

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN TOIMINTAKYVYN HAASTEET TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA

Ruut Halttunen
Ulla-Mari Pirkkalainen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012

Toimintaterapia
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HALTTUNEN, Ruut PIRKKALAINEN, Ulla-Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 9.11.2012
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN TOIMINTAKYVYN HAASTEET TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA		
Koulutusohjelma Toimintaterapia		
Työn ohjaaja(t) RUTANEN, Maaret		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy		
Tiivistelmä <p>Mielenterveysongelmat ovat yleisiä Suomessa ja kaikkialla maailmassa. Psykiatristen sairaalapaikkojen huomattava vähentäminen lähivuosina siirtää mielenterveyskuntoutujia laitoshoidosta avohoittoon ja asumispalveluiden käyttäjiksi. Näiden palvelujen kehittäminen hyödyttää yhteiskuntaa monin eri tavoin.</p> <p>Opinnäytetyön tilaajana oli mielenterveyskuntoutujille palveluasumista tarjoava Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy (JST). Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmia tehostetussa palveluasumisessa henkilökunnan kokemana. Kuntoutujien toimintakyvyn ongelmien näkyväksi tekeminen palvelee opinnäytetyön tilaajatahon tehostetun palveluasumisen kuntoutuspalvelujen tuottamista interventioiden asiakaslähtöisessä suunnittelussa ja kuntoutuspalveluiden kehittämistyössä.</p> <p>Kyseessä oli laadullinen tutkimus, jossa aineiston hankintamenetelmänä oli teemahaastattelu. Haastattelut toteutettiin mielenterveyskuntoutujien tehostetussa palveluasumisessa työskenteleville henkilöille. Haastatteluaineisto analysoitiin Inhimillisen toiminnan mallin (MOHO) tahto, tottumus, suoriutuskyky ja ympäristö -käsitteiden mukaan. Tutkimustulokset osoittivat, että mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmat olivat jokaisella yksilöllisiä ja erilaisia. Tuloksista nousi kuitenkin selkeästi esille useita erilaisia toimintakyvyn ongelmia, jotka olivat hyvin tavallisia monilla tehostetun palveluasumisen mielenterveyskuntoutujilla. Toimintakyvyn ongelmia esiintyi jokaisella Inhimillisen toiminnan mallin alueella. Selvästi eniten niitä oli suoriutuskyvyn osa-alueella, jolloin ongelmia ilmeni esimerkiksi päivittäisen elämän toiminnoista suoriutumisessa ja sosiaalisissa tilanteissa. Vähiten toimintakyvyn ongelmia ilmeni ympäristön alueella. Tutkimustulosten tarkastelussa todettiin mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmiin liittyvän kuntoutustyön olevan toimintaterapi-an osaamisen ytimessä. Tutkimustulosten perusteella ehdotettiin toimintaterapeutin asiantunte-muksen hyödyntämistä tehostetun palveluasumisen kuntoutustyössä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) mielenterveyskuntoutuja, skitsofrenia, toimintakyky, palveluasuminen, Inhimillisen toiminnan malli, laadullinen tutkimus, toimintaterapia		
Muut tiedot		



Author(s) HALTTUNEN, Ruut PIRKKALAINEN, Ulla-Mari	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 9.11.2012
	Pages 55	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title MENTAL HEALTH REHABILITATION PATIENTS' OCCUPATIONAL PERFORMANCE CHALLENGES IN ENHANCED HOUSING SERVICES		
Degree Programme Occupational therapy		
Tutor(s) RUTANEN, Maaret		
Assigned by Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy		
Abstract <p>Mental health problems are common in Finland and all over the world. A significant reduction of psychiatric hospital beds in the next few years will transfer those in mental health rehabilitation from mental health facilities to community-based care and housing services. The development of these services will serve society in many different ways.</p> <p>The commissioner of the thesis was Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy (JST) which provides housing services for those in mental health rehabilitation. The objective of the thesis was to examine the functional capacity problems of mental health rehabilitees in enhanced housing services as experienced by staff. Making patients' functional capacity problems visible will assist the thesis commissioner with the design and development of enhanced housing and rehabilitation services for the production of client-oriented interventions.</p> <p>This was a qualitative study in which the data acquisition method was an interview. The interviews were conducted with the staff working in mental health patients' enhanced housing services. The data was analyzed according to the Model of Human Occupation (MOHO): volition, habituation, performance capacity and environmental concepts.</p> <p>The results showed that mental health patients' functional capacity problems were individual and, thus, different with each patient. However, the results clearly showed a variety of functional capacity problems, which were very common in many mental health clients in enhanced sheltered housing. Functional problems occurred in every human activity model, but problems, such as those with the activities of daily living and social situations, were by far the highest in the subarea of performance capacity. The least capacity problems occurred in the environmental area.</p> <p>A review of the results found that occupational therapy skills were at the core of rehabilitation work. The study offered suggestions for the utilization of occupational therapists' expertise with the rehabilitation work in enhanced sheltered housing.</p>		
Keywords Mental Health Rehabilitation Patient, Functional Capacity, Enhanced Housing Services, a Model of Human Occupation, Qualitative Research, Occupational Therapy		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN PALVELUASUMISEN AJANKOHTAISET HAASTEET.....	3
2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA	6
2.1 Mielen terveyden häiriöt ja mielen terveyskuntoutuja.....	6
2.2 Skitsofrenia	8
2.3 Mielen terveyden häiriöiden vaikutus toimintakykyyn	8
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN PALVELUASUMINEN	9
3.1 Mielen terveyskuntoutus.....	9
3.2 Palveluasumisen malli Suomessa.....	11
3.3 Palveluasumisen tasot Keski-Suomessa.....	11
3.4 Toimintaterapia mielen terveyskuntoutujien palveluasumisessa	12
5 INHIMILLISEN TOIMINNAN MALLI	15
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
7.1 Aineiston hankinta	19
7.3 Aineiston analysointi.....	21
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
8.1 Mielen terveyskuntoutujien toimintakykyyn liittyvät ongelmat tehostetussa palveluasumisessa	23
8.1.1 Tahto	24
8.1.2 Tottumus.....	28
8.1.3 Suorituskyky.....	31
8.1.4 Ympäristö	37
9 POHDINTA.....	39
9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	39
9.2 Johtopäätökset	41
9.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelua	42
9.4 Jatkotutkimusaiheet	48
LÄHTEET.....	50
LIITTEET	55
Liite 1. Teemahaastattelurunko	55

KUVIOT

KUVIO 1. Ihmisen toimintaan vaikuttavat ympäristön osa-alueet	17
KUVIO 2. Ihmisen toiminnallisen mukautumisen prosessi	18
KUVIO 3. Aineiston teorialähtöisen analyysiprosessin eteneminen.....	22
KUVIO 4. Kuntoutujien päivittäisessä elämässä ongelmallisiksi koettujen haasteiden jakautuminen Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden mukaisesti	23
KUVIO 5. Tahdon osa-alueella ilmenevät ongelmat (n=10).....	24
KUVIO 6. Tottumuksen osa-alueella ilmenevät ongelmat (n= 10).....	28
KUVIO 7. Suorituskyvyn osa-alueella ilmenevät ongelmat (n=16)	32
KUVIO 8. Ympäristön osa-alueella ilmenevät ongelmat (n=4)	37

1 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN PALVELUASUMISEN AJANKOHTAISET HAASTEET

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä kaikkialla maailmassa. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan joka neljäs ihminen kärsii jostakin mielen sairaudesta jossain vaiheessa elämäänsä. (Mental health atlas 2011.) Suomessa mielenterveydenhäiriöistä kärsii viimeisimpien tietojen mukaan joka viides aikuinen. Mielenterveyshäiriöiden yleisyys ja niiden jatkuva lisääntyminen heijastelevat työkyvyttömyystilastoihin: psyykkisten ongelmien osuus työkyvyttömyyden aiheuttajista on lisääntynyt selvästi viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeen saajista peräti 38 prosentilla pääasiallisena syynä oli mielenterveyden häiriö. Työkyvyttömyyden lisäksi vaikeat mielenterveysongelmat lisäävät ennenaikaisen kuoleman riskiä. (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011, 630; Järvikoski & Härkäpää 2011, 232; Ympäristöministeriö 2012, 7-8.)

Yksi vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä on skitsofrenia, joka alkaa tavallisesti nuorella aikuisiällä. Sitä esiintyy noin prosentilla suomalaisista. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti yksilön kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Henkilön toimintakyky yleensä taantuu sairastumista edeltäneelle tasolle ja jos sairauden esioirevaiheessa sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky laskee. Kuntoutus tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa erikoistuneena moniammatillisena tiimityönä. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää, & Lönnqvist 2011, 70-75.)

Maassamme yleisenä suuntauksena on mielenterveyspotilaiden laitoshoidon vähentäminen ja avohoitopainotteisuuteen siirtyminen. Laitoshoidon vähentämisen ja mielenterveyskuntoutujien tarpeiden lisääntymisen myötä tulevaisuudessa asumiseen ja asumispalveluihin kohdistuu kehittämistarpeita ja muutoinkin tuetun asumisen tarpeen lisääntymistä. (Kettunen 2011, 1.) Tällä hetkellä Suomen mielenterveyskuntoutujien asumisyksiköissä asuu yli 7000 henkilöä (Ympäristöministeriö 2012, 8). Mielenterveyskuntoutujien kuntouttavasta asumisesta on käytössä erilaisia käsitteitä, mutta tästä eteenpäin tässä opinnäytetyössä käytetään sosiaalihoitolain käyttämää palveluasumisen käsitettä (Sosiaalihoitolaki 17.9.1982/710, 22 §).

Opinnäytetyön aihe nousi käytännön työelämän tarpeista. Opinnäytetyön tilaajana toimi Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy, josta käytetään myös lyhennettä JST. Kyseinen yritys on tarjonnut mielenterveyskuntoutujille kuntouttavaa palveluasumista vuodesta 1994 lähtien. Vuosien aikana palveluiden tarjontaa on laajennettu ja monipuolistettu, mikä on ollut mahdollista jatkuvan kehittämistyön myötä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osaltaan olla palvelemaan JST:llä edelleen jatkuvaa palveluiden kehittämistä. Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli selkiyttää ja kehittää tilaajatahon työyhteisössä työskennelleen toimintaterapeutin työnkuvaa. Opinnäytetyön tekoprosessin alkuvaiheilla toimintaterapeutin siirryttyä JST:ltä muualle opinnäytetyön tarkoitus määriteltiin siten, että työn tulokset palvelevat laajemmin tilaajatahon kehittämistarpeita. Opinnäytetyön mielenkiinnon kohteeksi määrittyi JST:llä tehostetussa palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien kuntoutukseen liittyvien keskeisten arjen haasteiden tarkasteleminen. Opinnäytetyöstä tuli laadullinen tutkimus, jonka tarkoitus oli selvittää mielenterveyskuntoutujien päivittäisessä elämässä ilmeneviä ongelmia henkilökunnan kokemana. Henkilökunnalta kerätty haastatteluaineisto analysoitiin Inhimillisen toiminnan mallin avulla. Tutkimuksesta saatujen tulosten myötä tehostetussa palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn liittyvät ongelmat tulevat näkyväksi. Toimintakyvyn haasteiden tunteminen auttaa kohdistamaan oikeanlaisia arviointi- ja kuntoutuspalveluita kuntoutujille, suunnittelemaan interventioita sekä kehittämään kuntoutusta. Multanen, Bredenberg, Koskensalmi, Lauttio ja Pahkin (2004, 31) toteavat, että työyhteisön henkilöstölle ulkopuolisen tahon tekemä haastattelu voi tehdä näkyväksi tai tarkentaa kehittämiskohteita. Tutkimuksen kohteena olleen ilmiön kuvaaminen voi jatkossa toimia lähtökohtana keskustelulle asiakaslähtöisessä kehitystyössä ja nostaa esille kehittämistarpeita palvelun sitä kautta yhteistyökumppanimme tehostetun kuntoutustyön kehittämissyönteiksi. Opinnäytetyö voi palvella JST:tä myös perehdyttävänä materiaalina uusille työntekijöille ja harjoittelijoille.

Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy sijaitsee Jyväskylässä kaikkiaan neljässä eri toimipisteessä. Palvelut käsittävät neljä palveluasumisen tasoa yksittäisistä kotikäynneistä aina ympärivuorokautiseen palveluasumiseen asti. Keitaala on kuusipaikkainen tuetun kuntouttavan palveluasumisen yksikkö, Koskikoti tarjoaa kuntouttavaa palveluasumista 12 asukkaalle, Myllypuro tehostettua kuntouttavaa palveluasumista 18 asuk-

kaalle ja Niittykoti tehostettua hoitoa ja kuntouttavaa palveluasumista 21 asukkaalle. JST:n toiminta-ajatuksena on luoda turvallinen ja kodikas asumisyhteisö, joka edesauttaa eriasteisista mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kokonaisvaltaista kuntoutumista. Tässä opinnäytetyössä keskitytään erityisesti niiden kuntoutujien ongelmiin, jotka tarvitsevat tehostettua kuntouttavaa palveluasumista tai tehostettua hoitoa ja kuntouttavaa palveluasumista. Näistä asukkaista suurimmalla osalla on diagnosoitu skitsofrenia, mutta myös muita mielenterveyden häiriöitä esiintyy.

Olemme kokeneet opinnäytetyön aihepiirin erittäin ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi ajatellen mielenterveyskuntoutujien laajamittaista lisääntymistä ja siitä seuraavaa haastetta kuntoutukselle ja koko yhteiskunnalle. Ammatillisessa mielessä meitä on erityisesti kiinnostanut mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn liittyvät haasteet. Toimintaterapia-alan opiskelijoina olemme luonnollisesti kiinnostuneita myös toimintaterapian asiantuntemuksen merkityksestä mielenterveyskuntoutujien tehostetussa palveluasumisessa. Toimintaterapian juuret ulottuvat mielenterveyskuntoutuksen kentälle, mutta viime vuosikymmeninä ammatin vahva edustus alalla vähentyi voimakkaasti. Aiheesta on kirjoitettu alan kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa, esimerkiksi toimintaterapian tohtori Gutman (2011) toteaa mielenterveyskuntoutujien päivittäisen elämän toimintakyvyn haasteisiin liittyvän kuntoutustyön olevan toimintaterapeutin ammatillisen osaamisen ytimessä. Hän mainitsee mielenterveyskuntoutujien tarvitsevan tukea ja ohjausta monenlaisissa asioissa kuten itsestä huolehtimisen taidoissa, työelämätaidoissa, talouden ja raha-asioiden hoidossa sekä kodinhoitoon liittyvissä taidoissa. Toimintaterapeuttien ammattikunta ei kuitenkaan ole mielenterveyskuntoutuksen alalla nykyään läheskään riittävästi edustettuna, mistä Gutman ilmaisee huolensa. (Gutman 2011, 235-236.) Ad Hoc Committee on Mental Health Practice in Occupational Therapy -komitean raportissa ollaan Gutmanin kanssa samoilla linjoilla (Brown, Moyers, Haertlein Sells, Learnard, Mahaffey, Pitts, Ramsay, Bonder, Hudkins, Muir Giles, Nanoff, Scheinholtz & Willmarth 2006). Raportissa tuodaan esille toimintaterapian hyödyllisyys mielenterveystyössä ja todetaan, että toimintaterapialla olisi hyvä olla nykyistä suurempi rooli alalla (Brown ym. 2006, 3-6).

Syventyäksemme aihepiiriin ja tilaajatahon työyhteisöön tarkemmin, teimme yhden opintoihimme kuuluvan työharjoittelujakson JST:n toimintaterapiassa vuoden 2011 lopulla. Harjoittelussa saadut kokemukset ovat olleet hyödyllisiä tutkimusprosessin aikana mm. auttaen ymmärtämään opinnäytetyön aiheena olevaa ilmiötä syvemmin. Mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmia palveluasumisessa ei tietääksemme ole aikaisemmin kartoitettu. HavaitSIMME kuitenkin, että aikuispsykiatrisen poliklinikan kuntoutujien toimintakykyä on tutkittu Rantasen ja Pehkosen (2011) toimintaterapeuttiseen arviointiin keskittyneessä opinnäytetyössä. Toivomme, että opinnäytetyömme tulokset tulevat käytännön tasolla palvelemaan toimeksiantajatahonne työyhteisöä ja sitä kautta luonnollisesti myös mielenterveyskuntoutujia. Uskomme, että työn tuloksista voivat hyötyä lisäksi monet muut maassamme työikäisten mielenterveyskuntoutujien palveluasumisessa ja heidän parissaan muilla sektoreilla työskentelevät ammattilaiset.

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA

2.1 Mielenterveyden häiriöt ja mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyttä on aikojen saatossa määritelty monin tavoin, eikä sille ole olemassa yksiselitteistä määritelmää. Nykyään katsotaan, että mielenterveyteen kuuluu niin psyykinen, fyysinen, sosiaalinen kuin henkinen ulottuvuus ja nämä ovat keskenään vuorovaikutuksessa sekä synnyttäen että kuluttaen mielenterveyden voimavaroja. Mielenterveys ei siis ole stabiili tila, vaan se vaihtelee elämäntilanteiden ja kokemusten mukaan. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2007, 17.) WHO:n määritelmän (1999) mukaan mielenterveys on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä ja pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti sekä pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

Mielenterveyden häiriöistä on kyse silloin, kun oireet aiheuttavat henkilölle kärsimystä tai psyykkistä vajaakuntoisuutta, rajoittavat toiminta- ja työkykyä tai osallis-

tumis- ja selviytymismahdollisuuksia. Vakavimmillaan oireet voivat vammauttaa lähes täysin ja sulkea yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. (Heiskanen ym. 2007, 114; Koskisuus, 2004, 29.) Mielenterveyden häiriöitä on monenlaisia ja ne luokitellaan niihin liittyvien tyyppisten oireiden ja niiden vaikeusasteen mukaan. Samalla henkilöllä voi olla useitakin hoitoa vaativia oireyhtymiä samanaikaisesti. (Heiskanen ym. 2007, 114.)

Psykiatrisille häiriöille ominaisia ovat tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt. Häiriöiden taustalla on usein erilaisia psyykelle sietämättömiä tunnetiloja – pelkoa, ahdistusta, surua, vihaa, häpeää, syyllisyyttä tai avuttomuutta. Kyky tuntea tunteita on ihmiselle välttämätöntä, mutta liian voimakkaina tai pitkittyneinä ne lamaavat tai saavat ihmisen pakonomaisesti käyttäytymään haitallisella tavalla. Kun sietämättömät tunnetilat keventyvät tai henkilö oppii hallitsemaan niitä rakentavammin, hänen vointinsa paranee. Vakavistakin mielenterveyshäiriöistä kärsivän elämä voi sairauden asettamien rajoitusten kanssa olla laadukasta, monipuolista ja mielekästä. Vakavista ja pitkäkestoisistakin psykiatrisista sairauksista voi myös parantua. (Huttunen 2008.) **Mielenterveyskuntoutujalla** Sosiaali- ja terveysministeriö tarkoittaa täysi-ikäistä henkilöä, joka tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi kuntouttavia palveluja ja lisäksi asumispalveluja tai apua asumisensa järjestämisessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007).

Psyykkiset sairaudet määrittävät usein ihmistä voimakkaammin kuin esimerkiksi fyysiset sairaudet. Tästä syystä mielenterveyskuntoutuja itse ja ympäristö näkevät ja kokevat hänet herkästi lähinnä potilaan roolissa. Heiskanen ja muut (2007, 114) toteavat, että tuskin mistään muusta sairaudesta on yhtä paljon väärää tietoa, leimaamista ja ennakkoluuloja, kuin mielen sairauksista. Hylkääminen ja leimaaminen aiheuttavat mielenterveyskuntoutujille ja heidän omaisilleen lisäkärsimystä, joka voi olla raskaampaa kestää kuin itse sairaus. (Heiskanen ym. 2007, 114; Koskisuus, 2004, 29.)

2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vaikea mielenterveyden häiriö, johon sairastuu noin prosentti suomalaisista. Skitsofrenia alkaa pääasiallisesti nuorena aikuisena, se on tavallisesti elinikäinen sairaus ja sen kulku on vaihtelevaa. Skitsofrenian tausta on monitekijäinen eikä sitä vielä tunneta riittävästi. Perimän ja ympäristötekijöiden tiedetään vaikuttavan sen puhkeamiseen. (Isohanni ym. 2011, 70.) Skitsofrenian haitalliset vaikutukset liittyvät käyttäytymiseen, kognitioon ja emotionaalisiin toimintoihin, eli keskeisiin inhimillisiin toimintoihin. Tästä syystä skitsofrenia aiheuttaa merkittävää työ- ja toimintakyvyn laskua. Sairauden oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, puheen ja käytöksen hajanaisuus sekä puheen köyhtyminen, tahdottomuus ja tunneilmaisun huononeminen. Skitsofreniaan sairastuttuaan ihmisen on vaikeaa ajatella luovalla tavalla, ilmaista omia ajatuksiaan ja tunteitaan, toimia sosiaalisissa tilanteissa ja ylläpitää ihmissuhteitaan. (Isohanni ym. 2011, 70-75.)

Skitsofreniaan sairastuneen hoito ja kuntoutus ovat moniammatillista tiimityötä ja tapahtuvat usein avohoidossa. Skitsofreniaan tyypillisesti kuuluvia psykoosijaksoja hoidetaan usein pysyvällä psykoosilääkityksellä. Muutoin hoidon kulkuun vaikuttavat sairauden aiheuttamat kognitiiviset oireet, sairauden yksilöllinen luonne, perheen ja ympäristön asenne ja tuki sekä hoito ja hoitomotivaatio. Tärkeimpiä kuntoutusmuotoja ovat arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, ammatillinen kuntoutus, psykoterapeuttiset hoitomuodot ja oireidenhallintaryhmät. (Isohanni ym. 2011, 70.)

2.3 Mielenterveyden häiriöiden vaikutus toimintakykyyn

ICF-luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) yksilön toimintakyky nähdään yksilön terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Henkilöllä saattaa olla vajavuuksia ilman, että suorituskyky heikkenee tai yksilöllä voi olla heikentynyt suorituskyky ilman näkyviä kehon toimintojen puutteita. (Stakes 2004, 47-203.)

Toimintakyvyn heikkeneminen liittyy Heikmanin, Katilan ja Kuoppasalmen (2004) mukaan kaikkiin psykiatriisiin oireyhtymiin jonkin asteisena, millä on vaikutusta moiniin erilaisiin normaaliin elämään ja arkeen kuuluviin tilanteisiin. Esimerkiksi depression ja skitsofreniaan liittyy kumpaankin keskittymisvaikeutta, vähäenergisyttä ja ahdistuneisuutta (Isohanni ym. 2011, 74-75). Toimintakyvyn arvioinnissa (päivittäisen elämän toiminnot) he pitävät tärkeänä selvittää sekä subjektiivista että objektiivista toimintakykyä, sillä henkilön subjektiivisesti kokema toimintakyky ei aina ole sama, kuin asiantuntijan objektiivisesti arvioima toimintakyvyn aste. Esimerkiksi masennuksesta kärsivä saattaa aliarvioida todellista toimintakykyään kun taas psykoottinen tai maaninen henkilö voi yliarvioida todellista toimintakykyään. (Heikman, Katila & Kuoppasalmi 2004, 127.)

Psykiatristen oireyhtymien vaikeusasteella on tavallisesti suora korrelaatio toimintakyvyn heikkenemiseen: mitä vaikeampi oirekuva on, sitä alhaisempi on toimintakyvyn taso. Sairauden yksilöllisistä seikoista johtuen tähän perusolettamukseen on kuitenkin poikkeuksia. Esimerkiksi negatiivisoireinen skitsofrenia, jossa keskeisinä oireina ei ilmene aistiharhoja ja harhaluuloja, voi kuitenkin heikentää toimintakykyä voimakkaasti sairauteen liittyvän kognitiivisen tason huonontumisen vuoksi. Psykiatriasta häiriöstä kärsivän henkilön toimintakyvyn heikentymisen katsotaankin liittyvän sekä oireyhtymän spesifien oireiden vaikutuksiin että oireyhtymiin liittyvän kognitiivisen kapasiteetin heikkenemiseen. (Heikman ym. 2004, 129.)

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN PALVELUASUMINEN

3.1 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutuksen käsite on 2000-luvulla vakiintunut yleiskäsitteeksi, joka on ainakin osittain korvannut perinteisen psykiatrisen kuntoutuksen käsitteen (Järvi-
koski & Härkäpää 2011, 234). Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmässä mielen-

terveyskuntoutuksella tarkoitetaan monialaista kuntouttavien palvelujen kokonaisuutta, joka on suunniteltu yhteistyössä kuntoutujan kanssa hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Ammattihenkilöiden nähdään toimivan kuntoutusprosessissa kuntoutujan yhteistyökumppaneina, joiden tehtävänä on tukea, motivoida ja rohkaista kuntoutujaa kuntoutustavoitteiden asettelussa ja toteuttamisessa. Olennaisena nähdään, että mielenterveyskuntoutuksessa huomioidaan myös mielenterveyttä tukevat tekijät kuten opiskelu, työ ja ihmissuhteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) ICF-luokituksessa kuntoutuksen keskeiseksi tavoitteeksi on nostettu osallistuminen. Sitä ei mitata normatiivisesti vertaamalla osallistumista terveen ihmisen tilanteeseen, vaan sen ilmenemistä katsotaan henkilön elämän eri rooleissa esimerkiksi työelämässä, kotona tai muussa yhteisössä. (Kivekäs & Kallanranta 2004, 376.)

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 234) toteavat, että Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksesta (2001) saa hyvän käsityksen tämän hetken mielenterveyskuntoutuksen suosituksista. Kyseisen suosituksen mukaan kuntoutujille laaditaan kuntoutussuunnitelma, jota tarkistetaan säännöllisesti ja kaikki hoito tulisi tapahtua kuntouttavalla työotteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Järvikoski ja Härkäpää (2011) toteavat, että mielenterveystyössä hoito ja kuntoutus on erityisen vaikeaa erottaa toisistaan. Hoidon tavoitteena on vähentää sairauden oireita ja ahdistusta, jolloin hoitokeinoina voivat olla lääkehoito ja psykoterapia. Kuntoutuksessa puolestaan pyritään parantamaan ihmisen mahdollisuuksia selviytyä hänelle sopivissa sosiaalisissa rooleissa ja toimintaympäristöissä, missä tärkeää on mm. mielekkään toiminnan ja sosiaalisen tuen järjestäminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 237.) Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuosituksen (2007) mukaan asumispalveluihin tulisi liittää kuntouttavat palvelut, jotka sisältävät kuntoutujalähtöisiä kuntoutusmuotoja. Tällaisia ovat sekä ryhmä- ja kurssimuotoisesti toteutettava kuntoutus että vertaistukitoiminta, joiden toteutuksessa voidaan hyödyntää erityistyöntekijän, kuten toimintaterapeutin palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 25-28.)

3.2 Palveluasumisen malli Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (2007) on kolmiportainen malli, jonka tasot ovat: tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Se on ollut pohjana muokattaessa mielenterveyskuntoutujien kuntouttavan palveluasumisen mallia (2008) Keski-Suomeen. Kehittämissuosituksesta on muodostunut neliportainen asteittain etenevä malli, jonka tavoitteena on siirtää kuntoutuja kohti itsenäisempää asumismuotoa. Tasot ovat: tuettu kuntouttava asuminen, kuntouttava palveluasuminen, tehostettu kuntouttava palveluasuminen ja tehostettu hoito ja kuntouttava palveluasuminen. (Nikulainen, Savolainen & Seppälä 2008, 7.) Asumispalvelua olisi hyvä arvioida ja valvoa mm. laadunhallintajärjestelmän ja asiakaspalautteen avulla. Kuntoutujien toimintakyky ja tarpeet määrittävät henkilöstön määrän ja osaamisen tason. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 9, 25-28.)

3.3 Palveluasumisen tasot Keski-Suomessa

Tuetussa kuntouttavassa asumisessa kuntoutuja asuu joko omassa kodissaan tai tukiasunnossa. Suunnitelmallinen ja säännöllinen kuntoutus perustuu yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa mahdollisimman itsenäiseen normaaliin elämään ja löytämään paikalliset tarvittavat palvelut asuinalueellaan. Kuntoutuksen tavoitteena on opetella hallitsemaan sairauden oireita. Tuetun asumisen muoto on yleensä tilapäistä ja kuntoutujaa ohjataan mahdollisesti opiskelu- tai työelämään siirtymisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 19; Nikulainen ym. 2008, 7-8.)

Kuntouttava palveluasuminen on usein ryhmäkotityyppistä yhteisöllistä asumista tai tavallista palveluasumista itsenäisessä asunnossa. Koulutettu henkilöstö on paikalla päivisin ja puhelinpäivystys toimii ympäri vuorokauden. Kuntoutuja tarvitsee tukea omatoimisuuteen ja asumiseen sekä pitkäjänteistä, yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan perustuvaa kuntoutusta. Tavoitteena on sosiaalisten suhteiden ja toiminta-

kyvyn vahvistaminen arkipäivän asioista selviytymiseen kuten ruoanlaittoon, pyykinpesuun, siivoukseen, raha-asoiden hoitoon ja itsenäiseen päätösten tekoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 20; Nikulainen ym. 2008, 8.)

Tehostetussa kuntouttavassa palveluasumisessa kuntoutuja asuu yhteisöllisessä ryhmäasunnossa, jossa koulutettu henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Kuntoutujat ovat vaikeasti toimintarajoitteisia ja tarvitsevat jatkuvaa valvontaa, tukea, hoivaa ja huolenpitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 20.) Kuntoutus perustuu yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan joka lähtee porrasteisesta ajattelusta, jolloin kuntoutussuunnitelma tarkistetaan kevyempiä palveluasumismuotoja tiheämpään tahtiin ja psykiatriset lääkäripalvelut ovat saatavilla useammin. Myös henkilöstön määrä kuntoutujaa kohden on suurempi ja edellisiä tarkemmin määritelty. (Nikulainen ym. 2008, 9-10.)

Tehostettu hoito ja kuntouttava palveluasuminen on yhteisöllistä asumista, jossa pätevyysvaatimukset täyttävä henkilöstö on paikalla ympäri vuorokauden. Tässä palveluasumisen mallissa vaikeasti toimintarajoitteinen asukas saa ympärivuorokautista kuntoutukseen ja hoitoon painottuvaa huolenpitoa, ohjausta ja valvontaa. Jokaiselle kuntoutujalle tehdään porrasteiseen ajatteluun perustuva yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Edelliseen palveluasumismuotoon verrattuna psykiatriset lääkäripalvelut ovat saatavilla vieläkin useammin ja henkilökuntaa on enemmän kuntoutujaa kohden. (Nikulainen ym. 2008, 10.)

3.4 Toimintaterapia mielenterveyskuntoutujien palveluasumisessa

Toimintaterapia-ala on saanut alkunsa Yhdysvalloissa 1800-luvun lopulla, jolloin mielenterveysongelmaisten hoitamiseksi ryhdyttiin suunnitelmallisesti käyttämään erilaisia toimintoja. Suomessa toimintaterapia on kehittynyt 1900-luvun alkupuolella sairaaloissa mielenterveyspotilaiden parissa tehdystä työterapiasta ja lasten virkistys- ja askartelutoiminnasta. (Hautala 2005, 35-53.)

Toimintaterapiassa ihminen nähdään toimivana olentona, joka voi vaikuttaa terveyteensä ja hyvinvointiinsa sekä tulevaisuuteensa omien valintojensa ja toimintansa kautta. (Harra 2003, 16.) Toimintaterapia on asiakaslähtöistä kuntoutusta, joka perustuu huolelliseen arviointiin ja toiminnan terapeuttiseen käyttöön. Terapian tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan selviytyminen hänelle merkityksellisistä ja tärkeistä päivittäisen elämän toiminnoista huolimatta toimintakykyyn vaikuttavista rajoituksista tai ympäristön esteistä. (Launiainen & Lintuja 2003, 7-8.) Hyvän toimintaterapiakäytännön perustana on sekä paras mahdollinen saatavissa oleva tieto että terapeutin oma kliininen asiantuntemus yhdistettynä asiakkaan tilanteeseen (Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry, 2010). Toimintaterapeuttien toiminnan on tärkeää pohjautua näyttöön perustuvaan käytäntöön (Evidence Based Practice). Näyttöön perustuvan käytännön tarkoituksena on varmistaa, että asiakas saa parhaan mahdollisen hoidon ja käytetyt interventiot ovat tutkimuksin todettu vaikuttavimmiksi (Bennet & Bennet 2000, 171; Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry, 2010; Taylor 2007, 2).

Toimintaterapia nähdään tärkeänä psykiatrisella kentällä. Krupa, Fossey, Anthony, Brown ja Pitts (2009, 160) toteavat sen olevan ensiarvoisen tärkeä tekijä psykiatrisessa kuntoutuksessa. Toimintaterapia tuo mielenterveyskuntoutukseen vahvan teoreettisen ja taidollisen perustan sekä ainutlaatuiset menettelytavat ja käytännöt (Krupa ym. 2009, 160). Toimintaterapian on myös todettu olevan kustannustehokasta (Law & Mc Coll 2010, 326). Gutman (2011, 236) painottaa, että toimintaterapia on avaintekijä mielenterveyskuntoutuksessa. Toimintaterapian keskiössä ovat päivittäisessä elämässä tarvittavien erilaisten taitojen kuntoutus. Tällaisia ovat esimerkiksi itsestä huolehtimiseen, raha-asioiden ja kodinhoitoon liittyvät sekä työelämässä tarvittavat taidot. Gutman toteaa, että useissa tutkimuksissa on saatu näyttöä siitä, että toimintaterapialla on vaikutusta mielenterveyskuntoutujien integroitumiseen yhteiskuntaan, kouluttautumiseen ja työllistymiseen. (Gutman 2011, 236.)

Kartoitimme kymmenen vuoden ajalla tehtyjä tutkimuksia toimintaterapian vaikuttavuudesta aikuisten mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn. Löysimme rohkaisevia tuloksia, vaikka tutkimuksia löytyikin määrällisesti vähän. Joissakin tutkimuksissa todettiin, että lisätutkimukset toimintaterapian vaikuttavuudesta olivat suositeltavia rohkaisevista tuloksista huolimatta, joten jätimme sellaiset tutkimukset tämän opin-

näytetyön ulkopuolelle. Myös Mc Coll (2010) kertoo työikäisille ja ikääntyville kohdennetun toimintaterapian vaikuttavuutta selvittävässä teoksessa, että toimintaterapiaa koskevaa tutkimusta voisi olla enemmän etenkin liittyen kuntoutujien sosio-kulttuurisiin tekijöihin (Mc Coll 2010, 258).

Toimintaterapian vaikuttavuutta tarkastelevista tutkimuksista on löytynyt lupaavia viitteitä siitä, että toimintaterapian interventiot voivat lisätä toimintakykyä ja siten tukea mielenterveysasiakkaiden kuntoutumista (Samsonraj, Loughran & Secker, 2012). Samoin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todennettiin toimintaterapian vaikuttavuus mielenterveyskuntoutuksessa: esimerkiksi sosiaalisten taitojen osalta näyttö oli kohtuullisesta vahvaan (Gibson, D'Amico, Jaffe & Arbesman 2011, 247). Satunnaistetussa kontrolloidussa pilottitutkimuksessa Cook, Chambers ja Coleman (2009) tutkivat pitkäkestoisen toimintaterapia-intervention vaikuttavuutta asumispalveluissa asuville psykoosipotilaille. Intervention päätyttyä vuoden kuluttua toimintaterapiaryhmässä nähtiin kliinisesti merkittäviä parannuksia, joita verrokkiryhmässä ei ilmennyt. (Cook ym. 2009.) Niin ikään Buchain, Vizzotto, Henna Neto ja Elkis (2003) tutkivat toimintaterapian vaikutusta satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa potilailla, joilla oli hoitoresistentti skitsofrenia. Tulosten mukaan lääkityksen ja toimintaterapian yhdistelmä todettiin vaikuttavammaksi kuin pelkkä lääkehoito. (Buchain ym. 2003.) Myös Hadas-Lidorin, Katzin, Tyanon ja Weizmanin (2001) tutkimuksen tulokset kertoivat toimintaterapian onnistumisesta ja tärkeydestä skitsofreenikoilla. Samalla huomattiin, että perinteinen näkemys skitsofreniasta väijäämättä huononevana sairautena, johon ei voi vaikuttaa, osoittautui virheelliseksi. Tutkimuksen tulokset vahvistivat, että toimintaterapia voi edistää skitsofrenian parantumista. (Hadas-Lidor ym. 2001.) Myös Law ja Mc Coll toteavat tutkimuksia kartoitettuaan, että toimintaterapeuttisilla interventioilla voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia. Huomionarvoista eri tutkimusten tuloksissa oli, että joissakin tapauksissa jo lyhyillä interventioilla oli pitkäkestoisia myönteisiä vaikutuksia mm. masennuksen tai oman elämänlaadun parantumiseen. (Law & Mc Coll 2010, 325, 330.)

5 INHIMILLISEN TOIMINNAN MALLI

Opinnäytetyön teoreettiseksi perustaksi olemme valinneet Inhimillisen toiminnan mallin (The Model of Human Occupation, MOHO), joka on maailmalla paljon käytetty ja tutkittu ja soveltuu toimintaterapian työtä ohjaavaksi malliksi erilaisten asiakkaiden kanssa. Inhimillisen toiminnan mallin ytimessä on toiminta, se on näyttöön perustuva, 2010-luvun toimintaterapian paradigman mukainen, asiakaslähtöinen ja ihmiskäsitykseltään holistinen. (Kielhofner 2008 a, 1-4.) Inhimillisen toiminnan malli selittää yksilön motivoitumista toimintaan, toiminnasta suoriutumista ja toiminnallisen käyttäytymisen jäsentymistä elämän eri toimintojen alueilla. (Kielhofner 2008 b, 11-23; 2008 h, 101-109.) Henkilön nähdään koostuvan kolmesta toisiinsa yhteydessä olevasta elementistä, jotka voivat joko rajoittaa tai tukea toimintaa. Nämä elementit ovat: tahto, tottumus ja suorituskyyky. Tekemisessä on kolme tasoa: taidot (skills), suoriutuminen (occupational performance) ja osallistuminen (occupational participation). Toiminta tapahtuu jossakin ympäristössä ja ympäristöllä on aina vaikutus ihmisen toimintaan. (Kielhofner 2008 b, 12-21.)

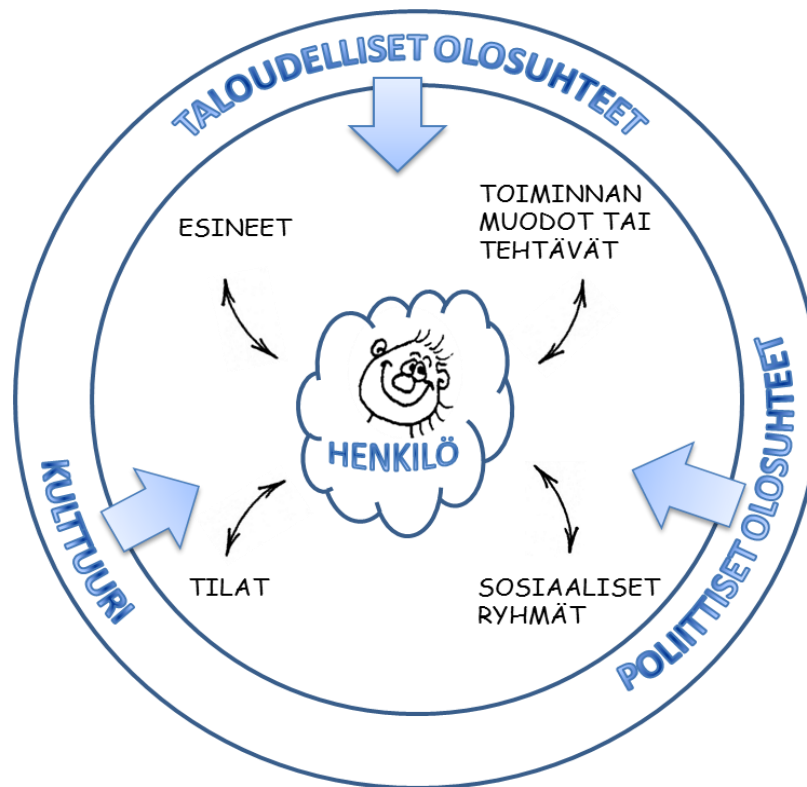
Tahto (volition) viittaa ihmisen motivoitumiseen ja toimintojen valitsemiseen ja se koostuu kolmesta osa-alueesta: arvot, henkilökohtainen vaikuttaminen ja mielenkiinnonkohteet. *Arvot* (values) ovat yksilön uskomuksia ja sitoumuksia sen suhteen, mitä hän pitää tärkeänä ja merkityksellisenä. Arvoilla on merkittävä vaikutus yksilön elämään, sillä ihmisellä on yleensä vahva halu toimia arvojensa mukaisesti. *Henkilökohtainen* vaikuttaminen (personal causation) kuvaa ihmisen tunnetta omista kyvyistään ja vaikutusmahdollisuuksistaan, sekä tehokkuutta hallita omaa suoriutumistaan ja saavuttaa haluamiaan päämääriä. *Mielenkiinnon kohteet* (interest) kuvaavat luontaisia taipumuksia tai hankittuja mieltymyksiä asioihin, jotka ovat yksilölle itselleen merkityksellisiä. (Kielhofner 2008 b, 13; 2008 c, 26; 2008 d, 34-46.)

Tottumus (habituation) syntyy toistamalla käyttäytymistapoja tietyssä ajallisessa, fyysisessä ja sosiokulttuurisessa kontekstissa, jolloin toiminnot muotoutuvat elämää jäsentäviksi tavoiksi ja rooleiksi. *Tavat* (habits) tarkoittavat hankittuja taipumuksia tehdä asioita ja reagoida tietyllä tavalla tutussa ympäristössä tai tilanteessa. Tapojen ansiosta tietoisien tarkkaavaisuuden tarve vähenee ja huomiokyky vapautuu toisiin

samanaikaisiin toimintoihin. *Sisäistetyt roolit* (internalized roles) liittyvät yksilön omaksumaan ja ympäristön odotuksia vastaavaan käyttäytymiseen eri ympäristöissä. Yksilöllä on tavallisesti useita rooleja ja niille tyypillinen ajattelu- ja toimintatapa su-
lautuu osaksi yksilön identiteettiä. (Kielhofner 2008 b, 18; 2008 e, 52-54, 59–60.)

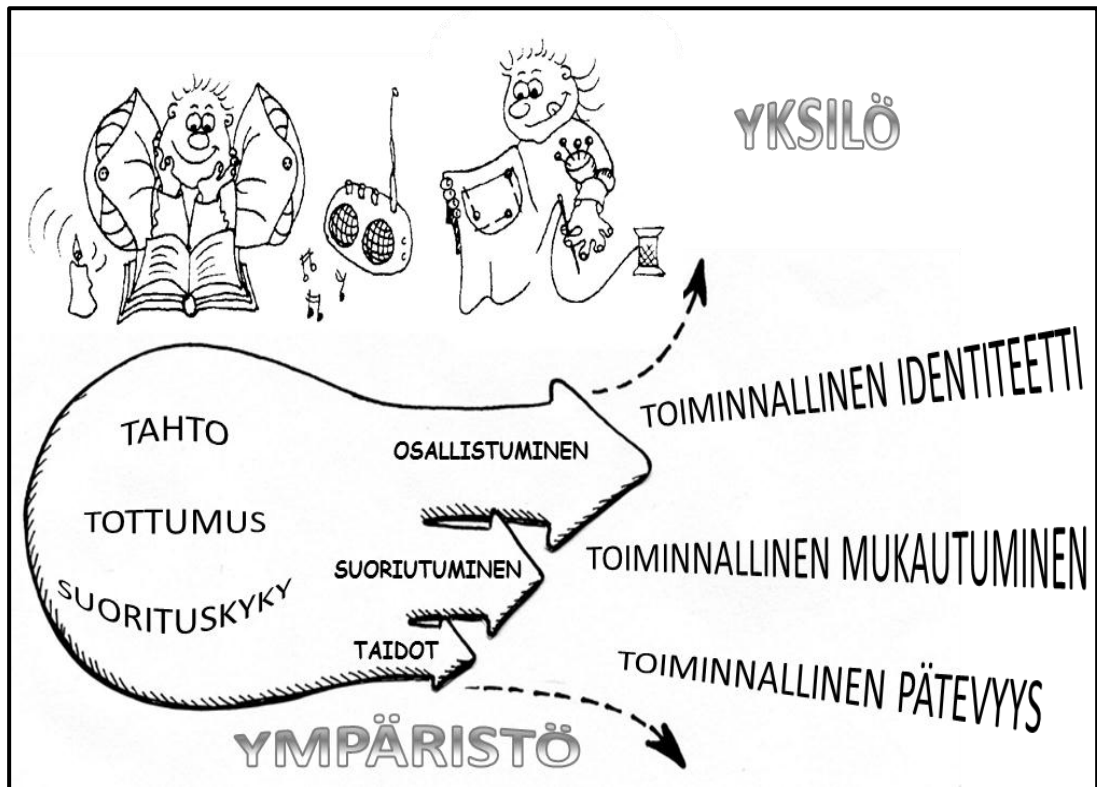
Suorituskyky (performance capacity) tarkoittaa henkilön kykyä suorittaa toimintoja fyysisten ja henkisten ominaisuuksiensa avulla. Yksilön käyttäytymistä muokkaa myös hänen sisäinen, subjektiivinen kokemuksensa suorituskyvystä. *Motoriset taidot* (motor skills) tarkoittavat oman kehon hallintaa ja esineiden käsittelyä. *Prosessitaidot* (process skills) ovat toiminnan jaksottamista ja tarkoituksenmukaisten välineiden ja materiaalien valintaa, sekä toiminnan mukauttamista ongelmia kohdatessa. *Kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoja* (communication and interaction skills) tarvitaan sosiaalisissa tilanteissa, kun ollaan vuorovaikutuksessa ja toimitaan yhteistyössä toisten kanssa. (Kielhofner 2008 b 18-20; 2008 f, 68; 2009, 153.)

Ympäristö (environment) vaikuttaa ihmisen toimintaan motivoitumiseen, toiminnan organisoimiseen ja suoriutumiseen toiminnassa. Inhimillisen toiminnan malli korostaa ympäristön fyysisen ja sosiaalisen kontekstin merkitystä ihmisen toimintaan. Yksilön toimintaa voidaan ymmärtää tuntemalla ympäristö, jossa toiminta tapahtuu, sillä ympäristön vaikutus yksilön toimintaan riippuu aina ympäristön ja yksilön ominaisuuksien välisestä vuorovaikutuksesta. Ympäristö tarjoaa mahdollisuuksia toimintaan tai edellyttää tietynlaista toimintaa, mutta se voi myös ehkäistä ja estää toimintaa (kuvio 1). Ympäristöön kuuluvat *fyysiset* tilat, missä ihminen toimii ja toiminnat, joita ympäristö tarjoaa tai edellyttää ihmisen tekevän sekä esineet, joita ihminen käyttää tehdessään toimintoja. Ympäristöön kuuluvat myös toiminnan muodot tai tehtävät, joiden tekemistä henkilöltä joko toivotaan tai edellytetään. Ympäristössä on *sosiaalisia* ryhmiä (perhe, ystävät, työkaverit, naapurit), joiden kanssa ihminen on tekemisissä. Lisäksi ympäröivä *kulttuuri* vaikuttaa ympäristön fyysisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Samoin poliittinen ja *taloudellinen* konteksti vaikuttavat resursseihin ja toiminnan valinnanvapauteen. (Kielhofner 2008 g, 86-88.)



KUVIO 1. Ihmisen toimintaan vaikuttavat ympäristön osa-alueet
(Kielhofner 2008 g, 87: piirroskuva Halttunen, Kielhofnerista muokattu.)

Toiminnallinen identiteetti (occupational identity) tarkoittaa elämän kuluessa rakentunutta käsitystä itsestä ja siitä millaiseksi toimijaksi ihminen haluaa tulla. Ajan myötä myönteisten kokemusten vaikutuksesta ihmiselle muodostuu oma toiminnallinen identiteetti ja pätevyys. **Toiminnallisen pätevyden** (occupational competence) tunne syntyy siitä, missä määrin ihminen voi toteuttaa toiminnallista identiteettiään, eli tyydytyksen ja hallinnan tunnetta tuottavaa, roolien ja arvojen mukaista toimintaa. **Toiminnallinen mukautuminen** (occupational adaptation) on seurausta ihmisen osallistumisesta erilaisiin toimintoihin elämänsä aikana. Tyypillisesti ihmiset kokevat ainakin kerran elämässään ongelmia toiminnallisen mukautumisen prosessissaan (kuvio 2), mikä edellyttää toiminnallisen identiteetin ja pätevyden uudelleen rakentamista. (Kielhofner 2008 h, 106–108.)



KUVIO 2. Ihmisen toiminnallisen mukautumisen prosessi

(Kielhofner 2008 h, 108: piirroskuva Halttunen, Kielhofnerista muokattu.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toimeksiantajatahonne työyhteisön tehostetussa palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmia henkilökunnan kokemana. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn haasteet ja heidän kuntoutuksensa tarpeet. Tämän tuotetun tiedon avulla opinnäytetyön tilaaja voi kehittää kuntouttavan palveluasumisen toteutusta mielenterveyskuntoutujien palveluasumisessa.

Tutkimuskysymys tässä opinnäytetyössä oli: millaisia toimintakyvyn ongelmia tehostetussa palveluasumisessa asuvilla mielenterveyskuntoutujilla on henkilökunnan kokemana?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Aineiston hankinta

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli **laadullinen tutkimus**, jossa etsimme vastauksia tutkimuskysymykseen teemahaastatteluiden avulla. Haastateltavina oli neljä mielenterveyskuntoutujien tehostetussa palveluasumisessa työskentelevää henkilöä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Aiheiden käsittelyn runkona olivat etukäteen kokoamamme teemat, joihin haastateltavat saivat perehtyä etukäteen.

Päätimme kerätä tiedon kuntoutujien sijasta nimenomaan henkilökunnalta, sillä katsoimme heiltä saatavan objektiivisen tiedon parhaiten palvelevan tutkimuksen tarkoitusta. Kuntoutujien parissa pitkään ohjaustyötä tehneille ammattilaisille oli kertynyt paljon kokemusta kuntoutujien toimintakyvyn ongelmista ja näimme sen erittäin arvokkaana tietona kuntoutuksen kehittämisen kannalta. Tutkimushaastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista haastateltaville. Kysyimme haastateltavia tutkimuksen tiedonantajiksi puhelimitse keväällä 2012 ja kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta. Heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ennen päätöstään. Suostumukset saatuaamme toimitimme haastateltaville teemahaastattelurungon sähköpostitse.

Laadullisissa tutkimuksissa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, joten aineiston koko on pääsääntöisesti pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen. Aineiston kokoa tärkeämpi seikka on, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon. Tästä syystä heidän valintaansa tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Kananen 2008, 24; Tuomi & Sarajärvi 2012, 85-86.) Saimme haastateltaviksi neljä henkilöä, joilla oli koulutuksensa, toimenkuvansa ja monivuotisen työhistoriansa puolesta opinnäytetyön kiinnostuksen kohteena olevista ilmiöistä runsaasti tietoa. Haastateltavaksemme lupautui myös viides henkilö, mutta jätimme haastattelun toteuttamatta sopivan haastatteluajankohdan löytymisen haasteiden ja toisaalta muissa haastatteluissa saamamme aineiston runsauden takia. Toteutimme haastat-

telut kevään 2012 aikana yhteistyökumppanimme palveluasuntojen tiloissa. Haastattelut kestivät noin kaksi tuntia kunkin haastateltavan kanssa. Jokainen haastattelutilanne oli rauhallinen, häiriötön ja eteni luontevasti eri teemojen puitteissa. Kukin haastateltava toi esille kuntoutujien päivittäisessä elämässä ilmenneitä ongelmia muistelemalla eri asukkaita. Nauhoitimme haastattelut aineiston analysointia varten. Meille annettiin lupa kysyä ja tarkentaa jälkikäteen, mutta runsaan ja monipuolisen aineiston ansiosta näitä mahdollisuuksia meidän ei tarvinnut käyttää.

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista todellisen elämän kuvaaminen ja tutkimuksen kohdetta pyritään tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tarkoituksena on ilmiön kuvaaminen, syvällinen ymmärtäminen ja mielekkään tulkinnan antaminen. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen, vaan ilmiön perusteelliseen ja rikkaaseen kuvaamiseen ja selittämiseen sekä löytämään uudenlainen tapa ymmärtää ilmiötä. (Kananen 2008, 24-25; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Hirsjärvi ja Hurme (2000) toteavat, että haastattelu on käytetyimpiä tiedonkeruun muotoja, koska se on hyvin joustava menetelmä ja se soveltuu moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, mikä luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa käsillä olevassa tilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34.) Haastattelutilanteissa meidän oli mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä ja selkiyttää haastateltaville haastattelurungon teemoissa epäselviksi jääneitä käsitteitä. Käytimme toimintaterapianimikkeistöä kuvataksemme tarkemmin, mitä eri termeillä tutkimuksessa on tarkoitettu. Opinnäytetyössä aihetta oli tarkoitus tarkastella toimintaterapian näkökulmasta käsin ja analysoida haastatteluaineisto luokittelemalla se Inhimillisen toiminnan mallin mukaisiin osa-alueisiin. Pyrimme kuitenkin rakentamaan haastattelun teemat yleisemmälle tasolle ilman etukäteisjohdattelua Inhimillisen toiminnan mallin käsitteisiin. Tästä syystä kokosimme tutkimushaastatteluiden teemat Toimintaterapianimikkeistön pohjalta (Toimintaterapianimikkeistö 2003). Tarkoituksenamme oli nimikkeistöä hyödyntämällä pyrkiä varmistumaan siitä, että kaikki mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn liittyvät keskeiset alueet tulevat tutkimushaastatteluissa käsitellyiksi.

Toimintaterapianimikkeistö on Suomen Toimintaterapeuttiliiton ja Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön yhteistyönä laatima nimikkeistö, joka kuuluu kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden valtakunnalliseen ”palvelunimikkeistöperheeseen”. Nimikkeistön tarkoitus on palvella käytännön työtä. Nimikkeistö luokittelee ja ryhmittelee asioita sekä kokoaa yhteen toimintaterapeutin käytännön työhön sisältyvät palvelut ja toiminnot. Sen avulla voidaan kertoa muille ammattiryhmille ja yhteistyökumppaneille toimintaterapian tavoitteista ja työn sisällöstä. Se kiteyttää toimintaterapian erityisosaamisen alueet ja selkeyttää rajoja muihin ammatteihin. Ammatikunnan sisällä nimikkeistö luo yhtenäistä linjaa eri työpaikoissa toteutettaville käytännöille. Se auttaa toimintaterapeutteja seuraamaan, arvioimaan, vertailemaan, suunnittelemaan ja kehittämään työtään entistä jäsentyneemmin ja luotettavammin. (Holma 2003, 10-13.)

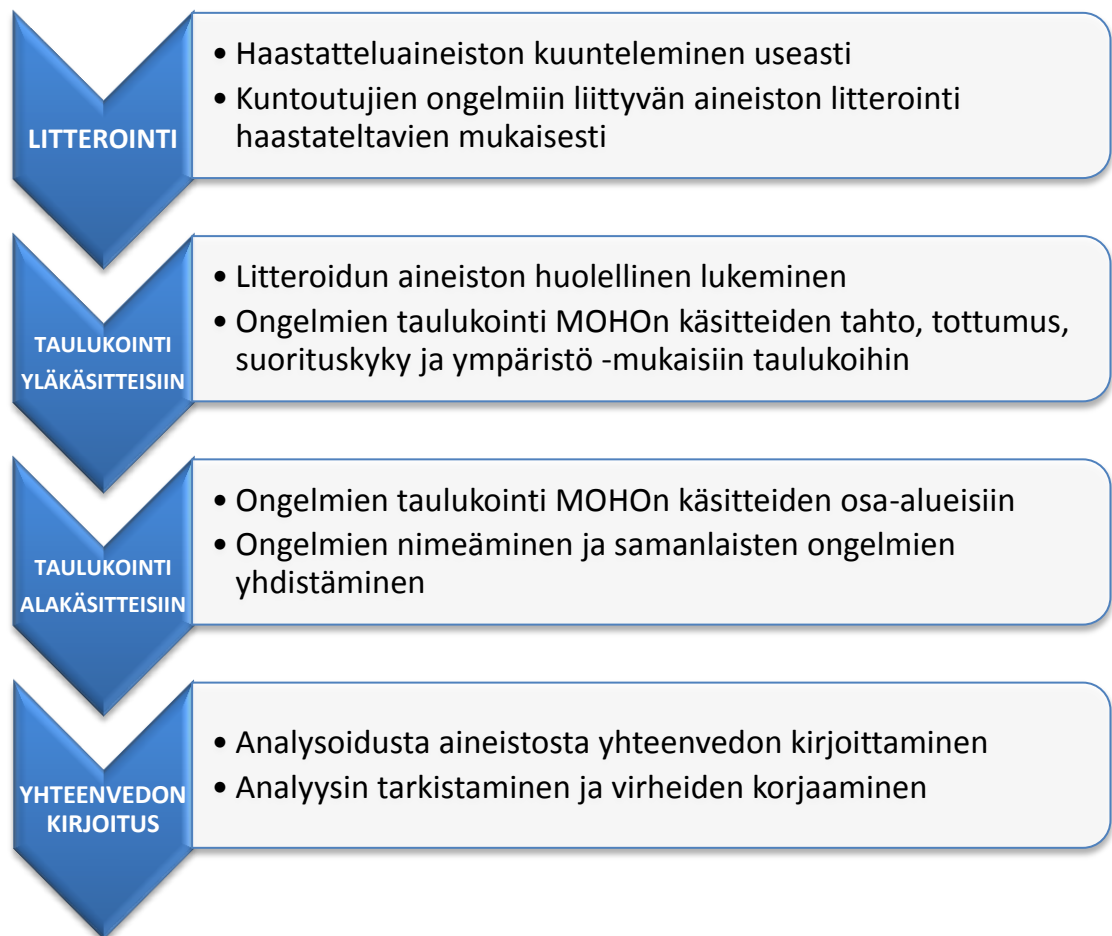
7.3 Aineiston analysointi

Kananen (2008) toteaa, että laadullisen tutkimuksen kirjallisuudessa tutkimuskenttään liittyvät käsitteitä käytetään kirjavasti, eikä käsitteitä käytetä tiedeyhteisössä yksiselitteisesti (Kananen 2008, 86-87). Olemme tehneet oman ratkaisumme käsitteiden käytöstä valitsemalla tietyt metodikirjat kuvaamaan tutkimuksen toteutusta.

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Teorialähtöisessä (eli deduktiivisessa) sisällönanalyysissä aineisto analysoidaan liittämällä se teoreettisiin käsitteisiin, kun taas aineistolähtöisessä analyysissä teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta. Sisällönanalyysillä pyritään tuomaan selkeyttä aineistoon, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 91-93, 113; Kananen 2010, 61-62; Kananen 2008, 90-91.) Sisällönanalyysin vaiheet ovat Tuomen ja Sarajärven (2012) mukaan Laineen alkuperäisohjetta soveltaen seuraavanlaiset:

1. Tehdään vahva päätös siitä, mikä tässä aineistossa kiinnostaa.
2. Käydään aineisto läpi ja merkitään ne asiat, jotka sisältyvät kiinnostuksenkohteeseen ja erotetaan ne kaikesta muusta aineistosta.
3. Kerätään merkityt asiat yhteen ja erilleen muusta aineistosta.
4. Luokitellaan, teemoitetaan tai tyyppitellään aineisto (analyysi).
5. Kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 91-92.)

Tässä tutkimuksessa analysoimme saamamme aineiston teorialähtöisen analyysin periaatteita noudattaen, jolloin analysoimme haastatteluaineistosta kuntoutujien ongelmiin liittyvät aineistot Inhimillisen toiminnan mallin tahto, tottumus, suorituskyky ja ympäristö -käsitteiden mukaisesti (kuvio 3). Kävimme haastatteluissa saamamme aineistoa läpi aluksi kuuntelemalla sitä kumpikin tahoillamme, jotta aineisto tuli kummallekin tutuksi. Tämän jälkeen litteroimme aineistosta kaikki kuntoutujien ongelmiin liittyvät asiat taulukkoon. Tulkitsimme segmenttien sisällöt ja koodasimme ne Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden mukaisiin sarakkeisiin. Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden mukaan jaotelluista segmenteistä analysoimme ja erottelimme aineiston edelleen Inhimillisen toiminnan mallin alakäsitteiden mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen käsittely voi pitää sisällään myös määrällisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiä, esimerkiksi aineiston kategorisointia. (Kananen 2008, 28-29, 325-333; Tuomi & Sarajärvi 2012, 113-117.) Tässä tutkimuksessa on käytetty määrällisiä menetelmiä tulosten esittelyssä havainnollistavien kuvioiden avulla.

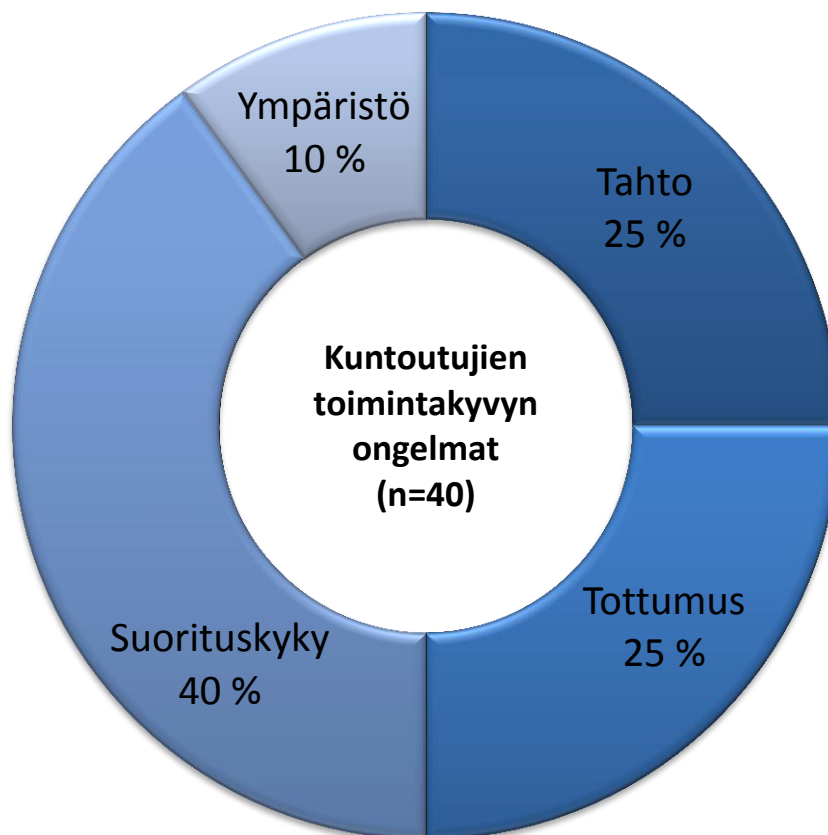


KUVIO 3. Aineiston teorialähtöisen analyysiprosessin eteneminen

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Mielensterveyskuntoutujien toimintakykyyn liittyvät ongelmat tehostetussa palveluasumisessa

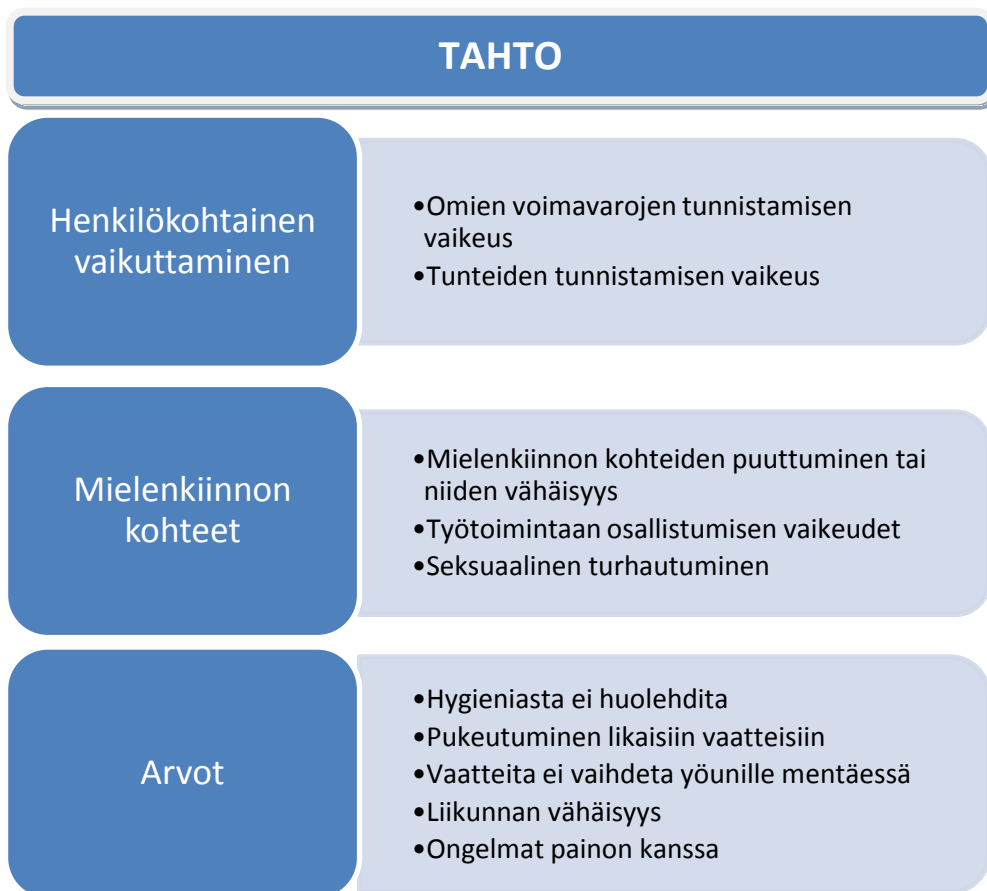
Tutkimustulosten esittelyssä on luettavuuden helpottamiseksi autenttista haastattelulainauksista poistettu tarpeettomat lisäsanat, jotka eivät vaikuta asiasisältöön. Mielensterveyskuntoutujien päivittäisen elämän ongelmia ilmeni jokaisella Inhimillisen toiminnan mallin alueella. Kuviosta 4 selviää eri ongelmien prosentuaalinen osuus suhteessa kaikkiin ongelmiin. Tahdon osa-alueella ongelmia ilmeni yhteensä kymmenen (kuvio 5), tottumusten osa-alueella myös kymmenen (kuvio 6), suorituskyvyn osa-alueella 16 (kuvio 7) ja ympäristön osa-alueella neljä (kuvio 8). Luvuista on helppo päätellä, että kuntoutujien ongelmat painottuivat eniten suorituskyvyn alueelle ja vähiten ongelmia ilmeni ympäristön alueella.



KUVIO 4. Kuntoutujien päivittäisessä elämässä ongelmallisiksi koettujen haasteiden jakautuminen Inhimillisen toiminnan mallin käsitteiden mukaisesti

8.1.1 Tahto

Kuviossa 5 on nähtävissä kuntoutujien *henkilökohtaiseen vaikuttamiseen, mielenkiinnon kohteisiin ja arvoihin* liittyvät ongelmat. Eniten esiintyi arvoihin liittyviä ongelmia ja vähiten oli henkilökohtaiseen vaikuttamiseen liittyviä ongelmia. Tämä ei kuitenkaan anna suoraa käsitystä ongelmien yleisyydestä. Vaikka henkilökohtaisen vaikuttamisen ongelmia näyttää olevan määrällisesti vähiten, haastateltavien mukaan kyseiset ongelmat olivat erittäin yleisiä.



KUVIO 5. Tahdon osa-alueella ilmenevät ongelmat (n=10)

Henkilökohtainen vaikuttaminen

Kuntoutujien henkilökohtaisen vaikuttamisen alueella ongelmia kuvattiin sekä omien voimavarojen tunnistamisessa että omien tunnetilojen tunnistamisessa. Nämä kumpikin nousivat esille jokaisessa haastattelussa erittäin tavallisina päivittäisen elämän haasteina.

Omien voimavarojen tunnistamisen vaikeus näyttäytyi haastateltaville siten, että he kokivat kuntoutujilla olevan tyypillisesti epärealistisia käsityksiä omista voimavaroistaan ja kyvyistään. Eräs haastateltava totesi, että *”joskus suurin työ on siinä, että saa kuntoutujan tunnistamaan omia voimavarojaan”*. Omat voimavarat saatettiin joko alimitoittaa tai ylimitoittaa, mistä helposti seurasi erilaisia ja erikokoisia pulmia päivittäisessä elämässä. Kuntoutuja saattoi johonkin työtehtävään ryhtyessään olla täysin varma kyvyistään suoriutua siitä helposti ja lyhyessä ajassa, mutta työn saattaminen päätökseen tapahtukin vasta monen hankaluuden myötä ja huomattavasti suunniteltua pidemmässä ajassa. Kuntoutujat olivat myös saattaneet hakea ja saada opiskelupaikan kuntoutumisprosessinsa liian varhaisessa vaiheessa, havaitsematta omien voimavarojensa riittämättömyyttä. Opiskelujen epäonnistumisesta oli väistämättä seurannut melkoinen kolaus itsetunnolle. Joillakin kuntoutujilla saattoi puolestaan olla hallussaan käytännön taitoja, esimerkiksi opinnoissa hankittuja, joita he eivät kyenneet hyödyntämään. Tällaisessa tilanteessa edessä oleva tehtävä tuntuu ylivoimaiselta, vaikka taidot tehtävän tekemiseen olisivat kuntoutujalla olemassa.

”Omat voimavarat --- joskus se mitotetaan ali ja joskus yli. Elikkä tavallaan on ne ääripäät. Ja mun mielestä ne ääripäät näyttäytyy täällä.”

”Jotkut kokee, että minä pystyn tämän tekemään ihan pienessä ajassa ja sitten loppujen lopuksi se ruoka saattaa venyä vaikka tunnin sen takia. --- niitä omia voimavaroja ei tiedosteta, että mihinkä minä pystyn.”

”Sitten tavallaan tulee se valtava pettymys, kun ollaan haettu normaaliin kouluun mihin ei oo valmiuksia --- Miten suuri kolaus se on itsetunnolle ja psyykkeelle, et musta ei ollu tähän.”

Kuntoutujien tunteiden tunnistamisen vaikeus tuli esille jokaisessa haastattelussa. Haastateltavat kokivat, että kuntoutujilla oli omien tunnetilojen tunnistamisessa ja niiden sanoittamisessa *”ongelmia hyvin paljon”*. Kaikki kuntoutujat eivät näytä omia tunteitaan, kun taas jotkut näyttävät ne erittäin voimakkaasti, niin että ympärillä olevat eivät voi välttyä niiden havaitsemiselta. Silti voimakastakaan vihanpurkaustaan ei kuntoutuja välttämättä tunnista ja pysty nimeämään. Omaa pahaa oloa ei osata sanoittaa, minkä takia omaa tunnetilaa on vaikea ymmärtää. Tästä seuraa hankala kierre: tunnetilojen nimeämisen hankaluudet vaikeuttavat omista tunnetiloista puhumista ja puhumattomuus aiheuttaa heille epämääräistä ahdistusta, jonka alkusyytä on haastavaa löytää.

”Hyvin suurella osalla vaikeutta tunnistaa tunteita. --- Ei pysty sanallisesti sanomaan mikä on. --- Se ois niin tärkeä, että miten niitä saa ulos, että ei oo vaan epämääräistä ahistusta.”

”Joko itketään ja huudetaan ihan valtoimenaan, tai sitten ei näytetä mitään tunteita. Eli ne ääripäät. --- Semmonen tunteiden vuoristorata, milä ei oo päätepysäkkiä.”

””En minä ole vihainen” – vaikka just on huutanut ja räyhännyt.”

Mielenkiinnon kohteet

Kuntoutujien mielenkiinnon kohteisiin liittyvinä ongelmina kuvattiin **mielenkiinnon kohteiden puuttuminen tai niiden vähäisyys**. Kuntoutujat viettivät paljon aikaa asunnossaan tai yhteisissä tiloissa eikä monilla ollut harrastuksia tai muita aktiviteetteja. Muutama asukas kävi keilaamassa tai pelaamassa sählyä ja osalla ajanvietto oli tavallisesti television tai videoiden katselua. Monen kuntoutujan mielenkiinto saattoi suuntautua lähinnä syömisestä nauttimiseen. Yksikään ei käynyt ansiotyössä, mutta **työtoimintaan osallistumisen vaikeudet** näkyivät niiden kuntoutujien arjessa, joiden viikko-ohjelmaan sellaisessa käyminen kuului. Arkeen kuuluvien hyvien ja huonompien jaksojen takia heidän osallistumisensa oli vaihtelevaa. Huonon jakson aikana kotiin jääminen helposti voittaa lähtemisen. Yksi haastateltavista totesi, että kuntoutujilla tekemisen vähyys laskee energiatasoa vanhaa sanontaa lainaten: *”energiaa on vähemmän, mitä vähemmän sulla on tekemistä.”* Yksi haastateltavista nosti esille **seksuaalisen turhautumisen**. Seksuaalista mielenkiintoa monella olisi, mutta sairauden nähtiin vaikeuttavan kumppanin saamista ja aiheuttavan usealle kuntoutujalle yksinäisyyttä.

”Monelle se, että saa hyvää ruokaa, on ainoa ilo elämässä ihan suoraan sanottuna.”

”Aika paljon nämä, jos ajatellaan vapaa-aikaa, niin viettävät täällä.”

”Ei oo kaikilla sitä mielenkiinnon kohdetta tai jos on niin se on --- passivoivaa --- tv:n, dvd:n katselua.”

”Välillä on hyviä jaksoja ja välillä on huonompia jaksoja, joten on melko lailla vaikeaa ja haastavaa löytää sellaista työtä missä voi olla.”

”Moni asukkaista kokee olevansa hyvin yksinäinen ja on seksuaalisesti turhautunu, kun ei saa sairautensa vuoks kumppania.”

Arvot

Arvoja koskevat ongelmat liittyivät kuntoutujien itsestä huolehtimiseen, hygieniaan, vaatteiden puhtauteen, terveelliseen ja riittävään ravintoon, liikkumiseen ja sopivanlaiseen pukeutumiseen. Haastateltavien mukaan kuntoutujien yksi suurimmista ongelmista oli, että **hygieniasta ei huolehdita**. Säännöllinen peseytyminen ja hampaiden peseminen oli monelle heistä haasteellista. Hampaat jäivät helposti pesemättä ja keho pestiin niin harvoin kuin mahdollista. Ei myöskään ollut tavatonta, että aamulla tai suihkun jälkeen kuntoutuja **pukeutuu likaisiin vaatteisiin**, vaikka kaapissa olisi saatavilla puhtaita vaatteita. Tyypillinen ongelma on myös, että illalla **vaatteita ei vaihdeta yönille mentäessä** vaan nukkumaan mennään päivävaatteissa. Yöunet saatetaan myös nukkua päiväpeiton päällä.

”Kaikilla on samoja ongelmia hygieniassa. Se on selkeästi yks suurimmista ongelmista. --- Hampaat jää pesemättä, suihku- ja saunapäivinä ei kyetä menemään pesulle. --- kaikkia ei saa pesulle edes niitä minimikertoja. Kyl me kaikki on pesulle saatu, lähestulkoon, mutta on poikkeuksiaki.”

”Ongelmia ilmenee vaatteiden puhtaudessa. --- Laitetaan likaset vatteet päälle.”

”Nukkumaan mennään päiväpeiton päälle tai jos sänky avataan niin sänkyyn mennään päivävaatteissa. Ei pueta yöpaitaa päälle tai riisuta päivävaatteita. Tää on aika yleinen ongelma. Se on oikeestaan kautta aikojen, mitä mun kokemus on.”

Ongelmat painon kanssa olivat hyvin tyypillisiä kuntoutujilla. Osa oli pyrkinyt pudotamaan painoaan erilaisilla laihdutuskuureilla lyhytaikaisia tuloksia saaden, kunnes ylipaino tuli takaisin korkojen kera. Kuntoutujia on ohjattu kuuriajattelusta elämäntapamuutokseen, mutta todellisten muutosten aikaansaaminen koettiin hyvin vaikeaksi. Kuntoutujan elämässä ruoalla voi olla suuri merkitys ja ajatukset kiertävät paljon ruoan ympärillä, joten syömisen vähentäminen on todella haasteellista. Painon ko hoamista pyritään ehkäisemään liikkumalla, mutta monen kuntoutujan pulmana on **liikunnan vähäisyys**. Osa haastateltavista koki, että kuntoutujia on haastavaa saada liikkumaan. Esimerkiksi asukkaille järjestetyille yhteisille kävelylenkeille osallistuminen oli niukkaa. Joukossa oli kuitenkin asukkaita, jotka liikkuvat mielellään.

”Monilla on täällä ongelmia painon kanssa.”

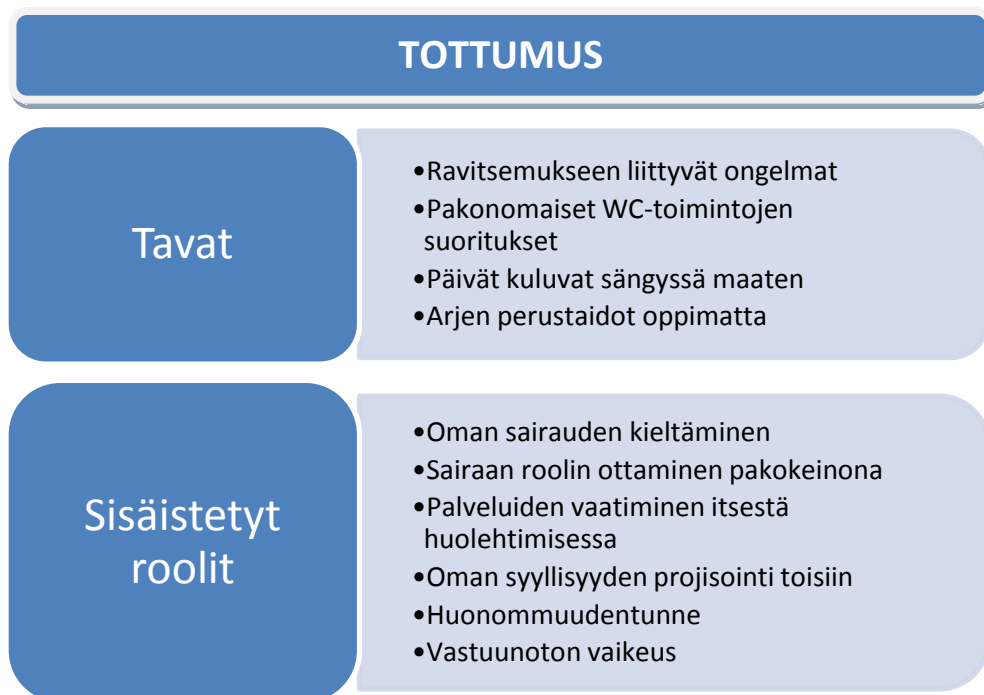
”Sitä kuvitellaan että laihdutetaan ja sitten pysytään laihana. Meilläkin on näitä, että on tiputtanut 20 kg ja sitten noussut takaisin.”

”Ajatukset pyörii vaan sen ruoan ympärillä. Siitä tulee hirveen iso semmonen kimpale siinä eessä, kun vaan mieltii, että mitä minä syön.”

”Meillä on kaks kertaa viikossa lenkkiryhmä. Hirveen haasteellista on saada porukka mukaan.”

8.1.2 Tottumus

Tottumukseen liittyvät ongelmat kuvaavat toimintojen muotoutumista päivittäistä elämää jäsentäviksi rutiineiksi ja rooleiksi. Kuviossa 6 on näkyvillä tottumusta kuvaavien tapojen ja sisäistettyjen roolien ongelmia. Ongelmia kuvattiin määrällisesti vähemmän tapojen alueella ja selvästi enemmän sisäistettyjen roolien alueella. Näistä kahdesta jälkimmäiseen alueeseen liittyvät ongelmat haastatteluaineiston perusteella myös näyttäytyivät kuntoutujien arjessa selkeästi enemmän kuin tapoihin liittyvät ongelmat.



KUVIO 6. Tottumuksen osa-alueella ilmenevät ongelmat (n= 10)

Tavat

Ravitsemukseen liittyviä ongelmia koettiin olevan kuntoutujilla monenlaisia. Jollakin saattoi sairauden takia olla tietynlainen ruokavalio, mutta herkuja voitiin ahmia salaaja ja henkilökunnan tuleminen paikalle johti siihen, että asukas kiireesti hotki esimerkiksi makkaran isoina kimpaleina pureskelematta. Erilaisista syistä johtuen osa kuntoutujista ei halunnut syödä ruokaa riittävästi tai ollenkaan. Esimerkiksi anorektikoilla tai muuten ruokaan vääristyneellä tavalla suhtautuvilla asukkailla ongelmana koettiin olevan se, että ruokaa otettiin liian niukasti. Paranoidisesti ruokaan suhtautuvat välttelivät syömistä pelätessään ruoan olevan myrkytettyä. Joku saattoi vältellä veden juomista kaikin keinoin, mistä aiheutui nestehukkaa. Osalla taas oli omat herkut asunnossaan, jolloin talossa tarjolla oleva terveellinen ruoka ei enää maistunut.

”Konkreettinen tukehtumisvaara --- ei malta pureskella ruokaa vaan yrittää nielasta liian suurta palaa.”

”Ei haluta ottaa ruokaa edes sitä normaalia määrää. Sit taas paranoidisesti ruokaan suhtautuvat, ne ei uskalla ottaa ruokaa koska pelkää sen olevan myrkytettyä.”

”Ne syö siellä omassa asunnossa --- naksuja ja raksuja ja hampurilaista tai pitsaa tai muuta. Niin sitten ei maistu tää meidän tarjooma terveellinen ruoka.”

Osalla kuntoutujista **päivät kuluvat sängyssä maaten**. He käyttivät päivänsä lähes yksinomaan sängyssä loikoillen, vaikka erilaisiin toimintoihin osallistumiseen ja liikkumiseen tarvittavia toimintakyvyn fyysisiä rajoitteita ei heillä ollut. Pakko-oireista kärsivillä kuntoutujilla ilmeni **pakonomaisia WC-toimintojen suorituksia** rituaalinomaisina toimituksina ja pitkittyneenä käsienpesuna. Esimerkiksi wc-istuin piti huolellisesti vuorata paperilla ennen siihen istumista tai kädet piti pestä tietyn kaavan mukaisesti ja useasti peräjälkeen toistettuna. Jotkut kuntoutujat olivat sairastuneet jo lapsena ja heiltä oli saattanut jäädä yksinkertaiset **arjen perustaidot oppimatta**. Sellaiset taidot, joita tarvitaan esimerkiksi omasta kodista huolehtimiseen. Näiden taitojen oppiminen aikuisuudessa oli kuntoutujille hyvin haastavaa.

”Joittenkin kohdalla ihan silleen, että makaa kaiket päivät sängyssä. Ei saa mitään aikaseks.”

”Hän laskee vaikka kymmeneen ja sen jälkeen hän pesee käsiä ja laskee kymmeneen ja ottaa kädet pois ja tekee sitä pakkotoistoisesti. --- Ves-

sapaperia laitetaan siihen vessanpönttöön ja sitten vasta tehdään tarpeet.”

”Ei oo koskaan oppinut sellaista selviytymistaitoa, ihan tämmöstä perusasiaa.”

Sisäistetyt roolit

Kuntoutujien sisäistettyihin rooleihin liittyvien haasteiden kuvattiin liittyvän oman sairauden kieltämiseen, sairaan roolin taakse vetäytymiseen, palveluiden vaatimiseen itsestä huolehtimisessa, syyllisyyden vierittämiseen toisen harteille ja huonomuudentunteeseen.

Joillekin oman sairauden hyväksyminen voi olla erittäin vaikea asia. Tällöin **oman sairauden kieltäminen** näyttäytyi vaikeutena hyväksyä toisia vastaavalla tavalla sairaita ihmisiä, kuten eräs haastateltavista totesi: *”kun ei vielä oikein täysin hyväksy sitä omaa sairauttaan, niin silloin on hankala hyväksyä niitä muita, jotka on sairaita.”* Joillekin kuntoutujille toimi **sairaana roolin ottaminen pakokeinona** vastuun ottamiselta. Kuntoutuja saattoi vastuusta vetäytyäkseen paeta sairauden taakse ja tilanteen mentyä ohi kieltää olevansa sairas: *”Mä en muista mitään, en halua. Ei myönnetä, että on sairas. Silti mennään sinne taakse.”* Sairaana roolin taakse saatetaan mennä myös silloin kun **vaaditaan palveluita itsestä huolehtimisessa**. Kuntoutuja saattoi vaatia henkilökunnalta palveluja mieluummin kuin olisi yrittänyt tehdä itse, esimerkiksi opetella apuvälineiden käyttämistä pukeutumisen haasteissa.

”Yritin kaupata apuvälineitä, kun on se iso vatsa ja ei saa päälle vaatteita, helpottaakseen, että sais ihan itsenäisesti, mutta ”Ei”. Siihen me pyritään, että sä teet mahdollisimman paljon yksin. Mutta sillonhan tahtoo se ääni kiihtyä, että on se kumma kun ei saa mitä haluaa.”

Osalle asukkaista vastuun kantaminen omien tekojen seurauksista oli vierasta, eivätkä seuraamukset välttämättä tulleet mieleen tekohetkellä. **Vastuunoton vaikeus** näkyi vastuun vierittämisenä omilta harteilta toisen kannettavaksi, mikä saattoi tapahtua niin taidokkain sanankääntein, ettei vastapuoli huomannut torjua vyörytystä. Jollakin kuntoutujalla vastuun ja **oman syyllisyyden projisointi toisiin** oli ollut jatkuva, esimerkiksi oma velkaantuminen oli sivullisen henkilön syytä. Kuntoutujan oli liian vai-

keaa nähdä itsessään mitään vikaa, niinpä omien tekojen epämiellyttävät seuraukset hän saattoi kerta toisensa jälkeen vierittää toisen henkilön vastuulle.

”Siirretään seuraukset vaikka ne ois selkeesti omaa syytä. --- Kaikki käännetään toisen syyksi. --- Omassa itsessä ei haluta nähdä sitä. --- Vastuunotto, se on se kaikkein vaikein. Ei mietitä ehkä niitä tekojen seurauksia.”

Jotkut kuntoutujat saattoivat pitää itseään muita huonompina ihmisinä. He saattoivat myös pitää itseään muita asukkaita sairaampina, vaikka tilanne oli tosiasiasa aivan päinvastoin. *”Pitää itseään huonompina kuin muut, huonommuuden tunne on niin vahva.”* **Huonommuudentunne** sai kuntoutujan myös tulkitsemaan sosiaaliset tilanteet vieraiden ihmisten kanssa itselleen epäedullisina. Eräs haastateltavista kertoi, kuinka esimerkiksi pankissa asioimisen jälkeen kuntoutuja on saattanut tietävän oloisena tokaista, että *”nyt se aatteli se pankkivirkailija, että tuohan on ihan hullu”*.

8.1.3 Suorituskyky

Suorituskyvyn ongelmat vaikeuttivat haastateltavien mukaan merkittävästi kuntoutujien jokapäiväistä elämää. Suorituskyvyn erilaisia ongelmia kuvattiin määrällisesti eniten. Ongelmia oli *motorisissa taidoissa, prosessitaidoissa sekä kommunikointi- ja vuorovaikutustaidoissa*. Erityisen paljon vaikeutta oli prosessitaidoissa, mikä tuli esiin mm. toiminnan aloittamisen ja sen jatkamisen vaikeutena. Kuntoutujilla ilmenneet suorituskyvyn ongelmat ovat nähtävillä kuviossa 7 seuraavalla sivulla.



KUVIO 7. Suorituskyvyn osa-alueella ilmenevät ongelmat (n=16)

Motoriset taidot

Sairauksista ja lääkityksistä johtuva kehon jäykkyys ja erilaiset pelot vaikeuttivat ja hidastivat monen asukkaan liikkumista ja hankaloittivat esineiden käsittelyä eri toiminnoissa. Näiden lisäksi paikallaan olemisen, pitkäaikaisen sängyssä makaamisen ja yleisen liikunnan vähäisyyden koettiin heikentävän kuntoutujien motorisia taitoja eniten. Nämä olivat haastateltavien mukaan kuntoutujien yleisiä ongelmia.

Kaksikätesen työskentelyn vaikeus tuotti kuntoutujille ongelmia etenkin ruoanlaitossa: ”kahden käden käyttö yhtä aikaa, että sä otat ja toinen tekee jotain toista, se on

se hankaluus.” Asukkaiden vähäinen liikunta ja pitkäaikainen sängyssä paikallaan makaaminen vaikuttivat heikentävästi kuntoutujien motorisiin taitoihin ja kehon hallintaan. Jotkut kuntoutujat harrastivat liikuntaa, mutta monella liikkuminen oli vähäistä. Haastateltavat kuvasivat, että kuntoutujien **kehon liikkeet saattoivat olla hitaita, jäykkiä, kömpelöitä ja pysähteleviä**, sekä kokonaisuutena **kehon hallinta vaikeaa**. Jatkuva sängyssä makaaminen yhdessä samassa asennossa, esimerkiksi toisella kyljellä, näkyi erään haastateltavan kuvaamana siten, että kuntoutuja *”kävelee niinku semmosessa erikoisessa asennossa, elikkä kehon vetää kieroon”*. Lääkkeiden sivuvaikutuksesta johtuva verenpaineen lasku aiheutti **huimausta**, mikä saattoi johtaa kaatumisiin. Myös ikääntymisen tuomat vaikutukset näkyivät liikkumisen lisähaasteina etenkin niillä kuntoutujilla, joilla jo ennestäänkin oli siinä vaikeutta ja hitautta. Yhden haastateltavan mukaan heidän *”kävely on hidasta ja kankeeta, kaatuilua on jonkun verran”*.

”Pysähtelee, jää tiettyyn asentoon, ---Pysähtyneisyys ja liikkeitten jäykkyys on ihan selkeesti semmonen mikä tulee esille.”

”Kaatuiluja voi tulla sen takia kun verenpaineet laskee niin alas.”

Prosessitaidot

Kaikki haastateltavat nostivat prosessitaitoihin liittyvät toimintakyvyn vaikeudet kuntoutujien suureksi ongelma-alueeksi. Toiminnan aloittamisen ja jatkamisen vaikeus oli tavallista. Huono paineensietokyky ja asioiden ja tavaroiden unohtelu olivat yleisiä. Lisäksi vaikeutta oli sään ja tilanteen mukaisessa pukeutumisessa sekä oikean vuorokausirytmien pitämisessä. Ajan hahmotus, tiedon soveltaminen ja energian vähyys tuottivat myös ongelmia. Lähes kaikilla asukkailla oli edunvalvojat raha-asioihin liittyen.

Toiminnan aloittaminen ja jatkaminen oli vaikeaa monille kuntoutujille. Joillakin asukkailla toimintakyky saattoi olla selkeästi alentunut tai menossa alaspäin, mikä näkyi **toimintatarmon puuttumisena** ja energian vähytenä, jolloin arkitoimia oli hankala aloittaa ja tehdä. Tähän he tarvitsivat usein ohjaajan apua ja läsnäoloa. Psykkinen sairaus ja sen pahenemisjaksot saattoivat viedä voimavaroja siinä määrin, etteivät päivittäiset toiminnot kuten ruoanlaitto, onnistuneet kunnolla ohjaajan

avustuksellakaan. Joskus haastateltavista tuntui, että kuntoutujien aloitekyky oli aivan olematonta, kuten eräs sanoi: *”ei pysty alottamaan, aloitekyky on nollassa, että tarvii siihen sen ohjaajan tuen että pystyy tekemään, pystyy alottamaan.”* Tästä seurasi ongelmia, jotka heijastuivat luonnollisesti kuntoutujien elämän eri alueilla. Myös **olemassa olevien taitojen käyttämisessä oli vaikeutta**. Asukkaalla saattoi olla aikaisemman elämänsä tai esimerkiksi koulutuksensa kautta sellaista osaamista, jota hän olisi voinut hyödyntää päivittäisissä toiminnoissa, mutta ilman ohjaajan tukea ja ohjausta hallussa olevien tietojen ja taitojen soveltaminen tekeillä olevaan tehtävään ei onnistunut. Kuntoutujan osaamisen konkretisoiminen käytännön tilanteisiin koettiin henkilökunnan taholta haasteellisena.

”Jos sanotaan vaikka et ota kaapista mausteita, niin saattaa jäädä seisomaan kaapin oven eteen, eikä osaa ottaa sieltä mitään.”

”Paljon on sellaisia taitoja mitä (asukkaalla) on, mutta ei halua hyödyntää, siihen (asiaan) tarttuminen on vaikeaa ja pitäisi olla ohjaaja siinä mukana.”

”Ei jaksakaan psyykkisen sairauden myötä huolehtia ympäristöstä tai kotihoidosta.”

Osa kuntoutujista oli *”niin perusrauhallisia, että vaikka mitä tapahtuis vierellä niin ei haittaa”*, mutta osan keskittyminen toimintoihin saattoi katketa hyvinkin helposti. Päivittäisten toimintojen tekemisen aikana kuntoutujien **alhainen paineensietokyky** saattoi tulla esiin ympäristön häiriötekijästä tai pienestä vastoinkäymisestä. Esimerkiksi työskentelytilan poikki oikaiseva henkilö saattoi katkaista keskittymisen. Tee-pussin kupista nostamisen haasteet saattoivat myös olla liikaa, *”että se niinku räjähtää heti”*, kuvaili eräs haastateltavista. Tällaisessa tilanteessa maltin menetystä saattoi seurata kirosanojen tulva. *”Kun se pinna palaa jo siinä ja rupee kirosanat lentämään ja jalalla potkimaan ja kaikkee, että niinku aivan olematonta paineensietoa.”*

Monilla asukkailla oli ongelmia muistin suhteen, mikä näkyi tyypillisesti **unohtelmissa**. Asioita kyseltiin ja toisteltiin ohjaajilta moneen kertaan. Omista tavaroista ja asunnosta huolehtiminen unohtui herkästi tai sitten niistä ei jaksettu välittää. Unohtuneita tavaroita ”metsästettiin” ympäri kaupunkia. Joskus katoamistilanteisiin liittyi paranoidisuutta, kun kuntoutuja ajatteli jonkun varastaneen hänen tavaroitaan. Omista henkilökohtaisista tavaroista huolehtiminen oli osalle kuntoutujista heikkoa.

Silmälaseja katosi tai särkyi ja proteeseja ei muistettu puhdistaa ilman ohjaajan muistutusta ja ohjaamista.

”Tuppaa unohtelemaan tavaroita --- missä mahtaa olla kengät tai munkkipussi tai rahapussi, --- että koomista mutta toisaalta on se erittäin kiusallista asukkaalle.”

”Sitten se muistaminen on. Toistellaan asioita ja kysellään asioita moneen kertaan.”

”Silmälasit on vähän hankalia osalle, --- voi unohtua ihan täysin proteesien puhistus, jos me ei olla huolehtimassa.”

Päätelykyvyn ongelmia pukeutumistilanteissa ilmeni useilla kuntoutujilla. Sopivanlaista vaatetusta valittaessa säätilaa ei osattu ottaa huomioon ulos lähdettäessä. Esimerkiksi *” kuljetaan korkokengillä kovilla pakkasilla, pukeudutaan liian paljastaviin asuihin”*, kuten haastateltava kuvaili. Joidenkin naisten paljastava pukeutuminen palveluasunnon yhteisissä tiloissa saattoi aiheuttaa ongelmia toisten asukkaiden suhtautumisessa. Myös **ajankäyttöön liittyvät vaikeudet** aiheuttivat ongelmia. Ajan hahmottaminen tuotti ongelmia, kun piti arvioida eri toimintoihin tarvittavaa aikaa tai osata lähteä oikeaan aikaan esimerkiksi bussipysäkille. Erään haastateltavan sanoin: *”että muistaa olla oikeessa paikassa oikeeseen aikaan ja osaa ottaa huomioon, että milloin bussit kulkee ja monelta pitää olla jo menossa. Miten pääsen takasin ja mihin aikaan.”* Myös **vuorokausirytmien pulmat** olivat yleinen ongelma. Sairauden eri vaiheet ja lääkitys vaikeuttivat unensaantia. Monilla kuntoutujilla, erityisesti nuoremmilla, tietokoneella istuminen öiseen aikaan vaikeutti oikean unirytmien saantia. Tietokoneen käyttöä olikin joissakin tapauksissa rajoitettu kuntoutujan ja henkilökunnan yhdessä tekemillään sopimuksilla.

”--- mihin aikaan pitää hakea lääkkeit, se on haastavaa lähes kaikilla.”

”Netissä istuminen --- että pitää rajottaa. Ei voi koko yötä istua netissä.”

Raha-asioiden hoitamisessa oli vaikeuksia suurimmalla osalla asukkaista ja lähes kaikilla heistä oli edunvalvoja. Haastateltavien kertoman mukaan oli tavallista että saadut rahat tuhlatiin lähes saman tien. Eräs haastateltavista kuvaili tilannetta näin: *”meillähän on monella edunvalvojat, että ei oo oikein muuta vaihtoehtoo. --- Ku ei oo hallussa, niin heti kun saat, niin se heti menee, aika tavallinen ongelma se kyllä on.”* Rahan arvon ymmärtämisessä oli myös pulmia, kuten yksi haastateltava totesi: *”ra-*

han ymmärrys häviää, tai ei jaksa ajatella.” Jollakin oli saattanut olla runsaasti rahaa käytössään, mikä oli houkuttanut käyttämään sitä harkitsemattomasti niin kauan kuin rahaa oli riittänyt. Perintönä saatu iso rahasumma oli erään kuntoutujan kohdalla mahdollistanut maksullisten pelien pelaamisen. Rahankäytön vaikeuden myötä rahojen nopea hupeneminen olikin tullut kuntoutujalle yllätyksenä, eikä hän ymmärtänyt omaa osuuttaan rahan loppumiseen.

”Hän on kaks perintöä jo pelannu taivaan tuuliin, ja siltikään hän ei ymmärrä --- hän on tottunut, että rahaa on---oikeesti sää oot ite käyttänyt ne rahat, pelannu ne.”

Vuorovaikutus- ja viestintätaidot

Asukkaiden sosiaalisten taitojen ongelmat vaihtelivat liian suorasukaisesta viestinnästä pelkoon olla toisten ihmisten joukossa tai katseiden kohteena. Kuntoutujien **epäsopiva käyttäytyminen sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa** vaikeutti heidän sosiaalista elämäänsä. Puhetasolla ei osattu rajata, mikä on meneillään olevassa tilanteessa soveliasta. Kommunikointi oli joskus suoraa tai karkeaa kuten eräs haastateltavista tiivistä: *”kyllä se vähän töksähtelevää on se vuorovaikutus”*. Toista saatettiin kohdella epäkunnioittavasti tai tehdä liian tungettelevan suorasukaisia seksuaalisia ehdotteluja. Usein ohjaajien tehtäväksi jäi rajata, mikä on sopivaa puhetta ja käytöstä ja mikä ei.

”Ei sovi, että sinä syljet päin naamaa, tai et sä voi huutaa toiselle. Et sää voi kirotta sille taikka haukkua sitä. Etkä voi pakottaa sitä käymään sun puolesta kaupassa.”

”Miehillä on tätä seksuaalista halua ja on tullut ehdottelua naispuolisille asukkaille, että miten olis. Vähän liian suorasukasta nuorille naisille.”

Pelko sosiaalisiin tilanteisiin joutumisesta oli yleistä, mikä näkyi etenkin vieraiden ihmisten kohtaamisen pelkona. Joillakin saattoi olla pelkoa, että heille halutaan tehdä pahaa. Palveluasunnon ulkopuolelle lähteminen pelotti ja sinne ei uskallettu lähteä hyvistä ennakkosuunnitelmista huolimatta ilman ohjaajan läsnäoloa. *”Vaikka tavallaan tekis sen suunnitelman et mää lähden, mutta sen lähdön hetkellä tulee semmonen paniikki, että ei voi lähte”*, kuvaili eräs haastateltava. Joitakin oli saatettu kiusata kouluaikana. Pelko uudelleen kiusatuksi joutumisesta rajoitti esimerkiksi heidän kulkemistaan koululaisia kuljettavalla bussilla. *”Kokee, että jos siellä on nuoria ihmi-*

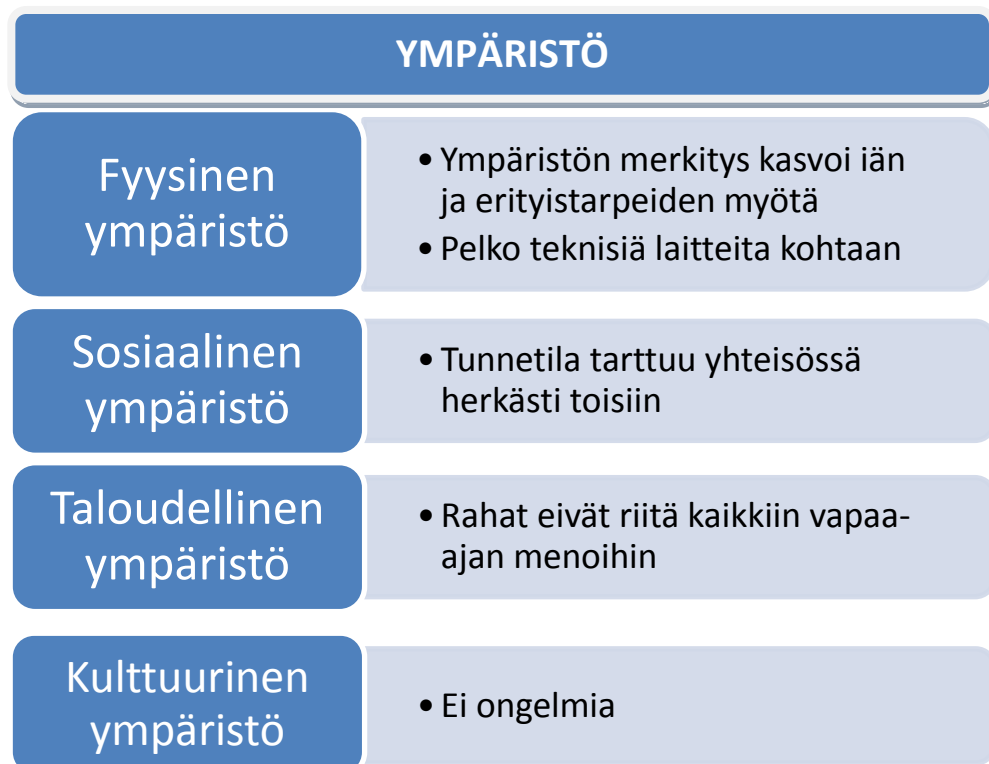
siä, ne rupee kiusaamaan.” Katseiden sietämisen tasosta kertoo seuraava lyhyt lause, jonka haastateltava oli usein kuullut kuntoutujien suusta: ”vieraita ihmisiä, ne tuijottaa!” Kuntoutujat kokivat olevansa tuijotuksen kohteena tukikodin ulkopuolella asioidessaan. Asioimiset koettiin kaiken kaikkiaan isona ongelmana kuntoutujilla.

”Asukas kaipaa saattajaa tai ohjaajaa mukaan koska pelkää liikkumista talon ulkopuolella.”

”Se on hirveen iso juttu jos lähtee apteekkiin, tuntuu, että kuolema tulee,--- ihmisten sekaan joutuu --- siitä on tullut se yleinen pelon aihe.”

8.1.4 Ympäristö

Ympäristön alueella kuntoutujilla esiintyi ongelmia kaikkein vähiten muihin alueisiin verrattuna. Haastateltavien mukaan kuntoutujilla oli ongelmia *fyysisessä, sosiaalisessa ja taloudellisessa* ympäristössä. *Kulttuurisen ympäristön* ongelmia ei tullut esille lainkaan. Ympäristön osa-alueiden ongelmat ovat näkyvillä alapuolella kuviossa 8.



KUVIO 8. Ympäristön osa-alueella ilmenevät ongelmat (n=4)

Fyysinen ympäristö

Fyysisen ympäristön haasteiden koettiin koskevan lähinnä iäkkäämpiä asukkaita ja **ympäristön merkitys korostui iän ja erityistarpeiden myötä**. Iän karttuessa lisääntyä erilaisten apuvälineiden tarve, jotta kuntoutuja voi selviytyä mahdollisimman itsenäisesti eri toiminnoista. Myös heikko näkökyky asetti lisävaatimuksia esimerkiksi ympäristön valaistukselle sisällä ja ulkona, jotta kulkeminen olisi turvallista. Eräs asukas *”kömpsähti tuolla pihalla kun ei nähnyt”*, kuten yksi haastateltavista kuvaili. Kuntoutujien koettiin tuntevan **pelkoa teknisten laitteiden käyttämistä kohtaan**, mistä joutuksen niiden käyttöä haluttiin usein vältellä. Esimerkiksi keittiötoiminnoissa sähkövatkainta ei aina uskallettu käyttää, koska omiin kykyihin ei luotettu. Kodinkoneiden, kuten mikron ja sähkövatkaimen käytön oppiminen oli työlästä ja ohjausta vaativaa, mutta osalle kuntoutujia kuitenkin täysin mahdollista.

”Mikro on liian monimutkainen --- pitää säätää niin monesta nappulasta --- ja vatkaimet ja tämmöset, että pitää olla siinä vieressä --- näille iäkkäämmille --- telkkaria vähitellen osa oppinut käyttämään.”

”Kun on niin monen ikästä täällä --- ja miten erilaisia juttuja on, että se ihminen joka on vanhempi, niin se tarvitsee WC-koroketta ja kaikkia tällaisia turvallisia ja toimivia asioita --- se korostuu vanhemmiten.”

Sosiaalinen ympäristö

Kuntoutujien **tunnetila tarttui yhteisössä helposti toisiin** ympärillä oleviin kuntoutujiin. Yhden asukkaan kiukunpurkaus saattoi johtaa muidenkin asukkaiden ärtyneisiin tunteenpurkauksiin. Hyvin harvoin oli esiintynyt erittäin rajua tunteenilmaisua. Sellaista oli kuitenkin koettu ja tilanne oli lietsonut pelkoa ympärillä oleviin toisiin kuntoutujiin. Palveluasunnon runsaan asukasmäärän nähtiin kaiken kaikkiaan tarjoavan harjoitusta sosiaalisiin tilanteisiin, minkä haastateltavat kokivat positiivisena asiana.

”--- se monesti rupee tarttumaan muihin jos siinä on paljon lähellä. --- Muut alko pelkäämään sitä, että lasikannut lensi seinään ja tuli sirpaleita.”

”Mitä isompi tämmönen yhteisö on, niin oikeestaan sitä parempi, kun siinä joutuu ottamaan toiset ihmiset huomioon.”

Taloudellinen ympäristö

Monen asukkaan **taloudellinen tilanne oli heikko** ja sairaus entisestään heikensi mahdollisuuksia kohentaa sitä ansiotyön avulla. Palveluasunto tarjosi viikoittaisen keilausmahdollisuuden, johon muutamat osallistuivat. Itse kustannettavat harrastukset jäivät monelle vain haaveeksi, sillä pieni eläke ei välttämättä riittänyt maksullisiin vapaa-ajan menoihin. ”*Aika huonosti lähetään mukaan mihinkään, mistä tarvii ite maksaa. Eläke ei tietenkään riitä kalliisiin harrastuksiin*”, kuten eräs haastateltava totesi.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei Tuomen ja Sarajärven (2012, 134) mukaan ole yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kuitenkin kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. Tutkimuksen uskottavuus ja eettiset ratkaisut kulkevat tiiviisti käsi kädessä. Uskottavuus rakentuu tutkijoiden noudattaman hyvän tieteellisen käytännön varaan. Tällaisia seikkoja ovat mm. rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimusenteon vaiheissa sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten eettisesti kestävien menetelmien soveltaminen. Olennaista on käyttää korkeatasoista, relevanttia ja tuoretta tutkimuskirjallisuutta. Ensiarvoista on myös noudattaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tulosten julkaisussa ja raportoida tutkimuksen etenemisen vaiheet tarkasti. Yhtenä laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvänä perusvaatimuksena pidetään sitä, että tutkijoilla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 127, 132-142, 159.) Osaltaan luotettavuutta parantavat myös tutkimustulosten esittelyssä käytetyt autenttiset haastattelulainaukset (Hirsjärvi ym. 2007, 228). Tutkimuksen luotettavuuden saavuttamiseksi olemme pyrkineet ottamaan kaikki edellä mainitut seikat huomioon tutkimuksen toteutuksessa ja suhtautumaan niihin vakavasti koko tutkimusprosessin ajan.

Varasimme tutkimuksen teolle riittävästi aikaa aloittamalla tutkimusprosessin reilu vuosi sitten, syksyllä 2011. Runsas aika on mahdollistanut työn tekemisen kiireettä, mutta ajan kuluessa ennätti myös tapahtua yllättäviä muutoksia. Alun perin opinnäytetyön aiheena oli selkiyttää ja kehittää tilaajatahon työyhteisössä työskentelevän toimintaterapeutin työnkuvaa, mutta opinnäytetyöprosessin aikana toimintaterapeutin toimessa tapahtuneiden muutosten vuoksi opinnäytetyön aihetta muutettiin. Opinnäytetyön eteen siihen mennessä tehty työ meni osittain hukkaan, mutta sen jälkeen opinnäytetyön tekeminen sujui kommelluksitta.

Menimme opintoihimme kuuluvaan työharjoitteluun toimeksiantajan työyhteisöön loppuvuoden 2011 ajaksi. Tavoitteenamme oli oppia tuntemaan paremmin mielen-terveyskuntoutujien toimintakyvyn piirteitä ja tehostetun palveluasumisen käytänteitä sekä toimintaterapeutin työtä palveluasumisen asiakkaiden parissa. Nämä seikat ovat mielestämme osaltaan auttaneet vähentämään väärinkäsitysten mahdollisuuksia aineiston analysoinnissa. Tässä tutkimuksessa haastateltavina olleista henkilöistä olimme harjoittelun aikana ainoastaan yhden kanssa muutamassa tilanteessa tekemisissä ja muihin tutustuimme haastattelutilanteissa. Haastateltavat eivät siis olleet henkilökohtaisia tuttujamme, minkä katsomme olevan tutkimukselle eduksi.

Käsityksemme mukaan tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa haastateltavien perehtyneisyys ja valmistautuneisuus haastattelun teemoihin ennen haastattelua. Niinpä lähetimme kolmelle haastateltavalle teemahaastattelurungon useita päiviä ennen haastattelua. Neljännen haastateltavan kohdalla sattui kömmähdys, jonka takia hän sai sen vasta muutamaa tuntia ennen haastattelua. Kaikesta huolimatta tämäkin haastateltava pystyi kertomaan asioista monipuolisesti ja keskittyneen oloisesti. Yksi haastateltavista oli valmistautunut haastatteluun niin perusteellisesti, että oli kirjoittanut ajatuksensa monisivuiseksi asiakirjaksi, johon kirjattujen tietojen täydennykseksi hän toi haastattelussa esille runsaasti lisätietoa.

Olimme kumpikin jokaisessa haastattelussa mukana, mistä oli hyötyä niin itse haastattelutilanteissa kuin aineiston analysoinnissa. Toinen huomasi tarkentaa sellaista, mitä toinen ei havainnut. Lisäksi haastatteluiden toteutuksessa auttoi, että aikaa oli

käytettävissä runsaasti ja toisella meistä oli aikaisempaa kokemusta vastaavanlaisten tutkimushaastattelujen tekemisestä. Tutkimusaineiston analysoinnissa olemme kuitenkin kokeneet eettisesti haastavana kuvailla haastateltavien kertomat asiat siten, että ne sisältävät juuri sen ytimen ja ajatuksen, mitä haastateltavat olivat tarkoittaneet. Kuuntelimme ja analysoimme aineistoa sekä erikseen että yhdessä, mikä on auttanut vähentämään virheellisten tulkintojen mahdollisuutta. Aineistoon liittyvistä asioista keskusteleminen yhdessä on tuonut uusia ja syventäviä näkökulmia ja ollut hedelmällinen lisäanti työlle. Nämä seikat eivät kuitenkaan täysin poista virheellisten tulkintojen mahdollisuutta, sillä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa väärin ymmärtämisen mahdollisuus on aina olemassa.

Isona eettisenä haasteena olemme kokeneet tutkimuksen tiedonantajien ja haastatteluaineistossa esiintyvien kuntoutujien salaamisen. Tästä syystä emme haastatteluissa rajanneet tutkimusta koskemaan nykytilannetta tai lähimenneisyyttä, vaan haastateltavat muistelivat eri ajoilta peräisin olevia kokemuksiaan, mikä huomattavasti vaikeuttaa tunnistamisen mahdollisuuksia. Haastatteluiden äänitteet olemme säilyttäneet varmassa tallessa sivullisten ulottumattomissa ja hävitämme ne välittömästi opinnäytetyön valmistuttua. Samoin hävitämme kaikki analysointiasiakirjat. Olemme kuvailleet osallistujat tässä tutkimuksessa siten, ettei heitä voisi tunnistaa. Autenttisista haastattelulainauksista olemme poistaneet asiasisällön kannalta tarpeettomia täytesanoja ja muuttaneet murre sanoja kirjakielelle tunnistamisen estämiseksi. Tulosten raportoinnin olemme toteuttaneet siten, ettei tuloksista voisi tunnistaa kuntoutujia. Tutkimuksen tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa olemme pitäneet tärkeänä toteuttaa kuntoutujia kunnioittavaa työtapaa, sillä käsiteltävänä me on ollut kuntoutujien kannalta epämiellyttäviä ja kiusallisiakin aiheita.

9.2 Johtopäätökset

Tehostetussa palveluasumisessa asuvilla mielenterveyskuntoutujilla oli tämän tutkimuksen mukaan laaja-alaisia toimintakyvyn ongelmia. Ongelmien määrä ja voimakkuus kuitenkin vaihtelivat kuntoutujien yksilöllisten ominaisuuksien mukaisesti. Eri-laisista ongelmista painottuivat erityisesti ongelmat prosessitaidoissa, kognitiivisissa

ja sosiaalisissa taidoissa sekä tunnetaidoissa. Nämä tekivät kuntoutujien päivittäisen elämän haastavaksi elämän eri alueilla. Epärealistinen käsitys omista voimavaroista ja kyvyistä toi mukanaan tuntuvia haasteita toiminnoista suoriutumiseen ja sävytti omasta suoriutumisesta muodostettuja tulkintoja itselle epäedullisella tavalla. Ympäristöön liittyviä ongelmia kuntoutujilla ilmeni vähiten.

9.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia toimintakyvyn ongelmia tehostetussa palveluasumisessa asuvilla mielenterveyskuntoutujilla on henkilökunnan kokemana. Tehostetun palveluasumisen asukkaista suurimalla osalla oli ollut diagnoosina skitsofrenia, mutta myös muita mielenterveyden häiriöitä esiintyi. Aineisto luokiteltiin Inhimillisen toiminnan mallin avulla. Kokonaisuutena tuloksista välittyi useita erilaisia toimintakyvyn ongelmia, joita tyypillisesti esiintyi monilla asukkailla. Selkeänä nousivat esille ongelmat asukkaiden suorituskävyssä. Ongelmia ilmeni motorisissa taidoissa ja prosessitaidoissa sekä vuorovaikutus- ja viestintätaidoissa. Myös kuntoutujien tottumukseen ja tahtoon liittyviä ongelmalliseksi koettuja seikkoja tuli esille, joskin vähemmän suorituskävyyn ongelmiin verrattuna. Ympäristöön liittyviä ongelmia nousi esille selkeästi vähiten.

Suorituskävyssä korostuivat erityisesti prosessitaidoissa ilmenevät ongelmat, jotka vaikuttivat kuntoutujien päivittäiseen elämän eri alueilla voimakkaasti. Erilaisiin toimintoihin ryhtyminen, toiminnoissa eteneminen ja niiden valmiiksi saaminen oli haasteellista ja saattoi edellyttää ohjaajan jatkuvaa tukea. Toiminnan aikana tulleet pienetkin lisähaasteet saattoivat olla liikaa alhaisen paineensietokyvyn takia. Muistamisen ja päättelykyvyn pulmat tuottivat epämiellyttäviä tilanteita ja ajan hahmottamisen ongelmat vaikeuttivat eri toimintojen ajoittamista. Motoriset ongelmat näkyivät kehon liikkeiden ja käsien käytön vaikeuksina. Vuorovaikutus- ja viestintätaitoihin liittyvät ongelmat olivat tyypillisesti joko tilanteeseen sopimatonta käyttäytymistä tai sosiaalisten tilanteiden pelkoa, joka vaikeutti kodin ulkopuolelle suuntautuvien asioiden hoitamista. Raha-asioihin liittyvien ongelmien takia suurimmalla osalla oli edunvalvoja.

Tahdon alueella voitiin havaita, että kuntoutujien vaikeus tunnistaa omia voimavarojaan asetti heille erilaisia haasteita päivittäisen elämän toiminnoista suoriutumiseen. Omat voimavarat ja kyvyt saatettiin reilusti ylimitoittaa tai vastaavasti alimitoittaa. Tällöin kuntoutuja ei tunnistanut omia olemassa olevia taitojaan ja kyennyt käyttämään niitä hyödykseen erilaisissa toiminnallisissa tilanteissa. Niin ikään vaikeus tunnistaa ja sanoittaa omia tunnetiloja aiheutti kuntoutujille paljon harmia ja ahdistusta, sillä ahdistavien tunnetilojen keventäminen puhumalla ei heiltä välttämättä onnistunut. Myös hygieniaan ja itsestä huolehtimiseen liittyvät ongelmat olivat hyvin tavallisia ja värjivät palveluasumisen arkea omanlaisellaan tavalla.

Tottumukseen liittyen ilmeni erilaisia ongelmia tapojen ja roolien alueella. Kuntoutujien rooleja tarkasteltaessa voitiin havaita, että oman sairauden hyväksyminen saattoi olla erittäin vaikeaa ja johtaa oman sairauden kieltämiseen, kun taas toisessa ääripäässä sairaan roolin ottamista saatettiin pyrkiä käyttämään selviytymiskeinona. Huonommuudentunne vaikutti kuntoutujien tapaan tulkita sosiaalisia tilanteita itselleen kohtuuttoman kielteisellä ja väheksyvällä tavalla.

Ympäristöön liittyviä ongelmia oli fyysisen, sosiaalisen ja taloudellisen ympäristön alueilla. Sen sijaan kulttuurisen ympäristön alueella ei tullut esille minkäänlaisia ongelmia. Palveluasunnon fyysiset puitteet asettivat haasteita erityistarpeisille, kuten heikon näkökyvyn omaaville ja ikääntyville kuntoutujille, sillä teknisten laitteiden käyttäminen oli heistä monelle haasteellista. Palveluasuminen tarjosi kuntoutujille hyvän sosiaalisen kentän harjoitella sosiaalisia taitoja ja toisten kanssa toimeentulemistä. Kääntöpuolena oli kuitenkin negatiivisen tunnetilan nopea tarttuminen toisiin ympärillä oleviin kuntoutujiin. Kuntoutujien niukat taloudelliset resurssit kavensivat heidän osallistumismahdollisuuksia palveluasunnon ulkopuolelle suuntautuviin vapaa-ajan maksullisiin aktiviteetteihin.

Tutkimuksen tuloksia tarkastellessa kävi ilmi, että kukin kuntoutuja koettiin toimintakyvyn ongelmiltaan yksilölliseksi eikä kaikkia ongelmia suinkaan ollut kaikilla. Isohanini ja muut (2011, 74) painottavat, että esimerkiksi skitsofrenian kliiniset piirteet vaihtelevat yksilöstä toiseen ja muuttuvat samallakin ihmisellä, joskin tunnusomaiset piirteet ovat sairastuneiden keskuudessa tavanomaisia. Tutkimuksen tuloksissa voitiin-

kin kokonaisuutena havaita kuntoutujilla monenlaisia ongelmia päivittäisen elämän eri alueilla. Ne hankaloittivat osallistumista erilaisiin palveluasunnon toimintoihin ja talosta ulos suuntautuviin aktiviteetteihin. Ongelmien laaja-alaisuus on nähdäksemme varsin luonnollista, sillä kyse on ollut vakavasta psykiatrisesta sairaudesta kärsivien yksilöiden toimintakyvystä. Heikman ja muut (2004, 127) toteavat, että toimintakyvyn heikkeneminen liittyy kaikkiin psykiatrisiin oireyhtymiin jonkinasteisena ja sillä on vaikutusta moniin erilaisiin normaaliin elämään ja arkeen kuuluviin tilanteisiin. Isohanni ja muut (2011, 74-87) puhuvat skitsofreniaan sairastuneen kliinisistä piirteistä. Niistä on havaittavissa selkeää yhteneväisyyttä tutkimuksemme tuloksissa esille nousseiden kuntoutujien erilaisten toimintakyvyn ongelmien kanssa. He esimerkiksi toteavat, että skitsofreniaa sairastavan henkilön negatiiviset oireet näyttäytyvät tahdottomuutena, jolloin arkitoimien aloittaminen ja niiden tekeminen on hankalaa. Kognitiivisten toimintojen häiriöt ovat yleisiä ja ne vaikuttavat muistiin, keskittymiseen ja tarkkaavaisuuteen. Niin ikään tyypillisinä esiintyvät toiminnanohjauksen ongelmat näkyvät esimerkiksi uuden oppimisen, tiedon vastaanoton ja sen käsittelyn, sekä päätöksenteon vaikeutena. Tyypillisesti ongelmia esiintyy myös käyttäytymisessä ja sosiaalisissa tilanteissa. (Isohanni ym. 2011, 74-75, 77-78.)

Tuloksia tarkastellessa huomiomme kiinnittyi ympäristön alueen ongelmien vähäisyyteen. Olimme suorastaan hieman yllättyneitä, ettei niitä koettu olevan enempää. Inhimillisen toiminnan mallissa, kuten toimintaterapiassa yleensäkin, nähdään ympäristö erittäin merkityksellisenä yksilön toiminnalle. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan yksilön toimintaa voidaan ymmärtää tuntemalla ympäristö, jossa toiminta tapahtuu (ks. kuvio 1, s. 17). Ympäristön vaikutus yksilön toimintaan riippuu aina ympäristön ja yksilön ominaisuuksien välisestä vuorovaikutuksesta. (Kielhofner 2008 g, 86-88.) Tehostettu palveluasuminen tarjoaa asukkailleen tuetun ympäristön, millä voi ajatella olevan vaikutusta ongelmien ilmenemismuotoihin ja ylipäätään esiintyvyyteen. Ympäristön ongelmien vähyyttä pohtiessamme havaitsimme, että haastatteluissa käyttämämme teemahaastattelurunko oli haastatteluissa johdatellut tarkastelemaan ympäristön merkitystä kapea-alaisesti. Olimme käyttäneet Toimintaterapianimikkeistöä (2003) haastattelurungon laatimisessa, eikä se ohjannut käsittelemään riittävän moniulotteisesti ympäristön merkitystä kuntoutujien toiminnalle. Tästä syystä oli sangen johdonmukainen seuraus, ettei aineistosta löytynyt lainkaan on-

gelmia kulttuurisen ympäristön alueella. Tällaisia seikkoja olisivat voineet olla esimerkiksi perheen, läheisten ja muun ympäristön osoittama suhtautuminen, tai kuntoutujien uskonnollisiin vakaumuksiin, tai aatteisiin liittyvät ongelmat. Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä asioita olisivat saattaneet olla esimerkiksi Internetin erilaisten sosiaalisten foorumien kautta tullessiin ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat. Henkilökohtaisen tukiverkoston ja työyhteisön tai vastaavan sosiaalisen ryhmän mahdollinen puuttuminen ja sen heijastuminen kuntoutujan elämään kielteisellä tavalla olisivat kenties saattaneet nousta myös esille.

Inhimillisen toiminnan mallin valitseminen tutkimuksen teoreettiseksi perustaksi oli mielestämme onnistunut ratkaisu. Malli ohjasi meidät havaitsemaan kuntoutujien ongelmia holistisesta näkökulmasta ja se myös johti meitä kiinnittämään huomiota ympäristöön, jolla on suuri vaikutus kuntoutujien toimintaan. Kuntoutujien toiminta kun heijastelee sekä yksilön sisäisten että ulkoisen ympäristön eri tekijöiden vaikutuksia (Kielhofner 2008 g, 86-88). Malli antoi toimivat henkilökohtaisiin seikkoihin liittyvät toimintakykyyn liittyvät käsitteet, joiden avulla saimme luokiteltua kuntoutujien laaja-alaiset ja erilaiset ongelmat selkeästi jäsennellyiksi segmenteiksi. Kaikissa tilanteissa ei tosin ollut helppo päättää ongelman sijoittamisesta tietyn käsitteen alle, sillä tulkintatavasta ja painotuksesta riippuen sama ongelma olisi joissakin tilanteissa tietyn painotuksin voitu sijoittaa toisen käsitteen alle. Teimmekin huolella harkitut päätökset jokaisen ongelman kohdalla. Ongelmia aineistosta nousi mielestämme kaiken kaikkiaan varsin paljon. Näin koemme siitäkin huolimatta, että ympäristön alueella tuli vähemmän ongelmia kuin odotimme. Uskommekin, että tutkimustulosten runsaus palvelee hyvin niitä tavoitteita, jonka takia tämä opinnäytetyö on tehty.

Tällä tutkimuksella on kuitenkin omat rajoituksensa, jotka on syytä ottaa huomioon. Tutkimuksessa ei pyritty yleistykseen, kuten laadullisille tutkimuksille on ominaista. Tulokset piirtävät moniulotteisen kuvan ainoastaan yhden palveluasumista tuottavan yhteisön kuntoutujien toimintakyvyn ongelmista muutamien henkilökuntaan kuuluvien henkilöiden kokemana. Tästä syystä tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia maassamme tehostetussa palveluasumisessa asuvia mielenterveyskuntoutujia.

Mainitsimme johdantokappaleessa, että mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmia oli tutkittu Pehkosen ja Rantasen (2011) toimintaterapian arviointiin keskittyneessä opinnäytetyössä. He olivat päätyneet kanssamme samaan ratkaisuun valitessaan Inhimillisen toiminnan mallin tutkimuksen teoreettiseksi perustaksi. Heidän tutkimuksensa kohteena olivat poliklinikan kuntoutujat, joiden elämäntilanne oli jonkin verran erilainen (mm. perheellisiä omissa kodeissaan) kuin tämän tutkimuksen kuntoutujilla ja ongelmassakin oli havaittavissa eroja. Tulokset olivat silti monin osin varsin samansuuntaiset tämän tutkimuksen kanssa eritoten suorituskykyyn liittyvien tulosten osalta. Eroavaisuuksia oli etenkin ympäristön alueiden ongelmassa. Havaitsimme myös, että aineiston analyysissä oli paikoin tehty erilaisia ratkaisuja ongelmien luokittelussa Inhimillisen toiminnan mallin eri käsitteisiin, kuin mihin me tässä tutkimuksessa päädyimme.

Tutkimuksen tulosten hyödyntämisen tarkastelua

Multanen ja muut (2004, 32) toteavat, että kysely auttaa työyhteisön jäseniä löytämään kehittämiskohteet ja havaitsemaan vahvuudet. Joillekin haastateltavana olleista jo itse tutkimushaastattelu toi selkeyttävän kokemuksen. He saattoivat haastattelun päätteeksi todeta asukkaiden ongelmien pohtimisen tuntuneen hyödylliseltä omaa työtään ajatellen. Työyhteisön jäsenille toteutettu kysely voi työyhteisössä toimia myös keskustelun pohjana (Multanen ym. 2004, 32). Näemmekin, että tutkimuksen kohteena olleen ilmiön näkyväksi tekeminen voi toimia JST:n työyhteisössä lähtökohtana keskustelulle ja nostaa esille erilaisia kuntoutustyöhön liittyviä kehittämistarpeita. Tutkimuksen tuloksista saadaan tietoa siitä, mitkä yksilöön ja ympäristöön liittyvät alueet tulisi erityisesti huomioida, kun toteutetaan ja kehitetään toimeksiantajan tehostettua kuntoutusta. Tulokset tarjoavat monipuolista ja arvokasta tietoa arviointimenetelmien valintaa ja asiakaslähtöisten interventioiden suunnittelua ja toteutusta ajatellen. Opinnäytetyö palvelee mielestämme osaltaan myös perehdyttävänä materiaalina työyhteisön uusille työntekijöille ja työharjoitteluun tuleville alan opiskelijoille. Tuloksia voivat nähdäksemme hyödyntää myös monet muut maassamme työikäisten mielenterveyskuntoutujien parissa niin palveluasumisessa kuin muilla sektoreilla työskentelevät ammattilaiset.

Asukkaiden toimintakyvyn ongelmallisiksi koetuissa seikoissa ohjaajat ovat tukeneet ja ohjanneet asukkaita kukin oman koulutuksensa ja kokemuksensa tuomalla vankalla ammattitaidolla. Haastateltavat kertoivat haastatteluissa keinoista, joita he olivat käyttäneet kuvailemissaan erilaisissa haasteellisissa ohjaamistilanteissa. Usein tilanteista mentiin eteenpäin keskustelemalla kuntoutujan kanssa. Haastateltavat myös totesivat, että kuntoutujien pääsemiseksi tavoitteisiinsa tarvitaan lisäksi moniammatillista työskentelyä. Haluamme tähdentää, että tämän aiheen käsitteleminen ei ollut tutkimuksemme kohteena. Silti on ymmärrettävää, että toimintaterapeutin rooli nousi puheeksi joidenkin haastateltavien kanssa. Osa haastateltavista näki toimintaterapeutin tuoman asiantuntemuksen ja työpanoksen mielenterveyskuntoutujien palveluasumisessa tarpeellisena. Heidän ajatuksensa nousivat heidän aikaisemmista toimintaterapeutin kanssa tapahtuneista yhteistyökokemuksistaan. Teimme sittemmin mielenkiintoisen havainnon ja otellessamme haastatteluaineistosta löytyneitä kuntoutujien ongelmia ja tarkastellessamme tutkimuksen tuloksia. Havaitimme, että tulokset todentavat niiden asettuvan toimintaterapian ammatin ytimeen. Toimintaterapeutin tarpeellisuudesta mielenterveyskuntoutuksessa puhuu myös toimintaterapian tohtori Gutman (2011). Hänen mukaansa mielenterveyskuntoutujien päivittäisen elämän toimintakyvyn haasteisiin liittyvä kuntoutus on toimintaterapian keskiössä. Hän perustelee kantaansa mm. esittelemällä tutkimusnäyttöä toimintaterapian tehokkuudesta mielenterveyskuntoutuksessa. (Gutman 2011, 235-236.)

Tämän tutkimuksen tuloksiin pohjautuen mielestämme onkin varsin perusteltua suositella opinnäytetyön tilaajataholle toimintaterapeutin asiantuntemuksen hyödyntämistä tehostetun palveluasumisen kuntoutuspalveluissa. Kaikki kuntoutujat esimerkiksi hyötyisivät toimintaterapeutin tekemästä luotettavasta, näyttöön perustuvia arviointimenetelmiä hyödyntävästä toimintakyvyn arvioinnista. Arviointitiedon perusteella ja tämän tutkimuksen tuloksia hyödyntäen voitaisiin moniammatillisesti laatia kuntoutujille kuntoutussuunnitelmat ja tarjota heille yksilöllisesti kohdennettuja kuntouttavia jatkopolkuja sekä yksilö- ja ryhmäinterventioita. Isohannin ja muiden mukaan skitsofrenian keskeiset kuntoutusmuodot liittyvät mm. oireiden hallintaan, arkielämässä ja sosiaalisissa tilanteissa tarvittavien taitojen harjoitteluun. (Isohanni ym. 2011, 70-75). Heidän näkemystään tukevat myös tämän tutkimuksen tulokset, sillä merkittävänä ongelmien alueina olivat prosessitaitoihin, tunnetaitoihin ja sosiaalisiin

taitoihin liittyvät ongelmat. Näiden alueiden kuntoutustyöhön kannattaa panostaa. Esimerkiksi sosiaalisten taitojen harjoittelun vaikuttavuudesta kertoo Kurtzin ja Mueserin (2008) satunnaistettu, kontrolloitu meta-analyysitutkimus. Siinä kartoitettiin 23 tutkimusta ja synteesinä niistä voitiin todeta, että sosiaalisten taitojen harjoittelu parantaa psykososiaalista toimintakykyä skitsofreenikoilla (Kurtz & Mueser 2008).

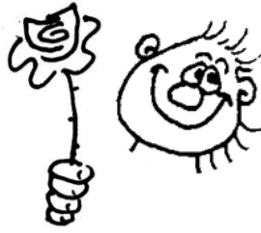
9.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta suosittelemme toimintaterapian asiantunteumuksen hyödyntämistä tilaajatahon kuntoutustyössä. Tärkeä jatkotutkimusaihe olisi-kin tarkemmin syventyä tutkimaan ja kehittämään toimintaterapeutin roolia mielen-terveyskuntoutujien (tehostetussa) palveluasumisessa. Tiedolle olisi kysyntää omien havaintojemme ja työelämässä toimivilta toimintaterapeuteilta kuulemiemme kommenttien perusteella. Mielen-terveyskuntoutujien palveluasumisessa työskentelee toimintaterapeutin koulutuksen saaneita henkilöitä, jotka kaipaivat tällaista tietoa oman työnsä kehittämiseen.

Tutkimustulokset antoivat sängen laaja-alaisen kuvan ongelmien kirjosta, jollaisia henkilökunta oli kuntoutujien kanssa työskennellessään havainnut ja kokenut. Asukkaiden itsensä näkökulma voisi luonnollisesti olla erilainen ja sitä voisi olla hyödyllistä jatkotutkimuksissa selvittää tarkemmin. Mielen-terveyden ongelmat vaikuttavat väistämättä siihen, millaisia ongelmia kuntoutuja itse kokee elämässään olevan. Omanlaisensa haasteen asettaa kuitenkin se, ettei henkilön subjektiivisesti kokema toimintakyky ole aina sama, kuin asiantuntijan objektiivisesti arvioima toimintakyvyn aste (Heikman ym. 2004, 127). Tämä haaste tuli esille myös tässä tutkimuksessa, kun toimintoista suoriutumista vaikeutti kuntoutujien epärealistinen, omien kykyjen yli- tai aliarvioiva suhtautuminen. Kaikesta huolimatta kuntoutujan oman näkökulman esille nostaminen olisi mielestämme tärkeää heille tarjottavien asiakaslähtöisten kuntoutuspalvelujen suunnittelun ja toteuttamisen kannalta.

Tulokset toivat näkyväksi mielen-terveyskuntoutujien toimintakyvyn ongelmallisten alueiden profiilia, mutta tulokset eivät kerro mitään heidän voimavaroistaan. Jokaisella kuntoutujalla on kuitenkin kiistämättä omat vahvuutensa, joiden hyödyntämi-

nen kuntoutustyössä on äärimmäisen tärkeää. Mielenkiintoinen jatkotutkimusidea olisikin selvittää skitsofreniaan sairastuneiden mielenterveyskuntoutujien positiivisia voimavaroja ja miten niitä voitaisiin tehokkaasti hyödyntää kuntoutustyössä.



Haluamme vielä esittää JST:lle kiitoksemme yhteistyöstä ja erityiset kiitoksemme haastateltavina olleille!

LÄHTEET

Aromaa, A., Huttunen, J. & Teperi, J. 2005. Suomalaisten terveys. Tiivistelmä. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 6.8.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00002

Bennett, S. & Bennett J.W. 2000. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. Australian Occupational Therapy Journal, 47, 171-180. Viitattu 7.7.2012.

<http://www.otseeker.com/resources/pdf/The%20Process%20of%20EBP%20.pdf>

Brown, C., Moyers, P., Haertlein Sells, Learnard, L., Mahaffey, L. M., Pitts, D. B., Ramsay, D., Bonder, B., Hudkins, A., Muir Giles, G., Nanoff, T., Scheinholtz, M. & Willmarth, C. 2006. Report of Ad Hoc Committee on Mental Health Practice in Occupational Therapy. Viitattu 15.8.2012.

<http://www.aota.org/News/Centennial/Background/AdHoc/2006/40406.aspx?FT=.pdf>

Buchain, PC., Vizzotto, AD., Henna Neto, J., Elkis, H. 2003. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. São Paulo, SP, Brazil. Viitattu 20.8.2012.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Buchain%20and%20Vizzotto%20and%20%22henna%20Neto%22>

Cook, S., Chambers, E., Coleman, JH. 2009. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. Faculty of Health and Wellbeing, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK. Viitattu 20.8.2012.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19114436>

Gibson, R., D'Amico M., Jaffe, L., Arbesman, M., 2011. Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. AJOT The American Journal of Occupational Therapy. May/June 2011. Vol 65. No 3. 247-256.

Viitattu 10.7.2012. <http://ajot.aotapress.net/content/65/3/247.full?sid=ff382971-e388-4805-ae5a-ba7a2afaf8df>

Gutman, S. 2011. Special Issue: Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice. From the desk of the editor. AJOT The American Journal of Occupational Therapy. May/June 2011. Volume 65. Number 3. 235-237.

Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tyano, S., Weizman, A. 2001. Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. Department of Occupational Therapy, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel. Viitattu 28.8.2012.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=handas-lidor%2C%20katz%2C%20tyano%20%26%20weizman>

Harra, T. 2003. Toimintaterapianimikkeistön teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Holma, T. (toim.) Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 16-21.

Hautala, T. 2005. Toiminnallinen hoito Suomessa 1900-1950. Teoksessa Joutsivuo, T. (toim.) Mistä TOI on tullut? Suomalaisen toimintaterapian historia. Helsinki: Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. 34-53.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykkönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Heikman, P., Katila, H. & Kuoppasalmi, K. 2004. Toimintakyvyn mittausten menetelmät psykiatriassa. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 126-197.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki : Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Osin uud. p. Juväskylä: Gummerus.

Holma, T. (toim.) 2003. Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Huttunen, M. O. 2008. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 11.3. 2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepää, T. & Lönnqvist, J. 2011. Mielenterveyden häiriöt: Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. Keuruu: Duodecim. 70-133.

Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Psykiatrinen hoito: Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. Keuruu: Duodecim. 630-640.

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

Kivekäs, J. & Kallanranta, T. 2004. Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 375-379.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kettunen, R. 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. ASPA-selvityksiä 2/2011. Asumispalvelusätiö ASPA . Viitattu 6.8.2012.

http://intra.aspa.fi/files/3616/MTA_Selvitysraportti_verkkoon.pdf

Kielhofner, G. 2008 a. Introduction to the Model of Human Occupation. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 1–7.

Kielhofner, G. 2008 b. The Basic concepts of Human Occupation. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 10–23.

Kielhofner, G. 2008 c. The Dynamics of Human Occupation. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 24–31.

Kielhofner, G. 2008 d. Volition. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 32–50.

Kielhofner, G. 2008 e. Habituation. Patterns of Daily Occupation. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 51–67.

Kielhofner, G., Tham, K., Baz, T. & Hutson, J. 2008 f. Performance Capacity and the Lived Body. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 68–84.

Kielhofner, G. 2008 g. The Environment and Human Occupation. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 85–109.

Kielhofner, G. 2008 h. Dimensions of Doing. Teoksessa Kielhofner, G. Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 101–109.

Kielhofner, G. 2009. Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice. 4th edition. Philadelphia, PA : F.A. Davis Co.

Korpisaari, J. 2010. Toimintaterapeutti luo hyvinvointia, mutta ansaitsisi enemmän. Miksi toimintaterapiaa? Ammattina toimintaterapeutti. Akavan Erityisalojen ammatijulkaisu 1/2010. Viitattu 9.11.2011.

http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/ammattina_toimintaterapeutti.pdf

Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Mielenterveyden keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy. 20–26.

- Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille – Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy. 29.
- Krupa, T., Fossey, E., Anthony, W.A., Brown, C. & Pitts, D.B. 2009. Doing Daily Life: How Occupational Therapy Can Inform Psychiatric Rehabilitation Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009, Volume 32, No. 3, 155–161.
- Kurtz, M.M., & Mueser, K.T. (2009). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491–504.
- Lambert, P. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.). 2010. Hankekirjoittaminen : välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. Helsinki: Haaga-Helia ammattikorkeakoulu.
- Launiainen, H. & Lintuja, L. 2003. Toimintaterapia ja toimintaterapeutit. Teoksessa Holma, T. (toim.) Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 7-9.
- Law, M. & Mc Coll, M.A. 2010. Conclusion and recommendations. Teoksessa Law, M. & McColl, M.A. Interventions, Effects, and Outcomes in Occupational Therapy, adults and older adults. SLACK Incorporated. 325-330.
- Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Suomalaisen terveys. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 6.8.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028&p_teos=suo&p_osio=108&p_selaus=4598#s1
- Mc Coll, M. A. 2010. Sosio-cultural determinants of occupation. Teoksessa Law, M. & McColl, M.A. Interventions, Effects, and Outcomes in Occupational Therapy, adults and older adults. SLACK Incorporated. 247-259.
- Mental health atlas 2011. WHO, World Health Organization. Viitattu 29.8.2012.
http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2011/mental_health_17102011/en/
- Multanen, L., Bredenberg, K., Koskensalmi, S., Lauttio L.-M. & Pahkin, K. 2004. Parempi työyhteisö. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Nikulainen, H., Savolainen, T-R. & Seppälä, A. 2008. Aikuispsykiatrian kokonaiskehittämissanke. Asumisen- ja kotikuntoutuksen ohjausryhmän loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 20.7.2012.
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7luPzEdLrDUJ:www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID%3D26390%26GUID%3D%257BE9DE93B4-2623-4BDA-8EE8-9FA81DEE0917%257D+Asumisen-+ja+kotikuntoutuksen+ohjausryhm%C3%A4n+loppuraportti.+Keski-Suomen+sairaanhoitopiiri&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESjumjkrghoOmtgMcYvPiHbqsfGzYrGzlu-My7zhxANu0eGNjOsL2als10jRJaC8U9HEYVa5OimjkzXkBclFGrdtYWbRbHCJXgJ1MaUshRf6MFSNcZIG4qTNYgP44_MVRcbTVzcGz&sig=AHIEtbScpTztmHNQwyy5E5LWUwnYMJafA

Samsonraj, RS., Loughran, MF., Secker, J. 2012. Evaluating outcomes of therapies offered by occupational therapists in adult mental health. Brockfield House, South Essex Partnership University NHS Foundation Trust, Wickford, UK. Viitattu 28.8.2012.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22250992>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Viitattu 23.3.2012.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista ja kuntoutusta fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista+ja+kuntoutusta+fi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Viitattu 19.6.2012.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1076939223163/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimitaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Viitattu 19.6.2012.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Stakes. 2004. ICF: toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Gummerus.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2010. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. Viitattu 7.7.2012.
<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/arviointijulkaisu.pdf>

Sutton, D.J., Hocking, C., S. & Smythe, L. A. 2012. A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. Canadian Journal of Occupational Therapy, June 2012, 79(3), 142-150. Ottawa.

Taylor, M. Clare. 2007. Evidence-Based Practise for Occupational Therapists, Blackwell. Oxford : Blackwell.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: University Press.

Toimintaterapianimikkeistö. 2003. Holma, T. (toim.) Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ympäristöministeriö. 2012. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen. Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10 | 2012. Helsinki: Ympäristöministeriö. Viitattu 27.8.2012.
<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=136376&lan=fi>

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

- Taustatiedot: koulutus, työskentelyaika alalla ja nykyisen työnantajan palveluksessa?
- Oma roolisi mielenterveyskuntoutujien tehostetussa palveluasumisessa?
- Millaisia arjen ongelmia asiakkailla on ja miten ne ilmenevät käytännössä?
 - **Toimintakokonaisuuksien hallinta (T130):**
 - *Itsestä huolehtiminen* (pukeutuminen, hygienia, WC-toiminnot, omasta terveydestä huolehtiminen, ruokailu- ja ruokailutottumukset, seksuaali-toiminnot, henkilökohtaisista välineistä huolehtiminen (silmälasit, kuulokoje, ym.) liikkuminen ja siirtyminen toiminnan yhteydessä)
 - *Asioiminen ja kotielämä* (raha-asioiden ym. asioiden hoito)
 - *Opiskelu* (osallistuminen opiskeluihin, myös epävirallisiin)
 - *Osallistuminen ansio- tai vapaaehtoistyöhön* (työkyky ja ansio- vapaaehtoistyössä selviytyminen)
 - *Yhteiskunnallinen osallistuminen* (yhdistystoimintaan osallistuminen, luottamustehtävien hoitaminen)
 - *Vapaa-ajan viettäminen* (harrastaminen)
 - *Lepo* (mahdollisuus riittävään lepoon, aktiivisen toiminnan ja levon välinen suhde)
 - **Ympäristössä selviytyminen (T140)** (selviytyminen fyysisessä ympäristössä, apuvälineiden ja fyysisen ympäristön muutostöiden tarve)
 - **Taidot (T150):**
 - *Motoriset taidot* (liikkuminen, taito käsitellä ja käyttää esineitä)
 - *Prosessitaidot* (toiminnan aloittaminen ja sen ohjailu, keskittyminen, muistaminen, paineensietokyky, energian määrä, tiedon soveltaminen ja ajankäyttö)
 - *Psyykkiset taidot* (tunteiden tunnistaminen, ilmaiseminen ja hallinta)
 - *Sosiaaliset taidot* (viestintä- ja vuorovaikutustaidot)
 - *Eettiset taidot* (vastuunotto teoista ja tekojen seurauksista)