

**Alexi Salminen**

**MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN  
KESKI-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRISEN  
YHDISTYKSEN ASUMISPALVELUYKSIKÖISSÄ**

**- Kuntoutujien kokemuksia**

**Opinnäytetyö**

**CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

**Joulukuu 2012**

**TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ**

<b>Yksikkö</b> Hyvinvoinnin- ja kulttuurin yksikkö	<b>Aika</b> Joulukuu 2012	<b>Tekijä/tekijät</b> Aleksi Salminen
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja		
<b>Työn nimi</b> MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN KESKI-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRISEN YHDISTYKSEN ASUMISPALVELUYKSIKÖISSÄ -Kuntoutujien kokemuksia		
<b>Työn ohjaaja</b> ThM, KtT Marja-Liisa Hiironen	<b>Sivumäärä</b> 55 + 5 liitettä	
<b>Työn tarkastaja</b> Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		
<b>Työelämäohjaaja</b> Toimintaterapeutti, asumispalvelujohtaja Soili Mustonen		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntoutusprosessista Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä Kokkolassa. Tavoitteena oli saada erityisesti kuntoutujalähtöistä tietoa Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluyksiköille. Tavoitteeseen liittyi myös työelämälähtöisyys, koska Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistys haluaa saada kuntoutujalähtöistä tietoa kuntoutumiskotien asukkaiden kuntoutumisen tueksi. Tutkitun tiedon avulla toivotaan yhdistyksen pystyvän kehittämään toimintaansa tulevaisuudessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä teemahaastatteluna. Tulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tiedonantajia opinnäytetyössä oli 4. Tiedonantajat tulivat kolmesta sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen Kokkolan asumispalveluyksiköstä, joita ovat Kvikant, Onnentupa ja Kotikartano.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista merkittävimpinä nousi esiin kuntoutujien toive voida viettää aikaa enemmän henkilökunnan kanssa. Kuntoutajat toivoivat myös yksittäisiä lisähankintoja viihtyvyyden parantamiseksi. Kuntoutusprosessi toteutui asukkaiden näkökulmasta kuntoutumista edistävästi. Tiedonantajien vastausten perusteella voidaan todeta, että sosiaalipsykiatristen yksiköiden toteuttamat kuntoutusmenetelmät antoivat asukkaille valmiuksia itsenäiseen selviytymiseen arjessa. Kuntoutujalähtöisen tiedon avulla opinnäytetyöllä saatiin kehittämissuhteita yhdistykselle, erityisesti yhdistyksen kaikille asumispalveluyksiköille. Opinnäytetyö antoi myös kuntoutujilta saatujen vastausten perusteella kehittämissuhteita yhdistyksen työntekijöille.</p>		
<b>Asiasanat</b> Mielenterveyskuntoutus, mielenterveys		

**ABSTRACT**

<b>CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</b>	<b>Date</b> December 2012	<b>Author</b> Aleksi Salminen
<b>Degree programme</b> Nursing and Health Care		
<b>Name of thesis</b> Implementation of Mental Health Rehabilitation in Central Ostrobothnia Social Psychiatric Association's Housing Units -Rehabilitee's experiences		
<b>Instructor</b> Master of Health Care, Doctor of Economic Sciences Marja-Liisa Hiironen		<b>Pages</b> 55+5 appendices
<b>Supervisor</b> Principal Lecturer, PhD Annukka Kukkola		
<b>Working life director</b> Housing services manager, Occupational therapist, Soili Mustonen		
<p>The purpose of this study was to examine the mental health rehabilitee's experiences of rehabilitation process of the Central Ostrobothnia Social Psychiatric Association in Kokkola. The purpose was to obtain in particularly rehabilitee-oriented information. The aim was also working life-oriented, because the Central Ostrobothnia Social Psychiatric Association wants to get rehabilitee-oriented information to support resident's rehabilitation. Evidence-based information is hoped to be of help to develop the association's activities in the future.</p> <p>Thesis used qualitative research method. The results were analyzed using inductive content analysis. There were four reporting agents in thesis. Reporting agents came from three Social psychiatric association housing service units in Kokkola. The units are called Kvikant, Onnentupa and Kotikartano.</p> <p>Main results of the study, indicated the rehabilitee's desire to spend more time with the staff. Rehabilitees also asked for certain additional individual purchases to improve comfort. Rehabilitation process was implemented from the perspective of the inhabitants as promotiny rehabilitation. On the basis of the reporting agents responses can be seen that the social rehabilitation of psychiatric units carried out by the methods gave people the capacity for independent recovery. Rehabilitee-oriented information gave development proposals for the association, in particular to the association's all housing units. On the basis of the rehabilitee's responses thesis also gives suggestions as to what areas to improve by association's employees.</p>		
<b>Key words</b> Mental health rehabilitation, mental health		

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 MIELENTERVEYS	3
2.2 Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä	5
2.3 Mielenterveyslaki	8
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS	10
3.1 Mielenterveyskuntoutuksen tehtävät ja tavoitteet	10
3.2 Mielenterveyskuntoutuksen muodot ja periaatteet	11
3.3 Kuntoutusprosessi mielenterveystyössä	14
3.4 Omaisten merkitys mielenterveyskuntoutuksessa	15
3.5 Mielenterveyskuntoutuksen haasteet	16
4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS PSYKIATRISEN HOITO- TYÖN JÄRJESTELMÄSSÄ	18
4.1 Perusterveydenhuolto	18
4.2 Erikoissairaanhoido	19
4.3 Kolmas sektori mielenterveyskuntoutuksessa	19
4.3.1 Psykiatrinen työtoiminta	20
4.3.2 Psykiatrinen asumispalvelutoiminta	20
5 KESKI-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRINEN YHDISTYS	23
5.1 Yhdistyksen toiminnan tarkoitus	23
5.2 Asumispalveluyksiköt	24
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT	25
6.1 Tavoite ja tarkoitus	25
6.2 Tutkimustehtävät	27
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	28
7.1 Kvalitatiivinen tutkimus	28
7.2 Aineiston kerääminen	29
7.2.1 Toimintaympäristö	29
7.2.2 Tiedonantajat	31
7.2.3 Teemahaastattelu	32
7.2.4 Tutkimustehtävien pohjalta muodostuneet kysymykset tiedonantajille	33
7.3 Sisällönanalyysi	33
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
8.1 Eettisyys	36
8.2 Luotettavuus	37
9 TUTKIMUSTULOKSET	39
9.1 Kuntoutusprosessin toteutuminen mielenterveyskuntoutujien kokemana	39

9.2 Omatoimisuuden ilmeneminen mielenterveyskuntoutujien vastauksissa	41
9.3 Mielenterveyskuntoutuksen kehittäminen tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujalähtöisemmäksi	44
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	46
11 POHDINTA	48
LÄHTEET	52
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Mielenterveydelliset ongelmat ovat viime vuosina kasvaneet. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt mielenterveyden älyllisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tilaksi. (STM 2004.)

Opinnäytetyön aihe syntyi halusta tietää, millä menetelmillä jo puhjenneita mielenterveyden ongelmia voidaan kuntouttaa. Mielenterveyskuntoutustyö ja sen toteuttaminen oli niin kiinnostava aihe, että opinnäytetyön idea ja aihe päätettiin muodostaa niiden ympärille. Aihevaihtoehtoja oli muutamia, mutta juuri kuntoutujien omien kokemusten kuuleminen tuntui mielekkäimmältä vaihtoehdolta. Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys on tunnettu hyvästä kuntoutustyöstään, joten siitä syystä työ tehtiin juuri heille. Opinnäytetyö pitää sisällään todellisuutta hyvin kuvaavia mielenterveyskuntoutukseen liittyviä asioita. Opinnäytetyössä ja sen tuloksissa esiintyvä tieto on kuntoutujalähtöistä, mikä vastaa todellisuutta asianmukaisesti. Erityisesti mielenterveystyöstä kiinnostuneille opinnäytetyö on kiinnostavaa luettavaa.

Opinnäytetyön teoriaosuuden alussa on avattu laajaa mielenterveyden käsitettä materiaalien avulla. Mielenterveyden osa-alueet on jaoteltu ja niistä on kerrottu lyhyesti. On myös otettu selville, mitkä tekijät voivat laukaista mielenterveyshäiriön, mitkä ovat yleisimmät mielenterveyden häiriöt ja kuinka niitä tulisi hoitaa ja kuntouttaa. Mielenterveyden häiriöistä on kerrottu, koska ne ovat osana myös jokapäiväistä mielenterveyskuntoutusta. Lyhyesti on myös kerrottu miten mielenterveyden tutkimusta tulisi tehdä sekä mitä ovat lait jotka liittyvät mielenterveystyöhön ja erityisesti mielenterveyskuntoutustyöhön.

Teoriaosuuden keskiosassa, luvulla 3, on avattu opinnäytetyön tärkeintä käsitettä: mielenterveyskuntoutusta. Sekin on jaettu osiin, kerrottu aluksi mielenterveyskuntoutuksen muotoja, määritelmiä, tavoitteita, tehtäviä sekä lopussa kerrottu mielenterveyskuntoutuksen tulevista haasteista. Tutkittua tietoa edellä mainittuihin asioihin liittyen on käytetty, joten sen myötä tekstin luotettavuus on lisääntynyt.

Teoriaosuuden loppuosassa, luvulla 4, on esitelty lyhyesti psykiatrisen hoitotyön kaikki portaat perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Kolmannen sektorin psykiatrisesta hoitotyöstä on kerrottu kuitenkin laajemmin, koska siihen liittyy opinnäytetyöni aiheen lähes keskeisimmät asiat: psykiatrisen työtoiminta ja erityisesti psykiatrisen asumispalvelutoiminta. Sen jälkeen on esitelty Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrista yhdistystä ja erityisesti sen asumispalveluyksiköitä, jonne opinnäytetyön teko painottui.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntoutusprosessista Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä. Tarkoituksena oli myös saada selville, mitkä asiat kuntoutuksessa tukevat kuntoutujan toimintakykyä ja heidän siirtymistään vähemmän tuetun palvelun pariin. Toisena tavoitteena oli saada kehittämisehdotuksia Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminnan tueksi.

Tutkimustehtävillä pyrittiin saamaan vastauksia opinnäytetyön tarkoituksiin ja tavoitteisiin. Tutkimustehtävät muodostuivat tiedonantajille asetetuista kysymyksistä. Kysymyksiä oli kolme. Ensimmäisellä kysymyksellä pyrittiin saamaan vastaus kysymykseen, miten kuntoutusprosessi toteutuu asumispalveluyksiköiden toiminnassa mielenterveyskuntoutujien kokemana. Toisella kysymyksellä haluttiin saada selvyys, miten omatoimisuus ilmenee asumispalveluyksiköiden mielenterveyskuntoutujien vastauksissa. Kolmas kysymys pyrki saamaan tietoa siitä, miten mielenterveyskuntoutusta tulee kehittää entistä tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujalähtoisemmäksi. Toteutusosiossa on kerrottu toimintaympäristöstä, tiedonantajista, kvalitatiivisesta tutkimuksesta, teemahaastatteluista, joissa käytetään yksilöhaastatteluja, sekä sisällönanalyysistä. Tiivistetysti ne on sijoitettu kohtaan ”opinnäytetyön toteuttaminen”. Opinnäytetyön tulokset ja niiden johtopäätökset on sijoitettu omaan alueeseensa.

Lopuksi on kerrottu lähteisiin nojaten opinnäytetyön luotettavuudesta ja eettisyydestä. Lopuksi on myös tutkimustuloksiin nojaten tehty johtopäätöksiä sekä synteesiä muihin tutkimuksiin. Lopun pohdintaosiossa on reflektoitu omaa oppimista sekä perusteltu valintojen onnistuneisuutta.

## 2 MIELENTERVEYS

Mielenterveys määritellään älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Siinä yksilö ymmärtää omat kykynsä ja pystyy toimimaan elämän normaalistressissä. Ihminen pystyy samalla toimimaan myös tuottavasti ja tuloksellisesti ja yhteisönsä jäsenenä. Mielenterveyttä määrittävät tekijät voidaan jaotella myös neljään osaluokkaan: 1. Yksilölliset tekijät ja kokemukset. 2. Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet. 3. Yhteiskunnan rakenteet ja resurssit. 4. Kulttuuriset arvot. (STM 2004.)

Mielenterveyden määritelmä ei ole kuitenkaan edellä mainitun yksinkertainen. Neljää aikaisemmin mainittua mielen­terveyden määrittävää tekijää pystytään myös määrittelemään tarkemmin. Mielenterveyden yksilöllisiin tekijöihin ja kokemuksiin sisältyvät ihmisen fyysinen terveys, emotionaal­is-kognitiiviset toiminnat, identiteetti, minäkäsitys ja itsensä hyväksyminen itsearvostus ja itseluottamus, autonomia ja sopeutumiskyky, selviytymis- ja stressinhallintataidot sekä elämäntarkoituksen kokeminen. Kun yksilöllisiä tekijöitä ja kokemuksia määritellään, tarvitaan tietoa fyysisen terveyden ohella myös psyykkisistä sairauksista eli, siitä mikä on ihmisen mielen­terveyden kannalta poikkeavaa ja mikä ei. Poikkeavuuksia kuvataan psykiatriassa diagnoosiluokituksina mielen­terveyden häiriöiden näkökulmasta (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 14—20.)

Sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvät ihmisen henkilökohtainen ja perheen elämämpiiri, koulu- ja työyhteisöt, yhdyskunta- ja ympäristötekijät sekä hyvät hallinto- ja palvelumallit. Perhe on hyvin tärkeässä asemassa ihmisen elämämpiirin muodostumisen ja hyvän elämän lähtökohtien mahdollistumisen kannalta. Perheeseen liittyvien elinolojen tulisi olla sellaiset, että ne vähentävät perheenjäseniä kuormittavia tekijöitä ja mahdollistavat hyvät vuorovaikutukselliset suhteet. Mielenterveyden tukemiseksi perheille on tarjolla laajasti sosiaali- ja terveysalan palveluverkoston, johon kuuluvat mm. päivähoito ja lastensuojelutyö, koulun oppilashuoltotyö ja nuorisotyö. Sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyy myös toimiva työyhteisö ja mielekäs työ. Ne osaltaan



edistävät yksilön mielenterveyttä. Työelämään liittyy myös vaatimuksia, jotka kuormittavat juuri mielialaongelmia sairastavia työntekijöitä heidän kamppaillessaan työelämässä rooli- ja identiteettivaatimusten kanssa ilman että he saisivat asianmukaista sosiaalista tukea. (Noppari ym. 2007, 22.)

Mielenterveys on tärkeä osa laajaa yhteiskunta- ja hyvinvointipolitiikkaa. Mielenterveyteen liittyvien yhteiskunnallisten rakenteiden ja resurssien osalta huomiota tulisi kiinnittää yhteiskuntapolitiikkaan ja yhteiskunnalliseen kehitykseen, organisaatioiden toimintaan, kasvatuksellisiin ja koulutuksellisiin olosuhteisiin sekä asumiseen ja palveluihin liittyviin olosuhteisiin. Vallitsevat yhteiskunnalliset olot, kuten pitkäaikaistyöttömyys, tuloerojen kasvu, maahanmuuttajapolitiikka, alkoholiuomien saannin helpottaminen, kaupallinen viihde- ja päihdekulttuuriin kulutuspainet ja työelämän painet saattavat jopa altistaa mielenterveyden häiriöille. Toisaalta yhteiskunnan modernisoituminen mahdollistaa ihmiselle enemmän globaalia liikkuvuutta ja monikulttuurisia tekijöitä hyvän elämän elementeiksi ja mielenterveyden tueksi. Edistävää mielenterveystyötä tehtäessä olisi tärkeä huomioida juuri yhteiskunnalliset muutokset ja niiden heijastuminen ihmisten ja yhteisöjen arkeen. (Noppari ym. 2007, 25.)

Hyvösen vuonna 2004 tekemän tutkimuksen mukaan mielenterveystyöhön 1990-luvulla ovat heijastuneet lukuisat muutostekijät, jotka liittyvät terveydenhuollon palvelujärjestelmiin sekä niiden organisointiin ja rahoitukseen. Muutostekijöitä ovat olleet myös yhteiskunnalliset tapahtumat sekä perusterveydenhuollon työntekijä itse (Hyvönen 2004).

Kulttuuriset arvot lujittavat mielenterveyttä. Ne liittyvät yhteiskunnallisiin ja yhteiskunnallisiin arvoihin, arvostukseen ja kriteereihin. Kulttuuriset arvot liittyvät myös sosiaalisiin sääntöihin, leiman ja syrjinnän levittämiseen sekä poikkeavuuden sietämiseen. Jos ihminen on vakavasti mielenterveyden häiriöstä kärsivä, ei hän kykene usein mukautumaan sosiaalisen elämän sääntöihin. Tämä ilmenee yhteisössä häiritsemisenä, jossa rikotaan arkielämän sääntöjä. Tästä syystä ihmiseen saatetaan liittää yhteisössä stigma, eli kulttuurillisesti ei-hyväksytty leima, joka ilmenee hänen ja muiden ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa. (Noppari ym. 2007, 27.)

Mielenterveyden ongelma ilmenee ja alkaa usein tyypillisten oireina, joita ovat esimerkiksi mielialahäiriöt, tunteiden muuttuminen, keskittymisen ja muistin häiriöt, unihäiriöt, oudot tai pelottavat aistikokemukset sekä häiriöt ajattelussa ja arvostelukyvyyssä. Oireiden kokeminen on yksilöllistä. Mielenterveyden ongelmien alkamiseen liittyy usein huomattavaa toimintakyvyn alenemista ja tekemisen vähenemistä. Aikaisemmin helpoilta tuntuneet asiat tuntuvat vaikeilta tai ylitsempääsemättömiltä. Näiden oireiden ja tunteiden vallassa ihminen tarvitsee apua selviytyäkseen ja jaksakseen. Toisaalta niihin liittyy myös avun vastaanottamisen ja hakemisen vaikeus. (Koskisu 2003.)

Mielenterveyden tutkimus kohdistuu mielenterveyden edistämiseen sekä oireiden ja mielenterveyden häiriöiden syihin, esiintyvyyteen, ehkäisyyn ja hoitoon. Mielenterveyden tutkimusmenetelmä on väestötutkimukset. Niiden avulla pyritään arvioimaan mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä väestötasolla. Mittaustapa on tavallisesti lomakekysely. Niissä on valmiiksi laadittuja kysymyksiä psyykkisestä oireilusta tai sairastelusta. Mielenterveystutkimukset painottuvat psykooseihin, erityisesti skitsofreniaan, mielialaan ja mielialahäiriöihin, päihdeongelmien kehittymiseen ja riippuvuuteen, aivojen rakenteeseen ja toimintaan sekä väestössä että edellä mainituissa häiriöissä. (KTL 2008.)

## **2.1 Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä**

Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat 2-suuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö ja muut psykoosit sekä masennus. (Lepola, Koponen & Leinonen 2002.)

*Skitsofrenia* on vaikeimpia mielenterveyshäiriöitä. Tautiluokitus ICD 10 luokittelee skitsofrenian pienemmiksi alalajeiksi, joita ovat paranoidinen, hebefreeninen, erilaistumaton sekä katatoninen skitsofrenia. Usein skitsofreniaan sairastutaan nuoruusiällä. Arviolta joka kolmannessa tapauksessa häiriö jää krooniseksi. Skitsofreniaan liittyy kuolleisuuden riskiä. On arvioitu, että kuolleisuuden riski on 2-3 kertainen. Tämä johtuu pääosin itsemurhista, alkoholin käytöstä, myrkytyksistä, tapaturmista sekä ikääntyessä myös epäterveellisistä elämäntavoista.

Skitsofreniaan liittyy myös aloitekyvyn laskua. (Lepola ym. 2002, 37 ; ICD 10, 2011.)

Skitsofrenia on yhtä yleistä miehillä ja naisilla, mutta miehillä se puhkeaa yleensä 3 tai 4 ikävuotta aikaisemmin kuin naisilla. Skitsofrenian synty on merkittävä lääketieteellinen mysteeri. Sen syntymisen syistä ei tiedetä vielä paljoakaan. On kuitenkin voitu osoittaa, että perinnölliset tekijät voivat vaikuttaa sen syntyyn. Tyypillinen skitsofrenian oire on hallusinointi eli aistiharhaisuus. Hallusinaatiota voi esiintyä minkä aistin toiminnassa hyvänsä, mutta erityisesti kuulohallusinaatiot ovat skitsofrenialle tunnusomaisia. Skitsofreniaan liittyy myös harhaluuloja. Usein ne yhdistyvät äänihallusinaatioiden kanssa. (Lepola ym. 2002. 38—42.)

Skitsofreniaa voidaan hoitaa sen varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla. Sen hoito on edelleen haaste yhteiskunnalle. Useimmiten skitsofrenian hyvä hoito onkin useiden hoitomuotojen yhdistelmä, jossa tarvitaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Skitsofrenian hoidossa osastohoidon lisäksi myös avohoito ja perusterveydenhuolto ovat asettuneet keskeiseen rooliin. Vaikeimmin häiriintyneiden skitsofreenikoiden hoidossa ja kuntoutuksessa *työryhmäpohjainen tehostettu avohoito* on vaikuttava toimintamuoto. Sairaalahoidon osuus ei ole enää niin keskeinen skitsofrenian hoidossa. Hoito perustuu pitkäjänteiseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja yksilölliseen, potilaan ja hänen läheistensä tarpeet huomioon ottavaan hoitosuunnitelmaan. Hoitona voidaan käyttää myös psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Lääkehoidossa käytetään psykoosilääkityksenä neuroleptilääkitystä. Se lievittää psykoottisia oireita vähentää uusien sairastumisien riskejä ja antaa mahdollisuuden muiden hoitomuotojen toteuttamiseen. (Lepola ym. 2002, 37—39 ; Tuori 2011.)

*2-suuntaisessa mielialahäiriössä* tunnetiloina ovat maniat ja depressiot. Tilaa, jossa mieliala epänormaalisti nousee, kutsutaan maniaksi. Maanisuuteen liittyy mielialan mukaisia psykoottisia oireita. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on maanisen vaiheen lisäksi myös vähintään yksi jakso, jossa mieliala ja toimeliaisuus huomattavasti laskeneet. Tätä kutsutaan depressioksi. Silloin yksilö on huomattavasti taantunut ja hänen mielialansa on laskenut.

Depressio- ja maniajaksojen väleillä potilaan tila korjaantuu usein täysin. Mania voi kestää hoitamattomana jopa 4 tai 5 kuukautta keskimäärin kuitenkin noin 3 kuukautta. Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa kuitenkin useimmiten depressiolla. Maaninen vaihe tulee hoitaa nopeasti. Potilaalla on tällöin vaara sekoittaa omia asioitaan. Lääkehoidolla on keskeinen merkitys manian hoidossa. Lääkehoidossa käytetään mielialantasoittajia. Litium on pitkään ollut suosittu mielialantasoittaja. Nykyään kuitenkin alun perin epilepsian hoitoon käytetyt lääkkeet ovat syrjäyttämässä sen. Näistä parhaiten tutkittu ja eniten käytetty lääke on valproaatti. Lisäksi erittäin kiihtyneille potilaille voidaan käyttää antipsykoottisia lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiinejä (ICD 10, 2011, F31 & Lepola ym. 2002, 68-70.)

*Masennus* voi olla aluksi vaikea tunnistaa. Masennuksessa oireita on hyvin paljon. Keskeisimpiä oireita ovat mielialan lasku, mielenkiinnon ja mielihyvän kokemuksen menetys sekä energian väheneminen, joka johtaa herkkään väsymiseen ja aktiivisuuden heikkenemiseen. Muita oireita voivat olla keskittymiskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto ja itseluottamus, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, pessimistiset tulevaisuuden näkymät, itsen vahingoittamis- tai itsetuhoajatukset tai itsetuhotoimet sekä häiriintynyt uni ja vähentynyt ruokahalu. Matala mieliala ei ole masennuksessa hetkellistä, vaan se jatkuu päivästä toiseen eikä juurikaan reagoi olosuhteiden muutoksille. (Lepola ym. 2002, 63, 64.)

Masennus voidaan jaotella tautiluokituksen mukaan lievään masennustilaan, kohtalaiseen masennustilaan ja vaikea-asteiseen masennustilaan. Masennusta voidaan myös hoitaa psykoterapialla. Siinä keskeistä on turvallinen ja myötäelävä ilmapiiri. Psykoterapiamuotoja ovat kognitiivinen terapia, interpersonaalinen psykoterapia ja psykoanalyttinen lyhytterapia. Varsinkin kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään menemään mahdollisimman syvälle potilaan omaan ajatusmaailmaan ja ideologiaan sekä samaistumaan potilaan asemaan. Tietenkin myös lääkehoito on keskeistä myös masennuksen hoidossa. Lääkkeinä käytetään antipsykoottisia, trisyklisiä ja serotoniiniselektiivisiä masennuslääkkeitä. Puhjetessaan masennus ei välttämättä kysy aikaa tai paikkaa, se voi olla hyvin äkillinen tai puhjeta vähitellen. Masennusjakson kesto vaihtelee, mutta

hoitamattomana depressiojakso kestää keskimäärin kuusi kuukautta, vanhuksilla usein myös pidempään (ICD 10, 2011, F32 ; Lepola ym. 2002, 64—67.)

*Harhaluuloisuushäiriötä* tavataan useammin naisilla kuin miehillä. Niiden aiheuttajista ja rasitetekijöistä on vähän tietoa. Tiedetään kuitenkin, että geneettisillä, ympäristö- ja psykodynaamisilla tekijöillä on niihin vaikutusta. Harhaluuloisuushäiriö lasketaan varsinaisiin mielisairauksiin lukeutuvaksi häiriöksi, jossa keskeisinä oireina ovat jäsentyneet, potilaan kannalta katsottuna usein loogisen kokonaisuuden muodostavat harha-ajatukset eli deluusiot. Niitä voi olla yksi tai useampia. Harha voidaan ymmärtää ajatukseksi tai uskomukseksi, josta henkilö pitää kiinni sitä vastaan puhuvista seikoista huolimatta. Harhaluuloisuushäiriöön sairastuvilla henkilöillä on usein ollut sairastumista edeltävä persoonallisuuden rakennepoikkeama. Tässä sairaudessa ennuste on parempi kuin skitsofrenialla, eikä harhaluuloisuushäiriö useinkaan muutu skitsofreniaksi tai vakavaksi mielialahäiriöksi. Harhaluuloisuushäiriöisen potilaan hoitoa vaikeuttaa usein se, että heidän sairaudentunto on usein puutteellinen. Hoito koostuu lääkehoidosta sekä psykoterapeuttisesta ja psykososiaalisesta tuesta. Kiireetön kuuntelu ja kiinnostuksen osoittaminen varsinkin sairauden alkuvaiheessa helpottavat kontaktin luomista. (ICD 10, 2011. & Lepola ym. 2002, 54-57.)

## **2.2 Mielenterveyslaki**

Koko mielenterveystyötä Suomessa ohjaa mielenterveyslaki. Kuten WHO:n määritelmän mukaan, myös mielenterveystyössä korostuu yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Kyseiset arvot toteutuvat myös mielenterveyskuntouttamisessa ja siihen liittyvässä hoitotyössä. Mielenterveyslain kohdan 2 mukaan ohjaus ja valvonta sekä yleinen suunnittelu kuuluu, jollei lailla toisin säädetä, sosiaali- ja terveysministeriölle. Läänin alueella mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu aluehallintovirastolle. Tämä on tärkeä muistaa myös tätä opinnäytetyötä tehtäessä. Kuntoutumistutkimuksessa on tärkeä

muistaa myös mielenterveislain kohta 5: Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty. (Mielenterveislaki 11.12.2009/1066 & Stakes 2006.)

### 3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

Mielenterveyskuntoutus käsitteenä on laaja ja osittain epäselvä. Viime vuosikymmeninä mielenterveyskuntoutus on huomattavasti muuttunut. Muutokseen liittyy yleisen tietouden lisääntyminen. Sen myötä ihmisten käsitys mielenterveyden ongelmien luonteesta muuttuu. Muutosten myötä muuttuvat kuntoutukselle asetettavat haasteet. Myös se, miten mielenterveyskuntoutus ymmärretään, muuttuu ajan, kulttuurin ja yhteiskunnan mukana. (Koskisuu 2004, 10.)

#### 3.1 Mielenterveyskuntoutuksen tehtävät ja tavoitteet

Keskeisenä asiana mielenterveyskuntoutuksessa on *työvoiman ylläpitäminen ja yhteiskunnan menojen säästö*. Tavoitteena on ollut vähentää sairaudesta ja vammaisuudesta yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. Kuntoutuksen tehtävänä on jonkun tietyn selkeästi rajatun sairauden tai vamman aiheuttamien ongelmien ratkaisu, toimintakyvyn parantaminen ja haittojen minimointi. Kuntoutuksen yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat sairauden tai muiden syiden vuoksi uhattuina. Kuntoutuksessa kuntoutuja ja kuntoutushenkilökunta laativat suunnitelman. Kuntoutuminen perustuu suunnitelmassa laadittuihin asioihin. Kuntoutuksessa voidaan käyttää sekä yksilö- että ryhmäkohtaisia työskentelymalleja. Siinä voidaan käyttää myös apuna lähiyhteisöjä ja malleja. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 234 ; Koskisuu 2004, 10.)

*Sairaanhoitajan* tulee löytää kuntouttavassa mielenterveystyössä oikeat hoitotyön auttamismenetelmät. Kososen vuonna 2010 tekemän opinnäytetyön mukaan hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden pitää olla oikea-aikaisia ja vahvistaa kuntoutujan osallistumista ja sitoutumista omaan kuntoutumisen prosessiin. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että kuntoutumista edistää yhteistyö kuntoutujan läheisten ja omaisten kanssa. Myös sosiaalinen tuki on koettu tärkeäksi. Konkreettisia

hoitotyön auttamiskeinoja on koettu olevan tieto, suhtautuminen ja vuorovaikutus. Sairaanhoidajan tulee osata antaa kuntoutujalle tietoa sairaudesta, ympäristöstä ja kuntoutumisesta. Sairaanhoidajan tulee antaa kuntoutujalle tietoja myös kuntoutumisen erilaisista vaihtoehdoista. Keskeiseksi asiaksi Kososen tutkimuksessa nostettiin kuntoutujan ja sairaanhoidajan välinen vuorovaikutussuhde. Kunnollinen vuorovaikutus ja ohjaus muodostavat edellytykset kuntoutujan muutosprosessin käynnistymiselle. Vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa potilaalla on mahdollisuus kasvuprosessiin, jonka tavoitteena on hyvä terveys. Vuorovaikutussuhde perustuu siinä erityisesti sanalliseen ilmaisuun. Potilaalle on selostettava yhteistyön pelisäännöt ja tarvittaessa niitä pitää täsmentää. (Kosonen 2010; Kukkonen-Lahtinen 2006.)

### **3.2 Mielenterveyskuntoutuksen muodot ja periaatteet**

Mielenterveyskuntoutuksen muotoja ovat lääkinnällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus ja kasvatuksellinen kuntoutus. Näillä muodoilla kuntoutetaan myös muista sairauksista kärsiviä potilaita. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 225; STM 2011.)

*Lääkinnällisestä kuntoutuksesta* vastaavat pääosin terveydenhuollon toimijat. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu sopeutumisvalmennusta, yksilö-, ryhmä- tai toimintaterapiaa, kuntoutustutkimusjaksoja ja luovuusterapiaa. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu olennaisesti myös kuntoutusohjaus. Lääkinnällisellä kuntoutuksella kuntoutetaan eniten tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsiviä, mutta kasvavissa määrin myös mielenterveysongelmaisista ja vammaisista. (Heikkinen ym. 2008, 225; STM 2011.)

*Sosiaalisesta kuntoutuksesta* vastaa kunnan sosiaalitoimi. Sosiaalinen kuntoutus vahvistaa asiakkaan toimintakykyä aktiivisena kansalaisena sekä oman yhteisönsä jäsenenä. Nimensä mukaisesti se myös parantaa kuntoutujan ihmissuhteita sekä kannustaa olemaan niissä aktiivinen. Tavoitteena olisi, että



sosiaalinen kuntoutuminen ehkäisisi kuntoutujan syrjäytymistä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225.)

*Ammatillinen kuntoutus* on työhallinnon toimintaa. Tavoitteena on, että kuntoutuja oppii tarkastelemaan työkykyään, ammatti- tai koulutussuunnitelmiaan ja siirtymään työelämään. Yleistavoitteena ammatillisessa kuntoutuksessa pidetään työllistymistä. Sitä tukevat erilaiset toimet, kuten kuntoutustutkimus, työ- ja kuntoutuskokeilut, työvoimaneuvonta, työhönvalmennus ja elinkeinotuki (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225; STM 2011.)

Nimensä mukaisesti *kasvatuksellinen kuntoutus* on osa kasvatustyötä. Sitä tapahtuu lasten ja nuorten erityisopetuksessa sekä opetuksen tukitoimena. Kasvatuksellinen kuntoutus ei varsinaisesti liity opinnäytetyön aiheeseen. Se on kuitenkin yksi mielenterveyskuntoutuksen muodoista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 226.)

Tarkemmalla määrittelyllä mielenterveyskuntoutus voidaan jakaa myös keskeisiin käsitteisiin. Ensimmäinen esiin nouseva käsite on *elämänhallinta*. Sekään ei ole käsitteenä kovin yksinkertainen. Kuntoutuksen näkökulmasta elämänhallinnan käsitteeseen liittyy suoriutuminen arjesta ja ihmisen eri rooleihin liittyvistä välittömistä tehtävistä. (Koskisuus 2004, 13—14.)

Keskeinen käsite mielenterveyskuntoutuksen määrittelyssä on myös *elämänprojektit*. Niillä tarkoitetaan yksilön omaa elämää koskevia suunnitelmia, päämääriä ja niihin tehtävää toimintaa. Mielenterveyskuntoutujilla joskus ongelmana on juurikin se, että erilaisia tavoitteita, päämääriä ja pyrkimyksiä ei ole. Psykkinen sairastuminen tai henkiset ongelmat ovat ”katkaisseet” ne tai estäneet niiden olemassaolon. Täten kuntoutuksessa voidaan painottaa erityisesti kuntoutujan omien tavoitteiden löytämistä, jolla saataisiin kuntoutuja motivoitumaan. (Koskisuus 2004, 15—16.)

Tärkeä käsite mielenterveyskuntoutuksessa on myös *yhteisön jäsenyys*. Silloin kuntoutuksessa oleva ihminen hahmotetaan yhteisön jäsenenä. Kuntoutus

kohdistuu siinä myös yksilön sosiaalisiin rooleihin ja tehtäviin. Yhteisön jäsenyyteen liittyvässä kuntoutuksessa huomioidaan kuntoutujan tärkeinä pitämät roolit, jotka ovat esimerkiksi puolison, vanhemman, työntekijän, opiskelijan ja harrastajan roolit. Näitä roolitehtäviä pyritään kuntoutuksessa harjoitteluun. Yhteisön jäsenyydessä pyrkimys on tukea yksilöä näiden roolien harjoittelussa mahdollisimman menestyksekkäästi. (Koskisuu 2004, 18—19.)

*Suunnitelmallisuuden* käsitteessä kuntoutumisesta tehdään nimensä mukaisesti suunnitelmallista. Suunnitelma laaditaan kirjallisena. Siinä nivotaan yhteen ammatti-ihmisten, kuntoutujan sekä tarvittaessa hänen lähiverkostonsa näkemykset. Edellä mainitut henkilöt kutsutaan samaan aikaan koolle ja käydään keskustelu, jossa tehdään suunnitelma. Yhteiskeskustelussa luodaan kuntoutus- ja kuntoutumisprosessin hahmotelma. Suunnitelmassa on erittäin tärkeää, että kuntoutuja varmasti tietää suunnitelman kaikki yksityiskohdatkin. Suunnitelman laatimiseen pitää kiinnittää erityisesti huomiota: se ei voi olla pelkästään muodollisuuksien täyttämistä, vaan sen tulee olla koko kuntoutusprosessia ohjaava, oleellinen interventio. Suunnitelma tulee myös määrääjain tarkistaa. Nämä määrääjät sovitaan suunnitelmassa. (Koskisuu 2004, 19—21; Järvikoski ym. 2011, 236.)

Mielenterveyskuntoutuksen tulee olla myös *monialaista*. Monialaisuudella tarkoitetaan sitä, että yksi tieteenala tai ammatti ei edusta koko kuntoutuksen kenttää. Kuntoutusta voidaan lähestyä hyvin monien eri tieteenalojen näkökulmista. Kuntoutuksessa voidaan hyödyntää eri tieteitä, kuten kliinistä lääketiedettä, psykologiaa, sosiaalitiedettä, kansanterveystiedettä, sosiologiaa, talous- ja hallintotiedettä. Myös liikuntatiedettä sekä fysio- ja toimintaterapiaa voidaan hyödyntää. Useiden eri tieteidenalojen avulla olisi tärkeä löytää mielenterveyskuntoutukseen kuntouttava työote. Myös eri tieteenaloja edustavien ammattiryhmien tulisi löytää kuntouttava työote. (Koskisuu 2004, 21; Järvikoski ym. 2011, 235.)

*Yhteistyösuhde ja kuntoutujan asiantuntijuus* liittyvät myös keskeisesti hyvään kuntoutukseen. Voidaan ajatella, että kuntoutus on yhteistyösuhde. Se tarkoittaa

tasaveroista suhdetta kahden toimijan välillä. Kuntoutuja kuitenkin tekee viime kädessä ratkaisut ja päätökset. Asiantuntijuussuhteessa yhdistyvät työntekijän ammatillinen tieto ja taito sekä kuntoutujan kokemus omasta elämästään, tavoitteistaan ja toiveistaan. Kuntoutujalähtöisyys on tässä työssä erittäin oleellista: kuntoutujan omat tavoitteet ohjaavat prosessia. Jos yhteistyösuhde asiantuntijan ja kuntoutujan välillä on hyvää, kuntoutussuhteessa vallitsee tasavertaisuus. Se ilmenee esimerkiksi tasavertaisena vuorovaikutussuhteena kuntoutujan ja asiantuntijan välillä (Koskisu 2004, 22).

Kuntoutujan näkökulmasta mielenterveyskuntoutus pitää sisällään osa-alueita kuten yhteisön yhteinen ryhmätoiminta. Ryhmätoimintaan liittyy esimerkiksi kuntouttavaa liikuntaa, yhteistä ruoanlaittoa ja askartelua. Kuntoutajat pitävät tärkeänä vertaistuen merkitystä ja työntekijöiden tukea, mikä tarkoittaa säännöllisiä, etukäteen sovittuja yksilökeskusteluita. Tutkimuksessa tukiasumisyksikön ulkopuoliset työntekijät olivat myös antaneet tukea. Mielenterveyskuntoutumisen tutkimus on tuonut myös esille myös läheisten tuen tarpeellisuuden. Pääkaupunkiseudun mielenterveyskuntoutajat ovat tutkimuksen mukaan suhteellisen tyytyväisiä omaan elämäänsä. Kuntoutuminen on tehnyt heistä rohkeampia ja se on saanut heidät tutustumaan uusiin ihmisiin. Kuntoutujilla on kuitenkin vielä halu kuntoutua lisää. He haluavat saada vielä lisää näkökulmia elämäänsä ja ovat kokeneet edistyneensä monella elämän eri osa-alueella. (Klaavu 2008.)

### **3.3 Kuntoutusprosessi mielenterveystyössä**

Mielenterveyskuntoutusta voidaan kuvailla myös eräänlaiseksi prosessiksi, jota kutsutaan ammatillisesti nimellä kuntoutusprosessi. Prosessiin kuuluu nimensä mukaisesti eri vaiheet. Ongelmallista kuitenkin verrattuna muihin prosesseihin on se, että mielenterveyskuntoutusprosessi ei etene välttämättä niin näkyvästi ja lineaarisesti. Ensimmäinen vaihe kuntoutusprosessissa on alkutilanteen arviointi. Sen jälkeen asetetaan normaalisti kuntoutustavoite tai tavoitteet. Kuntoutusprosessiin kuuluu myös välitavoitteiden asettaminen, kun

kuntouttamisen alusta on kulunut vähän aikaa. Kuntoutumisen välissä etsitään myös mahdollisia uusia keinoja ja menetelmiä, jotta päästäisiin oikeisiin tavoitteisiin. Muutenkin kuntoutumista arvioidaan koko prosessin ajan. Kuntoutuksen lopussa arvioidaan lopputilanne ja mietitään, tuleeko asettaa vielä uusia tavoitteita. (Koskisuus 2004, 139—140.)

Kuntoutusprosessi muistuttaa omalla tavallaan hyvin paljon Amerikassa käytössä ollutta ”Bostonin mallia”, johon myös kuuluu edellä mainitut vaiheet. Bostonin malli on monen mielestä hyvä tekninen apuväline kuntoutuksen toteuttamiseen. Bostonin malli on kuitenkin vielä kriittisempi apuväline ja kannustaa jokaisessa vaiheessa mielenterveyskuntoutujaa ja ammattilaisia arviointiin. (Koskisuus 2004, 141.)

Mielenterveyskuntoutujien omat kokemukset kuntoutumisprosessista vaihtelevat. Alexeevan tekemässä opinnäytetyössä kuntoutujat pitivät tärkeänä oman prosessoinnin merkitystä. Kuntoutujat myöntävät, että pitää olla hoitomyönteinen, jos haluaa saavuttaa kuntoutumisprosessin aikana vaaditut päämäärät. Kuntoutujat olivat myös sitä mieltä, että kuntoutuminen on monivaiheinen prosessi, eikä lainkaan yksiselitteinen. Kuntoutusprosessin aikana myös liikunta voi näyttäytyä omalla tavallaan kuntoutujan arjessa. Lisäksi liikunnalla on todettu olevan myös positiivisia tuloksia mielenterveyden edistämiseksi. (Alexeeva 2009; Ruusila & Pesonen 2010.)

### **3.4 Omaisten merkitys mielenterveyskuntoutuksessa**

Mielenterveyskuntoutus ei ole asia, joka koskettaa pelkästään kuntoutujaa: se liittyy vahvasti myös omaisiin. Omaiset sekä antavat kuntoutujalle välttämätöntä tukea että myös tarvitsevat sitä. Honkapuron vuonna 2010 tekemän opinnäytetyön mukaan omaiset kaipaavat henkilökunnalta tietoa varsinkin hoitosuhteen alkuvaiheessa. Erilaiset tukimuodot, kuten tieto vertaistuesta koettiin opinnäytetyön tuloksissa hyödylliseksi. Edelleen varsinkin hoitohenkilökunnalta halutaan kuntoutuksen aikana enemmän yhteisiä tapaamisia omaisten kanssa

sekä heidän mukaan ottamista hoitoon. Tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota myös omaisten jaksamiseen, mikä on huomionarvoinen asia. Tutkimus kehottaa omaisia pitämään omaisen sairastuttua huolta myös omasta terveydestään. Oman terveyden ylläpitämisen muotoja omaisille ovat erilaiset harrastukset. Harrastaminen voi kuitenkin rajoittua, varsinkin jos läheisestä ollaan kovin riippuvaisia. Omaisten tukimuodot ovat vieläkin kehitteillä oleva asia, johon on syytä panostaa enemmän. Sairaanhoitajat voivat antaa ainakin lisätietoa omaisille esimerkiksi edellä mainitusta vertaistuesta, mikä helpottaa omaisten jaksamista. (Honkapuro 2010.)

### **3.5 Mielenterveyskuntoutuksen haasteet**

Vuonna 2005 mielenterveyskuntoutus valittiin kuntouttamisen kehittämisen painoalueeksi. Tämä todettiin harkinnanvaraisen kuntoutuksen vuosien 2006-2009 hyväksytyssä kolmivuotissuunnitelmassa. Kelan mielenterveyskuntoutuksen kehittämishanke käynnistyi vuonna 2006. Kuntoutuksessa tulisi tehokkaammin lievittää mielenterveyden häiriöitä. Toteutettavan kuntoutustyön tulee myös parantaa ja turvata kuntoutujan opiskelu- ja työkykyä. (Kela 2010.)

Huhtalan ja Kuorikosken vuonna 2009 tekemä opinnäytetyö on osoittanut, että Keski-Pohjanmaalla mielenterveyskuntoutukseen liittyy isoja haasteita, mutta kuntoutustyötä on toteutettu myös asianmukaisesti. Keski-Pohjanmaan mielenterveyskuntoutajat Kulmakartanossa ajattelevat, että arki on heidän mielestään liian rutiininomaista ja haasteetonta. Kuntoutajat kaipasivat arkeensa lisää mielekkyyttä. Kulmakartanossa käynti mahdollistanut kuntoutujille monipuolisemman arjen. Opinnäytetyö antaa vain osittaisen kuvan mielenterveyskuntoutuksesta, koska siinä haastatelluiksi tulleet ihmiset asuvat kotonaan ja tapaavat toisiaan ainoastaan kerran viikossa. Kulmakartanon toteuttama kuntoutustyö on myös tarkemmin vapaaehtoiseen vertaistukitoimintaan perustuvaa sosiaalista kanssakäymistä. Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen sisällä Kulmakartano on työtoimintalinja eikä asumispalveluyksikkö,

kuten tässä opinnäytetyössä tutkinnan alla olevat yksiköt. (Huhtala & Kuorikoski 2009; KPSPY 2012.)

Eräs haaste tulevassa mielenterveyskuntoutuksessa on myös leimautumisen ehkäiseminen. Leimautuminen kuntoutumisessa on tuottanut kuntoutujille häpeää ja aiheuttanut eristystä. Leimautuminen on johtunut toisten ihmisten sanoista sekä omasta kamppailusta sairauden hyväksymisen kanssa. On käynyt myös ilmi, että leimautumisen tunne on ollut vahvinta kuntoutumisen alkuvaiheessa, mutta on kuitenkin poistunut lähes kokonaan kuntoutumisen edetessä. (Turunen 2010.)

## **4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS PSYKIATRISEN HOITOTYÖN JÄRJESTELMÄSSÄ**

Mielenterveystyötä toteutetaan kriisityönä, akuuttityönä sekä kuntouttavana mielenterveystyönä. Psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet huomattavasti. Paikkoja vähennetään edelleen. Se lisää mielenterveyskuntoutuspalveluiden tärkeyttä. Mielenterveyskuntoutuksen palvelut kuuluvat avohoidon-, yksityisen- ja ammatillisen kolmannen sektorin palveluihin. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2010; Tuori, 2011.)

### **4.1 Perusterveydenhuolto**

Perusterveydenhuolto on osa ensimmäisen portaan mielenterveystyötä. Se kohdistuu koko väestöön. Perusterveydenhuollon mielenterveydenyksiköiden tehtäviä ovat ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä tarvittaessa potilaiden lähettäminen jatkohoitoon erimerkiksi erikoissairaanhoidon tai A-klinikalle. Terveysasema tekee päivystyksessä kaikkina vuorokaudenaikoina hoitoarvioita erikoissairaanhoidon. Suurin osa perusterveydenhuollon palveluista saadaan terveyskeskuksista. Terveyskeskuksia on Suomessa yli 250. Mielenterveyshäiriöinen henkilö voi hakea apua ensisijaisesti perusterveydenhuollosta eli alueensa terveyskeskuksesta, kouluterveyden- tai työterveyshuollosta. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat myös mielenterveystoimistot tai keskuskeskukset, jotka ovat osa avohoittoa. Mielenterveystoimiston työkenttä koostuu rakentavasta mielenterveystyöstä, hoito- ja kuntoutustoiminnasta sekä yhteistyöstä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Tavoitteena on nopean, riittävän ja asiantuntevan avun tarjoaminen mielenterveyden ongelmassa. (Hietaharju & Knuutila 2010, 19—21.)

## **4.2 Erikoissairaanhoido**

Mielenterveyshoitotyön toinen porras on erikoissairaanhoido. Se on jaettu Suomessa 21 sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirit taas muodostavat viisi erityisvastuualuetta. Näissä kaikissa on yliopistollinen sairaala vaativimman erikoissairaanhoidon järjestämistä varten. Jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Kunta voi halutessaan ostaa erikoissairaanhoidon palveluita myös muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristään. Sairaanhoitopiirit voivat myös ostaa palveluita yksityisiltä, kolmannen sektorin palveluiden tuottajilta tai toisilta sairaanhoitopiireiltä. Psykiatrisessa hoidossa sairaalahoitoa edustavat psykiatriset sairaalat. Ne ovat erikoistuneet vakavista mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista kärsivien ihmisten hoitoon. Hoitoon tullaan yleensä perusterveydenhuollon tai muun tahon lääkärin läheteellä. Psykiatriset osastot jakautuvat akuutti- ja kuntoutusosastoihin tai akuutti- ja pitkäaikaisosastoihin. Muita osastoja sairaaloissa ovat psykogeriatriset osastot, nuorisopsykiatrian poliklinikat sekä osastot. Asetelmat osastoittain vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. (Hietaharju & Knuutila 2010, 21—24.)

## **4.3 Kolmas sektori mielenterveyskuntoutuksessa**

Kolmannen sektorin mielenterveyspalvelujen mielenterveyspalveluiden järjestäjiin kuuluvat sekä valtakunnalliset että paikallistason järjestöt ja yhdistykset, yksityissektori ja säätiöt. Palvelu-, hoito- tai tukikoti sekä palveluasunnot ja asuntolat tarjoavat asumista oman kodin tai laitoksen ulkopuolella valvotusti ja ohjatusti. Tähän lasketaan myös opinnäytetyössä käsiteltävänä olevat Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluyksiköt ja työtoimintalinjat. Kyseiset asumismuodot ovat erittäin tärkeitä, kun henkilö ei enää tarvitse laitoshoidoa mutta ei tule toimeen omassa asunnossaan. Palveluiden järjestäjiä ovat erilaiset säätiöt, yksityiset yrittäjät, yhteisöt ja potilasjärjestöt. Tarkemmin sanottuna yksiköt ovat erilaisia päivätoiminta- ja työtoimintakeskuksia. Päivätoimintakeskuksien tavoitteena on tukea ja edistää mielenterveyskuntoutujien omatoimisuutta, aktiivisuutta ja sosiaalisia taitoja. Päivätoimintakeskuksessa on joko toiminnallisia



tai keskusteluryhmiä, joista saa vertaistukea. Keskuksessa tärkeitä kuntoutusmuotoja ovat tärkeiden elämäntaitojen harjoittelu, kuten ruoanlaitto sekä itsestä huolehtiminen. (Hietaharju & Knuutila 2010, 24—26.)

#### **4.3.1 Psykiatrinen työtoiminta**

Mielenterveyskuntoutuminen on asia, joka on yleensä läheisessä yhteydessä esimerkiksi psykiatriseen päivätoimintaan. Työtoimintakeskukset tarjoavat kuntouttavaa työtoimintaa muun muassa mielenterveyskuntoutujille. Psykiatrisen työtoiminnan tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn edistäminen. Töitä voivat olla esimerkiksi keittiö- ja kahvityöt sekä erilaiset kädentaitoa vaativat työt. Työt voivat olla joko ohjattuja tilaustöitä tai omia töitä. Työtoiminnassa hyvänä puolena on se, että kuntoutujat voivat työskennellä tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Kunnat järjestävät näitä toimintoja kunnille melko vähän. Sen vuoksi yhdistyksillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on tärkeä tehtävä näiden palveluiden tuottajana. (Hietaharju ym. 2010, 26; MTKL 2012; Klaavu 2008.)

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä on myös omat työtoimintalinjansa. Niiden toiminnan tarkoituksena on tarjota alueen mielenterveyskuntoutujille päivä- ja työtoimintapalveluja sekä matalan kynnyksen toimintaa. Ne tukevat kuntoutujaa arkielämässä selviytymisessä ja tarjoavat mahdollisuuden omien kykyjensä ja taitojensa käyttämiseen. (KPSPY 2012; KPSPY n.d.)

#### **4.3.2 Psykiatrinen asumispalvelutoiminta**

Psykiatrisen rakennemuutoksen myötä asumispalveluiden käyttö on yleistynyt. Keskeisesti on ollut kyse siitä, että pitkäaikaista tukea tarvitsevat skitsofreniaa sairastavat potilaat ovat muuttaneet entisistä psykiatrisista sairaaloista eritasoisesti tukea tarjoaviin asumispalveluihin. Valtakunnallisesti on nähty hyvänä asiana, ettei erikoissairaanhoidon psykiatrinen sairaala ole enää kovinkaan monen

pysyvä sijoituspaikka. Psykiatrisilla sairaaloilla on toki yhä keskeinen rooli, mutta esimerkiksi kolmannen sektorin asumispalveluyksiköt ovat huomattavasti yleistyneet. (Tuori 2011.)

Vaikka asumispalveluyksiköiden kehitys on vuosikymmenten saatossa ollut huomattavaa, on niissä yhä valtakunnallisella tasolla kehitettäviä asioita. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut psykiatrisesta asumispalvelusta kehittämissuosituksen vuonna 2007. Niiden mukaan asumispalveluiden laaduissa on merkittävää vaihtelua. Ministeriö haluaa suosituksissaan saada asumispalvelujärjestelmää vielä *kuntoutujälähtöisemmäksi*. Liitto haluaa suosituksissaan kiinnittää huomiota myös seuraaviin asioihin: palveluiden järjestäminen suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä, erilaisten edistävien kuntouttavien palveluiden liittäminen asumispalveluihin, kuntoutumisen, henkilöstön määrän ja osaamisen jakautumiseen kuntoutujien tarpeiden mukaan sekä palveluiden arvioinnin ja valvonnan kehittämiseen. (STM 2007).

Mäkirannan ja Roosin vuonna 2009 tekemän opinnäytetyön mukaan asumispalveluyksiköiden asukkaat kokevat elämänsä laadun ja asumisensa asumispalveluyksiköissä hyväksi. Kritiikki on ollut vähäistä. Varsinkin asumispalveluyksiköiden tarjoamiin palveluihin vastaajat ovat olleet tyytyväisiä. Asumispalveluyksikön sijainnilla on koettu myös olevan merkitystä. Asumispalveluyksikön sijainti tulee tutkimuksen mukaan olla sellainen, että palvelut kuten pankki ja apteekki ovat asiakkaita lähellä. Tutkimuksessa nousi myös esiin yhteisöllisyyden tärkeys. Hyvään yhteisöllisyyteen liittyi hyvät suhteet muihin asukkaisiin ja henkilökuntaan. Niillä on koettu olevan elämänlaatua parantava merkitys. Tutkimuksessa varsinkin nuoret kuntoutujat ovat nostaneet esille asumisen ajoittaisen tylsyyden. Lisäksi yksikön säännöt on koettu ankariksi ja rajoittaviksi.

Nuoret mielenterveyskuntoutujat Etelä-Karjalassa kokivat tärkeänä asiana asumispalvelukuntoutuksessa vertaistuen. Vertaistukea he saavat erityisesti samanikäisiltä kuntoutujilta, joten tutkimuksen mukaan olisi tärkeää, että kuntoutujat olisivat mahdollisimman samanikäisiä. Nuoret olivat Etelä-Karjalassa kokeneet myös yksinäisyyttä ja syrjäytymisen tunnetta. Nuorilla oli selkeä tarve

elää ns. ”normaalia nuoruutta” ikätoveriensa kanssa. Vastaajilla oli myös samaa tunnetta kuin Mäkirannan & Roosin tutkimuksen kuntoutujilla; molemmat kokivat omilla tavoillaan, että kuntoutumisesta on ollut heille positiivinen vaikutus.(Pekki 2009 ; Mäkiranta & Roos 2009.)

## 5 KESKI-POHJANMAAN SOSIAALIPSYKIATRINEN YHDISTYS

Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrinen yhdistys on taloudellista voittoa tavoittelematon. Yhdistys on toiminut Keski-Pohjanmaalla vuodesta 1985 ja se on siitä lähtien pyrkinyt asiantuntijatoiminnan avulla parantamaan mielenterveyskuntoutujien asemaa ja olosuhteita. Yleishyödyllinen, aatteellinen yhdistys tarjoaa jäsenyyttään sekä yksityishenkilöille, että yhteisöille. (KPSPY,2012 ; KPSPY, n.d.)

### 5.1 Yhdistyksen toiminnan tarkoitus

Kuten yhdistyksen nimestäkin voi jo päätellä, Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminta perustuu osittain sosiaalipsykiaatriaan. Sosiaalipsykiaatria on tieteenä varsin uusi. Sen laajempi kehitys on alkanut toisen maailmansodan jälkeen. Sen historiallinen kehitys on yhteydessä myös 1950-luvulta alkaneeseen psykiatrisen avohoidon kehittymiseen, joka alkoi ensimmäisten psykoosilääkkeiden tultua käyttöön. Sosiaalipsykiaatria tarkastelee mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä eri väestöryhmissä ja niiden kansanterveydellisiä vaikutuksia. Niihin kuuluvat hoidon tarve ja käyttö, työkyvyn aleneminen ja kustannusvaikutukset. Sosiaalipsykiaatria on tieteenalana myös lähellä epidemiologiaa, kansanterveystiedettä ja sosiaalilääketiedettä. Parhaimmillaan sosiaalipsykiaatria on poikkitieteellistä toimintaa. (Lepola 2002, 281.)

Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrinen yhdistys auttaa alueen mielenterveyskuntoutujia sosiaalipsykiatrisen kuntoutuksen ja ehkäisevän mielenterveystyön keinoin saavuttamaan kullekin optimaalisen itsenäisen elämän ja osallisuuden taso. Toiminta järjestetään yleishyödyllisiä periaatteita noudattaen. Yhdistyksellä on sekä asumispalvelu- että työtoimintalinjoja, joiden yksiköt toimivat laajasti Keski-Pohjanmaalla kunnissa ja kaupungeissa. Yksiköitä on Kokkolassa, Vetelissä ja Kannuksessa. (KPSPY, 2012 & KPSPY, n.d.)

## 5.2 Asumispalveluyksiköt

Yhdistyksen asumispalvelutoiminnalla pyritään tarjoamaan mielenterveyskuntoutujille kuntoutumista ohjaava ja edistävä asumismuoto. Asumispalveluyksiköissä toteutetaan itsenäistä asumista tukevaa kuntoutusta, ohjausta ja neuvontaa. Kuntoutujille tehdään yksilölliset kuntoutumissuunnitelmat, joissa pyritään säilyttämään toimintakyky tai paraneminen. Asumisyksiköistä kuntoutujat vähitellen siirtyvät kuntoutumisensa myötä itsenäisemmin asumaan tai muihin tukipalveluihin. Asumispalveluyksiköitä voidaan käyttää kuitenkin myös vaihtoehtona pidempiaikaiselle laitossijoitukselle tai muiden asumista runsaasti tukevien palvelujen käytölle. (KPSPY, n.d.)

Asumispalveluyksiköitä yhdistyksellä ovat Onnentupa, Kotikartano ja Kvikant Kokkolassa, purojanpirtti Vetelissä sekä Keltasirkku Kannuksessa. Kuntoutujien sijoittuminen eri yksiköihin toteutetaan heidän toimintakykynsä ja kuntoutumistarpeensa mukaan. Kaikissa yksiköissä harjoitellaan itsenäisessä asumisessa tarpeellisia kodinhoitotaitoja, terveydenhoitamista, asioimista, päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitoja. Toiminta perustuu yhteisökuntoutuksen periaatteisiin sekä myös kokonaisvaltaisuuteen, tavoitteellisuuteen ja suunnitelmallisuuteen. Hakeutuminen asumispalveluyksiköihin tapahtuu samalla KPSPY ry:n hakemuslomakkeella (KPSPY, n.d.)

## **6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Opinnäytetyön tarkoituksella selvitettiin, mitä tullaan tekemään ja halutaan saada selville. Opinnäytetyön tutkimustehtävillä pyrittiin saamaan vastauksia asetettuihin tavoitteisiin. Tavoite muodostui useista asioista.

### **6.1 Tarkoitus ja tavoite**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntoutusprosessista Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä Kokkolassa. Tarkoituksena oli myös saada selville, mitkä asiat kuntoutuksessa tukevat asukkaan toimintakykyä ja heidän siirtymistään vähemmän tuetun palvelun pariin, toisin sanoen omatoimisuuteen. Tavoitteena oli saada erityisesti kuntoutujalähtöistä tietoa Keskipohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluyksiköille. Kuntoutujalähtöisen tiedon saaminen on tärkeää, koska se antaa yksityiskohtaisemman ja tarkemman kuvan kehitettävistä asioista, kuin asiakaslähtöinen tieto. Tutkitun tiedon avulla toivotaan yhdistyksen pystyvän kehittämään toimintaansa tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöllä oli tavoitteena saada myös kehittämissuhteita, jotka tukevat Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluyksiköiden asukkaiden kuntoutusprosessia. Opinnäytetyön tavoitteeseen liittyy myös työelämälähtöisyys, koska Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistys haluaa saada kuntoutujalähtöistä tietoa kuntoutumiskotien asukkaiden kuntoutumisen tueksi. Keskustelu tutkimuksen tarpeista ja lähtökohdista asumispalvelujohtaja Soili Mustosen kanssa osoitti tämän. Jos tutkittua tietoa saadaan, hyötyvät siitä myös Kokkolan Sosiaalipsykiatriset asumispalveluyksiköt, siten että ne voivat opinnäytetyöstä saatavan tiedon avulla kehittää asukkaiden näkökulmasta tärkeitä kuntoutukseen liittyviä käytäntöjä. Myös yhdistyksen muut maaseudun asumispalveluyksiköt voivat hyötyä opinnäytetyön tuloksista, koska ne ovat sisäisiltä toimintaperiaatteiltaan samankaltaisia, vaikkakin asumisympäristöt ovat hieman erilaisia. Opinnäytetyön tulokset voivat olla laajemminkin hyödynnettäviä

alueen muihin asumispalveluyksiköihin, vaikkakin tiedonantajia on vain neljä. Tulokset voivat olla laajemmin hyödynnettäviä, koska sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kaikkien yksiköiden toimintaperiaatteet ovat muiden yksiköiden kanssa yhdenmukaisia.

## 6.2 Tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada kehittämissuhteita Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatriselle yhdistykselle. Tutkimustehtävät on jäsennetty yksityiskohtaisiksi sekä tavoitteiden saavuttamiseksi realistisiksi ja ymmärrettäviksi. Tutkimustehtävillä pyritään vastaamaan oletuksiin, joita opinnäytetyössä on. Tiedonantajien vastauksilla pyritään vastaamaan **seuraaviin tehtäviin:**

1. Miten kuntoutusprosessi toteutuu asumispalveluyksiköiden toiminnassa mielenterveyskuntoutujien kokemana?
2. Miten omatoimisuus ilmenee asumispalveluyksiköiden mielenterveyskuntoutujien vastauksissa?
3. Miten mielenterveyskuntoutusta tulee kehittää entistä tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujalähtöisemmäksi?



## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toteuttamiseen liittyi menetelmien valinta ja käyttö. Menetelmiä käytettiin opinnäytetyön aineiston keruuvaiheessa sekä tulosten analysoinnissa. Tässä osiossa on myös määritelty, minkälainen oli opinnäytetyön toimintaympäristö. Myös tiedonantajista on kerrottu lyhyesti.

### 7.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana pidetään, että ihmiset asettavat kysymyksiä sekä tulkitsevat asioita kulloinkin valitsemastaan näkökulmasta. Tärkeää on, että asiat tehdään sillä ymmärryksellä, joka heillä on. Kvalitatiivinen tutkimus ei ole yksitapainen, vaan samaa asiaa voidaan kuvata monin tavoin. Tutkijan oma tulkintakyky on laadullisessa tutkimuksessa tärkeää. Asioita ei kuitenkaan saa tulkita liian mielivaltaisesti. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa pidetään sitä, että kuvataan todellista elämää. Siihen liittyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Laadullinen tutkimus pyrkii myös mahdollisimman hyvin kokonaisvaltaisuuteen. Laadullista tutkimusta tehtäessä tutkija ei saa irtautua arvolähtökohdista, koska arvot muokkaavat sitä, miten suhtaudumme ja ymmärrämme tutkittavia asioita. (Hirsjärvi 2007, 156—157.)

Tiivistettynä tyypillisimmät piirteet laadulliselle tutkimukselle ovat: 1. Tutkimus on luonteeltaan hyvin kokonaisvaltaista tiedonhankintaa. 2. Tutkija ”luottaa” omalla tavallaan omiin havaintoihinsa, harkintakykyynsä sekä keskustelutaitoihinsa tiedonantajien kanssa. Laadullinen tutkimus olettaa, että ihminen on riittävän joustava sopeutumaan vaihteleviinkin tilanteisiin. 3. Laadullisessa tutkimuksessa on erittäin yleistä se, että tutkija käyttää induktiivista analyysiä. Induktiivisessa analysointitavassa tutkijalla on yrityksenä paljastaa odottamattomia seikkoja. Induktiivisessa analysointitavassa tutkijan tulee tarkastella aineistoaan mahdollisimman monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. 4. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään myös laadullisia metodeja, kun hankitaan aineistoa. Tulee suosia metodeja, joissa tiedonantajien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille.

Näitä metodeja ovat teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. 5. Kohdejoukon valinta tulisi suorittaa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaismenetelmää käyttäen. 6. Laadullisen tutkimuksen aikana myös alkuperäinen tutkimussuunnitelma voi vähän muuttua ja muotoutua. Siihen myös liittyy, että tutkimusta toteutetaan joustavasti. 7. Laadullisen tutkimuksen tekoon liittyy myös ainutlaatuisuus. Aineistoa tulkitaan sen mukaisesti (Hirsjärvi 2007, 160).

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää, koska haastateltavien määrä on melko pieni (4). Pienemmältä määrältä saadaan tarkempia vastauksia käyttämällä tätä tutkimusmenetelmää. Myös opinnäytetyön tekijän vahvuutena on vastauksien tulkintakyky. Kun opinnäytetyö toteutettiin kuntoutumiskodeissa, oli haastattelu muita mahdollisia tutkimusmenetelmiä persoonakohtaisempi sekä tutkijaa että tutkittavia motivoivampi tutkimusmenetelmä.

## **7.2 Aineiston kerääminen**

Aineiston keräämisen toimintaympäristö oli Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen Kokkolan asumispalveluyksiköt. Tiedonantajat tulivat toimintaympäristön asumispalveluyksiköstä.

### **7.2.1 Toimintaympäristö**

*Kvikantissa* on 12 kuntoutuspaikkaa kolmessa erillisessä rakennuksessa samassa pihapiirissä. Kvikantiin muuttaessaan kuntoutuja sitoutuu tavoitteelliseen kuntoutumiseen. Tavoitteellinen kuntoutuminen edellyttää osallistumista yhdessä suunniteltuihin toimintoihin. Yksikössä toimii 5 ohjaajaa, jotka ovat paikalla joka päivä. Kvikantissa on työtoimintaryhmiä, joissa kuntoutujat jaetaan päivittäin erilaisiin kuntouttaviin tehtäviin. Tehtäviä ovat esimerkiksi siivoustoimenpiteet ja ruoanlaittoimenpiteet. Tarkoituksena on sopeuttaa kuntoutujia arkielämän haasteisiin. Potilaan omatoimisuuteen kannustaminen on myös tärkeä perusarvo.

Kvikantissa kuntoutujilla on vakavimpia pitkäaikaisia mielenterveyden häiriöitä, joita pyritään kuntouttavan hoitotyön keinoilla lieventämään. Lieventämiseen liittyy myös lääkehoitoa, niille jotka sitä tarvitsevat. Lääkehoitoa toteuttavat ohjaajat, joita ovat esimerkiksi seuraavat ammattilaiset; lähihoitajat, mielenterveyshoitajat- ja sairaanhoitajat (Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistys, 2012; KPSPY 2012, n.d.)

*Onnentupa* on Kokkolan Koivuhaassa sijaitseva neljän kuntoutujan yhteisasunto. Tarkemmin se sijaitsee kolmikerroksisen kerrostalon ylimmässä kerroksessa. Kuntoutumiskodilla on kahdeksan asukaspaikkaa ja mahdollisuus yhteen päiväkuntoutujaan. Asukaspaikoista neljä sijaitsee erillisissä yksiköissä, jotka tarjoavat mahdollisuuden itsenäisemmän asumisen harjoitteluun. Onnentuvan asukkaat kärsivät myös vakavimmista mielenterveyden häiriöistä. Tukea ja ohjausta kuntoutujat tarvitsevat jokapäiväisen elämän taitojen sekä sosiaalisten taitojen harjoittelussa. Kuntoutujat käyvät omien kuntoutumissuunnitelmiansa mukaisesti Onnentuvan ulkopuolella ryhmä- ja harrastetoiminnoissa. Onnentuvassa on töissä 2,5 henkilöä, jotka työskentelevät yksikössä arkipäivisin ja lauantaisin. Koti toimii niin ikään yhteisökuntoutuksen periaatteiden mukaisena yhteisönä, jossa huomioidaan kunkin kuntoutujan oma kuntoutumissuunnitelma yksilöllisesti. Kuntoutumiskotiin tullessaan kuntoutuja sitoutuu tavoitteelliseen kuntoutumiseen, joka tarkoittaa mm. osallistumista kodilla yhteisössä sovittuihin asioihin. Lääkkeiden annostelusta ja jaosta Onnentuvassa vastaavat ohjaajat. Ohjaajat ja kuntoutujat suunnittelevat yhdessä viikko-ohjelman, mikä rytmittää arkea ja tarjoaa mahdollisuuden harjoitella elämönhallintaa, kodinhoitoa, vastuun ottamisesta sekä sosiaalisia taitoja. Kiteytettynä tämä ohjelma pitää sisällään kaiken sen, mitä omatoiminen selviytyminen vaatii arkielämässä. Tavoite on kaikilla yhteinen: kuntoutua ja selviytyä omista mielenterveysongelmista. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys, 2012 & KPSPY, n.d.)

*Kotikartanossa* on 12 kuntoutumispaikkaa. Kotikartano sijaitsee Kokkolan keskustassa ja tarjoaa kuntoutujalleen tehostettua palveluasumista. Toiminta perustuu yhteisiin sopimuksiin ja yhteiseen suunnitteluun sekä päivä- ja viikko-ohjelmaan. Kotikartanossakin asukkaat sitoutuvat tavoitteelliseen kuntoutumiseen. Tavoitteiden avulla kuntoutujat oppivat itsestä ja ympäristöstä huolehtimisen

taitoja. Kuntoutujat saavat arkeensa yhteisön apua, ohjausta ja tukea, vaikkakin he asuvat omissa asunnoissa. Kotikartanossa on töissä seitsemän ohjaajaa, joista ilta- ja yövuoroissa töissä on yksi. Lääkehoito tapahtuu samoin kuin Kotikartanossa ja Kvikantissa. Tutkimuksen teko painottui eniten Kotikartanon alueelle (Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistys 2012 & KPSPY, n.d.)

### **7.2.2 Tiedonantajat**

Haastateltavia oli neljä henkilöä. Henkilöt tulivat Kokkolan sosiaalipsykiatristen asumispalveluyksiköiden kolmesta eri yksiköstä. Tiedonantajat edustivat melko tyypillisiä kuntoutujia yksiköissä, vaikkakin heidän kielellinen ilmaisutaitonsa saattoi olla keskimääräistä asukasta parempi. Henkilökunta oli poiminut edustamaan kuntoutujia, joiden on katsottu edustavan keskimääräistä kuntoutujaa edustavia henkilöitä. Kohderyhmän jäsenistä osa on entisen vertaistukiryhmän jäseniä. Lisäksi haastateltaviin kuului henkilöitä, jotka eivät ole kuuluneet vertaistukiryhmään. Tutkitusti vertaistuella on ollut mielenterveyskuntoutujille Suomessa elämänhallintaa ja itsetuntoa vahvistava merkitys. Vertaistukiryhmällä oli tapana kokoontua noin kerran kuukaudessa jakamaan kokemuksiaan kuntoutumisesta. Alkuvuodesta 2011 kokoontuminen ei ollut kuitenkaan niin tiheää, koska yhteistä aikaa oli kiireiden takia vaikea järjestää. Lopulta vertaistukiryhmän toiminta loppui kokonaan. Ryhmä kokoontui vuorotellen Onnentuvalla, Kvikantissa ja Kotikartanossa. Tapaamiset aloitettiin yhteisillä kahveilla ja kuulumisilla. Ryhmällä oli senkin jälkeen yhteistä toimintaa, tapaamisia, yhdessä tekemistä ja mahdollisesti uusien ystävyysuhteiden luomista. Ajatuksena oli, että kaikki toiminta tapahtuisi vertaistukea käyttäen. Hyvä osoitus vertaistukiryhmän kyvyistä on se, että he olivat järjestämässä mm. vuonna 2010 järjestettyä KPSPY:n 25-vuotisjuhlia. Juhla toteutettiin messuna. (Korhonen 2009.)

Haastattelijan näkökulmasta juuri muutaman entisen vertaistukiryhmän jäsenen haastattelu koetaan etuna, koska mitä kauemmin he ovat olleet kuntoutuksessa ja käyttäneet erilaisia kuntoutumismuotoja, sitä luotettavamman ja realistisemmän

kuvan he osaavat antaa kuntoutumisesta. Tiedonantajien pienestä määrästä huolimatta opinnäytetyön tulokset voivat olla myös hyödynnettäviä laajemminkin.

### 7.2.3 Teemahaastattelu

Aineistonkeruumenetelmät kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat hyvin laajat. Ihmisiltä voidaan kysyä asioista, ja ihmiset vastaavat kysymykseen suullisesti. Ihmisiltä voidaan myös kysyä vastauksia erilaisilla päiväkirjoilla, kirjeillä, valokuvilla, piirustuksilla ja virallisilla asiakirjoilla. Voidaan myös havainnoida ihmisiä ulkopuolisena tai osallistuvalla havainnoinnilla. Viimeinen tapa on havainnoida kontekstia kenttämuistiinpanoilla, kartoilla, videoiden ja nauhoittaen. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 93.)

Yksilöhaastattelu on erityisen hyvä haastattelumuoto silloin, kun tutkimusaihe on sensitiivinen eikä tutkimukseen osallistuja välttämättä halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. Teemahaastattelu on paljon käytetty laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Tarkalleen teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoidussa haastattelussa keskeisiä asioita on sovittu, mutta aineiston keruuseen liittyy vapauksia. Teemahaastatteluun tutkija on laatinut valmiit teemat tai keskustelun aihepiirit. Teemahaastattelun aikana ja jälkeen korostuvat ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. Teemahaastattelussa yritetään etsiä vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. Tiivistettynä teemahaastattelu on ominaisuuksiltaan strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelulle on myös ominaista, että aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat. (Kankkunen ym. 2009, 95—97.)

Teemahaastattelu etenkin hoitotieteellisiä tutkimuksia tehtäessä on koettu hyväksi haastattelumuodoksi. Hannilan ja Kynkään (2008), tekemän tutkimuksen mukaan teemahaastattelu soveltuu erityisesti kokemusten tutkintaan hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä. (Kankkunen ym. 2009, 97; Hannila & Kyngäs 2008.)

Aineiston keruuseen opinnäytetyössä on käytetty nauhoittamista sekä samanaikaisesti on tehty omia muistiinpanoja havainnoiden kontekstia ja

tiedonantajien puhetta. Näitä menetelmiä on käytetty, koska opinnäytetyön tekijän verbaalinen ilmaisutaito sekä suullisten vastausten ymmärtämistaito ovat hyvää luokkaa. Nauhoittaminen on hyvä tapa tässä yhteydessä, koska vastaajien puheista pystyy päätellä ja järjestellä asioita uudelleen analysointivaiheessa.

Tarkemmin haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua, joka tapahtui yksilöhaastatteluina. Tiedonantajien puhetta nauhoitettiin ja samalla tehtiin omia muistiinpanoja. Jokaista tiedonantajaa haastateltiin erikseen. Tässä opinnäytetyössä haastatteluteemat tulivat tutkimustehtävistä ja aikaisemmasta teoriasta.

#### **7.2.4 Tutkimustehtävien pohjalta muodostuneet kysymykset tiedonantajille**

Tutkimustehtävien pohjalta muodostettiin haastattelukysymyksiä, jotka olivat konkretisoituja ja kuntoutujan näkökulmasta helposti ymmärrettäviä. Niitä kysyttiin haastattelutilanteessa. Haastattelutilanteeseen tutkimusongelmista muodostettiin 2-3 kysymystä, joihin liittyi myös apukysymyksiä (Liite 1).

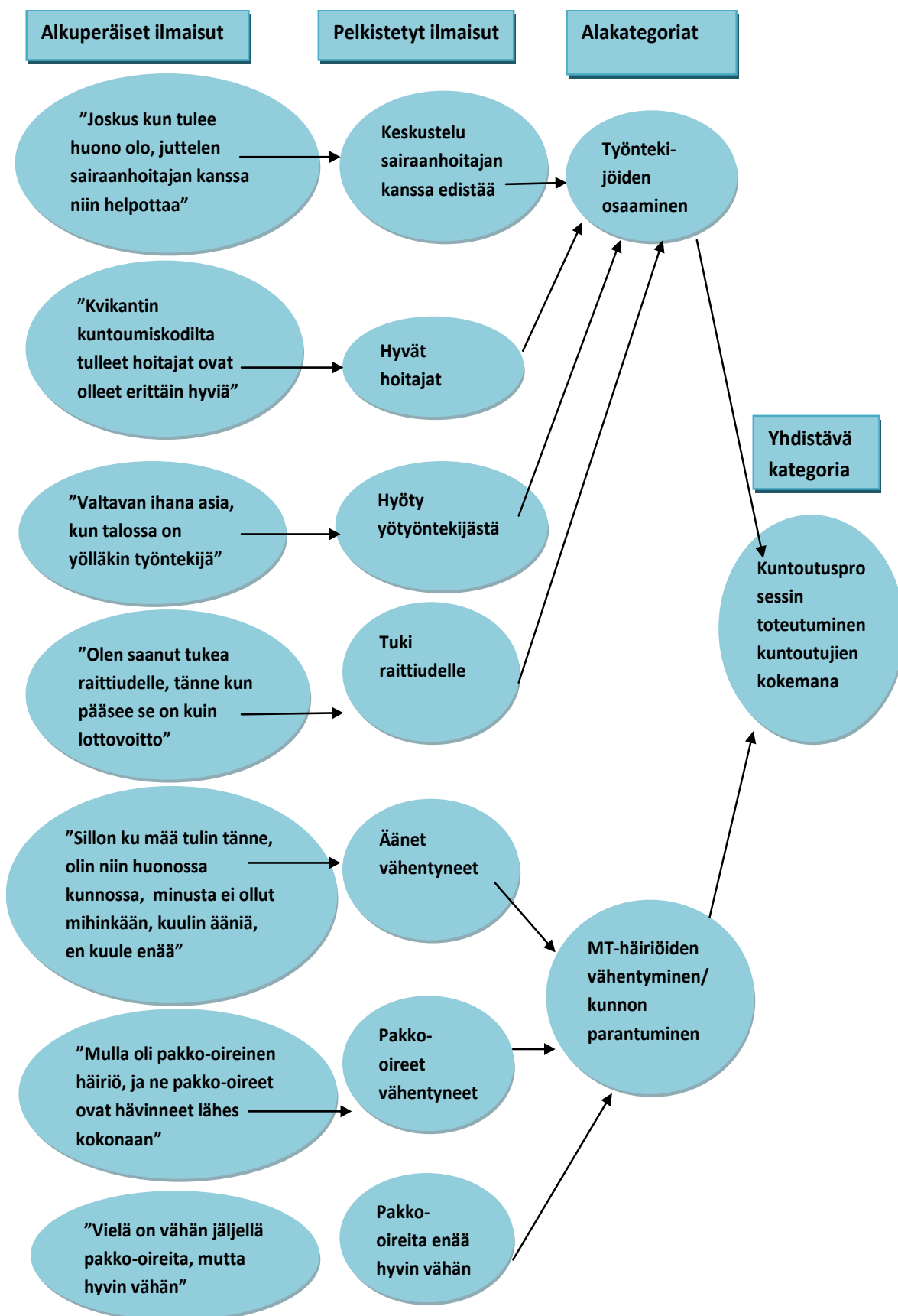
### **7.3 Sisällönanalyysi**

Sisällönanalyysin ideaa käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Tarkemmin sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota käytetään monissa kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysissä vaiheet ovat tarkalleen analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Tavoitteena sisällönanalyysissä on laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysi on erittäin suosittu menetelmä varsinkin hoitotieteessä. (Kankkunen ym. 2009,133—135.)

Sisällönanalyysi toteutetaan joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa sisällön analyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen

perusteella. Se perustuu erityisesti päättelyyn, jota tutkimuksen teko ohjaa. Induktiiviseen sisällönanalyysiin liittyy myös kategorisointia. Kategoriat johdetaan saadusta aineistosta ja tutkimusongelmien ohjaamana. Analysointiprosessi etenee niin, että pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Prosessi suoritetaan vaiheittain. Raportointi tapahtuu aineistolähtöisesti. Sisällönanalyysi on saanut joissain piireissä kritiikkiä. Kritiikki liittyy siihen, että sitä pidetään hyvin yksinkertaisena tekniikkana, joka ei johda tilastollisten analyysien mahdollisuuteen. Sisällönanalyysi ei myöskään etene suoraviivaisesti. Tästä voi seurata, että sen käyttö on usein uskottua monimutkaisempaa, koska se ei ole niin formaloitua. Sisällönanalyysiä tehdessään tutkija joutuu kohtaamaan omat kykynsä tutkijana. Haasteena sisällönanalyysissä voidaan pitää sitä, että se on joustava ja säännötön, mikä pakottaa tutkijan ajattelemaan itse (Kankkunen ym. 2009,133—135.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluiden tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisen sisällönanalyysin valitsemisen oli onnistunut, koska siinä vastauksia pystyttiin syventämään ja saamaan yksityiskohtaisempi kuva niistä. Vaihtoehto oli parempi verrattuna valmiiksi luokiteltuihin ja ennalta määriteltyihin kyselylomaketekniikoihin. KUVIO 1 seuraavalla sivulla antaa hahmotelman, miten tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi on tehty.



**KUVIO 1.** Tutkimustehtävän tarkastelu kuntoutujilta saatujen vastausten avulla



## 8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön teko toteutui eettisiä periaatteita noudattaen. Myös työn luotettavuuteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin on kiinnitetty huomiota. Tässä osiossa on kerrottu teorian tietoon nojaten tutkimuksen teon eettisistä periaatteista. Sen jälkeen on kerrottu, miten eettisyys toteutui tämän opinnäytetyön teossa. Samoin tutkimuksen teon luotettavuudesta on kerrottu teorian tiedon avulla

### 8.1 Eettisyys

Yleisellä tasolla tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi. Normatiivinen etiikka pyrkii vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tarkemmin tutkimusetikkaan on liitetty kahdeksan vaatimusta: 1. Älyllisen kiinnostuksen vaatimus. 2. Tunnollisuuden vaatimus. 3. Rehellisyyden vaatimus. 4. Vaaran eliminoiminen. 5. Ihmisarvon kunnioittaminen. 6. Sosiaalisen vastuun vaatimus. 7. Ammatinharjoittamisen edistäminen. 8. Kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen ym. 2009,172.)

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan myös Stakesin määrittelemiä tutkimuseettisiä periaatteita, jotka liittyvät laadulliseen tutkimukseen. Tutkimuseettisiin periaatteisiin liittyy Stakesin määritelmän mukaan tutkimuskohteen moraalinen arviointi. Onko moraalisesti oikein tehdä juuri omaa tutkimustani? Eettisiin periaatteisiin liittyy myös tiedon hankkimisen etiikka, tiedon tulkitsemisen etiikka ja tiedon julkistamisen etiikka. Tutkimuksissa on myös väärin levittää harhaisia tuloksia. Hyvä tutkimusetiikka ilmenee myös laaja-alaisena lähteiden käyttönä. Suppeat lähteet antavat epäeettisen kuvan tutkimuksesta. Karkeasti sanottuna tutkijalla on kolme erisuuntaista perusvelvollisuutta: velvollisuus tuottaa luotettavaa tietoa maailmasta, velvollisuus ylläpitää tieteellistä julkisuutta ja velvollisuus kunnioittaa tutkittavien oikeuksia. Viimeisenä tutkijalla on etiikkaan liittyen salassapitovelvollisuus. (STAKES 2005.)

Kansainvälisestikin laadullisessa tutkimuksessa pätee samat monimuotoiset eettiset säännöt. Tutkijan käytöksen tulee haastattelutilanteessa olla asiallista, totuudenmukaista ja rehellistä. Tutkijan tulisi haastattelutilanteessa kunnioittaa haastateltavia ihmisinä, eikä pelkästään koekappalaina. Jokaisen tutkijan tulee myös kohdella haastateltavia tasapuolisesti, eikä suosia tiettyjä haastateltavia. Kuten STAKESIN määritelmässä, myös kansainvälisissä määritelmässä korostetaan anonymiteetin säilyttämistä. Siihen liittyy se, ettei ulkopuolinen pysty mitenkään tunnistaa haastateltavia tutkimuksen tuloksista. (Holloway 2008, 84—85.)

Kuten lähteissäkin aikaisemmin todettua, etiikkaan ja luotettavuuteen liittyen on tärkeää, että vastaajien tiedot pidetään salassa. Tähän liittyy tietysti myös vaitiolovelvollisuuden noudattaminen. Vaitiolovelvollisuus ilmenee siten, että mitään haastateltavien tietoja ei anneta sivullisille. Tässä opinnäytetyössä noudatettiin myös potilaan itsemääräämisoikeutta. Se ilmeni käytännössä siten, että mitään ei tehty vasten asiakkaan omaa tahtoa. Heidän haastattelemiseensa kysyttiin tietenkin myös lupa. Lupa varmennettiin saatekirjeessä olevan allekirjoituksen muodossa. Kuntoutujien nimiä ja tietoja ei myöskään tulla julkaisemaan tutkimuksessa. Aineistot tullaan hävittämään niiden analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyö tehtiin niin, ettei ollut pienintäkään riskiä, että vastaajan henkilöllisyys tulisi tutkimuksessa ilmi.

## **8.2 Luotettavuus**

Kirjoitetun tekstin luotettavuutta lisää sopiva lähdekritiikki ja tieteellisiin tutkimuksiin nojaava tieto. Myös entisen vertaistukiryhmän jäsenien haastattelu lisää tutkimuksen ja vastauksien luotettavuutta, koska jäsenet ovat olleet jo pidemmän aikaa mielenterveyskuntoutuksessa ja sen myötä pystyvät antamaan kokonaisvaltaisen kuvan kuntoutumisesta. Luotettavuutta lisäävänä asiana tärkeää on myös, että kuntoutujat ymmärtävät haastattelutilanteessa annetut kysymykset. On myös tärkeää, että vastaajat jaksavat keskittyä haastatteluun koko sen ajan. Luotettavuutta lisää myös se, että kaikissa opinnäytetyön

toimintaympäristön asumispalveluyksiköissä toimintaperiaatteet perustuvat samoihin kuntoutusperiaatteisiin, esimerkiksi yhteisöllisyyteen.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus on ollut kauan huolenaihe. Luotettavuus saattaa kärsiä, kun tutkija työskentelee yksin. Silloin hän saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Luotettavuuden edistämiseksi on tärkeää välttää niin sanottua holistista harhaluuloa tai virhepäätelmiä. Se tarkoittaa, että tutkimusprosessin kuluessa tutkija on vakuuttuneempi ja vakuuttuneempi tehtyjen johtopäätösten oikeellisuudesta ja että hänen muodostamansa malli kuvaa todellisuutta. Luotettavuus voi myös kärsiä, jos tutkitut tulokset analysoidaan väärin. Tulosten voidaan päätellä olevan oikeita ja luotettavia, jos tiedonantajat haastateltaisiin uudestaan ja edelleen saataisiin samat tulokset. (Gerrish & Lacey 2006, 109 ; Kankkunen ym. 2009,159.)

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön kolmen tutkimustehtävän tuloksiin on vastattu erikseen. Tutkimustulokset on ilmoitettu konkreettisina tuloksina, joita tiedonantajien vastauksista saatiin aineiston analysointivaiheen jälkeen. Tutkimustuloksiin on myös liitetty muutamia alkuperäisiä ilmaisuja tiedonantajilta.

### 9.1 Kuntoutusprosessin toteutuminen mielenterveyskuntoutujien kokemana

Haastattelut osoittivat, että kuntoutusprosessi toteutuu kuntoutujan näkökulmasta hyvin voimaannuttavassa merkityksessä. Suurin osa vastauksista osoitti, että sosiaalipsykiatristen yksiköiden tekemä kuntoutusprosessi on kuntoutujan näkökulmasta heidän kuntoutumista eteenpäin vievää. Ensimmäisessä tutkimusongelmassa kuntoutujien vastauksia yhdistävä tekijä oli *kuntoutusprosessin kuntoutumista edistävä vaikutus*. Siihen liittyi alakategorioita, jotka muodostuivat kuntoutujien alkuperäis- ja pelkistetyistä ilmauksista. Alakategorioita olivat *työntekijöiden osaaminen, mielenterveyshäiriöiden vähentyminen ja asukkaan oman kunnon parantuminen*. Alakategoriana kuntoutusprosessia edistäviin asioihin liittyi myös vastauksissa ilmenneet *menetelmät, joita kuntoutuskodeissa toteutetaan* kuntoutujien psyykkisen kunnon edistymisen hyväksi. Alakategoriat muodostuivat asukkailta saaduista pelkistetyistä ilmauksista. Pelkistetyt ilmaisut taas alkuperäisistä ilmaisuista.

*Työntekijöiden osaamiseen* liittyi useita asioita, kuten se, että sairaanhoitajilta ja muilta työntekijöiltä sai tärkeää keskusteluapua. Samaiseen asiaan liittyi myös se, että oli tärkeää saada tukea työntekijöiltä minä vuorokaudenaikana hyvänsä. Kuntoutujat myös kokivat, että työntekijät antoivat heille arvokasta tukea raittiuteen tukemisessa. Muutenkin yksikön ohjaajat koettiin kuntoutujien näkökulmista keskimääräisesti hyväksi. Nämä pelkistetyt kokonaisuudet muodostuivat alkuperäisistä ilmaisuista, joita olivat esimerkiksi:

Joskus kun tulee huono olo, juttelen sairaanhoitajan kanssa niin helpottaa.

Olen saanut tukea raittiudelle täällä, tänne kun pääsee se on kuin lottovoitto.

*Kuntoutujan mielenterveyden häiriöiden vähentymiseen ja kunnon parantumiseen* saatiin vastauksia paljon. Pelkistettyinä ne olivat melko samankaltaisia. Niitä olivat esimerkiksi erilaisten pakko-oireiden ja äänten väheneminen kuntoutuksen aikana lähes kokonaan. Kuntoutujan oman kunnon muutos oli ollut radikaalia tulotilanteesta nykypäivään. Esimerkkinä radikaalista muutoksesta tulotilanteeseen verrattuna on esimerkiksi se, että erilaiset lomamatkoja joita kuntoutujilla säännöllisesti on, sujuivat jo hyvin itsenäisesti, ilman kenenkään apua. Kuntoutustoiminta siis myös valmensi asukkaitaan itsenäiseen selviytymiseen kuntoutuskodin ulkopuolella. Nämä pelkistetyt johtopäätökset tehtiin alkuperäisten ilmaisujen avulla, joita ovat esimerkiksi:

Mulla on pakko-oireinen häiriö, ja ne pakko-oireet ovat hävinneet lähes kokonaan.

Lomat menevät nykyään hyvin, pärjään nykyään hyvin ulkomaailmassa.

Myös *erilaiset menetelmät kuntoutuskodissa ja mahdollisuus toteuttaa itseään* toimivat osaltansa asukkaiden kuntoutumista edistävinä tekijöinä. Vastaajat arvostivat menetelmiä, joista esimerkkeinä kuntoutumissuunnitelmapalaverit, opintopiirit, 12-askeleen polku sekä yleiset päivittäiset toiminnot, joita yksiköissä tehdään. Päivittäisiin toimintoihin liittyivät erilaiset arjen askareet, jotka edistivät asukkaan henkilökohtaista kuntoutumista. Edistävinä tekijöinä koettiin myös aamu- ja yhteisökokoukset, joita yksiköissä toteutettiin joka päivä. Niistä koettiin olevan hyötyä suunnitelmallisuuden näkökulmasta, kun jokaiselle kuntoutujalle määrättiin omat henkilökohtaiset työtehtävät. Niiden koettiin rytmittävän päivää ja antavan järjestelmällisyyttä omaan tekemiseen.

Täällä harjoitellaan näitä kodin askareita, täällä on se tietty rytmi missä toimitaan.

Yhteisö- ja aamukokouksista on ollut apua. On jaettu tehtävät ja kyselyt kuulumisia.

Tutkimustehtävään liittyen piti tarkastella myös mahdollisia kuntoutusprosessin kuntoutumista heikentäviä tekijöitä. Pääasiallisesti asukkaat olivat tyytyväisiä, mutta kehittäväkin löytyi. Vastauksia yhdistävänä tekijänä siis oli

*kuntoutusprosessin asukkaan kuntoutumista heikentävä vaikutus.* Siihen liittyivät alakategorioina *yksittäiset heikentävät tekijät.* Yksittäisiä heikentäviä tekijöitä olivat erilaiset ristiriidat asukkaiden väleillä. Ristiriitoihin liittyi se, että jos yksi asukas on huonolla tuulella, tarttuu se helposti muihin asukkaisiin. Päivät koettiin myös hieman sisällöttömiksi, mutta sekin vastaus tuli vain yhdeltä asukkaalta.

Kun joku asiakastoveri tai potilas on huonolla tuulella, se heikentää minun kuntoutumista.

Voishan sitä olla vähän enemmän yhteistä aikaa. Ohjaajat olis enemmän virittelemässä jotain asukkaiden kanssa.

Päivissä saisi olla enemmän sisältöä.

Haastattelutulokset osoittivat kuitenkin, että kuntoutustoiminta oli pääosin eteenpäin vievää.

## **9.2 Omatoimisuuden ilmeneminen mielenterveyskuntoutujien vastauksissa**

Tutkimustehtävänä oli pohtia myös kuntoutujien omatoimisuuden esille tuloa. tutkimusongelmassa asukkaiden vastauksia yhdistävä tekijä oli omatoimisuuden nousu. Siihen liittyvät asiat muodostuivat vastaajien alkuperäis- ja pelkistetyistä ilmauksista. Alakategorioita oli 3: yleiset positiiviset omatoimisuuden muutokset tulotilanteesta tähän hetkeen, täydellinen omatoimisuuden nousu tulotilanteesta nykyhetkeen ja yksittäisissä asioissa edistyminen tulotilanteesta nykyhetkeen.

*Yleiseen omatoimisuuden positiiviseen muutokseen* vastauksia oli paljon. Tullessa yksiköihin kuntoutujat tarvitsivat päivittäisissä toiminnoissa hyvin paljon apua, kun taas haastatteluhetkellä he tarvitsivat enää vain vähän apua. Positiiviseen omatoimisuuden muutokseen liittyi myös henkilökohtaisen hygieniatason nousu, joka oli tulotilanteessa asukkaan näkökulmasta varsin kehoa. Henkilökohtaiseen hygieniasta huolehtimiseen liittyi mm. se, että asiakas selviytyi suihku- ja saunakäynneistä itsenäisesti, kun tullessa se ei mitenkään onnistunut yksin. Kuntoutujat myös ilmaisivat, että päivittäisissä askareissa he tarvitsevat vielä hieman apua, mutta hyvin vähän.

Tullessa en pystynyt edes suihkussa ja saunassa käymään, nyt käyn suihkussa ja saunassa itsenäisesti. Huolehdin hygieniastani paremmin.

Joka päivä teen jotain askareita, tullessa en tehnyt vaan tarvitsin apua.

*Täydelliseen omatoimisuuden nousuun* liittyi vastaajien taholta vain muutama vastaus. Täydellistä omatoimisuutta kuvaavia tekijöitä olivat esimerkiksi sellaiset asiat, ettei asukas tarvinnut enää mitään apua päivittäisissä toiminnoissa ja että hänen toimintansa oli muutenkin täysin itsenäistä. Näitä toimintoja olivat esimerkiksi hygieniasta huolehtiminen, asiointi kaupungilla ja yleisesti. *Edistymiseen yksittäisissä asioissa* liittyi esimerkiksi ruoanlaitto ja herääminen.

Ko mä tulin tänne, mä tarvitsin enempi tukea toiminnoissa, nyt en oikeestaan tarvitse enää yhtään.

Tutkimustehtävään liittyi myös omatoimisuuden tarkastelu; oliko kuntoutujien omatoimisuus mahdollisesti heikentynyt tai pysynyt kehittymättömänä. Analyysivaiheessa yhdistävänä tekijänä oli *omatoimisuuden kehittymättömyys/heikentyminen*. Siihen liittyivät alakategorioina yksittäiset asiat, jotka kertoivat omatoimisuuden kehittymättömyydestä. Varsinaista omatoimisuuden heikentymistä ei esiintynyt kenelläkään vastaajista.

*Omatoimisuuden kehittymättömyydestä* kertoivat sellaiset asiat, kuten edistymättömyys päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutujien vastauksissa tämä tarkoitti sitä, että asukas tarvitsi edelleen tukea ja ohjausta esimerkiksi pyykinpesussa, kaupassa käynnissä, tiskaamisessa ja ruoanlaitossa. Kuntoutujat myös kertoivat omin sanoin yleisesti, etteivät olleet kehittyneet eivätkä heikentyneet missään päivittäisissä toiminnoissa. Yhdelle vastaajalle oli myös haasteellista kuvaila, oliko hän kehittynyt tai heikentynyt missään päivittäisissä toiminnoissa. Yleisesti positiivista tutkimustehtävään liittyen oli, että yhdenkään vastaajan omatoimisuus ei ollut heikentynyt. Nämä kokonaisanalyysit muodostuivat pelkistetyistä ilmaisuista, jotka taas muodostuivat alkuperäisistä ilmaisuista.

Tiskaaminen on minulle edelleen niin kuin myrkkyä.

En tiä oonko edistynyt asioissa, oon alusta lähtien tehnyt sen mikä on pitänyt tehdä.

Omatoimisuuden nousua kuvaavia tekijöitä esiintyi vastauksissa runsaasti. Suurin osa vastauksista osoitti, että muutos oli merkittävä tulotilanteesta haastatteluhetkeen saakka. Yksittäisinä asioina tulivat esiin oman henkilökohtaisen hygieniatason nousu: kuntoutujat osasivat haastatteluhetkeen mennessä huolehtia siitä itsenäisesti, ilman ohjaajien avustamista. Myös yksittäiset asiat kuten lääkkeiden itsenäinen otto, siivous, imurointi, keittiötyöt sekä yleinen itsestä huolehtiminen onnistui vastaajilta hyvin. Tulotilanteessa nämä asiat onnistuivat ainoastaan ohjaajan avustuksella. Nämä asiat koostuivat pelkistetyistä ilmauksista ja edelleen alkuperäisilmauksista joita olivat esimerkiksi:

Edistynyt olen keittiötöissä, imuroinnissa. Imurointi sujuu jo leikiten. Alussa koin jumiutuvani näissä asioissa.

Ko mä tulin tänne, mä tarvin enempi tukea toiminnoissa, nyt en oikeestaan tarvi enää yhtään.

Koko tutkimustehtävän kaikista vastauksista kävi ilmi, että omatoimisuus oli joko kehittynyt tai pysynyt lähtötasolla.



### 9.3 Mielenterveyskuntoutuksen kehittäminen tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujälähtöisemmäksi

Tutkimustehtävänä oli kuntouttamisen kehittäminen tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujälähtöisemmäksi. Tutkimusongelmassa vastauksien yhdistävä tekijä oli *työntekijöiden toiminnan kehittäminen*. Siihen liittyi alakategorioita, jotka muodostuivat kuntoutujien alkuperäis- ja pelkistetyistä ilmauksista. Alakategorioita olivat työntekijöiden toiminnan kehittämiseen liittyen *kiire, lisää vuorovaikutusta ja läsnäoloa* sekä asukkaille *hoitoonsa vaikuttamismahdollisuuksia* enemmän. Kuntoutajat löysivät paljonkin kehitettävää. Henkilökunnan jäseniä haluttiin kuntoutujien näkökulmasta enemmän mukaan päivittäisiin toimintoihin. Haluttiin myös, että henkilökunta tulisi keskustelemaan nykyistä enemmän. Kuntoutujista tuntui, että henkilökunnalla on liian kiire. Eräs kuntoutuja halusi myös itselleen enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa. Erityisesti omaan lääkehoitoonsa kuntoutuja olisi halunnut vaikuttaa enemmän. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin tyytyväisiä henkilökuntaan, eivätkä vastaajat uskoneet, että mitään tarvitse nykyisestään kehittää.

*Kiireeseen* liittyen vastaajia tuntui häiritsevän, että henkilökunnan kiire rajoittaa näiden mahdollisuuksia keskustella kuntoutujien kanssa. Kiire vaikutti kuntoutujien mukaan myös siihen, että työntekijät eivät aina ehdi olla riittävästi asukkaiden kanssa.

Kuntoutajat kokivat myös *lisävuorovaikutukselle* pientä tarvetta. Vuorovaikutuksellisiin asioihin liittyi myös se, että henkilökuntaa haluttiin mukaan enemmän yhteisiin asioihin. Kuntoutajat halusivat myös, että henkilökunta keksisi heille lisää uusia virikkeitä. Kuntoutujista yksi halusi myös vaikuttaa enemmän hoitoonsa, esimerkiksi lääkehoitoon. Nämä asiat koostuivat pelkistetyistä ilmauksista, jotka koottiin alkuperäisilmauksista.

Noo, henkilökunta vois ehkä osallistua enemmän yhteisiin asioihin.

Työntekijät ovat vaan toimistossaan, olisivat enemmän meidän kanssa.

Henkilökunta tulisi enemmän juttelemaan.

Tutkimustehtävänä ei ollut tarkastella pelkästään negatiivisia kehitettäviä asioita henkilökunnan toiminnassa, vaan asukkaat kertoivat, mihin he olivat tyytyväisiä. Yhdistäväksi tekijäksi nousi alakategorioihin sekä pelkistettyjen että alkuperäisilmaisujen perusteella *tyytyväisyys henkilökuntaan*. Tähän liittyvä yksi kategoria oli *henkilökunnan onnistunut toiminta*. Henkilökunnan onnistuneeseen toimintaan liittyi se, että asukkaat eivät yksinkertaisesti keksineet mitään, mitä henkilökunta voisi tehdä toisin, koska heidän työntekonsa sillä hetkellä oli hyvää.

En kyllä keksi, mitä henkilökunta voisi tehdä toisin, on niin osaava ja hyvä henkilökunta.

Olen ollut tyytyväinen henkilökuntaan.

Tutkimustehtävän toisena osana oli myös kuntoutuksen kuntoutujalähtöisyyden kehittäminen. Sillä tarkoitettiin yksikön kodinomaisuuden tarkastelua kuntoutujan näkökulmasta sekä mahdollisia kehittämis ehdotuksia viihtyvyyden parantamiseksi. Analyysissäni vastauksien yhdistävä kategoria oli *yksikön kodikkuuden kehittäminen*. Se muodostui alakategorioista sekä kuntoutujien alkuperäis- ja pelkistetyistä ilmauksista. Alakategorioita olivat: *erilaiset hankinnat* sekä *yksittäiset pienet asiat*. Hankintoja asukkaat halusivat muutamia. Niitä olivat sisustukselliset asiat erityisesti omissa huoneissa.

Tänne vois laittaa uusia sisustusjuttuja, aina samat jää sisustusjutut. Vois välillä ostaa jotain uusia juttuja tänne.

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Useat opinnäytetyöni tulokset ovat yhteydessä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin sekä teoksiin. Opinnäytetyön tuloksilla voidaan todeta, että kuntoutusprosessi edistää kuntoutujien toimintakykyä eri osa-alueilla parantaen kuntoutujien oma-aloitteisuutta sekä antaa valmiuksia elämässä selviytymiseen. Tuloksissa ilmeni myös mielenterveyden häiriöiden oireiden vähentyneen asianmukaisen mielenterveyskuntoutuksen ansiosta. Klaavun (2008) tekemässä opinnäytetyössä todetaan samankaltaisia asioita, kuntoutajat ovat esimerkiksi kokeneet edistyneensä monella elämän eri osa-alueella asianmukaisen kuntoutustyön ansiosta. Kuntoutumista edistävinä tekijöinä oli koettu myös se, että henkilökunta tuli riittävän usein juttelemaan, jos on tarve. Kuntoutajat arvostivat sitä myös oman opinnäytetyöni tuloksissa ja kokivat sen olevan kuntoutumista edistävä tekijä.

Opinnäytetyöni tuloksissa kuntoutuvat arvostivat myös kuulumista ryhmään. Siihen liittyi asioiden yhdessä tekeminen. Samaan tulokseen olivat päätyneet myös Mäkiranta ja Roos (2009). Heidän asumispalvelututkimuksessa nousi esiin yhteisöllisyyden tärkeys. Hyvään yhteisöllisyyteen liittyi hyvät suhteet muihin asukkaisiin ja henkilökuntaan. Niillä on koettu olevan elämänlaatua parantava merkitys. Yhteisöllisyyttä lisäsivät oman opinnäytetyöni tuloksissa myös yhteisö- ja aamukokoukset. Myös minun opinnäytetyössäni arvostettiin asukkaiden ja henkilökunnan välisiä suhteita. Kuntoutajat nostivat opinnäytetyössänini esiin, että oma kuntoutuminen ei ole niin laadukasta, jos suhteet henkilökuntaan eivät ole kunnossa. Yksi vastaajista ajatteli myös, että oma kuntoutuminen heikentyy, jos suhteet muihin asukkaisiin ovat huonot.

Onnistuin tutkimaan myös samoja asioita kuin Kosonen (2010) tekemässä opinnäytetyössään. Hänen opinnäytetyössään pohdittiin sairaanhoitajien ja muiden työntekijöiden roolia mielenterveyskuntoutustyössä. Tarkemmin Kosonen selvitti, että hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden pitää olla oikea-aikaisia ja vahvistaa kuntoutujan osallistumista ja sitoutumista omaan kuntoutumisen prosessiin. Tämänkin opinnäytetyön tuloksissa kuntoutajat arvostivat sitä, että toiminnalla

tulee olla oikea rytmi ja toiminnan pitäisi olla oikea-aikaista. Esimerkiksi työntekijän pitäisi tulla ajoissa juttelemaan, jos asukkaalla on huono olo.

Opinnäytetyöni tulokset tukevat myös mielenterveyden keskusliiton julkaisemia asioita. Mielenterveyden keskusliitto MTKL on julkaissut Psykiatrisesta asumispalvelusta kehittämissuositukset vuonna 2007. Niiden mukaan asumispalveluiden laaduissa on merkittävää vaihtelua. MTKL haluaa suositusten mukaan saada asumispalvelujärjestelmää vielä *kuntoutujalähtoisemmäksi*. Kuntoutujalähtöisyys oli myös asia, jota kuntoutujat tämän opinnäytetyön tuloksissa arvostivat ja joka toteutui asukkaiden päivittäisessä arjessa. Kuntoutujalähtöisyyteen liittyi se, että asukkaat saivat ottaa itsenäisesti ja ryhmässä osaa päivittäisiin askareisiin sekä heidän mielipiteitään kuunneltiin. Kuntoutujalähtöisyyttä oli erityisesti myös se, että asukkaat saivat tehdä asioita heidän omalla rytmillään omien tavoitteidensa mukaisesti.

Opinnäytetyöni tulokset osoittivat myös samaa kuin Huhtalan ja Kuorikosken (2009) tekemä opinnäytetyö: Keski-pohjanmaalla mielenterveyskuntoutustyössä sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä, oli se sitten työtoimintaa- tai asumispalvelutoimintaa, on tehty asioita kuntoutujia tyydyttävällä tavalla. Huhtala & Kuorikoski ovat onnistuneesti tutkineet työtoiminnan kuntoutumista edistäviä vaikutuksia. Tässä opinnäytetyössä taas tutkittiin asumispalvelutoiminnan vastaavia vaikutuksia. Molemmissa opinnäytetöiden tuloksissa erityisesti työntekijöiden toimintaan ollaan oltu keskimääräisesti tyytyväisiä. Molempien opinnäytetöiden tulokset myös antoivat yhdistykselle kehittämissuhteita.

Opinnäytetyöni tuloksissa toistuivat usein samat asiat kuin muissakin, aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa. Silti jotain uuttakin onnistuttiin tuomaan esiin. Opinnäytetyössä saatiin hyvin selville asumispalveluyksiköiden kodinomaisuutta ja asukkaiden omatoimisuutta edistäviä tekijöitä. Niihin ei tällä erää löytynyt aikaisempaa tutkittua tietoa.

## 11 POHDINTA

Opinnäytetyön tekoon kului noin puolitoista vuotta. Tutkimussuunnitelman teko, siihen ohjaajilta saadut kommentit, parannusehdotukset ja sen hyväksyminen antoivat hyvät lähtökohdat opinnäytetyön teolle. Etsiessäni opinnäytetyön teorian materiaalia opin jatkuvasti uusia asioita mielenterveyskuntoutuksesta. Useat kirjastokäynnit ja web-materiaalien etsinnät rikastuttivat tietopohjaani asianmukaisella tavalla. Sen myötä myös ammatillinen tietopohjani karttui. Muutakin ammatillista kasvua tapahtui opinnäytetyötä tehdessä, esimerkiksi oikea-aikaista vastuunkantoa ja oman työn jaksottamista. Näitä asioita tulen tarvitsemaan tulevassa vaativassa sairaanhoitajan työssäni.

Jälkikäteen on hyvä myös pohtia, missä asioissa onnistuin ja missä on kehitettävää, esimerkiksi menivätkö asiat alkuperäissuunnitelman mukaan vai tuliko muutoksia paljon. Onnistuneisuutta tapahtui opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumisessa. Myös opinnäytetyön kaikki tutkimustehtävät toteutuivat. Tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia kuntoutusprosessista; sen avulla saada kehittämissuhteita, jotka tukevat Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluyksiköiden asukkaiden kuntoutusprosessia. Tavoitteena oli myös kuntoutujalähtöisen tiedon saaminen. Myös kolme tutkimusongelmaa (1. kuntoutusprosessin toteutuminen mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta 2. omatoimisuuden ilmeneminen mielenterveyskuntoutujien vastauksissa sekä 3. kuntoutuksen kehittäminen tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujalähtöisemmäksi) toteutuivat.

Opinnäytetyön tarkoitukseen viitaten yhdistys sai kehittämissuhteita, jotka tukevat Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluyksiköiden mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessia. Yhdistys sai myös yksityiskohtaista kuntoutujalähtöistä tietoa. Kuntoutusprosessi toteutui kuntoutujan näkökulmasta itsenäiseen selviytymiseen edistävällä tavalla, mikä ilmeni esimerkiksi konkreettisen omatoimisuuden nousuna. Myös tulosten analyysin jälkeinen keskustelu asumispalvelujohtaja Soili Mustosen kanssa osoitti tuloksilla voivan olla merkittävyyttä ja hyödynnettävyyttä heillekin. Niiden ansiosta

yhdistys sai kehittämisehdotuksia toimintaansa ja voi kehittää toimintaansa tavoitteellisemmaksi ja kuntoutujalähtoisemmäksi. Keskusteltiin myös Mustosen kanssa, voisiko tuloksilla olla laajempaa hyödynnettävyyttä. Tultiin tulokseen, että laajemmat asumispalveluyksiköiden väliset kuntoutuskäytännöt ovat samankaltaisia, joten myös tämän opinnäytetyön tuloksia voitaisiin niissä hyödyntää.

Eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmasta opinnäytetyön teko onnistui. Opinnäytetyön tulosten laajemman hyödynnettävyyden ansiosta myös sen luotettavuus lisääntyi. Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys toteutui myös haastattelu- ja opinnäytetyöprosessissa tapahtuneen oman käytökseni ansiosta. Laadullisen tutkimuksen tekijän käytöksen haastattelutilanteessa pitää olla asiallista ja tasapuolista. Myös salassapidon ja anonymiteetin täytyy säilyä koko tutkimusprosessin ajan. (Holloway 2008, 84—85.) Haastattelutilanteissa oma käyttäytymiseni oli asiallista ja tasapuolista. Myös salassapitovelvollisuus ja anonymiteetin säilyttäminen säilyi kaiken aikaa vaiheesta toiseen.

Kehitettävänä asiana näkisin sen, että välillä vaikeuksia tuotti aihepiirin rajaaminen. Pohdin, olenko keskittynyt tärkeimpiin asioihin tarpeeksi tai onko liikaa teoretietoa aiheeseen kuulumattomista asioista. Pohdin esimerkiksi, kuinka paljon kirjoittaa mielenterveystyöstä ja kuinka paljon rajautua teoriassa pelkästään mielenterveyskuntoutukseen. Pohdin myös, onko tutkimustehtävillä ja teoreettisen viitekehyksen välillä riittävä ja tarpeellinen yhteys toisiinsa? Alun perin laadittuja tutkimustehtäviä, esimerkiksi yksittäisiä sanoja ja niiden muotoja piti korjailla, joten täysin alkuperäisessä suunnitelmassa ei pysytty. Myös teoreettista viitekehystä piti tulosten analyysin jälkeen vähän muokata tutkimustehtäviä yhdistävämpään muotoon.

Lopulta koin tarpeellisiksi asioiksi ottaa esiin myös yleisimmät mielenterveyden häiriöt sekä kertoa myös vähän erikoissairaanhoidosta. Yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä päätin kertoa, koska ne esiintyvät mielenterveyskuntoutujien päivittäisessä arjessa. Opinnäytetyön haastatteluiden teko oli myös helpompaa, kun oli pohjatietoa mielenterveyden häiriöistä teoreettisen viitekehyksen tiedon ansiosta. Lopulta tulokset myös osoittivat, että

mielenterveyden häiriöt ovat vähentyneet asianmukaisen mielenterveyskuntoutuksen ansiosta. Koin tarpeelliseksi hahmottaa mielenterveystyön kokonaisuutta, minkä vuoksi esittelin suppeasti mielenterveystyön lähtien perusterveydenhuollosta edeten erikoissairaanhoidon ja myös kolmanteen sektoriin. Kolmas sektori on tässä yhteydessä erityisen tärkeä, koska esimerkiksi Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen toiminta voidaan sijoittaa kolmanteen sektoriin, vaikka sillä onkin tiivis yhteys sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon.

Opinnäytetyötä tehdessäni opin paljon uusia asioita mielenterveyskuntoutuksesta muunkin kuin teoreettisen viitekehyksen avulla. Eniten varmasti sain tietoa ja opin mielenterveyskuntoutuksesta kuntoutujilta itseltään. Valitsemani haastattelumenetelmä antoikin kuntoutujiin tutustumiseen erinomaisen mahdollisuuden. Opin ymmärtämään mielenterveyskuntoutusta paremmin kuntoutujan näkökulmasta, mikä on oleellista myös tulevassa ammatissani.

Koen laadullisen tutkimusmenetelmän ja teemahaastattelun oikeiksi valinnoiksi. Laadullinen tutkimus teoreettiseen viitekehykseen nojaten korostaa ihmisten todellisen elämän kuvaamista (Hirsjärvi 2007, 156-157). Tässä opinnäytetyössä saatiin sen ansiosta yksityiskohtaista ja persoonallista tietoa. Näin ollen laadullinen tutkimus sopi mielestäni hyvin pienehköön vastaajien määrään, joka opinnäytetyössäni oli. Laadullisella tutkimusmenetelmällä sain myös erittäin laadukkaita ja tarkkoja vastauksia, mistä on osoituksena se, että opinnäytetyössäni samat asiat alkoivat toistua jo kolmatta haastattelua tehdessä, joten perustellusti voidaan todeta, että tutkimusmenetelmän valinta ja vastaajien määrä olivat oikeita. Riittävän aineiston ja tiedon saamiseksi ei käyttämässäni metodeissa tarvittu suurta tutkittavien määrää. Omasta mielestäni haastattelu ja aineiston laadullinen analyysi antoivat näin myös tehokkaan ja ”taloudellisen” menetelmän tiedon hankintaan.

Haastattelutilanteet olivat omilla tavoillaan jännittäviä, koska ennen haastatteluita minulla ei ollut kokemusta haastatteluiden teosta, varsinkaan liittyen opinnäytetyöhön. Tilanteet olivat kuitenkin opettavaisia, viimeiset haastattelutilanteet sujuivat jo aika varmalla otteella. Arvokasta kokemusta karttui,

ja jos tekisin toisen opinnäytetyön, onnistuisi sen haastatteluosuus vieläkin paremmin. Analyysivaihe oli erittäin työläs. Työvaiheessa piti järjestellä nauhoittamalla ja kirjoittamalla saatu tieto huolellisesti, kategorisoida asiakokonaisuudet sekä sen jälkeen löytää johtopäätökset. Lopulta sain haastatteluista mielestäni luotua hyvän kokonaiskuvan, mikä auttoi tutkimustulosten tekemisessä. Koin induktiivisen sisällönanalyysin oikeaksi valinnaksi, vaikkakin siihen meni erittäin paljon aikaa.

Aiempaa tutkittua tietoa opinnäytetyöni aiheesta oli hyvin, mikä oli positiivista, koska se antoi uusia näkökulmia ja apuja myös oman opinnäytetyön teolle. Opinnäytetyöni tulosten myötä toivottavasti myös minä kykenin tuomaan jonkin verran uudenlaista tutkittua tietoa aikaisemmin julkaistujen seuraksi. Onnistuin mielestäni tuomaan tärkeää tietoa myös mielenterveyshoitotyölle. Toisen opinnäytetyön tehdessäni voisin paneutua erityisesti sairaanhoitajan rooliin mielenterveyskuntoutuksessa. Se voisi olla vinkkinä muille jatkotutkimuksen tekijöille.

Haluan ehdottomasti omalta osaltani kiittää kaikkia opinnäytetyössäni mukana olleita ihmisiä. Erityiskiitokset haluan antaa opinnäytetyöni ohjaaja Marja-Liisa Hiioselle, joka antoi elintärkeää ohjausta aina, kun opinnäytetyö ei tuntunut edistyvän. Erityiskiitokset haluan antaa myös työelämänohjaajalleni Soili Mustoselle, joka alusta alkaen antoi tärkeitä neuvoja työhön. Muutenkin koko Sosiaalipsykiatrinen yhdistys ansaitsee kiitokset joustavuudesta, tarkkuudesta ja nopeudesta.



## LÄHTEET

- Alexeeva, D. 2009. Matka kohti kuntoutumista – Mielensterveyskuntoutujan kuntoutuminen kokemuksellisesta näkökulmasta. Opinnäytetyö Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5693/Darja%20Alexeeva.pdf?sequence=1> Luettu: 30.3.2012
- Finlex. Mielensterveyslaki. 11.12.2009/1066. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu: 18.9.2012.
- Gerrish, K. & Lacey, A. 2006. The Research process in Nursing. Oxford: Blackwell Publishing.
- Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Opinnäytetyö Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38214/stadia-1210852529-2.pdf?sequence=1>. Luettu: 18.9.2012.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielensterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holloway, I. 2008. A-Z of qualitative research in healthcare. Oxford: Blackwell publishing.
- Honkapuro, T. 2010. Mielensterveyskuntoutujan omaisen tuen tarve ja jaksaminen. Opinnäytetyö. Saimaan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23271/Honkapuro\\_Tiina.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23271/Honkapuro_Tiina.pdf?sequence=1). Luettu: 18.9.2012.
- Huhtala, J. & Kuorikoski, S. 2010. Tavallinen arki mielensterveyttä tukemassa – kulmakartanolaisten kokemuksia arjesta. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaalialan koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7594/huhtala\\_janne\\_kuorikoski\\_satu.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7594/huhtala_janne_kuorikoski_satu.pdf?sequence=1). Luettu: 18.9.2012.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistopaino: Tampere.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P., Vehviläinen, K. & Julkunen. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrinen yhdistys. 2012. Yhdistyksen verkkosivut. Www-dokumentti. Saatavissa: [www.kpspy.fi/](http://www.kpspy.fi/) Luettu 18.9.2012.

Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrinen yhdistys. N.d. Yhdistyksen virallinen esite.

Kela. 2010. Mielen terveystuntoutuksen kehittämishanke. Kansaneläkelaitos: Helsinki. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301008134947SV?OpenDocument> Luettu 18.9.2012.

Klaavu, T. 2008. Kuntoutujalähtöinen mielen terveystuntoutus tukiasumisyksikön asukkaiden kokemana. Opinnäytetyö. Diakonia Ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2008/d8a4c0\\_Helsinki\\_Klaavu\\_2008.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2008/d8a4c0_Helsinki_Klaavu_2008.pdf) Luettu 18.9.2012.

Korhonen, S. 2009. Opinnäytetyö. ”Mä tulinkin ehkä eväitä hakemaan jatkoo aatellen” Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hallintakurssille osallistuneiden mielen terveystuntoutujien kokemuksia kurssista. Diakonia-Ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pieksamaki2009/Korhonen.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2009/Korhonen.pdf). Luettu 18.9.2012

Kosonen, M. 2010. Mielen terveystutkimukseen kuntoutumisvalmius. Opinnäytetyö. Saimaan Ammattikorkeakoulu, Lappeenranta. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17254/Kosonen\\_Merja.PDF?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17254/Kosonen_Merja.PDF?sequence=1). Luettu 18.9.2012

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille, mitä mielen terveystuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielen terveystuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kukkonen-Lahtinen L. 2006. Yhdessä kehittyen – kuntouttavan mielen terveystyön haasteet. Sairaanhoitaja-lehti 10/2006. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2006/muut\\_artikkelit/yhdessa\\_kehittyen\\_kuntouttavan\\_m/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/yhdessa_kehittyen_kuntouttavan_m/) Luettu 18.9.2012.

Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Mielen terveyden keskusliitto. 2012. Mielen terveystuntoutujan ammatillisen kuntoutumisen palvelut opiskelua tai työhön paluuta suunnittelevalle. Palveluopas 2012. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/a3cfea316ba7915dddb589272301db8f/1346090879/application/pdf/1300006/Ammattillisen%20kunt%20opas%202012.pdf> Luettu 18.9.2012

Mäkiranta, M. & Roos, T. 2009. Mielensterveyskuntoutujien kokemuksia asumisesta asumispalveluyksikössä. Opinnäytetyö. Vaasan Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaalian koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6683/Makiranta\\_Mikko.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6683/Makiranta_Mikko.pdf?sequence=1) Luettu 18.9.2012.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielensterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Pekki, M. 2009. Asumispalvelut osana mielensterveyskuntoutusta Etelä-Karjalassa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sosiaalian koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6012/pdf%20oppiari.pdf?sequence=1>. Luettu 18.9.2012.

Peltonen-Heikkinen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Publishing.

Pesonen, A. & Ruusila, M. 2010. Liikunta osana mielensterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia. Opinnäytetyö. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22125/Ruusila\\_Marika\\_Pesonen\\_Annika.pdf?sequence=2](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22125/Ruusila_Marika_Pesonen_Annika.pdf?sequence=2). Luettu:18.9.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kuntoutuspalvelujen järjestäminen. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/kuntoutus/palvelujen\\_jarjestaminen](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus/palvelujen_jarjestaminen). Luettu 18.9.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Mielensterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf> Luettu 18.9.2012.

STAKES. 2005. Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset - kutsuseminaari 2.5.2005. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/Tp4-2005.pdf> Luettu 18.9.2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. N.d. Tautiluokitus ICD-10. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19> Luettu 18.9.2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2007. Mielensterveys. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/mielensterveystyo/FI/kasitteet/Mielensterveys-ksite.htm> Luettu: 18.9.2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Mielensterveys. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/ktl\\_tutkii/tutkimus/mielensterveys-ja\\_paihdeongelmat/mielensterveys/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/ktl_tutkii/tutkimus/mielensterveys-ja_paihdeongelmat/mielensterveys/). Luettu: 18.9.2012.

Tuori, T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja-lehti 1/2011. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>. Luettu 18.9.2012.

Turunen, M. 2010. Leimautuminen mielenterveyskuntoutujien kokemana. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7856/LEIMAUTUMINEN%20MIELENTERVEYSKUNTOUJUJEN%20KOKEMANA.pdf?sequence=1> Luettu 18.9.2012.

**1. Miten kuntoutusprosessi toteutuu sosiaalipsykiatrian yksiköiden toiminnassa asukkaiden kokemana?** Kyseiseen tutkimusongelmaan liittyen kysyin tiedonantajilta kysymykset:

**1.1** Onko yksikössä asumisesta ollut mielestäsi apua sinun kuntoutumiseesi?

**1.2** Jos on, niin millaista apua? **1.3** Jos ei, niin minkä vuoksi ei ole ollut apua.?

**2. Miten omatoimisuus ilmenee asukkaiden vastauksissa?** Kysymyksiä tiedonantajille:

**2.1** Kuinka aktiivisesti otat osaa esimerkiksi päivittäisten askareiden tekemiseen?

**apukysymys:** montako kertaa viikossa laitat ruokaa, peset astioita, huolehdit omista tavaroista, huolehdit asioista jotka ovat yhdessä sovittuja? **2.2** Missä päivittäisissä toiminnoissa olet edistynyt tulotilanteesta tähän hetkeen saakka (esim. herääminen, ruoan laitto, omista tavaroista huolehtiminen, yhteisesti sovituista asioista huolehtiminen)?

**apukysymys:** Mitä asioita teet paremmin nyt kuin tullessasi kuntoutumiskotiin? **2.3**

Kuinka paljon tulotilanteessa- ja kuinka paljon nyt tarvitset apua erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa? **apukysymys:** Paljonko tarvitset nyt apua päivittäisissä toiminnoissa?

Tarvitsetko nyt enemmän apua kuin tullessasi kuntoutumiskotiin?

**3. Miten kuntoutusta tulee kehittää entistä tavoitteellisemmaksi ja asukaslähtöisemmäksi?** Kysymyksiä tiedonantajille:

**3.1** Onko mielessäsi asioita, joita haluaisit henkilökunnan tekevän toisin? **apukysymys:** mitä sinä haluat, että työntekijät tekivät täällä toisella tavalla? **3.2** Jos on, niin mitä ne ovat? **apukysymys:** mitä ne asiat ovat, joita haluat että työntekijät tekevät täällä toisin? **3.3** Tuntuuko kuntoutuskoti kodinomaiselta, vai liian ”laitosmaiselta”?

**apukysymys:** tuntuuko sinusta, että täällä on kotoisaa asua? vai tuntuuko, että olisit sairaalassa?. **3.4** Miten kodinomaisuutta ja viihtyvyyttä voitaisiin vielä parantaa? **apukysymys:** Miten tästä paikasta saataisiin vielä kodikkaampi

ja

viihtyisämpi.

**TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

Organisaatio, jolle annuus osoitetaan Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiat-  
riinan yksistys

Vastuuvakillit organisaatiossa Leena Veistola

Tutkijaluovan angia/it Aleksi Salminen

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite Aleksi.salminen@Csu.fi

Tutkimuksen nimi Katkelon Sosiaalipsykiatristen asuinpalveluy-  
siköiden asukkaiden kokemuksia kuntoutumisesta

Tutkimuksen tarkoitus Selvitä mielenterveyskuntoutujien kokemus-  
ta kuntoutumisprosessista

Tutkimuksen kohteyksine Asuinpalveluyksiköiden mielenterveys-  
kuntoutajat

Aineiston keruun arvioitu ajankohda 19 - 31.12.2011

Tutkimusmenetelmä Yksilöhaastatteluna toteutettava teema-  
haastattelu

Tutkimuslupamäärä 25 / 5 2011

Tutkimuksen ohjaaja Marija-Liisa Hiironen

Lupa myönnettyinä  
 paikka Kausi 4/2011 alka 7.6 2011

anomuksen mukaisesti  muutosehdotuksien  hylyty

Luvantomyöntäjä ja allekirjoitus [Signature]

**LIITTEET**  Tutkimussuunnitelma  
 Kysely-/haastattelulomake  
 Muut liitteet, mikäli \_\_\_\_\_

Hyvä kuntoutuja,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Alekski Salminen. Opiskelen Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyötä aiheesta: "Kokkolan sosiaalipsykiatristen asumispalveluyksiköiden asukkaiden kokemuksia kuntoutumisesta".

Osana opinnäytetyöni aineistoa on kuntoutujien haastattelut. Haluaisin, että kertoisit minulle kuntoutumiskokemuksistasi. KPSPY ry:n työntekijä on jo aikaisemmin varmistanut sinulta, että olet suostunut haastateltavaksi.

Toivon, että annat vielä kirjallisesti luvan tulla haastateltavaksi. Haastattelussa sinun ääntäsi myös nauhoitetaan. Sen takia tarvitsen sinun allekirjoituksen.

Nimeäsi ei tulla julkaisemaan missään ja noudatan salassapitovelvollisuutta. Aineiston käsittelyn jälkeen tulen hävittämään sinulta saadut nauhoitukset ja tiedot. Opinnäytetyötäni ohjaa sekä ammattikorkeakoulun opettaja että KPSPY ry:n edustaja.

31.10. 2011

Sairaanhoitajaopiskelija:



Alekski Salminen  
Hoitotyön koulutusohjelma,  
Sairaanhoitaja AMK  
Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu

Asukas:



Kokkolassa <sup>16</sup> / 11 / 2011



Soili Mustonen  
Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry  
Asumispalvelujohtaja  
puh



KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU  
MELLERSTA ÖSTERBOTTENS YRKESHÖGSKOLA

### OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Opinnäytetyön tekijät	Aloituspäivämäärä
Aleksi Salminen	1.6.2011
Koulutusohjelma	Yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma	Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja Terveysalan yksikkö.
Koulutusohjelman yliopettaja	Ehdotus opinnäytetyön ohjaajaksi
<b>Annukka Kukkola</b>	Marja-Liisa Hiironen
Opinnäytetyön työnimi (aihe) Kokkolan Sosiaalipsykiatristen asumispalveluyksiköiden asukkaiden kokemuksia kuntoutumisesta.	
Tutkimusongelma/kehittämistehtävä 1. Miten kuntoutumisprosessi toteutuu sosiaalipsykiatrian yksiköiden toiminnassa asukkaiden kokemana? 2. Miten omatoimisuus ilmenee asukkaiden vastauksissa? 3. Miten kuntoutumista tulee kehittää entistä tavoitteellisemmaksi ja asukaslähtöisemmäksi.	
Opinnäytetyön tavoite ja rajausten/tutkimustulokset  Tavoite: Saadaan kehittämissuhteita, jotka tukevat asukkaiden kuntoutumisprosessia Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrisen yhdistyksellä.	



