myös hoitajien keskinäisissä suhteissa ja suhteessa muihin terveydenhuollon ammattilaisiin (Peter & Morgan 2001) sekä muihin yhteistyökumppaneihin. Luottamusta on tutkittu myös tarkastelemalla työntekijöiden ja johdon suhdetta, luottamuskäyttäytymistä ja samaistumista organisaatioon (Tseng, Chen & Chen 2005). Luottamuksella on vaikutusta myös organisaatiotasolla tarkasteltuna tuloksiin ja tehokkuuteen (Johns 1996).

Hoitotyön alueella luottamus ei ole sama asia kuin luottamus normaalissa kontekstissa. Edelleen oletetaan, että potilaat yleensä luottavat hoitohenkilökuntaan, vaikka luottamusta ovatkin vieneet julkisuudessa esillä olleet erilaiset vallan väärinkäytön esimerkit (Sellman 2007). Suomessakin näitä esimerkkejä valitettavasti viime vuosilta on.

Hoitotyössä valtakysymyksiä ei voida ohittaa, ne vaikuttavat vahvasti myös luottamukseen (Sellman 2007). Saattaa myös olla, että potilaina tarpeemme luottaa kasvaa, haavoittuvuutemme tulee näkyvämmäksi ja hyväksikäyttö mahdollisemmaksi. Potilaina meiltä myös puuttuu vieraassa tilanteessa kyky ”lukea” viestejä ja asemastamme johtuen voimme arvioida väärin sen kannattaako toiseen luottaa vai ei. Odotuksemme saattavat myös olla epärealistisia suhteessa luottamukselliseen suhteeseen hoitajan kanssa. Näihin seikkoihin vaikuttavat kokemukset aiemmista suhteista. Mitä enemmän hoitaja vastaa sitä ajatusta mikä meillä on luotettavasta henkilöstä, sitä enemmän häneen luotamme ja tulemmekin näin haavoittuvimmiksi, jolloin myös väärä vallankäyttö mahdollistuu. Oletuksena tietenkin on, että ammatillisesti toimiva hoitaja ei käytä valtaa väärin, vaan toimii potilaan parhaaksi. (Sellman 2007.)

Luottamusta on tässä käsitelty hoitotieteellisen kirjallisuuden valossa, useisiin käsitteanalyysiin pohjautuen. Oma kiinnostuksen kohteeni fokuoitiin luottamukseen mielenterveysongelmien ja erityisesti ensipsykoosin hoidossa. Ensipsykoosi on yleensä traumaattinen kokemus niin sairastuneelle itselleen kuin hänen läheisilleen, myös hoito saatetaan kokea traumatisoivana. Hoitohenkilökunnalle ensipsykoosin hoito asettaa osaamisen suhteen erityisiä haasteita. Luottamusta tarvitaan erityisesti tällaisissa epävarmoissa ja haavoittuvissa tilanteissa. Tästä huolimatta luottamukseen liittyvää tutkimusta on vielä vähän mielenterveyshoitotyön alueella (Brown ym. 2009).

## **LUOTTAMUKSEN RAKENTUMINEN ENSIPSYKOOSIPOTILAAN HOIDOSSA**

Väitöskirjatutkimuksessani (Kilkku 2008) tarkastelin ensipsykoosipotilaiden hoidossa tapahtuvaa potilasopetusta. Näkökulma tutkimuksessani oli ensipsykoosiin sairastuneiden, avohoidossa olleiden potilaiden, heidän läheistensä ja sairaanhoitajien. Analysointimene-

telmänä sovelsin Barney Glaserin Grounded theory -menetelmää (Glaser 1992, 1998).

Tutkimuksen lopputuloksena syntyi substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Potilasopetuksen erottaminen muusta vuorovaikutukseen perustuvasta hoitotyöstä mielenterveys-hoitotyön alueella osoittautui mahdolliseksi, kuten aiemminkin on todettu (National Institute of Clinical Excellence 2006).

Teoria muodostui kolmivaiheiseksi. Ensimmäinen vaihe sisältää hoitoa edeltäviä seikkoja, jotka vaikuttavat hoidossa saatuihin kokemuksiin. Seuraava vaihe muodostuu hoitoon ja potilasopetukseen liittyvistä kohtaamisen tai kohtaamattomuuden kokemuksista. Kolmas vaihe kuvaa hoidon jälkeisen ajan kokemuksia joko luottamuksen palautumisesta tai epävarmuudessa elämisen jatkumisesta. Tutkimuksen eri vaiheet ja syntyneen teorian vaiheiden sisällöt on kuvattu tätä artikkelia tarkemmin väitöskirjassa.

## **HOIDON ALKUA EDELTÄVÄT KOKEMUKSET JA LUOTTAMUKSEN MENETYS**

Sairastumisen vaiheessa ensipsykoosiin sairastuneen tilanne on usein epäselvä sekä hänellä itsellään että läheisille. Muuttuneelle käytökselle haetaan selitystä, oireita ei vielä välttämättä tiedetä oireiksi mielenterveysongelmasta ja asioille ei ole nimiä. Erilaiset tunteet myllertävät. Yhtäkkiä on jouduttu uuteen, epävarmuuden tilaan.

Tilanteessa edellytetään usein tavanomaisesta poikkeavien roolien ottamista esimerkiksi asioiden hoidon suhteen. Kaiken kaikkiaan elämäntilanne muuttuu niin sairastuneella kuin läheiselläkin odottamatta. Tilanteessa lähdetään hakemaan apua, selitysten saamisen ja autetuksi tuleminen toive ovat vahvoja. Avun hakeminen ja saaminen koetaan kuitenkin usein erittäin hankalana tässä vaiheessa, välttämättä ei tiedetä mihin ottaa yhteyttä ja mistä oikein on kyse. Odotukset asiantuntevan avun saamisesta alkavat kerääntyä jo ennen hoidon alkamista.

Tässä ensimmäisessä vaiheessa monet sairastuneet menettävät luottamuksen omaan itseensä esimerkiksi psykoosioireiden takia. Omaan havaintoihin ja käytökseen ei pysty välttämättä enää luottamaan. Myös läheiset saattavat kokea muuttuneen käyttäytymisen vieraana, pelottavanakin, jolloin myös he menettävät luottamuksensa sairastuneeseen. Avun hakemisen ja saamisen vaikeudet vaikuttavat luottamukseen suhteessa avun saantiin ja palvelujärjestelmään. Asiantuntija-apuun luotetaan aluksi vahvasti ja siihen, että asiantuntevaa apua on saatavilla. Avun saannin vaikeus ja kokemukset esimerkiksi psykoosioireiden tunnistamatta jäämisestä perusterveydenhuollossa vievät luottamusta ammattilaisten osaamiseen (Etheridge ym. 2004).

## **KOHTAAMISEN KOKEMUKSET HOIDON AIKANA**

Toisessa vaiheessa kohtaamisen tai kohtaamattomuuden kokemusten ensisijaisuus vaikutti siihen alkoiko luottamus rakentua uudelleen vai ei. Kohtaamisen kokemusten kautta luottamuksen rakentuminen mahdollistui. Nämä kohtaamisen kokemukset jakautuivat vuorovai-

kutuksellisen kohtaamisen ja tiedollisen kohtaamisen kokemuksiin. Vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen liittyy erilaisten tunteiden vastaanottoa ja käsittelyä hoidon aikana, kuulluksi ja kohdatuksi tulemisen kautta luottamuksen kehittymistä. Jo ensikontakti, mutta hoidon jatkuessa myös muut tapaamiset, ovatkin merkittäviä luottamuksen rakentumisessa.

Aiempien tutkimusten mukaan erityisesti yhteistyön alussa empaattinen kommunikaatio on tärkeää (Lakeman 2006) samoin kuin molempipuolinen sitoutuminen yhteistyöhön, tällöin luodaan yhteistä ymmärrystä ja keskinäistä luottamusta hoitavan henkilön ja potilaan välille (McAllister ym. 2004). Kohtaamisen kokemukset mahdollistavat dialogisen vuorovaikutuksen avulla, jolloin toimitaan kaikkien osallistujien ehdoilla ja kaikkien "äänet" pyritään samaan keskusteluun (Seikkula & Olson 2003; Mönkkönen 2007).

Tiedollisen kohtaamisen kokemuksena tiedon saanti jo hoidon alkuvaiheessa on merkityksellistä. Tässä vaiheessa, kuten muutenkin hoidon aikana, tulee kuitenkin huomioida psykoosista mahdollisesti aiheutuneet muutokset esimerkiksi keskittymisessä ja mielteennäpäämisessä, ja kohdata myös nämä asiat yhdessä. Tiedollisen kohtaamiseen liittyy kokemus yhteisestä oppimisesta. Tiedon saaminen alusta asti vahvistaa kohdatuksi tulemisen kokemusta.

Yhteistyössä mukana oleva työntekijä edustaa oman osaamisensa lisäksi organisaation ammattitaitoa. Tiedon avulla, jota kohtaamisessa välitetään, luodaan kuvaa myös osaavuudesta. Tämä vaikuttaa osaltaan luottamuksen kokemukseen. Tiedollinen kohtaaminen liittyy luottamuksen näkökulmasta tiedolliseen, järkipäraseen suhtautumiseen ja sitä kautta syntyvään luottamukseen (Kotkanvirta 2000, 11). Sairaanhoidtajien kokemuksena tässä kohtaa oli havaittavissa ero suhteessa potilaiden ja läheisten kokemuksiin; he kuvasivat oman opetuksellisen osaamisensa monipuolista käyttöä tiedollisen kohtaamisen mahdollistumiseksi.

#### **KOHTAAMATTOMUUDEN KOKEMUKSET HOIDON AIKANA**

Kohtaamattomuuden kokemukset johtivat luottamuksen puuttumiseen. Kohtaamattomuuden kokemuksiin hoidon aikana vaikuttivat vuorovaikutuksen estyminen, tiedon puuttuminen sekä omien tarpeiden ja hoitojärjestelmän käytäntöjen kohtaamattomuus. Vastaavia tuloksia aiemmissa tutkimuksissa on siitä, että pinnallisuus ja eivastavuoroinen käytös johtavat siihen, että luottamusta ei muodostu lainkaan tai syntyy epäluottamus (Lynn-McHale & Deatrck 2000).

Vuorovaikutuksen estymiseen vaikutti monia eri seikkoja: kertomatta jättäminen, ohittaminen ja mitätöinti, kontaktin puuttuminen, asioiden olettaminen ja päättäminen potilaan puolesta, omatoimisuuden vaade, ristiriitaiset viestit sekä todesta ottamisen ongelmat. Kohtaamattomuudesta tuli tällöin molempipuolista. Ellei hoitohenkilökunnan koettu kertovan asioita, ei itsekään kerrottu hoidon kannalta oleellisia asioita. Kohtaamattomuus tapahtuu tällöin vuorovaikutuksessa, jolloin luottamuksen näkökulmasta sitä voidaan tarkastella myös vääränlaisena vallan käyttönä. Tämä voi kätkeytyä vuorovaikutuksessa vastaamattomuuteen, esimerkiksi toisen huomaamattomaan ohittamiseen jättämällä vastaamatta

(Mönkkönen 2007, 113), välinpitämättömyytenä ja mitätöimisena (Pohjola 2006). Vastaavanlaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa (McCabe ym. 2002; Vuokila-Oikkonen 2002).

Tiedon puuttumiseen vaikutti se, ettei tiedon tarvetta välttämättä tunnustettu ja huomioitu, saatu tieto ei ollut ajankohtaista tai kognitiivisia ongelmia ei huomioitu. Myös aiemmat kielteiset kokemukset vaikuttivat. Lääketieteen kieltä koettiin olevan vaikea ymmärtää, eikä asioita välttämättä selitetty. Myös diagnoosilla koettiin olevan monia merkityksiä. Tiedollisella tasolla kohtaamattomuus voi näkyä myös saadussa tiedossa. Tieto voidaan kokea luotettavana tai epäluotettavana tai tietoa ei ole saatukaan. Esimerkiksi ristiriitainen tieto koetaan epäluotettavana tai luottamusta vähentävänä. Tämä kokemus liittyy silloin myös kokemukseen tiedon antajasta joko luotettavana tai epäluotettavana (Johns 1996).

Omien tarpeiden ja hoitojärjestelmän käytäntöjen kohtaamattomuuteen vaikuttivat hoidon vaikea tavoitettavuus, tietämättömyys käytännöistä sekä työntekijöiden jatkuva vaihtuminen. Myös läheisten huolen huomioita jättäminen liittyy tähän samoin kuin tietojen kanssa yksinjääminen. Täyttymättömät odotukset voivat vaikuttaa siihen epäluottamuksen syntyyn tai siihen, ettei luottamusta synny lainkaan (Lynn-McHale & Deatrck 2000).

#### **HOIDON JÄLKEINEN AIKA – LUOTTAMUKSEN PALAUTUMINEN TAI EPÄVARMUudessa ELÄMINEN**

Kohtaamisen kokemusten ollessa pääsääntöisiä kokemuksia, ensi vaiheessa menetetyt luottamuksen palautuminen mahdollistui ja johti näin positiiviseen hoidon tulokseen, luottamukseen suhteessa omaan selviämiseen ja tulevaisuuteen sekä hoitojärjestelmästä saatavaan apuun. Voimaantumisen kokemukset, tulevaisuuteen suuntautuminen sekä itsemääräämisoikeuden ja itsehoidon mahdollistuminen kuuluivat tähän vaiheeseen, mikäli pääsääntöisenä kokemuksena hoidossa oli ollut kokemus kohdatuksi tulemisesta. Vastaavalla tavalla Piippo & Aaltonen (2008) kuvaavat sitä, miten luottamus edellyttää potilaan oman asiantuntijuuden hyväksymistä, avoimuutta ja yhteistä keskustelua tietoonkin liittyen.

Kohtaamattomuuden kokemusten ollessa pääsääntöisiä kokemuksia hoidon jälkeistä tilannetta leimasi epävarmuudessa eläminen. Tähän liittyivät kokemukset luottamuksen menettämisestä monella eri tavoin, jatkuva varuillaanolo ja varmistamisen tunne, selitysten etsimisen jatkuminen sekä voimattomuus ja alistuminen. Kohtaamattomuuden kokemusten jäädessä keskeisiksi kokemuksiksi hoidosta, hoidon jälkeistä aikaa leimasi edelleen epävarmuudessa eläminen. Tilanne ei ollut hoidon tuloksena muuttunut parempaan suuntaan vaan epävarmuus, varuillaan olo sekä voimattomuus ja alistuminen olivat keskeisiä kokemuksia.

Tilanne vastaa Pohjolan (2006, 52) kuvausta luottamuksen puutteen kärjistyisestä epäluottamukseksi, jolloin "kriittisimmillään syntyy näytelmä, jossa auttajat eivät usko autettaviinsa, ja nämä puolestaan eivät luota palvelutyöntekijöiden ja heidän taustallaan olevan järjestelmän haluun ja kykyyn auttaa—epäluottamus myrkyttää auttamisen mahdollisuudet".

## LOPUKSI

Tässä artikkelissa on tarkasteltu luottamusta ensin yleisesti, sitten hoitotieteessä tehtyjen käsiteanalyysien kautta ja lopulta fokusoiden tarkastelua ensipsykoosipotilaiden hoitoon. Luottamus koskettaa meitä kaikkia jatkuvasti ja erityisesti sairastuessamme. Sairastuminen ja hoidon tarve muuttaa niin sairastuneen ja läheisten tilannetta kuin luottamuksen merkitystä avun tarvitsijan ja avun antajankin näkökulmasta. Näissä suhteissa luottamuksen syntyminen ja vahvistuminen mutta myös luottamuksen syntymättä jääminen ja epäluulo, epäluottamus ja luottamuksen väärinkäyttö mahdollistuvat (Sellman 2007).

Mielenterveysongelmiin saattaa niin avun tarvitsijalla kuin avun antajallakin liittyä vielä negatiivisia asenteita, jolloin hoidon kannalta luottamukseen liittyvät kysymykset tulevat vielä tärkeämmiksi ja luottamuksen syntymisen mahdollistumisen kenties muita sairauksia haastavammaksi (Brown ym. 2009). Psykoosien kohdalla uusiutumisriski tekee luottamuksen syntymisen myös hoitojärjestelmästä saatavaan apuun erityisen merkittäväksi (Kilkku 2008).

Saarikoski (2006) on kuvannut luottamuksen merkittävyyttä keskeisimpänä arvona työyhteisöjen kehittämistoiminnassa. Hän kuvaa luottamusta ja sen kehittymistä luottamuksen kolmen eri osa-alueen kautta: ammattitaitoluottamuksena eli luottamuksena toisten osaamiseen ja kykyihin, luottamuksena vuorovaikutuksessa eli luottavana ja luotettavana asioista puhumisena ja perusluottamuksena eli luottamuksena asioiden sujuvuuteen.

Näiden kolmen luottamuksen osa-alueen kautta voitaisiin tarkastella myös edellä esitetyn teorian kuvausta luottamuksesta eri vaiheissa. Luottamus ammattilaisen osaamiseen ja kykyihin oli punnittavana jo ensikontaktista lähtien, mutta jatkuen myös muuten hoitosuhteen aikana. ”Luottamus vuorovaikutuksessa” osa-alue heijastuu kohtaamisen kokemuksiin, sekä vuorovaikutukselliseen että tiedolliseen kohtaamiseen. Perusluottamus liittyi myös hoidon jälkeisiin tilanteisiin, siihen oliko luottamus itseän ja omaan selviämiseen palannut vai elettiin edelleen epävarmuuden aikaa.

Tähän samaan perusluottamukseen viittaa Mannermaa (2000, 50):

*”Ihmiselle on elintärkeää luottamus, että olemassaololle on jokin perimmäinen tarkoitus. Olemassaololla on puolestaan tällainen tarkoitus vain, jos se on viime kädessä hyvä eli elämisen arvoisen. Vain silloin ihminen voi luottaa ja hänellä on toivo.”*

## Lähteet

Bell, L. & Duffy, A. 2009. A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing* 18(1), 46–51.

Brown, P., Calnan, M., Scrivener, A. & Szmukler, G. 2009. Trust in Mental Health Services: A neglected concept. *Journal of Mental Health* 18(5), 449–458.

Avun antajana sairaanhoitajalla on luottamuksen rakentumisessa merkittävä rooli. Sairaanhoitajan ammatillisena taitona on kyse kohtaamisen taidoista ja niiden osaamisesta (Kilkku 2008). Potilaan ja hoitajan välisen luottamuksen syntyminen näyttää riippuvan ensisijaisesti hoitajan kyvystä kuunnella ja olla avoin (Piippo & Aaltonen 2004). Yhtenä avaimena luottamuksen syntyemisessä toimii koettu hyvyys. Hyvyyttä voi kokea pienissä asioissa, kosketuksessa, sanoissa, vähäpätöisiltä tuntuissa asioissa, jotka koetaan positiivisina hyvyyden kokemuksina (Mannermaa 2000, 48).

## KIRJOITTAJA

### Nina Kilkku

Tampereen ammattikorkeakoulu

TtT, psykoterapeutti (ET perheterapia), yliopettaja

Merja Nikkosen juhlaKirjaan kirjoittaminen oli kunniatehtävä, johon mielelläni osallistuin. Merja toimi väitöskirjani ohjaajana vuosien ajan, ilman häntä tutkimukseni ei kenties olisi vieläkään valmis. Yhdessä olemme jakaneet pitkään kestäneen prosessin ilot ja surut. Väitöstutkimukseni lopputuloksena syntyneessä teoriassa ensipsykoosipotilaiden potilasopetuksesta keskiöön nousi luottamus ja sen uudelleen rakentuminen hoidon aikana.

Artikkelin aihetta pohtiessani luottamus tuli itsestään selvästi myös tähän aiheeksi. Jälkeenpäin ajatellen on mielenkiintoista huomata, millaista luottamusta Merja osoitti kykyihini tutkimuksen tekijänä ja tutkimuksen valmistumiseen vuosien kuluessa.

Yhteistyömme alkaessa emme tunteneet toisiamme kovinkaan hyvin, mutta jostain luottamus välillemme syntyi. Luottamus on ollut mielenkiintoinen ilmiö tässäkin yhteydessä. Yhteistyömme kesti kaiken kaikkiaan kahdeksan vuotta, joiden aikana Merja uupumattomasti matkusti Oulusta Tampereelle tai pysähtyi matkallaan Oulun ja Kuopion välillä. Kiitos niistä vuosista sinulle, Merja!

Tässä artikkelissa tarkastelen luottamusta pohtivalla otteella. Tyhjentävästä esityksestä ei ole kyse, vaan enemmänkin kurkistuksista aiheeseen eri näkökulmien kautta.

Etheridge, K., Yarrow, L. & Peet M. 2004. Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 125–128.

- Fries A.B.W., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S. & Pollak, S.D. 2005. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behaviour. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America PNAS*, 102(47), 17 237–17 240.
- Glaser, B. 1992. *Basics of Grounded Theory Analysis. Emergence vs Forcing*. California: Sociology Press.
- Glaser, B. 1998 *Doing Grounded Theory. Issues and Discussions*. California: Sociology Press.
- Harisalo, R. & Miettinen, E. 2010. *Luottamus, pääomien pääoma*. Tampere: Tampere University Press.
- Hautamäki, A. 2005. Kiintymyssuhdeteoria - Teoria yksilön kiin(ni)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksisista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa J Sinkkonen & M. Kalland (toim.) *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY, 13–66.
- Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M. & Mitcham, C. 2001. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 36(2), 282–293.
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. 2002. *Luottamus modernissa maailmassa*. SoPhi 60. Jyväskylän yliopisto.
- Jalava, J. 2006. *Trust as a Decision. The Problems and Functions of Trust in Luhmannian Systems Theory*. University of Helsinki. Faculty of Social Sciences. Department of Social Policy Research Reports 1/2006.
- Johns, J. L. 1996. A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing* 24, 76–83.
- Keltinkangas-Järvinen, L. 2008. *Hyvä itsetunto*. 18. p. Juva: WSOY.
- Keskinen, J. & Teräs, K. 2008. Sosiaalinen pääoma ja luottamus - Miten tehdä näkymätön voimavara näkyväksi? Teoksessa J. Keskinen & K. Teräs (toim.) *Luottamus, sosiaalinen pääoma ja historia*. *Historia mirabilis* 5. Turun historiallinen yhdistys ry. Turun yliopisto, historian laitos.
- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1361. Tampereen yliopisto.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. 2005. Oxytocin increases trust in humans. *Nature* 435(2), 673–676.
- Kotkavirta, J. 2000. Toivo, luottamus ja identiteetti. Teoksessa J. Kotkavirta & A. Tuomi (toim.) *Toivo ja luottamus epävarmuuksien maailmassa*. *Filosofia ja teologisia puheenvuoroja*. SoPhi 53. Jyväskylän yliopisto, 5–17.
- Kylmä, J., Juvakka, T. & Nikkonen, M. 2006. Hope and schizophrenia: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13(6), 651–664.
- Lakeman, R. 2006. Adapting psychotherapy to psychosis. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 5(1). [www.auseinet.com/journal/vol5iss1/lakeman.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol5iss1/lakeman.pdf)
- Lee, H.-J., Macbeth, A. H., Pagani, J. & Young 3rd, W. S. 2009. Oxytocin: The Great Facilitator of Life. *Progress in Neurobiology* June 88(2), 127–151.
- Lynn-McHale, D. J. & Deatrick, J. A. 2000. Trust Between Family and Health Care Provider. *Journal of Family Nursing* 6, 210–230.
- Mannermaa, T. 2000. Toivon ja luottamuksen lähteet. Teoksessa J. Kotkavirta & A. Tuomi (toim.) *Toivo ja luottamus epävarmuuksien maailmassa*. *Filosofia ja teologisia puheenvuoroja*. SoPhi 53. Jyväskylän yliopisto, 47–58.
- McAllister, M., Matarasso, B., Dixon, B. & Shepperd, C. 2004. Conversation starters: Re-examining and reconstructing first encounters within therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 575–82.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T. & Priebe, S. 2002. Engagement of patients with psychosis in the consultation: A conversation analytic study. *British Medical Journal* 325(16): 1 148–51.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 119, 459–65.
- Mönkkönen, K. 2007. *Vuorovaikutus. Dialoginen asiastyö*. Helsinki: Edita.
- National Institute for Clinical Excellence. 2006. *Schizophrenia. Full national guideline on Core interventions in primary and secondary care*. Developed by National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Published by the Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Peter, E. & Morgan, K.P. 2001. Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry* 8, 3–10.
- Piippo, J. & Aaltonen, J. 2008. Mental health care: Trust and mistrust in different caring contexts. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2867–2874.
- Pohjola, A. 2006. Pahan säikeitä auttamistyössä. Teoksessa M. Laitinen & J. Hurtig (toim.) *Pahan kosketus. Ihmissyden ja auttamistyön varjojen jäljillä*. Jyväskylä: PS-kustannus Oy.
- Saarikoski, V. 2006. *Kehittämisen kulmakivet: Tuottavuus, luottamus ja hyvinvointi*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Sandström, M. 2010. *Psykyke ja aivotointi*. Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. 2003. The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process* 42(3), 403–418.
- Sellman, D. 2007. Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy* 8, 28–36.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2005. *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY.
- Tseng, H.-C., Chen, T.-F. & Chen, F.-I. 2005. Constructing and Testing a Model of Trustworthiness, Trust Behavior and Organizational Identification. *Journal of Nursing Research* 13(4), 293–303.
- Vuokila-Oikkonen, P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyö-neuvottelun Keskustelussa rakentuvat kertomukset. *Acta Universitatis Ouluensis*. Oulun yliopisto.



## Niuvanniemen erityisrootit

**Kaija Vuorio, Osmo Vuorio**

### **KOLMESTI MUUTTUNUT TEHTÄVÄ**

Niuvanniemen sairaala on 125-vuotisen historiansa aikana kokenut kolme suurta tehtävän ja roolin muutosta. Pitkälle 1950-luvulle saakka Niuvanniemi oli lähinnä yleispsykiatrisen sairaala, joskin sille valtion ylläpitämänä sairaalana kuului vastuu oikeuspsykiatrista potilaista ja mielentilatutkimuksista sekä muitakin valtiolle kuuluvia tehtäviä kuten hoitovastuu kotikuntaa vailla olleista. Tuolloin päävastuuna oli kuitenkin vastata itäisen Suomen akuuttipsykiatrisesta hoidosta.

Kokonaan uusi vaihe Niuvanniemessä alkoi 1950-luvulla, kun mielisairaanhoito järjestettiin kuntien vastuulle. Valtiolle jäi vain muutamia erityistehtävistä vastanneita sairaaloita. Niuvanniemeen ryhdyttiin keskittämään valtakunnallisesti ns. kriminaalipotilaat eli oikeudessa mielisairauden takia tuomitsematta jätetyt ja hoitoon määrätty potilaat. Niuvanniemi sai suljetun laitoksen maineensa, sillä kriminaalipotilaat ovat aina olleet tahdostaan riippumattomassa hoidossa.

Kolmas vaihe alkoi vuonna 1989 maksujärjestelmän uudistuksesta ja 1990-luvun alussa toteutetusta psykiatrisen hoitojärjestelmän integroinnista somaattiseen hoitojärjestelmään sairaanhoitopiirin alaisuuteen. Siihen saakka valtio maksoi kriminaalipotilaiden hoidon, mutta maksajina olivat sairaanhoitopiirit. Niuvanniemessä hoidettiin edelleen psykiatrisesti vaikeimmat oikeuspsykiatriset potilaat.

Sairaanhoitopiirit karsivat kuitenkin voimallisesti omia psykiatrisia sairaansijojaan, jolloin vaarallisia ja vaikeahoitaisia potilaita ryhdyttiin keskittämään Niuvanniemeen. Niinpä sairaalan luonne muuttui tyystin. Pitkäaikaishoidossa olleiden usein varsin rauhallisten kriminaalipotilaiden tilalle ja rinnalle tulivat koko maan vaikeimmin oireilevat potilaat. Pitkäaikaishoito alkoi samalla muuttua erikoissairaanhoidoksi, niin että pitkistä hoitoajoista huolimatta perustavoite oli potilaiden kuntouttaminen ja palauttaminen takaisin jatkohoitoon kunnallisen sektorin hoitopaikkoihin tai yhteiskuntaan. Lääkehoidon kehitys ja terapiahoiton koko paletti ovat tehneet sen mahdolliseksi.

Niuvanniemessä potilaita on hoidettu kulloinkin voimassa olleiden lakien ja asetusten edellyttämällä tavalla ja oman aikansa parhaan psykiatrisen tietämyksen varassa. Lainsäädäntö ja tieteenalan kehitys eivät kuitenkaan ole muusta yhteiskunnasta irrallisina leijuvia ilmiöitä, vaan pohjimmiltaan kytköksissä aikakautensa ihmiskuvaan ja käsityksiin ihmisestä. Niinpä maan vaikeimpien psykiatristen potilaiden hoito ja potilaiden oikeuksien kehitys on samalla heijastanut yhteiskunnallista arvopohjaa.

Hoitojärjestelmän sisällä kriminaalipotilaat olivat pitkään alinta kastia, joiden oikeus hoitoon ja sitä kautta sairaalan asianmukainen resursointi tunnustettiin aivan viimeisenä. Niuvanniemen taistelua

olemassaolonsa ja tehtävänsä puolesta voi siten tarkastella myös ihmisoikeuksien toteutumisen näkökulmasta.

Historiantutkijan tehtävin kuuluu jaksottaa menneisyyden ilmiötä valitsemastaan näkökulmasta. Tosin jaksotuksia ja näkökulmia on vain historiankirjoissa, sillä todellisuus on päättymätöntä prosessia. Silti on perusteltua todeta potilaan oikeuksien näkökulmasta, että 1950- ja 1960-luvuilla eli johtavan lääkärin Gunnar Lindqvistin kaudella ponnisteltiin aineellisten ja henkisten resurssien saamiseksi sekä potilaiden kansalaisoikeuksien ja sosiaalisen aseman puolesta.

Professori Panu Hakola avasi 1970- ja 1980-luvulla siihen saakka umpihangessa olleen oikeuspsykiatrisen opetuksen ja tutkimuksen tien, niin että oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa alettiin pitää lääketieteen piiriin kuuluvana ja oikeuspsykiatrisen erityiskysymyksiä yleensä tutkimisen ja opettamisen arvoisina.

Johtavan lääkäri Heikki Vartiaisen kaudella puolestaan koko sairaalan olemassaolo oli vaakalaudalla, kun oikeuspsykiatrisen hoito haluttiin sulauttaa kunnalliseen erikoissairaanhoidon. Silloinkin oli kyse pienen, erikoishoitoa vaativan potilasryhmän oikeudesta hoitoonsa.

Johtavan lääkäri Eila Tiihosen kausi on puolestaan merkinnyt sairaalan koko hoitokulttuurin muutosta. Tavoitteena oli irtaantua laitostavallasta, jolloin haasteet olivat kulttuurin muuttamisessa eivätkä säädösten tai ohjeiden tasolla. Perusoikeuksien uudistus vuonna 1995 ja uusi perustuslaki vuodelta 2000 ovat tuoneet oikeuspsykiatrisille potilaille samat lakiin perustuvat oikeudet kuin muillekin kansalaisille. Lähtökohta rajoituksia tai pakkotoimia käytettäessä on lievimmän puuttumisen periaate. Niinpä kysymys asettuu yleisinhimilliselle tasolle. Miten toivoisit sairasta lähiomaistasi kohdeltavan?

Historian saatossa potilaan oikeuksiin liittynyt ajattelutapa – vallitseva paradigma – kääntynyt täyden ympyrän eteenkin mitä tulee hoidon aikaisiin rajoittamisiin. Vanhastaan ei ollut mitään oikeuksia, mutta nyt potilaalla on periaatteessa täydet oikeudet ja niiden rajoittaminen sallittua vain erikseen lailla määritellyissä poikkeustapauksissa ja laissa määritellyllä tavalla.

### PAKKOKEINOTTOMUDESTA IHANNE

Kun mennään riittävän pitkälle ajassa taaksepäin, mielisairaalla ei ollut mitään oikeuksia. Ei edes Jumalan armosta, vaikkakin keskiajalla kirkko ainoana osoitti laupeutta mielisairaita kohtaan. Kristillisen laupeuden lantissa oli nimittäin tuomiopäivän puoli. Mielisairauksia pidettiin paholaisen aikaansaannoksina. Niinpä vasta humanismin ja järjen liitto tuotti parannuksen mielisairaiden kohteluun. Mielisairaaloihin ryhdyttiin perustamaan, koska sairaiden uskottiin voivan parantua. (Shorter 2005, 1–10.)

1800-luvun yleiseurooppalainen keskustelu mielisairaanhoidon järjestämisestä ja mielisairaiden hoidosta heijastui monella tavalla vuonna 1885 aloittaneeseen Niuvanniemen keskuslaitokseen. Sen nimikin Fagernäs kur- och vårdanstalt för sinnessjuka – Niuvanniemen parannus- ja hoitolaitos sairasmielisiä varten heijasti ajan

henkeä. Samassa laitoksessa aiottiin hoitaa ”kuurina” akuutisti sairastuneet eli aikalaistermein sanottuna parantuvat ja tarjota hoitoa myös pitkäaikaispotilaille eli parantumattomille. Vallankumouksellista oli, että parantumattomienkin katsottiin tarvitsevan hoitoa eikä pelkkää säilytystä.

Usko psykiatria ja parannettavuuteen hiipui laitoshoidon ajauttua umpikujaan edellisen vuosisadan alkupuolella. Niin Niuvanniemi kuin muutkin laitokset täytyivät parantumattomista pitkäaikaispotilaista, sillä auttavaa hoitoa ei tunnettu eikä ollut juuri olemassakaan ennen 1950-lukua. Darwinin oppien herätteestä myös Suomessa sai jalansijaa pelko mielisairauksien suoraan periytyvästä luonteesta. Tämä pelko heikensi mielisairaiden oikeudellista asemaa kahdella tavalla. Vuoden 1929 avioliittolaki kielsi mielisairailta avioliiton ja vuoden 1935 sterilointilaki oikeutti mielisairaiden pakkosteriloinnin. Psykiatrisen potilaan perusoikeudet siis kapenivat huomattavasti 1930-luvulla. (Pahlman 2003, 24–26.)

Psykiatrisen potilaan asemaa heikensi lisäksi se, että Suomi oli rutiinikäyttöön köyhä maa ja joutui itsenäistyttyään aloittamaan tyhjästä. Lääkäreitä ei ollut, muikin terveydenhuollon koulutus oli heikoissa kantimissa ja kohta olivat edessä uudet sodat tuhoisine taloudellisine seurauksineen. Niuvanniemi oli sidoksissa köyhän isänmaansa kohtaloon 1920-luvulta alkaen, sillä jo tuolloin valtion sairaaloiden kehittäminen pysähtyi. 1940-luvulla koko sairaala vajosi pohjattomaan rappion suohon. Tulevaisuudenuskosella jälleenrakennuskaudellakin Niuvanniemen vuoro tuli vasta viimeisenä.

Vuoden 1877 valtiopäivillä Niuvanniemen keskuslaitoksen perustamisesta oli kuitenkin päätetty mielisairaanhoidon uudistamisen hengessä. Uudistusmieli näkyi jo rakentamisen perusratkaisussa eli erillisiin pieniin rakennuksiin perustuvassa paviljonkijärjestelmässä. Aiemmin sairaalat rakennettiin muiden julkisten rakennusten tapaan painottamatta rakennusten sairaalafunktiota. Paviljonkirakenne piti sisällään avoimen laitoksen ihanteen. Niuvanniemi rakennettiin edustamaan uusinta uutta mielisairaanhoidon alalla, sillä tavoitteena oli nostaa psykiatrisen hoito koppihoidon tasolta somaattisen hoidon tasolle. Niinpä potilashuoneiden piti muistuttaa yksityisasuntoja ja makuusalien muiden sairaaloiden vastaavia saleja. (Therman 1904; Henttonen 2009.)

Hoitjärjestelmästä säädettiin vuoden 1889 mielisairasasetuksessa, joka oli ”*julkiluettava saarnastuolista*”. ”*Julkisista laitoksista sairasmielisiä varten*” säädettiin, että läänin kuvernöörin tuli valvoa laitosten järjestystä ja kuntoa sekä määräysten noudattamista. Lääkintöhallituksella puolestaan oli lääketieteellinen valvontavastuu, jotta ”*sairasmielisiä lääketieteen vaatimusten mukaan huolellisesti ja mahdollisuutta myöten pakkokeinoihin rupeamatta hoidetaan ja kohdellaan*”. (Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus 28.5.1889; Säädoskokoelma 23/1889; Sarvilinna 1938, 371.)

Pakkokeinojen ehdollinenkin kieltäminen asetuksen tasoisesti oli merkittävä yhteiskunnallinen viesti aikana, jolloin suurin osa mielisairaista oli kokonaan vailla hoitoa ja heitä edelleen saatettiin pitää kahleissa ja karsinoissa. Asetuksen vaikutuksia oli, että vaivashoidon tarkastelija Gustav Helsingius muistutti vaivashoitolau-



takuntia kiertokirjeessään pakkokeinojen laittomuudesta. Asetuksen hengen muuttamista käytännöksi kokeiltiin ensimmäisenä Suomessa Niuvanniemessä ylilääkäri Albert Björkmanin kaudella vuosisadan vaihteessa. (Hirvonen 2008, 48; Sarvilinna 1938, 608.)

Vaatimukset mielisairaiden humanista kohtelusta olivat valistusajan perintöä. Italiassa Vincenzo Chiarugi, Ranskassa Philippe Pinel ja hänen oppilaansa Jean-Etienne-Dominique Esquirol, Englannissa William Tuke ja hänen pojanpoikansa Samuel Tuke sekä Saksassa Johann Reil saivat toiminnallaan aikaan psykiatrisen hoidon uudistusaallon. Se tunnettiin Ranskassa Pinellin vuonna 1801 julkaiseman oppikirjan julistuksesta nimellä *le traitemet moral* ja Englannissa ensimmäisenä Tuken suvun ylläpitämän Yorkin parantolan uudistuksista nimellä *moral therapy* tai *moral treatment*. ”Moraalisella hoidolla” tarkoitettiin psykiatrista hoitoa, ehkäpä suorastaan eräänlaista hoitosuhdetta. Kaikessa yksinkertaisuudessaan se oli vallankumouksellista suoneniskenttään ja muihin sitä ennen hoitona pidettyihin poppaskonsteihin verrattuna. (Shorter 2005, 9–24, 48–51.)

Suomessa mielisairaanhoidon järjestettiin suoraan parhaina pidettyjen eurooppalaisten esikuvien mukaisesti. Mallia ei otettu sen enempää vanhasta kuin uudestakaan emämaasta. Lapinlahden ylilääkäri Leonhard Fahlander oli lähetetty vuonna 1856 jo toistamiseen opintomatkalle Tanskaan, Saksaan, Ranskaan, Sveitsiin, Englantiin, Hollantiin ja Ruotsiin. Englantiin Fahlander meni ottaakseen selkoa tuolloin kiistanalaisesta non-restraint-järjestelmästä ja kävi Bedlamissa ja St. Lukessa sekä Colney Hatchissa ja Hanwellissa. Hanwellissa oli jo 1840-luvulla lopetettu potilaiden sitominen. Fahlander levitti pakkokeinottoman hoidon periaatetta laajemmaltikin, sillä hän julkaisi raporttinsa vuonna 1857 myös tuolloin Suomen laajalevikkisimmässä lehdessä *Finlands Allmänna Tidningen*issä. Hanwellin lääkärin John Conollyn ”non-restraint-systeemistä” kirjoitti myös Åbo Undersättelser jo vuonna 1869. (Sarvilinna 1938, 250–261; *Finlands Allmänna Tidning* 18.3.1957, 20.3.1857 n:ot 64–66; Åbo Underrättelser 24.8.1869.)

Pakkokeinottoman hoidon ihanteet tunnettiin siis Suomessa huomattavan varhain. Mielisairauksista sinänsä oli jo Niuvanniemen perustamisen aikoihin saatavissa oikeaa tietoa jopa suomenkielellä ja kansantajuisessa muodossa. Vuonna 1885 Duodecim-seuran jäsen ja Sortavalan seminaarin lehtori O.A. Forsström (Hainari) suomensi norjalaissyntyisen, Wienin yliopiston professorin Th. Billrothin vuonna 1881 ilmestyneen sairaanhoitajien oppikirjan nimellä *Käsikirja sairashoidossa kodin ja sairashuoneen tarpeeksi*. (Billroth 1885, 204–221; Sainio 2008; *Nya Pressen* 8.2.1894 (nekrologi).)

Se sisälsi Ewald Heckerin selityksiä mielisairauksien luonteesta ja ohjeita sairaiden hoidosta. Niissä ehdottomasti kiellettiin pakkopaidat ja sitominen, ja annettiin ohjeita eristetyn psykoottisen potilaan tarkkailusta. Monet Heckerin hoitoa koskevat neuvot hoitajille lienevät päteviä tänäkin päivänä, kuten ettei potilas ole sanoistaan tai teoistaan vastuunalainen ja ettei harhoihin pidä mennä mukaan. Hecker oli vuonna 1871 julkaisut kollegansa Karl Kahlbaumin muutamaa vuotta aiemmin esittämien havaintojen pohjalta ensimmäisen kliinisen kuvauksen skitsofrenian hebefrenisestä muodosta; siis jo parikymmentä vuotta ennen Emil Kraepelinä. (Shorter 2005, 121; Sedler 1985.)

Billrothin kirja oli ilmestynyt ruotsiksi jo vuonna 1882. Suomenkielinen laitos sai osakseen huomiota kielipoliittisista syistä, ottihan suomenkielinen lääketieteellinen kirjallisuus vasta ensi askeleitaan. Kirja oli Kuopion, kuten muidenkin lääninsairaaloiden sairaanhoitajakurssien oppikirja. (Valvoja 1.6.1886; Tampereen Sanomat 19.9.1882; *Uusi Suometar* 2.11.1885; *Aamulehti* 13.2.1886; Vuorio 1996, 24.)

Mielisairaaloiden hoidollinen tehtävä löytyi sitä mukaa kuin psykiatria kehittyi tieteenä, mutta hoidon järjestäminen tuli poliittisestikin tärkeäksi. Syfilis yleistyi ja keskiluokkaistui Euroopassa Napoleonin sotien jälkeen, mistä seurasi muutaman kymmenen vuoden viiveellä neurosyfilisepidemia. Niuvanniemenkin perustamista sävytti säätyläisten hoidon tarve. Vuonna 1885 sisäänkirjoitetuista 125 ensimmäisestä potilaasta 22 oli sosiaaliselta asemaltaan yläluokkaa tai sivistyneistöä ja lisäksi tilanomistajia oli 17. Sittenmin säätyläis-taustaisten potilaiden osuus supistui noin 8 prosenttiin ja saman verran oli keskiluokkaisia kuten alempia virkamiehiä. Säätyläisille oli järjestettävä säätynsä mukainen hoito, mikä tarkoitti kalliita posliiniastioita peltilautasten sijaan, parempaa ruokaa ja omia vaatteita sekä säädyn mukaista viihtyvyyttä kuten kirjoja ja musiikkia. (Årsberättelse 1885 SVT 1885; Laitinen 1996, 96; *Överläkare till Medicinalstyrelsen* 18.12.1906 n:o 727. NS ark. JoMa.)

Valtion budjetista heltisi siis varoja säätyläisten hoidossa potilaiden virkistykseen saakka. Hoitomaksut oli porrastettu varallisuuden mukaan niin että ylimmän maksuluokan säätyläiset maksoivat aina-kin osan hoidostaan itse. Se lisäsi pakkokeinottomuuden ihanteen kysyntää, sillä pakkokeinot ja maksavat asiakkaat sopivat huonosti yhteen.

### TEORIASTA KÄYTÄNNÖKSI

Pakkokeinottomuuden periaatteesta säädettiin siis asetuksentasoisesti vuonna 1889. Sitä ennen vuonna 1884, ennen laitoksen avaamista, Lääkintöhallitus hyväksyi Niuvanniemen hoitajia varten ohjesäännön. Siinä kiellettiin hoitajia ”*omin luvin sulkemasta sairasta yksinäishuoneeseen sekä käyttämästä muuta väkivaltaa*”. Jos ”*pakontekoon käsketään*”, hoitajan tuli ”*menetellä tyynesti ja levollisesti, osoittamatta minkäänlaista maltittomuutta*”. Toisekseen ”*rajumielisiä sairaita*” sekä itselleen tai muille vaarallisia ”*älköön jätettävä ilman katsannotta*”. Nämä periaatteet – eristämistä päättää lääkäri ja eristyspotilaan on oltava välittömässä valvonnassa – tulivat laintasoisesti määriteltyiksi vasta vuoden 2002 mielenterveyslain lisäyksissä. (Säännöt sairaanhoitajille Fagernäsän (Niuvanniemen) Parannus ja hoitolaitoksessa. NS ark; Årsberättelse 1885. SVT XI; Vuorio 2010, 30.)

Ensimmäinen ylilääkäri Axel Hårdh tunsu hyvin aikakautensa psykiatrista hoitosuhdetta kuvaavan käsitteen *le traitement moral*, joka oli lähtöisin Philippe Pinellin 80 vuotta aikaisemmin julkaisemasta oppikirjasta. Hårdhin nimitys ”moraaliselle hoidolle” oli ”psychiska hygienien” eli psykkinen terveydenhoito. Silti Hårdh selosti seikka-peräisessä vuoden 1885 kertomuksessaan, että eristämällä oli huomattava merkitys parantumattomien potilaiden rauhoittamisessa ja työn tekoon taivuttelemisessa. Pakkokeinoja käytettiin Hårdhin oman todistuksen mukaan vähän ja rajoitetusti vain muutamia tun-

teja kerrallaan. Tärkeimmät hoitomuodot olivat nimittäin potilaiden ymmärtävä ja lempeä kohtelu eli juuri ”psychiska hygienien” sekä vuodelepo. (Årsberättelse 1885. SVT XI.)

Pakkokeinoton hoito oli periaate ja tavoite, jota jo ensimmäinen ylilääkäri Axel Hårdh koetti parhaansa mukaan edistää. Ylilääkäri Axel Hårdh kuoli vuoden 1898 alussa ja seuraaja Albert Björkman oli rekrytoitu virkaansa myöntämällä hänelle ensin valtionapuraha ulkomailla opiskelua varten. Björkman tutustui moniin laitoksiin eri puolilla Eurooppaa ja sai tilaisuuden kokeilla uusia hoitomenetelmiä Niuvanniemessä. (Björkman 1900, 25–52.)

Pakkokeinottomuus tarkoitti eristämisen ja pakkopaidan vaihtoehdona rauhallisten ja rauhattomien potilaiden pitämistä toisistaan erillään, herkeämätöntä valvontaa, vuodelepoa sekä pitkäkestoisia kylpyjä. Valvonta oli niin konemaista, että valvontaosastoille asennettiin vuonna 1900 palokellon kaltaiset kontrollikellot, joilla varmennettiin hoitajien paikallaolo. Kaikki akuuttipotilaat ja muut levottomat hoidettiin säännönmukaisesti sänkyyn. ”*Prolongeeratuissa*” kylvyissä puolestaan potilaita pidettiin päivittäin 10–12 tuntia, eivätkä he nousseet kylvystä edes syömään vaan söivät ruokansa ja parhaassa tapauksessa nukkuivat yönsäkin kylvyssä. Björkman oli nähnyt opintomatkoillaan kylpyammeiden päälle vedettyjä purjekankaisia peittoja ja jopa puisia kansia, joiden alta näkyivät vain potilaiden päät. Potilasta saatettiin pitää kylvyssä vuorokausikaupalla, viikkoja, ja jopa kuukausia. Kun potilas rauhoittui, hänet siirrettiin joko ”*konvalesenttiosastolle*” ja kotiutettiin sieltä tai jos todettiin kroonilliseksi, siirrettiin pitkäaikaisosastolle tai työosastolle. (Vuosikertomus 1901. NS ark. JoMA; Therman 1904; Savo 15.2.1910 Niuvanniemen keskuslaitos 25-vuotias.)

Tarvittiin siis isoja makuusaleja ja kylpyhuoneita. Björkmanin aikana valvontaosastoille rakennettiin erityiset kylpyosastot ja vuonna 1909 kokonainen uusi kylpyhoidon mahdollistava levottomien naisten osastorakennus, jossa oli ammeita kokonainen kylpysallinen.

Pakkokeinoton, mutta hengettömästi potilaita vahtiva hoito kääntyi itseään vastaan. Levottomia, enimmäkseen skitsofreniaa sairastavia potilaita ei suinkaan aina ollut helppo saada pysymään vuoteessa, joten ratkaisuksi tulivat verkkosängyt. Ne olivat puulaatikoita, mahdollisesti sisältä pehmustettuja, jonka laitojen yli pingotettiin naruverkko. Verkkosängy tunnistettiin kylläkin pakkokeinoksi, mutta sitä pidettiin pienempänä pahana verrattuna eristämiseen. (Björkman 1900, 41; Vuorio 2010, 57.)

Vuoteeseen ja ammeeseen hoitamisesta tuli vallitseva hoitomuoto aina 1930-luvulle saakka. Makuuttamisen syrjäytti vasta saksalaisen psykiatrin Hermann Simonin kehittämä aktiivinen työterapia, jota Niuvanniemessäkin ryhdyttiin toteuttamaan 1920-luvun lopulla. Sairaanhoidajien oppikirjoissa pitkäkestoisten kylpyjen ohjeet säilyivät pitkälle kehittyneiden paralyysiapotilaiden hoitomuotona 1940-luvulle saakka ja vielä Martti Kailan ja Lyyli Kinnusen oppikirjan vuoden 1939 painoksesta löytyy hoitomuotojen yleisyydestä kielivä viittaus, että ammeessa tai vuoteessa hoidettu potilas oppii kyllä pitämään vaatteet päällään ja kampaamaan tukkansa, jos hänet vain kärsivällisesti puetaan ja kammataan. (Neuman-Rahn 1924,

263–270; Kaila 1935, 110; Kaila–Kinnunen 1939, 74, 78–79; Kaila–Kinnunen 1943, 87, 90–91.)

Kylpyhoito oli lääketieteellisesti hyväksyttyä käypää hoitoa. Sen sijaan eristäminen ja sitominen oli jos ei ihan kiellettyä niin kuitenkin välttävää. Käytännössä potilaita kuitenkin jouduttiin eristämään. Eristämisistä samoin kuin muistakin käytetyistä pakkokeinoista oli laadittavat vuoden 1889 asetuksen hengessä vuositilastot Lääkintöhallitukselle.

Pakkokeinojen käytön normit voi tulkita alan oppikirjoista. Mainitun Billrothin oppikirjan jälkeen vasta vuonna 1904 saatiin varsinainen mielisairaanhoidon oppikirja *Mielisairaitten hoito*. Lyhyt opastus mielisairaitten hoitajille. Vaikka se oli hyvin suppea, vain 67-sivuihen vihko, se kuitenkin edusti pakkokeinoihin nähden virallista Lääkintöhallituksen kantaa. Kirjan oli toimittanut ja saksan kielestä kääntänyt Lääkintöhallituksen lääkintöneuvos Theodor Löfström. Löfström kuoli jo vuonna 1907, mutta hänen kirjansa oli käytössä Niuvanniemen mielisairaanhoidajakoulussa pitkälle 1930-luvulle saakka. (Löfström 1904; Vuorio 2010, 98; Tiitta 2009, 67.)

Siinä kiellettiin kategorisesti hoitajilta kaikinainen pakko, mutta annettiin kuitenkin toimintaohjeet, jos lääkäri määräsi potilaan ”*soleerattavaksi*” eli suljettavaksi eristyshuoneeseen. Samat ohjeet siirtyivät Martti Kailan vuonna 1935 julkaisemaan oppikirjaan, johon käytännön mielisairaanhoidon osuuden oli kirjoittanut Pitkäniemen ylihoitajatar Karin Koskinen. Vuonna 1918 julkaistu Akseli Nikulan oppikirja *Mielisairaat* ja niiden hoito oli tarkoitettu vanhainkotien mielisairasosastojen hoitajille eikä siinä muita ollut mainintoja pakkokeinoista kuin että eristäminen oli sairaille vahingollisena tuomittavaa. (Löfström 1904, 62–63; Kaila 1935, 110–112; Nikula 1918, 63–64.)

Ennen Kailan kirjaa oli jo ilmestynyt vuonna 1924 sairaanhoidajille tarkoitettu Karin Neuman-Rahnin oppikirja *Sielullisesti sairas ihminen* ja hänen hoitonsa. Siinä eristämisen mainittiin olevan viimeiseen asti välttävää keino, jota oli käytettävä yksinomaan lääkärin määräyksestä ja vain ”*sokeasti raivoaviin ja kaikkea hävittäviin ja hyökkäileviin hysteerikkoihin nähden*”. (Neuman-Rahn 1924, 275.)

Kailan kirjan toinen painos ilmestyi vuonna 1939, ja siitä lähtien aina 1960-luvulle saakka käytännön hoidon osuuden kirjoitti Kellokosken sairaalan ylihoitaja Lyyli Kinnunen. Erona Kailan ensimmäiseen painokseen oli, että eristämisestä mainittiin vain, että on ”*harkiten käytettävä*” ja että eristäminen tulee kyseeseen vain ”*erittäin vaikeassa, rajussa sekavuustilassa*”. Oppikirjoissa ei sen sijaan enää mainittu, että eristämisestä päättää lääkäri. Erityspotilasta oli oppikirjojen mukaan pidettävä silmällä. (Kaila–Kinnunen 1939, 74; Kaila–Kinnunen 1943, 45; Kinnunen 1964, 92.)

Pakkokeinoja vastustaneella Neuman-Rahnilla oli ollut tilaisuus opiskella 1890-luvulla Helsingin ja Heidelbergin yliopistoissa. Sittenmin hän pääsi professori Gustav Aschaffenburgin klinikalle Kölniin nähdäkseen, että riittävän ja hyvin koulutetun henkilökunnan avulla akuuttipsykooseja pystyttiin hoitamaan pakkokeinottomasti. (Matilainen 1997, 61, 67; Neuman-Rahn 1924, 9; Hakosalo 2008; Shorter 2005, 181–182, 217.)

Aschaffenburg oli puolestaan Emil Kraepelinin oppilas, ja hänet tunnetaan oikeuspsykiatrian alan pioneerinä. Hän oli ensimmäisiä, jotka ryhtyivät kritisoimaan Freudin psykoanalyttisiä näkemyksiä. Tuolloin oli kyse koko tieteenalan suunnasta. Yliopistopsykiatrian näkökulmasta mielisairaus tarkoitti psykoosia, joka vaati laitoshoidoa, mutta uudet virrat veivät psykiatrian mielenkiinnon mielisairaaloiden ulkopuolelle neuroosien pariin. (Shorter 2005, 182–183.)

Lainsäädäntö lakaisi oppikirjojen opetukset maton alle. Kun Suomi itsenäistyi, asetettiin komitea laatimaan ehdotusta uudeksi mielisairaanhoitoa koskeväksi laiksi ja asetukseksi. Komitean vuonna 1922 valmistuneessa asetusehdotuksessa vielä mainittiin vuoden 1889 asetuksen sanamuodoin, että Lääkintöhallituksen mielisairaanhoitosta vastaavan jäsenen velvollisuus olisi mielisairaaloihin tarkastuksessaan erityisesti kiinnittää huomiota siihen, ettei pakkokeinoja tarpeettomasti käytetä. Laki ja asetus tulivat voimaan vasta 1937. Silloin itse lakiin kirjattiin, että *”mielisairaita on hyvin kohdeltava ja huolellisesti hoidettava”*, mutta viittaus pakkokeinojen välttämisestä tai niiden valvonnasta jäi asetuksestakin pois. (Komitean mietintö 2/1923; As. kok. 286/1937, 455/1937.)

Niinpä oppikirjoistakin sai 1960-luvulle saakka lukea, ettei Suomen mielisairaloissa enää käytetä pakkokeinoja, ei ainakaan mekaanisia pakkokeinoja kuten lepositeitä tai suojakäsineitä. (Kaila 1935, 144; Kinnunen 1939, 76; Kinnunen 1964, 91.) Pakkokeinot kuuluivat siten vuosikymmenten ajan hoidon etiikan piiriin eikä niistä tarvinnut keskustella oikeudellisesta näkökulmasta, siis potilaan perusoikeuksien toteutumisen kannalta ennen 1990-lukua.

Ensimmäisiä, jotka epäilivät pakon käytön vahingollisten vaikutusten unohtuneen mielisairaanhoidossa, oli Pitkämäen ylilääkäri Ilmari Kalpa. Hän esitelmöi aiheesta Pohjoismaisessa psykiatrikongressissa vuonna 1949. Kalpa varoitti tottumasta pakonkäyttöön, sillä tottumuksella on hoitokulttuuria muokkaava voima eikä silloin nähdä hoitotoimenpiteiden muuttumista pakoksi. Vuonna 1949 Kalpa arveli Suomen mielisairaloissa jo luovutun aiemmin hyvänä hoitona pideytyistä kokokääreistä, mutta epäili sähköshokkeja käytettävän erittäin heikoin lääketieteellisin perustein, etenkin jos hoitohenkilökunta asettaa hoitoindikaatiot. Sama koski hänen mukaansa eristämistä. Se ei saanut riippua hoitohenkilökunnan mielipiteestä, vaan olla sallittua vain *”lääkärin valvonnan alaisena”*. (Kalpa 1950.)

Sähköshokit olivat auttavaa hoitoa, eikä hoitoon tiedetä ainakaan Niuvanniemessä liittyneen muita kuin lääketieteellisiä indikaatioita. Niuvanniemessä sähköshokkihoidosta luovuttiin kokonaan 1960-luvun taitteessa.

#### **HUOMIO UDESTAAN PAKKOKEINOIHIN**

Kun laki ja asetus vaikenivat pakkokeinoista, ei niistä tarvinnut keskustella. Vuoden 1952 mielisairaslaki toisti vuoden 1937 lain artiklan, että potilaita on hyvin kohdeltava ja huolellisesti hoidettava. Pakon käytöstä säädettiin varsin irtonaisesti, että mielisairaanhoitolaitoksessa ei saa käyttää muuta pakkoa kuin mitä hoito edellyttää tai ympäristön turvallisuus vaatii. (As. kok. 187/1952.)

Yhteiskunnallinen keskustelu psykiatriasta ei tosin ollut ihan helppoa, sillä psykiatrian kenttä oli hajallaan. Psykiatrinen hoito oli eriytynyt omaksi, muusta terveydenhuollosta erilliseksi järjestelmäksi, josta vastasivat erilliset mielisairaanhoitopiirit ja toisaalta suuri osa eli vanhainkotien mielisairasosastot olivat kokonaan terveysturvaviranomaisen ulottumattomissa sosiaalitoimen vastuualueella. Psykiatrinen hoitojärjestelmä oli lisäksi vielä 1970-luvulla niin laitoskeskeistä, että 40 prosenttia maan sairaansijoista oli psykiatristen potilaiden käytössä. (Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977.)

Kriittisellä 1960-luvulla keskusteltiin lähinnä psykiatrian koulukuntien ristivetoon liittyen laitoshoidon mielekkyydestä sinänsä. Koulukuntakiista saattoi jättää varjoonsa sen, että vuoden 1952 lain nojalla määrättiin tahdosta riippumattomaan hoitoon väärinkin perustein ja jopa taloudellisista syistä, kun mielisairaalain hoitomaksut olivat alhaisemmat kuin alkoholihuoltoloissa, työlaitoksissa tai vajaamielilaitoksissa. Mielisairaaloihin toimitettiin pakkopäätöksillä alkoholisteja, jotka olisivat kuuluneet PAV-lakien piiriin, vajaamielisiä, joita ei saatu vajaamielilaitoksiin sekä geriatrisia potilaita, olisivat tarvinneet ennen kaikkea somaattista tutkimusta. (Weckström 1968.) Niuvanniemessä oli sinne periaatteessa kuulumattomia vajaamielisiä jopa suhteellisesti enemmän kuin keskusmielisairaloissa.

Pakkohoitokriteereitä haluttiin 1970-luvulla tiukentaa, sillä vanhan lain nojalla valtaosa potilaista todella tuli hoitoon vastoin tahtoaan. Vuonna 1965 M3-päätöksellä otettiin 58 prosenttia keskusmielisairaaloiden ja 69 prosenttia B-mielisairaaloiden potilaista. Vuonna 1974 vastaavat prosenttiluvut olivat 41 ja 63. (HE 83/14.5.1976.)

Pakkopäätöksellä mielisairaalaan toimitettujen vapaudenriiston nosti yhteiskunnallisena epäkohtana esiin Suomessa Marraskuun liike. Silloin keskusteltiin yhteiskunnallisen vallankäytön termin pakkohoittoon määrittämisestä, muttei kuitenkaan menty yksilön perusoikeuksiin ja ihmisoikeuksiin asti eikä hoidon aikaisiin pakkokeinoihin.

Perusoikeuksien uudistamista oli pohdittu 1970-luvun alusta lähtien kolmenkin eri komitean voimin, sillä hallitusmuodon perusoikeussäännöksiä ei ollut sitten niiden säätämisen vuoden 1919 jälkeen juuri muutettu. Yksimielisten komiteoiden esityksistä huolimatta uudistukset eivät jostakin syystä edenneet, joten vuonna 1989 asetettiin K. J. Längin johdolla jälleen uusi perusoikeuskomitea, jonka tuli ottaa huomioon kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja velvoitteet. Se sai työnsä valmiiksi 1992. (Komiteamietintö 1992:3, 86–87.)

Vuoden 1937 mielisairaslain jälkeen pakkokeinoista ei enää tarvinnut raportoida Lääkintöhallitukselle. Pakkokeinoista ei siten liene ollut kenelläkään yhtenäistä ja selkeää kuvaa. Asiaan kiinnitti huomiota Ilkka Taipale vuonna 1969 ja esitti, että mielisairaaloiden osastoilla ryhdyttäisiin pitämään eristyksistä ja lepositeistä kirjaa. (Taipale 1969.)

Paradoksaalista sinänsä oli, että Niuvanniemen ylle langetettiin 1980-luvun alussa Englannin ja Norjan turvasairaloissa paljastuneiden väärinkäytösten takia synkeä epäilyksen varjo. Kun kaikki Niuvanniemen potilaat olivat silloin kuten nykyäänkin tahdon vastaisessa hoidossa, oletettiin Niuvanniemessä käytettävän pakkokeinojakin

kaikkia muita laitoksia enemmän. Vielä 1980-luvun alussa lepositeet olivat kuitenkin Niuvanniemessä liki tuntemattomat, eristäminen varsin harvinaista eikä eristystilojakaan ollut kuin kolmella osastolla.

Käsitys, että juuri kriminaalipotilaita eristettäisiin tai jouduttaisiin rajoittamaan muita enemmän oli niin yleinen, että tutkijatkin neliaisivat oletuksen. Vuonna 1997 selvitettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan klinikoiden pakkotoimet ja rajoitukset ja tulokseksi tuli, että peräti 44 prosenttia työikäisistä potilaista joutui pakkotoimien kohteeksi. Oletus oli, että jos tutkimukseen olisi otettu mukaan myös kriminaalipotilaat, luku olisi vieläkin suurempi. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997; Salovaara, Immonen & Tyybäkinöja 1997, 10.)

Niuvanniemessä on eristämiset ja rajoittamiset tilastoitu potilaan statuksen mukaan vuodesta 2000 lähtien. Niiden mukaan valtaosa aikuisikäisten rajoittamisista kohdistui vaarallisiin ja vaikeahoitoisiin eli 61–77 prosenttia vuosina 2000–2009 ja peräti 90 prosenttia vuonna 2010. Vastoin yleistä luuloa kriminaalipotilaat eli oikeudessa tuomitsematta jätetyt eivät siis ole niitä, joita joudutaan eristämään, sillä alimmillaan vain 8 prosenttia ja ylimmillään kolmannes rajoittamisista kohdistui 2000-luvulla kriminaalipotilaisiin. (Niuvanniemen sairaalan potilastietokanta.)

Lääkintöhallitus antoi vasta vuonna 1975 pakkokeinoista ensimmäisen ohjekirjeen. Siinä korostettiin, että yksilö on Suomen oikeusjärjestyksen mukaan pääsääntöisesti vapaa ja että rajoitusten pitää perustua lakiin. Jos potilas ei halua ottaa hoitoa vastaan, on hoidon keskeyttämistä tai lopettamista harkittava. Jos kuitenkin joudutaan eristämään, eristämistä saa jatkaa vain niin kauan kuin on ehdottoman välttämätöntä. Ohje oli varsin hampaaton velvoittaessaan, että ahdistuneen, levottoman tai pelokkaan potilaan seuraksi oli laitettava sairaanhoitohenkilökuntaa, jos henkilöstöressurit niin sallivat. Lasta tai alaikäistä ei saanut kuitenkaan eristää ilman valvontaa. Vuoden 1975 ohjeessa ei sanottu, että eristämispäätöksen tekee lääkäri, mutta kuitenkin viitattiin psykiatrien koulutuksen suuntaviivoihin ja lääketieteelliseen indikaatioon. Rajoittamisista piti tehdä sairauskertomuksiin selvät merkinnät ja lisäksi niistä oli pidettävä osastoittain erillistä luetteloa. (Lääkintöhallituksen ohjekirje Dn:o 5483/701/75. NS ark.)

Kun ohje oli osoitettu ”mielisairaaloita ylläpitävien kuntien ja kuntainliittojen liittohallituksille johtavien ja vastaavien lääkäreiden tietoon saatettavaksi” kirje saapui Niuvanniemeen vasta kuukauden viiveellä elokuussa 1975. Ohjeen mukainen eristysvihko otettiin silti välittömästi käytäntöön niillä kolmella osastolla, joissa eristystiloja ylipäättään oli. (Lääkintöhallituksen ohjekirje Dn:o 5483/701/75. saap. 11.8.1975 n:o 386. Osasto 9:n eristysvihko 1975–1979. NS ark.)

Tarkemmat ohjeet eristämisistä annettiin vuoden 1977 mielisairaslain osittaisuudistuksen jälkeen vuonna 1981. Edeltävällä lausuntokierroksella ja keskustelussa kirjattiin myös syy, miksi mitään ohjetta ei ole aikaisemmin laadittu. Eristäminen on kliininen toimenpide eikä kliinisestä hoidosta ole Lääkintöhallituksella ollut tapana antaa yksityiskohtaisia ohjeita. Vasta nyt ohjeisiin kirjautui periaate, että eristämisestä ja lepositeiden käytöstä päättää aina lääkäri. Kannattaa muistaa, että tämä periaate oli kirjattu Niuvanniemessä

hoitajan ohjeisiin jo vuonna 1884. (Lääkintöhallituksen ohjekirje Dn:o 1018/02/81. NS ark.)

Vuoden 1977 mielisairaslaki paransi potilaan oikeusturvaa siten, että tahdonvastaiseen hoitoon voitiin määrätä ilman uutta tutkimusta korkeintaan puoleksi vuodeksi, jos oli mielisairaudesta vuoksi välittömän mielisairaalahoidon tarpeessa tai vaarallinen itselleen tai muille. Hoidon aikaiset pakkokeinot rajattiin tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lisäksi vaarallisuus rajattiin ihmisiin eli omaisuudelle so. ympäristölle vaarallisuuden perusteella pakkohoitopäätöstä ei enää voinut tehdä. Aiemmassa vuoden 1952 mielisairaslaisissa tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen oli määritelty hyvin väljästi. Mielentilan tutkimista varten riitti, että oli aihetta epäillä henkilön olevan mielisairas ja esiintymisestäään päätellen olevan vaarallinen yleiselle turvallisuudelle tai itselleen. (As. kok. 187/1952 § 23. HE 83/14.5.1976; as.kok.521/1977 § 16a, § 20 a ja § 37; Paloheimo 1968.)

1970-luvun lainmuutoksia ei perusteltu perusoikeuksien kautta – tosin koko termi vakiintui vasta vuoden 1995 perusoikeusuudistuksen jälkeen –, vaan silloin haluttiin psykiatrisen potilaan asema ja oikeusturva nostaa samalle tasolle somaattisten potilaiden kanssa. Ihmisoikeuksien näkökulma ei 1970- ja 1980-luvun Suomessa nousut keskusteluun saati lainsäädäntöön, sillä Suomi ei ollut Euroopan Neuvoston jäsen eikä sen niin muodoin tarvinnut ratifioida Euroopan ihmisoikeussopimusta. Jäsenyyden puolesta Suomi kuului auttamatta itäblokkiin, sillä muut Pohjoismaat olivat olleet Euroopan Neuvoston perustajamaita vuonna 1949, mukana olivat alusta pitäen jopa Kreikka ja Turkki ja viimeisetkin länsieurooppalaiset valtiot Portugali ja Espanja liittyneet 1970-luvulla. Kun Suomi liittyi vuonna 1989 ja sopimus ratifioitiin 1990, jouduttiin nolostuneena toteamaan, ettei suomalainen lainsäädäntö ollutkaan ollut niin eurooppalaista kuin oli uskottu. (Helsingin Sanomat 10.5.1990 Eurooppalainen ihmisoikeusvaltio (pk); Suutala 1999, 5–12.)

Euroopan maiden lainsäädäntö on ollut pakkohoidon osalta hyvin vaihtelevaa. Suhtautuminen mielisairaisiin kuitenkin selvästi muuttui toisen maailmansodan jälkeen, niin että sairaita alettiin pitää yksilöinä, joilla on myös oikeutensa. YK:n ihmisoikeuksien julistus vuodelta 1948 ja mainittu Euroopan ihmisoikeussopimus ja YK:n yleissopimukset vaikuttivat vähitellen niin Suomen kuin muidenkin maiden lainsäädäntöön ja nostivat ihmisoikeussopimusten periaatteet oikeuslähteeksi. 1990-luvulla jo periaate oli, että viranomaisten oli kansallisen lain tulkinnassa valittava se vaihtoehto, joka parhaiten edisti ihmisoikeuksien tai perusoikeuksien toteutumista. Ihmisoikeudet eivät siten enää olleet pelkästään eettisesti tai ohjelmallisesti velvoittavia, vaan aitoja oikeusnormeja. (Pahlman 2003, 49–53; Välimäki 2000, 86–100; Ojanen 2003, 26–28.)

Euroopan ihmisoikeussopimuksen mielisairaanhoidoa koskevat säädökset käsittelivät vapauden riiston edellytyksiä, eikä niissä puututtu hoidon sisältöön. Myös mielisairaslain tulkinnan katsottiin kuuluvan valtioiden omille sisäisille viranomaisille ja tuomioistuimille, sillä mielisairaudesta käsitettä pidettiin kulttuurisidonnaisena ja psykiatrian kehitystasosta riippuvana. (Pellonpää 1988, 54–55.)

Potilaan oikeuksien ja tahdonvastaisen hoidon osalta monet muutkin maat uudistivat lainsäädäntöään 1990-luvulla. Suomessa itse-määräämisoikeuden käsite tuli ensimmäistä kertaa suomalaiseen terveydenhuollon lainsäädäntöön vuoden 1991 mielenterveyslaissa. Suomen mielenterveyslaki poikkesi monista muista maista siinä, että laissa säädetään pakkohoidon lisäksi muustakin psykiatrisesta hoidosta. Pakkokeinot ovat joissakin maissa lailla kiellettyjä, kuten eristys Tanskassa ja sitominen Englannissa ja Hollannissa. (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010.)

Mielenterveyslakia valmisteltaessa jo vedottiin Euroopan ihmisoikeussopimuksen tulevaan ratifointiin ja Euroopan Neuvoston vuonna 1983 antamaan suositukseen tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan oikeudellisesta asemasta. Säädös pakkohoitoon toimittamisesta psykiatriseen sairaalaan todetun mielisairauden perusteella tarkentui viimesijaiseksi eli vain jos muut mielenterveyspalvelut eivät sovi tai riitä. Hoidon aikaisten pakkokeinojen osalta uutta oli, että niistä säädettiin itsemääräämisoikeuden rajoittamisina. (As. kok. 1116/1990. HE 201/1989.)

1970-luvulta lähtien tavoitteena oli ollut sairaansijojen tuntuva pudottaminen mielisairanhoidossa, mutta tavoite toteutui 1990-luvun laman oloissa suunniteltua rajummassa tahdissa. Vaaralliset ja vaikeahoitaiset potilaat oli aiemmin hoidettu keskusmielisairaaloissa, mutta heidän hoitonsa valui psykiatrian suuren rakennemuutoksen jälkeen sairaanhoitopiirien yksiköistä vähitellen Niuvanniemeen.

Vaarallisten ja vaikeahoitoisten mukana sairaanhoitopiirit tulivat ulkoistaneeksi pakkokeinotkin. Niinpä sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuodelta 2009 tavoitteeksi asetettu pakkokeinojen kansallinen vähentäminen on ollut erityisesti Niuvanniemen suuri tehtävä.

## Lähteet

Billroth, Th. 1885. *Käsikirja sairashoidossa kodin ja sairashuoneen tarpeeksi*. Tekijän luvalla suomentanut O. A. Forsström. Sortavala: C.W. Alopaeus.

Björkman, A. 1900. *Berättelse öfver en med statsstipendium 1898–99 företagen resa för studies i psykiatri*. Kuopio.

Hakosalo, H. 2008. *Virkaa tekemässä – Lääkärinäiset 1990-luvun alun Suomessa*. Tieteessä tapahtuu 8, 13–21.

Henttonen, M. 2009. *Kansakunnan parhaaksi. Suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920–1940-luvulla arkkitehtonisena, lääketieteellisenä ja yhteiskunnallisena suunnittelukohteena*. Historiallisia tutkimuksia 247.

Hirvonen, H. 2008. *Vaivaishuollosta psykiatriatieteeksi. Suomalaisen psykiatrian ja mielisairanhoidon kehityslinjat 1800-luvulta 1910-luvulle*. Joensuun yliopisto. Lisensiaatintyö.

Kaila, M. 1935. *Mielitaudit. Sairaanhoitajattarien oppikirja IX Mielitaudit. Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitean julkaisema*. Porvoo: WSOY.

## KIRJOITTAJAT

### Kaija Vuorio

FT, historiantutkija, toimittaja  
Savon Sanomat

Merjan kanssa oli yhteisiä antoisia keskusteluja psykiatrisesta hoitotyöstä ja psykiatrisia potilaita hoitavien roolista lähinnä opinnäytetöiden yhteydessä.

### Osmo Vuorio

THM, psykoterapeutti, johtava ylihoitaja  
Niuvanniemen sairaala

Niin psykiatriassa kuin muussakin terveydenhuollossa on aina pyritty hoitamaan potilaita parhaan käytettävissä olevan tiedon pohjalta. Psykiatrian ja erityisesti oikeuspsykiatrisen hoidon ongelmana on ollut se että tieto psyykkisten sairauksien syntymekanismeista on ollut puutteellista ja näin ei myöskään vaikuttavia hoitokeinoja ole ollut käytettävissä vasta kuin muutaman viimeisen vuosikymmenen ajan. Erityisesti vaikeimmin oireilevien potilaiden kohtalo on ollut surkea.

Niuvanniemen sairaalan puolesta kiitän dosentti Merja Nikkosta hänen tähänastisesta työstään psykiatristen potilaitten hoidon parantamiseksi, sekä yhteistyöstä haastavalla alallamme. Oikeuspsykiatrisen hoitotyön kannalta oheinen teksti kuvaa niitä kehityskulkuja, jotka on läpi käyty viimeisen 120 vuoden aikana.

Kaila, M. & Kinnunen, L. 1939. *Mielitaudit – Mielisairaanhoito. Sairaanhoitajattarien oppikirja IX. Julk. Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitea*. 2. uud. p. WSOY.

Kaila, M. & Kinnunen, L. 1943. *Mielitaudit – Mielisairaanhoito. Sairaanhoitajattarien oppikirja IX. Julk. Sairaanhoitajatarjärjestöjen oppikirjakomitea*. 3. uud. p. WSOY.

Kalpa, I. 1950. *Pakon kielteisestä vaikutuksesta mielisairanhoidossa. IX Pohjoismaisessa psykiatrikongressissa 12.6.1949 pidetty esitelmä. Duodecim 5, 393–397*.

Kaltiala-Heino, R. & Laippala, P. 1997. *Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti 5(52), 435*.

Kinnunen, L. 1964. *Mielisairaanhoito. Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. 7. tark. p. Porvoo: WSOY*.

- Laitinen, J. 1996. "Niuvanniemen parannus- ja hoitolaitos mielisairaille". Hoitomenetelmät ja potilaat vuosina 1885–1909. Joensuun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Löfström, T. 1904. Mielisairaitten hoito. Lyhyt opastus mielisairaitten hoitajille. Lääkintöhallitus. Helsinki.
- Matilainen, D. 1997. Idémönster i Karin Neuman-Rahns livsgärning och författarskap. Idehistorisk-biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1990-talets första hälft. Åbo Akademi. Väitöskirja.
- Mielisairaanhoidokomitealta. Komiteamietintö 2/1923.
- Neuman-Rahn, K. 1924. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa. Porvoo: WSOY.
- Nikula, A. 1918. Mielisairaat ja niiden hoito. Suomen sosiaalihuollituksen julkaisemia sosiaalisia käsikirjoja I. Helsinki.
- Niuvanniemen sairaalan arkisto NS ark. Niuvanniemi / JoMA.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsingin yliopisto. Helsinki: Edita. Väitöskirja.
- Paloheimo, M. 1968. M III ja mielisairaus-käsite. Suomen Lääkärilehti 23(4), 266–268.
- Pellonpää, M. 1988. Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus Suomen näkökulmasta. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 21.
- Perusoikeuskomitean mietintö 1992:3.
- Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977.
- Pylkkänen, K., Eskola, J. & Hemmi, A. 2010. Pakon käyttö psykiatriassa – Lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? Suomen Lääkärilehti 41(65), 3332–3337.
- Ojanen, T. 2003. Perusoikeudet ja ihmisoikeudet Suomessa. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut.
- Sainio, V. 2008. Hainari, Oskar (1856–1910) historian lehtori, kansanedustaja, Karjala-aktivisti. Suomen kansallisbiografia. [www.kansallisbiografia.fi](http://www.kansallisbiografia.fi).
- Salovaara, I., Immonen, S. & Tyybäkinoja, M. 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa: Mielenterveyden Keskusliitto ry.
- Sarviliina, A. 1938. Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellis-historiallinen tutkielma. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sedler, M.J. 1985. The Legacy of Ewald Hecker. A new translation of "Die Hebefrenie". American Journal of Psychiatry 142(11), 1265–2171.
- Suutala, H. 1999. Pakkotoimet ja ihmisoikeudet Euroopassa. Teoksessa Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. R. Kaltiala-Heino & M. Välimäki (toim.) Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisuja.
- Taipale, I. 1969. Pakkotoimenpiteet sairaalassa. Mielisairaanhoidaja 3, 96–99.
- Therman, E. 1904. Yhtä ja toista psykiatrian alalta. Duodecim 2, 35–43.
- Tiitta, A. 2009. Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. Jyväskylä: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Välimäki, M. 2000. Psykiatrisen potilaan itsemäärääminen. Teoksessa M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen (toim.) Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.
- Vuorio, K. 1996. Sata hoidon ja opin vuotta Kallaveden kaupungissa 1896–1996. Jyväskylä: Kuopion terveydenhuolto-oppilaitos.
- Vuorio, K. 2010. Niuva. Niuvanniemen sairaala 1885–1952. Tampere: Niuvanniemen sairaala.
- Weckström, L. 1968. Milloin kirjoitetaan M III -lausunto. Suomen Lääkärilehti 23(4), 260–265.

# Johtamisella toivoa psykiatrisessa hoitotyössä

Jari Kylmä

## JOHDANTO

Maamme ensimmäisen psykiatrisen sairaanhoidon oppikirjan ”Sie-lullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa” kirjoittaja Karin Neuman-Rahn (1924) tuo esille toivon merkityksen psykiatristen potilaiden hoidossa, mutta myös psykiatrisen hoitotyön johtamisessa:

*”Käyttäytykööt sairaat tullessaan miten tahansa, kaikki tulee meidän ottaa vastaan samalla tavalla eikä milloinkaan puolus-tautua sillä, etteivät he ymmärrä meidän käyttäytymistämme. Ensi tapaamisestamme alkaen täytyy meidän aina olla valoisan optimismin vallassa. Kaikki työ käy helpommin ja toivottomim-matkin tapaukset näyttävät lohdullisemmilta. Me voimme tämän valoisan luottavaisuuden avulla suoranaisesti vaikuttaa sairaisiin, sillä optimismi tarttuu, sen vastakohta samaten. Siitä syystä vaikuttaa johtavan sairaanhoitajattaren käyttäytyminen suggeroi-vasti koko ympäristöön. Kun hän on toivehikas, on koko muukin sairaanhoitajahenkilökunta sitä.”* (Neuman-Rahn 1924, 246.)

Myöhemmin myös monet tutkijat ovat korostaneet toivon keskeis-tä merkitystä erityisesti psykiatrisessa hoidossa ja hoitotyössä (Menninger 1959; Cutcliffe & Herth 2002; Moore 2005; Kylmä ym. 2006). Toivo on ihmisen elämän peruselementti (Vaillot 1970), onnistuneen mukautumisen edellytys (Korner 1970), hyvinvointia edistävä parantava voima (Holdcraft & Williamson 1991) ja elämän perusvoimavara (Kylmä 2005). Sekä potilaat, omaiset (Borg & Kristiansen 2004; Sales ym. 2011) että hoitavat henkilöt, hoita-jat mukaan lukien, (Adams & Partee Czuchta & Johnson 1998; Kruger 2000; Dearing 2004; Cutcliffe & Cohen 2007; Cohen & Cutcliffe 2007; Cutcliffe 2009; Stuart 2010) ovatkin korostaneet toivon ylläpitämistä ja vahvistamista psykiatrisessa hoitotyössä.

Jotta potilaiden ja omaisten toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen olisi mahdollista psykiatrisessa hoitotyössä, tarvitaan myös hoitajien ja muiden hoitavien henkilöiden toivon ylläpitämistä ja vahvista-mista. Tässä artikkelissa kuvataan toivoa ja sen ylläpitämistä ja vahvistamista psykiatrisessa hoitotyössä johtamisen näkökulmasta aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuen.

Ensiksi tarkastellaan toivon käsitettä terveys- ja johtamistieteellisessä kontekstissa. Sen jälkeen kuvataan toivon merkitystä hoitajalle hakien perusteluja hoitajan toivon ylläpitämisen ja vahvistamisen merkitykselle psykiatrisessa hoitotyössä.

Artikkelin laajin luku kohdentuu toivoa ylläpitävään ja vahvistavaan johtamiseen psykiatrisessa hoitotyössä. Tässä laajimmassa luvussa tarkastellaan hoitajien toivoa rakentavien tekijöiden vahvistamista johtamisessa, johtajan käytössä olevia toivoa vahvistavia erityisiä

menetelmiä sekä johtajan omaa toivoa, sen merkitystä, ylläpitämistä ja vahvistamista.

## TOIVO TERVEYS- JA JOHTAMISTIETEELLISESSÄ KONTEKSTISSA

Terveystieteellisissä, myös hoitotieteellisissä, tutkimuksissa toivoa on määritelty usealla eri tavalla (mm. Benzein & Berg 2005) samalla todeten sen eksplisiittisen määrittelyn vaikeus (mm. Nekolaichuk 1999). Toivon määrittelyissä korostuu positiivinen tulevaisuuden perspektiivi joko itselle tai jollekin läheiselle ihmiselle (Turner & Stokes 2006; Lohne & Severinsson 2006). Toivo onkin ihmisen eräs perusvoimavara (Kylmä 2000; Kylmä 2005; Kylmä & Juvakka 2007).

Johtamiskontekstissa ja johtamiseen liittyvissä tutkimuksissa toivoa on määritelty uskona, että asiat menevät parempaan suuntaan henkilökohtaisesti ja ammatillisesti (Veniga 2000). Useissa tutkimuk-sissa on käytetty Snyderin ym. (1991) määrittelyä, jonka mukaan toivo on positiivinen motivoitunut tila, joka perustuu kokemukseen, että toivovalla ihmisellä on tahto ja keinot saavuttaa tavoitteensa (Snyder ym. 1991; Norman ym. 2005).

Roset'n (2006) tutkimuksessa toivoa kuvattiin voimaannuttavana tekijänä, joka tunnustaa ja vahvistaa yksilön ainutlaatuisuutta, rikastuttaa perspektiivejä ja elämää, tukee nykyisyyttä ja odottaa parempaa tulevaisuutta. Myös johtamistutkimuksen kontekstissa toivo määrittynyt hyvin positiivisesti: se voimaannuttaa ja se on uskoa tulevaisuuden myönteiseen kehitykseen, se on kokemusta tahdosta ja keinoista saavuttaa työhön liittyviä tavoitteita.

Toivosta on alettu keskustella johtamisessa ja johtamistutkimuksissa myöhemmin kuin terveystieteissä ja terveystieteellisessä tutkimuk-sessa. Toivo tulee esille johtamisessa useiden eri näkökulmien kautta. Toivoa ja sen merkitystä on korostettu johtamisen yhteydes-sä ainakin seuraavien näkökulmien yhteydessä (mm. Halpin 2001; Norman ym. 2005; Searle & Barbuto 2011).

Positiivinen psykologia (”positive psychology”) (Luthans & Jensen 2002; Peterson & Luthans 2003; Luthans ym. 2004; Norman ym. 2005; Helland & Winston 2005; Zikic ym. 2006), positiivinen psykologinen pääoma (”positive psychological capital”; Luthans ym. 2010), positiivinen lähestymistapa ihmisten johta-miseen (”positive approach to leadership”) (Luthans ym. 2001; Peterson & Luthans 2003; DiPietro ym. 2007), positiivisten inhimillisten voimavarojen korostaminen organisaatioiden toiminnassa (”positive organizational behavior”) (Luthans 2002; 2003; Peterson & Luthans 2003; Luthans ym. 2004; Norman ym. 2005),

inhimillisten voimavarojen kehittäminen ("human resource development") (Luthans & Jensen 2002; DiPietro ym. 2007), autenttinen johtaminen ("authentic leadership") (Avolio ym. 2004; Norman ym. 2005; Helland & Winston 2005), palvelujohtaminen ("servant leadership") (Searle & Barbuto 2011), ihmillisten voimavarojen johtaminen ("human resource management") (Halpin 2001) sekä transformationaalinen johtaminen (Hrinda 2008; Garbowski 2011).

Johtamisessa ja siihen liittyvässä tutkimuksessa on siis ryhdytty systemaattisesti tarkastelemaan myös toivon merkitystä. Toivolla onkin keskeistä merkitystä myös johtamistyössä: sillä on merkitystä johdettaville, mutta myös johtajalle itselleen ja heidän kauttaan koko organisaatiolle ja sen potilaille. Seuraavassa luvussa tarkastellaan toivon merkitystä hoitajalle aikaisempien tutkimusten perusteella.

### **HOITAJAN TOIVON MERKITYS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ**

Hoitajien toivoa on tutkittu vähemmän kuin eri tavoin sairaiden potilaiden ja heidän omaistensa toivoa (Kylmä & Vuori 1999). Viime vuosina on kuitenkin myös tullut tutkimusta spesifisti tältä alueelta, mutta myös yleensä työntekijöiden toivosta ja johtamisen keinoista ylläpitää ja vahvistaa työntekijöiden toivoa. Toteutetuissa tutkimuksissa on todettu toivon keskeinen merkitys hoitajan terveydelle, työn mielekkyydelle ja työhyvinvoinnille (Simmons & Nelson 2001; Keskisarckkä ym. 2009; Lehtimäki & Kylmä 2009).

Ottaen huomioon myös tutkimuksissa tunnistettu psykiatrisen hoitotyön kuormittavuus, psykiatrisessa hoitotyössä on kiinnitettävä erityistä huomiota hoitajien terveyteen, työn mielekkyyteen ja työhyvinvointiin. Toivo on myös positiivisesti yhteydessä työtyytyväisyyteen ja työsuoritukseen (Sherwin ym. 1992; Luthans 2002; Peterson & Luthans 2003; Luthans ym. 2005; Feudtner ym. 2007; Luthans ym. 2007; Luthans & Youssef 2007; Searle & Barbuto 2011; Duggleby ym. 2009). Tämän päivän työtodellisuudessa korostuu yhteiskunnan ja organisaation tavoitteista käsin mahdollisimman hyvä työsuoritus ja tehokkuus.

Nämä edellisessä kappaleessa kuvatut tutkimustulokset voivat selityä ainakin osin sillä, että toivo suojaa hoitajaa hoitamiseen liittyviltä negatiivisilta vaikutuksilta, koska korkean toivon tasoon liittyvät myönteiset tunteet ja optimismisuus (Westburg & Guindon 2004). Toivon on myös todettu olevan yhteydessä hoitajan joustavuuteen mukautumista vaativissa hoitotilanteissa (Gillespiel ym. 2007; Glass 2009). Hoitaja voi siis toivon avulla säilyttää koettelevisakin psykiatrisissa hoitotilanteissa joustavuuden, myönteiset tunteet ja optimismisuuden. Lisäksi on havaittu korkean toivon taso olevan yhteydessä matalaan emotionaaliseen uupumukseen (Sherwin ym. 1992).

Psykiatrisen hoitotyö on usein emotionaalisesti kuormittavaa, koska hoitaja joutuu myös työssään säilömään potilaiden ja omaisten vaikeita tunnekokemuksia itsessään. Toivo voi osaltaan auttaa ehkäisemään näissä tilanteissa uhmaavaa emotionaalista uupumusta. Toivo vahvistaa myös hoitajan energisyyttä (Westburg & Guindon 2004) ja on yhteydessä koettuun työniloon (Luthans & Youssef 2007; Searle & Barbuto 2011).

Hoitajan toivo ei ole tärkeä vain hänen itsensä kannalta, vaan myös hoidettavina olevien potilaiden ja heidän läheistensä kannalta. Hoitajan toivo kannattelee häntä itseään ja hänen työtään, mutta hoitaja voi myös joutua psykiatrisessa hoitotyössä "lainaamaan" omaa toivoaan potilaille ja omaisille vaikeissa tilanteissa, mutta joskus myös toisille työryhmän jäsenille. Toivo on yhteydessä myös organisaatioon sitoutumiseen (Luthans & Youssef 2007; Searle & Barbuto 2011), joten organisaation toiminnan näkökulmasta on siis tärkeää kiinnittää huomiota myös hoitajan toivoon.

### **TOIVOA YLLÄPITÄVÄ JA VAHVISTAVA JOHTAMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ**

Toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen on tärkeää psykiatrisen hoitotyön johtamisessa, koska toivolla on moniulotteinen positiivinen merkitys ihmisten johtamisessa (Luthans & Jensen 2002) sekä potilaille, omaisille, hoitajille että organisaatioille. Toivoa luova johtamistyyli sitouttaa hoitajia työhönsä (Wallis ym. 2009). Toivo on voimavara, joka motivoi johtajia ja hoitajia saavuttamaan organisaation tavoitteet (Helland & Winston 2005).

Toivon ylläpitämistä ja vahvistamista voidaan lähestyä ainakin kolmesta näkökulmasta: hoitajan toivoa rakentavien tekijöiden vahvistaminen psykiatrisen hoitotyön johtamisessa, johtajan käytössä olevat toivoa vahvistavat menetelmät psykiatrisessa hoitotyössä sekä johtajan oma toivo ja sen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Seuraavassa luvuissa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin näitä kolmea näkökulmaa.

### **HOITAJIEN TOIVOA RAKENTAVIEN TEKIJÖIDEN VAHVISTAMINEN PSYKIATRISSEN HOITOTYÖN JOHTAMISESSA**

Toteutettujen tutkimusten mukaan hoitajan toivon rakentumisessa monet elementit ovat tärkeitä. Tämä tuo toivoa: on olemassa useita väyliä hoitajan toivon ylläpitämiseen ja vahvistamiseen psykiatrisessa hoitotyössä.

Hoitajan toivon rakentumisessa perusta on omissa henkilökohtainen todellisuudessa, kuten esimerkiksi oma positiivinen suhtautuminen elämään, itseluottamus, suhteet toiveikkaisiin läheisiin, uskonnollinen vakaumus ja harrastukset (Brumbach 1994; Landeen ym. 1996; Keskisarckkä ym. 2009; Duggleby ym. 2009; Lehtimäki & Kylmä 2009). Psykiatrisessa hoitotyössä hoitaja hyödyntää sekä persoonallista että ammatillista minäänsä. Oman henkilökohtaisen elämän hyvinvoinnistaan hoitaja ammentaa voimia myös ammatilliseen toimintaansa. Ammatillisen minän kehittäminen on keskeistä, koska ammatissa kehittyminen (Lehtimäki & Kylmä 2009) ja koulutus (Kada ym. 2009; Salgado ym. 2010) rakentavat myös hoitajan toivoa. Ammatillinen kehittyminen esimerkiksi koulutuksen ja työohjauksen avulla antaa hoitajalla välineitä, varmuutta ja voimavaroja toteuttaa omaa työtään.

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitosuhdetyöskentely on keskeistä (Aho ym. 2009). Hoitajan myönteinen suhde potilaaseen sekä oman toiminnan positiivisten seurausten havaitseminen potilaissa rakentavat myös hoitajan toivoa. Toisaalta on myös todettu, että potilaan toiminta hoitosuhteessa voi myös muodostaa uhan hoitajan toivolle



psykiatrisessa hoitotyössä (Brumbach 1994; Landeen ym. 1996; Perry 2005; Duggleby & Wright 2007; Duggleby ym. 2009; Keskisärkkä ym. 2009). Tässä yhteydessä merkittäviä ovat myös potilaan omaiset sekä heidän todellisuutensa.

Työyhteisön merkitys on suuri psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrista hoitotyötä voidaan kuvata työskentelyksi moniammatillisessa työyhteisössä. Tästä näkökulmasta on ymmärrettävää, että suhde työyhteisöön on merkittävä hoitajan toivolle. Tutkimusten mukaan hoitajan toivoa rakentavat yhteisyyden kokeminen työyhteisön muiden jäsenten kanssa, työtovereiden kokemus, toiveikkaat työtoverit ("toivon ilmapiiri"), työtovereiden rohkaisu ja tuki, arvostuksen saaminen työtovereilta sekä moniammatillinen työskentely (Brumbach 1994; Landeen ym. 1996; Keskisärkkä ym. 2009; Lehtimäki & Kylmä 2009).

Jos hoitaja kokee yhteisyyttä, hän ei ole yksin tehtäviensä kanssa. Työtovereiden ammatillinen kokemus ja siitä osalliseksi pääseminen voivat tuoda toivoa vaikeaan hoitotilanteeseen. Hoitajien välinen konsultointi onkin tärkeä väylä tämän kokemuksen jakamisessa. Toivon olemukseen kuuluu olennaisena suhdeolottuvuus (Dufault & Martocchio 1985). Suhdeolottuvuuden kautta toisten hoitajien toiveikkaus tarttuu myös ajoittain epätoivoiselta tai toivottomalta tuntuvassakin työtilanteessa. Yhtä tärkeä on toivon suhdeolottuvuudessa rohkaisun, tuen ja arvostuksen saaminen. Joskus pienikin rohkaisun sana voi virvoittaa hoitajaa, joka kokee työskentelevänsä epätoivoisessa tilanteessa. Moniammatillisuus on vahva voimavara. Eri ammatillaiset tarkastelevat potilaan ja hänen läheistensä tilannetta useasta eri perspektiivistä. Tällöin potilaan ja omaisen tilanne ikään kuin ristivalaistuu ja näin saavutetaan uutta valoa ja ymmärrystä potilaan auttamiseksi hänen vaikeuksissaan.

Hoitaja toimii osana moniammatillista työryhmää, joka on aina osa suurempaa työskentelyorganisaatiota. Myös organisaation toimintapolitiikka ja toiminta käytännössä voivat rakentaa yksittäisen hoitajan toivoa psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksissa on havaittu työskentelyorganisaatioissa tärkeiksi hoitajan toivon kannalta hyvä johtaminen ja henkilöstöpolitiikka. Johtamisen selkeys ja oikeudenmukaisuus ovatkin tärkeitä elementtejä hoitajan toivon rakentumisessa. Lisäksi hoitajan kokemus johdon tuki, arvostus ja luottamus rakentavat toivoa.

Organisaation tarjoamat riittävät resurssit, kuten myös työnohjaus- ja koulutusmahdollisuudet (Keskisärkkä ym. 2009) ovat keskeisiä väyliä hoitajan toivon rakentamiseen. Organisaatiot toimivat osana yhteiskunnallista todellisuutta, joten myös yhteiskunnallinen todellisuus voi olla yhteydessä hoitajan toivon rakentamiseen, esimerkiksi lainsäädäntö, resurssien tarjoaminen omalle työskentelyalueelle ja sen kehittämiseen, palvelujen saatavuus (Keskisärkkä ym. 2009). Toivoa ylläpitävä ja vahvistava johtaminen psykiatrisessa hoitotyössä merkitsee ensinnäkin hoitajan toivoa rakentavien tekijöiden vahvistamista johtamisessa.

### **JOHTAJAN KÄYTÖSSÄ OLEVAT TOIVOA VAHVISTAVAT ERITYISET MENETELMÄT PSYKIATRISSEN HOITOTYÖN JOHTAMISESSA**

Eri tutkijat ovat kuvanneet hieman eri tavoin johtajan käytössä olevia

toivoa vahvistavia menetelmiä. Venigan (2000) mukaan toivoa edistetään luomalla energisoiva ja osaamista arvostava työympäristö. Lisäksi toivoa luo se, että ihmiset kunnioittavat ja arvostavat toisiaan henkilökohtaisesti ja ammatillisesti. Luodakseen toivoa, johtajan tulisi huolehtia omasta jaksamisestaan ja hyvinvoinnistaan.

Juuti (2005) kuvaa toivon johtamista yksilötasolla seuraavasti. Se on toivoa herättävää vuorovaikutusta, yhteistä onnistumista, yksilön parhaiden puolien esille saamista, itsensä johtamista, ihmisten välisten suhteiden vaalimista. Hän korostaa, että johtaminen on parhaimmillaan kunnioituksen antamista ja toisen tukemista parhaansa tekemiseen, kannustamista ja rohkaisemista. Juuti (2005) kuvaa toivon johtamista myös organisaatiotasolla, jolloin se merkitsee organisaation parhaiden puolien esille saamista, organisaation kehittämistä ja onnistumisen organisoimista. Juuti (2005) korostaa, että onnistuminen liittyy toivon heräämiseen.

Palvelujohtamisessa ("servant leadership") (Searle & Barbuto 2011) tuodaan esille useita keinoja ylläpitää ja vahvistaa hoitajan toivoa. Palvelujohtamiseen liittyy johtajan altruismi. Johtaja toimii ikään kuin johdettavan palvelijana: painopiste ei olekaan johtajassa itsessään vaan hänen johtamisensa hoitajissa. Johtajan altruistinen kutsumus voi mahdollistaa toivon kehittymisen toisissa, koska altruismi kohdentuu toisten vahvistamiseen, joka on tärkeää toivon kehittymiselle (Barbuto & Wheeler 2006).

Toivoa voidaan kehittää mahdollistamalla tukeva, huolta pitävä, kuunteleva ja haastava toimintaympäristö (Snyder 1994). Pinnallisesti tarkasteluna nämä ovat omalla tavallaan helppoja asioita, mutta toisaalta myös vaikeita ja haastavia asioita. Esimerkiksi haastavan työympäristön tulee olla sopivalla tavalla haastava. Mikäli työympäristön haastavuus ylittää hoitajan valmiudet, työympäristön haastavuus ei enää rakennakaan hoitajan toivoa, vaan se voi muodostua hoitajan toivoa uhkaavaksi tekijäksi. Voidakseen vahvistaa hoitajan toivoa, johtajalla täytyy olla kykyä nähdä työhön liittyvien tavoitteiden saavuttamiseen liittyviä esteitä sekä löytää mahdollisia uusia reittejä tavoitteiden saavuttamiseen (Snyder 2000).

Toivon vahvistamisessa on oleellista, että johtaja ymmärtää nykyisen työtodellisuuden, mutta kykenee myös näkemään tulevaisuuteen (Snyder 1994). Toivoa vahvistava johtaja ei siis voi olla "nykyisyyden vanki". Palvelujohtajan vakuuttamiskyky voi auttaa hoitajia näkemään useita eri reittejä työhön liittyvien tavoitteiden saavuttamiseen ja näiden vaihtoehtoisten reittien puheeksi ottaminen auttaa konkreettisesti näitä väyliä tavoitteeseen. Johtajan toteuttama emotionaalinen huolenpito ja hoito auttavat hoitajia ylittämään tavoitteiden saavuttamiseen liittyviä emotionaalisia esteitä auttamalla heitä kohtamaan koettelemuksia ja vaikeuksia elämässään (Barbuto & Wheeler 2006) ja työssään.

Johtajan vakuuttamiskyky auttaa myös kehittämään hoitajien tahdonvoimaa saavuttaa tavoitteet hyödyntämällä ja puhumalla mahdollisesti kilpailevistäkin vaihtoehdoista tavoitteen saavuttamiseksi (Barbuto & Wheeler 2006). Johtajan vakuuttamiskyky tarjoaa inspiraatiota, vakuuttuneisuutta tulevaisuuden näköymästä sekä motivaatiota hoitajille. Vakuuttamiskyky mahdollistaa tarvittavan tah-

donvoiman saavuttamisen hoitajissa, jotta he ryhtyvät käyttämään olemassa olevia väyliä tavoitteen saavuttamiseksi.

Okpanachi (2009) on tutkinut toivoa vahvistavia menetelmiä johtajan työssä. Hänen tutkimuksessaan tunnistettiin seuraavat menetelmät: positiivinen asennoituminen, esimerkkinä toimiminen, ohjaaminen ja suunnan näyttäminen, kuunteleminen, voimaannuttaminen, tulevaisuuden näkymän omaaminen, uskottavuus, pysyvyys sekä työntekijöiden palveleminen. Psykiatrisen hoitotyön johtamisessa johtajan positiivinen asennoituminen hoitajiin ja työhön tuo valoa työtehtäviin ja luo uskoa työssä selviytymiseen. Samalla johtaja toimii myös toiveikkaana esimerkkinä ja näin "tartuttaa" myönteisyyttä myös muihin työntekijöihin työyhteisössä. Työntekijöiden kuunteleminen luo pohjan sille, että johtaja voi auttaa hankalassa työtilanteessa ohjaamalla löytämään uuden suunnan hankalan työtilanteen ratkaisemiseksi. Samalla johtaja myös välittää hoitajalle tai työryhmälle näkymänsä tulevaisuudesta ja voimaannuttaa heitä. Uskottavuus syntyy osin ammatillisesta osaamisesta sekä psykiatrisen hoitotyön substanssin että johtamisen osalta.

Uskottavuuteen liittyy läheisesti pysyvyys. Mayeroff (1971) puhuu pysyvyydestä huolenpidon elementtinä. Hänen mukaansa huolenpito edellyttää jatkuvuutta ja se on mahdotonta jos toinen ei ole läsnä tai muuttuu jatkuvasti. Toisen täytyy olla pysyvä, koska huolenpito on kehityksellinen prosessi. Ilman pysyvyyttä omistautuminen ja luottamus eivät voi syntyä. Psykiatrisen hoitotyön johtajan tulee siis olla toisaalta läsnä ja pysyä perusolemukseltaan samana. Mikäli johtaja on olemukseltaan hyvin vaihteleva, hoitaja ei voi luottaa häneen eikä toivo mahdollisu. Okpanachin (2009) tunnistama työntekijöiden palveleminen saa osin sisältönsä edellä kuvatusta palvelujohtamisesta.

Myös Roset (2006) on tutkinut johtajan toimintaa toivon vahvistamiseksi. Hänen tutkimuksensa mukaan toiveikkaat johtajat osoittavat rohkeutta ja luottamusta, ovat suuntautuneet työntekijöidensä hyvinvointiin, asettautuvat huolta pitävään ja arvostavaan suhteeseen työntekijöiden kanssa, auttavat työntekijöitä osallistumaan tulevaisuutensa muodostamiseen, rohkaisevat riskien ottamiseen, rohkaisevat jatkuvaan oppimiseen, juhlistavat saavutuksia, tarjoavat tarvittaessa konkreettista apua, joka vahvistaa työntekijöiden kyvykkyyden tunnetta, vaikuttavat autenttisesti ja luotettavalla vuorovaikutuksella, olemalla uskottavia ja tarjoamalla persoonallista huolenpitoa.

Toivon vahvistaminen psykiatrisen hoitotyön johtamisen kontekstissa voisi edellisen tutkimuksen tulosten perusteella merkitä rohkeuden osoittamista omassa johtamistyössään. Tämä voi merkitä esimerkiksi rohkeutta puuttua vaikeisiin työtilanteisiin ja samalla viestittää omaa luottamustaan siihen, että vaikeistakin työtilanteista voi selvitä eteenpäin. Joskus vaikea työtilanne voi haastaa myös riskin ottamiseen ja tässä hoitotyön johtaja voi olla yksittäisen hoitajan tukena. Toivoa ylläpitääkseen ja vahvistaakseen psykiatrisen hoitotyön johtaja välittää työryhmästään ja sen jokaisesta yksilöstä ja on kiinnostunut kunkin hyvinvoinnista. Tämä konkretisoituu esimerkiksi kysymällä hoitajien hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Samalla he asettautuvat huolta pitävään ja arvostavaan suhteeseen työntekijöidensä kanssa.

Kehityskeskustelut voivat muodostaa hyvän konkreettisen tilanteen sille, että johtaja voi auttaa työryhmän hoitajia osallistumaan tulevaisuutensa muodostamiseen esimerkiksi kannustamalla heitä koulutukseen ja jatkuvaan oppimiseen. Myös kehityskeskusteluissa on tärkeää, että hoitotyön johtaja asettautuu rehellisesti ja aidosti huolta pitävään ja arvostavaan suhteeseen työntekijän kanssa. Ilman sitä todellinen kehityskeskustelu ja sen merkitys voi jäädä saavuttamatta. Joskus yksittäisen hoitajan työtilanne voi olla niin kuormittunut eri syistä, että hoitotyön johtajan on tarjottava konkreettista apua tilanteessa jaksamiseksi niin, että samalla säilytetään ja vahvistetaan hoitajan kyvykkyyden tunnetta avun antamisesta ja saannista huolimatta.

Psykiatrisen hoitotyön johtamisessa, työn perusluonteen kannalta, on tärkeää, että hoitotyön johtaja vaikuttaa välittömästi ja välillisesti autenttisesti ja luotettavalla vuorovaikutuksella, olemalla uskottava ja tarjoamalla persoonallista huolenpitoa. Nämä ovat elementtejä, jotka ovat keskeisiä myös psykiatrisessa hoitosuhdeyhteyksessä. Mikäli psykiatrisen hoitotyön johtaja kykenee toimimaan näin, hän luo samalla hoitosuhteelle analogisen kokemuksen ja auttamisen tilan hoitajalle. Toivoa avaava psykiatrisen hoitotyön johtaminen merkitsee toiseksi siis toivon tietoista esillä pitämistä ja vahvistamista johtajan työssä.

## **JOHTAJAN OMA TOIVO JA SEN YLLÄPITÄMINEN JA VAHVISTAMINEN**

Myös johtajan oma toivo on tärkeä toivoa ylläpitävässä ja vahvistavassa johtamisessa. Ensinnäkin se on johtajan oma henkilökohtainen voimavara, joka "tarttuu" (Norman ym. 2005) myös ilman tietoista pyrkimystä työntekijöihin, hoitajiin. Vahvan toivon omaava johtaja kykenee myös tietoisesti vahvistamaan hoitajien, toivoa (Snyder 1994; 2000; Rodríguez-Hanley & Snyder 2000; Searle & Barbuto 2011) hyödyntäen edellä kuvattuja toivoa ylläpitäviä ja vahvistavia menetelmiä.

Tutkimuksissa on myös todettu, että johtajan toivo on yhteydessä organisaation taloudelliseen toimintakykyyn, työntekijöiden tyytyväisyyteen, työntekijöiden pysyvyyteen työssään sekä työyksikön parempaan tulokseen (Peterson & Luthans 2003; Norman ym. 2005). Johtajan omasta toivosta ja erityisesti sen rakentumisesta on vielä toistaiseksi vähän tietoa. Tämän tiedon tuottaminen olisi kuitenkin tärkeää, koska voidakseen vahvistaa työntekijän toivoa, johtajalla täytyy olla myös sitä itsellään. Psykiatrisen hoitotyön johtamisessa toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen merkitsee myös johtajan omaa toivoa rakentavien tekijöiden tiedostamista ja niiden vaalimista.

## **LOPUKSI**

Toivo on psykiatrisen hoitotyön ydintä (Moore 2005; Cutcliffe 2009). Se on tärkeä potilaalle, hänen läheisilleen, hoitajalle, johtajalle, mutta myös koko hoitavalle organisaatiolle. Hoitajan keskeisenä tehtävänä on ylläpitää ja vahvistaa potilaan sekä hänen läheistensä toivoa. Hoitajan toivo voi joutua koetukselle psykiatrisessa hoitotyössä monista eri syistä ja silloin myös hänen oma hyvinvointinsa ja työkykynsä on uhattuna. Hoitajan toivon ollessa uhattuna ei myöskään potilaan tai

hänen läheistensä toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen ole helppoa tai edes aina mahdollista. Tästä syystä myös psykiatrisen hoitotyön johtamisessa on tärkeää keskittyä hoitajan toivon ylläpitämiseen ja vahvistamiseen.

Psykiatrisen hoitotyön johtamisessa toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen on mahdollista, jos johtaja pyrkii tietoisesti keskittymään työntekijän toivoa rakentavien tekijöiden vahvistamiseen johtamisessaan, tietoisesti pitämään toivoa esillä ja vahvistamaan sitä omassa työssään johtajana käyttäen tutkimuksissa tunnistettuja toivoa ylläpitäviä ja vahvistavia menetelmiä sekä tiedostamalla omaa toivoaan rakentavia tekijöitä sekä vaalimaan niitä omassa elämässään ja toiminnassaan. Tällöin on mahdollista, että johtava "sairaanhoitajatar" säilyttää oman "toivehikkuutensa" ja se vaikuttaa "suggeroivasti" myös muuhun "sairaanhoitajahenkilökuntaan" ja heidän työnsä "käy helpommin ja toivottomimmatkin tapaukset näyttävät lohdullisemmilta" ja he voivat "tämän valoisan luottavaisuuden avulla suoranaisesti vaikuttaa sairaisiin, sillä optimismi tarttuu, sen vastakohta samaten". (Neuman-Rahn 1924, 246.)

Neuman-Rahn (1924, 247) kirjoittaa:

*"Mutta jos valoisa toivehikkuutesi sammuukin, niin peitä se aina huolellisesti, miten toivottomalta 'tapaus' näyttääkin. Älä milloinkaan lannistu, vaan kohtaa vanha kroonillinen mielitauti yhtä huolellisesti kuin akuuttinenkin, siten nostaaksesi sairasta*

*ja vastustaaksesi mielipuolisuuden saapumista ja voittoa. Jos teemme näin, olemme oikealla tiellä, eikä hoito pääse vajoamaan tyhjäksi kaavamaisuudeksi."*

#### KIRJOITTAJA

##### Jari Kylmä

FT, TtL, dosentti, esh

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

Olen toiminut Merja Nikkosen työtoverina Kuopion yliopistossa useamman vuoden ajan. Yhdistävänä tekijänä ovat toimineet muun muassa ystävyys, lemmikkieläimet, laadullinen terveystutkimus ja yhteinen tutkimushanke: mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen kohteena.

Olemme ohjanneet useita opinnäytetutkielmia aiheesta ja myös julkaisseet yhdessä aihealueeseen liittyviä tutkimuksia. Olemme myös Merjan, TtT Pirjo Kinnusen ja TtT Teija Korhosen kanssa toimittaneet oppikirjan Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet. Ystävyys ja yhteistyö tutkimuksen saralla jatkuu edelleen.

#### Lähteet

Adams, S.M. & Jenkins, P.D. 1998. Hope: The critical factor in recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 36, 29–32.

Aho, J., Kylmä, J. & Nikkonen, M. 2009. Psykoosipotilaan ja hoitajan välinen suhde – Näkökulmia mielenterveyden edistämiseen. Teoksessa J. Kylmä, M. Nikkonen, P. Kinnunen & T. Korhonen (toim.) Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Kuopio: Suomen Graafiset Palvelut Oy, 115–130.

Avolio, B.J., Gardner, W.L., Walumbwa, F.O., Luthans, F. & May, D.R. 2004. Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *Leadership Quarterly* 15(6), 801–823.

Barbuto, J.E. Jr. & Wheeler, D.W. 2006. Scale Development and Construct Clarification of Servant Leadership. *Group & Organization Management* 31(3), 300–326.

Benzein, E.G. & Berg, A.C. 2005. The level and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine* 19, 234–230.

Borg, M. & Kristiansen, K. 2004. Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* 13, 493–505.

Brumbach, A. 1994. What gives nurses hope? *Journal of Christian Nursing* 11(4), 30–34.

Cohen, C. & Cutcliffe, J.R. 2007. Hope and interpersonal mental health / mental health nursing: A systematic review of the literature – part one. *Journal of Mental Health and Mental Health Nursing* 14, 134–140.

Cutcliffe, J. 2009. Hope: The eternal paradigm for psychiatric /mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 843–847.

Cutcliffe, J. & Cohen, C. 2007. Hope and interpersonal mental health / mental health nursing: A systematic review of the literature – part two. *Journal of Mental Health and Mental Health Nursing* 14, 1401–1417.

Cutcliffe, J. & Herth, K. 2002. Mental health nursing. The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing* 11(13), 885–9, 891–3.

Czuchta, D.M. & Johnson, B.A. 1998. Reconstructing a sense of self in patients with chronic illness. *Perspectives in Psychiatric Care* 34, 31–35.


Dearing, K.S. 2004. Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 18, 155–163.

DiPietro, R.B., Welsh, D.H.B., Raven, P.V. & Severt, D. 2007. A measure of hope in franchise systems: Assessing franchisees, top executives, and franchisors. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 13(3), 59–66.

Dufault, K. & Martocchio, B.C. 1985. Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America* 20, 379–391.

- Duggleby, W. & Wright, K. 2007. The hope of professional caregivers caring for person at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 9(1), 42–49.
- Duggleby, W., Cooper, D. & Penz, K. 2009. Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 65(11), 2376–2385.
- Feudtner, C., Santucci, G., Feinstein, J.A., Snyder, D., Rourke, M.T. & Kang, T.I. 2007. Hopeful thinking and level of comfort regarding providing palliative care: a survey of hospital nurses. *Pediatric* 119(1), 186–192.
- Garbowski, M.A. 2011. Transformational leadership and the dispositional effects of hope, optimism, and resilience on governmental leaders. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 71(11-A), 4080.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeek, P. 2007. Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing* 59(4), 427–438.
- Glass, N. 2009. An investigation of nurses' and midwives' academical / clinical workplaces: A healing model to improve and sustain hope, optimism, and resilience in professional practice. *Holistic Nursing Practice* 23(3), 158–170.
- Halpin, D. 2001. Hope, utopianism and education management. *Cambridge Journal of Education* 31(1), 103–118.
- Helland, M.R. & Winston, B.E. 2005 Towards a deeper understanding of hope and leadership. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 12(2), 41–54.
- Holdcraft, C. & Williamson, C. 1991. Assessment of hope in psychiatric and chemically dependent patients. *Applied Nursing Research* 4, 129–134.
- Hrinda, A.A. 2008. United States coast guard transformational leaders use of positive psychological capacities. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 68(9-A), 3949.
- Juuti, P. 2005. Toivon johtaminen. Helsinki: Otava.
- Kada, S., Nygaard, H.A., Mukesh, B.N. & Geitung, J.T. 2009. Staff attitudes towards institutionalized dementia residents. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2383–2392.
- Keskisärkkä, K., Kylmä, J. & Juvakka, T. 2009. Toivoa vahvistamalla edistetään sairaanhoitajan mielenterveyttä ja hyvinvointia työssä. Teoksessa J. Kylmä, M. Nikkonen, P. Kinnunen & T. Korhonen (toim.) Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Suomen Graafiset Palvelut Oy, Kuopio. 215–226.
- Korner, I.N. 1970. Hope as a method of coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 34, 134–139.
- Kruger, A. 2000. Schizophrenia: Recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24, 29–37.
- Kylmä, J. 2000. The dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS and their significant others a substantive theory. *Kuopio University Publications E. Social Sciences* 85. Kuopio: Kuopio University Press.
- Kylmä, J. 2005. Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *Journal of Advanced Nursing* 52(6), 620–630.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Tutkiva Hoitotyö* 5(4), 4–8.
- Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T. & Isohanni, M. 2006. Hope and schizophrenia: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 651–664.
- Kylmä, J. & Vuori, J. 1999. Hoitotyöntekijän toivon dynamiikka ja sen tutkimus hoitosuhteessa, hoitoyhteisössä ja hoitotyön johtamisessa. *Hoitotiede* 11(3), 99–108.
- Landeen, J., Kirkpatrick, H., Woodside, H., Byrne, C., Bernardo, A. & Pawlick, J. 1996. Factors influencing staff hopefulness in working with people with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 17(5), 457–467.
- Lehtimäki, M-L. & Kylmä, J. 2009. Kuntouttavaa psykiatrasta hoitotyötä tekevän hoitajan toivo – Toivo hoitajan mielenterveyttä vahvistavana tekijänä. Teoksessa J. Kylmä, M. Nikkonen, P. Kinnunen & T. Korhonen (toim.) Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Suomen Graafiset Palvelut Oy, Kuopio. 227–236.
- Lohne, V. & Severinsson, E. 2006. The power of hope: Patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing* 15(3), 315–323.
- Luthans, F. 2002. The need for and meaning of positive organization behavior. *Journal of Organizational Behavior* 23(6), 695–706.
- Luthans, F., Avey, J.B., Avolio, B.J. & Peterson, S.J. 2010. The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly* 21(1), 41–67.
- Luthans, F., Avolio, B.J., Avey, J.B. & Norman, S.M. 2007. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology* 60(3), 541–572.
- Luthans, F., Avolio, B.J., Walumbwa, F.O. & Li, W. 2005. The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review* 1(2), 249–271.
- Luthans, F. & Jensen, S.M. 2002. Hope: A new positive strength for Human Resource Development. *Human Resource Development Review* 1(3), 304–322.
- Luthans, F., Luthans, K.W., Hodgetts, R.M. & Luthans, B.C. 2001. Positive approach to leadership (PAL) implications for today's organizations. *Journal of Leadership Studies* 8(2), 3–20.
- Luthans, F., Luthans, K. & Luthans, B. 2004. Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons* 47(1), 45–55.
- Luthans, F. & Youssef, C.M. 2007. Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management* 33(3), 321–349.
- Mayeroff, M. 1971. *On caring*. New York: Barnes & Noble.
- Menninger, K. 1959. The academic lecture: Hope. *American Journal of Psychiatry* 116, 481–491.
- Moore, S.L. 2005. Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(1), 100–105.

- Nekolaichuk, C.L., Jevne, R.F. & Maguire, T.O. 1999. Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine* 48(5), 591–605.
- Neuman-Rahn, K. 1924. *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. Porvoo: WSOY.
- Norman, S., Luthans, B. & Luthans, K. 2005. The proposed contagion effect of hopeful leaders on the resiliency of employees and organizations. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 12(2), 54–64.
- Okpanachi, J. 2009. *Leader actions and behaviors that create hope in followers*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 69(8-A), 3218.
- Perry, B. 2005. Core nursing values brought to life through stories. *Nursing Standard* 20(7), 41–48.
- Peterson, S.J. & Luthans, F. 2003. The positive impact and development of hopeful leaders. *Leadership & Organization Development Journal* 24(1), 26–31.
- Roset, S.M. 2006. *Images of hope: How leaders conceptualize, experience, and seek to foster hope*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 66(9-A), 3222.
- Sales, C., Schülhi, P., dos Santos, E., Tironi, N., D'artibale, E. & Salci, M. 2011. Family feelings about the future of a schizophrenic being: perspectives for nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem* 64(3), 551–557.
- Salgado, J.D., Deane, F.P., Crowe, T.P. & Oades, L.G. 2010. Hope and improvements in mental health service providers' recovery attitudes following training. *Journal of Mental Health* 19(3), 243–248.
- Searle, T.P. & Barbutto, J.E. Jr. 2011. Servant leadership, hope, and organizational virtuousness: A framework exploring positive micro and macro behaviors and performance impact. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 18(1), 107–117.
- Sherwin, E., Elliott, T., Rybarczyk, B., Frank, R., Hanson, S. & Hoffman, J. 1992. Negotiating the reality of caregiving: hope, burnout and nursing. *Journal of Social and Clinical Psychology* 11(2), 129–139.
- Simmons, B.L. & Nelson, D.B. 2001. Eustress at work: The relationship between hope and health in hospital nurses. *Health Care Management Review* 26(4), 7–18.
- Snyder, C.R. 1994. Hope and optimism. *Encyclopedia of Human Behavior* 2, 535–542.
- Snyder, C.R. 2000. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinoby, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, B. 1991. The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 60(4), 570–585.
- Stuart, G.W. 2010. Mind to care and a future of hope. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 16(6) 360–365.
- Turner, S. & Stokes, L. 2006. Hope promoting strategies of Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 56(4), 363–372.
- Vailiot, S.M. 1970. *Living and dying. Part1. Hope the restoration of being*. *American Journal of Nursing* 66(3), 500–505.
- Veniga, R.L. 2000. Managing hope in the workplace. *Health Progress* 81(2), 22–24.
- Wallis, J., Dollery, B. & Crase, L. 2009. Political economy and organizational leadership: A hope-based theory. *Review of Political Economy* 21(1), 123–143.
- Westburg, N.G. & Guindon, M.H. 2004. Hope, attitudes, emotions, and expectations in health care providers of services to patients infected with AIDS. *AIDS and Behaviour* 8(1), 1–8.
- Zikic, J., Novicevic, M.M., Harvey, M. & Breland, J. 2006. Repatriate career exploration: A path to career growth and success. *Career Development International* 11(7), 633–649.



# Psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksia voimavaroistaan

**Liisa Kiviniemi**

Tämä artikkeli perustuu väitöskirjaani (Kiviniemi 2008) jossa selvitin psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksia elämästään. Tutkimukseen osallistuneilla 18–35-vuotiailla nuorilla aikuisilla oli ollut nuoruusikään ajoittuneita vaikeuksia, joihin he olivat tarvinneet psykiatrista hoitoa. Psykiatrinen hoito tarkoittaa tässä yhteydessä joko laitos- tai avohoitoa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää ja kuvata psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Tutkimuksen lähestymistapa oli eksistentiaalinen fenomenologia (Rauhala 1993). Eksistentiaalifenomenologisella lähestymistavalla toteutetussa tutkimuksessa on keskeistä yksilökohtaisuuden korostaminen. Sen mukaan kokemuksiin liittyviä merkityksiä ei voi irrottaa yksilön elämän kokonaisuudesta, koska merkitys saa muotonsa juuri kyseisen ihmisen elämässä (Rauhala 1993).

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä oli haastattelu, jossa haastateltavilla nuorilla aikuisilla oli mahdollisuus omakohtaisten kokemusten esille tuomiseen mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja monipuolisesti (ks. Perttula 2006). Kysymykset olivat avoimia ja haastateltavien omien kokemusten kuvaamiseen aktivoivia. Haastattelun kahtatoista 18–35 -vuotiasta nuorta aikuista. Tapasin heitä

kaksi tai kolme kertaa, joten haastattelukertoja kertyi yhteensä 26. Lisäksi yksi nuori aikuinen kirjoitti esseen.

Analysoin tutkimusaineiston soveltamalla Amedeo Giorgin (1993, 1997, 2000) ja Juha Perttulan (1995, 1998, 2000) fenomenologisia analyysimenetelmiä. Analyysi eteni seitsemän vaiheen avulla, jotka olivat seuraavat:

1. Kokonaiskuvan luominen tutkimusaineistosta
2. Merkityksen sisältävien yksiköiden erottaminen
3. Merkityksen sisältävien yksiköiden muuttaminen tutkijan kielelle
4. Aineistolähtöisten sisältöalueiden muodostaminen
5. Tutkijan kielelle muutettujen merkityksen sisältävien yksiköiden liittäminen aineistolähtöisiin sisältöalueisiin
6. Sisältöalueittain etenevän yksilökohtaisen merkitysverkoston muodostaminen
7. Yksilökohtaisten merkitysverkostojen muodostaminen

Esitin tulokset jokaisen nuoren aikuisen osalta yksilökohtaisina merkitysverkostoina. Tarkastelin tuloksia niissä ilmenneiden yhdeksän elämäntilanteen ulottuvuuden avulla.

Elämäntilanteen ulottuvuudet olivat:

1. Taakkana traumaattiset kokemukset
2. Psykkinen sairaus käännteentekevänä muutoksena
3. Psykkinen sairaus osana elämää
4. Läheisten ihmisten elintärkeä tuki
5. Mielenterveyspalvelut elämän sisältönä
6. Ammattilaisten merkitys
7. Vertaistuki
8. Opiskelu ja työssäkäynti nykyhetken ja tulevaisuuden suuntaajina
9. Arkipäivän selviytymiskeinot ja toiveet eteenpäin vievinä voimina

Tutkimustuloksissa ilmeni psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kuvauksia elämäänsä liittyvistä vaikeista asioista, mutta myös elämää eteenpäin vievistä voimavaroista. Keskityn tässä artikkelissa tarkastelemaan nuorten aikuisten kuvauksia voimavaroistaan. Tulosten mukaan nuoret aikuiset pitivät kohdatuksi tulemista edellytyksenä voimavarojen tunnistamiselle ja hyödyntämiselle.

Läheisten merkitys voimavarana korostui. Erityisesti sisarukset olivat merkittäviä muun muassa rohkaisijoina, esikuvina ja aktivoijina. Vertaisuus oli myös keskeinen psykiatrisessa hoidossa olleita nuoria aikuisia eteenpäin vievä voima. Myös sisarussuhteista oli tunnistettavissa vertaisuuden piirteitä. Tärkeänä tavoitteena nuorilla aikuisilla oli olla tulevaisuudessa aktiivinen ja itsenäinen kansalainen. Sen edellytyksinä pidettiin opiskelua.

### KOHDATUKSI TULEMISEN ENSISIJAISSUUS

Tutkimuksessa esiin tulleiden nuorten aikuisten kuvausten mukaan perusta voimavarojen kokemiselle oli, että on mahdollisuus tulla kohdatuksi yksilönä.

*"Olin tottunut olemaan se, jota ei huomata. Sain rohkeutta ja päätin, että munhan ei tarvi olla enää huomaamaton."*

Näin kuvasi eräs tutkimukseeni osallistunut nuori aikuinen rohkeuden lisääntymistä ja tahtoaan tulla kohdatuksi. Sivuuun jäämisen ja ohitetuksi tulemisen kokemukset olivat osa hänen elämänsä historiaansa. Sivuuun jäämistä kokevalla henkilöllä voi olla vaikeita elämänkokemuksia, joihin liittyvät tunteet ovat jääneet kohtaamatta tai käsittelemättä (Ryynänen 2005, Jantunen 2008).

Vaikeista elämänsäkokemuksista selviytymiseen nuori tarvitsee kuulua ja nähdäksi tulemista sekä aikuisen tukea ja ohjausta. Nykyajan

kiireisessä elämänrytmissä läheskään kaikilla nuorilla aikuisilla ei ole lähipiirissään aikuista tukemassa ja ohjaamassa. Esimerkiksi muutos- ja menetystilanteisiin liittyvä suru saattaa jäädä yksin nuoren aikuisen kannettavaksi. Lisäksi psykiatrisessa hoidossa ollut nuori aikuinen voi olla arka ja pelokaskin ottamaan kontaktia muihin ihmisiin ja jäädä siksi yksin.

Nuorten aikuisten autetuksi tulemisen edellytyksinä olivat tulosten mukaan kuulluksi tulemisen lisäksi heidän näkökantojensa huomioon ottaminen ja työntekijän valmius nuoren aikuisen asioiden selvittelyyn. Yhteistyö ammattilaisten kanssa kuvattiin pääosin säännöllisinä tapaamisina ja niistä muodostuvana yhteistyösuhteena. Yhteistyö oli joissakin tilanteissa myös satunnaisiin tapahtumiin perustuvaa ja avun saamista tarvittaessa.

Ammattilaisten ja nuoren aikuisen onnistuneessa yhteistyössä oli piirteitä asiakaslähtöisestä auttamisesta, mihin viittaavat toimiva ja vastavuoroisuuteen perustuva vuorovaikutus, luottamus sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen päätöksentekotilanteissa. Tärkeä edellytys nuoren aikuisen omien voimavarojen tunnistamiseen oli, että ammattilainen auttoi löytämään uudenlaisia merkityksiä jo tapahtuneille asioille. Positiivisten ja omaa kasvua tukevien merkitysten oivaltaminen vahvisti uskoa omaan pärjämiseen.

### LÄHEISET VOIMAVARANA

Läheisten ihmissuhteiden merkitys selviytymiselle ja tulevaisuuden uskon vahvistumiselle oli tutkimustulosten mukaan merkittävä. Vanhemmat olivat tärkeitä, vaikka eivät aina olleet selvillä nuoren aikuisen elämäntilanteesta eivätkä suunnitelmista. Vanhempien tuki oli tutkimustulosten mukaan ohjaamista, aktivoimista, turvan antamista ja arkiasioista huolehtimista. Ohjaaminen liittyi elämäntapa-oihin sekä elämäntaidollisiin ja selviytymistä tukeviin kysymyksiin. Nuoret aikuisen pitivät itsenäistymistä luonnollisena, joskin erittäin haastavana osana elämää.

Sisarukset voivat parhaimmillaan olla psykiatrisessa hoidossa olleelle nuorelle aikuiselle merkittävä voimavara. Sisarusten merkitys näkyi vaikeiden hetkien tukijana ja eteenpäin rohkaisijana. Tuen ja rohkaisun merkitys tiivistyi hyvin seuraavissa ison veljen kysymyksissä kiusatuksi tulleelle ja psykkinesti sairastuneelle pikkuveljelle: *"Mitä mies? Mennäänkö elokuviin?"* Kysymyksiin liittyi merkitys ihmisarvosta ja toivosta. Lisäksi kysymys oli psykkinesti sairastuneelle nuorelle käännteentekevä tulevaisuuden uskon vahvistumisessa.

*"Kyllä sisko on tärkeä ja läheinen ihminen. Mä oon sille puhunu paljo asioita ja se on aika vahva luonteeltaan. Uskallan sen kanssa lähteä paremmin kuin jonkun kaverin kans. Mä voin toteuttaa itteeni sen seuras."*

Näin kuvasi suhdettaan vanhempaan sisareensa tutkimuksessa haastattelemani 24-vuotias nuori nainen. Esimerkissä vanhempi sisar oli tärkeä ihminen, joka aktivoi ja rohkaisi nuorempaa sisartaan.

Kinsellin ja Andersonin (1996) mukaan saman perheen lapsina kasvamiseen liittyy vertaisuus ja jaetut kokemukset, jotka vahvista-

vat sisaruksilta saadun tuen merkitystä. Aina sisaruussuhteet eivät ole toimivia ja tukea antavia, sillä niihin voi liittyä kateutta, joka voi olla keskinäisen tuen esteenä. Luottamus ja tutuus voi vahvistaa sisarusten merkitystä nuoren elämän vaikeiden hetkien tukijana ja eteenpäin kannustajana. Psykkisiin vaikeuksiin liittyy edelleen häpeän kokemuksia ja ne johtavat helposti eristäytymiseen sosiaalisista tilanteista. Sisar tai veli, joka on valmis rohkaisemaan ja lähtemään kaveriksi kodin ulkopuolelle, voi olla nuoren aikuisen merkittävin tuki. Kyse voi olla toivon ja tulevaisuuden uskon vahvistumisesta.

Kuuluminen perheeseen ja sukuun oli haastattelemieni nuorten aikuisten mukaan merkittävä asia. Yhteydenpito isovanhempiin, heidän osoittamansa välittäminen ja keskustelut menneistä ajoista olivat tärkeitä nuorille aikuisille. Lisäksi päivittäinen huolenpito isovanhemmasta vahvisti kiinnostusta vanhustenhoidosta mahdollisena tulevana ammattina. Välittäminen ja huolenpito isovanhempien ja nuorten aikuisten kesken oli tulosten mukaan vastavuoroista.

Tuloksissa eivät kuitenkaan painottuneet perhekeskeiset tukimuodot, vaan yksilökeskeinen hoito. Nuorten aikuisten auttamisessa haasteena onkin perheen ja muun sosiaalisen verkoston ottaminen nykyistä enemmän huomioon ja hoitoon mukaan. Erityiskysymyksenä auttamisessa olisi huomioitava sisaruussuhteiden vahvistaminen ja sisarusten rohkaiseminen olemaan sairastuneen sisaruksen tukena omien voimavarojensa mukaan.

## **OPISKELU VOIMAVARANA JA TULEVAISUUDEN SUUNTAAJANA**

Opiskelu oli tutkimukseen osallistuneille nuorille aikuisille edellytyksiä päästä aktiiviseksi yhteiskunnan jäseniksi. Pulkkinen ym. (2002) mukaan koulu vahvistaa sosiaalista ja kulttuurista pääomaa erityisesti nuorilla, joiden elämässä on vaikeuksia. Opiskelu avasi tutkimukseen osallistuneille nuorille aikuisille mahdollisuuksia itsenäistymiseen ja tarjoaa paikan tutustua kavereihin. Toisaalta haastattelemani nuoret aikuiset viestittivät myös suhteen koulu- ja opiskelukavereihin olevan varovaisen ja etäisen. Psykiatrisessa hoidossa ollut nuori aikuinen epäilee herkästi omia mahdollisuuksiaan selviytyä opiskelussa ja myöhemmin työelämässä. Opiskeluyhteisöt eivät väitöskirjani tulosten mukaan olleet ilmapiiriltään kovin avoimia, mitä ilmentää esimerkiksi psykkiseen sairauteen ja psykiatriseen hoitoon liittyvä salailu.

Koulunkäynnin ja opiskelun jatkamisen tukeminen on keskeinen asia psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen elämässä. Lähtökohtana siihen ovat tietenkin nuoren omat voimavarat. Erilaiset ohjaukselliset keinot ovat ensiarvoisia, kun nuori on esimerkiksi palaamassa sairaaloman jälkeen kouluun. Ilmapiirin avoimuuteen vaikuttavat mahdollisuus kipeiden asioiden puheeksiottoon sekä muiden opiskelijoiden suhtautuminen masentuneeseen opiskelukaveriinsa. Kouluissa tarvitaan tietoa ja sovitteja toimintamalleja psykkisten vaikeuksien varhaiseen tunnistamiseen ja nuoren ohjaamiseen ja tukemiseen.

## **VERTAISUUS VOIMAVARANA MIELENTERVEYSPALVELUISSA**

Mielenterveyspalveluista voi psykiatrisessa hoidossa olleelle nuorelle aikuiselle tulla elämän keskeinen sisältö ja ajan jäsentäjä, varsinkin, jos opiskelu tai työ eivät täytä arkielämää. Kyse voi olla säännöllisestä tai tarvittaessa käytettävästä palvelusta. Päivittäinen ja tarpeen mukainen tuki sisälsivät muun muassa kuulluksi tulemistä, rohkaisemista omien voimavarojen käyttämiseen ja mahdollisuuksien näkemiseen sekä itsetunnon vahvistamiseen. Esimerkiksi päivätoiminnan tuoma säännöllinen rytmi ja siihen liittyvä mielekäs tekeminen olivat tukea antavia tekijöitä.

Yksi osallistumismotivaatiota lisäävä seikka olivat mielenterveyspalveluiden kautta saadut ihmissuhteet, jotka muissakin tutkimuksissa ovat osoittautuneet tärkeäksi motivaation lähteeksi (Hagerty & Williams 1999; Hietala ym. 2000; Aspvik 2003). Haastattelemieni nuorten aikuisten motivaatio osallistua mielenterveyspalveluihin näyttöäyksi kuitenkin ristiriitaisena. Yhtäältä toiminnallisuus oli kiinnostavaa, toisaalta päivätoimintaan osallistumiseen liittyi kokemus ulkopuolisesta määräyksestä sekä kokemuksia yhteisön ahdistavuudesta.

Yhteisöjen toimivuuteen onkin tärkeä kiinnittää huomiota ja löytää konkreettisia keinoja niiden kehittämiseksi avoimiksi, salliviksi ja välittämistä osoittaviksi. Nuori aikuinen saattaa jäädä mielenterveyspalveluissa passiiviseksi osallistujaksi, jonka tehtävänä on lähinnä henkilökunnan esittämiin kysymyksiin vastaaminen. Tällöin hänen tahtonsa ei tule kuulluksi eikä vuorovaikutuksessa synny ammattilaisen ja potilaan välistä dialogia.

Vertaisuudelle on paikkansa erilaisissa hoitoyhteisöissä, kuten osastolla ja päivätoimintayksiköissä sekä mielenterveysyhdistysten toiminnossa. Hoitoyhteisöissä nuoren aikuisen kokemana vertaisuus sisälsi tutkimukseni mukaan kahdenkeskisen vuorovaikutussuhteen olevan toisen nuoren kanssa sekä vertaisuuteen perustuvat ryhmät. Haastatellut nuoret aikuiset kertoivat myös omista kokemuksistaan vertaistukijana toimimisesta. Siihen liittyi vastavuoroisuutta ja luottamuksen osoitusta. Lisäksi vertaistukijaksi hakeutumista ohjasi halu auttaa muita. Vertaisuuden toteutumisen esteenä mielen-terveysyksiköissä oli asiakkaiden erikäisyys ja erilainen psykkinen vointi. Tulokset osoittivat, että onnistuneeseen ja toimivaan vertaisuuteen tarvitaan ainakin jonkin verran ammattilaisen tukea ja taitoa järjestää otollisia tilanteita.

Tutkimusten mukaan vertaisuuteen sisältyvän vertaistuen oleelliset piirteet ovat esimerkiksi kuuntelu, välittäminen, rohkaisu ja tuki arkipäivän asioissa ja valinnoissa (Mead, Hilton & Curtis 2001; Hyväri 2009). Väitöskirjaani varten haastattelemani nuoret toivoivat, että vertaisena toimiva henkilö olisi selviytynyt omista elämänvaikeuksistaan. Jantusen (2008) mukaan onnistunut vertaisuus mahdollistaa tilan saamisen omien kokemusten kertomiseen ja jakamiseen sekä luottamuksen, uudet oivallukset ja oppimisen. Usein yksinäisen asioiden pohtiminen voi johtaa käsityksen omien ongelmien ylitsepääsemättömyydestä ja siitä, ettei omaan umpikujaan löydy ratkaisuja. Jo arkipäivän asioiden jakaminen voi helpottaa ja auttaa löytämään seuraavan askeleen.



Vertaisuuden oleellinen piirre on samankaltaisessa tilanteissa olevien ihmisten keskinäinen apu ja tuki. Tärkeää on kokemusten jakaminen. Vertaisuutta voidaan jäsentää myös sosiaalisen tuen elementtien avulla, kuten emotionaalisen, informatiivisen, välineellisen ja itsearviointiin liittyvän tuen avulla (Mead ym. 2001). Väitöskirjassa haastattelemani nuoret aikuiset toivoivat, että vertaisena toimiva henkilö olisi selviytynyt omista elämänvaikeuksistaan.

Seuraava esimerkki kuvaa vertaisuuden vahvistamista ja myös nuorten omaa aktiivisuutta suunnitella omia tukimuotojaan.

Ryhmä nuoria mielenterveyskuntoutujia oli kiinnostuneita kokoon-tumaan ryhmässä ja vaihtamaan kokemuksia. He suunnittelivat ryhmää erään mielenterveysyhdistyksen tiloissa. Ryhmän suunnitelussa oli aktiivisena taustatukena yhdistyksen työntekijä. Alusta saakka nuoret olivat sitä mieltä, että ryhmä tarvitsee ulkopuolisen ohjaajan, vaikka vertaisuudesta oli tarkoitus tulla ryhmätoiminnan kantava elementti.

Lähdin tuon ryhmän ohjaajaksi joitakin vuosia sitten. Nuoret pitivät tärkeänä, että ryhmässä oli nimenomaan aikaa puhua ja kuunnella toisia. Toiminnallisuus ei ollut ensisijaisena tavoitteena. Luottamus ja turvallisuus sekä yhdistävät kokemukset nimettiin ryhmän perusteiksi ja samalla myös tavoitteiksi.

Ryhmään tuli alkuvaiheessa kuusi nuorta, joilla kaikilla oli kokemusta mielenterveyden vaikeuksista ja mielenterveyspalveluiden käytöstä. Osalla ryhmäläisistä oli taustalla kiusatuksi tulemisen kokemuksia tai muita pettymyksiä ihmissuhteisiin liittyen. Luottamus toisiin ryhmäläisiin syntyi hitaasti ja se horjui aika ajoin. Luottamuksen vahvistaminen näkyi esimerkiksi kipeiden asioiden jakamisessa ja aidossa halussa etsiä ratkaisuja toisten pulmiin.

Keskustelun teemat liittyivät aika ajoin elämän vaikeisiin kysymyksiin, kuten pettymyksiin ihmissuhteissa. Usein kuitenkin keskustelun aiheet olivat elämän voimavaroihin liittyviä ja huumorilla höystettyjä. Naurua oli paljon. Ryhmän toiminta perustui nuorten sitoutumiseen ja uskon, että nimenomaan vertaisuuden voima sai nuoret kerta toisensa jälkeen tulemaan ryhmään. Ryhmä kokoontui kaikkiaan kolmen vuoden ajan, jonka jälkeen se päätettiin yhteistuumin lopettaa.

Oma roolini keskusteluissa oli toimia ajoittain kysymysten tekijänä ja aiheen rajaajana. Lisäksi tartuin tilanteisiin, joissa joku nuorista ei antanut tilaa muille ryhmäläisille tai ilmeni muuta ryhmää häiritsevää toimintaa. Nuoret toivat useita kertoja esiin, että ulkopuolinen ohjaaja oli turvallisuutta lisäävä asia. Nuorilta saadun palautteen perusteella oli tärkeää, että ryhmää ei nimetty ongelmakeskeisesti esimerkiksi mielenterveysongelmaisten nuorten ryhmäksi, vaan sitä kutsuttiin pelkästään nuorten itse keksimällä nimellä. (Kiviniemi 2011, 106–107.)

### **OMIEN VOIMAVAROJEN VAHVISTAMINEN JA TOIVEET ELÄMÄSSÄ ETEENPÄIN**

Nuoret aikuiset olivat pohtineet omia voimavarojaan ja löytäneet yksilöllisiä voimavarojaan vahvistavia keinoja. Näiden keinojen avulla

oli mahdollista purkaa pahaa oloa, kuten levottomuutta ja löytää rentouttavaa oloa. Niihin liittyi ajatus mielihyvän tai hyvän olon saavuttamisesta, mutta toisaalta myös tavoitteellisuus. Selviytymiskeinoja olivat esimerkiksi fyysinen toiminta, musiikin kuuntelu, soittaminen, kirjoittaminen, esiintyminen, maalaaminen, luonnossa liikkuminen ja puuhastelu teknisten laitteiden kanssa. Tytöillä korostui puhumisen merkitys selviytymiskeinona, kun taas pojilla toiminta ja asioiden pohdiskelu itseksensä.

Nuorten aikuisten toiveet liittyivät esimerkiksi terveyteen, itsenäistymiseen, työhön, opiskeluun ja seurusteluun. Terveyttä kuvattiin lähinnä psyykkisten oireiden puuttumisena sekä lisääntyneenä itsenäisyytenä ja toimintakykenä. Opiskelu ja työssäkäynti olivat keinoja itsenäiseen elämään, johon kuului myös taloudellinen omavaraisuus. Oma asunto oli niin ikään yksi itsenäisyyttä lisäävä tekijä. Itsenäisyys ilmeni tuloksissa myös henkisenä itsenäisyytenä ja mahdollisuutena tehdä päätöksiä.

### **KATSAUS TUTKIMUKSEN AIHEPIIRIIN NELJÄ VUOTTA SEN VALMISTUMISEN JÄLKEEN**

Väitöskirjan valmistumisesta on nyt kulunut yli neljä vuotta. Nuorten ja nuorten aikuisten elämään liittyvät kysymykset ovat olleet yhteiskunnallisessa keskustelussa esillä monin tavoin. Mielenterveyskysymysten lisäksi ja niihin liittyen huomiota on kiinnitetty muun muassa nuorten syrjäytymiseen ja suuriin työttömyyslukuihin.

Tänä aikana on tehty paljon tärkeää työtä nuorten mielenterveyden edistämiseksi ja psyykkisten vaikeuksien varhaiseksi toteamiseksi. Nuorten mielenterveyden edistäminen sekä varhainen puuttuminen mielenterveyden vaikeuksiin ja päihteidenkäyttöön on myös huomioitu keskeisissä valtakunnallisissa suosituksissa ja toimenpideohjelmissa (mm. KASTE-ohjelma 2015, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, Terveys 2015).

Ohjelmissa on esitetty, että nuorten ja nuorten aikuisten auttamiseen ja ohjaamiseen tarvitaan monipuolisia tukimuotoja ja lähiverkostojen vahvistamista. Lisäksi tarvitaan yhteisöllisyyden vahvistamista esimerkiksi kouluissa ja oppilaitoksissa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009) todetaan, että nuorten hoidossa tulee vahvistaa tärkeitä ihmissuhteita sekä ikäryhmälle merkityksellisiä verkostoja ja vertaisryhmiä. Lisäksi tukemisen, ohjauksen ja hoidon tulee tapahtua mahdollisimman koordinoitusti lähellä nuoren elinpiiriä, eikä hajaantuen eri toimipisteisiin. Eri palveluiden ja toimintojen suunnittelussa olisi tärkeää hyödyntää nuorten ja nuorten aikuisten omaa aktiivisuutta. Tällä tavoin nykyään niin paljon sanana esillä oleva käyttäjälähtöisyys voisi toteutua paremmin. Tutkimukseeni osallistuneet nuorten aikuiset pitivät myös tärkeänä osallistumista palveluiden ja tukimuotojen suunnitteluun.

Tutkimuksen valmistuttua oivalsin, että haastatellut nuoret aikuiset todella halusivat omia kokemuksiaan kuvaamalla viestittää myös monille muille nuorille tärkeitä asioista. Keskeisiksi viesteiksi ovat vahvistuneet muun muassa lapsen ja nuoren tuensaannin tärkeys menetystilanteissa ja aikuisen tarttuminen kiusaamiseen, vaikka nuori itse sitä vastusteleekin.

Tutkimuksen yksi keskeinen viesti on, että psykiatrisessa hoidossa olleella nuorella aikuisella on halua ja tahtoa toimia aktiivisena ja osallistuvana kansalaisena. Hän tarvitsee siihen tukea. Tärkeintä on kuitenkin heistä itsestään löytyvät toivo ja tahto. Eksistentiaalisfömenologisella lähestymistavalla toteutettu kokemustutkimus osoitti, että yksittäisen nuoren aikuisen arkipuheena ilmaisema kokemus on myös samalla tärkeä viesti eri toimijoille ja päättäjille.

Tutkimukseni ohjaaja Dosentti Merja Nikkonen oli kannustajana nuorten kokemusten kokoamiseen ja samalla siihen, että nuorten aikuisten viesti on tärkeä. Kannustus johti myös tässä artikkelissa mainitun nuorille aikuisille suunnatun ryhmän perustamiseen ja sen ohjaamiseen. Ryhmän ohjaus ja sen myötä tulleet myöhemmät kehittämisideat ovat oman ammatillisen osaamiseni kannalta olleet ensiarvoisen tärkeitä ja rohkaisevia. Tutkimuksen ja kehittämis-toimien kautta olen ollut mukana prosessissa, jossa yksittäisen ihmisen kokemus muokkautuu tieteellisen tutkimuksen tiedoksi ja myös yhteiskunnassa vaikuttavaksi asiaksi.

## Lähteet

Aspvik, U. 2003. Psykykkisesti vajaakuntoisten työtoiminta – Toiminnan kehittämisen prosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Acta Universitatis Ouluensis. Medica D750. Oulu: Oulu University Press.

Giorgi, A. 1993. Sketch of psychological phenomenological method. In A. Giorgi (ed.) Phenomenology and Psychological Research. Pittsburgh: Duquesne University, 8–22.

Giorgi, A. 1997. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. Journal of Phenomenological Psychology 22, 235–260.

Giorgi, A. 2000. Concerning the application of phenomenology in caring research. Scandinavian Research. Scandinavian Journal of Caring Sciences 14, 310.

Hagerty, B.M. & Williams, R.A. 1999. The effects of sense of belonging, social support, conflict and loneliness on depression. Nursing Research 48, 215–219.

Hietala, O., Valjakka, S. & Martikka, N. 2000. "Täällä tehdään töitä itseä varten." Klubitalot ja jäsentalot mielenterveyskuntoutuksen ja työllistämisen uusina vaihtoehtoina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 65/2000. Helsinki: Yliopistopaino.

Jantunen, E. 2008. Osalliseksi tuleminen – Masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivinen teoria. Lisensiaatin tutkimus. Diakonia-ammattikorkeakoulu julkaisuja A tutkimuksia 18. Helsinki.

KASTE-ohjelma 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kinsella, K.B. & Anderson, R.A. 1996. Coping skills, strenghts and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental health illness: a retrospective study. Psychiatric Rehabilitation Journal 20, 24–32

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopiston E yhteiskuntatieteet julkaisuja 150.

## KIRJOITTAJA

### Liisa Kiviniemi

Psyk. esh, TtT, yliopettaja

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, terveysalan Oulaisten yksikkö

Yhteistyöni Merja Nikkosen kanssa liittyy lisensiaatin ja väitöskirjatutkimuksiini, joiden ohjaajana Merja toimi. Psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksiin liittyen olen kirjoittanut yhteisiä artikkeleita Merjan kanssa. Merjan taustatuki oli merkittävä, kun psykiatrisessa hoidossa olleille nuorille aikuisille kehitettiin ryhmämuotoisia tukimuotoja.

Kiviniemi, L. 2011. Vertaisuuden monet mahdollisuuden masentuneen nuoren kohtaamisessa. Teoksessa A-L. Lämsä ( toim.) Mieli maasta. Masentuneen nuoren kohtaaminen ja tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 100–108.

Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. 2001. Peer support. A theoretical perspective. Psychitric Rehabilitation Journal 25, 134–141.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-ryhmän ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Perttula, J. 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.

Perttula, J. 1998. The Experienced Lifefabrics of Young Men. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Printing House.

Perttula, J. 2000. Kokemuksesta tiedoksi: fenomenologisen metodin uudenmuotoilua. Kasvatus 5, 428–442.

Perttula, J. 2006. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Vantaa: Dialogia Oy, 116–162.

Rauhala, L. 1993. Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopisto vol. 41.

Ryynänen, E. 2005. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoitotyö. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Ryynänen, E., Kylmä, J. & Miettinen, S. 2009. Masentuneen kuvaus masen- nuksesta ja näkökulmia masentuneen mielenterveyden edistämiseen. Teoksessa J. Kylmä, M. Nikkonen, P. Kinnunen & T. Korhonen (toim.) Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet. Kuopio: Suomen graafiset palvelut.

Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Oy.

# Yläkoululaisen sosio-emotionaalisen eheyden edistäminen oppitunneilla joustavassa perusopetuksessa

Sirpa Janhonen

## JOHDANTO

Artikkelissa kuvaillaan joitakin mahdollisuuksia yläkoululaisen sosio-emotionaalisen eheyden tukemiseen ja edistämiseen luokkatilanteessa joustavan perusopetuksen yhteydessä. Joustavalla perusopetuksella (JOPO) pyritään tukemaan yläkoululaisia, jotka ajautuvat oppivelvollisuuskoulun ulkopuolelle ja ovat vaarassa jäädä ilman peruskoulun päättötodistusta. JOPO:n käytänteet ovat kokeilu-vaiheessa vaihdelleet suuresti.

Kaikissa tapauksissa toteutuvat kuitenkin tietyt joustavalle perusopetukselle keskeisimmät tunnuspiirteet:

1. Omat opiskelijaryhmä (8–10 oppilasta), joka kokoontuu yhteen vähintään yhtenä päivänä viikossa kouluympäristössä,
2. työelämälähtöinen oppiminen, jossa teoriaopinnot ja työpaikkaharjoittelu toteutuvat vaihtelevissa periodeissa ja
3. moniammatillinen yhteistyö yläkoululaisen tukena.

JOPO-oppilailla on tukenaan luonnollisesti koulun henkilökunta ja oppilashuoltotyöryhmä. Lisäksi heillä on oma JOPO-opettaja, joka toimii yhdessä työparin kanssa luokassa. Joissakin kouluissa työpari järjestää oppilaille koulun ulkopuolista ohjelmaa joko yhdessä opettajan kanssa tai yksin toimien. Työparin koulutus vaihtelee koulusta toiseen. Työpari voi olla koulutukseltaan esimerkiksi sosionomi (AMK), nuoriso-ohjaaja tai kouluavustaja. Tämä kaksikko toimii kuitenkin aina jatkuvassa kiinteässä yhteistyössä JOPO-oppilaiden huoltajien kanssa. (Janhonen & Sarja 2011.)

JOPO-oppilaiden ohella myös muiden oppilaiden tuen tarve on kouluympäristössä on ilmeinen. Suomessa joka viides lapsi on psykisen avun tai tuen tarpeessa. Kouluikäinen lapsi viettää suuren osan päivästä koulussa, jossa on paljon lapsia ja vähän aikuisia. Kuitenkin koulu kasvuympäristönä tulee olla sellainen, että se takaa lapselle ja nuorelle sosiaalisesti, psyykkisesti ja materiaalisesti riittävän hyvän kasvuympäristön. (Kallio & McDowell 2004.)

Luokkatilanteissa oppilailla on yksi keskeinen tavoite eli saavuttaa opetussuunnitelmassa oppiaineille asetetut tavoitteet. JOPO-oppilailla on, osalla pienempiä ja osalla suurempia, aukkoja näiden asetettujen oppimistavoitteiden saavuttamisessa. Yleisin syy hakeutua JOPO-oppilaaksi on koulupinnaus, jonka syyt vaihtelevat. Näillä yläkoululaisilla ei yleensä ole perinteisiä oppimisvaikeuksia kuten lukihäiriöitä tai ongelmia suoriutua koulutehtävistä, jos yritystä riittäisi. Nämä oppilaat ovat menettäneet uskonsa ja sen myötä kykynsä menestyä kouluympäristössä.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvailla, millaisiin vaikeuksiin JOPO-oppilaat tarvitsevat tukea onnistuakseen koulutyössä ja millaista tukea he saavat JOPO-opettajalta ja JOPO-ohjaajalta selviytyäkseen kyseisissä tilanteissa. JOPO-oppilaan tuen tarve on määritelty yläkoululaisen sosiaalis-emotionaaliseksi eheydeksi ja sen tukemiseksi.

## EMOTIONAA LISEN EHEYDEN MÄÄRITTELYÄ

*”On paradoksi, että niin vanhemmat kuin opettajat toivovat koulun kasvattavan lapsen elinikäiseksi oppijaksi, joka osaa rakastaa, tehdä työtä ja toimia yhteisön vastuullisena jäsenenä. Me emme kuitenkaan ole integroineet näitä arvoja mitenkään koulun opetussuunnitelmiin. – Kuitenkin Sosio-emotionaalinen, tiedollinen ja eettinen kasvatus voisi auttaa lasta saavuttamaan nämä tavoitteet. Näitä tavoitteita ovat kyky ”lukea” itseään ja muita sekä oppia ratkaisemaan sosiaalisia, emotionaalisia ja eettisiä ongelmia.” (Cohen 2006.)*

Cohen (2006) ehdottaa, että sosio-emotionaalinen pätevyys kattaa olennaiset kansalaistaidot, jotka koulussa tulisi oppia. Lisäksi aikaisemmat tutkimukset tukevat käsitystä, että sosio-emotionaalinen pätevyys ja hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa (Bar-On 2005). Cohen (2006) määrittelee keskeisimmiksi taidoiksi kyvyt kuunnella itseään ja muita sekä olla kriittinen ja reflektiivinen. Kriittisyys ei tarkoita arvostelua, vaan taitoa olla luova ja rakentava myös konfliktien ratkaisuisissa. Tämä on mahdollista vain, jos ihmisellä on tahtoa osallistua keskusteluihin ja perustella omat näkemyksensä. Tähän kykenee henkilö, jolla on tahtoa työskennellä yhteisen hyvän edistämiseksi ja tehdä myös kompromisseja. (Cohen 2006.)

Henkilö, joka kohtaa toisen ihmisen kunnioittavasti, omaa hyvyn hallita omia turhautumisen tunteitaan, ennakoii omien tekojensa seuraukset ja noudattaa sovittuja pelisääntöjä omanee Cohenin (2006) edellyttämät hyvät sosiaalis-emotionaaliset taidot. Nämä ominaisuudet liitetään myös positiiviseen minä-kuvaan ja hyvään itsetuntoon (Keltikangas-Järvinen 1994).

Minäkuva määräytyy sisältäpäin ja on suhteellisen pysyvä. Se muotoutuu vuorovaikutuksessa vanhempien kanssa samaistumisen ja peilisuhteen vaikutuksesta. Peilisuhteessa ympäristön suhtautuminen lapsen määrää lapsen suhteen itseensä, koska hänellä ei ikinä vaiheessa vielä ole kehittynyt vakaata käsitystä itsestään. Tämän vuoksi lapsi liittyy aikuisen antamat luonnehdinnat ominaisuuksiin ja toteuttaa niitä toiminnassaan olivatpa nämä negatiivisia tai positiivisia. Jos lapsi saa runsaasti positiivisia arvioiteja, minäkuva voi suoritustasosta riippumatta tulla myönteinen. (Keltikangas-Järvinen 1994.)

Itsetunnossa on kyse itsensä tiedostamisesta, tuntemisesta ja arvostamisesta. Itsetunnon vahva ihminen tunnistaa ja hyväksyy heikkoutensa ja vahvuutensa. Itsetuntoon liittyvät myös voimakkaat tunnetason subjektiiviset kokemukset. (Kangas 2003.)

Kykyä hallita omaa turhautumistaan voidaan kutsua impulssikontrolliksi. Se edellyttää omien tunteiden havaitsemista, tunnistamista ja käsittelemistä. Jos tällaista kykyä ei ole, lapsen ja nuoren tapa purkaa tunteensa johtaa ikävykyysiin. Tällaista aggression heikkoa hallintaa on selitelty eri teorioin. Dodge ja Coie (1987) erottavat reaktiivisen ja proaktiivisen aggression toisistaan.

Proaktiivisesti aggressiivinen käyttää väkivaltaa harkitusti. Tällöin aggressiivisuus on välineellistä ja vihamielistä. Nämä ”kylmäveriset” ovat usein laskelmoivia ihmisiä. He ovat oppineet uskomaan, että väkivalta on kannattava tapa saada tahtonsa läpi. Väkivaltainen toiminta on laskelmoitua, eikä siihen liity voimakkaita vihamielisiä tunteita. Proaktiivinen aggressio kulkee käsi kädessä epäsosiaalisen käyttäytymisen, kuten valehtelemisen, varastamisen ja uhkailun kanssa. On ehdotettu, että proaktiivinen aggressiivisuus on seurausta ylisallivasta, rajoittamiseen kykenemättömästä ympäristöstä. Proaktiivinen aktiivisuus lisää riskiä päätyä koulukiusaajaksi. (Cacciatore 2007; Dodge & Coie 1987; Vieremö 2006; Janhonen & Sarja 2011.)

Proaktiivisesti aggressiiviselta puuttuu siten kyky ymmärtää toimintansa seuraukset toiselle ihmiselle. Siten tällaisen ihmisen kyky kohdata toinen ihminen kunnioittavasti ja empaattisesti on puutteellinen. Sääntöjen seuraamisessa on toivomisen varaa, koska oma hyöty ja sen tavoittelemiseen sallitut keinot perustuvat laskelmointiin eivät yhteisiin sääntöihin.

Reaktiivisesti aggressiiviset ovat ”kuumakalleja”. Reaktiivinen aggressio on impulsiivista käyttäytymistä, jossa yksilö reagoi vihamielisesti uhkaan tai provokaatioon. Reaktiivisen aggression teoreettinen perusta on aggressio-frustraatio -hypoteesissa. Turhautuessaan yksilö räjähtää. Tällainen aggressio on suunnittelematonta ja kontrolloimatonta. Reaktiivisesti aggressiivisella henkilöllä on taipumus tulkita toisten ihmisten aikomukset vihamielisiksi. He eivät tarkoita, mitä suutuspäissään sanovat tai tekevät. He katuvat ja harmittelevat tekojaan jälkepäin. Heillä on tunteiden hallinnan ongelmia. Oletettavasti kova, uhkaava ja ennustamaton ympäristö johtaa nuoren reaktiivisiin tunteenpurkauksiin. Reaktiivinen aggressio on yhteydessä kiusatuksi joutumiseen. (Cacciatore 2007; Dodge & Coie 1987; Vieremö 2006; Janhonen & Sarja 2011.)

Myös reaktiivisesti aggressiiviselta puuttuu kyky ymmärtää omien impulsiivisten toimintansa seuraukset toisille ihmisille niin hetkellisesti kuin pitkällä tähtäimelläkin. Säännöt palautuvat reaktiivisesti aggressiivisen mieleen valitettavasti ”jälkijunassa”.

Toisen ihmisen kunnioittava kohtaaminen liittyy ihmisen empatiakykyyn. Empatia on määritelty kykyä ymmärtää toisen ihmisen tunnetilaa niin kuin se olisi oma. Tärkeää on muistaa ”niin kuin se olisi”. Empatiassa korostuu se, että toisen ihmisen tunnetilaan ei mennä

mukaan. Empatiolla on kognitiivinen, emotionaalinen, moraalinen ja käyttäytymisaspekti. Kognitiivinen aspekti liittyy kykyyn tunnistaa ja ymmärtää tunnetila. Emotionaalinen aspekti on kyky kokea ja jakaa toisen psykologinen tila tai sisäinen tunne. Moraalinen aspekti heijastaa sisäistä tahtoa, joka motivoi yksilöä toimimaan empaattisesti toista ihmistä kohtaan. Käyttäytymisaspekti osoittaa ihmisen kykyä olla kunnioittavassa vuorovaikutuksessa toisen kanssa siten, että osaa ilmaista empaattista ymmärrystä ja huolenpitoa toista kohtaan. (esim. Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005; Yu & Kirk 2009; Janhonen & Sarja 2011.)

Sosio-emotionaalinen eheys edellyttää, että ihminen voi hyvin ja omaa terveen minä-kuvan ja itsekäsityksen. Sosio-emotionaalinen eheys ilmenee yksilön käyttäytymisenä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Näitä ilmenemismuotoja ovat kyky hallita omia turhautumisen kokemuksiaan ja suhtautua empaattisesti kanssaihmissiin. Cohen (2006) ehdottaa myös, että sosiaalis-emotionaalisesti pätevä ihminen on onnellinen ihminen. Kun ihminen on onnellinen, hän osaa käsitellä myös pettymyksen ja surun tunteita, jotka ovat osa normaalia ihmisen elämää.

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvailla sosiaalis-emotionaalisen eheyden ulottuvuuksien ilmenemistä ja niiden tukemista ja edistämistä ongelmien ilmetessä JOPO-oppilaiden kanssa työskennellessä oppitunneilla. Tutkimuksen tavoitteena on ideoida keinoja sosiaalis-emotionaalisen eheyden edistämiseen myös yleisemmin yläkoulussa.

Tutkimuskysymyksiksi määriteltiin

1. Millaisia sosiaalis-emotionaalisen eheyden ulottuvuuksia ilmenee JOPO-oppilaiden kanssa työskennellessä oppituntien aikana?
2. Miten ongelmien ilmetessä JOPO-oppilaan emotionaalista eheyttä tuetaan oppituntien aikana?

## MENETELMÄT

Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Tutkimusaineisto perustuu opettajien ja oppilaiden videoimiin oppitunteihin (N=20). Osallistujien määrä vaihteli eri oppitunneilla. Kaikilla tunneilla oli läsnä vaihteleva määrä oppilaita (4–10). Lisäksi tunneille osallistuivat esimerkiksi opettajan työpari, vaihtelevasti aineenopettajia. Joillakin tunneilla oli läsnä myös yhdestä kahteen nuorisohjaajaa. Tutkimusaineisto kerättiin joustavan perusopetuskokeilun yhteydessä vuosina 2009–2010 (Janhonen & Sarja 2011). Kaikki tutkimukseen osallistujat olivat vapaaehtoisia ja kaikkien aineistojen käyttöön on osallistujien lupa.

Aineistot analysoitiin sisällön analyysillä kolmessa vaiheessa (esim. Edwards ym. 2009; Engeström 2004):

1. Etsittiin oppilaan puheessa tai käyttäytymisessä ilmenneitä ristiriitoja, joihin opettaja ja / tai JOPO-ohjaaja reagoivat. Näiden tilanteiden perusteella muodostettiin sosiaalis-emotionaalisen eheyden teemat eli ulottuvuudet, joita videoiduilla oppitunneilla ilmeni.
2. Seuraavaksi tarkasteltiin tarkemmin esiin nousseiden teemojen sisältö oppilaan käyttäytymisen ja opettajan ja / tai JOPO-ohjaajan oppilaan puheeseen tai toimintaan reagoimisen näkökulmasta.
3. Löydettyjä käyttäytymis- ja toimintamalleja selitettiin teoreettisesti. Tilanteiden tunnistamisessa ja niiden teoreettisessa selittämisessä hyödynnettiin käsitteen määrittelyssä esitettyjä emotionaalisen eheyden ulottuvuuksia.

#### PERUSKOULULAISEN SOSIAALIS-EMOTIONAA LISEN EHEYDEN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN OPPITUNNEILLA

Sääntöjen noudattaminen nousi keskeiseksi yksityksissä olevan nuoren oppimisen kohteeksi. Opettaja ja työpari joutuvat tarttumaan oppilaan toimintaan yhdessä luotujen sääntöjen noudattamatta jättämisen merkeissä monenlaisissa yhteyksissä. Useimmiten aikuiset joutuvat nimeämään säännön ja kuvaamaan sen noudattamista. Sääntöjen rikkominen liittyi epäsäännölliseen koulunkäyntiin, lukujärjestysten seuraamatta jättämiseen, kotiläksyjen laiminlyöntiin, kokeiden aikataulun unohtamiseen, kouluvälineiden unohtelemiseen milloin minnekin, mutta myös epäasialliseen käyttäytymisen ja hyvien tapojen noudattamatta jättämiseen. Seuraava lainaus videoaineistosta kuvaa esimerkinomaisesti, miten opettaja tarttui sääntöjen laiminlyöntiin luokkatilanteessa.

**Oppilas 1** (Nukkuu pulpetilla. Vähän ajan kuluttua hän röyhtäilee.)

**Opettaja:** (Nimi) Nyt lopetat tuon.

**Oppilas 1:** Niinkun miks?

**Opettaja:** Se on hyvien tapojen vastaista. Se on ihan sama kuin, jos piereskelisit täällä. Nyt mennään näihin teidän suoritettaviin koulutehtäviin. Nyt sinäkin pysyt hereillä ja kuuntelet.

**Oppilas 1:** Sehän riittää vitoseen, että on täällä tunnilla.

**Opettaja:** Ei kyllä riitä. Läsnäolo ei osoita minkäänlaista osaaamista. Se on nelosen arvoista, jos täällä makaat, etkä osaa mitään. Joko teille alkaa pikku hiljaa valjeta, miksi te olette täällä. Luuletteko te, että me järjestetään teille näitä asioita, jopoa ja muuta. Te vaan tulette tänne, nukutte ja ette tee mitään. Luuletteko, että me tällä perusteella nostamme niitä numeroita.

**Oppilas 2:** Ei kai ne silleen nouse.

**Opettaja:** Ei niin nouse. Pitää tehdä töitä. Työntekoa ei ole se, että pimitetään joku terveystiedon koe ja sanotaan, että kun oltiin JOPO:ssa. Tiedättekö, mitä siitä seuraa?

Siitä seuraa se, että opettajille tulee semmonen kuva, että JOPO:ssa ne vaan laiskottelee. Ei ne numerot nouse silleen, että tulette JOPO: on ja numero pyörrähtää kutosesta seiskaan. Osa teistä on ottanut jo vähän vastuuta sillä tavalla, että on asettanut tavoitteekseen nostaa matikan numeroita kutosesta seiskaan. Tavoitteiden asettaminen on jo ensimmäinen askel vastuun ottamisessa. Seuraava askel on ryhtyä töihin.

**Oppilas 1:** Ei se sillä vastuun otolla se motivaatio nouse. Motivaatio on nolla.

**Opettaja:** Motivaatio nousee työtä tekemällä. Te tiedätte, että vaikka mopoa korjatessa asiasta innostuu sitä enemmän, mitä enemmän sitä alkaa ymmärtää. Sama se on kouluaineissa. Ensimmäinen asia on, että tiedätte ne JOPO päivät. OPO-kyllä tietää. Selvittääkö, jos ette tiedä. Seuraava vaihe on, että pitää olla ne kirjat mukana. Mitä opiskellaan täällä. Sovitaan, mitä otetaan tästä paketista. Sitten se, että tietää mitä kokeita ja ottaa ne esille. Tämä toimii vielä aika huonosti.

Terveys ja hyvä olo otettiin usein puheeksi sääntöjen ohella opettajan, työparin ja oppilaiden välisissä keskusteluissa. Opettaja ja hänen työparinsa näkökulmasta emotionaalinen integriteetti edellytti elämän perusasioiden olevan kunnossa. He ilmaisivat, että terveys ja hyvä olo ovat edellytys ongelmien asialliseen kohtaamiseen.

Seuraava esimerkki valottaa riittävän levon ja liikunnan keskinäistä vuorovaikutusta nuoren emotionaalisen integriteetin rakentamisessa. Keskeiseksi nousi kouluuyhteisön ja nuoren näkökulmien ristiriita. Oppilas koki opettajien omaan tunnilla nukkumiseensa tarttumisen itseensä kohdistuvana tympääntymisenä. Opettaja ja työpari korostavat, että asiaan tarttuminen oli osoitus välittämisestä eikä tympääntymisestä. Ote videonauhasta ilmentää näkökulmia.

**Työpari:** Miltä tuntuu olla kuuluisa. Sinusta oli hyvä kuva lehdesä. Sen mukaan ainakin nukkumiseen pitää kiinnittää huomiota. (Artikkelissa nuori kertoi viettävänsä yölläkin aikaa tietokoneella.)

**Oppilas 3:** Viime yönä nukuin ainakin 11 tuntia.

**Opettaja:** Nukut oppitunneilla. Siihen on kiinnitetty huomiota.

**Työpari:** Yleensäkin vapaa-ajan viettoon tulee kiinnittää huomiota. Mites sä liikut

**Oppilas 3:** Ainakin kävelen kaupunkiin... Ruvetkaa sponsoroimaan, niin alan harrastamaan motokrossia...

**Opettaja:** Se on yksi asia. Liikunta lisää unen tarvetta ja unen syvyyttä. Jos oot paljon tietokoneella, se haittaa. Väsymistä, väsyminen masentuneisuutta jne.

**Opettaja:** Oponkin kanssa jutellaan. Monella opettajalla on hirmu iso huoli siitä, että nukut tunneilla. Monet ihmiset välittää sinusta niin, että ovat oikeasti huolissaan sinusta.

**Oppilas 3:** Että huh, huh..

**Opettaja:** *Eikös tunnu hyvältä, että välittää. Eivät ajattele, että kohta heittävätkin ulos tunnilta. Vaan että ovat huolissaan.*

**Oppilas 3:** *Niin minä oon aatellu, että ajattelevat heittävänsä ulos mahdollisimman nopeesti.*

**Opettaja:** *Meidän koulussa ovat aidosti huolissaan... Nyt selvitetään. Sitten voidaan oikeasti ruveta miettimään, miten sinua autetaan ja tuetaan. Tietysti itse olet vastuussa, että asiat paranevat!*

Oppilaan diagnostisoitu sairaus voitiin joskus kokea pelkäksi ongelmakäyttäytymiseksi opettajien näkökulmasta. Seurauksena on saattanut olla oppilaan leimaaminen häiriköksi. JOPO-opettaja oli selvillä oppilaan diagnoosista (ADHD). Tällainen oppilas tarvitsee keskittyäkseen pallon tai jonkun muun asian, jota hän voi "näplätä". Kun asia aukaistiin oppitunnilla, se ei enää häirinnyt opettajia tai muita oppilaita. Oppilaan toiminta ei tämän jälkeen myöskään kiinnostanut oppilastovereita. Asianomaisen oppilaankaan ei enää tarvinnut "hävetä" omaa poikkeavaa toimintatapaansa. Asian nimeäminen julkisesti ja hyväksyminen kohensi "näplääjän" itsetuntoa. Seuraava esimerkki videoaineistosta valaisee käytäntöä.

**Opettaja:** *(Oppilas näplää punaista verkkoa ja toiminnallaan häiritsee ympärillä olevien oppilaiden keskittymistä. Opettaja kohdistaa sanansa näplääjälle.) Sinulla pitää ilmeisesti olla jotain näplättävää, että voit keskittyä. Anna kuitenkin mulle se verkko, tulee silppua. Auttaisko, jos annan sulle vaikka sinitarraa.*

**Oppilas 4:** *Ei se auta, on kokeiltu.*

**Opettaja:** *Auttaako tämä verkko sitten?*

**Oppilas 4:** *Kyllä se auttaa...*

**Opettaja:** *No, annan tämän takaisin. Mutta älä häiritse näpläämisellä muita tai myöskään silppua sitä verkkoa lattialle. Siitä tulee ikäviä roskia.*

**Oppilas 4:** *Jooooo...*

Heikko itsetunto ja minäkäsitys ovat seurausta oppilaan jatkuvista epäonnistumisen kokemuksista. Nämä ominaisuudet ilmenevät hyvin yksilöllisesti. Erimielisyyden esiintyessä nuoret käyttäytyvät epäasiallisesti tai välinpitämättömästi. Nuoren neuvottomuus ilmenee enemmän tai vähemmän aggressiivisena käyttäytymisenä (esimerkiksi kiroilu, uhoaminen tai uhkailu), välinpitämättömyytenä ("ihan sama", "en tiitä", "en osaa", "en jaksa", "ei huvita" jne.) tai toivottomuutena. Seuraavat esimerkit valaisevat asiaa.

Monet opettajien ja oppilaiden välisistä ristiriidoista alkavat sangen mitättömistä tapahtumista, joiden perusteella oppilas saa pysyvän leiman. Oppilas joutuu tavallaan "silmatikuksi" ja hän provosoitui helposti tilanteessa kuin tilanteessa. Tilanne synnytti opettajan / opettajien ja oppilaiden välille jännitteitä, jolloin perustuvaa laatua olevat ongelmat jäivät ratkaisematta. Monien samankaltaisten kokemusten seurauksena oppilaan itsetunto oli laskenut pysyvästi ja hän oli omaksunut itsestään käsityksen "luuserina", jonka ei enää kannattanutkaan pyrkiä muuttamaan ympäristön hänestä muovaamaa käsitystä.

JOPO-luokan opettaja ja hänen työparinsa pyrkivät etsimään asioihin rakentavia ratkaisuja tilanteiden laukaisemiseksi. Ensimmäisenä keinona ehdotettiin, että oppilas hoitaa itse asian opettajan kanssa. Näin hän otti vastuun teostaan, esitti anteeksipyyntönsä, jonka toivottiin laukaisevan opettajan ja oppilaan välisiä jännitteitä. Sen jälkeen päästiin keskustelemaan oppilaan koulunkäyntiin liittyvistä kysymyksistä. Useimmiten nämä liittyivät suorittamattomiin tentteihin, joita kutsuttiin rästitenteiksi.

**Opettaja:** *Mihin laitoit ne nelosvarotukset?*

**Oppilas 5:** *Tässä oli sovittu tehtävät ja ne on suoritettava. Voisinkun ilmoittaa asiasta. Mulle ei oo sanonu vitun paskaa.*

**Opettaja:** *Nyt käyttäydyt. Sinä et sano halaistua sanaa. Mietit käyttäytymistä.*

**Oppilas 5:** *Mulle ei ole sanonut halaistua sanaa. Viimeks eilen olin sen tunnilla.*

**Oppilas 6:** *Joo joo kyllä me jo älyttiin.*

**Opettaja:** *Sinulla ei ole kuin yksi sanakoe tekemättä.*

**Oppilas 5:** *Mulle ei oo sanonu halaistua sanaa.*

**Opettaja:** *Sinä voit ite kysyä ja opetella käyttäytymään rauhallisesti.*

**Oppilas 5:** *Oon yrittänyt tehdä kotitehtävät ja osallistua tunnilla. Viime kokeestakin sain seiskan. Yhestä kokeesta sain nelosen, kun rupes niin vituttamaan.*

**Opettaja:** *Siinä näät kehen se koskee*

**Oppilas 5:** *Ihan sama...*

**Opettaja:** *(Uhittelevalle) Onko sulla ollu välineet mukana?*

**Oppilas 5:** *On ne ollu.*

**Opettaja:** *Teillä on vielä kaksi sanakoetta englannissa. Niitähän voisi ruveta kättelemään. Parempi asenne on iso haaste sinulle... Ota pelkästään enku... Mene ensi tunnin alussa kysymään, miten hoitelet tämän koehomman. Ensin hoidat sen sovittu asian kuntoon, muuten on turha kysellä muustakaan.*

**Oppilas 5:** *Yritetään. En kyllä tajua, mitä se mulle huutaa.*

Toisinaan opettajan ja oppilaan välit olivat niin tulehtuneet, että oppilaan oma toiminta ei riittänyt jännitteiden laukaisemiseen. Työpari nosti esiin tarpeen kunnioittaa myös oppilaan näkökulmaa asiasta. Työpari ehdotti, että asiat tulee ratkaista "kolmikantaa" käyttäen. Seuraava esimerkki valaisee asiaa manipuloivasti.

**Opettaja:** *Tänään neljännellä tunnilla saamme tämän aineen opettajan paikalle.*

**Oppilas 7:** *Voi ei. Tappelin kanssa sen kanssa tunnilla. Uhkasi lyödä karttakepillä sormilla. Panin kädet pöydälle ja sanoin sen kun lyöt. Ei se lyönyt.*

**Opettaja:** *No se nyt on tämän opettajan ovelaa huumoria...*

**Oppilas 7:** *Huumoria?*

**Työpari:** *Ei se ole huumoria, jos sen oppilas kokee sen niin, ei se ole huumoria.*

**Opettaja:** *Tosi on. Tämä opettaja sanoo, että se on ovelaa huumoria. Mutta jos opettaja huutaa naama punasena tai oppilas kokee sen noin, niin se ei ole huumoria.*

**Työpari:** *Jos oppilas kokee sen noin, niin se pitää käsitellä kolmannen osapuolen läsnä ollessa. Siinä pitää olla kolmas ulkopuolinen, joka tekee huomioita. Joskus voi olla niin, että opetus ja opiskelu kärsivät näiden voimakkaiden tunteiden läsnä ollessa.*

**Opettaja:** *Näin me työskennellään. Päästään siihen, että ihmiset kohtaavat eikä roolit niin päästään eteenpäin. (Toiselle oppilaalle) Haluatko sinä kertoa, miten sinun tapauksessasi asiat ratkaistiin?*

**Oppilas 8:** *En halua tässä puhua niistä tilanteista, mutta on niistä ollut hyötyä.*

**Opettaja:** *Jos ne tapahtunut aineenopettajan kanssa, niin silloin ratkaistaan hänen ja oppilaan kanssa. Jos ne tapahtunut luokan ja opettajan kesken, niin ratkaistaan luokan ja opettajan kanssa. Tärkeää, että molemmat osapuolet ovat paikalla ja molempia osapuolia kuullaan.*

Toisinaan koulunkäynti ei nyt yleensäkiinnostanut, koska oppilaat eivät ymmärtäneet kyseisen asian tai oppiaineiden merkitystä omassa elämässään. Koulutulokset ovat kiinnostuksen puutteen vuoksi laskeneet, josta taas seurasi käsitys itsestä "luuserina". Siksi useimmat JOPO-oppilaat tarvitsevat aluksi runsaasti ulkoista kontrollia. Opettaja ja työpari joutuivat tarttumaan peruskysymyksiin oman työn vaikutuksesta oppimistuloksiin melko perustasolla yleisesti JOPO-tunneilla. Tämä ilmeni koko aineistossa, mutta oheinen esimerkki valottaa asiaa.

**Oppilas 9:** *Mihin ihmeeseen tarvitaan Kalevalaa?*

**Opettaja:** *Kalevala on meidän kansalliseepos. Se kuuluu yleisivistykseen.*

**Oppilas 9:** *Minä en välitä vittuakaan. Kuinka moni työhön haun yhteydessä kysyy, mitä tiedät Kalevalasta?*

**Opettaja:** *Ehkä ei kysykään. Tässä yhteydessä kuitenkin valmius taudut kokeeseen, jossa voidaan kysyä Kalevalasta.*

**Opettaja:** *Katso nyt, naapuri (oppilas 8) on löytänyt nämä asiat kirjasta.*

**Oppilas 9:** *Se nyt on se.*

**Opettaja:** *Otat nyt kirjan käteen ja alat etsiä näitä juttuja siitä kirjasta. Sieltä ne löytyvät. Eivät ne lennä sinun päähäsi. Lopetat nyt möykkäämisen ja alat lukemaan, kirjaa. Sieltä ne asiat löytyvät.*

Sisäisen kontrollin puute ei ilmene vain aggressiivisena käyttäytymisenä. Toisinaan oppilas on vain menettänyt otteensa koulunkäyntiin toivottomuuden seurauksena. Yhden maahanmuuttajaoppilaan on-

gelmat liittyivät käsitteeseen "äidinkieli" ja sen opiskeluun. Erityisesti, kun tätä "äidinkieltä" piti ilmaista kirjallisissa tehtävissä. Oppilaalla ei ollut ongelmia suomen kielen puhumisessa tai ymmärtämisessä. Vain kirjoittamisessa oli joku lukko, joka piti aukaista. Opettajan avasi oppilaan näkemään asian uudesta näkökulmasta.

**Oppilas 10:** *Minä en ymmärrä, miksi kaikilla opettajilla on joku esse. Minä inhoon esseitä.*

**Opettaja:** *Kerro ihmeessä miksi? Esseessähan nimenomaan näkyy, mitä ihminen on oikeasti oppinut. Kun joutuu kirjoittamaan, mitä saa ite ajattelet asiasta. Silloin joudut näyttämään, mitä olet omaksunut.*

**Oppilas 10:** *Minä olen saanut nelosen kaikista. En ossoo kirjoittaa esseitä.*

**Opettaja:** *Minäpä neuvon sulle. Tuolta saat konseptipaperia, laitat siihen ranskalaisilla viivoilla niitä asioita, joita halusit kertoa. Sitten rupeet kirjoittamaan vastausta eli esseitä ja aina katot sieltä. Samalla, kun kirjoitat, sulle tulee mieleen jotain uusia asioita ja sitten lisää sieltä. Mikä se aihe on?*

**Oppilas 10:** *Mikä on äidinkielen merkitys yksilölle ja kansakunnalle? Mitä äidinkieli sinulle merkitsee?*

**Opettaja:** *Sullahan on hyvin tietoa siitä, koska sulla on suvussa eri äidinkieltä puhuvia. Tiedät kyllä, mikä sen merkitys on. Voit lähteä omasta itsestäsi.*

**Oppilas 10:** *Mutta ope, tässä on semmoinen kysymys, että äidinkieli sinulle merkitsee. Siitä on pakko saada piste, koska jokaisella on oma vastaus siihen.*

**Opettaja:** *Terävä huomio, terävä huomio!*

Vaikeassa tilanteessa oppilasta voi tukea tulkitsemalla hänen tunnetilansa ("sulla on varmaan hankalaa", "nyt rauhoitunut"). Tunteiden nimeäminen kunnioittavassa hengessä auttaa oppilasta ymmärtämään vaikeaksi koettu tilanne uudesta näkökulmasta. Tällaisessakin tilanteessa kuuntele, läsnäolo ja neuvottelu johtivat ennen pitkää tulokseen.

## POHDINTAA

Mielenkiintoista oli, että tässä aineistossa eli näillä videoituilla oppitunneilla ei noussut esiin lainkaan oppilaiden keskinäisiä ristiriitoja. Tämä oli jossain määrin yllättävää, koska kiusaamistapauksista keskustellaan mediassa nykyisin runsaasti. Oppilaiden ongelmat, joihin opettaja ja työpari tarttuivat, liittyivät oppilaan poissaoloihin, oppitunnilla käyttäytymiseen ja näistä syntyneisiin koulutehtävien laiminlyönteihin. Näissä yhteyksissä opettajan ja työparin toiminta liittyi oppilaiden sosiaalis-emotionaalisen eheyden tukemiseen.

Analyysin perusteella JOPO-luokkien päivät alkoivat aina oppilaan hyvinvointiin liittyvillä kysymyksillä "Miten voit, miten olet nukkunut ja mitä olet syönyt aamupalaksi?" Toisinaan opettaja kuvasi omia aamurutiineitaan virittääkseen oppilaiden ajatuksia ja avatakseen keskustelua. Opettajan lähestymistapa oli samansuuntainen useiden tutkimustulosten kanssa.

Terveet elintavat ovat selkeästi yhteydessä lasten ja nuorten käyttäytymiseen ja suorituskykyyn sekä koulumenestykseen. Tutkimusten mukaan (Paavonen ym. 2010; Dewald ym. 2010) lasten unen määrällä ja laadulla on yhteys kognitiiviseen suoriutumiseen ja myös koulutuloksiin. Paitsi koulusuorituksiin, unen laadulla ja määrällä on todettu olevan yhteys myös koulumotivaatioon (Meijer & Wittenboer 2004).

Opettaja kiinnitti huomiota myös aamuruokailuun. Kansainväliset tutkimukset liittävät ravinnon useimmiten köyhyyteen. Eli köyhillä oppilailla ravinnon määrä on vähäinen ja laatu heikko, koska perheillä ei ole varaa terveelliseen ravintoon. Tämä vaikuttaa merkittävästi lasten koulusuoriutumiseen. (esim. Acham ym. 2012.) Joissakin lähteissä korostetaan, että huono ravitsemustilanne ei suinkaan aina liity köyhyyteen. Nykykäsityksen mukaan myös hyvinvoivien perheiden lapsilla on virheellisiä ravintotottumuksia. (Hilderbrandt 2010; Eriksson 2011.)

Sääntöjen noudattaminen oli ongelma kaikille JOPO-oppilaille. Heikko minä-kuva ja itsekäsitys ilmenevät esimerkiksi sisäisen kontrollin puutteena. Sisäisen kontrollin kehittyminen edellyttää aluksi tiukkaa ulkoista kontrollia. (Keltikangas-Järvinen 1994; Kangas 2003.) Opettaja ja työpari pitivät tiukasti kiinni toimintaa ohjaavista, sovituista säännöistä.

Tämän videoaineiston analyysin perusteella oppilaiden aggressiivisuus ilmeni lähinnä reaktiivisena aggressiivisuutena. Käytännössä toiminta oli impulsiivista ja harkitsematonta. (Dodge & Coie 1987; Cacciatore 2007.) Tässä aineistossa oppilaille käyttäytymissäännöt palautuivat mieleen vasta, kun opettaja tai työpari palautti asian mieleen.

”Luuserin” itsekäsityksen ja minä-kuvan kohottamiseen näytti parhaiten toimivan keino, jossa opettaja ilmaisi selvästi oppilaan pystyvän paljon parempaan suoritukseen, mitä hän itse oletti ja vaati itseltään. Tämä toimintamalli pohjaa Weinerin (Weiner 2000, 2004) attribuutioteoriaan. Weinerin (2000, 2004) attribuutioteorian mukaan alisuoriutuvaa oppilasta kohtaan ei saa osoittaa liikaa ymmärtämystä. Sitä vastoin häntä pitää ohjata asiallisesti ja vaatia häntä käyttämään olemassa olevia kykyjään.

Oppilaan diagnostisoitu sairaus voitiin joskus kokea pelkäksi ongelmakäyttäytymiseksi opettajien näkökulmasta. Asimerkiksi ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) on sairaus, jota sairastava voidaan käyttäytymisensä vuoksi leimata häiriköksi ja valehtelijaksi niin koulussa kuin sen ulkopuolellakin. Kyseistä ongelmaa potevan nuoren on helpompi keskittyä esimerkiksi oppituntien aikana, jos hän käyttää keskittymisensä jotakin konkreettista apuvälinettä. (Michelsson ym. 2003; Savelius & Närhi 2002.) Videoilla esiintyvä opettaja oli selvillä oppilaan ongelmasta ja sen hoidosta ja selvitti ongelman oppilaan kanssa, kuten asiaan kuuluu.

Opettajan ja työparin toiminta edustivat kaikissa yhteyksissä oppilaiden kunnioittamista ja myös asiallisen kielenkäytön ja käytöksen edellyttäminen oppilaalta. Vuorovaikutuksessa painoutuivat asioiden nimeäminen eli yhteisen kohteen löytäminen, sen selittäminen ja

vaihtoehtojen, rakentavien ratkaisujen etsiminen opettajan (ja / tai työparin) ja oppilaiden yhteistyössä toistensa näkökulmia kunnioittaen.

Nämä piirteet ovat keskeisiä dialogisessa (Janhonen & Sarja 2000), uudistavassa (Sarja & Janhonen 2009), neuvottelevassa (Jokinen 2001) ja kunnioittavassa vuorovaikutuksessa. Tällaisen keskustelun aloittaminen ja ylläpitäminen edellyttää ”auktoriteettihenkilöltä” kykyä sosiaalis-emotionaaliseen kanssakäymiseen omassa yhteisössään. Nämä nuoret kaipasivat ohjausta omien taitojensa kehittelyyn.

Tämä pienimuotoinen tutkimus kuvaa luonnollisesti luokkayhteisössä toimimista tässä videoidussa aineistossa. Opettajan ja hänen työparinsa toiminta oli perusteltavissa aikaisempiin tutkimuksiin, joten toimintatapoja voinee suosittelua koulussa yleisesti käyttöönotettaviksi.

## KIRJOITTAJA

### Sirpa Janhonen

THT, Professori Emerita

Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, hoitotiede

Olen työskennellyt Merja Nikkosen työtoverina silloisella hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksella Oulun yliopistossa. Kirjoitimme esimerkiksi yhteisen artikkelin Merja Nikkosen väitöskirjaan. Merja Nikkosen väitöskirjan valmistuttua teimme yhteistyötä usean väitöskirjatyön ohjauksessa. Osassa yhteistyö keskittyi mielen terveystyöhön ja osassa etnograafiseen lähestymistapaan. Nämä väitöskirjatyöt koostuivat yhteenveto-osasta ja kansainvälisissä lehdissä julkaistuista artikkeleista. Siten useat väitöskirja-artikkelit olivat opiskelijan, Merja Nikkosen ja minun yhteisartikkeleita.

Järjestimme yhdessä ”Etnografinen lähestymistapa hoitotieteellisessä tutkimuksessa” -kurssin hoitotieteen jatkokoulutettaville. Kurssin ulkomaisena asiantuntijana toimi Ewa Pilhammar-Andersson, Ruotsista. Olemme toimittaneet yhdessä myös teoksen: Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) ”Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.” Helsinki: WSOY. Teoksesta on otettu uusintapainos.

Kun Merja Nikkonen siirtyi Kuopion yliopistoon, läheinen yhteistyö ja yhteiskirjoittaminen päättyi. Tämän jälkeen olemme olleet vapaita toimimaan asiantuntijoina (esitarkastajina, vastaväittäjinä) toistemme ohjaamissa opinnäytetöissä. Arvostan Merjan asiantuntijuuden mielen-terveystyön tutkijana ja opettajana sekä etnografinen ja yleisemminkin laadullisen lähestymistavan asiantuntijana todella korkealle. On ollut suuri ilo ja kunnia saada työskennellä hänen yhteistyökumppaninaan.



## Lähteet

Acham, H., Kikafunda, JK., Malde, MK., Oldewage-Theron, WH. & Abdulkadir, AE. 2012. Breakfast, midday meals and academic achievement in rural primary schools in Uganda: Implications for education and school health policy. *Citation: Food & Nutrition Research* 2012, 56: 11217, 1-12.

Bar-On, R. 2005. The impact of emotional-social intelligence on subjective well-being. *Perspectives in Education* 23(2), 41-61.

Cacciatore, R. 2007. Aggression portaat. Opetusmateriaalia kouluille. Helsinki: Opetushallitus.

Cohen, J. 2006. Social, Emotional, Ethical, and Academic Education: Creating a Climate for Learning, Participation in Democracy, and Well-Being. *Harvard Educational Review* 76(2), 201-237.

Dewald, JF., Meijer, AM., Oort, FJ., Kerkhof, GA. & Bögels, SM. 2010. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews* 14, 179-189.

Dodge, KA., & Coie, JD. 1987. Social-information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology* 53(6), 1146-1158.

Edwards, A., Lunt, I. & Stamou, E. 2010. Inter-professional work and expertise: new roles at the boundaries of schools. *British Educational Research Journal* 36(1), 27-45.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Eriksson, K. (reviewd articles) 2011. Research Nutrition & School Performance. *Research on Nutrition & School Performance/Livestrong.com*. [www.livestrong.com/article/389438-research-on-nutrition-school-performance/](http://www.livestrong.com/article/389438-research-on-nutrition-school-performance/)

Hildenbrandt, J. 2010. Link between nutrition and academic performance. [www.jenny-hildenbrandt.suite101.com/link-between-nutrition-and-academic-performance-a278743/](http://www.jenny-hildenbrandt.suite101.com/link-between-nutrition-and-academic-performance-a278743/)

Janhonen, S. & Sarja, A. 2000. A data analysis method for evaluating dialogical learning. *Nurse Education Today* 20, 106-115.

Janhonen, S. & Sarja, A. 2011. Monta tapaa tukea. Yhteistyömuotoja yläkoululaisen elämänhallinnan kehittämiseen. Opetushallitus. Oppaat ja käsikirjat 2011:17.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Empatiakyky, hoito ja huolenpito ammatissa. Teoksessa S. Janhonen & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY, 105-108.

Jokinen, K. 2001. Koulu neuvoteltavana. *Nuorisotutkimus* 4, 3-16.

Kallio, M. & McDowell, H. 2004. Nuoret ja mielenterveys. <http://www.helsinki.fi/home/korvela/vanha/opetus/perhekasvatus/Pienryma-tyot/>

Kangas, A. 2003. Ymmärryksen etsintää oppimisongelmien kohtaamiseen: teoreettista tulkintaa ja käytännön havaintoja oppimisvaikeuksien ilmeneemisessä, luonteesta ja auttamismahdollisuuksista. Kokkola: Jyväskylän yliopisto. Chydenius-Instituutin tutkimuksia 2.

Keltikangas-Järvinen, L. 1994. Hyvä itsetunto. Helsinki: WSOY.

Kurhila, A., Leinonen, L., Lempiäinen, P., Miettinen, M., Rinne, M. & Ruhanen, A. 1998. Mentorin abc nuoren ohjaajalle. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Nuori-Youth projekti.

Meijer, AM. & Wittenboer, GLH. 2004. The joint contribution of sleep, intelligence and motivation to school performance. *Personal and Individual Differences* 37, 95-106.

Michelson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. ADHD nuorilla ja aikuisilla. Juva: WS Bookwell Oy.

Paavonen, EJ., Räikkönen, K., Pesonen, A-K., Lähti, J., Komsu, N., Heinonen, K., Järvenpää, A-L., Strandberg, T., Kajantie, E. & Porkka-Heiskanen, T. 2010. Sleep quality and cognitive performance in 8-year-old children. *Sleep Medicine* 11, 386-392.

Sarja, A. & Janhonen, S. 2009. Methodological reflection: supervisory discourse and practice based learning. *Teaching in higher education* 14(6): 619-630.

Savelius, A. & Närhi, V. 2002. Tarkkaavaisuushäiriöinen oppilas yläasteella – merkit palkitsevat edelleen. *NMI-Bulletin* 12(4), 12-19.

Vieremö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. *Tieteessä tapahtuu* 3, 18-22.

Weiner, B. 2000. Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective. *Educational Psychology Review* 12(1), 1-14.

Weiner, B. 2004. Attribution theory revisited: transforming cultural plurality into theoretical unity. In DM. McInerney & S. Van Etten (eds.) *Big theories revisited*. Greenwich: Information Age Publishing, 13-29.

Yy, J. & Kirk, M. 2009. Evaluation of Empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1790-1806.



## Mielenterveyden edistäminen peruskoulun alakoulussa, yläkoulussa, lukiossa, ammatillisessa koulutuksessa ja ammattikorkeakoulussa

**Päivi Vuokila-Oikkonen**

### **JOHDANTO**

Mielenterveyden edistäminen voidaan nähdä laaja-alaisena toimintana, kun sitä toteutetaan yhteiskunnan kaikilla tasoilla ja se liittyy kaikkien yhteiskunnallisten toimijoiden alaan. Opetusministeriön toimialalla mielenterveyttä edistävät ja häiriöitä ehkäisevät toimet näkyvät koulutuksen alueella. Lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen tukeminen kaikissa ikävaiheissa ehkäisee mielenterveysongelmien syntyä ja lisää lapsen pärjävyyttä. Keskeinen lapsen selviytymistä tukeva tekijä on, että hänellä on yksi läheinen aikuinen. Tämä voi myös olla isovanhempi, kummi tai opettaja. Muita selviytymistä tukevia tekijöitä ovat lapsen hyvä oppimiskyky, sosiaaliset taidot, kaverisuhteet, harrastukset ja onnistumisen kokemukset. Myös koulujen tulee tarjota ihmissuhteita ja kokemuksia, jotka edistävät lapsen mielenterveyttä ja elämässä pärjäämistä. Nuoren elämäntaiheen suuret riskit liittyvät väärin valintoihin ja syrjäytymiskehitykseen. Alkoholien ja huumeiden karttaminen tai käyttö, koulun, toveripiirin ja seurustelun ongelmien ratkaisu sekä rikollisuuden ehkäisy tai rikollisen uran valinta tapahtuvat nuoruudessa. Nuoruudessa tehtävät valinnat vaikuttavat ihmisen elämässä pitkälle myöhemmin. (Harjajärvi 2006.)

Mielenterveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen kaikilla kouluasteilla on yhteiskunnallisesti tärkeä kehittämiskohde. Kuitenkin mielenterveyden edistäminen on puutteellista. Mielenterveyden edistämisen toiminnot koskevat koko koulua yhteisönä; opiskelijoita ja henkilökuntaa. (Harjajärvi 2006.) Useimmilta kunnilta puuttuvat sekä mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat että henkilöresurssit, joilla kunnan asukkaiden mielenterveyttä voitaisiin edistää. Tässä artikkelissa tarkastellaan mahdollisuuksia lapsen ja nuoren mielenterveyden edistämiseen eri kouluasteilla kahden käytännön tutkivan kehittämishankkeen avulla.

Ensimmäiseksi kuvataan tuloksia Kemi-Tornio ammattikorkeakoulun Kodin ja koulun yhteistyö (KOPSY) -hankkeessa. Mielenterveyden edistämisen ja psykososiaalisen hyvinvointiosaamisen kehittäminen (KOPSY) -hankkeessa tavoitteena oli opettajien ja muun koulun henkilöstön mielenterveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämisen osaamisen lisääminen ja sitä kautta peruskoululaisen mielenterveyden edistäminen. Toiseksi kuvataan mielenterveyden edistämistä perusterveydenhuollossa. Oulun kaupunkiin palkattiin vuonna 2011 psykiatrisia sairaanhoitajia, joiden työn painopiste on mielenterveyden edistäminen perusterveydenhuollossa kontekstina

peruskoulun alakoulut, yläkoulut, lukiot, ammatilliset oppilaitokset ja ammattikorkeakoulut.

Artikkelissa kuvataan hankkeen kehittämisprosessia ja syntyvää toimintamallia mielenterveyden edistämiseksi. Kehittämissankkeet ovat käytännön työelämän kehittämishankkeita ja vastaavat ammattikorkeakoululle asetettuun tehtävään (Toikko & Rantanen 2009).

### **MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN KOULUSSA**

Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä. Se on yksilön voimavara ja sen määrittely on kulttuuriin sidottua. Mielenterveyden voidaan myös sanoa heijastavan yksilön ja ympäristön välistä, alati muuttuvaa tasapainoa. Mielenterveyttä määrittävät tekijät voidaan jakaa yksilöllisiin tekijöihin ja kokemuksiin, sosiaaliseen vuorovaikutukseen, toimivaan yhteiskunnan rakenteeseen ja resursseihin sekä kulttuurissa määriteltyihin arvoihin. (Lavikainen ym 2004.)

Mielenterveys tarkoittaa elämänhallintaa, itsetuntoa, elinvoimaisuutta ja henkistä vastustuskykyä ja sen tunnusmerkkejä ovat hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita. Mielenterveyden erottamiseksi mielen sairaudesta käytetään käsitettä positiivinen mielenterveys, joka nähdään resurssina. (Bradburn 1965.) Positiivinen mielenterveys on elämän kivijalka, joka mahdollistaa elämän ilon ja toivon, tukee arjessa jaksamista ja auttaa kestämaan vastoinkäymisiä ja selviytymään niistä (Heiskanen ym. 2006).

Yksilön mielenterveyttä määrittävät useat yhtäaikaaisesti vaikuttavat tekijät. Näitä ovat muun muassa biologiset tekijät (kuten perintötekijät ja huumeiden käyttö), psykologiset tekijät (kuten kasvatusta ja itseluottamus) sekä sosiaaliset tekijät (kuten perhesuhteet ja sosiaalinen verkosto). Länsimaissa, joissa koululääketiede korostuu myös mielenterveyden määrittely voi enemmän painottua lääketieteen lähestymistapaan. (WHO 2010).

Kaikessa terveyden edistämässä tulisi ottaa huomioon mielenterveyden edistäminen. Mielenterveyden edistämällä vaikutetaan kokonaisterveyteen ja se on monitasoinen prosessi. Tavoitteena on vaikuttaa mielenterveyttä määrittäviin tekijöihin. Huomiota ei kohdisteta mielen sairauksiin, vaan sen lisäksi tulisi tunnistaa ja osoittaa laajemmin se, mitä mielenterveyden edistämien on. (WHO 2010). Mielenterveyden edistämällä eri kouluasteilla tarkoitetaan kehitysympäristöjen mahdollisuutta ja kykyä tukea lasta ja nuorta ikätasoisten kehityshaasteiden saavuttamisessa ja positiivisten kehityspolkujen luomisessa.

Mielenterveyttä määrittävät tekijät ovat usein terveyssektorin ulkopuolella, joten menestyksekkäältä mielenterveyden edistämiseltä vaaditaan rajoja ylittäviä ja poikkisektoraaalisia toimia (WHO 2010). Koulun arjessa kohtaavat lapsen, nuoren ja hänen perheensä kokemus ja ammattilaisten erilaiset tietoperustat ja niistä nousevat tavoitteet ja tehtävät. Lähtökohtana on lapsen, nuoren ja hänen perheensä asiantuntemus ja osallisuus omaa elämäänsä koskeviin asioihin. (Rivadeneira ym. 2000; Vuokila-Oikonen ym. 2002).

Yksilötasolla pyritään vahvistamaan yksilön voimavaroja, parantamaan arjessa ja kriisitilanteissa selviytymisen taitoja sekä tukemaan

tervettä psykososiaalista kehitystä. Yhteisötasolla korostuvat esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla, yhdistyksissä ja asuinalueilla käytävät prosessit, joilla mahdollistetaan sosiaalisen verkoston syntyä, säilyttämistä ja vahvistamista sekä osallisuuden kokemuksia. Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveyden edistäminen näkyy ihmisoikeuksien, lainsäädännön, hyvinvointi- ja terveyspoliittisten ohjelmien sekä hyvinvointistrategioiden toteutumisen kautta. (Partanen ym. 2010.)

Mielenterveyden edistämisen tulee kohdistua lapsen ja nuoren kehitystehtävien tukemiseen. Nuorten ja lasten mielenterveyden edistämisen lähtökohdat ovat tunne-elämän ja ajattelun alueella. Mikäli lapsi ja nuori saa tukea ja apua siinä vaiheessa, kun hänen tunne- ja ajattelumaailmansa kehittyy hän oppii ratkaisemaan elämän liittyviä haasteita myös tulevaisuudessa. Tärkeimmät tavoitteet mielenterveyden edistämisen näkökulmasta ovat sosiaalisten taitojen, ongelmanratkaisutaitojen ja tunnetaitojen kehittyminen. Mielenterveyden edistämistyö on ollut tähän asti pitkälti varhaista puuttumista, eli huomio on kiinnittynyt nuorten riskikäyttäytymiseen ja riskiryhmiin. Toiminnan painopistettä tulisi siirtää nuorten mielenterveyden vahvistamiseen tukemalla nuorten persoonallisuuden ja identiteetin kehittymistä, jakamalla nuoren tunnekokemuksia sekä kannustamalla nuorta ajattelemaan itse omia arvojaan ja valintojaan. Nuoren oma kokemus psyykkisestä terveydestään on tärkeä tekijä mielenterveyden rakentumisessa. (Kinnunen 2010.)

Keskeistä onnistuneille mielenterveyden edistämishojelmalle on, että pyritään vaikuttamaan useiden riski- tai suojaavien tekijöiden yhdistelmään. Tällaisia ovat ohjelmat, jotka koskevat kohderyhmälle tärkeää sosiaalista verkostoa, kuten vanhempia, opettajia tai perhettä, intervention tulee toistua useita kertoja ja ohjelmassa tulee käyttää interventiomenetelmien yhdistelmää (esim. sosiaalinen tuki ja selviytymistaidot). (Lavikainen ym. 2004.) Lisäksi mielenterveyden edistämistyössä tärkeää on vaikuttaa emotionaalista tyhjyyttä ehkäisevästi (Vuokila-Oikonen & Ruotsalainen 2010) ja tunnistaa mahdollinen nuoren psykoosiriski (Vuokila-Oikonen ym. 2010).

### **TYÖELÄMÄN TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA**

Ammattikorkeakoulun yhtenä tehtävänä on työelämän tutkiva kehittämistoiminta (Toikko & Rantanen 2009). Tähän antaa mahdollisuuden toimintatutkimus, siihen liittyvät lähestymistavat ja menetelmät. Taustaltaan toimintatutkimus on yhteiskunta- ja suunnittelutieteellistä, mutta sitä käytetään hoitotieteessä, sosiaalitieteissä ja kasvatustieteessä. Työelämän tutkiva kehittäminen osallistaa työelämän ja ammattikorkeakoulun toimijat yhteistyöhön. Toimintatutkimus on pääosin laadullisen tutkimuksen suuntaus, jolla pyritään kehittämään kohteena olevaa organisaatiota sen toimintatapoihin vaikuttamisen kautta. Toimintatutkimuksessa on keskeistä vaikuttamisen pyrkimys ja tutkijan osallistuminen toimintaan ja mukanaolo organisaation arkipäivässä. (Heikkinen ym. 2007; Potvin ym. 2010.)

Kehittämisen lähtökohtana on työelämässä syntynyt muutostarve. Tutkimuksen aluksi kartoitetaan nykytilanne ja selvitetään tutkimukseen vaikuttavia lähtökohtia. Kartoituksen pohjalta ideoidaan tutkimuksen toimintamalli. Toimintatutkimuksessa toteutetaan

interventioita eli vaikuttavia toimenpiteitä, seurataan ja havainnoidaan niiden toimivuutta. Arviointi merkitsee erityistä toiminnan vaikutusten arviointia. Prosessin lopulla pyritään vaikuttamaan siihen, että kehittyneempi toimintamalli juurtuisi toimintatutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon. On toivottavaa, että prosessi jatkuu omavaraisena tutkimuksen tai sen tietyn vaiheen päätyttyä. (Heikkinen ym. 2007; Toikko & Rantanen 2009; Potvin ym. 2010.)

Toimintatutkimuksessa interventiolla tarkoitetaan kohdeorganisaatiossa tehtävää muutosta, jolla pyritään avaamaan uusia näkökulmia organisaation toimintatapoihin. Interventiolla ei sinänsä siis välttämättä uskota saavutettavan esimerkiksi toiminnan tehostumista tai parantumista, vaan tuloksena voi olla myös uusi tapa ajatella, jonka tehty muutos mahdollistaa purkaessaan tottumukseksi muodostuneita ajattelu- ja toimintamalleja. (Heikkinen ym. 2007; Toikko & Rantanen 2009, Potvin ym. 2010.)

Mielenterveyden edistämisen kehittämishankkeissa tarve syntyi tiedosta, että nuorten syrjäytymisen riski kasvaa. Toisaalta tietoisuus tai tunne korjaavan työn määrästä ja sen mahdollisesta lisääntymisestä tulevaisuudessa laitto miettimään painopisteen siirtämistä mielenterveyden edistämisen suuntaan. Tähän haluttiin vaikuttaa kehittämällä mielenterveyttä edistävää toimintamallia yhteistyössä työelämän ja ammattikorkeakoulujen (Diak ja Kemi-Tornio amk) kanssa (Toikko & Rantanen 2009).

### **MIELENTERVEYDEN OSAAMISEN LISÄÄMINEN PERUSKOULUN LUOKILLA 1–6**

Kemi-Tornio ammattikorkeakoulun kodin ja koulun yhteistyö -projekti, mielenterveyden edistämisen ja psykososiaalisen hyvinvointiosaamisen kehittäminen (KOPSY) -hankkeessa tavoitteena oli opettajien ja muun koulun henkilöstön mielenterveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämisen osaamisen lisääminen. Hankkeessa kehitettiin toimintamalleja, joilla pyritään lapsen lähiympäristön aikuisten yhteisöllisyyden ja yhteistyön vahvistamiseen, erilaisuuden hyväksymiseen sekä perheen osallistamiseen.

Yhteistyö kodin ja koulun välillä puhuttaa ja haastaa vanhempia ja koulun henkilökuntaa. Siten tässä artikkelissa kuvataan kodin ja koulun yhteistyön kehittämisen toimintamalleja ”kohti dialogisuutta peruskoulussa”, ratkaisukeskeistä toimintamallia (RATKOMO) ja mallia ylisukupolvisuuden tiedostamiseen. Muista hankkeen tuloksena syntyneistä toimintamalleista voi lukea hankkeen julkaisusta (Pietiläinen & Vuokila-Oikkonen 2012).

Vanhempien osallisuus koulussa on perinteisesti ollut vanhempien ryhmiin ja vanhempainiltoihin osallistumista. Vanhemmat ovat olleet enempi tai vähempi kuulijan roolissa yhteistyössä koulun ja kodin välillä. Hankkeessa haluttiin nähdä vanhemmat kokonaisvaltaisempina osallistujina koulun toimintoihin (Niemi 2010).

Syntyneen ”Kohti dialogisuutta peruskoulussa” -toimintamallin mukaan vanhemmat toivovat koulun puolelta aktiivista yhteydenottoa. Yhteistyöhön kutsutaan niitä henkilöitä, joita puheeksi otettava asia koskee. Tärkeäksi koetaan, että tapaamisessa on läsnä opetukses-

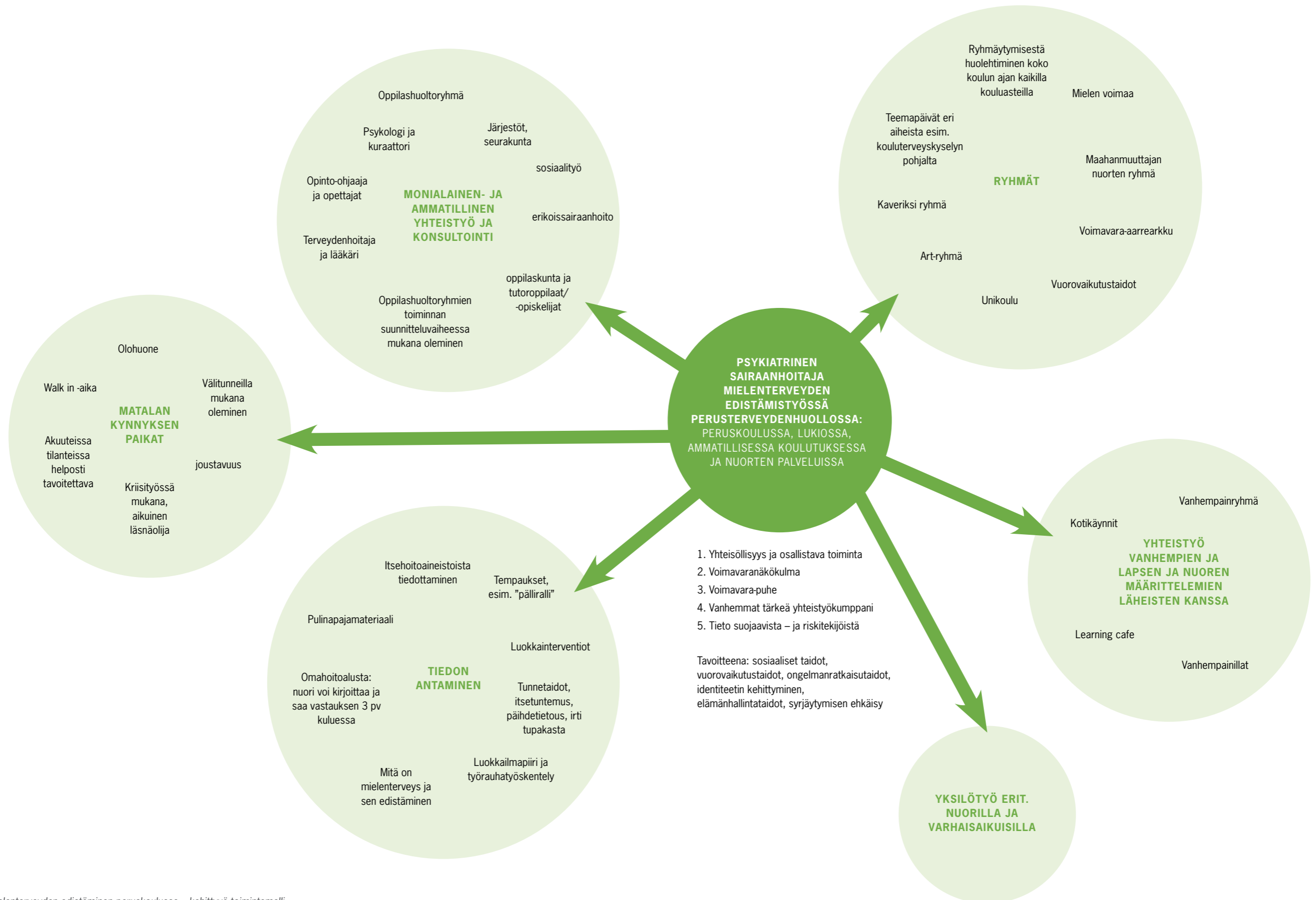
ta ulkopuolinen henkilö. Yhteistyössä tapahtuvalle vuorovaikutukselle asetetaan haasteita. Vuorovaikutuksen toivotaan olevan dialogista. Dialogissa korostuu yhteistyöhön pyrkivä asenne, joka on tunnetta kuulluksi tulemisesta, tukemisesta ja tuen saamisesta. Huolen jakaminen ja kuulluksi tuleminen tunteen syntyminen ovat tärkeitä. Kaikkien, sekä samanlaisten että erilaisten, näkemysten kuunteleminen, niiden arvostaminen ja jakaminen ovat olennaisia. Tietoisuus siitä, että vanhemmat tuntevat lapsensa ja hänet kotiympäristöstä ja opettajat tuntevat lapsen kouluympäristöstä johtaa kokemukseen jaetusta asiantuntijuudesta. Tällöin molemmat sekä vanhemmat että opettajat ovat oikeassa ja tehtävänä onkin jakaa tätä tietoa toisille ja sen pohjalta rakentaa ratkaisuja.

Keskustelun lähtökohtana ja lähestymistapana toivotaan olevan voimavarat ja positiivisuus. Voimavarojen ja positiivisuuden korostamisella vahvistetaan mielenterveyttä ja positiivisia, hyviä, jo toimivia asioita. Voimavarat ja positiiviset asiat otetaan käyttöön tilanteiden ratkaisemisessa. Yhteistyö on yhteistoimintaa, jossa pelkkä asioiden ja tapahtumien ymmärtäminen ei ole riittävää. Keskustelun aikana syntyvien tunteiden tiedostaminen ja niiden vaikutuksen tiedostaminen liittyväksi vuorovaikutukseen luo mahdollisuuden empaattiselle kuuntelemiselle. Keskustelussa toivon löytäminen ja luominen sekä yhteisesti jaettu tunne siitä, että asiat järjestyvät luovat luottamusta. Yhteistyön tuloksena toivotaan syntyvä konkreettisia toimintatapoja kokeiltavaksi. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011; Vuokila-Oikkonen 2012.)

RATKOMO tarkoittaa ratkaisukeskeistä lähestymistapaa ja on kodin, oppilaan ja moniammatillisen työryhmän yhteistyötä. Tavoitteena on pitkään jatkuneen ongelmatilanteen, esimerkiksi kiusaamisen, ratkaiseminen. RATKOMO on prosessi ja sisältää 3–5 tapaamista 2–3 viikon aikana. RATKOMOssa tärkeää on positiivinen ilmapiiri, yhteistyöhön pyrkiminen, kuulluksi tuleminen, ratkaisuihin pyrkimys ja tulevaisuuteen suuntaaminen. RATKOMO on uudenlaista, kaikkia osallistujia osallistavaa, yhteistyötä kodin ja koulun välillä. Työskentely on koettu hyväksi ja palkitsevaksi ja sen edelleen juurruttaminen ja kehittäminen sisällön näkökulmasta on tulevaisuuden haaste. (Heikura & Törmälä 2012.)

Ylisukupolvisuus haastoi kehittämään koulun henkilökunnan toimintamallia tuen näkökulmasta. Ylisukupolvisuus on positiivisessa mielessä voimavara ja aineetonta pääomaa, jossa tiedot, taidot ja huolenpito siirtyvät sukupolvien välillä molempiin suuntiin. Kuitenkin KOPSY-hankkeen alussa ylisukupolvisuudella viitattiin ongelmiin, jotka siirtyvät sukupolvelta toiselle ja näkyvät perheen sisällä ja koulussa. Huonon sosiaalisen perimän katkaisemiseksi kehitettiin keinoja, joiden toiminnan lähtökohtana on tuki ja tukeminen. Vanhemmat tarvitset tuekseen omia verkostojaan, mutta myös koulun tukea ja tällöin koulu voi olla mahdollistamassa ja edistämässä kommunikaatiota lasten ja vanhempien välillä.

Hankkeen tuloksena tukevan toiminnan kautta suhteet ovat voineet elävöityä ja tietoa on välittynyt siitä, mitä kukin ajattelee, kokee, toivoo ja pelkää. Vanhemmuus voi olla ajoittain hukassa ja opettajan tukea tarvitaan sen tunnistamiseen ja ohjaamiseen. Vanhempien, lasten ja opettajien tapaamiset ovat olleet koulun tiloissa ja perhekeskustelut ovat antaneet mahdollisuuden jakaa, muistella ja miettiä



Kuva 1. Mielenterveyden edistäminen peruskoulussa – kehittyvä toimintamalli

omaa perhettä, sen muutoksia ja kytköksiä ympäröivään yhteisöön ja yhteiskuntaan. (Vinkki 2012.)

## **MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA KOULU KONTEKSTINA**

Oulun kaupungin perusterveydenhuoltoon palkattiin mielenterveyden edistämiseen kahdeksan psykiatrista sairaanhoitajaa. Heidän toimipaikat ovat peruskoulussa, lukiossa, ammatillisessa oppilaitoksessa, ammattikorkeakouluissa ja nuorille tarkoitettussa matalan kynnyksen palvelupisteessä. Lähtökohtana toimintamallin kehittämisessä oli, että mielenterveyden edistäminen koulussa tarkoittaa sellaisten interventioiden kehittämistä ja käyttämistä, jotka tukevat ihmisen normatiivista kehitystä ja suojaavia tekijöitä. Koulu yhteisöjen sosiaalinen pääoma tukee mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyden toimintamalli kehitetään yhteistyössä kouluissa toimivien työntekijöiden, sidosryhmien, vanhempien, lasten ja nuorten kanssa (Nisula & Vuokila-Oikonen 2010).

Käytännössä kehittäminen tapahtuu työelämässä ja kerran kuukaudessa tapahtuvissa työpajoissa. Työpajoissa määriteltiin tavoite toimintamallin kehittämiseksi mielenterveyden edistämisen näkökulmasta. Työpajoissa kuultiin eri sidosryhmiä ja rajapinnalla työskenteleviä ammattilaisia sekä vanhempia, opiskelijoita ja oppilaita. Työpajojen välillä psykiatriset sairaanhoitajat kokeilivat toimintamallia käytännössä. Työpajoissa mallinetaan syntyvää tietoa, sitä kokeillaan käytännössä ja edelleen tutkitaan ja kehitetään. Työpajoissa mallin rakenne ja sisältö syntyvät ja tarkentuvat.

Toiminnan kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa luotiin yhteinen ymmärrys mitä mielenterveyden edistäminen on. Psykiatrisen sairaanhoitajat kirjoittivat oman orientaationsa ja ymmärryksensä mielenterveyden edistämisestä, joka analysoitiin ja mallinnettiin. Hankkeen alussa perehdyttiin tutkimustiedon avulla mitä on vaikuttava mielenterveyden edistäminen ja siihen liittyvät interventiot. Mallin muodostamiseksi kartoitettiin Oulun kaupungissa olevat ja olleet hankkeet, joiden tuloksia toiminnassa voidaan juurruttaa ja kehittää. Esimerkiksi Mielenterveysseuran Pulinapaja-hanke oli tällainen.

Mielenterveyden edistämisen toiminnassa eri kouluasteilla tärkeää on tiedon jakaminen, matalan kynnyksen paikat, toiminta ryhmissä, yhteistyö vanhempien ja verkoston kanssa ja yksilötyö erityisesti varhaisnuorten ja nuorten kanssa. Tietoa jaetaan mielenterveydestä ja sen edistämisestä. Tietoa mielenterveydestä ja sen edistämisestä syntyy terveystiedon tunneilla yhdessä opettajan kanssa. Tiedon prosessointi ja siitä keskustelu ja sen yhteiseksi osaamiseksi saattaminen ovat olennaisia.

Alakoulussa matalan kynnyksen toimintaa ovat välitunti- ja päivystystoiminta. Yläkoulussa, ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakoulussa ja lukiossa walk in -toiminta tarkoittaa avointa paikkaa tai huonetta, johon voi tulla keskustelemaan ilman ajanvarausta. Päivystysluntonen toiminta ilman lähetettä on joustavuutta ja erilaisiin tilanteisiin reagoimista. Matalan kynnyksen paikoissa korostuu niiden helppo tavoitettavuus ja tapahtuminen siellä missä lapset ja nuoret koulussa viettävät aikaa.

Ryhmiä päämääränä on mielenterveyden edistäminen. Ryhmätoiminta, jossa tavoitteena on tunnetaitojen, vuorovaikutustaitojen ja voimavarojen oppiminen alakoulussa ja myöhemmin taitojen vahvistuminen on vaikuttavaa mielenterveyden edistämistä. Ryhmätoiminta ja ryhmäytymisestä huolehtiminen ehkäisevät kiusaamista. Eri kouluasteilla toimii erilaisia ryhmiä, myös koulujen erilaiset tarpeet edellyttävät erityyppistä ryhmätoimintaa. Ryhmiä ovat unikoulu, ART-ryhmä ja erilaiset voimavararyhmät. Vertaisryhmissä korostuu oman elämäntilanteen jakaminen. Tärkeä on, että jokaisella on ainakin yksi läheinen ystävä.

Mielenterveyden edistämisessä korostuu vanhempien kanssa tehtävä yhteistyö ja yhteisölliset lähestymistavat ovat vaikuttavaa mielenterveyden edistämistä. Erityisesti lasten kohdalla vanhempien kanssa tehtävä yhteistyö on vaikuttavaa mielenterveyden edistämistä. Yhteistyö vanhempien kanssa on kumppanuutta ja muodostuu erilaiseksi riippuen kouluasteesta. Keskustelu on dialogia, joka mahdollistaa lasten, nuorten, vanhempien ja koulussa toimivien henkilöiden osallisuuden. Nuorten kohdalla vertaisuus ja ryhmiin kohdistuva toiminta ovat vaikuttavia, myös yksilölliset kohtaamiset tähtäävät mielenterveyden edistämiseen.

Syntyvää toimintamallia arvioidaan koko kehittämisen ajan ja siinä olevan toiminnan tulee kehittyä ja joustaa uuden tiedon ja yhteiskunnallisen tilanteen tuomiin haasteisiin. Alustava malli mielenterveyden edistäminen perusterveydenhuollossa valmistuu toukokuussa 2012. Lisäksi on tärkeää, että mallissa olevat toiminnot tapahtuvat suunnitellusti ja suunnittelun taustalla ovat perustelut toiminnalle (kuva 1). Jatkossa kehittämistyössä keskitytään mallissa olevien sisältöjen tarkempaan kehittämiseen.

## **JOHTOPÄÄTÖKSET**

Mielenterveyden edistämistyö on ollut pitkälti varhaista puuttumista ja huomio on kiinnittynyt nuorten riskikäyttäytymiseen ja riskiryhmiin. Suosittelavaa on, että toiminnan painopistettä siirretään nuorten mielenterveyden vahvistamiseen tukemalla nuorten persoonallisuuden ja identiteetin kehittymistä, jakamalla nuoren tunnekokemuksia sekä kannustamalla nuorta ajattelemaan itse omia arvojaan ja valintojaan. Nuoren oma kokemus psyykkisestä terveydestään on tärkeä tekijä mielenterveyden rakentumisessa. (Kinnunen 2010.)

Väestön mielenterveyttä voidaan edistää erilaisilla toimenpiteillä (Doughty 2005). Tässä artikkelissa kuvatut työelämän tutkimukselliset kehittämishankkeet pitävät sisällään juuri tällaisia mielenterveyden edistämiseen tähtäviä toimintoja.

Itsetuntoa vahvistavien, koulukiusaamista vähentävien ja emotionaalista toimintakykyä kohentavien kouluohjelmien on todettu edistävän mielenterveyttä. Myös yhteisöllisyyttä tukevilla, osallisuutta vahvistavilla, sosiaalista vastuuta kehittäville ja voimaannuttavilla interventiolla on todettu olevan hyviä vaikutuksia mielenterveyteen. Kinnunen ym. (2011) mukaan koululla on sen virallisten tehtävien lisäksi lasten ja nuorten vuorovaikutusverkosto ja siellä muodostuu erityisesti kavereihin liittyvät vertaisryhmät. Kaveriverkostot ovat lapsille ja nuorille erittäin tärkeitä kasvamisen ja toiminnan areenoita. Erityisen

merkittävä kaveriverkosto on sosiaalisen tuen tuottajana. Sosiaalisten verkostojen ulkopuolelle jääminen on erittäin suuri riski lapsen ja nuoren mielenterveydelle ja hyvinvoinnille.

Mielenterveyden edistämisen kehittämishankkeissa tulee huomioida, että lapset ja nuoret eivät ole oman elämänsä passiivisia sivusta-seuraajia. Heidän oma toimintansa heille luontaisissa verkostoissa, perheessä, koulussa, kaveripiirissä ja harrastuksissa sekä niissä muodostuvat toimintakäytännöt vaikuttavat mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Tärkeitä lapsen ja nuoren mielenterveyden ja sitä kautta hyvinvoinnin lähteitä ovat vanhemmat ja perhe, kaverit ja vertaiset, lapsi ja nuori itse sekä heidän elämässään läsnä olevat instituutit. Mielenterveyteen liittyvät voimavarat syntyvät lapsen ja nuoren toimiessa vuorovaikutuksessa muiden kasvuyhteisön toimijoiden ja yhteisössä vallitsevien pelisääntöjen ja toimintakulttuurin kanssa. (Kinnunen ym. 2011.)

Kuitenkin vankempien kanssa tehtävä yhteistyö haastaa kokemuksen ja tässä artikkelissa kuvatuissa kehittämishankkeissakin, joten yhteistyön kehittäminen on keskeistä. Kinnusen ym. (2011) mukaan vanhempien merkitys vuorovaikutussuhteissa on keskeinen lapsen ja nuoren mielenterveyden ja hyvinvoinnin kehittämisessä, vaikka merkitys jonkin verran aleneekin iän myötä. Vielä merkittävämpi on kaveripiiri, joka muodostaa itsenäistymisen kannalta tärkeää vertaisuuteen perustuvan verkoston. Kokemukset iloista ja suruista jaetaan kavereiden kanssa. Koulu on tärkein kaveriverkoston kohtaamispaikka. Kavereiden kanssa tulevat vaikeudet ratkaistaan lasten osalta vanhempien tuella.

Iän myötä vanhempien osuus vähenee ja tilalle tulevat omat sisarusukset ja muut kaverit. Myös kotona olevat huolet siirtyvät vanhempien ja sisarusten lisäksi kavereille. Kouluun liittyvien vaikeuksien keskeisiä auttajia ovat lasten ja nuorten vanhemmat ja yhtä tärkeinä ovat kaverit. Opettajien ja oppilashuollon ammattilaisten merkitys tuen antajana erilaisissa vaikeuksissa jää Kinnusen ym. (2011) tutkimuksen mukaan vähäiseksi.

Koulu on siis lapselle ja nuorelle monella tapaa merkityksellinen yhteisö. Yhteisöllisyyden lisäämiseksi sosiaalinen pääoma tarjoaa mahdollisuuden. Lisäämällä sosiaalista pääomaa voidaan vaikuttaa syrjäytymistä ehkäisevästi (Vuokila-Oikkonen & Mantela 2011). Sosiaalinen pääoma nähdään yhteisöllisenä ominaisuutena, sitä voidaan mitata ja sen lisäämiseksi voidaan kehittää toimintaa ja interventioita. Ammattikorkeakoulu-yhteisössä sosiaalinen pääoma on luottamusta, osallisuutta ja voimavaroja. (Vuokila-Oikkonen & Kainulainen 2010.)

Koska lapset ja nuoret haluavat olla yhä enemmän osallisia omassa elämässään, niin peruskoulussa osallisuutta voidaan lisätä Niemen ym. (2010) mukaan kehittämällä osallistavaa pedagogiikkaa. Edellytyksenä kuitenkin on, että lapset, nuoret ja vanhemmat haluavat osallistua lastensa koulunkäyntiin ja ovat halukkaita kehittämään yhdessä koulun kanssa osallistavaa toimintakulttuuria. Tällöin vanhempia voidaan osallistaa opetuksen ja opetusmenetelmien suunnitteluun.

Edellä kuvattu toiminta tukee parhaimmillaan opettajan työtä. Anneli Sarja (2007) kysyy kuitenkin, miten koulu-yhteisöistä tehdään oppilaille, opiskelijoille ja opettajille niin kiinnostavia oppimisympäristöjä, että heillä olisi halua ja rohkeutta kasvaa ihmisinä ja sitoutua aitoon dialogiin toistensa kanssa? Edellisten lisäksi joukkoon voi lisätä vielä vanhemmat. Sarjan (2007) mukaan oleellinen luottamuksen kehittämisen ehto on yhdessä jaettu kiinnostuksen kohde. Kiinnostuksen kohde voi olla kaikkia osapuolia koskettava tapahtuma. Tapahtuman tulee herättää osallistujissa voimakkaita emotionaalisia, jopa ristiriitaisia tunteita. Nämä yhteiset kokemukset käynnistävät osallisissa erilaisia "kuvitteellisia kertomuksia", moniäänisyyttä, mikä sitouttaa ihmiset yhteistoimintaan. Tapahtuman rakentava käsittely tapahtuu aidossa dialogissa, erilaisten, myös vastakkaisen, tietojen, äänien, näkemysten ja mielipiteiden vaihtona. Dialogi tarkoittaa uskomusten, tunteiden ja kokemusten, eri äänten ymmärtämistä, joihin toinen ihminen näkemysensä perustaa (Seikkula & Trimble 2005, Seikkula ym. 2011).

Dialogisuus ei kuitenkaan ole menetelmä tai temppu. Se on lähestymistapa ja uudenlainen orientoituminen yhteistyöhön. Yhteisen kielen löytymistä, ns. arkikielistä keskustelua, kuuntelua ja jokaisen puheelle ja mielipiteelle tilan antamista. Dialogisissa välitetään tulkintojen tekemistä. Se on epävarmuuden sietämistä. Epävarmuus tulee siitä, että aina ei löydetä vastauksia. Voidaan löytää useita ratkaisuja ja vasta niiden kokeileminen antaa tietoa niiden toimivuudesta. Dialogisen lähestymistavan ja menetelmän oppiminen vaatii oman toiminnan tarkastelua ja edelleen kehittämistä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2004; Vuokila-Oikkonen ym. 2010; Vuokila-Oikkonen & Lämsy 2010; Vuokila-Oikkonen 2012.)

Koulun arjessa yhteistyön tarve voi syntyä huolesta ja dialogisuuteen voidaan liittää huolen puhumisen näkökulma ratkaisukeskisytydestä. Tällainen huolen puheeksi ottaminen on prosessi, jossa ensimmäisessä vaiheessa ilmaistaan toiselle halu puhumiseen, koska jokin asia huolestuttaa itseä. Voidaan kysyä, milloin toisella olisi sopiva aika keskustelulle ja sovitaan yhteinen aika. Keskustelu perustuu kuuntelemiseen, arvostamiseen, tilan antamiseen ja empatiaan. Muotoillaan huoli tavoitteen muotoon. Keskustelun alussa ilmaistaan toive keskustelulle. Sitten puhutaan huolen ratkaisemisen hyödyistä ihmiselle itselleen. Prossin seuraavassa vaiheessa on tärkeä puhua siitä, mikä lisää uskoa asian onnistumiselle ja ratkaisemiselle. Lopuksi tehdään sopimukset asian ratkaisemiseksi (Furman & Ahola 2002; Szabo & Meier 2008).

Mielenterveyden edistämisen paradigma asettaa haasteita ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman kehittämiselle. Sairaanhoidajakoulutuksen opetussuunnitelman primäärijäsentäjä on perinteisesti ollut lääketiede ja sekundaarijäsentäjät ovat liittyneet lääketieteellisiin diagnooseihin. Mielenterveyden oppimisessakin, huolimatta opintojen nimestä, opiskellaan laajasti mielen sairauksia, niiden etiologiaa ja hoitoa. Mielenterveyden osaamisen oppimiseksi tarvitaan uudenlaista paradigmaa, jonka lähtökohdina ovat positiivinen mielenterveys, mielenterveyttä edistävät ja suojaavat tekijät, sosiaalinen pääoma, ihmisen voimavarat ja osallisuus.

Tässä artikkelissa kuvatuissa kehittämishankkeista voi johtaa seuraavia kehittämisen haasteita:

1. Mielenterveyden edistämisen toiminnan systemaattinen kehittäminen.
2. Sosiaalisen pääoman vahvistaminen yhteisössä: lasten, nuorten, vanhempien ja heille tärkeiden verkostojen ja koulun henkilökunnan osallistavan toiminnan ja voimavarojen vahvistaminen.
3. Dialogisuuden kehittäminen kohtaamisen lähestymistavaksi ja menetelmäksi.
4. Vanhempien ja lapsen ja nuoren määrittelemien tärkeiden ihmisten osallistaminen mielenterveyden edistämiseen.
5. Koulun epävirallisen roolin vahvistaminen tärkeäksi osaksi mielenterveyden edistämistä.
6. Ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman paradigman muutos.

## KIRJOITTAJA

### Päivi Vuokila-Oikkonen

TtT, tutkijayliopettaja  
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Yhteistyö Merja Nikkosen kanssa oli tärkeä osa väitöskirjatutkimuksessani. Hänen asiantuntijuutensa prosessin aikana oli merkittävää. Yksi väitöskirjanartikkelini on tehty yhteistyössä Merjan ja Sirpa Janhosen kanssa. Ohjauksissa ja artikkelin työstämisessä näkyi Merjan asiantuntijuus ja innostuneisuus psykiatriseen hoitoon. Olimme lisäksi kollegoita kun työskentelimme Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksella.

## Lähteet

Bradburn, N.M. & Caplovitz, D. 1965. *Reports on happiness*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Doughty, C. 2005. *The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults*. NZHTA Report 2005, 8(2). Hakupäivä 3.11.2011. [http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/finalmhp7\\_05.pdf](http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/finalmhp7_05.pdf)

Furman, B. & Ahola, T. 2002. *Työpaikan hyvä henki ja kuinka se tehdään*. Tammi.

Harjajarvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus*. Acta 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Hakupäivä 16.3.2012. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/AA8D982E-DDB4-455F-AD51-880AD50791A5/0/187merttuverkkoon.pdf>

Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. *Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heikura, S. & Törmälä, P. 2012. *Kodin ja koulun yhteinen ongelmista ratkaisun sovellus – RATKOMO*. Teoksessa H. Pietiläinen & P. Vuokila-Oikkonen (toim.) Ilo antaa siivet. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raportit ja selvitykset 2. Oulu: Uniprint, 57-65. [http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen\\_Vuokila-Oikkonen\\_B\\_2\\_2012.pdf](http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen_Vuokila-Oikkonen_B_2_2012.pdf)

Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. 2006. *Handbok i psykiska första hjälpen*. Vasa: Österbotten-projektet. <http://trinity.siteadmin.fi/File.aspx?id=499106&ext=pdf&routing=455339&webid=455341&name=handbok%20sve>

Kinnunen P., Honkakoski A. & Vuorijärvi P. 2011. *Oulun seudun lasten ja nuorten hyvinvointitutkimusten tulosten perusteella tehdyistä johtopäätöksistä ja toimenpiteistä*. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Pohjois-Pohjanmaan toimintayksikkö. Hakupäivä 16.3.2012.

[http://oulu.ouka.fi/seutu/vanhatseutusivut\\_2012/tukeva/Tukeva2/TUKEVA-seminaari%2023.11.2011/Tiivistelma%20Arja%20Honkakoski.pdf](http://oulu.ouka.fi/seutu/vanhatseutusivut_2012/tukeva/Tukeva2/TUKEVA-seminaari%2023.11.2011/Tiivistelma%20Arja%20Honkakoski.pdf)

Kinnunen P. 2010. *Nuoruudesta kohti aikuisuutta*. Tampere: Yliopistopaino Oy Juvenes Print. Väitöskirja.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.) 2004. *Mielenterveystyö Euroopassa*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17.

Niemi, R., Heikkinen, H.L.T. & Kangas, L. 2010. *Osallisuus koulupedagogiikan lähtökohdanna*. Kasvatus 41(1), 53-62.

Nisula, L. & Vuokila-Oikkonen, P. 2010. *Työelämän kehittäminen muutostilanteessa: esimerkkinä kahden kunnan yhdistyminen*. Työelämän tutkimus 2, 201-207.

Partanen A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) 2010. *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Pietiläinen, H. & Vuokila-Oikkonen, P. 2012. *Ilo antaa siivet*. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raportit ja selvitykset 2. Oulu: Uniprint. [http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen\\_Vuokila-Oikkonen\\_B\\_2\\_2012.pdf](http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen_Vuokila-Oikkonen_B_2_2012.pdf)

Potvin, L., Bisset, S.L.B. & Waltz, L. 2010. *Participatory Action Research: Theoretical Perspectives on the Challenge of Research Action*. In I. Bourgeault, R. Dongwall & R. de Vries (eds.) *The Sage handbook of Qualitative methods in Health Research*. Sage publications.



Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. & Waitzkin, H. 2000. Patient Centredness in Medical Encounters Requiring an Interpreter. *The American Journal of Medicine* 108, 470-474.

Sarja, A. 2007. Ohjausdialogi, yhteisöllisyys ja opetustyö. Teoksessa M. Taajamo & S. Puukari (toim.) *Monikulttuurisuus ja moniammatillisuus ohjaus- ja neuvontatyössä*. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Tutkimuslustoja 36, 37-47.

Seikkula, J. & Trimble, D. 2005. Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love Family Process 44(4), 461-4754.

Seikkula, J., Laitila, A. & Rober, P. 2011. Making Sense of Multi-Actor Dialogues in Family Therapy and Network Meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*. In press.

Terveyden edistämisen ohjelma. MLL:n terveyden edistämisen ohjelma 2009–2015. Hakupäivä 11.11.2011. [http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden\\_edistamisen\\_ohjelma/](http://www.mll.fi/ajankohtaista/terveyden_edistamisen_ohjelma/)

Szabo, P. & Meier, D. 2008. *Coaching Plain & Simple. Solution-Focused Brief Coaching essentials*. W.W. Norton Company.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino Oy.

Vinkki, K. 2012. Ylisukupolvisuutta vahvuutta. Teoksessa H. Pietiläinen & P. Vuokila-Oikonen (toim.) Ilo antaa siivet. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raportit ja selvitykset 2. Oulu: Uniprint, 81-84. [http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen\\_Vuokila-Oikonen\\_B\\_2\\_2012.pdf](http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen_Vuokila-Oikonen_B_2_2012.pdf)

Vuokila-Oikonen, P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 704.

Vuokila-Oikonen P. 2012. Kohti dialogisuutta peruskoulussa. Teoksessa H. Pietiläinen & P. Vuokila-Oikonen (toim.) Ilo antaa siivet. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raportit ja selvitykset 2. Oulu: Uniprint, 19-26. [http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen\\_Vuokila-Oikonen\\_B\\_2\\_2012.pdf](http://www3.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Pietilainen_Vuokila-Oikonen_B_2_2012.pdf)

Vuokila-Oikonen, P., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2004. 'Shared-rhythm cooperation' in cooperative team meetings in acute psychiatric inpatient care. *Journal of Mental Health and Psychiatric Nursing* 11, 129-140.

Vuokila-Oikonen, P. Stolt, J. & Pietiläinen, H. 2011. Mielenterveyden edistäminen peruskoulussa –kohti dialogisuutta. *Pro Terveys* 2, 32-34.

Vuokila-Oikonen, P. & Läksy, M-L. 2010. Mielenterveyden osaaminen syrjäytymisen ehkäisemisessä perusterveydenhuollossa. Teoksessa T. Laine, S. Hyväri & P. Vuokila-Oikonen (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Tammi, 243-264.

Vuokila-Oikonen, P. & Kainulainen, S. 2010. Sosiaalisen pääoman mittaria kehittämässä ammattikorkeakouluihin. *Keve-Osaaja* 1(2). <http://www.keve-osaaja.fi/index.php/K-O>

Vuokila-Oikonen, P., Janhonen, S., Saarento, O. & Harri, M. 2002. Storytelling of Cooperative Team Meetings in Acute Psychiatric Care. *Journal of Advanced Nursing* 40(2), 189-198.

Vuokila-Oikonen, P. & Mantela, J. 2011. Syrjäytyminen ja sosiaalinen pääoma - käsitteet ja niiden suhde toisiinsa CDS-projektissa. Teoksessa P. Vuokila-Oikonen & A-E. Halonen (toim.) *Rakentamassa ammattikorkeakoulu-yhteisöä*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B raportteja 89, 28-47. [http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisu toiminta/B\\_48\\_ISBN\\_9789524931434.pdf](http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisu toiminta/B_48_ISBN_9789524931434.pdf)

Vuokila-Oikonen, P. & Ruotsalainen, K. 2010. Nuoren tunne-elämän ongelmat, sosiaalisista suhteista vieraantuminen ja ammatillinen kohtaaminen. Teoksessa T. Laine, S. Hyväri & P. Vuokila-Oikonen (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Tammi, 223-242.

Vuokila-Oikonen, P., Heikkinen, R-L., Karttunen, M., Läksy, M-L., Maikkula, S. & Wiens, V. 2011. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoidolliset interventiot nuorella – hyvän käytännön kuvaus. Diakonia-ammattikorkeakoulun raportteja B45.

WHO 2010. Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. Hakupäivä 13.6.2011. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/121135/E94270.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf)



# Monikulttuurisuuden haasteita nuorten mielenterveyden edistämisessä

Pirjo Kinnunen

## JOHDANTO

Nuorten mielenterveyden edistäminen on nostettu keskeiseksi terveyspoliittiseksi painopistealueeksi niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa (Euroopan yhteisöjen komissio 2005; Improving the Health of Canadians 2009; ETENE 2010; WHO 2010). Euroopan komissio ja Maailman terveysjärjestö painottavat mielenterveyttä koskevassa sopimuksessaan, että sairauskeskeinen lähestyminen ei enää riitä, vaan tarvitaan koko väestöön kohdistuvia toimia (European Pact for Mental Health and Well-Being 2008), joilla voidaan edistää ja vahvistaa nuorten mielenterveyttä.

Monikulttuurisissa yhteisöissä tämä tarkoittaa mielenterveyttä edistävän toiminnan kohdistamista alkuperäisväestön lisäksi kaikkiin pienempiinkin kulttuurisiin ryhmiin, joita maassa elää. Kokonaisvaltainen toiminta mielenterveyden edistämiseksi edellyttää erilaisiin kulttuureihin ja kulttuurien välisiin kohtaamisiin liittyvien tekijöiden ymmärtämistä. Suunnitelmallisilla kotouttamisohjelmilla helpotetaan maahanmuuttajien asettumista ja sopeutumista uuteen maahan (Kotoutuslaki 1386/2010), mutta muitakin toimia tarvitaan. Huomiota tulee kiinnittää muun muassa alkuperäisväestön riittävään koulutukseen, että maahanmuuttajiin osattaisiin suhtautua asianmukaisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti. Kyse on kaksisuuntaisesta integraatiosta (Monimuotoinen kunta 2011).

Yhteiskuntarakenteen muuttuminen ja erilaisten väestöryhmien rinnakkaiselo vaikuttavat ihmisten arkielämään ja myös mielenterveyden muotoutumiseen. Erilaiset kulttuurit ja ihmiset muuttavat ympäristöjä ja tuovat yhteisöihin uudenlaisia piirteitä. Näistä muutoksista ei kovinkaan paljoa keskustella; ovatko nämä muutokset juuri niitä asioita, joita pelätään? Monikulttuurisuutta tarkastellaan usein seuraavista näkökulmista: mitä ongelmia kulttuurien sekoittuminen aiheuttaa, miten uudet tulijat sopeutuvat yhteiskuntaamme ja millaista hyötyä tai uhkaa maahanmuuttajiin liittyy.

Siitä, miten alkuperäisväestö voisi helpottaa maahanmuuttajien selviytymistä tai miten kulttuurien kohtaamiset vaikuttavat yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan hyvinvointiin, pohditaan liian vähän. Tässä artikkelissa pyrin valottamaan monikulttuurisuuden tuomia haasteita, ja pohtimaan etenkin sitä, miten voisimme ymmärtää nuoria maahanmuuttajia nykyistä paremmin ja tukea heidän mielenterveyttään.

## MITÄ KULTTUURILLA JA MONIKULTTUURISUUDELLA TARKOITETAAN?

Kulttuurilla voidaan ymmärtää opittua käyttäytymistä, malleja tai kaavoja, jotka varmistavat yksilön ja yhteisön säilymisen (Honko & Pentikäinen 1975). Kulttuuri on sateenvarjokäsite, joka pitää

sisällään kaiken ihmisen ajatteluun ja toimintaan liittyvän, mikä sitoo ihmiset yhteisön jäseneksi sekä mahdollistaa elämisen yhdessä. Lisäksi kulttuuriin kuuluvat opitut ja omaksutut arvot sekä uskomukset, jotka ohjaavat ihmisen ajattelua, toimintaa ja päätöksentekoa. (Leininger 1991.)

Käsite ”monikulttuurinen” kuvaa yhteisön sosiaalisia piirteitä ja hallinnan haasteita. Nämä tulevat esille silloin, kun erilaiset kulttuuriset yhteisöt elävät yhdessä pyrkien rakentamaan yhteistä yhteiskuntaa ja samalla säilyttämään omaa identiteettiään. Käsite ”monikulttuurisuus” taas viittaa enemmän strategioihin sekä toimintatapoihin, ja sitä käytetään monimuotoisia yhteisöjä hallitessa. Monikulttuurisia yhteisöjä voidaan hallita eri tavoin. Esimerkiksi ”liberaali monikulttuurisuus” pyrkii integroimaan uudet väestöryhmät valtaväestöön, kun taas ”pluralistinen monikulttuurisuus” hyväksyy enemmän ryhmien välisiä eroja ja pyrkii tarjoamaan eri ryhmille erilaisia oikeuksia yhteisten rakenteiden alla. (Hall 2003.) Näistä lähtökohdista voidaan pohtia, millainen yhteiskunta ja ympäristö voisi tukea parhaiten nuorten kasvua ja mielenterveyttä uudessa yhteisössä.

Suomi on maana ollut pitkään suojassa ulkopuoliselta muuttoliikenteeltä ja alkanut globalisoitua vasta viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Kansainvälinen liikkuvuus on lisääntynyt ja maamme tulee yhä enemmän ulkomaalaisia nuoria opiskelemaan ja töihin, sekä joskus myös etsimään omaa kotimaataan turvallisempia olosuhteita elää. Maahanmuuton myötä yleistyvät luonnollisesti myös kulttuurienväliset parisuhteet ja avioliitot. Suomessa oli vuonna 2010 noin 168 000 ulkomaalaista eli noin 3,1 % koko väestöstä. Määrä on pieni verrattuna moniin muihin Euroopan maihin. Kuitenkin ulkomaalaistaustaisten henkilöiden määrä on todellisuudessa Suomessakin suurempi, sillä osa täällä asuvista henkilöistä on syntynyt muualla, mutta heillä on Suomen kansalaisuus.

Lisäksi maassamme asuu yhä enemmän henkilöitä, jotka ovat eläneet koko elämänsä Suomessa, mutta heillä on ulkomaalaistaustaiset vanhemmat tai ainakin toinen vanhemmista. Vieraskielisiä eli muuta kuin suomea, ruotsia tai saamea puhuvia henkilöitä asuu Suomessa noin 225 000. Eniten maassamme on virolaisia, venäläisiä ja ruotsalaisia. Sitten tulevat somalialaiset, kiinalaiset ja irakilaiset. Valtaosa maamme muuttavista ulkomaalaisista on lapsia ja nuoria (Monikulttuurisuus ja maahanmuutto 2012). Arvioiden mukaan vuonna 2025 joka viides koululainen pääkaupunkiseudulla on maahanmuuttaja-taustainen (Kuusela ym. 2008). Tämä tarkoittaa ainakin sitä, että koulu-yhteisöt tulevat olemaan tulevaisuudessa yhä monikulttuurisempia yhteisöjä.

## TUNTEMATTOMUUDEN KOHTAAMINEN HERÄTTÄÄ TUNTEITA

Tuntemattomasta kulttuurista tulevien ihmisten kohtaaminen herättää paljon tunteita ja ennakkoluuloja. Uusien ajatusten kohtaaminen nähdään yleisesti yhteiskuntaa avartavana ja rikastuttavana, mutta samanaikaisesti osa ihmisistä kokee vieraat edelleen uhkana itselleen ja omalle maailmalle. Kyse on usein siitä, että toista kulttuuria ja siihen liittyviä tapoja ei tunneta riittävän hyvin. Olemassa oleva tieto on puutteellista ja joskus jopa virheellistä.

Kulttuurien kohtaamiseen liittyy monia käsitteitä, jotka kuvaavat tätä ilmiötä. Puhumme "kulttuurien yhteentörmäyksestä", kulttuurisokista, "kulttuurikonflikteista" ja "kulttuurien välisestä sodasta" (Hannerz 2003). Valtaväestön suhtautumisella on suuri merkitys siihen, miten maahanmuuttajat sopeutuvat uuteen yhteiskuntaan. Siksi ei riitä, että maahanmuuttajat kotoutetaan uuteen kulttuuriin, vaan työtä on tehtävä myös valtaväestön keskuudessa.

Mielenterveyden muotoutumisen näkökulmasta nuorille muutto uuteen maahan on haasteellisempaa kuin aikuisille. Nuorilla ei ole vielä omaa identiteettiä – he vasta etsivät sitä. Pienemmät lapset elävät kiinteässä suhteessa vanhempiinsa, mutta nuori kohtaa uuteen kulttuuriin muuttaessa eri ympäristöissä arvoja ja tapoja, jotka voivat poiketa paljonkin oman lapsuuden kasvuympäristön ja vanhempien arvomaailmasta. Tällöin hän voi joutua ristiriitaisten arvojen ja tapojen "taistelukenttään" etsiessään omaa identiteettiään ja rakentaessaan omaa tulevaisuuttaan (Bigelow 2008; Soisalo 2009; Li 2010).

## MITÄ MIELENTERVEYS ON JA MITEN SE YMMÄRRETÄÄN ERI KULTTUUREISSA?

Mielenterveys on moniulotteinen käsite ja ihmisen mielenterveyden muotoutumiseen vaikuttavat aina useat tekijät. Mielenterveyttä pidetään psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota ihminen käyttää oman elämänsä ohjaamiseen (Lehtonen & Lönngvist 2007). Näin ajatellen mielenterveys auttaa meitä selviytymään arkielämän erilaisissa tilanteissa. Uuteen maahan ja kulttuuriin saapumista helpottaa hyvä mielenterveys ja siksi mielenterveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen on tärkeä kiinnittää huomiota.

Monikulttuurisissa yhteisöissä esille nousevat ihmisten erilaiset käsitykset siitä, mitä mielenterveys on ja miten siitä voidaan puhua (Soisalo 2009). Monissa kulttuureissa mielenterveys liitetään edelleen uskontoon (Guerin ym. 2004) tai yliluonnollisiin ilmiöihin (Minas ym. 2007). Guerin ym. (2004) totesivat tutkimuksessaan, että somalialaiset pitävät varsinaisina mielenhäiriöinä ainoastaan vakavia mielisairauksia. He peittävät helposti pienet huolet, eivätkä puhu mielenterveysongelmistaan. Tällöin mielenterveyteen liittyvissä ongelmassa ei haeta apua terveysalan ammattilaisilta (Halla 2007; Soisalo 2009) tai sitten hoitoon hakeudutaan tuoden esille vain fyysisiä oireita. Tämä voi johtaa siihen, että oikeaa tuen tai hoidon tarvetta ei tunnusteta (Kirmayer ym. 2011).

On myös kulttuureita, joissa psyykkistä ja fyysistä terveyttä ei pidetä toisistaan erillisenä samoin kuin länsimaissa. Maahanmuuttajilla esiintyykin paljon somaattisia sairauksia (Halla 2007). Maahanmuuttoon liittyy myös lisääntynyt riski sairastua erilaisiin psyykkisiin saira-

uksiin, Heillä on esimerkiksi 2,8-kertainen riski sairastua skitsofreniaan verrattuna alkuperäisväestöön (Cantor-Graae & Seltén 2005). Sagatun ym. (2008) tutkivat norjalaisia 15–16-vuotiaita peruskoulu-  
laisia ja totesivat, että etnisiin vähemmistöihin kuuluvilla nuorten oli heikompi mielenterveys kuin valtaväestöön kuuluvilla nuorilla. Myös Garcian ym. (2008) tutkimuksessa vieraasta kulttuurista tulevilla nuorilla oli alkuperäisväestöä enemmän emotionaalista stressiä, itsetuhoajatuksia ja -käyttäytymistä.

Tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä. Muun muassa Kirmayer ym. (2011) mukaan maahanmuuttajilla on mielenterveysongelmia vähemmän kuin alkuperäisväestössä uuteen maahan tullessa, mutta ongelmat lisääntyvät maahanmuuton jälkeen. Tilanne ja ongelmat riippunevat pitkälti siitä, millaisista olosuhteista ja min-kälaisilla motiiveilla maahanmuuttajat uuteen maahan saapuvat. (Ks. esim. Minas ym. 2007.) Toisaalta myös se, miten maahanmuuttajat otetaan vastaan uudessa kulttuurissa, voi olla merkittävä mielenterveyteen vaikuttava tekijä.

Tutkimukset viittaavat siihen, että etenkin ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajat ovat alttiita mielenterveysongelmille (Lommi 2010), ja tämä voi perustua siihen, että pitempään maassa asuneet ovat jo sopeutuneet uuteen kulttuuriin ja löytäneet oman roolinsa yhteiskunnassa. Van Oort ym. (2007) osoittivat mielenterveysoireiden erojen vähenevän nuoruudesta aikuisuuteen tuloissa. He vertasivat seurantalutkimuksessaan hollantilaisten ja Hollannissa asuvien turkkilaisten mielenterveyttä uhkaavia oireita. Tämä tutkimus vahvistaa myös sitä, että kun nuoruudesta selvittää, elämä helpottuu aikuisuudessa.

Maahanmuuttaja nuorella voi olla hyvin erilainen käsitys ja ymmärrys mielenterveyteen liittyvistä asioista, mitä uudessa kulttuurissa ajatellaan. Tämä voi vaikuttaa siihen, ettei hän osaa tai uskalla tuoda esille mielenterveyteen liittyviä huoliaan kenellekään. Hän ei tiedä, millaisista asioista kouluterveydenhoitajalle voi puhua tai voi myös olla, ettei hän tunnista omia ongelmiaan. Nuori elää ikävaihetta, johon kuuluu oman identiteetin etsintä ja muun muassa kasvuun, kehitykseen ja ulkonäköön liittyvät asiat askarruttavat helposti mieltä (Fox & Farrow 2009; Markey 2010; Kouluterveyskysely 2011).

Nuori vertailee kodin ja uuden yhteiskunnan arvomaailmaa ja elämäntapoja löytääkseen oman arvomaailman ja tavan elää. Vanhempien, jotka elävät syvällä omassa maailmassaan, saattaa olla vaikea ymmärtää nuoren halua tutustua myös uuteen kulttuuriin ja sen tarjoamiin tapoihin (Halla 2007; Soisalo 2009). Niinkin arkipäiväiset asiat kuin pukeutuminen, hunnun käyttö, omaan uskontoon liittyvät rituaalit ja opitut käyttäytymistavat voivat aiheuttaa nuoren arjessa vaikeita tilanteita, erilaisuuden kokemista ja uuden yhteisön osoittamaa arvostelua (Bigelow 2008; Li 2010). Tämä voi johtaa nuoren oireiluun, stressaantumiseen ja jopa yksin jäämiseen omien ristiriitaisten tunteittensa kanssa. Joskus psykosomaattiset oireet ovat ensimmäinen ulospäin näkyvä merkki siitä, että nuoren mielenterveys on uhattuna ja hän tarvitsee ulkopuolisen tukea ja apua (Kinnunen ym. 2010). Nuoren kuuleminen ja ymmärtäminen näissä tilanteissa on mielenterveyden edistämisen lähtökohta.

## UUSI KULTTUURI JA MIELENTERVEYDEN UHKIA

Vieraaseen kulttuuriin ja maahan muuttaminen on aina ihmiselle jonkinlainen "stressitilanne", vaikka sitä ei itse tunnistaikanaan. Psykkinen kuormitus voi altistaa ihmisen joko psykkiniselle sairastumiselle tai, jos henkilöllä on joku sairaus, sen pahenemiselle (Halla 2007). Uuteen yhteisöön ja tapoihin sopeutumien vie energiaa ja kaikki ei aina suju ilman ongelmia. Tavallinen sopeutumista vaikeuttava tekijä on kielitaidon puute. Kokkosen (2010) väitöskirjatutkimuksessa Suomeen tulleet pakolaiset kertoivat, että he olisivat halunneet saada ystäviä enemmän suomalaisista, mutta tutustumisen teki vaikeaksi kielitaidon puute. Sosiaalisia suhteita on vaikea solmia, jos yhteistä kieltä ei ole. Mielenterveyden näkökulmasta on tärkeä, että nuoret saavat riittävä tukea uuden kielen oppimisessa. Näin yhteiskuntaan sopeutuminen helpottuu ja uusien saman ikäisten ystävien saaminen helpottuu. Nuoruusikään kuuluu omista vanhemmista irtaantuminen ja tässä kehitysvaiheessa saman ikäiset ystävät ovat nuorelle tärkeitä. (Erikson 1968; Fadjukoff 2007.)

Monet maahanmuuttajat ovat tottuneet siihen, että lähiyhteisö huolehtii jäsenistään enemmän kuin suomalaisen kulttuuriin kuuluu. Esimerkiksi Euroopan ulkopuolella perheellä tarkoitetaan paljon laajempaa yhteisöä kuin Suomessa, ja perheyhteisöt ovat kiinteämpiä kuin meillä. Maynard & Harding (2010) tutkivat eri etnisten ryhmien perheiden toimintaa Englannissa ja totesivat, että pienet etniset ryhmät muun muassa vierailevat ystävien ja sukulaisen luona, sekä syövät yhdessä perheiden kanssa enemmän kuin mitä englantilaiset itse tekevät. Nuorelle, joka vierailee esimerkiksi koulukavereiden kodeissa, uuden maan perhekulttuurit saattavat aiheuttaa hämmennystä ja hän voi tehdä virheellisiä tulkintoja ja päätelmiä tai ymmärtää ihmistenvälisiä viestejä helposti väärin. Kulttuurisista asioista tulisi keskustella nuorten kanssa, se auttaa heitä ymmärtämään paremmin ihmisten erilaista käyttäytymistä ja toimintaa.

Perheenjäsenten roolit sekä miehen ja naisen asema ovat monissa kulttuureissa erilaiset kuin mihin me olemme oppineet. Esimerkiksi islamilaisissa maissa miehellä on paljon valtaa perheessä ja kaikki mikä on sallittua miehelle, ei ole sitä naiselle (Soisalo 2009). Nuorelle tämä voi merkitä ristiriitaisia tunteita siitä, miten itse miehenä tai naisena arvottaa sukupuolten välisiä rooleja. Muuttaminen uuteen maahan voi aluksi tuntua viehättävälle, mutta pian arkielämään siirtymisen jälkeen perheenjäsenten roolit alkavat muotoutua uudelleen. Lapset ja nuoret oppivat uudet tavat ja kielen nopeammin kuin vanhemmat ja saattavat joutua hoitamaan perheensä käytännön asiat. Lisäksi nuoret omaksuvat uuden kulttuurin arvot ja tavat, mikä voi olla vanhemmille vaikeaa hyväksyä. He usein pitävät kiinni oman kulttuurin tavoista nuoria tiukemmin. (Halla 2007; Soisalo 2009; ks myös Foner & Dreby 2011.)

Arvoristiriidat perheessä ovatkin yleisiä ja aiheuttavat paljon vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ongelmia, jotka voivat uhata myös nuorten mielenterveyttä. Maahanmuuttajanuorille olisikin tärkeää, että heillä olisi uudessa maassa joku tai joitakin aikuisia, joiden kanssa he voisivat turvallisessa ja hyväksyvässä ympäristössä jakaa ajatuksiaan, ja sitä kautta saada tukea oman identiteetin kehittymiselle ja näin myös mielenterveyden muotoutumiselle.

Maahanmuuttotilanteissa vanhempien sopeutuminen uuteen yhteiskuntaan vaikuttaa myös siihen, miten heidän lapset ja nuoret kiinnittyvät uuteen maahan. Duarte ym. (2008) totesi tutkimuksessaan, että muun muassa nuorten epäsosiaalinen käyttäytyminen on yhteydessä siihen, miten hyvin heidän vanhempansa ovat sopeutuneet yhteiskuntaan ja siinä vallitsevaan kulttuuriin. Tästä syystä mielenterveyden edistämisessä on tärkeää huomioida koko perhe ja tukea jokaista perheenjäsentä sopeutumisessa. Maynard & Harding (2010) tutkivat kulttuurisia ryhmiä ja totesivat, että perheiden toiminnalla ja yhdessä tekemisellä on suuri merkitys nuorten mielenterveydelle.

Erytisesti pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden mielenterveysriskit tulisi tunnistaa. He tulevat yleensä vaikeista olosuhteista ja ovat usein kokeneet omassa maassaan kidutusta, väkivaltaa, uhkaa ja erilaisia traumaattisia kokemuksia (Soisalo 2009). He joutuvat joskus elämään vastaanottokeskuksissa ja odottamaan pitkiä aikoja ennen kuin päätös turvapaikasta tulee, mikä entisestään hankaloittaa heidän elämäänsä. Heillä mielenterveys on uhattuna ja erilaiset ongelmat ovat yleisiä (De Anstiss ym. 2009). Osa nuorista tulee uuteen maahan ilman vanhempia ja he joutuvat ottamaan itsestään vastuun, vaikka heillä ei vielä siihen vielä psykkinisiä valmiuksia olisikaan.

## MIELENTERVEYDEN MUOTOTUTUMINEN NUORUUSIÄSSÄ JA VIERAS KULTTUURI

Suuri osa maahanmuuttajista on siis nuoria (Kuusela 2008), ja heidän elämässään tapahtuu juuri muutoksia, joilla on vaikutus myös heidän myöhempään mielenterveyteen (esim. Kinnunen ym. 2010). Ihmisen mielenterveys muotoutuu osana persoonallisuuden ja identiteetin kehitystä (Erikson 1968; Fadjukoff 2007) ja tästä syystä nuoret tarvitsevat aikuisten tukea ja vahvistusta omien arvojen ja elämäntapojen etsinnässä.

Erytistä huomiota tähän tulee kiinnittää maahanmuuttajanuorten osalta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kulttuurilla sekä yhteiskunnallisilla rakenteilla ja arvoilla on suuri merkitys nuoren identiteetin muotoutumisessa (Duarte ym. 2008; McLean ym. 2010). Kiang ym. (2008) vertasivat amerikkalaisten, aasialaisten ja eurooppalaisten nuorten kansallista identiteettiä toisiinsa ja osoittivat, että nuorten identiteetti oli vahvasti yhteydessä oman perheen asettamiin velvollisuuksiin ja perheeltä saatuu tukeen. Amerikkalaisilla ja aasialaisilla nuorilla oli perheeseen liittyviä velvollisuuksia huomattavasti enemmän kuin eurooppalaisilla nuorilla.

Monissa maissa perheyhteisö on tiiviimpi kuin Suomessa ja uudessa kulttuurissa nuori voi joutua kahdella eri tavalla mielenterveyden muotoutumisen suhteen epäsuotuisaan tilanteeseen. On mahdollista, että nuori omaksuu perheen identiteetin pohtimatta itse omaa arvomaailmaansa ja ajatuksiaan oikeasta tai väärästä. Tällöin nuorelle voi kehittyä niin sanottu "omaksuttu identiteetti" ja hän voi joskus myöhemmin alkaa kapinoida sitä vastaan. Toisaalta erilaiset näkemykset voivat aiheuttaa nuoren ja vanhempien välille arvoristiriitoja, ymmärtämättömyyttä ja erimielisyyttä. Lisäksi voi olla, ettei perhe osaa hakea apua ongelmiinsa. Tällöin nuori voi jäädä yksin ja ajautua vaikeaan tilanteeseen.

Vieraasta kulttuurista tulevien nuorten stressin, itsetuhoisuuden ja epäsosiaalisen käyttäytymisen (Garcian ym. 2008) taustalla voi olla ympäristön viestittämät ristiriitaiset odotukset, jotka sitten vaikeuttavat nuoren omia valintoja ja päätöksentekoa sekä aiheuttavat nuorelle vaikeuksia löytää omia arvoja ja suuntaa elämälleen. Vaikeat perhetilanteet voivat johtaa perheessä siihen, että nuoren toimintaa ei hyväksytä ja häntä aletaan syrjiä. Potochnick ja Perreira (2010) kuvaavat syrjityksi tulemisen traumaattisuutta omassa elinyhteisössä. Se voi olla nuorelle suuri huolen aihe ja uhata identiteetin kehitystä sekä tulevaa mielenterveyttä.

### **NUORI KOHTAA KULTTUURISET EROT KOULUMAAILMASSA JA YSTÄVÄPIIRISSÄ**

Nuori oppii yleensä elämään uudessa kulttuurissaan ja sopeutuu sen sääntöihin. Kuitenkin kohdattuaan erilaisuutta, nuori joutuu arvioimaan oman ja toisten toiminnan oikeellisuutta uudelleen. Suomessa kaikki nuoret käyvät koulua ja koulu onkin yleensä ensimmäinen ympäristö, jossa maahanmuuttajanuori kohtaa uuden sosiaalisen maailman. Nuoren on löydettävä koulu yhteisössä oma paikka. Koulussa hän kohtaa sosiaalisen arvottamisen ja hänen on etsittävä oma rooli suhteessa muihin (Löyttyjärvi 2009). Osalle se on helppoa ja osalle vaikeaa. Eräs ”erilainen nuori” on kuvannut asiaa kirjoituksessaan näin: *”nuorelle voi olla kohtuuton tehtävä muodostaa identiteettiänsä kodin ja koulun täysin poikkeavan todellisuuden paineessa ..... hän voi päätyä kuulumaan ei mihinkään”* (Löyttyjärvi 2009).

Jos nuori ei löydä omaa identiteettiä ja arvomaailmaa, hänen minän eheytyminen on uhattuna ja se on aina mielenterveyttä uhkaava tekijä. Toisaalta voidaan ajatella, että nuoruusiässä on kuitenkin helpompi sopeutua uuteen ympäristöön kuin myöhemmin elämässä, sillä identiteetin etsintä on vasta menossa. Nuoruusiässä nuoren oma tapa käyttäytyä muotoutuu ja hän voi vielä sisäistää uusia tapoja helposti. Koulussa menestyminen ja hyvät sosiaaliset suhteet ovat nuoruusiässä tärkeä itsearvostukseen vaikuttava tekijä (Salmela 2006).

Koulun lisäksi nuoret viettävät paljon aikaa harrastusten parissa, ja myös maahanmuuttajanuoria tulisi kannustaa ja tukea harrastuksiin. Vapaa-aikana nuoret tutustuvat toisiinsa, viettävät aikaa yhdessä saman ikäisten kanssa ja kokevat ”joukkoon” kuulumisen tunnetta. Maahanmuuttajille tämä on osa uuteen kulttuuriin sopeutumista ja mahdollisuus tutustua uusiin ystäviin (Harinen, Honkasalo, Soutu & Suurpää 2009).

Harrastustoiminta tarjoaa mahdollisuuden toimia luonnollisella tavalla yhdessä toisten nuorten kanssa. Zacheus ja Hakala (2010) pitävätkin esimerkiksi liikuntaharrastuksia yhtenä kotoutumista edistävänä tekijänä. Myrén (2003) mukaan liikunnalla avulla voidaan päästä eroon myös ’me ja muut’ -ajattelusta (ks. myös Fagerlund & Majjala 2011). Nuorten elämässä tekemisellä ja toiminnalla on suuri merkitys. Tikkasen (2012) väitöstudiumuksessa nuoret itse toivat esille, että he ylläpitävät ja vahvistavat omaa toivon tunnettaan konkreettisen toiminnan (esim. pitämällä yllä sosiaalisia suhteita, liikumalla toisten kanssa) ja mielensisäisen toiminnan (esim. musiikin kuuntelu, elokuvien katselu) avulla. Nuoren toivo, usko tulevaisuuteen ja selviytymiseen ovat mielenterveyden peruspilareita.

Honko ja Pentikäinen (1975) totesivat, että ihmisen luontainen kyky kunnioittaa vieraita tapoja ja instituutioita on heikosti kehittynyt. Tämä tulee konkreettisesti esille siinä, että usein pidämme oikeana tapana omaa toimintaamme emmekä ole kovinkaan valmiita pohtimaan oman toiminnan järkeyttä. Koulussa ja ystäväpiirissä voidaan kauhistella, ihmetellä ja arvostella vieraan kulttuurin tapoja, sen sijaan että olisimme kiinnostuneita miten eri tavoin ihmiset voivat toimia. Tämä itsekokeskeisyys lienee yhtenä syynä muun muassa siihen, että etnisiin vähemmistöryhmiin näyttää kohdistuvan koulussa enemmän kiusaamista kuin valtaväestöön (Vervoort ym. 2010).

Toisaalta maahanmuuttajien vaikeat kokemukset omassa maassaan voivat tulla esille myös uudessa kulttuurissa. Esimerkiksi kehitysmaissa koulua käyneet tytöt ovat voineet joutua koulussa sukupuoliväkivallan kohteeksi (Dunne ym. 2006; Liang ym. 2007), ja tämä uhriksi joutumisen pelko voi jatkua myös uudessa maassa, vaikka siihen ei olisikaan aihetta.

Nuoren minäkuva on haavoittuvainen. Erilaisuus voi luoda vielä lisää hyväksynnän paineita ja pelkoa siitä, ettei kuulu muiden joukkoon. Nuori saattaa hävetä itseään erilaisuuden takia, ihmisellä on loputon tarve itsensä ja toisten määrittelyyn (Löyttyjärvi 2009). Jokaiselle ihmiselle on tärkeää tulla hyväksytyksi siinä ympäristössä, jossa elää. Uuteen kulttuuriin tulijalle tämä voi olla vieläkin merkityksellisempää kokea olevansa osa uutta yhteisöä. Suomeen muuttaneita pakolaisia tutkittaessa on havaittu, että niinkin pieni asia kuin naapurin yllättävä iloinen tervehdys saattaa olla vieraalle merkki siitä, että hänet oli hyväksytty uuteen yhteisöön (Kokkonen 2010).

### **LOPUKSI**

Yhteiskunnallinen kehitys, liikkuvuuden lisääntyminen ja koko maailman muuttuminen vapaaksi alueeksi ovat avanneet ihmiskunnalle ovet toistensa luo. Erilaisten ihmisten ja kulttuurien kohtaaminen on mahdollistunut. Matkustaessaan vieraaseen kulttuuriin ihminen oppii paljon uutta toisista, mutta samalla myös itsestään. Omat ja oman kulttuurin ominaispiirteet huomataan selkeämmin, kun vastassa ovat erilaiset toimintatavat. Muuttuneet peilit auttavat meitä näkemään itsemme uudessa valossa. Voidaan olettaa, että tämän päivän nuoret ovat tulevaisuudessa aikaisempia sukupolvia avarakatseisempia ja ymmärtävät erilaisuutta, toisia ja itseään meitä paremmin.

Monikulttuurisuuden lisääntyessä on hyvä huomata, että omaan maahanamme muuttavat ihmiset eivät tule tänne vain sopeutuakseen meidän yhteiskuntaamme, vaan he myös tuovat meille uusia ajatuksia ja mahdollisuuksia kasvaa, kehittyä ja ymmärtää maailmaa laajemmin. Mielenterveyden näkökulmasta oman sisäisen maailman laajeneminen ja oman itsensä löytäminen osana isompaa kokonaisuutta, voi olla myös voimavara, joka vahvistaa mielenterveyttä.

Erilaisten kulttuurien kohtaamiseen ja vaikeisiin tilanteisiin voidaan ennakkolta varautua ja kulttuurisokkia voidaan tietoisesti hallita lisäämällä erilaisuuden ymmärtämistä. Nuoret viettävät kodin lisäksi paljon aikaa koulussa ja harrastuksissa ja siksi koulu yhteisöillä, opettajilla ja harrastustoiminnan vetäjillä on suuri vastuu ja haaste olla rakentamassa turvallisia, yhteistoiminnallisia, monikulttuurisia

ja mielenterveyttä tukevia ympäristöjä. Mielenterveys muotoutuu ja rakentuu aina niissä ympäristöissä, joissa nuori viettää aikaa, kasvaa ja elää. Jokainen kohtaaminen toisen ihmisen kanssa arkisessa

elämässä on merkityksellinen, se voi tukea mielenterveyttämme tai uhata sitä.

## KIRJOITTAJA

### Pirjo Kinnunen

TtT, lehtori

Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala, Kuopio

Post doc -tutkija

Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, Tampere

Tutustuin Merjaan Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksella, jossa työskentelin assistenttina vuosina 2003–2009. Merja oli minulle työtoveri ja myös opettaja tehdessäni tohtorikoulutukseen liittyviä opintojani. Ihailin aina Merjan tutkimukseen liittyvää osaamista ja halua tehdä asiat hyvin. Merja perehtyi huolella jokaisen opiskelijan työhön, antoi rakentavaa ja työtä

eteenpäin vievää palautetta, sekä löysi jokaisen työstä jotain hyvää. Merjalle oli tärkeää, että jokainen pääsi eteenpäin, oppi ja innostui siitä, mitä teki. Hän osasi motivoida, kannustaa ja näytti itse esimerkkiä, miten töihin tulee suhtautua. Merjalla oli aina, kiireenkin keskellä, hetki aikaa kysymyksille ja pohdinnoille.

Kiitos Merja, että olen saanut olla kanssasi tekemässä erilaisia projekteja – se on ollut antoisaa ja hauskaa. Minä olen oppinut Sinulta paljon tutkimuksen tekemisestä ja myös ihmisten kohtaamisesta. Näitä arvokkaita oppeja haluan välittää myös omille opiskelijoilleni.

## Lähteet

Bigelow, M. 2008. Somali adolescents' negotiation of religious and racial bias in and out of school. *Theory Into Practice* 47(1), 27–34.

Cantor-Graae, E. & Selten, J-P. 2005. Schizophrenia and migration: meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry* 162, 162–124.

De Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J. & Baghurst, P. 2009. Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural Psychiatry* 46(4), 584–607.

Duarte, C.S., Bird, H.R., Shrout, P.E., Wu, P., Lewis-Fernández, R., Shen, S. & Canino, G. 2008. Culture and psychiatric symptoms in Puerto Rican children: longitudinal results from one ethnic group in two context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(5), 563–572.

Dunne, M., Humphreys, S. & Leach, F. 2006. Gender violence in schools in the developing world. *Gender and Education* 18(1), 75–98.

Erikson, E. 1968. *Identity: youth and crisis*. Norton, New York.

ETENE 2010. Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn raportti. ETENE-julkaisuja 29. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Euroopan yhteisöjen komissio 2005. Vihreä kirja - Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Hakupäivä 18.2.2012. [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_fi.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf)

European Pact for Mental Health and Well-Being. 2008. Eurooppalaisten mielenterveys huomion kohteena. Hakupäivä 29.1.2012. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/933&format=HTML&aged=0&language=fi>

Fadjukoff P. 2007. Identity formation in adulthood. *Studies in education, psychology and social research*, 319. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.

Fagerlund, E. & Majjala, H-M. 2011. Saa hengaa eri porukan kanssa. Maahanmuuttaja-taustaisten lasten ja nuorten liikuntaan osallistumisen tukeminen. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 248. Jyväskylä.

Foner, N. & Dreby, J. 2011. Relations between the generations in immigrant families. *Annual Review of Sociology* 37, 545–564.

Fox, C. & Farrow, C. 2009. Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying. *Journal of Adolescence* 32(5), 1287–1301.

Garcia, C., Skay, C., Sieving, R., Naughton, S. & Bearinger, L.H. 2008. Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among Latino students. *Journal of School Health* 78(9), 487–495.

Guerin, B., Guerin, P., Diirrey, R.O. & Yates s. 2004. Somali conceptions and expectations concerning mental health: some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology* 33(2), 59–67.

Hall, S. 2003. Kulttuuri, paikka identiteetti. Teoksessa M. Lehtonen & O. Löytty (toim.) *Erilaisuus*. Jyväskylä: Gummerus.

Halla, T. 2007. Psykkisesti sairastuneita maahanmuuttajia. *Duodecim* 123, 469–475.

Hannerz, U. 2003. Kulttuurin määritelmien yhteentörmäys. Teoksessa M. Lehtonen & O. Löytty (toim.) *Erilaisuus*. Jyväskylä: Gummerus.

Harinen, P., Honkasalo, V., Souto, A-M. & Suurpää, L. 2009. Ovet auki! Monikulttuuriset nuoret, vapaa-aika ja kansalaistoimintaan osallistuminen. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura, *Julkaisuja* 91.

Honko, L. & Pentikäinen, J. 1975. *Kulttuuriantropologia*. Porvoo: WSOY.

- Improving the Health of Canadians 2009. Exploring positive mental health. Canadian population health initiative. Canadian Institute for Health Information. Hakupäivä 3.2.2012. [http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/Practice\\_Page/positive\\_mh\\_en.pdf](http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf)
- Kiang, L., Yip, T. & Fuligni, A.J. 2008. Multiple social identities and adjustment in young adults from ethnically diverse backgrounds. *Journal of Research on Adolescence* 18(4), 643–670.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal* 183(12), E959–E967.
- Kinnunen, P., Laukkanen, E. & Kylmä, J. 2010. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice* 16, 43–50.82 43
- Kokkonen L. 2010. Pakolaisten vuorovaikutussuhteet Keski-Suomeen muutaneiden pakolaisten kokemuksia vuorovaikutussuhteistaan ja kiinnittymisestäään uuteen sosiaaliseen ympäristöön. Jyväskylä Studies in Humanities 143. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Kouluterveyskysely 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 3.3.2012. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm>
- Kotoutuslaki 1386/2010. Hakupäivä 20.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101386>
- Kuusela, J., Etelälähti, A., Hagman, Å., Hievanen, R., Karppinen, K., Nissilä, L., Rönnberg, U. & Siniharju, M. 2008. Maahanmuuttajaoppilait ja koulutus – tutkimus oppimistuloksista, koulutusvalinnoista ja työllistymisestä. Opetushallitus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Patronen. 2007. *Psykiatria. Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus.
- Leininger, M.M. 1991. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Li, J. 2009. Forging the future between two different worlds: recent Chinese immigrant adolescents tell their cross-cultural experiences. *Journal of Adolescent Research* 24(4), 477–504.
- Liang, H., Flisher, A.J. & Lombard, C.J. 2007. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse & Neglect* 31(2), 161–171.
- Lommi A. 2010. Maahanmuuttajataustaiset nuoret kouluterveydenhuollon haasteena. *Pro terveys* 1, 26–28.
- Löyttyjärvi K. 2009. Erilainen Nuori. Teoksessa S. Keskinen, A. Rastas & S. Touri (toim.) *En ole rasisti, mutta... Nuorisoverkosto*. Tampere: Vastapaino.
- Markey, C.N. 2010. Invited commentary: why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth & Adolescence* 39, 1387–1391.
- Maynard, M. & Harding, S. 2010. Ethnic differences in psychological well-being in adolescence in the context of time spent in family activities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45, 115–123.
- McLean, K.C., Breen, A.V. & Fournier, M.A. 2010. Constructing the self in early, middle and late adolescent boys: Narrative identity, individuation, and well-being. *Journal of Research on Adolescence* 20(1), 166–187.
- Minas, H., Klimidis, S. & Tuncer, C. 2007. Illness causal beliefs in Turkish immigrants. *BCM Psychiatry* 7(34). Doi:10.1186/1471-244X-7-34.
- Monikulttuurisuus ja maahanmuutto 2012. Hakupäivä 2.3.2012. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/aek/maahanmuutto/Sivut/default.aspx>
- Monimuotoinen kunta 2011. Elinvoimainen kunta. Suomen kuntaliiton maahanmuuttoliittiset linjaukset. Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Myrén, K. 2003. Kohtaamisia liikunnan kentällä – liikunnan suvaitsevaisuushankkeiden arviointi 1996–2002. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 143. Jyväskylä: LIKES.
- Potochnick, S. & Perreira, K. 2010. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth key correlates and implications for future research. *Journal of Nervous and Mental Health Disease* 198(7), 470–477.
- Sagatun, Å., Lien, L., Sjøgaard, A., Bjertness, E. & Heyerdahl, S. 2008. Ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 43(2), 87–95.
- Salmela J. 2006. Läheisten tuki ja onnistumisen kokemukset lisäävät nuorten itsearvostusta. Chydenius instituutin tutkimuksia 1/2006. Jyväskylän yliopisto. Saarijärvi: Gummerus. Väitöskirja.
- Soisalo, R. 2009. Monikulttuurisuus ja mielenterveys – ristiriitoja kulttuurien kohdatessa. *Työterveyslääkäri* 27(3), 51–53
- Tikkanen, K. 2012. 15–20-vuotiaiden nuorten toivo, sen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Tampere: Juvenes Print. Väitöskirja.
- Van Oort, F., Joung, I., Mackenbach, J., Verhulst, F., Bengi-Arslan, L., Crijnen, A. & van der Ende, J. 2007. Development of ethnic disparities in internalizing and externalizing problems from adolescence into young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(2), 176–184.
- Vervoort, M., Scholte, R. & Overbeek, G. 2010. Bullying and victimization among adolescents: the role of ethnicity and ethnic composition of school class. *Journal of Youth and Adolescence* 39(1), 1–11.
- WHO 2010. *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Hakupäivä 13.1.2012. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0013/121135/E94270.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf)
- Zacheus, T. & Hakala, M. 2010. Liikunta kotoutumisen ja kulttuurien kohtaamisen välineenä - Maahanmuuttajien parissa työskentelevien näkökulmia. *Kasvatus* 41(5), 432–444.



# Osallisuuden edistäminen kehittämisprosesseissa. Etnografisen lähestymistavan mahdollisuudet

**Hilkka Honkanen**

## JOHDANTO

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto juhlii vuonna 2012 kymmenvuotistaivaltaan. Vuonna 2002 alkanut kokeilu vakiintui vuonna 2005. Tutkintoa on tietoisesti kehitetty omaleimaiseksi, selkeästi yliopiston maisteritutkinnosta erottuvaksi, vahvaa työelämän kehittämisosaamista tuottavaksi ylemmäksi korkeakoulututkinnoksi. Työelämäosaaminen on edelleen vahvistunut uudessa pedagogisessa toteuttamistavassa, jonka aloitimme kaksi vuotta sitten terveyden edistämisen ja kuntoutuksen koulutusohjelmissa.

Koulutuksen toteutustapa rakennettiin osaamislähtöiseksi, jossa irrottauduttiin täysin opetussuunnitelman opintojaksokeskeisestä ajattelutavasta. Koulutuksen keskeisin osaamis lupaus on tuottaa kehittämis- ja tutkimusosaamista työelämän vaativiin asiantuntijatehtäviin. Ydinkysymys on siinä, miten tällaista osaamista parhaiten tuotetaan? Kirjoista lukemalla vai aktiivisesti osallistumalla ja toimimalla?

Valitsimme aktiivisen toiminnan tien. Hyppääminen ”myrskyn silmään”, työyhteisöjen ja alueen keskeneräisiin kehittämisprosesseihin on ollut jatkuvaa luokan seinien sisäisen mukavuusrajan ylittämistä. Kahden vuoden kokeilu osoittaa, että valittu tie on ollut tuloksellinen ydinosaamisen kehittymisen näkökulmasta. Tämä valinta on tuottanut myös meille opettajille paljon oivalluksia ja vahvistanut työelämäkehittämisen menetelmällistä osaamista.

Olemme toteuttaneet koulutustamme tavoilla, joiden toivomme siirtyvän oppijoiden mukana työn ja palvelujen kehittämisprosesseihin. Näissä prosesseissa yksi keskeinen haaste on niiden ryhmien osallisuuden edistäminen, joita kehittäminen koskee ja joka näkyy työprosesseissa ja palveluissa. Keskeisin haaste on kehittämisessä tarvittavan tiedon tuottaminen. Minkä ja kenen tuottaman tiedon avulla kehittämisprosessi etenee? Lisäksi voidaan kysyä, miten tietoa kehittämisprosesseissa parhaiten tuotetaan?

Lähestymistapoja ja menetelmiä tiedon tuottamiseksi on lukuisia riippuen tavoitteista ja käyttötarkoituksesta. Työntekijöitä ja asiakkaita osallistavissa kehittämisprosesseissa tiedon tuottamisen täytyy olla luonteva osa arjen toimintaa. Sen täytyy olla osa työtä ja osa palvelujen käyttöä.

Yksi lähestymistapa arjessa tapahtuvaan tiedon tuotantoon on etnografia, joka monimenetelmäisenä lähestymistapana mahdollistaa mitä erilaisimpia tapoja tuottaa osallistujalähtöistä tietoa kehittämisprosesseissa. Tässä artikkelissa kokoon yhteen niitä havaintoja viime vuosilta, jotka ovat vahvistaneet käsitystäni etnografisen lähestymistavan mahdollisuuksista edistää osallisuutta työn ja palvelujen kehittämisprosesseissa.

Kiitos kiinnostukseni syttymisestä etnografiseen tutkimusotteeseen kuuluu dosentti Merja Nikkoselle. Yli kaksikymmentä vuotta sitten toimiessaan opettajana Oulun yliopiston hoitotieteen laitoksella, hän oman väitöstutkimuksensa innoittamana avasi etnografian (hienon vierasperäisen termin) elämänläheisiä ja konkreettisia tapoja olla osana maailmaa, mitä tutkitaan. Konkreettisenä ja käytännönläheisenä opiskelijana poimin siemenet, jatkoin niiden idättämistä omassa Merjan ohjaamassa väitöskirjassani. Nyt idut ovat versoneet tuottaen uusia oivalluksia etnografian soveltumisesta ylempään ammattikorkeakoulututkinnon yhdeksi tutkimukselliseksi lähestymistavaksi kehittämistyössä tarvittavan tiedon tuottamiseksi osana arjen toimintaa.

## TYÖELÄMÄN MUUTTUU - MUUTTUUKO KOULUTUS?

Sosiaali- ja terveysalan suuret rakenteelliset muutokset edellyttävät työntekijöiltä uudenlaista osaamista, mitä muun muassa ylempien ammattikorkeakoulututkintojen tulee tuottaa (Asetus 423/2005). Työelämän muutokset aiheuttavat sen, että monet tehtävät ovat tulleet entistä monimutkaisemmiksi ja edellyttävät entistä parempaa ammatillista osaamista. Rautajoen (2009) mukaan nopeasti muuttuvassa työelämän toimintaympäristössä toiminnan uudistaminen saattaa nousta rakenteiden uudistamisen edelle.

Alasoinin (2011) mukaan työn muutoksessa on nähtävillä kolme muutossuuntaa:

1. Työ muuttuu enemmän tietotyöksi, jossa ihminen työskentelee informaation etsimiseksi, tuottamiseksi, kehittämiseksi, muuntamiseksi, laajentamiseksi ja luomiseksi.
2. Työ muuttuu enemmän ajattelutyöksi, joka edellyttää itsenäistä tai yhteisöllistä ongelmanratkaisua ja tämän edellyttämää kokonaisvaltaista sitoutumista.
3. Työhön sisältyy enemmän horisontaalisen koordinoinnin tarvetta. Tämä tarkoittaa tiivistyvää vuorovaikutusta arvoketjujen tai -verkostojen sisällä työvereihin, asiakaisiin, organisaation ulkopuolisiin palveluntuottajiin ja muihin asiantuntijayhteisöihin.

Johtamisoppien gurun Gary Hamelin (2007) mukaan organisaatioiden menestyksen salaisuus voi perustua jatkossa lähinnä vain henkilöstön vahvan intohimoisen sitoutumisen, luovuuden ja aloitteellisuuden varaan. Edes vahva osaaminen sellaisenaan ei ole näihin verrattava suojeltavissa oleva menestymisen lähde. Avainasioita

sitoutumisessa ovat itseohjautuvuus, työn tarkoituksellisuus, yhteisöllisyys ja yhteinen päämäärä.

Alasoinin (2011) mielestä työelämän nopeat muutokset voivat olla uhkana yksilön henkisen koherenssin tunteelle. Yksilö saattaa kadottaa työnsä mielen. Hän ei ymmärrä työssä tapahtuvien muutosten tarvetta, hän ei koe hallitsevansa työssä vaadittavaa osaamista eikä hän koe työtään merkityksellisenä. Nämä työn mielekkyyden ulottuvuudet korostuvat hyvinvointitekijöinä erityisesti tieto- ja ajattelutyössä, jota yhä useampi suomalainen tänä päivänä jo tekee. Alasoinin (emt.) mukaan osallisuuden kokeminen muutoksissa voi olla nykyajan työelämässä tärkeämpää ihmisten ja heidän hyvinvointinsa kannalta kuin jotkin yksittäiset työn sisällölliset ominaisuudet, joita työoloja kartoittavissa tutkimuksissa on totuttu seuraamaan.

Miten edistetään osallisuuden kokemista muutoksissa? Kehittämisen sosiaali- ja terveysalalla on edelleen suureksi osaksi erillisten projektien varassa. Työelämässä podetaan projektiväsymystä (esim. Vataja & Seppänen-Järvelä 2009). Jos työntekijät eivät koe projekteja omiksi, omista kehittämistarpeista nouseviksi, on vaarana että ne koetaan ylimääräiseksi työksi. Lisäksi on vaarana, että projektien tulokset eivät juurpysyviksi käytännöiksi, varsinkaan jos projektihenkilöstökin on ulkopuolista, vain siihen tehtävään palkattua.

Miten koulutus voi olla tukemassa sellaisen osaamisen kehittymistä, mitä tarvitaan sisältäpäin lähtevässä työyhteisössä osallistavassa kehittämisprosessissa? Millaisia kehittäjäosaajia kentällä tarvitaan? Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnolla halutaan vastata tarpeeseen, sillä asetuksen (423/2005) mukaan tutkinnon tulee tuottaa työelämän kehittämisen edellyttämät laajat ja syvälliset tiedot, valmiudet asianomaisen alan tutkimustiedon ja ammattikäytännön kehityksen seuraamiseen ja erittelyyn, valmiudet elinikäiseen oppimiseen ja jatkuvaan oman ammattitaidon kehittämiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää työelämää käyttäen relevantteja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen. Ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja voidaan pitää hyvänä ratkaisuna mm. niillä työelämän alueilla, joilla tarvitaan ammatillisesti suuntautunutta erikoistumista ja laajempia alan kehittämisvalmiuksia.

Asetus korostaa tutkimuksellisia valmiuksia kehittämistyöhön liitetynä, vähintäänkin tutkimustiedon soveltavaa käyttöä, mutta ei rajaa pois mahdollisuutta myös uuden tiedon tuottamiseen kehittämisprosessin aikana ja sen tuloksena. Toikko ja Rantanen (2009) käyttävät samassa merkityksessä käsitettä tutkimuksellinen kehittämistoiminta ja Alasoini ja Ramstad (2007) tutkimusavusteinen kehittäminen.

Soveltettavaa tietoa saadaan jo olemassa olevista tutkimuksista, mutta uusi tieto tuotetaan kehittämisprosessin eri vaiheissa. Miten tiedon hankinta tapahtuu luontevimmin kehittämisen ollessa osa arjen työtä? Seuraavassa luvussa etsin vastauksia siihen, miksi etnografia kokemustemme mukaan soveltuu arjessa tapahtuvan kehittämistyön tutkimukselliseksi lähestymistavaksi.

## ETNOGRAFINEN LÄHESTYMISTAPA ARJESSA TAPAHTUVAN KEHITTÄMISTYÖN TUkena

### Mihin ja miksi tarvitaan tutkimuksellista otetta?

Kehittämistoiminnan yhteydessä joudutaan aina tekemään menetelmällisiä valintoja. Miten kehittäminen konkreettisesti toteutetaan? Mistä ja miten saadaan kehittämiseen tarvittava tieto? Kehittämis-toimintaa ohjaa aina jokin tieto- ja todellisuuskäsitys, joka näkyy jo siinä onko kehittäminen osallistavaa vai ulkoapäin johdettua.

Olemme koulutusohjelmisamme sitoutuneet osallistavan kehittämisen oppimiseen, joka määrittää kehittämistyön luonteen ja siinä käytettävät menetelmät. Osallistava kehittäminen on aina prosessi-luonteista, jossa toimintaa ja sen suuntaa arvioidaan ja reflektoidaan koko prosessin ajan. Vataja ja Seppänen-Järvelä (2009) käyttävät käsitettä prosessikehittäminen kehittämistyöstä, jota toimijat tekevät osana arjen työtään.

Tutkimuksellinen lähestymistapa kehittämistyöhön pitää sisällään pyrkimyksen luotettavaan tietoon, vaikka kehittämistoiminnan perustavoite on jonkin konkreettisen asian muuttaminen, ei niinkään tiedon tuottaminen tutkimuksen merkityksessä. Luotettavan tiedon tuottaminen edellyttää systemaattista otetta tiedon tuotantoon, vaikakakaan metodeilla ei esim. Toikon ja Rantasen (2009) mukaan ole kehittämistoiminnan kohdalla yhtä keskeistä roolia kuin tieteellisen tutkimuksen yhteydessä.

Olemme havainneet tiedon tuotannon systemaattisen lähestymistavan myös helpottavan koko kehittämisprosessin hallintaa ja ennen kaikkea sen raportointia. Mitä monimutkaisempi kehittämisprosessi on, sitä tärkeämpää on systemaattinen ja hallittu lähestymistapa pohjautuen selkeästä valittuun tutkimusmetodologiseen lähestymistapaan. Toikon ja Rantasen (2009) mukaan systemaattinen tiedontuotanto helpottaa myös tulosten siirrettävyyttä.

Rantanen ja Toikko (2006) käyttävät kehittämistyöhön liittyvästä tutkimuksesta käsitettä käytäntötutkimus. Heidän mukaansa käytäntötutkimuksen nousu on yhteydessä monipuolistuneisiin käsityksiin tiedontuotannosta. Perinteisen tieteenalaperustaisen tiedon tuottamisen rinnalle on noussut uusia tiedon tuottamisen tapoja. Käytäntötutkimuksessa tieto on kontekstuaalista ja tiedon muodostus konstruktivistista, sillä uusi tieto syntyy pääosin niissä ympäristöissä, joissa itse toimintakin tapahtuu.

Toimintayhteyksissään syntyvä tieto kehittyä aidosta tarpeesta ratkaista käytännön ongelmia. Siksi Rantasen ja Toikon (2006) mielestä kysymys ei siis tässä mielessä ole enää soveltavasta tutkimuksesta. Uusi tieto on luonteeltaan raja-aidat ylittävää eli transdisiplinaarista. Tämä ei tarkoita yksinomaan monitieteistä tiedonmuodostusta, vaan myös teorian ja käytännön rajat ylittävää tiedonmuodostusta.

Rantasen ja Toikon (2006) sekä Hakkaraisen (2005) mukaan kysymys tiedontuotannon tavoista ja malleista liittyy tiiviisti asiantuntijuteen. Jos tieto tuotetaan sovelluskohteissaan, niin se myös haastaa perinteisen käsityksen asiantuntijuuudesta. Tieteellinen tieto ei ole enää vain professioiden edustajien hallussa, vaan raja-aita asiakkaan

ja asiantuntijan välillä on hämärtynyt. Myös eri väestöryhmien palvelujen tarve on muuttunut niin, että ihmisten tarpeet ovat yhä useammin sellaisia, joihin pystytään parhaiten vastaamaan moniammatillisella, eri asiantuntijoista koostuvalla tiimityöskentelyllä.

Samassa merkityksessä puhutaan myös kollektiivisesta asiantuntijuudesta (esim. Boreham 2005; Koivunen 2005; Parviainen 2006) tai kollektiivisesta älykkyydestä (Hakkarainen 2003). Kollektiivisella asiantuntijuudella tarkoitetaan osaamista yhdessä. Se tarkoittaa tiedon muodostamista, jakamista, käsittelemistä ja yhdistämistä toisen tai useamman ihmisen kanssa siten, että yksittäiset osaamisalueet ovat enemmän kuin osiensa summa. Vaikka kyseessä olisi kuinka pätevä asiantuntija, hän ei voi hankkia kaikkea sitä tietoa, jota asiantuntijat yhdessä omaavat. Kollektiivinen asiantuntijuus on tulos, joka saavutetaan ryhmän vuorovaikutuksessa. (Boreham 2005.)

Hakkaraisen (2005) mukaan kollektiivisen asiantuntijuuteen tarvittava kollektiivinen älykkyyksy kehittyy yhdessä tekemällä, joka on enemmän kuin vain yhdessä oppimista. Yksilötason oppimisesta hän käyttää käsitettä tiedonhankintaprosessi, yhdessä oppimisesta osallistumisprosessi. Nämä kumpikaan ei riitä synnyttämään uusia innovaatioita tai luomaan uutta tietoa. Tarvitaan tiedonluomisen prosessi, jossa korostuu yhteisöllinen työskentely jonkun yhteisen kohteen ympärillä. Hänen mukaansa tiedonluomisesta puhumista ei kuitenkaan tulisi ymmärtää liian ahtaasti viittaamaan ainoastaan käsitteellisen tiedon muodostukseen, vaan kaikenlaisen uutta luovaan toimintaan, johon yritys tai joku muu työyhteisö osallistuu.

Hakkarainen (emt.) korostaa, että pelkkä käytäntö on huono opettaja. Monta kertaa opitaan ainoastaan rutiinomaisia ratkaisuja ja mekaanisia taitoja pikemmin kuin kehitetään korkeatasoisia osaamista. Käytännön taitoihin ei yleensä sisälly optimaalista määrää itsereflektiota ja pohdintaa, vaan sokeaa rutiinien toistamista. Tämän takia tarvitaan rakenteita ja osaamista, joilla tuetaan sekä yksittäisiä osanottajia että heidän yhteisöjään tietokäytäntöjen reflektoinnissa ja yhteisöllisessä tiedonrakentamisessa.

Yhteenvedon edellä kuvatuista asiantuntijuuspohdintoista totean, että asiantuntijuus tämän päivän työelämässä on mitä suuremmissa määrin yhteistoiminnallista ja tutkivaa. Osaamista jaetaan ja kehitetään yhdessä yhteisen ongelmanratkaisun ympärillä. Kehittämistyössä tarvitaan rakenteita ja osaamista. Siinä tarvitaan innostajia ja promootoreita, henkilöitä joilla on hallussaan kehittämistyön menetelmiä ja välineitä. Kehittämistyössä tarvitaan osallisuutta edistäviä työmenetelmiä, mutta myös menetelmiä joilla tietoa tuotetaan.

Tiedon tuottamisen tutkimukselliset lähestymistavat kehittämisen yhteydessä voivat olla monenlaisia perustuen eri tieteiden paradigmoihin. Prosessorientoitunutta osallistavaa kehittämistä tukee laadullinen lähestymistapa, jossa tietoa tuotetaan useista näkökulmista, kontekstisidonnaisesti ja holistisesti. Se ei sulje pois myös määrällisten aineistojen tuottamista prosessin aikana.

Lähestymistapa on menetelmää parempi käsite kehittämistyön yhteydessä. Räsänen (2007) mukaan käytäntöteoreettisesti virittytyneissä lähestymistavoissa on luontevaa puhua ”tavoista” ja ”otteis-

ta”. Nämä käsitteet viittaavat arkipäivän tekemisiin ja kokemuksiin. Kehittämisosotteiden kuvaaminen, analysointi ja vertailu voidaan tehdä seuraavien kysymysten kautta

1. Mitä kehitetään?
2. Kuka kehittää, kenelle ja kenen kanssa?
3. Miten kehitetään?
4. Miksi kehitetään tietyllä tavalla ja tiettyyn suuntaan?

Olemme koulutusohjelmisamme havainneet muutamien tutkimuksellisten lähestymistapojen soveltuvan erityisen hyvin osallistaviin kehittämisprosesseihin. Näitä ovat toimintatutkimuksellinen ja etnografinen lähestymistapa. Tässä artikkelissa tarkastelen etnografista lähestymistapaa kuvaten ensin lyhyesti etnografiaa metodologisenä lähestymistapana ja sitten sen soveltuvuutta kehittämistyön tutkimukselliseksi lähestymistavaksi.

## ETNOGRAFIA PÄHKINÄNKUORESSA

Etnografia, mikä alun perin tunnettiin antropologisena kenttätöinä, on sittemmin laajentunut koskemaan mitä erilaisimpia tapoja olla osallisena maailmassa, jota tutkitaan (Atkinson ym. 2007; Hammersley & Atkinson 2009). Kulttuurintutkimuksen käsite etnografian yhteydessä voidaan ymmärtää monella tavalla. Yksi tapa ymmärtää se on ilmiön holistinen tarkastelu tietyssä kontekstissa (Nikkonen ym. 2001; Atkinson ym. 2007). Geertzin (1993) mukaan kulttuuri on symbolinen järjestelmä, joka rakentuu sosiaalisesti vaihtuneista merkitysrakenteista muodostaen toiminnan kontekstin.

Tutkija on osa sosiaalista maailmaa, jota hän tutkii ja johon hän osallistuu tietyn ajanjakson. Etnografialla on tästä johtuen reflektiivinen luonne (Lappalainen 2007; Hammersley & Atkinson 2009). Reflektiivisyys kertoo tutkittavien ja tutkijan välisestä vuorovaikutuksesta, mutta myös kaikesta muusta toiminnasta, jolla tutkimusongelmaa lähestytään tutkimusprosessin aikana.

Reflektiivisyyden periaate, kriittinen itsereflektio (Denzin 1997; Hammersley & Atkinson 2009) on etnografian kulmakivi. Siinä tutkija tuo julki oman taustansa arvoineen ja kiinnostuksen kohteineen siitä osin kuin niillä on merkitystä tutkimuksen kannalta (Lahelma & Gordon 2007). Hän on tietoinen myös siitä keskustelusta, mitä yhteiskunnassa asian tiimoilta käydään (Denzin 1997; Hammersley & Atkinson 2007).

Mitä kontekstisidonnaisempi ja kehittämissyhteisöä osallistavampi kehittämisprosessi on, sitä vähemmän siihen löytyy valmiita käsikirjoitusta. Etnografisessa lähestymistavassa on sallittua ja jopa suotavaa lähteä liikkeelle avoimen ja väljän tutkimussuunnitelman pohjalta. Reflektiivisessä etnografiassa tutkimusongelmaa kehitetään koko tutkimusprosessin ajan (Hammersley & Atkinson 2009).

Etnografian yhteydessä paljon käytetty käsite kenttätö voidaan ymmärtää mitä erilaisimpina tapoina olla osallisena maailmassa, jota tutkitaan. Kenttä ei ole vain tietty yksikkö vaan se luodaan

tutkimuksen kuluessa. Kenttä muotoutuu tutkijan käytännön toimien, käytetyn kirjallisuuden, muistiinpanojen ja ajatustyön kokonaisuudesta (Atkinson ym. 2007; Palmu 2007).

Kenttätö ei tarvitse olla perinteistä aineiston tuottamiseen liittyvää toimintaa vaan se voi olla tutkimusprosessia edeltävää tai saman-aikaista toimintaa, jossa jossain muodossa ollaan konkreettisesti tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Kenttä muotoutuu myös siitä, mitä tutkija kirjoittaa ja miten lukija sen tulkitsee ja kontekstualisoi. Syntynyt kirjoitus on tulkintojen ja reflektioiden tuote, jossa tutkija käy vuoropuhelua lukemansa, kokemansa ja tutkimuksessa tuotetun aineiston kanssa. (Richardson & St Pierre 2005; Salo 2007.)

Etnografisessa tutkimuksessa ei kerätä aineistoa siten kuin se ymmärretään perinteisessä mielessä, vaan tutkija rakentaa ja tuottaa sen yhdessä tutkimukseen osallistuvien ihmisten kanssa (Davies 2010). Aineiston keräämisen sijasta puhutaankin aineiston tuottamisesta. Kerääminen viittaa siihen, että tutkittavat asiat ovat valmiina kentällä tutkijan poimittaviksi. Tuottaminen kuvaa paremmin sitä tutkijan ja osallistujien yhteisesti tuottamaa tietoa, jonka tutkija tulkitsee.

Aineistoa tuottaessaan myös osallistujat itse tulkitsevat omia kokemuksiaan sekä itselleen että tutkijalle ja voivat tietoisesti valita, mitä tuovat esille (Davies 2010). Erityisen tärkeänä Tolonen ja Palmu (2007) pitävät tutkijan kunnioitettavaa suhdetta osallistujiin, mikä jättää tilaa osallistujien ja tutkijan näkemysten vaihdolle.

Etnografisen tutkimuksen menetelmistä tavallisimpia ovat osallistuva havainnointi ja vapaamuotoinen haastattelu kenttätöön muodossa. Myös erilaiset kirjalliset dokumentit kuuluvat etnografisen tutkimuksen aineistoihin. (Atkinson ym. 2007; Hammersley & Atkinson 2009). Aineistoon voi sisältyä myös videointia, valokuvia ja internetin käyttöä (Davies 2010).

Palmu (2007) jakaa tutkimusprosessin fyysiseen, kirjoitettuun ja tekstuaaliseen kenttään. Fyysisellä kentällä tarkoitetaan sitä tilaa ja paikkaa, jossa tutkimusta tehdään. Kirjoitettu kenttä muotoutuu muistiinpanoista, merkinnöistä ja materiaalista, jotka fyysiseltä kentältä kerätään. Tekstuaalisella kentällä Palmu (emt.) tarkoittaa sitä tutkijan kirjoitusta, mikä lukijalle avautuu valmiina tekstinä uudelleen tulkittavaksi. Tekstuaalisella kentällä kaikki kentät yhdistyvät ja kietoutuvat analyysin, tulkinnan ja reflektioiden kautta kirjoitukseksi, etnografiksi.

Coffey (1999) kuvaa kenttätöitä persoonallisena löytöretkenä omaan itseensä, mikä on ymmärrettävä niin, että tekstuaalisen kenttävaiheen tuloksena syntynyt etnografia on tekijänsä näköinen. Toinen tutkija olisi tuottanut toisen näköisen etnografian. Ihminen tutkijana ei ole tyhjä taulu ja mitä kokeneempi hän on, sitä vaikeampaa lähteminen puhtaalta pöydältä on. Etnografinen tutkimus on siis mitä suurimmassa määrin konstruktivistista. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on koko tutkimusprosessin ajan aktiivisessa suhteessa todellisuuteen, vaikuttaa omaan tapaansa havaita, tulkita havaintoja ja luoda merkityssuhteita.

Freshwaterin ja Rolfen (2001) näkemyksen mukaan postmoderni reflektiivinen lähestymistapa tieteelliseen tutkimukseen ei ole ikkuna ulkoiseen todellisuuteen; se on ainoastaan yksi totuus monista, eikä tutkimuksen funktio ole esittää analysoitua teoriaa maailmasta vaan antaa mahdollisuuden tutkimukseen osallistujille kertoa oman tarinansa (myös Gregory 2005). Ihmisten toiminta sisältää paljon sellaista hiljaista tietoa, mitä työ- ja elämäkokemuksen myötä on työkäytäntöihin pikkuhiljaa omaksuttu ja minkä julkituominen ilman laadullisen tutkimuksen lähestymistapaa olisi mahdotonta.

Etnografinen tutkimus ei ole vain metodologiaa, se on suurelta osin kirjoittamista (Richardson & St Pierre 2005; Palmu 2007; Salo 2007). Etnografiselle kirjoittamiselle on tyypillistä narratiivisuus eli kertomuksellisuus, faktojen esittäminen juonellisina kertomuksina (Cortazzi 2007). Inhimillistä kokemista ja tapahtumista hahmotetaan sosiaalisina juonirakenteina, prosesseina tai selitysmalleina, jotka kiinnittyvät tiettyyn aikaan ja paikkaan (Hammersley & Atkinson 2009).

Etnografialle tyypillinen kirjoitustyyli välttää liiallista tutkimuskohteen pelkistämistä ja liian pitkälle vietyjä luokitteluja (abstrahointia). Pelkistämiset ja luokittelut etenevät useiden toisiaan seuraavien tulkintojen kautta. Näiden tulkintojen kuvaamisessa on kielen merkitys keskeinen. Mitä pitemmälle abstrahointi etenee, sitä vallitsevampaa on tutkijan oma tulkinta ja käyttämä kieli. Tällöin on vaarana, että edetään yhä kauemmaksi todellisuudesta, siitä tulkinnasta ja kielestä mitä tutkittavat todellisuudessa käyttivät tutkimuskohdetta kuvatessaan. Tutkija voi välttää tätä vaaraa palaamalla jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon, tarkastelemalla kriittisesti omia tulkintojaan ja niiden kielellistä ilmaisutapaa, varoen liiallista yleistämistä ja asioiden pelkistämistä. Etnografisissa tutkimuksissa käytetään runsaasti suoria lainauksia tutkittavien kielellä, mikä tuo todellisuutta lähemmäksi lukijaa. (Denzin 1997, Richardson & St Pierre 2005.)

Seuraavassa luvussa kuvataan esimerkin kautta, miten etnografista lähestymistapaa voidaan käyttää ylempään ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyössä. Esimerkki ei ole yksittäisestä kehittämistyöstä vaan yleistetty malli lähestymistavan tarjoamista mahdollisuuksista.

#### **KEHITTÄMISTYÖ ENOGRAFISELLA LÄHESTYMISTAVALLA**

Ylempi ammattikorkeakoulututkimus on tarkoitettu työelämässä oleville henkilöille. Koulutus toteutetaan monimuoto-opetuksena kiinteässä yhteistyössä työelämän kanssa. Kuntoutuksen ja terveyden edistämisen uudistetussa toteuttamistavassa kaikki opinnot toteutuvat isompina ja pienempinä projekteina, joita alueen kehittämishankkeet ja organisaatiot tilaavat. Mittavin kokonaisuus yhden opiskelijan kohdalla on 30 opintopisteen opinnäytetyö. Opinnäytetyöt ovat työelämää palvelevia kehittämistehtäviä, jossa tutkimusmenetelmien lisäksi opitaan erilaisia työyhteisöä osallistavia kehittämisen menetelmiä.

Pedagogista toteutustamme ohjaa käsitys, että asiantuntijaksi ei voi oppia kirjoista, vaan se tapahtuu ratkaisemalla käytännössä ongelmia kokeneempien kanssa. Olemme Hakkaraisen (2005) kanssa samaa mieltä siitä, että muodollinen koulutus ei tee kenestäkään

asiantuntijaa, vaan asiantuntijuus alkaa kehittyä vasta käytännön ongelmanratkaisussa jossakin työyhteisössä. Kulttuuriin osallistumisella ja verkostoyhteistyösuhteilla on oppimisessa aivan olennainen merkitys.

Olemme koulutuksessamme sitoutuneet osallistavaan, yhteistoiminnalliseen kehittämiseen, mikä on erityisen haasteellinen kehittämisen muoto. Henkilöstön kanssa yhdessä tehdyn eli yhteistoiminnallisen kehittämisen on todettu tutkimuksissa edistävän työhyvinvointia, parantavan palvelujen laatua ja lisäävän tuloksellisuutta (Syvänen 2007; Alasoini 2011).

Syväsén (2004) mukaan yhteistoiminnalliselle kehittämiselle on tyypillistä kehittämiskohteen koko henkilöstön ja keskeisten sidosryhmien asiantuntemuksen suuri merkitys. Keskeisiä mukana olevia tahoja ovat organisaation eri tasoilla ja eri ammattiryhmissä toimivat työntekijät, esimiehet ja poliittiset päätöksentekijät. Siten kehittämisessä äänensä saavat kuuluviin sekä vertikaalisessa että horisontaalisessa suunnassa kaikki avaintahot. Tärkeää on myös kuulla asiakkaiden ääntä ja heidän erilaisia näkökulmiaan. Erityisen tärkeää on, että heikoimmissa valta-asemissa olevat työntekijät ja asiakkaat saavat äänensä kuuluviin.

Alasoinin (2011) mukaan monilla toimialoilla perinteinen tiede- ja tutkimuslähtöinen, lineaariseen malliin perustuva näkemys innovaatioiden syntymisestä ei kuvaa hyvin tapaa, jolla yritykset käytännössä synnyttävät uusia tuotteita ja palveluja tai pyrkivät muuten uudistamaan toimintaansa. Palveluvaltaisissa innovaatioissa, jollaisia sosiaali- ja terveysalan innovaatiot pääasiassa ovat, kyse on usein tuottajan ja käyttäjän välisestä aidosta, vuorovaikutustilanteen poikimasta yhteiskehittelystä. Pienissä organisaatioissa on harvoin tutkimus- ja kehittämissyöhön erikoistunutta henkilöstöä. Innovaatio-toiminta organisoidaan osallistamalla henkilöstöä.

Etnografinen lähestymistapa mahdollistaa tutkija-kehittäjän position olla yksi osallistuja muiden joukossa. Hänen roolinsa tutkija-kehittäjänä voi poiketa muiden osallistujien roolista vain siinä, että hän vastaa kehittämistyön arvioinnista ja dokumentoinnista. Tuotetut dokumentit voivat muodostaa kehittämisprosessin tutkimuksellisen osuuden. Usein kehittämisinterventioissa suurimpia haasteita ovatkin arviointi ja dokumentointi; mitä prosessin aikana tehtiin ja miten tehtiin? Eri vaiheiden huolellinen dokumentointi tuo systemaattisuutta ja lisää kehittämistyön tulosten luotettavuutta.

Etnografian monimenetelmällisyys mahdollistaa monenlaisten tiedontuottamistapojen käytön kehittämisprosessin aikana. Alasoinin (2011) ja Hakkaraisen (2005) mukaan innovaatioiden tuottaminen ja organisatorinen oppiminen kietoutuvat yhä tiukemmin toisiinsa osaksi yhteistä uuden tiedon tuottamisen prosessia. Perinteisesti näitä on tarkasteltu kahtena erillisenä prosessina: asiantuntijalähtöisenä innovaatioiden tuottamisena ja koulutukseen tai työssä harjaantumiseen perustuvana tiedon hankintana. Etnografisen lähestymistavan mahdollistama arjen havaintoihin perustuva kehittäminen on organisaation sisältä johdettua, omaa inhimillistä pääomaa hyödyntävä ja lisäävä prosessi, jossa parhaiten toteutuvat myös kestävän kehityksen periaatteet (esim. Rohweder 2008).

Alasoini (2011) korostaa erityisesti kehittämisprosessin alkupäätä, johon sisältyy uuden tiedon etsimistä ja luomista. Tämä edellyttää organisaatiolta ja henkilöstöltä avoimuutta, ennakkoluottomuutta, suvaitsevaisuutta, johdon sallimaa itsenäisyyttä, aloitteellisuutta, luovuutta ja ajankäytännöllistä väljyyttä. Uuden tiedon tärkeinä lähteenä ovat asiakkaat ja käyttäjät. Tiedon kokoamista ja analysointia voidaan systematisoida etnografisella lähestymistavalla, mikä hyväksyy mitä erilaisimpia tapoja olla osallisena maailmassa, jota tutkitaan.

Lisäksi nykyetnografian mukaan (esim. Richardson & St Pierre 2005; Salo 2007) kenttätöiden ei tarvitse olla perinteistä aineiston tuottamiseen liittyvää toimintaa vaan se voi olla tutkimusprosessia edeltävää tai samanaikaista toimintaa, jossa jossain muodossa ollaan konkreettisesti tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Kehittämisprosessille on tyypillistä erilaiset sitä edeltävät ja siihen valmistavat selvitystyöt. Etnografisella monimenetelmällisellä lähestymistavalla voidaan tuottaa osallistuja- ja asiakaslähtöistä tietoa myös prosessin suunnitteluvaiheeseen. Kehittämisprosessi eroaakin perinteisestä tutkimusprosessista siinä, että suunnitteluvaihe on keskeinen osa prosessia, jossa osallistujat ja asiakkaat ovat merkittävässä roolissa.

Kehittämisprosessissa tarvittavan uuden tiedon etsimisessä ja luomisessa tarvitaan menettelytapoja ja valmiuksia, joilla voidaan kyseenalaistaa organisaation nykyisiä toimintakäytäntöjä. Etnografinen tapa tuottaa tietoa arjen toimintaympäristössä työn lomassa mahdollistaa hiljaisen tiedon näkyväksi saamisen.

Etnografinen tapa analysoida ja kirjoittaa tuotettua puhetta välttämättä liiallista pelkistämistä ja abstrahointia tuo esille organisaation hiljaista tietoa toimintakäytäntöjen kuvaamisessa. Mahdollisimman kontekstisidonnaisten ja konkreettisten esimerkkien avulla toimintakäytännöt tunnustetaan omiksi. Osallistuja saa äänensä kuuluville ja kykenee voivansa vaikuttaa. Tämä lisää osallisuuden tunnetta, mikä puolestaan auttaa sitoutumista kehittämistyöhön.

Tällaisen osallisuuden tunteen merkitystä Alasoini (2011) tarkastelee Antonovskyn kehittämän henkisen koherenssin käsitteen kautta. Työelämän nopea, jopa jatkuva, muutos uhkaa ihmisten edellytyksiä nähdä työ omalta osaltaan sen enempää ymmärrettävänä, hallittavana kuin merkityksellisenä. Tilanteessa, jossa muutoksesta syntyvät haasteet ylittävät ihmisen käytettävissä olevat voimavarat, syntyy negatiivista stressiä ja tätä kautta kielteisiä vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin.

Osallisuudella voidaan Alasoinin (emt.) ajatella olevan henkistä koherenssia kohentavia vaikutuksia kaikkien kolmen ulottuvuuden osalta. Osallisuus uuden tiedon tuottamisen prosesseissa voi auttaa lisäämään ihmisen ymmärrystä oman organisaationsa ja sen ympäristön tapahtumista parantamalla hänen mahdollisuuksiaan löytää loogisia yhteyksiä erilaisten asioiden ja ilmiöiden väliltä. Osallisuus auttaa lisäämään hallinnan tunnetta asioista ja tapahtumista, joilla on vaikutuksia ihmisen ja hänen työnsä kannalta. Osallisuus auttaa löytämään myös merkityksellisyttä niistä asioista, joita omassa organisaatiossa ja sen ympäristössä on meneillään.

Prosessin loppupäähän taas sisältyy tiedon soveltamista ja juurruttamista osaksi organisaation toimintaa. Tämä edellyttää suurempaa kurinalaisuutta ja kykyä saada koko organisaatio toimimaan uusien yhteisten menettelytapojen ja toimintakäytäntöjen mukaisella tavalla.

## LOPUKSI - KITEYTYS ETNOGRAFIAN MAHDOLLISUUKSISTA

Työelämässä ei ole mielekästä puhua enää muutoksista vaan kehityksen trendeistä, joita yhteiskunnalliset ja globaalit kehityssuunnat vaativat, jotta työllä olisi merkitys ja mieli. Työelämä on ihmiselämän korkeakoulu, jossa tapahtuu suurin osa elämänaikaisesta oppimisesta. Formaalin ammattikoulutuksen tulisi taata yksilöille sellaisia tietoja ja taitoja, kompetensseja, että selviytyminen työelämän korkeakoulussa on mahdollista koko neljän vuosikymmenen työuran aikana.

Näitä kompetensseja ei omaksuta kirjoista lukemalla. Tänään tentity oppikirja on jo huomenna auttamattomasti vanhentunutta tietoa. Koulutuksesta vastaavien tahojen tulisi pysähtyä todella pohtimaan kompetensseja, mitä tämän päivän työelämässä tarvitaan ja miten niitä parhaiten opitaan.

Oppimisen nykyteoriat korostavat reflektiivisen oppimisen taitoja, mutta ei yksin reflektoida vaan yhdessä toisten kanssa. Riittääkö pelkkä yhdessä reflektointikaan takaamaan uusia innovatiivisia avauksia työtapojen uudistamiseen? Riittääkö perinteisellä tavalla toteutettu seminaarikäytäntö, jossa opiskelijat vaihtavat kokemuksia ja ajatuksia liittyen yksilöllisiin suorituksiinsa luokkahuoneen sisällä tuottamaan osaamista todellisiin työelämän ongelmanratkaisutilanteisiin? Mielipiteeni on, että ei riitä. Tarvitaan yhdessä tekemisen paikkoja aidoissa oppimisympäristöissä. Miksi?

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon keskeisin tavoite on tuottaa osaamista työelämän vaativiin asiantuntijatehtäviin. Kaikkiin vaativiin asiantuntijatehtäviin liittyvä kehittäminen tavalla tai toisella. Kehittäminen edellyttää osaamista, jota voi oppia vain olemalla mukana kehittämisprosesseissa aidoissa kehittämisympäristöissä. Yksi keskeinen osaamisen alue kehittämisprosesseissa on osallisuuden edistäminen.

Toikko ja Rantanen (2005) puhuvat osallisuuden asiantuntijuudesta, joka voi olla jopa substanssiasiantuntijuutta merkittävämpi asiantuntijuuden alue kehittämisprosesseissa. Osallisuus edistää kehittämis-työhön sitoutumista ja sen myötä työhyvinvointia, joka on Alasoinin (2011) mukaan kaiken innovatiivisen kehittämistyön perusedellytys. Miten osallisuutta edistetään kehittämisprosesseissa?

Osallisuuden edistäminen kehittämisprosesseissa on haastavaa. Sitä ei voi oppia kirjoista lukemalla, koska se on aina kontekstuaalista, sidoksissa ihmisryhmään ja tilanteisiin, missä kehittämis-työ toteutuu. Osallisuutta voidaan edistää työtapoilla ja menetelmillä, jotka ovat osallistujien yhdessä sopimia.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon uusi toteutusmallimme on rakennettu sellaiseksi, että opiskelijat saavat jo koulutuksen aikana mahdollisimman monia kokemuksia kehittämisestä erilaisissa kehittämis-yhteisöissä. Menetelmissä painotamme dialogisia ja reflektiivisiä taitoja, joita harjoittemme koko koulutuksen ajan. Lisäksi

painotamme informaation lukutaitoa eli tiedon hakemista, analyyttistä käyttöä ja uuden käytäntöä palvelevan tiedon tuottamista.

Opiskelijamme saavat hyvät valmiudet tutkimukselliseen kehittämis-toimintaan, sillä korostamme kaiken tuloksellisen kehittämistyön perustuvan näyttöön. Näyttöön perustuva toiminnan kehittäminen edellyttää sekä kokemuksellista että tutkittua tietoa, sekä tietoisuutta toiminnan resursseista. Erittäin haastavaa on se, miten kokemuksellinen tieto, joka on usein ns. hiljaista tietoa, saadaan näkyväksi kehittämisprosesseissa. Käyttäjälähtöisessä kehittämisessä asiakkaiden äänen esille saaminen tuo vielä omat erityiset haasteensa kehittämistyölle.

Kehittämis-työhön liittyvän tiedon tuotannon tulisi olla käytäntöä palvelevaa, sellaista että se tuo esille toiminnan vahvuuksia ja haasteita konkreettisen toiminnan tasolla, ei teoreettisia viisauksia oppikirjoista. Silloin, kun osallistujat ovat työyhteisön jäseninä osallisia kehittämisprosesseissa, he myös samalla hoitavat päivittäisiä työtehtäviään. Tällöin tiedon tuottamisen tulee onnistua luonnollisesti työntekijää liiaksi kuormittamatta.

Etnografinen lähestymistapa mahdollistaa arjessa tapahtuvan tiedon tuotannon, koska se sallii mitä erilaisimpia tapoja tuottaa tietoa arjen työn lomassa. Se arvostaa myös eri tahojen tuottamaa tietoa, ei vain asiantuntijätietoa. Erittäin tärkeänä etnografiassa pidetäänkin "maan hiljaisten" äänen esille saamista. Miten työyhteisössä saadaan esille hiljaisten puurtajien ajatuksia ja kokemuksia, miten niiden asiakasryhmien, jotka eivät ole tottuneet siihen, että heidän mielipiteillään voisi olla merkitystä palvelujen kehittämisessä.

Etnografian vahvuuksia on myös sen sallima väljyys ja avoimuus tiedon tuottamiseen. Kehittämis-työ harvoin etenee tarkkojen suunnitelmien mukaan silloin kun se on kontekstuaalista ja osallistavaa, kollektiivista älykkyyttä hyödyntävää. Etnografisen lähestymistavan hienoin piirre kehittämis-työn näkökulmasta onkin se, että se sallii suuret suunnan muutokset kehittämis-työn aikana. Tutkimus palvelee kehittämis-työtä, eikä päinvastoin. Tietoa tuotetaan sitä mukaan, kun sitä kehittämis-työssä tarvitaan ja niiltä tahoilta kenen tietoa tarvitaan. Tiedon tuottamisen vapauden ja väljyyden rinnalla Vuorinen (2005) korostaa kuitenkin kehittäjä-tutkijan vastuuta huomata, mitä valintoja pitäisi tehdä, jotta päästäisiin onnistuneeseen lopputulokseen.

Etnografia tutkimuksellisena lähestymistapana kehittämis-työ-prosesseissa mahdollistaa tasavertaisen tavan tuottaa tietoa. Kaikkien osallistujien tuottama tieto on kehittämis-työn näkökulmasta yhtä arvokasta. Etnografisessa prosessissa korostuu avoin asiantuntijuus, jossa ei ole ylemmän tiedon vartijoita. Asiantuntijoiden rooli on luoda sellaisia kehittämis-työn rakenteita, joissa mahdollistuu dialoginen ja reflektiivinen keskusteluyhteys osallistujien kesken. Tällaista asiantuntijuutta uskomme uuden pedagogisen, aidoissa kehittämis-työ-ryhmäissä tapahtuvan, yhteistoiminnallisen ja tutkivaan oppimiseen perustuvan toteutusmallimme tuottavan.

## KIRJOITTAJA

### Hilkka Honkanen

Terveydenhoitaja, TtT, yliopettaja  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Olen tuntenut Merjan vuodesta 1990 lähtien, ensin Oulun yliopiston maisteriopinnoissa, sitten hänen toimiessaan ohjaajana lisensiaatintyössäni. Hänen siirtyessään Kuopion yliopistoon,

seurasin perässä ja jatkoin väitöstutkimustani hänen ohjauksessaan. Merja on ohjaajana huolellisesti paneutuva ja innostava. Hän on hyvin avoin uusille näkökulmille ja vaikka on itse raskaan psykiatrisen hoitotyön edustaja ja ehkä juuri siksi hän näkee mielenterveyden edistämisen tärkeänä osana mielenterveystyötä. Etnografian asiantuntijana hän on maamme kärkitutkijoiden joukossa.

## Lähteet

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voidaan kehittää kestäväällä tavalla? Tykes-raportteja 76. Helsinki. Hakupäivä 31.1.2012.

[http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/03\\_tutkimus\\_ ja\\_ kehittaminen/02\\_tykes/05\\_aineistopankki/julkaisut/76\\_hyvinvointia\\_tyosta\\_nettiin.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/03_tutkimus_ ja_ kehittaminen/02_tykes/05_aineistopankki/julkaisut/76_hyvinvointia_tyosta_nettiin.pdf)

Alasoini, T. & Ramstad, E. 2007. Johdanto. Teoksessa T. Alasoini & E. Ramstad (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Tykes-raportteja 53. Helsinki: Työministeriö.

Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. & Lofland, L. 2007. Editorial Introduction. Teoksessa P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland (toim.) *Handbook of Ethnography*, 1-8. London: Sage Publications.

Boreham, N. 2004. A theory of collective competence: Challenging the neo-liberal individualisation of performance at work. *British Journal of Educational Studies* (52)1, 5 - 17.

Coffey, A. 1999. *The Ethnographic Self*. London: Sage Publications.

Cortazzi, M. 2007. Narrative Analysis in Ethnography. Teoksessa P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland (toim.) *Handbook of Ethnography*, 384-394. London: Sage Publications.

Davies, C. A. 2010. *Reflexive Ethnography. A guide to researching selves and others*. 2nd ed. Great Britain: Routledge.

Denzin, N. K. 1997. *Interpretive Ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*. London: Sage Publications. Thousand Oaks.

Freshwater, D. & Rolfe, G. 2001. Critical reflexivity: A politically and ethically engaged research method for nursing. *Nursing Times Research* 6(1), 526 - 537.

Geertz, C. 1993. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

Hammersley, M. & Atkinson, P. 2009. *Ethnography. Principles in practice*. 3rd ed. Great Britain: Routledge.

Gregory, E. 2005. Introduction. Tracing the steps. Teoksessa J. Conteh, E. Gregory, C. Kearney & A. Mor-Sommerfeld (toim.) *On Writing Educational Ethnographies. The Art of Collusion*, ix-xxiv. Trentham Books. Stoke of Trent.

Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2002. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Porvoo: WSOY.

Hakkarainen, K., Palonen, T. & Paavola, S. 2002. Kolme näkökulmaa asiantuntijuuden tutkimiseen. *Psykologia* 37(6), 448 - 464.

Hakkarainen, K. 2003. Kollektiivinen älykkyys. *Psykologia* 38(6), 384 - 401.

Hakkarainen, K. 2005. Asiantuntijuus ja oppiminen työelämässä psykologisia näkökulmia. Puheenvuoro Osaaminen murroksessa – Työelämälähtöisen osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen seminaarissa 12.4.2005. Helsinki. Hakupäivä 1.2.2012, <http://www.helsinki.fi/science/networkedlearning/material/HakkarainenEsitelma2005a.pdf>

Hamel, G. 2007. *The Future of Management*. Boston: Harvard University School Press.

Henderson, A. 2005. The value of integrating interpretive research approaches in the exposition of healthcare context. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 554 - 560.

Hirvonen, E. & Nikkonen, M. 2003. Tulkitseva etnografia: Sosiaalisen todellisuuden rakentamista, reflektointia ja vakuuttavaa kirjoittamista. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uud. p. Juva: WS Bookwell Oy, 265 - 300.

Koivunen, N. 2005. Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu? *Hallinnon tutkimus* 24(3), 32 - 45.

Lahelma, E. & Gordon, T. 2007. Taustoja, lähtökohtia ja avauksia kouluetnografiaan. Teoksessa S. Lappalainen, P. Hynninen, T. Kankkunen, E. Lahelma & T. Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tallinna: Osuuskunta Vastapaino, 17 - 38.

Lappalainen, S. 2007a. Johdanto. Mikä ihmeen etnografia? Teoksessa S. Lappalainen, P. Hynninen, T. Kankkunen, E. Lahelma & T. Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tallinna: Osuuskunta Vastapaino, 9 - 14.

Moore, D. T. 2004. Curriculum at work. An educational perspective on the workplace as a learning environment. *The Journal of Workplace Learning* 16(6), 325 - 340.

Nikkonen, M., Janhonen, S. & Juntunen, A. 2001. Hoitokulttuurin tutkimuksesta. Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, 44 - 80. Juva: WSOY.

Nowotny, H., Scott, P. & Gibbons, M. 2001. *Rethinking Science: Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. London: Polity Press.

Palmu, T. 2007. *Kenttä, kirjoittaminen, analyysi – Yhteenkietoutumia*. Teoksessa S. Lappalainen, P. Hynninen, T. Kankkunen, E. Lahelma & T. Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tallinna: Osuuskunta Vastapaino, 137 - 150.

Parviainen, J. 2006. *Kollektiivinen tiedonrakentaminen asiantuntijatyössä*. Teoksessa J. Parviainen (toim.) *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino, 155 - 187.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2005. *Miten raportoida tutkimuksellista kehittämishanketta?* Teoksessa L. Vanhanen-Nuutinen & P. Lambert (toim.) *Hankkeesta julkaisuksi. Kirjoittaminen ammattikorkeakoulun ja työelämän kehityshankkeissa*. Helsinki: Edita, 97 - 111.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2006. *Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen*. *Janus* vol. 14(4), 403 - 410. Hakupäivä 31.1.2012. [http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0406/4\\_06\\_Rantanen\\_etal.pdf](http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0406/4_06_Rantanen_etal.pdf)

Rautajoki, A. 2009. *Asiantuntijuutta vakuuttamassa – Opettajien työelämäsuhteen asiantuntijuuspuhe sosiaalialan ammattikorkeakouluverkoston työelämäprojekteissa*. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 47. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Richardson, L. & St Pierre, E.A. 2005. *Writing. A method of inquiry*. Teoksessa N. Denzin & Y. Lincoln (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Method*. London: Sage Publications, Thousands Oaks, 959 - 978.

Rohweder, L. 2008. *Konstruktioivinen tutkimusote pedagogiikan kehittämisessä*. Teoksessa

L. Rohweder & A. Virtanen (toim.) *Kohti kestävää kehitystä. Pedagoginen lähestymistapa*. Opetusministeriön julkaisuja 2008:3, 11 - 13.

Räsänen, K. 2007. *Kehittämisoitteet: Tutkimusavusteinen kehittämistyö "käytännöllisenä toimintana"*. Teoksessa E. Ramstad & T. Alasoini (toim.) *Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Raportteja* 53. Helsinki: Tykes, 40 - 66.

Saaristo, K. 2000. *Avoin asiantuntijuus. Ympäristökysymys ja monimuotoinen ekspertiisi*. *Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisusarja*, 66.

Salo, U-M. 2007. *Etnografinen kirjoittaminen*. Teoksessa S. Lappalainen, P. Hynninen, T. Kankkunen, E. Lahelma & T. Tolonen (toim.) *Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus*. Tallinna: Osuuskunta Vastapaino, 227 - 246.

Syvänen, S. 2004. *Kunnallisten palveluiden, työn ja työyhteisöjen yhteistoiminnallinen kehittäminen. Laatu-kehittämisoite. Kunnallinen eläkevakuutus*. Helsinki.

Syvänen, S. 2007. *Yhteistoiminnallinen kehittäminen edistää työhyvinvointia, parantaa palvelujen laatua ja lisää tuloksellisuutta*. *Kuntien eläkevakuutuksen Kevan verkkosivut*. Hakupäivä 10.10.2010. [http://www.keva.fi/Table\\_pict/cid3/Info\\_txt/id4247/Syvanen.pdf](http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4247/Syvanen.pdf)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. *Tutkimuksellinen kehittäminen. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. Tampere: Tampere University Press.

Valtioneuvoston asetus 423/2005. *Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta*. Hakupäivä 10.1.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050423>

Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2009. *Työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen kehittämisotteena*. *Työelämän tutkimus* (7)2, 105 - 116. Hakupäivä 31.1.2012.

[http://pro.tsv.fi/tetu/tt/Tt19\\_verkkoversio.pdf](http://pro.tsv.fi/tetu/tt/Tt19_verkkoversio.pdf)

Vuorinen, K. 2005. *Etnografia*. Teoksessa S. Ovaska, A. Aula & P. Majoranta (toim.) *Käytettävyytutkimuksen menetelmät*. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 63 - 78.



